

Méthodes statistiques de l'étude ComPARE : aperçu



Société
canadienne
du cancer

Table des matières

Introduction	3
Choix des facteurs de risque et des cancers	3
Facteurs de risque groupés.....	3
Effets combinés de 2 facteurs de risque ou plus	4
Facteurs de risque professionnels	4
Estimation du fardeau attribuable actuel du cancer	4
Estimation du fardeau attribuable futur du cancer	5
Estimation des réductions futures du cancer grâce à des interventions.....	6
Tableaux.....	7
Tableau 1 : Définitions employées dans ComPARE pour les facteurs de risque	7
Tableau 2 : Définitions des sièges de cancer évalués dans l'étude ComPARE	10
Tableau 3 : Cibles de prévention choisies pour estimer le fardeau futur du cancer	12
Glossaire.....	16

Introduction

L'étude ComPARE (Canadian Population Attributable Risk of Cancer, *Risque attribuable du cancer chez la population canadienne*) estime les fardeaux actuel et futur des cancers causés par des facteurs de risque évitables.

La mesure employée pour estimer les fardeaux actuel et futur des cancers attribuables à un facteur de risque du cancer donné est le risque attribuable dans la population (RAP). On a également utilisé une mesure statistique appelée fraction d'impact potentiel (FIP) pour estimer le fardeau évitable futur du cancer si l'on réduisait l'exposition à un facteur de risque donné.

Une description détaillée du cadre méthodologique de l'étude a déjà été publiée dans la revue [BMJ Open](#). Le présent document donne un aperçu de certains aspects importants de la méthodologie employée. De plus, un **Glossaire** fournissant la définition de termes clés utilisés dans ComPARE se trouve à la fin du document.

Choix des facteurs de risque et des cancers

Les RAP et les FIP partent du principe qu'il existe une relation de cause à effet entre l'exposition à un facteur de risque et l'apparition d'un cancer. Ainsi, on a uniquement pris en compte les appariements entre une exposition et un cancer (appariements exposition-cancer) s'appuyant sur des données probantes convaincantes.

Les appariements exposition-cancer pouvaient être inclus dans l'étude si :

- le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) classait l'exposition dans le *groupe 1* (*carcinogène pour l'homme*); ou
- le Fonds mondial de recherche contre le cancer (FMRC) jugeait le niveau de preuve associé à l'exposition comme *convaincant*; ou
- des méta-analyses ou des analyses combinées d'études épidémiologiques de grande qualité effectuées après la publication des rapports du CIRC ou du FMRC établissaient un lien constant et statistiquement significatif entre l'exposition et le cancer appariés.

Une analyse de sensibilité a inclus l'exposition parmi les facteurs de risque classés comme probables ou avec un risque relatif accru.

Le [tableau 1](#) présente une liste complète des facteurs de risque évalués dans l'étude ComPARE et le [tableau 2](#) présente une liste des cancers examinés. Certains appariements exposition-cancer n'ont pas été inclus dans l'étude malgré le fait qu'ils répondaient aux critères énoncés ci-dessus, car les données à leur sujet étaient limitées.

Il est possible de consulter une matrice de tous les appariements exposition-cancer évalués lors de l'étude ComPARE.

Facteurs de risque groupés

Il est parfois utile de connaître les estimations pour des facteurs de risque qui peuvent logiquement être regroupés. Par exemple, faire une estimation du risque attribuable à un « mode de vie sain » demande

de grouper différents facteurs de risque individuels liés à l'alimentation, à l'inactivité physique, au comportement sédentaire et au poids corporel. Une liste des facteurs de risque groupés de l'étude ComPARE apparaît dans le [tableau 1](#).

Effets combinés de 2 facteurs de risque ou plus

On sait que certaines expositions interagissent et qu'ensemble, elles augmentent davantage le risque de cancer comparativement à chacune considérée individuellement. Par exemple, lorsque l'obésité s'ajoute à l'inactivité physique, ces deux facteurs de risque ont un effet synergique (combiné) sur le risque de cancer colorectal, lequel est différent de l'effet de chacun de ces facteurs de risque pris à part. Il est difficile d'estimer le RAP de facteurs de risque combinés parce qu'il est nécessaire de connaître leur prévalence combinée et leur risque relatif (RR) combiné et que ces données sont souvent non disponibles. Le RAP d'un petit nombre de ces facteurs de risque combinés a tout de même été estimé; ces estimations sont incluses dans le [tableau 1](#).

Facteurs de risque professionnels

Une [étude distincte sur le fardeau des cancers professionnels](#) a été menée par le Centre de recherche sur le cancer professionnel (CRCP) d'Action Cancer Ontario. Certains des résultats de cette étude sont présentés aux côtés de ceux de l'étude ComPARE afin de peindre un tableau plus complet du fardeau évitable du cancer au Canada. Ces expositions professionnelles sont décrites dans le [tableau 1](#).

Estimation du fardeau attribuable actuel du cancer

Le fardeau attribuable du cancer, exprimé sous forme de nombre et de pourcentage, a été estimé pour 2015, la dernière année pour laquelle des données nationales sur l'incidence du cancer étaient disponibles. Lorsque c'était possible, les estimations ont été évaluées par sexe, par groupe d'âge et par province.

Les RAP ont été estimés au moyen i) des risques relatifs ou des rapports de cotes et ii) de la prévalence des expositions. On a ensuite multiplié les RAP résultants par l'incidence propre à un groupe d'âge, à un sexe, ou à une province pour obtenir le nombre associé à ces expositions. Plus précisément :

1. **Risques relatifs et rapports de cotes** : Les risques relatifs (RR) et les rapports de cotes (RC) fournissent une mesure de l'ampleur du lien existant entre une exposition et l'augmentation (ou la diminution) du risque d'un cancer. Lorsque c'était possible, les RR et les RC ont été obtenus à partir de la documentation de recherche canadienne. Quand les estimations canadiennes n'étaient pas disponibles, ils ont été obtenus à partir de méta-analyses publiées ou une méta-analyse a été effectuée par le groupe de l'étude ComPARE en employant des études internationales représentatives.
2. **Prévalence des expositions** : L'information sur le pourcentage de la population exposé à un facteur de risque a été obtenue à partir de sources de données nationales, régionales ou les deux. Par exemple, les sources de données utilisées comprenaient l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé. Pour plusieurs expositions environnementales, on a utilisé les données de surveillance de l'environnement issues de sites dans différentes régions du Canada. Lorsque c'était possible, les données sur la prévalence d'une exposition ont été recueillies par sexe, par âge et par

province. Une analyse de sensibilité a été menée afin d'examiner les effets d'un ajustement pour le poids autodéclaré et l'exposition au radon; ils sont expliqués plus loin dans des articles associés à ces sujets.

- **Temps de latence** : Ce terme désigne la période s'écoulant entre l'exposition d'une personne à un facteur de risque et l'apparition d'un cancer chez cette dernière. En raison du temps de latence, on a utilisé des données historiques sur la prévalence des expositions. Il a été nécessaire de déterminer le temps de latence pour reconnaître l'année la plus pertinente pour les données sur la prévalence. Lorsque des études de cohorte de grande qualité sur le lien entre des expositions et le cancer étaient disponibles, le temps de latence était défini comme le temps de suivi moyen ou médian entre l'exposition et l'apparition du cancer, et on a utilisé des estimations de la prévalence calculées environ en date du point milieu de l'étendue des temps de latence potentiels. En l'absence de données d'études de cohorte, on a présumé que le temps de latence était de 10 ans et on a utilisé l'estimation de la prévalence la plus récente qui était disponible. Pour la plupart des agents infectieux, en s'appuyant sur les données existantes tirées d'études sur la prévalence et l'incidence des cas de cancer, on a présumé que le temps de latence variait de 0 à 16 ans.
3. **Incidence du cancer** : Les données sur les nouveaux diagnostics de cancer (c.-à-d. l'incidence du cancer) par province, par sexe et par groupe d'âge sont issues du Registre canadien du cancer (RCC). Les données du RCC comprennent de l'information sur tous les cancers diagnostiqués au Canada entre 1992 et 2015*. Seules les données sur des personnes âgées de 18 ans ou plus ont été incluses dans ComPARE et l'âge minimal considéré variait par type d'exposition.

Estimation du fardeau attribuable futur du cancer

Le fardeau futur et possiblement évitable du cancer a été estimé pour 2018 à 2042. Lorsque c'était possible, des estimations (pourcentages et nombres) ont été obtenues par sexe et par région géographique. Plus précisément :

1. On s'est d'abord servi des tendances passées de la prévalence des expositions (habituellement établies à partir d'enquêtes longitudinales) pour faire des extrapolations par année jusqu'en 2032. Pour les expositions dont les données sur la prévalence à l'égard des tendances historiques étaient limitées, on a présumé que la prévalence future ne changerait pas. On s'est servi des estimations de la prévalence future ainsi que des RR et des RC pour estimer les RAP futurs (pourcentages).

* Le cadre méthodologique décrit dans un article de la revue *BMJ Open* mentionnait que les données sur l'incidence incluses dans l'étude ComPARE allaient jusqu'en 2012, mais des données plus récentes (allant jusqu'en 2015) ont été ajoutées après la parution de cet article. Le Québec fait toutefois figure d'exception : pour cette province, les données étaient disponibles jusqu'en 2010 et elles ont été estimées pour les années subséquentes jusqu'en 2015.

2. Ensuite, on a utilisé les tendances passées de l'incidence du cancer (de 1992 à 2015) pour estimer l'incidence du cancer jusqu'en 2042. Ces projections ont été multipliées par les pourcentages des RAP calculés précédemment afin d'obtenir les nombres futurs de cas attribuables.

Estimation des réductions futures du cancer grâce à des interventions

Pour évaluer comment le fardeau futur du cancer pourrait être réduit si l'exposition de la population à des facteurs de risque était modifiée, on a tenu compte de diverses cibles de prévention (aussi appelées scénarios hypothétiques).

Pour déterminer ces cibles de prévention, on a effectué une revue de la documentation portant sur les lignes directrices et les recommandations axées sur les populations, ainsi qu'une recherche portant sur les interventions axées sur les populations s'étant révélées efficaces lors d'études expérimentales. Par exemple, les cibles de prévention pour le tabagisme ont été estimées à partir de l'objectif de l'Organisation mondiale de la Santé visant une réduction de 30 % de la prévalence de la consommation de tabac d'ici 2020. Des experts en santé publique ont ensuite validé les cibles retenues. Le [tableau 3](#) présente une liste complète des cibles de prévention primaire.

En plus des cibles de prévalence établies à l'aide de la revue de la documentation, on a utilisé des cibles fixes envisageant une réduction de 10 %, de 25 %, de 50 % et de 100 % de la prévalence pour tous les appariements exposition-cancer. Ces cibles servaient à fournir un ensemble de scénarios permettant de comparer différents effets sur la réduction du fardeau du cancer.

Tableaux

Tableau 1 : Définitions employées dans ComPARE pour les facteurs de risque

	Facteur de risque	Définition de l'exposition
Expositions liées au mode de vie	Alcool	Consommation de tout nombre de boissons alcoolisées par jour (13,5 g d'éthanol par boisson alcoolisée)
	Contraceptifs oraux*	Prise de contraceptifs oraux à tout moment au cours de la vie, il y a < 1 an, il y a 1 à 5 ans, il y a 5 à 10 ans, il y a ≥ 10 ans
	Excès de poids (embonpoint et obésité)	Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 25 kg/m ²
	Hormonothérapie substitutive (HTS)*	Recours à l'HTS à tout moment au cours de la vie, actuellement, pendant < 5 ans, pendant ≥ 5 ans
	Carence en calcium*	Moins de 1000 mg par jour (apport alimentaire en calcium pendant 24 heures)
	Faible consommation de fruits	Moins de 4 portions par jour
	Faible consommation de légumes	Moins de 4 portions par jour
	Carence en vitamine D*	Concentration sérique de 25-hydroxyvitamine D ≤ 50 nmol/L
	Inactivité physique	Inactivité modérée : dépense énergétique quotidienne ≥ 1,5 et < 3,0 kcal/kg/jour (activité physique durant les temps libres) Inactivité : dépense énergétique quotidienne < 1,5 kcal/kg/jour (activité physique durant les temps libres)
	Viande rouge et viande transformée	Toute consommation de viande rouge ou de viande transformée
	Fumée secondaire (tabagisme passif)	Exposition régulière à la fumée du tabac dans leur domicile, un véhicule ou un lieu public
	Comportement sédentaire	Sédentarité pendant ≥ 6 heures par jour durant les temps libres
	Tabagisme (tabagisme actif)	Être fumeur actuellement (fumer la cigarette quotidiennement ou occasionnellement au moment de l'entretien) ou être un ancien fumeur (ne pas fumer au moment de l'entretien, mais avoir fumé plus de 100 cigarettes au cours de sa vie)
	Tour de taille	Un tour de taille de < 94 cm pour les hommes et de < 80 cm est considéré comme « normal » Au-dessus de ces seuils, il est classé comme « élevé ».
Ratio taille/hanche	Un ratio de < 0,9 pour les hommes et de < 0,85 est considéré comme « élevé ».	

Facteur de risque		Définition de l'exposition
Expositions liées à l'environnement	Pollution atmosphérique (PM _{2,5})	Toute exposition (risque par 10 µg/m ³)
	Sous-produits de désinfection*	Exposition à > 25 à 50 µg/L et à > 50 µg/L de trihalométhanes dans l'eau potable
	Bronzage artificiel	Utilisation à tout moment au cours de la vie
	Radon en milieu résidentiel	Toute exposition (risque par 100 Bq/m ³)
	Coup de soleil	À tout moment (chez les adultes)
	Bronzage	À tout moment (chez les adultes)
Expositions liées à des agents infectieux	Virus d'Epstein-Barr (VEB)	Être porteur du virus
	Bactérie <i>Helicobacter pylori</i> (<i>H. pylori</i>)	Être porteur de la bactérie
	Virus de l'hépatite B (VHB)	Être porteur du virus
	Virus de l'hépatite C (VHC)	Être porteur du virus
	Herpèsvirus humain de type 8 (HHV-8)	Être porteur du virus
	Virus du papillome humain (VPH)	Être porteur du virus
Expositions professionnelles†	Rayonnement solaire	Exposition faible, modérée ou élevée, telle que définie et estimée par CAREX Canada
	Silice (cristalline)	Exposition faible, modérée ou élevée, telle que définie et estimée par CAREX Canada
	Amiante	Exposition à tout moment au cours de la vie
	Gaz d'échappement des moteurs diesels	Exposition faible, modérée ou élevée, telle que définie et estimée par CAREX Canada
	Travail par postes	Horaire de travail consistant à faire la rotation des postes (y compris le poste de nuit) ou à faire exclusivement les quarts de nuit, tel que défini par CAREX Canada et estimé selon l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR) de 1996
Facteurs de risque groupés		
Autres infections	<ul style="list-style-type: none"> • Virus d'Epstein-Barr (VEB) • Virus de l'hépatite B (VHB) • Virus de l'hépatite C (VHC) • Bactérie <i>Helicobacter pylori</i> (<i>H. pylori</i>) 	

Facteur de risque	Définition de l'exposition
	<ul style="list-style-type: none"> • Herpèsvirus humain de type 8 (HHV-8) • Virus T-lymphotrope humain de type 1 (HTLV)
Mauvaise alimentation	<ul style="list-style-type: none"> • Moins de 4 portions de fruits par jour • Moins de 4 portions de légumes par jour • Toute consommation de viande rouge ou de viande transformée • Consommation de tout nombre de boissons alcoolisées par jour
Mauvaises habitudes de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Être fumeur ou ancien fumeur • Excès de poids • Inactivité physique • Comportement sédentaire
Facteurs de risque combinés	
Tous les facteurs de risque	Toutes les expositions (liées au mode de vie, à l'environnement et aux agents infectieux) énumérées ci-dessus, à l'exclusion des expositions professionnelles
Tabagisme et alcool	Fumeur actuel ou ancien fumeur et consommation de tout nombre de boissons alcoolisées par jour (13,5 g d'éthanol par boisson alcoolisée)
Excès de poids et inactivité physique	IMC ≥ 25 kg/m ² et activité physique quotidienne durant les temps libres < 1,5 kcal/kg/jour
Coup de soleil, bronzage, bronzage artificiel	Exposition à tout moment au cours de la vie pour chacune des expositions
Exposition professionnelle au rayonnement solaire, au créosote, à des hydrocarbures aromatiques polycycliques, à des huiles minérales	Exposition définie séparément pour chaque facteur de risque
Brume acide, amiante, arsenic, béryllium, cadmium, chrome, gaz d'échappement des moteurs diesels, fumée secondaire, rayonnement ionisant, nickel, hydrocarbures aromatiques polycycliques, radon, silice, fumées de soudage, production de caoutchouc, travail comme peintre, fabrication de verre d'art	Exposition définie séparément pour chaque facteur de risque
Amines aromatiques, gaz d'échappement des moteurs diesels, hydrocarbures aromatiques polycycliques, tétrachloroéthylène, travail comme coiffeur ou barbier, travail comme peintre, production de caoutchouc	Exposition définie séparément pour chaque facteur de risque

* Évalué dans l'étude ComPARe, mais résultats non publiés

† Cette catégorie de facteurs de risque a été évaluée dans l'[étude sur le fardeau des cancers professionnels au Canada](#).

Tableau 2 : Définitions des sièges de cancer évalués dans l'étude ComPARe

Cancer	Topographie (localisation anatomique) selon la CIM-O-3*	Histologie (apparence des cellules au microscope) selon la CIM-O-3
Cancer de l'anus	C21.0–C21.2, C21.8	8000–9049, 9056–9139, 9141–9589
Cancer des canaux biliaires	C22.1, C24.0–C24.9, C26.8–C26.9, C48.0, C48.1–C48.2, C48.8	8000–9049, 9056–9139, 9141–9589
Cancer de la vessie	C67.0–C67.9	8000–9049, 9056–9139, 9141–9589
Cancer du sein	C50.0–C50.9	8000–9049, 9056–9139, 9141–9589
Cancer du col de l'utérus	C53.0–C53.9	8000–9049, 9056–9139, 9141–9589
Cancer colorectal	C18.0–C18.9, C26.0, C19.9, C20.9	8000–9049, 9056–9139, 9141–9589
Cancer de l'œsophage	C15.0–C15.9	8000–9049, 9056–9139, 9141–9589
Cancer de l'œil	C69.0–C69.9	8000–9049, 9056–9139, 9141–9589
Cancer de la vésicule biliaire	C23.9	8000–9049, 9056–9139, 9141–9589
Cancers de la tête et du cou†	C00.0–C00.9, C01.9–C02.9, C07.9–C08.9, C03.0–C03.9, C05.0–C05.9, C06.0–C06.9, C11.0–C11.9, C10.0–C10.9, C12.9, C13.0–C13.9, C09.0–C09.9, C14.0, C14.2–C14.8	8000–9049, 9056–9139, 9141–9589
Lymphome hodgkinien	C00.0–C80.9	9650–9667
Sarcome de Kaposi	C00.0–C80.9	9140
Cancer du rein	C64.9, C65.9	8000–9049, 9056–9139, 9141–9589
Lymphome/leucémie à cellules T de l'adulte	C42.0, C77.0	9827
Leucémie aiguë myéloblastique	C00.0–C80.9	9840, 9861, 9865, 9866, 9867, 9869, 9871–9874, 9895–9897, 9898, 9910, 9911, 9920
Cancer du foie	C23.9	8000–9049, 9056–9139, 9141–9589
Cancer du poumon	C34.0–C34.9	8000–9049, 9056–9139, 9141–9589
Mélanome	C44.0–C44.9	8720–8790
Mésothéliome	C00.0–C80.9	9050–9055
Myélome multiple	C00.0–C80.9	9731–9732, 9734
Lymphome non hodgkinien	C00.0–C80.9 (toutes les topographies, sauf C42.0, C42.1, C42.4)	9590–9597, 9670–9729, 9735–9738, 9811–9818, 9823, 9827, 9837
Cancer de la peau autre que le mélanome	C44.0–C44.9	Carcinome basocellulaire : 8901, 809–8094, 8097, 8098 Carcinome spinocellulaire : 8070, 8074, 8075, 8078

Cancer	Topographie (localisation anatomique) selon la CIM-O-3*	Histologie (apparence des cellules au microscope) selon la CIM-O-3
Cancer de l’ovaire	C56.9	8000–9049, 9056–9139, 9141–9589
Cancer du pancréas	C25.0–C25.9	8000–9049, 9056–9139, 9141–9589
Cancer du pénis	C60.0–C60.9	8000–9049, 9056–9139, 9141–9589
Cancer de la prostate	C61.9	8000–9049, 9056–9139, 9141–9589
Cancer de l’intestin grêle	C17.0–C17.9	8000–9049, 9056–9139, 9141–9589
Cancer de l’estomac	C16.0–C16.9	8000–9049, 9056–9139, 9141–9589
Cancer de la thyroïde	C73.9	8000–9049, 9056–9139, 9141–9589
Cancer de l’uretère	C66.9	8000–9049, 9056–9139, 9141–9589
Cancer de l’utérus	C55.9	8000–9049, 9056–9139, 9141–9589
Cancer du vagin	C52.9	8000–9049, 9056–9139, 9141–9589
Cancer de la vulve	C51.0	8000–9049, 9056–9139, 9141–9589

* CIM-O-3 : Classification internationale des maladies pour l’oncologie, 3^e édition

† Cavité buccale et pharynx (lèvres, langue, glandes salivaires, plancher de la bouche, gencives et reste de la bouche, nasopharynx, oropharynx, hypopharynx, autres [y compris les amygdales])

Tableau 3 : Cibles de prévention choisies pour estimer le fardeau futur du cancer

Facteur de risque	Lignes directrices ou recommandations publiées	Niveau cible publié	
Expositions liées au mode de vie	Alcool	Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada : ≤ 15 consommations/semaine, ≤ 3 consommations/jour pour les hommes; ≤ 10 consommations/semaine, ≤ 2 consommations/jour pour les femmes Recommandation du FMRC pour la prévention du cancer : ≤ 2 consommations/jour pour les hommes; ≤ 1 consommation/jour pour les femmes	Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT 2013-2020 : réduction relative d'au moins 10 % de l'usage nocif de l'alcool, selon ce qu'il convient dans le cadre national, d'ici 2025 comparativement à 2010
	Excès de poids	Embonpoint : IMC ≥ 25 et < 30 kg/m ² Obésité : IMC ≥ 30 kg/m ²	Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT 2013-2020 : arrêt de l'augmentation de l'obésité d'ici 2025
	Carence en calcium	Santé Canada : apport alimentaire quotidien recommandé : 1000 mg chez les adultes âgés de 19 à 50 ans, 1000 mg chez les hommes âgés de 51 à 70 ans, 1200 mg chez les hommes âgés de 71 ans ou plus, 1200 mg chez les femmes âgées de 51 ans ou plus; plage recommandée : ≥ 1200 mg et < 2000 mg	Aucun
	Faible consommation de fruits et de légumes	≥ 5 portions/jour Recommandation de l'OMS (intervention de catégorie 2) : Dans le cadre d'une alimentation saine pauvre en graisses, en sucres et en sodium, l'OMS suggère de consommer plus de 400 g (5 portions) de fruits et légumes par jour pour améliorer la santé en général et réduire le risque de certaines maladies non transmissibles (en lien avec la cible pour la maîtrise de l'hypertension et l'obésité). Recommandations de Santé Canada : pour les hommes : 8 à 10 portions (de 19 à 50 ans), 7 portions (51 ans ou plus); pour les femmes : 7 à 8 portions (de 19 à 50 ans), 7 portions (51 ans ou plus)	Aucun
	Carence en vitamine D	≥ 600 UI/jour	Santé Canada : apport alimentaire quotidien recommandé : 600 UI (15 mcg) chez les adultes âgés de 19 à 70 ans, 800 UI (20 mcg) chez les

		adultes âgés de 71 ans ou plus; plage recommandée : ≥ 600 UI et < 4000 UI
Inactivité physique	$> 2,9$ kcal/kg/jour Lignes directrices canadiennes/de l'OMS : 150 minutes d'activité modérée à vigoureuse par semaine	Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT 2013-2020 : réduction relative de 10 % de la prévalence de l'activité physique insuffisante d'ici 2025 comparativement à 2010
Viande rouge et viande transformée	Recommandation du FMRC : Limiter la consommation de viande rouge et éviter la charcuterie. Directive de santé publique : La population doit consommer en moyenne moins de 300 g de viande rouge par semaine (≤ 3 portions par semaine), dont une part minimale ou nulle de charcuterie.	Aucun
Fumée secondaire	Aucune	Aucun
Comportement sédentaire	Physical Activity Guidelines for Americans (National Institutes of Health, 2018) : Les adultes devraient bouger plus et passer moins de temps assis durant la journée. Faire un peu d'activité physique est préférable à ne pas en faire du tout. Les adultes qui passent moins de temps assis et qui font n'importe quelle quantité d'activité physique modérée à vigoureuse en retirent certains bienfaits pour leur santé.	Passer < 3 heures assis durant les temps libres
Tabagisme	Aucune	Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les MNT 2013-2020 : réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans ou plus d'ici 2025 comparativement à 2010 Réduction de 3,7 % de la prévalence (selon des données probantes de recherche)
Tour de taille	Aucune	Aucun

	Ratio taille/hanche	Aucune	Aucun
Expositions liées à l'environnement	Pollution atmosphérique (PM _{2,5})	Recommandations canadiennes pour la qualité de l'environnement (Conseil canadien des ministres de l'Environnement, 2009) : moyenne annuelle de PM _{2,5} de 10 µg/m ³ Lignes directrices de l'OMS relatives à la qualité de l'air (OMS, 2005) : moyenne annuelle de PM _{2,5} de 10 µg/m ³	Aucun
	Sous-produits de désinfection	Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada : 100 µg/L de trihalométhanes totaux	Aucun
	Bronzage artificiel	Aucune	Santé Canada recommande de ne pas utiliser d'appareils de bronzage artificiel. L'OMS recommande de ne pas utiliser d'appareils de bronzage artificiel.
	Radon en milieu résidentiel	Ligne directrice de Santé Canada concernant le radon en milieu résidentiel : 200 Bq/m ³ Ligne directrice de l'OMS concernant le radon en milieu résidentiel (OMS, 2009) : 100 Bq/m ³	Aucun
	Coup de soleil et bronzage	Aucune	Santé Canada recommande d'employer des moyens de protection contre le soleil (limiter le temps passé au soleil, prêter attention à l'indice UV, porter des vêtements protecteurs, appliquer un écran solaire, boire beaucoup de liquides frais). L'OMS recommande d'employer des moyens de protection contre le soleil (limiter l'exposition au soleil en milieu de journée, prêter attention à l'indice UV, profiter de l'ombre, porter des vêtements protecteurs, appliquer un écran solaire).

Expositions liées à des agents infectieux	Bactérie <i>Helicobacter pylori</i> (<i>H. pylori</i>)	Réductions de 5 % (réduction réaliste) et de 35 % (réduction hypothétique idéale)	Aucun
	Virus de l'hépatite B (VHB)	Degré représentant des augmentations de 10 % et de 20 % de la couverture de vaccination actuelle : Chez les adultes : 50 % et 60 % Chez les personnes âgées de < 19 ans : 80 % et 90 %	Aucun
	Virus de l'hépatite C (VHC)	Réduction de 40 %	Aucun
	Virus du papillome humain (VPH)	Chez la cohorte de personnes vaccinées : couvertures de vaccination de 80 % et de 90 % dans l'ensemble du Canada Chez les femmes plus âgées que celles de la cohorte de personnes vaccinées (âgées de plus de 23 ans mais de moins de 46 ans) : couvertures de vaccination de 15 % et de 25 %	Selon la couverture de vaccination contre le VPH chez les filles (plage : 40 % à 100 %) et les garçons (plage : 36 % à 100 %)

Glossaire

Veillez noter que tous les termes ont été définis selon le contexte de l'étude ComPARE.

cas attribuables (aussi appelés cas attribuables en excès)	Nombre de cas de cancer causés par un facteur de risque; nombre de cas de cancer qui auraient été évités en l'absence de l'exposition au facteur de risque. Ce nombre est obtenu en convertissant le RAP (un pourcentage) en nombre.
exposition (aussi appelée facteur de risque)	Tout agent (p. ex. alcool, pollution atmosphérique, VPH) avec lequel une personne peut entrer en contact. Parfois, un certain degré d'exposition est nécessaire pour que l'agent soit considéré comme un facteur de risque (p. ex. consommer moins de 4 portions de fruits par jour est un facteur de risque du cancer colorectal).
appariement exposition-cancer	Terme employé pour indiquer l'existence d'une association causale entre un facteur de risque et un cancer particulier.
prévalence de l'exposition	Pourcentage d'une population exposée à un facteur de risque donné.
incidence	Nouveaux cas diagnostiqués de cancer au cours d'une année.
effets combinés	Terme désignant les cas où les effets de deux facteurs de risque ou plus sont différents des effets de chacun de ces facteurs de risque pris à part.
temps de latence	Période s'écoulant entre l'exposition d'une personne à un facteur de risque et le diagnostic du cancer.
facteur de risque modifiable	Facteur de risque pouvant être changé afin de réduire son effet sur l'apparition de la maladie. Par exemple, l'âge n'est pas un facteur de risque modifiable parce qu'on ne peut pas le changer, mais le tabagisme est un facteur de risque modifiable parce qu'il est possible de changer ce comportement.
risque attribuable dans la population (RAP) (aussi appelé pourcentage attribuable)	Pourcentage de cas de cancer au sein d'une population qui sont causés par une exposition à un facteur de risque donné.
fraction d'impact potentiel (FIP)	Fardeau futur du cancer qui pourrait être évité si l'on réduisait l'exposition à un facteur de risque donné.
cible de prévention (aussi appelée scénario hypothétique)	Prévalence d'une exposition que l'on souhaite atteindre par la mise en œuvre d'une intervention.
projection	Estimation de la prévalence future d'une exposition ou de l'incidence future d'un cancer.
risque relatif (RR) et rapport de cotes (RC)	Mesure de l'ampleur du lien existant entre une exposition et l'augmentation (ou la diminution) du risque d'un cancer.
facteur de risque	Tout ce qui augmente le risque d'apparition du cancer.