

---

# Rapport de 2016 sur le rendement du système de lutte contre le cancer

Juillet 2016

---

Annexe technique

---

# 1. Prévention

---

## **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 au cours de l'année précédente

**Numérateur :** Nombre de fumeurs quotidiens ou occasionnels âgés de 12 ans ou plus

**Dénominateur :** Ensemble de la population âgée de 12 ans et plus

**Source des données :** Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

**Période de mesure :** 2014

**Variables de l'ESCC :** 1) Au cours de votre vie, avez-vous fumé une centaine de cigarettes ou plus (environ 4 paquets)? 2) Avez-vous déjà fumé une cigarette entière? 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 ayant soumis des données :** Toutes les provinces et tous les territoires

**Remarques :**

- 1) À des fins de comparaison, la même analyse a été réalisée auprès d'anciens fumeurs ou de personnes qui n'ont jamais fumé.
- 2) Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif utilisé pour extrapoler les résultats à l'ensemble de la population.

## **Section spéciale : Comportements tabagiques chez les patients actuellement atteints de cancer**

**Définition :** Pourcentage de patients de 12 ans ou plus actuellement atteints de cancer qui déclarent fumer tous les jours ou à l'occasion, comparativement aux patients non atteints de cancer, si la répartition selon l'âge au sein des populations d'intérêt était la même que celle de la population type.

**Numérateur :** 1) Nombre de fumeurs quotidiens ou occasionnels qui sont actuellement atteints de cancer. 2) Nombre de fumeurs quotidiens ou occasionnels qui font partie de la population de patients non atteints de cancer.

**Dénominateur :** 1) Nombre total de patients de 12 ans ou plus qui sont actuellement atteints de cancer. 2) Nombre total de patients de 12 ans ou plus qui ne sont pas atteints de cancer.

**Source des données :** Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

**Période de mesure :** Années 2011 à 2014 combinées

**Variables de l'ESCC :** 1) Au cours de votre vie, avez-vous fumé une centaine de cigarettes ou plus (environ 4 paquets)? 2) Avez-vous déjà fumé une cigarette entière? 3) Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? 4) Avez-vous déjà fumé des cigarettes tous les jours? 5) Êtes-vous atteint d'un cancer?

**Variables de stratification :** Statut relatif au cancer (patients actuellement atteints de cancer, patients non atteints de cancer), sexe

**Provinces et territoires ayant soumis des données :** Toutes les provinces et tous les territoires

**Remarques :**

- 1) La prévalence du tabagisme selon les antécédents de cancer a été normalisée en prenant pour référence le recensement de la population du Canada de 2011 pour ce qui est des différences de la répartition selon l'âge au sein de la population de patients actuellement atteints de cancer et de la population de patients non atteints de cancer.

- 2) Les patients qui ont répondu « oui » à la question « Êtes-vous atteint d'un cancer? » constituent la population de patients actuellement atteints de cancer. Les patients qui ont répondu « non » à cette question constituent la population de patients non atteints de cancer.
- 3) Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif utilisé pour extrapoler les résultats à l'ensemble de la population.

### **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 a complété la série de vaccins contre le VPH, conformément au calendrier de vaccination recommandé par la province ou le territoire.

**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.

**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.

**Source des données :** Lignes directrices relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus à l'échelle du Canada : Analyse de l'environnement, juillet 2015; sondage du Partenariat canadien contre le cancer sur l'immunisation contre le VPH, juillet 2015; BC Centre for Disease Control; administrateur en chef de la santé publique de l'Î.-P.-É.

**Période de mesure :** Année scolaire 2012-2013 pour l'Ont. et la Sask.; année scolaire 2013-2014 pour la C.-B., l'Alb., la N.-É., l'Î.-P.-É., T.-N.-L. et les T.N.-O.; année scolaire 2014-2015 pour le Man., le Qc et le N.-B.

**Variable de stratification :** Province/territoire

**Provinces et territoires ayant soumis des données :** C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., Qc, N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L., T.N.-O.

**Remarques concernant certaines provinces : Sask., Ont. :** La vaccination contre le VPH est offerte en 6<sup>e</sup> et en 8<sup>e</sup> année, respectivement, mais les renseignements sur l'immunisation ne sont pas enregistrés par niveau scolaire. L'adoption de la vaccination est donc évaluée à l'âge de 13 ans.

**Ont. :** La notion d'immunisation « complète en fonction de l'âge » a été utilisée pour estimer la couverture, ce qui peut entraîner une surestimation, puisqu'elle inclut les personnes qui peuvent ne pas avoir terminé la série, mais qui ne sont pas encore en retard pour leur dose suivante. **T.N.-O. :** 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.

**Remarques :**

- 1) L'année et le groupe d'âge cibles varient en fonction de la province ou du territoire.
- 2) Le schéma complet de vaccination comporte deux doses en C.-B. et au Qc et trois doses dans les autres provinces et territoires.
- 3) Le dénominateur ne représente pas nécessairement l'ensemble de la population féminine dans la tranche d'âges cibles pour la province.

### **Abandon du tabagisme**

\*accessible en ligne seulement à l'adresse : [www.rendementdusysteme.ca](http://www.rendementdusysteme.ca)

**Définition :** Pourcentage des fumeurs récents âgés de 20 ans ou plus qui fumaient tous les jours ou à l'occasion, mais qui ont déclaré avoir cessé de fumer au cours des deux années précédentes et qui ne fument plus.

**Numérateur :** Anciens fumeurs de 20 ans ou plus qui ont arrêté de fumer au cours des deux années précédentes et qui ne fumaient plus au moment du sondage (c.-à-d., non-fumeurs récents).

**Dénominateur :** Non-fumeurs récents plus fumeurs actuels (c.-à-d., ceux qui fument tous les jours ou à l'occasion) et qui sont âgés de 20 ans ou plus.

**Source des données :** Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

**Période de mesure :** 2014

**Variables de l'ESCC :** 1) Statut de fumeur actuel; 2) Nombre d'années depuis lesquelles la personne a cessé de fumer tous les jours; 3) Nombre d'années depuis lesquelles la personne a complètement cessé de fumer

**Variables de stratification :** Province/territoire, groupe d'âge (20 à 34, 35 à 44, 45 à 64, 65 et plus), sexe

**Provinces et territoires ayant soumis des données :** Toutes les provinces et tous les territoires

**Remarques :**

- 1) Les fumeurs actuels, les répondants qui n'ont jamais fumé une cigarette entière et les répondants qui n'ont pas fumé au total 100 cigarettes ou plus au cours de leur vie ont été exclus de la population.
- 2) Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif utilisé pour extrapoler les résultats à l'ensemble de la population.

### **Exposition à la fumée secondaire**

\*accessible en ligne seulement à l'adresse : [www.rendementdusysteme.ca](http://www.rendementdusysteme.ca)

**Définition :** Pourcentage des non-fumeurs de 12 ans ou plus qui ont déclaré avoir été exposés tous les jours ou presque tous les jours à la fumée secondaire à la maison, à bord d'un véhicule ou dans un lieu public au cours de l'année précédente.

**Numérateur :** Nombre de non-fumeurs de 12 ans ou plus qui ont déclaré qu'au moins une personne fumait auprès d'eux tous les jours ou presque tous les jours.

**Dénominateur :** Non-fumeurs âgés de 12 ans ou plus.

**Source des données :** Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

**Période de mesure :** Par province – 2014. Pour les tendances globales, au Canada – 2003 à 2014 (aucune donnée pour 2004 et 2006).

**Variables de l'ESCC :** 1) En comptant les personnes qui habitent à votre domicile et les visiteurs réguliers, y a-t-il quelqu'un qui fume dans votre maison, tous les jours ou presque tous les jours? 2) Au cours du dernier mois, avez-vous été exposé(e) à la fumée secondaire tous les jours ou presque tous les jours, dans une voiture ou dans un autre véhicule privé? 3) Au cours du dernier mois, avez-vous été exposé(e) à la fumée secondaire, tous les jours ou presque tous les jours, dans des lieux publics?

**Variables de stratification :** Province/territoire, groupe d'âge (12 à 15, 16 à 19, 20 à 34, 35 à 44, 45 à 64, 65 et plus), environnement (maison, véhicule, lieu public).

**Provinces et territoires ayant soumis des données :** Toutes les provinces et tous les territoires

**Remarques :**

- 1) Les données relatives aux tendances ont été extraites du tableau 105-0501 de CANSIM de Statistique Canada (Profil d'indicateurs de la santé). Depuis 2009, tous les taux contenus dans ce tableau excluent les catégories de non réponse (« refus », « ne sait pas » et « sans objet ») du dénominateur.
- 2) Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif utilisé pour extrapoler les résultats à l'ensemble de la population.

### **Consommation d'alcool – aucune consommation d'alcool**

\*accessible en ligne seulement à l'adresse : [www.rendementdusysteme.ca](http://www.rendementdusysteme.ca)

**Définition :** Pourcentage d'adultes de 18 ans ou plus qui ont déclaré ne pas avoir bu d'alcool au cours des 12 derniers mois.

**Numérateur** : Nombre d'adultes de 18 ans ou plus qui ont déclaré ne pas avoir bu d'alcool au cours des 12 derniers mois.

**Dénominateur** : Ensemble de la population âgée de 18 ans et plus.

**Source des données** : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

**Période de mesure** : 2014.

**Variables de l'ESCC** : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous bu un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée?

**Variable de stratification** : Province/territoire

**Provinces et territoires ayant soumis des données** : Toutes les provinces et tous les territoires

**Remarques** :

- 1) Le terme « verre » signifie : 1 bouteille ou canette de bière ou un verre de bière pression, 1 verre de vin ou de vin panaché ou un verre ou un cocktail contenant 1,5 once de spiritueux.
- 2) Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif utilisé pour extrapoler les résultats à l'ensemble de la population.

## **Consommation d'alcool – dépassant les directives sur la consommation d'alcool à faible risque**

\*accessible en ligne seulement à l'adresse : [www.rendementdusysteme.ca](http://www.rendementdusysteme.ca)

**Définition** : Pourcentage d'adultes de 18 ans ou plus ayant déclaré avoir dépassé les directives du Fonds mondial de recherche contre le cancer (FMRC) (deux verres par jour pour les hommes et un verre par jour pour les femmes) durant les 12 derniers mois.

**Numérateur** : Nombre d'adultes de 18 ans ou plus qui ont déclaré avoir dépassé les directives du FMRC concernant la consommation recommandée.

**Dénominateur** : Ensemble de la population âgée de 18 ans et plus.

**Source des données** : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

**Période de mesure** : 2014

**Variables de l'ESCC** : 1) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous bu un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée? 2) Au cours des sept derniers jours, avez-vous bu un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée? 3) Combien de verres avez-vous bus tous les jours au cours des sept derniers jours?

**Variable de stratification** : Province/territoire

**Provinces et territoires ayant soumis des données** : Qc, C.-B., Sask., Ont., T.-N.-L., Man., Î.-P.-É., Nt.

**Remarques** :

- 1) Le terme « verre » signifie : 1 bouteille ou canette de bière ou verre de bière pression, 1 verre de vin ou de vin panaché ou 1 verre ou cocktail contenant 1,5 once de spiritueux.
- 2) Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif utilisé pour extrapoler les résultats à l'ensemble de la population.

## **Surpoids et obésité chez les adultes**

\*accessible en ligne seulement à l'adresse : [www.rendementdusysteme.ca](http://www.rendementdusysteme.ca)

**Définition** : Pourcentage d'adultes de 18 ans ou plus ayant déclaré une taille et un poids représentant un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 25 kg/m<sup>2</sup> (seuil d'embonpoint) ou à 30 kg/m<sup>2</sup> (seuil d'obésité).

**Numérateur** : Nombre d'adultes de 18 ans ou plus se situant dans chaque catégorie d'IMC (c.-à-d., embonpoint ou obésité).

**Dénominateur** : Nombre total d'adultes de 18 ans ou plus ayant fourni des réponses valables quant à leur taille et à leur poids.

**Source des données** : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

**Période de mesure** : Par province – 2014. Pour les tendances globales, au Canada – 2003 à 2014 (aucune donnée pour 2004 et 2006).

**Variables de l'ESCC** : 1) Poids (kg) déclaré par les répondants; 2) Taille (m) déclarée par les répondants;

**Variables de stratification** : Province/territoire, sexe

**Provinces et territoires ayant soumis des données** : Toutes les provinces et tous les territoires

**Remarques :**

- 1) L'indicateur exclut les femmes enceintes et les personnes de moins de 3 pieds (0,914 mètres) ou de plus de 6 pieds 11 pouces (2,108 mètres).
- 2) Les données relatives aux tendances ont été extraites du tableau 105-0501 de CANSIM (Profil d'indicateurs de la santé). Depuis 2009, tous les taux contenus dans ce tableau excluent les catégories de non réponse (« refus », « ne sait pas » et « sans objet ») du dénominateur.
- 3) L'IMC a été calculé selon la formule  $IMC = \text{poids}/(\text{taille})^2$ .
- 4) Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif utilisé pour extrapoler les résultats à l'ensemble de la population.

## **Consommation de fruits et légumes**

\*accessible en ligne seulement à l'adresse : [www.rendementdusysteme.ca](http://www.rendementdusysteme.ca)

**Définition** : Pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus ayant déclaré avoir consommé des fruits et légumes au moins cinq fois par jour.

**Numérateur** : Nombre d'adultes de 12 ans ou plus qui ont déclaré consommer des fruits et légumes au moins 5 fois par jour.

**Dénominateur** : Ensemble de la population âgée de 12 ans et plus.

**Source des données** : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

**Période de mesure** : 2014

**Variables de l'ESCC** : Dérivé de FVCGTOT (consommation quotidienne totale de fruits et légumes); y compris la consommation quotidienne de jus de fruits, de fruits (à l'exception du jus de fruits), de salade verte, de pommes de terre (à l'exception des frites, des pommes de terre frites et des croustilles), de carottes et d'autres légumes (à l'exception des carottes, des pommes de terre et de la salade)

**Variable de stratification** : Province/territoire

**Remarques :**

- 1) Cet indicateur donne une estimation approximative du pourcentage de la population qui consomme tous les jours le nombre de portions de fruits et légumes recommandé, puisque l'ESCC mesure uniquement le nombre de fois où des fruits et légumes sont consommés quotidiennement (fréquence), et non la quantité consommée (portions).
- 2) Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif utilisé pour extrapoler les résultats à l'ensemble de la population.

## 2. Dépistage

---

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

**Définition :** Pourcentage des femmes de 25 à 69 ans ayant déclaré être à jour dans leurs tests de dépistage du cancer du col de l'utérus, défini comme le passage d'au moins un test de Pap au cours des trois années précédentes.

**Numérateur :** Nombre de femmes de 25 à 69 ans ayant déclaré avoir passé au moins un test de Pap au cours des trois années précédentes.

**Dénominateur :** Nombre total de femmes âgées de 25 à 69 ans.

**Source des données :** Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

**Période de mesure :** 2012.

**Variables de l'ESCC :** 1) Avez-vous déjà passé un test de Pap? 2) À quand remonte votre dernier test de Pap? 3) Avez-vous subi une hystérectomie?

**Variable de stratification :** Province/territoire

**Provinces et territoires ayant soumis des données :** Toutes les provinces et tous les territoires

**Remarques :**

- 1) L'indicateur exclut les femmes ayant subi une hystérectomie.
- 2) Les estimations sont normalisées selon l'âge de la population canadienne en 2011.
- 3) Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif utilisé pour extrapoler les résultats à l'ensemble de la population.

### **Dépistage du cancer du sein**

**Définition :** Pourcentage des femmes de 50 à 69 ans ayant déclaré être à jour dans leurs tests de dépistage du cancer du sein, défini comme le passage d'une mammographie pour une raison quelconque au cours des deux années précédentes.

**Numérateur :** Nombre de femmes de 50 à 69 ans qui ont passé une mammographie pour une raison quelconque au cours des deux années précédentes.

**Dénominateur :** Nombre total de femmes âgées de 50 à 69 ans.

**Source des données :** Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

**Période de mesure :** 2012

**Variables de l'ESCC :** 1) Avez-vous déjà passé une radiographie mammaire? 2) À quand remonte votre dernière radiographie?

**Variable de stratification :** Province/territoire

**Provinces et territoires ayant soumis des données :** Toutes les provinces et tous les territoires

**Remarques :**

- 1) « Être à jour » signifie qu'une mammographie a été réalisée au cours des deux années précédentes pour une raison quelconque (antécédents familiaux de cancer du sein, examen régulier ou dépistage systématique, âge, détection préalable d'une masse, suivi d'un traitement du cancer du sein, recours à une hormonothérapie substitutive, problème au sein ou autre).
- 2) Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif utilisé pour extrapoler les résultats à l'ensemble de la population.

### **Dépistage du cancer colorectal**

**Définition :** Pourcentage d'adultes de 50 à 74 ans ayant déclaré être à jour dans leurs tests de dépistage du cancer colorectal, défini comme le fait d'avoir effectué une analyse des selles au cours des deux

années précédentes ou subi une coloscopie ou sigmoïdoscopie au cours des cinq années précédentes pour une raison quelconque.

**Numérateur** : Nombre d'adultes de 50 à 74 ans ayant déclaré avoir effectué une recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) au cours des deux années précédentes ou subi une coloscopie ou une sigmoïdoscopie au cours des cinq années précédentes pour une raison quelconque.

**Dénominateur** : Nombre total d'adultes âgés de 50 à 74 ans.

**Source des données** : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

**Variables de l'ESCC** : 1) a. Avez-vous déjà effectué une RSOS? b. À quand remonte votre dernière RSOS?

2) a. Avez-vous déjà subi une coloscopie ou une sigmoïdoscopie? b. À quand remonte votre dernière coloscopie ou sigmoïdoscopie?

**Période de mesure** : Par province – 2012; pour les tendances globales – 2008, 2012, 2013, 2014 (seuls les provinces et territoires ayant fourni des données pour les quatre années ont été inclus (Alb., Man., Qc, N.-B., Î.-P.-É., T.-N.-L. et T.N.-O.)

**Variable de stratification** : Province/territoire

**Provinces et territoires ayant soumis des données** : Par province : Toutes les provinces et tous les territoires. Pour les tendances globales – Alb., Man., Qc, N.-B., Î.-P.-É., T.-N.-L. et T.N.-O.

**Remarques** :

- 1) « Être à jour » signifie qu'un test fécal a été réalisé au cours des deux années précédentes ou une coloscopie ou une sigmoïdoscopie au cours des cinq années précédentes pour une raison quelconque (antécédents familiaux de cancer colorectal, examen régulier ou dépistage systématique, âge, race, suivi d'un problème, suivi d'un traitement du cancer colorectal ou autre).
- 2) Le test de recherche de sang occulte dans les selles peut être un test au gaïac (RSOSg) ou un test immunochimique (TIRSOS).
- 3) Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif utilisé pour extrapoler les résultats à l'ensemble de la population.



## 3. Diagnostic

---

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

**Définition :** Temps d'attente médian et du 90<sup>e</sup> percentile (en semaines) entre le dépistage d'une anomalie au sein et sa résolution, avec ou sans biopsie, chez les femmes asymptomatiques de 50 à 69 ans qui ont subi un dépistage du cancer du sein dans le cadre des programmes provinciaux.

**Population :** Femmes de 50 à 69 ans participant à un programme organisé de dépistage du cancer du sein qui ont obtenu un résultat anormal à un examen de dépistage (mammographie ou examen clinique des seins). Deux groupes de patientes ont fait l'objet de l'analyse : 1) patientes nécessitant une biopsie tissulaire, et 2) patientes ne nécessitant pas de biopsie tissulaire pour résoudre le diagnostic.

**Source des données :** Programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein

**Période de mesure :** Année de dépistage 2013

**Variable de stratification :** Province

**Provinces ayant soumis des données :** C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L.

**Remarques concernant certaines provinces :**

**Ont. :** Les femmes pour lesquelles le résultat final du dépistage était inconnu ou celles qui ont été perdues de vue au suivi ont été exclues.

**Remarques générales :**

- 1) Les patientes qui ont dû attendre plus de 6 mois entre le dépistage d'une anomalie au sein et la résolution du diagnostic ont été exclues.
- 2) La biopsie tissulaire ne comprend pas la ponction à l'aiguille fine (PAF).
- 3) La biopsie tissulaire comprend la biopsie par forage (aiguille) avec ou sans guidage par imagerie et la biopsie ouverte (*exérèse*) avec ou sans guidage par imagerie.

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

**Définition :** Temps d'attente médian et du 90<sup>e</sup> percentile (en jours) entre un résultat de test fécal anormal et la coloscopie de suivi nécessaire à la résolution du diagnostic chez les personnes effectuant un dépistage du cancer colorectal dans le cadre des programmes provinciaux.

**Population :** Personnes ayant subi une coloscopie dans les 180 jours suivant un test fécal (effectué dans le cadre d'un dépistage du cancer colorectal) dont le résultat était anormal.

**Source des données :** Réseau national de dépistage du cancer colorectal

**Période de mesure :** Année de dépistage 2013-2014

**Variable de stratification :** Province

**Provinces ayant soumis des données :** C.-B., Alb., Sask., Man., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L.

**Remarques concernant certaines provinces :**

**C.-B. :** Personnes ayant commencé un programme de dépistage du cancer colorectal le 15 novembre 2013. Les données couvrent la période allant du 15 novembre 2013 au 31 décembre 2014.

**Alb. :** Plusieurs bases de données ont été utilisées pour saisir les données relatives aux coloscopies de suivi, comme le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), la base de données sur les congés des patients (BDGP) et le système des réclamations. Les taux d'exécution ont été sous-estimés en raison du manque de données sur les coloscopies, dû aux délais entre le moment où la coloscopie a été effectuée et le moment où elle a été saisie dans les bases de données. En général, les délais rapportés pour le SNISA et la BDGP sont d'au moins 1,5 mois; certaines cliniques peuvent avoir

des délais plus longs. Le médecin disponible affirme que les données du dépôt de données couvrent une période allant jusqu'au 31 mars 2014.

**Î.-P.-É :** Certaines des personnes qui ont été soumises à de longues périodes d'attente avant de passer une coloscopie ont utilisé la trousse RSOS après une coloscopie récente, ce qui n'est pas conforme aux directives et fausse les résultats quant aux temps d'attente.

**Remarques :**

- 1) La date du résultat anormal à un test fécal est la date à laquelle le résultat a été signalé par le laboratoire pour chaque test individuel; s'il y a eu plus d'un test fécal anormal, la date du premier test est utilisée.
- 2) La coloscopie peut avoir été réalisée ou non dans le cadre d'un programme de dépistage, mais les données prises en compte concernent uniquement les personnes qui ont effectué le test fécal dans le cadre d'un programme de dépistage.

### **Saisie des données sur le stade du cancer**

\*accessible en ligne seulement à l'adresse : [www.rendementdusysteme.ca](http://www.rendementdusysteme.ca)

**Définition :** Pourcentage des nouveaux cas de cancer pour lesquels des données valides sur le stade de la tumeur au moment de l'établissement du diagnostic ont été recueillies par les organismes provinciaux de lutte contre le cancer et sont disponibles.

**Numérateur :** Nombre de nouveaux cas pouvant être stadifiés\* dans le registre provincial du cancer (stades 0 à IV, y compris les cas occultes et « inconnus »).

**Dénominateur :** Nombre total de nouveaux cas pouvant être stadifiés (stade 0 à « non disponible »).

Exclusions :

- Âge de 0 à 17 ans (au moment du diagnostic)
- Cancer de la peau autre que le mélanome (M8050-8110 avec code d'identification du siège de C44.0 à C44.9)
- Déclaration du cancer colorectal pour l'annexe C18.1
- Codes M-95 à M-98 pour les lymphomes, tous les codes pour les sarcomes.

**Source des données :** Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

**Période de mesure :** Années de diagnostic 2012 et 2013

**Variables de stratification :** Province, siège de la maladie (1. Tous les cancers; 2. Quatre types de cancer les plus courants – cancer du sein, cancer de la prostate, cancer colorectal et cancer du poumon (CPNPC, CPPC)

**Provinces ayant soumis des données :** C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L

**Remarques concernant certaines provinces :**

**Alb. :** Les données hématologiques et les morphologies des sarcomes et des mélanomes ont été supprimées pour les cancers propres au siège. On procède à une stadification concertée de toutes les tumeurs primaires invasives pour les années 2012-2013 et, une fois qu'elles ont été codées, il ne devrait pas y avoir de cas où des valeurs sur le stade sont manquantes ou non disponibles. Actuellement, la catégorie « non disponible » indique le nombre de cas où le stade n'est pas mentionné au moment de la collecte des données parce que le registre était incomplet et qu'on attend les données sur la stadification. Certains cancers de la peau (codes C44) ayant des morphologies autres que basocellulaire et spinocellulaire ne font pas l'objet d'une stadification conformément aux règles de l'Alberta Cancer Registry (ACR). Pour cet indicateur, les codes 8002, 8073 et 8803 correspondent au CPNPC.

**Sask. :** La catégorie « Tous les cancers » n'inclut pas les cancers de la peau autres que le mélanome diagnostiqués dans la province (codes de topographie C44.0 à C44.9 et codes d'histologie non compris entre 8720 et 8790). Le dénominateur inclut les nouveaux cas pour lesquels le stade a été enregistré

comme « Sans objet » puisque la Saskatchewan ne fait pas de différence entre les catégories « Sans objet » et « Non disponible ».

**Ont.** : Les données fournies excluent les cas de stade 0.

**N.-B.** : Depuis 2008, on tient compte des stades uniquement pour les quatre cancers les plus courants (sein, colorectal, poumon et prostate).

**T.-N.-L.** : Les données sur la stadification sont incomplètes pour 2014; il est donc impossible de produire un rapport sur la catégorie « Tous les cancers (2013) ».

**Remarques :**

- 1) Le groupement par stades des nouveaux cas de cancer se fonde sur la 7<sup>e</sup> édition de l'*AJCC Cancer Staging Manual*.
- 2) Selon l'AJCC, les nouveaux cas de cancer sont classés par stades, comme suit :
  - a. Stadifiable : notamment stade 0, stade I à stade IV, stade inconnu
  - b. Sans objet : Ne peut pas être stadifié selon l'AJCC
  - c. Non disponible : Cas pour lesquels les données sur le stade tumoral ne sont pas disponibles ou sont invalides.
  - d. Inconnu : Cas pour lesquels les données sont insuffisantes pour établir le stade de manière définitive.
- 3) Le stade 0 comprend les cas de cancer *in situ* et de cancer invasif. Le stade occulte pour les cas de cancer du poumon est également inclus.
- 4) Les cas de cancer du sein concernent uniquement les femmes.

## **Répartition des stades du cancer**

\*accessible en ligne seulement à l'adresse : [www.rendementdusysteme.ca](http://www.rendementdusysteme.ca)

**Définition** : Répartition en pourcentage des nouveaux cas de cancer selon le stade atteint au moment du diagnostic pour le cancer du sein, le cancer du poumon, le cancer colorectal et le cancer de la prostate.

**Numérateur** : Nombre de nouveaux cas pouvant être stadifiés\* dans le registre provincial du cancer pour chaque stade au diagnostic (stades 0 à IV, y compris les cas occultes et « inconnus »).

**Dénominateur** : Nombre total de cas incidents pouvant être stadifiés (stade 0 à « non disponible »).

Exclusions :

- Âge de 0 à 17 ans (au moment du diagnostic)
- Cancer de la peau autre que le mélanome (M8050-8110 avec code d'identification du siège de C44.0 à C44.9)
- Déclaration du cancer colorectal pour l'annexe C18.1
- Codes M-95 à M-98 pour les lymphomes, tous les codes pour les sarcomes

**Source des données** : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

**Période de mesure** : Année de diagnostic 2013

**Variables de stratification** : Stade au moment du diagnostic, siège de la maladie (sein, prostate, colorectal, poumon (CPNPC, CPPC), ovaire)

**Provinces ayant soumis des données** : C.-B., Alb., Sask., Man., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L

**Remarques concernant certaines provinces :**

**Alb.** : Les données hématologiques et les morphologies des sarcomes et des mélanomes ont été supprimées pour les cancers propres au siège. On procède à une stadification concertée de toutes les tumeurs primaires invasives pour les années 2012-2013 et, une fois qu'elles ont été codées, il ne devrait pas y avoir de cas où des valeurs sur le stade sont manquantes ou non disponibles. Actuellement, la catégorie « non disponible » indique le nombre de cas où le stade n'est pas mentionné au moment de la collecte de données parce que le registre était incomplet et qu'on attend les données sur la

stadification. Certains cancers de la peau ayant des morphologies autres que basocellulaire et spinocellulaire et portant le code C44 ne font pas l'objet d'une stadification conformément aux règles de l'Alberta Cancer Registry (ACR). Pour cet indicateur, les codes 8002, 8073 et 8803 correspondent au CPNPC.

**Sask.** : Le dénominateur inclut les nouveaux cas pour lesquels le stade a été enregistré dans la catégorie « Sans objet » puisque la Saskatchewan ne fait pas de différence entre les catégories « Sans objet » et « Non disponible ».

**Ont.** : Les données soumises excluent les cas de stade 0 et ne sont donc pas présentées dans la figure sur la répartition des stades. Le cancer du sein inclut seulement les cas de cancer du sein chez les femmes.

**N.-B.** : Depuis 2008, on tient compte des stades uniquement pour les quatre cancers les plus courants (sein, colorectal, poumon et prostate).

**Remarques :**

- 1) Le groupement par stades des nouveaux cas de cancer se fonde sur la 7<sup>e</sup> édition de l'*AJCC Cancer Staging Manual*.
- 2) Selon l'*AJCC*, les nouveaux cas de cancer sont classés par stades, comme suit :
  - a. Stadifiable : Notamment stade 0, stade I à stade IV, stade inconnu
  - b. Sans objet : Ne peut pas être stadifié selon l'*AJCC*
  - c. Non disponible : Cas pour lesquels les données sur le stade tumoral ne sont pas disponibles ou sont invalides.
  - d. Inconnu : Cas pour lesquels les données sont insuffisantes pour établir le stade de manière définitive.
- 3) Le stade 0 comprend les cas de cancer *in situ* et de cancer invasif. Le stade occulte pour les cas de cancer du poumon est également inclus.
- 4) Les cas de cancer du sein concernent uniquement les femmes.

## 4. Traitement

---

### 4.1 Chirurgie

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

**Définition** : Pourcentage de résections du côlon comportant le prélèvement et l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques.

**Numérateur** : Cas de cancer du côlon invasif dont la résection a comporté le prélèvement et l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques dans l'année suivant le diagnostic.

**Dénominateur** : Tous les cas de cancer du côlon invasif dont la résection a eu lieu dans les 12 mois suivant le diagnostic.

**Source des données** : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

**Période de mesure** : Années de diagnostic 2009, 2010, 2011 et 2012

**Variables de stratification** : Province, groupe d'âge, sexe

**Provinces ayant soumis des données** : Alb., Sask., Man., Ont., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L

**Remarques concernant certaines provinces** : **Alb.** : Pour 2009, 2010, 2011 et 2012, les données concernant le traitement reposent sur le traitement initialement prévu au site principal (données de l'Alberta Cancer Registry [ACR]). L'ACR n'utilise pas les codes de la Classification canadienne des interventions en santé (CCI); de ce fait, toutes les chirurgies codées ont été incluses en tant que

résection complète du côlon. Si une personne a subi plus d'une intervention chirurgicale dans le cadre du traitement initial, seule l'intervention la plus définitive est documentée. Par « définitive » on entend une intervention chirurgicale à visée curative. À cause de l'assurance de la qualité, un certain nombre de cas ont été codés en tant que chirurgie dans l'ACR et sont désignés par des codes de la CCI ou des codes de facturation différents de ceux énumérés. La majorité de ces cas semble être des cas pour lesquels la BDCP indiquait une résection du rectum même si le patient n'avait qu'un côlon sigmoïde de code C18.7. Pour 2010, 2011 et 2012, les cas de l'Annexe C18.1 ont été exclus. Cependant, dans certains cas de polypectomie, les codes enregistrés dans l'ACR indiquent une chirurgie, de sorte que ces cas ont été inclus dans les données de 2011. D'autres cas, qui d'après les codes de l'ACR correspondraient à une chirurgie du côlon, ne sont associés à aucun dossier dans la base de données sur les patients hospitalisés ou les données de facturation. Ces cas peuvent concerner des résections effectuées à l'extérieur de la province en 2012. Les données ne portaient pas uniquement sur les résections complètes (colectomies) en 2009. **Ont.** : Les données ont été générées en utilisant la méthodologie du CSQI. Les données de 2010 se rapportent aux cas de cancer du côlon ayant comporté l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques en 2010 plutôt qu'aux cas de cancer du côlon qui ont été diagnostiqués en 2010. Les cas de l'Annexe C18.1 ont été exclus en 2011. **N.-É.** : Pour 2011, l'utilisation de variables de stadification concertée a permis de recenser les patients ayant subi une résection. Les dates des résections ont été vérifiées manuellement au moment de l'analyse des tableaux. **Î.-P.-É.** : Pour 2009, on a utilisé le code CS Extension Evaluation (=3) afin de respecter les critères pathologiques de stadification de l'AJCC. Les cas de l'Annexe C18.1 ont été exclus en 2011. **T.-N.-L.** : Les données de 2009 et 2010 ne portaient pas uniquement sur les résections complètes (colectomies).

**Remarques :**

- 1) Les cas de cancer du côlon étaient définis par les codes CMI-O3 : C18.0 à 18.9 avec code de comportement 3 (malin).
- 2) Les cas de lymphomes portant les codes M-95 à M-98, ainsi que les codes de sarcome (voir Annexe 1), de carcinome neuroendocrine et de carcinome spinocellulaire ont été exclus.
- 3) Les patients âgés de moins de 18 ans au moment du diagnostic ont été exclus.
- 4) Les résections du côlon ont été recensées à l'aide des codes de la CCI : 1NM87 ou 1NM89 ou 1NM91 ou de la liste de descripteurs figurant à l'Annexe 1.
- 5) Tous les cas ayant fait l'objet d'une résection ont été inclus, sans tenir compte des marges.
- 6) Les cas pour lesquels le nombre de ganglions prélevés et examinés est inconnu ont été exclus du numérateur et du dénominateur.
- 7) Cas inclus si la date de la dernière résection (dans le cas de plusieurs dates) – la date de diagnostic  $\leq$  365 jours.

**Taux de résection chez les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III**

\*accessible en ligne seulement à l'adresse : [www.rendementdusysteme.ca](http://www.rendementdusysteme.ca)

**Définition** : Pourcentage de patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ayant subi une résection chirurgicale.

**Numérateur** : Nombre de patients ayant subi une résection du rectum dans l'année suivant le diagnostic.

**Dénominateur** : Nombre de cas de cancer du rectum de stade II et III.

**Source des données** : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

**Période de mesure :** Années de diagnostic 2009, 2010, 2011 et 2012

**Variables de stratification :** Province, sexe, âge

**Provinces ayant soumis des données :** Alb., Sask., Man., Ont., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L

**Remarques concernant certaines provinces :** **Alb.** : Pour 2009, les résections ne se limitaient pas nécessairement aux types spécifiés (résection complète du rectum). Pour 2010, 2011 et 2012, les données concernant le traitement reposaient sur le traitement initialement prévu au site principal (données de l'ACR). L'ACR n'utilise pas les codes de la CCI; de ce fait, toutes les chirurgies codées ont été incluses en tant que résection complète du rectum. Si la personne a subi plus d'une intervention chirurgicale, l'ACR ne codifie que l'intervention la plus définitive. Par « définitive » on entend une intervention chirurgicale à visée curative. Les données relatives à certaines chirurgies n'indiquent pas si les marges étaient négatives (sans signe de cancer). **Man.** : Les données de 2010, 2011 et 2012 ne portaient pas uniquement sur les résections complètes avec marges négatives. **N.-B.** : Pour 2010, les données relatives à la chirurgie ont été enregistrées dans le registre du cancer et non dans la base de données sur les congés des patients. **N.-É.** Pour 2009, les cas de la Cumberland Health Authority ont été inclus. Pour 2010, l'utilisation des variables de stadification concertée a permis de recenser les patients ayant subi une résection. Les tableaux individuels ont été examinés pour obtenir la date de la résection. Les codes d'extension ont été utilisés pour recenser les résections réelles (les polypectomies n'étaient pas considérées comme des résections). Les données de 2010, 2011 et 2012 ne portaient pas uniquement sur les résections complètes avec marges négatives. **Î.-P.-É.** : Les données de 2010 et 2011 ne portaient pas uniquement sur les résections complètes avec marges négatives. **T.-N.-L.** : Pour 2010, l'état des marges n'a pas été enregistré. Les chirurgies non admissibles ont été exclues. Les données de 2011 et 2012 étaient limitées aux résections complètes avec marges négatives.

**Remarques :**

- 1) Cas de cancer du rectum définis par les codes CMI-O3 : C19.9 ou C20.9, stade du groupe AJCC au moment du diagnostic = II ou III.
- 2) Les cas de lymphomes portant les codes M-95 à M-98 ont été exclus. Les données de 2010, 2011 et 2012 excluaient également les codes de sarcome (voir Annexe 1), de carcinome neuroendocrine et de carcinome spinocellulaire.
- 3) Les patients de moins de 18 ans ont été exclus.
- 4) Les résections du rectum ont été recensées à l'aide des codes de la CCI 1NQ87 ou 1NQ89 ou de la liste de descripteurs figurant à l'Annexe 1. En 2009 et 2010, les codes de la CCI comprennent également le code INQ59.
- 5) Les cas ayant fait l'objet d'une résection ont été inclus, sans tenir compte des marges.
- 6) En 2009, les cas ont été inclus si la date de la dernière résection (dans le cas de plusieurs dates) – la date de diagnostic  $\leq$  365 jours. En 2010, 2011 et 2012, la définition de l'inclusion a été mise à jour pour inclure la date de la première résection (dans le cas de plusieurs dates) – la date de diagnostic  $\leq$  365 jours.

### **Taux de résection chez les patients atteints d'un cancer du côlon de stade III**

\*accessible en ligne seulement à l'adresse : [www.rendementdusysteme.ca](http://www.rendementdusysteme.ca)

**Définition :** Pourcentage de patients atteints d'un cancer du côlon de stade III ayant subi une résection chirurgicale.

**Numérateur :** Nombre de patients ayant subi une résection du côlon dans l'année suivant le diagnostic.

**Dénominateur :** Nombre de cas de cancer du côlon de stade III.

**Source des données :** Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

**Période de mesure :** Années de diagnostic 2009, 2010, 2011 et 2012

**Variables de stratification :** Province, sexe, âge

**Provinces ayant soumis des données :** Alb., Sask., Man., N.-B., Î.-P.-É., T.-N.-L.

**Remarques concernant certaines provinces :** **Alb.** : Les données de 2009 ne portaient pas uniquement sur les résections complètes (colectomies). Pour 2010, 2011 et 2012, les données concernant le traitement reposaient sur le traitement initialement prévu au site principal (données de l'ACR). L'ACR n'utilise pas les codes de la CCI; de ce fait, toutes les chirurgies codées ont été incluses en tant que résection complète du côlon. Si la personne a subi plus d'une intervention chirurgicale, l'ACR codifie uniquement l'intervention la plus définitive. Par « définitive » on entend une intervention chirurgicale à visée curative. Les données relatives à certaines interventions n'indiquent pas si les marges étaient négatives. Pour 2011 et 2012, à cause de l'assurance de la qualité, un certain nombre de cas codés en tant que chirurgie dans l'ACR étaient désignés par des codes de la CCI ou des codes de facturation différents de ceux énumérés. La majorité de ces cas semble être des cas pour lesquels la BDCP indiquait une résection du rectum même si le patient n'avait qu'un côlon sigmoïde de code C18.7. D'autres cas, qui d'après les codes de l'ACR correspondaient à une chirurgie du côlon, ne sont associés à aucun dossier dans la base de données sur les patients hospitalisés ou les données de facturation. Il peut s'agir de résections réalisées à l'extérieur de la province. **Sask.** : Les données de 2012 ne portaient pas uniquement sur les résections complètes avec marges négatives. **Man.** : Les données de 2010, 2011 et 2012 ne portaient pas uniquement sur les résections complètes avec marges négatives. **N.-B.** : Pour 2010, les données relatives à la chirurgie ont été consignées dans le registre du cancer et non dans la base de données sur les congés des patients. Pour 2012, toutes les chirurgies, avec marges positives ou négatives, ont été incluses. **Î.-P.-É.** : Les données de 2010 et 2011 ne portaient pas uniquement sur les résections complètes avec marges négatives. **T.-N.-L.** : Pour 2010, l'état des marges n'a pas été enregistré. Les chirurgies non admissibles ont été exclues. Les données de 2011 et 2012 étaient limitées aux résections complètes avec marges négatives.

**Remarques :**

- 1) Cas de cancer du côlon définis par les codes CMI-O3 : C18.0 à C18.9 pour 2009, C18.0 et C18.2 à C18.9 pour 2010, 2011 et 2012, stade du groupe AJCC au moment du diagnostic = III.
- 2) Les cas de lymphomes portant les codes M-95 à M-98 ont été exclus. Les données de 2010, 2011 et 2012 excluaient également les codes de sarcome (voir Annexe 1), de carcinome neuroendocrine et de carcinome spinocellulaire.
- 3) Les patients de moins de 18 ans ont été exclus.
- 4) Les résections du côlon ont été définies à l'aide des codes 1NM87 ou 1NM89 ou 1NM91 de la CCI ou de la liste de descripteurs figurant à l'Annexe 1.
- 5) Les cas ayant fait l'objet d'une résection ont été inclus, sans tenir compte des marges.
- 6) En 2009, les cas ont été inclus si la date de la dernière résection (dans le cas de plusieurs dates) – la date de diagnostic  $\leq$  365 jours. En 2010, 2011 et 2012, la définition de l'inclusion a été mise à jour pour inclure la date de la première résection (dans le cas de plusieurs dates) – la date de diagnostic  $\leq$  365 jours.

## **Taux de résection chez les patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA**

\*accessible en ligne seulement à l'adresse : [www.rendementdusysteme.ca](http://www.rendementdusysteme.ca)

**Définition :** Pourcentage de patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA ayant subi une résection chirurgicale.

**Numérateur :** Nombre de patients ayant subi une résection chirurgicale dans l'année suivant le diagnostic.



**Dénominateur :** Nombre de cas de cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA.

**Source des données :** Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

**Période de mesure :** Années de diagnostic 2009, 2010, 2011 et 2012

**Variables de stratification :** Province, sexe, âge

**Provinces ayant soumis des données :** Alb., Sask., Man., Ont., N.-B., N.-É., Î.-P.-É.

**Remarques concernant certaines provinces :** **Alb. :** Pour 2009, les résections ne se limitaient pas nécessairement aux types spécifiés (lobectomie, pneumonectomie ou segmentectomie). Pour 2010, 2011 et 2012, les données concernant le traitement reposaient sur le traitement initialement prévu au site principal (données de l'ACR). L'ACR n'utilise pas les codes de la CCI; de ce fait, toutes les chirurgies codées ont été incluses en tant que résection complète du poumon. Si la personne a subi plus d'une intervention chirurgicale, seule l'intervention la plus définitive est documentée. Par « définitive » on entend une intervention chirurgicale à visée curative. L'indicateur exclut les cas de stade III. **Sask, Man. :** Pour 2012, toutes les chirurgies sont incluses, même celles pour lesquelles il était impossible de déterminer si les marges étaient négatives. **N.-É.** En 2010 et 2011, l'utilisation de variables de stadification concertée a permis de recenser les patients ayant subi une résection. Les tableaux individuels ont été examinés pour obtenir la date de la résection.

**Remarques :**

- 1) Cas de cancer du poumon « non à petites cellules » définis par les codes CMI-O3 : C34.0 à C34.9, stade du groupe AJCC au moment du diagnostic = II ou IIIA.
- 2) Les cas de lymphomes portant les codes M-95 à M-98 ont été exclus. Les données de 2010, 2011 et 2012 excluaient également les codes de sarcome (voir l'Annexe 1) et de carcinome neuroendocrine. En 2010 et 2011, les carcinomes spinocellulaires ont également été exclus, mais ils ont été inclus en 2012.
- 3) Codes d'histologie exclus : 8002, 8041, 8043, 8044, 8045, 8073 et 8803 dans les données de 2010, 2011 et 2012.
- 4) Les patients de moins de 18 ans ont été exclus.
- 5) Les résections du poumon ont été définies par les codes de la CCI 1GR87, 1GR89, 1GR91, 1GT59, 1GT87, 1GT89 ou 1GT91 ou de la liste de descripteurs figurant à l'Annexe 1.
- 6) Les cas ayant fait l'objet d'une résection ont été inclus, sans tenir compte des marges (en raison des limites des données).
- 7) Cas inclus si la date de la dernière résection (dans le cas de plusieurs dates) – la date de diagnostic  $\leq$  365 jours.

## **Utilisation de la chirurgie mammaire conservatrice par rapport à la mastectomie pour les résections des tumeurs cancéreuses du sein**

**Définition :** Pourcentage de femmes subissant une résection de tumeur cancéreuse du sein pour lesquelles la chirurgie mammaire conservatrice (CMC) constituait la dernière chirurgie (c.-à-d., lorsque la CMC constituait la chirurgie initiale ou lorsqu'une exérèse plus importante dans le contexte d'une CMC a été effectuée dans l'année suivant la première chirurgie).

**Numérateur :** Femmes de 18 ans ou plus ayant subi une chirurgie mammaire conservatrice (CMC) comme procédure finale dans l'année.

**Dénominateur :** Femmes atteintes d'un cancer du sein unilatéral invasif ayant subi une chirurgie mammaire conservatrice (CMC) ou une mastectomie.

**Source des 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; Alberta Ambulatory Care Reporting System, Alberta Health and Wellness.



**Période de mesure :** Par province – exercices financiers combinés 2009/10 à 2013/14. Pour les tendances – exercices financiers combinés 2008/09–2010/11 et 2011/12–2013/14

**Variable de stratification :** Province/territoire

**Provinces ayant soumis des données :** C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., Qc, N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L et les territoires

**Remarques :**

1) Les codes de chirurgies et de diagnostics suivants, tels que documentés dans le dossier hospitalier des patients et signalés à l'ICIS, ont été utilisés pour recenser les diagnostics et les interventions comme suit :

- a. Pour un diagnostic de cancer du sein, on a utilisé les codes CMI-10-CA : 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 atteintes d'un cancer du sein unilatéral invasif ont fait l'objet de cette analyse (comprenant 98 % de femmes atteintes d'un cancer du sein invasif).
- b. Pour une mastectomie, on a utilisé les codes de chirurgies suivants, conformément à la CCI : 1.YM.89 à 1.YM.92.
- c. Pour une chirurgie mammaire conservatrice, on a utilisé les codes de la CCI : 1.YM.87, 1.YM.88.

2) Les territoires incluent le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

3) Les données incluent les femmes atteintes d'un cancer du sein unilatéral invasif.

4) Aux fins de comparaison, la même analyse a été réalisée concernant le recours aux mastectomies.

## 4.2 Radiothérapie

### **Temps d'attente pour une radiothérapie**

**Définition :** 1) Temps d'attente médian et du 90<sup>e</sup> percentile (en jours) entre la date à laquelle le patient est prêt à être traité et le début de la radiothérapie pour tous les types de cancer, ainsi que pour les quatre cancers les plus courants. 2) Pourcentage des traitements de radiothérapie pour lesquels les temps d'attente ci-dessus se situaient dans les délais cibles.

**Population :** Tous les patients atteints de cancer ayant reçu une radiothérapie en 2014 pour lesquels les données concernant les temps d'attente ont été collectées selon les spécifications de cet indicateur.

**Source des données :** Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

**Période de mesure :** Année de traitement 2014

**Variables de stratification :** Province, siège de la maladie (tous les cancers, sein, colorectal, poumon, prostate)

**Provinces ayant soumis des données :** C.-B., Alb., Man., Ont., Qc, N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L.

**Remarques concernant certaines provinces :** **C.-B.** : La curiethérapie n'a pas été incluse. **Alb.** : les données comprennent tous les patients qui ont reçu une radiothérapie dans un centre affilié au Cancer Control Alberta et dont le premier traitement a été effectué entre le 2 janvier 2014 et le 31 décembre 2014; cela inclut toutes les personnes qui résidaient dans une autre province au moment du diagnostic, mais qui ont reçu leur traitement de radiothérapie en Alberta. Pour cet indicateur, la classification des groupes de tumeurs repose sur les groupes des tumeurs d'orientation. La curiethérapie n'a pas été incluse. **Ont.** : Seul le pourcentage des traitements de radiothérapie dont le temps d'attente se situait dans la période cible de < 14 jours allant de février à décembre 2014 a été fourni. **Qc** : Seul le pourcentage des traitements de radiothérapie pour lesquels le temps d'attente se situait dans les délais cibles a été fourni. **N.-É.** : Les patients atteints de plus d'une pathologie traitée peuvent avoir déclaré plusieurs temps d'attente. Les procédures relatives à l'indication de la date à laquelle un patient est prêt

à être traité n'ont pas saisi adéquatement la date pertinente dans le cas des cancers de la prostate ou du sein; par conséquent, les temps d'attente pour ces deux types de cancers n'ont pas été déclarés. **Î.-P.-É.** : Impossible de fournir un temps d'attente propre au site.

**Définitions de « prêt à être traité » selon la province :**

**Alb.** : Date à laquelle le patient est physiquement prêt à commencer le traitement. **C.-B.** : Date à laquelle l'oncologue et le patient conviennent que le traitement peut commencer. La désignation « prêt à être traité » 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.** : Date à laquelle une décision approuvée par le patient a été prise par le radio-oncologue concernant la pertinence de la radiothérapie et la date de début du traitement ET à laquelle le patient est prêt à commencer le traitement du point de vue médical ET est disposé à le commencer. **N.-B.** : Date à laquelle tous les délais anticipés 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.** : Date à laquelle tous les examens préalables au traitement et tous les délais anticipés ont pris fin et à laquelle le patient est prêt à commencer le traitement du point de vue social, personnel et médical. **N.-É.** : Date à laquelle tous les examens préalables au traitement et tous les délais anticipés 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 établi de date « prêt à être traité » avant février 2010 et utilisait donc auparavant une date de substitution. **Ont.** : Période de temps écoulé entre le moment où le spécialiste est convaincu que le patient peut commencer le traitement et la date à laquelle il reçoit le traitement. **Î.-P.-É.** : Date à laquelle tous les examens préalables au traitement et tous les délais 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 radio-oncologue inscrit sur un formulaire de demande de traitement la date à laquelle le patient pourra commencer son traitement. **Sask.** : Date à laquelle le patient est prêt à recevoir le traitement, en tenant compte des facteurs cliniques et de ses préférences. Dans le cas de la radiothérapie, les activités préparatoires (p. ex. simulation, planification du traitement, soins dentaires) ne retardent pas la date à laquelle le patient est prêt à être traité.

**Remarques :**

- 1) Tous les codes de comportement sont inclus.
- 2) Afin de recenser les cancers du sein, du côlon, du poumon, de la prostate, ainsi que tous les cancers confondus, les provinces ont inclus les codes de morphologie utilisés dans leur registre.
- 3) Seuls les patients ayant subi une radiothérapie externe en 2014 ont été inclus.
- 4) Il est important de préciser que si une province a obtenu des données sur le cancer du sein à partir d'une base de données sur les temps d'attente plutôt que d'un registre, les cas de cancer du sein sont alors pris en compte selon la définition proposée par la base de données.
- 5) On sait que la manière dont les différentes provinces mesurent les temps d'attente n'est pas uniforme. L'une des principales sources de variation porte sur la définition de la période à partir de laquelle le patient est « prêt à être traité ». Des efforts ont été entrepris pour normaliser ces définitions. La section suivante rappelle les définitions utilisées par les différentes provinces.

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

**Définition :** Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III qui ont reçu une radiothérapie préopératoire.

**Numérateur** : Patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III qui ont reçu une radiothérapie préopératoire dans les 120 jours précédant la résection.

**Dénominateur** : Patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III qui ont subi une résection dans l'année suivant le diagnostic.

**Source des données** : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

**Période de mesure** : Années de diagnostic 2009, 2010, 2011 et 2012

**Variables de stratification** : Province, groupe d'âge, sexe

**Provinces ayant soumis des données** : Alb., Man., Ont., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L

**Remarques concernant certaines provinces** : **Alb.** : Pour 2009, les résections ne se limitaient pas nécessairement aux types spécifiés (résection complète du rectum). Pour 2010, 2011 et 2012, les données concernant le traitement reposaient sur le traitement initialement prévu au site principal (données de l'ACR). L'ACR n'utilise pas les codes de la CCI; de ce fait, toutes les chirurgies codées ont été incluses en tant que résection complète du rectum. Si la personne a subi plus d'une intervention chirurgicale, l'ACR ne codifie que l'intervention la plus définitive. Par « définitive » on entend une intervention chirurgicale à visée curative. Pour certaines interventions, il n'a pas été possible de déterminer si les marges étaient négatives. Pour 2011 et 2012, à cause de l'assurance de la qualité, un certain nombre de cas ont été codés en tant que chirurgies dans l'ACR mais ont été désignés par des codes de la CCI ou des codes de facturation différents de ceux énumérés. La majorité de ces cas semble correspondre à des cas pour lesquels la BDCP indiquait une résection du rectum même si le patient n'avait qu'un côlon sigmoïde de code C18.7. D'autres cas, qui d'après les codes de l'ACR correspondraient à une chirurgie du côlon, ne sont associés à aucun dossier dans la base de données sur les patients hospitalisés ou les données de facturation. Ces cas peuvent correspondre à des résections effectuées à l'extérieur de la province. Les patients ayant subi une radiothérapie après la chirurgie ont été exclus. **Sask.** : Pour 2009, il n'a pas été possible de déterminer le type de traitement adjuvant utilisé ni le site traité par radiothérapie. Les données de 2012 ne portaient pas uniquement sur les résections complètes avec marges négatives. **Man.** : Pour 2009, la radiothérapie n'était pas limitée au siège de la tumeur primaire. Les données de 2010, 2011 et 2012 ne portaient pas uniquement sur les résections complètes avec marges négatives. **Ont.** : Pour 2009, la radiothérapie n'était pas limitée au siège de la tumeur primaire. **N.-B.** : Les données de 2010 relatives à la chirurgie ont été consignées dans le registre du cancer et non dans la base de données sur les congés des patients. Pour 2012, toutes les chirurgies, avec marges positives ou négatives, ont été incluses. **N.-É.** Pour 2009, les cas de la Cumberland Health Authority ont été inclus. Pour 2010, l'utilisation des variables de stadification concertée a permis de recenser les patients ayant subi une résection. Les tableaux individuels ont été examinés pour obtenir la date de la résection. Les codes d'extension ont été utilisés pour recenser les résections réelles (les polypectomies n'étaient pas considérées comme des résections). Les données de 2010, 2011 et 2012 ne portaient pas uniquement sur les résections complètes avec marges négatives. **Î.-P.-É.** : Pour 2009 et 2010, un filtre concernant l'intention de traitement a été utilisé pour déterminer le type de traitement néoadjuvant. Les données de 2010 et 2011 ne portaient pas uniquement sur les résections complètes avec marges négatives. **T.-N.-L.** : Pour 2009 et 2010, un filtre concernant l'intention de traitement a été utilisé pour déterminer le type de traitement néoadjuvant. Pour 2010, l'état des marges n'a pas été enregistré. Les chirurgies non admissibles ont été exclues. Pour 2011 et 2012, les données se limitaient aux résections complètes avec marges négatives.

**Remarques :**

- 1) L'avantage de la radiothérapie préopératoire chez les patients qui présentent des tumeurs de la jonction rectosigmoïde n'est pas clair, cependant, la même analyse a été réalisée en incluant et en excluant les cancers de la jonction rectosigmoïde.
- 2) Cas de cancer du rectum définis par les codes CMI-O3 : C19.9 ou C20.9, stade du groupe AJCC au moment du diagnostic = II ou III.

- 3) Les cas de lymphomes portant les codes M-95 à M-98 ont été exclus. Les données de 2010, 2011 et 2012 excluaient également les codes de sarcome (voir Annexe 1), de carcinome neuroendocrine et de carcinome spinocellulaire.
- 4) Les patients de moins de 18 ans ont été exclus.
- 5) Les cas de résection du rectum étaient définis par les codes 1NQ87 ou 1NQ89 de la CCI ou à l'aide de la liste de descripteurs figurant à l'Annexe 1. Pour 2009 et 2010, les codes de la CCI comprennent également le code INQ59.
- 6) Les cas ayant fait l'objet d'une résection ont été inclus, sans tenir compte des marges.
- 7) Cas inclus en 2009 si la date de la dernière résection (dans le cas de plusieurs dates) – la date de diagnostic  $\leq$  365 jours. Pour 2010, 2011 et 2012, la définition de l'inclusion a été mise à jour pour inclure la date de la première résection (si plusieurs dates) – la date de diagnostic  $\leq$  365 jours.

## **Radiothérapie postopératoire chez les patientes atteintes d'un cancer du sein de stade I ou II**

\*accessible en ligne seulement à l'adresse : [www.rendementdusysteme.ca](http://www.rendementdusysteme.ca)

**Définition :** Pourcentage de patientes atteintes d'un cancer du sein de stade I ou II qui ont reçu une radiothérapie postopératoire après une chirurgie mammaire conservatrice (CMC).

**Numérateur :** Cas de cancer du sein de stade I et II (femmes) ayant commencé une radiothérapie dans les 270 jours suivant une chirurgie mammaire conservatrice.

**Dénominateur :** Cas de cancer du sein de stade I et II (femmes) ayant subi une chirurgie mammaire conservatrice dans l'année suivant le diagnostic.

**Source des données :** Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

**Période de mesure :** Années de diagnostic 2009, 2010, 2011 et 2012

**Variables de stratification :** Province, groupe d'âge

**Provinces ayant soumis des données :** Alb., Sask., Man., Ont., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L

**Remarques concernant certaines provinces :** **Alb. :** Pour 2009, les résections segmentaires ont été incluses à titre de lumpectomies. Pour 2010, 2011 et 2012, les données concernant le traitement reposaient sur le traitement initialement prévu au site principal (données de l'ACR). L'ACR n'utilise pas les codes de la CCI; par conséquent la chirurgie mammaire conservatrice a été répertoriée comme variable chirurgicale dans le registre avec des valeurs de « lumpectomie » ou de « résection segmentaire ». Si la patiente a subi plus d'une intervention chirurgicale dans le cadre du traitement initial, l'intervention la plus définitive est documentée. Par « définitive » on entend une intervention chirurgicale à visée curative. Les patientes ayant subi une radiothérapie avant la chirurgie ont été exclues. **Sask. :** La date de la chirurgie n'était pas disponible pour les cas diagnostiqués en 2009. **Ont. :** La radiothérapie n'était pas limitée au siège de la tumeur primaire. **Man. :** Pour 2011 et 2012, aucun filtre concernant l'intention de traitement n'a été appliqué. La radiothérapie n'était pas limitée au siège de la tumeur primaire. **Î.-P.-É. :** Un filtre concernant l'intention de traitement a été appliqué pour l'analyse des données de 2009, mais ne l'a pas été pour celles de 2010, car l'enregistrement de ces données a pris fin en milieu d'année, de sorte qu'elles sont incomplètes pour la moitié des cas applicables. Pour 2010, la radiothérapie était limitée au siège de la tumeur primaire. Pour 2011 et 2012, les tumeurs phyllodes malignes ont été incluses. **T.-N.-L. :** On a appliqué un filtre concernant l'intention de traitement à l'analyse des données de 2009, 2010, 2011 et 2012; la radiothérapie était limitée au siège de la tumeur primaire.

### **Remarques :**

1) Cas de cancer du sein définis par les codes CMI-O3 : C50.0 à C50.9, stade du groupe AJCC au moment du diagnostic = I ou II

- 2) Les hommes ainsi que les lymphomes portant les codes M-95 à M-98 ont été exclus. En 2010, 2011 et 2012, les codes de sarcome (voir Annexe 1), de carcinome neuroendocrine et de carcinome spinocellulaire ont aussi été exclus.
- 3) Les patientes âgées de moins de 18 ans au moment du diagnostic ont été exclues.
- 4) Les cas de chirurgie mammaire conservatrice sont définis au moyen des codes 1YM87 ou 1YM88 de la CCI.
- 5) Les cas de patientes ayant subi une mastectomie dans l'année suivant la chirurgie mammaire conservatrice ont été exclus, utilisation des codes 1YM89 à 1YM92 de la CCI dans la période spécifiée.
- 6) Les cas ayant fait l'objet d'une résection ont été inclus, sans tenir compte des marges (en raison des limites des données).
- 7) Ont été inclus les cas dont la date de la dernière résection (dans le cas de plusieurs dates) – la date de diagnostic  $\leq 365$  jours, et ceux dont la date de début de la radiothérapie – la date de la dernière résection (dans le cas de plusieurs dates)  $\leq 270$  jours.

## 4.3 Traitement général

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

**Définition :** Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » (CPNPC) de stade II ou IIIA qui ont reçu une chimiothérapie postopératoire.

**Numérateur :** Cas de patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA qui ont subi une résection dans l'année suivant le diagnostic et qui ont commencé une chimiothérapie adjuvante dans les 120 jours suivant la résection.

**Dénominateur :** Cas de patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA qui ont subi une résection du poumon dans l'année suivant le diagnostic.

**Source des données :** Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

**Période de mesure :** Années de diagnostic 2009, 2010, 2011 et 2012

**Variables de stratification :** Province, groupe d'âge, sexe

**Provinces ayant soumis des données :** Alb., Sask., Man., Ont., N.-É., Î.-P.-É.

**Remarques concernant certaines provinces :** **Alb. :** Pour 2009, les résections ne se limitaient pas nécessairement aux types spécifiés (lobectomie, pneumonectomie ou segmentectomie). Pour 2010, 2011 et 2012, les données concernant le traitement reposaient sur le traitement initialement prévu au site principal (données de l'ACR). L'ACR n'utilise pas les codes de la CCI; de ce fait, toutes les chirurgies codées ont été incluses en tant que résection complète du poumon. Si la personne a subi plus d'une intervention chirurgicale, l'intervention la plus définitive est documentée. Par « définitive » on entend une intervention chirurgicale à visée curative. L'indicateur exclut les cas de stade « III ». La chimiothérapie avant la chirurgie a été exclue. Pour certaines interventions, il n'a pas été possible de déterminer si les marges étaient négatives. **Sask. :** Les données de 2011 comprennent les cas de carcinome spinocellulaire. Les données de 2012 incluent toutes les chirurgies pour lesquelles il n'a pas été possible de déterminer si les marges étaient négatives, mais exclut les chimiothérapies administrées par voie orale et intraveineuse. **Man. :** Pour 2009, les médicaments administrés par voie orale dans un centre affilié à Action Cancer Manitoba sont inclus. Cependant, les patients qui ont reçu une prescription de chimiothérapie orale pourraient ne pas avoir été pris en compte dans les données déclarées. Pour 2010, les données sur la chimiothérapie orale ont été incluses, mais elles pourraient être incomplètes. Pour 2012, toutes les chirurgies sont incluses, même s'il n'a pas été possible de déterminer si les marges étaient négatives. **Ont. :** La plupart des traitements de chimiothérapie orale ont été exclus puisque ces données n'ont pas fait l'objet d'une déclaration fiable à Action Cancer Ontario. Les données

de 2009 comprennent les données de 2009 et 2010 combinées, les données de 2010 comprennent les données de 2010 et 2011 combinées. Les données de 2011 comprennent les données de 2011 et 2012 combinées, les données de 2012 comprennent les données de 2012 et 2013 combinées. **N.-É.** : Pour 2010 et 2011, l'utilisation des variables de stadification concertée a permis de recenser les patients ayant subi une résection. Les tableaux individuels ont été examinés pour obtenir la date de la résection. **Î.-P.-É.** : Pour 2009, on a utilisé un filtre concernant l'intention de traitement pour déterminer le type de traitement adjuvant. Ce filtre n'a pas été appliqué à l'analyse des données de 2010 car l'enregistrement de ces données a pris fin en milieu d'année, de sorte qu'elles sont incomplètes pour la moitié des cas applicables. Les données de 2011 comprennent les cas de carcinome spinocellulaire.

**Remarques :**

- 1) Cas de cancer du poumon « non à petites cellules » définis par les codes CMI-O3 : C34.0 à C34.9, stade du groupe AJCC au moment du diagnostic = II ou IIIA.
- 2) Résections du poumon définies par les codes 1GR87, 1GR89, 1GR91, 1GT59, 1GT87, 1GT89 ou 1GT91 de la CCI ou à l'aide de la liste de descripteurs figurant à l'Annexe 1.
- 3) Les lymphomes portant les codes M-95 à M-98 ont été exclus. Les données de 2010, 2011 et 2012 excluaient également les codes de sarcome (voir l'Annexe 1) et de carcinome neuroendocrine. Les carcinomes spinocellulaires ont aussi été exclus en 2010 et 2011, mais inclus en 2012.
- 4) Codes d'histologie exclus : 8002, 8041, 8043, 8044, 8045, 8073 et 8803 pour les données de 2010, 2011 et 2012.
- 5) Les cas ayant fait l'objet d'une résection ont été inclus, sans tenir compte des marges (en raison des limites des données).
- 6) ) Ont été inclus les cas dont la date de la dernière résection (dans le cas de plusieurs dates) – la date de diagnostic  $\leq 365$  jours, ainsi que ceux dont la date de début de la chimiothérapie – la date de la dernière résection (dans le cas de plusieurs dates)  $\leq 120$  jours.
- 7) Pour 2010, 2011 et 2012, la chimiothérapie inclut la chimiothérapie administrée par voie orale (si disponible dans les données) et intraveineuse.
- 8) Les patients de moins de 18 ans ont été exclus.
- 9) Pour 2009, aucun filtre concernant l'intention de traitement n'a été utilisé, sauf indication contraire de la province.

### **Chimiothérapie postopératoire chez les patients atteints d'un cancer du côlon de stade III**

\*accessible en ligne seulement à l'adresse : [www.rendementdusysteme.ca](http://www.rendementdusysteme.ca)

**Définition :** Pourcentage des patients atteints d'un cancer du côlon de stade III qui ont reçu une chimiothérapie après la résection.

**Numérateur :** Cas de patients atteints d'un cancer du côlon de stade III qui ont subi une résection dans l'année suivant le diagnostic et ont commencé une chimiothérapie adjuvante dans les 120 jours suivant la résection.

**Dénominateur :** Cas de patients atteints d'un cancer du côlon de stade III qui ont subi une résection du côlon dans l'année suivant le diagnostic.

**Source des données :** Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

**Période de mesure :** Années de diagnostic 2009, 2010, 2011 et 2012

**Variables de stratification :** Province, âge, sexe

**Provinces ayant soumis des données :** Alb., Sask., Man., Î.-P.-É., T.-N.-L.

**Remarques concernant certaines provinces :** **Alb.** : Pour 2009, les données ne se limitaient pas aux résections complètes (colectomies). Pour 2010, 2011 et 2012, les données concernant le traitement reposaient sur le traitement initialement prévu au site principal (données de l'ACR). L'ACR n'utilise pas

les codes de la CCI; de ce fait, toutes les chirurgies codées ont été incluses en tant que résection complète du rectum. Si le patient a subi plus d'une intervention chirurgicale, l'ACR ne codifie que l'intervention la plus définitive. Par « définitive » on entend une intervention chirurgicale à visée curative. Pour certaines interventions, il n'a pas été possible de déterminer si les marges étaient négatives. Pour 2011 et 2012, à cause de l'assurance de la qualité, un certain nombre de cas codés en tant que chirurgie dans l'ACR étaient désignés par les codes de la CCI ou des codes de facturation différents de ceux énumérés. La majorité de ces cas semble correspondre à des cas pour lesquels la BDCP indiquait une résection du rectum même si le patient n'avait qu'un côlon sigmoïde de code C18.7. D'autres cas, qui d'après les codes de l'ACR correspondraient à une chirurgie du côlon, ne sont associés à aucun dossier dans la base de données sur les patients hospitalisés ou les données de facturation. Il peut s'agir de résections effectuées à l'extérieur de la province. Les cas de patients ayant subi une chimiothérapie avant la chirurgie ont été exclus. **Sask.** : Les données de 2012 ne portaient pas uniquement sur les résections complètes avec marges négatives. **Man.** : Pour 2009, les médicaments administrés par voie orale dans un centre affilié à Action Cancer Manitoba ont été inclus. Cependant, les patients qui ont reçu une chimiothérapie orale sous forme de prescription peuvent ne pas avoir été inclus dans les données déclarées. Pour 2010, 2011 et 2012, les données ne portaient pas uniquement sur les résections complètes dont les marges étaient négatives; les données sur le traitement général administré par voie orale ont été incluses lorsqu'elles étaient disponibles, mais elles pourraient être incomplètes. **Î.-P.-É.** : On a appliqué un filtre concernant l'intention de traitement à l'analyse des données de 2009 pour déterminer le type de traitement adjuvant, mais pas à celles de 2010, car l'enregistrement de ces données a pris fin en milieu d'année, de sorte qu'elles sont incomplètes pour la moitié des cas applicables. Les données de 2010 et 2011 ne portaient pas uniquement sur les résections complètes avec marges négatives. **T.-N.-L.** : Pour 2009 et 2010, on a utilisé un filtre concernant l'intention de traitement pour déterminer le type de traitement adjuvant. Pour 2010, les résections pour lesquelles les marges étaient positives ou de statut inconnu ont été retirées du dénominateur. Tous les cas de patients qui n'ont pas subi une chirurgie admissible selon le tableau des codes de procédures ont été retirés du dénominateur. Dans plusieurs cas, les données indiquaient la date à laquelle l'ordonnance de chimiothérapie avait été rédigée, mais pas la date de début du traitement.

**Remarques :**

- 1) Cas de cancer du côlon définis par les codes CMI-O3 : C18.0 à C18.9 pour 2009, C18.0 et C18.2 à C18.9 pour 2010, 2011 et 2012, stade du groupe AJCC au moment du diagnostic = III.
- 2) Les lymphomes portant les codes M-95 à M-98 ont été exclus. Les données de 2010, 2011 et 2012 excluaient également les codes de sarcome (voir Annexe 1), de carcinome neuroendocrine et de carcinome spinocellulaire.
- 3) Les patients âgés de moins de 18 ans au moment du diagnostic ont été exclus.
- 4) Résections de tumeurs du côlon définies à l'aide des codes 1NM87 ou 1NM89 ou 1NM91 de la CCI ou à l'aide de la liste de descripteurs figurant à l'Annexe 1.
- 5) Les cas ayant fait l'objet d'une résection ont été inclus, sans tenir compte des marges (en raison des limites des données) pour 2009, y compris les résections avec marges négatives pour 2010, 2011 et 2012.
- 6) La chimiothérapie inclut la chimiothérapie administrée par voies orale et intraveineuse.
- 7) Les cas ont été inclus si la date de la dernière résection (dans le cas de plusieurs dates) – la date de diagnostic  $\leq$  365 jours, ou si la date de début de la chimiothérapie – la date de la dernière résection (dans le cas de plusieurs dates)  $\leq$  120 jours.
- 8) Pour 2009, aucun filtre concernant l'intention de traitement n'a été utilisé, sauf indication contraire de la province.

**Annexe 1.****Codes utilisés pour les cancers du côlon et du rectum**

Cohorte spécifiée	Codes de procédure		Codes de diagnostic	
	CCP	CCI	CMI-9-CM	CMI-10
Résections d'un cancer du côlon	57.5*, 57.6*	1.NM.87.^, 1.NM.89.^, 1.NM.91.^	Codes associés au cancer colorectal seulement	
			153*, 154.0, 154.1, 154.2, 154.3, 154.8	C18, C19, C20, C21
Résections d'un cancer du rectum	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 associés au cancer colorectal seulement	
			153*, 154.0, 154.1, 154.2, 154.3, 154.8	C18, C19, C20, C21



## Codes de sarcome

<b>Histologie CMI-O-3</b>	<b>Description en français</b>
8710	Tumeur glomique maligne
8800	Sarcome
8801	Sarcome fusocellulaire
8802	Sarcome à cellules géantes (à l'exception du sarcome des 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 périosté (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 mixte
8857	Liposarcome fibroblastique
8858	Liposarcome dédifférencié

8890	Léiomyosarcome
8891	Léiomyosarcome épithélioïde
8894	Angiomyosarcome
8895	Myosarcome
8896	Léiomyosarcome myxoïde
8900	Rhabdomyosarcome
8901	Rhabdomyosarcome pléomorphe, type adulte
8902	Rhabdomyosarcome mixte
8910	Rhabdomyosarcome embryonnaire, NOS
8912	Rhabdomyosarcome fusocellulaire
8920	Rhabdomyosarcome alvéolaire
8921	Rhabdomyosarcome avec différenciation ganglionnaire
8930	Sarcome du chorion cytogène (C54.1)
8931	Sarcome du chorion cytogène, bas grade (C54.1)
8933	Adénosarcome
8935	Sarcome stromal
8936	Sarcome du stroma gastro-intestinal
8963	Sarcome rhabdoïde
8964	Sarcome à cellules claires du rein (C64.9)
8980	Carcinosarcome, NOS
8981	Carcinosarcome, embryonnaire
8991	Sarcome embryonnaire
9040	Sarcome synovial
9041	Sarcome synovial, fusocellulaire
9042	Sarcome synovial, épithélioïde
9043	Sarcome synovial, biphasique

9044	Sarcome à cellules claires, NOS (à l'exception du sarcome du rein 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 dans la maladie osseuse de Paget (C40._, C41._)
9185	Ostéosarcome à petites cellules (C40._, C41._)
9186	Ostéosarcome central (C40._, C41._)
9187	Ostéosarcome intra-osseux 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 mésenchymateux
9242	Chondrosarcome à cellules claires (C40._, C41._)
9243	Chondrosarcome dédifférencié (C40._, C41._)
9250	Ostéosarcome à cellules géantes

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, NOS (C71.6) [obs]
9530	Sarcome méningé
9539	Sarcomatose méningée
9581	Sarcome alvéolaire des parties molles
9591	Réticulosarcome
9662	Sarcome de Hodgkin [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 à cellules dendritiques folliculaires
9930	Sarcome myéloïde (voir également M-9861/3)

**Descripteurs cliniques :**

<b>Descripteurs cliniques pour le cancer du côlon</b>	<b>Descripteurs cliniques pour le cancer du rectum</b>
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 résection segmentaire du rectum opération de Hartmann proctectomie totale

## 5. Perspective centrée sur la personne

---

### **Dépistage de la détresse**

**Définition :** Mesure dans laquelle les organismes et les programmes provinciaux de lutte contre le cancer ont mis en œuvre des outils normalisés pour dépister la détresse.

**Étendue de la mise en œuvre :**

- 1) Mise en œuvre à l'échelle de la province – dépistage normalisé des symptômes entrepris chez au moins une partie des patients dans chaque centre anticancéreux provincial et recueil centralisé des données.
- 2) Mise en œuvre partielle – dépistage normalisé des symptômes entrepris chez au moins une partie des patients dans des centres anticancéreux provinciaux sélectionnés.
- 3) Aucune coordination provinciale (certain usage local possible) – aucune mise en œuvre du dépistage des symptômes gérée par la province; toutefois, certains centres ou certaines régions peuvent utiliser un outil de dépistage sans déclarer les données au niveau provincial.

**Période de mesure :** 2015

**Source des données :** Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

**Provinces ayant soumis des données :** C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., Qc, N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L.

**Remarques :** Cet indicateur mesure le degré de mise en œuvre par les provinces et leurs programmes de lutte contre le cancer d'outils normalisés de dépistage des symptômes déclarés par les patients, comme la détresse émotionnelle et physique (y compris la douleur).

### **Lieu du décès**

\*accessible en ligne seulement à l'adresse : [www.rendementdusysteme.ca](http://www.rendementdusysteme.ca)

**Définition :** Pourcentage de patients atteints de cancer qui sont décédés à l'hôpital par rapport à ceux qui sont décédés ailleurs (c.-à-d., en résidence privée, autre).

**Numérateur :** 1) Par province : Nombre de décès par cancer à l'hôpital, en résidence privée et autre.  
2) Canada : Nombre de décès par cancer à l'hôpital, en résidence privée et autre.

**Dénominateur :** Nombre de décès par cancer.

**Source des données :** Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès (dossier annuel)

**Période de mesure :** 2007 à 2011

**Provinces et territoires ayant soumis des données :** Toutes les provinces et tous les territoires

**Remarques :**

- 1) La définition d'« 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.
- 2) La catégorie « Autre » comprend les autres emplacements spécifiés, les autres installations de soins de santé, les résidences privées et les emplacements inconnus.

## 6. Recherche

---

### **Participation aux essais cliniques menés chez les adultes**

**Définition** : Rapport entre le nombre total de tous les 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 (tous âges confondus).

**Numérateur** : Nombre de patients atteints de cancer ( $\geq 19$  ans) nouvellement inscrits à des essais cliniques thérapeutiques ou à des études de recherche clinique sur le cancer dans les centres anticancéreux. Toutes les occurrences sont comptées pour les patients inscrits à plus d'une étude clinique.

**Dénominateur** : Nombre projeté de nouveaux cas de cancer invasif (tous âges confondus).

**Source des données** : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer (numérateur), Statistiques canadiennes sur le cancer (dénominateur)

**Période de mesure** : Année d'inscription 2014

**Variables de stratification** : Province, siège de la maladie (sein, prostate, côlon, poumon, tous les cancers)

**Provinces ayant soumis des données** : Tous les cancers : C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., N.-B., N.-É., Î.-P.-É. et T.-N.-L. Par siège de la maladie : C.-B., Alb., Sask., Man., N.-B., N.-É. et T.-N.-L.

**Remarques concernant certaines provinces** : Alb. : Cas sans intervention inclus.

**Remarques :**

- 1) Le nombre projeté de tous les cas de cancer invasif a été exclu des cas par site.
- 2) Les nouveaux cas pour tous les groupes d'âge sont estimés à partir des Statistiques canadiennes sur le cancer.

### **Participation aux essais cliniques pédiatriques**

\*accessible en ligne seulement à l'adresse : [www.rendementdusysteme.ca](http://www.rendementdusysteme.ca)

**Définition** : Rapport entre le nombre de patients atteints de cancer et âgés de 18 ans ou moins qui étaient nouvellement inscrits aux phases 1 à 4 des études cliniques (p. ex., essais cliniques thérapeutiques ou études de recherche clinique sur le cancer) et le nombre total de patients atteints de cancer âgés de 18 ans ou moins qui ont été orientés pour la première fois vers un centre de cancérologie pédiatrique.

**Numérateur** : Nombre de patients pédiatriques atteints de cancer ( $\leq 18$  ans) nouvellement inscrits à des essais cliniques d'intervention ou de traitement ou à des études de recherche clinique sur le cancer dans les centres anticancéreux provinciaux.

**Dénominateur** : Nombre total de nouveaux cas de patients pédiatriques atteints de cancer ( $\leq 18$  ans) ayant reçu un diagnostic dans des centres anticancéreux provinciaux.

**Source des données** : Conseil C17

**Période de mesure** : Année d'inscription 2014

**Variable de stratification** : Province

**Provinces ayant soumis des données** : C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., Qc, N.-É., T.-N.-L.

**Remarques :**

Les centres anticancéreux suivants ont été inclus dans le calcul des rapports provinciaux : **C.-B.** : BC Children's Hospital; **Alb.** : Alberta Children's Hospital, Stollery Children's Hospital; **Sask.** : Saskatoon Cancer Centre, Allan Blair Cancer Centre; **Man.** : Action Cancer Manitoba; **Ont.** : Hospital for Sick

Children, London Health Sciences Centre, McMaster Children's Hospital, Kingston General Hospital, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario; **Qc** : Hôpital de Montréal pour enfants, Hôpital Sainte-Justine, Centre hospitalier de Québec; **N.-É.** : IWK Health Centre; **T.-N.-L.** : Janeway Health Centre.

## **Investissement en recherche sur le cancer**

\*accessible en ligne seulement à l'adresse : [www.rendementdusysteme.ca](http://www.rendementdusysteme.ca)

**Définition** : 1) Distribution du financement en recherche sur le cancer du sein, le cancer colorectal, le cancer du poumon et le cancer de la prostate. 2) Distribution des nouveaux cas de cancer au Canada; 3) Distribution des décès par cancer au Canada.

### **Numérateur :**

- 1) Investissement : Montant des investissements (en dollars) en recherche par type de cancer pour le cancer du sein, le cancer de la prostate, le cancer du poumon, le cancer colorectal et les autres cancers.
- 2) Nouveaux cas de cancer : Nombre de cas par type de cancer pour le cancer du sein, le cancer de la prostate, le cancer du poumon, le cancer colorectal et les autres cancers.
- 3) Décès par cancer : Nombre de décès par type de cancer pour le cancer du sein, le cancer de la prostate, le cancer du poumon, le cancer colorectal et les autres cancers.

### **Dénominateur :**

- 1) Investissement : Montant total des investissements (en dollars) en recherche par type de cancer.
- 2) Nouveaux cas de cancer : Nombre total de nouveaux cas de cancer.
- 3) Décès par cancer : Nombre total de décès par cancer.

### **Source des données :**

- 1) Investissement : Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer, Enquête canadienne sur la recherche sur le cancer.
- 2) Nouveaux cas : Statistique Canada (Tableau 103-0550 de CANSIM), Registre canadien du cancer.
- 3) Décès : Statistique Canada (Tableau 102-0552 de CANSIM), Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès.

**Période de mesure** : 2013 (investissement en recherche sur le cancer), 2012 (nouveaux cas de cancer), 2011 (décès par cancer).

**Variable de stratification** : Siège de la maladie (sein, prostate, poumon, côlon, autre).

### **Remarques :**

La catégorie « Autres » renvoie aux autres types de cancer primitif énumérés dans le CIM-O-3. Sont inclus tous les autres types de cancers invasifs et le cancer de la vessie *in situ*.



# 7. Pertinence

---

## **Dépistage du cancer du sein au-delà des lignes directrices**

**Définition :** Pourcentage de mammographies de dépistage autodéclarées effectuées chez des femmes dont l'âge se situait à l'intérieur et à l'extérieur de la fourchette cible (de 50 à 74 ans) recommandée dans les lignes directrices du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP). L'indicateur inclut les mammographies effectuées dans les deux années précédentes chez des femmes asymptomatiques.

**Numérateur :** Femmes asymptomatiques de plus de 35 ans ayant indiqué avoir subi une mammographie au cours des deux années précédentes.

**Dénominateur :** Nombre total de femmes asymptomatiques de plus de 35 ans ayant subi une mammographie au cours des deux années précédentes.

**Source des données :** Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

**Variables de l'ESCC :** 1) Patiente ayant déjà eu une mammographie; 2) Raisons de la mammographie (indiquer toutes les réponses qui s'appliquent) : antécédents familiaux; dépistage systématique; âge; THS; masse; suivi d'un traitement du cancer du sein; problème au sein; autre; 3) Dernière fois où la répondante a eu une mammographie

**Période de mesure :** 2012

**Variables de stratification :** Province/territoire, âge (50 à 74 ans, < 50 ans et > 74 ans)

### **Remarques :**

- 1) Les raisons asymptomatiques sont définies par les antécédents familiaux, le dépistage systématique ou un examen de routine, l'âge, une hormonothérapie substitutive (HS), mais excluent les raisons suivantes : masse; problème au sein, suivi d'un traitement du cancer du sein, autre.
- 2) Cet indicateur ne fait pas de distinction entre les femmes à risque plus élevé que la moyenne et les femmes à risque moyen.
- 3) Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif utilisé pour extrapoler les résultats à l'ensemble de la population.

## **Mastectomies à la suite d'un cancer du sein effectuées en chirurgie d'un jour**

**Définition :** Pourcentage des mastectomies visant la résection d'une tumeur cancéreuse au sein qui sont pratiquées dans le cadre d'une chirurgie d'un jour. Les données visent les femmes atteintes de cancer du sein invasif unilatéral qui ont subi une intervention chirurgicale entre avril 2009 et mars 2014.

**Numérateur :** Nombre de mastectomies réalisées en chirurgie d'un jour.

**Dénominateur :** Nombre de mastectomies réalisées chez des femmes de 18 ans ou plus.

### **Exclusion :**

- 1) Les dossiers potentiellement dupliqués sont répertoriés comme congés dont les valeurs sont identiques dans certains des éléments de données. Dans le cas où des dossiers dupliqués sont trouvés, le dossier le plus récent est conservé, les dossiers restants sont supprimés.
- 2) Numéro de Carte Santé non valide
- 3) Procédures codées comme abandonnées
- 4) Nouveau-nés, mort-nés et donneurs décédés
- 5) Date de procédure non valide
- 6) Aucune déclaration quant à la latéralité lors de la procédure de congé
- 7) Codes postaux non valides

**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

**Période de mesure :** Par province – années 2009/2010 à 2013/2014 combinées. Pour les tendances – exercices financiers combinés 2008/2009 à 2010/2011 et 2011/2012 à 2013/2014

**Variable de stratification :** Province/territoire

**Remarques :**

- 1) 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.
- 2) Les territoires incluent le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon.
- 3) Basé sur le lieu de résidence de la patiente.
- 4) Les données sont recueillies annuellement pour chaque exercice financier. Puisque les estimations pour plusieurs exercices financiers combinés nécessitent l'addition d'années individuelles de données, les exercices financiers pour lesquels il a fallu supprimer des données en raison des chiffres peu élevés n'ont pas pu être inclus dans le calcul.

## **Recours aux services de soins intensifs pendant les deux dernières semaines de vie**

\*accessible en ligne seulement à l'adresse : [www.rendementdusysteme.ca](http://www.rendementdusysteme.ca)

**Définition :** 1) Pourcentage des patients atteints de cancer admis dans une unité de soins intensifs durant les 14 derniers jours de vie. 2) Pourcentage des patients atteints de cancer décédant dans une unité de soins intensifs.

**Numérateur :** 1) Nombre de patients atteints de cancer admis dans une unité de soins intensifs durant les 14 derniers jours de vie. 2) Nombre de patients atteints de cancer qui sont décédés dans une unité de soins intensifs.

**Dénominateur :** Nombre total de patients atteints de cancer de 20 ans ou plus qui sont décédés à l'hôpital.

*Exclusion :* Données soumises par les établissements du Québec ou données avec cartes d'assurance-maladie émises au Québec

**Source des données :** Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Base de données sur les congés des patients

**Période de mesure :** Exercices financiers 2011-2012 à 2014-2015 combinés

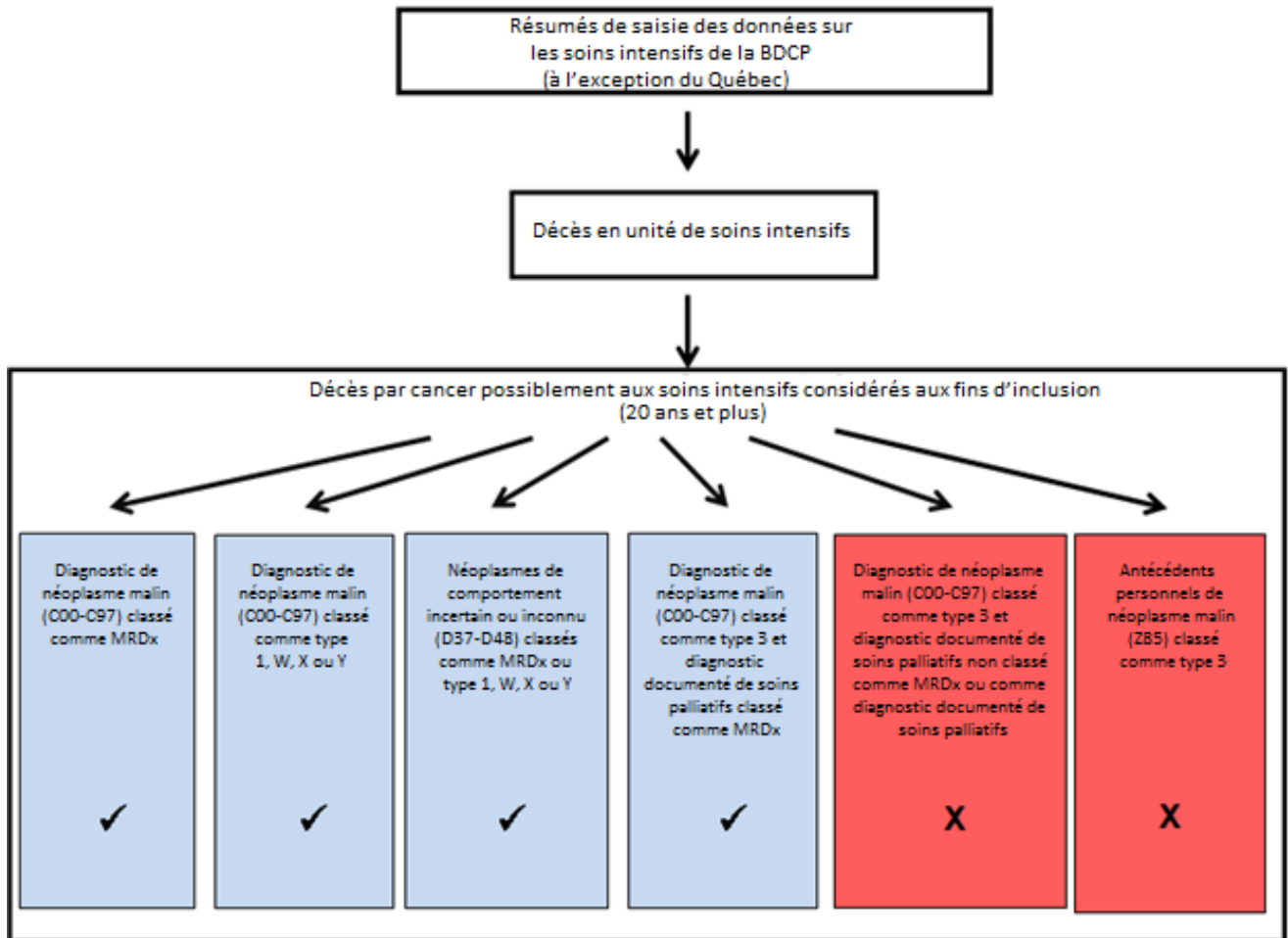
**Variable de stratification :** Province/territoire

**Remarques :**

- 1) Les territoires incluent le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon.
- 2) Basé sur le lieu de résidence du patient.
- 3) Les données incluses visent les patients atteints de cancer qui ont été admis dans une unité de soins intensifs et qui sont décédés dans une unité de soins intensifs d'hôpitaux de soins de courte durée entre avril 2011 et mars 2015.
- 4) Les patients atteints de cancer ont été identifiés au moyen des codes CIM-10-CA pour soit :
  - a. un diagnostic primaire de tumeur maligne ou de tumeur à évolution imprévisible ou inconnue; ou
  - b. un diagnostic ayant le plus contribué aux soins palliatifs, associé à un diagnostic secondaire de néoplasme malin (voir l'Annexe A ci-dessous pour les critères de sélection des patients atteints de cancer).

- 5) Pour éliminer toute subjectivité potentielle des rapports, seuls les établissements qui ont soumis des données concernant les unités de soins intensifs ont été utilisés pour l'analyse.
- 6) Seuls les dossiers indiquant au moins une visite aux soins intensifs dans les 14 jours précédant le décès ont été inclus dans le calcul du pourcentage de patients admis dans une unité de soins intensifs durant les 14 derniers jours de vie. Tous les patients atteints de cancer qui sont décédés dans une unité de soins intensifs, quel que soit le moment de leur admission aux soins intensifs, ont été inclus dans le calcul du pourcentage de patients atteints de cancer qui sont décédés dans une unité de soins intensifs.

Annexe A



Légende

✓ Inclus dans la cohorte de l'étude.

X Exclue de la cohorte de l'étude.

Remarques

MRDx : diagnostic jugé responsable.

Type 1 : diagnostic significatif préalable à l'admission.

Type W, X ou Y (diagnostic des services de transfert) : diagnostic significatif préalable à l'admission.

Type 3 : diagnostic secondaire.

Non indiqué dans le diagramme, mais certains codes C et D correspondant à d'autres types de diagnostic ont aussi été exclus.

## 8. Résultats à long terme

---

### **Taux d'incidence normalisés selon l'âge**

**Définition :** 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 (néoplasmes malins) diagnostiqués 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 6) cancer de l'ovaire (femmes)

**Dénominateur :** 1), 6) : Estimation annuelle de la population de femmes en centaines de milliers; 2), 3), 5) : Estimation annuelle de la population en centaines de milliers; 4) : Estimation annuelle de la population d'hommes en centaines de milliers.

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

**Source des données :** Base de données du Registre canadien du cancer (RCC) – données sur l'incidence du cancer; division de la démographie de Statistique Canada – estimations démographiques

**Période de mesure :** Pour les tendances globales, au Canada – 1992 à 2012. Par province – années 2010 à 2012 combinées.

**Variables de stratification :** Province, sexe

#### **Remarques :**

- 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 : cancer colorectal (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), cancer de l'ovaire (CIM-O-3 : C56.9).
- 2) Le programme de régression de Joinpoint 4.2.0.2 pour Windows a servi à analyser les tendances linéaires au fil des années. Le logiciel enregistre 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). Cela 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 des 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 respectivement 0 et 4. Pour en savoir davantage, consultez la documentation sur le programme de régression de Joinpoint (<http://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>, en anglais).

### **Taux d'incidence normalisés selon l'âge par stade**

**Définition :** Taux d'incidence spécifique au 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 (néoplasmes malins) diagnostiqués au cours d'une période donnée, par 100 000 personnes à risque. Les taux d'incidence par stade sont disponibles pour cinq types de cancer : cancer du sein, cancer du poumon, cancer colorectal, cancer de la prostate et cancer de l'ovaire.

**Numérateur** : Nombre de nouveaux cas de cancer pour chaque stade pendant une période donnée : 1) cancer du sein (femmes); 2) cancer du poumon; 3) cancer colorectal; 4) cancer de la prostate; 5) cancer de l'ovaire.

**Dénominateur** : 1), 5) : Estimation de la population par 100 000 femmes; 4) : Estimation de la population par 100 000 hommes; 2), 3) : Estimation de la population par 100 000 personnes

**Période de mesure** : Années 2011 à 2013 combinées

**Variables de stratification** : Province, stade au moment du diagnostic (y compris les stades I, II, III et IV)

**Source des données** : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

**Provinces ayant soumis des données** : C.-B., Alb., Sask., Man., N.-B., N.-É., Î.-P.-É. (cancer du sein, cancer du poumon, cancer colorectal, cancer de la prostate); Alb., Sask., Man., N.-É., Î.-P.-É. (cancer de l'ovaire)

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

**Remarques concernant certaines provinces :**

**Alb.** : Les données hématologiques et les morphologies des sarcomes et des mélanomes ont été supprimées des cancers de type particulier. Une stadification concertée de toutes les données de 2011 à 2013 concernant les cas de cancers primaires invasifs a été utilisée et, une fois codées, il ne devrait pas y avoir de cas où des valeurs sur le stade sont manquantes ou non disponibles. L'Alberta a utilisé la population de l'Alberta de 2012 selon Alberta Health Services (DIMR/Analytics) et les pondérations normalisées de la population canadienne en 2011 indiquées sur le document de spécification des données du PCCC. Pour cet indicateur, les codes 8002, 8073 et 8803 correspondent au CPNPC. **Sask.** : Les estimations de la population de la Saskatchewan ont été utilisées comme dénominateur dans tous les taux normalisés. **N.-É.** : Les données sur le cancer du poumon (CPNPC et CPPC) contiennent également des cas qui n'ont pas pu être classés dans l'une ou l'autre des catégories.

**Remarques :**

- 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 : cancer colorectal (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) L'Annexe C18.1 a été exclue pour le cancer colorectal.
- 3) Les sièges dont les codes histologiques (M-95 à M-98) correspondent aux lymphomes, ainsi que les codes correspondant aux sarcomes (8800/3) ont été exclus.
- 4) Les patients âgés de moins de 18 ans au moment du diagnostic ont été exclus.
- 5) La septième édition de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC 7) a été utilisée pour établir la classification des stades des cancers.

## **Taux de mortalité normalisés selon l'âge**

**Définition** : Taux de mortalité que l'on aurait observé si la répartition selon l'âge au sein de la population cible était la même que celle de la population type, où le taux de mortalité correspond au

nombre de décès attribuables au cancer (néoplasmes malins) au cours d'une année, par 100 000 personnes 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; 6) cancer de l'ovaire (femmes).

**Dénominateur :** 1), 6) : Estimation annuelle de la population de femmes en centaines de milliers. 2), 3), 5) : Estimation annuelle de la population en centaines de milliers; 4) : Estimation annuelle de la population d'hommes en centaines de milliers.

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

**Source des données :** Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès – données sur la mortalité par cancer; division de la démographie de Statistique Canada – estimations démographiques.

**Période de mesure :** Pour les tendances globales, au Canada – 1992 à 2011. Par province – années 2009 à 2011 combinées.

**Variable de stratification :** Province

**Remarques :**

- 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), cancer de l'ovaire (CIM-9 : 183).
- 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), cancer du sein chez les femmes (CIM-10 : C50), cancer de la prostate (CIM-10 : C61), cancer du pancréas (CIM-10 : C25), cancer de l'ovaire (CIM-10 : C56.9).
- 3) Le programme de régression de Joinpoint 4.2.0.2 pour Windows a servi à analyser les tendances linéaires au fil des années. Le logiciel enregistre 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). Cela 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 des 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 respectivement 0 et 4. Pour en savoir davantage, consultez la documentation sur le programme de régression de Joinpoint (<http://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>, en anglais).

### **Section spéciale : Survie nette à cinq ans par quintile de revenu pour certains cancers au Canada**

Cette analyse a été réalisée par le programme CONCORD-2 à la London School of Hygiene and Tropical Medicine, à titre de sous-analyse de l'étude CONCORD-2, qui a été financée par le Partenariat canadien contre le cancer. Les détails concernant les méthodes de calcul de la survie ont été publiés dans *The Lancet* en 2015 (<http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2814%2962038->

[9.pdf](#)). Pour obtenir des renseignements précis sur la survie par quintile de revenu, veuillez consulter le chapitre sur les méthodes de la présente section spéciale.