



La santé de la population des grandes villes du Canada

Rapport cible sur le rendement du système
de lutte contre le cancer

SEPTEMBRE 2013



La santé de la population des grandes villes du Canada : rapport cible sur le rendement du système de lutte contre le cancer

SEPTEMBRE 2013

La rédaction du présent document a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada, par l'entremise du Partenariat canadien contre le cancer. Les opinions exprimées dans ce document sont celles 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.

Citation suggérée : Partenariat canadien contre le cancer (2013). *La santé de la population des grandes villes du Canada : rapport cible sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer.

Téléchargeable à :
www.vuesurlecancer.ca/rapportsurlerendementdusysteme

Partenariat canadien contre le cancer

1, avenue University, bureau 300
Toronto (Ontario) Canada M5J 2P1

Tél. : 416.915.9222

Sans frais d'appel : 1.877.360.1665

www.partnershipagainstcancer.ca/fr/

Also available in English under the title:

*Population Health in Canada's Largest Cities :
A Cancer System Performance Spotlight Report*

Remerciements

L'équipe responsable de l'élaboration du présent rapport est dirigée par la D^{re} Heather Bryant, vice-présidente, Lutte contre le cancer. Le rapport a été produit sous la supervision de Kristen DeCaria, chargée de recherche, Rendement du système, en collaboration avec l'équipe du rendement du système et de la surveillance, soit : Rami Rahal, directeur; Jose Hernandez, gestionnaire de programmes; Carolyn Sandoval et Tonia Forte, chargées de recherche; Sarah Zomer, gestionnaire de la prestation; Erna Mursel, assistante administrative; Gina Lockwood, chef des analystes et biostatisticienne principale, Cheryl Louzado, Spécialiste, l'intégration des données ainsi que les analystes Dan He, Julie Xu, Jin Niu et Sharon Fung.

La rédaction du présent rapport est le fruit des efforts et du dévouement des membres du Comité directeur sur le rendement du système et du Comité de travail technique sur le rendement du système. Le rapport a également été élaboré sous la supervision des représentants du Réseau canadien pour la santé urbaine, le D^r David Mowat et le D^{re} Gaynor Watson-Creed, qui ont fourni une orientation et de précieux commentaires tout au long de sa rédaction. Nous désirons aussi remercier nos collègues Michelle Halligan et Christopher Politis pour l'aide apportée dans la compilation des politiques de prévention, ainsi que Kris Atterbury pour la conception de la page couverture.

Le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) tient également à remercier Statistique Canada, tout particulièrement la Division de la statistique de la santé (*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*), qui lui a accordé l'accès à des données.

COMITÉ DIRECTEUR SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME

D^{re} Monica Behl, vice-présidente, Services médicaux et médecin principal, Saskatchewan Cancer Agency (Saskatchewan)

D^r Andy Coldman, vice-président, Oncologie des populations, BC Cancer Agency (Colombie-Britannique)

D^r Peter Craighead, directeur médical, Tom Baker Cancer Centre, et président du Département d'oncologie, Université de Calgary (Alberta)

D^r Carman Giacomantonio, directeur médical en chef, Cancer Care Nova Scotia (Nouvelle-Écosse)

D^r Eshwar Kumar, cochef de la direction, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (Nouveau-Brunswick)

D^r Jean Latreille, direction québécoise de cancérologie (Québec)

D^r Ethan Laukkanen, radio-oncologue, Centre de traitement du cancer de l'Île-du-Prince-Édouard (Île-du-Prince-Édouard)

D^{re} Sri Navaratnam, chef, Service d'oncologie médicale et d'hématologie, Action cancer Manitoba (Manitoba)

D^r Pdraig Warde, responsable provincial, Programme de radiothérapie, Action cancer Ontario (Ontario)

M^{me} Elaine Warren, directrice, Programme de soins contre le cancer, Eastern Health (Terre-Neuve-et-Labrador)

COMITÉ DE TRAVAIL TECHNIQUE SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME

M^{me} Rebecca Anas, directrice, Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario (Ontario)

D^{re} Grlica Bolesnikov, coordonnatrice, Gestion de la qualité et responsabilisation, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (Nouveau-Brunswick)

M^{me} Angela Eckstrand, analyste de programmes, Lutte contre le cancer, Alberta Health Services (Alberta)

M^{me} Farah McCrate, épidémiologiste clinique, Programme de soins contre le cancer, Eastern Health (Terre-Neuve-et-Labrador)

M^{me} Colleen McGahan, chef de la biostatistique, Surveillance du cancer et résultats, Oncologie des populations, BC Cancer Agency (Colombie-Britannique)

M^{me} Louise Paquet, Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec)

M. Haim Sechter, gestionnaire principal, Production de rapports et analytique, Action cancer Ontario (Ontario)

D^r Jon Tonita, vice-président, Santé de la population, Saskatchewan Cancer Agency (Saskatchewan)

D^{re} Donna Turner, épidémiologiste et directrice provinciale, Oncologie et population, Action cancer Manitoba (Manitoba)

M^{me} Kim Vriends, chef, Registre sur le cancer de l'Île-du-Prince-Édouard (Île-du-Prince-Édouard)

M. Gordon Walsh, épidémiologiste, Unité de surveillance et d'épidémiologie, Cancer Care Nova Scotia (Nouvelle-Écosse)

À propos de ce rapport cible	4	Liste des tableaux	
À propos du PCCC et des rapports sur le rendement du système	5	Tableau 1 Classement des régions métropolitaines de recensement et nom géographique, Recensement de 2011	9
Pourquoi faire rapport des régions métropolitaines?	6	Tableau 2 Règlements et arrêtés municipaux sur la fumée secondaire dans les lieux publics	22
Structure du rapport	7	Tableau 3 Législation provinciale/territoriale sur la fumée secondaire à bord des véhicules privés	23
Prévention	10	Tableau 4A Classement des régions métropolitaines pour tous les indicateurs de prévention	46
Prévalence du tabagisme	12	Tableau 4B Classement des provinces et des territoires pour tous les indicateurs de prévention	48
Abandon du tabagisme	15	Tableau 4C Classement des régions métropolitaines pour tous les indicateurs de dépistage	49
Exposition à la fumée secondaire	16	Tableau 4D Classement des provinces et des territoires pour tous les indicateurs de dépistage	51
Consommation d'alcool	24	Tableau 5A Indicateurs liés au tabagisme dans les provinces/territoires et les régions métropolitaines, 2010-2011	52
Consommation de fruits et de légumes	27	Tableau 5B Indicateurs de prévention (autre que tabagisme) dans les provinces/territoires et les régions métropolitaines, 2010-2011	55
Activité physique	29	Tableau 5C Indicateurs de dépistage du cancer dans les provinces/territoires et les régions métropolitaines, 2008	59
Excès de poids et obésité chez les adultes	31		
Dépistage	35		
Dépistage du cancer colorectal	37		
Dépistage du cancer du sein	40		
Dépistage du cancer du col de l'utérus	42		
Synthèse et conclusions	43		
Sommaire des résultats liés aux indicateurs	52		
Annexe	63		
Références	67		

Liste des figures

Figure 1	Unités géographiques analysées dans le rapport	8	Figure 4C	Pourcentage de non-fumeurs (≥ 12 ans) déclarant être exposés à la fumée secondaire à bord des véhicules, selon la province ou le territoire – ESCC, 2010-2011	21
Figure 2A	Pourcentage de la population (≥ 12 ans) déclarant fumer tous les jours ou à l’occasion, selon la région métropolitaine – ESCC, 2010-2011	13	Figure 5A	Pourcentage d’adultes (≥ 18 ans) déclarant ne pas avoir consommé d’alcool au cours des 12 derniers mois, selon la région métropolitaine – ESCC 2010-2011	26
Figure 2B	Pourcentage de la population (≥ 12 ans) déclarant fumer tous les jours ou à l’occasion, selon la région métropolitaine, le centre urbain ou la région rurale – ESCC, 2010-2011	14	Figure 5B	Pourcentage d’adultes (≥ 18 ans) déclarant ne pas avoir consommé d’alcool au cours des 12 derniers mois, selon la région métropolitaine, le centre urbain ou la région rurale – ESCC 2010-2011	27
Figure 2C	Pourcentage de la population (≥ 12 ans) déclarant fumer tous les jours ou à l’occasion selon la province ou le territoire – ESCC, 2010-2011	14	Figure 5C	Pourcentage d’adultes (≥ 18 ans) déclarant ne pas avoir consommé d’alcool au cours des 12 derniers mois, selon la province ou le territoire – ESCC 2010-2011	27
Figure 3A	Pourcentage de non-fumeurs (≥ 12 ans) déclarant être exposés à la fumée secondaire dans les lieux publics, selon la région métropolitaine – ESCC, 2010-2011	18	Figure 6A	Pourcentage des adultes (≥ 18 ans) ayant un excès de poids ou considérés comme obèses, selon la région métropolitaine – ESCC, 2010-2011	33
Figure 3B	Pourcentage de non-fumeurs (≥ 12 ans) déclarant être exposés à la fumée secondaire dans les lieux publics, selon la région métropolitaine – ESCC, 2010-2011	19	Figure 6B	Pourcentage des adultes (≥ 18 ans) ayant un excès de poids ou considérés comme obèses, selon la région métropolitaine, le centre urbain ou la région rurale – ESCC, 2010-2011	34
Figure 3C	Pourcentage de non-fumeurs (≥ 12 ans) déclarant être exposés à la fumée secondaire dans les lieux publics, selon la province ou le territoire – ESCC, 2010-2011	19	Figure 6C	Pourcentage des adultes (≥ 18 ans) ayant un excès de poids ou considérés comme obèses, selon la province ou le territoire – ESCC, 2010-2011	34
Figure 4A	Pourcentage de non-fumeurs (≥ 12 ans) déclarant être exposés à la fumée secondaire à bord des véhicules, selon la région métropolitaine – ESCC, 2010-2011	20	Figure 7A	Pourcentage d’adultes (50-74 ans) déclarant être à jour dans leur test de dépistage du cancer colorectal, selon la région métropolitaine – ESCC 2008	39
Figure 4B	Pourcentage de non-fumeurs (≥ 12 ans) déclarant être exposés à la fumée secondaire à bord des véhicules, selon la région métropolitaine, le centre urbain ou la région rurale – ESCC, 2010-2011	21	Figure 7B	Pourcentage d’adultes (50-74 ans) déclarant être à jour dans leur test de dépistage du cancer colorectal, selon la région métropolitaine, le centre urbain ou la région rurale – ESCC 2008	40
			Figure 7C	Pourcentage d’adultes (50-74 ans) déclarant être à jour dans leur test de dépistage du cancer colorectal, selon la province ou le territoire – ESCC 2008	40

À propos de ce rapport cible

À propos du PCCC et des rapports sur le rendement du système

5

Pourquoi faire rapport des régions métropolitaines?

6

Structure du rapport

7



À propos du PCCC et des rapports sur le rendement du système

Le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) travaille de concert avec la communauté de la lutte contre le cancer au Canada afin de réduire le fardeau de cette maladie par l'apport d'un changement systémique coordonné. Inspiré et éclairé par les expériences des personnes les plus grandement touchées par le cancer, l'organisme joue un rôle unique en œuvrant avec des partenaires afin d'appuyer la prise en charge, par les diverses autorités, des connaissances qui résultent de la recherche sur le cancer et des meilleures pratiques dans le but d'optimiser la planification de la lutte contre le cancer et de susciter des améliorations sur le plan de la qualité des pratiques dans l'ensemble du pays. Ses partenaires incluent les responsables des programmes provinciaux et territoriaux du domaine du cancer; des organismes fédéraux; des organisations inuites, métisses et des Premières Nations; des organismes de santé et des groupements de patients nationaux; de même que des experts qui offrent des perspectives et des conseils stratégiques pour la lutte contre le cancer, tant du point de vue des patients que de celui des professionnels.

Grâce à un effort soutenu et ciblé à l'égard de tous les aspects de la lutte contre le cancer, lesquels comprennent la prévention, le traitement, la survie et les soins de fin de vie, le PCCC soutient le travail collectif de la communauté élargie de la lutte contre le cancer en produisant des résultats qui auront un effet direct à long terme sur la santé des Canadiens, à savoir la réduction de l'incidence du cancer, la diminution de la probabilité de décès par cancer chez les Canadiens et l'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées par la maladie.

L'obtention de mesures objectives sur le rendement des systèmes de lutte contre le cancer dans tout le Canada permet de mieux cerner les meilleures

pratiques et les possibilités d'améliorer la qualité de ces systèmes. L'Initiative sur le rendement du système du PCCC est menée conjointement avec des partenaires provinciaux, territoriaux et nationaux afin d'établir à l'échelle pancanadienne des indicateurs de rendement du système et d'en faire rapport dans tout le continuum de la lutte contre le cancer. Cette Initiative permet de produire des rapports annuels qui présentent les résultats liés aux indicateurs de rendement couvrant tous les aspects de la lutte contre le cancer (prévention, dépistage, diagnostic, traitement, expérience des patients et soins de fin de vie, recherche et résultats à long terme), ainsi que les divers sièges du cancer et les segments de la population canadienne.

En plus des rapports annuels sur le rendement du système, le PCCC produit des rapports cibles, qui permettent de faire le point et d'examiner plus en détail certaines dimensions du continuum de la lutte contre le cancer

Le présent rapport cible sur le rendement du système fait état des indicateurs relatifs à certains facteurs de risque de cancer et aux taux de dépistage du cancer dans les plus grandes régions métropolitaines du Canada. Le rapport présente également, à titre de comparaison, les résultats liés aux indicateurs qui concernent l'ensemble des autres centres urbains et les communautés rurales, ainsi que les résultats à l'échelle provinciale ou

territoriale. Ce rapport est le fruit d'un effort de collaboration entre divers partenaires nationaux, provinciaux et territoriaux. Ainsi, à l'échelon provincial, le Comité directeur sur le rendement du système et le Comité de travail technique, chacun composé de représentants des dix provinces nommés localement, ont orienté la planification et la rédaction du rapport. Cette tâche a également été facilitée par des consultations auprès d'un sous-groupe du Réseau canadien pour la santé urbaine. Les données sur les indicateurs faisant l'objet du présent rapport proviennent de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) que mène Statistique Canada.

Pourquoi faire rapport des régions métropolitaines?

Bon nombre des politiques et interventions visant à réduire les comportements personnels modifiables qui augmentent le risque de cancer (comme le tabagisme, les mauvaises habitudes alimentaires et le manque d'exercice), ainsi qu'à réduire les autres facteurs de risque (comme l'exposition ambiante) sont adoptées par les municipalités dans le cadre de règlements et arrêtés et de décisions budgétaires. Plusieurs provinces ont adopté des lois pour réduire les comportements à risque, notamment des règlements administratifs visant à limiter l'exposition à la fumée secondaire dans les lieux publics et à interdire aux mineurs l'utilisation des appareils de bronzage artificiel. L'incidence d'une telle législation sur les facteurs de risque modifiables peut donc être évaluée en mesurant la baisse subséquente de la prévalence du facteur de risque. En outre, il peut être utile de comparer le taux de prévalence des facteurs de risque en vigueur dans les diverses régions métropolitaines qui comprennent des municipalités qui se sont dotées, à des moments différents, de divers règlements et arrêtés afin d'en dégager les éventuelles répercussions.

Outre les facteurs de risque comportementaux, le milieu bâti des villes peut influencer sur le risque de cancer. En effet, les politiques d'urbanisme et d'aménagement, comme les plans officiels et les règlements de zonage, peuvent favoriser l'accroissement de l'activité physique (p. ex. en donnant accès aux installations, comme les

parcs, les pistes d'athlétisme, les pistes cyclables et sentiers de course, ainsi que les piscines et gymnases communautaires), faciliter l'accès à des aliments sains (p. ex. dans la cafétéria des écoles publiques et autres comptoirs alimentaires appartenant aux villes) et limiter l'exposition aux risques environnementaux (p. ex. par une séparation adéquate entre les zones industrielles et résidentielles, par la communication d'information environnementale ou par la prise de règlements assurant le droit de savoir de la collectivité).

Bien que les politiques, règlements et arrêtés municipaux puissent avoir une influence directe sur la prévention du cancer, un autre pilier de la santé de la population – le dépistage du cancer – demeure en tout temps une activité coordonnée à l'échelle provinciale ou territoriale. En plus de mettre en œuvre des programmes sur l'ensemble de leur territoire, les provinces et territoires peuvent confier à leur bureau de santé publique le mandat de mieux sensibiliser la population au dépistage et d'inciter les gens admissibles à prendre part aux programmes de dépistage du cancer conçus à leur intention. Toutefois, selon les précédentes analyses sur le rendement du système, le taux de participation aux programmes de dépistage du cancer est plus bas dans les quartiers abritant un nombre relativement plus élevé d'immigrants récents ou de citoyens à faible statut socioéconomique, ou les deux. Vu la concentration de communautés d'immigrants

et, dans de nombreux cas, de populations à faible revenu dans les grandes villes canadiennes, la comparaison des taux de participation au dépistage entre les régions métropolitaines, ainsi qu'entre les régions métropolitaines et les centres urbains de plus petite taille et les communautés rurales, permet d'obtenir des renseignements pouvant servir à cerner et à combler les lacunes dans la planification et l'exécution des programmes de dépistage.

Alors que la plupart des études menées à ce jour se sont attardées à comparer l'état de santé des citoyens des provinces et des territoires, le présent rapport examine les différences qui existent entre les facteurs de risque et les comportements sains des habitants des grandes villes canadiennes. Pour parvenir à cerner les écarts entre les facteurs de risque et les comportements d'une région métropolitaine

à l'autre, on a choisi d'analyser les villes canadiennes abritant une assez grande population afin d'obtenir un échantillon suffisamment grand (tableau 1).

Le présent rapport vise à susciter la création d'un nouveau savoir et à faciliter l'échange des connaissances actuelles sur la lutte contre le cancer à l'échelle du Canada. Il offre un point de départ en vue de mobiliser l'intervention municipale en mettant en lumière certaines des initiatives et des pratiques locales qui ont lieu à travers le pays. Il cherche également à mieux sensibiliser les Canadiens, notamment les municipalités et leurs citoyens, aux facteurs qui contribuent à une bonne santé. Voilà qui permettra au PCCC d'accomplir son mandat, qui est de réduire le risque de cancer et d'accroître l'efficacité et l'efficience de la lutte contre le cancer.

Ce rapport cherche à répondre à certaines des questions suivantes :

- Au Canada, quelles sont les communautés urbaines ayant la prévalence des facteurs de risque de cancer la plus faible et la plus élevée?
- La prévalence des facteurs de risque diffère-t-elle entre les villes d'une même province?
- Quel est le lien entre les règlements et arrêtés municipaux connus et les autres politiques liées au risque de cancer, d'une part, et la prévalence des facteurs de risque dans ces communautés, d'autre part?
- L'accès aux programmes de dépistage du cancer diffère-t-il entre les villes d'une même province?

Structure du rapport

Le rapport se divise en deux grandes sections, suivies d'une synthèse et de conclusions. La première section, intitulée *Prévention*, présente et examine un ensemble d'indicateurs permettant d'étudier la prévalence des facteurs de risque modifiables, ainsi que l'exposition à la fumée secondaire. La seconde section, intitulée *Dépistage*, examine les taux de dépistage autodéclarés du cancer colorectal, du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. La synthèse et les conclusions présentent en détail les résultats en matière de prévention et de dépistage, ainsi que les intervalles de confiance qui s'y rapportent, pour chaque indicateur dans

l'ensemble des régions métropolitaines et des autres unités géographiques examinées dans ce rapport. La source des données concernant tous les indicateurs est l'ESCC, les données combinées de 2010 et 2011 ayant servi aux indicateurs de prévention (à moins d'indications contraires), alors que celles de 2008 ayant servi aux indicateurs de dépistage.

Les résultats se rapportant à chaque indicateur sont présentés sous forme de graphiques ou de tableaux. Le cas échéant, les intervalles de confiance sont donnés pour démontrer le degré de précision des mesures. Les résultats pour

lesquels il existe un important intervalle de confiance devraient donc être interprétés avec prudence; ils sont indiqués par un « E ».

La mise en contexte et la présentation des résultats de chaque indicateur sont organisées de la façon suivante :

- **Que mesure-t-on?** Cette section permet de définir l'indicateur.
- **Pourquoi le mesure-t-on?** Cette section présente le bien-fondé de faire rapport de l'indicateur et fournit des renseignements pertinents sur le contexte.
- **Que peut-on conclure des résultats?** Cette section présente les résultats, en mettant en lumière un courant ou une tendance notable, de même qu'elle établit des comparaisons avec des données similaires provenant d'autres pays, le cas échéant.
- **Que fait-on à ce sujet?** Cette section donne des renseignements sur quelques exemples de projets uniques ou populaires qui sont menés à l'heure actuelle pour étudier l'aspect du rendement mesuré.

À la fin du rapport, le tableau 4 permet de classer les régions métropolitaines par indicateur de prévention et de dépistage. Les résultats liés aux indicateurs sont également présentés par province et territoire pour faciliter la comparaison.

La figure 1 précise les catégories géographiques pour lesquelles des résultats liés aux indicateurs sont présentés dans ce rapport. De son côté, le tableau 1 énumère les régions métropolitaines pour lesquelles des résultats sont donnés. La liste des subdivisions de recensement (villes/municipalités) comprises dans chaque région métropolitaine de recensement^a (RMR) se trouve en annexe. À moins d'indications contraires, les résultats présentés dans le rapport le sont d'ouest (Colombie-Britannique) en est (Terre-Neuve-et-Labrador).

Une annexe technique offerte en ligne fournit tous les détails concernant les données sur les indicateurs et les méthodes utilisées pour les obtenir. Elle peut être consultée ou téléchargée à l'adresse suivante : vuesurlecancer.ca/rapportsurlerendementdusysteme.

FIGURE 1

Unités géographiques analysées dans le rapport

Les résultats liés aux indicateurs sont présentés selon :

- **la région métropolitaine :**
 - les 20 plus grandes régions métropolitaines de recensement (RMR) selon leur population lors du Recensement de 2011
 - » À noter que les villes de Vancouver, Toronto, Montréal et Ottawa sont présentées de façon distincte de leur RMR
 - la RMR de Moncton (pour inclure la plus grande région métropolitaine du Nouveau-Brunswick)
 - la région urbaine de l'Î.-P.-É. (pour inclure toutes les communautés de l'Î.-P.-É. considérées comme urbaines par Statistique Canada puisque Charlottetown seule n'aurait pas donné assez de résultats pour en tenir compte)
- **le centre urbain :** comprend toutes les autres communautés considérées comme urbaines par Statistique Canada (en excluant les territoires)
- **la région rurale :** comprend toutes les communautés considérées comme rurales par Statistique Canada (en excluant les territoires)
- **la province et le territoire**

a) Une région métropolitaine de recensement (RMR) est formée d'une ou de plusieurs municipalités adjacentes situées autour d'un centre de population (aussi appelé le noyau). Une RMR doit avoir une population totale d'au moins 100 000 habitants et son noyau doit compter au moins 50 000 habitants.

TABLEAU 1

Classement des régions métropolitaines de recensement et nom géographique, Recensement de 2011

Classement des RMR	Nom géographique	Taille de la population	Classement des RMR	Nom géographique	Taille de la population
1	Toronto (Ont.)	5 583 064	10	Kitchener-Cambridge-Waterloo (Ont.)	477 160
	Ville de Toronto	2 615 060	11	London (Ont.)	474 786
	Grande région de Toronto*	2 968 004	12	St. Catharines-Niagara (Ont.)	392 184
2	Montréal (Québec)	3 824 221	13	Halifax (N.-É.)	390 328
	Ville de Montréal	1 649 519	14	Oshawa (Ont.)	356 177
	Grande région de Montréal*	2 174 702	15	Victoria (C.-B.)	344 615
3	Vancouver (C.-B.)	2 313 328	16	Windsor (Ont.)	319 246
	Ville de Vancouver	603 502	17	Saskatoon (Sask.)	260 600
	Grande région de Vancouver*	1 709 826	18	Regina (Sask.)	210 556
4	Ottawa-Gatineau (Ont./Québec)	1 236 324	19	Sherbrooke (Québec)	201 890
	Ville d'Ottawa	883 391	20	St. John's (T.-N.-L.)	196 966
	Grande région d'Ottawa*†	352 933	29	Moncton (N.-B.)	138 644
5	Calgary (Alb.)	1 214 839	s.o.	Région urbaine de l'Î.-P.-É. (Î.-P.-É.)	65 543
6	Edmonton (Alb.)	1 159 869	s.o.	Autres centres urbains	6 057 848
7	Québec (Québec)	765 706	s.o.	Régions rurales	5 979 720
8	Winnipeg (Man.)	730 018	s.o.	Territoires‡	62 003
9	Hamilton (Ont.)	721 053	s.o.	Canada	33 476 688

RMR = région métropolitaine de recensement

* Les régions métropolitaines comprennent toutes les municipalités/villes situées à l'intérieur de leurs frontières respectives, à l'exception des villes de Toronto, Montréal, Vancouver et Ottawa. Consulter l'annexe pour obtenir la liste complète des villes et des municipalités comprises dans chaque RMR.

† La plus grande partie de la grande région d'Ottawa est située dans la province du Québec.

‡ À l'exclusion des territoires de recensement que sont Yellowknife et Whitehorse.

Prévention

Prévalence du tabagisme	12	Exposition à la fumée secondaire	16	Consommation de fruits et de légumes	27
Abandon du tabagisme	15	Consommation d'alcool	24	Activité physique	29
				Excès de poids et obésité chez les adultes	31



Prévention

Le Fonds mondial de recherche contre le cancer estime qu'environ le tiers des cancers peut être évité par l'abandon du tabagisme, alors qu'un autre tiers pourrait l'être par la consommation d'aliments nutritifs, la consommation modérée d'alcool, la pratique régulière d'une activité physique et le maintien d'un poids santé.¹ Ces estimations donnent à penser que plusieurs comportements modifiables liés à la santé influencent le risque de cancer. Outre ces comportements à risque modifiables, l'exposition ambiante (comme celle à la fumée secondaire) constitue également un important facteur de risque de cancer modifiable. Pour mieux orienter les efforts de prévention et évaluer les politiques et stratégies de prévention actuelles, il est donc utile de comprendre le rôle des facteurs de risque et leur prévalence au sein de la population ou des communautés.

Les politiques de prévention (plan d'action ou absence d'action choisi par les autorités publiques pour aborder un problème particulier ou un ensemble interrelié de problèmes²) sont adoptées à l'échelon fédéral, provincial ou territorial et municipal. Alors que la plupart des études menées à ce jour se sont attardées à comparer les facteurs de risque de cancer et l'état de santé des citoyens des provinces et des territoires, le présent rapport examine les différences entre les grandes villes canadiennes. Il est important de mesurer les données à l'échelon des villes parce que les politiques adoptées à cet échelon peuvent influencer sur la santé et le bien-être des citoyens. Toute différence observée devra faire l'objet d'un examen plus poussé pour que les déterminants de la santé qui influencent la santé des habitants, notamment le statut socioéconomique, le milieu ambiant et les caractéristiques sociales, puissent être cernés pour chacune des villes ou RMR.

Le but du rapport n'est pas de présenter toutes les politiques liées à chacun des indicateurs examinés; cette section vise plutôt à donner quelques exemples de politiques qui peuvent avoir une

influence positive sur la santé des Canadiens. Il convient de noter que l'efficacité des politiques mentionnées n'a pas été évaluée; par conséquent, les répercussions de tout changement de politiques sur l'amélioration des résultats liés aux facteurs de risque doivent être envisagées avec prudence.

La présente section porte sur les indicateurs qui permettent de mesurer les facteurs de risque suivants :

- Usage du tabac et exposition à la fumée
 - Prévalence du tabagisme
 - Taux d'abandon du tabagisme
 - Taux d'exposition à la fumée secondaire
- Consommation d'alcool
 - Taux de consommation d'alcool à risque élevé^b
 - Taux d'abstinence à l'alcool
- Consommation de fruits et de légumes
- Activité physique
- Excès de poids et obésité

b) Le taux de consommation d'alcool à risque élevé se fonde sur des études examinant le risque propre au cancer et, à ce titre, est différent (plus bas) que les dernières directives générales canadiennes sur la consommation d'alcool à faible risque.

Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive des facteurs de risque, comportementaux ou environnementaux, à examiner dans la lutte contre le cancer. Certains risques, comme l'utilisation d'appareils de bronzage artificiel et l'exposition aux risques environnementaux, notamment le radon, ont déjà été discutés dans le cadre des précédents rapports sur le rendement du système, mais ils sont exclus du présent rapport en raison des limites des données ou des ressources financières, voire des deux dans certains cas.

La section *Prévention* présente les principaux indicateurs qui peuvent servir à élaborer des stratégies visant à réduire le fardeau du cancer par la mise en œuvre d'activités de promotion de la santé et de prévention du cancer ciblées.

Faits saillants des résultats

Sur le plan de la prévention, les résultats indiquent une différence importante de la prévalence des facteurs de risque dans les diverses régions métropolitaines du Canada. On constate généralement un rendement assez constant dans chaque région métropolitaine pour ce qui est des mesures de prévention et des facteurs de risque. Bien que de nombreuses provinces comptent des villes qui se situent aux deux extrémités du spectre, la tendance générale est que les communautés urbaines de l'ouest du pays affichent de meilleurs profils de risque de cancer que les communautés de l'Est.

Prévalence du tabagisme

Que mesure-t-on?

- *Cet indicateur mesure le pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus déclarant avoir fumé tous les jours ou à l'occasion au cours de 2010 et de 2011.*

Pourquoi le mesure-t-on?

- Un bon tiers de tous les cancers pourrait être évité par l'élimination du tabagisme.¹ En fait, le tabagisme serait à l'origine de 30 % de tous les décès par cancer et de 85 % des décès par cancer du poumon chaque année au Canada.³
- Depuis le milieu des années 1960, la prévalence du tabagisme au pays a chuté de beaucoup. En 1965, environ la moitié des Canadiens fumait tous les jours ou à l'occasion, alors qu'ils n'étaient que 17 % en 2011, selon les données tirées de *l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada*. Cela dit, ce déclin a ralenti au cours des dernières années.⁴

- Le déclin du tabagisme au pays s'explique en grande partie par une combinaison complexe de mesures visant la sensibilisation du public et d'interventions en matière de politiques prises dans les années 1960, suivies de l'adoption de règlements municipaux sur l'usage du tabac dans les années 1970 et de la hausse des taxes et de la promulgation de lois rigoureuses dans les années 1980.⁵

Que peut-on conclure des résultats?

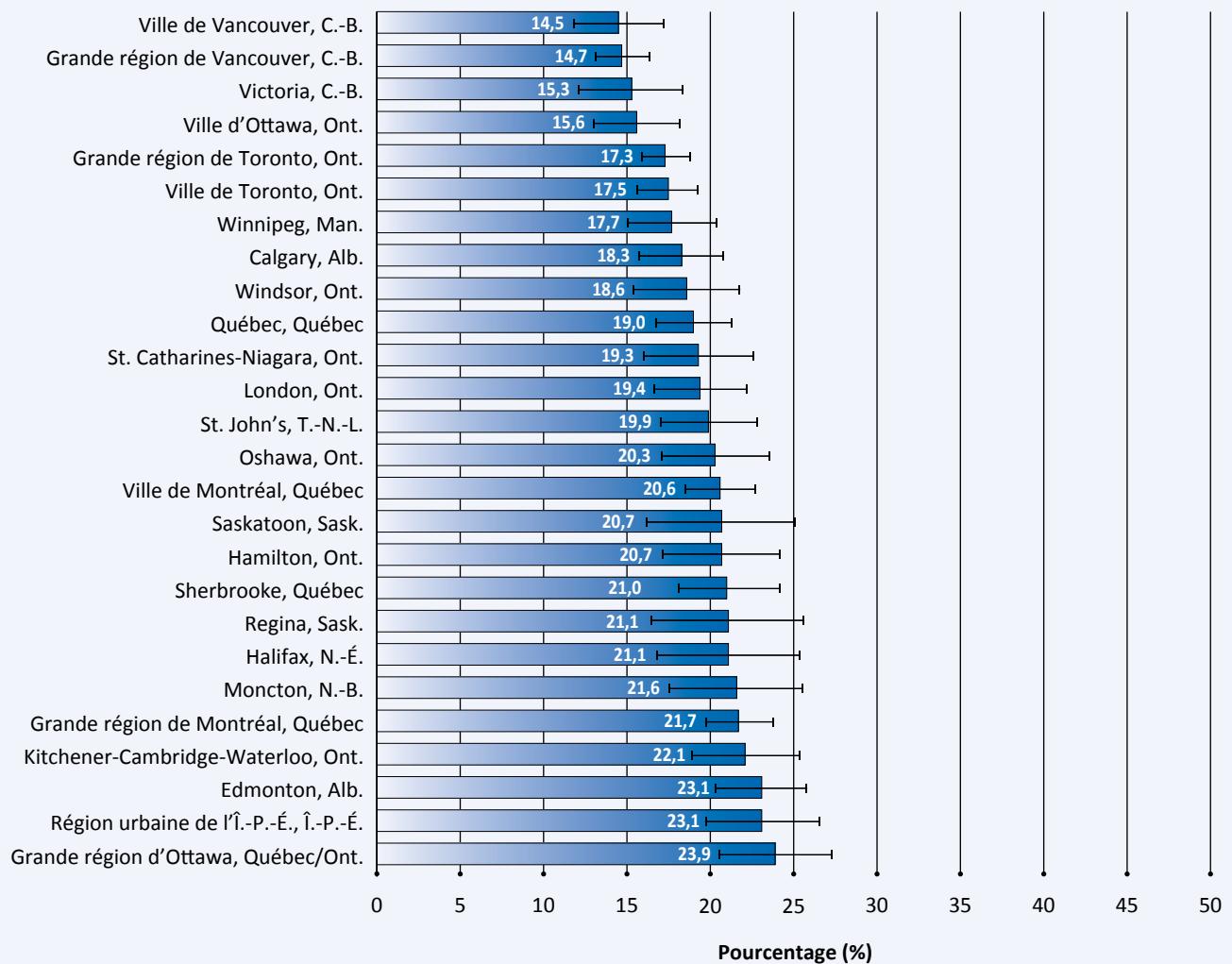
- Selon les données de 2010-2011, les régions métropolitaines de la Colombie-Britannique affichent le plus faible pourcentage de fumeurs réguliers ou occasionnels au pays (14,5 % dans la ville de Vancouver et 14,7 % dans la grande région de Vancouver). En revanche, la prévalence du tabagisme est plus élevée dans la région métropolitaine d'Ottawa, où 23,9 % des habitants de 12 ans ou plus disent avoir fumé tous les jours ou à l'occasion (figure 2A).

- Les taux de tabagisme varient souvent de beaucoup d'une région métropolitaine à l'autre d'une même province. Ainsi, la grande région de Toronto possède l'un des plus bas taux de tabagisme du pays (17,3 %), alors que la région

de Kitchener-Cambridge-Waterloo figure parmi les taux les plus élevés avec 22,1 %. De la même façon, en Alberta, le taux de tabagisme de Calgary est inférieur de près de 5 % à celui d'Edmonton (figure 2A).

FIGURE 2A

Pourcentage de la population (≥ 12 ans) déclarant fumer tous les jours ou à l'occasion, selon la région métropolitaine – ESCC, 2010-2011

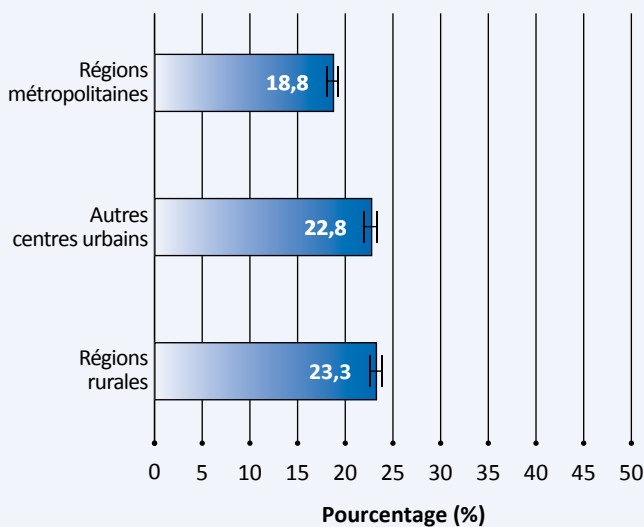


Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

- Bien que les facteurs socioéconomiques et culturels puissent contribuer à ces différences intraprovinciales, ces écarts démontrent l'opportunité de concentrer les efforts de sensibilisation à la prévention et à l'abandon du tabagisme dans les communautés urbaines affichant des taux plus importants.
 - Les gens vivant dans les grandes agglomérations urbaines sont moins susceptibles de fumer tous les jours ou à l'occasion que ceux habitant les petits centres urbains et les régions rurales
- (à l'exclusion des territoires) (18,8 % comparativement à 22,8 % et 23,3 %, respectivement) (figure 2B).
- Par rapport à la moyenne nationale autodéclarée (20,3 %), ce sont la Colombie-Britannique (16,6 %) et la Saskatchewan (23,3 %) qui comptent le nombre de fumeurs quotidiens ou occasionnels le plus faible et le plus élevé, respectivement. Les territoires affichent tous des taux de prévalence du tabagisme plus élevés que les provinces (figure 2C).

FIGURE 2B

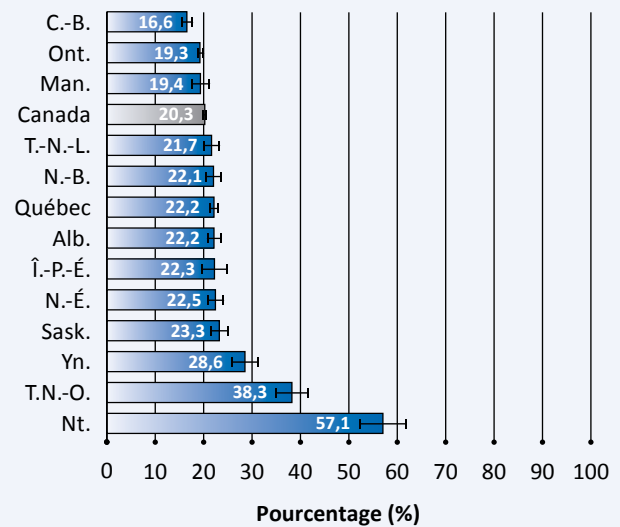
Pourcentage de la population (≥ 12 ans) déclarant fumer tous les jours ou à l'occasion, selon la région métropolitaine, le centre urbain ou la région rurale – ESCC, 2010-2011



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

FIGURE 2C

Pourcentage de la population (≥ 12 ans) déclarant fumer tous les jours ou à l'occasion selon la province ou le territoire – ESCC, 2010-2011



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

Que fait-on à ce sujet?

- Le tabagisme chez les jeunes est lié au tabagisme à l'âge adulte.⁶ L'Association canadienne de santé publique a dernièrement publié un exposé de position qui recommande que « les municipalités élargissent leurs règlements antitabac pour interdire également la vente de produits du tabac près des écoles », ce qui permettrait de réduire l'initiation au tabagisme chez les jeunes.⁷
- En 2012, la Ville de Saskatoon (Saskatchewan) a adopté une politique^c interdisant les publicités vantant les produits du tabac et les boissons alcoolisées sur les véhicules de Saskatoon Transit parce que de telles affiches sont en contradiction avec l'objectif de la Ville de promouvoir les modes de vie sains.⁸

Abandon du tabagisme

Que mesure-t-on?

- Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes âgées de 20 ans ou plus qui fumaient récemment^d, mais qui ont déclaré avoir cessé de fumer au cours des deux dernières années et qui sont actuellement des non-fumeurs.***

Pourquoi le mesure-t-on?

- Le facteur ayant le plus d'influence à moyen terme sur la mortalité par cancer est l'abandon du tabagisme.¹ Les bienfaits de cesser de fumer se font sentir peu importe l'âge où on le fait.⁹
- Les municipalités jouent un rôle dans les programmes d'abandon du tabagisme grâce aux mesures qu'elles prennent, notamment les politiques sur les lieux sans fumée et la prestation de services de renoncement au tabagisme auprès des populations prioritaires. Il est utile de mesurer les taux d'abandon du tabagisme par centre urbain pour être en mesure de concevoir des politiques et des interventions, puis d'en évaluer les retombées.

Que peut-on conclure des résultats?

- Le pourcentage de personnes âgées de 20 ans ou plus qui fumaient récemment (tous les jours ou à l'occasion), mais qui ont déclaré avoir cessé de fumer au cours des deux dernières années au Canada, varie selon la région métropolitaine : il va de 8,9 % à Saskatoon et de 12,2 % à Toronto à 24,5 % à Victoria et à 24,7 % à St. John's (tableau 5A).
- Le taux d'abandon du tabagisme varie grandement entre les RMR de la Saskatchewan. Ainsi, à Saskatoon, il est de 8,9 %, tandis qu'il est de 18,7 % à Regina (tableau 5A).
- Les gens vivant en région rurale (en excluant les territoires) sont aussi susceptibles d'avoir cessé de fumer récemment (17,3 %) que ceux vivant dans les petits centres urbains (17,2 %) et les régions métropolitaines (16,6 %) (tableau 5A).
- Il faut être prudents au moment d'interpréter certains des résultats de cet indicateur, car quelques provinces et territoires avancent des chiffres très bas, ce qui fait grandement varier les estimations. Ces résultats sont indiqués par un « E ».***

c) Pour de plus amples renseignements sur les politiques de contrôle du tabac dans les provinces, les territoires et certaines municipalités, consulter www.vuesurlecancer.ca/répertoirespolitiquesprévention

d) Qui fumaient tous les jours ou à l'occasion.

Que fait-on à ce sujet?

- Un certain nombre d'initiatives visant l'abandon du tabagisme, notamment des lignes de soutien pour arrêter de fumer, ont été mises en œuvre dans tout le pays pour soutenir les personnes qui souhaitent abandonner le tabagisme. Ces mesures peuvent également en encourager d'autres à penser à arrêter. Par exemple, Alberta Quits offre un numéro d'aide, un service en ligne, un service de texte et des services de consultation en groupe pour soutenir tous les Albertains qui désirent cesser de fumer. À l'échelle nationale, le service *Téléassistance pour fumeurs* est offert dans six provinces et un territoire, soit la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et le Yukon.
- Le Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme fondées sur l'expérience clinique a établi des lignes directrices cliniques canadiennes fondées sur des données probantes, ainsi que des ressources et des outils, qu'il a mis à la disposition des professionnels de la santé, dont les médecins.¹⁰
- L'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa a élaboré le Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac, qui cible particulièrement l'intervention dans les hôpitaux.¹¹ À l'heure actuelle, le modèle est utilisé dans 144 hôpitaux du pays et on est à l'intégrer aux soins primaires.
- Le Réseau canadien de lutte contre le cancer a mentionné, dans sa fiche de rapport annuel, que les produits de sevrage du tabac, comme les timbres, la gomme et les inhalateurs à la nicotine, peuvent aider les gens à cesser de fumer.¹² L'ensemble des provinces et des territoires, sauf le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador, octroient une aide financière pour suivre une thérapie de renoncement au tabac par l'entremise de leur régime d'assurance-maladie.

Exposition à la fumée secondaire

Que mesure-t-on?

- ***Cet indicateur examine le pourcentage des non-fumeurs âgés de 12 ans et plus déclarant avoir été régulièrement exposés à la fumée secondaire à la maison, à bord d'un véhicule ou dans un lieu public en 2010 et 2011.***

Pourquoi le mesure-t-on?

- Chaque année au Canada, plus de 1 100 décès chez les non-fumeurs sont attribuables à la fumée secondaire, dont plus de 360 des suites du cancer du poumon (les autres 746 sont morts d'une cardiopathie ischémique).¹³
- Après le tabagisme, la fumée secondaire semble être la principale cause du cancer du poumon.¹⁴
- Selon le rapport de 2006 du chirurgien général des États-Unis, plus de 50 études épidémiologiques se sont penchées sur l'association entre l'exposition à la fumée secondaire et le risque de cancer du poumon chez les non-fumeurs à vie. Des données groupées tirées de ces études laissent croire que le risque de contracter un cancer du poumon attribuable à la fumée secondaire est de 20 % à 30 % plus élevé chez les personnes qui vivent avec un fumeur.¹⁵
- Au Canada, de nombreux gouvernements provinciaux ont adopté des lois pour limiter l'exposition à la fumée secondaire. En surveillant la réduction de l'exposition au fil du temps dans chaque municipalité, il est possible d'évaluer l'incidence de ces mesures à l'échelon municipal.

Que peut-on conclure des résultats?

- Le pourcentage de non-fumeurs âgés de 12 ans ou plus qui déclarent avoir été exposés tous les jours ou presque tous les jours à la fumée secondaire dans un lieu public en 2010 et 2011 varie selon la région métropolitaine : il va de 5,9 % à Saskatoon à 17,8 % à Ottawa (figure 3A). L'exposition à la fumée secondaire à la maison varie également selon la région métropolitaine, allant de 2,0 % à Victoria à 9,3 % dans la grande région de Montréal (tableau 5A).
- L'exposition à la fumée secondaire à bord d'un véhicule est de 4,1 % à Victoria et de 10,3 % à Windsor et dans la grande région d'Ottawa (figure 4A).
- L'exposition à la fumée secondaire varie entre les régions métropolitaines d'une même province. Ainsi, à Saskatoon, le pourcentage des non-fumeurs de 12 ans ou plus qui disent être exposés à la fumée secondaire dans un lieu public est de 5,9 %, alors qu'il est de 12,0 % à Regina (figure 3A).
- Les gens vivant en région rurale (en excluant les territoires) sont exposés à la fumée secondaire dans les lieux publics en plus faible proportion que ceux des petits centres urbains et des régions métropolitaines (figure 3B). En revanche, les gens vivant en région rurale (en excluant les territoires), suivis des gens des petits centres urbains, sont plus nombreux à être exposés à la fumée secondaire à la maison ou à bord d'un véhicule que les gens habitant une région métropolitaine (tableau 5A et figure 4B). Dans l'ensemble du Canada, 11,8 % des gens disent être exposés à la fumée secondaire dans les lieux publics, 6,7 % à bord d'un véhicule et 5,7 % à la maison (figures 3C et 4C et tableau 5A).
- *Il faut être prudents au moment d'interpréter certains des résultats de cet indicateur, car quelques provinces et territoires avancent des chiffres très bas, ce qui fait grandement varier les estimations. Ces résultats sont indiqués par un « E ».*

Que fait-on à ce sujet?

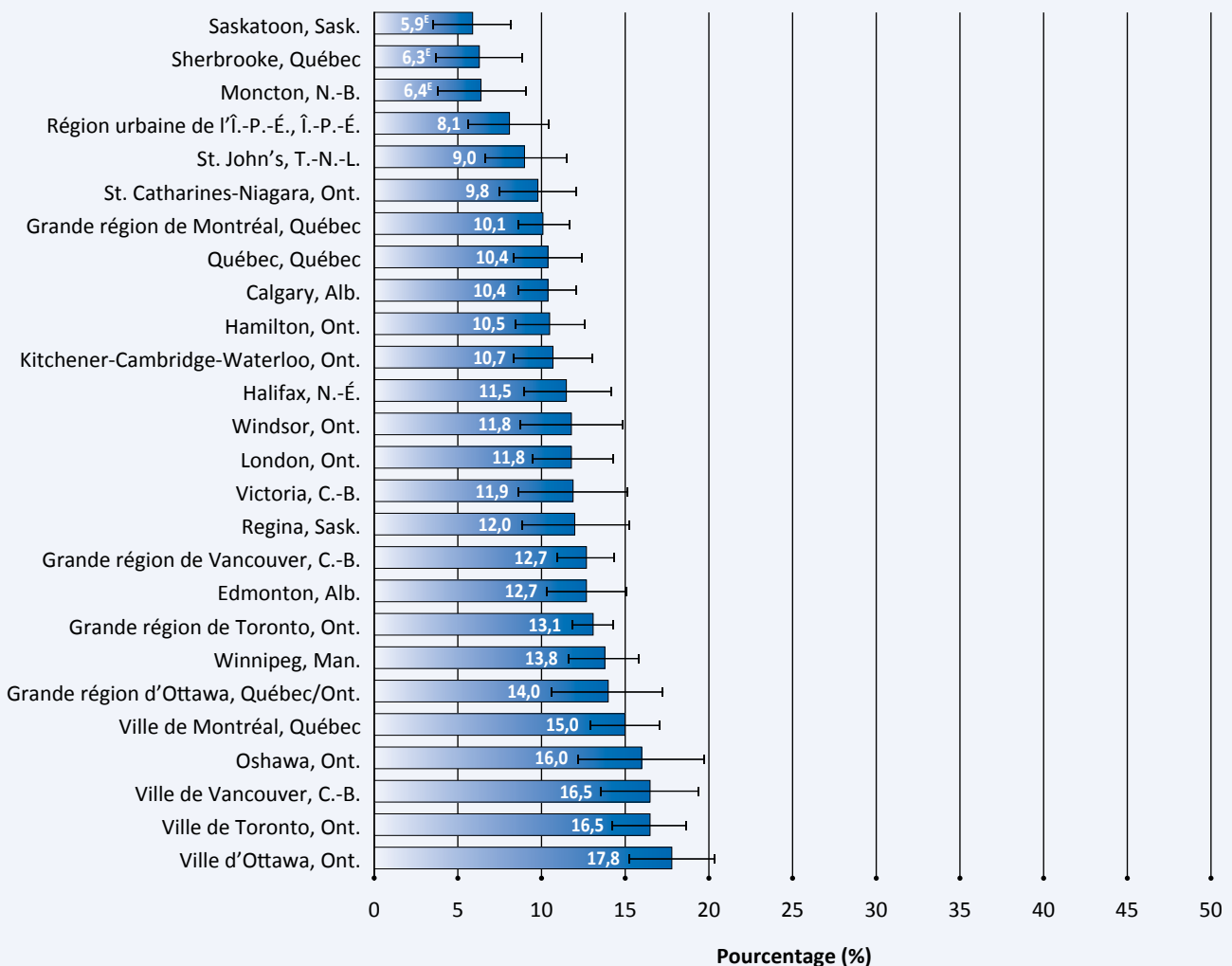
- L'exposition à la fumée secondaire est régie par les municipalités dans le cadre de règlements et d'arrêtés qui interdisent l'utilisation du tabac dans les lieux publics. Bien que l'interdiction de fumer à l'intérieur des lieux publics soit généralisée dans tout le Canada, de nombreuses administrations municipales élargissent leurs règlements pour qu'ils s'appliquent également à divers lieux publics extérieurs, dont les parcs et les terrains de jeu, les terrains de loisirs et de sport, les installations de plein air, les terrasses de restaurant et les plages.⁸ Le tableau 2 dresse la liste des municipalités et des villes ayant adopté des règlements sur l'exposition à la fumée secondaire dans les lieux publics qui étaient plus sévères que la législation provinciale en juin 2012.¹⁶
- Au cours des cinq années (2008-2012) où la majorité des provinces a interdit de fumer à bord des véhicules en présence d'enfants, l'exposition des enfants à la fumée secondaire dans les véhicules a diminué d'un tiers.¹² La plus grande réduction, soit environ 38 %, a été constatée en Ontario, qui a été la deuxième province à interdire l'utilisation du tabac à bord des véhicules transportant des enfants.
- L'arrêté 14614 d'Edmonton sur les lieux publics, qui régit l'utilisation du tabac en public, a été modifié en avril 2012 pour étendre l'interdiction de fumer à moins de 10 mètres aux terrains de jeu, aux patinoires, aux parcs de skateboard, aux terrains de sport et aux parcs de jeux d'eau (ce qui est plus sévère que la législation provinciale). Auparavant, le règlement interdisait de fumer dans les bâtiments, sur les terrasses, à bord des véhicules publics et à moins de 5 mètres des entrées, fenêtres et prises d'air des bâtiments et des terrasses.⁸
- Le règlement 11-080 de Hamilton, adopté en mars 2011, interdit de fumer sur les plages, les terrains de jeu, la propriété des centres récréatifs, des arénas et des stades, ainsi que dans les parcs, les terrains de sport et de loisirs, les parcs de skateboard, les piscines extérieures et les parcs à chiens en liberté.⁸

- L'exposition à la fumée secondaire à bord des véhicules a fait l'objet d'une législation dans la plupart des provinces et des territoires, sauf en Alberta, au Québec, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut (tableau 3).⁸ Dernièrement, la Division du Québec de la

Société canadienne du cancer a lancé une campagne à grand déploiement en faveur de l'adoption d'une loi interdisant l'usage du tabac à bord des véhicules privés transportant des enfants.¹⁷

FIGURE 3A

Pourcentage de non-fumeurs (≥ 12 ans) déclarant être exposés à la fumée secondaire dans les lieux publics, selon la région métropolitaine – ESCC, 2010-2011



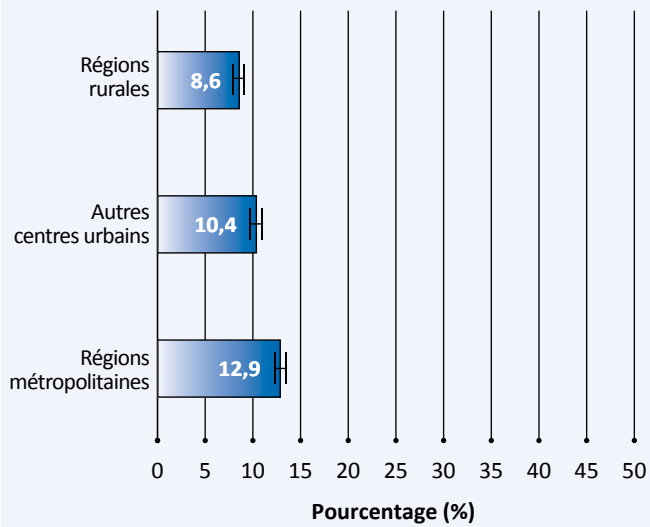
[‡]Interpréter avec prudence en raison de l'ampleur de la variation dans l'estimation.

Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

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

FIGURE 3B

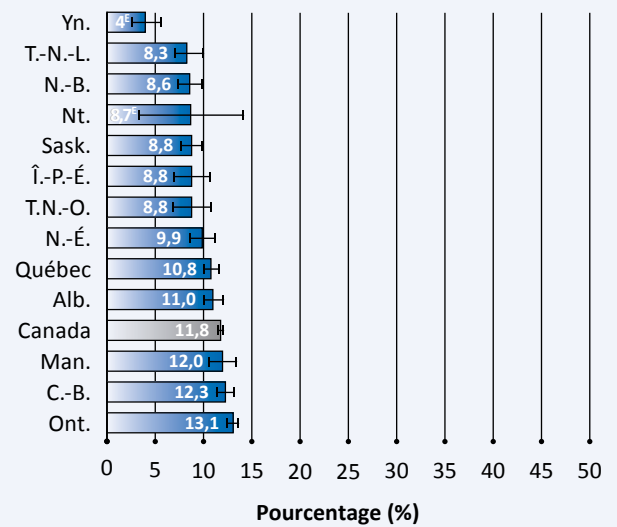
Pourcentage de non-fumeurs (≥ 12 ans) déclarant être exposés à la fumée secondaire dans les lieux publics, selon la région métropolitaine, le centre urbain ou la région rurale – ESCC, 2010-2011



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

FIGURE 3C

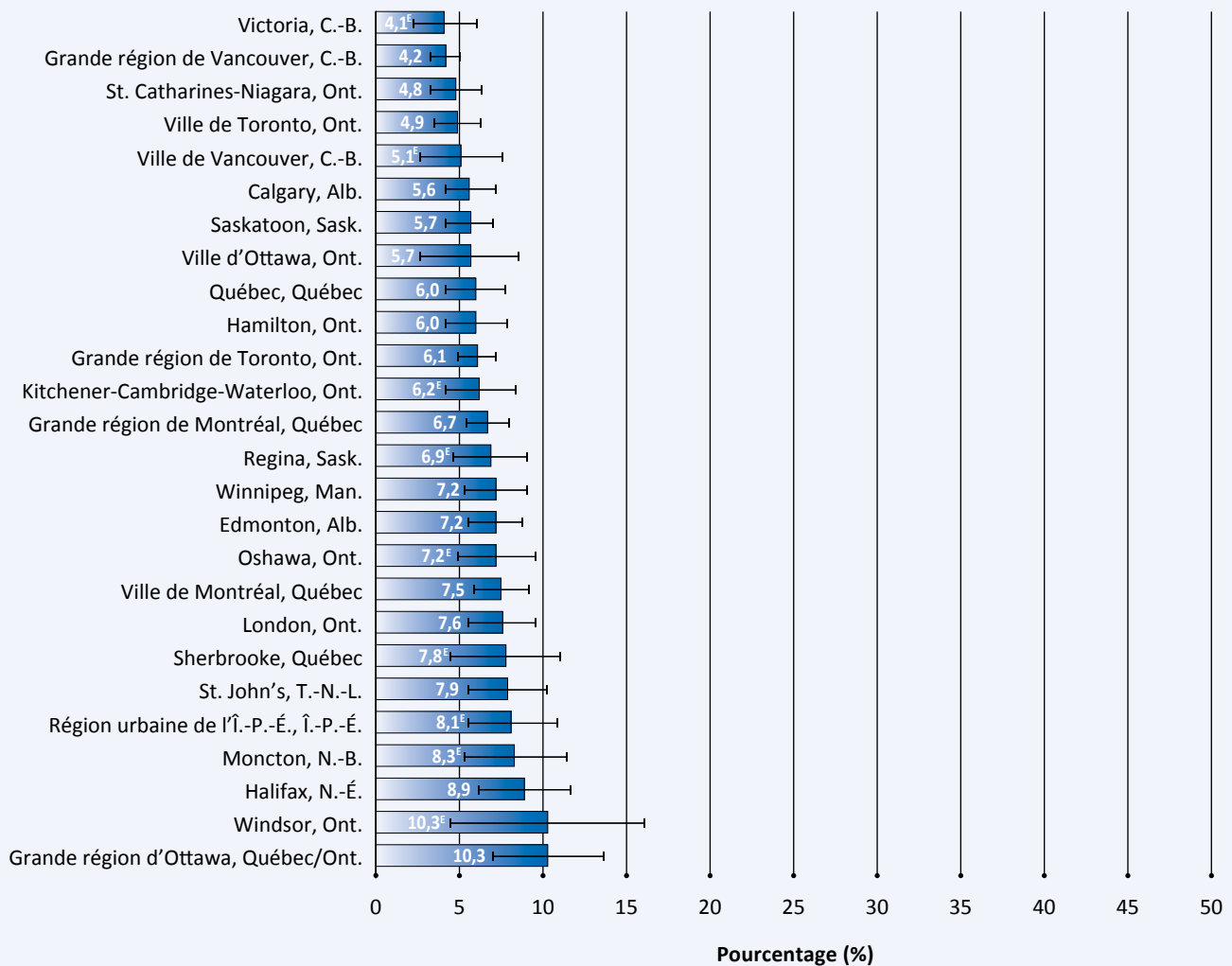
Pourcentage de non-fumeurs (≥ 12 ans) déclarant être exposés à la fumée secondaire dans les lieux publics, selon la province ou le territoire – ESCC, 2010-2011



[†] Interpréter avec prudence en raison de l'ampleur de la variation dans l'estimation.

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

FIGURE 4A

Pourcentage de non-fumeurs (≥ 12 ans) déclarant être exposés à la fumée secondaire à bord des véhicules, selon la région métropolitaine – ESCC, 2010-2011


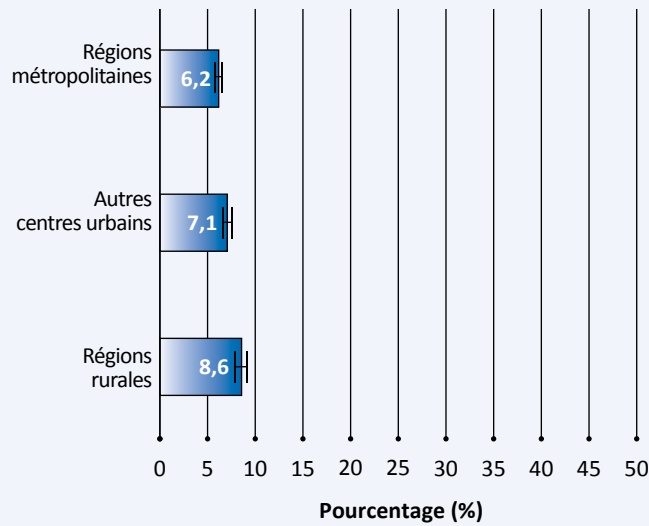
[†] Interpréter avec prudence en raison de l'ampleur de la variation dans l'estimation.

Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

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

FIGURE 4B

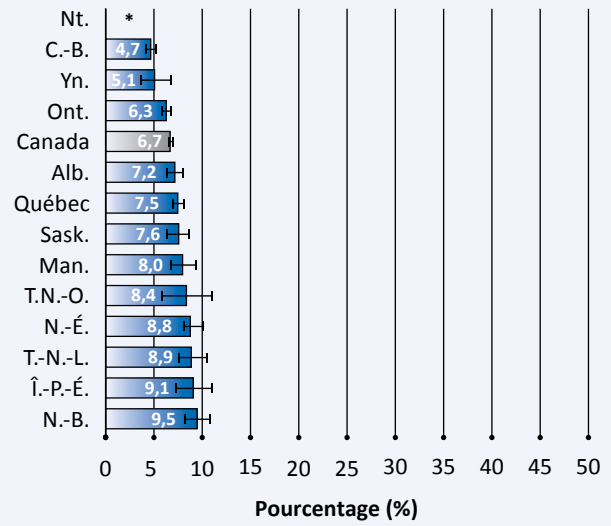
Pourcentage de non-fumeurs (≥ 12 ans) déclarant être exposés à la fumée secondaire à bord des véhicules, selon la région métropolitaine, le centre urbain ou la région rurale – ESCC, 2010-2011



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

FIGURE 4C

Pourcentage de non-fumeurs (≥ 12 ans) déclarant être exposés à la fumée secondaire à bord des véhicules, selon la province ou le territoire – ESCC, 2010-2011



* Données supprimées en raison de l'incertitude statistique causée par les petits nombres.
Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

TABLEAU 2

Règlements et arrêtés municipaux sur la fumée secondaire dans les lieux publics

Pourcentage de la population des RMR assujettie à de tels règlements municipaux*	Région métropolitaine de recensement	Municipalités/villes [†] dont les règlements sont plus sévères que la législation provinciale
100	Victoria (C.-B.)	Saanich, Victoria, Langford, Oak Bay, Esquimalt, Colwood, Central Saanich, Sooke, Sidney, North Saanich, View Royal, Metchosin, Capital H, Highlands
91	Winnipeg (Man.)	Winnipeg
87	Edmonton (Alb.)	Edmonton, Strathcona County, St. Albert, Leduc, Beaumont, Devon
85	Saskatoon (Sask.)	Saskatoon
84	Calgary (Alb.)	Calgary, Airdrie
79	Vancouver (C.-B.)	Vancouver, Surrey, Richmond, Coquitlam, Delta, North Vancouver, Port Coquitlam, West Vancouver, Port Moody, Langley, White Rock, Pitt Meadows, Anmore, Belcarra
79	Toronto (Ont.)	Toronto, Oakville, Milton, Halton Hills, Georgina, New Tecumseth, Bradford–West Gwillimbury, Orangeville, Uxbridge, Mississauga, Brampton, Caledon
76	Hamilton (Ont.)	Hamilton, Grimsby
73	Ottawa-Gatineau (Ont. et Québec)	Ottawa, Russell
66	Windsor (Ont.)	Windsor
54	St. John's (T.-N.-L.)	St. John's
34	St. Catharines-Niagara (Ont.)	Niagara Falls, Welland
2	Québec (Québec)	L'Ancienne-Lorette
<1	Montréal (Québec)	Côte-Saint-Luc
0	Kitchener-Cambridge-Waterloo (Ont.)	s.o.
0	Halifax (N.-É.)	s.o.
0	Oshawa (Ont.)	s.o.
0	Regina (Sask.)	s.o.
0	Sherbrooke (Québec)	s.o.
0	Moncton (N.-B.)	s.o.

* Le champ d'application du règlement municipal ne s'étend pas aux réserves des Premières Nations; le champ d'application des règlements municipaux des RMR est calculé en fonction de la proportion de la population de la municipalité/ville assujettie à un règlement par rapport à la population totale de la RMR.

[†] Consulter l'annexe pour la liste complète des villes et des municipalités de chaque RMR.

TABLEAU 3

Législation provinciale/territoriale sur la fumée secondaire à bord des véhicules privés

Province	Année	Champ d'application de la législation
Colombie-Britannique	2008	Enfants de moins de 16 ans
Alberta*	s.o.	s.o.
Saskatchewan	2010	Enfants de moins de 16 ans
Manitoba	2010	Enfants de moins de 16 ans
Ontario	2009	Enfants de moins de 16 ans
Québec	s.o.	s.o.
Nouveau-Brunswick	2009	Enfants de moins de 16 ans
Nouvelle-Écosse	2002	Enfants de moins de 18 ans
Île-du-Prince-Édouard	2009	Enfants de moins de 19 ans
Terre-Neuve	2011	Enfants de moins de 16 ans
Yukon	2008	Enfants de moins de 18 ans
Territoires du Nord-Ouest	s.o.	s.o.
Nunavut	s.o.	s.o.

* Champ d'application *municipal* partiel seulement (RMR d'Edmonton); 2011, enfants de moins de 18 ans. Loi provinciale adoptée, mais pas encore en vigueur.

Consommation d'alcool

Que mesure-t-on?

- **Cet indicateur mesure le pourcentage des adultes âgés de 18 ans et plus qui disent avoir les habitudes de consommation d'alcool suivantes :**
 - consommation moyenne supérieure à deux verres d'alcool par jour pour les hommes et à un verre d'alcool par jour pour les femmes. Afin de réduire le risque de cancer, les directives de consommation d'alcool de la Société canadienne du cancer (SCC) reposent sur les mêmes barèmes que les directives du Fonds mondial de recherche contre le cancer (FMRC).^{1, 18} Cependant, la SCC recommande *moins d'un verre* par jour pour les femmes et *moins de deux verres* par jour pour les hommes, tandis que le FMRC recommande un verre *ou moins* par jour pour les femmes et deux verres *ou moins* par jour pour les hommes. Ce dernier indicateur du FMRC est présenté à deux reprises, à l'aide des données les plus récentes concernant la population dans son ensemble (2005) et des données les plus récentes (2010-2011) ne concernant que les régions métropolitaines dans les provinces prenant part à cette enquête;
 - aucune consommation d'alcool au cours des douze derniers mois.
- Le présent rapport se sert des directives de consommation d'alcool du FMRC pour réduire le risque de cancer. Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies a publié des directives de consommation d'alcool à faible risque encore plus contraignantes (deux verres ou moins par jour pour les femmes, jusqu'à concurrence de 10 verres par semaine; et trois verres ou moins par jour pour les hommes, jusqu'à concurrence de 15 verres par semaine) à l'intention de la population en général, sans mettre particulièrement l'accent sur le risque de cancer.¹⁹

Pourquoi le mesure-t-on?

- Selon certaines données probantes convaincantes, la consommation d'alcool augmente le risque de contracter un cancer de l'œsophage, de la bouche, de la gorge (pharynx et larynx), du sein (avant et après la ménopause), du côlon et du rectum. Selon d'autres données probantes, la consommation d'alcool augmenterait le risque de cancer du foie.¹
- D'autres données probantes tout aussi convaincantes indiquent qu'une consommation excessive d'alcool provoque la cirrhose, laquelle prédisposerait certaines personnes au cancer du foie.¹
- Il est très important de noter que, chez les personnes qui consomment beaucoup d'alcool, il est possible que les effets de l'alcool soient confondus avec d'autres comportements à risque. Par exemple, les buveurs excessifs peuvent avoir une alimentation déficiente en nutriments reconnus pour prévenir le cancer.¹
- Plusieurs règlements municipaux peuvent s'avérer efficaces pour limiter la consommation d'alcool en réduisant les possibilités de boire offertes aux citoyens. Ainsi, certains règlements interdisent la consommation ou la vente d'alcool dans les parcs, limitent la vente de coupons de consommation par personne lors d'événements et limitent les heures où de l'alcool est servi, tant dans les établissements licenciés que les points de vente à emporter.

Que peut-on conclure des résultats?

- Au Canada, le pourcentage des adultes de 18 ans ou plus qui disent dépasser les directives du FMRC varie modérément d'une région métropolitaine à l'autre, allant de 7,3 % dans la région urbaine de l'Î.-P.-É. à 11,4 % à Oshawa, selon les plus récentes données concernant toute la population (2005) (tableau 5B).
- Selon des données plus récentes (2010-2011), concernant seulement les régions métropolitaines des provinces prenant part à l'enquête, ce pourcentage varie également, allant de 4,3 % dans la grande région de Montréal à 13,0 % à St. Catharines-Niagara (tableau 5B).
- Selon les données de 2010-2011, la proportion des répondants qui n'ont consommé aucun alcool au cours des 12 mois précédents présente un écart encore plus grand, allant de 9,0 % à Québec à 30,0 % dans la ville de Toronto (figure 5A). De plus, ce taux varie considérablement dans les régions métropolitaines d'une même province : en Colombie-Britannique, le taux d'abstinence à l'alcool va de 12,9 % à Victoria à 24,1 % dans la ville de Vancouver; en Ontario, ce taux varie entre 15,1 % à St. Catharines-Niagara et 30,0 % dans la ville de Toronto.
- La proportion de gens qui disent n'avoir consommé aucun alcool est plus élevée dans les villes centres (Montréal, Ottawa, Toronto et Vancouver) que dans leur région métropolitaine respective. L'écart le plus important a été observé dans la ville d'Ottawa par rapport à la grande région d'Ottawa (17,8 % par rapport à 10,0 %, respectivement) (figure 5A).
- Si on compare les régions rurales (en excluant les territoires), les petits centres urbains et les régions métropolitaines, les différences sont minimes, voire inexistantes, quant au taux de dépassement des directives de consommation d'alcool à faible risque et au taux d'abstinence

à l'alcool au cours des 12 derniers mois, selon les données de 2005 et de 2010-2011 (tableau 5B et figure 5B).

- À l'échelle provinciale, le pourcentage de la population qui ne consomme aucun alcool va de 15,0 % au Québec à 22,4 % en Ontario. Pour l'ensemble du Canada, 19,8 % des gens disent ne pas avoir consommé au cours des 12 derniers mois (figure 5C).

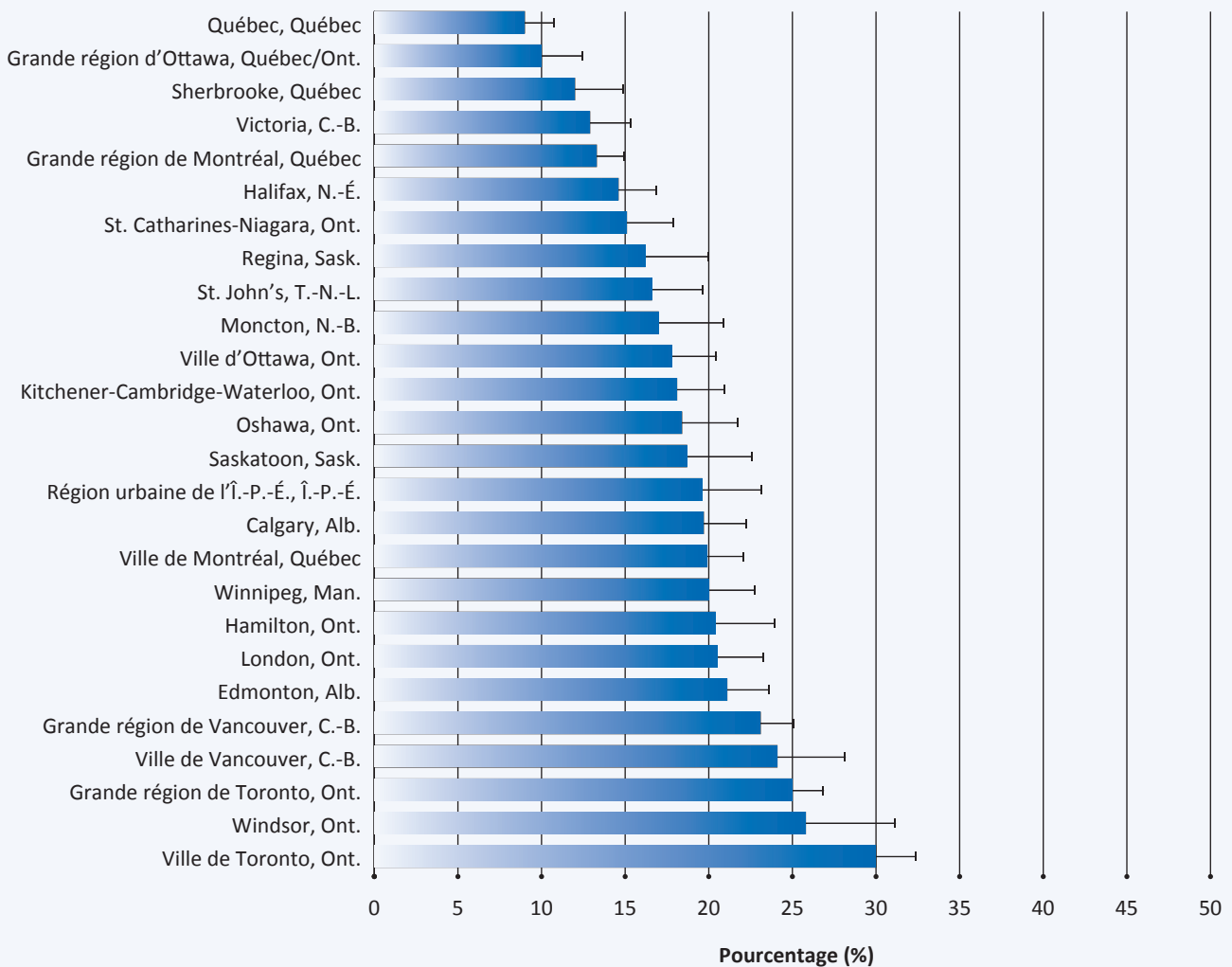
Que fait-on à ce sujet?

- Certaines municipalités canadiennes ont adopté des règlements pour restreindre les heures d'ouverture des débits de boisson licenciés afin de régir la consommation d'alcool. Les règlements de zonage permettent également de réduire la densité de débits de boissons licenciés et de commerces au détail en exigeant une distance minimale entre les points de vente d'alcool.⁸
- L'arrêté 8022 de Vancouver (*Business Premises Regulation of Hours*) réglemente les heures d'ouverture des magasins d'alcool. Ainsi, ils ont le droit d'ouvrir de 11 h à minuit, du dimanche au jeudi, et de 11 h à 1 h les vendredis et samedis.⁸
- Le règlement de zonage 12800 d'Edmonton a été modifié en 2007 pour exiger une distance de 500 mètres entre les débits de boisson licenciés et les magasins de vente d'alcool au détail.⁸ Une plus grande densité de points de vente d'alcool et une plus grande disponibilité de l'alcool ont été associées à une consommation d'alcool accrue.²⁰
- Au-delà des règlements et arrêtés, certaines municipalités ont instauré des politiques^e pour interdire l'alcool dans les endroits appartenant à la ville et lors des activités menées par la ville.⁸

e) Pour de plus amples renseignements sur les politiques de contrôle de la consommation d'alcool dans les provinces, les territoires et certaines municipalités, consulter www.vuesurlecancer.ca/répertoirespolitiquesprévention

FIGURE 5A

Pourcentage d'adultes (≥ 18 ans) déclarant ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois, selon la région métropolitaine – ESCC 2010-2011

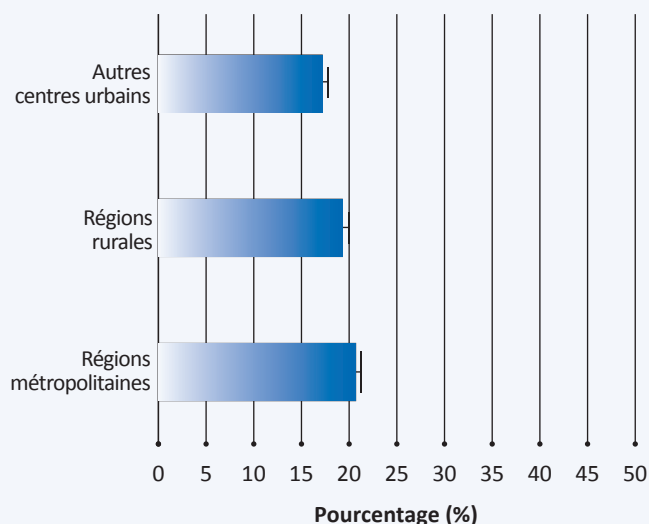


Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

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

FIGURE 5B

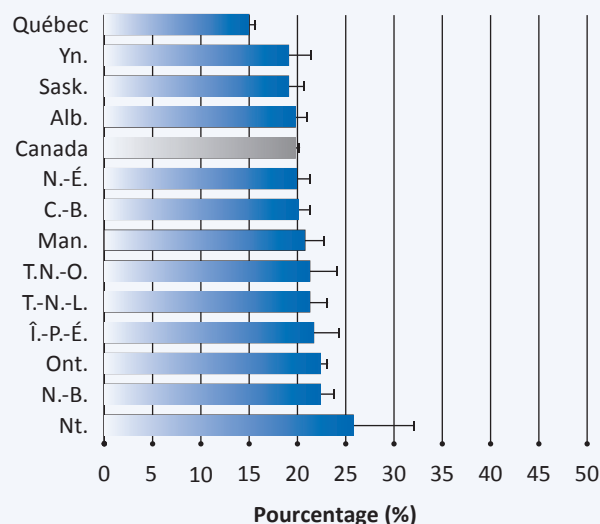
Pourcentage d'adultes (≥ 18 ans) déclarant ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois, selon la région métropolitaine, le centre urbain ou la région rurale – ESCC 2010-2011



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

FIGURE 5C

Pourcentage d'adultes (≥ 18 ans) déclarant ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois, selon la province ou le territoire – ESCC 2010-2011



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

Consommation de fruits et de légumes

Que mesure-t-on?

- **Cet indicateur mesure le pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus déclarant consommer des fruits ou des légumes au moins cinq fois par jour ou au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour.**

Pourquoi le mesure-t-on?

- Les saines habitudes de vie – en particulier une plus grande consommation de fruits et de légumes, l'activité physique et le maintien d'un poids santé – sont des mesures préventives qui peuvent réduire les maladies et affections

chroniques non transmissibles, comme l'obésité, la maladie cardiovasculaire et certains cancers.²¹ Les facteurs liés à l'alimentation sont à l'origine d'environ 30 % des cancers, ce qui les place au second rang des risques évitables, après le tabagisme.²¹

- De nombreux facteurs alimentaires influencent le risque de cancer, mais la consommation autodéclarée de fruits et de légumes est le seul facteur pour lequel il existe des données sous la forme requise pour ce rapport. De plus, la consommation de fruits et de légumes contribue à une saine alimentation.²²
- Le Fonds mondial de recherche contre le cancer et l'American Institute for Cancer Research

estiment qu'il existe des données probantes pour appuyer l'hypothèse d'un lien entre un apport élevé en fruits et en légumes et un risque réduit de certains cancers, notamment celui de la bouche, du pharynx, de l'œsophage, du poumon, de l'estomac et du sein. Un apport élevé en légumes (et, dans une moindre mesure, un apport élevé en fruits) s'avère également utile pour réduire le risque du cancer du côlon, du rectum et de la prostate.^{1, 23}

- Les directives et recommandations alimentaires contenues dans *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien* indiquent qu'il faut consommer entre cinq et dix portions de fruits et légumes variés par jour pour prévenir les maladies chroniques.²⁴
- La *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains* a comme objectif d'améliorer les résultats globaux pour la santé et de réduire les disparités en santé. Cette approche intégrée vise à augmenter de 20 % le nombre de Canadiens qui font de meilleurs choix santé en matière d'alimentation d'ici 2015.²⁴

Que peut-on conclure des résultats?

- Le pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus déclarant consommer au moins cinq fruits et légumes par jour dans les régions métropolitaines atteint 54,3 % à Sherbrooke et chute à 31,3 % à Oshawa (tableau 5B). En 2010-2011, seulement 42 % des répondants canadiens ont dit consommer au moins cinq fruits et légumes par jour, alors qu'ils étaient près de 46 % en 2009.²⁵
- Les habitants des régions métropolitaines du Québec (Montréal, Québec et Sherbrooke) sont plus susceptibles que le reste de la population des grandes villes canadiennes à faire état d'une consommation élevée de fruits et de légumes; les pourcentages varient de 48,4 % dans la ville de Montréal à 54,3 % à Sherbrooke (tableau 5B). À l'opposé, les taux varient grandement d'une région métropolitaine à l'autre en Ontario : Oshawa affiche le taux le plus bas avec 31,3 %, alors que la région du Grand Toronto présente

le taux le plus élevé avec 42,6 % (moyenne de l'Ontario : 40,6 %). Ces taux ne sont pas significativement différents entre les villes centres de Montréal, Toronto et Vancouver et leur région métropolitaine respective, alors qu'il est d'environ 11 % plus élevé dans la grande région d'Ottawa que dans la ville d'Ottawa (tableau 5B).

- On constate peu de variation dans la consommation de fruits et de légumes des gens vivant dans les petits centres urbains, les régions rurales (en excluant les territoires) et les régions métropolitaines du Canada (40,4 % dans les petits centres urbains, 41,2 % dans les régions rurales et 42,4 % dans les régions métropolitaines; tableau 5B). Ces résultats donnent à penser que les obstacles à l'accès aux fruits et légumes dans les régions rurales par rapport aux régions urbaines ne sont peut-être pas aussi importants que prévu pour nuire à leur consommation (bien que le taux de consommation s'avère moins élevé dans les communautés éloignées et isolées).²⁵
- Il convient de noter que les évaluations alimentaires faites sur la base d'une autodéclaration peuvent souvent différer des mesures de la consommation plus rigoureuses. Puisque les données autodéclarées sont difficiles à évaluer, elles sont plus susceptibles d'entraîner des erreurs que les autres mesures épidémiologiques.^{26, 27}

Que fait-on à ce sujet?

- Les municipalités peuvent avoir une influence positive sur la consommation de fruits et de légumes en adoptant des règlements^f visant à développer le milieu bâti lié à l'alimentation. Ainsi, certains règlements municipaux de zonage en vigueur au Canada prévoient des paramètres pour l'établissement de jardins communautaires, ainsi que des règles pour encadrer les marchés fermiers. En l'absence de tels règlements, les municipalités se sont parfois dotées de politiques pour encourager les jardins communautaires et les marchés fermiers.

f) Pour de plus amples renseignements sur les politiques de nutrition dans les provinces, les territoires et certaines municipalités, consulter www.vuesurlecancer.ca/répertoirespolitiquesprevention

- Le règlement 1312-2008 de Toronto a été adopté pour permettre aux vendeurs de nourriture de rue d'offrir des aliments plus sains, dont des fruits et des légumes, sous réserve de l'approbation du médecin-hygiéniste en chef. En outre, les bureaux des services de la santé publique, des normes et permis municipaux et des transports de Toronto prévoient instaurer des points de vente mobiles de fruits et légumes frais dans les quartiers mal desservis de la ville.⁸
- En Ontario, le projet de loi 93 exige que les commissions scolaires affichent deux documents de Santé Canada dans la cafétéria des écoles : *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien* et *Le Guide alimentaire canadien pour manger sainement*.⁸
- Le Bureau de santé publique de Toronto, en collaboration avec l'urbanisme, le Tower Renewal Office et des partenaires communautaires, a cherché des façons de modifier le zonage pour favoriser la saine alimentation dans les quartiers de tours d'appartements de Toronto. Cette initiative conjointe a permis de créer une nouvelle zone commerciale d'appartements résidentiels qui servira à plusieurs utilisations et offrira des choix santé en alimentation dans ces quartiers.²⁸

Activité physique

Que mesure-t-on?

- ***Cet indicateur mesure le pourcentage des adultes âgés de 18 ans ou plus déclarant être très actifs^g durant leurs loisirs (2010-2011).***
- ***Un second indicateur mesure le pourcentage de la population âgée entre 15 et 75 ans déclarant être active^h durant ses loisirs, au travail et dans ses déplacements (2005).***

Pourquoi le mesure-t-on?

- Un rapport publié en 2007 par le Fonds mondial de recherche contre le cancer concluait que l'activité physique avait un effet protecteur contre plusieurs cancers, notamment celui du côlon et de l'endomètre. Il existe aussi certaines données probantes sur la nature protectrice de l'activité physique contre les cancers du poumon et du pancréas.²⁹
- La cible de la *Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains* est d'augmenter de 20 %, entre 2005 et 2015,

la proportion des Canadiens qui consacrent 30 minutes par jour à une activité physique d'intensité modérée ou vigoureuse.²⁴

- Une activité physique accrue peut être favorisée dans le cadre de programmes et de règlements municipaux. Entre autres exemples, mentionnons l'amélioration du milieu bâti, un meilleur accès aux installations de loisirs et une meilleure utilisation de celles-ci (centres communautaires, pistes d'athlétisme, sentiers pédestres et pistes de course, etc.), ainsi qu'une plus grande sensibilisation aux moyens de transport actif et une meilleure utilisation de ceux-ci (p. ex. grâce à des voies et pistes cyclables).
- Il convient de noter que l'utilisation des données liées à cet indicateur de l'activité physique de l'ESCC en tant que mesure du risque de cancer comporte des limites. Même si le niveau d'activité physique n'est pas directement lié à un risque de cancer moins élevé, il offre une approximation utile pour mesurer ce risque.

g) On entend par « très actif » une DÉ $\geq 4,5$ KKJ; consulter l'annexe technique pour le calcul détaillé vuesurlecancer.ca/rapportsurlerendementdusysteme.

h) On entend par « actif » une DÉ $\geq 3,0$ KKJ mais $< 4,5$ KKJ; consulter l'annexe technique pour le calcul détaillé vuesurlecancer.ca/rapportsurlerendementdusysteme.

Que peut-on conclure des résultats?

- Dans l'ensemble, seulement 12,0 % des Canadiens ayant pris part à l'enquête déclarent un niveau d'activité physique durant leurs loisirs qui les classent parmi les « très actifs ». De tous les Canadiens interrogés, 20,8 % disent être « actifs » durant leur temps de loisirs, au travail et durant leurs déplacements (tableau 5B).
- Selon les données de l'enquête 2010-2011, le pourcentage de la population âgée de 18 ans ou plus déclarant être très active durant ses loisirs varie selon la région métropolitaine : il n'est que de 7,8 % à Québec, mais atteint 20,9 % à Victoria (tableau 5B). Les gens habitant dans les villes centres d'Ottawa et de Vancouver déclarent des niveaux d'activité physique légèrement plus élevés durant leurs loisirs que ceux des régions métropolitaines d'Ottawa et de Vancouver.
- Le taux d'activité physique durant les loisirs varie énormément dans les régions métropolitaines de l'Ontario (la région métropolitaine la plus active est deux fois plus active que la région métropolitaine la moins active) et de la Colombie-Britannique (la région métropolitaine la plus active est 1,8 fois plus active que la région métropolitaine la moins active) (tableau 5B).
- Dans les municipalités, le taux d'activité physique combiné durant les loisirs, au travail et lors des déplacements est supérieur au seul taux d'activité physique durant les loisirs, variant de 14,8 % dans la grande région de Montréal et de Toronto à 26,5 % à Saskatoon en 2005 (tableau 5B). Par rapport aux gens vivant dans une région métropolitaine, les gens qui habitent les villes centres de Montréal, d'Ottawa et de Toronto déclarent un taux d'activité physique plus élevé; les gens de la ville de Vancouver déclarent un taux d'activité physique total inférieur.
- Les taux d'activité physique dans les régions métropolitaines d'une même province ne présentent pas de différence notable, sauf en Ontario, où le taux de la région du Grand Toronto est d'environ 9 % inférieur

à celui de St. Catharines-Niagara, et en Colombie-Britannique, où le taux de la ville de Vancouver est d'environ 9 % inférieur à celui de Victoria (tableau 5B).

- Les habitants des régions métropolitaines et des petits centres urbains sont aussi susceptibles que les habitants des régions rurales (en excluant les territoires) à se dire très actifs (11,7 %, 12,9 % et 12,3 %, respectivement). En revanche, les gens vivant en région rurale (en excluant les territoires) se disent très actifs (26,4 %) durant leurs loisirs, au travail et dans leurs déplacements dans une plus grande proportion que ceux vivant dans les petits centres urbains (23,1 %) et les régions métropolitaines (19,1 %) (tableau 5B).

Que fait-on à ce sujet?

- Il est possible de favoriser l'activité physique en adoptant des règlements et arrêtés¹ qui visent à améliorer le milieu bâti, à accroître l'accès aux possibilités d'activité physique et à encourager le transport actif.
- Le règlement 05-014 de Montréal permet à la ville d'octroyer des fonds publics pour améliorer l'accès aux pistes cyclables, les routes et les supports de stationnement au centre-ville.⁸
- Le règlement 1469 de St. John's reconnaît la contribution des installations de loisirs publiques à but non lucratif à la communauté en exemptant ces organismes, dont les ressources financières sont limitées, aux taxes foncières.⁸
- La campagne *In motion* de Saskatoon est un exemple de programme multipartite et communautaire de promotion de l'activité physique. Elle vise à amener tous les habitants de Saskatoon à intégrer une activité physique régulière à leur vie quotidienne. Vu son succès (mesuré par les niveaux d'activité physique accrus dans la région de Saskatoon), le programme est maintenant offert à l'échelle de la province sous le nom de Saskatchewan *in motion*.³⁰ Depuis le lancement de ce programme en Saskatchewan, d'autres

i) Pour de plus amples renseignements sur les politiques d'activité physique dans les provinces, les territoires et certaines municipalités, consulter www.vuesurlecancer.ca/répertoirespolitiquesprévention

provinces, comme le Manitoba³¹ et le Nouveau-Brunswick³², se sont dotées de stratégies semblables pour accroître l'activité physique et améliorer la santé de la population.

- De nombreuses villes canadiennes disposent également de stratégies ou de plans pour favoriser la marche et le vélo. Ces instruments sont souvent élaborés par les services de transport avec l'aide du bureau de la santé publique, qui voit à établir les politiques et les dépenses en vue d'améliorer l'accès au vélo et de faire en sorte que la municipalité soit propice à la marche. À titre d'exemple, Toronto est à mettre en œuvre une stratégie favorisant la marche (*Toronto Walking Strategy*)³³ ainsi qu'un plan pour vélo (*Toronto Bike Plan*).³⁴ Dans le même ordre d'idées, Edmonton s'est dotée d'une stratégie favorisant la marche

(*Walkability Strategy Project*)³⁵ et d'un plan de transport en vélo (*Bicycle Transportation Plan*).³⁶

- Financé par l'initiative Connaissances et action liées pour une meilleure prévention (COALITION) du PCCC, *Bâtir un Canada en santé* est un projet mené conjointement avec la Fondation des maladies du cœur et le Réseau canadien pour la santé urbaine. Par cette initiative, les efforts sont consacrés à la création de milieux bâtis sains. Les partenaires voient également à traduire les toutes dernières données de recherche dans ce domaine en outils d'avant-garde pour encourager les décideurs, les responsables de la santé publique, les planificateurs et les développeurs à favoriser la création de communautés plus propices à la santé dans tout le Canada.³⁷

Excès de poids et obésité chez les adultes

Que mesure-t-on?

- **Cet indicateur mesure le pourcentage des adultes âgés de 18 ans ou plus pour lesquels l'indice de masse corporelle (IMC), soit le rapport entre la taille et le poids déclarés, est égal ou supérieur à 25 kg/m², ce qui représente le seuil d'embonpoint, et est égal ou supérieur à 30 kg/m², ce qui représente le seuil d'obésité.**

Pourquoi le mesure-t-on?

- Le monde entier compte environ 1,4 milliard d'adultes de 20 ans et plus qui souffrent d'embonpoint; de ce nombre, plus de 200 millions d'hommes et quelque 300 millions de femmes sont obèses.³⁸
- Au Canada, le taux d'obésité a explosé au cours des vingt dernières années.^{39, 40} De 2000 à 2011, il s'est accru d'environ 18 %; toutefois, on constate un ralentissement de cette tendance entre 2008 et 2011.⁴¹
- L'excès de poids et l'obésité (tels que mesurés par l'IMC) sont d'importants facteurs de risque de plusieurs maladies chroniques, comme la maladie cardiovasculaire, le diabète, les troubles musculo-squelettiques et certaines formes de cancer, dont celui du côlon, du rectum, du sein (chez les femmes ménopausées), de l'endomètre, de l'œsophage, du pancréas et du rein; ce risque augmente à mesure que l'IMC augmente.¹ Le tiers des cancers peut être évité en adoptant une saine alimentation, en faisant une activité physique régulière et en évitant de devenir obèse.¹
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont adopté la *Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains*, dont l'une des cibles est d'augmenter de 20 %, d'ici 2015, la proportion des Canadiens qui ont un poids « normal » (IMC entre 18,5 kg/m² et 24,9 kg/m²).⁴² Les municipalités ont un rôle clé à jouer dans la concrétisation de cette vision en offrant un milieu bâti sain et en adoptant des règlements qui découragent les comportements pouvant mener à l'obésité.

Que peut-on conclure des résultats?

- Plus de la moitié des Canadiens sondés déclarent une taille et un poids, donc un IMC, qui les classent dans la catégorie de l'embonpoint ou de l'obésité (34,0 % ont un excès de poids et 18,2 % sont obèses), selon les données autodéclarées de l'ESCC de 2010 et 2011 (figure 6C). Le tableau 5B présente une analyse détaillée des taux d'obésité.
- La proportion de la population canadienne âgée de 18 ans ou plus qui se dit en excès de poids ou obèse varie énormément selon la région métropolitaine : elle va de 32,5 % dans la ville de Vancouver à 63,7 % à St. John's (figure 6A). La ville de Vancouver affiche un taux d'embonpoint et d'obésité beaucoup plus bas que la province de la Colombie-Britannique dans son ensemble (figure 6A et 6C).
- Comparativement à la moyenne des régions métropolitaines (49,5 %), les gens vivant dans les provinces de l'Atlantique (St. John's, Halifax, Moncton et région urbaine de l'Î.-P.-É.) sont plus susceptibles de souffrir d'embonpoint ou d'obésité, les taux variant de 55,9 % dans la région urbaine de l'Î.-P.-É. à 63,7 % à St. John's (figure 6A). Les taux ne diffèrent pas énormément entre les régions métropolitaines d'une même province, sauf en Ontario, où ils varient de 45 % à 59 %.
- Les taux ne varient pas tellement non plus entre les villes centres de Montréal, d'Ottawa et de Toronto et leur région métropolitaine respective. Par contre, les taux d'embonpoint ou d'obésité de la ville de Vancouver sont de près de 11 % inférieurs à ceux de la grande région de Vancouver (figure 6A).
- Les taux d'embonpoint et d'obésité sont supérieurs dans les régions rurales (en excluant les territoires) (59,0 %) et les petits centres urbains (55,8 %) que dans les régions métropolitaines du Canada (49,5 %) (figure 6B).
- Il convient de noter que les gens ont généralement tendance à déclarer une taille supérieure et un poids inférieur à ceux qui sont mesurés directement dans le cadre d'études, ce qui donne une sous-estimation des taux d'embonpoint et d'obésité réels.^{43, 44}

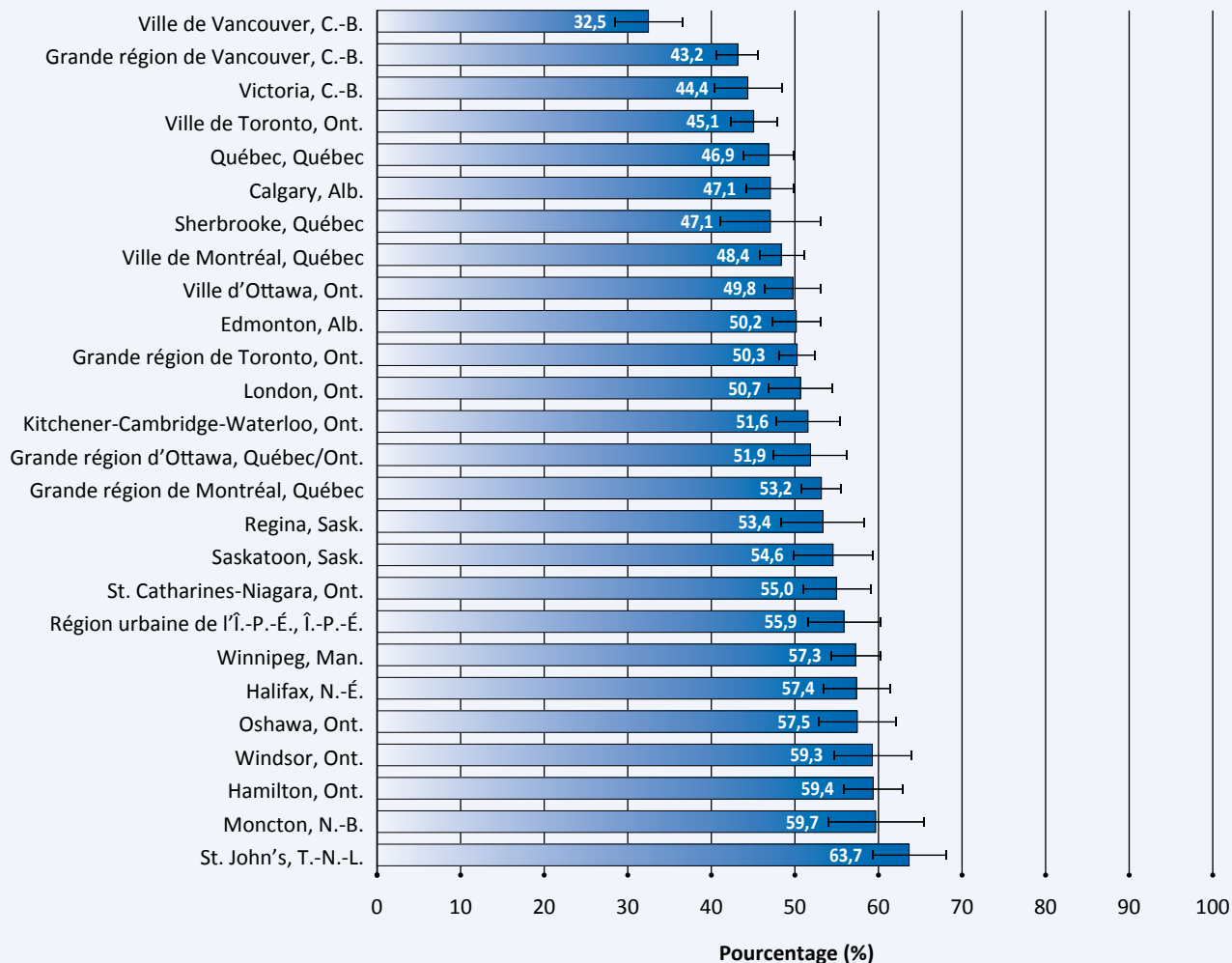
Cette tendance a été révélée notamment dans le cadre de l'*Enquête canadienne sur les mesures de la santé* (ECMS), en comparant les données à celles de l'ESCC. Cependant, les données de l'ECMS ne sont pas suffisantes pour faire des estimations à l'échelon des villes.

Que fait-on à ce sujet?

- Outre les politiques portant sur la consommation de fruits et de légumes et sur l'activité physique, les municipalités peuvent s'attaquer à l'obésité d'autres façons, comme limiter la vente d'aliments et de boissons mauvais pour la santé dans les distributrices situées dans les lieux qui leur appartiennent (y compris les écoles), exiger l'affichage de l'information nutritionnelle dans les restaurants, éliminer les gras trans des aliments et mettre la santé au cœur des décisions.
- Le chapitre 738 du Code municipal de Toronto, *Street Food, Healthier* (2008) est venu modifier le code municipal en y ajoutant un chapitre pour encourager une meilleure alimentation de rue en offrant des fruits et légumes variés, des aliments à grains entiers, du lait à faible teneur en gras, des viandes maigres et des substituts de viande, ainsi que des aliments moins riches en gras trans et saturés, en limitant le recours au beurre et à la margarine, en utilisant des méthodes de préparation et de cuisson plus saines et moins grasses, de même qu'en limitant l'ajout de gras, de sucre et de sel.⁸
- Les modifications 24 et 25 apportées au plan officiel de la municipalité régionale de Peel en 2010, ainsi que les règlements 34-2010 et 22-2010 de la région de Peel ont permis de modifier le plan officiel de la municipalité pour intégrer un indice de développement de la santé à tous les projets de conception et de développement communautaires (p. ex. en exigeant des études sur les conséquences pour la santé dans le cadre des demandes liées aux projets de développement). Ces dispositions ont aidé la région à concevoir des communautés qui favorisent l'adoption de comportements sains par les gens qui y vivent.⁸

FIGURE 6A

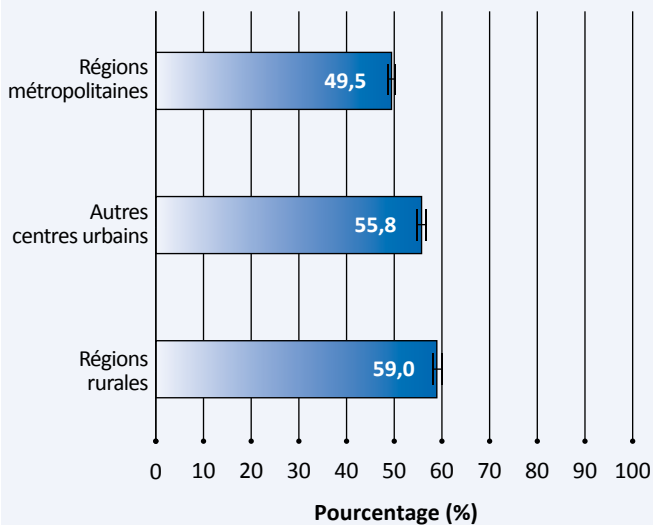
Pourcentage des adultes (≥ 18 ans) ayant un excès de poids ou considérés comme obèses, selon la région métropolitaine – ESCC, 2010-2011



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

FIGURE 6B

Pourcentage des adultes (≥ 18 ans) ayant un excès de poids ou considérés comme obèses, selon la région métropolitaine, le centre urbain ou la région rurale – ESCC, 2010-2011

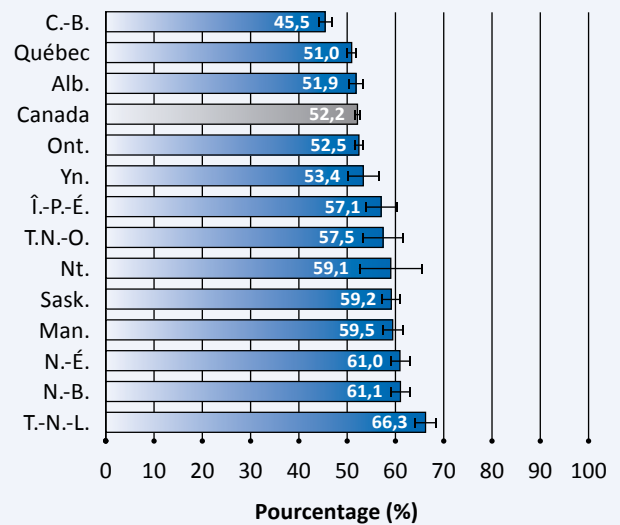


Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

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

FIGURE 6C

Pourcentage des adultes (≥ 18 ans) ayant un excès de poids ou considérés comme obèses, selon la province ou le territoire – ESCC, 2010-2011



Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

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

Dépistage

Dépistage du cancer colorectal 37

Dépistage du cancer du sein 40

Dépistage du cancer du col de l'utérus 42



Dépistage

Il a été démontré que le dépistage systématique réduit à la fois la mortalité et l'incidence du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal de même que la mortalité du cancer du sein. Par exemple, des données plus que probantes tirées d'essais cliniques randomisés démontrent que le dépistage du cancer colorectal à l'aide des analyses de selles réduit l'incidence et la mortalité de cette maladie.⁴⁵⁻⁴⁸ Pour que les programmes de dépistage donnent de tels résultats, il faut qu'ils soient en mesure de joindre une grande proportion de la population cible. Cette section du rapport présente les indicateurs autodéclarés liés au dépistage du cancer colorectal, du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, soit les trois cancers pour lesquels le dépistage fondé sur la population fait consensus au Canada.

Bien que les programmes de dépistage soient gérés et exécutés à l'échelon provincial et territorial (le cas échéant), l'examen de la participation à ces programmes de dépistage à l'échelon des régions métropolitaines, ainsi que la comparaison de cette participation à celle des autres centres urbains et des régions rurales, peut permettre de cerner les lacunes et d'accroître le taux de participation. Les précédents rapports sur le rendement du système ont permis d'établir un lien entre le statut socioéconomique et la participation aux programmes de dépistage du cancer; ils ont également révélé l'existence d'un lien entre le statut d'immigrant et la participation aux programmes de dépistage du cancer du sein.^{25, 49} Compte tenu des variations du taux de prévalence des communautés à faible revenu et des communautés de nouveaux immigrants au

sein des régions métropolitaines canadiennes, il s'avère utile de comparer les taux de dépistage à cet échelon pour qu'on puisse concentrer les efforts à mieux faire connaître les programmes de dépistage et en accroître le taux de participation.

Faits saillants des résultats

Sur le plan du dépistage, les tendances observées dans les régions métropolitaines suivent généralement celles observées à l'échelle provinciale. En outre, un écart important a été constaté entre les taux de participation aux programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus au sein d'une même province, surtout en Ontario et en Alberta.

Dépistage du cancer colorectal

Que mesure-t-on?

- *Cet indicateur mesure le pourcentage des adultes âgés de 50 à 74 ans qui se disent à jour^j dans leur test de dépistage du cancer colorectal (à l'exception du dépistage effectué en présence de symptômes).*

Pourquoi le mesure-t-on?

- En 2012, quelque 13 000 Canadiens et 10 300 Canadiennes ont reçu un diagnostic de cancer colorectal.³ Il s'agit de la deuxième cause de décès attribuable au cancer au Canada, juste après le cancer du poumon. En 2012, environ 9 200 personnes ont succombé à cette maladie.³
- Selon les résultats d'essais cliniques randomisés menés pour examiner l'efficacité du dépistage annuel et bisannuel à l'aide de l'analyse de selles, le dépistage permet de réduire la mortalité attribuable au cancer colorectal.⁴⁵⁻⁴⁸

Que peut-on conclure des résultats?

- Selon les données de 2008, le pourcentage de Canadiens déclarant avoir subi une analyse de selles au cours des deux dernières années et/ou une endoscopie (coloscopie ou sigmoïdoscopie) au cours des cinq dernières années varie d'une région métropolitaine à l'autre. Le taux le plus bas se trouve dans les régions métropolitaines du Québec, dont Sherbrooke (13,5 %) et Québec (13,8 %), alors que le taux le plus élevé revient à la ville d'Ottawa (53,3 %) (figure 7A).

- Les taux de dépistage autodéclarés sont semblables dans les régions métropolitaines (33,2 %), les petits centres urbains (32,3 %) et les régions rurales (en excluant les territoires) (29,0 %) (figure 7B).
- Dans une certaine mesure, les taux de dépistage sont liés à la portée géographique des programmes de dépistage dans chaque province. Ainsi, l'Ontario, le Manitoba et l'Alberta ont été parmi les premières à offrir un programme de dépistage du cancer colorectal (en 2007) – ces provinces offrent ce programme à l'ensemble de leurs populations.⁵⁰ Le Manitoba et l'Ontario comptent la plus grande proportion de personnes à jour dans leur test de dépistage du cancer colorectal (46,6 % et 44,7 %, respectivement) (figure 7C).
- En examinant séparément la prévalence de l'analyse de selles et de l'endoscopie dans les régions métropolitaines, la variabilité des données est beaucoup plus grande. Le pourcentage des Canadiens ayant subi une endoscopie au cours des cinq dernières années va de 10,0 % dans la grande région de Montréal à 38,3 % à Kitchener-Cambridge-Waterloo et à 43,7 % à Windsor. Le pourcentage des Canadiens ayant subi une analyse de selles au cours des deux dernières années varie entre 3,8 % à Québec et 41,5 % à Winnipeg (tableau 5C). Ce pourcentage varie le plus dans les régions métropolitaines de la Saskatchewan, où il existe un écart de 17 % entre la région métropolitaine ayant le plus faible taux (11,8 %) et celle ayant le taux le plus élevé (28,7 %), suivie de l'Ontario (écart de 14 %; entre 25,6 % et 40,0 %) et de la Colombie-Britannique (écart de 13 %; entre 15,9 % et 28,7 %).

j) L'expression « à jour » signifie que la personne a subi soit une analyse de selles au cours des deux dernières années, soit une coloscopie ou une sigmoïdoscopie au cours des cinq dernières années. Les analyses de selles comprennent des tests au gaïac et des tests immunochimiques des selles (TIS).

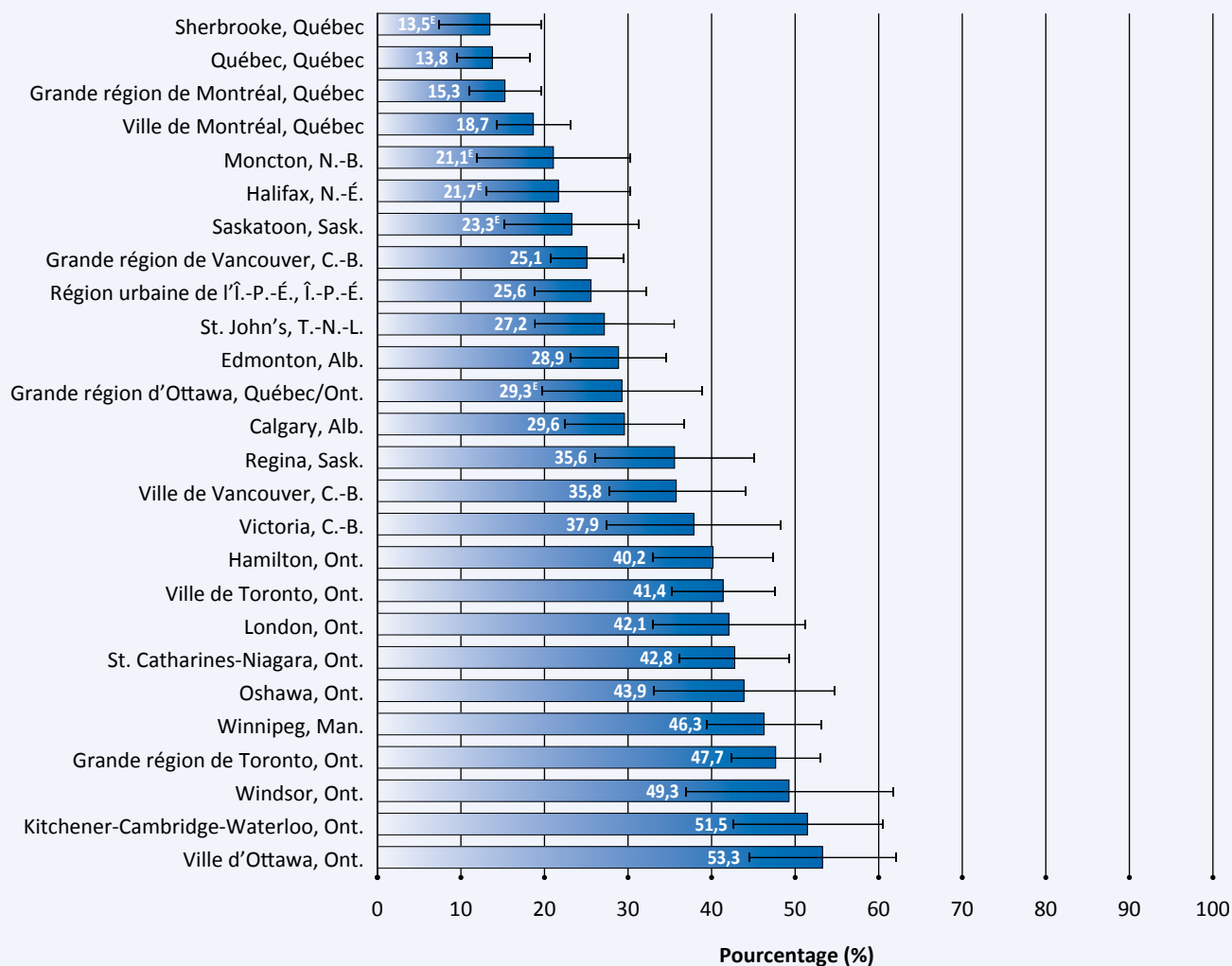
- De la même façon, le taux d'endoscopie varie énormément entre les régions métropolitaines de l'Ontario, où il y a un écart de 17 % entre la région métropolitaine ayant le plus faible taux (27,0 %) et celle ayant le taux le plus élevé (43,7 %) (tableau 5C).
- *Il faut être prudents au moment d'interpréter certains des résultats de cet indicateur, car quelques provinces et territoires avancent des chiffres très bas, ce qui fait grandement varier les estimations. Ces résultats sont indiqués par un « E ».*
- Un certain nombre d'initiatives à l'échelon des villes permettent de mieux sensibiliser la population au dépistage du cancer et à l'importance d'une détection précoce.⁵³ Par exemple, le Bureau de la santé publique de Toronto a recours à une démarche multistratégique pour mieux faire connaître les programmes de dépistage du cancer colorectal, du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus auprès des adultes sous-analysés (soit les Premières Nations, les Inuits et les Métis, les personnes à faible revenu et les nouvelles populations d'immigrants) dans le cadre d'une sensibilisation du public, de partenariats communautaires et régionaux, du marketing social et du renforcement des capacités communautaires.

Que fait-on à ce sujet?

- Des recommandations nationales pour le dépistage du cancer colorectal sont établies depuis dix ans au Canada^{51, 52}, et toutes les provinces prévoient exécuter ou exécutent déjà un programme de dépistage organisé ou un programme d'essai ayant recours à l'analyse de selles comme moyen de dépistage chez les personnes à risque moyen. L'utilisation de la coloscopie comme moyen de dépistage chez les personnes à risque moyen n'est pas recommandée dans le cadre de ces programmes, et la question du recours inappropriée à la coloscopie comme moyen de dépistage fait toujours l'objet de discussions, parce qu'elle influe sur la capacité de faire le suivi des résultats d'analyse de selles anormaux.
- Action cancer Ontario a mis en circulation deux nouveaux autocars Dépistage pour la vie pour promouvoir le dépistage du cancer colorectal, du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. Ces autocars voyageront dans plusieurs communautés du nord de l'Ontario et de la région de Hamilton pour offrir les services de dépistage du cancer aux gens qui font face à des obstacles pour profiter de ces services.⁵⁴
- Au Nouveau-Brunswick, les services de soins primaires du Centre de santé de Stanley téléphonent à tous les patients de 50 ans et plus qui n'ont jamais subi de dépistage ou qui ne sont pas à jour pour les aviser qu'ils doivent se soumettre à un dépistage du cancer colorectal, du cancer du sein ou du cancer du col de l'utérus.⁵³

FIGURE 7A

Pourcentage d'adultes (50-74 ans) déclarant être à jour dans leur test de dépistage du cancer colorectal, selon la région métropolitaine – ESCC 2008



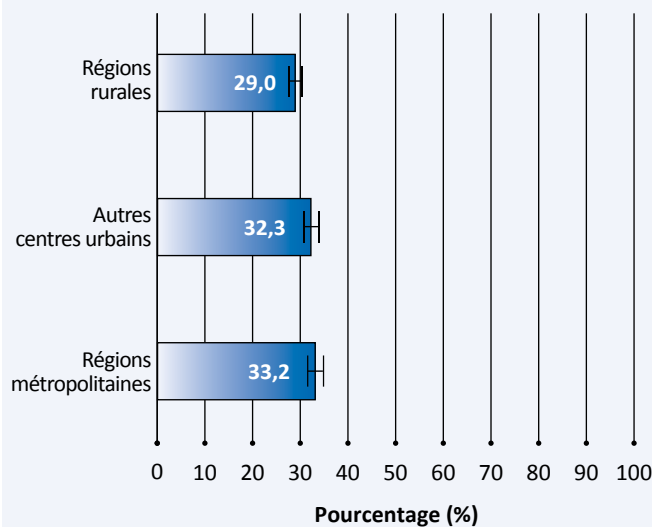
[†]Interpréter avec prudence en raison de l'ampleur de la variation dans l'estimation.

Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

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

FIGURE 7B

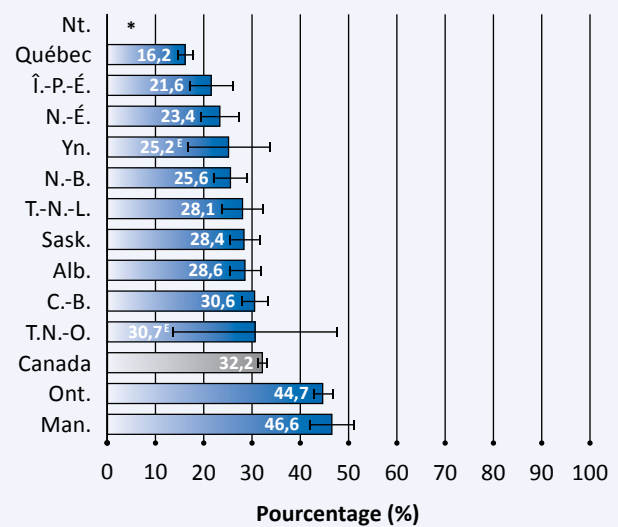
Pourcentage d'adultes (50-74 ans) déclarant être à jour dans leur test de dépistage du cancer colorectal, selon la région métropolitaine, le centre urbain ou la région rurale – ESCC 2008



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

FIGURE 7C

Pourcentage d'adultes (50-74 ans) déclarant être à jour dans leur test de dépistage du cancer colorectal, selon la province ou le territoire – ESCC 2008



* Données supprimées en raison de l'incertitude statistique causée par les petits nombres.

[†] Interpréter avec prudence en raison de l'ampleur de la variation dans l'estimation.

Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

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

Dépistage du cancer du sein

Que mesure-t-on?

- *Cet indicateur mesure le pourcentage de femmes de 50 à 69 ans qui déclarent avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années (à l'exception du dépistage effectué en présence de symptômes).*

Pourquoi le mesure-t-on?

- Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les Canadiennes, représentant plus du quart (26 %) des nouveaux cas de cancer chez les femmes et 14 % des décès attribuables au cancer en 2012.³
- Selon les résultats d'essais cliniques, une importante diminution des décès attribuables au cancer du sein a été observée chez les

femmes sélectionnées au hasard pour subir un dépistage, comparativement à celles ayant reçu les soins usuels.⁵⁵⁻⁶⁰

- Au cours des vingt dernières années, le taux de mortalité par cancer du sein a chuté au Canada.⁴⁹ On estime que ce déclin est en grande partie attribuable à l'adoption largement répandue du dépistage par mammographie⁶¹, ainsi qu'à la plus grande utilisation de traitements adjuvants efficaces.⁶²

Que peut-on conclure des résultats?

- Selon les données de 2008, la proportion de femmes déclarant avoir subi une mammographie au cours des deux dernières années varie selon la région métropolitaine canadienne. Ainsi, elle va de 57,5 % dans la région urbaine de l'Î.-P.-É. à 85,3 % à Sherbrooke (tableau 5C).
- Les taux de dépistage varient dans les régions métropolitaines d'une même province, notamment en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, en Ontario et au Québec. En Ontario, ils varient énormément, soit de 63,4 % à Kitchener-Cambridge-Waterloo à 83,7 % à Oshawa. De plus, le taux de dépistage dans la ville d'Ottawa est environ 10 % supérieur à celui de la grande région d'Ottawa (tableau 5C). Il convient de noter que la grande région d'Ottawa se trouve surtout au Québec.
- Les taux de dépistage sont semblables chez les personnes vivant dans les régions métropolitaines (72,9 %), les petits centres urbains (72,6 %) et les régions rurales (en excluant les territoires) (70,5 %) (tableau 5C).

- À l'échelon provincial, le pourcentage de femmes qui disent avoir subi une mammographie au cours des deux dernières années va de 57,6 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 74,7 % au Nouveau-Brunswick. Dans l'ensemble du Canada, ce taux est de 72,4 % (tableau 5C).

Que fait-on à ce sujet?

- Des programmes organisés de dépistage du cancer du sein sont offerts dans l'ensemble des provinces et territoires du Canada, sauf le Nunavut. Les programmes de dépistage sont mis en œuvre à l'échelon provincial ou territorial.
- Un certain nombre d'organismes communautaires et d'agences de santé du pays ont instauré des mesures efficaces pour augmenter le dépistage, surtout chez les femmes qui n'ont jamais subi de dépistage ou qui ne sont pas à jour.⁵³ Par exemple, le Bureau de la santé publique de Peel a mis sur pied un projet pilote de deux ans dans les grandes communautés urbaines de l'Ontario afin d'augmenter le dépistage du cancer du sein chez les immigrantes sud-asiatiques de 50 ans et plus. Le Programme de dépistage du cancer du sein du Manitoba offre un autre exemple : ce programme fixe un rendez-vous à certains centres anticancéreux aux femmes qui n'ont jamais subi de dépistage ou qui doivent depuis longtemps passer une mammographie. On vise ainsi à améliorer les taux de participation au dépistage chez les femmes sous-dépistées.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Que mesure-t-on?

- *Cet indicateur mesure le pourcentage des femmes de 18 à 69 ans qui déclarent avoir subi un test Pap au cours des trois dernières années. Bien que les changements apportés dernièrement aux recommandations de dépistage du cancer du col de l'utérus prévoient un dépistage systématique tous les trois ans dès l'âge de 25 ans⁶³, l'âge de 18 ans a été choisi parce qu'il reflète mieux les recommandations en vigueur au moment de l'enquête.*

Pourquoi le mesure-t-on?

- Au Canada, 1 350 femmes devraient recevoir un diagnostic de cancer du col de l'utérus en 2013, et 390 en mourront.³
- L'incidence du cancer du col de l'utérus et la mortalité qui s'y rapporte ont chuté au Canada au cours des trente dernières années.^{64, 65} Le dépistage à l'aide de la cytologie du col utérin (test Pap) est la principale raison de ce déclin au pays et dans les autres pays développés.^{66, 67} Les programmes de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) offrent la possibilité de réduire encore davantage le taux d'atteinte.
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus permet la détection précoce de lésions précancéreuses avant qu'elles ne se transforment en cancer invasif du col de l'utérus; d'où la réduction de l'incidence du cancer du col de l'utérus et de la mortalité qui s'y rapporte.^{68, 69}
- Le défaut de se soumettre dans les délais recommandés aux examens de dépistage du cancer du col de l'utérus est un facteur de risque important de développer ce cancer.^{69, 70}

Que peut-on conclure de ces résultats?

- Selon les données sur les régions métropolitaines du pays, le pourcentage de femmes âgées de 18 à 69 ans qui disent avoir subi un

test Pap au cours des trois dernières années présente certaines variations, allant de 66,1 % dans la ville de Montréal à 86,8 % à Victoria (tableau 5C).

- Le pourcentage de femmes déclarant avoir subi un test Pap au cours des trois dernières années varie dans les régions métropolitaines d'une même province. Par exemple, au Québec, le taux est d'environ 14 % inférieur dans la ville de Montréal (66,1 %) que dans la grande région de Montréal (80,6 %) (tableau 5C). Les taux des villes centres de Vancouver, d'Ottawa et de Toronto ne diffèrent pas vraiment des taux de leur région métropolitaine respective (tableau 5C).
- Des taux semblables ont été déclarés par les habitantes des régions métropolitaines (77,8 %), des petits centres urbains (80,4 %) et des régions rurales (en excluant les territoires) (77,3 %) (tableau 5C).
- Pour tout le Canada, 78,2 % des femmes disent avoir subi un test Pap au cours des trois dernières années. À l'échelon des provinces, les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus sont les plus bas au Québec (73,3 %), tandis que plusieurs provinces affichent des taux de dépistage supérieurs à 80 % pour ce cancer, soit la Colombie-Britannique (80,1 %), l'Alberta (80,2 %), la Saskatchewan (81,6 %), le Manitoba (83,0 %), le Nouveau-Brunswick (80,9 %), Terre-Neuve-et-Labrador (81,8 %), la Nouvelle-Écosse (82,0 %) et l'Île-du-Prince-Édouard (81,4 %) (tableau 5C).

Que fait-on à ce sujet?

- À l'heure actuelle, neuf provinces – Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et Nouveau-Brunswick – ont un programme organisé, ou en partie organisé, de dépistage du cancer du col de l'utérus.
- La mise en place prochaine d'un test de dépistage du VPH devrait améliorer la participation au dépistage en en réduisant la fréquence.

Synthèse et conclusions

Alors que les précédents rapports sur le rendement du système se sont attardés à comparer les résultats liés aux indicateurs de lutte contre le cancer à l'échelle des provinces et des territoires, le présent rapport cible met en lumière l'état des facteurs de risque et des politiques de prévention qui s'y rattachent ainsi que de la participation aux programmes organisés de dépistage du cancer dans les grandes villes canadiennes. Ce degré d'analyse s'explique par le fait que bon nombre des politiques liées à la santé de la population et des interventions menées pour lutter contre le risque de cancer sont adoptées à l'échelon municipal. En fait, les municipalités sont, dans bien des cas, en avance sur leur gouvernement provincial ou territorial puisqu'elles ont déjà adopté des règlements visant à limiter les comportements à risque connu et à promouvoir l'adoption de comportements sains.

À titre d'exemple actuel, mentionnons les limites imposées à l'utilisation des appareils de bronzage artificiel par les jeunes de moins de 18 ans. En Ontario, plusieurs conseils municipaux ont adopté des règlements qui interdisent cette utilisation, alors que le gouvernement provincial tarde à le faire. D'autres exemples existent également dans les autres provinces en ce qui concerne l'exposition des enfants à la fumée secondaire à bord des véhicules.

En présentant les indicateurs de prévention et de dépistage selon les régions métropolitaines du Canada, il est possible d'évaluer l'incidence des initiatives en cours pour promouvoir la santé auprès de la population, prévenir les maladies et lutter contre elles, de même que de cerner les possibilités de redoubler d'efforts dans certaines communautés.

Les tableaux 4A et 4C classent les régions métropolitaines pour chacun des indicateurs de prévention et de dépistage, respectivement. Un code de couleur permet de classer les régions métropolitaines par trois : les trois meilleures (vert), les trois moyennes (bleu) et les trois pires

(rouge). Il est ainsi plus facile de visualiser les tendances de leur classement relatif. En guise de référence, les tableaux 4B et 4D présentent le classement par province et territoire en ce qui concerne la prévention et le dépistage, respectivement. Plus loin dans cette section, les tableaux 5A à 5C présentent les résultats, et les intervalles de confiance connexes, de chaque indicateur pour toutes les régions métropolitaines et les autres unités géographiques examinées dans le rapport, tant pour la prévention que le dépistage.

Les résultats et classements présentés dans ces tableaux peuvent servir à répondre aux questions posées en introduction de ce rapport, soit :

- **Au Canada, quelles sont les communautés urbaines ayant la prévalence des facteurs de risque de cancer la plus faible et la plus élevée?**
- Le rapport fait état d'importantes différences entre les diverses régions métropolitaines du Canada en ce qui concerne la prévalence de certains facteurs de risque. On constate généralement un rendement assez constant

d'un indicateur à l'autre dans la plupart des régions métropolitaines (c'est-à-dire que si une région fait bien les choses pour un indicateur, elle tend à faire tout aussi bien pour la plupart, et vice versa). Si on regroupe les indicateurs de prévention en trois catégories – tabagisme, consommation d'alcool et santé physique et nutrition –, on constate qu'un certain nombre de villes se classent parmi les trois meilleures dans au moins deux des trois catégories : Victoria, Vancouver (ville et région métropolitaine), Calgary et Québec. À l'autre extrémité de l'échelle, les régions métropolitaines qui arrivent aux derniers rangs dans au moins deux catégories sont Windsor, la grande région d'Ottawa et Moncton.

- Après une analyse similaire des indicateurs de dépistage, les villes qui se classent parmi les trois meilleures des trois programmes (analyse de selles et/ou endoscopie, mammographie et test PAP) sont Oshawa et la ville d'Ottawa, alors que seule la ville de Montréal arrive au troisième rang dans les trois catégories.
- Bien que de nombreuses provinces comptent des villes aux deux extrémités du spectre, la tendance générale est que les communautés urbaines de l'ouest du pays affichent de meilleurs profils de risque de cancer que les communautés de l'Est (voir le tableau 4A pour le classement des indicateurs par région métropolitaine). Vancouver et Victoria, par exemple, ont tendance à se classer parmi les trois meilleures villes canadiennes pour la majorité des indicateurs, alors que St. John's et Moncton tendent à se classer dans la moitié inférieure pour de nombreux indicateurs.
- On constate cependant plusieurs exceptions à cette tendance ouest-est. En ce qui concerne la réduction de l'exposition à la fumée secondaire dans les lieux publics, Moncton et St. John's se classent parmi les cinq meilleures villes, alors que Victoria et Vancouver figurent dans la seconde moitié. Halifax et la région urbaine de l'Î.-P.-É. sont parmi les meilleures sur le plan de l'activité physique, alors que Toronto et sa région métropolitaine se classent dans le dernier tiers.
- **La prévalence des facteurs de risque diffère-t-elle entre les villes d'une même province?**
 - Il arrive souvent que les villes d'une même province obtiennent un rang très différent pour plusieurs facteurs de risque. Par exemple, en Alberta, Calgary et Edmonton se retrouvent souvent aux extrémités opposées du spectre des facteurs de risque. Alors que Calgary figure parmi les trois meilleures villes pour ce qui est de la lutte contre le tabagisme, de la consommation de fruits et de légumes, de l'activité physique durant les loisirs et de la lutte contre l'obésité, Edmonton arrive dans le dernier tiers ou se classe dans le second tiers pour ces indicateurs. L'Ontario compte également des villes aux deux extrémités du classement : Toronto affiche les plus bas taux de tabagisme, de consommation d'alcool et d'obésité, alors que Kitchener, Hamilton et Oshawa se classent généralement moins bien pour ces indicateurs.
 - Un bon exemple d'indicateur pour lequel des villes de la même province obtiennent un classement très différent, possiblement en raison de différences dans la planification et les règlements municipaux, est l'exposition à la fumée secondaire. Ainsi, en Saskatchewan, Saskatoon figure parmi les meilleures (au premier rang pour le contrôle de cette exposition dans les lieux publics), alors que Regina se classe dans le second tiers. Au Québec, la ville de Québec se classe parmi les 10 meilleures (pour le contrôle de l'exposition à la fumée secondaire dans les lieux publics et à bord des véhicules), tandis que Montréal se classe presque au dernier tiers. En Ontario, la ville d'Ottawa arrive 8^e en ce qui concerne l'exposition à la fumée secondaire à bord des véhicules, alors que la grande région d'Ottawa se classe au 26^e rang (il convient de noter que la grande région d'Ottawa se situe surtout au Québec).
- **Quel est le lien entre les règlements et arrêtés municipaux connus et les autres politiques liées au risque de cancer, d'une part, et la prévalence des facteurs de risque dans ces communautés, d'autre part?**
 - De nombreux facteurs expliquent la variété des résultats obtenus pour les indicateurs de prévention et de dépistage. Il y a des facteurs

sociodémographiques (dont le revenu, le niveau de scolarité et l'âge) ainsi que des facteurs culturels (qui peuvent être liés à d'autres facteurs, comme le niveau d'immigration, le tissu économique et l'histoire de la communauté). Cela dit, les politiques et activités favorisant la santé de la population peuvent jouer et jouent vraiment un rôle à ce chapitre. En Ontario par exemple, Hamilton a adopté des règlements pour limiter l'exposition à la fumée secondaire qui sont plus contraignants que la législation provinciale, mais pas Oshawa. Bien que ces deux régions métropolitaines aient un profil socioéconomique semblable, Hamilton se classe parmi les 10 meilleures villes pour sa faible exposition, alors qu'Oshawa frôle le dernier rang. La même situation se constate en Saskatchewan, où Saskatoon a des règlements contraignants, alors que ceux de Regina sont conformes à la législation provinciale; Saskatoon se classe bon premier dans le contrôle de l'exposition à la fumée secondaire dans les lieux publics, alors que Regina arrive au 16^e rang (et se classe moins bien que Saskatoon en ce qui concerne l'exposition à la fumée secondaire à la maison et à bord des véhicules).

• **L'accès aux programmes de dépistage du cancer diffère-t-il entre les villes d'une même province?**

- Même si les programmes de dépistage sont gérés et coordonnés à l'échelon provincial, des différences dans l'exécution de ces programmes, surtout pour le dépistage du cancer colorectal, qui est plus récent, peuvent expliquer les variations du taux de dépistage au sein d'une même province. Des facteurs sociodémographiques peuvent également contribuer à ces différences.
- En règle générale, la participation au dépistage dans les régions métropolitaines suit la même tendance que la participation à l'échelle provinciale.
- Par exemple, l'Ontario et le Manitoba comptent la plus grande proportion de personnes qui sont à jour dans leur test

de dépistage du cancer colorectal, alors que les neuf villes ontariennes et Winnipeg arrivent aux dix premiers rangs. Cependant, au-delà des tendances interprovinciales se dessinent certaines tendances intraprovinciales frappantes, notamment la différence marquée des taux de dépistage entre Saskatoon et Regina.

- On constate également d'énormes différences dans le classement relatif des villes ontariennes pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Ainsi, Ottawa arrive au 6^e rang (sur 26) alors que Kitchener-Cambridge-Waterloo se classe au 23^e rang. Un classement opposé semblable se constate en Alberta, où Calgary arrive au 3^e et 8^e rangs pour le dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, respectivement, alors qu'Edmonton obtient la 21^e place.

Le but du présent rapport cible est de mettre en lumière les niveaux de risque de cancer et l'état du dépistage parmi les gens qui vivent dans les grandes villes canadiennes, ainsi que de cerner les différences qui peuvent permettre de souligner les réussites et les meilleures pratiques dans la lutte contre le cancer pour ainsi les appliquer dans l'ensemble du pays. Le rapport fait état d'importantes différences entre les villes, y compris celles d'une même province. Bien que divers facteurs puissent expliquer les différents résultats obtenus par les villes pour chaque indicateur, notamment la structure par âge, le taux d'emploi, le revenu moyen et le niveau de scolarité, la contribution des politiques et plans municipaux est presque certainement aussi importante. Les résultats présentés dans ce rapport pourraient être examinés de plus près, et les planificateurs du système ainsi que les fournisseurs de services de santé à la population devraient les analyser plus à fond pour être en mesure de cerner les améliorations à apporter afin de réduire le risque de cancer pour tous les Canadiens, quelle que soit la communauté dans laquelle ils ont choisi de vivre.

TABLEAU 4A

Classement des régions métropolitaines pour tous les indicateurs de prévention

Région métropolitaine	Prévalence du tabagisme	Abandon du tabagisme	Exposition à la fumée secondaire à la maison	Exposition à la fumée secondaire dans les lieux publics	Exposition à la fumée secondaire à bord des véhicules	Consommation d'alcool supérieure aux directives (2005)	Consommation d'alcool supérieure aux directives	Aucune consommation d'alcool	Consommation de fruits et de légumes	Très actif durant les loisirs	Actif durant les loisirs, au travail et durant les déplacements (2005)	Excès de poids et obésité	Obésité seule
Victoria (C.-B.)	3	2	1	15	1	24		23	8	1	3	3	6
Ville de Vancouver (C.-B.)	1	6	2	24	5	5		4	15	7	22	1	1
Grand Vancouver (C.-B.)	2	7	4	17	2	12		5	9	18	14	2	2
Edmonton (Alb.)	24	21	16	18	16	10		6	17	16	2	10	11
Calgary (Alb.)	8	5	9	9	6	21		11	6	6	15	6	7
Saskatoon (Sask.)	16	26	10	1	7	17	15	13	23	12	1	17	17
Regina (Sask.)	19	8	13	16	14	6	10	19	20	17	7	16	12
Winnipeg (Man.)	7	10	11	20	15	2	3	9	19	14	13	20	22
Windsor (Ont.)	9	22	20	13	25	11	12	2	25	4	8	23	20
London (Ont.)	12	15	18	14	19	13	13	7	16	13	9	12	15
Kitchener-Cambridge-Waterloo (Ont.)	23	25	5	11	12	14	14	15	18	11	17	13	16
St. Catharines-Niagara (Ont.)	11	9	7	6	3	7	18	20	13	3	6	18	21
Hamilton (Ont.)	17	17	8	10	10	22	16	8	12	8	11	24	23
Ville de Toronto (Ont.)	6	24	14	25	4	8	6	1	10	25	16	4	4

TABLEAU 4A (suite)

Classement des régions métropolitaines pour tous les indicateurs de prévention

Région métropolitaine	Prévalence du tabagisme	Abandon du tabagisme	Exposition à la fumée secondaire à la maison	Exposition à la fumée secondaire dans les lieux publics	Exposition à la fumée secondaire à bord des véhicules	Consommation d'alcool supérieure aux directives (2005)	Consommation d'alcool supérieure aux directives	Aucune consommation d'alcool	Consommation de fruits et de légumes	Très actif durant les loisirs	Actif durant les loisirs, au travail et durant les déplacements (2005)	Excès de poids et obésité	Obésité seule
Grand Toronto (Ont.)	5	19	6	19	11	3	9	3	7	20	24	11	8
Oshawa (Ont.)	14	16	21	23	17	25	7	14	26	10	18	22	24
Ville d'Ottawa (Ont.)	4	18	3	26	8	19	11	16	11	2	10	9	13
Grand Ottawa (Québec/Ont.)	26	14	25	21	26	18	4	25	2	15	23	14	9
Ville de Montréal (Québec)	15	11	19	22	18	20	2	10	5	23	19	8	5
Grand Montréal (Québec)	22	13	26	7	13	16	1	22	3	22	25	15	14
Sherbrooke (Québec)	18	23	22	2	20	4	8	24	1	24	20	7	10
Québec (Québec)	10	4	23	8	9	23	5	26	4	26	21	5	3
Moncton (N.-B.)	21	20	24	3	23			17	21	19		25	25
Halifax (N.-É.)	20	3	17	12	24	9		21	14	5	5	21	18
Région urbaine de l'Î.-P.-É. (Î.-P.-É.)	25	12	12	4	22	1		12	22	9	4	19	19
St. John's (T.-N.-L.)	13	1	15	5	21	15	17	18	24	21	12	26	26

■ premier tiers (meilleurs rendements) du classement pour chaque indicateur

■ second tiers

■ dernier tiers (pires rendements)

■ résultats supprimés en raison du peu de données ou de données non disponibles.

Le classement se fonde sur les valeurs estimatives à quatre décimales, même si elles sont présentées en valeurs à une seule décimale.

TABLEAU 4B

Classement des provinces et des territoires pour tous les indicateurs de prévention

Province ou territoire	Prévalence du tabagisme	Abandon du tabagisme	Exposition à la fumée secondaire à la maison	Exposition à la fumée secondaire dans les lieux publics	Exposition à la fumée secondaire à bord des véhicules	Consommation d'alcool supérieure aux directives (2005)	Consommation d'alcool supérieure aux directives	Aucune consommation d'alcool	Consommation de fruits et de légumes	Très actif durant les loisirs	Actif durant les loisirs, au travail et durant les déplacements (2005)	Excès de poids et obésité	Obésité seulement
Colombie-Britannique	1	2	1	12	1	9	—	8	3	2	8	1	1
Alberta	7	6	4	10	4	8	—	10	4	3	5	3	5
Saskatchewan	10	11	5	5	6	6	3	11	8	9	1	9	6
Manitoba	3	7	3	11	7	3	2	7	7	7	7	10	8
Ontario	2	9	2	13	3	10	4	2	5	6	11	4	4
Québec	6	4	13	9	5	11	1	13	1	12	12	2	2
Nouveau-Brunswick	5	10	8	3	12	2	—	3	6	10	9	12	12
Nouvelle-Écosse	9	3	9	8	9	4	—	9	9	4	6	11	11
Île-du-Prince-Édouard	8	5	10	6	11	1	—	4	10	8	3	6	7
Terre-Neuve-et-Labrador	4	1	6	2	10	7	5	5	12	11	10	13	13
Territoires du Nord-Ouest	12	12	12	7	8	12	—	6	11	5	2	7	10
Yukon	11	8	7	1	2	13	—	12	2	1	4	5	3
Nunavut	13	13	11	4	—	5	—	1	13	13	13	8	9

— = supprimés en raison du peu de données ou de données non disponibles.

Le classement se fonde sur les valeurs estimatives à quatre décimales, même si elles sont présentées en valeurs à une seule décimale.

TABLEAU 4C

Classement des régions métropolitaines pour tous les indicateurs de dépistage

Région métropolitaine	Analyse de selles	Analyse de selles et/ou endoscopie	Mammographie	Test Pap
Victoria (C.-B.)	8	11	7	1
Ville de Vancouver (C.-B.)	9	12	13	14
Grand Vancouver (C.-B.)	18	19	24	17
Edmonton (Alb.)	15	16	21	21
Calgary (Alb.)	16	14	3	8
Saskatoon (Sask.)	20	20	20	5
Regina (Sask.)	7	13	8	16
Winnipeg (Man.)	1	5	18	2
Windsor (Ont.)	3	3	5	12
London (Ont.)	11	8	17	13
Kitchener-Cambridge-Waterloo (Ont.)	4	2	25	23
St. Catharines-Niagara (Ont.)	5	7	22	18
Hamilton (Ont.)	12	10	12	19
Ville de Toronto (Ont.)	14	9	10	25
Grand Toronto (Ont.)	10	4	16	22
Oshawa (Ont.)	6	6	2	7
Ville d'Ottawa (Ont.)	2	1	4	6
Grand Ottawa (Québec/Ont.)	13	15	14	15

TABLEAU 4C (suite)

Classement des régions métropolitaines pour tous les indicateurs de dépistage

Région métropolitaine	Analyse de selles	Analyse de selles et/ou endoscopie	Mammographie	Test Pap
Ville de Montréal (Québec)	22	23	23	26
Grand Montréal (Québec)	21	24	9	11
Sherbrooke (Québec)	—	26	1	20
Québec (Québec)	23	25	6	24
Moncton (N.-B.)	—	22	11	10
Halifax (N.-É.)	19	21	15	9
Région urbaine de l'Î.-P.-É. (Î.-P.-É.)	17	18	26	4
St. John's (T.-N.-L.)	—	17	19	3

■ premier tiers (meilleurs rendements) du classement pour chaque indicateur

■ second tiers

■ dernier tiers (pires rendements)

— = résultats supprimés en raison du peu de données ou de données non disponibles

Bien que les directives provinciales recommandent un dépistage du cancer colorectal par analyse de selles ou sigmoïdoscopie, les données de l'enquête ne permettent pas ce niveau de précision. Le classement des indicateurs de dépistage du cancer colorectal du tableau se fonde donc sur l'analyse de selles et/ou l'endoscopie (qui inclut la coloscopie); l'analyse de selles est indiquée à titre indicatif, mais n'a pas de code de couleur.

Le classement se fonde sur les valeurs estimatives à quatre décimales, même si elles sont présentées en valeurs à une seule décimale.

TABLEAU 4D

Classement des provinces et des territoires pour tous les indicateurs de dépistage

Province ou territoire	Analyse de selles	Analyse de selles et/ou endoscopie	Mammographie	Test Pap
Colombie-Britannique	4	4	9	10
Alberta	5	5	3	9
Saskatchewan	6	6	5	5
Manitoba	1	1	7	2
Ontario	2	2	4	11
Québec	11	12	2	13
Nouveau-Brunswick	10	8	1	7
Nouvelle-Écosse	8	10	6	3
Île-du-Prince-Édouard	7	11	12	6
Terre-Neuve-et-Labrador	9	7	8	4
Territoires du Nord-Ouest	—	3	10	1
Yukon	3	9	11	8
Nunavut	—	—	—	12

— = supprimés en raison du peu de données ou de données non disponibles.

Le classement se fonde sur les valeurs estimatives à quatre décimales, même si elles sont présentées en valeurs à une seule décimale.

Sommaire des résultats liés aux indicateurs

LÉGENDE

20,3 (19,9-20,7)	—	RÉSULTAT LIÉ À L'INDICATEUR EXPRIMÉ EN POURCENTAGE DE LA POPULATION OU DE LA SOUS-POPULATION
	—	INTERVALLE DE CONFIANCE DE 95 % POUR CE FACTEUR DE RISQUE

TABLEAU 5A

Indicateurs liés au tabagisme dans les provinces/territoires et les régions métropolitaines, 2010-2011

Province ou territoire et région métropolitaine, centre urbain ou région rurale	Prévalence du tabagisme	Abandon du tabagisme	Exposition à la fumée secondaire à la maison	Exposition à la fumée secondaire dans les lieux publics	Exposition à la fumée secondaire à bord des véhicules
Canada	20,3 (19,9-20,7)	16,8 (16,1-17,5)	5,7 (5,4-5,9)	11,8 (11,4-12,1)	6,7 (6,5-7,0)
Colombie-Britannique	16,6 (15,5-17,7)	21,4 (18,8-24,0)	2,6 (2,2-3,0)	12,3 (11,3-13,2)	4,7 (4,1-5,3)
Victoria	15,3 (12,1-18,4)	24,5 (16,8-32,2)	2,0E (0,9-3,0)	11,9 (8,6-15,2)	4,1E (2,2-6,1)
Ville de Vancouver	14,5 (11,8-17,2)	19,5E (13,0-26,0)	2,3E (1,2-3,3)	16,5 (13,5-19,4)	5,1E (2,6-7,6)
Grand Vancouver	14,7 (13,1-16,4)	19,3 (14,5-24,1)	2,3 (1,6-3,0)	12,7 (10,9-14,4)	4,2 (3,2-5,1)
Alberta	22,2 (20,8-23,5)	17,2 (15,1-19,4)	5,5 (4,8-6,3)	11,0 (10,0-12,1)	7,2 (6,3-8,1)
Edmonton	23,1 (20,3-25,8)	15,0 (10,7-19,3)	5,5 (4,1-7,0)	12,7 (10,3-15,1)	7,2 (5,5-8,8)
Calgary	18,3 (15,7-20,8)	20,7 (15,7-25,7)	4,4 (3,1-5,7)	10,4 (8,6-12,1)	5,6 (4,2-7,0)
Saskatchewan	23,3 (21,5-25,1)	13,1 (10,8-15,5)	5,7 (4,8-6,7)	8,8 (7,6-9,9)	7,6 (6,4-8,7)
Saskatoon	20,7 (16,2-25,1)	8,9E (3,8-14,0)	4,4E (2,2-6,7)	5,9E (3,5-8,2)	5,7E (2,7-8,6)
Regina	21,1 (16,8-25,4)	18,7E (11,6-25,8)	5,3E (3,2-7,3)	12,0 (8,8-15,3)	6,9E (4,6-9,1)
Manitoba	19,4 (17,5-21,3)	17,0 (13,6-20,4)	5,0 (4,1-5,9)	12,0 (10,5-13,5)	8,0 (6,7-9,4)
Winnipeg	17,7 (15,0-20,4)	17,4 (12,5-22,3)	4,6 (3,4-5,9)	13,8 (11,6-15,9)	7,2 (5,3-9,0)

TABLEAU 5A (suite)

Indicateurs liés au tabagisme dans les provinces/territoires et les régions métropolitaines, 2010-2011

Province ou territoire et région métropolitaine, centre urbain ou région rurale	Prévalence du tabagisme	Abandon du tabagisme	Exposition à la fumée secondaire à la maison	Exposition à la fumée secondaire dans les lieux publics	Exposition à la fumée secondaire à bord des véhicules
Ontario	19,3 (18,7-20,0)	14,8 (13,7-16,0)	4,9 (4,4-5,4)	13,1 (12,4-13,7)	6,3 (5,8-6,8)
Windsor	18,6 (15,4-21,8)	13,4E (7,8-19,0)	6,2E (3,9-8,5)	11,8 (8,6-14,9)	10,3E (4,4-16,1)
London	19,4 (16,6-22,2)	16,0 (11,6-20,4)	5,9E (3,8-8,0)	11,8 (9,4-14,3)	7,6 (5,5-9,7)
Kitchener-Cambridge-Waterloo	22,1 (18,9-25,4)	11,8E (6,7-16,8)	3,1E (1,9-4,3)	10,7 (8,3-13,1)	6,2E (4,1-8,4)
St. Catharines-Niagara	19,3 (16,0-22,6)	17,6E (11,6-23,6)	4,1E (2,4-5,8)	9,8 (7,5-12,1)	4,8 (3,3-6,3)
Hamilton	20,7 (17,1-24,2)	15,7E (9,7-21,6)	4,3E (2,6-5,9)	10,5 (8,5-12,6)	6,0 (4,2-7,9)
Ville de Toronto	17,5 (15,6-19,3)	12,2 (9,1-15,2)	5,4 (3,6-7,1)	16,5 (14,2-18,7)	4,9 (3,5-6,3)
Grand Toronto	17,3 (15,9-18,8)	15,5 (12,2-18,8)	3,9 (3,1-4,8)	13,1 (11,8-14,3)	6,1 (5,0-7,2)
Oshawa	20,3 (17,1-23,6)	15,7E (9,8-21,6)	6,8E (4,2-9,4)	16,0 (12,2-19,7)	7,2E (4,8-9,6)
Ville d'Ottawa	15,6 (13,0-18,2)	15,6 (10,6-20,5)	2,3 (1,6-3,0)	17,8 (15,2-20,4)	5,7 (4,2-7,2)
Québec	22,2 (21,2-23,1)	17,4 (15,9-19,0)	8,7 (8,0-9,3)	10,8 (10,0-11,6)	7,5 (6,9-8,2)
Grand Ottawa	23,9 (20,5-27,3)	16,1E (10,8-21,4)	8,7E (5,5-11,9)	14,0 (10,6-17,3)	10,3 (7,0-13,7)
Ville de Montréal	20,6 (18,5-22,7)	17,2 (13,4-20,9)	6,0 (4,7-7,2)	15,0 (12,9-17,1)	7,5 (5,9-9,2)
Grand Montréal	21,7 (19,7-23,8)	17,0 (13,6-20,4)	9,3 (7,8-10,8)	10,1 (8,6-11,7)	6,7 (5,4-8,0)
Sherbrooke	21,0 (16,4-25,6)	12,8E (6,4-19,1)	7,5E (4,8-10,1)	6,3E (3,7-8,9)	7,8E (4,5-11,1)
Québec	19,0 (16,7-21,3)	21,1 (16,2-26,0)	7,5 (5,8-9,3)	10,4 (8,3-12,4)	6,0 (4,2-7,8)
Nouveau-Brunswick	22,1 (20,5-23,7)	14,6 (11,9-17,3)	6,8 (5,7-7,9)	8,6 (7,3-10,0)	9,5 (8,1-10,9)
Moncton	21,6 (17,5-25,6)	15,3E (8,4-22,3)	7,9E (4,9-10,8)	6,4E (3,8-9,1)	8,3E (5,3-11,4)
Nouvelle-Écosse	22,5 (20,7-24,3)	19,5 (16,3-22,7)	6,8 (5,6-8,0)	9,9 (8,5-11,3)	8,8 (7,4-10,2)

TABLEAU 5A (suite)

Indicateurs liés au tabagisme dans les provinces/territoires et les régions métropolitaines, 2010-2011

Province ou territoire et région métropolitaine, centre urbain ou région rurale	Prévalence du tabagisme	Abandon du tabagisme	Exposition à la fumée secondaire à la maison	Exposition à la fumée secondaire dans les lieux publics	Exposition à la fumée secondaire à bord des véhicules
Halifax	21,1 (18,1-24,2)	21,2 (14,9-27,4)	5,9E (3,6-8,1)	11,5 (8,9-14,2)	8,9 (6,1-11,7)
Île-Du-Prince-Édouard	22,3 (19,7-24,9)	17,4 (13,0-21,8)	7,1 (5,4-8,8)	8,8 (6,8-10,8)	9,1 (7,2-11,1)
Région urbaine de l'Î.-P.-É.	23,1 (19,7-26,6)	17,1 (11,6-22,6)	5,0E (3,1-6,9)	8,1 (5,6-10,5)	8,1E (5,4-10,9)
Terre-Neuve-et-Labrador	21,7 (20,0-23,4)	21,5 (17,5-25,5)	5,8 (4,7-7,0)	8,3 (7,1-9,5)	8,9 (7,5-10,3)
St. John's	19,9 (17,0-22,8)	24,7 (17,1-32,3)	5,4E (3,3-7,5)	9,0 (6,6-11,5)	7,9 (5,5-10,3)
Territoires du Nord-Ouest	38,3 (34,9-41,7)	11,3E (7,3-15,2)	7,6E (5,0-10,1)	8,8 (6,9-10,7)	8,4 (5,7-11,1)
Yukon	28,6 (25,8-31,4)	15,9 (11,6-20,1)	5,9 (4,4-7,5)	4,0E (2,5-5,6)	5,1 (3,6-6,7)
Nunavut	57,1 (52,1-62,0)	8,7E (4,7-12,6)	7,2E (3,9-10,5)	8,7E (3,2-14,2)	F
Moyenne des régions métropolitaines	18,8 (18,2-19,3)	16,6 (15,5-17,6)	5,0 (4,7-5,4)	12,9 (12,4-13,5)	6,2 (5,8-6,6)
Autres centres urbains	22,8 (22,0-23,6)	17,2 (15,9-18,5)	6,2 (5,7-6,6)	10,4 (9,8-11,0)	7,1 (6,6-7,6)
Régions rurales	23,3 (22,5-24,0)	17,3 (16,0-18,6)	7,7 (7,2-8,3)	8,6 (8,0-9,1)	8,6 (8,0-9,1)

E = à interpréter avec circonspection en raison des estimations très variées

F = fiabilité insuffisante des données

TABLEAU 5B

Indicateurs de prévention (autre que tabagisme) dans les provinces/territoires et les régions métropolitaines, 2010-2011

Province ou territoire et région métropolitaine, autre centre urbain ou région rurale	Consommation d'alcool supérieure aux directives (2005)	Consommation d'alcool supérieure aux directives	Aucune consommation d'alcool	Consommation de fruits et de légumes	Très actif durant les loisirs	Actif durant les loisirs, au travail et durant les déplacements (2005)	Excès de poids ou obésité	Obésité seulement
Canada	9,2 (9,0-9,5)	5,2 (4,9-5,4)	19,8 (19,4-20,3)	41,8 (41,3-42,4)	12,0 (11,7-12,4)	20,8 (20,4-21,2)	52,2 (51,7-52,8)	18,2 (17,8-18,6)
Colombie-Britannique	9,5 (8,8-10,1)	—	20,1 (19,0-21,3)	41,5 (40,2-42,9)	14,8 (13,8-15,7)	22,3 (21,3-23,3)	45,5 (44,1-47,0)	14,2 (13,2-15,1)
Victoria	10,7 (8,6-12,8)	—	12,9 (10,4-15,4)	42,1 (37,9-46,2)	20,9 (17,5-24,3)	25,1 (21,5-28,6)	44,4 (40,3-48,5)	15,4 (12,1-18,6)
Ville De Vancouver	8,1 (6,5-9,7)	—	24,1 (20,1-28,2)	38,5 (34,3-42,6)	14,3 (11,1-17,5)	16,0 (13,5-18,5)	32,5 (28,4-36,6)	7,2 (5,3-9,1)
Grand Vancouver	8,7 (7,6-9,9)	—	23,1 (21,0-25,1)	41,8 (39,4-44,3)	11,5 (10,1-12,9)	20,7 (18,9-22,4)	43,2 (40,6-45,7)	12,0 (10,4-13,6)
Alberta	9,3 (8,5-10,2)	—	19,8 (18,5-21,0)	41,2 (39,7-42,7)	13,1 (12,0-14,2)	24,9 (23,6-26,1)	51,9 (50,3-53,5)	18,9 (17,7-20,1)
Edmonton	8,6 (6,8-10,4)	—	21,1 (18,6-23,6)	38,4 (35,3-41,5)	11,5 (9,7-13,3)	25,1 (22,5-27,7)	50,2 (47,3-53,1)	16,7 (14,5-19,0)
Calgary	10,1 (8,5-11,7)	—	19,7 (17,1-22,3)	44,8 (41,9-47,6)	14,7 (12,6-16,8)	20,2 (17,8-22,6)	47,1 (44,0-50,1)	15,7 (13,2-18,2)
Saskatchewan	7,9 (7,0-8,9)	9,0 (7,7-10,4)	19,1 (17,5-20,7)	35,4 (33,4-37,3)	11,4 (10,1-12,7)	27,9 (26,3-29,5)	59,2 (57,2-61,1)	21,6 (20,0-23,2)
Saskatoon	9,6 (7,1-12,1)	10,7 (7,6-13,9)	18,7 (14,7-22,6)	33,7 (29,2-38,1)	13,3 (10,1-16,5)	26,5 (23,0-30,1)	54,6 (49,7-59,4)	19,7 (15,4-24,1)
Regina	8,1 (6,0-10,3)	7,8E (4,8-10,9)	16,2 (12,4-20,0)	36,2 (31,9-40,5)	11,5 (8,3-14,7)	22,8 (19,3-26,4)	53,4 (48,4-58,3)	16,8 (13,5-20,1)
Manitoba	7,4 (6,4-8,4)	5,1 (4,1-6,1)	20,8 (18,8-22,8)	35,4 (33,3-37,6)	12,0 (10,6-13,4)	23,3 (21,6-25,0)	59,5 (57,3-61,7)	23,2 (21,2-25,1)

TABLEAU 5B (suite)

Indicateurs de prévention (autre que tabagisme) dans les provinces/territoires et les régions métropolitaines, 2010-2011

Province ou territoire et région métropolitaine, autre centre urbain ou région rurale	Consommation d'alcool supérieure aux directives (2005)	Consommation d'alcool supérieure aux directives	Aucune consommation d'alcool	Consommation de fruits et de légumes	Très actif durant les loisirs	Actif durant les loisirs, au travail et durant les déplacements (2005)	Excès de poids ou obésité	Obésité seulement
Winnipeg	7,9 (6,4-9,4)	5,0 (3,6-6,3)	20,0 (17,1-22,8)	37,0 (34,1-40,0)	12,7 (10,6-14,8)	20,7 (18,4-23,1)	57,3 (54,3-60,3)	21,7 (19,0-24,4)
Ontario	9,5 (9,1-10,0)	9,1 (8,5-9,6)	22,4 (21,6-23,2)	40,6 (39,6-41,6)	12,4 (11,8-13,0)	19,9 (19,2-20,5)	52,5 (51,5-53,4)	18,5 (17,8-19,2)
Windsor	8,7 (6,5-11,0)	9,7 (7,2-12,2)	25,8 (20,5-31,2)	31,9 (26,3-37,4)	15,9 (11,5-20,2)	22,5 (19,0-26,0)	59,3 (54,6-64,0)	20,9 (16,5-25,4)
London	9,0 (7,1-11,0)	9,7 (7,3-12,1)	20,5 (17,7-23,3)	38,4 (34,9-41,9)	13,0 (10,4-15,7)	22,0 (19,1-24,9)	50,7 (46,8-54,6)	19,2 (16,0-22,5)
Kitchener-Cambridge-Waterloo	9,4 (7,7-11,2)	9,9 (7,8-12,0)	18,1 (15,1-21,0)	37,7 (33,6-41,7)	13,9 (10,9-16,8)	18,8 (16,4-21,2)	51,6 (47,7-55,5)	19,3 (16,2-22,4)
St. Catharines-Niagara	8,3 (6,3-10,3)	13,0 (10,3-15,7)	15,1 (12,3-17,9)	39,6 (35,7-43,5)	16,4 (12,8-20,0)	23,6 (20,2-26,9)	55,0 (50,9-59,2)	21,7 (18,4-24,9)
Hamilton	10,3 (8,7-11,9)	11,2 (8,1-14,3)	20,4 (16,8-24,0)	40,7 (37,3-44,2)	13,9 (11,0-16,8)	20,9 (18,4-23,4)	59,4 (55,8-63,0)	21,9 (18,7-25,2)
Ville de Toronto	8,5 (7,2-9,7)	6,7 (5,4-8,0)	30,0 (27,7-32,4)	41,3 (38,4-44,1)	8,3 (6,9-9,7)	19,2 (17,8-20,6)	45,1 (42,3-48,0)	14,4 (12,4-16,3)
Grand Toronto	8,0 (6,9-9,0)	7,6 (6,4-8,8)	25,0 (23,0-26,9)	42,6 (40,4-44,9)	11,0 (9,7-12,2)	14,8 (13,1-16,5)	50,3 (48,1-52,5)	15,7 (14,2-17,3)
Oshawa	11,4 (8,6-14,2)	6,9 (4,7-9,1)	18,4 (15,0-21,8)	31,3 (26,4-36,2)	13,9 (10,6-17,2)	17,7 (14,6-20,8)	57,5 (52,8-62,2)	23,7 (19,7-27,6)
Ville d'Ottawa	9,8 (8,0-11,6)	9,5 (7,4-11,6)	17,8 (15,1-20,5)	41,2 (37,9-44,5)	16,5 (13,4-19,5)	21,3 (18,1-24,5)	49,8 (46,4-53,2)	17,0 (14,4-19,6)
Québec	9,5 (9,0-10,1)	4,8 (4,4-5,2)	15,0 (14,2-15,8)	48,6 (47,6-49,6)	9,5 (8,7-10,2)	18,1 (17,3-18,8)	51,0 (49,9-52,0)	16,5 (15,6-17,3)

TABLEAU 5B (suite)

Indicateurs de prévention (autre que tabagisme) dans les provinces/territoires et les régions métropolitaines, 2010-2011

Province ou territoire et région métropolitaine, autre centre urbain ou région rurale	Consommation d'alcool supérieure aux directives (2005)	Consommation d'alcool supérieure aux directives	Aucune consommation d'alcool	Consommation de fruits et de légumes	Très actif durant les loisirs	Actif durant les loisirs, au travail et durant les déplacements (2005)	Excès de poids ou obésité	Obésité seulement
Grand Ottawa	9,6 (7,7-11,6)	5,8E (3,6-8,0)	10,0 (7,6-12,5)	51,7 (47,7-55,8)	12,5 (9,8-15,3)	15,1 (12,7-17,4)	51,9 (47,4-56,3)	16,0 (12,8-19,2)
Ville de Montréal	9,8 (8,8-10,9)	4,4 (3,4-5,3)	19,9 (17,7-22,1)	48,4 (45,8-50,9)	9,8 (7,8-11,8)	17,7 (15,8-19,6)	48,4 (45,6-51,2)	15,1 (13,0-17,2)
Grand Montréal	9,6 (8,1-11,2)	4,3 (3,4-5,2)	13,3 (11,7-15,0)	49,4 (47,2-51,6)	10,1 (8,6-11,6)	14,8 (13,5-16,1)	53,2 (50,7-55,6)	17,2 (15,3-19,1)
Sherbrooke	8,1 (5,7-10,4)	7,0E (4,3-9,7)	12,0 (9,1-14,9)	54,3 (49,1-59,5)	9,5E (6,2-12,8)	16,6 (13,3-20,0)	47,1 (41,1-53,2)	16,0 (11,8-20,3)
Québec	10,4 (8,8-12,1)	5,9 (4,5-7,3)	9,0 (7,3-10,8)	49,1 (46,3-51,9)	7,8 (6,3-9,3)	16,5 (14,5-18,4)	46,9 (43,8-50,0)	13,2 (10,9-15,6)
Nouveau-Brunswick	6,9 (5,9-7,9)	—	22,4 (20,9-23,9)	36,7 (34,8-38,5)	11,3 (9,9-12,6)	21,6 (19,9-23,2)	61,1 (59,0-63,1)	26,2 (24,4-28,1)
Moncton	—	—	17,0 (13,1-20,9)	35,8 (31,1-40,5)	11,3 (7,7-15,0)	—	59,7 (54,0-65,5)	24,3 (19,8-28,7)
Nouvelle-Écosse	7,6 (6,5-8,7)	—	19,9 (18,4-21,4)	34,9 (33,0-36,9)	13,1 (11,5-14,7)	24,6 (22,9-26,3)	61,0 (58,9-63,2)	24,8 (22,8-26,8)
Halifax	8,6 (6,7-10,5)	—	14,6 (12,2-16,9)	39,2 (35,3-43,1)	15,3 (12,0-18,5)	23,9 (20,6-27,1)	57,4 (53,3-61,5)	20,2 (16,8-23,6)
Île-du-Prince-Édouard	6,6 (4,8-8,3)	—	21,7 (19,0-24,4)	34,1 (31,0-37,1)	11,9 (9,8-13,9)	26,1 (23,5-28,7)	57,1 (53,8-60,4)	21,6 (18,8-24,4)
Région urbaine de l'Î.-P.-É.	7,3E (4,8-9,8)	—	19,6 (16,1-23,2)	35,7 (31,3-40,0)	13,9 (10,9-17,0)	24,8 (21,0-28,6)	55,9 (51,5-60,4)	20,2 (16,6-23,9)
Terre-Neuve-et-Labrador	8,2 (7,1-9,4)	10,6 (8,9-12,2)	21,3 (19,4-23,2)	27,7 (25,6-29,8)	10,2 (8,8-11,7)	20,0 (18,3-21,8)	66,3 (63,9-68,6)	28,1 (25,8-30,4)
St. John's	9,5 (7,0-12,1)	11,5 (8,6-14,5)	16,6 (13,6-19,7)	31,9 (27,8-35,9)	10,5 (8,0-13,0)	20,8 (17,3-24,3)	63,7 (59,3-68,2)	27,0 (22,6-31,3)

TABLEAU 5B (suite)
Indicateurs de prévention (autre que tabagisme) dans les provinces/territoires et les régions métropolitaines, 2010-2011

Province ou territoire et région métropolitaine, autre centre urbain ou région rurale	Consommation d'alcool supérieure aux directives (2005)	Consommation d'alcool supérieure aux directives	Aucune consommation d'alcool	Consommation de fruits et de légumes	Très actif durant les loisirs	Actif durant les loisirs, au travail et durant les déplacements (2005)	Excès de poids ou obésité	Obésité seulement
Territoires du Nord-Ouest	11,7 (9,1-14,2)	—	21,3 (18,4-24,2)	28,1 (24,4-31,7)	12,9 (10,5-15,4)	27,1 (23,5-30,8)	57,5 (53,2-61,7)	24,5 (20,4-28,7)
Yukon	12,5 (9,9-15,2)	—	19,1 (16,7-21,5)	47,0 (43,4-50,6)	15,3 (12,7-17,8)	25,1 (20,8-29,4)	53,4 (50,1-56,8)	17,3 (14,3-20,4)
Nunavut	7,6E (3,5-11,8)	—	25,8 (19,5-32,1)	21,5 (17,1-25,9)	9,2 (6,5-11,9)	16,3 (13,2-19,5)	59,1 (52,6-65,7)	23,8 (18,0-29,6)
Moyenne des régions métropolitaines	9,1 (8,7-9,4)	5,2 (4,8-5,5)	20,7 (20,1-21,3)	42,4 (41,7-43,2)	11,7 (11,2-12,2)	19,1 (18,6-19,6)	49,5 (48,8-50,2)	16,3 (15,7-16,8)
Autres centres urbains	9,6 (9,1-10,1)	5,6 (5,2-6,0)	17,2 (16,6-17,9)	40,4 (39,6-41,2)	12,9 (12,3-13,5)	23,1 (22,4-23,8)	55,8 (54,8-56,7)	20,9 (20,1-21,7)
Régions rurales	9,4 (8,9-9,9)	5,0 (4,5-5,4)	19,3 (18,5-20,0)	41,2 (40,3-42,1)	12,3 (11,6-12,9)	26,4 (25,7-27,2)	59,0 (58,1-60,0)	23,0 (22,3-23,7)

— = données non disponibles

E = à interpréter avec circonspection en raison des estimations très variées

TABLEAU 5C

Indicateurs de dépistage du cancer dans les provinces/territoires et les régions métropolitaines, 2008

Province ou territoire et région métropolitaine, autre centre urbain ou région rurale	Analyse de selles et/ou endoscopie	Endoscopie	Analyse de selles	Mammographie	Test Pap
Canada	32,2 (31,1-33,3)	22,3 (21,1-23,5)	21,1 (20,1-22,1)	72,4 (70,9-73,8)	78,2 (77,2-79,2)
Colombie-Britannique	30,6 (27,9-33,3)	18,5 (15,6-21,4)	21,9 (19,6-24,3)	67,7 (63,5-71,9)	80,1 (77,8-82,5)
Victoria	37,9 (27,4-48,3)	25,5E (13,1-37,9)	28,7 (19,6-37,8)	77,7 (68,1-87,2)	86,8 (80,5-93,2)
Ville de Vancouver	35,8 (27,6-44,1)	21,0E (12,5-29,6)	28,6 (21,2-36,0)	72,1 (58,7-85,4)	80,2 (73,2-87,3)
Grand Vancouver	25,1 (20,6-29,6)	15,2 (10,3-20,1)	15,9 (12,4-19,3)	65,9 (58,4-73,3)	79,2 (75,0-83,3)
Alberta	28,6 (25,3-31,9)	16,5 (13,3-19,6)	20,4 (17,3-23,4)	73,6 (69,0-78,3)	80,2 (77,5-83,0)
Edmonton	28,9 (23,1-34,6)	13,4E (7,9-18,8)	22,8 (17,5-28,1)	68,6 (59,2-78,1)	76,6 (70,7-82,5)
Calgary	29,6 (22,3-36,8)	17,3E (11,2-23,4)	19,6E (12,3-26,8)	83,3 (75,5-91,1)	82,3 (77,5-87,1)
Saskatchewan	28,4 (25,1-31,7)	17,8 (14,4-21,2)	19,4 (16,4-22,4)	73,0 (67,7-78,3)	81,6 (78,8-84,4)
Saskatoon	23,3E (15,2-31,4)	16,7E (8,8-24,5)	11,8E (5,2-18,4)	68,7 (54,2-83,2)	83,4 (77,3-89,5)
Regina	35,6 (26,0-45,2)	21,7E (12,0-31,3)	28,7 (19,5-37,9)	76,3 (63,7-88,8)	79,6 (72,0-87,1)
Manitoba	46,6 (41,8-51,3)	24,2 (19,0-29,4)	41,6 (36,9-46,3)	70,5 (64,7-76,4)	83,0 (80,1-85,9)
Winnipeg	46,3 (39,4-53,2)	24,0 (16,5-31,6)	41,5 (34,6-48,4)	70,0 (61,1-78,9)	85,7 (81,8-89,7)
Ontario	44,7 (42,6-46,9)	33,6 (31,1-36,2)	30,1 (28,1-32,0)	73,0 (70,4-75,7)	78,6 (76,9-80,2)

TABLEAU 5C (suite)

Indicateurs de dépistage du cancer dans les provinces/territoires et les régions métropolitaines, 2008

Province ou territoire et région métropolitaine, autre centre urbain ou région rurale	Analyse de selles et/ou endoscopie	Endoscopie	Analyse de selles	Mammographie	Test Pap
Windsor	49,3 (36,9-61,8)	43,7E (28,6-58,8)	38,8 (28,6-49,1)	81,0 (70,3-91,8)	80,6 (72,9-88,3)
London	42,1 (32,9-51,3)	29,5E (18,5-40,5)	28,4 (21,7-35,0)	70,6 (59,7-81,6)	80,3 (72,7-87,8)
Kitchener-Cambridge-Waterloo	51,5 (42,5-60,6)	38,3 (26,6-50,0)	36,1 (27,9-44,3)	63,4 (50,7-76,0)	76,0 (67,6-84,5)
St. Catharines-Niagara	42,8 (36,1-49,5)	32,3 (22,4-42,1)	33,6 (27,1-40,1)	68,5 (58,1-78,8)	78,7 (71,1-86,3)
Hamilton	40,2 (32,8-47,5)	27,0 (20,1-34,0)	27,0 (20,2-33,8)	73,6 (63,2-84,0)	77,2 (71,3-83,1)
Ville de Toronto	41,4 (35,2-47,6)	32,4 (25,4-39,4)	25,6 (20,3-30,9)	74,3 (66,3-82,3)	75,8 (71,1-80,5)
Grand Toronto	47,7 (42,3-53,1)	37,2 (30,7-43,7)	28,6 (24,0-33,1)	71,3 (64,4-78,1)	76,3 (72,5-80,1)
Oshawa	43,9 (33,0-54,8)	36,2 (25,0-47,4)	33,0 (23,2-42,7)	83,7 (72,1-95,3)	82,6 (75,0-90,2)
Ville d'Ottawa	53,3 (44,4-62,2)	35,2E (22,6-47,7)	40,0 (30,2-49,8)	81,7 (72,7-90,6)	82,7 (77,4-88,0)
Québec	16,2 (14,4-18,0)	13,1 (11,3-14,9)	7,2 (5,9-8,5)	74,0 (70,7-77,2)	73,3 (71,0-75,6)
Grand Ottawa	29,3E (19,7-38,8)	F	26,8E (17,1-36,6)	71,7 (60,4-83,0)	79,8 (72,8-86,7)
Ville de Montréal	18,7 (14,2-23,2)	15,5 (10,6-20,5)	8,1E (5,0-11,3)	68,3 (59,3-77,3)	66,1 (60,6-71,6)
Grand Montréal	15,3 (10,9-19,7)	10,0 (6,9-13,2)	8,3E (4,4-12,1)	75,4 (68,1-82,7)	80,6 (76,5-84,7)

TABLEAU 5C (suite)

Indicateurs de dépistage du cancer dans les provinces/territoires et les régions métropolitaines, 2008

Province ou territoire et région métropolitaine, autre centre urbain ou région rurale	Analyse de selles et/ou endoscopie	Endoscopie	Analyse de selles	Mammographie	Test Pap
Sherbrooke	13,5E (7,2-19,7)	12,3E (5,1-19,5)	F	85,3 (77,0-93,6)	77,1 (68,8-85,4)
Québec	13,8 (9,4-18,3)	13,2E (8,1-18,2)	3,8E (1,6-6,1)	78,4 (68,1-88,7)	75,9 (68,7-83,0)
Nouveau-Brunswick	25,6 (22,0-29,2)	20,7 (16,6-24,8)	13,8 (11,3-16,4)	74,7 (69,7-79,7)	80,9 (77,4-84,4)
Moncton	21,1E (11,8-30,4)	24,3E (12,1-36,6)	F	74,3 (58,7-89,8)	80,7 (72,0-89,3)
Nouvelle-Écosse	23,4 (19,2-27,5)	14,3 (10,6-17,9)	14,7 (11,2-18,3)	71,0 (65,7-76,3)	82,0 (78,0-85,9)
Halifax	21,7E (13,0-30,4)	F	14,4E (7,0-21,7)	71,5 (60,5-82,5)	81,4 (74,7-88,1)
Île-du-Prince-Édouard	21,6 (17,0-26,3)	12,7E (8,0-17,5)	14,8 (10,7-18,9)	57,6 (48,5-66,7)	81,4 (76,4-86,5)
Région urbaine de l'Î.-P.-É.	25,6 (18,8-32,3)	14,7E (7,2-22,2)	18,7E (12,4-25,0)	57,5 (45,1-69,9)	83,6 (77,2-89,9)
Terre-Neuve-et-Labrador	28,1 (23,7-32,4)	21,5 (16,7-26,3)	14,0 (10,7-17,3)	70,3 (63,6-77,1)	81,8 (78,1-85,5)
St. John's	27,2 (18,7-35,6)	27,0E (17,0-37,0)	F	68,9 (55,1-82,6)	84,9 (78,8-91,0)
Territoires du Nord-Ouest	30,7E (13,6-47,8)	F	F	67,2 (51,8-82,7)	87,6 (81,3-93,9)
Yukon	25,2E (16,7-33,8)	F	23,8E (15,5-32,0)	64,7 (50,5-78,8)	80,8 (73,6-88,0)

TABLEAU 5C (suite)

Indicateurs de dépistage du cancer dans les provinces/territoires et les régions métropolitaines, 2008

Province ou territoire et région métropolitaine, autre centre urbain ou région rurale	Analyse de selles et/ou endoscopie	Endoscopie	Analyse de selles	Mammographie	Test Pap
Nunavut	F	F	F	F	75,3 (61,6-88,9)
Moyennes des grandes régions métropolitaines	33,2 (31,6 – 34,9)	23,0 (21,3-24,7)	21,6 (20,2-23,0)	72,9 (70,7-75,1)	77,8 (76,4-79,2)
Autres centres urbains	32,3 (30,6 – 34,0)	22,1 (20,4-23,9)	21,7 (20,2-23,3)	72,6 (70,3-74,9)	80,4 (78,9-81,8)
Régions rurales	29,0 (27,5-30,5)	20,3 (18,5-22,0)	18,8 (17,5-20,1)	70,5 (68,2-72,7)	77,3 (75,8-78,9)

E = à interpréter avec circonspection en raison des estimations très variées

F = fiabilité insuffisante des données

Annexe

Régions métropolitaines de recensement (RMR) et subdivisions de recensement (villes/municipalités), selon la taille de la population, 2011

RMR DE TORONTO

- Toronto
- Mississauga
- Brampton
- Markham
- Vaughan
- Richmond Hill
- Oakville
- Ajax
- Pickering
- Milton
- Newmarket
- Caledon
- Halton Hills
- Aurora
- Georgina
- Whitchurch-Stouffville
- New Tecumseth
- Bradford West Gwillimbury
- Orangeville
- East Gwillimbury
- Uxbridge
- King
- Mono
- Chippewas of Georgina Island First Nation

RMR DE MONTRÉAL

- Montréal
- Laval
- Longueuil
- Terrebonne
- Repentigny
- Brossard

- Saint-Jérôme
- Blainville
- Dollard-Des Ormeaux
- Châteauguay
- Saint-Eustache
- Mascouche
- Mirabel
- Boucherville
- Vaudreuil-Dorion
- Côte-Saint-Luc
- Pointe-Claire
- Sainte-Julie
- Boisbriand
- Saint-Bruno-de-Montarville
- Sainte-Thérèse
- Chambly
- Saint-Constant
- La Prairie
- Saint-Lambert
- Kirkland
- Varennes
- Beloeil
- L'Assomption
- Westmount
- Candiac
- Beaconsfield
- Mont-Royal
- Saint-Lazare
- Dorval
- Mont-Saint-Hilaire
- Deux-Montagnes
- Sainte-Catherine
- Saint-Basile-le-Grand
- Sainte-Marthe-sur-le-Lac
- Sainte-Anne-des-Plaines
- Pincoirt
- Rosemère
- Lavaltrie
- Saint-Colomban
- Beauharnois
- Mercier
- Saint-Amable
- Notre-Dame-de-l'Île-Perrot
- L'Île-Perrot
- Bois-des-Filion
- Lorraine
- Otterburn Park
- Carignan
- Delson
- Hampstead
- Coteau-du-Lac
- Saint-Zotique
- Pointe-Calumet
- Saint-Joseph-du-Lac
- Les Cèdres
- Charlemagne
- Verchères
- McMasterville
- Saint-Philippe
- Richelieu
- L'Épiphanie
- Hudson
- Montréal-Ouest
- Sainte-Anne-de-Bellevue
- Saint-Mathias-sur-Richelieu
- Les Coteaux
- Oka
- Baie-D'Urfé
- Montréal-Est
- L'Épiphanie
- Saint-Sulpice
- Saint-Mathieu-de-Beloeil
- Saint-Isidore
- Léry
- Terrasse-Vaudreuil

- Saint-Mathieu
- Gore
- Saint-Placide
- Vaudreuil-sur-le-Lac
- Pointe-des-Cascades
- Senneville
- L'Île-Cadieux
- L'Île-Dorval
- Kanasatake
- Kahnawake

RMR DE VANCOUVER

- Vancouver
- Surrey
- Burnaby
- Richmond
- Coquitlam
- Langley
- Delta
- North Vancouver
- Maple Ridge
- New Westminster
- Port Coquitlam
- North Vancouver
- West Vancouver
- Port Moody
- Langley
- White Rock
- Pitt Meadows
- Greater Vancouver A
- Bowen Island
- Capilano 5
- Anmore
- Musqueam 2
- Burrard Inlet 3
- Lions Bay
- Tsawwassen
- Belcarra
- Mission 1
- Matsqui 4

- Katzie 1
- Semiahmoo
- Seymour Creek 2
- McMillan Island 6
- Coquitlam 1
- Musqueam 4
- Coquitlam 2
- Katzie 2
- Whonnock 1
- Barnston Island 3
- Langley 5

RMR D'OTTAWA

- Ottawa
- Gatineau
- Clarence-Rockland
- Russell
- Val-des-Monts
- Cantley
- La Pêche
- Chelsea
- Pontiac
- L'Ange-Gardien
- Val-des-Bois
- Notre-Dame-de-la-Salette
- Bowman
- Mayo
- Denholm

RMR DE CALGARY

- Calgary
- Airdrie
- Rocky View County
- Cochrane
- Chestermere
- Crossfield
- Tsuu T'ina Nation 145 (Sarcee 145)
- Irricana
- Beiseker

RMR D'EDMONTON

- Edmonton
- Strathcona County
- St. Albert
- Parkland County
- Spruce Grove
- Leduc
- Sturgeon County
- Fort Saskatchewan
- Stony Plain
- Leduc County
- Beaumont
- Morinville
- Devon
- Gibbons
- Calmar
- Redwater
- Bon Accord
- Legal
- Bruderheim
- Wabamun 133A
- Alexander 134
- Stony Plain 135
- Thorsby
- Warburg
- Wabamun
- Spring Lake
- Seba Beach
- Golden Days
- Sundance Beach
- Lakeview
- Itaska Beach
- Wabamun 133B
- Point Alison
- Betula Beach
- Kapasiwin

RMR DE QUÉBEC

- Québec
- Lévis
- Saint-Augustin-de-Desmaures
- L'Ancienne-Lorette
- Lac-Beauport
- Stoneham-et-Tewkesbury
- Boischatel
- Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier
- Saint-Lambert-de-Lauzon
- Sainte-Brigitte-de-Laval
- Shannon
- Saint-Henri
- Neuville
- Château-Richer
- L'Ange-Gardien
- Saint-Gabriel-de-Valcartier
- Beaumont
- Saint-Pierre-de-l'Île-d'Orléans
- Fossambault-sur-le-Lac
- Saint-Laurent-de-l'Île-d'Orléans
- Sainte-Pétronille
- Saint-Jean-de-l'Île-d'Orléans
- Sainte-Famille
- Lac-Delage
- Saint-François-de-l'Île-d'Orléans
- Notre-Dame-des-Anges
- Lac-Saint-Joseph
- Wendake

RMR DE WINNIPEG

- Winnipeg
- Springfield
- St. Clements
- Taché
- East St. Paul
- Macdonald
- Ritchot
- West St. Paul
- Headingley
- Rosser
- St. François Xavier
- Brokenhead 4

RMR DE HAMILTON

- Hamilton
- Burlington
- Grimsby

RMR DE KITCHENER-CAMBRIDGE-WATERLOO

- Kitchener
- Cambridge
- Waterloo
- Woolwich
- North Dumfries

RMR DE LONDON

- London
- St. Thomas
- Strathroy-Caradoc
- Middlesex Centre
- Thames Centre
- Central Elgin
- Southwold
- Adelaide-Metcalf

RMR DE ST.CATHARINES-NIAGARA

- St. Catharines
- Niagara Falls
- Welland
- Fort Erie
- Lincoln
- Port Colborne
- Thorold
- Pelham
- Niagara-on-the-Lake
- Wainfleet

RMR D'HALIFAX

- Halifax
- Cole Harbour 30
- Beaver Lake 17
- Sheet Harbour 36
- Shubenacadie 13

RMR D'OSHAWA

- Oshawa
- Whitby
- Clarington

RMR DE VICTORIA

- Saanich
- Victoria
- Langford
- Oak Bay
- Esquimalt
- Colwood
- Central Saanich
- Sooke
- Sidney
- North Saanich

- View Royal
- Metchosin
- Capital H (Part 1)
- Highlands
- East Saanich 2
- New Songhees 1A
- South Saanich 1
- Becher Bay 1
- Cole Bay 3
- T'Sou-ke
- Union Bay 4
- Esquimalt

RMR DE WINDSOR

- Windsor
- Lakeshore
- LaSalle
- Tecumseh
- Amherstburg

RMR DE SASKATOON

- Saskatoon
- Corman Park No. 344
- Martensville
- Warman
- Vanscoy No. 345
- Blucher No. 343
- Dalmeny
- Langham
- Dundurn No. 314
- Osler
- Delisle
- Dundurn
- Allan
- Asquith
- Colonsay
- Clavet
- Vanscoy
- Whitecap

- Colonsay No. 342
- Bradwell
- Shields
- Thode
- Elstow
- Meacham

RMR DE REGINA

- Regina
- Edenwold No. 158
- White City
- Pilot Butte
- Lumsden No. 189
- Lumsden
- Balgonie
- Regina Beach
- Sherwood No. 159
- Grand Coulee
- Pense
- Buena Vista
- Pense No. 160
- Edenwold
- Disley
- Belle Plaine
- Lumsden Beach

RMR DE SHERBROOK

- Sherbrooke
- Magog
- Orford
- Saint-Denis-de-Brompton
- Compton
- Ascot Corner
- Stoke
- Waterville
- Hatley
- Val-Joli
- North Hatley

RMR DE ST. JOHN'S

- St. John's
- Conception Bay South
- Mount Pearl
- Paradise
- Torbay
- Portugal Cove-St. Philip's
- Logy Bay-Middle Cove-Outer Cove
- Pouch Cove
- Flatrock
- Bay Bulls
- Witless Bay
- Petty Harbour-Maddox Cove
- Bauline

RMR DE MONCTON

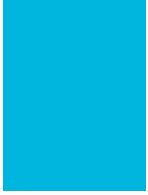
- Moncton
- Dieppe
- Riverview
- Moncton
- Memramcook
- Coverdale
- Salisbury
- Hillsborough
- Hillsborough
- Dorchester
- Elgin
- Saint-Paul
- Dorchester
- Fort Folly 1

Références

1. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. *Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective*. Washington (DC): The Institute; 2007. Accessible à: <http://eprints.ucl.ac.uk/4841/1/4841.pdf> (en anglais seulement).
2. Pal LA. *Beyond Policy Analysis: Public Issue Management in Turbulent Times*. 4th ed. Toronto, Canada. 2010.
3. Comité directeur de la Société canadienne du cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2012*. Toronto: Société canadienne du cancer; 2012. Accessible à: <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2012---French.pdf>.
4. Reid J, Hammond D. *Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends, 2013 Edition*. Waterloo, ON: Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo; 2013. Accessible à: http://www.tobaccoreport.ca/2013/TobaccoUseinCanada_2013.pdf (en anglais seulement).
5. Société canadienne du cancer. *La guerre du Canada contre le tabagisme a 50 ans* [about 1 page]. Toronto; 2013 [cité le 20 juin 2013]. Accessible à: <http://www.cancer.ca/fr-ca/about-us/for-media/media-releases/national/2013/war-on-tobacco-turns-50/?region=pe>.
6. Mathers M, Toumbourou J, Catalano R, Williams J, Patton G. Consequences of Youth Tobacco Use: A Review Prospective Behavioural Studies. *Addiction*. 2006;101(7):948-58.
7. L'Association canadienne de santé publique. *Terminer la bataille: Mettre fin au tabagisme au Canada*. Ottawa: L'Association canadienne de santé publique; 2011. Accessible à: http://www.cpha.ca/uploads/positions/position-paper-tobacco-resume_f.pdf.
8. Partenariat canadien contre le cancer [Internet]. *Répertoire des politiques de prévention* [multiple pages]. Toronto: Partenariat canadien contre le cancer; 2013 [cité le 25 avril 2013]. Accessible à: http://www.cancerview.ca/cv/portal/Home/PreventionAndScreening/PSProfessionals/PSPrevention/PreventionPoliciesDirectory?_afLoop=417123300492000&lang=fr&_afWindowMode=0&_adf.ctrl-state=t5nkh1dla_4.
9. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ*. 2000;321(7257):323-9.
10. Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme fondées sur l'expérience clinique [Internet]. About Us [about 1 page]. Toronto: Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2011 [cité le 10 avril 2013]. Accessible à: <https://www.nicotinedependenceclinic.com/Francais/CANADAPTT/Pages/About/About%20Us.aspx>.
11. Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac [Internet]. À propos du MOAT [about 1 page]. Ottawa: Réseau de prévention des maladies cardiovasculaires de la région de Champlain; 2011 [cité le 10 mai 2013]. Accessible à: http://ottawamodel.ca/fr_about.php.
12. Cancer Advocacy Coalition of Canada. *Report Card on Cancer in Canada 2012-2013*. Toronto. 2013. Accessible à: <http://www.canceradvocacy.ca/report-card-on-cancer-in-canada.pdf> (en anglais seulement).
13. Makomaski Illing EM, Kaiserman MJ. Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1998. *Can J Public Health*. 2004;95(1):38-44.
14. Association pulmonaire du Canada [Internet]. *Fumée secondaire*. Ottawa: Association pulmonaire du Canada; 2011 [cité le 2013 mai 7]. Accessible à: http://www.poumon.ca/protect-protégez/tobacco-tabagisme/second-secondaire/hurts-nuit_f.php.
15. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2006 [cité le 2013 Jun 11]. Accessible à: <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/secondhandsmoke/index.html> (en anglais seulement).
16. Non-Smokers' Rights Association. *Compendium of Smoke-free Workplace and Public Place Bylaws*. 2012. Accessible à: http://www.nsra-adnf.ca/cms/index.cfm?group_id=1421 (en anglais seulement).
17. CTV News [Internet]. *Cancer Society wants to ban smoking in cars with child passengers* [about 1 page]; 2013 [cité le 20 juillet 2013]. Accessible à: <http://montreal.ctvnews.ca/cancer-society-wants-to-ban-smoking-in-cars-with-child-passengers-1.1301215#ixzz2UnyvlbfX> (en anglais seulement).
18. Société canadienne du cancer [Internet]. *Alcool*. Toronto: Société canadienne du cancer; 2013 [cité le 20 mai 2013]. Accessible à: <http://www.cancer.ca/fr-ca/prevention-and-screening/live-well/alcohol/?region=mb>.

19. Butt P, Beirness D, Cesa F, Gliksmann L, Paradis C, Stockwell T. L'alcool et la santé au Canada: résumé des données probantes et directives de consommation à faible risqué, Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; 2011. Accessible à: <http://www.ccsa.ca/2011%20CCSA%20Documents/2011-Summary-of-Evidence-and-Guidelines-for-Low-Risk%20Drinking-fr.pdf>.
20. Giesbrecht N, Wettlaufer, A., April, N., Asbridge, M., Cukier, S., Mann, R., McAllister, J., Murie, A., Plamondon, L., Stockwell, T., Thomas, G., Thompson, K., Vallance, K. Stratégies pour réduire les méfaits et les coûts liés à l'alcool au Canada: Une comparaison des politiques provinciales; 2013. Accessible à: http://www.camh.ca/en/education/about/services/camh_library/Documents/Repository%20of%20CAMH%20Documents/Strategies%20to%20Reduce%20Alcohol-FR.pdf.
21. World Health Organization. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint FAO/WHO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. Geneva; 2003. Accessible à: http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf (en anglais seulement).
22. Garriguet D. Diet Quality in Canada; 2009. Accessible à: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009003/article/10914-eng.pdf> (en anglais seulement).
23. Riboli E, Norat T. Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. *Am J Clin Nutr.* 2003;78(3):559S.
24. Agence de la santé publique du Canada. *Cadre de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains.* Ottawa: Agence de la santé publique du Canada; 2005. Accessible à: <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/pdf/ipchls-spimmvs-fra.pdf>.
25. Partenariat canadien contre le cancer. *Rapport de 2011 sur le rendement du système de lutte contre le cancer.* Toronto: Partenariat canadien contre le cancer; 2011.
26. Freedman LS, Schatzkin A, Midthune D, Kipnis V. Dealing With Dietary Measurement Error in Nutritional Cohort Studies. *J Natl Cancer Inst.* 2011.
27. Kristal AR, Vizenor NC, Patterson RE, Neuhaus ML, Shattuck AL, McLerran D. Precision and Bias of Food Frequency-based Measures of Fruit and Vegetable Intakes. *Cancer Epidem Biomar.* 2000;9(9):939-44.
28. City of Toronto [Internet]. City of Toronto Zoning By-law 569-2013 [about 1 page]. 2013 [cité le 20 juillet 2013]. Accessible à: http://www.toronto.ca/zoning/bylaw/ZBL_NewProvision_Chapter15_20.htm (en anglais seulement).
29. World Cancer Research Fund. Preventability of Cancer by Food, Nutrition, Physical Activity and Weight Management: An Overview of Authoritative Estimates; 2008. Accessible à: http://www.dietandcancerreport.org/docs/Preventability_Review%20of%20previous%20estimates.pdf (en anglais seulement).
30. Saskatchewan in motion Join the Movement [Internet]. 2013 [cité le 9 mai 2013]. Accessible à: www.saskatchewaninmotion.ca (en anglais seulement).
31. Manitoba in motion [Internet]. 2013 [cité le 22 juillet 2013]. Accessible à: <http://www.manitobainmotion.ca/> (en anglais seulement).
32. La Coalition pour une saine alimentation et l'activité physique au Nouveau-Brunswick [Internet]. en mouvement; 2013 [cité le 22 juillet 2013]. Accessible à: <http://csaap.ca/en-mouvement/>.
33. City of Toronto [Internet]. Toronto Walking Strategy. 2013 [cité le 22 juillet 2013]. Accessible à: http://www.toronto.ca/transportation/walking/walking_strategy.htm (en anglais seulement).
34. City of Toronto [Internet]. City of Toronto Bike Plan - Shifting Gears. 2013 [cité le 22 juillet 2013]. Accessible à: <http://www.toronto.ca/cycling/bikeplan/> (en anglais seulement).
35. The City of Edmonton [Internet]. Walkability Strategy Project. 2013 [cité le 22 juillet 2013]. Accessible à: http://www.edmonton.ca/transportation/cycling_walking/walkability-strategy-project.aspx (en anglais seulement).
36. The City of Edmonton [Internet]. Bicycle Transportation Plan. 2013 [cité le 22 juillet 2013]. Accessible à: http://www.edmonton.ca/transportation/cycling_walking/bicycle-transportation-plan.aspx (en anglais seulement).
37. Healthy Canada by Design CLASP [Internet]. 2013 [cité le 22 juillet 2013]. Accessible à: <http://hcbd-clasp.com/> (en anglais seulement).
38. Organisation mondiale de la Santé [Internet]. Obésité et surpoids [about 1 page]. 2013 [cité le 20 juillet 2013]. Accessible à: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/index.html>.
39. Tremblay MS, Katzmarzyk PT, Willms JD. Temporal Trends in Overweight and Obesity in Canada, 1981-1996. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2002;26(4):538-43.
40. Katzmarzyk PT. The Canadian Obesity Epidemic, 1985-1998. *CMAJ.* 2002;166(8):1039-40.
41. Gotay C, Katzmarzyk P, Janssen I, Dawson M, Aminolteajari K, Bartley N. Updating the Canadian Obesity Maps: An Epidemic in Progress. *Can J Public Health.* 2013;104(1).
42. Secrétariat du Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains, en partenariat avec le Groupe de travail FPT sur les modes de vie sains et le Comité consultatif FPT sur la santé de la population et la sécurité de la santé (CCSPSS). *Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains.* Ottawa: Public Agence de la santé publique du Canada, 2005.
43. Shields M, Gorber SC, Tremblay MS. Estimates of Obesity Based on Self-report Versus Direct Measures. *Health Rep.* 2008;19(2):61-76.

44. Gorber SC, Tremblay M, Moher D, Gorber B. A Comparison of Direct vs. Self-report Measures for Assessing Height, Weight and Body Mass Index: A Systematic Review. *Obes Rev.* 2007;8(4):307-26.
45. Hewitson P, Glasziou P, Watson E, Towler B, Irwig L. Cochrane Systematic Review of Colorectal Cancer Screening Using the Fecal Occult Blood Test (hemocult): An Update. *Am J Gastroenterol.* 2008;103(6):1541-9.
46. Mandel JS, Church TR, Ederer F, Bond JH. Colorectal Cancer Mortality: Effectiveness of Biennial Screening for Fecal Occult Blood. *J Natl Cancer Inst.* 1999;91(5):434-7.
47. Mandel JS, Church TR, Bond JH, Ederer F, Geisser MS, Mongin SJ, et al. The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. *N Engl J Med.* 2000;343(22):1603-7.
48. Jørgensen OD, Kronborg O, Fenger C. A randomised study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds. *Gut.* 2002;50(1):29.
49. Partenariat canadien contre le cancer. *Lutte contre le cancer du sein au Canada : Rapport thématique spécial sur le rendement du système.* Toronto: Partenariat canadien contre le cancer; 2012.
50. Partenariat canadien contre le cancer. *Rapport de 2010 sur le rendement du système de lutte contre le cancer.* Toronto: Partenariat canadien contre le cancer; 2010.
51. Canadian Task Force on Preventive Health. Colorectal Cancer Screening. 2013 [cité le 14 juin 2013]. Accessible à: http://www.canadiantaskforce.ca/recommendations/2001_03_eng.html (en anglais seulement).
52. Le dépistage du cancer colorectal. 2002 [cité le 18 juin 2013]. Accessible à: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ncccs-cndcc/index-fra.php>.
53. South Riverdale Community Health Centre MSH, Toronto Public Health. Engaging Seldom or Never Screened Women in Cancer Screening: A compendium of pan-Canadian best and promising practices; 2010.
54. Cancer Care Ontario. Hitting the Road to Improve Cancer Screening Rates. Toronto: Cancer Care Ontario; 2013 [cité le 19 juillet 2013]. Accessible à: <http://www.newswire.ca/en/story/1190373/hitting-the-road-to-improve-cancer-screening-rates> (en anglais seulement).
55. Alexander FE, Anderson TJ, Brown HK, Forrest AP, Hepburn W, Kirkpatrick AE, et al. The Edinburgh Randomised Trial of Breast Cancer Screening: Results After 10 Years of Follow-up. *Br J Cancer.* 1994;70(3):542-8.
56. Bjurstam N, Bjorneld L, Warwick J, Sala E, Duffy SW, Nystrom L, et al. The Gothenburg Breast Screening Trial. *Cancer.* 2003;97(10):2387-96.
57. Moss SM, Cuckle H, Evans A, Johns L, Waller M, Bobrow L, et al. Effect of Mammographic Screening from Age 40 years on Breast Cancer Mortality at 10 Years' Follow-up: A Randomised Controlled Trial. *Lancet.* 2006;368(9552):2053-60.
58. Nystrom L, Rutqvist LE, Wall S, Lindgren A, Lindqvist M, Ryden S, et al. Breast Cancer Screening with Mammography: Overview of Swedish Randomised Trials. *Lancet.* 1993;341(8851):973-8.
59. Shapiro S, Venet W, Strax P, Venet L, Roeser R. Ten-to Fourteen-Year Effect of Screening on Breast Cancer Mortality. *J Natl Cancer Inst.* 1982;69(2):349-55.
60. Tabar L, Fagerberg G, Chen HH, Duffy SW, Smart CR, Gad A, et al. Efficacy of Breast Cancer Screening by Age. New Results from the Swedish Two-County Trial. *Cancer.* 1995;75(10):2507-17.
61. Harris R, Yeatts J, Kinsinger L. Breast Cancer Screening for Women Ages 50 to 69 Years a Systematic Review of Observational Evidence. *Prev Med.* 2011;53(3):108-14.
62. Hennessy BT, Puztai L. Adjuvant Therapy for Breast Cancer. *Minerva Ginecol.* 2005;57(3):305-26.
63. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs [Internet]. Dépistage du cancer du col l'utérus: Résumé des recommandations pour les cliniciens et les responsables des politiques [about 1 page]. Ottawa: Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2013 [cité le 12 juin 2013]. Accessible à: <http://canadiantaskforce.ca/fr/guidelines/screening-for-cervical-cancer/>
64. Comité directeur de la Société canadienne du cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2009.* Toronto. Société canadienne du cancer; 2009.
65. Comité directeur de la Société canadienne du cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2010.* Toronto. Société canadienne du cancer; 2010.
66. Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of Cancer Incidence, Mortality, and Prevalence Across Five Continents: Defining Priorities to Reduce Cancer Disparities in Different Geographic Regions of the World. *J Clin Oncol.* 2006;24(14):2137-50.
67. Miller AB, Chamberlain J, Day NE, Hakama M, Prorok PC. Report on a Workshop of the UICC Project on Evaluation of Screening for Cancer. *Int J Cancer.* 1990;46(5):761-9.
68. Ng E, Wilkins R, Fung MFK, Berthelot JM. Cervical Cancer Mortality by Neighbourhood Income in Urban Canada from 1971 to 1996. *CMAJ.* 2004;170(10):1545.
69. Spence AR, Goggin P, Franco EL. Process of Care Failures in Invasive Cervical Cancer: Systematic Review and Meta-analysis. *Prev Med.* 2007;45(2-3):93-106.
70. Andrae B, Kemetli L, Sparen P, Silfverdal L, Strander B, Ryd W, et al. Screening-preventable Cervical Cancer Risks: Evidence from a Nationwide Audit in Sweden. *J Natl Cancer Inst.* 2008;100(9):622-9.



**PARTENARIAT CANADIEN
CONTRE LE CANCER**



**CANADIAN PARTNERSHIP
AGAINST CANCER**

1, avenue University, bureau 300
Toronto (Ontario) Canada M5J 2P1

Tél. : 416.915.9222

Sans frais (appeler 1 877 870 3665)

www.partenariatcontrecancer.ca

*Orienter les améliorations en
matière de lutte contre le cancer*

