

# Rapport annuel suisse sur la qualité des données (aDQR)

## Année de diagnostic la plus récente : 2021

Décembre 2024

### Introduction

Le rapport annuel sur la qualité des données (aDQR) présente et commente la qualité des données des registres du cancer au niveau national. Il sert de documentation sur la qualité des données pour accompagner les statistiques nationales sur le cancer, ainsi que pour les tiers qui utilisent les données nationales sur le cancer (National Cancer Dataset, NCD).

L'Agence nationale pour l'enregistrement du cancer (ONEC) regroupe les données de base et les données supplémentaires sur le cancer provenant de tous les registres cantonaux des tumeurs (RCT) en un seul ensemble de données nationales sur le cancer (NCD). Pour garantir la qualité élevée des données du NCD, l'ONEC effectue différentes évaluations qualitatives et procède également à une comparaison systématique des indicateurs de qualité (IQ) entre les RCT. Afin d'identifier les résultats non plausibles, des analyses des valeurs aberrantes ainsi que des comparaisons avec des valeurs de référence internationalement reconnues sont effectuées. Les résultats des analyses comparatives de la qualité des données sont compilés dans l'aDQR et sont discutés avec les RCT afin que les registres puissent suivre et interpréter l'évolution de la qualité de leurs propres données au fil du temps.

L'aDQR 2021 compare l'année de diagnostic 2021, ou les années 2020-2021, avec les années précédentes (2014 et suivantes). Il est basé sur les données de treize RCT en Suisse, qui couvrent environ 90 % de la population suisse totale pour la période 2014 - 2019. À partir de 2020, l'exhaustivité sera de 100 % (après l'introduction de la loi nationale sur l'enregistrement des maladies oncologiques, LEMO).

### Conclusion

Les résultats montrent la grande qualité générale des données détenues par les registres des tumeurs en Suisse.

L'exhaustivité du recensement des cas et l'exactitude des informations enregistrées ont été jugées élevées par rapport à d'autres pays européens.

L'exhaustivité des informations sur les cas s'est considérablement améliorée au fil du temps et est élevée pour la majorité des informations enregistrées à partir de l'année d'incidence 2020. Les périodes de diagnostic pour lesquelles les informations sont suffisantes pour la surveillance nationale du cancer ont été identifiées.

La comparabilité des enregistrements a été évaluée dans le groupe relativement homogène du cancer du poumon métastasé en ce qui concerne les méthodes conduisant à la détection du cancer. Alors que la moyenne suisse est comparable aux résultats des études internationales, une certaine hétérogénéité a été constatée entre les registres.

On a constaté que l'intervalle entre le diagnostic et l'enregistrement se raccourcissait au cours des années de diagnostic consécutives, en particulier depuis l'introduction de la LEMO.



## **A. Indicateurs de qualité (IQ) : Exhaustivité de la vérification des cas**

L'exhaustivité de la vérification des cas (ou de la recherche de cas) permet d'évaluer si tous les diagnostics de cancer à déclarer dans une population définie ont été enregistrés dans les bases de données des registres des tumeurs.

### **A1. Nombre de diagnostics enregistrés et attendus ("tendance historique")**

Le nombre observé de diagnostics enregistrés pour 2021 a été comparé au nombre attendu de diagnostics de cancer en 2021. Cette prévision est basée sur la tendance historique modélisée des taux sous-jacents pour la période 2014-2020 et projetée jusqu'en 2021.

[Link to table 1: observed and expected diagnoses in 2021](#)

#### Interprétation :

Les chiffres d'incidence enregistrés pour 2021 sont restés dans les intervalles de confiance des chiffres d'incidence extrapolés pour tous les types de cancer analysés. Ce résultat est également valable pour chaque RCT (registre cantonal du cancer) séparément. Il n'y a donc pas d'indication d'une éventuelle sous-estimation des diagnostics pour l'année 2021 au niveau national.

### **A2. Ratio mortalité-incidence (Mortality Incidence Ratio MIR)**

Le MIR compare le nombre de nouveaux cas de cancer enregistrés dans une région et une période spécifique et le nombre de décès dus au cancer dans la même région et la même période. Le MIR est une approximation de la létalité (la proportion de patients qui meurent d'une maladie). En se basant sur les statistiques assez complètes des causes de décès en Suisse [1], la vérification complète des diagnostics peut être évaluée en comparant les valeurs du MIR en Suisse (2017 - 2021) avec des registres de référence, censés avoir des taux de létalité similaires. Pour le présent rapport, le MIR moyen de quatre pays (France, Italie, Autriche et Allemagne) a servi de référence. Des valeurs de MIR en Suisse plus élevées que prévu indiqueraient des problèmes potentiels de vérification.

[Link to table 2: mortality to incidence rate \(MIR\)](#)

#### Interprétation :

Les valeurs suisses du MIR étaient systématiquement inférieures aux valeurs correspondantes pour la France, l'Italie, l'Autriche ou l'Allemagne. Ceci reflète très probablement les taux de survie légèrement supérieurs observés en Suisse [2]. Il n'y a donc pas d'indication d'une éventuelle sous-estimation des diagnostics en Suisse. Seul le MIR pour le cancer de la vessie était exceptionnellement élevé en Suisse (9,7 % de plus que la moyenne du pays). Cela s'explique par le fait que les néoplasmes de la vessie au comportement incertain/in-situ, qui ne sont pas susceptibles de causer la mort, sont exclus des taux d'incidence en Suisse, contrairement aux pays comparés. De plus, la comparaison entre les RCT suisses individuels n'a pas donné lieu à des valeurs élevées aberrantes. Il n'y a donc pas d'indication de sous-estimation pour l'ensemble des diagnostics 2017 - 2021.

### **A3. Proportion de diagnostics enregistrés initialement sur la base d'un certificat de décès (Death Certificate Notification, DCN)**

Cet indicateur mesure la proportion d'enregistrements qui ont été réalisés sur la base des certificats de décès et qui ont donc été omis alors que le patient était encore en vie. Des pourcentages de DCN plus élevés que prévu pourraient indiquer une sous-estimation potentielle des diagnostics [3]. Les pourcentages de cas DCN pour les années de diagnostic 2020-2021 ont été comparés à ceux de 2014-2015, 2016-2017 et 2018-2019.

[Link to table 3: DCN](#)

#### Interprétation :

La proportion de cas DCN a diminué au fil du temps pour la plupart des localisations cancéreuses. Par conséquent, l'analyse des proportions de cas DCN indique également une diminution du risque de sous-estimation des cas.

## **B. Indicateurs de qualité (IQ) : Exactitude des informations enregistrées**

L'exactitude (ou la validité) des données enregistrées sur le cancer se réfère à la correspondance entre les informations enregistrées et les informations documentées dans les rapports médicaux. L'exactitude dépend également de la précision des documents sources et du niveau d'expertise en matière de résumé, de codage et d'enregistrement, tant dans la clinique que dans le registre.

### **B1. Enregistrement par informations provenant d'un certificat de décès uniquement (Death Certificate Only DCO)**

Les cas enregistrés uniquement sur la base des données disponibles dans le certificat de décès ne peuvent pas être totalement exacts. L'IQ a été déterminé pour les années de diagnostic 2020-2021 et comparé aux années 2014-2015, 2016-2017 et 2018-2019. Les valeurs suisses sont comparées à celles d'autres pays.

[Link to table 4: DCO](#)

#### Interprétation :

Les proportions d'enregistrements de cas DCO ont légèrement diminué au fil du temps pour la plupart des localisations cancéreuses, sans toutefois atteindre un niveau de signification statistique. Les valeurs des proportions DCO suisses étaient similaires aux valeurs en Italie, en Espagne et au Royaume-Uni, mais beaucoup plus faibles que les valeurs en Allemagne. Il n'y a donc pas d'indication de problèmes concernant l'exactitude des données sur la base des analyses DCO.

### **B2. Diagnostics basés sur la vérification microscopique (Microscopic Verification MV)**

La proportion de cas vérifiés sur le plan morphologique ou microscopique indique les informations ayant la plus grande validité. L'IQ a été déterminé pour les années de diagnostic 2020-2021, et comparé aux années 2014-2015, 2016-2017 et 2018-2019. Les valeurs suisses sont comparées à celles d'autres pays.

[Link to table 5: MV](#)

#### Interprétation :

Les proportions de MV sont élevées au cours de la période 2014-2021, pour la plupart des localisations cancéreuses, et n'ont pas changé de manière significative au fil du temps. Les valeurs suisses de MV étaient similaires aux valeurs en Allemagne, en Italie, en Espagne et au Royaume-Uni pour la plupart des cancers, à l'exception du foie, du pancréas, du poumon et du cerveau. Pour ces cancers, les valeurs MV suisses étaient au moins 10 % plus élevées. Cela pourrait être lié à des pratiques de diagnostic différentes ou à un sous-enregistrement des diagnostics basés sur des méthodes cliniques. Cette dernière explication est peu probable, car ces localisations cancéreuses n'ont pas été signalées dans l'analyse de l'exhaustivité du recensement des cas (voir A1 à A3). Il y a donc des indications que la précision du diagnostic pourrait être plus élevée en Suisse que dans d'autres pays, au moins pour certaines localisations cancéreuses.

## C. Indicateur de qualité (IQ) : L'exhaustivité des dossiers

Cette dimension de la qualité des données concerne les informations inconnues et incomplètes sur les cas de cancer. Cela peut être dû au fait qu'ils n'existent pas, qu'ils n'ont pas été déclarés au registre ou qu'ils n'ont pas été traités par le registre.

### C1. La proportion de cas sans information spécifique

La disponibilité d'informations spécifiques a été évaluée pour plus de 100 variables du NCD et pour la période d'incidence 1980 - 2021. Le manque d'informations correspond à l'utilisation des codes "inconnu", "manquant", "non déclaré" ou au fait de n'enregistrer aucun code (c'est-à-dire de laisser le champ de la variable vide). L'absence d'information indique donc soit que cette information n'existe pas du tout, soit qu'elle n'a pas été communiquée au registre du cancer. Les données relatives aux années de diagnostic < 2020 ont été collectées avant l'entrée en vigueur de la LEMO nationale et de la notification obligatoire. Ces données ont été enregistrées sur la base des lois, des pratiques de collecte de données et des objectifs propres à chaque canton. L'exhaustivité des cas a été évaluée pour les cas regroupés à l'échelle nationale, et par RCT individuel.

[Link to table 6: Case-Completeness CH](#)

#### Interprétation :

Une collecte de données est classée comme suffisamment complète pour un rapport national en utilisant le niveau arbitraire de complétude de 75 % des cas fournissant des informations spécifiques comme seuil. Seuls les cas pour lesquels l'information en question peut être attendue sont inclus, ce qui diffère d'une variable à l'autre (voir la feuille "Définition des cas" dans le tableau 6). Nous classons comme suffisamment complet ou non complet l'ensemble des cas pour tous les RCT, ainsi que séparément pour chaque RCT. Le nombre de RCT a augmenté progressivement de cinq en 1980 à treize en 2021. Un minimum de trois RCT avec une exhaustivité des cas  $\geq 75\%$  est considéré comme acceptable pour l'estimation des tendances nationales.

Groupes de variables	Noms des variables (code couleur : voir texte)	Au moins 3 RCT $\geq 75\%$	Tous les cas regroupés $\geq 75\%$	% d'informations 2021 (cas groupés)
Informations sur la personne	Sexe, date de naissance, commune de résidence au moment du diagnostic, nationalité, statut vital suivi	$\geq 1980$	$\geq 1980$	$\approx 100\%$
	Numéro AVS pseudonymisé	$\geq 1987$	$\geq 1996$	$\approx 100\%$
	État civil	$\geq 1981$	$\geq 1989$	<b>97 %</b>
	Cause du décès	$\geq 1989$	$\geq 1999$	<b>96 %</b>
	Lieu de naissance	$\geq 1997$	$\geq 2010$	<b>98 %</b>
Diagnostic (informations générales)	Date de la notification, date d'incidence, DCN, base diagnostique plus fiable	$\geq 1980$	$\geq 1980$	$\approx 100\%$
	Méthode de première détection	$\geq 1989$	$\geq 2020$	<b>86 %</b>
Diagnostic (classifications)	CIM, CIM-O (topographie, morphologie, comportement)	$\geq 1980$	$\geq 1980$	$\approx 100\%$
	Latéralité	$\geq 1984$	$\geq 1991$	<b>98 %</b>
	Grade histologique selon la CIM-O	$\geq 2004$	$\geq 2020$	<b>75 %</b>
	Système de gradation Elston/Ellis	$\geq 1991$	$\geq 2020$	<b>92 %</b>
	Système de gradation de l'OMS (CNS)	$\geq 1993$	$\geq 2019$	<b>86 %</b>
	Classification de l'OMS de la prostate	$\geq 2017$	$\geq 2018$	<b>99 %</b>
	Système de gradation de Creasman	$\geq 2017$	$\geq 2021$	<b>76 %</b>
Diagnostic (informations sur le stade TNM de l'UICC)	cT, cN, cM	$\geq 1994$	$\geq 2020$	<b>71, 77, 94 %</b>
	pT, pN, pM	( $\geq 2016$ )	$\geq 2020$	<b>90, 70, 5 %</b>
	Stade TNM (enregistré)	$\geq 2003$	$\geq 2016$	<b>89 %</b>
	Ganglions lymphatiques régionaux examinés/atteints	$\geq 1999$	$\geq 2004$	<b>98 %</b>
	Invasion lymphatique, veineuse, péri-neurale	$\geq 2015$	$\geq 2019$	<b>95, 90, 84 %</b>
	Taille de la tumeur pathologique	$\geq 2017$	-	65 %
	Tumeur in situ associée	$\geq 2013$	-	19 %
	Topographie des métastases	$\geq 2004$	$\geq 2013$	<b>97 %</b>
Diagnostic (autres informations sur le stade)	Classification FIGO	$\geq 2003$	$\geq 2020$	<b>87 %</b>
	Classification d'Ann Arbor/de Lugano	$\geq 2006$	-	70 %
	Classification de Rai/Binet	$\geq 2017$	-	57 %
	Classification ISS/DSSplus	-	-	46 %
Facteurs pronostiques du cancer du sein	ER, PR, HER-2	$\geq 2003$	$\geq 2011$	<b>98 %</b>
	TPL	$\geq 2010$	$\geq 2016$	<b>96 %</b>
Facteurs pronostiques du cancer de la prostate	PSA	$\geq 1998$	$\geq 2016$	<b>94 %</b>
	Score de Gleason	$\geq 2001$	$\geq 2009$	<b>100 %</b>
Facteurs pronostiques du mélanome	Épaisseur de la tumeur selon Breslow	$\geq 1980$	$\geq 1987$	<b>97 %</b>
Facteurs pronostiques du cancer colorectal	Instabilité des microsatellites	$\geq 2018$	-	74 %
	Marges de résection circonférentielle	$\geq 2020$	-	62 %



Facteurs pronostiques du cancer du testicule	$\alpha$ -FP, $\beta$ -hCG, LDH, STM	$\geq 2020$	$\geq 2021$	72-76 %
Facteurs pronostiques du cancer de la tête et du cou	HPV/P16	$\geq 2019$	$\geq 2020$	<b>87 %</b>
	EBV	-	-	50 %
Facteurs pronostiques liés au traitement	Tumeur in situ résiduelle	$\geq 2011$	-	74 %
	Évaluation des ganglions lymphatiques sentinelles	-	-	54 %
	Marges de résection tumeur d'une tumeur invasive/ in-situ	-	-	55, 54 %
Informations complexes sur le premier traitement	Base de la décision de traitement	$\geq 2019$	-	<b>75 %</b>
	Composante du traitement (au moins une)	$\geq 1984$	$\geq 2016$	<b>91 %</b>
	Composantes du traitement (au moins deux ou plus)	$\geq 2021$	-	49 %
Informations sur le cours de la maladie	Type de réapparition du cancer, date	$\geq 2003$	$\geq 2005$	11 %
Informations complémentaires	Prédispositions héréditaires	-	-	11 %
	Comorbidités (diabète, maladie du foie, VIH/SIDA, maladie rénale chronique, etc.)	-	-	< 10 %
	Indice de Charlson	-	-	18 %

**Tableau 7.** Indication des années de diagnostic depuis lesquelles les données sont disponibles pour la surveillance nationale du cancer.

[Abréviations : ER : récepteur d'œstrogènes ; PR : récepteur de progestérone ; HER-2 : récepteurs HER-2 ; TPL : marquage de la prolifération tumorale ; PSA : antigène spécifique de la prostate ;  $\alpha$ -FP :  $\alpha$ -fœtoprotéine ;  $\beta$ -hCG : gonadotrophine chorionique humaine ; LDH : lactate déshydrogénase ; STM : marqueurs tumoraux sériques ; HPV/P16 : papillomavirus humain ; EBV : virus d'Epstein Barr]

Les données nationales pour la surveillance de l'incidence, de la survie et de la prévalence du cancer sont basées sur une collecte suffisamment complète depuis les diagnostics de 1980 (variables en vert).

Une stratification supplémentaire de l'incidence et de la survie en fonction du stade TNM, FIGO ou Ann Arbor/Lugano et de la classification CIM-O, Elston/Ellis ou OMS (CNS) est possible depuis le milieu des années 2000, c'est-à-dire que les estimations nationales peuvent être basées sur des données provenant d'au moins trois RCT (variables ombrées en bleu). La disponibilité de ces informations (par exemple le stade TNM) peut varier selon le type de cancer. L'exhaustivité des cas pour les grades Elston/Ellis, OMS (CNS) et Creasman était très hétérogène entre les RCT, avant et y compris 2021. Cela s'explique en partie par le fait que ces systèmes de classification ont été classés à tort comme grade histologique selon CIM-O.

Les facteurs pronostiques pour le cancer du sein ou de la prostate sont disponibles depuis le début des années 2000, et l'épaisseur de la tumeur selon Breslow est un facteur pronostique pour le mélanome depuis 1980 (variables en rouge clair).

Des informations limitées sur les traitements effectués dans le cadre du premier complexe de traitement sont disponibles depuis 1984 (variable en gris clair).

La plupart des autres types d'informations dont la déclaration est devenue obligatoire avec l'introduction de la LEMO ne sont disponibles que depuis les diagnostics de 2020, dans la majorité des cas proches de la valeur seuil ou même supérieurs à celui-ci (% de chiffres dans la colonne de droite pour l'année de diagnostic 2021).

Peu d'informations sur la comorbidité chez les patients atteints de cancer sont parvenues aux RCT, dans le cadre des variables regroupées en tant qu'informations supplémentaires, même pour 2021 (variable en gris foncé).

Ainsi, l'exhaustivité des dossiers peut encore être améliorée par des améliorations au niveau de la notification et de l'enregistrement.

## **D. Indicateur de qualité (IQ) : Comparabilité**

La comparabilité est assurée par le respect des lignes directrices nationales et internationales en matière d'enregistrement des cancers et par la normalisation des pratiques au sein des RCT. Cela permet d'obtenir des données comparables au sein de chaque groupe de RCT au fil du temps, et entre les différents groupes de RCT. En raison du grand nombre de variables du NCD, chaque mise à jour annuelle de l'aDQR met en évidence un aspect différent de la comparabilité des données.

### **D1. Hétérogénéité des registres suisses des tumeurs dans le codage de la méthode de première détection du cancer**

La variable "méthode de première détection" différencie les symptômes cliniques, la découverte fortuite, le dépistage organisé, le dépistage opportuniste, l'auto-examen et le décès avec/sans autopsie comme méthodes possibles menant à la découverte d'un cancer. Au niveau international, on est conscient que le manque de lignes directrices concernant cette information peut conduire à des pratiques de codage hétérogènes entre les registres des tumeurs [4].

[Link to table 7: Method of 1<sup>st</sup> detection](#)

#### Interprétation :

La comparaison des pratiques de codage par les registres des tumeurs a été limitée à l'ensemble des cas relativement homogènes de cancer du poumon diagnostiqués au stade IV (c'est-à-dire avec des métastases à distance). Le cancer du poumon a été choisi parce qu'il fournit un nombre suffisant de cas, étant un type majeur de cancer, et qu'il n'est pas affecté par les programmes de dépistage organisé spécifiques aux cantons, qui créeraient une grande hétérogénéité attendue dans la méthode de première détection. Ainsi, les différences importantes entre les registres des cancers ne s'expliquent probablement pas par des différences réelles, mais plutôt par une interprétation différente des informations disponibles sur la méthode de première détection.

Trois méthodes de première détection dominent : les symptômes cliniques, la découverte fortuite et le dépistage opportuniste. Pour les années d'incidence 2020-2021, l'éventail des symptômes cliniques allait de 48 % à 97 % (moyenne suisse 80 %), celui des découvertes fortuites de 2 % à 49 % (moyenne suisse 16 %) et celui des dépistages opportunistes de 0 % à 7,2 % (moyenne suisse 3,3 %). Dans une récente étude de registre national en Espagne, 27,7 % des patients atteints d'un cancer du poumon de stade IV ne présentaient aucun symptôme au moment du diagnostic ; en Suisse, la moyenne nationale pour 2020-2021 est de 20 % [5].

Bien que la moyenne nationale soit comparable aux résultats d'une étude internationale, l'hétérogénéité entre les registres est assez élevée. Cela est probablement dû au fait que les données cliniques sur la méthode de diagnostic sont rapportées et interprétées différemment. Toutefois, les limites de confiance à 99 % qui ne se chevauchent pas entre le registre du cancer et la moyenne suisse n'ont été trouvées que rarement. L'harmonisation de l'enregistrement de la méthode conduisant au diagnostic sera abordée en 2025 avec les registres des tumeurs.

## **E. Indicateur de qualité (IQ) : Actualité**

Afin de contribuer au développement et à l'optimisation du système de soins de santé, les informations publiées sur le cancer doivent être suffisamment récentes. L'actualité correspond à l'intervalle de temps entre le diagnostic et la date à laquelle le cas est inclus dans les statistiques sur le cancer. Cet intervalle de temps se décompose en différentes parties : (1) du moment où l'information est connue jusqu'à sa déclaration au registre du cancer, (2) de son enregistrement dans la base de données du registre jusqu'à la finalisation des contrôles de qualité au niveau du registre, (3) de sa soumission à l'ONEC jusqu'à la finalisation du NCD et la date de publication du premier rapport statistique.

À l'heure actuelle, l'intervalle total est d'environ trois ans, ce qui permet d'obtenir un taux d'exhaustivité d'au moins 90 % pour la plupart des types de cancer [6]. La possibilité de raccourcir cet intervalle a été étudiée en analysant la première étape, c'est-à-dire le temps écoulé entre le diagnostic et la création du cas dans la base de données du registre. L'IQ a été déterminé pour les années de diagnostic 2020-2021, et comparé aux années 2014-2015, 2016-2017 et 2018-2019.

[Link to table 8: Timeliness](#)

### Interprétation :

L'intervalle de temps maximal entre le diagnostic et la création du cas dans la base de données du registre du cancer pour la majorité des diagnostics existant dans la population suisse était d'un peu plus de 2 ans en 2014-2015, en fonction du type de cancer (fourchette : 1,9 à 2,3 ans). Cet intervalle a diminué au cours des années suivantes et a chuté brusquement à environ 1 an pour les diagnostics les plus récents (2020-2021), en fonction du type de cancer (fourchette : 0,6 à 1,6 ans). L'accélération observée est très probablement liée à l'introduction de la LEMO au 1.1.2020, soit par une notification plus rapide aux registres concernant les nouveaux diagnostics, soit par un lancement plus précoce du processus d'enregistrement pour les diagnostics connus, soit les deux. Il semble possible que les statistiques sur le cancer, en particulier les taux d'incidence qui ne nécessitent que des informations de base sur le cancer et les patients, soient bientôt disponibles plus tôt, d'au moins six mois, par rapport au passé. Mais les conflits possibles entre l'actualité des données et d'autres aspects de la qualité des données, en particulier l'exhaustivité de l'identification des cas, doivent être soigneusement évalués.

## Éditeur

Organe national d'enregistrement du cancer (ONEC) ([www.onec.ch](http://www.onec.ch))

## Références

1. Statistique des causes de décès et des mortinaissances (eCOD) en Suisse. [Lien vers l'Office fédéral de la statistique](#)
2. Le cancer en Suisse 2021. www.krebs.bfs.admin.ch ISBN : 978-3-303-14333-9.  
[Lien vers la publication](#)
3. Parkin DM, Bray F (2009). Évaluation de la qualité des données dans les registres du cancer : Principles and methods Part II. Eur J Cancer 45, 756-64.
4. Doehn et al. The cancer registry notification seen from the perspective of the German Society of Uro-Oncologists (d-uo). Aktuelle Urol 2023 ; 54(3) : 189-195. [Lien vers la publication](#)
6. Ruano-Raviña et al. Lung cancer symptoms at diagnosis : results of a nationwide registry study. ESMO Open 2020 ; 5(6) : 1-7
5. Lorez et al. Evaluation of completeness of case ascertainment in Swiss cancer registration. EJCP 2017 ; 26, 139-146.

## Remerciements

L'Organe national d'enregistrement du cancer tient à remercier l'ensemble des collaborateurs des registres cantonaux suisses du cancer, qui ont fourni les données brutes nécessaires à ces analyses.

## A propos de nous

L'Organe national d'enregistrement du cancer (ONEC) est une organisation nationale chargée de définir les normes pour l'enregistrement du cancer et au sein de laquelle sont rassemblées les données sur toutes les maladies cancéreuses apparaissant en Suisse. L'agence vérifie la qualité des données et les transmet aux registres du cancer. L'ONEC partage avec l'Office fédéral de la statistique et le Registre suisse du cancer de l'enfant la responsabilité des rapports sur la santé au niveau national. L'ONEC transmet à l'Office fédéral de la statistique les données nécessaires au monitoring national du cancer. Sur ordre du Département fédéral de l'intérieur (DFI), la fondation "Institut national pour l'épidémiologie et l'enregistrement du cancer (NICER)" est chargée d'exécuter les tâches de l'Office national pour l'enregistrement du cancer (ONEC).

## Langue originale

Anglais

## Contact

Pour toute demande de renseignements sur ces données, veuillez contacter

L'Organe national d'enregistrement du cancer (ONEC)

dirigé par : Fondation Institut national pour l'épidémiologie et l'enregistrement du cancer (NICER)

Hirschengraben 82

8001 Zurich

Tél. : 044 634 53 74

Courrier: [info@nkrs.ch](mailto:info@nkrs.ch)

## Commentaires

Nous vous invitons à nous faire part de vos retours sur le contenu, le format et la pertinence de ce communiqué. Veuillez envoyer vos commentaires à l'adresse postale ou électronique ci-dessus.

## Copyright

© 2024, Foundation National Institute for Cancer Epidemiology and Registration (NICER)

Reproduction autorisée - sauf à des fins commerciales - à condition que la source soit mentionnée.