



Ministère de la Santé
et des Services sociaux

Registre québécois du cancer
Données sur l'incidence du cancer
au Québec en 2013
et principaux changements

Programme québécois de cancérologie

Édition :

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

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.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 : 978-2-550-84686-4 (version PDF)

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

REMERCIEMENTS

Le Programme québécois de cancérologie du ministère de la Santé et des Services sociaux souhaite remercier toutes les personnes qui ont contribué aux travaux du Registre québécois du cancer, particulièrement l'équipe du registre de la Régie de l'assurance maladie du Québec ainsi que toutes les personnes qui ont contribué à rendre cette publication possible, notamment les archivistes médicaux travaillant en établissement.

MOT DU DIRECTEUR NATIONAL DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE CANCÉROLOGIE

La création d'un registre de cancer de qualité est essentielle pour aider le réseau de la santé et des services sociaux à déterminer l'incidence du cancer et la répartition des nouveaux cas dans la population selon le sexe, l'âge et les milieux de vie des personnes atteintes. Un tel registre est essentiel aussi aux professionnels de la santé qui, à partir de certaines informations sur les caractéristiques des personnes atteintes et sur leurs traitements, pourront mieux ajuster l'offre de soins et de services. Créer un registre central sur le cancer, en intégrant des données historiques et de nombreuses sources de données, s'est avéré complexe. Deux années de transition, 2011 et 2012, ont été nécessaires. Un défi de taille qui semble maintenant relevé!

Le Registre québécois du cancer ou RQC se veut plus exhaustif que les autres sources de données sur le cancer, en captant plus de cas. De plus, il permet de connaître le stade du cancer au moment du diagnostic de la maladie et les caractéristiques des premiers traitements. L'ajout de variables, comme la date du diagnostic, ainsi que l'utilisation de règles d'identification et de codification conformes aux normes internationales permettent aussi une meilleure comparabilité des données avec le reste du Canada et l'Amérique du Nord.

Ultimement, l'information contenue dans le RQC, permettant de connaître le nombre de nouveaux cas diagnostiqués, le nombre de personnes vivant avec la maladie et les taux de mortalité et de survie, contribuera à mieux comprendre la situation du cancer au Québec, d'alimenter la recherche et de soutenir les actions du réseau de la santé. Ce rapport sur l'incidence du cancer au Québec en 2013 est le troisième rapport présentant les changements ayant mené à la création du RQC.

Merci aux archivistes médicaux des établissements de santé au Québec, à l'équipe du registre à la RAMQ et à celle du PQC.

Jean Latreille, MDCM, FRCPC
Directeur national

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. REGISTRE QUÉBÉCOIS DU CANCER.....	2
1.1 REGISTRES LOCAUX DE CANCER	2
1.2 FICHIER DES DÉCÈS DU REGISTRE DES ÉVÉNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES	3
1.3 DONNÉES PROVENANT D'AUTRES PROVINCES	3
2. QUALITÉ DES DONNÉES	3
2.1 PROCESSUS D'ASSURANCE QUALITÉ.....	4
2.2 AMÉLIORATIONS AUX SYSTÈMES D'INFORMATION.....	5
2.3 RETRAIT DES SÉJOURS HOSPITALIERS MED-ÉCHO	5
3. RÉSULTATS	7
3.1 RÉPARTITION DES CAS	7
3.2 TAUX D'INCIDENCE AJUSTÉS SELON L'ÂGE (TINA)	8
3.3 INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	12
CONCLUSION	13
ANNEXES	14

TERMINOLOGIE, SIGLES ET ACRONYMES

CIM-10	Classification internationale des maladies, 10 ^e édition
CIM-O-3	Classification internationale des maladies pour l'oncologie, 3 ^e édition
CIM-10-CA	Classification internationale des maladies, 10 ^e édition, adaptée à la classification de la morbidité au Canada
CN	Cadre normatif
FIPA	Fichier d'inscription des personnes assurées
FiTQ	Fichier des tumeurs du Québec
Med-Écho	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCC	Registre canadien du cancer
RLC	Registres locaux de cancer
RQC	Registre québécois du cancer
RPM	Règles de codage des tumeurs primaires multiples et de l'histologie
SEER	<i>Surveillance, Epidemiology, and End Results</i>
TINA	Taux d'incidence normalisé selon l'âge

INTRODUCTION

Le cancer est la principale cause de décès au Québec. Il est responsable d'environ un tiers de tous les décès¹. De plus, le nombre de nouveaux cas de cancer est en hausse, notamment en raison de l'augmentation et du vieillissement de la population. Vu l'importance de cette problématique de santé, il est nécessaire de pouvoir compter sur un registre qui regroupe les données sur le nombre de diagnostics de cancer posés chaque année, sur les caractéristiques des personnes atteintes, sur le siège et le stade du cancer au moment du diagnostic et sur la nature des premiers traitements offerts. Les statistiques issues d'un tel registre permettent d'assurer les activités de surveillance, par exemple le suivi du nombre de nouveaux cas de cancer et de décès par cancer, d'alimenter la recherche, de soutenir la planification des soins de santé et, ultimement, de contribuer à réduire le fardeau de la maladie.

Ce rapport présente les résultats de l'incidence du cancer au Québec pour l'année 2013, à partir des données du Registre québécois du cancer (RQC), et décrit les orientations retenues pour rendre l'information plus exhaustive, plus précise et de meilleure qualité. Le rapport servira de document de référence à la diffusion des données d'incidence du cancer au Québec pour les années 2013 à 2017.

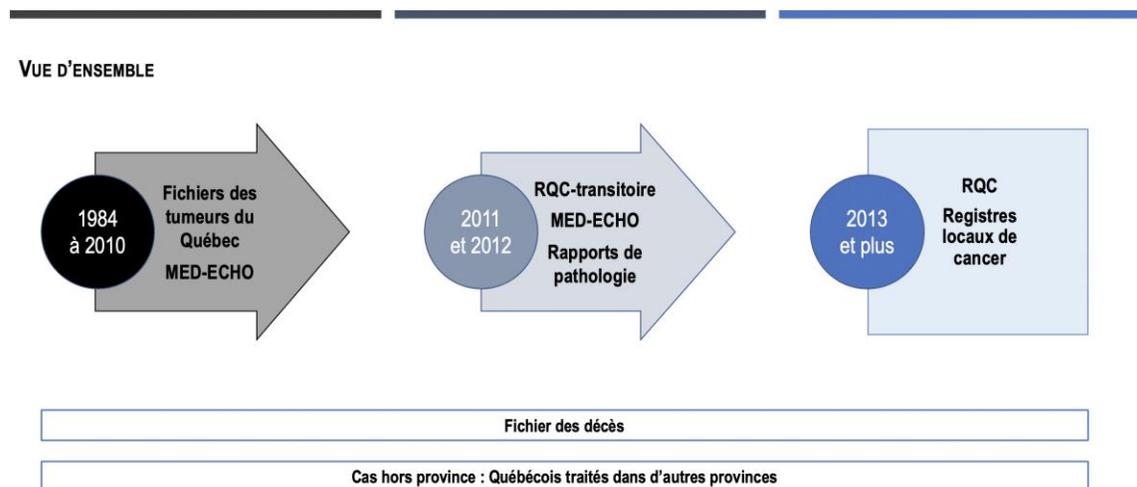
¹ MSSS, Fichiers des décès et Estimations et projections de population (produites en avril 2020), 2000 à 2013. Données issues de l'Infocentre national de santé publique.

1. REGISTRE QUÉBÉCOIS DU CANCER

Comme le révèle la figure 1, le RQC a été constitué initialement par l'intégration des données de 1984 à 2010 provenant du Fichier des tumeurs du Québec (FITQ), des données provenant du Fichier des décès et des données provenant des registres d'autres provinces. Une phase de transition a débuté pour les années 2011 et 2012 afin d'ajouter les données des rapports de pathologie provenant des laboratoires. Jusqu'en 2013, afin d'inventorier les nouveaux cas de cancer au Québec, le RQC a été principalement alimenté par les données provenant des séjours hospitaliers Med-Écho. En 2013, les Registres locaux de cancer (RLC) déployés dans les établissements du Québec offrant des soins et des services en oncologie sont venus compléter la liste des sources de données alimentant le RQC.

L'ensemble de ces sources de données permet au RQC de jouer un rôle de registre central sur le cancer en assurant la collecte de tous les nouveaux cas de cancer survenus dans la population québécoise. Les données du RQC, nécessaires à l'analyse, à l'interprétation et à la diffusion de résultats d'incidence du cancer, servent à l'amélioration des connaissances et aux activités de surveillance du cancer, notamment le suivi de son évolution selon différentes caractéristiques, et servent également à la recherche, à la planification et à l'adaptation continue des soins et des services en oncologie.

FIGURE 1 : Sources de données



1.1 REGISTRES LOCAUX DE CANCER

Les RLC implantés dans tous les établissements en 2013 sont devenus la source d'information privilégiée du RQC en raison, entre autres, des processus appliqués localement dans l'identification des nouveaux cas de cancer. Ces RLC s'appuient sur les rapports de pathologie ainsi que sur l'information provenant des listes de mise en traitement de chimiothérapie et de radiothérapie, des listes de rendez-vous en consultation externe d'oncologie, des séjours hospitaliers et de chirurgie d'un jour de Med-Écho et, dans certains cas, des rapports d'imagerie et de laboratoire.

Avec leur formation en oncologie et leur expertise, les archivistes médicaux alimentent les RLC avec l'information médicale contenue au dossier de chaque patient, après analyse et interprétation de cette information selon des critères d'admissibilité et des règles reconnues en oncologie. La saisie et le codage des données cliniques dans les registres s'effectuent, entre autres, à l'aide de guides de référence qui assurent l'uniformité, la comparabilité et la qualité des données. Une fois enregistrées et validées dans les RLC au système local d'information du RLC, les données sont transmises au système central d'information afin de constituer la banque de données du RQC. Les RLC contribuent à fournir une liste plus exhaustive des cas de cancer déclarés au Québec.

1.2 FICHER DES DÉCÈS DU REGISTRE DES ÉVÉNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

Les données du Fichier des décès du Registre des événements démographiques, qui contient les renseignements sur les décès de la population du Québec, permettent de recenser des cas de cancer lorsque la mention du cancer figure sur le certificat de décès. Les multiples causes de décès qui apparaissent sur le certificat de décès sont codées à l'aide d'un système automatisé² qui effectue la sélection de la cause initiale de décès selon les règles et directives de la 10^e édition de la Classification internationale des maladies (CIM-10). Ces codes sont ensuite convertis pour respecter la 3^e édition de la Classification internationale des maladies en oncologie (CIM-O-3) avant leur utilisation au RQC et toutes les causes de décès (initiale et secondaires) avec un diagnostic de cancer sont considérées.

Pour l'année 2013, l'intégration de ces données dans le RQC a permis d'inscrire 1 981 déclarations de nouvelles tumeurs ayant la date de décès comme date de diagnostic. Ce résultat correspondant à 4 % du nombre total de nouveaux cas est supérieur aux attentes de l'organisation *North American Association of Central Cancer Registries* (NAACCR)³. En effet, cette Association vise à ce que moins de 3 % des cas de cancer déclarés dans les registres centraux proviennent du certificat de décès. Les analyses d'assurance qualité décrites au chapitre 2 suggèrent que la proportion plus élevée de déclarations provenant du décès soit attribuable à des tumeurs diagnostiquées antérieurement, mais pour lesquelles il n'est pas possible d'obtenir l'information précise sur la date du diagnostic auprès de l'établissement ayant déclaré le décès.

1.3 DONNÉES PROVENANT D'AUTRES PROVINCES

L'obtention des données pour des Québécois diagnostiqués ou traités dans une autre province repose sur des ententes de communication convenues avec les provinces concernées et selon le cadre législatif respectif en vigueur au moment de la signature.

Pour l'année 2013, les cas de cancer de résidents du Québec diagnostiqués ou traités au Nouveau-Brunswick ont été appariés et intégrés dans le RQC à partir des rapports de pathologie transmis par cette province et codés par l'équipe du RQC. Cette source de données ne représente que 0,02 % des nouveaux cas de cancer ajoutés au RQC puisque la majorité des cas avait déjà été déclarée par un RLC du Québec.

Les données de 2013 provenant de l'Ontario n'ont cependant pu être obtenues et intégrées au RQC puisqu'une nouvelle entente permettant un tel échange devra préalablement être conclue avec cette province. Pour les années antérieures à 2013, c'est environ 250 cas par année qui ont été considérés et intégrés dans le RQC.

2. QUALITÉ DES DONNÉES

Pour jouer un rôle de registre central, le RQC doit répondre à des standards de qualité et fournir des données qui sont exhaustives, valides, complètes, accessibles et comparables. Les critères attendus de qualité font référence à la capacité du registre à collecter tous les nouveaux cas admissibles de cancer, à assurer la validité et la conformité des données sur l'individu et la tumeur selon des normes reconnues et à intégrer de nouvelles informations relatives au stade du cancer et au traitement suivi. Les données du registre doivent respecter les règles reconnues de classification et répondre aux standards de qualité canadiens, nord-américains et internationaux afin de pouvoir comparer les informations sur la population québécoise avec celles produites sur d'autres populations. Ainsi, un processus d'assurance qualité a été mis en place,

² INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Note technique - De Styx à Iris : changement du système de codage des causes de décès au Québec en 2013*, Québec, 2017, 6 p. [<https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/note-technique-de-styx-a-iris-changement-du-systeme-de-codage-des-causes-de-deces-au-quebec-en-2013.pdf>].

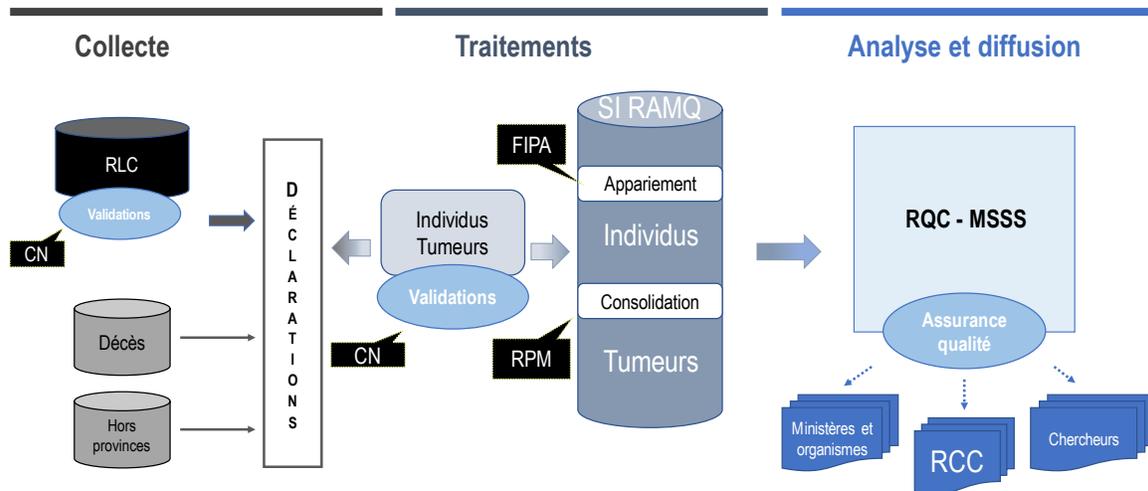
³ NORTH AMERICAN ASSOCIATION OF CENTRAL CANCER REGISTRIES. *Certification Criteria, Gold certification*. [<https://www.naaccc.org/certification-criteria/>] (consulté le 29 avril 2021).

des améliorations ont été apportées aux systèmes locaux et des orientations ont été prises sur le choix des sources de données alimentant le registre.

2.1 PROCESSUS D'ASSURANCE QUALITÉ

Afin de respecter les critères de qualité attendus, un processus d'assurance qualité (figure 2) a été développé au cours des dernières années et a conduit, entre autres, à des améliorations aux systèmes d'information locaux et central. Ce processus complexe s'applique à toutes les étapes du cheminement de la donnée, de la collecte de l'information à sa diffusion, et s'avère essentiel pour répondre aux critères de qualité du registre central.

FIGURE 2 : Processus d'assurance qualité



Dès leur entrée dans le processus, les données font l'objet de validations, par différents contrôles unitaires et de cohérence, qui sont intégrées aux systèmes locaux des RLC et au système central de la RAMQ. Ces validations, conformes au cadre normatif⁴ (CN) du RQC, sont appliquées sur les données de l'individu et sur les données de la tumeur et permettent de détecter des erreurs et de générer des messages de rétroactions aux RLC.

Des unités de traitement intégrées à un système central d'information développé et hébergé à la RAMQ assurent l'appariement des renseignements identificatoires de l'individu avec ceux contenus au Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA). Ce système a la capacité de recevoir plusieurs déclarations pour un même individu, que ces déclarations proviennent d'une même source ou de sources différentes. Par l'utilisation des données du FIPA et la création d'une clé d'appariement unique, qui repose sur le numéro d'assurance maladie de la personne et sur ses renseignements identificatoires (nom, prénom, date de naissance, sexe), les unités de traitement du système de la RAMQ déterminent si les données réfèrent au même individu. Dans la négative, un nouvel individu est ajouté au RQC.

Une fois validées et appariées à celles provenant d'autres sources, les données sur les patients et les tumeurs sont consolidées. Cette dernière étape permet de comparer les déclarations entre elles, d'évaluer l'ensemble des informations reçues des différentes sources pour une même personne et de déterminer si la donnée fait référence à une seule tumeur, à deux ou à plusieurs tumeurs chez une seule personne grâce à des algorithmes définis en fonction des règles de codage des tumeurs primaires multiples et de l'histologie (RPM)

⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Registre québécois du cancer. Cadre normatif. Partie 1 : Présentation du système d'information et description des éléments*, Québec, 2019, 159 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-902-03W.pdf>].

qui sont intégrées au système et basées sur celles produite par l'organisation *Surveillance, Epidemiology, and End Results* (SEER)⁵. Le système sélectionne alors les meilleures valeurs et inscrit le résultat de la tumeur retenue.

Le résultat est par la suite vérifié par d'autres travaux d'assurance qualité réalisés cette fois par l'équipe du RQC à partir de l'ensemble de l'information sur l'individu et la tumeur, incluant les données historiques. Ces analyses permettent de garantir qu'il s'agit d'une, deux ou plusieurs tumeurs pour l'année et complètent la validation des données cliniques préalablement consolidées par le système de la RAMQ.

Pour compléter l'assurance qualité des données pour l'année 2013, des travaux d'analyse ont été menés afin de déterminer si une surdéclaration de cancer était possible selon les données consolidées sur les tumeurs provenant des différentes sources (RLC, Med-Écho et fichier des décès) et sur certains sièges de tumeur. Durant ces travaux, des différences ont aussi été notées dans la disponibilité des données au dossier médical selon le lieu où le diagnostic a été posé ou encore le lieu où le traitement a été réalisé. Parfois, l'information est limitée et a un impact sur la codification de la tumeur. Comme il s'agit de la première année de l'implantation des RLC, l'interprétation et l'application des RPM et des critères d'admissibilité des cas comme l'utilisation de la terminologie parfois ambiguë ont pu également influencer les résultats sur les tumeurs. Bien que ces règles aient été intégrées et bien qu'elles répondent aux standards et aux normes reconnues, le système n'est pas toujours en mesure de distinguer les subtilités de la codification. Les analyses ont ainsi permis de préciser certaines données, par exemple celles sur la topographie ou la morphologie de la tumeur, et aussi de retirer des déclarations en double en vérifiant s'il s'agit de deux cancers du même siège, par exemple une tumeur au sein droit et au sein gauche ou une tumeur colorectale avec des topographies proximales ou des morphologies différentes. Ces corrections et précisions aux données sur la tumeur ont contribué à améliorer l'information sur l'incidence.

2.2 AMÉLIORATIONS AUX SYSTÈMES D'INFORMATION

La qualité des données a également été rehaussée par des améliorations apportées aux systèmes d'information, comme l'uniformisation des systèmes locaux d'information et la fusion des banques de données de certains RLC. Ces améliorations ont permis de retirer à la source certains doublons et d'apporter des corrections aux déclarations de tumeurs à la suite de la révision du dossier médical. Ces corrections ont été transmises au système central d'information de la RAMQ.

2.3 RETRAIT DES SÉJOURS HOSPITALIERS MED-ÉCHO

La banque de données sur les séjours hospitaliers Med-Écho a constitué, dès les années 1980 jusqu'en 2010, la principale source d'information du FiTQ. Des études réalisées en 2003⁶ et en 2007⁷ avaient estimé que les données inscrites dans Med-Écho sur les personnes hospitalisées avec un diagnostic de cancer ou traitées en chirurgie d'un jour entraînaient une sous-estimation du nombre de tumeurs, particulièrement pour certains sièges ne pouvant être répertoriés par cette source, comme le cancer de la prostate ou le mélanome. L'ajout des données provenant des rapports de pathologie pour la période transitoire 2011 et 2012 et l'intégration des données des RLC visaient à corriger cette sous-estimation, mais aucune analyse de l'impact de la source Med-Écho sur les données d'incidence du cancer n'avait été menée pour l'année 2013.

⁵ SURVEILLANCE, EPIDEMIOLOGY, AND END RESULTS. *Multiple Primary and Histology Coding Rules*, 2007 [<https://seer.cancer.gov/tools/mphrules/>] (consulté le 29 avril 2021).

⁶ Brisson et coll. *Évaluation de l'exhaustivité du Fichier des Tumeurs du Québec fonctionnant avec le système de collecte*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2003, 33 p. [<https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/217-RapportExhaustiviteRegistreCancers.pdf>].

⁷ Vézina et coll. *Projet pilote : Rehaussement du Fichier des Tumeurs du Québec*, Institut national de santé publique du Québec, Québec, 2007, 96 p. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/663-rehaussement_ftq.pdf].

Afin d'évaluer la nécessité de conserver la source Med-Écho au RQC, des analyses ont été réalisées à partir des données sur les tumeurs déclarées en 2013. L'évaluation des déclarations de tumeurs colligées par Med-Écho et par les RLC a mis en lumière les caractéristiques de ces deux systèmes d'information et, plus spécifiquement, leur impact sur les résultats d'incidence (tableau 1).

TABLEAU 1 : Caractéristiques des sources de données Med-Écho et RLC et impacts sur les résultats d'incidence

	Med-Écho	RLC	Impacts
Fonctions	Collecte des renseignements clinico-administratifs sur le séjour hospitalier.	Collecte des renseignements sur les nouveaux cas de cancer.	Les données Med-Écho de chaque séjour hospitalier sont codées individuellement alors que celles du RLC proviennent de l'ensemble du dossier et permettent de ne coder que les nouveaux diagnostics de cancer.
Cadre normatif	Description des variables spécifiques à Med-Écho.	Description des variables spécifiques au RQC.	Utilisation de définitions différentes, par exemple les dates d'admission et de départ dans Med-Écho ont une description différente de la date du diagnostic.
Critères d'admissibilité	Diagnosics inscrits sur la feuille sommaire.	Nouveau cancer selon le type, les normes et les termes ambigus	Surdéclaration : cas déclarés par Med-Écho lors d'une hospitalisation, mais non retenus par le RLC lors de l'analyse du dossier.
Codification	Analyse du séjour hospitalier ou d'une chirurgie d'un jour. Classification CIM-10-CA. Utilisation de directives spécifiques.	Analyse de l'ensemble du dossier. Classification CIM-O-3. Utilisation des règles standardisées et spécifiques aux registres des tumeurs.	Doublons : une tumeur codée différemment par les deux sources génère deux tumeurs au RQC au lieu d'une seule.

Les analyses sur les impacts ont révélé qu'environ 15 % des nouveaux cas déclarés au RQC proviennent uniquement de Med-Écho. Toutefois, certains cas codés lors du séjour hospitalier peuvent être associés à des métastases, à des récurrences ou à des suspicions de cancer. Ces tumeurs ne correspondent pas à la définition de nouveaux cas ou de cas admissibles pour le RLC et, par conséquent, ils ne satisfont pas les critères d'inclusion au RQC. Par ailleurs, une tumeur déclarée par Med-Écho et par un RLC, mais codée différemment, peut générer des tumeurs en double dans le RQC. Les analyses spécifiques ont démontré que, pour chaque cas, il s'agit de la même tumeur et que, en retirant la déclaration de Med-Écho, une seule tumeur demeure au RQC.

Malgré la diminution prévisible du nombre total de nouveaux cancers pour l'année 2013, dans un objectif d'améliorer la validité des données du RQC et en considérant la qualité des données provenant des RLC, la décision de retirer les déclarations de tumeurs provenant des séjours hospitaliers Med-Écho comme l'une des sources de données du RQC a été prise pour les données des années 2013 et suivantes. Cependant, Med-Écho demeure l'une des sources utilisées par les RLC pour l'identification des nouveaux cas.

3. RÉSULTATS

Les données inscrites aux tableaux 2A, 2B et 2C présentent le nombre de nouveaux cas de cancer chez les hommes et chez les femmes, selon le siège de la tumeur, ainsi que la répartition de ces cas et les taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA). Les résultats sont ventilés pour le Québec en 2012 et en 2013 ainsi que pour le Canada excluant le Québec en 2013 (Statistique Canada).

3.1 RÉPARTITION DES CAS

Selon les informations enregistrées dans le RQC, le nombre de nouveaux cas de cancer pour l'année 2013 est de 49 140.

FIGURE 3 : Nombre et proportion (%) des nouveaux cas de cancer au Québec en 2013, selon le sexe



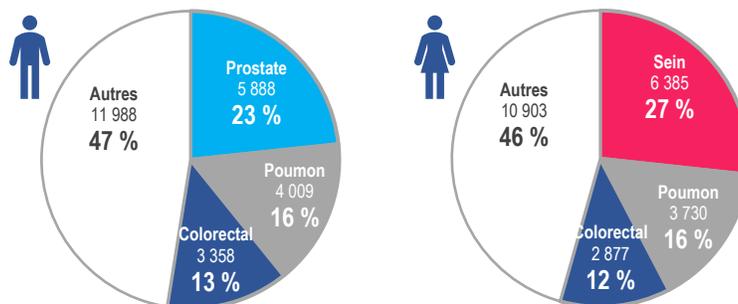
Source : MSSS, RQC 2013, données extraites le 10 mai 2021.

En 2013, les hommes ont été plus nombreux à recevoir un diagnostic de cancer dans une proportion de 51 % comparativement à 49 % pour les femmes (figure 3). Tant chez les hommes que chez les femmes, les trois sièges les plus fréquents contribuent à plus de 50 % des cas diagnostiqués, soit le cancer de la prostate, le cancer du poumon et le cancer colorectal pour les hommes et le cancer du sein, le cancer du poumon et le cancer colorectal pour les femmes (figure 4).

Incidence : Nouveaux cas de cancer comptabilisés pour une période donnée, soit une année. L'information est présentée en « nombre » pour porter un regard sur la réalité du nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués au Québec.

Proportion (%) : Rapport d'un sous-ensemble à un ensemble plus grand, par exemple le « sous-ensemble » de nouveaux cas de cancer du sein sur « l'ensemble » de tous les nouveaux cas de cancer.

FIGURE 4 : Répartition (%) des sièges de cancer les plus fréquents au Québec en 2013, selon le sexe



Source : MSSS, RQC 2013, données extraites le 10 mai 2021.

En comparaison avec les données du Canada (excluant le Québec), les nouveaux cas de cancer pour le Québec en 2013 se répartissent ainsi :



Les trois sièges de cancer les plus fréquents chez les hommes en 2013 sont le cancer de la prostate, le cancer du poumon et le cancer colorectal, soit les mêmes qu'ailleurs au Canada bien que leur rang diffère. Au Québec, une plus forte proportion de cancer du poumon attire l'attention, soit 16 % de cas de cancer du poumon par rapport à l'ensemble des cancers, comparativement à 13 % au Canada. Une plus forte proportion de cancer de la prostate est aussi notée (tableau 2B).

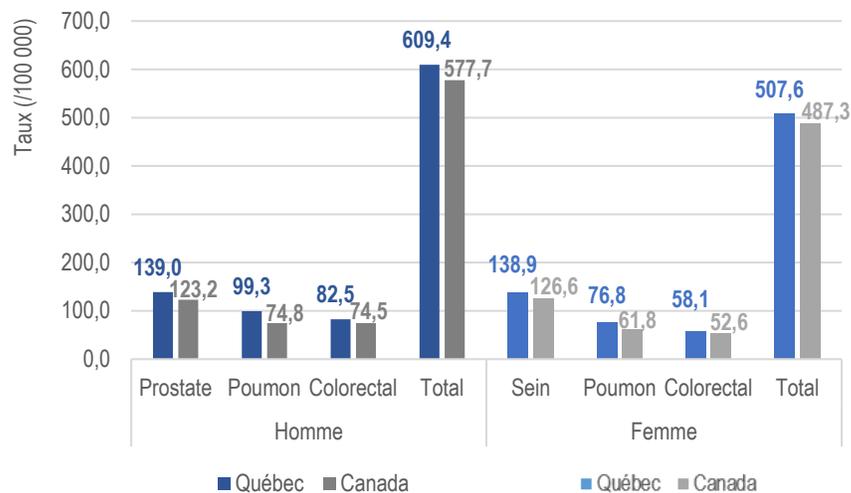


Les trois sièges de cancer les plus fréquents chez les femmes en 2013 sont le cancer du sein, le cancer du poumon et le cancer colorectal, et ce, selon le même rang qu'ailleurs au Canada. Comme pour les hommes, une plus forte proportion de cancer du poumon est observée avec 16 % pour ce cancer par rapport à l'ensemble des cancers, comparativement à 13 % au Canada. La proportion de cancer colorectal et de cancer du sein est aussi plus élevée comparativement à l'ensemble des cancers (tableau 2C).

3.2 TAUX D'INCIDENCE AJUSTÉS SELON L'ÂGE (TINA)

La figure 6 permet de comparer les TINA pour 100 000 personnes au Québec avec ceux au Canada.

Figure 6 : Taux d'incidence normalisés (par 100 000 personnes) pour les sièges de cancer les plus fréquents, selon le sexe, pour le Québec et le Canada (excluant le Québec) en 2013



Source : MSSS, RQC 2013, données extraites le 10 mai 2021.



Chez les hommes, le TINA pour l'ensemble des cancers est de 609,4 par 100 000 personnes au Québec, alors qu'il est de 577,7 ailleurs au Canada. Lorsque les TINA sont comparés selon les sièges, les taux pour les trois sièges tumoraux les plus fréquents chez les hommes (cancer de la prostate, cancer du poumon et cancer colorectal) sont plus élevés

TINA : Taux d'incidence normalisé selon l'âge, exprimé pour 100 000 personnes. Par définition, un taux se rapporte à un nombre d'événements observés durant une période donnée (pour le numérateur), considérant la population soumise à ces événements (pour le dénominateur).

Comme le cancer est une problématique dont les taux augmentent avec l'âge, il importe de normaliser (ou standardiser) les taux en fonction de l'âge. La méthode de standardisation directe a été utilisée, ce qui permet d'ajuster les taux bruts selon la structure d'âge d'une population de référence, soit celle du Canada 2011 (par groupes d'âge quinquennaux).

au Québec qu'ailleurs au Canada. Les écarts les plus importants sont mesurés pour les cancers du poumon et de la prostate (tableau 2B).



Chez les femmes, le TINA pour l'ensemble des cancers est de 507,6 par 100 000 personnes au Québec, alors qu'il est de 487,3 ailleurs au Canada. Les différences les plus marquées sont mesurées pour les cancers des trois sièges les plus fréquents chez les femmes : cancer du sein, cancer du poumon et cancer colorectal (tableau 2C).

TABLEAU 2A : Nombre de nouveaux cas de cancer, répartition (%) et taux d'incidence normalisés (par 100 000 personnes) selon le siège tumoral en 2012 et en 2013 au Québec et en 2013 pour le reste du Canada

HOMMES ET FEMMES

Sièges	2012			2013					
	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	8 749	16,4	102,0	7 740	15,8	85,0	18 390	12,8	67,2
Sein ⁶	6 355	11,9	-	6 451	13,1	-	18 080	12,6	-
Colorectal	6 391	12,0	75,1	6 236	12,7	68,9	17 000	11,9	62,2
Prostate ⁶	7 055	13,2	-	5 888	12,0	-	15 820	11,1	-
Vessie	2 645	5,0	31,0	2 498	5,1	27,5	7 025	4,9	25,7
Lymphome non hodgkinien	2 066	3,9	24,3	1 927	3,9	21,4	6 635	4,6	24,4
Thyroïde	1 650	3,1	20,0	1 521	3,1	17,8	4 795	3,4	17,8
Rein	1 600	3,0	18,9	1 406	2,9	15,7	4 335	3,0	15,9
Mélanome	1 435	2,7	17,1	1 300	2,6	14,6	5 605	3,9	20,6
Corps de l'utérus ⁶	1 306	2,5	-	1 261	2,6	-	4 575	3,2	-
Pancréas	1 271	2,4	15,0	1 248	2,5	13,8	3 920	2,7	14,3
Bouche	1 192	2,2	14,0	1 175	2,4	12,9	3 540	2,5	13,0
Leucémie	1 329	2,5	15,8	1 134	2,3	12,5	4 460	3,1	16,4
Estomac	850	1,6	10,1	844	1,7	9,3	2 555	1,8	9,4
Myélome multiple	760	1,4	8,9	744	1,5	8,2	2 110	1,5	7,7
Encéphale	770	1,4	10,1	687	1,4	7,8	2 075	1,4	7,3
Ovaire ⁶	630	1,2	-	639	1,3	-	2 190	1,5	-
Foie	589	1,1	6,9	521	1,1	5,8	1 770	1,2	6,5
Œsophage	405	0,8	4,7	432	0,9	4,7	1 565	1,1	5,7
Larynx	404	0,8	4,7	359	0,7	3,9	730	0,5	2,7
Col de l'utérus ⁶	423	0,8	-	335	0,7	-	1 060	0,7	-
Lymphome de Hodgkin	275	0,5	3,4	272	0,6	3,2	715	0,5	2,7
Testicule ⁶	230	0,4	-	230	0,5	-	775	0,5	-
Autres cancers ⁷	4 896	9,2	58,4	4 292	8,7	47,8	13 395	9,4	48,9
Total ⁸	53 276	100,0	440,3	49 140	100,0	381,0	143 120	100,0	368,4

1 Données de 2012 (période de transition) extraites du RQC le 6 novembre 2019 (données publiées).

2 Données de 2013 extraites du RQC le 10 mai 2021.

3 Données du Canada, excluant celles du Québec, issues de www.statcan.gc.ca : Tableau : 13-10-0747-01 (anciennement CANSIM 103-0554) du site de Statistique Canada. Certains codes d'histologie pour la leucémie et le lymphome non hodgkinien diffèrent 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 Taux d'incidence normalisés selon l'âge. Population de référence : Canada 2011, groupes d'âge quinquennaux, sexes réunis.

6 Voir les tableaux 2B et 2C.

7 Voir l'annexe 2.

8 Exclusion des cancers de la peau autres que le mélanome (tumeurs sans autre indication, tumeurs épithéliales sans autre indication et carcinomes basocellulaires et spinocellulaires).

TABLEAU 2B : Nombre de nouveaux cas de cancer, répartition (%) et taux d'incidence normalisés (par 100 000 personnes) selon le siège tumoral en 2012 et en 2013 au Québec et en 2013 pour le reste du Canada

HOMMES

Sièges	2012			2013					
	Québec ¹			Québec ²			Canada ³		
	Nombre	Proportion (%)	TINA ⁵ (par 100 000)	Nombre	Proportion (%)	TINA ⁵ (par 100 000)	Nombre	Proportion (%)	TINA ⁵ (par 100 000)
Prostate	7 055	25,2	171,5	5 888	23,3	139,0	15 820	21,7	123,2
Poumon	4 649	16,6	113,9	4 009	15,9	99,3	9 345	12,8	74,8
Colorectal	3 530	12,6	86,6	3 358	13,3	82,5	9 350	12,8	74,5
Vessie	1 936	6,9	47,8	1 908	7,6	47,8	5 365	7,4	43,5
Lymphome non hodgkinien	1 128	4,0	27,6	1 076	4,3	26,1	3 655	5,0	29,0
Rein	968	3,5	23,6	912	3,6	21,9	2 765	3,8	21,4
Bouche	812	2,9	19,7	803	3,2	18,9	2 465	3,4	19,0
Mélanome	762	2,7	18,6	685	2,7	16,3	2 970	4,1	23,5
Leucémie	751	2,7	18,7	659	2,6	16,1	2 630	3,6	21,0
Pancréas	612	2,2	15,1	650	2,6	16,4	2 010	2,8	16,1
Estomac	541	1,9	13,4	527	2,1	13,2	1 640	2,2	13,2
Myélome multiple	429	1,5	10,6	403	1,6	9,7	1 240	1,7	10,0
Encéphale	431	1,5	10,6	394	1,6	9,5	1 185	1,6	9,2
Foie	437	1,6	10,6	388	1,5	9,4	1 315	1,8	10,3
Thyroïde	432	1,5	10,5	388	1,5	9,2	1 170	1,6	8,9
Œsophage	315	1,1	7,7	318	1,3	7,7	1 190	1,6	9,4
Larynx	321	1,1	7,8	301	1,2	7,1	625	0,9	4,9
Testicule	230	0,8	5,8	230	0,9	5,7	775	1,1	5,8
Lymphome de Hodgkin	162	0,6	4,1	148	0,6	3,5	410	0,6	3,1
Sein	59	0,2	1,5	66	0,3	1,6	140	0,2	1,1
Autres cancers ⁶	2 382	8,5	59,7	2 132	8,4	48,6	6 895	9,5	55,8
Total ⁷	27 942	100,0	685,3	25 243	100,0	609,4	72 960	100,0	577,7

1 Données de 2012 (période de transition) extraites du RQC le 6 novembre 2019 (données publiées).

2 Données de 2013 extraites du RQC le 10 mai 2021.

3 Données du Canada, excluant celles du Québec, issues de www.statcan.gc.ca : Tableau : 13-10-0747-01 (anciennement CANSIM 103-0554) du site de Statistique Canada. Certains codes d'histologie pour la leucémie et le lymphome non hodgkinien diffèrent 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 Taux d'incidence normalisés selon l'âge. Population de référence : Canada 2011, groupes d'âge quinquennaux, sexes réunis.

6 Voir l'annexe 2.

7 Exclusion des cancers de la peau autres que le mélanome (tumeurs sans autre indication, tumeurs épithéliales sans autre indication et carcinomes basocellulaires et spinocellulaires).

TABLEAU 2C : Nombre de nouveaux cas de cancer, répartition (%) et taux d'incidence normalisés (par 100 000 personnes), selon le siège tumoral en 2012 et en 2013 au Québec et en 2013 pour le reste du Canada

FEMMES

Sièges	2012			2013					
	Québec ¹			Québec ²			Canada ³		
	Nombre	Proportion (%)	TINA ⁵ (par 100 000)	Nombre	Proportion (%)	TINA ⁵ (par 100 000)	Nombre	Proportion (%)	TINA ⁵ (par 100 000)
Sein	6 296	24,9	149,6	6 385	26,7	138,9	17 940	25,6	126,6
Poumon	4 100	16,2	95,8	3 730	15,6	76,8	9 045	12,9	61,8
Colorectal	2 861	11,3	67,3	2 877	12,0	58,1	7 650	10,9	52,6
Corps de l'utérus	1 306	5,2	30,7	1 261	5,3	26,6	4 575	6,5	32,2
Thyroïde	1 218	4,8	29,6	1 133	4,7	26,5	3 625	5,2	26,6
Lymphome non hodgkinien	938	3,7	22,0	851	3,6	17,6	2 980	4,2	20,5
Ovaire	630	2,5	14,9	639	2,7	13,8	2 190	3,1	15,3
Pancréas	659	2,6	15,4	598	2,5	11,9	1 910	2,7	12,7
Mélanome	673	2,7	16,1	615	2,6	13,6	2 635	3,8	18,5
Vessie	709	2,8	16,6	590	2,5	11,9	1 660	2,4	11,1
Rein	632	2,5	14,9	494	2,1	10,5	1 570	2,2	10,9
Leucémie	578	2,3	13,6	475	2,0	9,6	1 830	2,6	12,6
Bouche	380	1,5	9,0	372	1,6	7,8	1 075	1,5	7,4
Myélome multiple	331	1,3	7,7	341	1,4	6,9	870	1,2	5,9
Col de l'utérus	423	1,7	10,4	335	1,4	7,8	1 060	1,5	7,7
Estomac	309	1,2	7,3	317	1,3	6,3	915	1,3	6,2
Encéphale	339	1,3	8,1	293	1,2	6,3	890	1,3	6,3
Foie	152	0,6	3,5	133	0,6	2,7	455	0,6	3,1
Lymphome de Hodgkin	113	0,4	2,8	124	0,5	2,9	305	0,4	2,2
Œsophage	90	0,4	2,1	114	0,5	2,2	375	0,5	2,5
Larynx	83	0,3	1,9	58	0,2	1,2	105	0,1	0,8
Autres cancers ⁶	2 514	9,9	59,7	2 160	9,0	48,0	6 500	9,3	43,8
Total ⁷	25 334	100,0	599,5	23 895	100,0	507,6	70 160	100,0	487,3

1 Données de 2012 (période de transition) extraites du RQC le 6 novembre 2019 (données publiées).

2 Données de 2013 extraites du RQC le 10 mai 2021.

3 Données du Canada, excluant celles du Québec, issues de www.statcan.gc.ca : Tableau : 13-10-0747-01 (anciennement CANSIM 103-0554) du site de Statistique Canada. Certains codes d'histologie pour la leucémie et le lymphome non hodgkinien diffèrent 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 Taux d'incidence normalisés selon l'âge. Population de référence : Canada 2011, groupes d'âge quinquennaux, sexes réunis.

6 Voir l'annexe 2.

7 Exclusion des cancers de la peau autres que le mélanome (tumeurs sans autre indication, tumeurs épithéliales sans autre indication et carcinomes basocellulaires et spinocellulaires).

3.3 INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Considérant les données d'incidence pour les années 2011 et 2012 publiées antérieurement, les données sur l'incidence du cancer pour l'année 2013 sont le reflet des changements et des améliorations effectuées au RQC avec l'implantation des RLC au Québec et l'intégration de leurs données. L'analyse complète du dossier médical pour l'identification des nouveaux cas de cancer, l'application des règles reconnues et l'uniformisation de la codification, l'utilisation de critères d'admissibilité des cas ainsi que les validations intégrées aux systèmes locaux et centraux d'information assurent une meilleure qualité des données et une meilleure comparabilité des cas. Les corrections et les précisions apportées aux données sur la tumeur à la suite des analyses réalisées préalablement à cette publication complètent l'amélioration de l'information sur l'incidence.

Cependant, les résultats d'incidence obtenus ne peuvent être comparés aux résultats de 2012⁸ (tableaux 2A, 2B, 2C) et de 2011⁹, ces deux années étant considérées comme des années de transition pour le RQC. Les différences notées pour 2011 et 2012 par rapport à 2013 proviennent essentiellement des sources de données utilisées (séjours hospitaliers Med-Écho ou laboratoires de pathologie), des processus d'identification des cas (critères d'admissibilité) et des règles de codification.

Les données pour l'année 2013 tendent à montrer que les TINA pour les sièges de cancer les plus fréquents (cancer du poumon, cancer de la prostate, cancer du sein et cancer colorectal) sont plus élevés au Québec qu'ailleurs au Canada. La répartition des sièges de cancer au Québec pour cette même année démontre une comparabilité relative avec ce qui est observé ailleurs au Canada, bien que la part des nouveaux cas de cancer du poumon soit plus importante au Québec, et ce, autant pour les hommes que pour les femmes.

⁸ 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*, Québec, 2020, 22 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-902-11W.pdf>].

⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Registre québécois du cancer. Incidence du cancer au Québec pour l'année 2011 : données préliminaires et considérations méthodologiques*, Québec, 2018, 25 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-902-36W.pdf>].

CONCLUSION

Un registre central regroupant l'information sur les nouveaux cas de cancer est essentiel afin de mieux connaître l'incidence de la maladie, son évolution et ses caractéristiques, et ce, pour soutenir les activités de surveillance, la recherche et l'adaptation continue de l'offre de soins et de services en oncologie. La création du RQC et l'implantation des RLC dans tous les établissements à partir de 2013 étaient donc nécessaires pour améliorer l'exhaustivité des déclarations de nouveaux cas de cancer, pour rehausser la qualité de l'information recueillie et pour assurer le respect des normes internationales reconnues. L'intégration des données historiques et des nombreuses sources de données s'est avérée une activité plus complexe que prévu.

Pour l'année 2013, 49 140 nouveaux cas de cancer ont été enregistrés dans le RQC. Ces données d'incidence marquent la première année d'implantation des RLC dans les établissements du réseau de cancérologie au Québec. L'amélioration de la qualité des données et une meilleure identification des nouveaux cas avec l'analyse de l'ensemble du dossier médical des personnes atteintes de la maladie sont le reflet des changements apportés et des travaux d'assurance qualité réalisés.

Une seule année de données rend difficile l'interprétation des résultats sur l'état de santé de la population. Toutefois, les taux d'incidence pour les années 2014 et les suivantes, en comparaison avec les données antérieures, apporteront une meilleure connaissance de l'incidence du cancer au Québec.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Sièges de la tumeur ou regroupements, codes de topographie et d'histologie utilisés dans le RQC

Siège de la tumeur ou regroupement	Codes de topographie (CIM-O-3)	Codes d'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 et C42.1	Cas 1 : 9742, 9800, 9801, 9806-9809, 9820, 9826, 9831, 9833-9834, 9840, 9860-9861, 9863, 9865-9867, 9869-9876, 9891, 9895-9898, 9910-9911, 9920, 9930-9931, 9940, 9945-9946, 9948, 9963-9964 Cas 2 : 9727, 9811-9818, 9823, 9827 et 9837
Lymphome hodgkinien	†	9650-9653, 9655, 9659, 9663 Cas 1 : 9590-9597, 9671, 9673, 9678-9680, 9687-9691, 9695, 9698-9702, 9705, 9708-9709, 9712, 9714, 9716-9719, 9724-9726, 9735, 9737- 9738 et 9761 Cas 2 : 9727, 9811-9818, 9823, 9827 et 9837
Lymphome non hodgkinien	Cas 1 : † Cas 2 : †, excluant C42.0 et C42.1	8720-8790 9731, 9732 et 9734
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 (mésothéliome), 9140 (sarcome de Kaposi) et 9590-9992 (leucémie, lymphome et myélome multiple).

† Toutes les topographies.

‡ Toutes les histologies, excluant les suivantes : 8720 à 8790 (mélanome) et 9140 (sarcome de Kaposi).

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

ANNEXE 2 : Sièges de la tumeur ou regroupements inclus dans « autres cancers » dans le RQC

Siège de la tumeur ou regroupement	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
Uretère	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
Systèmes hématopoïétique et lymphoïde	Toutes les topographies	8000, 9740, 9741, 9751, 9755-9759, 9762, 9766, 9950, 9961, 9962, 9965-9967, 9971, 9975, 9980, 9982-9983, 9985-9986, 9989, 9991-9992
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

