



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

REGISTRE QUÉBÉCOIS DU CANCER

**Incidence du cancer au Québec
pour l'année 2012 : données préliminaires
et considérations méthodologiques**

Programme québécois de cancérologie

Décembre 2020

REMERCIEMENTS

Le Programme québécois de cancérologie (PQC) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) tient à remercier toutes les personnes qui ont contribué aux travaux du Registre québécois du cancer (RQC). Elles ont collaboré à rendre cette publication possible, plus particulièrement l'équipe du RQC à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ainsi que les archivistes médicaux et les autres ressources médicales qui travaillent dans les registres locaux de cancer (RLC).

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :

msss.gouv.qc.ca section Publications

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépot légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

ISBN : 978-2-550-88369-2 (PDF)

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2021

MOT DU DIRECTEUR NATIONAL DU PQC

Le rapport décrivant l'incidence des cancers au Québec en 2012 est le deuxième rapport élaboré à partir des données dites de transition entre le Fichier des tumeurs du Québec (FiTQ) et le RQC alimenté principalement par des données des RLC. Il est le résultat d'un travail imposant pour mettre en œuvre le RQC qui, à maturité, permettra de mieux refléter la réalité du cancer au Québec, son évolution, ses différences de distribution selon l'âge, le sexe et le lieu de résidence au Québec. Il permettra ultimement, par l'ajout de nouvelles variables, de connaître le stade au moment du diagnostic de la maladie et les caractéristiques des premiers traitements.

À terme, l'information contenue dans le RQC, par les mesures du nombre de nouveaux cas diagnostiqués, du nombre de personnes vivant avec la maladie, de la mortalité et de la survie, contribuera à mieux connaître la réalité, tout en alimentant la recherche et en soutenant les actions du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) pour assurer une qualité constante, une démarche d'amélioration continue et de maintien de la performance.

Merci à l'équipe!

Jean Latreille, MDCM, FRCPC

Directeur national

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1. NÉCESSITÉ DU RQC.....	2
2. VALIDATIONS AU RQC POUR LES ANNÉES 2011 ET 2012	4
3. MÉTHODOLOGIE.....	5
4. RÉSULTATS ET INTERPRÉTATION.....	6
5. LIMITES CONCERNANT L'INTERPRÉTATION ET LA DIFFUSION DES RÉSULTATS	11
6. PROCHAINES ÉTAPES	12
CONCLUSION	13
ANNEXES.....	14

SOMMAIRE

Les travaux pour la création du Registre québécois du cancer (RQC) ont commencé en 2010. L'évolution du Fichier des tumeurs du Québec (FiTQ) vers un registre vise l'amélioration de l'exhaustivité des déclarations de nouveaux cas de cancer, le rehaussement de la qualité de l'information recueillie et le respect des normes internationales reconnues. Le RQC intégrera les données d'incidence du cancer de 1984 à 2010 du FiTQ ainsi que celles des années de transition 2011 et 2012.

Le présent document a pour objectif de présenter les résultats préliminaires sur l'incidence du cancer au Québec pour l'année 2012 et il s'inscrit dans la continuité de la publication déjà réalisée portant sur les résultats pour l'année 2011¹. Ces données sont produites par le Programme québécois du cancer (PQC) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en partenariat avec la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Ce document vise aussi à faire comprendre le caractère « préliminaire » et évolutif des années de transition 2011 et 2012. Il décrit les principales améliorations apportées au système d'information du RQC afin de rendre l'information plus exhaustive et précise.

Au total, 53 276 nouveaux cas de cancer ont été recensés dans le RQC pour l'année 2012, soit 25 334 chez les femmes et 27 942 chez les hommes. Ce résultat, pour les deux sexes confondus, est plus élevé que celui enregistré en 2011. Ainsi, comparativement aux années antérieures à 2011, l'ajout d'une nouvelle source d'information, soit les résultats des rapports de laboratoires de pathologie, a notamment eu pour effet, d'une part, d'augmenter l'incidence pour certains cancers et de diminuer la sous-déclaration suspectée dans les données du FiTQ. Cependant, cet ajout d'information a généré des cas prévalents non recensés au moment du diagnostic et a créé des doublons, considérant la nature incomplète des rapports de pathologie. Un processus de validation rigoureux a été mis en place afin d'atténuer la présence de doublons. D'autre part, pour 2012, à la suite du processus de validation, une baisse des nouveaux cas pour certains sièges, comme le cancer de la prostate, est aussi constatée par rapport à l'année 2011.

Les données préliminaires pour 2012 témoignent des travaux importants de validation appliqués au système pour corriger des anomalies et améliorer la qualité des informations. L'analyse des données d'incidence des années 2013 et les suivantes permettra d'avoir une meilleure connaissance de l'évolution, au Québec, de l'incidence de la maladie et de ses caractéristiques.

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Registre québécois du cancer. Incidence du cancer pour l'année 2011 : données préliminaires et considérations méthodologiques*, Québec, Direction générale de cancérologie, 2018, 20 p. [En ligne]. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-902-36W.pdf>].

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population et l'augmentation de la population contribuent à la hausse du nombre de nouveaux cas de cancer observée au cours des années². Grâce aux informations colligées sur les personnes atteintes de cancer au Québec, le RQC, par la production d'indicateurs appropriés, devrait permettre de guider les actions afin de soutenir les citoyens et le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) pour mieux vivre avant, pendant et après le cancer, d'alimenter la recherche, de réaliser les activités de surveillance du cancer et, ultimement, de contribuer à réduire le fardeau de la maladie.

Le RQC recense les nouveaux cas de cancer au Québec pour, entre autres, en déterminer l'incidence. Le PQC a favorisé la création de ce registre central afin notamment :

- d'adapter le système d'information et les processus de collecte et de traitement des données pour les rendre conformes aux normes internationales reconnues en vue d'améliorer la qualité, l'exhaustivité, la validité, l'accessibilité et la comparabilité des résultats produits;
- d'améliorer l'exhaustivité du RQC, notamment en corrigeant la sous-déclaration observée pour certains sièges au FiTQ, par l'utilisation et le jumelage de nouvelles sources d'information, comme les résultats des rapports des laboratoires de pathologie en 2011 et en 2012 et les registres locaux de cancer (RLC) implantés dans les établissements depuis 2013.

Outre la présentation des données préliminaires de l'année 2012, les résultats publiés dans ce rapport reflètent les effets de la mise à niveau des processus et du système sur les données de cette deuxième année d'implantation du RQC. Ils permettent de mieux saisir les limites à l'interprétation des données d'incidence, issues de l'ajout de nouvelles sources de données, notamment sur l'évolution temporelle des nouveaux cas de cancer au Québec.

2. La Société canadienne du cancer fait état de cette augmentation dans ses publications annuelles intitulées *Statistiques canadiennes du cancer*.

1. NÉCESSITÉ DU RQC

Les inscriptions au FiTQ, antérieures à 2011, étaient majoritairement basées sur une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour, comme rapporté par le système Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ECHO). Plusieurs publications scientifiques ont montré que cette façon de faire occasionnait une sous-déclaration des cas de cancer³. En effet, le nombre de certaines tumeurs inscrites au FiTQ pouvait être sous-estimé pour les cancers qui ne nécessitaient pas d'hospitalisation. Les sièges tumoraux les plus touchés par ce phénomène sont le mélanome et le cancer de la prostate et, dans une moindre part, le cancer de la vessie. De plus, les cancers qui ne nécessitaient pas d'hospitalisation au début de la trajectoire ou qui causaient une hospitalisation à une phase plus avancée de la maladie pouvaient entraîner un calcul erroné de la survie pour certains cancers. Considérant les pratiques et les normes internationales applicables à un registre de cancer, il était évident que le FiTQ devait être rehaussé pour améliorer l'exhaustivité de la déclaration des tumeurs et la qualité de l'information qu'il recueille, d'où la création du RQC. En 2011, le RQC recevait un avis favorable du Comité d'éthique en santé publique, permettant l'ajout des sources de données nécessaires pour réaliser des activités de surveillance du cancer.

L'implantation du RQC s'est révélée une activité plus complexe que prévu pour le RSSS, le MSSS et la RAMQ. Afin de respecter la capacité d'adaptation des protagonistes, le RQC a choisi de procéder par étape pour le déploiement des différents aspects du registre central et d'appliquer les validations requises avant la publication des résultats préliminaires d'incidence pour les années 2011 et 2012⁴. Pour la création du RQC, l'approche préconisée vise principalement à soutenir et à accompagner les établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour disposer d'informations nécessaires et de qualité à l'échelle locale. En contrepartie, les établissements transmettent au RQC les informations uniformisées, permettant ainsi de mesurer et d'évaluer l'état de santé de la population et également de cibler les interventions nécessaires pour optimiser les soins et les services liés au cancer. Le modèle de fonctionnement repose sur la mise en place des RLC dans les établissements, qui colligent, saisissent puis transmettent les données au registre central. Pour la RAMQ, le système d'information a été conçu notamment pour recevoir les déclarations transmises par les RLC. Avec la création du RQC, le MSSS s'est attribué un nouveau rôle nécessitant le développement de compétences et la mise sur pied d'une nouvelle équipe.

Dans une première phase, soit pour les années 2011 et 2012, les résultats des rapports de laboratoires de pathologie ont été ajoutés aux cas provenant de MED-ECHO, du Fichier des décès ainsi que des tumeurs de Québécois identifiées dans les autres registres provinciaux du cancer (cas de résidents du Québec traités hors province). Tous les établissements ayant un laboratoire de pathologie devaient transmettre au RQC les données des cas de cancer inscrits dans leurs rapports de pathologie. Ainsi, tous les rapports de pathologie concernant un même individu étaient transmis, sans égard au fait qu'il s'agisse d'un nouveau cancer ou non, générant ainsi des doublons. Cette nouvelle source d'information a donc nécessité des travaux majeurs de validation pour supprimer les doublons du système. Elle a aussi permis d'apporter des modifications, par exemple pour retirer des cas prévalents⁵ qui auraient pu être considérés comme incidents ou pour retirer des récidives des cas incidents. Par conséquent, ces années sont considérées comme des années de transition.

3. Jacques BRISSON, Diane MAJOR et Éric PELLETIER, *Évaluation de l'exhaustivité du Fichier des tumeurs du Québec*, Québec, Direction des systèmes de soins et services, Institut national de santé publique du Québec, 2003, 35 p. [En ligne]. [<https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/217-RapportExhaustiviteRegistreCancers.pdf>].

4. Les principaux changements sont présentés dans le document *Registre québécois du cancer. Incidence du cancer au Québec pour l'année 2011 : données préliminaires et considérations méthodologiques*, diffusé par le MSSS en avril 2018. [En ligne]. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-902-36W.pdf>].

5. L'incidence fait référence aux nouveaux cas d'un cancer, pour un siège en particulier ou pour l'ensemble des cancers dans une population, pour une période donnée. La prévalence, quant à elle, regroupe tous les cas (pour un siège en particulier ou pour l'ensemble des cancers) dans une population, pour une période donnée, sans distinction du moment du début de la maladie.

La deuxième phase a commencé en 2013, alors que tous les RLC dans les établissements du Québec étaient fonctionnels. Les données recueillies par ceux-ci deviennent, en raison de l'ampleur de l'information clinique analysée (y compris les résultats des rapports de pathologie et l'ensemble de l'information consignée dans le dossier) et de la qualité de l'interprétation de ces informations par des archivistes médicaux qui y travaillent, la source d'information privilégiée du RQC. L'introduction de ces données a par ailleurs soulevé des questionnements sur la nécessité de conserver MED-ECHO comme source d'alimentation du registre central. Une orientation devra être prise à ce sujet au moment des travaux d'analyse de la qualité des données de l'année 2013.

En raison des changements des normes internationales et pour améliorer l'information colligée, le RQC doit être évolutif. Ainsi, depuis 2014, des informations sur le stade au moment du diagnostic et sur la première ligne de traitement sont colligées graduellement pour les principaux sièges de cancer (colorectal, poumon, prostate et sein). La refonte en 2018 des normes de l'*American Joint Committee on Cancer* apporte des changements sur la codification du stade.

2. VALIDATIONS AU RQC POUR LES ANNÉES 2011 ET 2012

En 2018, le MSSS diffusait les données d'incidence pour l'année 2011 après un travail important de validation des données. Cette validation par l'équipe du RQC a alors été effectuée pour tous les individus ayant une déclaration de tumeur d'un des principaux sièges de cancer (colorectal, poumon, prostate et sein) ou ayant certains types de cancers ciblés. Fort des constats dressés à la suite de ces travaux, l'angle d'analyse des données de l'année 2012 a été modifié en fonction de la pertinence des validations à réaliser. Donc, pour l'année 2012, seuls les individus répondant à des critères de complexité de codification ont été retenus pour les analyses de validation.

Toutefois, pour ces deux années, en plus des résultats des rapports des laboratoires de pathologie, des données supplémentaires obtenues des RLC déployés avant 2013 ont été ajoutées au système. Comme ces données découlent de l'analyse de l'ensemble du dossier clinique, elles apportent au RQC une meilleure qualité de l'information pour les établissements qui bénéficiaient d'un RLC. Elles ont ainsi permis de supprimer des tumeurs déclarées au RQC en confirmant qu'il s'agissait de tumeurs diagnostiquées antérieurement (cas prévalents) et de doublons générés par le système au cours d'une codification différente, par exemple :

- plusieurs déclarations de différentes parties adjacentes d'un organe correspondant à une même tumeur (déclaration du côlon descendant et du sigmoïde);
- plusieurs déclarations de différentes histologies correspondant à une même tumeur;
- précisions sur la latéralité pour une même tumeur (deux déclarations, l'une à gauche et l'autre à droite, pour un organe pair à la même date de diagnostic);
- précisions sur des cancers codés comme des sièges primaires inconnus.

Par ailleurs, des données pour l'année 2011 ont été obtenues des établissements du Québec qui ont un centre de radio-oncologie. Or, à la suite des analyses, l'utilisation de cette source d'information additionnelle du RQC n'a pas été profitable. Ces données se sont avérées souvent incomplètes et non uniformes, entraînant davantage de corrections et de travaux de validation. Elles n'ont donc pas été intégrées au système et elles n'ont pas été prises en considération pour déterminer l'incidence du cancer pour l'année 2012.

Les données du Fichier des décès ont également été utilisées comme source d'alimentation du RQC. Pour l'année 2011, ces données ont été intégrées au système central du RQC, mais, à la suite de l'analyse de cet ajout, les déclarations des individus déjà enregistrés dans le RQC ont dû être supprimées puisqu'elles créaient des doublons en plus de générer certaines anomalies dans le système. Seules les déclarations de cancer d'individus identifiés uniquement au décès ont été conservées. Pour l'année 2012, les informations provenant du Fichier des décès ont été comparées à celles enregistrées dans le RQC sans être intégrées dans le système central. Comme pour 2011, seuls les cas déclarés au décès ont été ajoutés au RQC. Parmi les critères obligatoires pour obtenir la « certification OR »⁶, l'organisation *North American Association of Central Cancer Registries* (NAACCR) exige des registres du cancer que le certificat de décès soit la seule source d'identification dans moins de 3 % des cas de cancer déclarés dans le registre. Pour l'année 2012, ces cas correspondent à 2,5 % des déclarations du RQC.

Finalement, au cours des travaux d'analyse de l'année 2011, des anomalies dans le traitement des données dans le système central ont été détectées et des correctifs ont été apportés. Les validations effectuées pour 2012 ont permis de constater que ces modifications ont amélioré le système d'information et de confirmer la pertinence de l'information clinique provenant des RLC.

6. NORTH AMERICAN ASSOCIATION OF CENTRAL CANCER REGISTRIES, *Certification Criteria*. [En ligne]. [<https://www.naacr.org/certification-criteria/>] (Consulté le 19 décembre 2019).

3. MÉTHODOLOGIE

Les statistiques descriptives présentées dans ce document portent sur les nouveaux cas de cancer répartis selon le sexe et le siège pour l'année 2012. Afin de comparer les données du Québec pour l'année 2012 avec celles du reste du Canada ou avec celles du Québec pour l'année 2011, des répartitions de nouveaux cas de cancer et des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) ont été calculés.

Les répartitions des cas sont exprimées en pourcentages et ceux-ci représentent, pour un siège en particulier, le nombre de nouveaux cas pour ce siège sur l'ensemble des nouveaux cas de cancer pour la même période. Une proportion plus grande pour un siège en particulier, lorsque comparée à l'année précédente, peut être interprétée comme l'effet d'un plus grand nombre de nouveaux cas pour ce siège ou d'un moins grand nombre de nouveaux cas des autres sièges.

Les TINA ont été calculés en utilisant la méthode de standardisation directe. Ces taux ainsi standardisés sont utilisés à des fins de comparaison, puisque le cancer est influencé par l'âge. Cette mesure permet de faciliter la comparaison de différentes années et unités géographiques, car elle tient compte des changements de structure d'âge des populations. La population de référence utilisée pour la normalisation des taux a été tirée de Statistique Canada (Direction du recensement et de la démographie), répartie par groupe d'âge quinquennal de la population canadienne de 2011, sexes réunis. Les TINA sont exprimés pour 100 000 personnes.

Dans le RQC, les cas de cancer sont codés selon la Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition (CIM-O-3) et ont été regroupés comme défini à l'annexe 1. L'annexe 2 présente la liste des cancers qui sont inclus dans le siège « autres cancers ». Les règles appliquées pour la codification des cancers primaires multiples sont celles du *Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER)*⁷. Pour la diffusion, les règles des cancers primaires multiples utilisées sont celles du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) (ou *International Agency for Research on Cancer (IARC)*)⁸. Ces règles permettent de standardiser le nombre de cancers retenus dans les registres chez une personne en fonction du temps et du type de cancer.

7. SURVEILLANCE, EPIDEMIOLOGY, AND END RESULTS, 2007 *Multiple Primary and Histology Coding Rules*, [En ligne].
[\[https://seer.cancer.gov/tools/mphrules/\]](https://seer.cancer.gov/tools/mphrules/).

8. CENTRE INTERNATIONAL DE RECHERCHE SUR LE CANCER, *International Rules for Multiple Primary Cancers*, 2004, [En ligne].
[\[http://www.iacr.com.fr/images/doc/MPrules_july2004.pdf\]](http://www.iacr.com.fr/images/doc/MPrules_july2004.pdf).

4. RÉSULTATS ET INTERPRÉTATION

Les tableaux 1a, 1b et 1c présentent le nombre de nouveaux cas de cancer, la répartition de nouveaux cas de cancer (%) et les TINA selon le siège tumoral et le sexe pour le Québec en 2011 et en 2012 (données provenant du RQC) ainsi que le nombre de cas estimés pour le Canada excluant le Québec en 2011 (données produites par Statistique Canada).

La répartition des cas

Selon les informations enregistrées dans le RQC, le nombre de nouveaux cas de cancer passe de 53 045 en 2011 à 53 276 en 2012, soit une augmentation de 0,4 %. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à recevoir un diagnostic de cancer (52 % comparativement à 48 %). Toutefois, le nombre total de nouveaux cas passe de 28 075 à 27 942, soit une diminution de 0,5 %. Chez les femmes, le nombre passe de 24 955 à 25 334, soit une augmentation de 1,5 %. Tant chez les hommes que chez les femmes, les trois sièges les plus fréquents contribuent à plus de 50 % des cas diagnostiqués en 2012, soit des cancers de la prostate, du poumon et colorectal pour les hommes et des cancers du sein, du poumon et colorectal pour les femmes.

La répartition des cas pour le Québec en 2012, en comparaison avec l'année 2011 :

- Chez les hommes, l'ordre des cancers les plus fréquents demeure le même : prostate, poumon et colorectal. Toutefois, le nombre de cancers de la prostate a diminué, passant de 7 708 à 7 055, représentant une moins grande part parmi l'ensemble des cancers. Le cancer colorectal se démarque aussi avec une augmentation du nombre de cas, passant de 3 379 à 3 530;
- Quant aux femmes, l'ordre des cancers les plus fréquents demeure le même : sein, poumon et colorectal. Une augmentation du nombre total de cas est notée. Plus de 200 nouveaux cas de cancers du sein et environ 130 pour le cancer du poumon contribuent notamment à cette hausse. Le cancer colorectal se démarque aussi avec une diminution du nombre de cas en 2012.

La répartition des cas pour le Québec en 2012, en comparaison avec le reste du Canada :

- Les trois sièges de cancer les plus fréquents pour les hommes en 2012 se présentent comme suit : prostate, poumon et colorectal, soit le même rang qu'ailleurs au Canada. La répartition de ces trois sièges par rapport à l'ensemble des cancers est par ailleurs assez semblable à ce qui est observé dans le reste du Canada;
- Les trois sièges de cancer les plus fréquents pour les femmes en 2012 sont les suivants : sein, poumon et colorectal, soit le même rang qu'ailleurs au Canada. La répartition de ces trois sièges par rapport à l'ensemble des cancers est par ailleurs similaire à ce qui est observé dans le reste du Canada.

Le TINA

Le TINA pour le Québec en 2012, pour 100 000 habitants, en comparaison avec l'année 2011 :

- Le TINA est de 628,3 en 2012, alors qu'il était de 624,0 en 2011;
- Chez les hommes, le TINA est de 685,3 en 2012, alors qu'il était de 672,5 en 2011. L'écart le plus important est mesuré pour le cancer de la prostate, alors que le TINA était de 182,7 en 2011 et de 171,5 en 2012. Une augmentation du TINA est notée pour le cancer colorectal, passant de 80,8 en 2011 à 86,6 en 2012.
- Chez les femmes, le TINA est de 599,5 en 2012, alors qu'il était de 581,5 en 2011. Le cancer du sein présente la plus grande différence de taux, passant de 142,6 en 2011 à 149,6 en 2012, suivi par le cancer du poumon, passant de 91,2 en 2011 à 95,8 en 2012.

Le TINA pour 100 000 habitants en comparaison avec le reste du Canada :

- Chez les hommes, le TINA pour l'ensemble des cancers est de 685,3 au Québec, alors qu'il est de 591,0 ailleurs au Canada. Lorsque les TINA sont comparés selon les sièges, les taux pour les quatre sièges tumoraux les plus fréquents chez les hommes (prostate, poumon, colorectal et vessie) sont plus élevés au Québec que dans le reste du Canada. Les écarts les plus importants sont mesurés pour les cancers du poumon et de la prostate.
- Chez les femmes, le TINA pour l'ensemble des cancers est de 599,5 au Québec, alors qu'il est de 487,1 ailleurs au Canada. Les différences les plus marquées avec les autres provinces canadiennes sont mesurées pour les cancers des trois sièges tumoraux les plus fréquents chez les femmes (sein, poumon et colorectal).

L'interprétation des résultats

La répartition des sièges de cancer au Québec pour l'année 2012, tout comme pour l'année 2011, démontre une comparabilité relative avec ce qui est observé ailleurs au Canada.

Les augmentations attendues du nombre de cas, particulièrement chez les hommes pour les cas de cancer de la prostate, semblent être attribuables à la correction appliquée aux données de l'année 2011. Avant 2011, une sous-déclaration était suspectée, puisque le FiTQ ne permettait pas de saisir ces cas de cancer non hospitalisés. Par conséquent, en 2011, une augmentation du nombre de cas de cancer a été constatée avec l'ajout d'une source d'information dans le système. La baisse du nombre de cas pour 2012 comparativement à 2011 pourrait être expliquée, du moins partiellement, par la diminution du nombre de cas prévalents et se reflète dans les TINA.

Chez les femmes, la sous-déclaration suspectée pour le FiTQ semble moins importante qu'attendu. Par ailleurs, l'augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer, particulièrement pour le cancer du sein et du poumon, suit la tendance canadienne, et elle serait en lien avec la proportion de femmes qui risque de développer un cancer du sein et du poumon dans la population, considérant leur âge. De plus, pour le cancer du poumon, les effets encourus par la consommation de tabac chez les femmes sont à prendre en considération, le tabagisme étant l'un des principaux facteurs de risque pour ce cancer⁹.

Les données tendent à montrer que les TINA pour les principaux cancers (poumon, prostate, sein et colorectal) sont plus élevés au Québec qu'ailleurs au Canada. La même tendance était observée en 2011. Les taux historiquement plus élevés d'incidence du cancer du poumon au Québec contribuent à expliquer la différence avec le reste du Canada. Outre la prévalence du tabagisme, la prévalence d'autres facteurs de risque, des variations dans la détection précoce du cancer du poumon ainsi que l'accessibilité des services pourraient contribuer aux différences de TINA observées ailleurs au Canada. Il s'avère donc difficile de différencier les variations observées attribuables aux changements de sources d'information du RQC de celles issues des différences de populations. Des analyses complémentaires devraient être effectuées afin de mieux comprendre les variations de TINA entre les données québécoises et canadiennes.

Les années 2011 et 2012 sont considérées comme des années de transition entre le FiTQ (données antérieures à 2011) et le RQC, qui aura comme source principale de données les RLC à partir de 2013. Temporairement, pour les années 2011 et 2012, l'ajout des informations provenant de tous les rapports des laboratoires de pathologie produits pour un cancer a entraîné une augmentation substantielle du nombre de déclarations pour des cas de cancer au Québec, soit par l'identification de nouveaux cas, mais aussi par la création de doublons ou par l'ajout de cas prévalents (cas diagnostiqués dans les années précédentes et qui ont été déclarés pour une première fois en 2011 ou 2012).

9. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, *Facteurs de risque du cancer du poumon*, [En ligne]. [\[https://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/risks/?region=qc\]](https://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/risks/?region=qc) (Consulté le 19 décembre 2019).

Tableau 1a : Nombre de nouveaux cas de cancer, répartition (%) et taux d'incidence normalisés (par 100 000 personnes), selon le siège tumoral en 2011 et en 2012 au Québec et comparaison avec le reste du Canada en 2012
HOMMES ET FEMMES

Sièges	2011			2012					
	Québec ¹			Québec ²			Canada ³		
	Nombre	Proportion ⁴ (%)	TINA ⁵ (par 100 000)	Nombre	Proportion ⁴ (%)	TINA ⁵ (par 100 000)	Nombre	Proportion ⁴ (%)	TINA ⁵ (par 100 000)
Poumon	8 624	16,3	100,5	8 749	16,4	102,0	18 465	13,1	69,5
Colorectal	6 317	11,9	74,0	6 391	12,0	75,1	16 855	11,9	63,4
Sein ⁶	6 126	11,5	–	6 355	11,9	–	17 715	12,6	–
Prostate ⁶	7 710	14,5	–	7 055	13,2	–	17 335	12,3	–
Vessie	2 534	4,8	29,7	2 645	5,0	31,0	6 745	4,8	25,4
Lymphome non hodgkinien	1 993	3,8	23,5	2 066	3,9	24,3	6 310	4,5	23,8
Rein	1 563	2,9	18,4	1 600	3,0	18,9	4 370	3,1	16,5
Corps de l'utérus ⁶	1 311	2,5	–	1 306	2,5	–	4 575	3,2	–
Pancréas	1 264	2,4	14,8	1 271	2,4	15,0	3 585	2,5	13,5
Thyroïde	1 455	2,7	17,7	1 650	3,1	20,0	4 775	3,4	18,0
Leucémie	1 244	2,3	14,7	1 329	2,5	15,8	4 135	2,9	15,5
Bouche	1 236	2,3	14,5	1 192	2,2	14,0	3 295	2,3	12,4
Mélanome	1 487	2,8	17,8	1 435	2,7	17,1	5 090	3,6	19,2
Estomac	857	1,6	10,1	850	1,6	10,1	2 520	1,8	9,5
Encéphale	734	1,4	8,8	770	1,4	10,1	1 985	1,4	7,4
Ovaire ⁶	659	1,2	–	630	1,2	–	2 015	1,4	–
Myélome multiple	685	1,3	8,0	760	1,4	8,9	2 015	1,4	7,6
Foie	515	1,0	6,0	589	1,1	6,9	1 680	1,2	6,3
Œsophage	450	0,8	5,3	405	0,8	4,7	1 575	1,1	5,9
Larynx	374	0,7	4,3	404	0,8	4,7	730	0,5	2,7
Col de l'utérus ⁶	373	0,7	–	423	0,8	–	1 080	0,8	–
Lymphome de Hodgkin	278	0,5	3,5	275	0,5	3,4	660	0,5	2,5
Testicule ⁶	197	0,4	–	230	0,4	–	760	0,5	–
Autres cancers ⁷	5 059	9,5	60,0	4 896	9,2	58,4	12 790	9,1	48,0
Total⁸	53 045	100,0	624,0	53 276	100,0	628,3	141 060	100,0	530,7

- Données préliminaires de 2011 extraites du RQC le 1^{er} avril 2017 (données publiées).
- Données préliminaires de 2012 extraites du RQC le 7 novembre 2019.
- Les données du Canada excluent celles du Québec et sont issues de www.statcan.gc.ca : Tableau 13-10-0747-01 (anciennement CANSIM 103 0554). Certains codes d'histologie pour la leucémie et le lymphome non hodgkinien diffèrent de ceux utilisés au Québec.
- % = nombre de nouveaux cas pour le siège de cancer par rapport au nombre total de nouveaux cas de cancer, multiplié par 100.
- TINA = Taux d'incidence normalisé selon l'âge. Population de référence : Canada 2011, groupes d'âge quinquennaux, sexes réunis.
- Pour les cancers du sein, de la prostate, du corps de l'utérus, de l'ovaire, du col de l'utérus et du testicule, se référer aux tableaux 1b et 1c.
- Autres cancers : voir l'annexe 2.
- Les données sur le nombre de nouveaux cas de cancer ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (tumeurs sans autre indication; tumeurs épithéliales sans autre indication; et carcinomes basocellulaires et spinocellulaires).

Tableau 1b : Nombre de nouveaux cas de cancer, répartition (%) et taux d'incidence normalisés (par 100 000 personnes), selon le siège tumoral en 2011 et en 2012 au Québec et comparaison avec le reste du Canada en 2012
HOMMES

Sièges	2011			2012					
	Québec ¹			Québec ²			Canada ³		
	Nombre	Proportion ⁴ (%)	TINA ⁵ (par 100 000)	Nombre	Proportion ⁴ (%)	TINA ⁵ (par 100 000)	Nombre	Proportion ⁴ (%)	TINA ⁵ (par 100 000)
Prostate	7 708	27,5	182,7	7 055	25,2	171,5	17 335	23,9	139,2
Poumon	4 656	16,6	111,3	4 649	16,6	113,9	9 550	13,2	79,0
Colorectal	3 379	12,0	80,8	3 530	12,6	86,6	9 205	12,7	76,9
Vessie	1 853	6,6	44,7	1 936	6,9	47,8	5 075	7,0	42,4
Lymphome non hodgkinien	1 060	3,8	25,6	1 128	4,0	27,6	3 530	4,9	28,6
Rein	971	3,5	23,3	968	3,5	23,6	2 745	3,8	21,9
Bouche	855	3,0	20,5	812	2,9	19,7	2 295	3,2	18,4
Mélanome	763	2,7	18,4	762	2,7	18,6	2 765	3,8	22,4
Leucémie	739	2,6	17,9	751	2,7	18,7	2 445	3,4	20,1
Pancréas	622	2,2	15,0	612	2,2	15,1	1 780	2,5	14,7
Estomac	553	2,0	13,3	541	1,9	13,4	1 595	2,2	13,1
Encéphale	396	1,4	9,7	431	1,5	10,6	1 110	1,5	8,6
Myélome multiple	379	1,3	9,1	429	1,5	10,6	1 130	1,6	9,3
Foie	379	1,3	9,1	437	1,6	10,6	1 240	1,7	9,9
Œsophage	346	1,2	8,2	315	1,1	7,7	1 200	1,7	9,7
Thyroïde	329	1,2	8,0	432	1,5	10,5	1 150	1,6	8,9
Larynx	299	1,1	7,1	321	1,1	7,8	615	0,8	5,0
Testicule	197	0,7	5,0	230	0,8	5,8	760	1,0	5,7
Lymphome de Hodgkin	155	0,6	3,9	162	0,6	4,1	365	0,5	2,7
Sein	45	0,2	1,1	59	0,2	1,5	145	0,2	1,2
Autres cancers ⁶	2 391	8,5	57,8	2 382	8,5	59,7	6 540	9,0	53,3
Total⁷	28 075	100,0	672,5	27 942	100,0	685,3	72 575	100,0	591,0

1. Données préliminaires de 2011 extraites du RQC le 1^{er} avril 2017 (données publiées).

2. Données préliminaires de 2012 extraites du RQC le 7 novembre 2019.

3. Les données du Canada excluent celles du Québec et sont issues de www.statcan.gc.ca : Tableau 13-10-0747-01 (anciennement CANSIM 103 0554). Certains codes d'histologie pour la leucémie et le lymphome non hodgkinien différent de ceux utilisés au Québec.

4. % = nombre de nouveaux cas pour le siège de cancer par rapport au nombre total de nouveaux cas de cancer, multiplié par 100.

5 : TINA = Taux d'incidence normalisé selon l'âge. Population de référence : Canada 2011, groupes d'âge quinquennaux, sexes réunis.

6. Autres cancers : voir l'annexe 2.

7. Les données sur le nombre de nouveaux cas de cancer ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (tumeurs sans autre indication; tumeurs épithéliales sans autre indication; et carcinomes basocellulaires et spinocellulaires).

Tableau 1c : Nombre de nouveaux cas de cancer, répartition (%) et taux d'incidence normalisés (par 100 000 personnes), selon le siège tumoral en 2011 et en 2012 au Québec et comparaison avec le reste du Canada en 2012
FEMMES

Sièges	2011			2012					
	Québec ¹			Québec ²			Canada ³		
	Nombre	Proportion ⁴ (%)	TINA ⁵ (par 100 000)	Nombre	Proportion ⁴ (%)	TINA ⁵ (par 100 000)	Nombre	Proportion ⁴ (%)	TINA ⁵ (par 100 000)
Sein	6 080	24,4	142,6	6 296	24,9	149,6	17 570	25,7	127,0
Poumon	3 968	15,9	91,2	4 100	16,2	95,8	8 915	13,0	62,7
Colorectal	2 938	11,8	67,6	2 861	11,3	67,3	7 650	11,2	55,4
Corps de l'utérus	1 311	5,3	30,5	1 306	5,2	30,7	4 575	6,7	32,7
Thyroïde	1 126	4,5	27,4	1 218	4,8	29,6	3 625	5,3	27,0
Lymphome non hodgkinien	931	3,7	21,6	938	3,7	22,0	2 780	4,1	19,6
Mélanome	724	2,9	17,3	673	2,7	16,1	2 325	3,4	16,8
Vessie	681	2,7	15,7	709	2,8	16,6	1 670	2,4	11,5
Ovaire	659	2,6	15,4	630	2,5	14,9	2 015	2,9	14,5
Pancréas	642	2,6	14,7	659	2,6	15,4	1 805	2,6	12,4
Rein	592	2,4	13,8	632	2,5	14,9	1 625	2,4	11,6
Leucémie	501	2,0	11,6	578	2,3	13,6	1 690	2,5	11,8
Bouche	380	1,5	8,8	380	1,5	9,0	1 000	1,5	7,1
Col de l'utérus	373	1,5	9,1	423	1,7	10,4	1 080	1,6	8,0
Encéphale	338	1,4	8,0	339	1,3	8,1	875	1,3	6,3
Myélome multiple	305	1,2	7,0	331	1,3	7,7	885	1,3	6,1
Estomac	303	1,2	7,0	309	1,2	7,3	925	1,4	6,4
Foie	136	0,5	3,1	152	0,6	3,5	440	0,6	3,0
Lymphome de Hodgkin	123	0,5	3,0	113	0,4	2,8	295	0,4	2,2
Œsophage	104	0,4	2,4	90	0,4	2,1	375	0,5	2,6
Larynx	74	0,3	1,7	83	0,3	1,9	115	0,2	0,8
Autres cancers ⁶	2 666	10,7	62,0	2 514	9,9	59,7	6 250	9,1	41,6
Total⁷	24 955	100,0	581,5	25 334	100,0	599,5	68 485	100,0	487,1

- Données préliminaires de 2011 extraites du RQC le 1^{er} avril 2017 (données publiées).
- Données préliminaires de 2012 extraites du RQC le 7 novembre 2019.
- Les données du Canada excluent celles du Québec et sont issues de www.statcan.gc.ca : Tableau 13-10-0747-01 (anciennement CANSIM 103 0554). Certains codes d'histologie pour la leucémie et le lymphome non hodgkinien diffèrent de ceux utilisés au Québec.
- % = nombre de nouveaux cas pour le siège de cancer par rapport au nombre total de nouveaux cas de cancer, multiplié par 100.
- TINA = Taux d'incidence normalisé selon l'âge. Population de référence : Canada 2011, groupes d'âge quinquennaux, sexes réunis.
- Autres cancers : voir l'annexe 2.
- Les données sur le nombre de nouveaux cas de cancer ne tiennent pas compte des cancers de la peau autres que le mélanome (tumeurs sans autre indication; tumeurs épithéliales sans autre indication; et carcinomes basocellulaires et spinocellulaires).

5. LIMITES CONCERNANT L'INTERPRÉTATION ET LA DIFFUSION DES RÉSULTATS

Les données publiées dans ce document corrigent certaines lacunes du FiTQ, mais l'utilisation de plusieurs sources pour les années 2011 et 2012 contribue possiblement à une surdéclaration du nombre de nouveaux cas de cancer. Afin de ne pas créer de confusion en mettant en circulation plusieurs versions des données d'incidence du cancer au Québec pour les années 1984 à 2010, ce sont les données du FiTQ (version de juin 2013) qui continueront à être utilisées dans les publications d'incidence pour les années antérieures à 2011. Pour les années 2011 et 2012, ce sont les données présentées dans cette publication (et dans celle portant sur les données d'incidence pour l'année 2011)¹⁰ qui seront utilisées. Les données d'incidence pour les années antérieures à 2010 ne peuvent pas être comparées aux données d'incidence pour les années 2011 et 2012 afin de réaliser une analyse de l'évolution temporelle, puisque des sources supplémentaires ont été utilisées pour ces deux années. De plus, étant donné le caractère préliminaire des résultats, l'interprétation des données d'incidence pour les années 2011 et 2012 doit être faite avec prudence.

Pour la diffusion, il est recommandé d'indiquer que les données de ces années sont préliminaires en écrivant « 2011p » et « 2012p » et d'inscrire la source de données FiTQ pour les données antérieures à 2011 et RQC pour 2011 et 2012. Il est suggéré de noter en grisé ou en ombragé les données préliminaires des années 2011 et 2012.

10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Registre québécois du cancer. Incidence du cancer pour l'année 2011 : données préliminaires et considérations méthodologiques*, Québec, Direction générale de cancérologie, 2018, 20 p. [En ligne]. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-902-36W.pdf>].

6. PROCHAINES ÉTAPES

Le traitement des données

- Au cours de rencontres tenues en mars 2018 avec les membres de la Table de concertation nationale en surveillance et les directeurs régionaux de la santé publique membres de la Table de coordination nationale en santé publique, il a été recommandé, en prenant en considération les limites de validation et de correction des données pour les années 2011 et 2012, de ne pas diffuser les données par région sociosanitaire de résidence;
- Les données de l'année 2013 seront analysées en tenant compte des dernières corrections apportées dans le système d'information. Il est prévu que les données soient alors traitées par région sociosanitaire de résidence.

La validation

- Des travaux sont en cours pour effectuer les corrections aux dernières anomalies relevées dans le système au moment de la validation des données de l'année 2012;
- Les travaux effectués pour les données de l'année 2013 seront systématisés pour procéder à la validation et à la production des données de 2013 et des années subséquentes.

L'évolution du système du RQC

- La réflexion amorcée sur la conservation de MED-ECHO comme source d'alimentation du registre central doit être poursuivie en considérant son utilisation au sein des RLC pour l'identification des nouveaux cas de cancer;
- Les systèmes d'information du RQC et des RLC doivent être adaptés pour suivre l'évolution des normes internationales pour les tumeurs diagnostiquées en 2018, particulièrement avec l'utilisation de nouvelles règles permettant de déterminer les tumeurs primaires multiples et le stade de la tumeur au moment du diagnostic;
- Les travaux portant sur l'intégration des nouvelles données sur le stade de la tumeur au moment du diagnostic ainsi que sur la première ligne de traitement doivent être réalisés pour les années 2014 et les suivantes.

CONCLUSION

L'un des objectifs au moment de la création du RQC était d'améliorer l'exhaustivité des données sur le cancer par l'ajout et le jumelage de nouvelles sources d'information. Pour les années de transition 2011 et 2012, l'ajout des résultats des rapports des laboratoires de pathologie visait notamment à corriger la sous-déclaration observée pour certains sièges dans le FiTQ. Une augmentation du nombre de nouveaux cas entre les années 2010 et 2011 avait été rapportée au moment de la publication des données d'incidence pour l'année 2011. Ces observations sont toujours valides pour l'année 2012. Cependant, cet ajout de sources de données d'incidence sous-tendait des cas prévalents non recensés au moment du diagnostic et des doublons, ce qui a nécessité d'importants travaux de validation. Une diminution du nombre de nouveaux cas pour certains sièges a aussi été constatée. Cette baisse du nombre de cas pour l'année 2012 comparativement à l'année 2011 pourrait être expliquée par l'augmentation de l'identification du nombre de cas prévalents et la diminution des doublons.

Les données d'incidence présentées témoignent des améliorations apportées. Elles sont préliminaires et elles marquent la fin d'une période de transition avant l'implantation de tous les RLC en 2013. La consolidation des cas incidents pour l'année 2013 et les suivantes causera d'autres fluctuations des données, mais elle devrait être encore plus représentative de la réalité, en raison de la transmission des données présentant une plus grande fiabilité provenant des RLC où s'effectue l'analyse de l'ensemble des données cliniques pour chaque tumeur. Des travaux se poursuivent notamment pour statuer sur certaines problématiques relevées dans le système afin d'inclure les corrections pertinentes à la diffusion des prochaines données. De plus, l'introduction des informations sur le stade au moment du diagnostic et sur le premier traitement pour certains cancers à partir de 2014 bonifiera les données du RQC, tout en répondant aux exigences nationales et internationales de tenue de registres de cancer.

Pour la population du Québec et pour le RSSS, un registre central de données sur le cancer est essentiel à l'identification des cas ainsi qu'à une meilleure connaissance de l'incidence de la maladie, de son évolution et de ses caractéristiques. De plus, ces données soutiennent la surveillance, la recherche et l'adaptation continues de l'offre de soins et de services en cancérologie.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Codes utilisés pour indiquer les sièges de cancer dans le RQC

Siège de la tumeur	Topographie (CIM-O-3)	Histologie (CIM-O-3)
Bouche	C00.x-C14.x	*
Col de l'utérus	C53.x	*
Colorectal	C18.x-C20.x et C26.0	*
Utérus	C54.x et C55.x	*
Encéphale	C70.x-C72.x	*
Estomac	C16.x	*
Foie	C22.0	*
Larynx	C32.x	*
Leucémie	Cas 1 : † Cas 2 : C42.0, C42.1 et C42.4	Cas 1 : 9733, 9742, 9800, 9801, 9805, 9820, 9826, 9831-9837, 9840, 9860, 9861, 9863, 9866, 9867, 9870-9876, 9891, 9895-9897, 9910, 9920, 9930, 9931, 9940, 9945, 9946, 9948, 9963 et 9964 Cas 2 : 9823 et 9827
Lymphome hodgkinien	†	9650-9667
Lymphome non hodgkinien	Cas 1 : † Cas 2 : †, excluant C42.0, C42.1 et C42.4	Cas 1 : 9590-9596, 9670-9719 et 9727-9729 Cas 2 : 9823 et 9827
Mélanome	C44.x	8720-8790
Myélome multiple	†	9731, 9732 et 9734
Œsophage	C15.x	*
Ovaires	C56.x	*
Pancréas	C25.x	*
Poumon	C34.x	¥
Prostate	C61.x	*
Rein	C64.x et C65.x	*
Sein	C50.x	*
Testicule	C62.x	*
Thyroïde	C73.x	*
Vessie (y compris <i>in situ</i>)	C67.x	*
Peau (sauf mélanome)	C44.x	‡

* Toutes les histologies, excluant les suivantes : 9050-9055, 9140 et 9590-9992.

† Toutes les topographies.

‡ Toutes les histologies, excluant les suivantes : 8000 à 8005, 8010 à 8046, 8050 à 8084, 8090 à 8110, 8720 à 8790, 9050 à 9055, 9140, 9590 à 9992.

¥ Toutes les histologies, excluant les suivantes : 9050-9055.

ANNEXE 2 : Cancers inclus dans le siège « autres cancers » dans le RQC

Siège de la tumeur	Topographie	Morphologie
Intestin grêle	C170-C173, C178-C179	Toutes les histologies, excluant les suivantes : 9050-9055, 9140 et 9590-9992
Anus, canal anal et anorectum	C21.0-C21.8	Toutes les histologies, excluant les suivantes : 9050-9055, 9140 et 9590-9992
Vésicule biliaire	C239	Toutes les histologies, excluant les suivantes : 9050-9055, 9140 et 9590-9992
Autres localisations du système digestif	C221, C240-C249, C268-C269, C480-C488	Toutes les histologies, excluant les suivantes : 9050-9055, 9140 et 9590-9992
Autres localisations de l'appareil respiratoire	C30.0-C30.1, C31.0-C31.9, C33.9, C38.1-C38.8, C39.0-C39.9	Toutes les histologies, excluant les suivantes : 9050-9055, 9140 et 9590-9992
Os	C40.0-C41.9	Toutes les histologies, excluant les suivantes : 9050-9055, 9140 et 9590-9992
Tissus mous (y compris le cœur)	C380, C470-C479, C490-C499	Toutes les histologies, excluant les suivantes : 9050-9055, 9140 et 9590-9992
Autres organes génitaux féminins	C51.0-C51.9, C52.9, C57.0-C58.9	Toutes les histologies, excluant les suivantes : 9050-9055, 9140 et 9590-9992
Pénis	C600-C609	Toutes les histologies, excluant les suivantes : 9050-9055, 9140 et 9590-9992
Autres organes génitaux masculins	C63.0-C63.9	Toutes les histologies, excluant les suivantes : 9050-9055, 9140 et 9590-9992
Uretere	C669	Toutes les histologies, excluant les suivantes : 9050-9055, 9140 et 9590-9992
Autres organes de l'appareil urinaire	C68.0-C68.9	Toutes les histologies, excluant les suivantes : 9050-9055, 9140 et 9590-9992
Œil et annexes	C69.0-C69.9	Toutes les histologies, excluant les suivantes : 9050-9055, 9140 et 9590-9992
Autre endocrine	C37.9, C74.0-C74.9, C75.0-C75.9	Toutes les histologies, excluant les suivantes : 9050-9055, 9140 et 9590-9992
Système hématopoïétique	C420, C421, C423, C424	8000; 9740; 9741; 9751; 9761; 9762; 9807; 9811; 9812; 9813; 9814; 9815; 9818; 9865; 9869; 9950; 9961; 9962; 9971; 9975; 9980; 9982; 9983; 9985; 9986; 9989; 9992
Mésothéliome	Toutes les topographies	9050-9055
Sarcome de Kaposi	Toutes les topographies	9140
Autres localisations et localisation mal définie	C76.0-C76.8, C77.0-C77.9, C80.9	Toutes les histologies, excluant les suivantes : 9050-9055, 9140 et 9590-9992



msss.gouv.qc.ca

