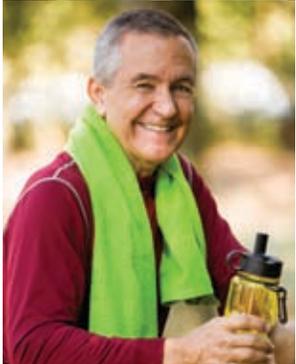


OCTOBRE 2009

L'initiative sur le rendement du système

Un premier rapport annuel



**PARTENARIAT CANADIEN
CONTRE LE CANCER**



**CANADIAN PARTNERSHIP
AGAINST CANCER**

L'initiative sur le rendement du système – Un premier rapport annuel présente un aperçu de la première année dans le cadre de l'initiative sur le rendement du système et de l'établissement d'indicateurs de haut niveau pour commencer à rendre compte de l'état de la lutte contre le cancer au Canada. Le processus de mesure et de rapport systématique sur la lutte contre le cancer et la prestation des soins de santé est un élément clé de la compréhension et de l'amélioration du système de lutte contre le cancer. Ce rapport est une initiative de collaboration coordonnée visant à amorcer ce processus dans tout le Canada.

L'équipe de projet responsable de l'élaboration du rapport était dirigée par :
D^{re} Heather Bryant, vice-présidente, Lutte contre le cancer, Partenariat canadien contre le cancer et **Mary Spayne**, directrice, Rendement du système

Le Partenariat canadien contre le cancer remercie le Comité directeur sur le rendement du système et les intervenants dans tout le pays pour leur orientation et rétroaction au cours de la première année de cette initiative. Nous remercions également Statistique Canada (l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, le Registre canadien du cancer), l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein et les agences provinciales du cancer ou leur équivalent. Nous sommes très reconnaissants envers ceux qui nous ont aidés à recueillir les données pour ce rapport.

La réalisation de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées dans le présent document représentent les opinions du Partenariat canadien contre le cancer.

Le contenu de cette publication peut être reproduit en tout ou en partie, pourvu que l'utilisation prévue soit à des fins non commerciales et que le Partenariat canadien contre le cancer soit identifié.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIER CHAPITRE : À PROPOS DU RENDEMENT DU SYSTÈME	2
Introduction	3
À propos du Partenariat	3
Contexte de l'établissement des rapports sur le rendement du système au Canada	4
L'initiative sur le rendement du système du Partenariat	5
Mise en œuvre nationale des indicateurs	8
DEUXIÈME CHAPITRE : RAPPORT SUR LES INDICATEURS – 2009	9
<i>Indicateurs de prévention</i>	10
Prévalence du tabagisme et tentatives d'abandon du tabagisme	10
Surplus de poids et obésité	12
Consommation d'alcool	14
<i>Indicateurs de dépistage</i>	16
Dépistage du cancer du sein	16
Dépistage du cancer du col de l'utérus	18
Dépistage du cancer colorectal	19
<i>Indicateurs de diagnostic et de traitement</i>	21
Temps d'attente – Dépistage d'une anomalie au sein jusqu'à la résolution	21
Temps d'attente pour la radiothérapie	23
Utilisation de la radiothérapie	24
<i>Indicateur des soins de soutien et de la survie</i>	25
Évaluation des symptômes	25
<i>Indicateurs des résultats à long terme : Incidence, mortalité et survie</i>	26
Introduction	26
Tous les types de cancer	27
Cancer du sein	29
Cancer colorectal	30
Cancer du poumon	32
Cancer de la prostate	35
<i>Indicateur de la gestion du savoir et de la surveillance</i>	36
Saisie de données sur le stade	36
<i>Indicateurs des ressources et de la capacité</i>	38
Capacité de tomographie par émission de positrons	38
Capacité de radiothérapie - LINACS	39
TROISIÈME CHAPITRE : RÉSULTATS DE L'ATELIER ET PROGRESSER ENSEMBLE	40
Aperçu des ateliers régionaux	41
Principales conclusions des ateliers régionaux	42
Progresser ensemble	43
ANNEXE TECHNIQUE	46

1

À PROPOS DU RENDEMENT DU SYSTÈME



Introduction

Ce rapport présente un aperçu de la première année dans le cadre de l'initiative sur le rendement du système et de l'établissement d'indicateurs pancanadiens de haut niveau pour commencer à rendre compte de l'état de la lutte contre le cancer au Canada. En 2002, l'Organisation mondiale de la Santé a exhorté les pays à instaurer des programmes nationaux de lutte contre le cancer, en stipulant ceci :

« Un programme de lutte contre le cancer bien conçu et bien géré diminue le taux d'incidence du cancer et améliore la qualité de vie des patients atteints de cancer, peu importe les limites financières auxquelles un pays doit faire face¹. »

Le processus de mesure et de rapport systématique sur la qualité de la lutte contre le cancer et de la prestation des soins de santé, au fil du temps, constitue un élément clé d'un programme national de lutte contre le cancer. *L'initiative sur le rendement du système – Un premier rapport annuel* se rapporte au processus selon lequel les indicateurs pancanadiens ont été établis dans le cadre du Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat). Ce rapport présente également les faits saillants des indicateurs de la première année et les secteurs nécessitant un approfondissement, et met en place une stratégie pour progresser ensemble.

À propos du Partenariat

Le Partenariat canadien contre le cancer est une organisation indépendante, financée par le gouvernement fédéral, visant à accélérer l'intervention concernant la lutte contre le cancer pour l'ensemble des Canadiens et Canadiennes. Le Partenariat est un groupe de spécialistes du cancer, d'organismes caritatifs, de gouvernements, de patients et de survivants, déterminé à apporter un changement dans le domaine de la lutte contre le cancer. Nous travaillons conjointement afin de favoriser la production de nouvelles connaissances et d'accélérer la mise en application des connaissances actuelles au sujet de la lutte contre le cancer dans tout le Canada.

La vision du Partenariat est de s'efforcer d'améliorer la lutte contre le cancer au Canada en étant l'élément catalyseur d'une approche coordonnée qui :

- *réduira le nombre prévu de cas de cancer;*
- *améliorera la qualité de vie de ceux atteints de cancer;*
- *diminuera la probabilité de mortalité du cancer chez les Canadiens et Canadiennes;*
- *accroîtra l'efficacité du domaine de la lutte contre le cancer.*

À l'appui de sa vision, l'un des principaux mandats du Partenariat est de mesurer et de faire état de la qualité des soins de santé pour la lutte contre le cancer. L'initiative sur le rendement du système est une des façons selon lesquelles cet engagement a été entrepris et sera réalisé.

Contexte de l'établissement des rapports sur le rendement du système au Canada

Au Canada, la structure des services de santé est établie à l'échelle provinciale et territoriale, et la lutte contre le cancer est menée par différentes autorités dans l'ensemble du pays. Bien que le Canada possède un système solide d'enregistrement et de collecte des données sur les facteurs de risque, il n'y a aucune approche nationale structurée permettant de faire état des besoins et du rendement dans l'ensemble du système de lutte contre le cancer.

Les données des registres et les enquêtes sur la santé sont regroupées à l'échelle nationale. Toutefois, les principaux ensembles de données nécessaires pour mesurer le rendement du système de lutte contre le cancer sont gérés à l'échelle provinciale. Bien que l'on puisse effectuer des comparaisons pancanadiennes pour de nombreux indicateurs de haut niveau, il y a des lacunes au pays concernant l'accessibilité et l'exhaustivité des données, en particulier dans le domaine du traitement contre le cancer. Dans certains domaines, tels que les soins de soutien et la survie, les indicateurs ne sont pas facilement accessibles et sont actuellement en voie d'élaboration. De plus, certains indicateurs sont mesurés de manière différente d'une province à l'autre, ce qui rend la comparaison difficile, bien que des travaux en vue d'une normalisation se poursuivent dans de nombreux secteurs.

Au Canada, une initiative qui vise à mettre en œuvre une stratégie de mesure du rendement du système de lutte contre le cancer est l'Index de la qualité du système de lutte contre le cancer (IQSLC) de l'Ontario. Publié tous les ans depuis 2005, l'IQSLC :

- déclare 28 mesures de la qualité fondées sur des données probantes, allant de la prévention du cancer aux soins au terme de la vie;
- effectue le suivi des progrès selon les objectifs établis à l'échelle provinciale;
- détermine les secteurs où des améliorations en fait de qualité et de rendement s'avèrent nécessaires;
- effectue des comparaisons entre les régions sanitaires (réseaux locaux d'intégration de la santé) et les centres anticancéreux dans toute la province.

L'IQSLC et les initiatives internationales fournissent des modèles intéressants servant à la mesure du rendement du système. Le Partenariat a pour vision de s'appuyer sur ces modèles et sur d'autres exemples au fur et à mesure qu'évoluera l'initiative sur le rendement du système, afin de faciliter la mesure et l'établissement de rapports détaillés à l'échelle interprovinciale et dans tout le pays.

L'évaluation du rendement du système fournit des renseignements précieux dont peuvent se servir les fournisseurs de services de santé et les décideurs afin d'évaluer et d'améliorer les façons dont une organisation ou un système de santé satisfait aux besoins de sa population.

L'initiative sur le rendement du système du Partenariat

Objectif

L'initiative sur le rendement du système a pour objectif de faciliter l'échange de ces renseignements à l'aide du rapport des indicateurs de rendement du système de lutte contre le cancer au Canada dans l'ensemble des compétences provinciales et tout le long du continuum de la lutte contre le cancer.

Le rapport des indicateurs sera effectué en collaboration et de manière itérative et :

- mesurera et rendra compte systématiquement des indicateurs de rendement du système de lutte contre le cancer;
- fournira aux intervenants de l'information cohérente et utile;
- fournira les outils et les ressources nécessaires afin d'optimiser l'utilisation de l'information;
- visera à obtenir régulièrement un consensus afin de déterminer les nouveaux défis et les besoins d'information.

La première année (2008-2009)

L'initiative en vue de l'établissement de rapports sur le système de lutte contre le cancer a été amorcée avant le Partenariat avec la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC), qui, en 2004, a chargé le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) de mener une analyse documentaire et une analyse de la conjoncture pour les indicateurs de rendement du système de lutte contre le cancer. En 2007, l'analyse documentaire a été mise à jour.

Le Partenariat a poursuivi l'initiative en présentant une conférence sur la sélection d'indicateurs en février 2008, où un total de 800 indicateurs ont fait l'objet d'un examen, et une liste restreinte de 49 indicateurs de rendement du système de lutte contre le cancer ont été recommandés. Après la conférence, un comité directeur sur le rendement du système a été mis sur pied, se composant d'intervenants dans tout le pays. Dans le cadre d'un atelier du Comité directeur en novembre 2008, on a établi les critères de priorité des indicateurs et un modèle logique décrivant de quelle façon les indicateurs éventuels s'intègrent dans le continuum de la lutte contre le cancer. Lors de ce processus, on a choisi environ 30 indicateurs pour faire l'objet d'une étude de faisabilité concernant l'accessibilité et la calculabilité des données dans tout le pays. On a préparé des fiches techniques détaillées.

Le Comité directeur sur le rendement du système (2008-2009) se compose de scientifiques, d'analystes, de décideurs dans le domaine du cancer et d'intervenants en soins de santé dans l'ensemble du pays :

D^r IVO OLIVOTTO

Responsable du programme provincial, Oncoradiologie, Agence du cancer de la C.-B.

D^r PETER CRAIGHEAD

Vice-président, Alberta Cancer Board, et directeur, Tom Baker Cancer Centre, Alberta

M. IVAN OLFERT

Vice-président, Administration des services de soins, Saskatchewan Cancer Foundation

M^{me} HELEN ANGUS

Vice-présidente, Recherche, Institut canadien d'information sur la santé

D^{re} GRLICA BOLESNIKOV

Coordonnatrice, Gestion de la qualité et responsabilisation, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

D^r DENIS ROY

Directeur, Gestion de l'information et du savoir, Agence locale de développement du réseau de services sociaux et de santé de la Montérégie, Québec

D^r BRENT SCHAFTER

Professeur, Département de médecine interne, Université du Manitoba, et praticien, Département d'hématologie et d'oncologie médicale, CancerCare Manitoba

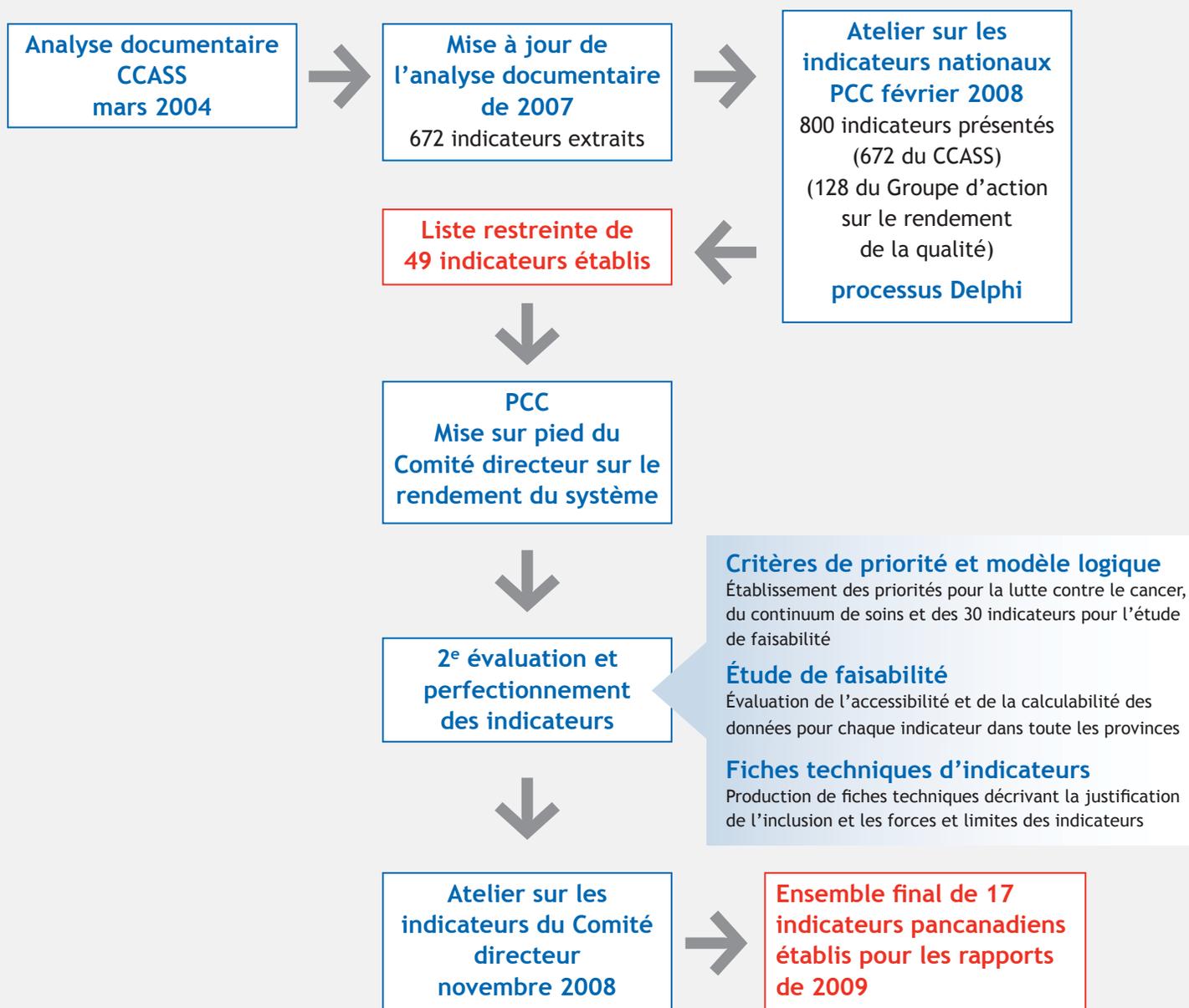
D^{re} MARGARET FITCH

Président, Cancer Journey Working Group, PCC, et directeur, Soins infirmiers en oncologie, Hôpital Sunnybrook

La première année (2008-2009) - SUITE

À l'aide d'un processus Delphi rigoureux, l'atelier du Comité directeur a permis de produire un ensemble final de 17 indicateurs pancanadiens de haut niveau pour commencer à rendre compte de l'état de la lutte contre le cancer au Canada, et six indicateurs ont été recommandés aux fins d'élaboration future. On a fait remarquer qu'il existait des lacunes en matière d'établissement de rapports, en particulier dans le domaine des traitements. Le processus ayant permis d'arriver à l'ensemble final d'indicateurs pour les rapports de 2009 est décrit plus bas.

LE PROCESSUS D'IDENTIFICATION DES INDICATEURS



La première année (2008-2009) - SUITE

Au cours de cette première année, la principale priorité de l'initiative sur le rendement du système était de travailler en consultation et en collaboration avec les partenaires provinciaux afin de réaliser un premier rapport des indicateurs pancanadiens en vue de comprendre le système. Les indicateurs étaient présentés seulement s'il y avait un consensus quant à la qualité des données. Par conséquent, plusieurs indicateurs proposés étaient de portée sous-optimale mais ont été approuvés dans le but d'amorcer le processus d'établissement de rapports. Ces indicateurs sont considérés comme étant en voie d'élaboration et seront connus à plus grande échelle lors des années ultérieures.

Les données pour les indicateurs pancanadiens ont été recueillies auprès de Statistique Canada (l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, le Registre canadien du cancer), la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein et directement auprès des provinces.

Indicateurs - rapport sur le rendement du système - 2009

Continuum de la lutte contre le cancer	Indicateur	Base de données			
		ESCC	RCC	BDCDCS	Agences du cancer PT ou similaire
PRÉVENTION	Prévalence du tabagisme	✓			
	Tentatives d'abandon du tabagisme	✓			
	Indice de la masse corporelle adulte	✓			
	Consommation d'alcool	✓			
DÉPISTAGE	Taux de mammographie	✓		✓	
	Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus	✓			
	Taux de dépistage du cancer colorectal	✓			
DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT	Temps d'attente - dépistage d'une anomalie au sein jusqu'à la résolution			✓	
	Temps d'attente - radiothérapie				✓
	Radiothérapie				✓
SOINS DE SOUTIEN ET DEUIL	Évaluation des symptômes				✓
RÉSULTATS À LONG TERME	Taux d'incidence du cancer		✓		
	Taux de mortalité du cancer		✓		
	Taux de survie relative		✓		
GESTION DU SAVOIR ET SURVEILLANCE	Saisie de données sur le stade				✓
RESSOURCES ET CAPACITÉ	Capacité de tomographie par émission de positions				✓
	Capacité de radiothérapie (LINACS)				✓

Pour obtenir une description complète des définitions des indicateurs, veuillez vous reporter à l'Annexe technique.

Mise en œuvre nationale des indicateurs

À l'automne 2008 et au printemps 2009, les données pour les 17 indicateurs de haut niveau ont été recueillies et analysées en vue de la présentation nationale lors des ateliers régionaux sur le rendement du système en juin et juillet 2009.

LE PROCESSUS D'ACQUISITION ET DE MISE EN ŒUVRE DE DONNÉES

Acquisition de données
HIVER 2008



Analyse de données et graphiques
PRINTEMPS 2009



Lors des webinaires nationaux, on demande une rétroaction des provinces sur la présentation de données
MARS 2009



Ateliers sur les indicateurs régionaux présentant les données préliminaires
JUIN ET JUILLET 2009

Statistique Canada :
L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)
Le Registre canadien du cancer (RCC)

La Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein (BDCDCS)

Agences provinciales du cancer ou l'équivalent

Au cours du processus, nous avons demandé la rétroaction des intervenants dans tout le pays en organisant une série de webinaires nationaux où un sous-ensemble d'indicateurs a été présenté, et on a demandé des conseils sur la présentation et l'affichage des données. Soixante-six personnes ont assisté à ces webinaires dans les dix provinces, et la rétroaction a servi à l'établissement de rapports finaux sur les indicateurs.

En juin et au début de juillet 2009, les 17 indicateurs pancanadiens ont été présentés lors des ateliers régionaux sur le rendement du système au Canada Atlantique et dans l'Ouest canadien et dans les provinces de l'Ontario et du Québec. On a préparé des dossiers propres à chaque province pour toutes les compétences, qui comprenaient des résultats détaillés des indicateurs à l'échelle nationale et des compétences.

Les faits saillants et les principales conclusions des indicateurs pancanadiens sont présentés au deuxième chapitre.

Les ateliers avaient pour objectif secondaire de servir de forum de discussion et de fournir des intrants collectifs sur l'identification d'indicateurs types et l'orientation de l'initiative sur le rendement du système dans l'avenir.

Les résultats des discussions d'atelier sont présentés au troisième chapitre.

RAPPORT SUR LES INDICATEURS - 2009

Dans ce chapitre, on extrait les résultats des indicateurs et présente certains faits saillants pour la première année. Ce chapitre ne vise pas à être un rapport complet mais à présenter certaines conclusions, tendances et structures notables d'information.

Indicateurs de prévention

Indicateurs de dépistage

Indicateurs de diagnostic et de traitement

Indicateur des soins de soutien et de la survie

Indicateurs des résultats à long terme

Indicateur de la gestion du savoir et de la surveillance

Indicateurs des ressources et de la capacité



Prévalence du tabagisme et tentatives d'abandon du tabagisme

Il est bien reconnu que le tabagisme est une cause principale évitable de cancer au Canada, représentant 85 p. cent de tous les nouveaux cas de cancer du poumon au pays^{2,3}. Comme le cancer du poumon figure parmi les quatre types de cancers les plus fréquents au Canada et cause le plus grand nombre de décès attribuables au cancer, une diminution du tabagisme est donc actuellement la seule mesure la plus importante qui peut prévenir le cancer.

Alors que la prévention du tabagisme chez les jeunes est importante, à long terme, les modèles internationaux ont démontré que l'incidence la plus immédiate sur le taux de mortalité du cancer peut provenir de l'abandon du tabac chez les personnes faisant actuellement l'usage du tabac⁴. Ainsi, nous avons choisi de présenter deux indicateurs dans ce domaine : la prévalence du tabagisme et l'abandon du tabac (tentatives d'abandon du tabagisme).

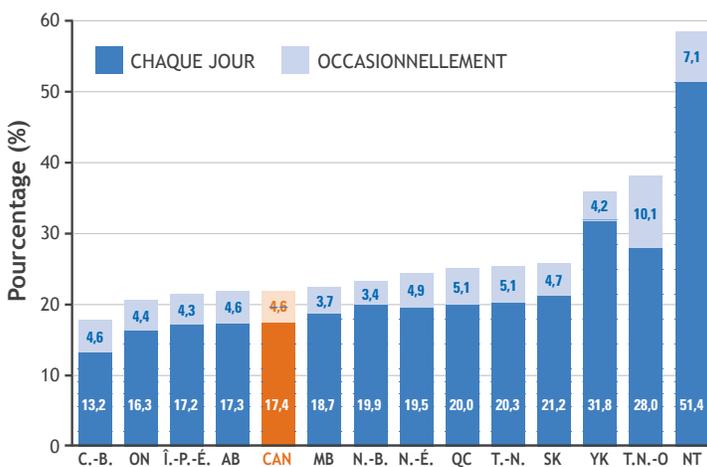
Les données pour la prévalence du tabagisme et l'abandon du tabac proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) menée par Statistique Canada. Selon les questions posées dans l'enquête, l'indicateur lié à l'abandon du tabac mesure la proportion des fumeurs de vingt ans et plus ayant cessé de fumer au cours des deux années précédentes.

Les tendances liées au tabagisme variaient dans l'ensemble du Canada. Les territoires présentaient le risque le plus important, révélant les taux de tabagisme les plus élevés et les taux d'abandon du tabac les moins élevés (FIGURE 1). La Colombie-Britannique se portait la mieux : en 2007, ses taux de tabagisme étaient les moins élevés au pays, et ses taux d'abandon, les plus élevés.

En 2007, parmi les fumeurs canadiens ayant été interrogés, le taux moyen d'abandon chez ceux qui déclaraient avoir abandonné au cours des deux années précédentes était de 18 p. cent (FIGURE 2).

FIGURE 1

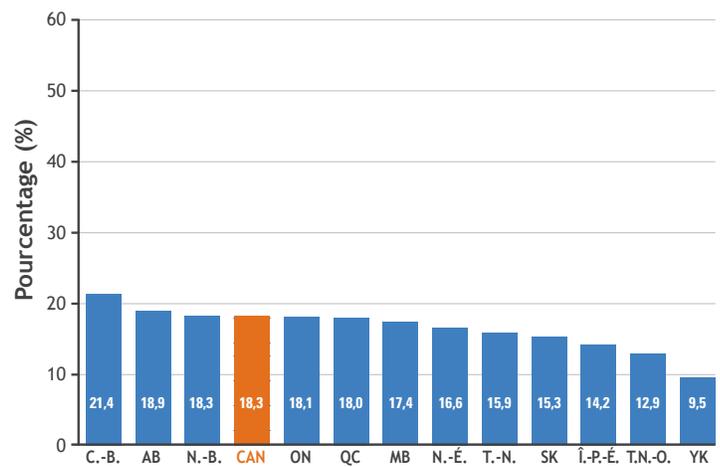
Pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus déclarant fumer chaque jour ou occasionnellement par province et territoire – ESCC 2007



Source de données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

FIGURE 2

Pourcentage de la population qui a abandonné récemment le tabac par province et territoire – ESCC 2007



Source de données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

En 2007, parmi les fumeurs canadiens ayant été interrogés, le taux moyen d'abandon chez ceux qui déclaraient avoir abandonné au cours des deux années précédentes était de 18 p. cent. De 2003 à 2007, les taux d'abandon ne se sont pas améliorés et, en fait, ont chuté de 22 p. cent à 18 p. cent. Cette diminution était constante chez la plupart des groupes d'âge.



Les hommes ont déclaré fumer davantage que les femmes. Toutefois, parmi les fumeurs les plus jeunes ayant été interrogés en 2007, soit ceux âgés de 12 à 19 ans, le taux était presque équivalent pour les hommes et pour les femmes, selon un pourcentage de 12,4 et 11,5 respectivement.

Bien que des progrès aient été réalisés au fil du temps, avec une réduction du nombre de Canadiens et Canadiennes en général déclarant fumer (les taux de prévalence ont diminué de 26 p. cent dans le cycle de l'ESCC en 2000-01 à 22 p. cent en 2007), la même tendance n'est pas vérifiable chez ceux qui abandonnent. De 2003 à 2007, les taux d'abandon ne se sont pas améliorés et, en fait, ont chuté de 22 p. cent à 18 p. cent. Cette diminution était constante chez la plupart des groupes d'âge (FIGURE 3).

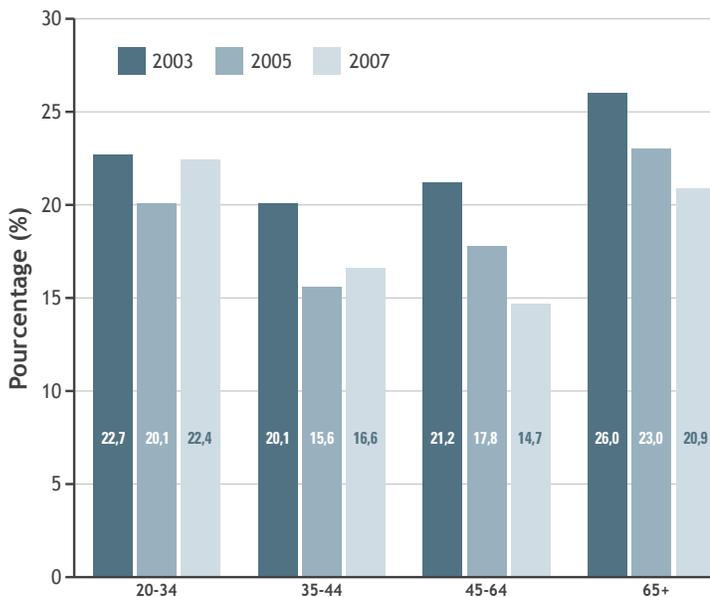
Les données probantes ont indiqué que le risque d'être atteint du cancer du poumon chez ceux qui arrêtent de fumer diminue progressivement au fil du temps puisque l'abandon prend plus de temps et s'il y a abandon avant d'atteindre l'âge moyen, le

risque attribué au tabagisme est réduit de plus de 90 p. cent⁴. Ainsi, la tendance à la diminution des taux d'abandon à la Figure 3 suggère que les fumeurs, dans les groupes d'âge plus âgés en particulier, ne profitent pas des avantages liés à la diminution considérable du taux de morbidité et de mortalité en cessant de fumer.

On a observé un rapport marqué entre le tabagisme et le statut socio-économique ou le lieu de résidence. La prévalence du tabagisme était associée au revenu, ceux avec le revenu le plus bas ayant les taux de tabagisme les plus élevés. Ceux dans les régions urbaines et rurales fumaient à peu près selon le même pourcentage. À l'inverse, la proportion de fumeurs qui avaient abandonné lors des deux années précédentes était la plus importante dans les catégories de revenu le plus élevé, parmi les gens les plus scolarisés et résidant dans les régions urbaines.

FIGURE 3

Pourcentage de la population qui a abandonné récemment le tabac
Tendances temporelles par groupe d'âge, Canada – ESCC 2003 à 2007



Source de données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Surplus de poids et obésité

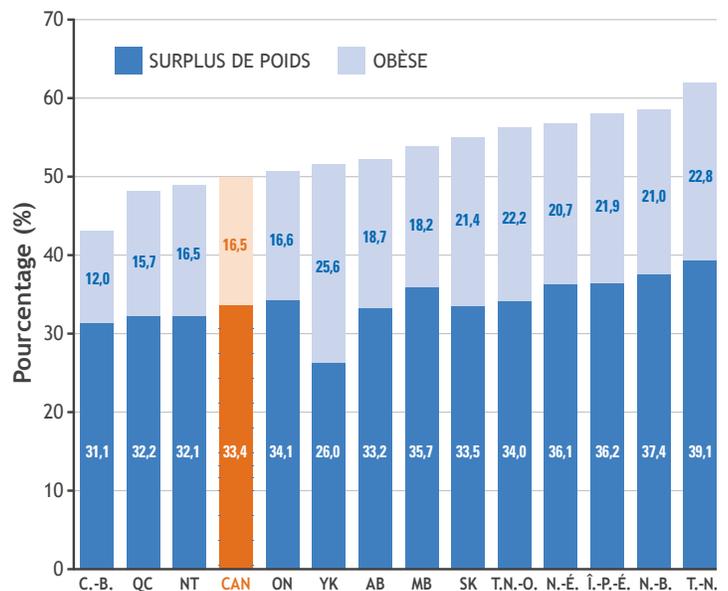
Le Fonds mondial de recherche contre le cancer (FMRC) déclare que le risque de cancer est élevé pour ceux qui ont un surplus de poids ou sont obèses et que la « masse grasse » est un facteur déterminant pour un certain nombre de cancers⁵. Il a été estimé qu'environ un tiers des cancers peuvent être prévenus à l'aide d'une combinaison d'aliments sains et d'une bonne alimentation, de l'activité physique régulière et de l'évitement de l'obésité⁵.

Dans l'ESCC de 2007, la proportion de la population âgée de 18 ans et plus qui déclarait avoir un surplus de poids ou être obèse allait de 43 p. cent en Colombie-Britannique à 62 p. cent à Terre-Neuve et Labrador. En fait, lorsqu'on examine la moyenne globale au Canada, environ la moitié des Canadiens et Canadiennes ayant été interrogés déclaraient avoir une taille et un poids les situant dans une catégorie de surplus de poids ou d'obésité selon leur indice de masse corporelle (IMC) (FIGURE 4). Dans l'ensemble du pays, le Canada Atlantique présentait les taux les plus élevés de surplus de poids et d'obésité.

Bien que les taux de surplus de poids et d'obésité se soient élevés au cours des deux dernières décennies^{6,7}, l'augmentation au Canada n'est pas aussi manifeste dans la brève période de temps mesurée pour ce rapport, soit 2003 à 2007. Il y a eu, toutefois, une augmentation au cours de cette période du pourcentage de Canadiens et Canadiennes qui sont obèses.

FIGURE 4

Pourcentage d'adultes dans la catégorie de surplus de poids ou d'obésité par province et territoire – ESCC 2007



Source de données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes



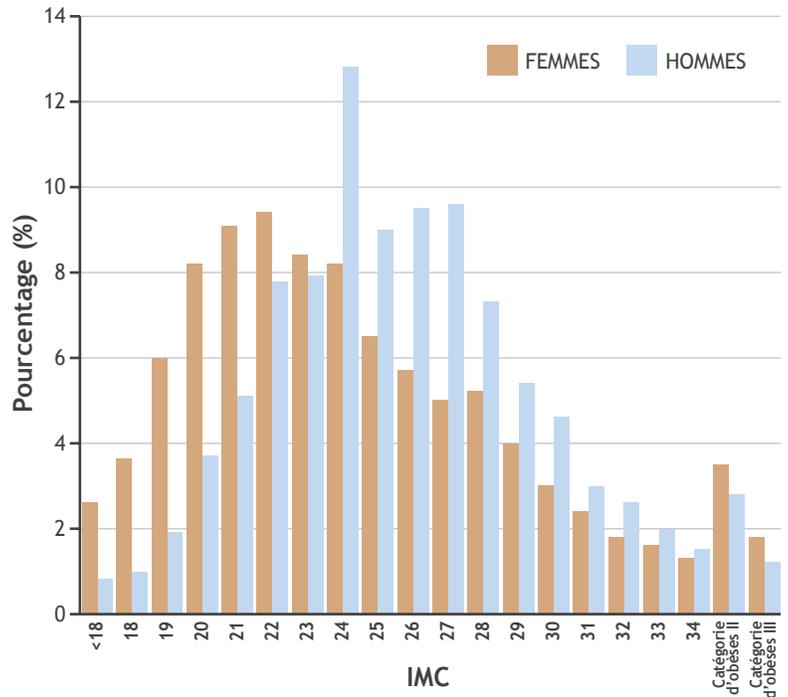
En 2007, la moitié des Canadiens et Canadiennes ayant été interrogés déclaraient avoir une taille et un poids les situant dans une catégorie de surplus de poids ou d'obésité selon leur indice de masse corporelle (IMC).

En 2007, les courbes de population de l'ESCC indiquaient que les hommes étaient plus susceptibles d'avoir un IMC plus élevé que les femmes (FIGURE 5).

Fait intéressant, lorsqu'on examine les données de surplus de poids et d'obésité conjointement, la probabilité de se situer dans cette catégorie était la plus fréquente avec l'augmentation du revenu et chez ceux résidant dans les régions rurales (FIGURE 6). Toutefois, lorsqu'on examine l'obésité seulement, il y avait très peu de variation entre les catégories de revenu, même si la tendance pour ceux résidant dans les régions rurales restait la même. (FIGURE 7).

FIGURE 5

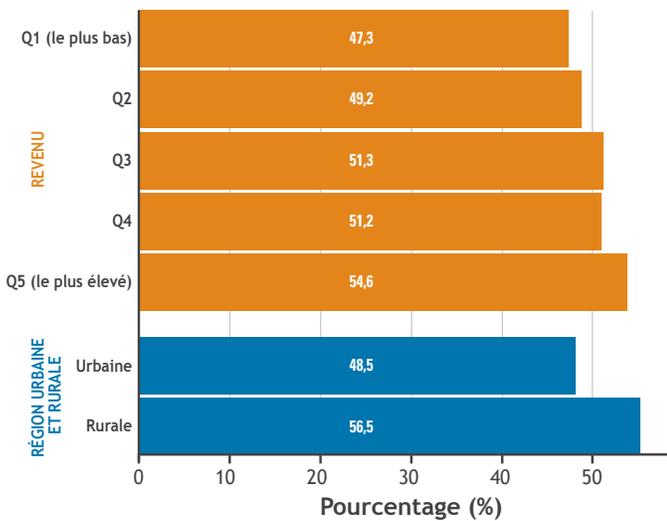
Courbes de distribution de l'IMC chez les adultes (%) par sexe, Canada – ESCC 2007



Source de données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

FIGURE 6

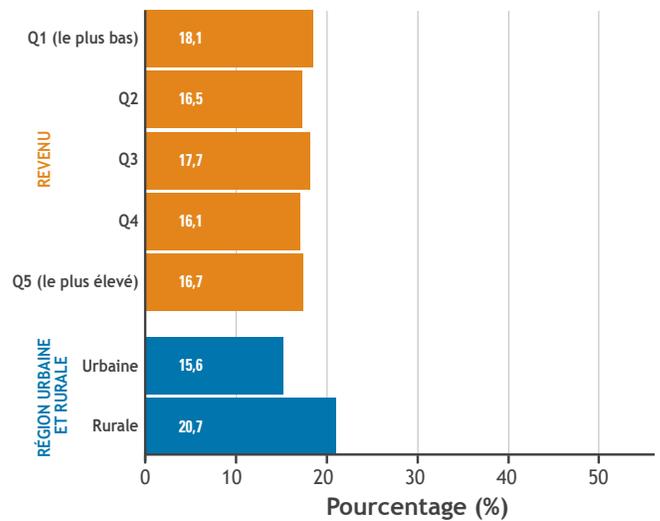
Pourcentage d'adultes dans la catégorie de surplus de poids ou d'obésité Par quintile de revenu et la région urbaine et rurale, Canada – ESCC 2007



Source de données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

FIGURE 7

Pourcentage d'adultes dans la catégorie d'obèses Par quintile de revenu et la région urbaine et rurale, Canada – ESCC 2007



Source de données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Consommation d'alcool

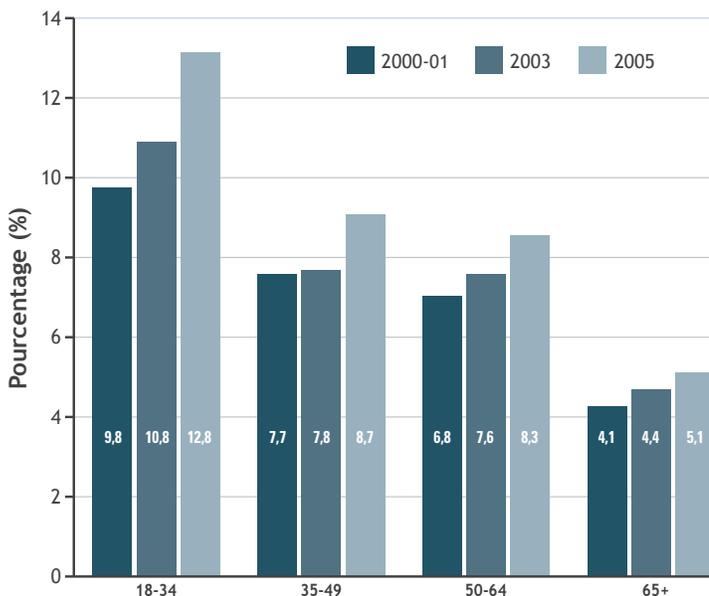
Bien que les recherches suggèrent qu'il peut y avoir des avantages éventuels à la consommation d'alcool pour les maladies cardiaques, il existe des données probantes selon lesquelles la consommation d'alcool peut être un facteur de risque lié au développement d'un cancer⁵. Reconnaisant ces facteurs, le FMRC a établi une directive sur la consommation d'alcool à faible risque consistant à ne pas dépasser plus de deux verres par jour pour les hommes et plus d'un verre par jour pour les femmes⁵. L'indicateur de consommation d'alcool se fonde sur cette directive.

Alors que cette définition correspond aux directives internationales en matière de consommation d'alcool, comme celles du Système de surveillance des facteurs de risque liés au comportement des États-Unis, elle se rapporte uniquement aux directives sur les risques de cancer et ne représente pas le rôle éventuel de l'alcool pour les blessures et autres effets sur la santé.

Les données pour l'indicateur de consommation d'alcool proviennent de l'ESCC menée par Statistique Canada et sont disponibles jusqu'en 2005. Dans l'ensemble du Canada, chez les adultes ayant été interrogés, la proportion de la population déclarant dépasser la limite des directives sur la consommation d'alcool à faible risque pour 2005 allait de 6,6 p. cent à l'Île-du-Prince-Édouard à 12,5 p. cent au Yukon.

FIGURE 8

Pourcentage d'adultes dépassant la limite des directives sur la consommation d'alcool à faible risque
Tendances temporelles par groupe d'âge, Canada – ESCC 2000-01 à 2005



Source de données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Le pourcentage d'adultes dans l'ensemble qui déclaraient dépasser la limite des directives sur la consommation d'alcool à faible risque s'est accru à l'échelle nationale entre 2001 (7,6 %) et 2005 (9,2 %). Cette tendance liée à l'augmentation de la consommation s'est produite dans tous les groupes d'âge, même si ceux qui étaient le plus susceptibles de dépasser la limite des directives étaient les adultes les plus jeunes, âgés de 18 à 34 ans (FIGURE 8).

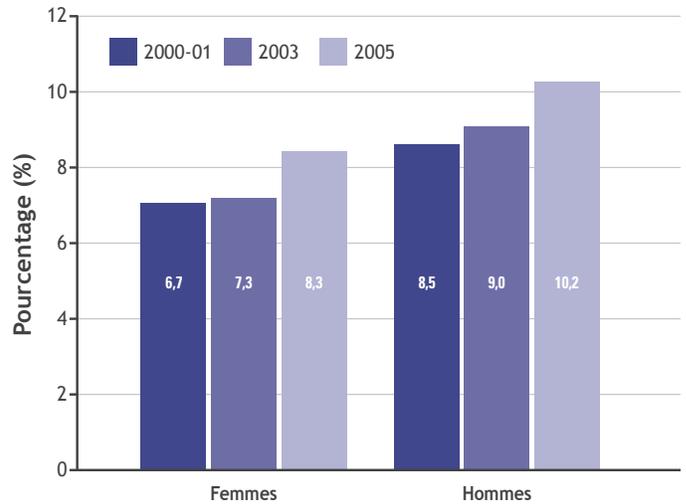
La tendance était également vérifiable pour les hommes et les femmes au fil du temps, même si un pourcentage plus faible de femmes dépassait la limite des directives propres à chaque sexe par rapport aux hommes (FIGURE 9).

Il y avait un rapport évident entre le fait de dépasser la limite des directives sur la consommation d'alcool à faible risque et le statut socio-économique ou le lieu de résidence. La proportion de la population dépassant la limite des directives s'accroissait nettement avec l'augmentation du revenu. La proportion de la population dépassant la limite des directives et résidant dans les régions urbaines et rurales était similaire (FIGURE 10).



FIGURE 9

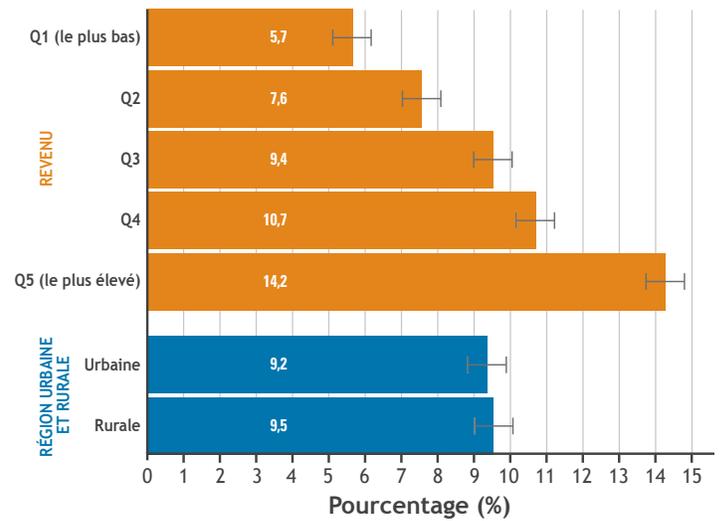
Pourcentage d'adultes dépassant la limite des directives sur la consommation d'alcool à faible risque
Tendances temporelles par sexe, Canada – ESCC 2000-01 à 2005



Source de données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

FIGURE 10

Pourcentage d'adultes dépassant la limite des directives sur la consommation d'alcool à faible risque
par quintile de revenu et la région urbaine et rurale, Canada – ESCC 2005



Nota : Des intervalles de confiance de 95 p. cent sont indiqués sur la figure.
Source de données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

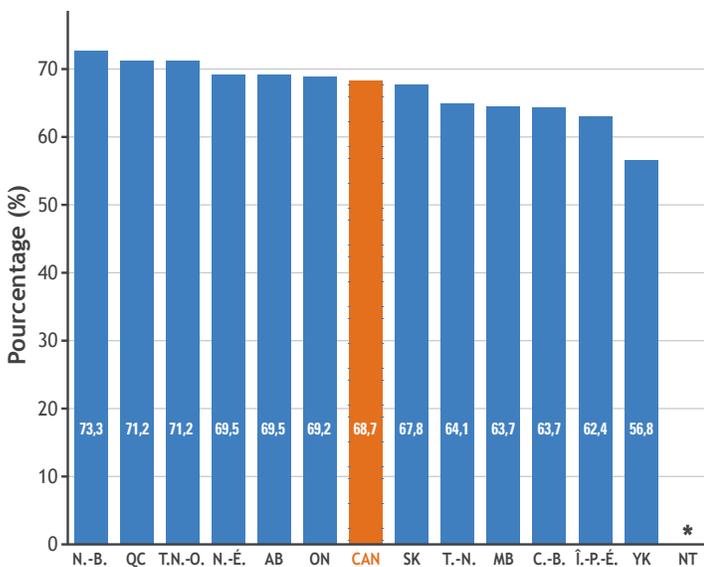
Dépistage du cancer du sein – Mammographie

Les données pour cet indicateur sont tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Les données sur les taux de mammographie dans le cadre de programmes de dépistage structurés sont également disponibles dans la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein (BDCDCS). Toutefois, les données de la BDCDCS se limitent aux programmes de dépistage structurés et, par conséquent, peuvent ne pas saisir une partie importante de l'activité de dépistage du cancer du sein au Canada. Également, bien que les données de la BDCDCS ne soient pas une mesure autodéclarée et puissent être davantage vérifiables, elles étaient disponibles seulement jusqu'en 2004. Pour ces raisons, on a choisi l'ESCC pour décrire cet indicateur.

Dans l'ensemble du Canada, les taux de mammographie de dépistage autodéclarés sont restés plus ou moins stables entre 2000-01 et 2005, la période de temps mesurée pour ce rapport. En 2005, le pourcentage de femmes âgées de 50 à 69 ans déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes allait de 57 p. cent dans le Territoire du Yukon à 73 p. cent au Nouveau-Brunswick. La moyenne au Canada était de 69 p. cent (FIGURE 11).

FIGURE 11

Pourcentage de femmes (50-69 ans) déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années par province et territoire – ESCC 2005



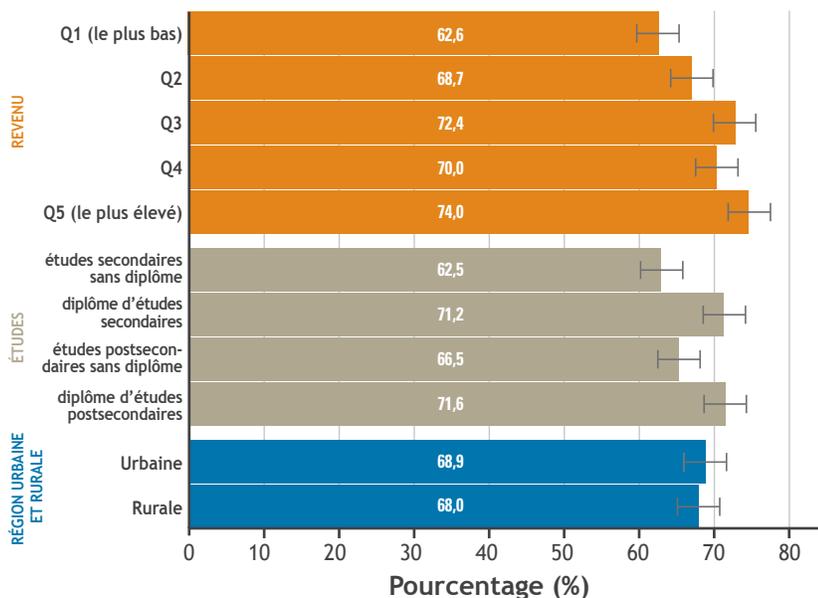
** Supprimé en raison de l'incertitude statistique causée par les petits nombres
Source de données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Les taux de participation pour le dépistage du cancer du sein étaient similaires pour tous les groupes d'âge au sein de la population cible, allant en 2005 de 65 p. cent chez les femmes âgées de 50 à 54 ans à 72 p. cent chez les femmes âgées de 55 à 59 ans et de 60 à 64 ans.



FIGURE 12

Pourcentage de femmes (50-69 ans) déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années Par quintile de revenu, le niveau de scolarité et la région urbaine et rurale, Canada – ESCC 2005



Nota : Des intervalles de confiance de 95 p. cent sont indiqués sur la figure.
 Source de données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Les taux de dépistage du cancer du sein en 2005 s'accroissaient avec le revenu. Soixante-trois p. cent des femmes dans le quintile de revenu le plus bas déclaraient avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes comparativement à 75 p. cent dans le quintile de revenu le plus élevé. Les taux de dépistage déclarés étaient également plus bas pour les femmes ayant un niveau de scolarité inférieur à un diplôme d'études secondaires, mais étaient similaires pour les femmes résidant dans les régions urbaines et rurales (FIGURE 12).



Dépistage du cancer du col de l'utérus – Tests Pap

À l'heure actuelle, des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus sont en place dans plusieurs compétences, certains s'appuyant sur des programmes structurés de dépistage et d'autres ayant recours à une combinaison d'approches. Les directives actuelles de dépistage varient également quelque peu dans l'ensemble du Canada. Les données pour cet indicateur sont tirées de l'ESCC.

Les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus autodéclarés étaient élevés et sont restés plus ou moins stables entre 2000-01 et 2005, la période de temps mesurée pour ce rapport. En 2005, le pourcentage de femmes âgées de 18 à 69 ans qui n'avaient pas subi d'hystérectomie (et étaient, par conséquent, à risque pour le cancer du col de l'utérus) déclarant avoir subi un test Pap au cours des trois années précédentes, allait de 72 p. cent au Québec à 85 p. cent en Nouvelle-Écosse. La moyenne globale au Canada était de 76 p. cent.

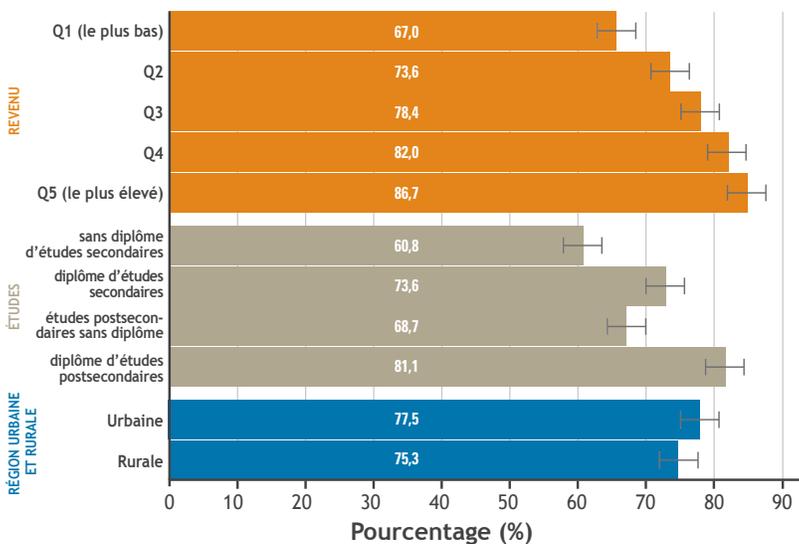
De 2000-01 à 2005, les femmes plus jeunes et les femmes plus âgées déclaraient des taux de test Pap plus bas que les femmes dans les groupes d'âge de 30 à 59 ans. En 2005, par exemple, les taux allaient de 68 p. cent chez les femmes âgées de 60 à 69 ans et 70 p. cent chez les femmes âgées de 18 à 29 ans à 82 p. cent chez les femmes âgées de 30 à 39 ans.

Les tendances socio-économiques pour le dépistage du cancer du col de l'utérus étaient similaires à celles du dépistage du cancer du sein. Les femmes dans le quintile de revenu le plus bas étaient moins susceptibles de subir un test Pap, déclarant un taux de dépistage de 67 p. cent comparativement aux femmes dans le quintile de revenu le plus élevé avec un taux de

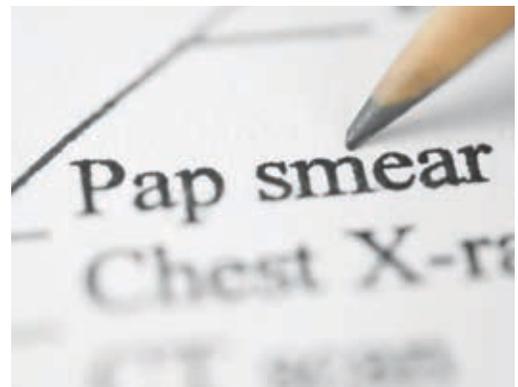
87 p. cent (FIGURE 13). De façon similaire, les taux de dépistage déclarés étaient plus bas pour les femmes ayant un niveau de scolarité inférieur à un diplôme d'études secondaires et les taux étaient similaires pour les femmes résidant dans les régions urbaines et rurales.

FIGURE 13

Pourcentage de femmes (18-69 ans) déclarant avoir subi un test Pap au cours des trois dernières années Par quintile de revenu, le niveau de scolarité et la région urbaine et rurale, Canada – ESCC 2005



Nota : Des intervalles de confiance de 95 p. cent sont indiqués sur la figure.
Source de données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes



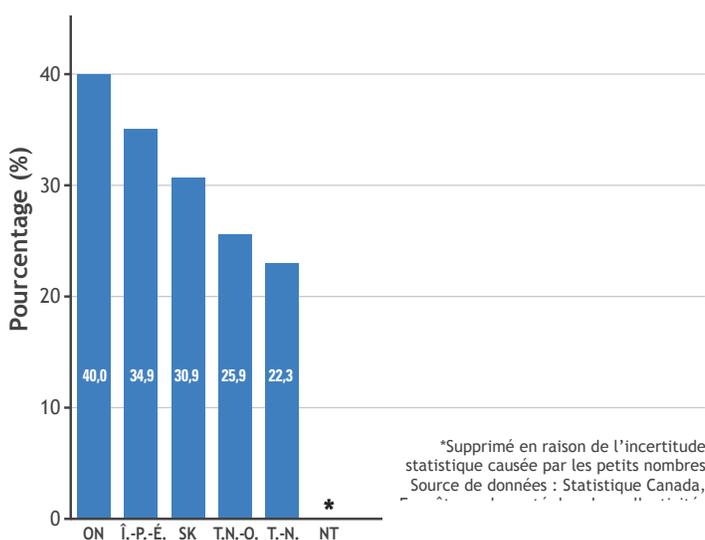
Dépistage du cancer colorectal

Les directives recommandent le dépistage du cancer colorectal au Canada depuis 2001⁸, et les recommandations de la population ont été établies en 2002⁹. Depuis 2007, huit provinces et un territoire ont annoncé ou mènent actuellement des programmes de dépistage ou des programmes pilotes pour le cancer colorectal. Tous ces programmes ont recours à un test fécal comme test d'entrée dans le programme, et le dépistage est généralement recommandé pour toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen.

Toutefois, puisque les programmes n'étaient pas en place pendant les années mesurées pour ce rapport, et puisque les directives de dépistage variaient, cet indicateur comprend les personnes qui déclaraient avoir subi un dépistage par la recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) ou une colonoscopie et une sigmoïdoscopie, dans le but de saisir un aperçu détaillé du dépistage du cancer colorectal au Canada.

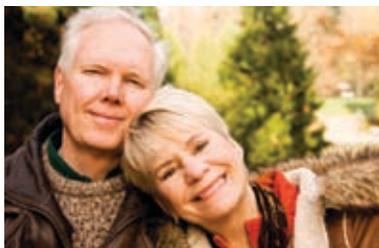
FIGURE 14

Personnes (50-74 ans) déclarant avoir subi un dépistage par la RSOS ou une sigmoïdoscopie et une colonoscopie qui ne présentant aucun symptôme (%) par province et territoire – ESCC 2007



Les données pour cet indicateur sont tirées de l'ESCC. Parmi les huit provinces et territoires (PT) ayant participé à l'enquête en 2005, le pourcentage de personnes déclarant avoir subi un test fécal aux fins de dépistage au cours des deux années précédentes ou une colonoscopie et une sigmoïdoscopie au cours des cinq années précédentes allait de 17 p. cent au Yukon à 33 p. cent en Ontario. Seulement six PT ont participé à l'enquête de 2007; au cours de cette année, le taux de dépistage pour le même indicateur allait de 22 p. cent à Terre-Neuve et Labrador à 40 p. cent en Ontario (FIGURE 14).

¹Nota : L'intervalle de temps de dépistage généralement recommandé est de 5 ans pour la sigmoïdoscopie et 10 ans pour la colonoscopie. Puisque les données de l'enquête ne font pas de distinction entre les deux modalités, on s'est servi de l'intervalle de 5 ans pour les deux. Cela n'a pas une incidence considérable sur les taux.



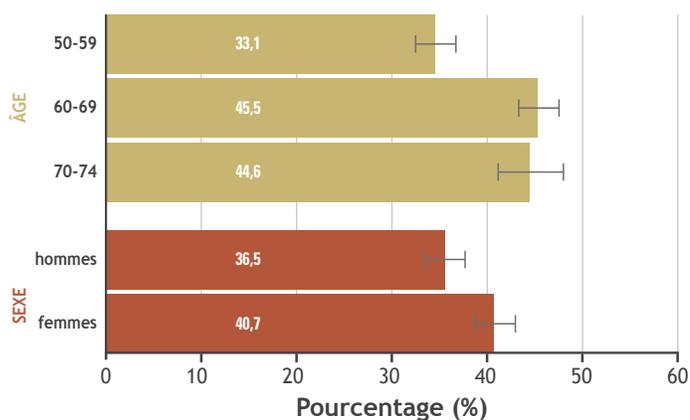
En 2007, les hommes déclaraient avoir subi un dépistage à un taux plus bas que les femmes pour le cancer colorectal, soit 37 p. cent et 41 p. cent respectivement.

En 2007, les hommes déclaraient avoir subi un dépistage à un taux plus bas que les femmes pour le cancer colorectal, soit 37 p. cent et 41 p. cent respectivement (FIGURE 15). Parmi les différents groupes d'âge dans la population cible, la participation était plus élevée pour ceux âgés de 60 ans et plus (45%) comparativement à ceux dans le groupe d'âge des 50-59 ans (33%) (Figure 15).

On a également observé une différence liée à la déclaration du dépistage du cancer colorectal pour le quintile de revenu, les personnes dans le quintile de revenu le plus bas déclarant un taux de dépistage de 27 p. cent comparativement à un taux de 36 p. cent pour les personnes dans le quintile le plus élevé. Aucune tendance particulière n'a été observée pour le niveau de scolarité, et les taux pour ceux résidant dans les régions urbaines et rurales étaient à peu près les mêmes.

FIGURE 15

Personnes (50-74 ans) déclarant avoir subi un dépistage par la RSOS ou une sigmoïdoscopie et une colonoscopie qui ne présentant aucun symptôme (%) par âge et sexe, moyenne des PT participant – ESCC 2007



Nota : Des intervalles de confiance de 95 p. cent sont indiqués sur la figure.

*Nota : PT participant en 2007 (T.-N., Î.-P.-É., ON, SK, T.N.-O., NT)

Source de données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes



Temps d'attente – Dépistage d'une anomalie au sein jusqu'à la résolution

Les données pour cet indicateur étaient tirées de la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein (BDCDCS) et sont disponibles jusqu'en 2004.

L'indicateur mesure les temps d'attente entre le dépistage d'une anomalie au sein (mammographie ou examen clinique des seins) avec un résultat positif (ou dépistage d'une anomalie au sein) et la résolution du diagnostic. Il est important de noter que la BDCDCS est valable seulement pour les femmes recevant des mammographies ou des examens cliniques des seins dans le cadre de programmes structurés de dépistage du cancer du sein à l'échelle provinciale. Bien que les taux de participation varient grandement dans l'ensemble des provinces (de 10,3 p. cent en Alberta à 52,7 p. cent au Nouveau-Brunswick) et devraient être considérés lors de l'interprétation des résultats, l'indicateur fournit néanmoins un aperçu de l'état de ce domaine en 2004.

Les lignes directrices déterminant les temps d'attente visés pour le dépistage d'une anomalie au sein jusqu'à la résolution ont été établies dans le cadre de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein¹⁰ et par le Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation de Santé Canada¹¹, et s'appliquent aux femmes ne présentant aucun symptôme âgées entre 50 et 69 ans, n'ayant aucun diagnostic antérieur de cancer du sein.



Au sein de la population cible de femmes âgées de 50 à 69 ans, les temps d'attente ont fait l'objet d'un examen par des groupes d'âge de cinq ans. Il y avait peu de différence dans les temps d'attente entre ces groupes d'âge, pour les femmes nécessitant un biopsie et celles n'en n'ayant pas besoin.

Pour les cas nécessitant une biopsie en 2004, les temps d'attente moyens à l'échelle provinciale pour le dépistage d'une anomalie au sein jusqu'à la biopsie allaient de 5,7 semaines à 14,9 semaines, et les temps d'attente au 90^e percentile allaient de 12 semaines à 41 semaines. Le pourcentage de cas résolus dans l'intervalle visé de 7 semaines allait de 20,5 p. cent en Saskatchewan à 66 p. cent à l'Î.-P.-É. (FIGURE 16).

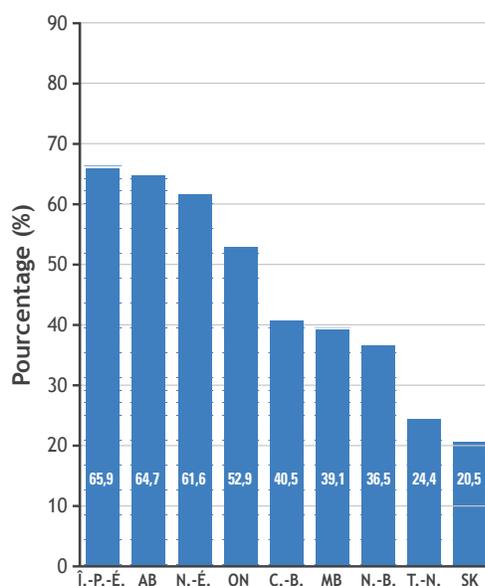
Pour les cas ne nécessitant pas une biopsie, les temps d'attente moyens à l'échelle provinciale pour le dépistage d'une anomalie au sein jusqu'à la résolution sans biopsie allaient de 2,4 semaines à 4,9 semaines en 2004. Les temps d'attente au 90^e percentile allaient de 7,4 semaines à 26,7 semaines. Le pourcentage de cas résolus dans l'intervalle visé de 5 semaines allait de 52 p. cent en Colombie-Britannique à 81 p. cent en Ontario (FIGURE 17).

Au sein de la population cible de femmes âgées de 50 à 69 ans, les temps d'attente ont fait l'objet d'un examen par des groupes d'âge de cinq ans. Il y avait peu de différence dans les temps d'attente entre ces groupes d'âge, pour les femmes nécessitant un biopsie et celles n'en n'ayant pas besoin.

Il est reconnu que les résultats qu'indique cet indicateur sont désuets, puisque de nombreuses provinces ont instauré des initiatives visant à réduire les temps d'attente depuis 2004. Des efforts seront déployés, par conséquent, au cours de la deuxième année de rapport sur le rendement du système, afin de trouver des façons de collaborer avec les provinces pour présenter des données plus actuelles.

FIGURE 16

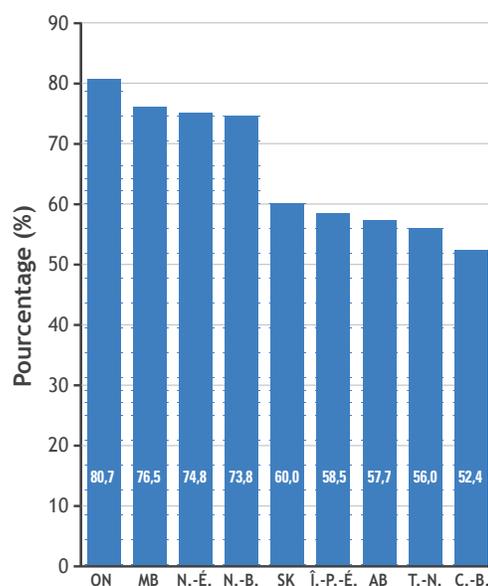
Pourcentage de dépistage d'une anomalie au sein et résolution dans un intervalle de 7 semaines (cible)
Femmes (50-69 ans) **nécessitant** une biopsie des tissus – 2004



Source de données : Agence de la santé publique du Canada, Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein

FIGURE 17

Pourcentage de dépistage d'une anomalie au sein et résolution dans un intervalle de 5 semaines (cible)
Femmes (50-69 ans) **ne nécessitant pas** une biopsie des tissus – 2004



Source de données : Agence de la santé publique du Canada, Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein

Temps d'attente pour la radiothérapie (Prêt à traiter jusqu'au traitement)

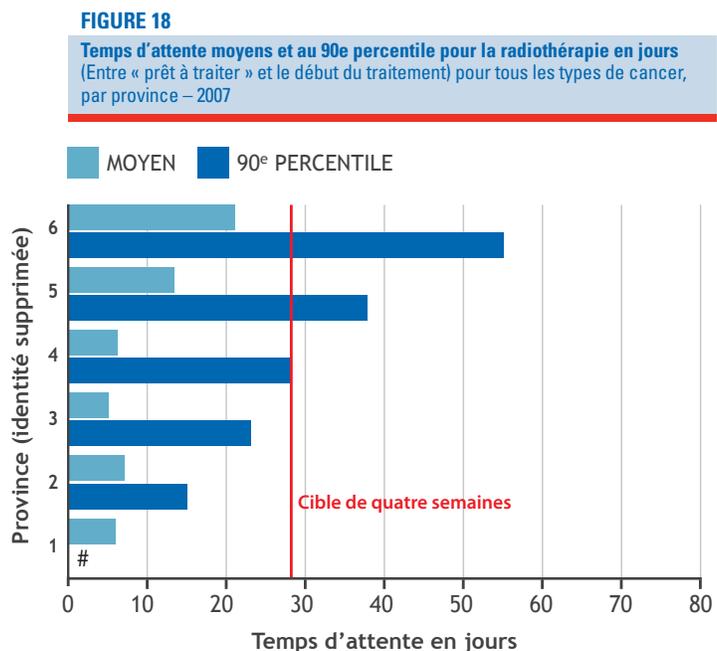
En décembre 2005, les provinces et territoires ont annoncé un ensemble d'indicateurs nationaux pour l'accès aux services de soins aux malades. Cette liste comprenait l'indicateur de radiothérapie recommandant que 90 p. cent des patients débutent la radiothérapie dans un délai de quatre semaines à partir du moment où ils sont considérés prêts pour le traitement¹². Depuis lors, l'ensemble des provinces et territoires ont mis en œuvre des processus servant à la mesure des statistiques sur les temps d'attente pour la radiothérapie et des stratégies visant à réduire ces temps d'attente.

Les données pour cet indicateur ont été obtenues directement auprès des agences provinciales du cancer à l'aide d'une enquête menée expressément pour cette initiative. L'indicateur mesure la longueur de l'intervalle entre l'identification du patient prêt pour la radiothérapie et le début de la première séance de thérapie (prêt à traiter jusqu'au traitement). Pendant le processus de collecte de données, il est devenu manifeste que les données peuvent avoir été recueillies ou présentées de manière différente entre les provinces. Pour cette raison, l'indicateur est considéré comme étant en voie d'élaboration et une décision a été prise en collaboration avec les provinces afin de supprimer l'identité des données pour ce rapport.

Parmi les huit compétences ayant soumis des données pour cet indicateur, le pourcentage de tous les cas de cancer traités dans l'intervalle visé de quatre semaines en 2007 allait de 62,5 p. cent à 99,6 p. cent. Six des huit provinces ayant soumis des données déclaraient un taux supérieur à 90 p. cent.

Au cours des trois années de collecte de données (2005 à 2007), le pourcentage de cas traités dans l'intervalle visé s'est accru pour toutes les provinces sauf une des provinces ayant soumis des années de données multiples.

En 2007, six provinces ont soumis des renseignements sur les temps d'attente détaillant le nombre de jours d'attente. Parmi ceux-ci, les temps d'attente moyens allaient de 5 à 21 jours, et les temps d'attente au 90^e percentile allaient de 15 à 55 jours. Trois des provinces ayant soumis des renseignements déclaraient que les temps d'attente au 90^e percentile étaient selon l'intervalle visé de quatre semaines ou inférieurs à ce délai (FIGURE 18).



Nombre de données non disponible
Sources de données : Agences provinciales du cancer

Temps d'attente pour la radiothérapie (SUITE)

Lors des ateliers sur le rendement du système en juin et juillet 2009, on a souligné l'importance de définir « prêt à traiter » de façon uniforme d'une province à l'autre pour la deuxième année de rapport sur le rendement du système, dans le but d'accroître la comparabilité des données et d'améliorer l'évaluation et la compréhension des temps d'attente pour la radiothérapie dans l'ensemble du pays.

Utilisation de la radiothérapie

Cet indicateur mesure l'utilisation des services de radiothérapie. Dans sa forme actuelle, l'indicateur est calculé comme le ratio du nombre total de séances de radiothérapie et du nombre total de nouveaux cas de cancer. Les données s'appuient sur les renseignements déclarés au Partenariat par les agences provinciales du cancer.

Les données fournissent un aperçu des faits connus au Canada à l'heure actuelle. Pendant le processus de collecte de données, il est devenu manifeste que les données peuvent avoir été recueillies ou présentées de manière différente d'une province à l'autre et, par conséquent, une véritable évaluation de l'utilisation de la radiothérapie dans l'ensemble du Canada s'avère impossible à l'heure actuelle. Cet indicateur est donc en voie d'élaboration et des plans sont en place afin de peaufiner l'indicateur dans l'avenir.

En 2007, le ratio des séances de radiothérapie et des cas nouveaux variait d'environ de 0,4 à 0,55 pour les sept provinces ayant soumis des données. Ces valeurs correspondent aux résultats déclarés dans le cadre des initiatives internationales de mesure.



Au cours des trois années de collecte de données (2005 à 2007), le pourcentage de cas traités dans l'intervalle visé s'est accru pour toutes les provinces sauf une des provinces ayant soumis des années de données multiples. En 2007, six des huit provinces ayant soumis des données déclaraient un taux supérieur à 90 p. cent.

Évaluation des symptômes

Le milieu du cancer en général reconnaît le besoin urgent d'établir des indicateurs qui évaluent les soins de soutien et la survie. Malheureusement, il y a encore un manque de données fiables et uniformisées dans ce domaine.

L'indicateur choisi par le Comité directeur pour ce rapport mesure le degré auquel les provinces et les agences du cancer ont mis en œuvre des outils d'évaluation des symptômes uniformisés pour la douleur et le trouble émotionnel. Un dépistage systématique pour la douleur et le trouble émotionnel, souvent désignés comme les cinquième et sixième signes vitaux¹³ respectivement, aide à cerner tout problème de nature non médicale dès le début, afin que les services de soutien appropriés puissent être offerts pour répondre aux besoins particuliers d'un patient.

Un outil d'évaluation généralement utilisé est l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EESE), qui est conçue afin d'aider à faire l'évaluation de neuf symptômes courants connus par les patients atteints de cancer : la douleur, la fatigue, la nausée, la dépression, l'anxiété, la somnolence, la perte d'appétit et de bien-être et l'essoufflement. D'autres outils uniformisés peuvent servir pour le même objectif.

Les résultats de l'indicateur se fondent sur les données fournies au Partenariat par les agences provinciales du cancer ou leur équivalent.

Quatre provinces ont déclaré utiliser un certain type d'outil uniformisé d'évaluation des symptômes répertoriés de façon centralisée en 2007 : la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba et l'Ontario (TABLEAU 1). Parmi ces quatre provinces, seulement deux ont déclaré mettre en place un outil uniformisé (EESE) dans tous leurs centres anticancéreux, et l'outil peut avoir été appliqué auprès d'une minorité de patients seulement. Des données fiables sur le pourcentage de patients atteints de cancer évalués n'étaient pas disponibles.

Nombre de provinces présentent de nouvelles initiatives visant à mieux mesurer et comprendre les domaines des soins de soutien et de la survie. Ainsi, les travaux futurs sur les indicateurs porteront essentiellement sur la surveillance de ces initiatives afin de réaliser une évaluation plus détaillée des soins de soutien pour les personnes atteintes de cancer et de la survie au cancer dans l'ensemble du Canada.

TABLEAU 1

Importance de l'usage des outils uniformisés d'évaluation des symptômes pour l'ensemble des cliniques au sein des agences provinciales du cancer (interrogées février 2009)

Province	CENTRES ANTICANCÉREUX*		
	Tous	Certains	Aucun
C.-B.	×		
AB		×	
SK			×
MB		×	
ON	×		
QC			×
N.-B.			×
N.-É.			×
Î.-P.-É.			×
T.-N.			×

*Définitions :

TOUS : Une évaluation uniformisée des symptômes est effectuée pour au moins une partie des patients à chaque centre anticancéreux provincial.

CERTAINS : Une évaluation uniformisée des symptômes est effectuée pour au moins une partie des patients aux centres anticancéreux provinciaux choisis.

AUCUN : La mise en œuvre concernant l'évaluation des symptômes gérée à l'échelle provinciale n'existe pas.

Un grand nombre de provinces présentent de nouvelles initiatives visant à mieux mesurer et comprendre les domaines des soins de soutien et de la survie.

Résultats à long terme et indicateurs de surveillance - Introduction

Les statistiques sur la surveillance du cancer, y compris l'incidence et la mortalité, offrent un éclairage clé concernant les évaluations du fardeau du cancer au Canada.

Les taux normalisés selon l'âge sont souvent utilisés afin d'examiner l'incidence et la mortalité en raison du fait qu'ils permettent de faire des comparaisons en justifiant différentes répartitions selon l'âge dans les populations. Il est important de se rappeler, toutefois, que les taux d'incidence et de mortalité selon l'âge ne peuvent être cités comme des taux « réels » et, ainsi, ne peuvent servir à la planification des ressources. Les données d'incidence réelle ou les taux bruts sont davantage pertinents à cette fin. Dans ce rapport, toutes les données sont normalisées selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991 et excluent le cancer de la peau avec mélanome bénin.

Lorsqu'on examine les taux d'incidence, des différences entre les périodes de temps ou les compétences peuvent traduire différentes expositions aux facteurs de risque (souvent dans le passé) ou structures de diagnostic (utilisation d'un test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique, par exemple, ou fréquences de dépistage pour les autres types de cancer). Les différences entre les taux de mortalité normalisés selon l'âge peuvent traduire des différences dans les activités de lutte contre le cancer, notamment la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement.



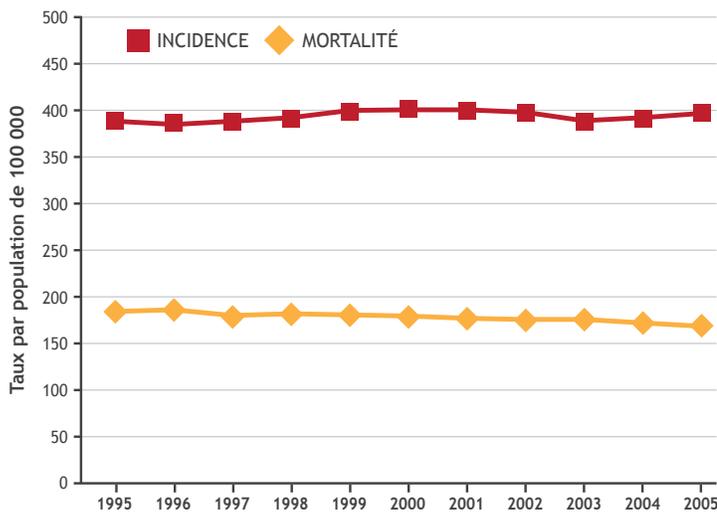
Un autre indicateur important de surveillance du cancer est la survie au cancer, ou la proportion de patients vivant à un certain stade après le diagnostic de la maladie. L'indicateur de survie relative mesure la probabilité de survie des patients atteints de cancer comparativement à la population globale du même âge et du même sexe au cours d'une période de temps donnée. À ce titre, cela est utile parce que cet indicateur mesure les améliorations concernant la capacité du système de soins aux patients atteints de cancer de prolonger la vie et est très important pour les patients et leurs familles.

Tous les types de cancer

Le taux d'incidence du cancer normalisé selon l'âge (TINA) au Canada est resté stable tout au long de la décennie, bien que l'on commence à observer des diminutions dans certaines provinces, notamment en Colombie-Britannique. Le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) a diminué progressivement de 1995 à 2005 (FIGURE 19).

FIGURE 19

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge – Tous les types de cancer Canada, 1995 à 2005

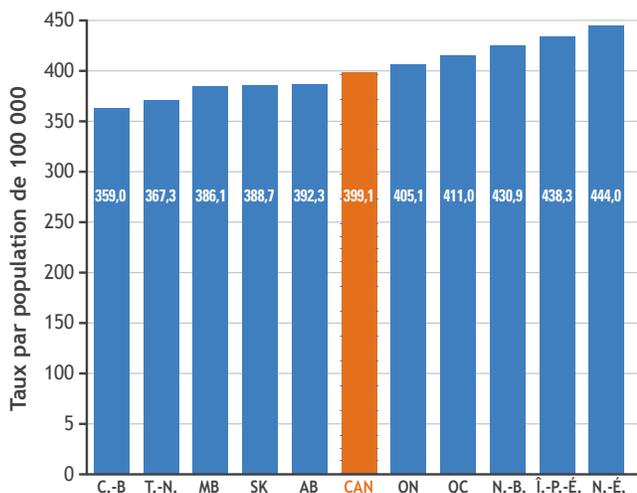


Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer, Statistiques de vie

Dans l'ensemble du pays, il y avait des différences entre les compétences concernant l'incidence (FIGURE 20) et la mortalité (FIGURE 21). En 2005, pour l'incidence et la mortalité, la Colombie-Britannique a connu les taux les plus bas. Le Canada Atlantique et le Québec ont eu tendance à connaître des taux plus élevés en comparaison à l'Ouest canadien.

FIGURE 20

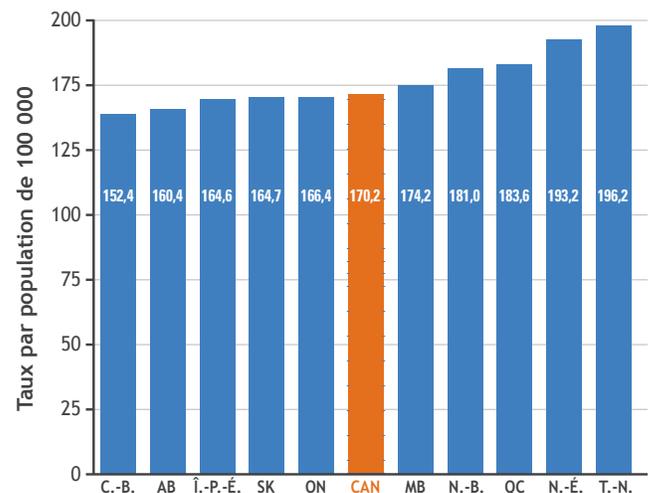
Taux d'incidence normalisés selon l'âge – Tous les types de cancer par province – 2005



Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

FIGURE 21

Taux de mortalité normalisés selon l'âge – Tous les types de cancer par province – 2005



Source de données : Statistique Canada, Statistiques de vie - Base de données sur les décès

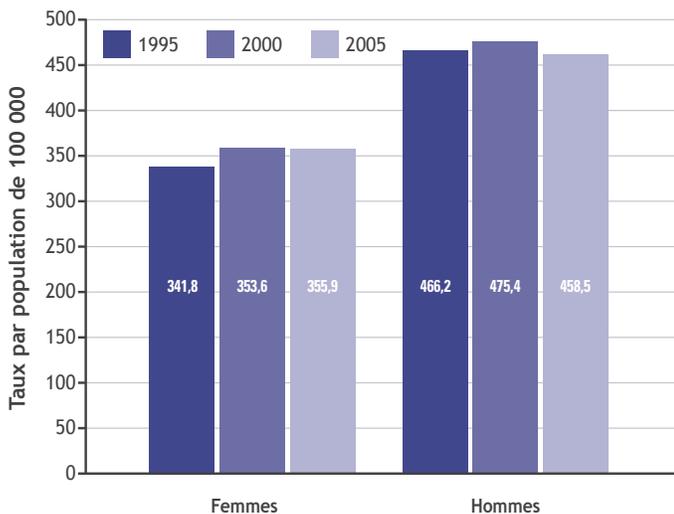


Il y avait également des différences concernant les taux d'incidence et de mortalité pour le cancer au Canada entre les hommes et les femmes. Les types de cancer les plus fréquents chez les femmes sont le cancer du sein, du poumon et colorectal, et les taux d'incidence de ces trois types de cancer étaient plus ou moins stables tout au long de la décennie. Les types de cancer les plus fréquents chez les hommes sont le cancer de la prostate, du poumon et colorectal. Chez les hommes, il y a eu une diminution du cancer du poumon, et une légère augmentation du cancer de la prostate et peu de différence concernant le taux d'incidence du cancer colorectal tout au cours de la dernière décennie.

De façon plus notable pour cette période de temps, toutefois, les taux d'incidence normalisés selon l'âge étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes (FIGURE 22). À l'inverse, les taux de mortalité normalisés selon l'âge chez les hommes ont diminué de 13 p. cent de 1995 à 2005 comparativement à une diminution de 5 p. cent chez les femmes (FIGURE 23). Cette différence peut être attribuable à une légère augmentation des taux d'incidence et de mortalité du cancer du poumon chez les femmes comparativement à une diminution considérable des taux d'incidence et de mortalité du cancer du poumon chez les hommes, traduisant l'effet des baisses précédentes des taux de tabagisme chez les hommes.

FIGURE 22

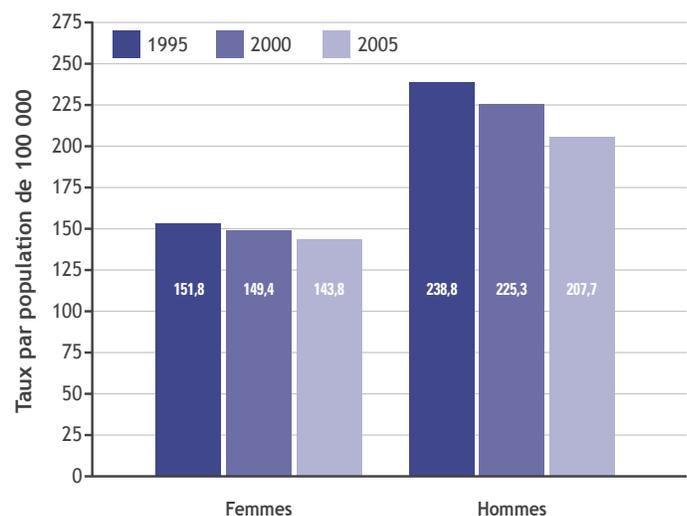
Taux d'incidence normalisés selon l'âge – Tous les types de cancer
Tendances temporelles par sexe, Canada – 1995 à 2005



Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

FIGURE 23

Taux de mortalité normalisés selon l'âge – Tous les types de cancer
Tendances temporelles par sexe, Canada – 1995 à 2005



Source de données : Statistique Canada, Statistiques de vie - Base de données sur les décès

Cancer du sein

Bien qu'il y ait eu certaines fluctuations concernant le taux d'incidence du cancer du sein de 1995 à 2005, les taux globaux sont demeurés plus ou moins stables tout au cours de la dernière décennie.

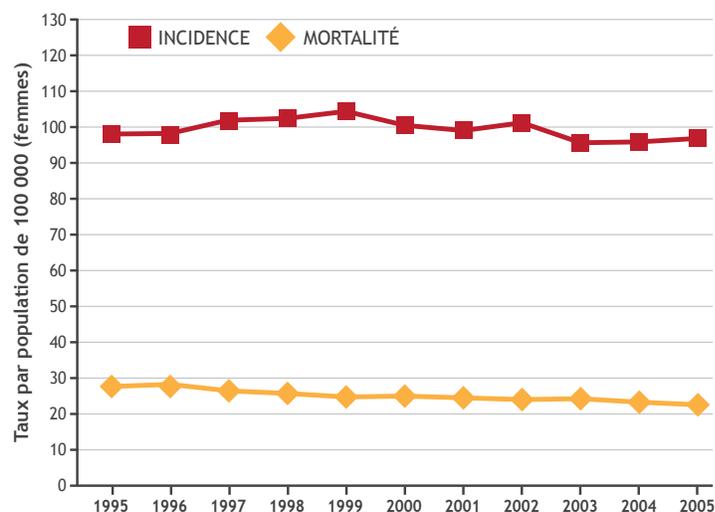
Les taux de mortalité normalisés selon l'âge ont baissé progressivement au cours de cette même période temporelle de 29 par 100 000 en 1995 à 23 par 100 000 en 2005 (FIGURE 24), traduisant probablement des améliorations dans la détection précoce et le traitement.

De façon similaire, le ratio de survie relative sur cinq ans pour le cancer du sein s'est amélioré au cours de la dernière décennie, passant de 85 p. cent pour les patients ayant reçu un diagnostic en 1995-1997 à 87 p. cent pour les patients ayant reçu un diagnostic en 2001-2003 (FIGURE 25).

Le risque d'être atteint d'un cancer du sein s'accroissait avec l'âge. Les différences liées aux taux parmi le quintile de revenu étaient légères, comme pour le lieu de résidence en région urbaine par rapport au lieu de résidence en région rurale.

FIGURE 24

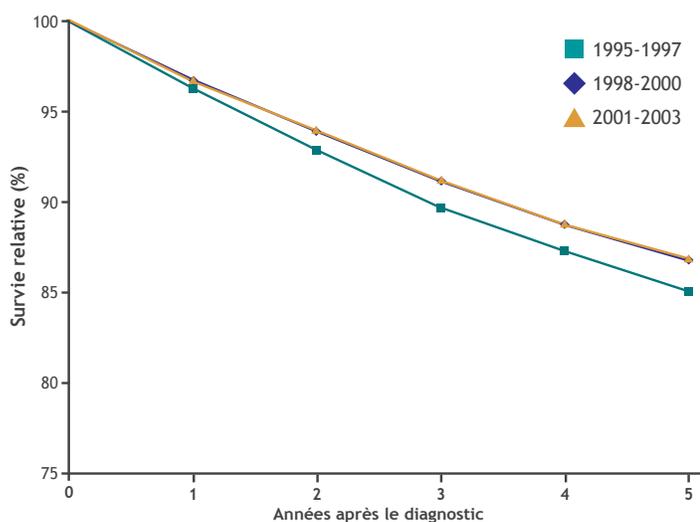
Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge – Cancer du sein
Canada, 1995 à 2005



Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer, Statistiques de vie

FIGURE 25

Survie relative (%) pour le cancer du sein
par période de diagnostic – Canada



Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer



Cancer colorectal

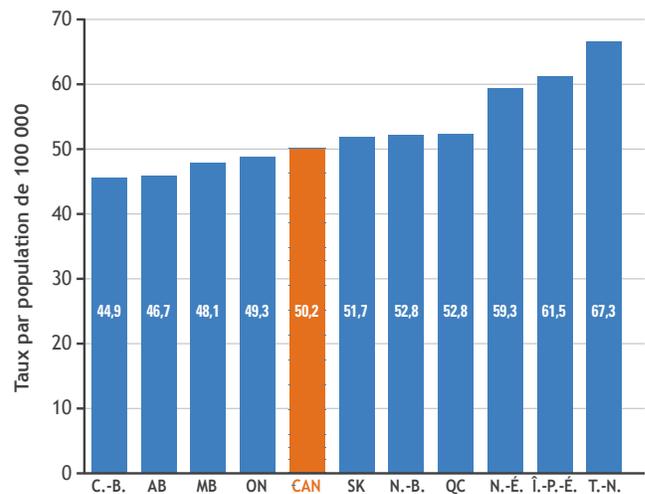
Les taux d'incidence du cancer colorectal normalisés selon l'âge sont demeurés plus ou moins stables entre 1995 et 2005 à environ 50 par 100 000 personnes. Il y avait, toutefois, une variation considérable des taux dans l'ensemble des provinces.

En 2005, il y avait une différence de 50 p. cent entre les taux les plus bas (45 nouveaux cas par 100 000 en Colombie-Britannique) et les taux les plus élevés (67 nouveaux cas par 100 000 à Terre-Neuve et Labrador) (FIGURE 26). Comme il a été décrit dans la section Prévention de ce rapport, les programmes de dépistage du cancer colorectal n'étaient pas encore mis en place en général à ce moment et ne sont donc pas susceptibles de rendre compte de manière significative de ces différences. Les taux de mortalité normalisés selon l'âge indiquaient une légère tendance à la baisse entre 1995 et 2005; les taux de mortalité normalisés selon l'âge variaient également considérablement entre les provinces.

De façon notable, les taux d'incidence normalisés selon l'âge étaient environ 50 p. cent plus élevés pour les hommes comparativement aux femmes (FIGURE 27). Il y avait peu de variation concernant les taux d'incidence ou de mortalité pour le cancer colorectal par quintile de revenu; les régions rurales indiquaient un taux légèrement supérieur en fait d'incidence mais non en fait de mortalité.

FIGURE 26

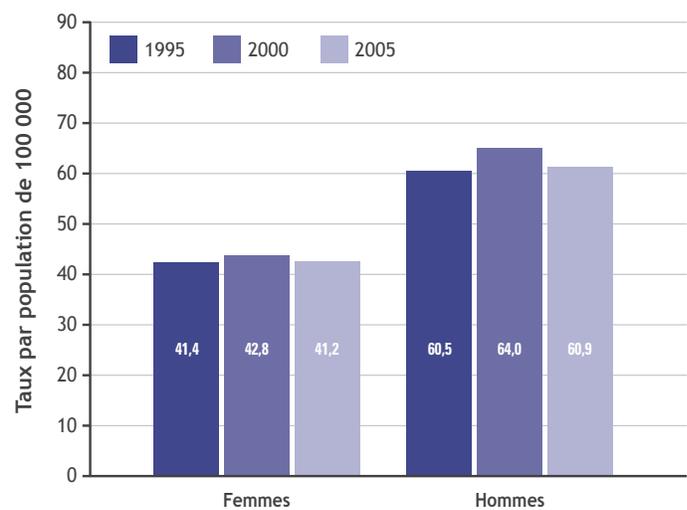
Taux d'incidence normalisés selon l'âge – Cancer colorectal par province – 2005



Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

FIGURE 27

Taux d'incidence normalisés selon l'âge – Cancer colorectal Tendances temporelles par sexe, Canada – 1995 à 2005

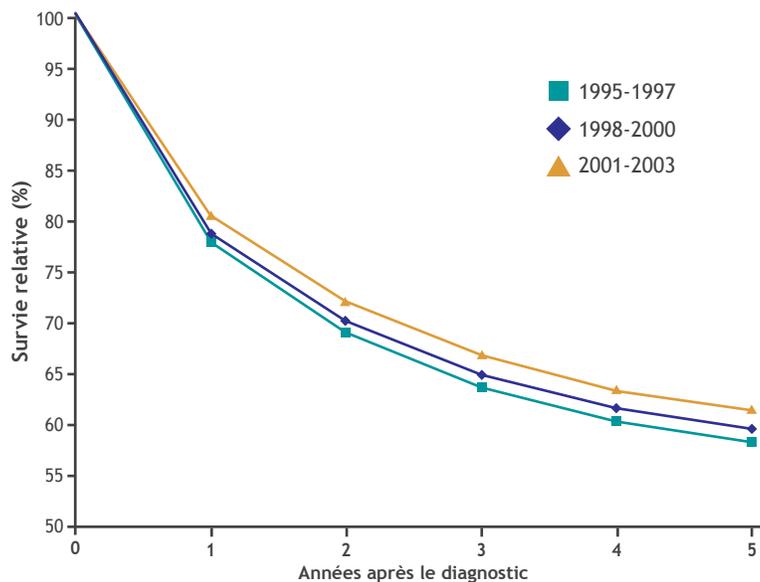


Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

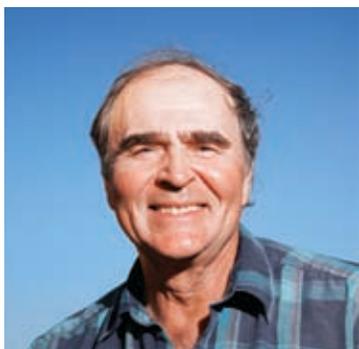
Bien qu'il y ait eu une variation considérable des taux d'incidence et de mortalité pour le cancer colorectal entre les provinces, les ratios de survie relative sur cinq ans étaient très similaires et allaient de 58 p. cent en Nouvelle-Écosse à 63 p. cent en Ontario. Les ratios de survie se sont accrus légèrement au fil du temps (FIGURE 28). Il y avait très peu de différence entre les hommes et les femmes concernant la survie relative dans la période de mesure.

FIGURE 28

Survie relative (%) pour le cancer colorectal par période de diagnostic – Canada



Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer



En 2008, les programmes de dépistage du cancer colorectal étaient en place (incluant les programmes pilotes) dans sept provinces et territoires à travers le Canada, avec deux programmes supplémentaires annoncés ou à l'étape de la planification.

Cancer du poumon

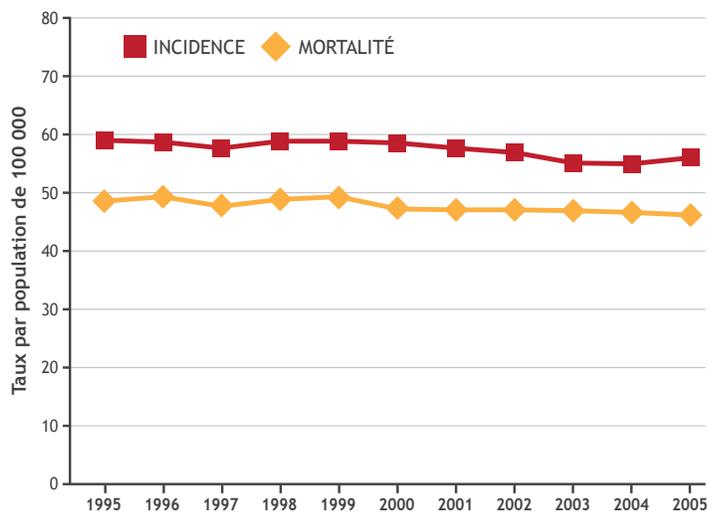
Les taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour le cancer du poumon ont baissé légèrement de 1995 à 2005. Comme les taux de cancer du poumon rendent compte de l'usage antérieur du tabac, les changements concernant les taux d'incidence et de mortalité rendent compte des différences liées aux taux de tabagisme antérieur (qui, à leur tour, peuvent rendre compte des différences liées aux politiques et programmes mis en place afin de combattre le tabagisme) (FIGURE 29).

Comme pour le cancer colorectal, il y avait des différences considérables entre les provinces. En général, les taux d'incidence et de mortalité étaient plus élevés au Canada Atlantique comparativement à l'Ouest canadien.

Les taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer du poumon étaient nettement plus élevés pour les hommes comparativement aux femmes (Figure 30). Fait intéressant, alors que les taux d'incidence ont diminué pour les hommes de 1995 à 2005, ils ont suivi une tendance à la hausse pour les femmes, ce qui peut rendre compte en grande partie des comportements antérieurs liés au tabagisme. En parallèle, les taux de mortalité ont diminué pour les hommes alors qu'ils se sont accrus légèrement pour les femmes.

FIGURE 29

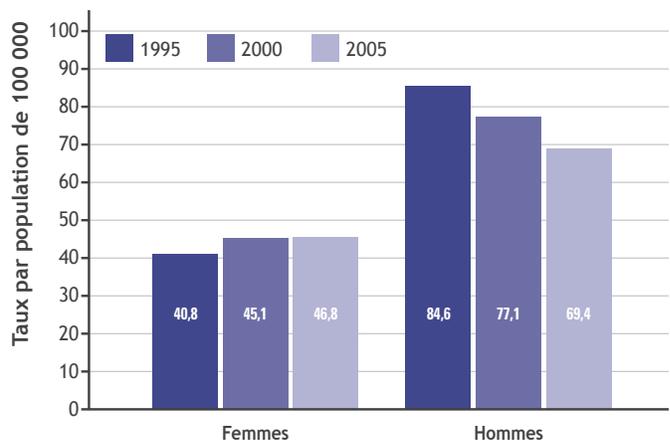
Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge – Cancer du poumon Canada, 1995 à 2005



Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer, Statistiques de vie

FIGURE 30

Taux d'incidence normalisés selon l'âge – Cancer du poumon Tendances temporelles par sexe, Canada – 1995 à 2005



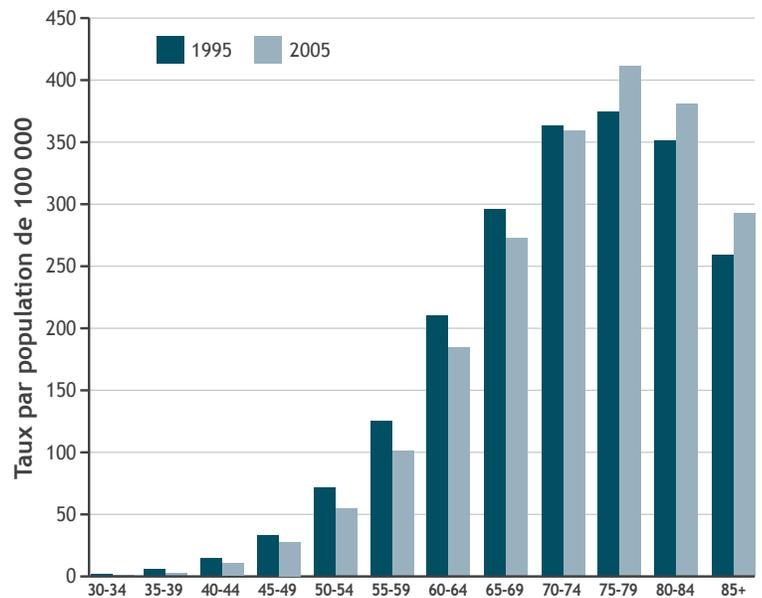
Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

Le taux d'incidence pour le cancer du poumon s'accroît avec l'âge. Fait intéressant, alors que les taux globaux d'incidence chutent, cette tendance se limite aux personnes âgées de moins de 75 ans (FIGURE 31), et les taux sont encore plus élevés pour les personnes âgées de plus de 75 ans qu'ils ne l'étaient il y a dix ans. Cela traduit des tendances séculaires qui se produisent lorsqu'une population commence à réduire le tabagisme; en général, les taux chutent d'abord dans les populations les plus jeunes¹⁴.

Les taux d'incidence pour le cancer du poumon sont plus élevés dans les catégories de revenu plus faibles et dans les régions rurales (FIGURE 32), et les taux de mortalité suivent la même tendance. Cela rend compte des tendances socio-économiques pour les taux de tabagisme et d'abandon du tabac décrits précédemment dans cette section.

FIGURE 31

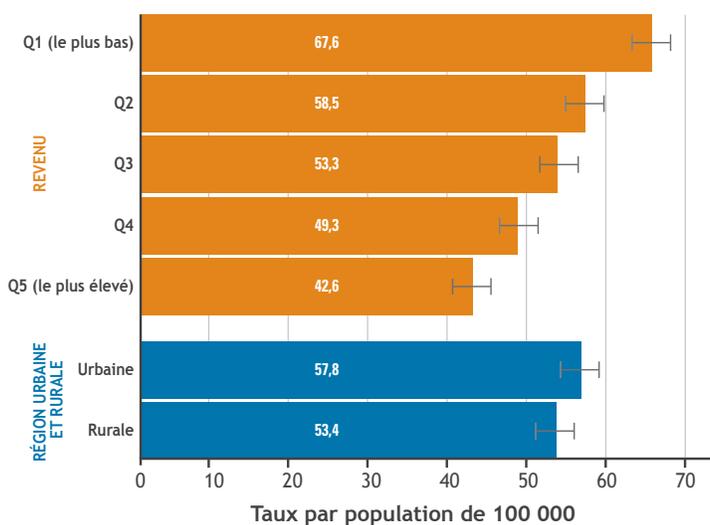
Taux d'incidence selon l'âge – Cancer du poumon par groupe d'âge, Canada – 1995 c. 2005



Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

FIGURE 32

Taux d'incidence normalisés selon l'âge – Cancer du poumon par quintile de revenu et région urbaine et rurale, Canada – 2005



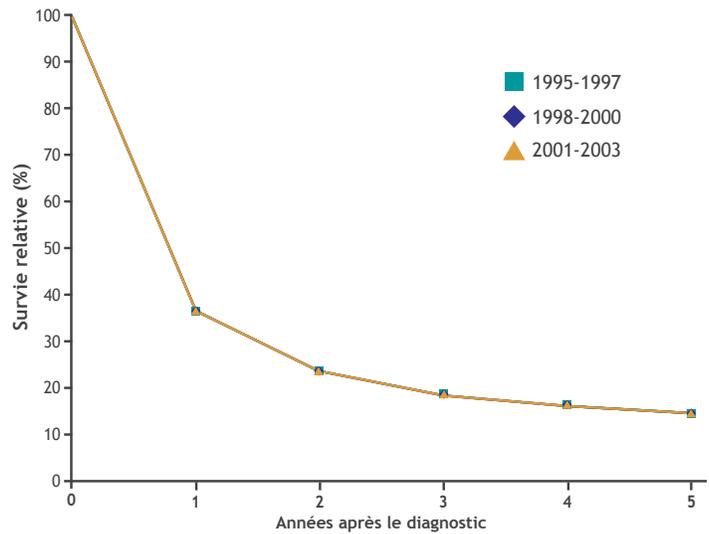
Nota : Des intervalles de confiance de 95 p. cent sont indiqués sur la figure.
Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer



Bien qu'il y ait de bonnes nouvelles concernant la baisse des taux d'incidence et de mortalité du cancer du poumon en général, le taux de survie sur cinq ans demeure faible, et il y a peu de données probantes en fait d'amélioration (FIGURE 33). Pour les patients ayant reçu un diagnostic en 2001-2003, les taux de survie relative sur cinq ans vont de 12,5 p. cent en Alberta à 18,2 p. cent au Manitoba.

FIGURE 33

Survie relative (%) pour le cancer du poumon par période de diagnostic – Canada



Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer



Cancer de la prostate

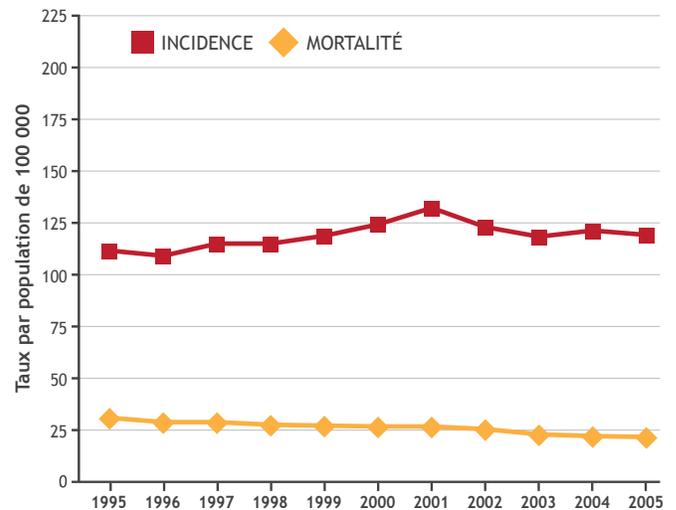
Le taux d'incidence du cancer de la prostate s'est élevé légèrement entre 1995 et 2005 alors que les taux de mortalité ont baissé considérablement au cours de la même période (FIGURE 34).

Les taux d'incidence et de mortalité interprovinciaux étaient plus ou moins variés, avec un taux d'incidence allant de 93 par 100 000 à 150 par 100 000 et un taux de mortalité allant de 17 par 100 000 à 29 par 100 000. La variation des taux d'incidence peut être attribuable en partie aux différences liées à l'utilisation d'un test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) dans différentes provinces.

Les taux d'incidence étaient plus élevés dans les quintiles de revenu plus élevés, ce qui peut traduire des tendances à l'utilisation de tests de dépistage de l'antigène prostatique spécifique dans l'ensemble du pays; le lieu de résidence n'avait aucune incidence sur les taux d'incidence du cancer de la prostate (FIGURE 35). À l'opposé, il n'y avait aucun rapport évident entre les taux de mortalité pour le cancer de la prostate et le revenu, bien que les taux de mortalité aient été plus élevés pour les résidents des régions rurales (FIGURE 36).

FIGURE 34

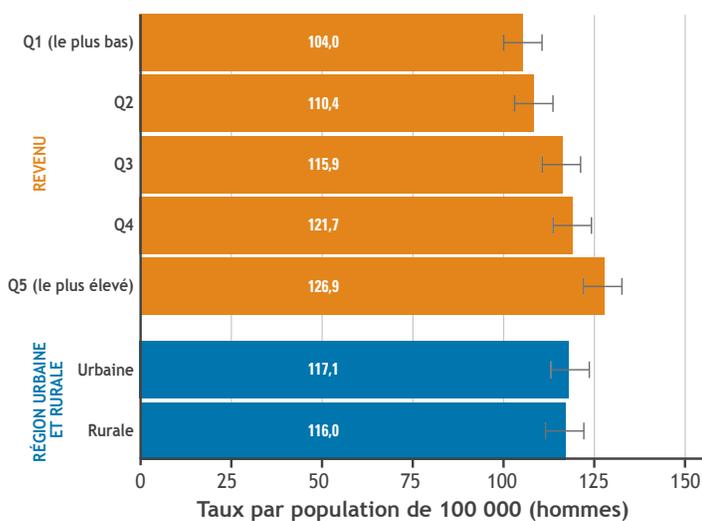
Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge – Cancer de la prostate Canada, 1995 à 2005



Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer, Statistiques de vie

FIGURE 35

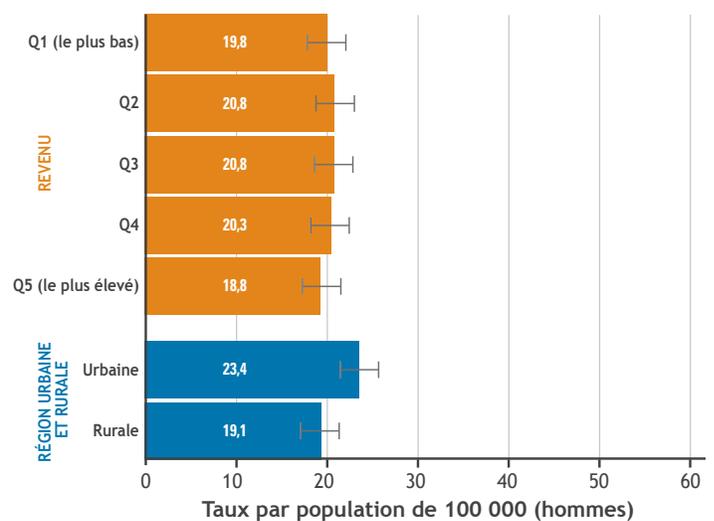
Taux d'incidence normalisés selon l'âge – Cancer de la prostate par quintile de revenu et région urbaine et rurale, Canada – 2005



Nota : Des intervalles de confiance de 95 p. cent sont indiqués sur la figure. Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

FIGURE 36

Taux de mortalité normalisés selon l'âge – Cancer de la prostate par quintile de revenu et région urbaine et rurale, Canada – 2005



Nota : Des intervalles de confiance de 95 p. cent sont indiqués sur la figure. Source de données : Statistique Canada, Statistiques de vie - Base de données sur les décès

Saisie des données sur le stade

Le stade du cancer au diagnostic détermine l'ampleur de la maladie, comme la taille de la tumeur et le degré de la propagation, qui, à leur tour, orientent le pronostic et le traitement. La capacité d'évaluer avec précision les tendances liées à l'incidence et aux résultats (comme la survie) ainsi que de déterminer les taux de concordance des lignes directrices, est grandement améliorée par la présence de données valides et précises sur le stade.

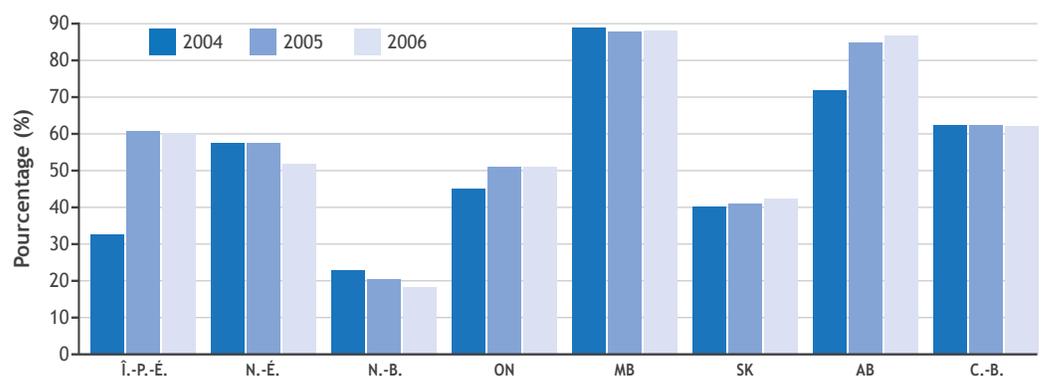
De plus, la mesure selon laquelle un programme de dépistage a contribué à la détection de cancers à un stade précoce peut être la mieux évaluée à l'aide de données sur le stade au diagnostic. Par conséquent, l'accessibilité des données sur le stade améliorera notre capacité de comprendre les conséquences des interventions fondées sur le système de lutte contre le cancer.

L'indicateur de saisie des données sur le stade fournit une mesure de l'accessibilité de données valables sur le stade au diagnostic dans l'ensemble du Canada. La métrique utilisée est le pourcentage de nouveaux cas de cancer avec des données valables sur le stade déclarées dans l'ensemble et pour les quatre premiers sièges de la maladie. L'indicateur ne fait pas de différence entre les données sur le stade recueillies à l'aide de la Classification TNM, stades AJCC/UICC et du stade coordonné. Les données ont été fournies au Partenariat directement par les agences provinciales du cancer.

Parmi les provinces qui ont déclaré des taux globaux de saisie sur le stade pour tous les types de cancer, le pourcentage de cas de cancer diagnostiqués en 2006 pour lesquels des données valables sur le stade étaient déclarées allait de 18 p. cent au Nouveau-Brunswick à 88 p. cent au Manitoba (FIGURE 37). Au cours des trois années mesurées, 2004-2006, le taux de saisie des données sur le stade est resté stable dans la plupart des provinces et s'est amélioré dans certaines, en particulier à l'Île-du-Prince-Édouard, au Nouveau-Brunswick

FIGURE 37

Nouveaux cas avec données sur le stade déclarées aux agences provinciales du cancer (%)
Tendances temporelles par province, tous les types de cancer – 2004 à 2006



Nota : Les données ne sont pas disponibles pour T.-N., QC, YK, T.N.-O. et NT
Sources de données : Agences provinciales du cancer

et en Alberta pour la prostate, et à l'Île-du-Prince-Édouard et en Saskatchewan pour le poumon. L'amélioration peut rendre compte des différentes stratégies que les provinces ont utilisées pour l'incorporation progressive de collection des données sur le stade, qui intègrent souvent un ou deux sièges de maladie additionnels par année.

Des initiatives continues au Canada visent à améliorer la qualité des données sur le stade dans les registres provinciaux du cancer. Une telle initiative est l'initiative en matière de stadification du Partenariat, qui appuie les provinces et territoires afin de mettre en œuvre la collecte de données sur le stade et de créer des liens communs dans l'ensemble du Canada, dans le but de faire la collecte de données électroniques sur le stade fondées sur la population pour le cancer colorectal, du poumon et du sein, pour 90 p. cent des patients ayant reçu un diagnostic en 2010 et lors des années ultérieures.

Au fur et à mesure que les données sur le stade seront accessibles, elles seront présentées de façon plus complète, ce qui permettra de fournir un éclairage sur l'état de la lutte contre le cancer, en particulier dans les domaines du diagnostic et du traitement.

Capacité de tomographie par émission de positrons

Cet indicateur mesure le nombre de tomographes par émission de positrons (TEP) par million de population dans l'ensemble du Canada. La disponibilité de TEP a été déclarée au Partenariat par chaque province pour le 1^{er} juillet 2005, 2006 et 2007.

Un deuxième indicateur examine le ratio de TEP par million de personnes âgées de 54 ans et plus. Comme 80 p. cent des cas de cancer surviennent dans ce groupe d'âge, le ratio vise à examiner la capacité par rapport à la population à risque.

L'indicateur est une mesure brute de la capacité de ressources. Il ne fait pas de différence entre les cas et les non-cas de cancer liés à l'utilisation de TEP et, en fait, un certain nombre d'appareils au Canada sont réservés uniquement aux applications de recherche. Il est également reconnu que les compétences sans TEP peuvent envoyer les patients dans d'autres provinces aux fins d'évaluation; les données rendant compte des services interprovinciaux n'étaient pas disponibles pour ce rapport.

Actuellement, il y a peu de données probantes dans les publications quant à un ratio idéal de TEP par habitant. Néanmoins, l'indicateur est généralement déclaré et a été inclus pour cette raison. Six provinces ont déclaré avoir au moins un TEP en 2007, selon les dernières données disponibles. Le nombre de TEP par million de personnes âgées de 54 ans et plus allait de 0,8 en Colombie-Britannique à 5,3 en Alberta.

Il est reconnu que des indicateurs plus complets s'avèrent nécessaires afin de mieux rendre compte des ressources et de la capacité du système de lutte contre le cancer dans l'avenir.



Capacité de radiothérapie – LINACS

Alors que l'indicateur est également une mesure brute de la capacité, il est fréquemment déclaré au Canada et à l'échelle internationale.

L'indicateur porte essentiellement sur la capacité des appareils (par habitant ou par nouveau cas de cancer) et ne tient pas compte de la capacité opérationnelle ou de l'utilisation réelle. De plus, on a tenté de recueillir de l'information sur les cycles de traitement, mais les données n'étaient pas à portée de la main. Néanmoins, l'indicateur est présenté comme point de départ à partir duquel on pourra établir des indicateurs de ressources et de capacité de lutte contre le cancer plus utiles et plus représentatifs, et il est reconnu qu'une élaboration plus approfondie s'avère nécessaire aux fins de déclaration future. Les données ont été fournies au Partenariat directement à partir des registres provinciaux du cancer.

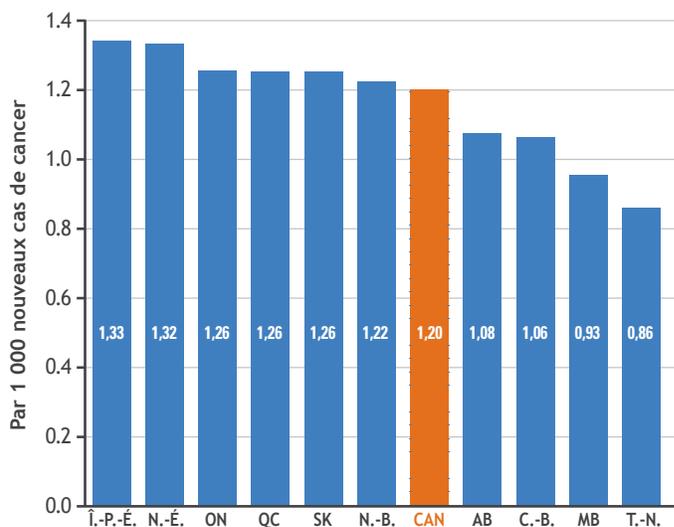
Le nombre de LINACS par million de personnes dans les provinces en 2007 allait de 4 à Terre-Neuve à 7,5 en Nouvelle-Écosse. Fait intéressant, en 2005, l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) déclarait une moyenne de 6,2 LINACS par million pour les pays membres de l'OCDE¹⁵. Aucune tendance importante n'a été déterminée au cours des trois années de collecte de données incluses dans la mesure.

Lorsqu'on mesure la capacité en tant que nombre de LINACS par 1 000 nouveaux cas de cancer, la moyenne au Canada en 2005 était de 1,2, et les résultats provinciaux allaient de 0,86 à Terre-Neuve et Labrador à 1,33 à l'Île-du-Prince-Édouard (FIGURE 38).

Il faut noter que cet indicateur ne tient pas compte des services interprovinciaux, ce qui est un facteur particulier dans les provinces plus petites et l'ensemble des trois territoires. Également, comme il a été mentionné précédemment, l'indicateur ne mesure pas la capacité opérationnelle des accélérateurs linéaires ni la disponibilité des ressources humaines en santé spécialisées comme les oncologues et les radiothérapeutes.

FIGURE 38

LINACS par 1 000 nouveaux cas de cancer
par province, 2005



Source de données : Agences provinciales du cancer

3

RÉSULTATS DE L'ATELIER ET PROGRESSER ENSEMBLE



Aperçu des ateliers régionaux



Quatre ateliers régionaux ont eu lieu en juin et juillet 2009 dans le Canada Atlantique et l'Ouest canadien ainsi que dans les provinces de l'Ontario et du Québec. Des dirigeants principaux, des cliniciens et des directeurs de la gestion de l'information et de l'aide à la décision provenant des agences provinciales du cancer ou leur équivalent, des ministères de la Santé et des régions régionales de la santé y ont assisté.

Les ateliers comprenaient des présentations de conférenciers extérieurs sur le contexte de la mesure du rendement concernant la lutte contre le cancer, un examen du processus selon lequel les indicateurs 2009 ont été sélectionnés et les résultats des indicateurs.

Des dossiers propres à chaque province ont été préparés pour toutes les compétences et comprenaient des résultats détaillés des indicateurs à l'échelle nationale et provinciale.

Des discussions de groupe ont été organisées afin d'obtenir une orientation et de la rétroaction sur l'initiative sur le rendement du système et les étapes pour progresser ensemble.

Quatre ateliers régionaux ont eu lieu en juin et juillet 2009 dans le Canada Atlantique et l'Ouest canadien ainsi que dans les provinces de l'Ontario et du Québec. Des discussions de groupe ont été organisées afin d'obtenir une orientation et de la rétroaction sur l'initiative sur le rendement du système et les étapes pour progresser ensemble.

Principales conclusions des ateliers régionaux

Les ateliers ont été menés en étroite collaboration, avec la participation de 112 personnes. Les évaluations des participants étaient très positives, 93 p. cent des répondants ayant convenu que les ateliers étaient instructifs et utiles et 80 p. cent des répondants ayant classé les ateliers dans l'ensemble comme étant « très bien » ou « excellents ».

Un appui solide a été reçu en vue de l'établissement de rapports sur le rendement du système national, et on a fortement encouragé l'établissement de comparaisons et d'initiatives d'étalonnage entre les provinces. Les participants ont appuyé le choix du groupe principal d'indicateurs pour les rapports de 2009, ayant convenu, en principe, du processus de sélection d'indicateurs, de la méthode de calcul et des résultats.

Dans le cadre de l'initiative sur le rendement du système du Partenariat, on a proposé les éléments suivants comme prochaines étapes, dont l'ensemble a reçu un appui solide :

- Planifier une plus grande diffusion publique des résultats d'indicateurs au cours de la deuxième année et pour les années ultérieures.
- Approfondir les indicateurs reconnus comme nécessitant une élaboration plus approfondie dans le deuxième chapitre de ce rapport.
- Poursuivre le rapport des variables sur le statut socio-économique et l'éducation parmi les indicateurs choisis; élargir les variables des régions urbaines et rurales afin d'inclure également les régions éloignées.

De plus, les recommandations suivantes ont été établies lors des ateliers régionaux :

- Améliorer la communication en temps opportun et l'actualité des résultats, en particulier pour l'indicateur des temps d'attente administré par la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein. Il a été recommandé que le Partenariat aborde les provinces directement pour les données sur les temps d'attente et le dépistage d'une anomalie au sein jusqu'à la résolution.
- Reconnaître que les indicateurs font défaut dans les domaines des soins de soutien et de la survie, des ressources et de la capacité, et du diagnostic et du traitement, soit parce qu'ils n'ont pas encore été établis, ne sont pas utilisés à grande échelle, ne sont pas uniformisés ou qu'ils doivent être plus approfondis.
- Continuer d'utiliser l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EESE) ou l'équivalent, mais envisager l'élaboration d'un nouvel outil afin de mesurer les cinquième et sixième signes vitaux, et élargir éventuellement les enquêtes actuelles afin de mesurer le degré de satisfaction des patients.
- Envisager d'approfondir les indicateurs de ressources et de capacité afin de rendre compte de l'efficacité opérationnelle, des recommandations interprovinciales et du regroupement des résultats pour les compétences plus petites.

SUITE

- Commencer à déclarer les indicateurs types de mesure de la concordance des directives particulières, en particulier dans les domaines de la chirurgie, de la chimiothérapie et de la radiologie, et également des soins palliatifs.
- Appuyer l'accroissement du nombre de rapports sur les indicateurs établis par le Comité directeur afin d'inclure le niveau suivant d'indicateurs en voie d'élaboration. Cela pourrait comprendre, lorsque cela s'avère possible, les taux de vaccination contre le VPH dans le cadre de programmes scolaires, les temps d'attente pour la recherche de sang occulte dans les selles à la colonoscopie, les taux d'utilisation de thérapie générale, les résultats déclarés par les patients et la participation aux essais cliniques. Un plan sera mis en œuvre avec les partenaires afin d'approfondir ces indicateurs.

La deuxième année (2009-2010) portera essentiellement sur l'approfondissement des indicateurs actuels, y compris l'obtention de données plus fiables et plus opportunes.

Progresser ensemble

Ce rapport porte essentiellement sur le processus et les résultats de la première année de l'initiative sur le rendement du système du Partenariat. Les étapes pour la deuxième année sont décrites plus bas.

2009-2010

L'année 2009-2010 portera essentiellement sur l'approfondissement des indicateurs actuels, y compris l'obtention de données plus fiables et plus opportunes. Également, plusieurs nouveaux indicateurs seront élaborés, traduisant les recommandations issues des ateliers régionaux sur le rendement du système. Enfin, des analyses seront effectuées afin d'évaluer la faisabilité des indicateurs sélectionnés aux fins d'élaboration lors des années ultérieures.

Afin de fournir les conseils d'expert et les services de consultation nécessaires pour promouvoir l'initiative sur le rendement du système, le cadre suivant est proposé :

- Un comité consultatif sur le rendement du système de qualité de haut niveau afin de fournir une orientation dans le cadre de cette initiative et d'autres initiatives sur la qualité actuellement en voie d'élaboration avec les partenaires. L'affiliation comprendra une représentation provinciale, fédérale et internationale avec de l'expertise dans les domaines tels que la survie, la recherche sur les services de santé, l'informatique de la santé, la méthodologie d'élaboration des indicateurs et la lutte contre le cancer.
- Un comité consultatif pancanadien sur le rendement du système, qui représentera chaque province et travaillera en collaboration afin de cerner les lacunes concernant les rapports, d'approfondir les indicateurs et d'accéder aux données.
- Des groupes de travail spécialisés qui orienteront l'élaboration d'indicateurs particuliers, y compris la méthodologie d'élaboration des indicateurs et la définition et le calcul des indicateurs. Il peut s'agir de nouveaux groupes ou de groupes existants au sein de la structure de groupes d'action du Partenariat.

La deuxième année de l'initiative sur le rendement du système est maintenant en cours, avec un rapport initial prévu à la fin du printemps 2010 et des bulletins complémentaires à paraître ultérieurement au besoin tout au long de l'année.

Nous remercions les conseillers, les intervenants et les participants pour leurs efforts de collaboration dans l'ensemble du pays, sans lesquels l'initiative sur le rendement du système n'aurait été possible.

Références

- ¹ Organisation Mondiale de Santé. National Cancer Control Programmes. <http://www.who.int/cancer/nccp/en/>.
- ² Surgeon General. *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress*. Washington, D.C., États-Unis. Government Printing Office; 1989.
- ³ Gaudette LA, Altmayer CA, Wysocki M et Gao R. (1998). Cancer Incidence and Mortality across Canada. *Rapports sur la santé*. 1998;10(1);51-66.
- ⁴ Peto R. et coll. Smoking, Smoking Cessation, and Lung Cancer in the UK since 1950: Combination of National Statistics with Two Case-control Studies. *BMJ*. 2000;321;323-329.
- ⁵ Fonds mondial de recherche contre le cancer et American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. Washington, DC, AICR, 2007.
- ⁶ Tremblay MS, Katzmarzyk PT et Willms JD. Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996. *Int J Obes*. 2002;26(4):538-43.
- ⁷ Katzmarzyk PT. The Canadian obesity epidemic, 1985--1998. *Canadian Medical Association Journal*. 2002; 166(8): 1039-40.
- ⁸ Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Colorectal cancer screening: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ*. July 24, 2001;165(2):206-208.
- ⁹ Santé Canada. *Technical Report for the National Committee on Colorectal Cancer Screening*. Publié mai 2002. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ncccs-cndcc/techrep-eng.php>
- ¹⁰ Rapport du Groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic pour l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein. *Waiting for a diagnosis after an abnormal breast screen in Canada*. » *Rapport du Groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic pour l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein*. Ottawa: 2000; Cat. no. H39-526/2000E.
- ¹¹ Santé Canada. *Rapport du Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation : Lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein*. Ottawa, ON; ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada; 2002.
- ¹² Santé Canada. *Rapport final du conseiller fédéral sur les temps d'attente*. Publié juin 2006. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2006-wait-attente/index-eng.php>
- ¹³ Bultz BD, Carlson LE. Emotional distress: the sixth vital sign in cancer care. *J Clin Oncol*. 2005;23:6440-1.
- ¹⁴ Halpern MT, Gillespie BW, Warner KE. Patterns of absolute risk of lung cancer mortality in former smokers. *J Natl Cancer Inst*. 1993;85:457-64.
- ¹⁵ Organisation de Coopération et de Développement Économiques. *Panorama de la santé 2007 - Indicateurs de l'OCDE*. <http://titania.sourceoecd.org/vl=3700458/cl=19/nw=1/rpsv/health2007/4-7.htm>

Annexe Technique

Prévention

INDICATEUR : PRÉVALENCE DU TABAGISME

DÉFINITION :	Pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus dans chaque groupe précisé : fumeurs quotidiens ou occasionnels, anciens fumeurs ou personnes n'ayant jamais fumé
NUMÉRATEUR :	Nombre de fumeurs quotidiens ou occasionnels, d'anciens fumeurs ou de personnes n'ayant jamais fumé
DÉNOMINATEUR :	Ensemble de la population âgée de 12 ans et plus
SOURCE DES DONNÉES :	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :	2000-2001 (ESCC cycle 1.1); 2003 (ESCC cycle 2.1); 2005 (ESCC cycle 3.1); 2007 (ESCC cycle 4.1) - données pancanadiennes
VARIABLES DE L'ESCC :	<ul style="list-style-type: none">• 100 cigarettes ou plus de son vivant• N'a jamais fumé une cigarette en entier• Genre de fumeur en ce moment• N'a jamais fumé quotidiennement
VARIABLES DE STRATIFICATION :	Sexe, âge, revenu, études, milieu urbain/rural (voir les variables de stratification de l'ESCC)

INDICATEUR : RENONCEMENT AU TABAC

DÉFINITION :	Pourcentage de fumeurs récents âgés de 20 ans et plus qui ont cessé de fumer au cours des deux dernières années
NUMÉRATEUR :	Personnes qui ont renoncé au tabac récemment (anciens fumeurs qui ne fument pas au moment de l'enquête), c'est-à-dire qui ne fument plus depuis deux ans ou moins
DÉNOMINATEUR :	Personnes qui ont renoncé au tabac récemment en plus des fumeurs actuels (ceux qui fument actuellement chaque jour ou à l'occasion)
SOURCE DES DONNÉES :	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :	2003 (ESCC cycle 2.1); 2005 (ESCC cycle 3.1); 2007 (ESCC cycle 4.1) - données pancanadiennes
VARIABLES DE L'ESCC :	<ul style="list-style-type: none">• Usage du tabac actuel• Nombre d'années depuis que la personne ne fume plus quotidiennement• Nombre d'années depuis que la personne a complètement cessé de fumer
VARIABLES DE STRATIFICATION :	Sexe, âge, revenu, études, milieu urbain/rural (voir les variables de stratification de l'ESCC)

Remarques

1. Cet indicateur ne pouvait pas découler du cycle 1.1 (2000-01), car on a seulement demandé aux répondants s'ils avaient cessé de fumer quotidiennement. Comme un répondant aurait pu passer du statut de fumeur quotidien au statut de fumeur occasionnel, il était impossible de déterminer s'il avait complètement cessé de fumer. À partir du cycle 2.1, on a également posé la question suivante : « Avez-vous cessé de fumer complètement au moment où vous avez arrêté de fumer quotidiennement? Dans la négative, quand avez-vous cessé complètement de fumer? »

INDICATEUR : TAUX D'EMBOUPPOINT ET D'OBÉSITÉ

DÉFINITION :	Pourcentage d'adultes âgés de 18 ans et plus dans chaque groupe d'IMC - poids insuffisant (IMC < 18,00); poids normal (IMC 18,01-24,99); embonpoint (IMC 25,00-29,99) ou obèse (IMC 30,00+)
NUMÉRATEUR :	Nombre d'adultes qui ont un poids insuffisant, un poids normal, de l'embouppoint ou qui sont obèses
DÉNOMINATEUR :	Nombre total d'adultes qui ont donné des réponses valables quant à leur taille et leur poids
POPULATIONS EXCLUES :	Femmes enceintes, femmes qui allaitent, personnes qui font moins de trois pieds ou plus de six pieds et onze pouces
SOURCE DES DONNÉES :	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :	2003 (ESCC cycle 2.1); 2005 (ESCC cycle 3.1); 2007 (ESCC cycle 4.1) - données pancanadiennes
VARIABLES DE L'ESCC :	<ul style="list-style-type: none">• Poids autodéclaré (kg)• Taille autodéclarée (m)• Valeurs de l'IMC calculées : $IMC = \text{poids} / (\text{taille})^2$
VARIABLES DE STRATIFICATION :	Sexe, âge, revenu, études, milieu urbain/rural (voir les variables de stratification de l'ESCC)

Remarques

1. Les répartitions des valeurs de l'IMC non regroupées dans des catégories sont également présentées.
2. Même si les tailles et les poids ont été déclarés dans le cycle 1.1 (2000-01) de l'ESCC, ils ne font pas partie de la présente analyse, car la plage d'âge était différente de celles des années subséquentes (adultes : 20-64).

Annexe Technique

Prévention (SUITE)

INDICATEUR :	CONSOMMATION D'ALCOOL
DEFINITION :	Pourcentage d'adultes âgés de 18 ans et plus qui ont déclaré dépasser les Directives de consommation d'alcool à faible risque : <i>Directives de consommation d'alcool à faible risque</i> : Pas plus de deux verres par jour pour les hommes EN MOYENNE et pas plus d'un verre par jour pour les femmes EN MOYENNE. La moyenne quotidienne a été calculée en fonction de la quantité totale de verres que le répondant a déclaré avoir pris dans la semaine qui a précédé l'entrevue réalisée dans le cadre de l'ESCC, divisée par sept jours.
NUMÉRATEUR :	Nombre d'adultes (>18 ans) qui ont déclaré dépasser les Directives de consommation d'alcool à faible risque
DÉNOMINATEUR :	Ensemble de la population (>18 ans)
POPULATIONS EXCLUES :	Répondants dont les renseignements sur leur consommation d'alcool pour n'importe quelle journée pendant la semaine qui a précédé l'entrevue étaient incomplets
SOURCE DES DONNÉES :	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :	2000-01 (ESCC cycle 1.1); 2003 (ESCC cycle 2.1); 2005 (ESCC cycle 3.1) - données pancanadiennes 2007 (ESCC cycle 4.1) - Contenu facultatif pour : T.-N., N.-É., ONT., C. B., NUN.
VARIABLES DE L'ESCC :	<ul style="list-style-type: none">• Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris un verre de bière, de vin, d'alcool ou de toute autre boisson alcoolisée?• En repensant à la dernière semaine, avez-vous pris un verre de bière, de vin, d'alcool ou de toute autre boisson alcoolisée?• Combien de verres avez-vous pris chaque jour dans le courant de la semaine dernière?
VARIABLES DE STRATIFICATION :	Sexe, âge, revenu, études, milieu urbain/rural (voir les variables de stratification de l'ESCC)
Remarques	
1.	Une estimation nationale n'a pas été calculée pour l'année 2007 puisque les données ne sont pas disponibles pour toutes les provinces ou tous les territoires.

Dépistage

INDICATEUR :	MAMMOGRAPHIE AUTODÉCLARÉE
DÉFINITION :	Proportion de femmes asymptomatiques âgées de 50 à 69 ans qui ont subi une mammographie au cours des deux dernières années lorsque le qualificatif asymptomatique est défini comme suit : <i>Asymptomatiques</i> : Les répondantes qui ont indiqué subir une mammographie pour l'une des raisons suivantes : <ul style="list-style-type: none">• antécédents familiaux; dépistage ou examen de routine; âge; THS tout en répondant NON à TOUTES les options suivantes : <ul style="list-style-type: none">• présence d'une masse; problème aux seins; suivi d'un traitement contre le cancer du sein; autre
NUMÉRATEUR :	Femmes asymptomatiques âgées de 50 à 69 ans qui ont indiqué avoir subi une mammographie au cours des deux dernières années
DÉNOMINATEUR :	Femmes asymptomatiques âgées de 50 à 69 ans
SOURCES DES DONNÉES :	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :	2000-2001 (ESCC Cycle 1.1); 2003 (ESCC cycle 2.1); 2005 (ESCC cycle 3.1) - données pancanadiennes 2007 (ESCC cycle 4.1) - Contenu facultatif disponible pour : T.-N., N.-É., N.-B., ONT., SASK. et NUN.
VARIABLES DE L'ESCC :	<ul style="list-style-type: none">• N'a jamais subi de mammographie• Raisons pour subir une mammographie (indiquer toutes les options qui s'appliquent) : antécédents familiaux; dépistage de routine; âge; THS; présence d'une masse; suivi d'un traitement contre le cancer du sein; problème aux seins; autre• La dernière fois qu'une femme avait subi une mammographie
VARIABLES DE STRATIFICATION :	Âge, revenu, études, milieu urbain/rural (voir les variables de stratification de l'ESCC)
Remarques	
1.	Les données de 2007 (ESCC cycle 4.1) ne sont pas comprises dans les chiffres puisque les données ne sont pas disponibles pour toutes les provinces ou tous les territoires.

Annexe Technique

Dépistage (SUITE)

INDICATEUR : DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

DÉFINITION :	Pourcentage de femmes âgées de 18 à 69 ans qui ont déclaré avoir subi un test de Papanicolaou (Pap) au cours des trois années précédentes
NUMÉRATEUR :	Nombre de personnes (18 à 69 ans) qui ont déclaré avoir subi un test Pap au cours des trois années précédentes
DÉNOMINATEUR :	Nombre total de femmes âgées de 18 à 69 ans
POPULATIONS EXCLUES :	Femmes qui avaient subi une hystérectomie
SOURCE DES DONNÉES :	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :	2000-01 (ESCC cycle 1.1); 2003 (ESCC cycle 2.1); 2005 (ESCC cycle 3.1) - données pancanadiennes 2007 (ESCC cycle 4.1) - Contenu facultatif disponible pour les provinces suivantes : N.-B., ONT., SASK. et NUN.
VARIABLES DE L'ESCC :	<ul style="list-style-type: none">• Avez-vous déjà subi un test Pap?• À quand remonte la dernière fois?• Avez-vous subi une hystérectomie?
VARIABLES DE STRATIFICATION :	Âge, revenu, études, milieu urbain/rural (voir les variables de stratification de l'ESCC)

Remarques

1. Les pourcentages généraux ont été normalisés en fonction de l'âge par rapport à la population canadienne en 1991.
2. Les taux bruts sont stratifiés par groupe d'âge et en fonction des variables sociodémographiques (études, quintile de revenu, milieu urbain/rural)
3. Une estimation nationale n'a pas été calculée pour l'année 2007, car les données ne sont pas disponibles pour toutes les provinces ou tous les territoires.

INDICATEUR : DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

DÉFINITION :	Pourcentage de personnes asymptomatiques âgées de 50 à 74 ans qui ont déclaré avoir subi un test de dépistage du cancer colorectal (CCR) lorsque le qualificatif asymptomatique est défini comme suit : Asymptomatiques : Les répondants qui ont déclaré avoir subi un test de dépistage du CCR pour l'une des raisons suivantes : <ul style="list-style-type: none">• antécédents familiaux; dans le cadre d'un examen ou d'un dépistage de routine; âge; race et pas pour l'une des raisons suivantes :
---------------------	---

- suivi d'un problème; suivi d'un traitement contre le cancer colorectal; autre raison

MESURES :	Deux indicateurs différents ont été dérivés afin de mesurer le dépistage « à jour » : <ol style="list-style-type: none">1. Recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) au cours des deux années précédentes2. RSOS au cours des deux années précédentes ou une coloscopie/sigmoïdoscopie au cours des cinq dernières années
NUMÉRATEUR :	<ol style="list-style-type: none">1. Nombre de personnes asymptomatiques âgées de 50 à 74 ans qui ont indiqué avoir subi une RSOS au cours des deux dernières années2. Nombre de personnes asymptomatiques âgées de 50 à 74 ans qui ont déclaré avoir subi une RSOS au cours des deux dernières années ou une coloscopie/sigmoïdoscopie au cours des cinq dernières années
DÉNOMINATEUR :	Nombre total de personnes asymptomatiques âgées de 50 à 74 ans
SOURCE DES DONNÉES :	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :	Des données sur le CCR étaient disponibles sous forme de contenu facultatif et sélectionnées par les provinces suivantes : 2005 (ESCC cycle 3.1) : T.-N., Î.-P.-É., N.-É., N.-B., ONT., YN., T. N.-O., NUN. 2007 (ESCC cycle 4.1) : T.-N., Î.-P.-É., ONT., SASK, T. N.-O., NUN.
VARIABLES QUAND DE L'ESCC :	<ul style="list-style-type: none">• Avez-vous déjà subi un test de RSOS? À quand remonte la dernière fois? Pour quelle raison l'avez-vous subi?• Avez-vous déjà subi une coloscopie ou une sigmoïdoscopie? À quand remonte la dernière fois? Pour quelle raison l'avez-vous subie?
VARIABLES DE STRATIFICATION :	Sexe, âge, revenu, études, milieu urbain/rural (voir les variables de stratification de l'ESCC)

Remarques

1. Les données sur le dépistage du CCR étaient disponibles sous forme de contenu facultatif dans l'ESCC de 2003 (cycle 2.1), mais elles n'étaient pas coordonnées pour toutes les régions sanitaires. Il n'y a donc pas eu d'estimations provinciales découlant de l'ESCC de 2003.
2. Des estimations nationales ou globales n'ont pas été calculées, car les données ne sont pas disponibles pour toutes les provinces ou tous les territoires et les provinces participantes diffèrent entre les cycles de l'ESCC.

Annexe Technique

Diagnostic et traitement

INDICATEUR : DÉLAIS D'ATTENTE POUR LA RÉOLUTION DES MAMMOGRAPHIES ANORMALES

DÉFINITION : Délai nécessaire à la résolution d'une mammographie anormale mesuré en semaines

POPULATION : Femmes âgées de 50 à 69 ans qui participent aux programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada dont le résultat de la mammographie est anormal :

1. Exigeant une biopsie des tissus
2. N'exigeant pas une biopsie des tissus

MESURES :

1. médiane
2. 90^e centile
3. Pourcentage de résolution dans le délai d'attente ciblé, c'est-à-dire sept semaines pour les femmes qui ont besoin d'une biopsie des tissus et cinq semaines pour les femmes qui n'ont pas besoin d'une biopsie des tissus¹

SOURCE DES DONNÉES : Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein (BDCDCS)

DONNÉES DÉCLARÉES : 2004 : T.-N., Î.-P.-É., N.-É., N.-B., ONT., MAN., SASK, ALB, C.-B.

VARIABLES DE STRATIFICATION :

- Groupe d'âge (50-54), (55-59), (60-64), (60-69)
- Le plus haut niveau de scolarité est consigné lorsqu'une cliente s'inscrit à un programme organisé de dépistage pour les provinces suivantes : T.-N., N.-B., MAN., ALB., C.-B.
- Le quintile de revenu et le lieu de résidence urbain ou rural proviennent du Fichier de conversion des codes postaux (FCCP+) de Statistique Canada (voir les variables de stratification du recensement de la population canadienne de 2006).

Remarques

1. Le Québec et les Territoires du Nord-Ouest n'ont pas été inclus dans les indicateurs de temps d'attente puisque les données sur les délais de cette province et de ce territoire n'étaient pas disponibles au moment des analyses.
2. Comme le Yukon ne tient pas de fichiers électroniques et le Nunavut n'a pas de programme organisé, ces territoires sont exclus de la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein².
3. Les délais d'attente présentés doivent être évalués dans le contexte de la participation globale aux programmes organisés de dépistage du cancer du sein. La participation à ces programmes dans l'ensemble du Canada a été calculée à des intervalles de deux ans en raison du rappel bisannuel. La figure (prochaine page) montre le taux de participation par province des femmes âgées de 50 à 69 ans pour les années de dépistage 2003 et 2004. Les données de Statistique Canada pour 2003 et 2004, à partir du fichier sur la population de juillet 2008, ont servi pour les valeurs du dénominateur. Comme ces valeurs diffèrent légèrement des dénominateurs employés dans les rapports antérieurs publiés, les taux de participation ne sont pas identiques aux taux publiés. Les données des Territoires du Nord-Ouest ne sont pas incluses dans cette figure puisqu'elles étaient uniquement disponibles pour 2004.

Participation aux programmes organisés de dépistage du cancer du sein (%) Femmes de 50 à 69 ans, par province – 2003-2004



Source des données : Agence de la santé publique du Canada, Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein

¹ Agence de la santé publique du Canada, Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada - Rapport sur la performance des programmes en 2001 et en 2002, 4 juillet 2005. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/obcsp-podcs01/pdf/Breast-Fr_2001-2002.pdf

² Agence de la santé publique du Canada, Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada - Rapport sur la performance des programmes en 2003 et 2004, 4 juillet 2008. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/obcsp-podcs-03-04/index-fra.php>

INDICATEUR : DÉLAIS D'ATTENTE POUR LA RADIOTHÉRAPIE

DÉFINITION : Délai à partir du moment où le patient est prêt à subir une radiothérapie mesuré en jours. Les données sont recueillies selon le siège de la maladie : les seins, le colon et le rectum, les poumons et la prostate.

MESURES :

1. médiane
2. 90^e centile
3. Pourcentage de patients qui commencent un traitement dans le délai ciblé, c'est-à-dire dans les quatre semaines qui suivent le moment où ils sont prêts à subir le traitement

POPULATION EXCLUE : Tous les patients atteints d'un cancer qui subissent une radiothérapie pour lesquels des données sur les délais d'attente ont été recueillies

SOURCE DES DONNÉES : Présentation des données par les organismes provinciaux de lutte contre le cancer

DISPONIBILITÉ DES DONNÉES : 2005, 2006 et 2007 de certaines provinces

Remarques

Les données ont été recueillies uniquement auprès des provinces, à l'exclusion des territoires. Huit des dix provinces ont fourni des données.

1. Ces données de source pour cet indicateur ont été fournies par les organismes provinciaux de lutte contre le cancer selon les définitions données par le Partenariat canadien contre le cancer.
2. Il y a des écarts connus dans la façon de mesurer les délais d'attente des différentes provinces. L'une des principales sources de variation se trouve dans la manière de définir le délai pour le patient qui est prêt à subir le traitement. Les délais d'attente ciblés sont définis comme l'intervalle entre le moment où le patient est prêt à subir le traitement et le début de la radiothérapie.
3. Plusieurs provinces n'ont pas fourni de données pour cet indicateur ou ont fourni des données partielles.

Annexe Technique

Diagnostic et traitement (SUITE)

INDICATEUR :	UTILISATION DE LA RADIOTHÉRAPIE
DÉFINITION :	Nombre de séries de radiothérapie (pour n'importe quelle raison pour toute indication dans n'importe quel centre de traitement dans une province ou un territoire) divisé par le nombre de cas nouveaux de cancer envahissant dans cette province ou ce territoire (tous les cancers réunis)
NUMÉRATEUR :	Nombre de séries de radiothérapie (palliative, curative, maladie bénigne, premier traitement et traitements subséquents) dans chaque province
DÉNOMINATEUR :	Le nombre de cas nouveaux de cancer envahissant dans chaque province (limité aux patients qui habitent dans une province donnée)
DÉNOMINATEURS EXCLUS :	<ul style="list-style-type: none">• Cas non envahissants et in situ (gérés différemment dans d'autres registres de cancer)• Cancer de la peau sans présence de mélanome
SOURCE DES DONNÉES :	Présentations des organismes provinciaux de lutte contre le cancer
DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :	2005, 2006 et 2007 de certaines provinces

Remarques

1. Ces données de source pour cet indicateur ont été fournies par les organismes provinciaux de lutte contre le cancer selon les définitions données par le Partenariat canadien contre le cancer. Huit des dix provinces ont fourni des données pour cet indicateur. Seulement quatre des huit provinces ont fourni des données complètes (pour toutes les années et par âge).
2. Une série de traitements comporte généralement une suite de séances de radiothérapie pendant une période de temps définie dans le cadre d'un traitement ou d'un plan de gestion des symptômes. Le même patient peut subir plusieurs séries de radiothérapie au cours du traitement et de la prise en charge de la maladie et plusieurs séances de radiothérapie seront prévues pour chaque série.
3. Le numérateur englobe les traitements de radiation offerts pour toutes les causes, y compris les cas non cancéreux. Le dénominateur comprend uniquement les cas de cancer envahissant. Cela s'explique par l'incapacité à déterminer un traitement lié à un cancer particulier dans certains ensembles de données provinciales ou à préciser l'objet du traitement (curatif par opposition à palliatif, par exemple). Au demeurant, les séries de radiation dans le numérateur ne sont pas liées aux cas nouveaux dans le dénominateur qui seraient nécessaires pour évaluer avec justesse le pourcentage de nouveaux cas qui subissent une radiothérapie. Des efforts seront investis afin d'améliorer les capacités liées aux données de manière à pouvoir calculer des indicateurs plus probants dans un avenir prochain.

Interventions de soutien et deuil

INDICATEUR :	ÉVALUATION DES SYMPTÔMES
DÉFINITION :	<ol style="list-style-type: none">1. Nombre de centres anticancéreux qui utilisent un outil d'évaluation des symptômes normalisé2. Pourcentage de patients évalués à l'aide de l'outil
SOURCE DES DONNÉES :	Déclarées par les provinces au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport
DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :	À partir de 2005

Remarques

1. L'indicateur s'appuie sur les données déclarées directement par les provinces.
2. Dans les provinces dont les résultats indiquent « aucun » pour la mise en place de l'outil d'évaluation des symptômes normalisé, une certaine application de l'évaluation du système à l'échelle de la clinique anticancéreuse peut être en place.

Annexe Technique

Surveillance

INDICATEUR :	TAUX D'INCIDENCE NORMALISÉS SELON L'ÂGE
DÉFINITION :	Taux d'incidence qui serait survenu si la répartition de l'âge au sein de la population visée était la même que celle de la norme lorsque le taux d'incidence est défini comme le nombre de cas de cancer (néoplasmes malins) nouvellement diagnostiqués pendant une année par 100 000 habitants à risque
NUMÉRATEUR :	Nombre de nouveaux cas de cancer (tous les âges) 1. Tous les cancers 2. Sein (chez la femme) 3. Colorectal 4. Poumon 5. Prostate
DÉNOMINATEUR :	1., 3., 4. Estimations annuelles de la population en centaines de milliers 2. Estimation annuelle de la population féminine en centaines de milliers 5. Estimation annuelle de la population masculine en centaines de milliers
NORMALISATION SELON L'ÂGE :	Méthode directe à l'aide du recensement de la population canadienne de 1991
SOURCES DES DONNÉES :	Base de données du Registre canadien du cancer (RCC) (fichier de juillet 2007) - données sur l'incidence du cancer Division de la démographie de Statistique Canada - estimations de la population
DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :	1995 à 2005
VARIABLES DE STRATIFICATION :	Sexe (sauf pour le cancer du sein et de la prostate), âge, revenu, milieu urbain/rural (voir les variables de stratification du recensement de la population canadienne de 2006)

Remarques

- La troisième édition (CIM-O-3) de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les règles du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) pour déterminer les multiples sièges primaires du cancer ont été utilisés : cancer colorectal (CIM-O-3 C18.0 à C18.9, C19.9, C20.9, C26.0), du poumon et des bronches (CIM-O-3 C34.0 à C34.9), du sein chez la femme (CIM-O-3 C50.0 à C50.9) et de la prostate (CIM-O-3 C61.9). Les quatre catégories excluent les types morphologiques M-9050 à M-9055, M-9140 et M-9590 à M-9989. Sont inclus tous les sièges de cancer envahissant et in situ pour la vessie.
- Les cellules dont le dénombrement était minime ont été supprimées ainsi que toute cellule susceptible d'entraîner la divulgation d'une cellule auparavant éliminée à l'aide du total des colonnes ou des rangées. Si les variables qui définissaient les rangées et les colonnes étaient la province et le groupe d'âge, alors le programme supprimait les dénombrements négligeables en premier dans chaque province. Si n'importe quelle province contenait une seule cellule éliminée, le prochain dénombrement le plus faible dans cette province-là était supprimé. Ce processus a été répété au sein de chaque groupe d'âge. Les dossiers où l'âge n'était pas précisé ont été inclus dans le total.

Surveillance (SUITE)

INDICATEUR :	TAUX DE MORTALITÉ NORMALISÉS SELON L'ÂGE
DÉFINITION :	Taux d'incidence qui serait survenu si la répartition de l'âge au sein de la population visée était la même que celle de la norme lorsque le taux de mortalité est défini comme le nombre de décès attribuables à un cancer (néoplasmes malins) pendant une année par 100 000 habitants à risque
NUMÉRATEUR :	Nombre de décès attribuables au cancer (tous les âges) 1. Tous les cancers 2. Cancer (chez la femme) 3. Colorectal 4. Poumon 5. Prostate
DÉNOMINATEUR :	1., 3., 4. Estimations annuelles de la population en centaines de milliers 2. Estimation annuelle de la population féminine en centaines de milliers 5. Estimation annuelle de la population masculine en centaines de milliers
NORMALISATION SELON L'ÂGE :	Méthode directe à l'aide du recensement de la population canadienne en 1991
SOURCES DES DONNÉES :	Statistique de l'état civil du Canada - Base de données sur les décès (fichier annuel) - données sur la mortalité par cancer Division de la démographie de Statistique Canada - estimations de la population
DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :	1995 à 2005
VARIABLES DE STRATIFICATION :	Sexe (sauf pour le cancer du sein et de la prostate), âge, revenu, milieu urbain/rural (voir les variables de stratification dans le recensement de la population canadienne de 2006)

Remarques

- Jusqu'en 1999, les causes de décès étaient codées selon la neuvième révision (CIM-9) de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : tous les cancers (CIM-9 : 140-208), cancer colorectal (CIM-9 153-154), du poumon (CIM-9 162), du sein chez la femme (CIM-9 : 174) et de la prostate (CIM-9 : 185).
- Après 1999, les causes de décès ont été codées selon la dixième révision (CIM-10) de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : tous les cancers (CIM-10 : C00-C97), cancer colorectal (CIM-10 : C18-C20), du poumon (CIM-10 : C33-C34), du sein chez la femme (CIM-10 : C50) et de la prostate (CIM-10 : C61).
- Les cellules dont le dénombrement était minime ont été supprimées ainsi que toute cellule susceptible d'entraîner la divulgation d'une cellule auparavant éliminée à l'aide du total des colonnes ou des rangées. Si les variables qui définissaient les rangées et les colonnes étaient la province et le groupe d'âge, alors le programme supprimait les dénombrements négligeables en premier dans chaque province. Si n'importe quelle province contenait une seule cellule éliminée, le prochain dénombrement le plus faible dans cette province-là était supprimé. Ce processus a été répété au sein de chaque groupe d'âge. Les dossiers où l'âge n'était pas précisé ont été inclus dans le total.

Annexe Technique

Surveillance (SUITE)

INDICATEUR :	RATIOS DE SURVIE RELATIVE
DÉFINITION :	Survie relative : Le ratio de la survie observée pour un groupe de patients atteints d'un cancer (néoplasmes malins) par rapport à la survie anticipée pour les membres de l'ensemble de la population, soit la population de comparaison, dont la survie peut-être modifiée par les mêmes facteurs principaux (sexe, âge, lieu de résidence).
NUMÉRATEUR :	La survie observée de patients atteints de cancer (de 15 à 99 ans) qui étaient en vie un, deux, trois, quatre et cinq ans après le diagnostic pour chacune des trois cohortes : 1995 à 1997, 1998 à 2000 et 2001 à 2003. <ol style="list-style-type: none">1. Tous les cancers2. Sein (chez la femme)3. Colorectal4. Poumon5. Prostate
DÉNOMINATEUR :	La survie anticipée de la population de comparaison qui était en vie pendant un, deux, trois, quatre et cinq ans pour chacune des trois cohortes : 1995 à 1997, 1998 à 2000 et 2001 à 2003. <ol style="list-style-type: none">1., 3., 4. Des deux sexes2. Femmes5. Hommes
POPULATIONS EXCLUES :	<ul style="list-style-type: none">• les sujets âgés de moins de 15 ans ou de plus de 99 ans au moment du diagnostic• les sujets diagnostiqués uniquement à l'aide d'une autopsie ou d'un certificat de décès• les sujets dont l'année de naissance ou du décès est inconnue
SOURCES DES DONNÉES :	Registre canadien du cancer (janvier 2008 avec une confirmation des décès jusqu'en 2004) Tables provinciales de survie (Statistique Canada)
DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :	Trois cohortes de patients atteints du cancer diagnostiqués entre 1995 et 1997, 1998 et 2000 et 2001 et 2003
VARIABLES DE STRATIFICATION :	Sexe (sauf pour le cancer du sein et de la prostate), âge, revenu (voir les variables de stratification du recensement de la population canadienne de 2006)

Remarques

1. La troisième édition (CIM-O-3) de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les règles du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) pour déterminer les multiples sièges primaires du cancer ont été utilisés : cancer colorectal (CIM-O-3 C18.0 à C18.9, C19.9, C20.9, C26.0), du poumon et des bronches (CIM-O-3 C34.0 à C34.9), du sein chez la femme (CIM-O-3 C50.0 à C50.9) et de la prostate (CIM-O-3 C61.9). Les quatre catégories excluent les types morphologiques M-9050 à M-9055, M-9140 et M-9590 à M-9989. Sont inclus tous les sièges de cancer envahissant et in situ pour la vessie.
2. Le « Canada » représente toutes les provinces et tous les territoires, à l'exclusion du Québec. Les données du Québec ont été exclues en partie parce que la méthode employée pour déterminer la date du diagnostic de cancer diffère de celle utilisée dans d'autres registres et à cause des difficultés éprouvées pour déterminer correctement le statut vital des cas.
3. Les estimations de survie de Terre-Neuve-et-Labrador sont incluses dans la moyenne nationale, mais ne sont pas représentées dans le présent rapport. Pendant les années visées par l'étude, il y avait une sous-déclaration connue des cas de cancer à Terre-Neuve-et-Labrador. Il y a probablement une certaine surestimation de la survie pour cette province étant donné que la survie de ces cas « omis » est généralement moins favorable que la survie dans les cas de populations qui sont consignés dans le registre.
4. Les cellules dont le dénombrement était minime ont été supprimées ainsi que toute cellule susceptible d'entraîner la divulgation d'une cellule auparavant éliminée à l'aide du total des colonnes ou des rangées. Si les variables qui définissaient les rangées et les colonnes étaient la province et le groupe d'âge, alors le programme supprimait les dénombrements négligeables en premier dans chaque province. Si n'importe quelle province contenait une seule cellule éliminée, le prochain dénombrement le plus faible dans cette province-là était supprimé. Ce processus a été répété au sein de chaque groupe d'âge. Les dossiers où l'âge n'était pas précisé ont été inclus dans le total.
5. Une analyse des cohortes a été réalisée pour les cas diagnostiqués entre 1995 et 1997 et entre 1998 et 2000. Les cas diagnostiqués en l'an 2000 pouvaient uniquement être suivis pendant une période maximum de quatre ans. Une analyse par période a été effectuée pour les cas diagnostiqués entre 2001 et 2003 (statistiques sur les soins aux personnes atteintes de cancer, 2009).
6. Les proportions de survie anticipée proviennent des tables provinciales de survie sexospécifiques complètes réalisées par Statistique Canada selon la méthode Ederer II . (Ederer F, Heise H. The effect of eliminating deaths from cancer on general population survival rates, methodological note 11, End Results Evaluation section, National Cancer Institute; août 1959).

Annexe Technique

Stade

INDICATEUR : SAISIE DES DONNÉES SUR LE STADE

NUMÉRATEUR : Nombre de cas nouveaux pour lesquels une valeur de stade est disponible

1. Tous les cancers
2. Sein
3. Colorectal
4. Poumon
5. Prostate

DÉNOMINATEUR : Nombre total de cas nouveaux

1. Tous les cancers
2. Sein
3. Colorectal
4. Poumon
5. Prostate

SOURCE DES DONNÉES : Déclarées par les provinces au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

DISPONIBILITÉ DES DONNÉES : 2004, 2005 et 2006

Remarques

1. L'indicateur repose sur les données déclarées directement par les provinces pour les besoins du présent rapport. Aucune validation ou vérification distincte des données fournies n'a été effectuée.
2. La stadification peut s'inspirer de la stadification selon la classification TNM de l'AJCC déclarée directement par les cliniciens ou s'appuyer sur la méthodologie de stadification conjointe. Les données qui proviennent d'autres systèmes ou normes de stadification n'ont pas été incluses comme un stade valable dans l'indicateur.
3. Même si certaines provinces ont déclaré des données pour le stade clinique et pathologique, l'indicateur a été fondé sur le stade dans son ensemble.
4. Le Partenariat canadien contre le cancer a lancé dernièrement une initiative afin de favoriser la mise en place de la stadification conjointe dans l'ensemble du pays. À la fin de cette initiative, une stadification complète devrait être offerte par les hôpitaux participants pour les quatre principaux sièges de la maladie : les seins, la prostate, les poumons ainsi que le côlon et le rectum.

Ressources et capacité

INDICATEUR : CAPACITÉ DES APPAREILS DE TEP

NUMÉRATEUR : Nombre d'appareils de TPE déclarés opérationnels dans chaque province

DÉNOMINATEUR :

1. Ensemble de la population en million
2. Ensemble de la population âgée de plus de 54 ans (20^e centile au moment du diagnostic de cancer au Canada) en millions

SOURCE DES DONNÉES : Déclarées par les provinces au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

DISPONIBILITÉ DES DONNÉES : 2005, 2006 et 2007

Remarques

1. L'indicateur repose sur les données déclarées directement par les provinces et validées par des rapports publiés, lorsqu'ils sont disponibles.
2. L'indicateur ne mesure pas la quantité de balayages, seulement le nombre d'appareils.
3. Les appareils de TEP sont utilisés dans la recherche ainsi que pour le diagnostic du cancer et d'autres troubles médicaux. Il n'y a pas de données sur la proportion d'appareils de TEP voués au diagnostic du cancer. Au demeurant, certaines études ont donné à entendre que cette proportion varie considérablement d'une province à l'autre. Les comparaisons des résultats de cet indicateur entre les provinces devraient donc être faites avec circonspection.

INDICATEUR : CAPACITÉ DES ACCÉLÉRATEURS LINÉAIRES

NUMÉRATEUR : Quantité d'accélérateurs linéaires déclarés opérationnels dans chaque province

DÉNOMINATEUR :

1. Ensemble de la population en millions
2. Ensemble de la population âgée de plus de 54 ans (20^e centile d'âge pour le diagnostic du cancer au Canada) en millions
3. Ensemble des cas nouveaux de cancer en milliers

SOURCE DES DONNÉES : Déclarées par les provinces au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

DISPONIBILITÉ DES DONNÉES : 2005, 2006 et 2007

Remarques

1. L'indicateur repose sur les données déclarées directement par les provinces.
2. L'indicateur ne mesure pas la quantité de traitements de radiation, seulement le nombre d'appareils. Il s'agit donc d'une mesure de la capacité, et non de l'utilisation.
3. L'indicateur n'inclut pas les appareils de radiothérapie au cobalt, une technologie plus ancienne encore employée dans certaines provinces pour traiter le cancer.

Annexe Technique

VARIABLES DE STRATIFICATION DE L'ESCC

1. QUINTILES DE REVENU (SITUATION SOCIOÉCONOMIQUE)

DÉFINITION : Mesure relative du revenu du ménage de chaque répondant par rapport aux revenus des ménages de tous les autres répondants. La mesure est un coefficient du revenu total du ménage par rapport au seuil de faible revenu (SFR), qui varie selon la taille du ménage et la collectivité où le ménage se trouve. Après avoir calculé le rapport entre le revenu du ménage et son seuil de faible revenu (SFR) correspondant, les coefficients sont normalisés dans l'ensemble des régions du Canada, classés par ordre, allant du plus faible au plus élevé, puis divisés en cinq groupes égaux afin d'obtenir les quintiles.

2. SITUATION URBAINE OU RURALE

DÉFINITION : Détermination du lieu de résidence du répondant dans une région urbaine ou rurale. Les régions urbaines sont des secteurs où il y a continuellement des zones construites où on trouve une concentration de population de 1 000 habitants ou plus et une densité de population de 400 habitants ou plus par kilomètre carré, selon les chiffres de population actuels du recensement démographique. Les chiffres sont incomplets pour environ 1 p. 100 des codes postaux au Canada.

3. PLUS HAUT NIVEAU DE SCOLARITÉ

DÉFINITION : Niveau d'études le plus élevé du répondant :

- Pas d'obtention d'un diplôme de fin d'études secondaires
- Obtention d'un diplôme d'études secondaires, sans études postsecondaires
- Études postsecondaires
- Diplôme d'études postsecondaires
- Ne sait pas, refus, non déclaré

Variables de stratification du recensement de la population canadienne de 2006

1. QUINTILES DE REVENU DU QUARTIER (SITUATION SOCIOÉCONOMIQUE)

DÉFINITION : Revenu du quartier par équivalent-personne, c'est-à-dire une mesure du revenu en fonction de la taille du ménage selon les données sommaires du recensement de 2006 à l'échelle de l'aire de diffusion (AD) et à l'aide des équivalents-personnes visés par les seuils de faible revenu (SFR) de 2006

1. Le code postal du lieu de résidence habituel de chaque sujet (population hors établissement) au moment où le diagnostic a été déterminé à l'aide du Fichier de conversion des codes postaux 5C+3.
2. Les quintiles de population par quartier (aire de diffusion) proviennent des régions métropolitaines de recensement, des agglomérations de recensement ou des aires résiduelles dans chaque province avant d'être regroupées d'une région à l'autre. Des quintiles sont créés dans chaque région parce que les coûts de logement varient énormément d'un bout à l'autre du Canada.

2. SITUATION URBAINE OU RURALE

DÉFINITION : Population rurale du Canada définie comme la population qui habite dans de petites villes et dans des municipalités en dehors des zones de navettage des grands centres urbains, c'est-à-dire à l'extérieur de la zone de navettage des centres qui ont une population de 10 000 habitants ou plus

1. Le code postal du lieu de résidence habituel de chaque sujet (population hors établissement) au moment où le diagnostic a été déterminé à l'aide du Fichier de conversion des codes postaux 5C+ (voir la référence 1 ci-dessous).
2. La taille de la collectivité se définit selon le recensement de la population de 2006 dans chaque région métropolitaine de recensement ou agglomération de recensement (RMR ou AR), tel qu'il est indiqué ci-dessus. Une collectivité de taille 1 est composée des RMR de Toronto, Montréal et Vancouver. Une collectivité de taille 2 est constituée des RMR d'Ottawa-Gatineau, Edmonton, Calgary, Québec, Winnipeg et Hamilton. Une collectivité de taille 3 englobe les 18 autres RMR ainsi que sept des grandes AR. Une collectivité de taille 4 inclut les 106 autres AR. Une collectivité de taille 5 - « régions rurales et petites villes du Canada » - comprend tous les endroits qui ne figurent dans aucune RMR ni dans aucune AR, c'est-à-dire les endroits où la population en région urbaine est inférieure à 10 000 habitants ainsi que les régions rurales.
3. Pour les codes postaux ruraux et pour les codes postaux urbains des régions suburbaines et rurales périphériques, le même code postal est généralement utilisé pour plusieurs secteurs de dénombrement ou aires de diffusion. La sélection d'une seule région de ce genre pour les besoins du codage est aléatoire, mais les probabilités respectent les proportions de la population qui ont ce code postal dans chacune des petites régions possibles. Le codage est donc beaucoup moins précis qu'il ne l'est pour les codes postaux urbains centralisés, qui sont habituellement liés à un seul secteur de dénombrement ou à une seule aire de diffusion.

3. NIVEAU DE SCOLARISATION

Prière de noter que cette variable n'était pas disponible à partir des données de recensement.

3 Russell Wilkins. *FCCP+ Version 5C Guide de l'utilisateur. Logiciel de codage géographique basé sur les Fichiers de conversion des codes postaux de Statistique Canada mis à jour en mars 2008*. N° de catalogue 82F0086-XDB. Division de l'information et de la recherche sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, novembre 2008.



Partenariat canadien contre le cancer

1, avenue University, bureau 300

Toronto (Ontario) M5J 2P1

Téléphone : 416-915-9222

www.partenariatcontrecancer.ca