

---

# Rapport de 2018 sur le rendement du système de lutte contre le cancer

Novembre 2018

---

**Annexe technique**

## Survie nette à cinq ans

Cette analyse a été réalisée par le programme CONCORD-3 à la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Les détails concernant les méthodes ont été publiés dans *The Lancet* en 2018 ([https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)33326-3.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)33326-3.pdf)).

## Décès liés au cancer

Définition :	Taux de mortalité normalisés selon l'âge, correspondant au nombre de décès liés aux sièges de cancer indiqués pour 100 000 habitants
Justification de la mesure :	Les données et les indicateurs concernant les taux de mortalité normalisés selon l'âge sont nécessaires pour fournir une mesure exacte du fardeau de la maladie au Canada.
Période de mesure :	Années 1992 à 2014
Dénominateur :	Estimations de la population canadienne par année, par sexe et par groupe d'âge
Numérateur :	Nombre de décès associés aux cancers indiqués pendant la période de mesure
Critères d'exclusion :	Dans le cas du cancer du sein, les hommes ont été exclus.
Disponibilité des données :	Toutes les provinces et tous les territoires
Stratification :	1) Siège du cancer : prostate, poumon, sein (femmes), colorectal 2) Par sexe, s'il y a lieu 3) Par année
Source des données :	Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès
Date de récupération des données :	Décembre 2017
Précisions sur les variables :	1) Jusqu'en 1999, les causes des décès associés à des sièges/types de cancers infiltrants étaient définies dans la CIM-9 : <ul style="list-style-type: none"><li>• Prostate : 185</li><li>• Poumon : 162</li><li>• Sein (femmes) : 174</li><li>• Colorectal : 153-154</li></ul> 2) Après 1999, les causes des décès associés à des sièges/types de cancers infiltrants étaient définies dans la CIM-10 : <ul style="list-style-type: none"><li>• Prostate : C61.9</li><li>• Poumon : C34</li><li>• Sein : C50</li><li>• Colorectal : C18, C19.9, C20.9, C26.0</li></ul>
Remarques des provinces/territoires :	Sans objet
Remarques sur la méthodologie :	1) Les données présentées portaient sur toutes les provinces et tous les territoires confondus, pour tous les âges confondus (à partir de 0 an).

	<p>2) La cause des décès associés aux sièges/types de cancer était classée selon la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Jusqu'en 1999, la neuvième édition (CIM-9) était utilisée. Après 1999, la dixième édition (CIM-10) a été utilisée.</p> <p>3) Les taux de mortalité ont été normalisés selon l'âge de la population canadienne de 2011 à l'aide de la méthode directe.</p>
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

### Incidence du cancer

Définition :	Taux d'incidence normalisés selon l'âge, correspondant au nombre de cas diagnostiqués pour les sièges de cancer indiqués pour 100 000 habitants
Justification de la mesure :	Les données et les indicateurs concernant les taux d'incidence normalisés selon l'âge et les tendances sont nécessaires pour fournir une mesure exacte du fardeau de la maladie au Canada.
Période de mesure :	Années 1992 à 2013
Dénominateur :	Estimations de la population canadienne par année, par sexe et par groupe d'âge
Numérateur :	Nombre de nouveaux cas de cancers infiltrants parmi les cancers indiqués qui ont été diagnostiqués pendant la période de mesure
Critères d'exclusion :	1) Dans le cas du cancer du sein, les hommes ont été exclus.
Disponibilité des données :	<p>Les données ont été agrégées à l'échelle nationale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les données présentées incluent toutes les provinces et tous les territoires confondus, à l'exception du Québec dont les données de 2010 ont été copiées pour 2011, 2012 et 2013.</li> </ul>
Stratification :	<p>1) Les données ont été agrégées à l'échelle nationale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siège du cancer : prostate, poumon, sein (femmes), colorectal</li> <li>• Par sexe, s'il y a lieu</li> <li>• Par année</li> </ul>
Source des données :	Statistique Canada, Registre canadien du cancer (Tableau 103-0554 de CANSIM)
Date de récupération des données :	Octobre 2017

Précisions sur les variables :	<p>Les sièges/types de cancer étaient définis dans la CIM-O-3 avec le code de comportement 3 (infiltrant) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prostate : C61.9</li> <li>• Poumon : C34</li> <li>• Sein : C50</li> <li>• Colorectal : C18, C19.9, C20.9, C26.0</li> </ul> <p>Les cas de cancer correspondant aux codes d'histologie 9590 à 9992 (leucémie, lymphome et myélome multiple), 9050 à 9055 (mésothéliome) et 9140 (sarcome de Kaposi) ont été exclus.</p>
Remarques des provinces/territoires :	Sans objet
Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les données présentées portaient sur toutes les provinces et tous les territoires confondus, pour tous les âges confondus (à partir de 0 an).</li> <li>2) Les sièges/types de cancer ont été classés selon la troisième édition de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O-3) de l'Organisation mondiale de la Santé. Les règles du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) ont été utilisées pour la détermination des sièges primaires multiples.</li> <li>3) Comme les données du Québec sur l'incidence du cancer à partir de 2011 n'étaient pas disponibles, les données sur l'incidence des cas et la population au Québec en 2010 ont été copiées pour 2011, 2012 et 2013.</li> <li>4) Les taux d'incidence ont été normalisés selon l'âge de la population canadienne de 2011 à l'aide de la méthode directe.</li> </ol>
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

### Incidence du cancer de stade IV au moment du diagnostic

Définition :	Taux d'incidence de cancer de stade IV normalisés selon l'âge, au moment du diagnostic pour les sièges de cancer indiqués pour 100 000 habitants
Justification de la mesure :	Un diagnostic de cancer de stade avancé peut avoir des conséquences négatives sur l'efficacité des traitements contre le cancer et la probabilité de survie. La mesure des changements dans le temps de l'incidence des cancers diagnostiqués au stade IV est un indicateur important de l'efficacité des efforts de dépistage et de détection précoce de différents cancers.
Période de mesure :	Figure 1.4 : Années de diagnostic 2010 à 2015 Carte thermique : Année de diagnostic 2015
Dénominateur :	Estimations de la population canadienne par période, par province/territoire, par sexe et par groupe d'âge

Numérateur :	Nombre de nouveaux cas de cancers infiltrants indiqués qui ont été diagnostiqués pendant la période de mesure
Critères d'exclusion :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dans le cas du cancer du sein, les hommes ont été exclus.</li> <li>2) Les patients âgés de moins de 18 ans représentant de nouveaux cas ont été exclus.</li> </ol>
Disponibilité des données :	Toutes les provinces, à l'exclusion du Québec. Le Québec ne rapporte pas le stade des cas de cancer.
Stratification :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Par province/territoire</li> <li>2) Siège du cancer : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Figure 1.4 : poumon, sein (femmes), colorectal</li> <li>b. Carte thermique : poumon, sein (femmes), colorectal, prostate (hommes)</li> </ol> </li> </ol>
Source des données :	Figure 1.4 : Statistique Canada, Registre canadien du cancer. Carte thermique : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.
Date de récupération des données :	Juin 2018
Précisions sur les variables :	<p>Les sièges du cancer ont été définis à l'aide de la classification CIM-O-3 avec le code de comportement 3 (infiltrant) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prostate : C61.9</li> <li>• Poumon : C34.0 à C34.9</li> <li>• Sein : C50.0 à C50.9</li> <li>• Colorectal : C18, C19.9, C20.9, C26.0</li> </ul> <p>Les cas de cancer correspondant aux codes d'histologie 9590 à 9992 (leucémie, lymphome et myélome multiple), 9050 à 9055 (mésothéliome) et 9140 (sarcome de Kaposi) ont été exclus.</p>
Remarques des provinces/territoires :	Sans objet
Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) La septième édition du <i>Staging Manual</i> de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC) a été utilisée pour établir la classification des groupes de stades des cancers.</li> <li>2) Les données présentées portaient sur toutes les provinces et tous les territoires confondus (à l'exception du Québec) pour les personnes âgées de 18 ans et plus pour lesquelles la septième édition du <i>Staging Manual</i> de l'AJCC s'appliquait.</li> <li>3) Les taux d'incidence ont été normalisés selon l'âge de la population canadienne de 2011 à l'aide de la méthode directe.</li> </ol>
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

## Taux de participation au programme de dépistage du cancer du sein

Les résultats proviennent de la figure 3B du rapport intitulé *Dépistage du cancer sein au Canada : Surveillance et évaluation des indicateurs de qualité – Rapport des résultats de janvier 2011 à décembre 2012*.

Voir les détails de la méthodologie dans le rapport à l'adresse :

[https://content.cancerview.ca/download/cv/prevention\\_and\\_screening/screening\\_and\\_early\\_diagnosis/documents/breast\\_cancer\\_screening\\_canada\\_monitoring\\_evaluating\\_report\\_2011\\_12\\_?attachment=0](https://content.cancerview.ca/download/cv/prevention_and_screening/screening_and_early_diagnosis/documents/breast_cancer_screening_canada_monitoring_evaluating_report_2011_12_?attachment=0)

## Taux de participation au programme de dépistage du cancer colorectal

Les résultats proviennent de la figure 5 du rapport intitulé *Dépistage du cancer colorectal au Canada : Surveillance et évaluation des indicateurs de la qualité – Rapport des résultats de janvier 2013 à décembre 2014*.

Voir les détails de la méthodologie dans le rapport à l'adresse :

[https://content.cancerview.ca/download/cv/prevention\\_and\\_screening/screening\\_and\\_early\\_diagnosis/documents/colorectal\\_cancer\\_screening\\_canada\\_monitoring\\_evaluating\\_report\\_2013~1?attachment=0](https://content.cancerview.ca/download/cv/prevention_and_screening/screening_and_early_diagnosis/documents/colorectal_cancer_screening_canada_monitoring_evaluating_report_2013~1?attachment=0)

## Taux de participation au programme de dépistage du cancer du col de l'utérus

Les résultats proviennent de la figure 1 du rapport intitulé *Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer; mise à jour en juillet 2016.

Voir les détails de la méthodologie dans le rapport à l'adresse :

[https://content.cancerview.ca/download/cv/prevention\\_and\\_screening/ccic\\_microsite/documents/cervical\\_cancer\\_screening\\_monitoring\\_and\\_evaluation\\_report\\_2011\\_13\\_f?attachment=0](https://content.cancerview.ca/download/cv/prevention_and_screening/ccic_microsite/documents/cervical_cancer_screening_monitoring_and_evaluation_report_2011_13_f?attachment=0)

## Taux de rappel pour une anomalie détectée à la suite d'une mammographie de dépistage subséquente

Définition :	Pourcentage de mammographies de dépistage subséquentes dont les résultats sont considérés comme anormaux chez les femmes âgées de 50 à 69 ans
Justification de la mesure :	Le taux de rappel pour anomalie est un indicateur important de la qualité de l'image obtenue par mammographie et de son interprétation. Un taux élevé de rappel pour anomalie peut augmenter le taux de résultats faussement positifs et entraîner des examens inutiles (et potentiellement évitables). Les programmes doivent s'efforcer d'équilibrer le nombre de rappels pour anomalie par rapport au nombre de cancers détectés. On peut y parvenir en comparant le nombre de résultats anormaux au dépistage au nombre de cancers supplémentaires détectés. Les programmes ayant un taux extrêmement faible de rappel pour anomalie

	doivent également être surveillés, car cela peut entraîner une détection inférieure des cancers et des taux plus élevés de cancers diagnostiqués après le dépistage.
Période de mesure :	Années de dépistage 2003 à 2012
Dénominateur :	Nombre de mammographies de dépistage subséquentes effectuées pendant la période de mesure chez les femmes âgées de 50 à 69 ans
Numérateur :	Nombre de mammographies de dépistage subséquentes dont les résultats sont considérés comme anormaux chez les femmes âgées de 50 à 69 ans
Critères d'exclusion :	1) Femmes en dehors de la tranche d'âge de 50 à 69 ans 2) Cas aiguillés à la suite d'un examen clinique des seins (ECS) uniquement 3) Femmes nouvellement admises au programme de dépistage
Disponibilité des données :	Toutes les provinces et les Territoires du Nord-Ouest
Stratification :	Par année
Source des données :	Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein
Date de récupération des données :	Mars 2016
Précisions sur les variables :	Sans objet
Remarques des provinces/territoires :	Alberta : Exclue des données antérieures à 2007, car l'Alberta Breast Cancer Screening Program (ABCSP) a été lancé en 2007. Québec : Les renseignements complets sur le diagnostic/cancer étaient disponibles jusqu'au 30 septembre 2012.
Remarques sur la méthodologie :	L'analyse a été effectuée par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC).
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

### Détection de cancers infiltrants par mammographie de dépistage subséquente

Définition :	Taux de détection de cancers du sein infiltrants (pour 1 000 dépistages) par mammographie de dépistage subséquente chez les femmes âgées de 50 à 69 ans
Justification de la mesure :	Le taux de détection du cancer sert à évaluer dans quelle mesure le programme réussit à détecter les cancers infiltrants. Il est également pertinent lorsqu'il est mis en relation avec le taux de rappel pour anomalie.
Période de mesure :	Années de dépistage 2003 à 2012
Dénominateur :	Nombre de mammographies de dépistage subséquentes effectuées pendant la période de mesure chez les femmes âgées de 50 à 69 ans

Numérateur :	Nombre de cas de cancer du sein infiltrant détectés lors d'une mammographie de dépistage subséquente chez les femmes âgées de 50 à 69 ans
Critères d'exclusion :	1) Femmes en dehors de la tranche d'âge de 50 à 69 ans 2) Cas de cancer détectés à la suite d'un examen clinique des seins (ECS) uniquement 3) Femmes nouvellement admises au programme de dépistage
Disponibilité des données :	Toutes les provinces et les Territoires du Nord-Ouest
Stratification :	Par année
Source des données :	Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein
Date de récupération des données :	Mars 2016
Précisions sur les variables :	Sans objet
Remarques des provinces/territoires :	<b>Alberta</b> : Exclue des données antérieures à 2007, car l'Alberta Breast Cancer Screening Program a été lancé en 2007.
Remarques sur la méthodologie :	L'analyse a été effectuée par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC).
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

### Prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques lors d'une résection du côlon

Définition :	Pourcentage de résections du côlon avec prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques dans les 12 mois suivant le diagnostic
Justification de la mesure :	Le prélèvement et l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques sont importants pour déterminer correctement le stade d'un cancer et prévoir un traitement adéquat et ont été associés à une amélioration de la survie. La plupart des lignes directrices cliniques recommandent qu'au moins 12 ganglions lymphatiques soient prélevés et examinés par un pathologiste pour établir avec plus de certitude le statut ganglionnaire d'un cancer.
Période de mesure :	Années de diagnostic 2011 à 2014
Dénominateur :	Nombre total de cas de cancer infiltrant du côlon dont la résection a eu lieu dans les 12 mois suivant le diagnostic pendant la période de mesure, qui correspondaient aux critères de la section « Précisions sur les variables »
Numérateur :	Nombre de cas de cancer infiltrant du côlon dont la résection a eu lieu dans les 12 mois suivant le diagnostic et pour lesquels au moins 12 ganglions lymphatiques ont été prélevés et examinés pendant la période de mesure
Critères d'exclusion :	1) Personnes âgées de 17 ans ou moins



	2) Les cas pour lesquels le nombre de ganglions lymphatiques prélevés et examinés était inconnu ont été exclus.
Disponibilité des données :	2011 à 2014 : Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador 2011 à 2013 : Colombie-Britannique 2013 à 2014 : Ontario
Stratification :	1) Par année 2) Par province/territoire
Source des données :	Organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer
Date de récupération des données :	Octobre 2017
Précisions sur les variables :	<p>Définition du cancer :</p> <p>1) Le cancer du côlon correspondait au code C18 dans la classification CIM-O-3 avec le code de comportement 3 (infiltrant). Les cas de cancer correspondant au code C18.1 (voir l'annexe) ont été exclus. Les cas de cancer correspondant aux codes de lymphome (M-95 à M-98), de sarcome, de carcinome neuroendocrinien et de carcinome épidermoïde ont été exclus (voir l'annexe A).</p> <p>Recensement des résections :</p> <p>2) Les résections du côlon ont été recensées à l'aide des codes CCI 1NM87, 1NM89 ou 1NM91. Le code CCI 1NM87BA a été exclu. 3) Tous les cas ayant fait l'objet d'une résection ont été inclus, sans tenir compte des marges.</p> <p>Critères de traitement :</p> <p>4) Toutes les résections du côlon ont eu lieu dans les 12 mois suivant le diagnostic. En cas de résections multiples, la dernière résection a été prise en compte : date de la dernière résection (s'il y a plusieurs dates) – date de diagnostic <math>\leq</math> 365 jours</p>
Remarques des provinces/territoires :	<p><b>Colombie-Britannique</b> : Nous ne disposons d'aucune donnée relative aux chirurgies pour les années postérieures à 2014 et, puisque l'indicateur comprend toute chirurgie réalisée jusqu'à un an après la pose du diagnostic, il nous est impossible de fournir des données pour l'année de diagnostic 2014.</p> <p><b>Ontario</b> : Rapport synoptique pour l'Ontario produit en 2012. Les rapports de 2011 et d'une partie de l'année 2012 sont incomplets quant au nombre de ganglions lymphatiques examinés.</p>

	<b>Île-du-Prince-Édouard</b> : Les données incluent les traitements administrés hors de la province si cette information était connue.
Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les sièges/types de cancer ont été classés selon la troisième édition de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O-3) de l'Organisation mondiale de la Santé.</li> <li>2) Les codes de la Classification canadienne des interventions en santé (CCI) ont été utilisés pour déterminer les types de chirurgie, sauf en Alberta.</li> </ol>
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

### Radiothérapie préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III

Définition :	Pourcentage de patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ayant subi une radiothérapie préopératoire jusqu'à 120 jours avant la résection dans l'année suivant le diagnostic
Justification de la mesure :	Il a été démontré que l'administration d'une radiothérapie (parallèlement à une chimiothérapie) avant la résection chirurgicale pour le cancer du rectum de stade II ou III améliore la maîtrise locale de la maladie par rapport à la chirurgie seule ou à la radiothérapie postopératoire. Elle est également associée à une réduction de la toxicité liée au traitement par rapport à la radiothérapie postopératoire. Les lignes directrices de pratique clinique recommandent donc une radiothérapie préopératoire (associée à une chimiothérapie) pour les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III.
Période de mesure :	Années de diagnostic 2011 à 2014
Dénominateur :	Nombre de cas de cancer du rectum de stade II ou III diagnostiqués pendant la période de mesure et ayant subi une résection chirurgicale dans l'année suivant le diagnostic
Numérateur :	Nombre de cas de cancer du rectum de stade II ou III diagnostiqués pendant la période de mesure et ayant reçu une radiothérapie préopératoire jusqu'à 120 jours avant la résection dans l'année suivant le diagnostic
Critères d'exclusion :	Les personnes âgées de 17 ans ou moins ont été exclues.
Disponibilité des données :	2011 à 2014 : Alberta, Manitoba, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador 2011 à 2013 : Colombie-Britannique
Stratification :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Par année</li> <li>2) Par province/territoire</li> </ol>
Source des données :	Organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer
Date de récupération des données :	Octobre 2017
Précisions sur les variables :	Définition du cancer :

	<p>1) Le cancer du rectum correspondait au code C20.9 dans la classification CIM-O-3 avec le code de comportement 3 (infiltrant). Les cas de cancer correspondant aux codes de lymphome (M-95 à M-98), de sarcome (voir l'annexe A), de carcinome neuroendocrinien et de carcinome épidermoïde ont été exclus.</p> <p>2) Les cas de cancer du rectum étaient limités aux stades II et III selon l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).</p> <p>Recensement des résections :</p> <p>3) Les résections du rectum ont été recensées à l'aide des codes de la CCI 1NQ87 ou 1NQ89. Le code CCI 1NQ87BA a été exclu.</p> <p>Critères de traitement :</p> <p>4) Toutes les résections du rectum ont eu lieu dans l'année suivant le diagnostic. En cas de résections multiples, la première résection a été prise en compte : date de la première résection (s'il y a plusieurs dates) – date de diagnostic ≤ 365 jours</p> <p>5) Tous les traitements de radiothérapie préopératoire ont été administrés dans les 120 jours précédant la résection. En cas de résections multiples, la première résection a été prise en compte : Date de la première résection – date de la radiothérapie ≤ 120 jours</p>
Remarques des provinces/territoires :	<p><b>Colombie-Britannique</b> : Nous ne disposons d'aucune donnée relative aux chirurgies pour les années postérieures à 2014 et, puisque l'indicateur comprend toute chirurgie réalisée jusqu'à un an après la pose du diagnostic, il nous est impossible de fournir des données pour l'année de diagnostic 2014.</p> <p><b>Nouveau-Brunswick</b> : Les données de 2010 et 2011 sur la radiothérapie pourraient être incomplètes.</p> <p><b>Île-du-Prince-Édouard</b> : Cette province ne disposait pas de données indiquant si les marges de résection étaient négatives. Il est donc impossible de formuler des observations dans un sens comme dans l'autre.</p>
Remarques sur la méthodologie :	<p>1) Les données présentées incluent les cancers de stades II et III combinés.</p> <p>2) Les sièges/types de cancer ont été classés selon la troisième édition de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O-3) de l'Organisation mondiale de la Santé.</p> <p>3) La septième édition du <i>Staging Manual</i> de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC) a été utilisée pour établir la classification des groupes de stades des cancers.</p> <p>4) Les codes de la Classification canadienne des interventions en santé (CCI) ont été utilisés pour déterminer les types de chirurgie, sauf en Alberta.</p>

Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	1) Les données sur les résections pour lesquelles la marge était négative n'étaient pas requises.
---------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

### Chimiothérapie postopératoire chez les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade II ou IIIA

Définition :	Pourcentage de patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) de stade II ou IIIA qui ont reçu une chimiothérapie postopératoire dans les 120 jours suivant la résection
Justification de la mesure :	Il a été démontré que l'administration d'une chimiothérapie après la résection améliore les résultats (survie sans maladie et survie globale) et prévient les récurrences chez les patients atteints de CPNPC de stade II ou IIIA, comparativement à l'intervention chirurgicale seule. Les lignes directrices de pratique clinique recommandent donc une chimiothérapie postopératoire chez les patients atteints d'un CPNPC de stade II ou IIIA.
Période de mesure :	Années de diagnostic 2011 à 2014
Dénominateur :	Nombre de patients atteints d'un CPNPC de stade II ou IIIA diagnostiqué pendant la période de mesure ayant subi une résection du poumon dans l'année suivant le diagnostic
Numérateur :	Nombre de patients atteints d'un CPNPC de stade II ou IIIA ayant reçu une chimiothérapie postopératoire dans les 120 jours suivant la résection, parmi les cas diagnostiqués pendant la période de mesure et ayant subi une résection du poumon dans l'année suivant le diagnostic
Critères d'exclusion :	Les personnes âgées de 17 ans ou moins ont été exclues.
Disponibilité des données :	2011 à 2014 : Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador et Île-du-Prince-Édouard 2011 à 2013 : Colombie-Britannique
Stratification :	Les données ont été agrégées à l'échelle nationale : 1) Par année et groupe d'âge : de 18 à 59 ans, de 60 à 69 ans, de 70 à 79 ans, 80 ans et plus  Les données ont été agrégées à l'échelle provinciale : 1) Par année
Source des données :	Organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer
Date de récupération des données :	Octobre 2017
Précisions sur les variables :	Définition du cancer :  1) Le cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) correspondait au code C34 dans la classification CIM-O-3 avec le code de comportement 3 (infiltrant).

	<p>Les cas de cancer correspondant aux codes de lymphome (M-95 à M-98), de sarcome (voir l'annexe A) et d'histologie 8002, 8041, 8042, 8043, 8044, 8045 et 8803 ont été exclus.</p> <p>2) Les cas de cancer du poumon non à petites cellules étaient limités aux stades II et IIIA selon l'AJCC.</p> <p>Recensement des résections :</p> <p>3) Les résections du poumon ont été recensées à l'aide des codes de la CCI 1GR87, 1GR89, 1GR91, 1GT59, 1GT87, 1GT89, 1GT91 ou 1GV87.</p> <p>Critères de traitement :</p> <p>4) La chimiothérapie incluait la chimiothérapie administrée par voie orale (si disponible dans les données) et par voie intraveineuse.</p> <p>5) Toutes les résections du poumon ont eu lieu dans l'année suivant le diagnostic. En cas de résections multiples, la dernière résection a été prise en compte : Date de la dernière résection (s'il y a plusieurs dates) – date de diagnostic <math>\leq</math> 365 jours</p> <p>6) Toutes les chimiothérapies postopératoires ont été administrées dans les 120 jours suivant la résection : Date de début de la chimiothérapie – date de la dernière résection (s'il y a plusieurs dates) <math>\leq</math> 120 jours</p>
Remarques des provinces/territoires :	<p><b>Alberta</b> : L'ACR utilise des codes pour les traitements administrés hors province aux résidents de la province si celle-ci en est informée ou s'il en est fait mention dans les documents. Les codes suivants de cancer à petites cellules ont été exclus : 8002, 8041, 8042, 8043, 8044, 8045 et 8803. Les cas pour lesquels les données ont été estimées en trois étapes, et qui ont reçu à la fois une chimiothérapie adjuvante et néoadjuvante ont été exclus.</p> <p><b>Saskatchewan</b> : La chimiothérapie incluait la chimiothérapie administrée par voie orale et par voie intraveineuse. Il a été impossible d'établir une distinction entre les deux types de traitement pour la Saskatchewan.</p> <p><b>Manitoba</b> : Les données sur la chimiothérapie par voie orale n'ont été consignées que si ce traitement figurait dans le dossier du patient.</p> <p><b>Ontario</b> : Les données sur la chimiothérapie par voie orale étaient incluses si elles étaient disponibles, mais pouvaient être incomplètes. Les données de la Base de données sur les congés des patients (BDGP) et du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) ainsi que les données sur le niveau d'activité signalé ont été incluses. Les données du Programme de médicaments de l'Ontario ont été exclues.</p>

	<p><b>Nouvelle-Écosse</b> : Pour plusieurs raisons, ces données diffèrent de celles qui ont été fournies dans le passé. Premièrement, nous ne tenons plus compte des facteurs relatifs à chaque siège de cancer dans les données de stadification concertée pour recenser les résections. Nous avons plutôt utilisé les données de la BDCP et du SNISA. Deuxièmement, les données de la BDCP et du SNISA comprennent aussi un petit nombre de personnes ayant subi une ou plusieurs résections chirurgicales à l'extérieur de la Nouvelle-Écosse, ce qui est nouveau. Puisque nous ne disposons pas de données sur le traitement administré aux personnes ayant été traitées à l'extérieur de la Nouvelle-Écosse, le pourcentage de patients ayant reçu une chimiothérapie pourrait être légèrement sous-estimé. Troisièmement, certains codes d'histologie associés au CPNPC et à d'autres types de carcinome épidermoïde ont été exclus dans le passé.</p> <p><b>Île-du-Prince-Édouard</b> : Les données sur la chimiothérapie par voie orale seraient incluses si cette information était connue.</p>
Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les données présentées incluent les cancers de stades II et IIIA combinés.</li> <li>2) Les sièges/types de cancer ont été classés selon la troisième édition de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O-3) de l'Organisation mondiale de la Santé.</li> <li>3) La septième édition du <i>Staging Manual</i> de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC) a été utilisée pour établir la classification des groupes de stades des cancers.</li> <li>4) Les codes de la Classification canadienne des interventions en santé (CCI) ont été utilisés pour déterminer les types de chirurgie, sauf en Alberta.</li> </ol>
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

### Participation aux essais cliniques chez les adultes – Essais thérapeutiques ou études de recherche clinique sur le cancer

Définition :	Rapport entre le nombre total de patients de 19 ans ou plus nouvellement inscrits à des essais thérapeutiques ou à des études de recherche clinique sur le cancer et le nombre projeté de nouveaux cas de cancer
Justification de la mesure :	Les patients qui sont traités dans des centres de cancérologie ayant des programmes actifs d'essais cliniques présentent généralement de meilleurs résultats de santé que ceux qui sont traités dans des centres ne participant pas

	<p>aux essais cliniques. Ce constat s'explique probablement par la mise en œuvre de meilleurs processus et l'offre d'une meilleure prestation de soins, notamment sur le plan du respect des lignes directrices de traitement. Bien que le nombre d'essais cliniques sur le cancer ouverts chaque année soit resté le même ou ait augmenté entre 2000 et 2010, le nombre de patients inscrits par an est resté stable ou a diminué. La comparaison de la participation aux essais cliniques dans tout le pays permet de repérer les possibilités d'action.</p>
Période de mesure :	Années 2012 à 2015
Dénominateur :	<p>Pour les années 2012 à 2014 : Tous les nouveaux cas de cancer (personnes âgées ≥ 19 ans)</p> <p>Pour l'année 2015 : Nombre projeté de nouveaux cas de cancer infiltrant (personnes âgées ≥ 19 ans)</p>
Numérateur :	Nombre de patients atteints d'un cancer (âgés de 19 ans et plus) nouvellement inscrits à des essais cliniques thérapeutiques ou à des études de recherche clinique sur le cancer dans les centres de cancérologie provinciaux
Critères d'exclusion :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les patients âgés de 18 ans ou moins ont été exclus.</li> <li>2) Les cas de cancer in situ autres que le cancer de la vessie in situ ont été exclus.</li> </ol>
Disponibilité des données :	Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador
Stratification :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Par année</li> <li>2) Par province/territoire</li> </ol>
Source des données :	Organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer de la Société canadienne du cancer, Registre canadien du cancer de Statistique Canada
Date de récupération des données :	Octobre 2017
Précisions sur les variables :	<p>Pour les cas de cancer :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les cas de cancer incluaient tous les cas de cancer infiltrant et de cancer de la vessie in situ.</li> </ol> <p>Pour les patients inscrits à des essais cliniques :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Les cancers dont étaient atteints les patients inscrits à des essais cliniques comprenaient tous les cancers infiltrants et le cancer de la vessie in situ (aux fins d'uniformité avec les Statistiques canadiennes sur le cancer).</li> <li>3) Dans le cas des patients inscrits à plusieurs essais cliniques, toutes les occurrences ont été prises en compte.</li> </ol>

Remarques des provinces/territoires :	<p><b>Alberta</b> : Aux fins d'uniformité avec les données présentées pour les autres années, l'indicateur 1d comprend le nombre total d'inscriptions de patients atteints d'un cancer (âgés de 19 ans et plus) à des essais thérapeutiques ou à des études de recherche clinique sur le cancer entre 2012 et 2015, qui figuraient dans la base de données ACCT (Alberta Cancer Clinical Trials). Si un patient a été admis à plusieurs essais cliniques au cours d'une année donnée, il devrait être compté pour chaque inscription. La base de données ACCT comprend aussi des patients vivant à l'extérieur de l'Alberta, mais ayant participé à un essai clinique en Alberta. La base de données ACCT comprend à la fois des femmes et des hommes dans le groupe des tumeurs mammaires. Elle peut comprendre des essais cliniques menés chez des patients atteints d'un cancer de la peau autre qu'un mélanome.</p> <p><b>Manitoba</b> : Nous pouvons, au besoin, exclure les patients résidant ailleurs qu'au Manitoba, mais traités dans cette province. Cela se traduirait par le retrait d'un patient du groupe GU.</p> <p><b>Ontario</b> : Le numérateur de recrutement pour l'Ontario comprenait aussi les études sur les biomarqueurs SI les résultats appuyaient la prise en charge du patient. Les chiffres pour chaque type de cancer ne sont pas disponibles. Le numérateur comprend le nombre de patients atteints d'un cancer (âgés de 18 ans et plus) nouvellement inscrits à des essais cliniques thérapeutiques ou à des études de recherche clinique sur le cancer dans les centres de cancérologie provinciaux. L'Ontario ne rapporte pas les cas de cancer de la vessie in situ.</p> <p><b>Nouvelle-Écosse</b> : La Nouvelle-Écosse ne fournira pas de telles données cette fois-ci. Le nombre réel de patients de la Nouvelle-Écosse atteints d'un cancer et inscrits à un essai clinique pourrait être sous-estimé, puisque les données ne sont pas centralisées. Le système de santé de la Nouvelle-Écosse a récemment fait l'objet d'une restructuration et d'un changement de personnel, et les processus des essais cliniques sont en cours de simplification. La Nouvelle-Écosse fournira ces données une fois qu'elle sera certaine que celles-ci représentent avec exactitude le nombre d'inscriptions au sein de la province.</p>
Remarques sur la méthodologie :	<p>1) Les données sur les patients nouvellement inscrits à des essais cliniques thérapeutiques ou à des études de recherche clinique sur le cancer ont été fournies par les organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer. Les données sur les nouveaux cas de cancer ont été extraites des Statistiques canadiennes sur le cancer.</p>



	<p>2) Le nombre de nouveaux cas de cancer pour les années 2012 à 2014 reflète la réalité, puisque l'on disposait des données s'y rapportant, alors que, pour l'année 2015, ce nombre a été estimé d'après les Statistiques canadiennes sur le cancer.</p> <p>3) Les données sur les nouveaux cas de cancer ont été estimées à nouveau en tenant compte du critère d'âge de 19 ans et plus, ce qui correspondait à l'âge des patients nouvellement inscrits à des essais cliniques thérapeutiques ou à des études de recherche clinique sur le cancer.</p> <p>4) Les données présentées comprenaient tous les cas de cancers infiltrants et de cancer de la vessie in situ.</p>
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

### Inactivité physique

Définition :	Pourcentage d'adultes de 18 ans et plus qui ne suivent pas les directives canadiennes en matière d'activité physique
Justification de la mesure :	La mesure des niveaux d'activité physique des adultes au Canada permet de déterminer le nombre de Canadiens menant une vie active et aide à mettre en évidence les domaines où il est possible de promouvoir le transport actif et l'activité physique.
Période de mesure :	Années 2015-2016 combinées
Dénominateur :	Population totale âgée de 18 ans et plus
Numérateur :	Nombre de personnes âgées de 18 ans et plus ayant fait moins de 150 minutes d'activité physique modérée à élevée par semaine
Critères d'exclusion :	<p>1) Les répondants âgés de 17 ans ou moins ont été exclus.</p> <p>2) Les personnes ayant répondu « Je ne sais pas », « Je refuse de répondre » et « Non indiqué » ont été exclues.</p>
Disponibilité des données :	Toutes les provinces et tous les territoires
Stratification :	<p>1) Par province/territoire</p> <p>2) Par année</p>
Source des données :	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (tableau 105-0509 de CANSIM)
Date de récupération des données :	Octobre 2017
Précisions sur les variables :	Sans objet
Remarques des provinces/territoires :	Sans objet
Remarques sur la méthodologie :	1) Les données sur l'activité physique ont été téléchargées du tableau de CANSIM résumant les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, qui sont fondées sur un échantillon représentatif, puis extrapolées à la

	<p>population générale. % d'inactivité physique = 100 % - % d'activité physique.</p> <p>2) Recommandations des directives canadiennes en matière d'activité physique : Les adultes âgés de 18 à 64 ans devraient faire chaque semaine au moins 150 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée à élevée par séances d'au moins 10 minutes. (<a href="http://www.csep.ca/cmfiles/guidelines/csep_paguidelines_adults_fr.pdf">http://www.csep.ca/cmfiles/guidelines/csep_paguidelines_adults_fr.pdf</a>)</p> <p>3) Le classement des niveaux d'activité physique est compatible avec les directives canadiennes en matière d'activité physique, et ceux-ci ont été établis d'après le nombre total de minutes d'activité physique pratiquée au cours des 7 jours ayant précédé le sondage, ce qui représente le nombre total de minutes de transport actif et d'activités récréatives ou autres activités physiques d'intensité modérée à élevée.</p>
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

## Surpoids et obésité

Définition :	Pourcentage d'adultes de 18 ans et plus considérés comme étant en surpoids ou obèses
Justification de la mesure :	La communication de données sur les tendances relatives au surpoids et à l'obésité au sein de la population canadienne permet de surveiller les progrès déployés pour promouvoir le maintien d'un poids santé et aider les Canadiens à y parvenir, et aide à déterminer les lacunes des stratégies visant à réduire l'augmentation constante de l'obésité.
Période de mesure :	Années 2015-2016 combinées
Dénominateur :	Nombre total d'adultes de 18 ans et plus ayant fourni des réponses valables concernant leur poids et leur taille
Numérateur :	<p>Nombre d'adultes de 18 ans et plus dont l'indice de masse corporelle (IMC) corrigé a été classé comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IMC compris entre 25,00 et 29,99 : excès de poids</li> <li>• IMC <math>\geq</math> 30,00 : obésité</li> </ul>
Critères d'exclusion :	<p>1) Les personnes âgées de 17 ans ou moins ont été exclues.</p> <p>2) Les femmes enceintes âgées de 18 à 55 ans ont été exclues.</p> <p>3) Les personnes ayant répondu « Je ne sais pas », « Je refuse de répondre » et « Non indiqué » aux questions pertinentes ont été exclues.</p>
Disponibilité des données :	Toutes les provinces et tous les territoires
Stratification :	1) Par province/territoire
Source des données :	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (tableau 105-0509 de CANSIM)

Date de récupération des données :	Octobre 2017
Précisions sur les variables :	Sans objet
Remarques des provinces/territoires :	Sans objet
Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les données ont été téléchargées du tableau de CANSIM résumant les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, qui sont fondées sur un échantillon représentatif, puis extrapolées à la population générale.</li> <li>2) L'IMC corrigé est utilisé par Santé Canada et est une façon de classer le poids corporel pour cet indicateur. Cela est dû au fait qu'une revue systématique de la documentation a conclu que, dans les données déclarées par les intéressés, les adultes sous-estiment leur poids et surestiment leur taille, ce qui se traduit par des estimations plus faibles du taux d'obésité que celles obtenues à partir de données mesurées en utilisant l'IMC comme outil de dépistage pour déterminer le risque pour la santé associé au poids.</li> <li>3) Les catégories d'IMC reposent sur un système de classification du poids corporel recommandé par Santé Canada et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui est largement utilisé à l'échelle internationale. Les catégories d'IMC sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• IMC &lt; 18,5 : poids insuffisant</li> <li>• IMC compris entre 18,5 et 24,99 : poids normal</li> <li>• IMC compris entre 25,00 et 29,99 : excès de poids</li> <li>• IMC ≥ 30,00 : obésité</li> </ul> </li> </ol>
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

### Consommation de fruits et légumes

Définition :	Pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus ayant déclaré avoir consommé moins de cinq portions de fruits et légumes par jour
Justification de la mesure :	La communication de données sur les tendances relatives à la consommation de fruits et légumes au Canada peut aider à surveiller les progrès déployés pour promouvoir une saine alimentation ainsi qu'à déterminer les domaines et les populations qui tireraient profit d'efforts accrus en matière de prévention.
Période de mesure :	Années 2015-2016 combinées
Dénominateur :	Population totale âgée de 12 ans et plus
Numérateur :	Nombre de personnes de 12 ans et plus ayant déclaré avoir consommé moins de cinq portions de fruits et légumes par jour

Critères d'exclusion :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les personnes âgées de moins de 12 ans ont été exclues.</li> <li>2) Les personnes ayant répondu « Je ne sais pas », « Je refuse de répondre » et « Non indiqué » aux questions pertinentes ont été exclues.</li> </ol>
Disponibilité des données :	Toutes les provinces et tous les territoires
Stratification :	Par province et territoire
Source des données :	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (tableau 105-0509 de CANSIM)
Date de récupération des données :	Janvier 2018
Précisions sur les variables :	Sans objet
Remarques des provinces/territoires :	Sans objet
Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les données ont été téléchargées du tableau de CANSIM résumant les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, qui sont fondées sur un échantillon représentatif, puis extrapolées à la population générale.</li> <li>2) La consommation quotidienne de fruits et légumes est mesurée par le nombre total de fois (fréquence) que les répondants ont consommé des fruits et des légumes au cours du mois ayant précédé la date du sondage. Les types de fruits et de légumes comprenaient les jus de fruits (mais non les boissons à saveur de fruits ni les cocktails de jus de fruits), les fruits, les légumes vert foncé, les patates (mais non les frites), les légumes orangés et les autres légumes.</li> <li>3) Cet indicateur donne une mesure approximative du pourcentage de la population qui consomme le nombre recommandé de portions de fruits et de légumes par jour, puisque l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes mesure le nombre de fois par jour où les répondants consomment des fruits et des légumes (fréquence), et non la quantité consommée (portions).</li> </ol>
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

### Consommation d'alcool

Définition :	Pourcentage d'adultes de 18 ans et plus qui consomment plus d'alcool que ce que recommandent les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada sur le cancer
Justification de la mesure :	Les taux de consommation d'alcool à l'échelle nationale peuvent être révélateurs du degré d'observance des Directives de consommation d'alcool à faible risque ainsi que de l'efficacité des stratégies de prévention visant à limiter la consommation excessive d'alcool.
Période de mesure :	Années 2015-2016 combinées

Dénominateur :	Population totale âgée de 18 ans et plus
Numérateur :	<p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hommes ayant consommé en moyenne plus de 2 verres par jour dans les 7 jours ayant précédé l'enquête</li> <li>• Femmes ayant consommé en moyenne plus de 1 verre par jour dans les 7 jours ayant précédé l'enquête</li> </ul>
Critères d'exclusion :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les personnes âgées de moins de 18 ans ont été exclues.</li> <li>2) Les personnes ayant répondu « Je ne sais pas », « Je refuse de répondre » et « Non indiqué » aux questions pertinentes ont été exclues.</li> </ol>
Disponibilité des données :	Toutes les provinces et tous les territoires
Stratification :	1) Par province/territoire
Source des données :	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.
Date de récupération des données :	Mars 2018
Précisions sur les variables :	Sans objet
Remarques des provinces/territoires :	Sans objet
Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les données étaient fondées sur un échantillon représentatif et ont été extrapolées à la population générale.</li> <li>2) Les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada sur le cancer recommandent que les hommes ne consomment pas plus de 15 verres par semaine, soit au plus 2 verres par jour, la plupart des jours de la semaine, et que les femmes ne consomment pas plus de 10 verres par semaine, soit au plus 1 verre par jour, la plupart des jours de la semaine.</li> <li>3) Compte tenu de la faisabilité de mise en œuvre du questionnaire d'enquête sur la consommation d'alcool, la consommation quotidienne moyenne d'alcool au cours de la semaine ayant précédé l'enquête par entrevue a servi de mesure approximative d'une consommation supérieure à celle recommandée dans les directives, qui a été calculée par le nombre total de verres que le répondant déclare avoir consommés au cours de la semaine ayant précédé l'enquête par entrevue, divisé par 7 jours.</li> <li>4) Un « verre » équivaut à : <ul style="list-style-type: none"> <li>• une bouteille ou une petite canette de bière, de cidre ou de panaché à 5 % d'alcool ou une petite bière à la pression;</li> <li>• un verre de vin à 12 % d'alcool;</li> <li>• un verre ou un cocktail contenant 1 ½ once de spiritueux à 40 % d'alcool.</li> </ul> </li> </ol>
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

## Temps d'attente pour un diagnostic de cancer du sein

Définition :	<p>1) Temps d'attente médian et du 90<sup>e</sup> centile (en semaines) entre le dépistage d'une anomalie au sein et la résolution du diagnostic</p> <p>2) Pourcentage de dépistages avec résultat anormal qui ont été résolus dans les délais cibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 semaines pour la résolution d'un diagnostic ne nécessitant pas de biopsie tissulaire</li> <li>• 7 semaines pour la résolution d'un diagnostic nécessitant une biopsie tissulaire</li> </ul>
Justification de la mesure :	<p>Le temps d'attente entre le dépistage et la résolution du diagnostic est un indicateur important de l'efficacité du dépistage tout au long d'un épisode complet, depuis le dépistage initial jusqu'à la pose du diagnostic définitif. Les temps d'attente plus longs entre le dépistage d'une anomalie et la résolution du diagnostic peuvent aggraver le pronostic et avoir des conséquences psychologiques négatives sur les patientes qui se soumettent à un examen de dépistage. Le délai entre le dépistage d'une anomalie et la pose du diagnostic définitif dépend du degré de présomption de cancer à la mammographie, du type d'examen diagnostique réalisé, de la capacité des programmes et de la province et du diagnostic définitif.</p>
Période de mesure :	<p>Toutes les provinces : année de dépistage 2015 Territoires du Nord-Ouest : années de dépistage 2013 à 2015 combinées</p>
Population :	<p>Nombre total de dépistages d'une anomalie au sein réalisés pendant la période de mesure chez les femmes âgées de 50 à 69 ans pour lesquels la résolution du diagnostic est obtenue moins de 6 mois après la détection de l'anomalie</p>
Mesure :	<p>1) Temps d'attente : Intervalle de temps médian et du 90<sup>e</sup> centile (en semaines) entre le dépistage d'une anomalie au sein et la résolution du diagnostic pour ce qui est des dépistages avec résultat anormal, avec ou sans biopsie tissulaire, respectivement</p> <p>2) Pourcentage de patientes ayant obtenu la résolution de leur diagnostic dans les temps d'attente cibles : <b>Dénominateur</b> : Nombre total de dépistages d'une anomalie au sein réalisés pendant la période de mesure chez les femmes âgées de 50 à 69 ans pour lesquels la résolution du diagnostic est obtenue moins de 6 mois après la détection de l'anomalie</p>

	<p><b>Numérateur</b> : Nombre de femmes ayant obtenu la résolution de leur diagnostic dans les temps d'attente cibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour les dépistages avec résultat anormal nécessitant une biopsie tissulaire : nombre de femmes ayant obtenu la résolution de leur diagnostic dans les 7 semaines suivant le dépistage d'une anomalie au sein</li> <li>• Pour les dépistages avec résultat anormal ne nécessitant pas de biopsie tissulaire : nombre de femmes ayant obtenu la résolution de leur diagnostic dans les 5 semaines suivant le dépistage d'une anomalie au sein</li> </ul>
Critères d'exclusion :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les patientes ayant dû attendre plus de 6 mois pour obtenir un diagnostic définitif après un résultat anormal au dépistage ont été exclues.</li> <li>2) Les cas aiguillés à la suite d'un examen clinique des seins (ECS) uniquement ont été exclus.</li> <li>3) Les patientes soumises à un examen de dépistage qui ont été perdues de vue durant la période de suivi ou pour lesquelles des dates étaient manquantes ont été exclues.</li> <li>4) Les patientes soumises à un examen de dépistage qui n'ont reçu aucun diagnostic ont été exclues.</li> </ol>
Disponibilité des données :	Toutes les provinces et les Territoires du Nord-Ouest
Stratification :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Par province/territoire</li> <li>2) Besoin d'une biopsie tissulaire : nécessitant une biopsie tissulaire, ne nécessitant pas de biopsie tissulaire</li> </ol>
Source des données :	Programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein
Date de récupération des données :	Juillet à octobre 2017
Précisions sur les variables :	Sans objet
Remarques des provinces/territoires :	<p><b>Alberta</b> : Les sources de données (consultées le 1<sup>er</sup> août 2017) sont : a) la base de données du programme de dépistage du cancer du sein de l'Alberta; b) les données relatives aux réclamations des médecins de l'Alberta.</p> <p><b>Colombie-Britannique</b> : Les femmes aiguillées pour un dépistage à la suite d'un examen clinique des seins (ECS) uniquement ne peuvent être recensées et ne sont donc pas exclues des données.</p> <p><b>Territoires du Nord-Ouest</b> : Les données proviennent de la base de données relative au Programme de dépistage du cancer du sein.</p> <p><b>Ontario</b> : Les femmes pour lesquelles le résultat final du dépistage était inconnu ou celles qui ont été perdues au suivi, ainsi que les femmes pour lesquelles il s'était écoulé plus de 6 mois entre le résultat de dépistage anormal et la résolution du diagnostic, ont été exclues de cette mesure.</p>

	<p><b>Saskatchewan</b> : Biopsie tissulaire : l'examen réalisé a été considéré comme une biopsie tissulaire dans les cas suivants : biopsie avec localisation à l'aiguille, lumpectomie, biopsie guidée par IRM, mammographie/échographie/biopsie, mastectomie, curage ganglionnaire, biopsie, nouvelle exérèse, biopsie par forage sous guidage stéréotaxique, exérèse chirurgicale, biopsie du ganglion sentinelle, biopsie au trocart guidée par échographie, biopsie par aspiration ou biopsie par aspiration/mammographie.</p>
<p>Remarques sur la méthodologie :</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les données ont été analysées et fournies par les programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein.</li> <li>2) L'âge renvoie à l'âge de la patiente à la date de l'examen de dépistage.</li> <li>3) La date du dépistage d'une anomalie au sein renvoie à la date de l'examen de dépistage.</li> <li>4) La date de résolution du diagnostic renvoie à la date du diagnostic définitif de cancer (infiltrant ou in situ), de tumeur bénigne ou d'absence de tumeur et peut dépendre du comportement de la tumeur :       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Dans le cas d'un cancer infiltrant et d'un carcinome canalaire in situ (CCIS) : la date du diagnostic définitif de cancer correspond à la date de la première biopsie chirurgicale par forage ou ouverte confirmant le cancer. Dans de rares cas, la biopsie par ponction à l'aiguille fine peut également avoir été utilisée pour poser un diagnostic définitif de cancer.</li> <li>b) Dans le cas d'une tumeur bénigne ou en l'absence de tumeur : la date du diagnostic définitif correspond à la date de la dernière intervention ou biopsie de tumeur bénigne ou de la dernière intervention réalisée avant la recommandation de se soumettre à nouveau au dépistage systématique.</li> </ol> </li> <li>5) La biopsie tissulaire comprend la biopsie par forage (aiguille) avec ou sans guidage par imagerie et la biopsie ouverte (<i>exérèse</i>) avec ou sans guidage par imagerie.</li> <li>6) La biopsie tissulaire ne comprend pas la ponction à l'aiguille fine (PAF).</li> <li>7) Chaque femme n'est comptée qu'une fois, indépendamment du nombre de mammographies réalisées. Si une femme a obtenu, à plusieurs reprises, un résultat anormal à une mammographie au cours d'une année donnée, la première date à laquelle elle a obtenu un résultat anormal est retenue.</li> </ol>



Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet
---------------------------------------------------------------------	------------

### Temps d'attente pour un diagnostic de cancer colorectal

Définition :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Temps d'attente entre l'obtention d'un résultat anormal à un test fécal et une coloscopie de suivi dans le cadre des programmes organisés de dépistage du cancer colorectal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temps d'attente médian et du 90<sup>e</sup> centile (en jours) entre un résultat de test fécal anormal et la coloscopie de suivi nécessaire à la résolution du diagnostic</li> <li>• Pourcentage de tests fécaux pour lesquels une coloscopie de suivi a été réalisée dans les temps d'attente cibles (60 jours) dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal</li> </ul> </li> <li>2) Temps d'attente entre la coloscopie de suivi et le diagnostic définitif <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temps d'attente médian et du 90<sup>e</sup> centile (en jours) entre une coloscopie de suivi et un diagnostic pathologique définitif</li> </ul> </li> </ol>
Justification de la mesure :	Le suivi et la communication des données sur les temps d'attente pour un diagnostic de cancer colorectal dans tout le Canada peuvent contribuer à recenser les secteurs du réseau de dépistage et de diagnostic du cancer colorectal que les efforts doivent cibler afin d'améliorer leur collaboration et de permettre ainsi une résolution rapide des résultats anormaux.
Période de mesure :	Année de dépistage 2015
Population :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Temps d'attente entre l'obtention d'un résultat anormal à un test fécal et la coloscopie de suivi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées de 50 à 74 ans ayant reçu un résultat anormal au test fécal pendant la période de mesure, qui ont subi une coloscopie dans les 180 jours suivant la communication du résultat anormal au test fécal</li> </ul> </li> <li>2) Temps d'attente entre la coloscopie de suivi et le diagnostic définitif <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées de 50 à 74 ans ayant subi une coloscopie pendant la période de mesure et dans les 180 jours suivant la communication d'un résultat anormal au test fécal</li> </ul> </li> </ol>

<p>Mesure :</p>	<p>1) Temps d'attente entre l'obtention d'un résultat anormal à un test fécal et une coloscopie de suivi dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervalle de temps médian et du 90<sup>e</sup> centile (en jours) entre un résultat de test fécal anormal et une coloscopie de suivi</li> <li>• Pourcentage de tests fécaux pour lesquels une coloscopie de suivi a été réalisée dans les temps d'attente cibles</li> </ul> <p><b>Dénominateur</b> : Personnes âgées de 50 à 74 ans ayant reçu un résultat anormal au test fécal pendant la période de mesure, qui ont subi une coloscopie dans les 180 jours suivant la communication du résultat anormal au test fécal</p> <p><b>Numérateur</b> : Nombre de personnes ayant subi une coloscopie de suivi dans les 60 jours suivant la communication d'un résultat anormal au test fécal</p> <p>2) Temps d'attente entre la coloscopie de suivi et le diagnostic définitif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervalle de temps médian et du 90<sup>e</sup> centile (en jours) entre une coloscopie de suivi et un diagnostic pathologique définitif</li> </ul>
<p>Critères d'exclusion :</p>	<p>1) Temps d'attente entre un résultat anormal à un test fécal et une coloscopie de suivi dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les dépistages effectués en dehors des programmes de dépistage du cancer colorectal ont été exclus.</li> <li>• Les coloscopies effectuées plus de 180 jours après l'obtention d'un résultat anormal à un test fécal ont été exclues.</li> </ul> <p>2) Temps d'attente entre la coloscopie de suivi et le diagnostic définitif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les dépistages effectués en dehors des programmes de dépistage du cancer colorectal ont été exclus.</li> <li>• Les coloscopies effectuées plus de 180 jours après l'obtention d'un résultat anormal à un test fécal ont été exclues.</li> <li>• Les dépistages pour lesquels aucun échantillon n'a été envoyé aux fins de diagnostic pathologique ont été exclus.</li> </ul>
<p>Disponibilité des données :</p>	<p>1) Temps d'attente entre la communication du résultat anormal d'un test fécal et la coloscopie de suivi : Alberta, Colombie-Britannique, Ontario, Nouveau-Brunswick, Saskatchewan, Manitoba,</p>

	<p>Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador</p> <p>2) Temps d'attente (en jours) entre la coloscopie de suivi et le diagnostic pathologique définitif : Colombie-Britannique, Nouveau-Brunswick, Saskatchewan, Manitoba, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador</p>
Stratification :	Par province/territoire
Source des données :	Organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer
Date de récupération des données :	Juillet à septembre 2017
Précisions sur les variables :	Sans objet
Remarques des provinces/territoires :	<p><b>Alberta</b> : Oui, l'Alberta se conforme aux directives sur le calcul des temps d'attente pour une coloscopie de suivi. Les patients ayant subi une coloscopie après la période de 180 jours ont été exclus de l'analyse. En cherchant dans la base de données, il nous a été impossible de recenser les patients qui avaient reporté leur examen de suivi.</p> <p><b>Nouveau-Brunswick</b> : Le Nouveau-Brunswick se conforme aux directives sur le calcul des temps d'attente pour une coloscopie de suivi ou un diagnostic de cancer colorectal. Cette province n'exclut pas de l'analyse les patients ayant reporté leur rendez-vous de coloscopie. Durant cette période, seuls 11 % des patients de la province (moitié de la population de la zone sanitaire 2) avaient accès au dépistage du cancer du côlon.</p> <p><b>Terre-Neuve-et-Labrador</b> : Les valeurs aberrantes ne correspondant pas au délai de 180 jours en raison des rendez-vous reportés à la demande des patients ont été exclues. Le programme de dépistage du cancer du côlon de Terre-Neuve-et-Labrador respecte les recommandations du Réseau national de dépistage du cancer colorectal qui préconise de réaliser une coloscopie de suivi dans les 60 jours suivant l'obtention d'un résultat positif au test immunochimique fécal.</p> <p><b>Nouvelle-Écosse</b> : Personne n'a été exclu de cette analyse. Seules les coloscopies de suivi réalisées dans le cadre du programme de dépistage ont été incluses aux fins de l'analyse. Environ 10 % des patients ayant obtenu un résultat positif au test immunochimique fécal ont refusé les services du programme.</p> <p><b>Ontario</b> : Les personnes ayant reporté leur rendez-vous de coloscopie ont été incluses dans le calcul. Aux fins du calcul des temps d'attente, cette province n'a inclus que les personnes de l'Ontario admissibles à un examen de dépistage, âgées de 50 à 74 ans, ayant obtenu un résultat anormal à un test de recherche de sang occulte dans les</p>

	<p>selles (RSOS) en 2015 et ayant subi une coloscopie dans les 180 jours suivant l'obtention du résultat anormal au test de RSOS. Les personnes suivantes ont été exclues du calcul : a) celles pour lesquelles le numéro de carte santé, la date de naissance, l'information sur le sexe ou le code postal était manquant ou non valide; b) celles atteintes d'un cancer colorectal invasif avant la date du résultat anormal au test de RSOS; c) celles ayant subi une colectomie totale avant la date du résultat anormal au test de RSOS.</p>
<p>Remarques sur la méthodologie :</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les données ont été analysées et fournies par les programmes provinciaux de dépistage du cancer colorectal.</li> <li>2) Facteurs à prendre en considération relativement au temps d'attente entre un résultat anormal à un test fécal et une coloscopie de suivi dans le cadre des programmes organisés de dépistage du cancer colorectal : <ul style="list-style-type: none"> <li>• La date du résultat anormal au test fécal correspond à la date à laquelle le laboratoire a communiqué le résultat au patient.</li> <li>• Le test fécal doit avoir été réalisé dans le cadre du programme de dépistage organisé, alors que la coloscopie de suivi peut avoir été réalisée ou non dans ce contexte.</li> <li>• Chaque personne n'est comptée qu'une fois, indépendamment du nombre de tests fécaux réalisés. Si une personne a obtenu, à plusieurs reprises, un résultat anormal à un test fécal au cours d'une année donnée, la première date à laquelle elle a obtenu un résultat anormal est retenue.</li> <li>• Si plusieurs coloscopies de suivi ont été réalisées après la communication du résultat anormal au test fécal, la province ne compte que la première coloscopie réalisée après l'obtention de ce résultat.</li> <li>• Toutes les coloscopies sont incluses, qu'elles aient été complètes ou non (peu importe la raison).</li> </ul> </li> <li>3) Facteurs à prendre en considération relativement au temps d'attente entre la coloscopie de suivi et le diagnostic définitif : <ul style="list-style-type: none"> <li>• La période de mesure renvoie à la date de la coloscopie.</li> <li>• La date du diagnostic pathologique définitif correspond à la date du rapport de pathologie initial produit après la coloscopie, qui confirme la présence (ou l'absence) de cancer colorectal ou d'adénome.</li> </ul> </li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclut à la fois les coloscopies complètes et partielles – pourvu qu’un rapport de pathologie documente le diagnostic définitif.</li> <li>• Le test fécal doit avoir été réalisé dans le cadre du programme de dépistage organisé, alors que la coloscopie de suivi peut avoir été réalisée ou non dans ce contexte.</li> <li>• Chaque personne n’est comptée qu’une fois, indépendamment du nombre de tests fécaux réalisés. Si une personne a obtenu, à plusieurs reprises, un résultat anormal à un test fécal au cours d’une année donnée, la première date à laquelle elle a obtenu un résultat anormal est retenue.</li> <li>• Si plusieurs coloscopies de suivi ont été réalisées après la communication du résultat anormal au test fécal, la province ne compte que la première coloscopie complète réalisée après l’obtention de ce résultat.</li> </ul>
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

### Dépistage de la détresse

Définition :	Proportion d’autoévaluations des patients (outil ESAS-r) indiquant une absence ou un niveau faible, modéré ou élevé de détresse par symptômes particuliers, respectivement (douleur, fatigue, anxiété et dépression)
Justification de la mesure :	Le dépistage systématique des symptômes est important afin de déterminer les préoccupations psychologiques, sociales, spirituelles, pratiques ou physiques d’un patient atteint de cancer qui peuvent compromettre sa capacité à affronter la maladie et son traitement. L’un des outils d’autoévaluation souvent utilisés pour mesurer les résultats déclarés par les patients est l’Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), qui mesure neuf symptômes fréquemment signalés (douleur, fatigue, nausées, dépression, anxiété, somnolence, appétit, absence de bien-être et essoufflement).
Période de mesure :	1 <sup>er</sup> octobre 2016 au 31 mars 2017
Dénominateur :	Nombre total de questionnaires remplis
Numérateur :	Nombre de questionnaires indiquant le niveau de détresse : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune détresse</li> <li>• Niveau faible de détresse</li> <li>• Niveau modéré de détresse</li> <li>• Niveau élevé de détresse</li> </ul>
Critères d’exclusion :	1) Les questionnaires auxquels ont répondu des patients âgés de moins de 18 ans ont été exclus.

	<p>2) Les questionnaires auxquels ont répondu des patients atteints d'une maladie hématologique bénigne ont été exclus.</p> <p>3) Les questionnaires dans lesquels les patients n'ont pas indiqué un score pour chaque symptôme ou niveau de détresse ont été exclus.</p>
Disponibilité des données :	Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Québec, Nouvelle-Écosse, île-du-Prince-Édouard
Stratification :	<p>Les données ont été regroupées selon les quatre symptômes de détresse :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur</li> <li>• Fatigue</li> <li>• Anxiété</li> <li>• Dépression</li> </ul>
Source des données :	Partenaires de l'initiative sur les résultats signalés par le patient (RSP)
Date de récupération des données :	Octobre 2017
Précisions sur les variables :	Les questions sur les symptômes de détresse variaient selon la province. Pour chaque province, on a relevé les questions pertinentes que l'on a ensuite incluses dans l'analyse.
Remarques des provinces/territoires :	<p><b>Manitoba</b> : Le dépistage de la détresse est effectué à chaque visite des patients chez le médecin, y compris les nouveaux rendez-vous, les consultations en cours de traitement et les rendez-vous de suivi. Critères d'inclusion : 1. Les patients âgés de <math>\geq 18</math> ans; 2. Tous les types de cancer, à l'exception du cancer de la tête et du cou (y compris les cancers avec métastases et les cancers hématologiques bénins)</p> <p><b>Nouvelle-Écosse</b> : Nous avons défini le sentiment de détresse pour cet indicateur par un score de 1 à 10 au thermomètre de la détresse (TD). Comme il en a été fait mention précédemment, 74,9 % des patients ayant utilisé l'outil TD entre octobre 2016 et mars 2017 ont indiqué un certain niveau de détresse. Pour le moment, il nous est impossible de communiquer des données sur cet indicateur (c.-à-d. le nombre de questionnaires révélant un sentiment de détresse par un score de 1 à 10 pour l'un ou l'autre des symptômes) mesuré avec l'outil ESAS-r. Le dénominateur pour cet indicateur est différent du dénominateur pour le deuxième indicateur parce que ce ne sont pas tous les patients qui ont répondu au moyen du TD sur notre outil de dépistage (qui regroupe le TD, la liste canadienne de vérification des problèmes et l'outil ESAS-r). Cent un (101) patients ont répondu aux questionnaires de l'outil de dépistage, mais ont choisi de ne pas répondre aux questions du TD.</p> <p><b>Ontario</b> : Puisque tous les champs de l'outil ESAS sont obligatoires dans le système de saisie de données ISAAC</p>

	(outil interactif de collecte et d'évaluation des symptômes), il est supposé qu'il n'y aucune « non-réponse ». Tout écart est probablement attribuable aux patients n'ayant pas répondu à toutes les questions de l'outil ESAS sur papier.
Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les données provenaient des partenaires ayant participé au sondage de l'initiative sur les résultats signalés par le patient (RSP).</li> <li>2) Le système d'évaluation des symptômes d'Edmonton révisé (ESAS-r), un outil d'autoévaluation, a été utilisé pour recueillir les symptômes fréquemment signalés par les patients atteints d'un cancer au cours de leur traitement.</li> <li>3) Les répondants devaient évaluer le degré d'intensité de leurs symptômes sur une échelle de 0 à 10. Ces réponses étaient regroupées en quatre catégories : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune détresse : score de 0</li> <li>• Détresse faible : scores de 1 à 3</li> <li>• Détresse modérée : scores de 4 à 6</li> <li>• Détresse élevée : scores de 7 à 10</li> </ul> </li> <li>4) Pour chaque symptôme, on a enregistré un faible nombre de non-réponses, lesquelles ont été exclues : douleur, 0,5 %; fatigue, 0,4 %; anxiété, 0,5 %; dépression, 0,5 %.</li> </ol>
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

## Lieu du décès

Définition :	Pourcentage de patients atteints de cancer qui sont décédés à l'hôpital, dans une résidence privée et dans d'autres lieux
Justification de la mesure :	Même s'il s'agit d'une mesure brute, le lieu du décès traite d'un aspect important des soins de fin de vie et peut contribuer à améliorer la planification et la qualité des soins prodigués aux patients atteints de cancer en phase terminale.
Période de mesure :	Année 2013
Dénominateur :	Nombre de décès dus à des cancers infiltrants
Numérateur :	Nombre de décès dus à des cancers infiltrants regroupés en trois lieux : <ul style="list-style-type: none"> <li>• hôpital</li> <li>• résidence privée</li> <li>• autres lieux</li> </ul>
Critères d'exclusion :	Sans objet
Disponibilité des données :	Toutes les provinces et tous les territoires
Stratification :	Par province et territoire (les territoires ont été regroupés)
Source des données :	Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès

Date de récupération des données :	Octobre 2017
Précisions sur les variables :	Sans objet
Remarques des provinces/territoires :	<p><b>Québec</b> : La catégorie « Hôpital » comprend les maisons de repos et les établissements de soins de longue durée.</p> <p><b>Manitoba</b> : Les unités désignées de soins palliatifs sont comprises dans la catégorie « Hôpital ». Dans les autres provinces, ce type de lit peut avoir été considéré comme faisant partie des soins de longue durée (« Autre »).</p> <p><b>Saskatchewan</b> : Une très faible proportion des décès a été enregistrée à domicile; par conséquent, les catégories « Résidence privée » et « Autre » ont été regroupées.</p>
Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les données ont été extraites de Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès.</li> <li>2) Les données présentées incluent tous les âges (à partir de 0 an), toutes provinces et tous territoires confondus.</li> <li>3) Les pourcentages représentant les catégories de lieux de décès ont été calculés à partir de chiffres arrondis aléatoirement selon l'algorithme de Statistique Canada.</li> <li>4) La définition de la catégorie « Hôpital » varie d'une province à l'autre. Les centres de soins palliatifs peuvent être classés dans la catégorie « Autre » ou « Hôpital » selon la province.</li> <li>5) La catégorie « Autre » comprend les autres lieux précisés, les autres établissements de soins de santé, les résidences privées et les lieux inconnus.</li> </ol>
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

## Prévalence du tabagisme

Définition :	Pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus ayant déclaré avoir fumé tous les jours ou à l'occasion
Justification de la mesure :	La communication de données sur le tabagisme à l'échelle de la population permet d'évaluer les stratégies de prévention et d'abandon du tabagisme.
Période de mesure :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'échelle nationale : années 2001 à 2014 et années 2015-2016 combinées</li> <li>• À l'échelle provinciale : années de déclaration 2015-2016 combinées</li> </ul>
Dénominateur :	Nombre total de personnes âgées de 12 ans et plus
Numérateur :	<p>Nombre de personnes âgées de 12 ans et plus déclarant fumer tous les jours ou à l'occasion</p> <p>À l'échelle nationale : Les personnes fumant tous les jours ou à l'occasion ont été regroupées.</p>



	À l'échelle provinciale : Une distinction a été faite entre les personnes fumant tous les jours et celles fumant à l'occasion.
Critères d'exclusion :	Les réponses « Je ne sais pas », « Je refuse de répondre » et « Non indiqué » ont été exclues.
Disponibilité des données :	Toutes les provinces et tous les territoires
Stratification :	<ul style="list-style-type: none"> <li>À l'échelle nationale : par année</li> <li>À l'échelle provinciale : par usage du tabac (personnes fumant tous les jours ou à l'occasion)</li> </ul>
Source des données :	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), tableau 105-0509 de CANSIM)
Date de récupération des données :	Août 2017
Précisions sur les variables :	Sans objet
Remarques des provinces/territoires :	Sans objet
Remarques sur la méthodologie :	1) Les données ont été téléchargées du tableau de CANSIM résumant les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, qui sont fondées sur un échantillon représentatif, puis extrapolées à la population générale.
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

### Adoption de la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH)

Définition :	Pourcentage de filles dans le groupe d'âge ou le niveau scolaire ciblé pour l'immunisation qui ont complété la série de vaccins contre le VPH, conformément au calendrier de vaccination recommandé par la province ou le territoire
Justification de la mesure :	La communication de données sur l'adoption de la vaccination contre le VPH contribue à éclairer les occasions d'augmentation des efforts en matière d'activités de prévention.
Période de mesure :	Années scolaires 2015-2016 et 2016-2017 (la période de mesure varie selon la province ou le territoire – se reporter à la section « Disponibilité des données »)
Dénominateur :	Nombre de filles dans le groupe d'âge ou l'année cible du programme provincial ou territorial de vaccination contre le VPH en milieu scolaire
Numérateur :	Nombre de filles ayant reçu la dernière dose (deuxième ou troisième dose, selon la province ou le territoire) du vaccin contre le VPH par l'intermédiaire d'un programme organisé à l'échelle de la province ou du territoire concerné
Critères d'exclusion :	Sans objet
Disponibilité des données :	Année scolaire 2015-2016 : Manitoba, Ontario, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Territoires du Nord-Ouest

	Année scolaire 2016 : Saskatchewan Année scolaire 2016-2017 : Colombie-Britannique, Alberta, Québec, Nouveau-Brunswick et Yukon
Stratification :	Par province/territoire
Source des données :	Programmes d'immunisation provinciaux et territoriaux
Date de récupération des données :	Décembre 2017
Précisions sur les variables :	Sans objet
Remarques des provinces/territoires :	<p><b>Territoires du Nord-Ouest</b> : La vaccination a lieu dans les classes de 4<sup>e</sup> à 6<sup>e</sup> année. L'adoption de la vaccination indiquée concerne les filles de 7<sup>e</sup> année.</p> <p><b>Saskatchewan</b> : La vaccination contre le VPH est offerte en 6<sup>e</sup> année, mais les taux de couverture vaccinale dans la province ont été évalués en se fondant sur une cohorte d'âge. L'adoption de la vaccination contre le VPH est évaluée à 13 ans. La Saskatchewan administre la série de deux doses du vaccin depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015. En 2016, la plupart des filles de 13 ans se seraient vu proposer initialement une série de trois doses de vaccin.</p> <p><b>Ontario</b> : Dans le cadre de la surveillance régulière de la couverture vaccinale en Ontario, on évalue les enfants par année de naissance en tant que mesure approximative du niveau scolaire. Le nombre d'élèves de sexe féminin ayant eu 13 ans avant le 31 décembre 2015 (nées en 2002) a permis d'estimer la couverture vaccinale chez les filles de 8<sup>e</sup> année. Les filles ayant reçu une série de deux ou trois doses valides du vaccin contre le VPH sont représentées dans l'estimation de la couverture vaccinale dans la colonne « Deuxième dose ». Bien que le programme scolaire d'immunisation de routine recommande habituellement l'administration de deux doses, certaines filles ont besoin de trois doses selon leur âge au moment de l'administration de la première dose ou si elles sont immunodéprimées.</p> <p><b>Yukon</b> : Filles ayant reçu une série de 2 doses ou plus ou une série de 3 doses dans un délai déterminé selon l'âge au moment de l'administration de la première dose. Deux doses valides du vaccin contre le VPH si la série vaccinale a été amorcée avant l'âge de 15 ans; trois doses valides si la série vaccinale a été amorcée à l'âge de 15 ans ou après cet âge.</p>
Remarques sur la méthodologie :	Les données ont été analysées et fournies par les programmes d'immunisation provinciaux et territoriaux.
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	

Mammographies de dépistage du cancer du sein effectuées à l'intérieur et à l'extérieur de la tranche d'âge recommandée par les lignes directrices

Définition :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pourcentage de toutes les mammographies de dépistage réalisées au cours de la dernière année, qui ont été déclarées par des femmes âgées de 40 à 49 ans</li> <li>2) Répartition des mammographies de dépistage réalisées au cours de la dernière année par groupes d'âge</li> </ol>
Justification de la mesure :	<p>Il a été montré que la mammographie de dépistage permet de réduire la morbidité et la mortalité due au cancer du sein de stade avancé, mais ces bienfaits semblent plus évidents chez les femmes âgées de 50 à 74 ans. La communication de données sur les mammographies effectuées en dehors de la tranche d'âge recommandée peut aider à déterminer comment les pratiques de dépistage par mammographie de tout le pays peuvent être mieux harmonisées avec les pratiques exemplaires, les lignes directrices et les recommandations afin d'éviter toute intervention inutile et potentiellement néfaste.</p>
Période de mesure :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pourcentage de toutes les mammographies de dépistage réalisées au cours de la dernière année, qui ont été déclarées par des femmes âgées de 40 à 49 ans : Années 2008 à 2012 combinées</li> <li>2) Répartition des mammographies de dépistage réalisées au cours de la dernière année par groupes d'âge : Années 2008, 2012 et 2014</li> </ol>
Dénominateur :	<p>Nombre de femmes asymptomatiques ayant déclaré avoir subi une mammographie de dépistage au cours de la dernière année</p>
Numérateur :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pourcentage de toutes les mammographies de dépistage réalisées au cours de la dernière année, qui ont été déclarées par des femmes âgées de 40 à 49 ans : nombre de femmes de 40 à 49 ans asymptomatiques ayant déclaré avoir subi une mammographie de dépistage au cours de la dernière année</li> <li>2) Répartition des mammographies de dépistage réalisées au cours de la dernière année par groupes d'âge : le nombre de femmes asymptomatiques ayant déclaré avoir subi une mammographie de dépistage au cours de la dernière année a été établi par groupe d'âge : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 à 49 ans</li> <li>• 50 à 74 ans</li> <li>• Plus de 75 ans</li> </ul> </li> </ol>

Critères d'exclusion :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les femmes âgées de moins de 40 ans ont été exclues.</li> <li>2) Les femmes symptomatiques ayant déclaré avoir subi une mammographie de dépistage au cours de la dernière année ont été exclues.</li> </ol>
Disponibilité des données :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pourcentage de toutes les mammographies de dépistage réalisées au cours de la dernière année, qui ont été déclarées par des femmes âgées de 40 à 49 ans, par province ou territoire : toutes les provinces et tous les territoires ont fourni des données pour 2008 et 2012. Le module de mammographie était optionnel pendant la période de 2009 à 2011; les provinces et les territoires suivants ont fourni des données en 2009 : Alberta, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador et Territoires du Nord-Ouest; 2010 : Alberta, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador et Territoires du Nord-Ouest; 2011 : Alberta, Ontario, Terre-Neuve-et-Labrador et Nunavut.</li> <li>2) La répartition des mammographies de dépistage réalisées au cours de la dernière année par groupes d'âge en 2008, 2012 et 2014 repose sur des données de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest</li> </ol>
Stratification :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pourcentage de toutes les mammographies de dépistage réalisées au cours de la dernière année, qui ont été déclarées par des femmes âgées de 40 à 49 ans : par province et territoire</li> <li>2) Répartition des mammographies de dépistage réalisées au cours de la dernière année : par groupes d'âge de 40 à 49 ans, de 50 à 74 ans et de 75 ans et plus</li> </ol>
Source des données :	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)
Date de récupération des données :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pourcentage de toutes les mammographies de dépistage réalisées au cours de la dernière année, qui ont été déclarées par des femmes âgées de 40 à 49 ans : janvier 2016</li> <li>2) Répartition des mammographies de dépistage réalisées au cours de la dernière année : février 2018</li> </ol>
Précisions sur les variables :	Sans objet
Remarques des provinces/territoires :	Sans objet
Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les données étaient fondées sur un échantillon représentatif et ont été extrapolées à la population générale.</li> </ol>

	<p>2) Le contenu du questionnaire d'enquête sur les mammographies de dépistage du cancer du sein est facultatif. Ce ne sont donc pas toutes les provinces et tous les territoires qui disposent de données pour les années 2008 à 2012.</p> <p>3) À l'échelle provinciale et territoriale, les données disponibles pour 2008 à 2012, le cas échéant, ont été regroupées afin d'obtenir les mesures statistiques les plus stables concernant les mammographies de dépistage du cancer du sein dans le groupe d'âge de 40 à 49 ans.</p> <p>4) Trois provinces et un territoire ont été regroupés : il s'agit de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest. Ces provinces et ce territoire disposent de données pour ces années (2008, 2012 et 2014), lesquelles reflètent la tendance temporelle des mammographies de dépistage du cancer du sein par groupe d'âge, particulièrement pour les groupes d'âge non ciblés par les lignes directrices, soit les personnes de 40 à 49 ans et de 75 ans et plus.</p> <p>5) Une femme est considérée comme asymptomatique si elle a déclaré que la raison de subir une mammographie de dépistage était l'une des suivantes : antécédents familiaux de cancer du sein, vérification régulière/dépistage systématique, âge ou hormonothérapie substitutive en cours. Une femme n'est <u>pas</u> considérée comme asymptomatique si la raison de subir une mammographie de dépistage était l'une des suivantes : présence d'une masse, suivi d'un traitement du cancer du sein, problème au sein ou autre raison.</p>
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

### Mastectomies effectuées en chirurgie d'un jour

Définition :	Pourcentage de mastectomies en raison d'un cancer du sein effectuées en chirurgie d'un jour
Justification de la mesure :	La communication de données sur les mastectomies effectuées en chirurgie d'un jour permet de révéler des variations dans la pratique entre les provinces et les territoires, de trouver de nouvelles possibilités d'améliorer l'expérience vécue par les patientes et de réduire les coûts de fonctionnement du système en évitant d'hospitaliser des patientes qui pourraient récupérer sans danger à domicile.
Période de mesure :	1) Les données ont été agrégées à l'échelle nationale : exercices financiers 2008-2009 à 2015-2016

	2) Les données ont été agrégées à l'échelle provinciale : exercices financiers 2014-2015 et 2015-2016 combinés
Dénominateur :	Nombre total de mastectomies chez les femmes de 18 ans et plus ayant reçu un diagnostic de cancer du sein
Numérateur :	Nombre de mastectomies effectuées en chirurgie d'un jour chez les femmes de 18 ans et plus ayant reçu un diagnostic de cancer du sein
Critères d'exclusion :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Femmes de moins de 18 ans</li> <li>2) Les copies potentielles d'un dossier sont répertoriées comme des sorties d'hôpital avec des valeurs identiques dans certains des éléments de données. Si plusieurs copies d'un dossier étaient obtenues, la copie la plus récente était conservée et les autres copies étaient supprimées.</li> <li>3) Numéro de carte santé non valide</li> <li>4) Interventions codées comme n'étant plus pratiquées</li> <li>5) Nouveau-nés, mort-nés et donneurs décédés</li> <li>6) Date non valide de l'intervention</li> <li>7) Aucune latéralité attribuée pour la procédure de congé</li> <li>8) Codes postaux non valides</li> </ol>
Disponibilité des données :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les données ont été agrégées à l'échelle nationale : Colombie-Britannique, Alberta, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador</li> <li>2) Les données ont été agrégées à l'échelle provinciale : Toutes les provinces et tous les territoires, sauf le Québec</li> </ol>
Stratification :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les données ont été agrégées à l'échelle nationale : Par exercice financier</li> <li>2) Les données ont été agrégées à l'échelle provinciale : Par province/territoire</li> </ol>
Source des données :	Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), Système national d'information sur les soins ambulatoires; Alberta Ambulatory Care Reporting System
Date de récupération des données :	Novembre 2017
Précisions sur les variables :	Sans objet
Remarques des provinces/territoires :	Sans objet
Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) L'analyse a été réalisée et fournie par l'Institut canadien d'information sur la santé.</li> <li>2) Les cas des patientes ayant subi une mastectomie n'importe où dans le cadre du dossier de congé contenant l'épisode chirurgical associé à la première résection mammaire de la patiente sont considérés comme des cas de mastectomie.</li> </ol>

	3) Les données sont fondées sur le lieu de résidence des patientes.
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

### Recours aux soins intensifs au cours des 14 derniers jours de vie

Définition :	Pourcentage de patients adultes atteints de cancer décédés dans un hôpital de soins de courte durée, qui avaient été admis dans une unité de soins intensifs (USI) au cours des 14 derniers jours de vie
Justification de la mesure :	L'examen des variations interprovinciales dans l'utilisation des soins intensifs pendant les 14 derniers jours de vie peut permettre d'apprendre quelles sont les stratégies utilisées par d'autres administrations pour optimiser l'utilisation appropriée des soins intensifs en fin de vie pour les patients atteints de cancer.
Période de mesure :	1) Données agrégées à l'échelle nationale : exercices financiers 2011-2012 à 2015-2016  2) Données agrégées à l'échelle provinciale : exercices financiers 2014-2015 et 2015-2016 combinés
Dénominateur :	Nombre total de patients âgés de 18 ans et plus ayant reçu un diagnostic de cancer, qui sont décédés dans un hôpital de soins de courte durée
Numérateur :	Nombre de patients adultes de 18 ans et plus atteints de cancer qui sont décédés dans un hôpital de soins de courte durée après avoir été admis dans une unité de soins intensifs au cours des 14 derniers jours de vie
Critères d'exclusion :	1) Patients de moins de 18 ans 2) Les dossiers soumis par les établissements du Québec ou contenant des cartes santé émises par le Québec ont été exclus.
Disponibilité des données :	Toutes les provinces et tous les territoires, sauf le Québec
Stratification :	1) Les données ont été agrégées à l'échelle nationale : Par exercice financier  2) Les données ont été agrégées à l'échelle provinciale : Par province/territoire
Source des données :	Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Base de données sur les congés des patients
Date de récupération des données :	Septembre 2016
Précisions sur les variables :	Sans objet
Remarques des provinces/territoires :	Sans objet
Remarques sur la méthodologie :	1) L'analyse a été réalisée et fournie par l'Institut canadien d'information sur la santé.

	<p>2) Les données ne concernent que les établissements ayant déclaré, dans le cadre de l'étude, des données sur les unités de soins intensifs.</p> <p>3) Les patients atteints de cancer ont été recensés à l'aide des codes CIM-10-CA pour un diagnostic primaire de tumeur maligne ou de tumeur à évolution imprévisible ou inconnue ou un diagnostic ayant le plus contribué aux soins palliatifs associé à un diagnostic secondaire de néoplasme malin.</p> <p>4) Seuls les dossiers indiquant au moins une visite en USI dans les 14 jours précédant le décès ont été inclus dans le pourcentage des patients admis en USI au cours des 14 derniers jours de vie. Tous les patients atteints de cancer décédés dans une USI, quel que soit le moment de leur admission en soins intensifs, ont été inclus dans le pourcentage de patients atteints de cancer décédés dans une USI.</p> <p>5) Pour regrouper les données des provinces et des territoires combinés ou des exercices financiers combinés, les dénominateurs (nombre de patients de 18 ans et plus atteints de cancer qui sont décédés dans un hôpital de soins de courte durée) ont été obtenus par rétrocalcul en utilisant les numérateurs et les pourcentages correspondants.</p>
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

### Recours à la chirurgie mammaire conservatrice au lieu de la mastectomie pour des résections de cancer du sein

Définition :	<p>Pourcentage de femmes (âgées de 18 ans et plus) qui recourent à la chirurgie mammaire conservatrice (CMC) comme dernière intervention pour une résection du cancer du sein (c.-à-d. lorsque la CMC a été choisie comme première chirurgie ou lorsqu'une exérèse plus large a été pratiquée dans le contexte d'une CMC au cours de l'année suivant la première chirurgie)</p>
Justification de la mesure :	<p>Le traitement conservateur du sein est moins effractif que la mastectomie et est associé à une morbidité plus faible, à une meilleure apparence esthétique et à de meilleurs résultats sur le plan psychologique. De plus, les taux de survie associés à la mastectomie et au traitement conservateur du sein sont semblables. Les taux de chirurgie mammaire conservatrice peuvent révéler des variations dans la pratique entre les provinces, ce qui pourrait aider à cerner des possibilités d'améliorer l'expérience des patientes.</p>



Période de mesure :	Années 2014-2015 et 2015-2016 combinées
Dénominateur :	Femmes atteintes d'un cancer du sein infiltrant ayant subi une chirurgie mammaire conservatrice ou une mastectomie
Numérateur :	Femmes ayant subi une chirurgie mammaire conservatrice en tant que dernière intervention
Critères d'exclusion :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Femmes de moins de 18 ans</li> <li>2) Les copies potentielles d'un dossier sont répertoriées comme des sorties d'hôpital avec des valeurs identiques dans certains des éléments de données. Si plusieurs copies d'un dossier étaient obtenues, la copie la plus récente était conservée et les autres copies étaient supprimées.</li> <li>3) Numéro de carte santé non valide</li> <li>4) Interventions codées comme n'étant plus pratiquées</li> <li>5) Nouveau-nés, mort-nés et donneurs décédés</li> <li>6) Date non valide de l'intervention</li> <li>7) Aucune latéralité attribuée pour la procédure de congé</li> <li>8) Codes postaux non valides</li> </ol>
Disponibilité des données :	Toutes les provinces et tous les territoires, sauf le Québec
Stratification :	Par province et territoire
Source des données :	Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), Système national d'information sur les soins ambulatoires; Alberta Ambulatory Care Reporting System
Date de récupération des données :	Novembre 2017
Précisions sur les variables :	Sans objet
Remarques des provinces/territoires :	Sans objet
Remarques sur la méthodologie :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) L'analyse a été réalisée et fournie par l'Institut canadien d'information sur la santé.</li> <li>2) Afin de recenser les mastectomies, les codes chirurgicaux suivants ont été utilisés conformément à la CCI : 1.YM.89 à 1.YM.92.</li> <li>3) Les codes suivants de la CCI ont été utilisés pour recenser les chirurgies mammaires conservatrices : 1.YM.87 et 1.YM.88.</li> <li>4) Les données sont fondées sur le lieu de résidence des patientes.</li> </ol>
Modifications de la définition par rapport aux années précédentes :	Sans objet

## Annexe A

### **Codes d'histologie correspondant aux carcinomes neuroendocriniens dans la classification CIM-O-3**

Histologie	Description
8013/3	Carcinome neuroendocrinien à grandes cellules

8041/3	Carcinome neuroendocrinien à petites cellules
8240/3	Tumeur carcinoïde
8240/3	Carcinome neuroendocrine bien différencié
8244/3	Carcinome adénonéuroendocrine mixte
8246/3	Carcinome neuroendocrine, SAI
8249/3	Carcinome neuroendocrine moyennement différencié
8247/3	Carcinome à cellules de Merkel
8247/3	Carcinome neuroendocrinien cutané primitif

Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O-3) en ligne – Carcinome neuroendocrinien (en anglais seulement) : [http://codes.iarc.fr/search.php?cx=009987501641899931167%3A2\\_7lsevqpdm&cof=FORID%3A9&ie=UTF-8&ie=ISO-8859-1&oe=ISO-8859-1&sa=&q=neuroendocrine+carcinoma](http://codes.iarc.fr/search.php?cx=009987501641899931167%3A2_7lsevqpdm&cof=FORID%3A9&ie=UTF-8&ie=ISO-8859-1&oe=ISO-8859-1&sa=&q=neuroendocrine+carcinoma)

### **Codes d'histologie correspondant aux carcinomes épidermoïdes dans la classification CIM-O-3**

<b>Histologie</b>	<b>Description</b>
8045/3	Carcinome mixte à petites cellules
8052/2	Carcinome papillaire non invasif
8052/3	Carcinome papillaire
8070/2	Carcinome épidermoïde in situ, SAI
8070/3	Carcinome épidermoïde métastatique, SAI
8071/6	Carcinome épidermoïde kératinisant, SAI
8072/3	Carcinome épidermoïde non kératinisant, à grandes cellules, SAI
8073/3	Carcinome épidermoïde non kératinisant, à petites cellules
8074/3	Carcinome épidermoïde à cellules fusiformes
8075/3	Carcinome épidermoïde adénoïde
8076/2	Carcinome épidermoïde <i>in situ</i> avec possibilité d'envahissement du stroma
8076/3	Carcinome épidermoïde micro-invasif
8078/3	Carcinome épidermoïde avec formation d'une corne cutanée
8083/3	Carcinome épidermoïde basaloïde
8084/3	Carcinome épidermoïde à cellules claires
8051/3	Carcinome verruqueux, SAI
8051/3	Carcinome épidermoïde verruqueux
8081/2	Maladie de Bowen
8081/2	Carcinome épidermoïde de type Bowen
8094/3	Carcinome basospinocellulaire
8094/3	Carcinome mixte baso et spinocellulaire
8560/3	Carcinome adénosquameux
8560/3	Adénocarcinome et carcinome spinocellulaire

Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O-3) en ligne – Carcinome épidermoïde (en anglais seulement) : [http://codes.iarc.fr/search.php?cx=009987501641899931167%3A2\\_7lsevqpdm&cof=FORID%3A9&ie=UTF-8&ie=ISO-8859-1&oe=ISO-8859-1&sa=&q=squamous+cell+carcinoma](http://codes.iarc.fr/search.php?cx=009987501641899931167%3A2_7lsevqpdm&cof=FORID%3A9&ie=UTF-8&ie=ISO-8859-1&oe=ISO-8859-1&sa=&q=squamous+cell+carcinoma)

### **Codes d'histologie correspondant aux sarcomes dans la classification CIM-O-3**

<b>Histologie</b>	<b>Description</b>
8710	Glomangiosarcome
8800	Sarcome
8801	Sarcome à cellules fusiformes
8802	Sarcome à cellules géantes (à l'exception de l'os M-9250/3)
8803	Sarcome à petites cellules
8804	Sarcome épithélioïde
8805	Sarcome indifférencié
8806	Tumeur desmoplastique à petites cellules rondes
8810	Fibrosarcome
8811	Fibromyxosarcome
8812	Fibrosarcome périostique (C40.-, C41.-)
8813	Fibrosarcome des fascias
8814	Fibrosarcome infantile
8832	Dermatofibrosarcome (C44.-)
8833	Dermatofibrosarcome protubérant pigmenté (C44.-)
8840	Myxosarcome
8850	Liposarcome
8851	Liposarcome bien différencié
8852	Liposarcome myxoïde
8853	Liposarcome à cellules rondes
8854	Liposarcome pléomorphe
8855	Liposarcome à cellularité mixte
8857	Liposarcome fibroblastique
8858	Liposarcome dédifférencié
8890	Léiomyosarcome
8891	Léiomyosarcome épithélioïde
8894	Angiomyosarcome
8895	Myosarcome
8896	Léiomyosarcome myxoïde
8900	Rhabdomyosarcome
8901	Rhabdomyosarcome pléomorphe de type adulte
8902	Rhabdomyosarcome à cellularité mixte
8910	Rhabdomyosarcome embryonnaire, SAI
8912	Rhabdomyosarcome à cellules fusiformes
8920	Rhabdomyosarcome alvéolaire
8921	Rhabdomyosarcome avec différenciation ganglionnaire
8930	Sarcome du stroma endométrial (C54.1)
8931	Sarcome du stroma endométrial de bas grade (C54.1)
8933	Adénosarcome
8935	Sarcome stromal
8936	Sarcome du stroma gastro-intestinal
8963	Tumeur rhabdoïde

8964	Sarcome à cellules claires du rein (C64.9)
8980	Carcinosarcome, SAI
8981	Carcinosarcome de type embryonnaire
8991	Sarcome embryonnaire
9040	Sarcome synovial
9041	Sarcome synovial à cellules fusiformes
9042	Sarcome synovial à cellules épithélioïdes
9043	Sarcome synovial biphasique
9044	Sarcome à cellules claires (sauf du rein, voir M-8964/3)
9051	Mésothéliome sarcomatoïde
9120	Hémangiosarcome
9124	Sarcome à cellules de Kupffer (C22.0)
9140	Sarcome de Kaposi
9170	Lymphangiosarcome
9180	Ostéosarcome (C40.-, C41.-)
9181	Ostéosarcome chondroblastique (C40.-, C41.-)
9182	Ostéosarcome fibroblastique (C40.-, C41.-)
9183	Ostéosarcome télangiectasique (C40.-, C41.-)
9184	Ostéosarcome sur maladie de Paget de l'os (C40.-, C41.-)
9185	Ostéosarcome à petites cellules (C40.-, C41.-)
9186	Ostéosarcome central (C40.-, C41.-)
9187	Ostéosarcome intraosseux bien différencié (C40.-, C41.-)
9192	Ostéosarcome parostéal (C40.-, C41.-)
9193	Ostéosarcome périosté (C40.-, C41.-)
9194	Ostéosarcome de surface de haut grade (C40.-, C41.-)
9195	Ostéosarcome intracortical (C40.-, C41.-)
9220	Chondrosarcome (C40.-, C41.-)
9221	Chondrosarcome juxtacortical (C40.-, C41.-)
9231	Chondrosarcome myxoïde
9240	Chondrosarcome mésoenchymateux
9242	Chondrosarcome à cellules claires (C40.-, C41.-)
9243	Chondrosarcome dédifférencié (C40.-, C41.-)
9250	Tumeur maligne à cellules géantes de l'os
9251	Tumeur maligne à cellules géantes des tissus mous
9252	Tumeur ténosynoviale à cellules géantes
9260	Sarcome d'Ewing
9270	Sarcome odontogène
9290	Odontosarcome améloblastique
9330	Fibrosarcome améloblastique
9342	Carcinosarcome odontogène
9442	Gliosarcome (C71.-)
9480	Sarcome cérébelleux, SAI (C71.6) [obs]
9530	Sarcome méningé

9539	Sarcomatose méningée
9581	Sarcome alvéolaire des tissus mous
9591	Réticulosarcome
9662	Sarcome hodgkinien [obs]
9684	Sarcome immunoblastique
9740	Sarcome à mastocytes
9755	Sarcome histiocytaire
9756	Sarcome à cellules de Langerhans
9757	Sarcome à cellules dendritiques interdigitées
9758	Sarcome folliculaire à cellules dendritiques
9930	Sarcome myéloïde (voir aussi M-9861/3)

# Calculs des répercussions

## Atteinte du taux cible pour les résections d'au moins 12 ganglions lymphatiques pour les cancers du côlon

Mesure	Le nombre supplémentaire de résections avec prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques aux fins de dépistage d'un cancer du côlon si l'ensemble des provinces et des territoires atteignaient le taux cible.
Situation idéale	Taux cible : 90 % de toutes les résections du côlon comportent le prélèvement et l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques. Le taux cible a été établi par le Groupe de travail sur les cibles et les modèles de rendement du système du Partenariat canadien contre le cancer.
Méthodologie	<p>La somme des résections supplémentaires (avec prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques) effectuées dans l'ensemble des provinces et des territoires si le taux cible de 90 % est atteint. Plus précisément, on l'estime à l'aide de l'équation suivante :</p> $\sum_{\text{province/territoire}} (Taux_{\text{province/territoire}} - 90\%) \times N_{\text{province/territoire}}$ <p>Dans laquelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>Taux_{\text{province/territoire}}</math> est le taux actuel de résections comportant le prélèvement et l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques dans une province ou un territoire donné.</li> <li>• <math>N_{\text{province/territoire}}</math> est le nombre actuel de cas de cancer du côlon avec résection dans les 12 mois suivant le diagnostic dans une province ou un territoire.</li> </ul>
Notes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les données utilisées dans les calculs sont issues des registres et des programmes provinciaux sur le cancer.</li> <li>• Les données les plus récentes sont fondées sur l'année de diagnostic 2014 pour l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception de la Colombie-Britannique pour laquelle les données disponibles les plus récentes étaient celles de 2013.</li> <li>• Le Québec et les territoires ne sont pas inclus dans les calculs, car leurs données n'étaient pas disponibles. La prudence est de rigueur lors de l'interprétation des résultats.</li> <li>• Si une province ou un territoire atteignait ou dépassait la cible, le nombre de résections supplémentaires était considéré comme étant de 0.</li> <li>• Pour plus de détails, veuillez vous reporter à l'indicateur « Prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques lors d'une résection du côlon » dans l'annexe technique.</li> </ul>

## Amélioration du taux de participation aux essais cliniques menés chez les adultes

Mesure	Le nombre supplémentaire de patients adultes atteints d'un cancer (âgés de 19 ans et plus) participant aux essais cliniques si le taux actuel de participation aux essais cliniques augmentait pour atteindre le taux cible.
--------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Situation idéale	Taux cible : Participation de 14 % des patients adultes atteints d'un cancer aux essais cliniques. Le taux cible est fondé sur le taux de participation le plus élevé déclaré au Royaume-Uni.
Méthodologie	<p>La somme du nombre supplémentaire de patients adultes atteints d'un cancer participant aux essais cliniques si le taux national actuel de participation aux essais cliniques augmentait pour atteindre le taux cible. Plus précisément, on l'estime à l'aide de l'équation suivante :</p> $(14 \% - Taux_{actuel}) \times N_{actuel}$ <p>Dans laquelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>Taux_{actuel}</math> est le taux actuel de participation des adultes aux essais cliniques à l'échelle nationale.</li> <li>• <math>N_{actuel}</math> est le nombre actuel d'adultes participant aux essais cliniques à l'échelle nationale.</li> </ul>
Notes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le taux national actuel de participation des adultes aux essais cliniques est estimé à l'aide des données issues d'organismes provinciaux de lutte contre le cancer et fondé sur l'année 2013.</li> <li>• Le nombre actuel de cas de cancer chez les adultes est estimé à l'aide des cas projetés de cancer dans les Statistiques canadiennes sur le cancer de 2017.</li> <li>• Le Québec, la Nouvelle-Écosse et les territoires ne sont pas inclus dans les calculs, car leurs données n'étaient pas disponibles. La prudence est de rigueur lors de l'interprétation des résultats.</li> <li>• Pour plus de détails, veuillez vous reporter à l'indicateur « Participation des adultes aux essais cliniques » dans l'annexe technique.</li> </ul>

## Réduction du nombre de Canadiens obèses ou en surpoids

Mesure	Le nombre supplémentaire de Canadiens adultes (âgés de 18 ans et plus) qui auront un poids santé si l'ensemble des provinces et des territoires réduisent le taux de surpoids et d'obésité pour atteindre celui de la province ou du territoire présentant le taux de surpoids et d'obésité le plus faible.
Situation idéale	Le taux de surpoids et d'obésité le plus faible est choisi comme point de référence; la Colombie-Britannique présente le meilleur taux : 56,8 %.
Méthodologie	<p>La somme du nombre supplémentaire de Canadiens adultes qui auraient un poids santé dans l'ensemble des provinces et des territoires si ces derniers réduisaient le taux de surpoids et d'obésité pour atteindre celui de la province ou du territoire présentant le taux le plus faible. Plus précisément, on l'estime à l'aide de l'équation suivante :</p> $\sum_{\text{province/territoire}} (Taux_{\text{province/territoire}} - Taux_{\text{le plus faible}}) \times N_{\text{province/territoire}}$ <p>Dans laquelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>Taux_{\text{province/territoire}}</math> est le taux actuel de surpoids ou d'obésité dans une province ou un territoire donné.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>N_{\text{province/territoire}}</math> est le nombre pondéré actuel de Canadiens adultes classés comme étant en surpoids ou obèses dans une province ou un territoire donné.</li> </ul>
Notes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les données utilisées dans les calculs sont tirées de l'ensemble de données combinées de l'ESCC de 2015-2016 téléchargées du site Web de Statistique Canada (CANSIM).</li> <li>• Aux fins de stabilité, on choisit un taux de départ pour les provinces dont la population est supérieure à 1 000 000 habitants (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario et Québec).</li> <li>• Si une province ou un territoire (dont la population est &lt; 1 000 000 habitants) atteint ou dépasse la valeur de départ, le nombre supplémentaire de Canadiens adultes ayant un poids santé est considéré comme étant de 0.</li> <li>• Veuillez noter qu'il est possible que les Canadiens qui ne sont plus considérés comme en surpoids ou obèses puissent être classés dans les catégories « normal » ou « poids insuffisant ». Le calcul est le même pour ces deux catégories lorsqu'on considère la personne comme ayant un « poids santé ».</li> <li>• Pour plus de détails, veuillez vous reporter à l'indicateur « Adultes considérés comme en surpoids ou obèses » dans l'annexe technique.</li> </ul>

### Augmentation du nombre de Canadiens physiquement actifs

Mesure	Le nombre supplémentaire de Canadiens adultes (âgés de 18 ans et plus) qui seraient physiquement actifs si l'ensemble des provinces et des territoires amélioraient le taux d'activité physique pour atteindre celui de la province ou du territoire présentant le taux d'activité physique le plus élevé.
Situation idéale	Le taux d'activité physique le plus élevé est choisi comme point de référence; la Colombie-Britannique présente le meilleur taux : 68,2 %.
Méthodologie	<p>La somme du nombre supplémentaire de Canadiens adultes qui seraient physiquement actifs dans l'ensemble des provinces et des territoires si ces derniers amélioraient le taux d'activité physique pour atteindre celui de la province ou du territoire présentant le taux le plus élevé. Plus précisément, on l'estime à l'aide de l'équation suivante :</p> $\sum_{\text{province/territoire}} (Taux_{\text{le plus élevé}} - Taux_{\text{province/territoire}}) \times N_{\text{province/territoire}}$ <p>Dans laquelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>Taux_{\text{province/territoire}}</math> est le taux actuel d'activité physique dans une province ou un territoire donné.</li> <li>• <math>N_{\text{province/territoire}}</math> est le nombre pondéré actuel de Canadiens adultes physiquement actifs.</li> </ul>
Notes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les données utilisées dans les calculs sont tirées de l'ensemble de données combinées de l'ESCC de 2015-2016 téléchargées du site Web de Statistique Canada (CANSIM).</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aux fins de stabilité, on choisit un taux de départ pour les provinces dont la population est supérieure à 1 000 000 habitants (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario et Québec).</li> <li>• Si une province ou un territoire (dont la population est &lt; 1 000 000 habitants) atteint ou dépasse la valeur de départ, le nombre supplémentaire de Canadiens adultes physiquement actifs est considéré comme étant de 0.</li> <li>• Pour plus de détails, veuillez vous reporter à l'indicateur « Inactivité physique » dans l'annexe technique.</li> </ul>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Canadiens observant les directives de consommation d'alcool à faible risque sur le cancer

Mesure	Le nombre supplémentaire de Canadiens adultes (âgés de 18 ans et plus) dont la consommation d'alcool respecterait les recommandations des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada sur le cancer si l'ensemble des provinces et des territoires réduisaient leur taux de consommation d'alcool pour atteindre celui de la province ou du territoire présentant le taux le plus faible de consommation d'alcool dépassant celui recommandé dans les directives.
Scénario idéal	Le taux le plus faible de consommation d'alcool dépassant celui recommandé dans les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada sur le cancer est choisi comme point de référence; la Saskatchewan présente le meilleur taux : 7,5 %.
Méthodologie	<p>La somme du nombre supplémentaire de Canadiens adultes dont la consommation d'alcool respecterait les recommandations des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada sur le cancer dans l'ensemble des provinces et des territoires si ces derniers amélioreraient le taux de consommation d'alcool dépassant les recommandations des directives pour atteindre celui de la province ou du territoire présentant le taux le plus faible. Plus précisément, on l'estime à l'aide de l'équation suivante :</p> $\sum_{\text{province/territoire}} (Taux_{\text{province/territoire}} - Taux_{\text{le plus faible}}) \times N_{\text{province/territoire}}$ <p>Dans laquelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>Taux_{\text{province/territoire}}</math> est le taux actuel de consommation d'alcool dépassant les recommandations des directives dans une province ou un territoire donné.</li> <li>• <math>N_{\text{province/territoire}}</math> est le nombre pondéré actuel de Canadiens dont la consommation d'alcool dépasse les recommandations des directives dans une province ou un territoire donné.</li> </ul>
Notes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les données utilisées dans les calculs sont tirées de l'ensemble de données combinées de l'ESCC de 2015-2016 téléchargées du site Web de Statistique Canada (CANSIM).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aux fins de stabilité, on choisit un taux de départ pour les provinces dont la population est supérieure à 1 000 000 habitants (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario et Québec).</li> <li>• Si une province ou un territoire (dont la population est &lt; 1 000 000 habitants) atteint ou dépasse la valeur de départ, le nombre supplémentaire de Canadiens adultes dont la consommation d'alcool respectera les directives est considéré comme étant de 0.</li> <li>• Pour plus de détails sur la définition de consommation d'alcool dépassant les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada sur le cancer, veuillez vous reporter à l'indicateur « Consommation d'alcool » dans l'annexe technique.</li> </ul>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Augmentation de la consommation de fruits et légumes

Mesure	Le nombre supplémentaire de Canadiens (âgés de 12 ans et plus) qui consommeraient des fruits et légumes au moins cinq fois chaque jour si l'ensemble des provinces et des territoires amélioreraient leur taux de consommation de fruits et légumes pour atteindre celui de la province ou du territoire présentant le taux le plus élevé.
Scénario idéal	Le taux de consommation de fruits et légumes le plus élevé est choisi comme point de référence; le Québec présente le taux le plus élevé : 38,6 %.
Méthodologie	<p>La somme du nombre supplémentaire de Canadiens qui consommeraient des fruits et légumes au moins cinq fois chaque jour si l'ensemble des provinces et des territoires amélioreraient le taux de consommation de fruits et légumes pour atteindre celui de la province ou du territoire présentant le taux le plus élevé. Plus précisément, on l'estime à l'aide de l'équation suivante :</p> $\sum_{\text{province/territoire}} (Taux_{\text{le plus élevé}} - Taux_{\text{province/territoire}}) \times N_{\text{province/territoire}}$ <p>Dans laquelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>Taux_{\text{province/territoire}}</math> est le taux actuel de consommation adéquate de fruits et légumes dans une province ou un territoire donné.</li> <li>• <math>N_{\text{province/territoire}}</math> est le nombre pondéré actuel de Canadiens consommant des fruits et légumes au moins cinq fois chaque jour dans une province ou un territoire donné.</li> </ul>
Notes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les données utilisées dans les calculs sont tirées de l'ensemble de données combinées de l'ESCC de 2015-2016 téléchargées du site Web de Statistique Canada (CANSIM).</li> <li>• Aux fins de stabilité, on choisit un taux de départ pour les provinces dont la population est supérieure à 1 000 000 habitants (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario et Québec).</li> <li>• Si une province ou un territoire (dont la population est &lt; 1 000 000 habitants) atteint ou dépasse la valeur de départ, le nombre</li> </ul>

	<p>supplémentaire de Canadiens adultes dont la consommation de fruits et légumes est adéquate est considéré comme étant de 0.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour plus de détails sur la consommation de fruits et légumes et la définition de cette dernière, veuillez vous reporter à l'indication « Consommation de fruits et légumes » dans l'annexe technique.</li> </ul>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Augmentation du nombre de diagnostics plus rapides dans le cadre des dépistages du cancer du sein

Mesure	Le nombre supplémentaire de cas de cancer du sein recevant un diagnostic plus rapide si l'ensemble des provinces et des territoires atteignaient les taux cibles de dépistages d'une anomalie au sein aboutissant à un diagnostic définitif et les temps d'attente cibles en vue d'obtenir ce diagnostic.
Scénario idéal	<p>Voici les taux cibles de dépistages d'une anomalie au sein aboutissant à un diagnostic définitif et les temps d'attente cibles en vue d'obtenir ce diagnostic :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 90 % dans les 5 semaines pour un diagnostic sans biopsie tissulaire</li> <li>• 90 % dans les 7 semaines pour un diagnostic nécessitant une biopsie tissulaire</li> </ul> <p>La ligne directrice a été élaborée par l'Agence de la santé publique du Canada en collaboration avec le Groupe de travail sur les déterminants de la qualité.</p>
Méthodologie	<p>La somme du nombre supplémentaire de cas de cancer du sein recevant un diagnostic plus rapide dans l'ensemble des provinces et des territoires si ces derniers atteignaient les cibles respectives pour les dépistages d'une anomalie au sein. Veuillez noter que les calculs pour les dépistages nécessitant une biopsie tissulaire et pour ceux qui n'en nécessitent pas sont effectués séparément (étant donné que différentes cibles sont établies). Plus précisément, on l'estime à l'aide de l'équation suivante :</p> $\sum_{\text{province/territoire}} (90\% - \text{Taux}_{\text{province/territoire}}) \times N_{\text{province/territoire}}$ <p>Dans laquelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\text{Taux}_{\text{province/territoire}}</math> est le taux actuel de dépistages de cancer du sein aboutissant à un diagnostic dans le temps d'attente cible au sein d'une province ou d'un territoire.</li> <li>• <math>N_{\text{province/territoire}}</math> est le nombre actuel de dépistages de cancer du sein aboutissant à un diagnostic dans le temps d'attente cible au sein d'une province ou d'un territoire.</li> </ul>
Notes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les données utilisées dans les calculs sont issues du réseau de programmes de dépistage du cancer du sein de chaque province ou territoire.</li> <li>• Les données les plus récentes sont fondées sur l'année 2015.</li> <li>• Les territoires ne sont pas inclus dans les calculs, car leurs données n'étaient pas disponibles. La prudence est de rigueur lors de l'interprétation des résultats.</li> <li>• Si une province ou un territoire atteignait ou dépassait la cible, le nombre supplémentaire de cas de cancer du sein recevant un diagnostic plus rapide était considéré comme étant de 0.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour plus de détails, veuillez vous reporter à l'indicateur « Temps d'attente pour un diagnostic de cancer du sein » dans l'annexe technique.</li> </ul>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Réduction du nombre de patients atteints de cancer qui meurent à l'hôpital

Mesure	Le nombre de patients atteints de cancer qui décèderaient dans un milieu non hospitalier si l'ensemble des provinces et des territoires réduisaient les taux de décès en milieu hospitalier pour atteindre celui de la province ou du territoire présentant le plus faible taux de patients atteints de cancer dont le décès se produit à l'hôpital.
Situation idéale	Le plus faible pourcentage de décès de patients atteints de cancer survenus à l'hôpital est choisi comme valeur de départ en tant qu'objectif réalisable pour promouvoir l'évaluation comparative et l'apprentissage mutuel entre les provinces et les territoires. La Colombie-Britannique présente le meilleur taux : 48,6 %.
Méthodologie	<p>La somme des patients atteints de cancer mourant à l'hôpital dans l'ensemble des provinces et des territoires si ces derniers réduisaient le taux de décès des patients atteints de cancer en milieu hospitalier pour atteindre celui de la province ou du territoire présentant le taux le plus faible. Plus précisément, on l'estime à l'aide de l'équation suivante :</p> $\sum_{\text{province/territoire}} (\text{Pourcentage}_{\text{province/territoire}} - \text{Pourcentage}_{\text{le plus faible}}) \times N_{\text{province/territoire}}$ <p>Dans laquelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>Taux_{\text{province/territoire}}</math> est le taux actuel de décès de patients atteints de cancer en milieu hospitalier dans une province ou un territoire.</li> <li>• <math>N_{\text{province/territoire}}</math> est le nombre actuel de décès de patients atteints de cancer en milieu hospitalier dans une province ou un territoire.</li> </ul>
Notes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les données utilisées dans les calculs sont issues de la Base de données sur l'état civil de Statistique Canada et fondées sur l'année 2013.</li> <li>• Pour plus de détails, veuillez vous reporter à l'indicateur « Lieu du décès » dans l'annexe technique.</li> </ul>

## Réduction du nombre de mastectomies effectuées chez les patientes hospitalisées

Mesure	Le nombre d'hospitalisations et de ressources (économie de jours d'hospitalisation et de fonds consacrés aux soins de santé) qui pourraient être réaffectés si la proportion actuelle de mastectomies effectuées chez les patientes hospitalisées était plutôt effectuée en chirurgie d'un jour.
Situation idéale	Effectuer 15 % des mastectomies actuelles chez les patientes hospitalisées en chirurgie d'un jour (la proportion de 15 % a été choisie étant donné qu'il s'agit d'un objectif élevé, mais réalisable, qui a d'importantes répercussions en matière de dépenses de ressources).

Méthodologie	<p><u>Le nombre de mastectomies supplémentaires effectuées en chirurgie d'un jour</u> équivaut à la somme de 15 % des mastectomies actuelles <u>effectuées</u> chez les patientes hospitalisées dans l'ensemble des provinces et des territoires. Plus précisément, on l'estime à l'aide de l'équation suivante :</p> $\sum_{\text{province/territoire}} N_{\text{province/territoire}} \times 15 \%$ <p>Dans laquelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>N_{\text{province/territoire}}</math> est le nombre actuel de mastectomies effectuées chez les patientes hospitalisées dans une province ou un territoire.</li> </ul> <p><u>Le nombre total de jours d'hospitalisation économisés</u> est estimé en multipliant le nombre de mastectomies supplémentaires effectuées en chirurgie d'un jour (au lieu des mastectomies effectuées chez des patientes hospitalisées) par la durée moyenne d'un séjour à l'hôpital (1,3 jour).</p> <p><u>La somme d'argent qui pourrait être réaffectée</u> est estimée en multipliant le nombre total de mastectomies supplémentaires effectuées en chirurgie d'un jour par la différence de coût entre une mastectomie effectuée chez une patiente hospitalisée et une mastectomie effectuée en chirurgie d'un jour (1 777 \$).</p>
Notes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les données utilisées dans les calculs sont fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé et sont fondées sur les exercices financiers 2014-2015 et 2015-2016 combinés. Toutefois, l'estimation présentée est fondée sur une seule année.</li> <li>• Le Québec, l'Île-du-Prince-Édouard, la Saskatchewan et les territoires ne sont pas inclus dans les calculs, car leurs données n'étaient pas disponibles.</li> <li>• Les valeurs de la durée moyenne d'un séjour à l'hôpital et de la différence de coût entre une mastectomie effectuée chez une patiente hospitalisée et une mastectomie effectuée en chirurgie d'un jour sont issues de <a href="#">l'estimateur des coûts par patient de l'ICIS</a>.</li> <li>• Pour plus de détails, veuillez vous reporter à l'indicateur « Mastectomies effectuées en chirurgie d'un jour » dans l'annexe technique.</li> </ul>

## Réduction du nombre d'admissions en USI vers la fin de la vie

Mesure	Le nombre d'admissions en USI vers la fin de la vie chez les patients atteints de cancer et d'autres ressources connexes qui pourraient être réaffectées à d'autres domaines de soins.
Scénario idéal	Réduction de la proportion des admissions actuelles en USI vers la fin de la vie de 15 % (la proportion de 15 % a été choisie étant donné qu'il s'agit d'un objectif élevé, mais réalisable, qui a d'importantes répercussions en matière de dépenses de ressources).
Méthodologie	<u>Le nombre d'admissions en USI évitées</u> équivaut à la somme de 15 % du nombre actuel d'admissions de patients atteints de cancer en USI, au cours des 14 derniers jours de vie, dans l'ensemble des provinces et des territoires. Plus précisément, on l'estime à l'aide de l'équation suivante :

	$\sum_{\text{province/territoire}} N_{\text{province/territoire}} \times 15 \%$ <p>Dans laquelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>N_{\text{province/territoire}}</math> est le nombre actuel d'admissions de patients atteints de cancer en USI au cours des 14 derniers jours de vie dans chaque province et territoire.</li> </ul> <p><u>Le nombre total de jours d'hospitalisation en USI économisés</u> est estimé en multipliant le nombre d'admissions en USI qui pourraient être évitées (selon le calcul précédent) par la durée moyenne du séjour en USI (1,6 jour).</p> <p><u>Les coûts économisés par le recours aux soins palliatifs plutôt qu'à l'admission en USI</u> sont calculés comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour les patients admis en USI, puis ayant reçu leur congé : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le coût économisé par le recours aux soins palliatifs plutôt qu'à l'admission en USI est de 7 700 \$.</li> </ul> </li> </ul> $\sum_{\text{province/territoire}} (1 - Taux_{\text{province/territoire}}) \times N_{\text{province/territoire}} \times 7\,700$ <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour les patients admis en USI, puis décédés : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le coût économisé par le recours aux soins palliatifs plutôt qu'à l'admission en USI est de 5 250 \$.</li> </ul> </li> </ul> $\sum_{\text{province/territoire}} Taux_{\text{province/territoire}} \times N_{\text{province/territoire}} \times 5\,250$ <p>Dans laquelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>Taux_{\text{province/territoire}}</math> est le taux actuel de décès de patients atteints de cancer en USI dans une province ou un territoire donné.</li> <li>• <math>N_{\text{province/territoire}}</math> est le nombre actuel d'admissions de patients atteints de cancer en USI au cours des 14 derniers jours de vie dans une province ou un territoire donné.</li> </ul>
Notes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les calculs sont fondés sur des données fournies par l'ICIS et sur les exercices financiers 2014-2015 et 2015-2016 combinés, et le taux de décès de l'exercice financier 2014-2015 a été appliqué aux deux années. Toutefois, les estimations présentées sont les estimations annuelles.</li> <li>• La durée moyenne du séjour en USI et la différence de coût entre les soins palliatifs et ceux en USI sont adaptées de l'<a href="#">estimateur des coûts par patient de l'ICIS</a>.</li> <li>• Le Québec n'est pas inclus dans les calculs, car ses données n'étaient pas disponibles.</li> <li>• Pour plus de détails, veuillez vous reporter à l'indicateur « Recours aux soins intensifs au cours des 14 derniers jours de vie » dans l'annexe technique.</li> </ul>

# Calculs des répercussions à l'aide du modèle OncoSim

---

## Modélisation par le Partenariat canadien contre le cancer

Le modèle OncoSim, dirigé et appuyé par le Partenariat canadien contre le cancer, et élaboré par Statistique Canada à l'aide d'un financement de Santé Canada, a été conçu pour évaluer les répercussions des modifications des politiques de soins du cancer sur le système canadien. OncoSim intègre le risque d'être atteint et de décéder d'un cancer ou d'autres causes, ainsi que le dépistage et la prise en charge clinique aux données sur les coûts des soins de santé et de la main-d'œuvre, et peut être utilisé pour évaluer aussi bien les résultats en matière de santé que les répercussions économiques. OncoSim comprend une série de modèles pour les cancers colorectal, du poumon, du col de l'utérus et du sein.

OncoSim repose sur une plateforme de microsimulation, qui utilise des données cliniques et économiques concrètes et peut intégrer des données provenant de diverses sources. Il s'appuie sur une plateforme Web conviviale qui permet la navigation et l'élaboration de scénarios sur mesure par les utilisateurs inscrits (<https://oncosim.ca>). Il modélise l'apparition et la progression des cancers qui touchent le plus fréquemment les Canadiens. Les résultats cliniques et économiques obtenus peuvent servir à évaluer les conséquences pour la santé et à faciliter les décisions concernant l'allocation des ressources aux interventions de lutte contre le cancer. Plus précisément, OncoSim peut évaluer les stratégies de lutte contre le cancer en ce qui concerne la prévention, le dépistage et le traitement des cancers courants, en comparant les projections de l'incidence, de la mortalité, des besoins en matière de ressources, des coûts directs des soins de santé et des répercussions économiques plus larges telles que les pertes salariales.

Tous les résultats de simulations effectuées avec OncoSim sont basés sur la version 2.5. Les scénarios de cancer du poumon ont été simulés à l'aide de 32 millions de cas simulés (à l'échelle de la taille de la population canadienne). Les scénarios de vaccination contre le VPH ont été simulés à l'aide de 80 millions de cas simulés. L'incidence du cancer du col de l'utérus dans la population canadienne est faible et cette analyse a été menée dans un petit groupe ciblé qui nécessitait une simulation de plus grande taille pour produire une analyse robuste. Une analyse approfondie a été réalisée afin d'évaluer les répercussions potentielles des mesures suivantes :

1. Une augmentation du taux de vaccination contre le VPH chez les jeunes filles canadiennes à partir d'une moyenne pondérée de 67 % par rapport à la cible nationale de 90 %<sup>1</sup>
2. Une augmentation des taux provinciaux/territoriaux de vaccination contre le VPH chez les filles, et les garçons le cas échéant, de leur taux de vaccination respectif à l'objectif national de 90 %

---

<sup>1</sup> Gouvernement du Canada. *Objectifs nationaux de couverture vaccinale et cibles nationales de réduction des maladies évitables par la vaccination d'ici 2025*. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/priorites-immunization-et-vaccins/strategie-nationale-immunisation/vaccination-objectifs-nationaux-couverture-vaccinale-cibles-nationales-reduction-maladies-evitables-2025.html#1.2.1>

3. Une réduction de la prévalence du tabagisme au Canada, d'une moyenne de 19,3 % à 5 % d'ici 2035<sup>2</sup>
4. Une réduction de la prévalence provinciale/territoriale du tabagisme, de leur taux de tabagisme respectif à 5 % d'ici 2035
5. Une réduction de la prévalence du tabagisme au Canada pour atteindre le taux de tabagisme le plus faible au Canada (la Colombie-Britannique présente le plus faible taux de tabagisme en 2018 : 14,1 %<sup>3</sup>).

## Données

OncoSim simule et projette un échantillon représentatif de la population canadienne à partir des projections démographiques officielles de Statistique Canada. OncoSim prend en compte les naissances, la mortalité, l'immigration et la migration interprovinciale pour représenter la structure de la population en fonction de l'âge et du sexe et par province. Le Registre canadien du cancer constitue une source fondamentale de données sur le cancer utilisée pour étudier l'incidence et la stadification des cancers colorectal, du poumon et du col de l'utérus. Les coûts des soins de santé ont été principalement obtenus de sources ontariennes, notamment le barème des prestations du régime d'assurance maladie de l'Ontario pour les honoraires des médecins, l'Initiative ontarienne de coût par cas pour les coûts hospitaliers, la liste des médicaments remboursés en Ontario et le Programme de financement des nouveaux médicaments d'Action Cancer Ontario. Les coûts sont indiqués en dollars canadiens de 2016. Les sources des données économiques comprenaient le recensement et les autres modèles de simulation de Statistique Canada. Plusieurs sources de données et avis d'experts ont été utilisés en ce qui concerne les pratiques standards de diagnostic et de traitement pour chaque maladie, les coûts des soins de santé et des services publics, ainsi que les prévisions du revenu personnel et des recettes fiscales<sup>1,2</sup>. D'autres sources de données pour les paramètres (voir le tableau IV) ont été obtenues à partir d'essais contrôlés randomisés, de publications universitaires et de la littérature grise, notamment des données sur la survie, l'histoire naturelle de la progression du cancer, les coûts des soins de fin de vie et l'efficacité du dépistage<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Le gouvernement du Canada a établi une cible qui vise à réduire la prévalence du tabagisme chez les Canadiens à 5 % d'ici 2035. Pour prendre connaissance des avantages que l'on pourrait obtenir si l'on atteignait un taux cible de tabagisme de 5 % d'ici 2035, veuillez consulter la page 47.

<sup>3</sup> Le calcul ci-dessus utilise le taux de tabagisme le plus faible atteint au Canada en vue de promouvoir l'évaluation comparative et l'apprentissage mutuel entre les provinces et les territoires, afin d'obtenir une réduction semblable des taux de tabagisme partout au pays.

<sup>4</sup> Pour obtenir une liste complète des sources de données, veuillez communiquer avec [oncosim@partnershipagainstcancer.ca](mailto:oncosim@partnershipagainstcancer.ca).



# Simulations relatives au cancer du col de l'utérus

---

## Méthodes

Le modèle relatif au VPH/cancer du col de l'utérus d'OncoSim comprend deux composants complémentaires : module de microsimulation du virus du papillome humain (OncoSim-HPVMM) et module du col de l'utérus (OncoSim-Cervix). Le composant OncoSim-HPVMM est un modèle d'interaction qui simule la transmission du VPH par le biais de réseaux de contacts sexuels. Les données du module OncoSim-HPVMM sont utilisées comme intrants dans le module OncoSim-Cervix, y compris les taux d'incidence du VPH selon différentes stratégies de vaccination. Le modèle d'OncoSim-Cervix simule l'histoire naturelle de l'infection par le VPH vers la néoplasie intraépithéliale du col de l'utérus et le cancer, ainsi que vers les condylomes ano-génitaux chez les femmes. Il simule également le dépistage, le traitement, l'évolution et la létalité.

### *OncoSim-HPVMM*

Le module OncoSim-HPVMM réalise des simulations de personnes hypothétiques pour modéliser le réseau sexuel, la transmission du virus et les stratégies de vaccination. Ce module a été mis au point à l'aide d'un modèle publié par Van de Velde et coll. (3). La nature interactive du modèle permet à des hommes et à des femmes de dix ans et plus de nouer de nombreuses relations de durées différentes au fil du temps, propageant ainsi différentes souches de VPH. Lorsqu'on applique un programme de vaccination contre le VPH qui procure une couverture adéquate à une population hypothétique dans le module OncoSim-HPVMM, on peut simuler l'immunité de groupe contre le cancer du col de l'utérus.

Le module OncoSim-HPVMM présume que la population simulée est stationnaire (c.-à-d. que la taille de la population ne change pas avec le temps) et que les caractéristiques qui gouvernent les comportements sexuels des personnes (p. ex. premiers rapports sexuels, formation ou séparation des partenaires sexuels, actes sexuels) et le taux de transmission du virus (p. ex. infection par le virus, clairance) sont constantes au fil du temps. Selon ces hypothèses, le module OncoSim-HPVMM génère la prévalence et l'incidence du VPH à un état d'équilibre en l'absence d'un programme de vaccination. Veuillez noter, toutefois, que le module OncoSim-HPVMM ne tient pas compte de la transmission du VPH découlant de relations homosexuelles en raison du manque de données.

Six catégories de sérotypes du VPH sont actuellement modélisées : 6, 11, 16, 18, « autres types carcinogènes combinés » et « autres types non carcinogènes combinés ». Les vaccins bivalents et quadrivalents sont actuellement accessibles dans le module OncoSim-HPVMM aux fins d'évaluation. Le modèle permet d'effectuer une projection sur 100 ans pour évaluer les répercussions de différentes stratégies de vaccination sur la prévalence et l'incidence du VPH chez les hommes et les femmes. Veuillez noter que les répercussions de l'infection par le VPH sur d'autres cancers liés au VPH (p. ex. cancers oraux, de la tête et du cou) ne sont actuellement pas modélisées dans OncoSim.

Le module OncoSim-HPVMM se sert de différentes données pour bâtir le modèle. Les renseignements sur la démographie sont fondés sur les statistiques canadiennes sur l'état civil. Les paramètres associés au

réseau sexuel et à la transmission du virus sont fondés sur la publication de Van de Velde et coll. (3), les publications universitaires et la littérature grise, les essais cliniques ainsi que les sondages de Statistique Canada. Les paramètres d'entrée, en particulier ceux associés au comportement sexuel et à la transmission du virus, comportent un degré élevé d'incertitude due au manque de données. Par conséquent, on a procédé à une estimation exhaustive des paramètres pour déterminer des ensembles de paramètres réalisables (solutions) et conformes aux données observées en matière de comportements sexuels et de prévalence du VPH. L'estimation des paramètres a été effectuée à l'aide de milliers de simulations répétées, en utilisant chaque fois une combinaison différente de paramètres d'entrée tirés systématiquement d'un éventail de valeurs prédéterminées de paramètres d'entrée au moyen d'un échantillonnage par hypercube latin. Par conséquent, les projections du module OncoSim-HPVMM peuvent être présentées comme un éventail d'extrants (c.-à-d. intervalles de confiance) qui représentent les variations possibles des extrants découlant de valeurs incertaines des paramètres d'entrée. Le module OncoSim-HPVMM a été simulé à l'aide de 250 000 agents d'interaction et d'un rodage de 100 ans pour atteindre un équilibre entre le réseau sexuel et les taux de prévalence du VPH. Tous les résultats de simulation obtenus avec le module OncoSim-HPVMM sont fondés sur la version 1.8.0.0 et ont été mis à l'échelle pour refléter la taille de la population canadienne âgée de 10 ans et plus en 2011.

### ***OncoSim-Cervix***

OncoSim-Cervix est un modèle dynamique non interactif qui simule la population canadienne représentative et modélise l'histoire naturelle des anomalies du col utérin, du dépistage, du traitement des lésions anormales et des condylomes, de l'incidence et de l'évolution du cancer du col de l'utérus, du traitement de ce cancer et des décès. En communiquant les résultats du module OncoSim-HPVMM, l'histoire naturelle du VPH est simulée selon le statut d'infection (sensible/immunisé/infecté) et l'anomalie cervicale (néoplasie intraépithéliale du col de l'utérus, adénocarcinome *in situ*, condylomes génitaux), ce qui permet la progression ou la régression des lésions anormales. Les femmes admissibles suivent des protocoles de dépistage du cancer du col de l'utérus, qui permettent de détecter des lésions anormales au moyen de différentes techniques de dépistage ou de diagnostic. Après calibration pour se rapprocher des données réelles, une petite proportion de femmes présentant des lésions anormales développent un cancer du col de l'utérus. Lorsque l'on détecte un cancer (par dépistage ou détection clinique), on lui attribue un stade. Les femmes reçoivent une série précise de traitements contre le cancer selon le stade de ce dernier. À la suite d'un cancer, il existe trois scénarios possibles : la guérison, la récurrence ou le décès.

Le modèle est conforme aux données et aux observations de pratique récentes et antérieures en matière de stratégies de dépistage et de suivi. On peut évaluer une vaste gamme de stratégies futures de dépistage en modifiant les principales techniques de dépistage (cytologie classique ou en phase liquide, ADN du VPH ou des combinaisons de ces techniques) et les protocoles facultatifs de suivi selon l'âge cible, la durée et le statut de l'immunisation. Les intrants proviennent de sources variées, y compris le Registre canadien du cancer, les essais cliniques randomisés, les publications universitaires et les analyses de l'environnement. Les données liées aux coûts s'appuient sur des sources à la disposition du public telles que l'Initiative ontarienne de coût par cas et les listes provinciales des médicaments remboursés. Le modèle a été soigneusement calibré pour s'assurer qu'il reflète les données observées. L'incidence du cancer du col de l'utérus a été comparée à l'incidence provinciale selon l'âge tirée du Registre canadien du cancer au fil du temps. Une évaluation supplémentaire du modèle a été effectuée de façon à ce que les résultats du modèle associés à l'histoire naturelle et les dépistages soient conformes aux données

publiées. La spécification du modèle conceptuel et la validité des comparaisons des intrants et des résultats ont été vérifiées par un groupe de travail d'experts pancanadiens comprenant des oncologues, des épidémiologistes et d'autres spécialistes du cancer. Les sous-modèles ainsi que les résultats de la calibration et de l'évaluation sont décrits en détail dans la publication de Miller et coll. (4).

### ***Incertitude***

Les paramètres décrivant le comportement sexuel, l'efficacité du vaccin à long terme ainsi que l'apparition et l'évolution de lésions et de cancers liés au VPH comportent une incertitude importante qui est associée à la très faible prévalence du cancer du col de l'utérus. Étant donné que l'analyse était fondée sur une petite cohorte, la prudence est de rigueur lors de l'interprétation des résultats.

### ***Analyse de cohorte***

Pour la modélisation du lien VPH-col de l'utérus, on a effectué une analyse de cohorte afin d'évaluer les répercussions dans un groupe déterminé de personnes sur une période de temps donnée. Dans cette analyse en particulier, une cohorte de filles âgées de 5 à 10 ans en 2015 ont fait l'objet d'un suivi tout au long de leur vie, afin d'évaluer les effets à court et à long terme de la vaccination contre le VPH sur l'incidence du cancer du col de l'utérus. Cette méthodologie diffère de la modélisation du cancer du poumon, qui a été effectuée à l'échelle de la population.

### **Scénarios**

#### ***Dépistage du cancer du col de l'utérus***

Les résultats du dépistage du cancer du col de l'utérus reflètent une combinaison de profils historiques (à partir de 1955) et de profils futurs fondés sur le dépistage cytologique primaire (Pap; classique et en phase liquide), et les protocoles de suivi sont fondés sur la pratique actuelle.

Les scénarios sont simulés afin d'illustrer les répercussions des éléments suivants :

1. Une augmentation du taux de vaccination contre le VPH chez les jeunes filles canadiennes à partir d'une moyenne pondérée de 67 % par rapport à la cible nationale de 90 %
2. Une augmentation des taux provinciaux/territoriaux de vaccination contre le VPH chez les filles, et les garçons le cas échéant, de leur taux de vaccination respectif à l'objectif national de 90 %.

Les résultats déclarés étaient l'incidence du cancer du col de l'utérus et la mortalité qui y est liée.

- Hypothèses globales du scénario :
  - Cohorte : filles de 5 à 10 ans en 2015
  - Dépistage triennal du cancer du col de l'utérus au moyen du test Pap chez les femmes âgées de 21 à 69 ans (à partir de 2015)
  - Vaccins parfaitement efficaces (c.-à-d. efficacité de 100 % sans diminution avec le temps).
- Hypothèses supplémentaires liées à la vaccination contre le VPH pour les scénarios canadiens :
  - On a utilisé un taux de vaccination contre le VPH moyen national pondéré de 67 % comme comparateur de référence (c.-à-d. le taux de vaccination actuel estimé au Canada)
  - Vaccination annuelle des filles de 12 ans au moyen de trois doses du vaccin quadrivalent contre le VPH

- Début du programme de vaccination en 2008, sans augmentation des taux de vaccination.
- Hypothèses supplémentaires des scénarios provinciaux et territoriaux :
  - Les taux de vaccination provinciaux et territoriaux et les années scolaires de vaccination pour les garçons et les filles ont été fournis par les programmes d'immunisation respectifs
  - La posologie du vaccin et l'année de lancement du programme de vaccination sont tirés d'une analyse de l'environnement (5).

## **Résultats**

### **Répercussions projetées de l'augmentation du taux de vaccination contre le VPH sur le cancer du col de l'utérus**

#### **Incidence**

Si on augmentait le taux de vaccination contre le VPH, le faisant passer de la moyenne pondérée de 67 % à la cible nationale de 90 % dans une cohorte modélisée de femmes admissibles<sup>+</sup>, on s'attendrait à observer une réduction de l'incidence du cancer du col de l'utérus de 1 400 cas (23 %) au cours de la vie de cette cohorte.

#### **Mortalité**

Si on augmentait le taux de vaccination contre le VPH, le faisant passer de la moyenne pondérée de 67 % à la cible nationale de 90 % dans une cohorte modélisée de femmes admissibles<sup>+</sup>, on s'attendrait à observer une réduction des décès liés au cancer du col de l'utérus de 400 cas (21 %) au cours de la vie de cette cohorte.

<sup>+</sup> Cohorte de 2015 incluant toutes les filles âgées de 5 à 10 ans, suivies tout au long de leur vie.

Le tableau I présente les hypothèses du scénario :

Tableau I

	Année de déploiement†	Taux de vaccination††		Année scolaire au moment de l'immunisation††	Âge lors de la vaccination	
		Filles	Garçons		Filles	Garçons
T.-N.-L.	2007	92,0 %	S.O.	6 <sup>e</sup> année	11-12	S.O.
Î.-P.-É.	2007	84,3 %	85,0 %	6 <sup>e</sup> année	11-12	11-12
N.-É.	2007	80,8 %	S.O.	7 <sup>e</sup> année	12-13	S.O.
N.-B.	2008	74,7 %	S.O.	7 <sup>e</sup> année	12-13	S.O.
Qc	2008	76,0 %	S.O.	4 <sup>e</sup> année	9-10	S.O.
Ont.	2007	61,0 %	S.O.	8 <sup>e</sup> année	13-14	S.O.
Man.	2008	62,2 %	51,3 %	6 <sup>e</sup> année	11-12	11-12
Sask.	2008	61,4 %	61,4 %	13 ans	13-14	S.O.
Alb.	2008	66,7 %	62,9 %	5 <sup>e</sup> année	10-11	10-11
C.-B.	2008	66,5 %	S.O.	6 <sup>e</sup> année	11-12	S.O.
Yn	2009	66,5 %	S.O.	6 <sup>e</sup> année	11-12	S.O.
T.N.-O.	2009	57,1 %	S.O.	7 <sup>e</sup> année	12-13	S.O.

† Partenariat canadien contre le cancer. (2017). *Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada : Analyse de l'environnement* [Internet]. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer [consulté en juillet 2018]. Disponible à l'adresse : [http://www.cancerview.ca/fr/prevention\\_et\\_depistage/lutte\\_contre\\_le\\_cancer\\_du\\_col\\_de\\_luterus\\_au\\_canada/](http://www.cancerview.ca/fr/prevention_et_depistage/lutte_contre_le_cancer_du_col_de_luterus_au_canada/)

†† Les taux de vaccination provinciaux et territoriaux et les années scolaires pour les garçons et les filles ont été fournis par les programmes d'immunisation respectifs.

Le tableau II montre les répercussions de l'augmentation des taux de vaccination contre le VPH dans les provinces et les territoires.

Tableau II

Province	Taux de vaccination actuel	Taux de vaccination cible	Répercussions sur l'incidence	Répercussions sur la mortalité
T.-N.-L.	92,0 %	100,0 %**	Résultats supprimés en raison des chiffres peu élevés	
Î.-P.-É.	84,3 %	90,0 %	Résultats supprimés en raison des chiffres peu élevés	
N.-É.	80,8 %	90,0 %	5 %	4 %
N.-B.	74,7 %	90,0 %	Résultats supprimés en raison des chiffres peu élevés	
Qc	76,0 %	90,0 %	16 %	16 %
Ont.	61,0 %	90,0 %	29 %	28 %
Man.	62,2 %	90,0 %	23 %	24 %
Sask.	61,4 %	90,0 %	16 %	28 %
Alb.	66,7 %	90,0 %	13 %	13 %
C.-B.	66,5 %	90,0 %	18 %	18 %
Yn	66,5 %	90,0 %	Résultats supprimés en raison des chiffres peu élevés	
T.N.-O.	57,1 %	90,0 %	Résultats supprimés en raison des chiffres peu élevés	

\*\* L'on a convenu d'établir la cible à 100 %, car le taux de vaccination actuel est déjà supérieur à 90 %.

# Simulations relatives au cancer du poumon

---

## Méthodes

Le module relatif au cancer du poumon, OncoSim-Lung, peut être utilisé pour évaluer les répercussions sur la santé et l'économie des stratégies de réduction du tabagisme, de l'adoption variable des traitements traditionnels et des nouveaux traitements, ainsi que des stratégies de dépistage du cancer du poumon. Il a fait l'objet d'une validation approfondie et est bien décrit<sup>1,2,6,7</sup>. « En résumé, le programme simule la vie des personnes de la naissance à l'apparition du cancer et à sa progression jusqu'au décès, en retraçant la qualité de vie liée à la santé, les interventions de soins de santé et les coûts. OncoSim regroupe ensuite ces résultats sur des millions de personnes hétérogènes. Les données sont tirées de sources très variées, dont les statistiques sur l'état civil, les enquêtes sur la santé, les données des registres du cancer, la documentation médicale, les coûts des médicaments et des hôpitaux, ainsi que des avis d'experts au besoin. Les données sur l'incidence du cancer et la mortalité produites par le modèle concordent avec les données des registres du cancer, ont fait l'objet d'une validation interne et ont démontré une bonne validité apparente dans les comparaisons avec d'autres modèles. » (1, 7).

Le module OncoSim-Lung comprend un élément consacré au dépistage qui peut servir à évaluer les tomodensitogrammes à faible dose pour différentes stratégies de dépistage, notamment des seuils de risque pour l'admissibilité au programme, l'âge de début et de fin du dépistage, la fréquence de dépistage, ainsi que diverses hypothèses liées à la participation et au coût. Le module a été étalonné et évalué d'après les résultats de l'étude *National Lung Screening Trial* réalisée aux États-Unis (1).

OncoSim simule le danger d'être atteint d'un cancer du poumon au moyen d'une équation du risque tirée de la documentation (8) combinant le risque associé à l'exposition cumulée au radon et au tabagisme tout au long de la vie, qui correspondait au nombre de cas signalés au Registre canadien du cancer selon l'âge, le sexe et la province. Les comportements en matière de tabagisme ont été simulés pour concorder avec les données des enquêtes canadiennes réalisées au cours du temps, selon l'âge, le sexe et la province, à partir de l'Enquête santé Canada de 1979, de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995 et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2008 (9-11). Les trajectoires d'usage du tabagisme ont fait l'objet d'une validation externe au moyen des données de ces enquêtes pour d'autres années et de données fournies par les fabricants de tabac (12). Les trajectoires avant 1979 ont été obtenues par extrapolation et comparées aux données sur le tabagisme compilées antérieurement pour le Canada (13). Les tendances récentes du tabagisme ont été extrapolées après 2008 (1).

Les taux d'incidence initiaux ont été étalonnés d'après le nombre de nouveaux cas dans le Registre canadien du cancer en 2005 et évalués pour en vérifier la concordance sur les années 1999 à 2009. La mortalité associée au cancer du poumon a été étalonnée d'après la Base canadienne de données sur la mortalité pour 2005 et comparée dans le temps (1).

Les limites d'OncoSim ont fait l'objet de rapports détaillés (14). En bref, les coûts des ressources provenaient principalement d'une seule province au Canada, bien que les analystes puissent modifier diverses entrées dans OncoSim pour effectuer des analyses propres à une région. Les coûts du point de vue des patients n'ont pas été évalués.

## Scénarios

Les scénarios sont simulés afin d'illustrer les répercussions des mesures suivantes :

1. Une réduction de la prévalence du tabagisme au Canada, d'une moyenne de 19,3 % à 5 % d'ici 2035
2. Une réduction de la prévalence provinciale/territoriale du tabagisme, de leur taux de tabagisme respectif à 5 % d'ici 2035
3. Une réduction de la prévalence du tabagisme au Canada pour atteindre le taux de tabagisme le plus faible au Canada (la Colombie-Britannique présente le plus faible taux de tabagisme en 2018 : 14,1 %).

Les résultats présentés comprennent les coûts du traitement du cancer du poumon, l'incidence du cancer du poumon, la mortalité et les répercussions sur les années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVAQ). Aucun scénario n'a modélisé les coûts associés aux interventions de promotion de l'abandon du tabagisme.

### Hypothèses générales :

#### ***Scénario n° 1 : Une réduction de la prévalence du tabagisme au Canada, de 19,3 % à 5 % d'ici 2035***

- Scénario de référence : hypothèse selon laquelle les taux de tabagisme restent constants dans le futur
- Scénario de comparaison : le taux de tabagisme diminue graduellement au Canada, jusqu'à atteindre 5 % d'ici 2035.

#### ***Scénario n° 2 : Une réduction de la prévalence du tabagisme dans l'ensemble des provinces et des territoires du Canada, jusqu'à atteindre 5 % d'ici 2035***

- Scénarios de référence :
  - Hypothèse selon laquelle les taux de tabagisme restent constants dans le futur
  - On a utilisé les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2017 pour estimer la prévalence du tabagisme dans l'ensemble des provinces (15)
  - On a utilisé les données de l'ESCC de 2014 pour les territoires (16)
- Scénarios de comparaison :
  - Le taux de tabagisme diminue graduellement dans chaque province et territoire, jusqu'à atteindre 5 % d'ici 2035.

#### ***Scénario n° 3 : Une réduction de la prévalence du tabagisme au Canada pour atteindre le taux de tabagisme le plus faible au Canada (la Colombie-Britannique présente le plus faible taux de tabagisme en 2018 : 14,1 %).***

- Scénario de référence : hypothèse selon laquelle les récentes tendances en matière de tabagisme se poursuivent dans le futur

- Scénario de comparaison :
  - Le taux moyen de tabagisme au Canada a été réduit à 14,1 % en 2018.

## Résultats

### Répercussions projetées de la réduction de la prévalence du tabagisme à 5 % d'ici 2035 au Canada

Les résultats générés par OncoSim montrent que, d'ici 2035, par rapport au scénario de référence, les répercussions suivantes seront observées :

- Environ 31 000 cas de cancer du poumon de moins, de façon cumulative de 2017 à 2035, et 4 600 diagnostics de moins par année d'ici 2035
- Environ 21 000 décès attribuables au cancer du poumon de moins, de façon cumulative de 2017 à 2035, et 3 400 décès de moins par année d'ici 2035
- Économie totale cumulative possible de 680 millions de dollars en coûts de traitement du cancer du poumon
- Gain approximatif de 457 000 AVAQ, de façon cumulative de 2018 à 2035.

\* Les coûts et les AVAQ ne sont pas actualisés, et les coûts sont indiqués en dollars canadiens de 2016.

### Répercussions projetées d'une réduction de la prévalence du tabagisme au Canada à 14,1 % en 2018

Les résultats générés par OncoSim montrent que, d'ici 2035, par rapport au scénario de référence, les répercussions suivantes seront observées :

- Environ 7 000 cas de cancer du poumon de moins, de façon cumulative de 2017 à 2035, et 820 diagnostics de moins par année d'ici 2035
- Environ 4 800 décès attribuables au cancer du poumon de moins, de façon cumulative de 2017 à 2035, et 700 décès de moins par année d'ici 2035
- Économie totale cumulative possible de 155 millions de dollars en coûts de traitement du cancer du poumon
- Gain approximatif de 95 000 AVAQ, de façon cumulative de 2017 à 2035.

\* Les coûts et les AVAQ ne sont pas actualisés, et les coûts sont indiqués en dollars canadiens de 2016.



Le tableau III montre les répercussions de la réduction de la prévalence du tabagisme à 5 % en 2035 dans l'ensemble des provinces et des territoires.

**Tableau III**

Province/ Territoire	Cas de cancer du poumon évités		Décès dus au cancer du poumon évités		Coûts liés au traitement économisés (en M\$CA)	Années de vie ajustées en fonction de la qualité gagnées
	Cumulatifs (2018-2035)	Annuellement d'ici 2035	Cumulatifs (2018-2035)	Annuellement d'ici 2035		
T.-N.-L.	460	25	330	20	10,7	8 600
Î.-P.-É.	60	5	45	2	1,3	1 400
N.-É.	490	25	300	15	11,3	7 300
N.-B.	330	20	240	15	7,7	4 300
Qc	4 200	230	2 800	150	88,8	60 100
Ont.	3 800	210	2 500	140	81,7	70 300
Man.	540	30	300	15	11,5	9 600
Sask.	910	50	610	35	19,4	16 100
Alb.	910	50	660	35	19,6	20 100
C.-B.	890	50	550	30	19,3	18 500
Yn	25	1	7	1 décès tous les 2,5 ans	0,5	640
T.N.-O.	20	1	10	1	0,3	860
Nt	50	3	35	2	1,2	1 800

**Tableau IV : Sources des données**

Type de données	Source
Mortalité, naissances, projections démographiques	Statistique de l'état civil (1950-2005), Recensements (2006, 2011)
Incidence, stadification, survie	Registre canadien du cancer (1992-2010)
Survie au cancer par stade	Données du British Columbia Cancer Registry (1992-2012) Examen de dossiers médicaux (1991-1992), documentation (1981, 1990-2000, 2005)
Taux de tabagisme	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2007), Enquête nationale sur la santé de la population (1994-2004), Enquête santé Canada (1979)
Données sur l'utilisation du temps	Enquête sociale générale (2005)
Gains, transferts et impôts	Recensement de 2006, BD/MSPS v16.1 (2005)
Dépenses totales de soins de santé	Institut canadien d'information sur la santé (2006)
Coûts des soins de santé : diagnostic, traitement, suivi, soins palliatifs et de fin de vie	Initiative ontarienne de coût par cas (2007-2008), listes provinciales des médicaments remboursés (2009), ministères provinciaux de la Santé (2009)
Pratiques de traitement actuelles	Avis d'experts, données administratives de l'Ontario
Dépistage, équation du risque de cancer du poumon, exposition au radon, réseau sexuel, transmission du VPH	Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein, données administratives de la Colombie-Britannique, ESCC, rapports, documentation
État de santé	Système de classification et de mesure de la santé fonctionnelle, ESCC

## Références :

1. Flanagan, W., Evans, W. K., Fitzgerald, N. R., Goffin, J. R., Miller, A. B., Wolfson, M. C. (2014). Performance of the cancer risk management model lung cancer screening module. *Health Rep*, 26, 11-18.
2. Evans, W., Wolfson, M., Flanagan, W., Shin, J., Goffin, J., Miller, A. et coll. (2013). Canadian cancer risk management model: evaluation of cancer control. *International Journal Of Technology Assessment In Health Care*, 29(02), 131-139.
3. Van de Velde, N., Brisson, M., Boily, M. (2010). Understanding differences in predictions of HPV vaccine effectiveness: A comparative model-based analysis. *Vaccine*, 28(33), 5473-5484.
4. Miller, A., Gribble, S., Nadeau, C., Asakawa, K., Flanagan, W., Wolfson, M. et coll. (2015). Evaluation of the natural history of cancer of the cervix, implications for prevention. The Cancer Risk Management Model (CRMM) – Human papillomavirus and cervical components. *Journal Of Cancer Policy*, 4, 1-6.
5. Partenariat canadien contre le cancer. (2017). *Dépistage du cancer du col de l'utérus : Analyse de l'environnement* [Internet]. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer [consulté en juillet 2018]. Disponible à l'adresse : [http://www.cancerview.ca/fr/prevention\\_et\\_depistage/lutte\\_contre\\_le\\_cancer\\_du\\_col\\_de\\_lut\\_erus\\_au\\_canada/](http://www.cancerview.ca/fr/prevention_et_depistage/lutte_contre_le_cancer_du_col_de_lut_erus_au_canada/)
6. Evans, W., Wolfson, M., Flanagan, W., Shin, J., Goffin, J., Asakawa, K. et coll. (2012). The evaluation of cancer control interventions in lung cancer using the Canadian Cancer Risk Management Model. *Lung Cancer Management*, 1(1), 25-33.
7. Goffin, J., Flanagan, W., Miller, A., Fitzgerald, N., Memon, S., Wolfson, M., Evans, W. (2016). Biennial lung cancer screening in Canada with smoking cessation—outcomes and cost-effectiveness. *Lung Cancer*, 101, 98-103.
8. Hastie, T., Tibshirani, R. (1986). Generalized Additive Models. *Statistical Science*, 1(3), 297-310. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <http://dx.doi.org/10.1214/ss/1177013604>
9. Statistique Canada. *Enquête santé Canada*. Disponible à l'adresse : [http://www23.statcan.gc.ca:81/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3217&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2](http://www23.statcan.gc.ca:81/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3217&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2)
10. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population*. Disponible à l'adresse : [http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3225&lang=%20en&db=imdb&dbg=f&adm=8&dis=2](http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3225&lang=%20en&db=imdb&dbg=f&adm=8&dis=2)
11. Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Disponible à l'adresse : [http://www23.statcan.gc.ca:81/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2](http://www23.statcan.gc.ca:81/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2)
12. Statistique Canada. Tableau 303-0062 – Production et écoulement des produits du tabac, mensuel (kilogrammes sauf indication contraire), CANSIM (base de données).
13. Forey, B., Hamling, J., Hamling, J., Lee, P. (2009). *International Smoking Statistics Web Edition Canada*. Sutton, Royaume-Uni : P.N. Lee Statistics and Computing Ltd. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <http://www.pnlee.co.uk/iss.htm>
14. Goffin, J., Flanagan, W., Miller, A., Fitzgerald, N., Memon, S., Wolfson, M., Evans, W. (2015). Cost-effectiveness of Lung Cancer Screening in Canada. *JAMA Oncology*, 1(6), 807.
15. Statistique Canada. Tableau 13-10-0096-01 – Caractéristiques de la santé des Canadiens, estimations annuelles.
16. Statistique Canada. Tableau 13-10-0453-01 – Indicateurs de la santé, taux normalisés selon l'âge, estimations annuelles.