
Rapport 2015 sur le rendement du système de lutte contre le cancer

Juin 2015

Annexe technique

1. Prévention

Prévalence du tabagisme

Définition : pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus dans chaque groupe précisé, soit fumeurs quotidiens ou occasionnels, anciens fumeurs ou personnes n'ayant jamais fumé

Numérateur : nombre de fumeurs quotidiens ou occasionnels, d'anciens fumeurs ou de personnes n'ayant jamais fumé, chez les personnes âgées de 12 ans et plus

Dénominateur : ensemble de la population âgée de 12 ans et plus

Source de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Période de mesure : 2013

Variables de l'ESCC : 1. Avez-vous fumé une centaine de cigarettes ou plus durant votre vie (environ 4 paquets)? 2. Avez-vous déjà fumé une cigarette complète? 3. Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? 4. Avez-vous déjà fumé des cigarettes tous les jours?

Variables de stratification : province/territoire, sexe

Provinces et territoires qui ont présenté des données : Alb., C.-B., Man., N.-B., T.-N.-L., N.-É., T.N.-O., Ont., Î.-P.-É., Qc, Sask., Nt, Yn

Remarques : les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif qui a ensuite été extrapolé pour évoquer l'ensemble de la population.

Immunisation contre le virus du papillome humain (VPH)

Définition : la proportion de femmes appartenant à la cohorte ciblée qui ont reçu la première des trois doses du vaccin contre le virus du papillome humain (VPH)

Numérateur : nombre de femmes qui ont reçu la première dose du vaccin contre le VPH dans le cadre d'un programme provincial ou territorial organisé d'immunisation

Dénominateur : nombre de femmes appartenant à l'année scolaire ou au groupe d'âge visé qui fréquentent des écoles où le programme provincial d'immunisation contre le VPH est offert. Il ne s'agit pas nécessairement de l'ensemble de la population de sexe féminin faisant partie de l'intervalle d'âge ciblé pour la province.

Source de données : Pan-Canadian Cervical Screening Network, administrateur en chef de la santé publique de l'Île-du-Prince-Édouard

Période de mesure : année scolaire 2012-2013 ou 2013-2014, en fonction de la province et comme indiqué au tableau 1.1 (approximativement du 1^{er} septembre au 31 août)

Variables de stratification : province et territoire

Provinces et territoires qui ont présenté des données : Alb., C.-B., Man., N.-B., T.-N.-L., N.-É., T.N.-O., Ont., Î.-P.-É., Qc, Sask., Nt, Yn

Remarques concernant certaines provinces : **N.-B.** : les données sont celles se rapportant à la 3^e dose du vaccin contre le VPH. **T.N.-O.** : les données reposent sur des projections. **Ont.** : les données sont celles se rapportant à la 3^e dose du vaccin contre le VPH. **Î.-P.-É.** : les données sont celles se rapportant à la 3^e dose du vaccin contre le VPH.

Remarques générales : 1. L'année scolaire et le groupe d'âge visés varient d'une province ou d'un territoire à l'autre. 2. Il n'a pas été possible de recueillir des données normalisées de l'ensemble des provinces et territoires. Les programmes provinciaux et territoriaux visent différentes populations et sont constitués de divers plans de déploiement et phases de vaccination. Grâce à l'amélioration de la collecte de données normalisées et à la poursuite de la mise en œuvre des programmes d'immunisation

contre le VPH, on s'attend à ce que les pourcentages augmentent et à ce que la variation interprovinciale et interterritoriale s'amenuise.

Activité physique - Transport actif

Définition : pourcentage d'adultes à partir de 18 ans qui déclarent avoir fait de l'activité physique dans le cadre du transport au cours des trois derniers mois

Numérateur : nombre de personnes à partir de 18 ans qui sont allés à l'école ou au travail à l'école ou en bicyclette au cours des trois derniers mois

Dénominateur : total de la population de plus de 18 ans qui va l'école ou au travail

Source de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Période de mesure : 2013

Variables de l'ESCC : 1. Au cours des 3 derniers mois*, avez-vous fait de la marche pour vous rendre au travail ou à l'école et pour en revenir? 2. Au cours des 3 derniers mois*, avez-vous fait de la bicyclette pour vous rendre au travail ou à l'école et pour en revenir?

*Pour ceux ayant répondu oui concernant la marche ou la bicyclette pour les loisirs, les questions commençaient de la manière suivante : 1. Autre que les (X) fois que vous avez déjà indiqué avoir fait de la marche pour faire de l'exercice...; 2. Autre que les (X) fois que vous avez déjà indiqué avoir fait de la bicyclette...

Variables de stratification : province/territoire, groupe d'âge

Provinces et territoires qui ont présenté des données : Alb., C.-B., Man., N.-B., T.-N.-L., N.-É., T.N.-O., Ont., Î. -P.-É., Qc, Sask., Nt, Yn

Remarques : les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif qui a ensuite été extrapolé pour évoquer l'ensemble de la population.

2. Dépistage

Dépistage du cancer du col de l'utérus - autodéclaré

Définition : pourcentage normalisé selon l'âge (ensemble de la population de 2011) des femmes âgées de 18 à 69 ans qui ont subi au moins un test de Papanicolaou (test Pap) au cours des trois dernières années

Numérateur : nombre total de femmes âgées de 18 à 69 ans déclarant avoir subi au moins un test Pap au cours des trois dernières années

Dénominateur : nombre total de femmes âgées de 18 à 69 ans (à l'exclusion des femmes ayant subi une hystérectomie)

Sources de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Période de mesure : 2012, 2013

Variables de l'ESCC : 1. Avez-vous déjà subi un test Pap? 2. À quand remonte la dernière fois? 3. Avez-vous subi une hystérectomie?

Variables de stratification : province/territoire, revenu du ménage, statut d'immigrant

Provinces et territoires qui ont présenté des données : tous en 2012; N.-B., Î. -P.-É., T.-N.-L., Yn, T.N.-O., Nt en 2013

Remarques : 1. Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif qui a ensuite été extrapolé à l'ensemble de la population. 2. Le dépistage du cancer de l'utérus constituait un contenu optionnel dans l'ESCC de 2013.

Dépistage du cancer du sein - autodéclaré

Définition : pourcentage des femmes asymptomatiques âgées de 50 à 69 ans qui ont subi une mammographie au cours des deux années précédentes, le qualificatif « asymptomatique » visant les répondantes qui ont indiqué avoir subi une mammographie pour l'une des raisons suivantes : 1. antécédents familiaux; dépistage ou examen systématique; 2. âge; 3. traitement hormonal substitutif (THS). Les mammographies effectuées pour les raisons suivantes ont été exclues : présence d'une masse; problème aux seins; suivi d'un traitement contre le cancer du sein; autre.

Numérateur : femmes asymptomatiques âgées de 50 à 69 ans qui ont indiqué avoir subi une mammographie au cours des deux dernières années

Dénominateur : nombre total des femmes asymptomatiques âgées de 50 à 69 ans

Sources de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Période de mesure : 2012, 2013

Variables de l'ESCC : 1. Avez-vous déjà passé une mammographie, c'est-à-dire une radiographie du sein? 2. Pourquoi l'avez-vous passée? (cochez toutes les réponses pertinentes) : antécédents familiaux; dans le cadre d'un dépistage ou examen systématique; âge; THS; présence d'une masse; suivi d'un traitement contre le cancer du sein; problème aux seins; autre. 3. À quand remonte la dernière fois?

Variables de stratification : province/territoire, quintile de revenu du ménage, statut d'immigrant

Provinces et territoires qui ont présenté des données : l'ensemble des provinces et des territoires en 2012; Alb., N.-B., N.-É., T.N.-O. en 2013

Remarques : 1. Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif qui a ensuite été extrapolé à l'ensemble de la population. 2. Le dépistage du cancer du sein constituait un contenu optionnel dans l'ESCC de 2013.

Dépistage du cancer colorectal - autodéclaré

Définition : pourcentage de personnes asymptomatiques âgées de 50 à 74 ans à jour dans leur dépistage du cancer colorectal. Le terme « à jour » signifie avoir passé une analyse de selles (RSOS) au cours des deux dernières années et/ou une sigmoïdoscopie/coloscopie au cours des cinq dernières années, et le qualificatif « asymptomatique » désigne les répondants qui ont indiqué avoir subi un dépistage du cancer colorectal pour l'une des raisons suivantes : antécédents familiaux; dépistage ou examen systématique; âge; race. Le dépistage colorectal effectué pour les raisons suivantes a été exclu : suivi d'un problème; suivi d'un traitement contre le cancer colorectal; autre.

Numérateur : nombre de personnes asymptomatiques âgées de 50 à 74 ans déclarant avoir subi un test de RSOS au cours des deux années qui ont précédé et/ou une coloscopie/sigmoïdoscopie au cours des cinq dernières années

Dénominateur : nombre total de personnes asymptomatiques âgées de 50 à 74 ans

Sources de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Variables de l'ESCC : 1. Avez-vous déjà subi un test de RSOS? À quand remonte la dernière fois? Pourquoi l'avez-vous passé? 2. Avez-vous déjà subi une coloscopie ou une sigmoïdoscopie? À quand remonte la dernière fois? Pourquoi l'avez-vous passée?

Période de mesure : 2012, 2013

Variables de stratification : province/territoire, groupe d'âge, sexe, quintile de revenu du ménage, statut d'immigrant

Provinces et territoires qui ont présenté des données : l'ensemble des provinces et des territoires en 2012; Alb., Man., Qc, N.-B., Î.-P.-É., T.-N.-L., Yn, T.N.-O. en 2013

Remarques : 1. Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif qui a ensuite été extrapolé à l'ensemble de la population. 2. Le dépistage du cancer colorectal constituait un contenu optionnel dans l'ESCC de 2013.

3. Diagnostic

Diagnostic du cancer du sein : temps d'attente entre le dépistage d'une anomalie au sein et sa résolution

Définition : 1. Temps d'attente médian et du 90^e percentile écoulé (en semaines) entre une mammographie anormale et une résolution du diagnostic (date du test d'établissement du diagnostic définitif) 2. Le pourcentage de femmes pour lesquelles le temps d'attente ci-dessus a été atteint dans les délais cibles

Population : femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont participé à un programme organisé de dépistage du cancer du sein et qui ont obtenu un résultat anormal (mammographie ou examen cliniques des seins) :

1. Ayant besoin d'une biopsie tissulaire 2. N'ayant pas besoin d'une biopsie tissulaire

Sources de données : programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein

Période de mesure : 2012

Données présentées : C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., Qc, N.-B., N.-É., Î. -P.-É., T.-N.-L., T.N.-O.

Remarques concernant certaines provinces : **Alb.** : les données sur les temps d'attente sont fondées sur les mammographies de dépistage effectuées dans le cadre du Screen Test Program qui fait partie des programmes de dépistage du cancer du sein de l'Alberta (représentant environ 10 % des mammographies effectuées en Alberta).

Sask. : le taux de participation comprend les patientes qui ont eu un cancer du sein dans le passé et qui sont admissibles à un nouveau dépistage dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein.

Ont. : les temps d'attente médian et du 90^e percentile ne sont pas disponibles pour 2009 et les années suivantes.

Qc : les données ne sont pas disponibles pour 2004, 2009 et 2011.

T.N.-O. : les données sur les temps d'attente de 2011 comprennent un seul lieu (Stanton).

Remarques générales :

1. L'indicateur exclut les examens réalisés au-delà de six mois après le dépistage.

2. Le temps écoulé avant l'établissement du diagnostic est fondé sur la date d'obtention du résultat de la première biopsie pathologique indiquant la présence d'un cancer du sein (à l'exclusion des ponctions à l'aiguille fine et de toutes les procédures non concluantes) ou sur la date du dernier examen ou de la dernière biopsie pathologique ayant indiqué un résultat bénin.

3. Le diagnostic définitif d'un cancer est le résultat du premier examen d'une biopsie par forage ou chirurgicale ouverte qui confirme la présence d'un cancer. En de rares occasions, une biopsie par ponction à l'aiguille fine peut aussi être utilisée pour poser un diagnostic définitif de cancer. Le diagnostic définitif d'un cas bénin est le dernier test bénin après un délai maximum de six mois suivant un dépistage ayant révélé un résultat anormal. 4. Les biopsies tissulaires comprennent la biopsie ouverte et la biopsie par forage à l'aiguille.

Diagnostic du cancer colorectal : temps d'attente entre l'obtention d'un résultat anormal d'une analyse de selles et la coloscopie

Définition : temps écoulé (en jours) entre l'obtention d'un résultat anormal à une analyse de selles effectuée pour dépister le cancer colorectal et une coloscopie de suivi

Population : personnes ayant obtenu un résultat anormal lors d'une analyse de selles (effectuée à des fins de dépistage du cancer colorectal) qui ont ensuite subi une coloscopie dans les 180 jours suivant l'obtention de ce résultat

Mesures : 1. Temps d'attente médian 2. Temps d'attente du 90^e percentile 3. Nombre de personnes ayant subi une coloscopie de suivi dans les 180 jours

Source de données : données communiquées par les programmes provinciaux de dépistage du cancer colorectal par l'intermédiaire du Réseau national de dépistage du cancer colorectal

Disponibilité des données : première série de tests de dépistage effectuée entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2012

Données présentées : Sask., Man., N.-É., T.-N.-L. et Î. -P.-É.

Remarques concernant certaines provinces :

T.-N.-L. : les personnes sont aiguillées vers la coloscopie après avoir été contactées par les responsables du programme de dépistage pour résultats anormaux à l'analyse des selles et après évaluation de leur état de santé. Cette procédure peut influencer les temps d'attente médian et du 90^e percentile entre les résultats anormaux de l'analyse de selles et la coloscopie de suivi.

Î.-P.-É. : l'utilisation du RSOSg a été abandonnée en juin 2012 après la transition au TIS. Le TIS a été adopté au début de 2012.

Remarques générales :

1. Cet indicateur ne tient pas compte des patients qui ont subi une coloscopie plus de six mois après avoir obtenu un résultat d'analyse de selles anormal.

2. La coloscopie peut avoir eu lieu dans le cadre du programme ou hors de celui-ci, mais comprend uniquement les personnes dont l'analyse de selles ayant donné un résultat anormal a été réalisée dans le cadre du programme de dépistage.

Utilisation des examens de TEP sur des patients souffrant d'un cancer du poumon « non à petites cellules »

Définition : pourcentage de patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » qui ont subi au moins un examen de TEP au cours de la période comprise entre trois mois avant et un an après le diagnostic

Numérateur : nombre de patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » qui ont subi au moins un examen de TEP au cours de la période comprise entre trois mois avant et un an après le diagnostic

Dénominateur : nombre de patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules »

Sources de données : organismes provinciaux de lutte contre le cancer

Période de mesure : diagnostics établis de 2009 à 2011

Variables de stratification : province, sexe, groupe d'âge et stade du cancer

Provinces qui ont présenté des données : C.-B., Alb., Man., Ont., N.-B., N.-É.

Remarques concernant certaines provinces :

C.-B. : les données ne concernent que les patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » diagnostiqué en 2010 et 2011, puisque des données sur le stade du cancer n'étaient pas disponibles pour 2009. Il se peut que les données ne soient pas complètes ou comparables à celles des autres provinces en raison de l'absence d'informations sur la chirurgie ou les années de diagnostic 2010 et 2011, utilisées pour déterminer la modalité du traitement. Les cas de cancer de stade III ont été classés au stade suivant, soit le stade IIIA.

Alb. : la classification du stade était fondée sur la 6^e version du manuel de l'AJCC pour 2009 et sur la 7^e version pour 2010 et 2011. Les cas pour lesquels la seule source d'information est le certificat de décès ou le rapport d'autopsie ont été exclus. Les cas de stade III ont été classés au stade IIIB.

Man. : les cas de stade III ont été classés au stade IIIB.

N.-É. : les cas de stade III ont été classés au stade IIIB.

Remarques générales :

1. Les données ont été recueillies par modalité de traitement et par stade. Les résultats par modalité de traitement ont été combinés à des fins de présentation. Les provinces sans données sur le traitement (soit la C.-B. et le N.-B.) ont été partiellement exclues de l'analyse.
2. Le code C34 a été attribué aux cas d'incidence de cancer envahissant du poumon « non à petites cellules » avec un code de comportement 3, à l'exception des codes pour l'histologie hématopoïétique (M-95 à M-98), les petites cellules, le carcinome neuroendocrine et le sarcome, d'après la troisième édition de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O-3).
3. Seuls les patients ayant au moins 18 ans au moment du diagnostic ont été pris en compte et divisés en deux groupes : de 18 à 69 ans et plus de 70 ans.
4. Les cas d'incidence pour lesquels la seule source d'information est le certificat de décès ou le rapport d'autopsie ont été exclus.
5. La modalité de traitement a été classée selon trois groupes : première chirurgie, première radiothérapie et aucun traitement.

Répartition par stade des examens TEP de diagnostic des cas de cancer du poumon « non à petites cellules »

Définition : pourcentage par stade des examens TEP de diagnostic des cas de cancer du poumon « non à petites cellules »

Numérateur : nombre d'examens TEP de diagnostic des cas de cancer du poumon « non à petites cellules » pour un stade donné

Dénominateur : nombre d'examens TEP de diagnostic des cas de cancer du poumon « non à petites cellules »

Sources de données : organismes provinciaux de lutte contre le cancer

Période de mesure : diagnostics établis de 2009 à 2011

Variables de stratification : province, sexe, groupe d'âge et stade du cancer

Provinces qui ont présenté des données : C.-B., Alb., Man., Ont., N.-B., N.-É.

Remarques concernant certaines provinces :

C.-B. : les données ne concernent que les cas de cancer du poumon « non à petites cellules » diagnostiqués en 2010 et 2011, étant donné que les données sur le stade ne sont pas disponibles pour 2009. Il se peut que les données ne soient pas complètes ni comparables à celles des autres provinces en raison de l'absence d'informations sur la chirurgie ou les années de diagnostic 2010 et 2011, qui ont été utilisées pour déterminer si ces examens visaient l'établissement d'un diagnostic. Les cas de cancer de stade III ont été classés au stade suivant, soit le stade IIIA.

Alb. : la classification du stade était fondée sur la 6^e version du manuel de l'AJCC pour 2009 et sur la 7^e version pour 2010 et 2011. Les cas pour lesquels la seule source d'information est le certificat de décès ou le rapport d'autopsie ont été exclus. Les cas de stade III ont été classés au stade IIIB.

Man. : les cas de stade III ont été classés au stade IIIB.

N.-É. : les cas de stade III ont été classés au stade IIIB.

N.-B. : les données ne sont pas complètes ni comparables à celles des autres provinces en raison de l'absence d'informations sur la radiothérapie pour les années de diagnostic, qui ont été utilisées pour déterminer si ces examens visaient l'établissement d'un diagnostic.

Remarques générales :

1. Les données ont été recueillies par modalité de traitement et par stade. Les résultats par modalité de traitement ont été combinés à des fins de présentation. Les provinces sans données sur le traitement (soit la C.-B. et le N.-B.) ont été partiellement exclues de l'analyse.
2. Le code C34 a été attribué aux cas d'incidence de cancer envahissant du poumon « non à petites cellules » avec un code de comportement 3, à l'exception des codes pour l'histologie hématopoïétique

(M-95 à M-98), les petites cellules, le carcinome neuroendocrine et le sarcome, d'après la troisième édition de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O-3).

3. Seuls les patients ayant au moins 18 ans au moment du diagnostic ont été pris en compte et divisés en deux groupes : de 18 à 69 ans et plus de 70 ans.

4. Les cas d'incidence pour lesquels la seule source d'information est le certificat de décès ou le rapport d'autopsie ont été exclus.

5. Les examens PET de diagnostic ont été déterminés en fonction de la date du TEP et de la première date de la chirurgie et/ou de la radiothérapie. Deux scénarios avaient été conçus pour déterminer si ces examens visaient l'établissement d'un diagnostic :

a. En l'absence de chirurgie ou de radiothérapie dans l'année suivant le diagnostic, les examens TEP effectués entre le troisième mois précédant le diagnostic de trois mois et le quatrième mois le suivant ont été considérés comme un diagnostic.

b. En la présence de chirurgie ou de radiothérapie dans l'année suivant le diagnostic, les examens TEP effectués entre le troisième mois précédant le diagnostic et la première chirurgie ou radiothérapie ont été considérés comme un diagnostic.

6. Si les patients ont subi plusieurs examens de TEP, chaque examen a été comptabilisé.

4. Traitement

4.1 Chirurgie

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

Définition : proportion de résections du côlon au cours desquelles au moins 12 ganglions ont été prélevés et examinés

Numérateur : patients atteints d'un cancer du côlon diagnostiqué pendant l'année et ayant subi une résection dans l'année qui a suivi le diagnostic, chez lesquels au moins 12 ganglions ont été prélevés et examinés

Dénominateur : tous les patients atteints d'un cancer du côlon diagnostiqué dans la province pendant l'année et ayant subi une résection dans les 12 mois du diagnostic

Sources de données : organismes provinciaux de lutte contre le cancer

Période de mesure : diagnostics établis en 2008, 2009, 2010 et 2011.

Variables de stratification : province, groupe d'âge et sexe

Provinces qui ont présenté des données : Alb., Sask., Man., Ont., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L.

Remarques concernant certaines provinces : **Alb.** : pour 2011, les renseignements sur le traitement proviennent du traitement du siège primaire prévu initialement (données de l'Alberta Cancer Registry). Cette disposition exclut l'annexe C18.1. L'Alberta Cancer Registry ne donne pas les codes de la CCI et pour cette raison, toutes les chirurgies codées sont incluses pour la résection complète du côlon. S'il y a plusieurs interventions chirurgicales, la procédure définitive est documentée. La procédure définitive est celle qui vise à guérir. Dans le cadre de l'assurance de la qualité, nous avons remarqué qu'un certain nombre de cas entrant dans la catégorie des chirurgies dans l'ACR avaient des codes de la CCI ou de facturation autres que ceux indiqués. Il semblerait que, pour la plupart de ces cas, la base de données de facturation indique 60.5 (autre résection du rectum) même si le patient n'avait qu'un C18.7 (côlon sigmoïde). Cependant, il existe aussi des cas avec des codes de chirurgie de l'ACR pour la polypectomie. Ils ont donc également été inclus. **Ont.** : les cas de l'annexe C18.1 ont été exclus. **N.-É.** : pour 2011, des variables de stadification concertées ont été utilisées pour cerner les cas qui ont subi une résection. Les dates des résections ont été manuellement extraites des dossiers passés en revue. **Î.-P.-É.** : Pour 2011, les cas de l'annexe C18.1 ont été exclus.

Remarques générales :

1. les patients chez lesquels le nombre de ganglions prélevés et examinés était inconnu ont été exclus du numérateur et du dénominateur.
2. Les cas concernant des personnes âgées de 18 ans ou moins (au moment du diagnostic) ont été exclus.
3. Patients atteints du cancer du côlon selon les codes de la CIM-O-3 : de C18.0 à C18.9 avec code de comportement 3.
4. Les codes de lymphome ont été exclus : M-95 à M-98. Les données de 2010 excluent également les codes de sarcome, le carcinome neuroendocrine et le carcinome squameux.
5. Les résections du côlon correspondent aux codes CCI 1NM87, 1NM89, 1NM91 ou aux descripteurs du tableau 1.

6. Tous les cas qui ont fait l'objet d'une résection ont été inclus sans égard à la marge (en raison des contraintes inhérentes aux données).
7. Inclut les cas pour lesquels la date de la dernière résection (si plusieurs) – la date d'établissement du diagnostic \leq 365 jours.

Résections de tumeurs mammaires cancéreuses qui sont des mastectomies

Définition : pourcentage de mastectomies parmi les résections chirurgicales effectuées chez des femmes présentant un cancer du sein envahissant unilatéral

Numérateur : femmes faisant partie du dénominateur qui ont subi une mastectomie en premier lieu et femmes qui ont subi une chirurgie mammaire conservatrice (CMC) en premier lieu et qui ont ensuite subi une mastectomie dans l'année qui a suivi

Dénominateur : femmes présentant un cancer du sein envahissant unilatéral qui ont subi une chirurgie conservatrice du sein et/ou une mastectomie

Sources de données : base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS); Système national d'information sur les soins ambulatoires, ICIS; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; système d'information sur les soins ambulatoires de l'Alberta (Alberta Ambulatory Care Reporting System), ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta

Période de mesure : 2007-2008 à 2011-2012

Variables de stratification : province et territoire

Provinces qui ont présenté des données : C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., Qc, N.-B., N.-É., Î. -P.-É., T.-N.-L. et territoires

Remarques générales :

1. Les codes de chirurgie et de diagnostic suivants, qui se trouvent dans les dossiers hospitaliers des patients et sont déclarés à l'ICIS, ont été utilisés pour identifier les diagnostics et les procédures de la manière suivante :

- a. Pour le diagnostic du cancer du sein, les codes CIM-10-CA suivant ont été employés : C50.00, C50.01, C50.09, C50.10, C50.11, C50.19, C50.20, C50.21, C50.29, C50.30, C50.31, C50.39, C50.40, C50.41, C50.49, C50.50, C50.51, C50.59, C50.60, C50.61, C50.69, C50.80, C50.81, C50.89, C50.90, C50.91, C50.99. Les femmes présentant un cancer du sein envahissant unilatéral étaient la cible de cette analyse (ce qui correspond à 98 % des femmes présentant un cancer du sein envahissant).
- b. Pour la mastectomie, les codes de chirurgie suivants ont été employés conformément à la CCI : 1.YM.89 à 1.YM.92.
- c. Les codes de la CCI suivants ont été employés pour identifier une chirurgie conservatrice du sein : 1.YM.87 et 1.YM.88.

4.2 Radiothérapie

Temps d'attente en radiothérapie : de l'état « prêt à traiter » au début du traitement

Définition : 1. Le temps écoulé médian et du 90^e percentile entre le moment où le patient est déclaré « prêt à traiter » et le début de la radiothérapie, mesuré en jours; 2. Le pourcentage de cas de radiothérapie pour lesquels le temps d'attente ci-dessus est resté dans les délais cibles.

Sources de données : organismes provinciaux de lutte contre le cancer

Période de mesure : année de traitement 2013

Variables de stratification : province, type de cancer (tous les cancers, sein, colorectal, poumon, prostate)

Provinces qui ont présenté des données : C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L.

Remarques concernant certaines provinces : **Alb.** : pour 2013, les données incluaient tous les patients ayant subi une radiothérapie dans un centre albertain de lutte contre le cancer, avec un premier traitement entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2013, ce qui inclut les personnes vivant dans une autre province au moment du diagnostic mais dont la radiothérapie a eu lieu en Alberta. La classification du groupe de tumeur pour cet indicateur se base sur les groupes de tumeur de patients provenant de l'aiguillage. **Sask.** : pour 2013, les données ont été présentées par site de traitement, toutes modalités de radiothérapie confondues. **N.-É.** : pour 2013, le temps d'attente a été calculé de la même manière que pour produire le temps d'attente pour le ministère de la Santé et du Mieux-être de N.-É. Le temps d'attente a pris en compte les premières séries de traitement du patient pendant la période concernée. **Î.-P.-É.** : pour 2013, les données se basaient sur les nouveaux traitements démarrés pendant la période visée. Plusieurs traitements pouvaient être démarrés pour chaque patient souffrant de cancer, qui pouvait donc être comptabilisé plusieurs fois.

Remarques générales :

1. Tous les codes de comportement sont inclus.
2. Les cas traités en 2013 sont inclus.
3. Pour identifier les cancers du sein, colorectal, du poumon, de la prostate ainsi que tous les cancers, inclure les codes de morphologie actuellement utilisés dans votre base de données.
4. À noter, si la province obtient ces données à partir d'une base de données sur les temps d'attente par opposition à un registre, les cas de cancer du sein doivent être inclus en fonction de la définition fournie dans la base de données.
5. On observe des divergences dans le mode d'évaluation du temps d'attente d'une province à l'autre. L'une des principales divergences tient au fait que les provinces définissent différemment la notion de « prêt à traiter ». Des démarches sont en cours pour normaliser cette définition. La section suivante présente les définitions utilisées par les différentes provinces.

Définitions provinciales :

Alb. : la date à laquelle le patient est physiquement prêt à commencer le traitement. **C.-B.** : la date à laquelle l'oncologue et le patient conviennent que le traitement peut commencer. La désignation « prêt à traiter » exige que tous les tests diagnostiques et toutes les procédures nécessaires pour évaluer la pertinence, les indications et la capacité de subir la radiothérapie aient été effectués. **Man.** : la date à laquelle une décision a été prise par le radiooncologue d'une part, et d'autre part le patient convient que la radiothérapie est appropriée et devrait commencer, qu'il est médicalement prêt à commencer le traitement ET qu'il est disposé à commencer le traitement. **N.-B.** : la date à laquelle tous les délais prévus ont pris fin et à laquelle le patient est prêt à commencer le traitement du point de vue social, personnel et médical. **T.-N.-L.** : la date à laquelle les examens préalables au traitement et tous les délais prévus ont pris fin et à laquelle le patient est prêt à commencer le traitement du point de vue social, personnel et médical. **N.-É.** : la date à laquelle les examens préalables au traitement et tous les délais prévus ont pris fin et à laquelle le patient est prêt à commencer le traitement du point de vue social, personnel et médical. La Nouvelle-Écosse n'avait pas de date « prêt à traiter » avant février 2010, une date de substitution était alors utilisée. **Ont.** : la période qui s'écoule entre le moment où le spécialiste est convaincu que le patient peut commencer un traitement et le moment où il reçoit le traitement. **Î.-P.-É.** : la date à laquelle les examens préalables au traitement et tous les retards anticipés ont pris fin et à laquelle le patient est prêt à commencer le traitement du point de vue social, personnel et médical. **Qc** : pendant la consultation, le radiooncologue inscrit sur un formulaire de demande de traitement la

date à laquelle le patient pourra commencer ses traitements. **Sask.** : la date à laquelle le patient est prêt à recevoir un traitement, en tenant compte des facteurs cliniques et de ses préférences. Dans le cas de la radiothérapie, les activités préparatoires (par exemple, la simulation, la planification du traitement, les soins dentaires) ne retardent pas la date « prêt à traiter ».

Radiothérapie préopératoire administrée à des personnes atteintes d'un cancer du rectum de stade II ou III

Définition : pourcentage des personnes atteintes d'un cancer du rectum au stade II ou III ayant subi une résection et reçu une radiothérapie préopératoire (traitement néoadjuvant)

Numérateur : cas de cancer du rectum au stade II ou III dont le diagnostic a été établi au cours de l'année et qui ont subi une radiothérapie dans les 120 jours qui ont précédé la résection

Dénominateur : cas de cancer du rectum au stade II ou III dont le diagnostic a été établi dans la province au cours de l'année et qui ont subi une résection rectale dans l'année qui a suivi l'établissement du diagnostic

Sources de données : organismes provinciaux de lutte contre le cancer

Période de mesure : diagnostics établis en 2008, 2009, 2010 et 2011

Variables de stratification : province, groupe d'âge et sexe

Provinces qui ont présenté des données : Alb., Man., Ont., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L.

Remarques concernant certaines provinces : **Alb.** : Pour 2011, les renseignements sur le traitement proviennent du traitement du siège primaire prévu initialement. L'Alberta Cancer Registry ne précise pas les codes de la CCI et pour cette raison, toutes les chirurgies codées sont incluses pour la résection complète du rectum. S'il y a plusieurs interventions chirurgicales, les codes de l'ACR des procédures les plus définitives sont consignés. La procédure définitive est celle qui vise à guérir. Les cas qui ont reçu la radiothérapie après la chirurgie ont été exclus.

Remarques générales :

1. Patients atteints du cancer du rectum selon les codes de la CIM-O-3 C19.9 ou C20.9, à l'exclusion des codes de lymphome (M-95 à M-98). Les codes de sarcome ont été exclus des données de 2010 : 8800/3, carcinome neuroendocrine, carcinome squameux.
2. Inclut le stade du groupe AJCC au moment de l'établissement du diagnostic = II ou IIIA.
3. Les cas concernant des personnes âgées de 18 ans ou moins (au moment du diagnostic) ont été exclus.
4. Les cas de cancer de résection rectale correspondent aux codes CCI 1NQ59, 1NQ87 ou 1NQ89 ou aux descripteurs du tableau 2.
5. Tous les cas qui ont fait l'objet d'une résection sont inclus sans égard à la marge (en raison des contraintes inhérentes aux données).
6. Inclut les cas pour lesquels la date de la première résection (si plusieurs) – la date d'établissement du diagnostic ≤ 365 jours. Date de la première résection – date de début de la radiothérapie ≤ 120 jours.

4.3 Traitement systémique

Chimiothérapie postopératoire administrée à des personnes atteintes d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA

Définition : pourcentage des personnes atteintes d'un cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II ou IIIA qui ont reçu une chimiothérapie après avoir subi une résection chirurgicale

Numérateur : cas de cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II ou IIIA dont le diagnostic a été établi au cours de l'année et qui ont reçu une chimiothérapie adjuvante dans les 120 jours qui ont suivi une chirurgie

Dénominateur : cas de cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II ou IIIA dont le diagnostic a été établi dans la province au cours de l'année et qui ont reçu une résection moins d'un an après l'établissement du diagnostic

Sources de données : organismes provinciaux de lutte contre le cancer

Période de mesure : diagnostics établis en 2009, 2010 et 2011

Variables de stratification : province, groupe d'âge et sexe

Provinces qui ont présenté des données : Alb., Sask., Man., Ont., N.-É., Î.-P.-É.

Remarques concernant certaines provinces : **Alb. :** Pour 2011, les renseignements sur le traitement proviennent du traitement prévu initialement du siège primaire (données de l'ACR). L'Alberta Cancer Registry ne précise pas les codes de la CCI et pour cette raison, toutes les chirurgies codées sont incluses pour la résection complète du poumon. S'il y a plusieurs interventions chirurgicales, la procédure définitive est documentée. La procédure définitive est celle qui vise à guérir. Les CS ont été exclus. Toutes les chirurgies codées ont été incluses dans les résections complètes du poumon. **Sask. :** En 2011, les données incluaient les CS. **N.-É. :** Pour 2011, des variables de stadification concertées ont été utilisées pour identifier les cas qui ont subi une résection. Les dossiers médicaux ont été passés en revue pour obtenir la date de la résection. **Î.-P.-É. :** Pour 2011, les données incluaient les cas de carcinome squameux.

Remarques générales :

1. Les cas concernant des personnes âgées de 18 ans ou moins (au moment du diagnostic) ont été exclus.
2. Les cas de cancer du poumon « non à petites cellules » ont été identifiés par les codes C34.0 à C34.9, avec un code de comportement 3, d'après la troisième édition de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O-3). Les codes d'histologie M-95 à M-98 pour le lymphome et 8002, 8041, 8043, 8044, 8045, 8073 et 8803 pour les petites cellules ont été exclus.
3. Les données de 2010 excluent également les codes de sarcome, le carcinome neuroendocrine et le carcinome squameux. Les données de 2011 excluent les codes de sarcome et le carcinome neuroendocrine.
4. Inclut le stade du groupe AJCC au moment de l'établissement du diagnostic = II et IIIA.
5. La résection correspond aux codes de la CCI 1GR87, 1GR89, 1GR91, 1GT59, 1GT87, 1GT89 ou 1GT91, ou aux descripteurs du tableau 2 ci-dessous.
6. Tous les cas qui ont fait l'objet d'une résection sont inclus sans égard à la marge (en raison des contraintes inhérentes aux données).
7. Inclut les cas pour lesquels la date de la dernière résection (si plusieurs) – la date d'établissement du diagnostic \leq 365 jours. Date de début de la chimiothérapie – date de la dernière résection (si plusieurs) \leq 120 jours.
8. La chimiothérapie comprend la chimiothérapie administrée par voie orale (selon les données disponibles) et par intraveineuse.
9. Aucun filtre concernant l'intention de traitement n'a été utilisé, sauf indication contraire par la province.

Tableau 1 : Codes d'intervention

Cohorte précise	Codes d'intervention		Codes de diagnostic	
	CCA	CCI	CIM-9-MC	CIM-10
Résections du côlon	57.5*, 57.6*	1.NM.87.^, 1.NM.89.^, 1.NM.91.^	Codes du cancer colorectal seulement	
			153*, 154.0, 154.1, 154.2, 154.3, 154.8	C18, C19, C20, C21
Résections rectales	60.2, 60.24, 60.4, 60.5, 60.51, 60.52, 60.53, 60.55, 60.59	1.NQ.87.LA, 1.NQ.87.DA, 1.NQ.87.PF, 1.NQ.87.RD, 1.NQ.87.DF, 1, NQ.89,^	Codes du cancer colorectal seulement	
			153*, 154.0, 154.1, 154.2, 154.3, 154.8	C18, C19, C20, C21

Tableau 2 : descripteurs cliniques

Descripteurs cliniques pour le cancer du côlon	Descripteurs cliniques pour le cancer du rectum
hémicolectomie droite hémicolectomie gauche colectomie segmentaire colectomie partielle colectomie transverse colectomie subtotale résection antérieure (noter le chevauchement avec le cancer du rectum ci-dessous)	résection antérieure (chevauchement avec le cancer du côlon ci-dessus) résection antérieure basse résection abdominopérinéale exérèse segmentaire, rectum intervention de Hartmann proctectomie totale

5. Approche axée sur la personne

Dépistage de la détresse

Définition : le degré de mise en œuvre, par les provinces et leurs programmes de lutte contre le cancer, d'outils normalisés pour dépister les symptômes déclarés par les patients comme la détresse émotionnelle et physique (y compris la douleur)

Degré de mise en œuvre : 1. Mise en œuvre* à l'échelle provinciale : dépistage normalisé des symptômes entrepris à tout le moins auprès d'une portion des patients de chaque centre anticancéreux provincial et des données recueillies de façon centralisée. 2. Mise en œuvre partielle (coordonnée à l'échelle provinciale) : dépistage normalisé des symptômes entrepris à tout le moins auprès d'une portion des patients de certains centres anticancéreux provinciaux. 3. Non coordonnée à l'échelle provinciale (usage local possible) : aucun dépistage des symptômes géré à l'échelle provinciale; toutefois, certains centres ou certaines régions utilisent un outil de dépistage, mais ne font pas rapport des données à l'échelle provinciale.

Période de mesure : 2007, 2014

Sources de données : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer

Provinces qui ont présenté des données : C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., Qc, N.-B., N.-É., Î. -P.-É., T.-N.-L.

6. Recherche

Participation aux essais cliniques pour adultes

Définition : ratio du nombre total de tous les patients (≥ 19 ans) nouvellement inscrits en 2013 à des essais ou à des études cliniques liés au traitement du cancer par rapport au nombre projeté de nouveaux cas de cancer (tous âges confondus) en 2013

Numérateur : nombre de patients atteints du cancer (≥ 19 ans) nouvellement inscrits en 2013 à des essais ou à des études cliniques liés au traitement du cancer dans des centres anticancéreux provinciaux. Pour les patients inscrits à plus d'un essai clinique, chaque inscription est calculée.

Dénominateur : nombre de nouveaux cas de cancer envahissant (tous âges confondus) projeté en 2013

Sources de données : déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer. Les dénominateurs ont été extraits des « Statistiques canadiennes sur le cancer 2013 » de Statistique Canada.

Période de mesure : 2013

Variables de stratification : province, type de cancer : 1. Tous les types de cancer envahissants 2. Cancer du sein 3. Cancer colorectal 4. Cancer du poumon 5. Cancer de la prostate

Provinces qui ont présenté des données : Tous les types de cancer envahissants : C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., N.-B., N.-É., Î. -P.-É., T.-N.-L.

Par type de cancer : C.-B., Alb., Sask., Man., N.-B., N.-É., Î. -P.-É., T.-N.-L.

Remarques concernant certaines provinces : **Alb.** : pour 2013, comprend le nombre total de patients atteints du cancer dans l'échantillon (≥ 19 ans), nouvellement inscrits à des essais ou à des études cliniques liés au traitement du cancer et qui faisaient partie de la base de données Alberta Cancer Trials (ACCT). Si un patient faisait partie de l'échantillon de plus d'un essai clinique au cours d'une année donnée, ce patient a été comptabilisé pour chaque échantillon dont il fait partie. La base de données ACCT comprend également les patients qui habitaient à l'extérieur de l'Alberta, dans la mesure où ils participaient à un essai clinique en Alberta. La base de données ACCT comprend les hommes et les femmes du Breast Tumour Group et peut comprendre des essais cliniques pour les patients atteints d'un cancer de la peau sans présence de mélanome.

Remarques générales :

1. Nombre projeté de nouveaux cas de cancer envahissant, y compris le cancer in-situ de la vessie

7. Pertinence

Dépistage du cancer du sein à l'intérieur et au-delà des lignes directrices recommandées

Définition : pourcentage des femmes asymptomatiques âgées de 35 ans au moins qui ont subi une mammographie au cours des deux dernières années, le qualificatif asymptotique visant les répondantes qui ont indiqué subir une mammographie pour l'une des raisons suivantes : antécédents familiaux; dépistage ou examen systématique; âge; THS et NON pas pour l'une des raisons suivantes : présence d'une masse; problème aux seins; suivi d'un traitement contre le cancer du sein; autre.

Numérateur : femmes asymptomatiques de 35 ans ou plus déclarant avoir subi une mammographie au cours des deux dernières années.

Dénominateur : nombre total de femmes asymptomatiques âgées de 35 ans au moins qui ont subi une mammographie au cours des deux dernières années

Sources de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Variables de l'ESCC : 1. A déjà subi une mammographie; 2. Raisons pour avoir subi une mammographie (cochez toutes les réponses pertinentes) : antécédents familiaux; dépistage systématique; âge; THS; présence d'une masse; suivi d'un traitement contre le cancer du sein; problème aux seins; autre; 3. Dernière fois que la répondante a subi une mammographie.

Période de mesure : 2012

Variables de stratification : province/territoire

Provinces qui ont présenté des données : l'ensemble des provinces et des territoires

Remarques générales : les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif qui a ensuite été extrapolé pour évoquer l'ensemble de la population.

Mastectomies pratiquées en chirurgie ambulatoire

Définition : pourcentage de mastectomies consécutives à un cancer du sein pratiquées en chirurgie d'un jour, par province/territoire

Numérateur : Mastectomies pratiquées en chirurgie ambulatoire

Dénominateur : nombre total de mastectomies

Exclusions : les dossiers risquant d'être des doublons sont supprimés de l'analyse et marqués comme des congés, avec des valeurs identiques dans les éléments de données suivants :

1. Pour la BDMH : institution, numéro d'assurance maladie, date d'admission, heure d'admission, date du congé, heure du congé, province émettrice de la carte d'assurance maladie³, date de naissance, sexe, code postal, DxP/problème principal, principal CCI/intervention principale
2. Pour les données d'Alberta Ambulatory Care : INST HEALTH_CARD_ENCRYPT_NUM STDATE STHOUR ENDDATE ENDDATE DOB SEX POSTCODE MDIAG MINT
3. Numéro de carte d'assurance maladie invalide (« 000000000000 »)
4. Code de la province émettrice de la carte d'assurance maladie = « CA »
5. Code postal invalide
6. Procédures abandonnées et codées comme telles
7. Nouveau-nés, mortinaissances et donneurs décédés
8. Date de l'épisode invalide (p. ex., 01JAN9999)

Sources de données : base de données sur la morbidité hospitalière, Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; système d'information sur les soins ambulatoires de l'Alberta (Alberta Ambulatory Care Reporting System), ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta

Période de mesure : exercices financiers 2007-2008 à 2011-2012 combinés

Variables de stratification : province/territoire

Provinces qui ont présenté des données : l'ensemble des provinces et des territoires

Remarques générales : 1. Âge \geq 18 ans; 2. Les patientes dont l'abrégé indique une mastectomie avec épisode de chirurgie associé à la première résection mammaire de la patiente sont considérées comme des cas de mastectomie.

8. Résultats à long terme

Taux d'incidence ajustés selon l'âge

Définition : le taux d'incidence qui aurait été observé si la répartition selon l'âge dans la population cible avait été la même que celle de la population type, où le taux d'incidence correspond au nombre de nouveaux cas de cancer (tumeurs malignes) au cours d'une année, par 100 000 personnes à risque

Numérateur : nombre de nouveaux cas de cancer (tous âges confondus) : 1. Cancer du sein (femmes) 2. Cancer colorectal 3. Cancer du poumon 4. Cancer de la prostate (hommes) 5. Cancer du pancréas

Dénominateur : 1. Estimations annuelles de la population masculine en centaines de milliers; 2, 3, 5. Estimations annuelles de la population en centaines de milliers; 4. Estimations annuelles de la population masculine en centaines de milliers

Normalisation selon l'âge : méthode directe fondée sur le Recensement de la population du Canada de 2011

Sources de données : base de données du Registre canadien du cancer (RCC), données sur l'incidence de cancer; Division de la démographie de Statistique Canada, estimation de la population

Période de mesure : pour les tendances générales, Canada, de 1992 à 2010. Par province : 3 années combinées (de 2008 à 2010)

Variables de stratification : province, sexe

Remarques générales :

1. La troisième édition de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie de l'Organisation mondiale de la Santé (CIM-O-3) et les règles du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) pour la détermination des sièges primaires multiples ont été utilisées (CIM-O-3 C18.0 à C18.9, C19.9, C20.9, C26.0), cancer du poumon et des bronches (CIM-O-3 : C34.0 à C34.9), cancer du sein chez les femmes (CIM-O-3 : C50.0 à C50.9), cancer de la prostate (CIM-O-3 : C61.9), cancer du pancréas (CIM-O-3 : C25.0 à C25.9).

2. Le programme de régression de Joinpoint 4.1.1 pour Windows a servi à analyser les tendances au fil des années. Le logiciel prend les données sur les tendances et y fait correspondre son modèle de points de jonction le plus adapté. Il démarre avec le nombre minimal de points de jonction (p. ex., 0 point de jonction, soit une ligne droite) et évalue si l'ajout de points est statistiquement significatif au point qu'il conviendrait de les ajouter au modèle (jusqu'au maximum défini). Ceci permet à l'utilisateur de savoir si un changement apparent dans la tendance a une signification statistique. Les tests de signification suivent la méthode de Monte-Carlo. Une variation annuelle en pourcentage (VAP) a été consignée pour caractériser les tendances du taux de cancer sur la durée. La VAP suppose que les taux de cancer varient selon un pourcentage constant du taux de l'année précédente. Les nombres minimum et maximum de points de jonction employés dans cette analyse étaient 0 et 4, respectivement. Pour en savoir davantage, consultez la documentation du programme de régression de Joinpoint (<http://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>, en anglais).

Taux d'incidence normalisés selon l'âge par stade

Définition : le taux d'incidence par stade qui aurait été observé si la répartition selon l'âge dans la population cible avait été la même que celle de la population type, où le taux d'incidence correspond au nombre de nouveaux cas de cancer (tumeurs malignes) au cours d'une période donnée, par 100 000 personnes à risque.

Numérateur : nombre de nouveaux cas de cancer pour chaque stade pendant la période donnée

Dénominateur : population totale (temps-personne) à risque pour un sexe donné pendant la période donnée

Période de mesure : années de 2010 à 2012 combinées

Variables de stratification : province, stade (incluant les stades I, II, III et IV)

Sources de données : déclarations des organismes provinciaux de lutte contre le cancer

Provinces qui ont présenté des données : C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., N.-B., N.-É., Î. -P.-É., T.-N.-L.

Normalisation selon l'âge : méthode directe fondée sur le Recensement de la population du Canada de 2011 à titre de poids standard

Remarques concernant certaines provinces : **Alb.** : les morphologies de l'hématologie, du sarcome et du mélanome ont été supprimées des cancers propres au siècle.

Remarques générales :

1. La troisième édition de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie de l'Organisation mondiale de la Santé (CIM-O-3) et les règles du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) pour la détermination des sièges primaires multiples ont été utilisées (CIM-O-3 C18.0, C18.2 à C18.9, C19.9, C20.9, C26.0), cancer du poumon et des bronches (CIM-O-3 : C34.0 à C34.9), cancer du sein (CIM-O-3 : C50.0 à C50.9), cancer de la prostate (CIM-O-3 : C61.9).
2. Les cas de l'annexe C18.1 ont été exclus du cancer colorectal.
3. Les sièges associés aux codes d'histologie pour le lymphome M-95 à M-98 et le sarcome 8800/3 ont été exclus.
4. Les patients âgés de moins de 18 ans lors du diagnostic ont été exclus.
5. La septième édition de l'AJCC Cancer Staging Manual a été utilisée pour classifier la stadification du cancer.

Taux de mortalité ajustés selon l'âge

Définition : le taux de mortalité que l'on aurait observé si la répartition selon l'âge au sein de la visée était la même que celle de la norme, lorsque le taux de mortalité est défini comme le nombre de décès attribuables au cancer (néoplasmes malins) au cours d'une année, par 100 000 habitants à risque

Numérateur : nombre de décès par cancer (tous âges confondus) 1. Cancer du sein (femmes) 2. Cancer colorectal; 3. Cancer du poumon; 4. Cancer de la prostate (hommes); 5. Cancer du pancréas.

Dénominateur : 1. Estimation annuelle de la population de femmes en centaines de milliers 2, 3, 5. Estimation annuelle de la population en centaines de milliers 2. Estimations annuelles de la population masculine en centaines de milliers

Normalisation selon l'âge : méthode directe fondée sur le Recensement de la population du Canada de 2011

Sources de données : statistiques de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès, données sur la mortalité par cancer; Division de la démographie de Statistique Canada, estimation de la population

Période de mesure : pour les tendances générales, Canada, de 1992 à 2011. Par province : 3 années combinées (de 2009 à 2011)

Variables de stratification : province

Remarques générales :

1. Jusqu'en 1999, les codes attribués aux causes de décès provenaient de la neuvième révision de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie de l'Organisation mondiale de la Santé (CIM-9) : cancer colorectal (CIM-9 153-154), cancer du poumon (CIM-9 : 162), cancer du sein chez les femmes (CIM-9 : 174), cancer de la prostate (CIM-9 : 185), cancer du pancréas (CIM-9 : 157) 2. Depuis 1999, les codes attribués aux causes de décès proviennent de la dixième révision de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie de l'Organisation mondiale de la Santé (CIM-10) : cancer colorectal (CIM-10 : C18-C20, C26.0), cancer du poumon (CIM-10 : C34.0), cancer

du sein chez les femmes (CIM-10 : C50), cancer de la prostate (CIM-10 : C61), cancer du pancréas (CIM-10 : C25).

2. Le programme de régression de Joinpoint 4.1.1 pour Windows a servi à analyser les tendances au fil des années. Le logiciel prend les données sur les tendances et y fait correspondre son modèle de points de jonction le plus adapté. Il démarre avec le nombre minimal de points de jonction (p. ex., 0 point de jonction, soit une ligne droite) et évalue si l'ajout de points est statistiquement significatif au point qu'il conviendrait de les ajouter au modèle (jusqu'au maximum défini). Ceci permet à l'utilisateur de savoir si un changement apparent dans la tendance a une signification statistique. Les tests de signification suivent la méthode de Monte-Carlo. Une variation annuelle en pourcentage (VAP) a été consignée pour caractériser les tendances du taux de cancer sur la durée. La VAP suppose que les taux de cancer varient selon un pourcentage constant du taux de l'année précédente. Les nombres minimum et maximum de points de jonction employés dans cette analyse étaient 0 et 4, respectivement. Pour en savoir davantage, consultez la documentation du programme de régression de Joinpoint (<http://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>, en anglais).

Ratios de survie relative ajustés selon l'âge

Définition : le ratio de survie relative (RSR) correspond au ratio de la survie observée d'un groupe de patients atteints du cancer (tumeurs malignes) et de la survie prévue pour l'ensemble de la population qui présente les mêmes caractéristiques ayant une influence sur la survie (sexe, âge, lieu de résidence) que les patients atteints du cancer. Le RSR ajusté selon l'âge correspond à la survie relative qui aurait été observée si la distribution par âge des patients étudiés atteints du cancer avait été la même que celle de l'ensemble de la population.

Numérateur : pour la méthode d'analyse par période (2006 à 2008), probabilités cumulatives de survie observées chez les patients atteints du cancer après diagnostic et avec suivi de 2006 à 2008 pour le cancer du sein, le cancer du poumon et le cancer colorectal; de 2005 à 2007 pour le cancer du pancréas; pour la méthode d'analyse par cohorte (1992 à 1994), probabilités cumulatives de survie observées chez les patients atteints du cancer qui ont reçu leur diagnostic entre 1992 et 1994. 1. Cancer du sein 2. Cancer colorectal; 3. Cancer du poumon; 4. Cancer du pancréas.

Dénominateur : survie prévue pendant cinq ans de la population de référence pour les patients avec suivi de 2006 à 2008 pour le cancer du sein, du poumon et colorectal; de 2005 à 2007 pour le cancer du pancréas

Ajusté selon l'âge : pour le cancer du sein, le cancer du poumon et le cancer colorectal, ajusté selon l'âge à la population ayant reçu un diagnostic pour ces types de cancer au Canada entre 1992 et 2001. Pour le cancer du pancréas, ajusté selon l'âge à la population ayant reçu un diagnostic de cancer du pancréas au Canada entre 2001 et 2005.

Sources de données : cancer du sein, cancer du poumon et cancer colorectal : Statistiques canadiennes sur le cancer, 2013; cancer du pancréas : Registre canadien du cancer (fichier annuel, publié en 2011); tables de mortalité des provinces (provenant de Statistique Canada, 2012)

Période de mesure : pour la méthode d'analyse par période, patients avec suivi entre 2006 et 2008 pour le cancer du sein, le cancer du poumon et le cancer colorectal; entre 2005 et 2007 pour le cancer du pancréas. Pour la méthode d'analyse par cohorte, patients ayant reçu un diagnostic entre 1992 et 1994.

Variables de stratification : province

Remarques générales :

1. La Classification internationale des maladies – oncologie, Troisième édition (CIM-O-3) de l'Organisation mondiale de la santé et les règles du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) pour déterminer les sièges primaires multiples ont été utilisées : cancer colorectal (codes C18.0 à

C18.9, C19.9, C20.9, C26.0 de la CIM-O-3), cancer du poumon et des bronches (codes C34.0 à C34.9 de la CIM-O-3), cancer du sein (codes C50.0 à C50.9 de la CIM-O-3), cancer du pancréas. (codes C25.0-C25.9 de la CIM-O-3).

2. « Canada » correspond à l'ensemble des provinces et territoires, à l'exception du Québec. Les données de la province de Québec ont été exclues, notamment parce que la méthode utilisée pour établir la date du diagnostic de cancer n'est pas la même que celle utilisée par les autres provinces et territoires, et à cause de problèmes liés à la détermination exacte du statut vital des cas.

3. L'analyse a été effectuée à l'aide de la méthode d'analyse par cohorte et de la méthode d'analyse par période (référence : Brenner H, Gefeller O. *An alternative approach to monitoring cancer patient survival*. Cancer. 1996; vol. 78, p. 2004-2010).

4. Les proportions prévues en cas de survie ont été tirées des tables de mortalité provinciales complètes propres au sexe, publiées par Statistique Canada, à l'aide de la méthode d'Ederer II (référence : Ederer F, Heise H. *The effect of eliminating deaths from cancer on general population survival rates* (note méthodologique 11, section End Results Evaluation). National Cancer Institute; août 1959).

5. La période d'analyse a été utilisée pour estimer la survie des cas diagnostiqués entre 2006 et 2008 pour le cancer du sein, le cancer du poumon et le cancer colorectal; entre 2005 et 2007 pour le cancer du pancréas. Les ratios de survie relative pour 1992 à 1994 ont été calculés à l'aide de l'analyse par cohorte. Pour le cancer du sein, le cancer du poumon et le cancer colorectal, ces données sont basées sur des personnes âgées de 15 à 99 ans au moment du diagnostic. Les ratios de survie pour Terre-Neuve-et-Labrador ne sont pas présentés parce qu'ils sont artificiellement élevés. Pour le cancer du pancréas, les données sont basées sur des personnes âgées de 15 à 74 ans; puisque le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard ont peu de données dans certains groupes d'âge, les résultats n'ont pas été présentés en raison d'estimations qui auraient été instables.