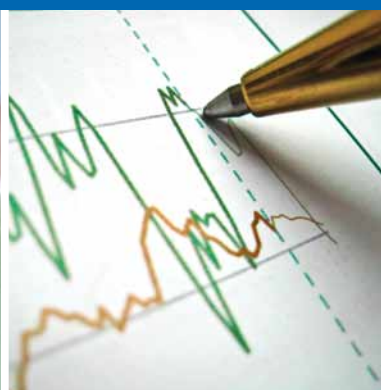
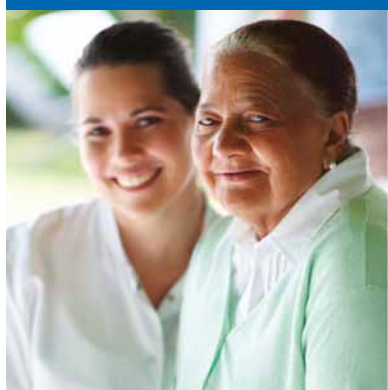


# Rapport sur le rendement du système de 2010



L'équipe responsable de l'élaboration du rapport était dirigée par **Heather Bryant, M.D.**, vice-présidente à la lutte contre le cancer, Partenariat canadien contre le cancer, et **Mary Spayne**, directrice du rendement du système.

Nous désirons remercier de manière toute particulière Rami Rahal et Mhezbin Dharssi, qui ont dirigé l'élaboration méthodologique et la cueillette des données provinciales, particulièrement celles portant sur le domaine thérapeutique. Nous désirons aussi remercier Kaileah McKellar, qui était responsable de la recherche et de la gestion du projet, et Analytics, qui a accordé son appui à la production de ce rapport. Le Partenariat désire aussi remercier Statistique Canada, qui lui a accordé l'accès à des données, lui a fourni d'autres outils d'information et lui a offert des conseils au sujet du calcul de plusieurs indicateurs. Il tient également à souligner la générosité du Comité de direction des Statistiques canadiennes sur le cancer de 2011, qui lui a permis d'utiliser les données sur les décès attribuables au cancer colorectal.

Le rapport a été rédigé par Maya Chaddah, avec l'aide de l'équipe du rendement du système.

#### Remerciements

Ce rapport a été rendu possible grâce au dévouement des membres du Groupe de travail sur le rendement du système à l'échelle nationale et du personnel des agences provinciales de lutte contre le cancer ou leurs équivalents. La contribution du personnel des ministères provinciaux de la santé, des centres ou hôpitaux qui prodiguent des soins aux personnes atteintes d'un cancer et des agences provinciales de la santé a également joué un rôle prépondérant dans l'élaboration des indicateurs. Le Partenariat désire également remercier Statistique Canada qui lui a accordé l'accès à des données, lui a fourni d'autres outils d'information et lui a offert des conseils au sujet du calcul de plusieurs indicateurs.

#### Nous désirons remercier d'une manière toute particulière les membres du Groupe de travail sur le rendement du système à l'échelle canadienne :

Grlica Bolesnikov	Coordonnatrice, Gestion de la qualité et de la responsabilisation, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (NB)
Eric Bow	Directeur médical, Services cliniques et universitaires, Services de la lutte contre les infections, Action cancer Manitoba; directeur médical, Programme d'oncologie, Régie régionale de la santé de Winnipeg (Man.)
Peter Craighead	Directeur médical, Tom Baker Cancer Centre, et président du Département d'oncologie, Université de Calgary (Alb.)
Dagny Dryer	Conseiller médical, Registre du cancer de l'Î.-P.-É. (Î.-P.-É.)
Katya Duvalko	Directrice, Secrétariat du contrôle de la qualité, Action cancer Ontario (ON)
Jean-Frédéric Lévesque	Directeur scientifique, Direction des systèmes de soins et services et maladies chroniques, Institut national de santé publique du Québec (QC)
Ivan Olfert	Vice-président, Care Services, Saskatchewan Cancer Agency (Sask.)
Ivo Olivotto	Vice-président, Radiothérapie, imagerie fonctionnelle et oncologie orale, British Columbia Cancer Agency et Susan O'Reilly, M.D., ancienne vice-présidente, soins contre le cancer, British Columbia Cancer Agency (C.-B.)
Sharon Smith	Directrice, Programme de soins contre le cancer, Eastern Health, Dr. H. Bliss Murphy Cancer Centre (T.-N.-L.)
Gordon Walsh	Cancer Care Nova Scotia (N.-É.)

La réalisation de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées dans le présent 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.

# Table des matières

■	RÉSUMÉ .....	II
	GRANDE LIGNES .....	IV
■	I. INTRODUCTION .....	1
	À propos du Partenariat .....	2
	L'importance de mesurer le rendement du système .....	2
	Objectifs et normes .....	3
	Comment utiliser le Rapport sur le rendement du système de 2010 .....	3
	Processus d'élaboration du présent rapport .....	4
	Organisation du présent rapport .....	4
	Indicateurs – Rapport sur le rendement du système de 2010 .....	5
■	II. CANCER COLORECTAL – UN REGARD CONVERGENT SUR LE CONTINUUM DE SOINS.....	7
	2.1 DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL .....	9
	Changement du pourcentage de la population (50 à 74 ans) déclarant avoir subi un test de dépistage par la RSOS, une sigmoïdoscopie ou une coloscopie sans avoir aucun symptôme .....	10
	2.2 TRAITEMENT DU CANCER COLORECTAL .....	13
	Saisie des données sur le stade du cancer colorectal.....	15
	Temps d'attente pour une radiothérapie d'un cancer colorectal : prêt à traiter jusqu'au traitement.....	16
	Radiothérapie néoadjuvante pour le cancer du rectum de stade II et III .....	17
	Résections du côlon avec ablation et examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques .....	20
	Chimiothérapie adjuvante pour le cancer du côlon de stade III .....	22
	2.3 RÉSULTATS À LONG TERME DANS LE TRAITEMENT CONTRE LE CANCER COLORECTAL .....	26
	Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer colorectal .....	26
	Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour le cancer colorectal .....	28
	Survie relative .....	30
	2.4 SYNTHÈSE ET PROCHAINES ÉTAPES.....	30
■	III. APERÇU DES INDICATEURS .....	31
	3.1 PRÉVENTION.....	32
	Prévalence du tabagisme et tentatives d'abandon du tabagisme.....	32
	Surpoids et obésité.....	36
	Consommation d'alcool.....	39
	Activité physique .....	41
	3.2 DÉPISTAGE .....	44
	Mammographie autodéclarée pour le dépistage du cancer du sein.....	44
	Dépistage autodéclaré pour le test Papanicolaou (Pap) du cancer du col de l'utérus .....	46
	3.3 DIAGNOSTIC, RECHERCHE ET TRAITEMENT – SECTION AXÉE SUR LA RADIOTHÉRAPIE .....	48
	DIAGNOSTIC .....	49
	Saisie de données sur le stade du cancer.....	49
	Capacité de tomographie par émission de positrons et son utilisation .....	52
	Temps d'attente : Dépistage d'une anomalie au sein jusqu'à la résolution.....	54
	RECHERCHE.....	57
	Ratio de participation aux essais cliniques .....	57
	TRAITEMENT – SECTION AXÉE SUR LA RADIOTHÉRAPIE .....	60
	Capacité et utilisation des accélérateurs linéaires .....	60
	Temps d'attente pour une radiothérapie (prêt à traiter jusqu'au traitement) .....	62
	Utilisation de la radiothérapie .....	64
	Radiothérapie adjuvante suivant une chirurgie conservatrice du sein pour les stades I et II du cancer du sein (concordance avec les lignes directrices et mesure de substitution .....	68
	Synthèse et prochaines étapes .....	71
	3.4 SOINS DE SOUTIEN ET DE SURVIE .....	72
	Dépistage de la détresse .....	72
	Résultats autodéclarés .....	74
	Lieu du décès .....	75
	3.5 RÉSULTATS À LONG TERME.....	78
	Tous les types de cancer .....	78
	Cancer du sein .....	83
	Cancer colorectal.....	85
	Cancer du poumon .....	85
	Cancer de la prostate.....	89
■	IV. PROGRESSER ENSEMBLE.....	91
■	V. RÉFÉRENCES .....	93
■	VI. ANNEXE TECHNIQUE .....	96

# Résumé

En octobre 2009, le Partenariat a publié *L'initiative sur le rendement du système – Un premier rapport annuel*, la première étape d'une approche systématique pour aborder l'évaluation de la qualité des mesures de lutte contre le cancer et de la prestation des soins de santé à travers le pays, ainsi que la préparation de rapports à ce sujet. *Le Rapport sur le rendement du système de 2010* s'appuie sur cet effort avec une mise à jour des résultats des indicateurs grâce à des données actualisées, et, lorsque cela est possible, il approfondit l'analyse sur les déterminants sociaux de la santé. On y trouvera également de nouveaux indicateurs, en particulier dans la section consacrée au diagnostic et au traitement, où les parties prenantes avaient, en 2009, identifié des lacunes relativement aux comptes rendus sur les indicateurs.

Même si le Canada a mis sur pied un système public de soins de santé à l'échelle nationale, la prestation des services est organisée à l'échelon provincial et territorial, et la lutte contre le cancer est le fait de diverses administrations selon différentes modalités d'un bout à l'autre du pays. Bien que le Canada possède un système solide d'enregistrement et de cueillette des données sur les facteurs de risque, il n'y a aucune approche nationale structurée permettant de faire état des besoins et du rendement dans l'ensemble du système de lutte contre le cancer. Le Partenariat canadien contre le cancer est un organisme indépendant, sans but lucratif financé par Santé Canada pour intensifier la lutte contre le cancer au bénéfice de tous les Canadiens et de toutes les Canadiennes. L'une des priorités du Partenariat était de mieux connaître le rendement du système de lutte contre le cancer au Canada, et de préparer des rapports à ce sujet.

*Le Rapport de 2010* est le produit d'un effort de collaboration entre le Partenariat, Statistique Canada et les organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leurs équivalents. Ces travaux ont été surveillés par le comité consultatif pancanadien sur le rendement du système, où siègent des représentants de chacune des dix provinces. Les indicateurs et leurs définitions ont été développés tout au long d'un processus de consultation de deux ans qui a mobilisé des détenteurs de connaissances et des intervenants de tous les coins du pays lors d'une série d'ateliers et de webinaires régionaux. Les données ont été recueillies auprès de Statistique Canada (le Registre canadien du cancer; l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes), les programmes provinciaux de dépistage et d'autres organisations de soins de santé. Pour les indicateurs relatifs au diagnostic et au traitement (y compris la concordance avec les lignes directrices), les données ont été recueillies auprès de chacun des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou de leurs équivalents, en fonction de spécifications précises sur les données pertinentes.



Le *Rapport de 2010* présente les indicateurs tout au long du continuum de lutte contre le cancer, de la prévention à la survie en passant par le dépistage et les soins de soutien. Il contient en outre deux sections consacrées à des thèmes particuliers :

- La section axée sur le cancer colorectal rend compte des indicateurs concernant le dépistage, le diagnostic et le traitement (y compris la concordance avec les lignes directrices), ainsi que des résultats à long terme, pour créer une vue globale de la performance du système relativement à un siège de cancer en particulier.
- La section axée sur la radiothérapie présente des indicateurs sur la capacité, l'utilisation, les temps d'attente et la concordance avec les lignes directrices, afin de fournir un portrait plus précis de la radiothérapie à l'échelle du Canada.

# Grandes lignes

- Les taux d'incidence normalisés selon l'âge pour tous les cancers au Canada sont demeurés relativement stables entre 1995 et 2006. Cependant, on constate une variation interprovinciale de ces taux en 2006, car ceux de l'Est et du Centre du Canada étaient généralement supérieurs à ceux des provinces de l'Ouest. Les taux de mortalité normalisés selon l'âge au Canada ont progressivement diminué au cours de la même période. Ici encore, la variation interprovinciale à l'égard de ces taux a été notable en 2006. Les taux de survie des patients atteints d'un cancer du sein ou d'un cancer colorectal ont augmenté au fil du temps, traduisant peut-être une amélioration des pratiques de dépistage et de traitement. Les taux de survie sur cinq ans sont demeurés faibles pour les patients atteints d'un cancer du poumon, sans aucun signe de progression.
- La recherche a montré que le risque de cancer peut être modifié par des changements de style de vie. Sur un plan positif, les données reflètent une baisse progressive des taux de tabagisme au Canada. Les autres indicateurs axés sur la prévention ne témoignent toutefois pas d'une adoption enthousiaste de modes de vie sains par les Canadiens et les Canadiennes. La décélération des taux d'abandon du tabagisme peut signaler la nécessité de redoubler d'efforts pour diminuer le risque de cancer. Les taux d'activité physique sont demeurés stables au cours des dix dernières années, et seule une petite proportion de la population canadienne est classée comme active. Par ailleurs, les taux de surpoids et d'obésité ont continué de croître, et la probabilité de dépasser les lignes directrices de consommation à faible risque a également augmenté au fil du temps.
- En ce qui concerne le dépistage, les taux de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus sont demeurés élevés et relativement stables avec le temps. En 2010, toutes les provinces ont annoncé la création ou l'élaboration de programmes de dépistage du cancer colorectal. Les taux de dépistage autodéclarés du cancer colorectal varient considérablement d'un bout à l'autre du pays; les provinces où existe un programme de dépistage mieux établi pour cette affection ont déclaré de meilleurs taux à cet égard.
- Le diagnostic d'un cancer marque le point d'entrée dans la phase de traitement pour les patients atteints de cette maladie. À l'heure actuelle, le champ de l'évaluation du rendement pour le diagnostic du cancer est limité. Les prochains rapports rendront probablement compte de cet aspect, mais entre-temps, le *Rapport de 2010* aborde certains marqueurs du processus de diagnostic. On utilise depuis peu une nouvelle technologie, les appareils de TEP, pour diagnostiquer le cancer. On remarque toutefois une importante variation interprovinciale relativement au nombre d'appareils disponibles par population et au nombre d'examen effectués par chaque appareil pour détecter le cancer. Un deuxième paramètre d'évaluation des diagnostics, le temps d'attente entre la détection d'une anomalie du sein et la résolution, a également révélé des écarts d'une province à l'autre : toutes les provinces ont déclaré des temps d'attente dans le 90<sup>e</sup> centile, bien au-delà des objectifs nationaux, en particulier dans les cas nécessitant une biopsie des tissus. Une tendance temporelle des données entre 2004 et 2008, cependant, témoigne d'une réduction des temps d'attente pour les femmes nécessitant une biopsie des tissus, ainsi que d'une diminution de la variation interprovinciale avec le temps.
- La recherche visant à évaluer l'efficacité et l'innocuité des nouvelles thérapies contre le cancer est une condition essentielle à l'efficacité des traitements et des soins. Les données montrent que la participation des enfants et des jeunes atteints d'un cancer dans les essais cliniques a été sensiblement plus élevée que celle de la population adulte. Les cancers pédiatriques ne représentent toutefois qu'environ 1 p. 100 des cas de cancer au Canada. Une plus forte participation aux essais cliniques pédiatriques en raison de la bonne organisation des essais cliniques multicentriques a été identifiée comme un facteur clé dans la hausse rapide des taux de survie des patients dans les populations pédiatriques.

- La radiothérapie est une modalité de traitement intégrée pour lutter contre le cancer. La capacité est limitée par le coût élevé des accélérateurs linéaires en termes d'immobilisations, et par la disponibilité de ressources humaines qualifiées. Un ensemble de mesures permettant d'analyser la capacité et l'utilisation des accélérateurs linéaires montrent que la disponibilité des appareils a été généralement conforme aux normes internationales, mais qu'il existe beaucoup de variabilité d'une province à l'autre dans l'utilisation de ces appareils. Ce phénomène peut s'expliquer en partie par la petite taille des populations de certaines provinces et la moindre demande qui en découle pour chaque appareil. Une analyse des temps d'attente de la radiothérapie (de « prêt à traiter » au traitement) a révélé que la plupart des cas de cancer ont été traités dans le délai limite de quatre semaines, avec quelques variations entre les provinces. Certaines provinces ont également réussi à obtenir des réductions substantielles du 90<sup>e</sup> centile des temps d'attente entre 2007 et 2009. Une mesure du pourcentage de cas de cancer traités par radiothérapie dans les deux ans suivant le diagnostic a révélé une variation dans les taux de traitement à travers le pays. Les taux interprovinciaux de traitement par groupe d'âge, cependant, étaient semblables, et les patients âgés de 80 ans et plus recevaient un peu moins de la moitié des traitements de radiothérapie par rapport aux groupes d'âge inférieur.
- Le *Rapport de 2010* contient une nouveauté : l'introduction d'indicateurs mesurant la concordance avec les lignes directrices cliniques bien établies. L'un de ces indicateurs recommande l'administration de la radiothérapie adjuvante pour les patients aux stades I et II du cancer du sein qui reçoivent une chirurgie conservatrice du sein. Les taux de concordance variaient de 68 à 86 p. 100 pour les quatre provinces qui ont fourni des données sur la mesure de concordance intégrale avec les lignes directrices. Plusieurs provinces ont eu de la difficulté à se conformer à l'obligation de relier les registres du cancer et les bases de données sur le traitement.
- Le Canada reconnaît l'importance de poursuivre l'élaboration d'indicateurs afin de rendre compte des soins de soutien et de la survie. Le *Rapport de 2010* présente une sélection d'indicateurs dans ce domaine. Une enquête auprès des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou de leurs équivalents a révélé que les provinces en sont à différentes étapes de la mise en œuvre d'outils de dépistage de la détresse dotés d'un suivi centralisé. Deux organismes suivent de façon centralisée les évaluations des symptômes pour au moins une partie de leurs patients à chaque centre de lutte contre le cancer, et plusieurs organismes mettent en œuvre un système de suivi centralisé, mais de nombreux organismes provinciaux de lutte contre le cancer n'ont pas encore annoncé leur intention de développer un mécanisme centralisé de mise en œuvre et de suivi pour l'évaluation des symptômes et la prise en charge de la détresse. Un deuxième indicateur présente les taux de satisfaction autodéclarée des patients par rapport aux soins axés sur la personne. Les enquêtes montrent que la satisfaction relativement à la prise en charge globale du cancer est très élevée, puisque toutes les provinces déclarantes sont cotées à 95 p. 100 ou plus. D'autres catégories ayant fait l'objet d'évaluations favorables sont celles du confort physique, du respect des préférences des patients et de l'accès aux soins. Ici encore, on ne dénote que peu de variation interprovinciale entre les scores. Les perceptions des patients par rapport aux soins centrés sur la personne, cependant, étaient moins favorables, puisque le soutien affectif a reçu la plus mauvaise note de satisfaction dans toutes les provinces, avec une fourchette de 44 à 59 p. 100. Enfin, les décès de patients atteints d'un cancer sont surtout survenus à l'hôpital, plutôt qu'à la maison, ou en milieu familial.
- La section spéciale axée sur le cancer colorectal vise à évaluer le rendement du système dans le continuum des soins et des résultats, en examinant un seul siège de cancer. Les taux d'incidence du cancer colorectal sont demeurés relativement stables tout au long de la dernière décennie, mais les taux de 2006 ont nettement fluctué d'une province à l'autre. Les hommes ont connu des taux d'incidence d'environ 50 p. 100 plus élevés pour le cancer colorectal par rapport aux femmes. Les Canadiens et les Canadiennes dans les zones urbaines ont connu une plus faible incidence de cancer colorectal par rapport aux populations rurales. Les taux de survie au cancer colorectal sur cinq ans étaient semblables partout au pays pour les patients diagnostiqués durant la période de 2001 à 2005. Il existe des signes anticipés que des programmes de dépistage permettront d'améliorer les taux de dépistage du cancer colorectal globalement au Canada. En outre, les futurs rapports rendront compte des enquêtes sur les taux d'incidence et de mortalité se rattachant à certains stades spécifiques du cancer colorectal afin de vérifier l'efficacité des initiatives de dépistage de cette affection au pays. En ce qui concerne les temps d'attente pour la radiothérapie contre le cancer colorectal, en 2009, quatre des six provinces déclarantes ont atteint ou largement dépassé la cible de quatre semaines d'attente de l'état « prêt à traiter » jusqu'au traitement.

- Le *Rapport de 2010* présente trois indicateurs bien établis de concordance avec les lignes directrices cliniques concernant particulièrement le cancer colorectal : la radiation néoadjuvante pour le cancer du rectum de stade II ou III, l'ablation d'au moins douze ganglions pour les résections du cancer du côlon et la chimiothérapie adjuvante contre le cancer du côlon. Une importante variation interprovinciale a été observée pour chacun de ces indicateurs. Des analyses supplémentaires seront nécessaires pour expliquer ces différences. Les taux de concordance diminuent généralement avec l'âge, surtout en ce qui concerne la chimiothérapie adjuvante contre le cancer du côlon.

L'initiative sur le rendement du système continuera à travailler en collaboration avec le comité consultatif pancanadien sur le rendement du système et avec les parties prenantes à travers le pays pour rendre compte de l'évaluation du rendement du système de lutte contre le cancer au Canada. Dans les prochains mois, le Partenariat, en collaboration avec ses partenaires provinciaux, approfondira l'examen des conclusions du *Rapport sur le rendement du système de 2010*.



# Introduction

*Le Rapport sur le rendement du système de 2010* ajoute à l'*Initiative sur le rendement du système – Un premier rapport annuel*, document publié en octobre 2009. En élaborant un ensemble initial d'indicateurs pancanadiens de haut niveau, le rapport inaugural de l'an dernier a marqué le premier pas vers une approche systématique de mesure et d'établissement de rapports sur la lutte contre le cancer au Canada. Le rapport de cette année approfondit les indicateurs actuels et ajoute de nouveaux indicateurs, notamment dans le domaine du traitement. Cet effort n'aurait pas été possible sans la collaboration exceptionnelle et l'appui inconditionnel des agences provinciales du cancer ou de leurs équivalents.

## À propos du Partenariat

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

La vision du Partenariat est d'intensifier la lutte contre le cancer au Canada en agissant comme catalyseur, au moyen d'une action coordonnée qui permettra :

- de réduire le nombre prévu de cas de cancer;
- d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes du cancer;
- de réduire le risque de décès lié au cancer pour les Canadiens et les Canadiennes;
- d'améliorer l'efficacité et l'efficience de la lutte contre le cancer.

À l'appui de sa vision, l'un des principaux mandats du Partenariat est de mesurer la qualité des soins de santé pour la lutte contre le cancer et d'en faire état. L'Initiative sur le rendement du système constitue un exemple de la manière dont cet engagement est en passe d'être concrétisé.

## L'importance de mesurer le rendement du système

Le fait de rendre compte du rendement du système permet de regrouper une mine de renseignements qui peuvent être utilisés par les agents de santé publique et les décideurs pour évaluer et améliorer les différentes façons dont un système de soins de santé répond aux besoins de sa population.

Le Canada est fier de posséder un référentiel relativement riche dans le domaine des données portant sur la lutte contre le cancer. À l'échelle nationale, Statistique Canada est l'administrateur des enquêtes et le responsable des données pour l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), qui recueille des données sur l'état de santé, l'utilisation des soins de santé et les déterminants de la santé pour la population canadienne. Statistique Canada héberge également le Registre canadien du cancer (RCC), qui permet de générer des mesures clés telles que l'incidence du cancer, la mortalité et la survie, suivant la soumission de données par les treize registres de cancer provinciaux et territoriaux. À l'échelle provinciale, les agences du cancer et leurs équivalents tiennent les registres du cancer et recueillent des données précises sur le dépistage, le diagnostic et le traitement, de même que sur les soins de soutien. Les indicateurs inclus dans le présent rapport tirent parti de la richesse de ces ensembles de données et accroissent encore leur valeur informative en établissant des couplages d'informations complexes. Les travaux sur les futurs indicateurs pourraient également fournir la chance d'établir des partenariats avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

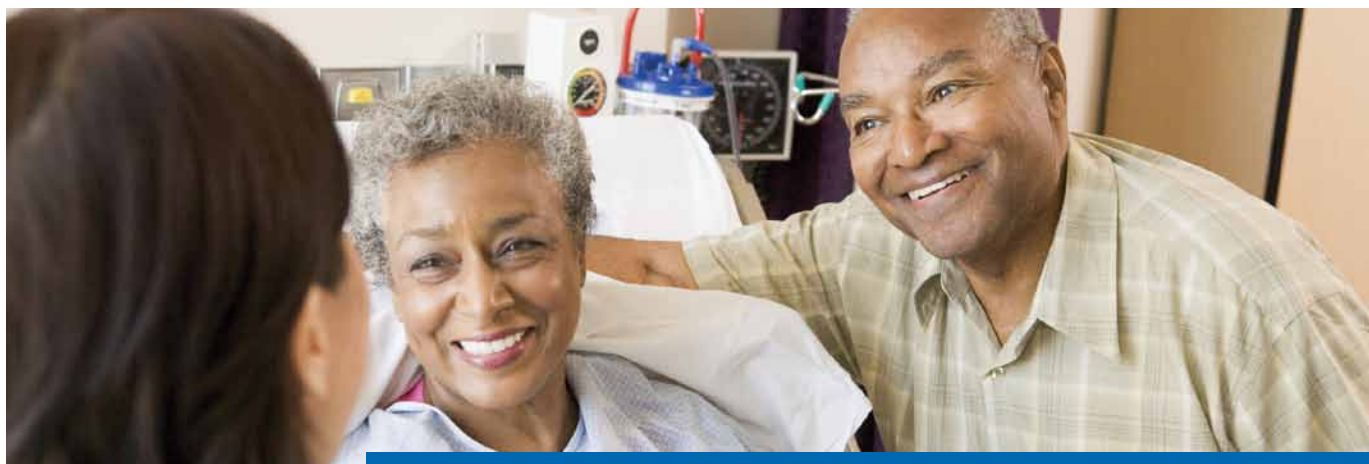
## Objectifs et normes

Les indicateurs de rendement du système aident à identifier les lacunes entre le niveau de rendement actuel et le niveau souhaité. Pour ce faire, il y a d'abord lieu d'identifier les objectifs de rendement ou, à tout le moins, les normes auxquelles comparer les résultats réels. De nombreux indicateurs de rendement ont clairement défini les objectifs nationaux (p. ex. les temps d'attente pour la radiothérapie), tandis que d'autres (p. ex. les taux d'incidence, de mortalité, de dépistage, d'abandon du tabac, etc.) n'ont pas d'objectifs explicites, malgré une directionnalité claire et souhaitable qui peut faire l'objet d'un suivi au fil du temps. Pour d'autres indicateurs, en particulier dans le domaine du traitement, la directionnalité souhaitée peut être difficile à évaluer. Dans la mesure du possible, le présent rapport fait référence aux objectifs nationaux disponibles ainsi qu'aux normes comparatives dérivées des études menées dans d'autres compétences.

En outre, il est bon de comprendre les sources de variation au sein d'un indicateur donné. Dans le présent rapport, ces variations peuvent être d'ordre géographique (caractère interprovincial, régions urbaines/rurales/isolées), temporel (tendances annuelles), démographique (âge et sexe) ou socio-économique (revenu, éducation). L'identification des lacunes dans l'établissement des rapports portant sur la lutte contre le cancer ainsi que des sources potentielles de variation au sein des indicateurs peut contribuer à faciliter l'orientation des politiques et la planification des décisions portant sur l'atteinte d'une plus grande équité dans la prestation des services de lutte contre le cancer dans l'ensemble du pays.

## Comment utiliser le *Rapport sur le rendement du système de 2010*

Un objectif clé du présent rapport vise l'établissement des priorités d'action à l'échelle nationale et provinciale, qui vont de l'augmentation de la cueillette de données et de la qualité aux initiatives portant sur les politiques, la planification et la pratique. Le présent rapport ne vise pas l'atteinte de conclusions définitives quant au rendement du système mais bien plutôt la promotion de la discussion sur les résultats des indicateurs. La discussion a été amorcée au cours de la phase de cueillette de données du présent rapport et a porté par exemple sur l'évaluation du degré auquel les différences observées dans l'ensemble des compétences étaient attribuables à des incohérences de mesure par rapport aux différences « réelles » de rendement. L'Initiative sur le rendement du système travaillera de concert avec les provinces à poursuivre la discussion, dans le but d'aider à cerner les occasions d'améliorer la qualité du système de lutte contre le cancer au cours des années à venir.



## Processus d'élaboration du présent rapport

Le présent rapport est le produit d'un effort de collaboration entre le Partenariat, Statistique Canada et les agences provinciales de lutte contre le cancer ou leurs équivalents. Les travaux ont été supervisés par le groupe de travail pancanadien sur le rendement du système, qui englobe des représentants des dix provinces. Le Partenariat a également rencontré la haute direction des Territoires du Nord-Ouest afin de dégager de futurs domaines d'intérêt en matière d'établissement de rapports susceptibles d'avoir un effet sur les collectivités rurales et isolées.

Les indicateurs et leurs définitions ont été élaborés au cours d'un processus consultatif qui s'est étiré sur une période de deux ans et qui a eu recours à des sommités et des intervenants provenant de l'ensemble du pays. Aux fins du présent rapport, les données requises pour calculer les indicateurs de la prévention, du dépistage et des résultats à long terme ont été obtenues auprès de l'ESCC et du RCC. Les données sur l'indicateur du temps d'attente pour le cancer du sein ont été recueillies auprès des programmes de dépistage provinciaux. Pour les indicateurs du diagnostic et du traitement (y compris la concordance des lignes directrices), les données ont été recueillies auprès de chacune des agences provinciales du cancer ou de leurs équivalents, suivant un cahier des charges précis (voir l'annexe technique). Les résultats préliminaires ont été examinés et validés par le groupe de travail en plusieurs étapes qui ont mené aux résultats définitifs illustrés dans le présent rapport.

## Organisation du présent rapport

Le présent rapport se concentre sur les données interprovinciales, les tendances temporelles, et les déterminants démographiques et socio-économiques de la santé, là où des données sont à la fois disponibles et significatives. Alors que le rapport de 2009 décrit les indicateurs pour lesquels des données étaient facilement accessibles, le présent rapport a élargi le débat pour inclure des mesures exigeant des couplages d'informations plus complexes entre des ensembles de données multiples. Il approfondit aussi la discussion portant sur le domaine du diagnostic et du traitement, entreprenant de ce fait d'aborder une lacune qui a été identifiée dans le rapport de 2009.

Le rapport de 2010 conserve la structure générale du rapport de 2009, présentant les indicateurs par domaine (Prévention, Dépistage, Diagnostic et traitement, Soins de soutien et survie, et Résultats à long terme). Une nouvelle dimension du présent rapport concerne l'ajout de deux sections d'intérêt spécial :

- La section sur le cancer colorectal établit des rapports sur les indicateurs du cancer colorectal dans l'ensemble du continuum de la lutte contre le cancer, ce qui permet d'obtenir une présentation intégrée sur le siège de ce cancer.
- La section sur la radiothérapie présente les indicateurs de la capacité, de l'utilisation, des temps d'attente et de la concordance des lignes directrices en vue de broser un tableau plus large de la radiothérapie dans l'ensemble du Canada.

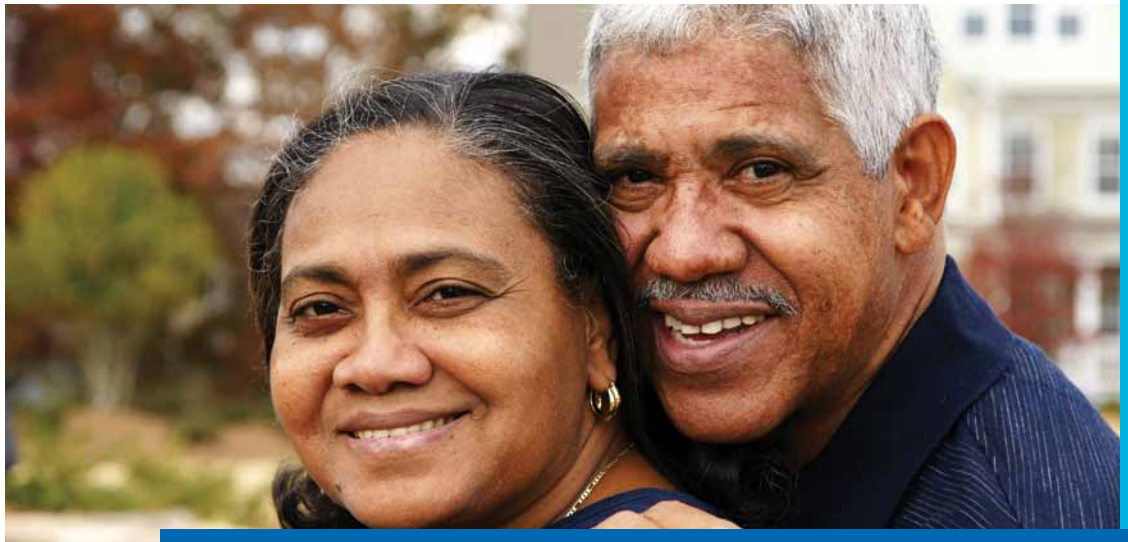


## Indicateurs – Rapport sur le rendement du système de 2010

Continuum de la lutte contre le cancer	Indicateur	Sources des données			
		ESCC	RCC	Base canadienne de données sur l'état civil	Agences provinciales/territoriales du cancer ou leur équivalent
Section axée sur le cancer colorectal	Taux de dépistage (recherche de sang occulte dans les selles ou coloscopie/sigmoïdoscopie)	✓			
	Incidence		✓		
	Mortalité		✓		
	Survie relative		✓		
	Saisie des données sur le stade du cancer colorectal				✓
	Temps d'attente pour une radiothérapie d'un cancer colorectal : prêt à traiter jusqu'au traitement				✓
	Radiothérapie néoadjuvante pour le cancer du rectum de stade II et III				✓
	Résections du côlon avec ablation d'au moins 12 ganglions lymphatiques				✓
Prévention	Chimiothérapie adjuvante pour le cancer du côlon de stade III				✓
	Prévalence du tabagisme	✓			
	Abandon du tabac	✓			
	Surpoids et obésité	✓			
	Consommation d'alcool	✓			
Dépistage	Activité physique	✓			
	Taux de dépistage du cancer du sein (mammographie)	✓			
Diagnostic et traitement	Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus (test Pap)	✓			
	Saisie de données sur le stade du cancer				✓
	Capacité de tomographie par émission de positrons et son utilisation				✓
	Temps d'attente - dépistage d'une anomalie au sein jusqu'à la résolution				✓ Programmes provinciaux de dépistage
Section axée sur la radiothérapie	Taux de participation aux essais cliniques (adultes et enfants)				✓ et C <sub>17</sub>
	Capacité et utilisation des accélérateurs linéaires				✓
	Temps d'attente pour une radiothérapie : prêt à traiter jusqu'au traitement				✓
	Utilisation de la radiothérapie				✓
Soins de soutien et de survie	Radiothérapie adjuvante pour le cancer du sein de stade I et II				✓
	Dépistage de la détresse				✓
	Résultats autodéclarés par les patients				✓
Résultats à long terme	Lieu du décès			✓	
	Taux d'incidence normalisés selon l'âge		✓		
	Taux de mortalité normalisés selon l'âge		✓		
	Taux de survie relative		✓		

L'Annexe technique donne des renseignements complémentaires sur les sources de données et les méthodes de calcul.





# Cancer colorectal — un regard convergent sur le continuum de soins

Le présent chapitre traite des indicateurs de rendement utilisés pour évaluer le dépistage, le traitement et les résultats à long terme en ce qui a trait au cancer colorectal. Il aborde donc une part importante du continuum de soins contre ce type de cancer. Le cancer colorectal est le deuxième type de cancer le plus mortel au Canada. Il continue de représenter une menace significative pour la santé et le bien-être des Canadiens et des Canadiennes. En 2010, 22 500 nouveaux cas de cancer colorectal devraient être diagnostiqués au Canada, et 9 100 Canadiens et Canadiennes succomberont à cette maladie<sup>1</sup>. Cette section, qui regroupe les données portant sur le cancer colorectal à l'échelle canadienne et qui aborde plusieurs aspects de la maladie, permet de mieux comprendre les effets de la maladie et des efforts entrepris pour la combattre à l'échelle du pays.



Bien que ce chapitre consacré au cancer colorectal n'aborde pas directement la prévention, la section de ce rapport qui traite de la prévention (pages 32 à 43) présente des données à propos de la situation des Canadiens et des Canadiennes par rapport à des facteurs de risque de cancer colorectal qui peuvent être modifiés, tels que le tabagisme, le surpoids ou l'obésité, la consommation d'alcool et l'inactivité physique.

De nombreuses provinces ont récemment mis sur pied des programmes structurés de dépistage du cancer colorectal, et celles qui ne se sont encore pas dotées d'un tel programme ont annoncé leur intention d'en créer un. Bien que l'on ne dispose pas à l'heure actuelle d'indicateurs canadiens permettant d'évaluer les programmes de dépistage du cancer colorectal à l'échelle canadienne, l'ESCC a compilé des données sur le taux de dépistage autodéclaré. Ces données sont présentées dans la présente section à titre d'indicateurs : **Changement du pourcentage de la population (50 à 74 ans) déclarant avoir subi un test de dépistage par la RSOS, une sigmoïdoscopie ou une coloscopie pour une raison quelconque ou sans avoir aucun symptôme.**

L'étude des traitements contre le cancer colorectal repose sur des indicateurs de haut niveau, dont la **Saisie de données sur le stade du cancer** et le **Temps d'attente pour une radiothérapie contre le cancer colorectal**. De plus, cette section présente trois paramètres bien établis de concordance avec les lignes directrices cliniques qui régissent les traitements contre la maladie : **Radiothérapie néoadjuvante pour le cancer du rectum de stade II et de stade III**, **Résections du côlon avec ablation d'au moins 12 ganglions lymphatiques** et **Chimiothérapie adjuvante pour le cancer du côlon de stade III**.

Ce chapitre à propos du cancer colorectal fait état des indicateurs de résultats à long terme, dont l'**Incidence** (résultats en matière de prévention), la **Mortalité** et la **Survie relative** (résultats en matière de dépistage et de traitement). Lorsque c'est possible, le rapport présente des analyses portant sur les déterminants sociaux de la santé au Canada, dont le quintile de revenu, le niveau d'éducation et le lieu de résidence (urbain, rural ou isolé).

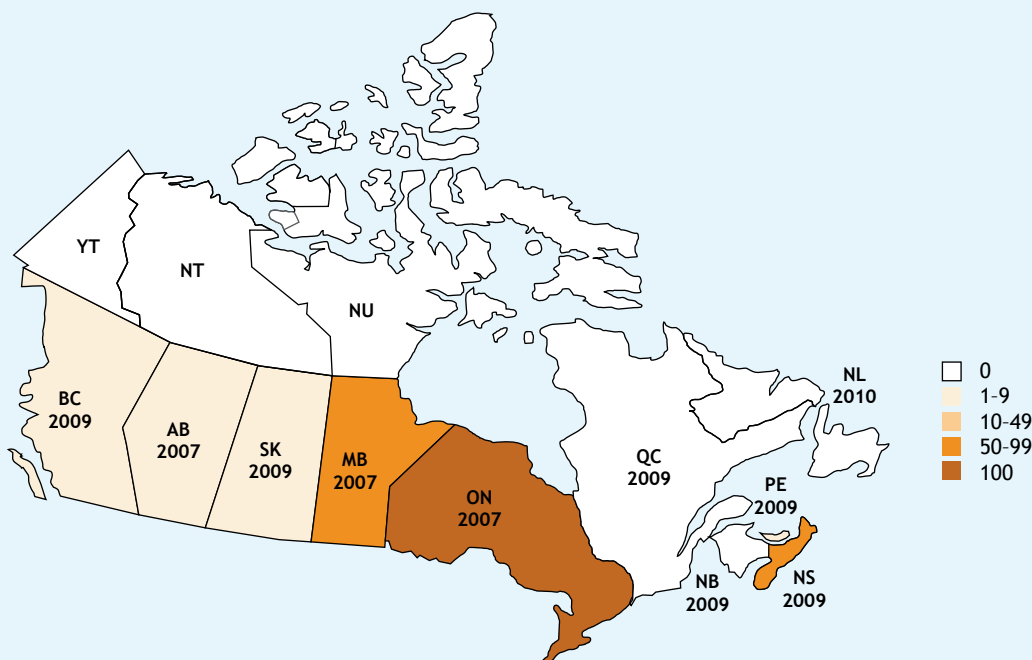
## 2.1 Dépistage du cancer colorectal

Les données probantes et les analyses systématiques de la documentation démontrent que le dépistage réduit le taux de mortalité et l'incidence du cancer colorectal<sup>2-5</sup>.

Reconnaissant l'importance du dépistage par rapport à l'issue du cancer colorectal, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a publié des lignes directrices en 2001<sup>6</sup>. La publication de ces lignes directrices a été suivie par celle des recommandations pour la population qui ont été émises par le Comité national sur le dépistage du cancer colorectal. Ce comité a été mis sur pied par Santé Canada en 2002<sup>7</sup>. En 2010, toutes les provinces s'étaient dotées ou avaient annoncé la mise sur pied de programmes de dépistage du cancer colorectal. Tous ces programmes font appel aux tests de dépistage du sang occulte dans les selles (test au gaïac ou test immunochimique) à titre de test de dépistage initial et recommandent que toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen passent ce test. La coloscopie est le test diagnostique généralement recommandé comme test de suivi à un résultat positif à une recherche de sang occulte dans les selles ou pour les personnes très vulnérables. On a parfois recours à la coloscopie ou à la sigmoïdoscopie comme test de dépistage du cancer colorectal.

Les résultats préliminaires semblent indiquer que les programmes de dépistage contribueront à accroître les taux globaux de dépistage au Canada. La Figure 1 présente l'accès à des programmes structurés de dépistage du cancer colorectal au Canada et la date à laquelle leur création a été annoncée. À l'heure actuelle, l'Ontario est la seule province qui dispose d'un programme structuré de dépistage du cancer colorectal auquel l'ensemble de la population a accès.

**Figure 1 : Accès à des programmes structurés de dépistage du cancer colorectal au Canada**



L'intensité des portions ombragées illustre le pourcentage de la population cible ayant accès à des programmes structurés de dépistage du cancer colorectal. L'année de l'annonce du programme accompagne le nom de la province.

Source des données : programmes de dépistage du cancer colorectal au Canada

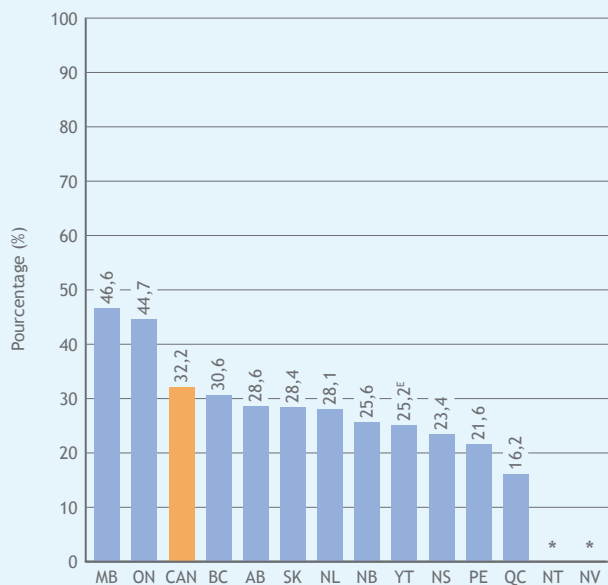
# Changement du pourcentage de la population (50 à 74 ans) déclarant avoir subi un test de dépistage par la RSOS, une sigmoïdoscopie ou une coloscopie sans avoir aucun symptôme

L'indicateur de dépistage du cancer colorectal repose sur les données d'autodéclaration recueillies par l'ESCC. Le sondage de l'ESCC de 2008 comportait des questions portant sur le dépistage du cancer colorectal pour l'ensemble des provinces et des territoires. Les données tiennent compte des personnes qui ont déclaré avoir subi un test de dépistage par la RSOS, une sigmoïdoscopie ou une coloscopie. Elles ont pour but de dresser un tableau complet du dépistage du cancer colorectal au Canada. La portée de cet indicateur ne se limite donc pas seulement aux programmes structurés de dépistage.

Les données de l'ESCC font la distinction entre les personnes qui déclarent avoir subi un test de dépistage *sans avoir aucun symptôme* (dépistage régulier) et celles qui en ont subi un pour *une raison quelconque* (dont les tests de confirmation de diagnostic et les tests de suivi). En 2008, les taux de tests de dépistage du cancer colorectal autodéclaré chez les personnes âgées de 50 à 74 ans variaient d'un endroit à l'autre au Canada, soit de 16 p. 100 au Québec à 47 p. 100 au Manitoba. La moyenne nationale était de 32 p. 100 (Figure 2). Ces pourcentages sont considérablement plus élevés lorsque l'on tient compte de l'ensemble des tests effectués pour une raison quelconque. Ils varient alors de 27 p. 100 au Québec à 55 p. 100 au Manitoba (Figure 3). L'écart entre les pourcentages de tests de dépistage effectués chez des personnes n'ayant aucun symptôme et ceux effectués pour une raison quelconque variait de 5 p. 100 au Yukon à 11 p. 100 à l'Île-du-Prince-Édouard (ces données ne sont pas illustrées).

**Figure 2**

Pourcentage de la population (50 à 74 ans) déclarant avoir subi un test de dépistage par la RSOS, une sigmoïdoscopie ou une coloscopie sans avoir aucun symptôme  
PAR PROVINCE ET TERRITOIRE – ESCC, 2008



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

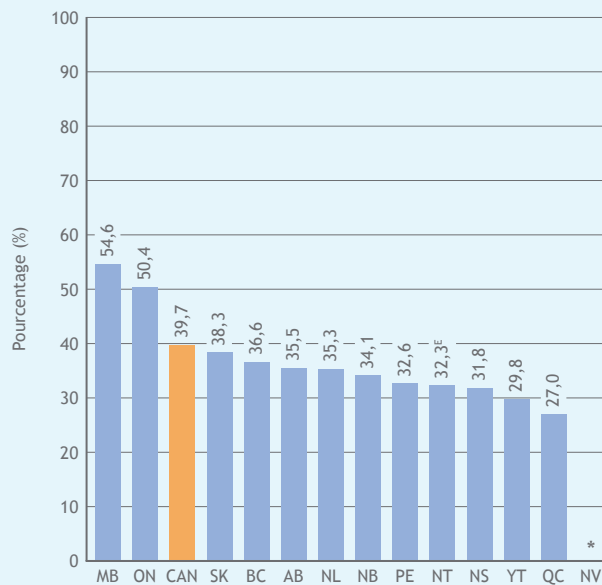
Source des données : Statistique Canada,

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

<sup>E</sup> Interpréter avec prudence, car le coefficient varie de 16,6 % à 33,3 %.

**Figure 3**

Pourcentage de la population (50 à 74 ans) déclarant avoir subi un test de dépistage par la RSOS, une sigmoïdoscopie ou une coloscopie pour une raison quelconque  
PAR PROVINCE ET TERRITOIRE – ESCC, 2008



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

Source des données : Statistique Canada,

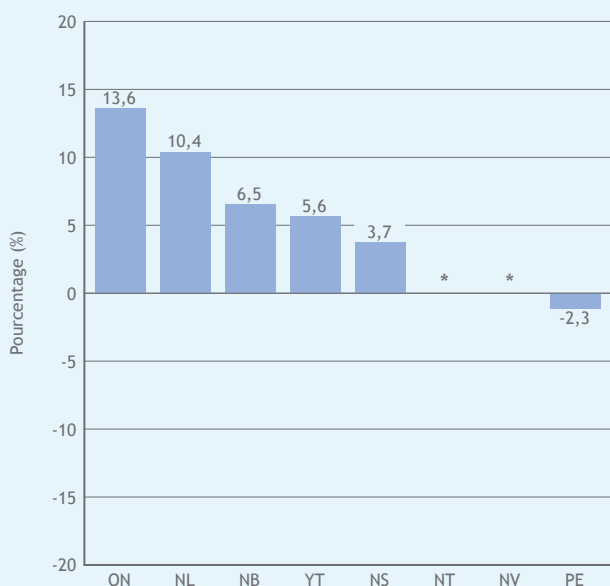
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

<sup>E</sup> Interpréter avec prudence, car le coefficient varie de 16,6 % à 33,3 %.

La Figure 4 décrit l'écart entre les taux de dépistage (effectués chez des personnes n'ayant aucun symptôme) pour chacune des provinces qui ont participé aux cycles de l'ESCC en 2005 et en 2008. On observe une augmentation du taux de participation au test du dépistage dans cinq des six provinces qui ont participé aux deux cycles. L'augmentation la plus marquée a été observée en Ontario, soit 14 %. En 2008, les taux de participation aux tests de dépistage par la RSOS, une sigmoïdoscopie ou une coloscopie (personnes n'ayant aucun symptôme) ont été plus élevés chez les personnes âgées de 60 à 74 ans que chez celles ayant entre 50 et 59 ans, ils étaient respectivement 38 p. 100 et 28 p. 100 (Figure 5). L'écart du taux de participation aux tests de dépistage était infime chez les hommes et chez les femmes.

**Figure 4**

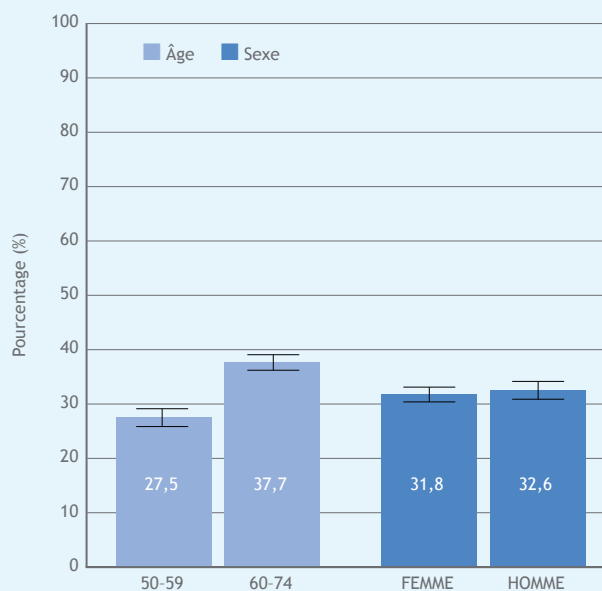
Changement du pourcentage de la population (50 à 74 ans) déclarant avoir subi un test de dépistage par la RSOS, une sigmoïdoscopie ou une coloscopie sans avoir aucun symptôme  
DIFFÉRENCE ENTRE 2005 ET 2008, PAR PROVINCE ET TERRITOIRE – ESCC, 2005 ET 2008



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

**Figure 5**

Pourcentage de la population (50 à 74 ans) déclarant avoir subi un test de dépistage par la RSOS, une sigmoïdoscopie ou une coloscopie sans avoir aucun symptôme  
PAR ÂGE ET SEXE, CANADA – ESCC, 2008



Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

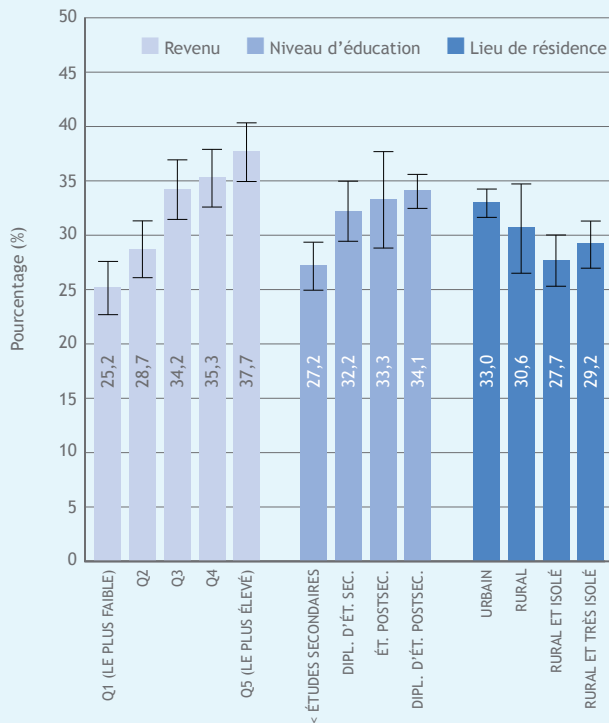
Dans le cycle de l'ECSS de 2008, on a observé un taux de participation plus élevé aux tests de dépistage chez les personnes appartenant aux quintiles de revenu et ayant les niveaux d'éducation les plus élevés (Figure 6). Lorsque l'on a étudié le taux de participation aux tests de dépistage du cancer colorectal au Canada, on a observé un taux moins élevé chez les personnes qui vivent dans des régions « rurales et isolées » et « rurales et très isolées », par rapport à celles qui vivent dans des « régions urbaines ». Pour connaître les définitions de « urbaine », « rurale », « rurale et isolée » et « urbaine et très isolée », consultez la page 113 de l'Annexe technique).

<sup>a</sup> Le lieu de résidence au Canada a été analysé à l'aide d'un concept élaboré par Statistique Canada. Ce concept repose sur la taille de la collectivité et les déplacements de la force de travail dans les régions urbaines. Il subdivise les collectivités rurales selon le degré d'isolement rural. Pour faciliter la compréhension de ce rapport, les trois sous-catégories rurales sont divisées en région « rurale », région « rurale et isolée » et région « rurale et très isolée ». D'après les données du Recensement de 2006, 81 % de la population canadienne vivait en région « urbaine », 4 % en région « rurale », 7 % en « région rurale et isolée » et 8 % en région « rurale et très isolée ».



**Figure 6**

Pourcentage de la population (50 à 74 ans) déclarant avoir subi un test de dépistage par la RSOS, une sigmoidoscopie ou une coloscopie sans avoir aucun symptôme  
 PAR QUINTILE DE REVENU, NIVEAU D'ÉDUCATION ET LIEU DE RÉSIDENCE, CANADA – ESCC, 2008



Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
 Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes





## 2.2 Traitement du cancer colorectal

Le cancer colorectal est une maladie qui se traite lorsqu'on la décèle à un stade précoce. Le taux de survie globale à cinq ans est de 62 %. Il varie toutefois de 75 % à 95 % chez les personnes atteintes d'un cancer colorectal de stade I et II. Cette moyenne est d'environ 55 % pour les personnes atteintes d'un cancer colorectal de stade III (le taux de survie varie énormément au sein d'un stade selon le degré d'affection des ganglions lymphatiques)<sup>1</sup>. Le principal traitement contre le cancer colorectal est la chirurgie. On a toutefois recours à la chimiothérapie et à la radiothérapie avant et après l'intervention chirurgicale. Pour améliorer le taux de succès, on fait parfois appel à la radiothérapie préopératoire pour réduire la taille de la tumeur avant l'intervention. La chimiothérapie ou la radiothérapie postopératoire peut aussi être utilisée pour faciliter l'élimination de toutes les traces résiduelles des cellules cancéreuses et réduire le taux de récurrence.

L'accès à des données sur le stade du cancer est de toute première importance pour assurer l'exactitude des diagnostics, pour déterminer le pronostic, pour procéder à la planification des traitements et pour recommander des essais cliniques aux patients. Les stades du cancer colorectal varient de 0 à IV. Chacun de ces stades décrit à quel point le cancer affecte les parois du côlon et le nombre de ganglions environnants affectés. Ils permettent également de déterminer si le cancer s'est propagé à d'autres parties du corps. En 1990, le comité de travail du Congrès mondial de gastroentérologie a recommandé l'exérèse et l'examen d'au moins 12 ganglions afin d'assurer que le drainage lymphatique des sites de la tumeur a éliminé les métastases<sup>8</sup>. Depuis, de nombreux essais cliniques se sont penchés sur les bienfaits de l'exérèse de ganglions dans le traitement contre le cancer colorectal. En ce qui a trait aux taux de survie et de récurrence, les études et les lignes directrices internationales ont démontré que l'exérèse d'au moins 12 ganglions contribuait à améliorer la survie chez les patients atteints d'un cancer colorectal de stade I ou II<sup>9</sup>.

De nombreuses études cliniques ont démontré les bienfaits associés au recours approprié à la chirurgie, à la radiothérapie, à l'exérèse de ganglions et à la chimiothérapie dans le traitement contre le cancer colorectal. Ces essais ont contribué à l'élaboration de lignes directrices cliniques à l'échelle locale, provinciale et nationale<sup>10,11,12</sup>. La concordance permet d'évaluer l'observance pratique de ces lignes directrices cliniques. Les indicateurs de concordance avec les lignes directrices cliniques présentés dans ce rapport tiennent compte de lignes directrices bien établies qui offrent une démonstration claire et sans équivoque à propos des modalités recommandées dans le traitement contre le cancer colorectal. Des mesures de substitutions ont également été incluses pour que les provinces qui n'avaient pas compilé les données requises puissent calculer les mesures de concordance à l'ensemble des lignes directrices.

Les données sur les indicateurs qui sont utilisées dans la section qui porte sur les traitements ont été obtenues directement auprès des agences provinciales de lutte contre le cancer ou de leurs équivalents par l'entremise d'un sondage mené dans le cadre de la production de ce rapport. Elles comprennent :

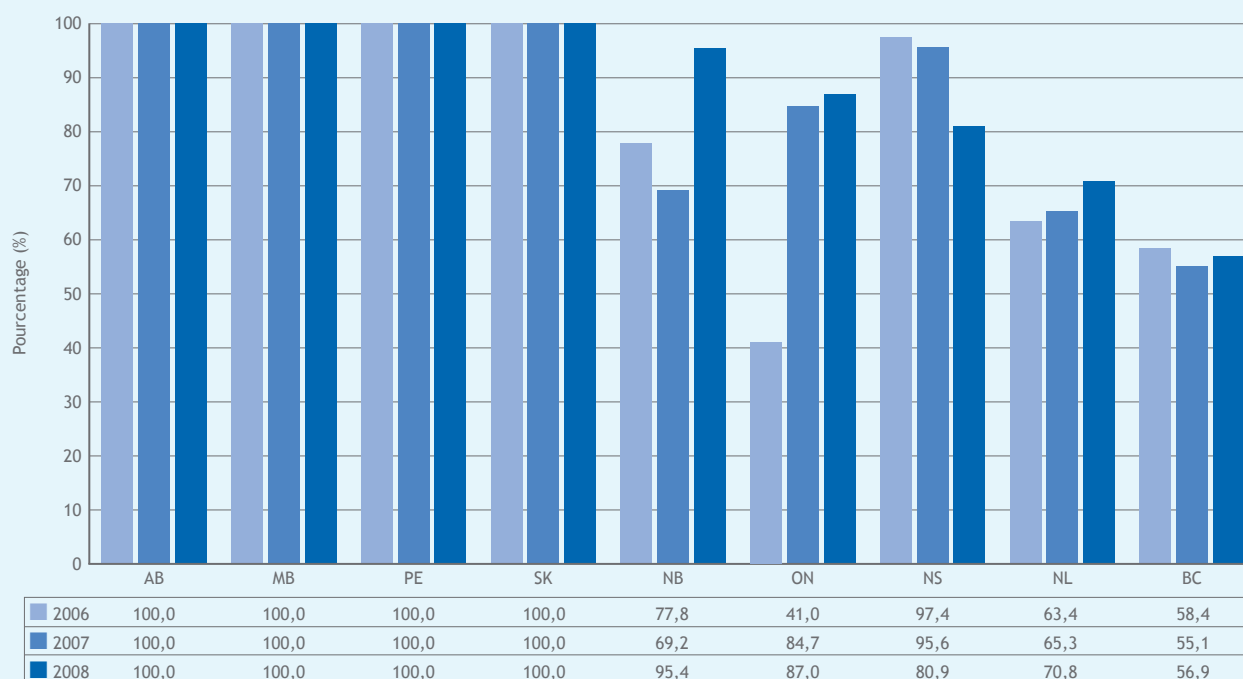
- **Saisie des données sur le stade du cancer colorectal**
- **Temps d'attente pour une radiothérapie d'un cancer colorectal : prêt à traiter jusqu'au traitement**
- **Radiothérapie néoadjuvante pour le cancer du rectum de stade II et de stade III (concordance avec les lignes directrices et mesures de substitution)**
- **Résections du côlon avec ablation d'au moins 12 ganglions lymphatiques (concordance avec les lignes directrices)**
- **Chimiothérapie adjuvante pour le cancer du côlon de stade III (concordance avec les lignes directrices et mesures de substitution)**

## Saisie des données sur le stade du cancer colorectal

La saisie de données centralisées sur le stade du cancer permet d'élaborer des indicateurs de rendement pertinents pour l'ensemble du système. Les données sur le stade du cancer peuvent être assignées par des membres du personnel clinique et déclarées aux agences provinciales de lutte contre le cancer (à l'aide du système de la Classification TNM élaboré par l'American Joint Committee on Cancer/Union internationale contre le cancer) ou à partir de données prélevées directement dans les dossiers des patients (méthodologie de stadification conjointe). Dans le cadre de ce rapport, neuf provinces ont présenté des données portant sur le pourcentage de cas de cancer colorectal diagnostiqués en 2006, 2007 et 2008 pour lesquels des données à propos du stade du cancer sont disponibles (Figure 7). Au Québec, les données sur le stade du cancer ne sont pas compilées dans un registre centralisé. De nombreux hôpitaux de cette province maintiennent toutefois un registre sur le stade du cancer. On procède actuellement à l'intégration du Fichier des tumeurs dans le *Registre québécois du cancer*, celui-ci constituera un registre centralisé de données sur le stade du cancer. En mars 2010, on croit que 44 p. 100 des cas de cancer colorectal au Québec étaient compilés dans les registres locaux. En 2007, soit l'année au cours de laquelle les indicateurs de concordance avec les lignes directrices qui sont contenues dans ce rapport ont été calculés, le pourcentage de cas de cancer colorectal pour lesquels les données sur le stade du cancer étaient saisies variait de 55 p. 100 à 100 p. 100. Six des neuf provinces affichaient un taux supérieur à 80 p. 100, et la moyenne générale était de 82 p. 100. À noter, l'Alberta, le Manitoba, l'Île-du-Prince-Édouard et la Saskatchewan ont tous déclaré un taux de saisie des données de plus de 100 p. 100 pour les cas diagnostiqués au cours de ces trois années. De nombreuses provinces accordent une attention toute particulière au cancer colorectal, l'un des quatre types de cancer les plus courants. Le Partenariat coordonne actuellement un programme national de collaboration portant sur la déclaration du stade du cancer colorectal (et trois autres types de cancer) pour les cas diagnostiqués en 2010.

**Figure 7**

Pourcentage de nouveaux cas pour lesquels des données sur le stade du cancer sont recueillies par les agences provinciales de lutte contre le cancer – cancer colorectal  
TENDANCES TEMPORELLES PAR PROVINCE – CAS DIAGNOSTIQUÉS ENTRE 2006 ET 2008



Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

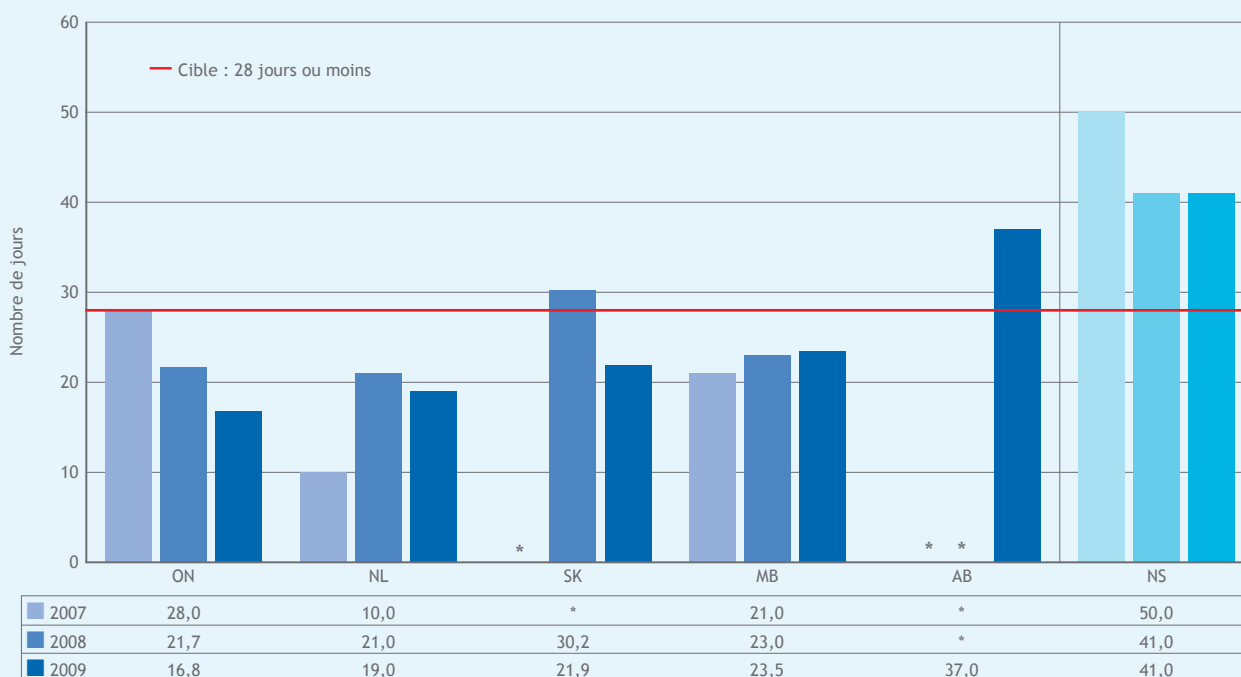
## Temps d'attente pour une radiothérapie d'un cancer colorectal : prêt à traiter jusqu'au traitement

Cet indicateur mesure la durée de l'intervalle entre le moment où le patient est prêt à subir une radiothérapie et le début de sa première séance (prêt à traiter jusqu'au traitement). Les intervalles sont tirés du *Rapport final du conseiller fédéral sur les temps d'attente (2006)*. Celui-ci comporte une liste de paramètres nationaux en matière d'accès aux soins. Il recommande que 90 % des patients soient sous radiothérapie dans un délai de 4 semaines après avoir été jugés aptes à recevoir un traitement<sup>13</sup>.

Les données sur le cancer colorectal dévoilées par six provinces pour les années 2007 à 2009 démontrent que le 90<sup>e</sup> percentile du temps d'attente variait de 10 à 28 jours en 2007, de 21 à 30 jours en 2008, et de 17 à 37 jours en 2009 (Figure 8). Ces résultats semblent indiquer que le 90<sup>e</sup> percentile du temps d'attente s'est amélioré au cours de ces trois années. La réduction du temps d'attente n'est toutefois pas uniforme à l'échelle canadienne. En 2007 et en 2008, trois des provinces qui ont présenté des données ont atteint les temps d'attente visés (c.-à-d. égal ou inférieur). En 2009, le temps d'attente était bien inférieur à 28 jours dans six provinces qui ont présenté des données. Dans d'autres provinces (Terre-Neuve-et-Labrador et Manitoba) le 90<sup>e</sup> percentile du temps d'attente s'est prolongé. On doit noter que les écarts en matière de définition du temps d'attente d'une province à l'autre peuvent expliquer certains des écarts observés. On notera également que ce n'est que depuis 2010 que la Nouvelle-Écosse recueille des données à propos de la date à laquelle un patient était jugé apte à recevoir un traitement (prêt à traiter). Pour cette raison, le temps d'attente dans cette province pour les années 2007 à 2009 n'est pas comparé à celui des autres provinces (ces temps d'attente sont présentés séparément à la droite de la figure). Pour obtenir une liste de la définition de « prêt à traiter » d'une province à l'autre, consultez le Tableau B de l'Annexe technique.

**Figure 8**

90<sup>e</sup> percentile du temps d'attente moyen en jours pour la radiothérapie – cancer colorectal  
TENDANCE TEMPORELLE PAR PROVINCE – 2007 à 2009



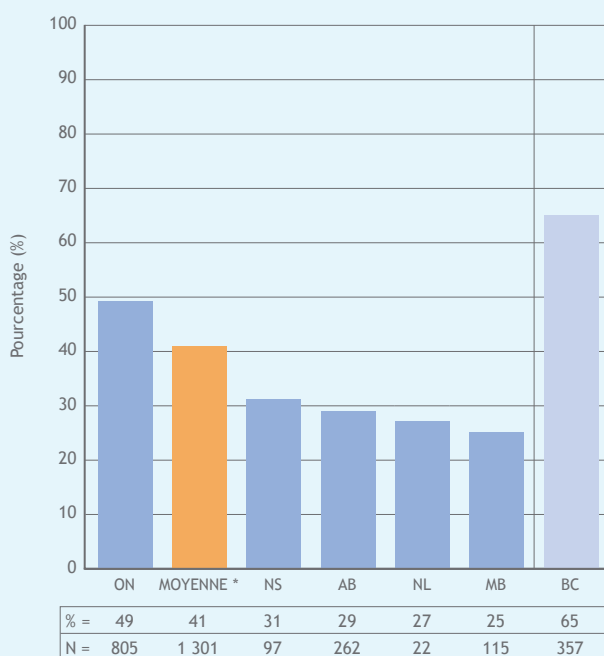
Avant 2009, la N.-É. ne faisait pas le suivi de la date « prêt à traiter ».  
\* Données non disponibles.  
Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

## Radiothérapie néoadjuvante pour le cancer du rectum de stade II et III (concordance avec la ligne directrice et mesure de substitution à la ligne directrice)

Il a été démontré que la radiothérapie néoadjuvante (préopératoire) améliore l'issue de la chirurgie chez les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III (localement avancé). Dans le cadre de ce rapport, six provinces ont présenté des données permettant de calculer la concordance avec les lignes directrices : « Pourcentage de cas de cancer du rectum de stade II et III ayant subi une radiothérapie avant la résection chirurgicale ». Les taux de concordance avec les lignes directrices varient de 25 p. 100 à 49 p. 100. La moyenne générale était de 41 p. 100 parmi les provinces qui ont présenté des données (Figure 9). Les taux de concordance de la Colombie-Britannique apparaissent dans la figure suivante et les figures subséquentes, ils ne sont toutefois pas inclus dans les moyennes puisque ces données ne tiennent compte que des cas assignés à des centres de traitement contre

**Figure 9**

Concordance avec les lignes directrices : Pourcentage de cas de cancer du rectum de stade II et III ayant subi une radiothérapie avant la résection chirurgicale RADIOTHÉRAPIE AYANT COMMENCÉ DANS LES 120 JOURS QUI ONT PRÉCÉDÉ LA CHIRURGIE, PAR PROVINCE – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2007



Les données de la C.-B. ne tiennent compte que des cas assignés aux centres de traitement contre le cancer.

\* Le calcul de la « Moyenne » ne tient pas compte des données de la C.-B.  
Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

le cancer, plutôt que de l'ensemble de la population. À noter, on ne s'attend pas à ce que le taux de concordance soit égal à 100 p. 100. Des raisons valables peuvent justifier l'absence de la concordance avec une ligne directrice, dont des situations dans le cadre desquelles des patients ne peuvent pas poursuivre un traitement pour des raisons médicales ou le refus de la part d'un patient de poursuivre une radiothérapie. La comparaison des tendances n'en offre pas moins un paramètre utile valable pour tenter d'évaluer les différents modèles de soins prodigués aux patients.

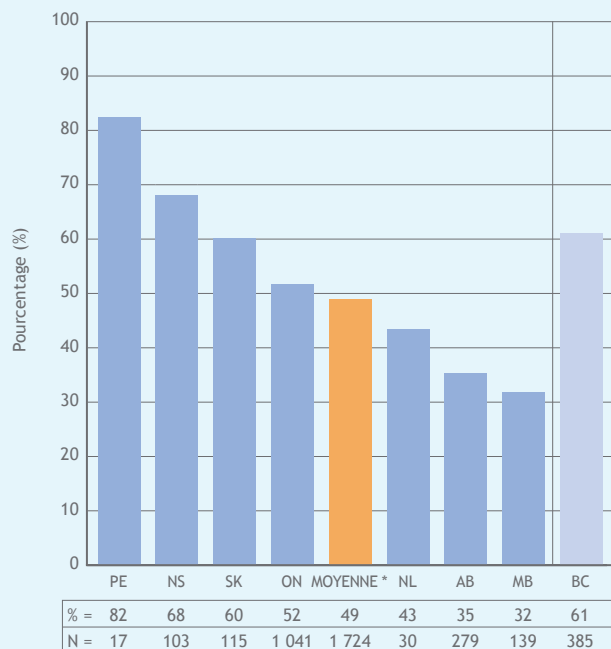
Puisque plusieurs provinces n'étaient pas en mesure de présenter des données à propos des interventions chirurgicales chez les patients atteints d'un cancer qui permettraient de calculer les indicateurs de concordance avec les lignes directrices, un indicateur de substitution a été créé. Cet indicateur a été défini comme suit : « Pourcentage de cas de cancer du rectum de stade II et III ayant subi une radiothérapie dans les 120 jours qui ont suivi le diagnostic ». L'indicateur de substitution offre une approximation de la radiothérapie néoadjuvante. Elle ne garantit toutefois pas hors de tout doute que l'intervention chirurgicale a eu lieu dans tous les cas qui ont été relevés ou que la radiothérapie a eu lieu avant l'intervention chirurgicale. Le délai de 120 jours a été choisi, car il est représentatif de la prestation de la radiothérapie dans un contexte préopératoire (comparativement à un traitement de deuxième intention ou à un traitement palliatif).

Huit provinces ont présenté des données permettant de calculer l'indicateur « de substitution » (Figure 10). Les taux provinciaux variaient de 32 p. 100 à 82 p. 100, et la moyenne globale était de 49 p. 100 parmi les provinces qui ont présenté des données. Le fait que les taux des mesures de substitution sont plus élevés que la mesure de concordance avec les lignes directrices permet de croire qu'une proportion considérable des personnes atteintes d'un cancer colorectal reçoivent une radiothérapie postopératoire. On observe ce cas tout particulièrement en Nouvelle-Écosse, où le taux de la mesure de substitution est à peu près deux fois plus élevé que le taux de concordance avec les lignes directrices. Les lignes directrices thérapeutiques préconisent la radiothérapie postopératoire en l'absence d'une radiothérapie préopératoire.

**Figure 10**

Mesure de substitution des lignes directrices : Pourcentage de cas de cancer du rectum de stade II et III ayant subi une radiothérapie

DANS LES 120 JOURS SUIVANT LE DIAGNOSTIC, PAR PROVINCE – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2007



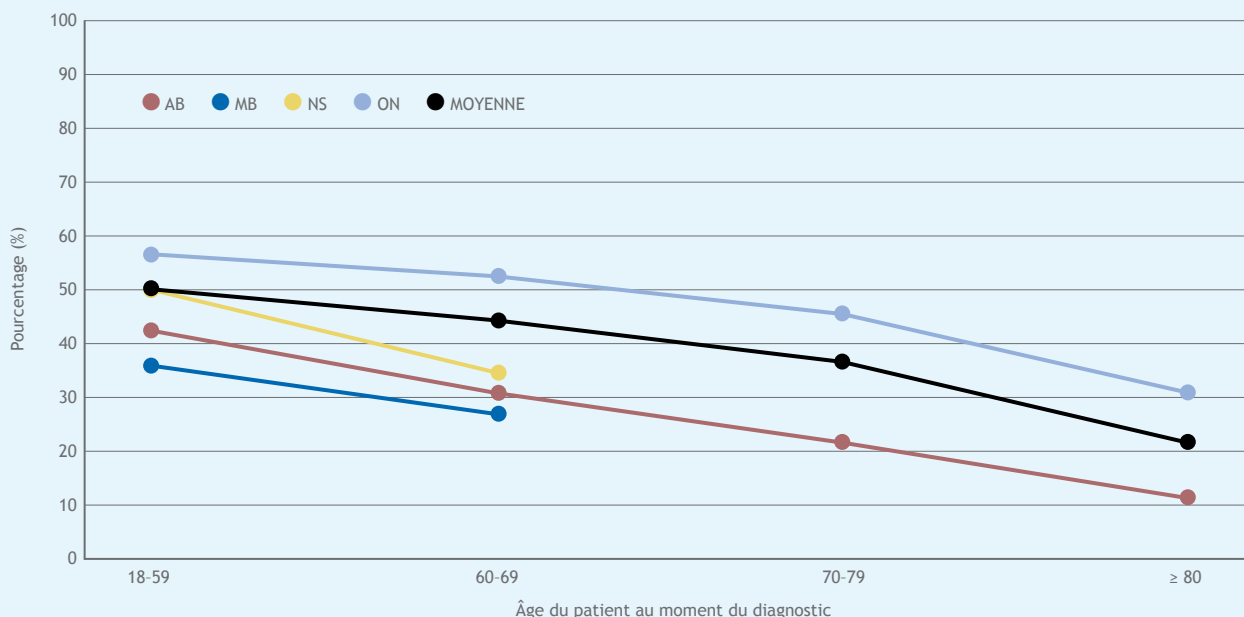
Les données de la C.-B. ne tiennent compte que des cas assignés aux centres de traitement contre le cancer.

\* Le calcul de la « Moyenne » ne tient pas compte des données de la C.-B.  
Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

Cinq provinces ont présenté des données permettant la stratification selon l'âge de la mesure de conformité avec les lignes directrices (Figure 11). Les données présentées par Terre-Neuve-et-Labrador ont été supprimées parce qu'elles étaient insuffisantes. Bien que les taux provinciaux varient dans chaque catégorie, un pourcentage plus élevé de patients âgés de 18 à 79 ans que de patients âgés de 80 ans ou plus a été traité conformément aux lignes directrices. En fait, le taux de concordance avec les lignes directrices chez les patients âgés de 80 ans ou plus était moins de la moitié de celui observé chez les personnes âgées de 18 à 59 ans (Figure 11 : « Moyenne »). Avec le vieillissement de la population, il sera de plus en plus important de comprendre de quelle manière les pratiques thérapeutiques varient d'un groupe d'âge à un autre et quels sont les autres facteurs, tels que les affections concomitantes, qui entrent en jeu dans les tendances observées. Les rapports ultérieurs exploreront cet aspect plus en détail.

**Figure 11**

Concordance avec les lignes directrices : Pourcentage de cas de cancer du rectum de stade II et III ayant subi une radiothérapie avant la résection chirurgicale  
 RADIOTHÉRAPIE AYANT COMMENCÉ DANS LES 120 JOURS QUI ONT PRÉCÉDÉ LA CHIRURGIE, PAR GROUPE D'ÂGE DE PATIENTS –  
 DIAGNOSTICS POSÉS EN 2007

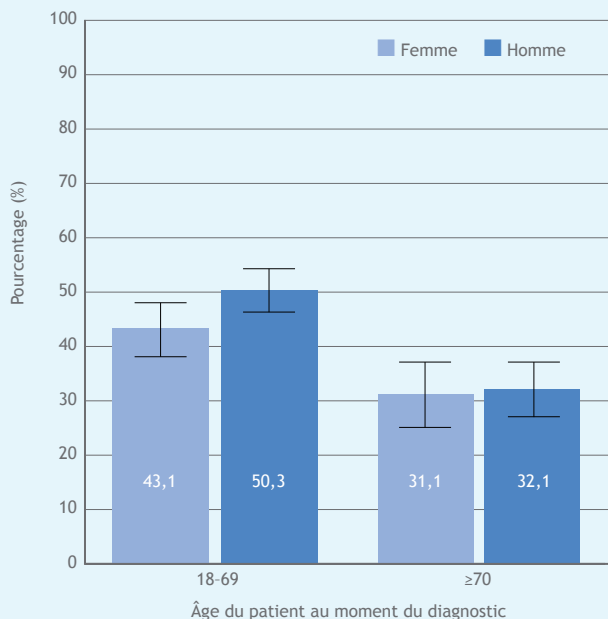


Certaines données ont été supprimées parce qu'elles étaient insuffisantes, dont toutes les données recueillies à T.-N.-L.  
 Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

**Figure 12**

Concordance avec les lignes directrices : Pourcentage de cas de cancer du rectum de stade II et III ayant subi une radiothérapie avant la résection chirurgicale  
 RADIOTHÉRAPIE AYANT COMMENCÉ DANS LES 120 JOURS QUI ONT PRÉCÉDÉ LA CHIRURGIE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE DES PATIENTS –  
 DIAGNOSTICS POSÉS EN 2007

Les données présentées par l'ensemble des provinces ont été combinées afin de pouvoir présenter les effets de l'âge et du sexe sur la mesure de concordance avec les lignes directrices. Aucun écart statistiquement significatif n'a été observé entre les hommes et les femmes par rapport au taux de concordance (Figure 12).



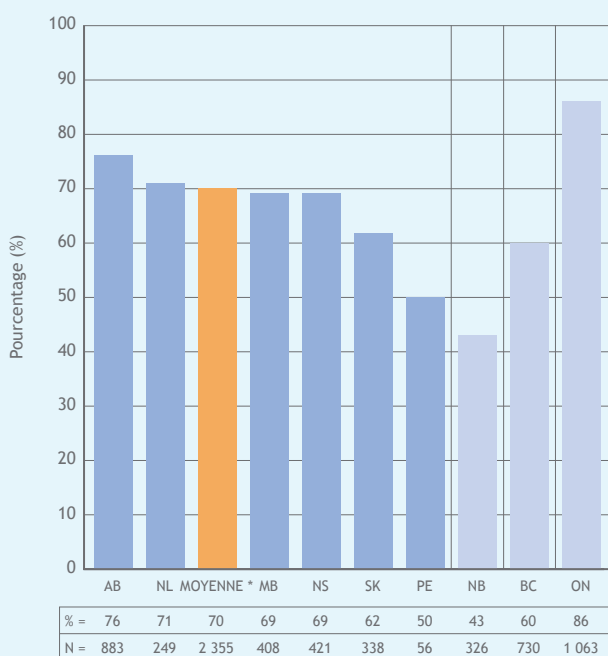
Moyenne des provinces ayant soumis des données (dont l'Alb., le Man., T.-N., la N.-É. et l'Ont.).  
 Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
 Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

# Résections du côlon avec ablation ou examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques (concordance avec les lignes directrices)

Dans ce rapport, neuf provinces ont présenté des données qui permettent de calculer l'indicateur : « Pourcentage de résections du côlon avec exérèse ou examen d'au moins 12 ganglions – diagnostiqués en 2007 » (Figure 13). Les taux de concordance avec les lignes directrices variaient de 50 p. 100 à 76 p. 100 d'une province à l'autre. La moyenne était de 70 p. 100 pour les six provinces qui ont présenté des données qui sont uniformes avec les critères des indicateurs. Les taux présentés par le Nouveau-Brunswick, la Colombie-Britannique et l'Ontario n'ont pas été inclus dans la moyenne. Le Nouveau-Brunswick n'a présenté des données que pour 2008, et les ensembles d'échantillons de la données de la C.-B. ne tiennent compte que des cas traités dans des centres de traitement contre le cancer. Celles de l'Ontario ne comprennent que des hôpitaux qui produisent des rapports de pathologie synoptiques.)

**Figure 13**

Concordance avec les lignes directrices : Pourcentage de résections du côlon avec exérèse ou examen d'au moins 12 ganglions  
CAS DE CANCER DU CÔLON DIAGNOSTIQUÉS EN 2007, PAR PROVINCE



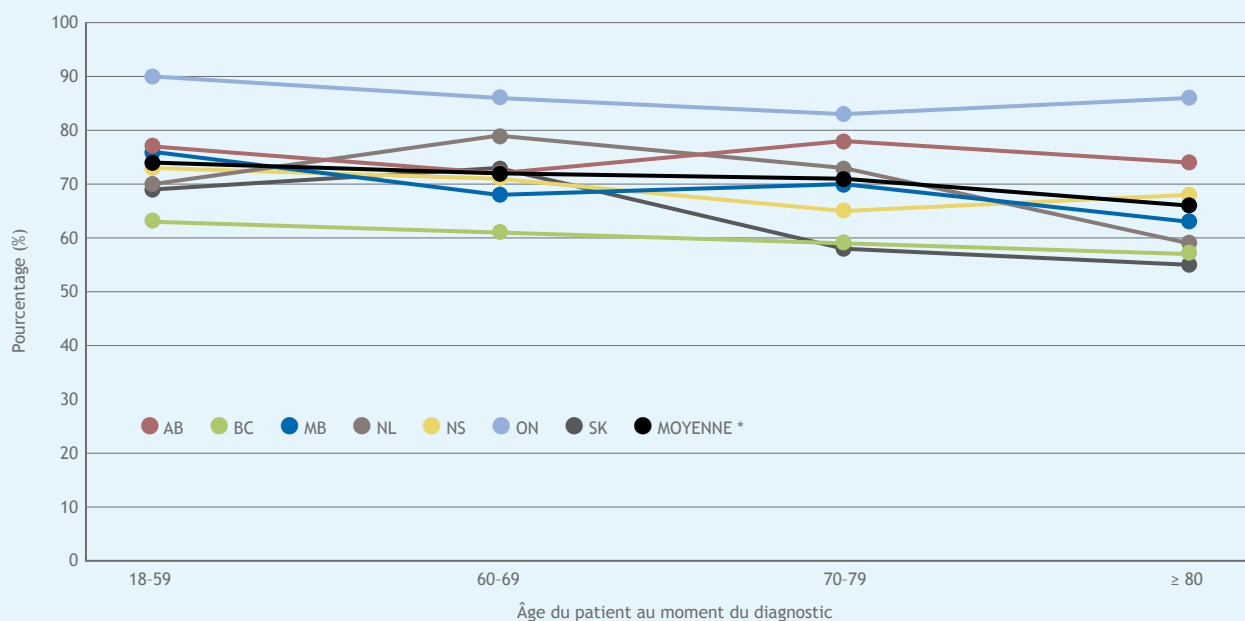
Les données de l'Ont. sont celles de 2009 et ne tiennent compte que des hôpitaux produisant des rapports de pathologie synoptiques.  
Les données du N.-B. sont celles de 2008.  
Les données de la C.-B. ne tiennent compte que des cas assignés aux centres de traitement contre le cancer.  
\* Le calcul de la « Moyenne » ne tient pas compte des données de l'Ont., de la C.-B. et du N.-B.  
Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

La Figure 14 donne le pourcentage de résections du côlon avec exérèse ou examen d'au moins 12 ganglions par groupes d'âge et par province. On constate que la concordance générale semble légèrement plus faible chez les groupes plus âgés (66 p. 100 chez les personnes de 80 ans ou plus comparativement à 74 p. 100 chez les groupes de 60 ans ou moins). Cette conclusion est conforme à celles d'autres études similaires sur la population qui ont été effectuées ailleurs dans le monde<sup>14,15</sup>. La tendance associée à l'âge est toutefois beaucoup moins marquée que celles observées par rapport à d'autres indicateurs de concordance avec une ligne directrice. L'étude des effets combinés de l'âge et du sexe sur la concordance avec une ligne directrice ne dévoile aucune différence significative entre les hommes et les femmes âgés de 18 à 69 ans, par rapport aux personnes âgées de 70 ans ou plus (Figure 15). Ce résultat est conforme avec les conclusions des études internationales citées antérieurement.



**Figure 14**

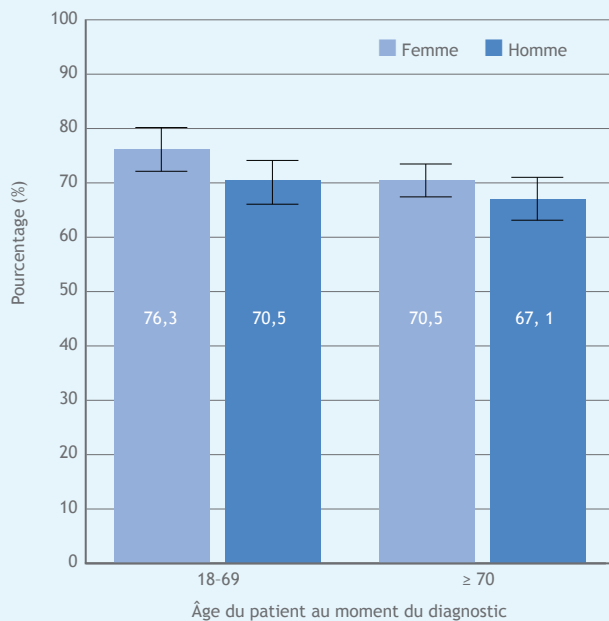
Concordance avec les lignes directrices : Pourcentage de résections du côlon avec exérèse ou examen d'au moins 12 ganglions  
CAS DE CANCER DU CÔLON DIAGNOSTIQUÉS EN 2007, PAR GROUPE D'ÂGE DE PATIENTS



Les données de l'Ont. sont celles de 2009 et ne tiennent compte que des hôpitaux produisant des rapports de pathologie synoptiques.  
Les données de la C.-B. ne tiennent compte que des cas assignés aux centres de traitement contre le cancer.  
\* Le calcul de la « Moyenne » ne tient pas compte des données de la C.-B. et de l'Ont.  
Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

**Figure 15**

Concordance avec les lignes directrices : Pourcentage de résections du côlon avec exérèse ou examen d'au moins 12 ganglions  
CAS DE CANCER DU CÔLON DIAGNOSTIQUÉS EN 2007, SELON L'ÂGE ET LE SEXE DES PATIENTS



Moyenne des provinces ayant soumis des données (dont l'Alb., le Man, T.-N., la N.-É. et la Sask.).  
Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

## Rapports synoptiques

Les rapports synoptiques font référence à l'adoption de listes normalisées de vérification accessible en format électronique et à une structure de rapport validée.

Les études de recherche ont démontré une corrélation bénéfique entre le recours à des listes normalisées de vérification et le caractère exhaustif de l'information recueillie<sup>16</sup>. Le style et le format d'un rapport synoptique favorisent la cueillette de toutes les données pertinentes, réduisent le risque d'interprétation erronée et le besoin de fournir des éclaircissements, de poser des questions ou de devoir présenter des explications additionnelles. De cette façon, les rapports synoptiques contribuent à améliorer les soins prodigués aux patients, car ils rationalisent le processus clinique<sup>17</sup>. Les normes et les lignes directrices cliniques peuvent aussi être intégrées dans les rapports synoptiques à l'endroit même où les soins sont prodigués, ce qui contribue à sensibiliser davantage les professionnels de la santé et à accroître l'observance des normes cliniques en matière de soins<sup>18</sup>.

Deux provinces font figure de pionniers en matière de rapports synoptiques au Canada, soit l'Alberta, l'Alberta Cancer Board (maintenant l'Alberta Health Services), où du personnel clinique à l'échelle régionale a créé des modèles de rapports chirurgicaux qui sont accessibles sur le Web, et l'Ontario, où Action cancer Ontario a créé des modèles de rapports de pathologie synoptique s'inspirant des listes de vérification proposées par le College of American Pathologists. Les deux provinces ont un taux élevé de concordance avec les lignes directrices en matière d'exérèse de ganglions lymphatiques.

Le Partenariat a mis sur pied des programmes d'envergure nationale en matière de rapports synoptiques (chirurgie et pathologie), dans le but de faciliter l'élaboration et l'adoption de normes qui régiront les rapports pour certains types de cancer.

## Chimiothérapie adjuvante pour le cancer du côlon de stade III (concordance avec les lignes directrices et mesure de substitution à la ligne directrice)

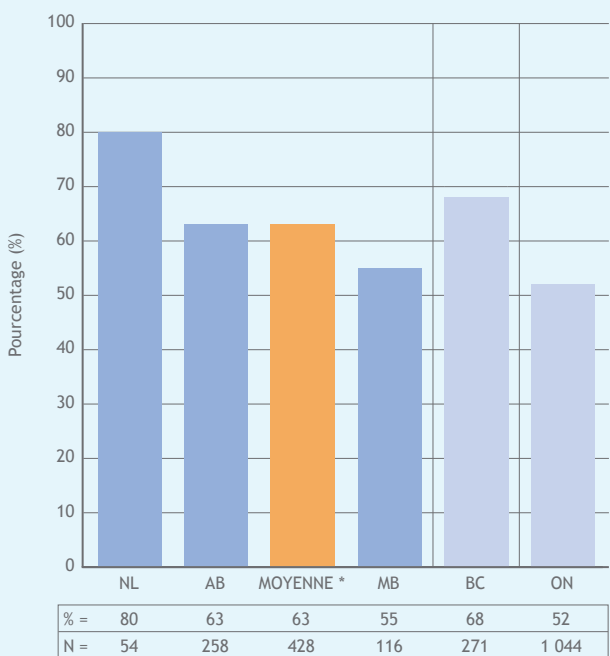
Les données probantes obtenues lors des essais cliniques laissent sous-entendre que l'administration d'une chimiothérapie adjuvante (postopératoire) aux patients atteints d'un cancer du côlon de stade III produit de meilleurs résultats qu'une simple résection chirurgicale. Cinq provinces ont présenté des données permettant de calculer l'indicateur : « Pourcentage de cas de cancer du côlon de stade III ayant subi une chimiothérapie dans les 120 jours qui ont suivi la chirurgie » (Figure 16). Une mesure de substitution a également été utilisée pour inclure les provinces qui n'étaient pas parvenues à présenter des données permettant de calculer intégralement

la concordance avec les lignes directrices. Sept provinces ont présenté des données permettant de calculer la mesure de substitution : « Pourcentage de cas de cancer du côlon de stade III ayant subi une chimiothérapie ayant commencé moins d'un an, mais plus de 120 jours après le diagnostic (sans se restreindre seulement aux cas ayant subi une résection) » (Figure 17). Les données présentées par la Colombie-Britannique et par la Nouvelle-Écosse n'ont pas été utilisées pour le calcul de la moyenne, puisqu'elles ne portent que sur les patients ayant été traités dans des centres de traitement contre le cancer. Les données présentées par l'Ontario n'ont pas été utilisées pour le calcul de la moyenne, parce qu'elles ne tiennent pas compte de la chimiothérapie administrée par voie orale. Cette restriction a des répercussions sur la possibilité de comparer les résultats, puisqu'un nombre de plus en plus élevé de personnes atteintes d'un cancer du côlon reçoivent un traitement administré par voie orale, plutôt qu'un traitement intraveineux.

Le taux de concordance avec les lignes directrices dans les trois provinces qui ont présenté des données permettant de calculer l'indicateur variait de 55 p. 100 à 80 p. 100 (Figure 16). En ce qui a trait à la mesure de substitution, le taux pour les quatre provinces qui ont présenté des données variait de 54 p. 100 à 76 p. 100 (Figure 17).

**Figure 16**

Concordance avec les lignes directrices : Pourcentage de cas de cancer du côlon de stade II et III ayant subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale CHIMIOTHÉRAPIE AYANT COMMENCÉ DANS LES 120 JOURS QUI ONT SUIVI LA CHIRURGIE, PAR PROVINCE – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2007



Les données de l'Ont. ne tiennent pas compte de la chimiothérapie puisque ces données ne sont pas déclarées de manière fiable à Action cancer Ontario.

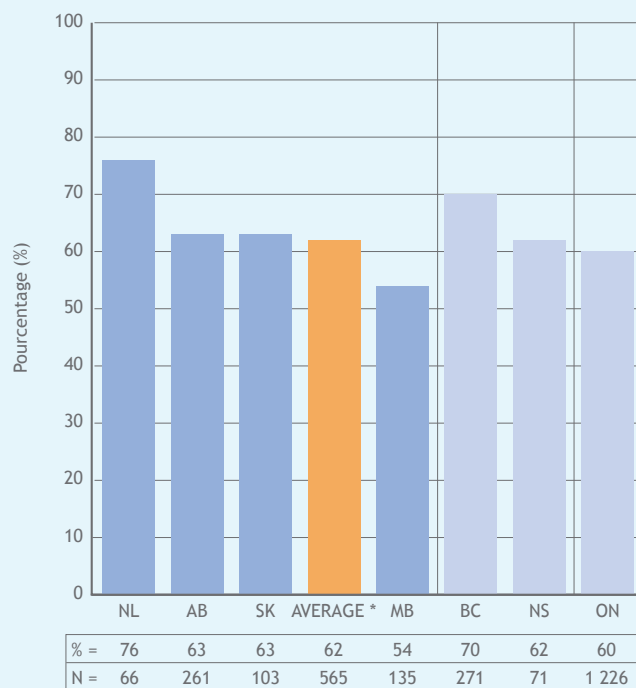
Les données de la C.-B. ne tiennent compte que des cas assignés aux centres de traitement contre le cancer.

\* Le calcul de la « Moyenne » ne tient pas compte des données de la C.-B. et de l'Ont.

Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

**Figure 17**

Mesure de substitution des lignes directrices : Pourcentage de cas de cancer du côlon de stade III ayant subi une chimiothérapie CHIMIOTHÉRAPIE AYANT COMMENCÉ MOINS DE 1 AN MAIS PLUS DE 120 JOURS APRÈS LE DIAGNOSTIC, PAR PROVINCE – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2007



Les données de l'Ont. ne tiennent pas compte de la chimiothérapie puisque ces données ne sont pas déclarées de manière fiable à Action cancer Ontario.

Les données de la C.-B. ne tiennent compte que des cas assignés aux centres de traitement contre le cancer.

Les données de la N.-É. ne tiennent compte que des patients desservis par la région régionale de la santé du Cap-Breton et par celle de la capitale provinciale, parce que les données portant sur la chimiothérapie ne sont saisies que lorsqu'elles proviennent des centres de traitement contre le cancer.

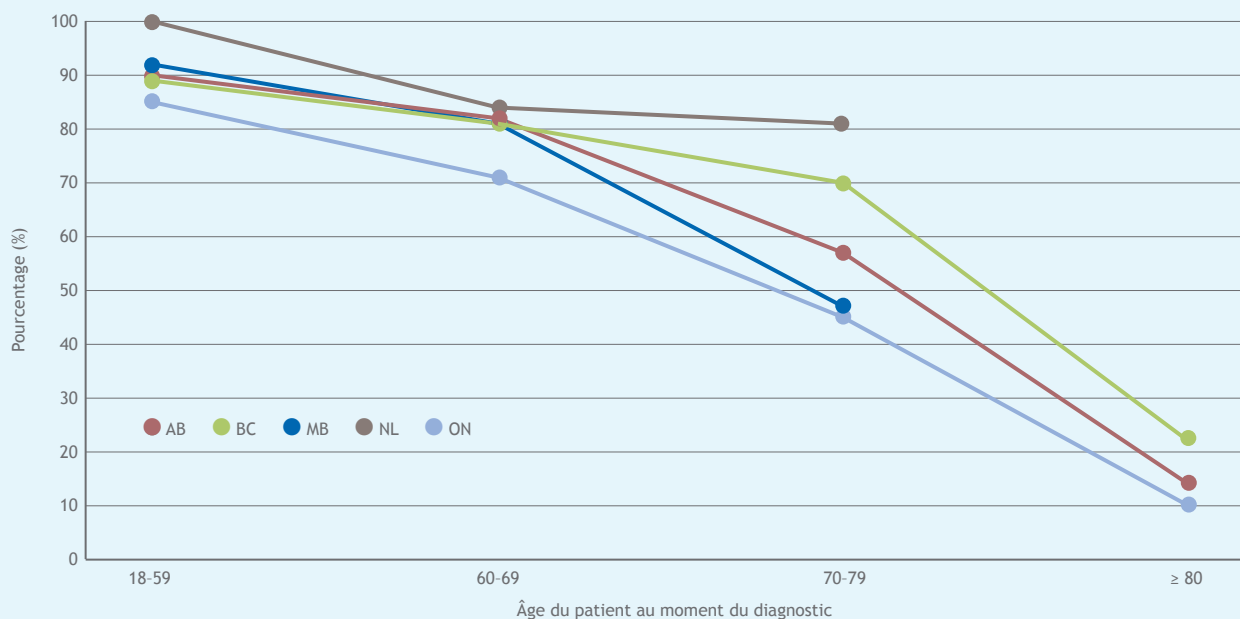
\* Le calcul de la « Moyenne » ne tient pas compte des données de la C.-B., de l'Ont. et de la N.-É.

L'analyse du taux de concordance avec les lignes directrices par groupes d'âges de patients a révélé que des tendances se dégagent pour les taux de concordance dans l'ensemble des provinces. Comme la Figure 18 le démontre, il semble y avoir une corrélation très étroite entre l'âge du patient et le taux de concordance avec les lignes directrices. Un pourcentage très élevé des patients (85 p. 100 à 100 p. 100) âgés de 60 ans ou moins a été traité conformément aux lignes directrices dans les provinces qui ont présenté des données. Par contre, les taux de concordance étaient moins élevés (variant de 71 p. 100 à 85 p. 100) chez les patients âgés de 60 à 69 ans. Ce déclin était encore plus marqué chez les patients âgés de 70 à 79 ans (variant de 45 p. 100 à 80 p. 100).

Les taux de traitement décroissants selon l'âge pourraient être attribuables en partie à la présence de facteurs propres aux patients (p. ex. présence d'une affection concomitante ou autres indications), ce qui est souvent le cas chez les patients plus âgés, qui pourraient avoir des répercussions sur le rapport entre les avantages et les risques de la chimiothérapie chez ces patients. La plupart des essais cliniques menés auprès de patients plus âgés rapportent toutefois des taux de survie et des profils de toxicité semblables à ceux observés chez des patients plus jeunes<sup>19</sup>. Une analyse groupée portant sur l'innocuité et l'efficacité de la chimiothérapie chez les personnes atteintes d'un cancer du côlon n'a toutefois révélé aucune différence entre les patients âgés de 70 ou plus et les patients âgés de 70 ans ou moins<sup>20</sup> (bien que les données ne sont pas suffisantes pour permettre une évaluation adéquate de la situation chez les patients âgés de 80 ans ou plus). Le fait que les patients plus âgés sont plus nombreux à refuser la chimiothérapie est une autre explication qui pourrait expliquer cette tendance. Des sondages menés en France et aux États-Unis en 2003 auprès de patients atteints d'un cancer ont démontré que 78 p. 100 des patients français et 71 p. 100 des patients américains âgés de 70 ans ou plus étaient disposés à poursuivre une chimiothérapie intensive qui pouvait les guérir, prolonger leur vie ou soulager leurs symptômes<sup>21</sup>. Le phénomène du rapport entre les modèles thérapeutiques et l'âge des patients sera exploré plus en détail dans les rapports ultérieurs.

**Figure 18**

Concordance avec les lignes directrices : Pourcentage de cas de cancer du côlon de stade II et III ayant subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale  
CHIMIOTHÉRAPIE AYANT COMMENCÉ DANS LES 120 JOURS QUI ONT SUIVI LA CHIRURGIE, PAR GROUPE D'ÂGE DE PATIENTS – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2007

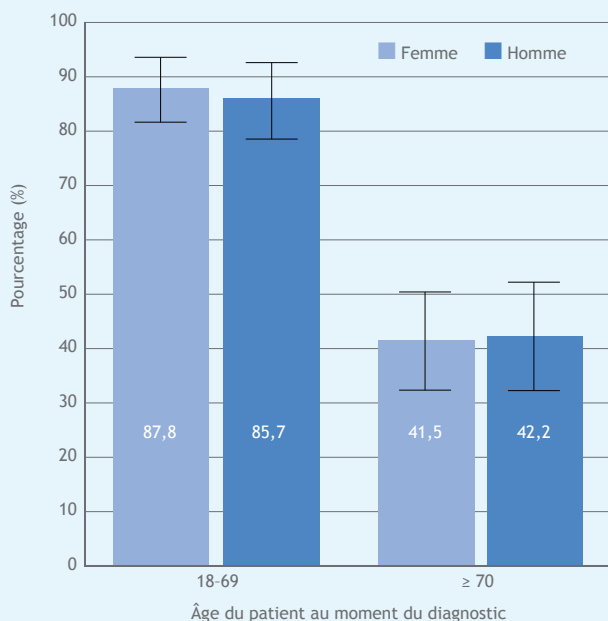


Certaines données ont été supprimées parce qu'elles étaient insuffisantes.  
Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

Aucune différence significative sur le plan statistique en matière de concordance avec les lignes directrices n'a été observée par rapport aux taux de traitement chez les hommes et chez les femmes âgés de 18 à 69 ans, par rapport aux personnes âgées de 70 ans ou plus (Figure 19).

**Figure 19**

Concordance avec les lignes directrices : Pourcentage de cas de cancer du côlon de stade II et III ayant subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale CHIMIOTHÉRAPIE AYANT COMMENCÉ DANS LES 120 JOURS QUI ONT SUIVI LA CHIRURGIE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE DES PATIENTS – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2007



Moyenne des provinces ayant soumis des données (dont l'Alb., le Man. et T.-N.).

Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

## 2.3 Résultats à long terme dans le traitement contre le cancer colorectal

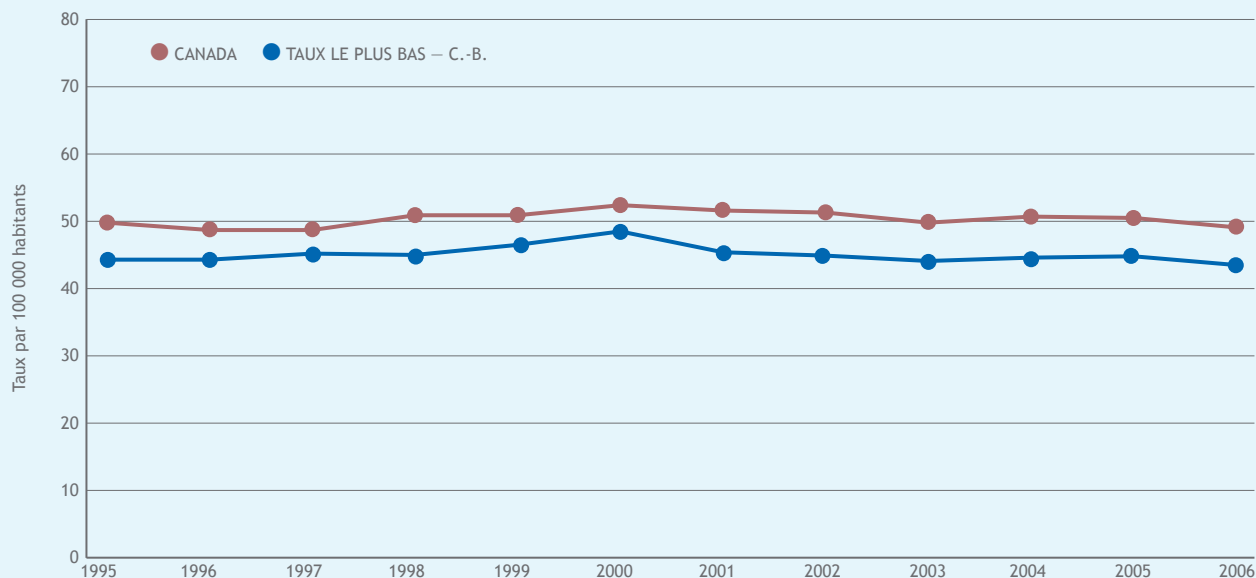
Cette section présente des données portant sur l'incidence, la mortalité et la survie du cancer colorectal. On fait souvent appel aux taux normalisés selon l'âge pour étudier l'incidence et la mortalité, puisque cette façon de procéder permet d'effectuer des comparaisons qui tiennent compte de différentes répartitions selon l'âge. Il est important de se rappeler que ces taux ont été normalisés selon l'âge et que l'on ne peut donc pas s'en servir pour calculer le nombre de cas ou de décès ou les utiliser à des fins de répartition des ressources.

### Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer colorectal

De 1995 à 2006, les taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer colorectal au Canada sont demeurés relativement stables. Ils représentaient approximativement 50 nouveaux cas par 100 000 personnes pendant la période de temps mesurée (Figure 20). Les taux d'incidence normalisés selon l'âge en 2003 et 2007 étaient de 61 nouveaux cas pour 100 000 hommes et de 41 nouveaux cas pour 100 000 femmes. On a toutefois relevé des écarts d'incidence considérables d'un bout à l'autre du pays, soit une différence de 50 à 60 p. 100 entre le taux le plus bas en Colombie-Britannique (53 par 100 000 hommes et 37 par 100 000 femmes) et le taux le plus élevé à Terre-Neuve-et-Labrador (85 par 100 000 hommes et 55 par 100 000 femmes) (Figure 21).

Figure 20

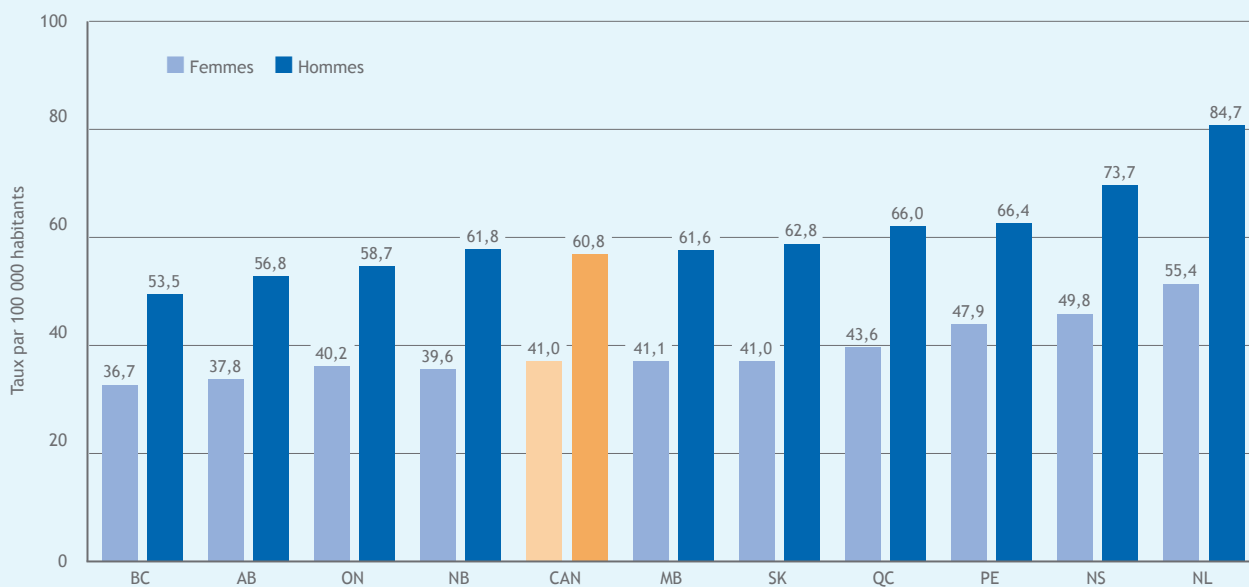
Taux d'incidence normalisés selon l'âge – cancer colorectal  
CANADA ET PROVINCE AYANT LE TAUX LE PLUS BAS – 1995 À 2006



Remarque : Le taux le plus bas ne tient compte que des provinces ayant au moins 1 million d'habitants.  
Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

Figure 21

Taux d'incidence normalisés selon l'âge – cancer colorectal  
PAR PROVINCE, PAR SEXE – 2003 À 2007

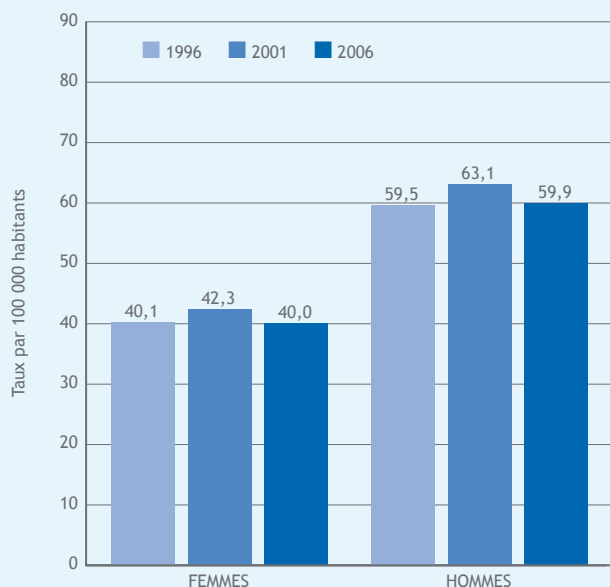


Analysé par : Division de la surveillance et du contrôle des maladies chroniques, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada  
Source : Statistiques canadiennes sur le cancer, 2011 (sous presse)  
Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

La comparaison des taux d'incidence normalisés selon l'âge chez les hommes et chez les femmes sur une période d'évaluation de 10 ans, soit de 1996 à 2006, permet de relever que les taux d'incidence de cancer colorectal ont constamment été environ 50 p. 100 plus élevés chez les hommes que chez les femmes (Figure 22). En 2006, les taux d'incidence normalisés selon l'âge variaient légèrement d'un lieu géographique de résidence à un autre au Canada, variant de 47 par 100 000 personnes en milieu urbain à 53 par 100 000 personnes dans les régions « rurales et très isolées » (Figure 23). En 2006, la différence entre les taux d'incidence normalisés selon l'âge était très faible, peu importe le quintile de revenu ou le degré d'éducation. Les tendances pour ces deux variables étaient également similaires chez les hommes et chez les femmes (ces données ne sont pas illustrées).

**Figure 22**

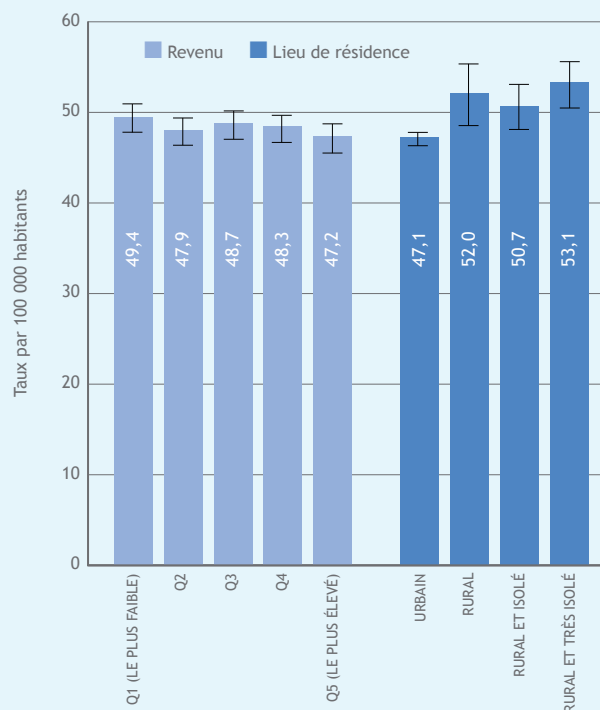
Taux d'incidence normalisés selon l'âge – cancer colorectal  
TENDANCE TEMPORELLE PAR SEXE, CANADA – 1996 À 2006



Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

**Figure 23**

Taux d'incidence normalisés selon l'âge – cancer colorectal  
PAR QUINTILE DE REVENU ET LIEU DE RÉSIDENCE, CANADA – 2006



Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

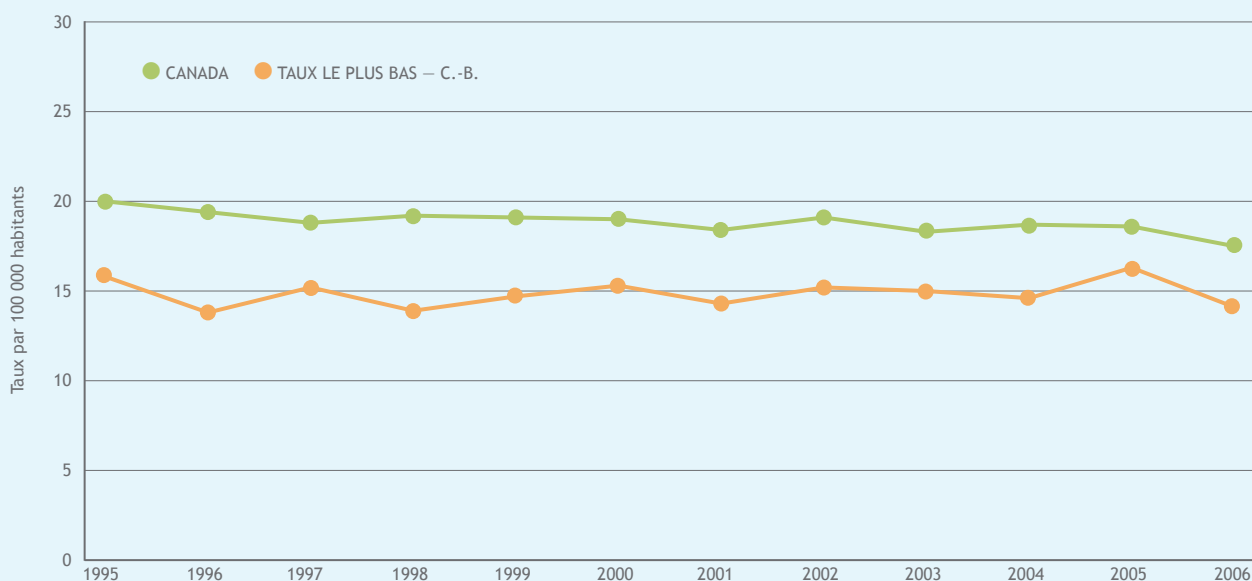
## Taux de mortalité normalisés selon l'âge pour le cancer colorectal

Entre 1995 et 2006, les taux de mortalité normalisés selon l'âge pour le cancer colorectal sont passés de 24 à 20 décès par 100 000 personnes (Figure 24). Entre 2003 et 2006, les taux provinciaux moyens de mortalité normalisés selon l'âge pour le cancer colorectal variaient de 21 par 100 000 hommes en Colombie-Britannique à 41 par 100 000 hommes à Terre-Neuve-et-Labrador, alors qu'ils variaient de 15 par 100 000 femmes en Alberta à 25 par 100 000 femmes à l'Île-du-Prince-Édouard (Figure 25).



**Figure 24**

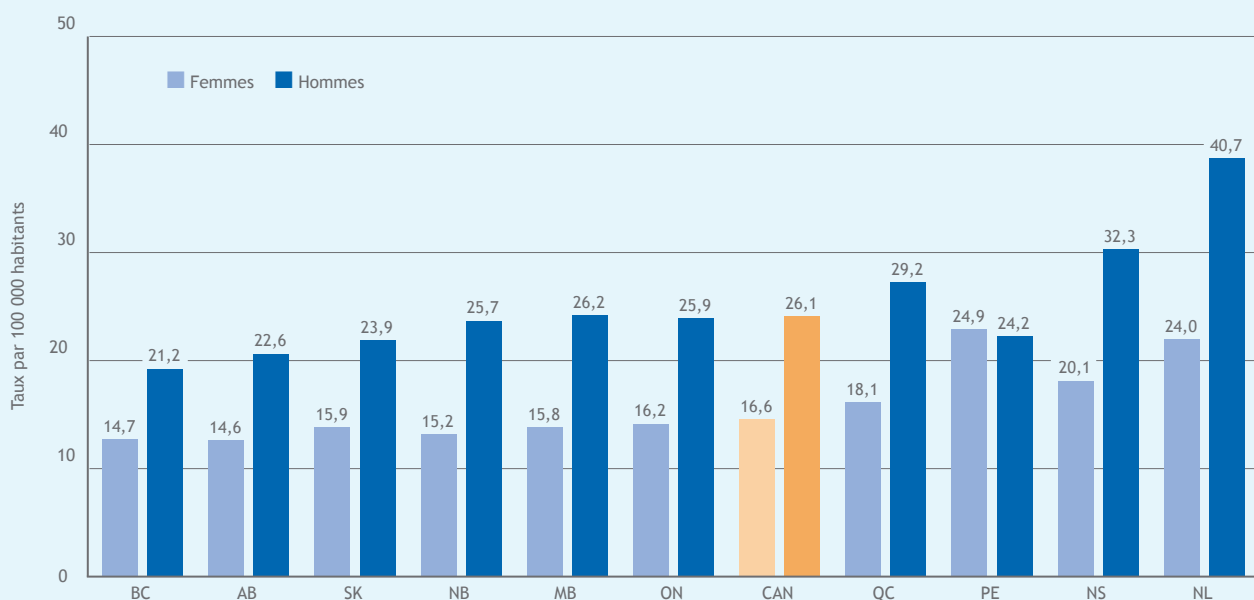
Taux de mortalité normalisés selon l'âge – cancer colorectal  
CANADA ET PROVINCE AYANT LE TAUX LE PLUS BAS – 1995 À 2006



Remarque : Le taux le plus bas ne tient compte que des provinces ayant au moins 1 million d'habitants.  
Analysé par : Division de la surveillance et du contrôle des maladies chroniques, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada  
Source : Statistiques canadiennes sur le cancer, 2011 (sous presse)  
Source des données : Statistique Canada, Statistiques de vie - base de données sur les décès

**Figure 25**

Taux de mortalité normalisés selon l'âge – cancer colorectal  
PAR PROVINCE – 2003 À 2006



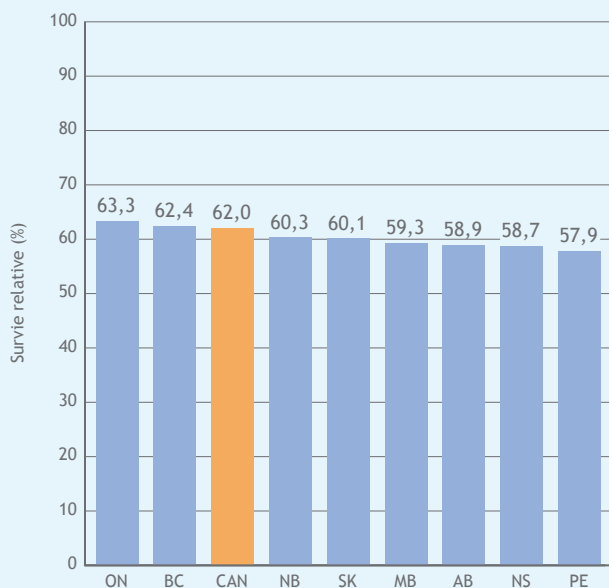
Analysé par : Division de la surveillance et du contrôle des maladies chroniques, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada  
Source : Statistiques canadiennes sur le cancer, 2011 (sous presse)  
Source des données : Statistique Canada, Statistiques de vie - base de données sur les décès

## Survie relative

Malgré les écarts considérables des taux d'incidence et de mortalité du cancer colorectal d'une province à une autre, les taux de survie relative sur cinq ans au cancer colorectal sont similaires dans l'ensemble du pays. Chez les patients qui ont reçu un diagnostic entre 2001 et 2005, ils variaient de 58 p. 100 à l'Île-du-Prince-Édouard à 63 p. 100 en Ontario (Figure 26). Les taux de survie ont légèrement augmenté entre les diagnostics posés entre 1995 et 1997 et ceux qui ont été posés entre 2001 et 2005 (Figure 27). L'écart entre les taux de survie relative chez les hommes et chez les femmes qui ont reçu un diagnostic entre 2001 et 2005 était très faible (ces données ne sont pas illustrées). Les rapports ultérieurs devraient présenter les taux de survie selon le stade du cancer au moment du diagnostic, ce qui contribuera à expliquer davantage les modèles et les écarts démographiques.

**Figure 26**

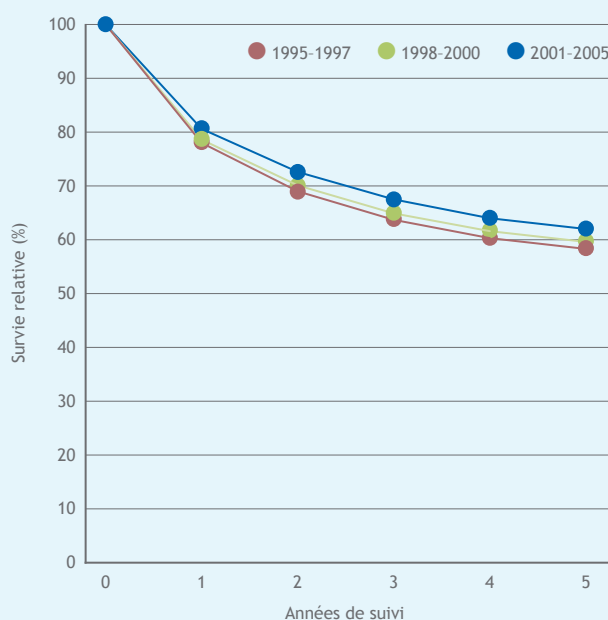
Survie relative sur cinq ans – cancer colorectal  
PAR PROVINCE – CAS DIAGNOSTIQUÉS ENTRE 2001 ET 2005



Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

**Figure 27**

Ratios de survie relative – cancer colorectal  
PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC, CANADA



Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

## 2.4 Synthèse et prochaines étapes

Ce chapitre qui se penche sur le cancer colorectal présente un ensemble d'indicateurs à propos de la lutte contre le cancer par type de cancer à l'échelle nationale. Il est important de signaler que le paramétrage du continuum de soins comporte de nombreux écarts. Une uniformisation plus poussée de la définition des données et une amélioration qualitative des données seront requises pour obtenir de meilleurs résultats de rendement à l'échelle nationale. Le rapport entre la concordance avec les lignes directrices qui reposent sur des données probantes et les résultats présente aussi de l'intérêt, puisqu'il permet, par exemple, de calculer la survie par rapport au stade de la maladie. La possibilité de procéder à des études qui tiennent compte de différentes interrelations constitue donc l'un des aspects les plus importants de la présentation des indicateurs.



## Aperçu des indicateurs

Cette section présente des indicateurs portant sur la prévention, sur le dépistage, sur le diagnostic et le traitement, sur les soins de soutien et de survie, ainsi que sur les résultats à long terme. Elle comporte également la section axée sur la radiothérapie, qui aborde les mesures de capacité, d'utilisation et de temps d'attente, ainsi que la concordance avec les lignes directrices dans ce domaine.

## 3.1 Prévention

Le Fonds Mondial de Recherche contre le Cancer (FMRC) estime qu'on pourrait éviter environ un tiers des cas de cancer en s'abstenant de fumer, et un autre tiers en combinant une alimentation et une nutrition saines avec l'activité physique régulière et le maintien d'un poids santé<sup>22</sup>. Cette statistique fait de la prévention une stratégie à long terme très efficace pour réduire l'incidence du cancer.

Ce chapitre vise à développer les indicateurs de prévention présentés dans le *Rapport sur le rendement du système de 2009*, grâce à la mise à jour des résultats sur la **prévalence du tabagisme et les tentatives d'abandon du tabagisme, le surpoids et l'obésité et la consommation d'alcool**. Une nouveauté dans ce rapport, c'est un indicateur servant à évaluer les niveaux de **l'activité physique** chez les Canadiens et les Canadiennes, ainsi qu'une stratification plus poussée des indicateurs suivant le sexe ou le lieu de résidence, selon que les sujets vivaient en régions urbaines, rurales ou isolées.

### Prévalence du tabagisme et tentatives d'abandon du tabagisme

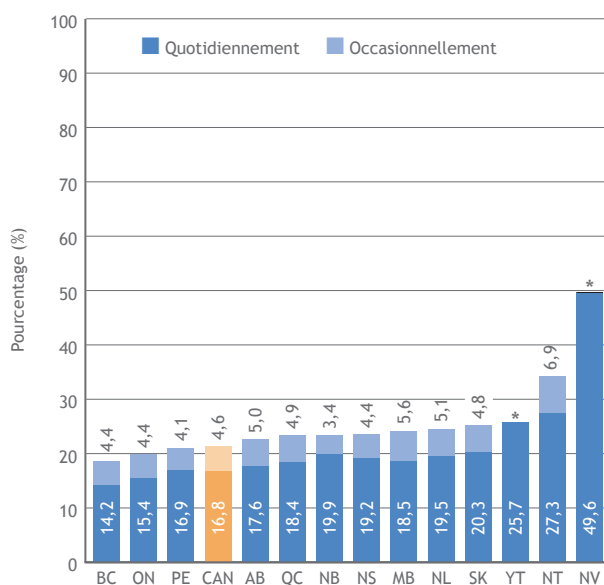
Il est bien reconnu que le tabagisme est une importante cause évitable de cancer au Canada, représentant 85 p. 100 de tous les nouveaux cas de cancer du poumon au pays<sup>23,24</sup>. Comme le cancer du poumon compte parmi les quatre types de cancer les plus communs au Canada et que c'est l'une des principales causes de décès attribuables au cancer, une diminution du tabagisme est donc actuellement la principale mesure de prévention du cancer.

Le rapport de l'an dernier analysait la prévalence du tabagisme et des tentatives d'abandon du tabagisme chez les Canadiens et les Canadiennes en utilisant les données de 2007 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada. L'édition 2010 du rapport tient compte des données de 2008. Les résultats pour 2007 et 2008 sont passablement similaires. Dans l'ensemble, les taux moyens de prévalence du tabagisme (quotidien ou occasionnel) déclarés étaient similaires dans les cycles 2007 (ces données ne sont pas illustrées) et 2008 (Figure 28) de l'ESCC (respectivement 22 p. 100 et 21 p. 100). Encore une fois, plus d'hommes que de femmes ont déclaré fumer (ces données ne sont pas illustrées). La Colombie-Britannique continue d'afficher la plus faible incidence de tabagisme quotidien et occasionnel, tandis que les trois territoires ont les taux les plus élevés.

Une comparaison des taux de tabagisme quotidien et occasionnel entre 2000-2001 et 2008 révèle une baisse constante des taux déclarés de tabagisme (Figure 29). Pour l'ensemble du pays, la baisse moyenne du taux de tabagisme entre 2000-2001 et 2008 était d'environ 5 p. 100.

**Figure 28**

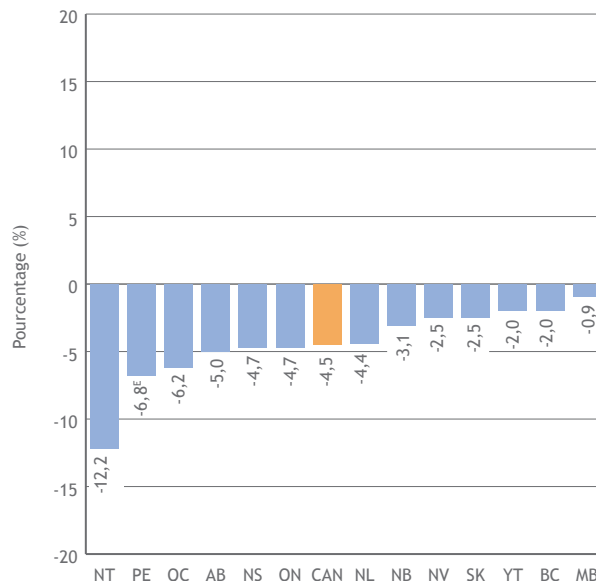
Pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus déclarant fumer chaque jour ou occasionnellement  
PAR PROVINCE ET TERRITOIRE – ESCC, 2008



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

**Figure 29**

Changement du pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus déclarant fumer chaque jour ou occasionnellement  
DIFFÉRENCE ENTRE 2000-2001 ET 2008, PAR PROVINCE ET TERRITOIRE – ESCC 2000-2001 ET 2008



Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes  
<sup>E</sup> Interpréter avec prudence, car le coefficient varie de 16,6 % à 33,3 %.

Les taux de tabagisme sont étroitement liés à des facteurs socioéconomiques. Le quintile du revenu, à titre d'exemple, est inversement proportionnel aux taux de tabagisme : plus le niveau de revenu est faible, plus le taux de prévalence du tabagisme est élevé (Figure 30). La corrélation entre le taux de tabagisme et le niveau de scolarité n'était pas aussi évidente. Les données montrent que les personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires et celles ayant obtenu un diplôme postsecondaire sont moins susceptibles de fumer de façon quotidienne ou occasionnelle. Enfin, les personnes qui vivent dans les zones urbaines ont moins tendance à fumer que celles qui vivent dans des régions rurales isolées et très isolées.

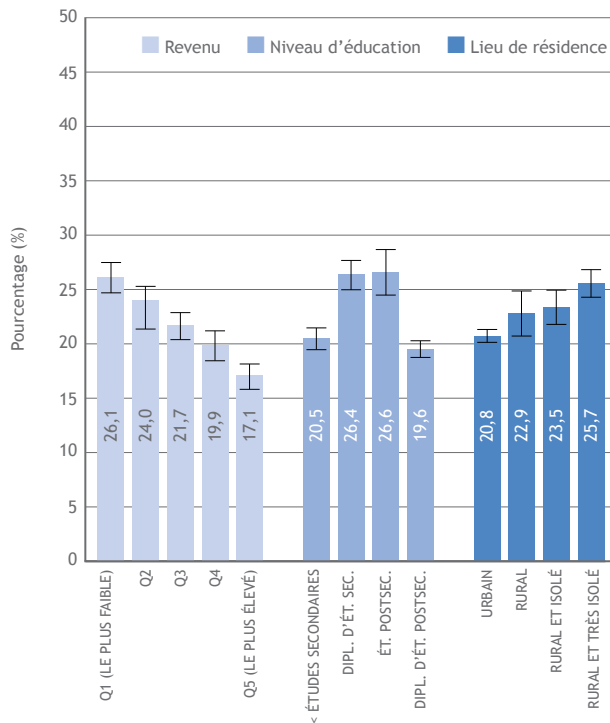


L'indicateur sur les tentatives de cesser de fumer concerne la proportion de personnes âgées de 20 ans ou plus ayant déjà fumé, qui ont cessé de fumer à tout moment pendant les deux dernières années et qui n'avaient pas recommencé au moment de l'enquête. Les Canadiens et les Canadiennes interrogés en 2008 ont signalé un taux moyen d'abandon de 18 p. 100. À l'échelle du pays, ce taux oscillait entre 15 p. 100 au Manitoba et 20 p. 100 à Terre-Neuve-et-Labrador (Figure 31).

Bien que les taux de prévalence du tabagisme aient diminué entre 2000-2001 et 2008 (Figure 29), une tendance similaire n'a pas été observée pour le sevrage tabagique. En fait, selon les données de l'ESCC, entre 2003 et 2008, le taux de cessation a diminué dans l'ensemble des provinces et territoires, produisant une diminution globale de 4 p. 100 à l'échelle nationale (Figure 32). Cette diminution a été observée dans chaque groupe d'âge (ces données ne sont pas illustrées).

**Figure 30**

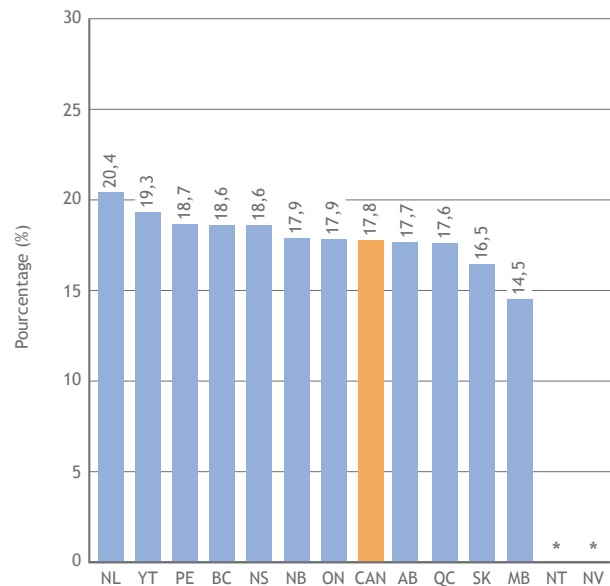
Pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus déclarant fumer chaque jour ou occasionnellement  
PAR QUINTILE DE REVENU, NIVEAU D'ÉDUCATION ET LIEU DE RÉSIDENCE, CANADA – ESCC, 2008



Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**Figure 31**

Pourcentage de fumeurs qui ont arrêté de fumer au cours des 2 dernières années  
PAR PROVINCE ET TERRITOIRE – ESCC, 2008



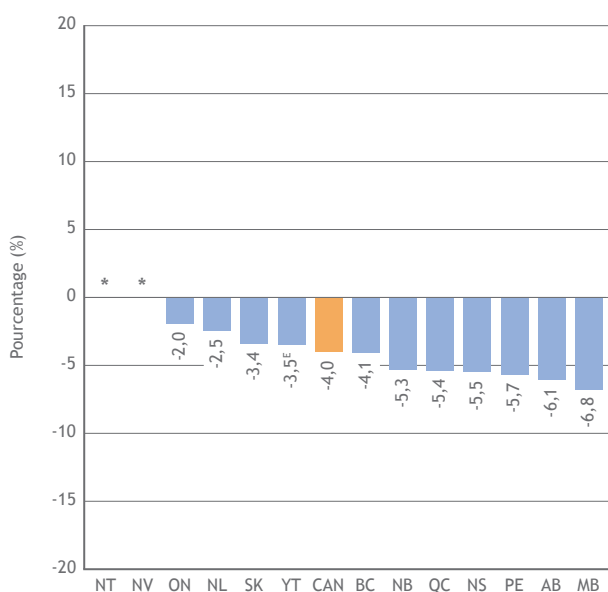
\* Données supprimées en raison de l'incertitude statistique causée par les petits nombres.  
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Les personnes ayant déjà fumé dans les quintiles de revenu les plus élevés et ayant atteint les plus hauts niveaux de scolarité étaient les plus susceptibles d'avoir cessé de fumer à un moment donné pendant les deux années précédant leur participation à l'enquête (Figure 33).

Il existe des données probantes démontrant que le risque excédentaire d'apparition d'un cancer du poumon chez les ex-fumeurs diminue avec le temps à partir du moment où ils cessent de fumer. D'après la recherche, si l'arrêt du tabagisme survient avant qu'ils n'atteignent l'âge mûr, le risque lié au tabagisme diminue de plus de 90 p. 100<sup>25</sup>. Ainsi, la tendance constante de diminution des taux d'abandon montre que les fumeurs, dans les groupes plus âgés en particulier, ratent des chances de réduction significative de la morbidité et de la mortalité dont ils auraient bénéficié en cessant de fumer.

**Figure 32**

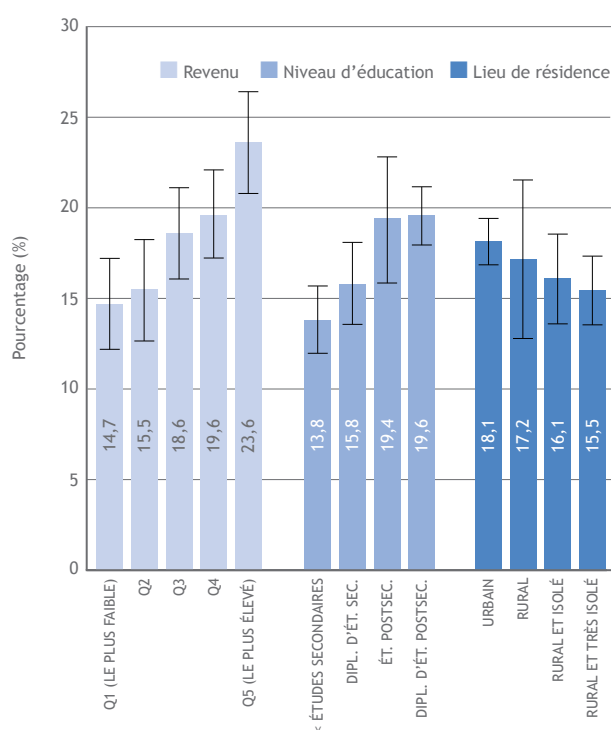
Changement du pourcentage de fumeurs qui ont arrêté de fumer au cours des 2 dernières années  
DIFFÉRENCE ENTRE 2003 ET 2008, PAR PROVINCE ET TERRITOIRE – ESCC, 2003 ET 2008



\* Données supprimées en raison de l'incertitude statistique causée par les petits nombres.  
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes  
<sup>E</sup> Interpréter avec prudence, car le coefficient varie de 16,6 % à 33,3 %.

**Figure 33**

Pourcentage de fumeurs qui ont arrêté de fumer au cours des 2 dernières années  
PAR QUINTILE DE REVENU, NIVEAU D'ÉDUCATION ET LIEU DE RÉSIDENCE, CANADA – ESCC, 2008



Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

## Surpoids et obésité

En plus d'augmenter le risque de maladie et potentiellement de réduire l'espérance de vie, le surpoids et l'obésité augmentent le risque d'un certain nombre de types de cancer<sup>22</sup>. Dans le rapport de 2010, on a utilisé les données de l'ESCC de 2008 pour mettre à jour l'analyse de l'année dernière sur les taux de surpoids et d'obésité chez tous les Canadiens et toutes les Canadiennes de 18 ans et plus.

Les répondants au sondage ont déclaré eux-mêmes leur poids et leur taille, qu'on utilisait ensuite pour calculer l'indice de masse corporelle (IMC). Les répondants étaient considérés comme en surpoids si leur IMC dépassait 25 kg/m<sup>2</sup>, et obèses au-dessus de 30 kg/m<sup>2</sup>.

Selon les résultats de l'ESCC de 2008, 51 p. 100 des Canadiens et des Canadiennes interrogés ont déclaré être en surpoids ou obèses (Figure 34). De même qu'en 2007, l'édition 2008 de l'Enquête montre que la Colombie-Britannique a les plus faibles taux de surpoids et d'obésité, et les provinces de l'Atlantique, les taux les plus élevés. Les adultes âgés de 50 à 64 ans étaient les plus susceptibles de déclarer un surpoids ou une obésité, suivis de ceux de 65 ans et plus (ces données ne sont pas illustrées).



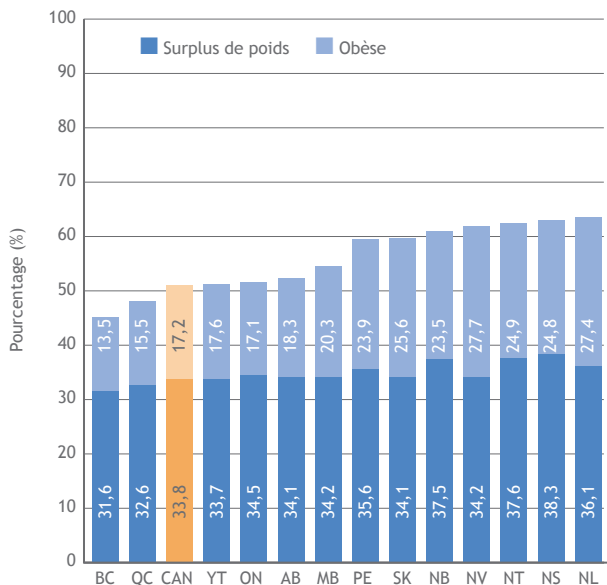


Les taux de surpoids et d'obésité au Canada augmentent progressivement au fil du temps<sup>26,27</sup>, ce que confirme l'écart qui existe entre les taux des cycles 2003 et 2008 de l'ESCC. Les taux combinés de surpoids et d'obésité ont augmenté dans dix des treize provinces et territoires, les augmentations les plus importantes ayant eu lieu au Nunavut. Les taux de surpoids et d'obésité sont demeurés stables au Manitoba, à l'Île-du-Prince-Édouard et au Québec au cours de la période mesurée, et ils ont marqué une légère baisse au Yukon (1 p. 100). Au Canada, dans l'ensemble, l'augmentation du nombre d'adultes classés comme étant en surpoids ou obèses était de 2 p. 100 (Figure 35).

Les personnes appartenant à des quintiles de revenu plus élevés avaient davantage tendance à signaler un surpoids ou une obésité (Figure 36). Cependant, les tendances pour les hommes étaient tout à fait différentes de celles des femmes. Les taux de surpoids et d'obésité chez les hommes augmentent avec la hausse des revenus, mais chez les femmes, c'est l'inverse : les taux de surpoids et d'obésité sont plus élevés dans le quintile inférieur de revenu et, en général, diminuent au rythme de l'accroissement de celui-ci (Figure 37).

**Figure 34**

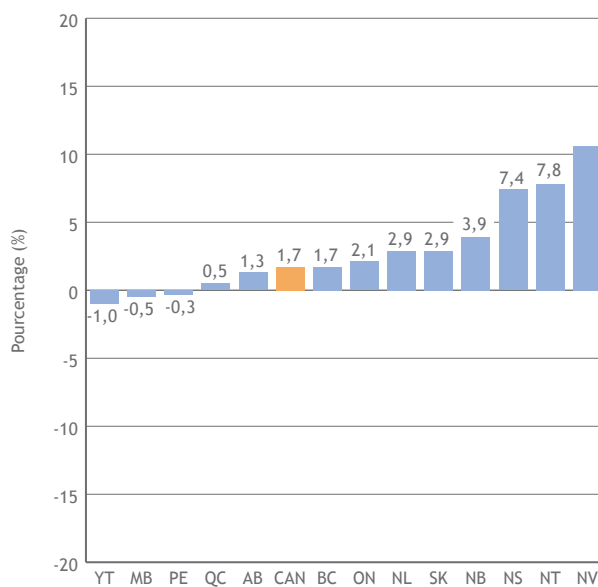
Pourcentage d'adultes considérés comme ayant un surplus de poids ou étant obèses  
PAR PROVINCE ET TERRITOIRE – ESCC, 2008



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

**Figure 35**

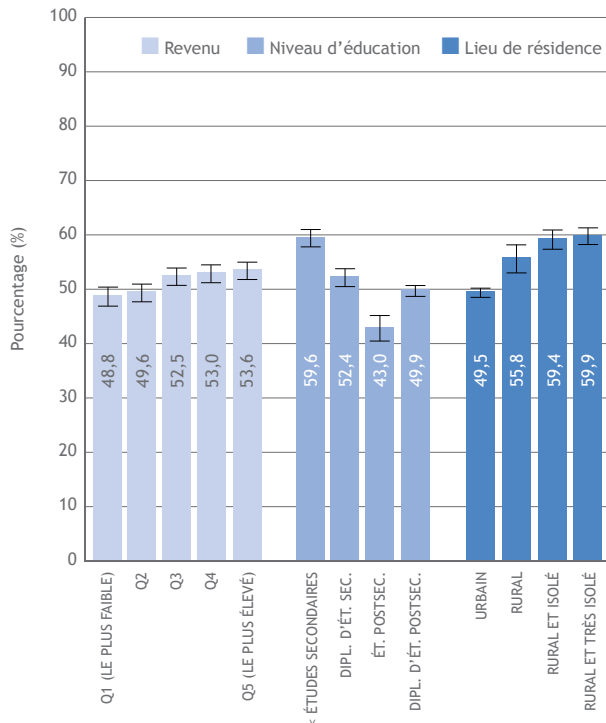
Changement du pourcentage d'adultes considérés comme ayant un surplus de poids ou étant obèses  
DIFFÉRENCE ENTRE 2003 ET 2008, PAR PROVINCE ET TERRITOIRE – ESCC, 2003 ET 2008



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

**Figure 36**

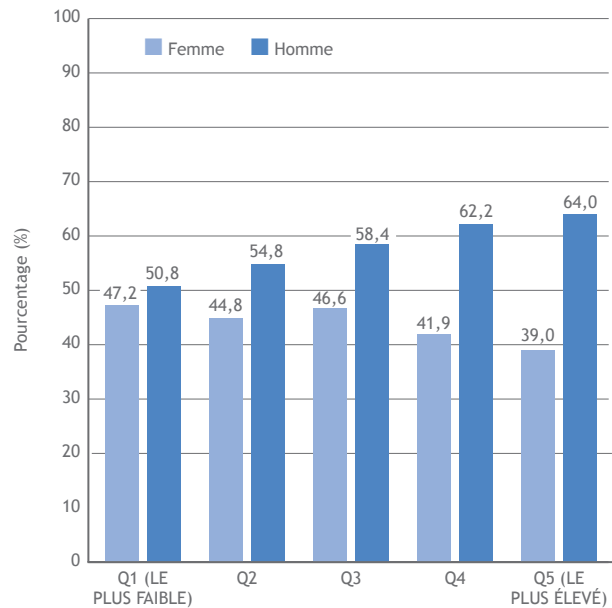
Pourcentage d'adultes considérés comme ayant un surplus de poids ou étant obèses  
PAR QUINTILE DE REVENU, NIVEAU D'ÉDUCATION ET LIEU DE RÉSIDENCE, CANADA – ESCC, 2008



Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**Figure 37**

Pourcentage d'adultes considérés comme ayant un surplus de poids ou étant obèses  
PAR QUINTILE DE REVENU ET SEXE, CANADA – ESCC, 2008



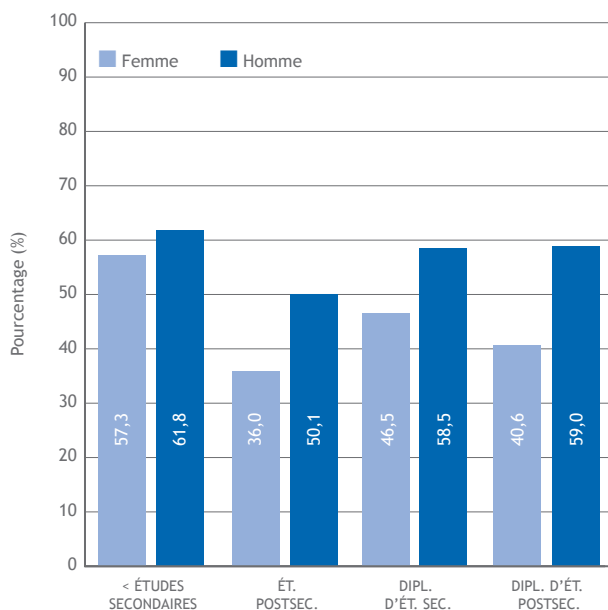
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Les personnes n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires avaient davantage tendance à signaler un surpoids ou une obésité (Figure 36). Les hommes de tous les niveaux de scolarité ont déclaré des niveaux plus élevés de surpoids ou d'obésité (Figure 38).

Enfin, les personnes qui vivent dans des zones urbaines avaient moins tendance à signaler un surpoids ou une obésité que les répondants dans les régions rurales (Figure 36). Contrairement à la tendance socioéconomique observée pour le surpoids et l'obésité combinés, qui sont plus répandus dans le quintile de revenu le plus élevé, la proportion d'adultes considérés comme obèses était plus élevée dans le quintile de revenu le plus faible (Figure 39). D'autre part, la corrélation entre le niveau de scolarité et le taux d'obésité était claire, la plupart des adultes considérés comme obèses appartenant au groupe le moins scolarisé, et les taux étant en général inversement proportionnels au niveau de scolarité. Par rapport à la tendance observée pour le surpoids ou l'obésité, la proportion d'adultes considérés comme obèses augmente avec la diminution de la proximité de centres urbains, allant de 16 p. 100 en milieu urbain à 24 p. 100 dans les régions rurales très isolées. Les hommes ayant atteint un certain niveau d'études secondaires et résidant dans les régions urbaines ou rurales ont déclaré des taux un peu plus élevés d'obésité que les femmes, bien que les différences ne soient pas aussi prononcées que dans la catégorie combinée de surpoids et d'obésité (ces données ne sont pas illustrées).

Figure 38

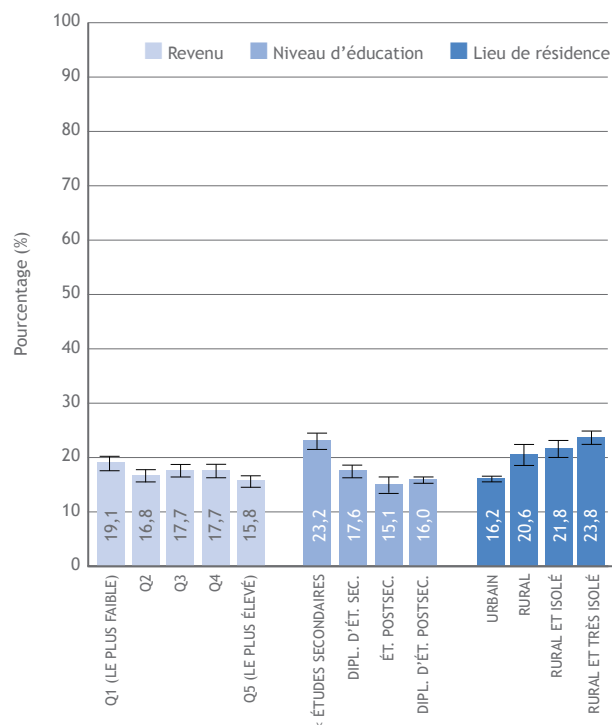
Pourcentage d'adultes considérés comme ayant un surplus de poids ou étant obèses  
PAR NIVEAU D'ÉDUCATION ET SEXE, CANADA – ESCC, 2008



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

Figure 39

Pourcentage d'adultes considérés comme étant obèses  
PAR QUINTILE DE REVENU, NIVEAU D'ÉDUCATION ET LIEU DE RÉSIDENCE, CANADA – ESCC, 2008



Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

## Consommation d'alcool

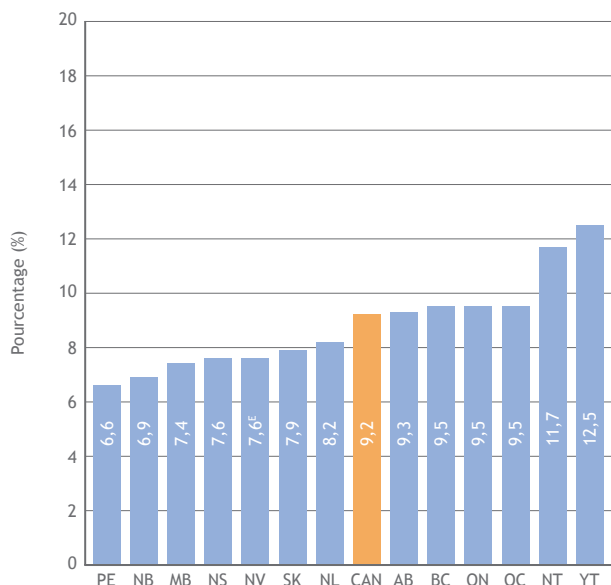
Bien que les recherches suggèrent qu'il peut y avoir des avantages éventuels à la consommation d'alcool pour les maladies cardiaques, il existe des données probantes selon lesquelles la consommation d'alcool peut être un facteur de risque lié au développement d'un cancer<sup>22</sup>. Reconnaissant ces facteurs, le FMRC a établi une directive sur la consommation d'alcool à faible risque consistant à ne pas dépasser deux verres par jour pour les hommes et un verre par jour pour les femmes<sup>22</sup>. L'indicateur de consommation d'alcool se fonde sur cette directive.

Le cycle de 2008 de l'ESCC incluait des questions facultatives sur la consommation d'alcool posées dans quatre provinces participantes. Les données pancanadiennes les plus récentes sur la consommation d'alcool sont contenues dans le cycle 2005 de l'ESCC et présentées dans le *Rapport sur le rendement du système de 2009*. En 2005, une moyenne globale de 9 p. 100 des Canadiens et des Canadiennes interrogés ont déclaré qu'ils dépassaient les directives de consommation à faible risque, avec une fourchette allant de 7 p. 100 à l'Île-du-Prince-Édouard à 13 p. 100 au Yukon (Figure 40).

Entre 2000-2001 et 2005, le pourcentage d'adultes dépassant les directives de consommation à faible risque a augmenté de façon constante pour chaque groupe d'âge (Figure 41). Les hommes âgés de 18 à 34 ans étaient plus susceptibles d'avoir dépassé les lignes directrices (ces données ne sont pas illustrées).

**Figure 40**

Pourcentage d'adultes dépassant la limite des recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque  
PAR PROVINCE ET TERRITOIRE – ESCC, 2005

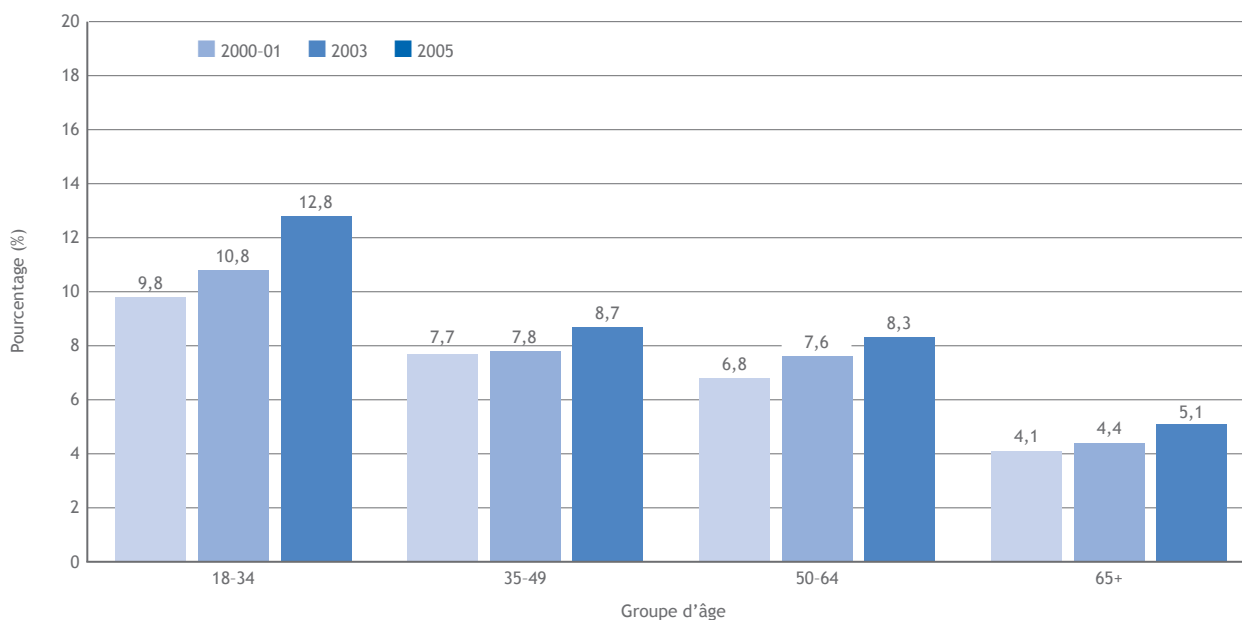


Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

‡ Interpréter avec prudence, car le coefficient varie de 16,6 % à 33,3 %.

**Figure 41**

Pourcentage d'adultes dépassant la limite des recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque  
TENDANCES TEMPORELLES PAR GROUPE D'ÂGE, CANADA – ESCC, 2000-2001 À 2005



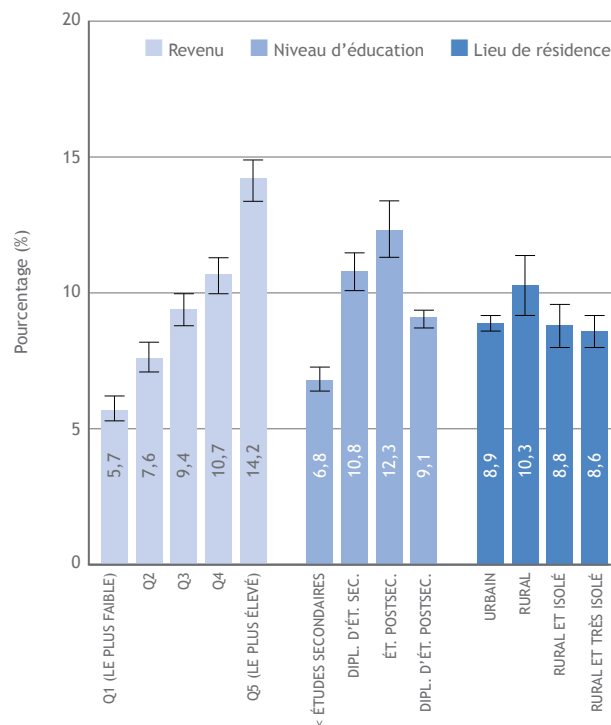
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Il y avait un rapport évident entre le fait de dépasser la limite des directives sur la consommation d'alcool à faible risque et le statut socioéconomique. La proportion de la population dépassant la limite des directives s'accroissait nettement avec l'augmentation du revenu (Figure 42). Les diplômés du secondaire et ceux ayant fait certaines études postsecondaires étaient plus susceptibles de dépasser les directives de consommation à faible risque, tandis que ceux avec moins qu'un diplôme d'études secondaires étaient moins susceptibles de le faire. La proportion de la population qui a dépassé les lignes directrices et qui vit dans les zones urbaines, rurales isolées et rurales très isolées est similaire, les zones rurales donnant des résultats seulement un peu plus élevés.

**Figure 42**

Pourcentage d'adultes dépassant la limite des recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque

PAR QUINTILE DE REVENU, NIVEAU D'ÉDUCATION ET LIEU DE RÉSIDENCE, CANADA – ESCC, 2008



Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.

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

<sup>f</sup> Interpréter avec prudence, car le coefficient varie de 16,6 % à 33,3 %.

## Activité physique

Les données probantes sur l'effet protecteur de l'activité physique contre le développement de plusieurs types de cancers se sont accumulées au cours des deux dernières décennies<sup>22</sup>. Le rapport de 2007 du FMRC a conclu que l'activité physique avait un effet protecteur contre le cancer du côlon et potentiellement protecteur contre le cancer du sein (post-ménopause) et le cancer de l'endomètre. La recherche n'est pas encore concluante sur la protection accordée par l'activité physique contre le cancer du poumon, le cancer du pancréas et le cancer du sein (pré-ménopause). L'activité physique protège contre le surpoids et l'obésité, facteurs qui sont par ailleurs liés à un risque accru de cancer.

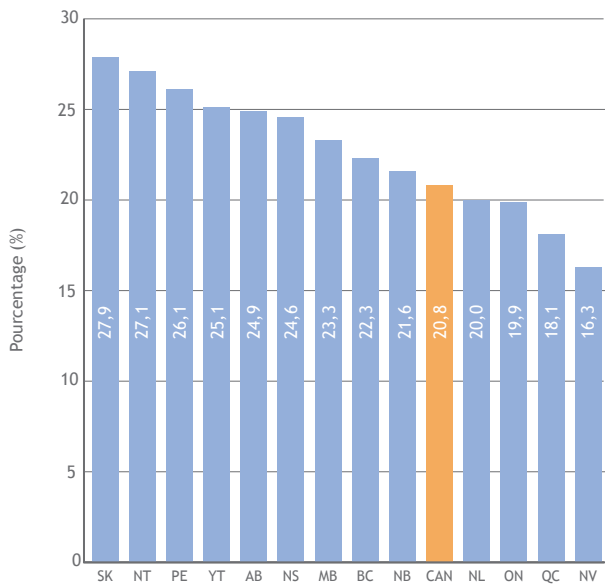
Pour mesurer les niveaux d'activité physique des Canadiens et des Canadiennes, les données sur une gamme d'activités physiques et la durée pour chaque activité ont été recueillies dans le cadre de la série d'enquêtes de l'ESCC. Les enquêteurs ont tenu compte des activités de loisirs (jardinage, marche, soccer, ski), les transports (marche, vélo) et des activités professionnelles et ménagères (s'asseoir, marcher, soulever des charges légères, grimper, faire des travaux pénibles). On calcule la quantité moyenne d'énergie dépensée par jour en combinant les trois domaines d'activité, puis on classe ces dernières comme inactives, modérément actives et actives selon des tertiles de données observées<sup>28</sup>. Les questions utilisées pour évaluer les types d'activités ont varié au cours des cycles de l'ESCC, et les activités professionnelles n'ont pas été saisies dans l'ESCC 2007-2008. Les données dans le présent rapport sont donc limitées à l'ESCC 2005 (voir l'Annexe technique pour plus de détails).

Selon les résultats de l'enquête ESCC de 2005, le pourcentage de personnes âgées de 15 à 75 ans qui ont déclaré être assez actives varie selon les régions, de 16 p. 100 au Nunavut à 28 p. 100 en Saskatchewan. Dans l'ensemble, seulement un cinquième, soit 21 p. 100 des Canadiens et des Canadiennes interrogés, ont déclaré des niveaux d'activité dans le cadre de leurs loisirs, de leurs transports et de leur travail qui les classeraient comme étant « actifs » (Figure 43).

Une plus faible proportion de femmes (12 p. 100) ont déclaré être actives, comparativement à 29 p. 100 des hommes (Figure 44). Environ 65 p. cent des femmes interrogées ont été classées comme « inactives », comparativement à 46 p. 100 des hommes. Les adultes dans les niveaux les plus bas de revenus et d'éducation étaient les moins susceptibles de déclarer être actifs (Figure 45). Les adultes résidant en milieu urbain étaient moins susceptibles d'être actifs physiquement que leurs homologues ruraux.

**Figure 43**

Pourcentage de la population âgée de 15 à 75 ans qui déclare être active; tous les loisirs, modes de déplacement et professions  
PAR PROVINCE ET TERRITOIRE – ESCC, 2005



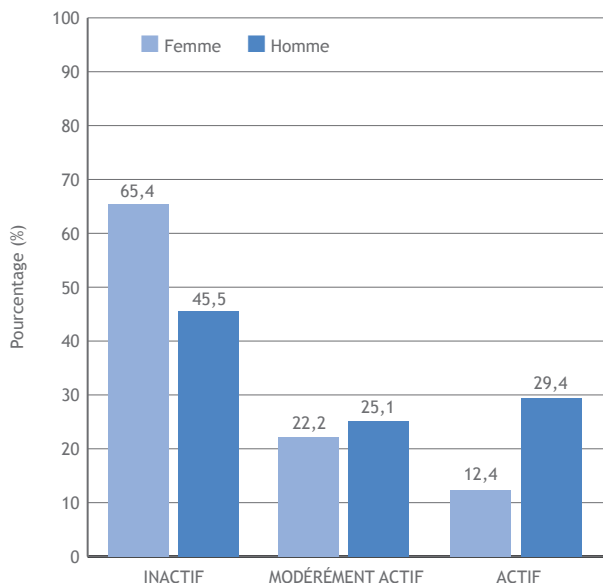
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Une analyse temporelle des niveaux d'activité physique comprenant les loisirs, les transports et les activités professionnelles n'est pas disponible. Toutefois, une analyse temporelle des niveaux d'activité physique associée aux loisirs entre 2000-2001 et 2008 indique très peu de changements dans les niveaux d'activité physique de la population au fil du temps (ces données ne sont pas illustrées).

La recherche a montré que le risque de cancer peut être modifié par des changements de style de vie. Des progrès ont été accomplis dans la réduction des taux de tabagisme, mais un ralentissement des taux de cessation a également été observé. En outre, les taux d'activité physique n'ont pas augmenté au cours des dix dernières années. Le surpoids et l'obésité continuent d'augmenter lentement. D'après les données présentées dans le rapport de 2009, la probabilité de dépasser les lignes directrices de consommation à faible risque a également augmenté au fil du temps.

**Figure 44**

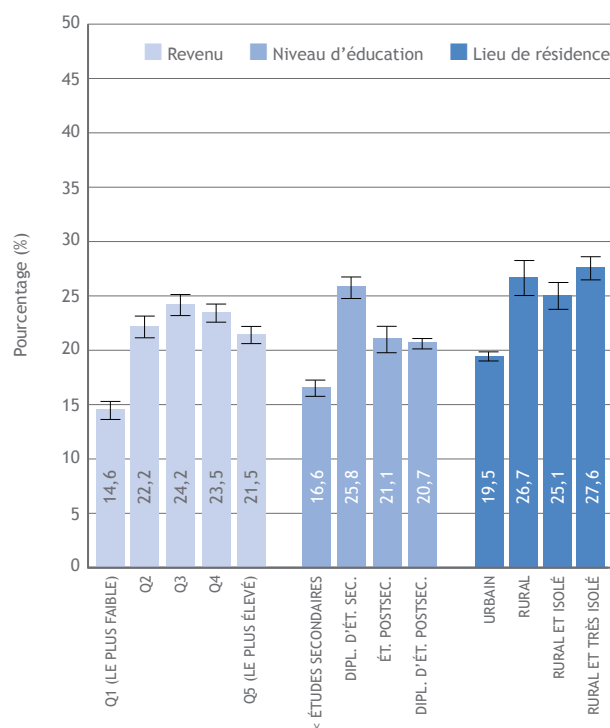
Pourcentage de la population âgée de 15 à 75 ans selon l'intensité d'activité physique déclarée; tous les loisirs, modes de déplacement et professions  
PAR SEXE, CANADA – ESCC, 2005



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

**Figure 45**

Pourcentage de la population âgée de 15 à 75 ans qui déclare être active; tous les loisirs, modes de déplacement et professions  
PAR QUINTILE DE REVENU, NIVEAU D'ÉDUCATION ET LIEU DE RÉSIDENCE, CANADA – ESCC, 2005



Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

## 3.2 Dépistage

Un dépistage régulier pour détecter un cancer du sein, un cancer du col de l'utérus et un cancer colorectal a été identifié comme une stratégie efficace pour la réduction de la mortalité associée à ces maladies. Pour que ces gains soient réalisés, un dépistage de qualité doit être accessible pour une large proportion de la population cible relativement à chaque modalité de dépistage.

Cette section du rapport présente des indicateurs sur la **mammographie autodéclarée pour le dépistage du cancer du sein** et le **test Papanicolau (Pap) autodéclaré pour le dépistage du cancer du col de l'utérus**. Un nouvel élément du rapport consiste en une meilleure stratification du lieu de résidence, permettant de décrire les taux de dépistage pour les femmes vivant dans les zones urbaines et dans les régions rurales d'isolement croissant. Le dépistage du cancer colorectal a été examiné plus tôt dans la section axée sur le cancer colorectal (page 9).

### Mammographie autodéclarée pour le dépistage du cancer du sein

Le cancer du sein est la forme la plus commune de cancer pour les femmes canadiennes (à l'exception du cancer non mélanique de la peau), avec une probabilité à vie de contracter la maladie prévue à 1 pour 9<sup>29</sup>. Le dépistage précoce du cancer du sein par la mammographie, couplé à des traitements efficaces par adjuvant après la chirurgie, a probablement contribué à la diminution des taux de mortalité par cancer du sein observés depuis le milieu des années 1980<sup>1</sup>.

Des programmes structurés de dépistage du cancer du sein ont commencé en Colombie-Britannique en 1988 et ont depuis été mis en œuvre dans toutes les provinces, ainsi qu'au Yukon et dans les Territoires-du-Nord-Ouest<sup>30</sup>. Actuellement, les programmes provinciaux et territoriaux organisés de dépistage recommandent un dépistage bisannuel pour les femmes âgées de 50 à 69 ans sans antécédents de cancer du sein, comme c'est le groupe d'âge que la plupart des lignes directrices fondées sur des données probantes reconnaissent comme bénéficiant d'une mammographie de dépistage. Pour en savoir plus à propos des taux de participation aux programmes provinciaux structurés de dépistage du cancer du sein pour l'année 2007-2008, voir l'annexe technique (Figure A, page 101).

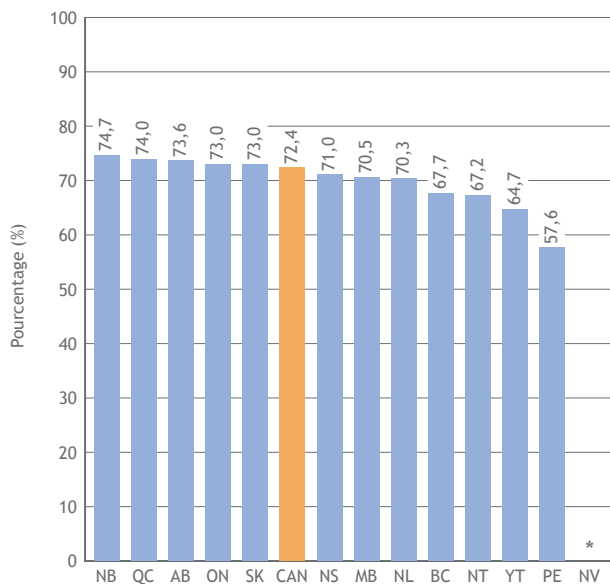
Les données pour cet indicateur ont été tirées de l'ESCC et indiquent le pourcentage de femmes asymptomatiques âgées de 50 à 69 ans qui déclarent avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes. Bien que l'information sur les taux de mammographie soit également disponible à partir de la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein (BDCDCS), elle est limitée à des programmes structurés de dépistage et ne peut capturer une part significative de l'activité totale de dépistage du cancer dans chaque province.



Les données autodéclarées sur les taux de dépistage par mammographie sont demeurées relativement stables entre les cycles 2000-2001 et 2008 de l'ESCC. En 2008, le pourcentage de femmes de 50 à 69 ans qui déclaraient avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes allait de 58 p. 100 à l'Île-du-Prince-Édouard à 75 p. 100 au Nouveau-Brunswick (Figure 46). La moyenne au Canada était de 72 p. 100. Les femmes dans les quintiles de revenu plus élevés et ayant des niveaux de scolarité supérieurs étaient plus susceptibles de déclarer avoir été examinées par rapport aux femmes dans les catégories de revenus et d'éducation plus faibles (Figure 47). Les taux de dépistage déclarés étaient similaires pour les femmes résidant dans les zones urbaines, rurales ou isolées. Les femmes âgées de 60 à 64 ans étaient les plus susceptibles de déclarer avoir été dépistées (76 p. 100), suivies des femmes de 55 à 59 ans (75 p. 100) (ces données ne sont pas illustrées). Les jeunes femmes âgées de 50 à 54 ans étaient moins susceptibles de déclarer avoir subi une mammographie de dépistage (67 p. 100).

**Figure 46**

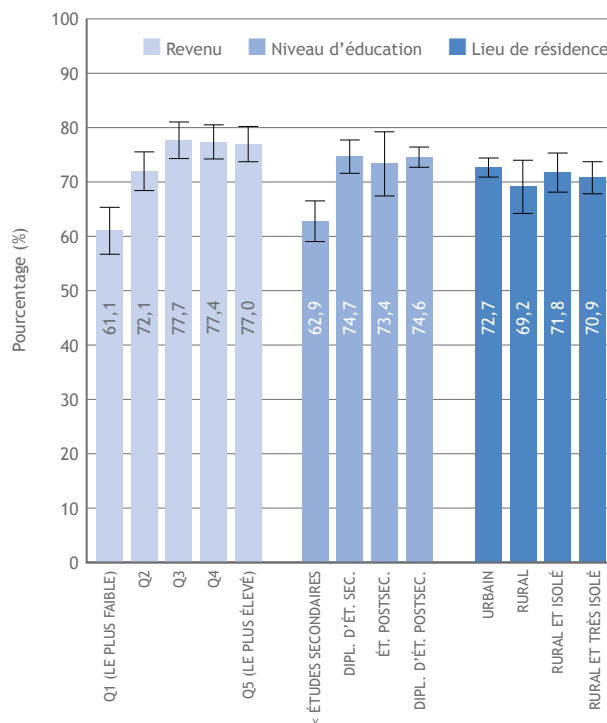
Pourcentage de femmes âgées de 50 à 69 ans déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des 2 dernières années  
PAR PROVINCE ET TERRITOIRE – ESCC, 2008



Remarque : \* Données supprimées en raison de l'incertitude statistique causée par les petits nombres.  
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**Figure 47**

Pourcentage de femmes âgées de 50 à 69 ans déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des 2 dernières années  
PAR QUINTILE DE REVENU, NIVEAU D'ÉDUCATION ET LIEU DE RÉSIDENCE, CANADA – ESCC, 2008



Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

## Dépistage autodéclaré pour le test Papanicolaou (Pap) du cancer du col de l'utérus

L'incidence du cancer du col de l'utérus et la mortalité associée ont diminué considérablement depuis l'introduction du test Papanicolaou (Pap) en 1949<sup>1</sup>. Malgré ces gains, on estime qu'en 2010, peut-être 1 300 femmes canadiennes seront diagnostiquées avec le cancer du col de l'utérus et 370 femmes mourront de cette maladie<sup>1</sup>. Les recherches ont montré que des efforts accrus de dépistage et de suivi pourraient permettre d'éviter bon nombre de ces décès<sup>31,32</sup>. Des études sont également en cours pour évaluer le potentiel des tests VPH en complément d'un test Papanicolaou et l'impact de la vaccination contre le VPH sur le contrôle du cancer du col<sup>33</sup>. Les rapports futurs présentent des données relatives aux taux de vaccination contre le VPH partout au pays.

À ce jour, la plupart des provinces et territoires ont des programmes complets de dépistage du cancer du col de l'utérus. En 1989, l'Atelier national sur le dépistage du cancer du col de l'utérus<sup>34</sup> a recommandé que les femmes sexuellement actives commencent par subir deux tests Pap à un an d'intervalle. Si les résultats sont jugés satisfaisants, l'Atelier a recommandé des tests Pap une fois tous les trois ans jusqu'à 69 ans pour les femmes dans les régions ayant des systèmes structurés bien établis pour le dépistage. L'Alberta a publié des lignes directrices révisées sur le cancer du col de l'utérus en octobre 2009 pour éliminer le besoin de test Pap de routine avant l'âge de 21 ans et recommander des tests Pap tous les trois ans au lieu de chaque année jusqu'à 70 ans, après une période initiale de trois tests Pap négatifs à au moins 12 mois d'intervalle dans une période de cinq années<sup>35</sup>. Les lignes directrices dans les autres provinces vont également dans le même sens.

Les données pour cet indicateur ont été tirées de l'ESCC et indiquent le pourcentage de femmes âgées de 18 à 69 ans qui déclarent avoir subi un test de dépistage du col de l'utérus au cours des trois années précédentes. Les résultats globaux ont été normalisés selon l'âge pour tenir compte des différences dans les taux de dépistage de groupes d'âge différents.

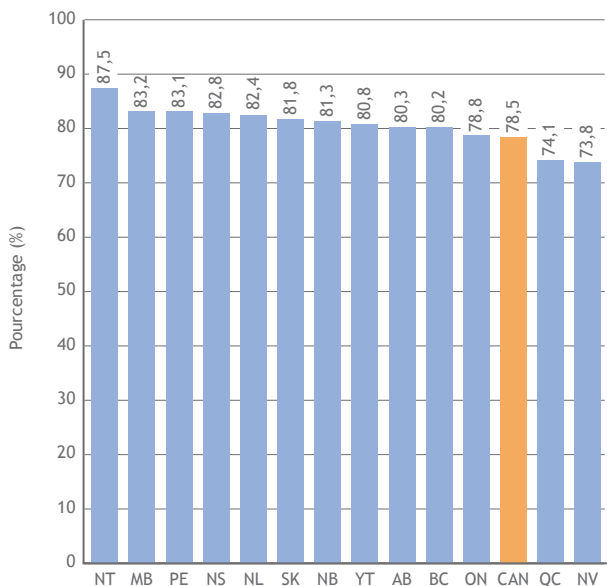
En 2008, le pourcentage des femmes âgées de 18 à 69 ans n'ayant pas subi une hystérectomie qui ont déclaré avoir subi un test Pap dans les trois années précédentes variait de 74 p. 100 au Nunavut à 88 p. 100 dans les Territoires-du-Nord-Ouest (Figure 48). La moyenne globale canadienne était de 79 p. 100, comparativement à 75 p. 100 en 2000-2001.

Les tendances socioéconomiques pour le dépistage du cancer du col de l'utérus étaient similaires à celles du dépistage du cancer du sein. La probabilité d'avoir subi un test de dépistage augmentait de façon constante avec l'augmentation des revenus et des niveaux de scolarité (Figure 49). Les femmes du quintile de revenu inférieur ont signalé des taux de dépistage de 71 p. 100, par rapport à 87 p. 100 pour les femmes du quintile de revenu supérieur. De même, les femmes ayant moins qu'un diplôme d'études secondaires ont déclaré des taux de dépistage de 64 p. 100, ce taux atteignant 83 p. 100 pour les diplômées postsecondaires. Le lieu de résidence avait peu d'effet sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, comme le montre la similitude des taux de test Pap chez les femmes résidant dans les régions urbaines, rurales et isolées (Figure 49).

Les jeunes femmes entre 18 et 29 ans et les femmes de 60 à 69 ans ont déclaré des taux de test Pap plus bas que les femmes dans les tranches d'âge intermédiaires au cours de chacun des quatre cycles de l'ESCC (2000-01, 2003, 2005, 2008). Par exemple, en 2008, les femmes de 18-29 ans et de 60-69 ans ont signalé des taux de dépistage respectifs de 73 p. 100 et de 71 p. 100, tandis que les femmes âgées de 30-39 ans, 40-49 ans et 50-59 ans ont signalé des taux de dépistage respectifs de 84 p. 100, de 83 p. 100 et de 77 p. 100 (ces données ne sont pas illustrées). Les nouvelles directives, cependant, ne préconisent plus le dépistage dans la population avant l'âge de 21 ans et, en outre, recommandent de cesser le dépistage auprès des femmes plus mûres après de longs antécédents de résultats normaux au test Pap. Les prochaines versions de ce rapport suivront la publication des recommandations mises à jour en ce qui concerne la fréquence et l'âge, et les résultats seront regroupés pour tenir compte des nouvelles directives.

**Figure 48**

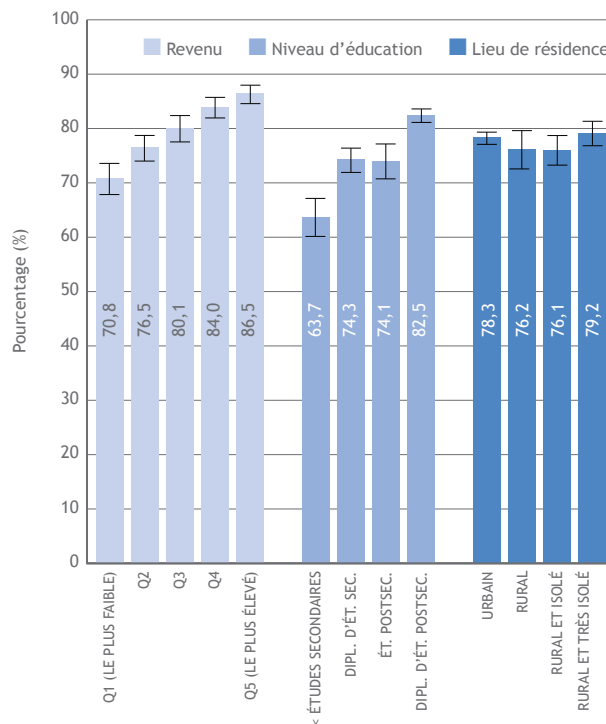
Pourcentage normalisé selon l'âge de femmes âgées de 18 à 69 ans déclarant avoir subi un test Pap au cours des 3 dernières années  
PAR PROVINCE ET TERRITOIRE – ESCC, 2008



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

**Figure 49**

Pourcentage de femmes âgées de 18 à 69 ans déclarant avoir subi un test Pap au cours des 3 dernières années  
PAR QUINTILE DE REVENU, NIVEAU D'ÉDUCATION ET LIEU DE RÉSIDENCE, CANADA – ESCC, 2008



Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada sont comparables à ceux d'autres ressorts internationaux. En 2008, 79 p. 100 des femmes canadiennes admissibles ont déclaré avoir reçu un test Pap dans les trois années précédentes. De 2005 à 2007, 74 p. 100 des femmes de 20 à 69 ans en Australie avaient subi un test Pap dans les trois années précédentes<sup>36</sup>. En 2009, 80 p. 100 des femmes admissibles de 25 à 64 ans en Grande-Bretagne avaient subi un test Pap dans les trois années précédentes<sup>37</sup>.

## 3.3 Diagnostic, recherche et traitement – Section axée sur la radiothérapie

Ce chapitre du *Rapport sur le rendement du système de 2010* présente une revue de plusieurs indicateurs dans les domaines du diagnostic et du traitement, avec une section particulièrement axée sur la radiothérapie.

Un diagnostic de cancer marque le point d'entrée dans le stade de traitement pour les patients atteints de cette maladie. À ce titre, toutes les mesures qui améliorent le processus de diagnostic contribueront à un traitement plus rapide et à une réduction de l'anxiété durant la phase de maladie d'un patient. Pour cette raison, ce chapitre commence par une exploration de marqueurs sélectionnés du processus de diagnostic, y compris : la **saisie des données sur le stade** comme une entrée de diagnostic essentielle pour calculer d'autres indicateurs importants, la **capacité de tomographie par émission de positrons** comme une mesure de la capacité et de l'utilisation du système et les **temps d'attente pour le dépistage d'une anomalie au sein jusqu'à la résolution** comme une mesure de l'accès opportun aux services. À l'avenir, le champ d'application de la mesure du rendement du diagnostic de cancer sera élargi alors que davantage de données seront disponibles dans ce domaine.

Ce chapitre présente également des indicateurs sur la **participation des adultes et des enfants aux essais cliniques**. Ces deux indicateurs reflètent les taux de participation à des essais de recherche sur le cancer qui jouent un rôle pivot dans le développement de lignes directrices sur les pratiques exemplaires et de modes de traitement plus efficaces pour les patients atteints d'un cancer.

Le traitement du cancer compte pour le plus gros des ressources dans le système de lutte contre le cancer, y compris la recherche et le développement de nouvelles modalités de traitement ainsi que la prestation de services comme la chirurgie, la thérapie systémique et la radiothérapie. Le rapport de 2010 comprend un certain nombre d'indicateurs de traitement du cancer, dont plusieurs sont expliqués dans « Cancer colorectal – Perspective sur le continuum de soins », le reste étant présenté ici. La section axée sur la radiothérapie de ce chapitre présente les indicateurs clés de la performance, y compris : **Capacité et utilisation des accélérateurs linéaires, temps d'attente (prêt à traiter jusqu'au traitement), utilisation de la radiothérapie** et mesures de concordance avec les lignes directrices pour la **radiothérapie adjuvante suivant la chirurgie conservatrice du sein pour les stades I et II du cancer du sein**. Pris ensemble, ces indicateurs aident à identifier les variations interprovinciales relativement à la radiothérapie.

# Diagnostic

## Saisie de données sur le stade du cancer

La stadification du cancer consiste à déterminer la gravité ou l'étendue de la maladie par la caractérisation de taille de la tumeur, le degré d'invasion dans le siège de la tumeur primaire, et la mesure dans laquelle le cancer a métastasé au-delà de son site principal vers les ganglions lymphatiques et d'autres organes ou sites du corps au moment du diagnostic. Les médecins comptent sur l'information relative aux stades pour déterminer les traitements les plus appropriés, pour prédire le pronostic ou l'issue de la maladie, et pour la planification du suivi des soins aux patients. Au niveau du système, les données sur le stade axées sur la population permettent de calculer un large éventail d'indicateurs qui soutiennent la planification des systèmes et la mesure du rendement. Par exemple, des données complètes sur le stade permettent d'avoir une meilleure compréhension des variations de la mortalité et de la survie entre les centres, les régions et les provinces et l'évaluation et la comparaison fiables des modèles de traitement à travers le pays. En outre, les données sur le stade sont également utiles pour évaluer l'impact des programmes de dépistage sur la réduction de la proportion de patients diagnostiqués tardivement dans la progression de la maladie. Il existe d'autres applications de données sur le stade pour la recherche, le financement et la planification des services.

Des initiatives en cours au Canada visent à améliorer la qualité des données sur le stade dans les registres provinciaux du cancer. Un tel effort est l'Initiative en matière de stadification du Partenariat, une approche pancanadienne sur la stadification du cancer et la normalisation de la cueillette de données sur le stade. À cette fin, l'Initiative en matière de stadification consiste à créer des liens communs à travers le Canada et à appuyer les provinces et les territoires dans la mise en œuvre de la cueillette de données sur le stade, basée sur la population, sous forme électronique et en collaboration, pour les quatre principaux types de cancer : cancer du sein, cancer colorectal, cancer de la prostate, cancer du poumon. L'objectif de l'Initiative est de saisir les données sur le stade pour 90 p. 100 des patients diagnostiqués en 2010 et au-delà, pour ces quatre types de cancer. À ce jour, des projets de stadification ont été lancés dans la plupart des provinces et territoires.



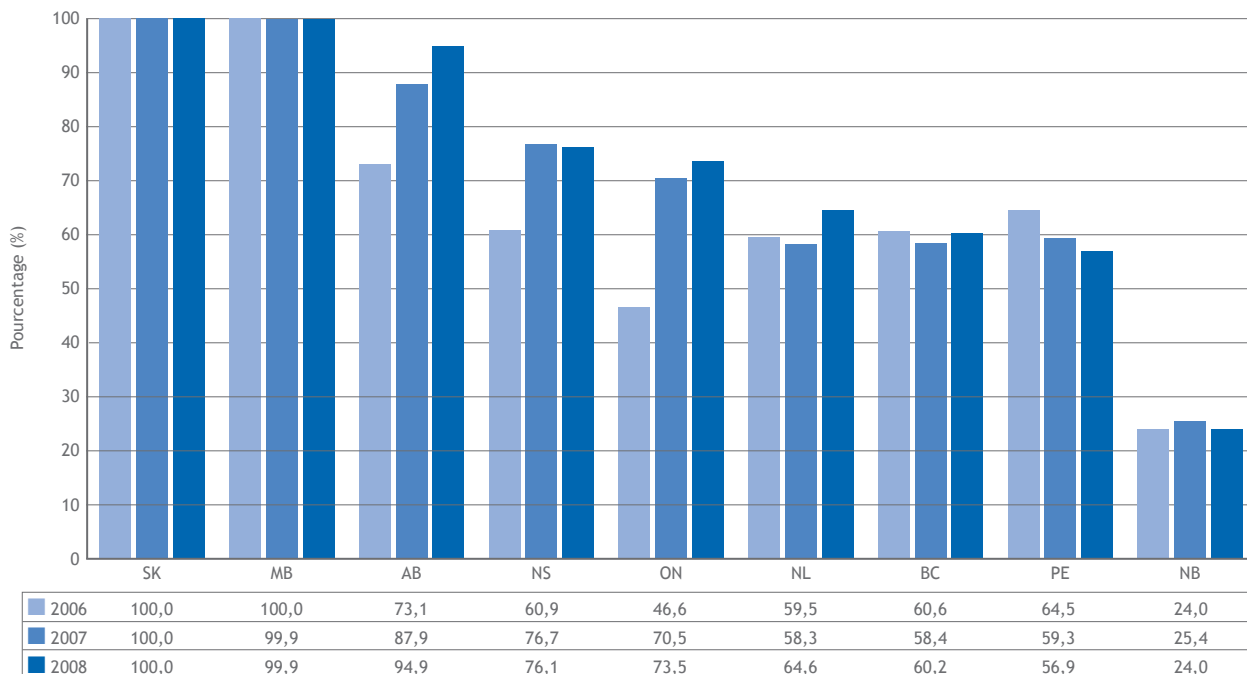
L'indicateur pour la capture de données sur le stade fournit une mesure de la disponibilité de données valables sur le stade au diagnostic à travers le Canada. L'indicateur est défini comme le pourcentage de nouveaux cas de cancer auxquels sont attachées des données valables sur le stade, globalement et pour les quatre principaux types de cancer (cancer du sein, cancer colorectal, cancer de la prostate, cancer du poumon). Cet indicateur comprend les données sur le stade recueillies à l'aide de la classification TNM de l'American Joint Committee on Cancer/ Union internationale contre le cancer (AJCC/UICC), ou de la stadification en collaboration. Les données ont été fournies au Partenariat directement par des agences provinciales de lutte contre le cancer ou leurs équivalents.

Neuf provinces ont présenté des données sur le pourcentage des nouveaux cas avec des données valides sur le stade pour tous les types de cancer invasif et les quatre principaux types de cancer, relativement aux années de diagnostic de 2006 à 2008. Québec ne recueille pas actuellement de données sur le stade de manière centralisée. La cueillette de données sur le stade est effectuée par le truchement de registres locaux qui seront à l'avenir au cœur de la cueillette de données pour le futur Registre québécois du cancer. Les registres locaux saisissent actuellement de 48 à 51 p. 100 des cas de cancer au Québec. En 2007, l'année de diagnostic pour laquelle les indicateurs de concordance avec les lignes directrices ont été calculés en vue du présent rapport, le pourcentage des nouveaux cas pour lesquels des données sur le stade ont été saisies relativement à tous les types de cancer invasif a varié de 25 à 100 p. 100 (Figure 50). Le pourcentage des nouveaux cas pour lesquels des données sur le stade ont été saisies relativement aux quatre types de cancer variait de 41 à 100 p. 100, et six provinces sur neuf ont déclaré un taux de plus de 80 p. 100 (Figure 51). Pour les trois années de diagnostic, l'Alberta, le Manitoba, l'Île-du-Prince-Édouard et la Saskatchewan ont signalé 100 p. 100 de saisie des données sur le stade pour les nouveaux cas touchant les quatre sièges de cancer. Au Québec, en mars 2010, on estime que la saisie des données sur le stade dans les registres locaux pour les quatre principaux types de cancer se situe entre 22 p. 100 (prostate) et 53 p. 100 (sein).

Certaines provinces (comme la Colombie-Britannique) qui affichent des taux de saisie des données sur le stade inférieurs à 100 p. 100 relativement aux quatre principaux types de cancer ne saisissent le stade que pour les cas aiguillés vers les centres de traitement contre le cancer. D'autres provinces (comme l'Ontario) ont commencé

**Figure 50**

Pourcentage de nouveaux cas pour lesquels des données sur le stade du cancer sont recueillies par les agences provinciales de lutte contre le cancer – tous les cas de cancer invasif  
TENDANCES TEMPORELLES PAR PROVINCE – CAS DIAGNOSTIQUÉS ENTRE 2006 ET 2008



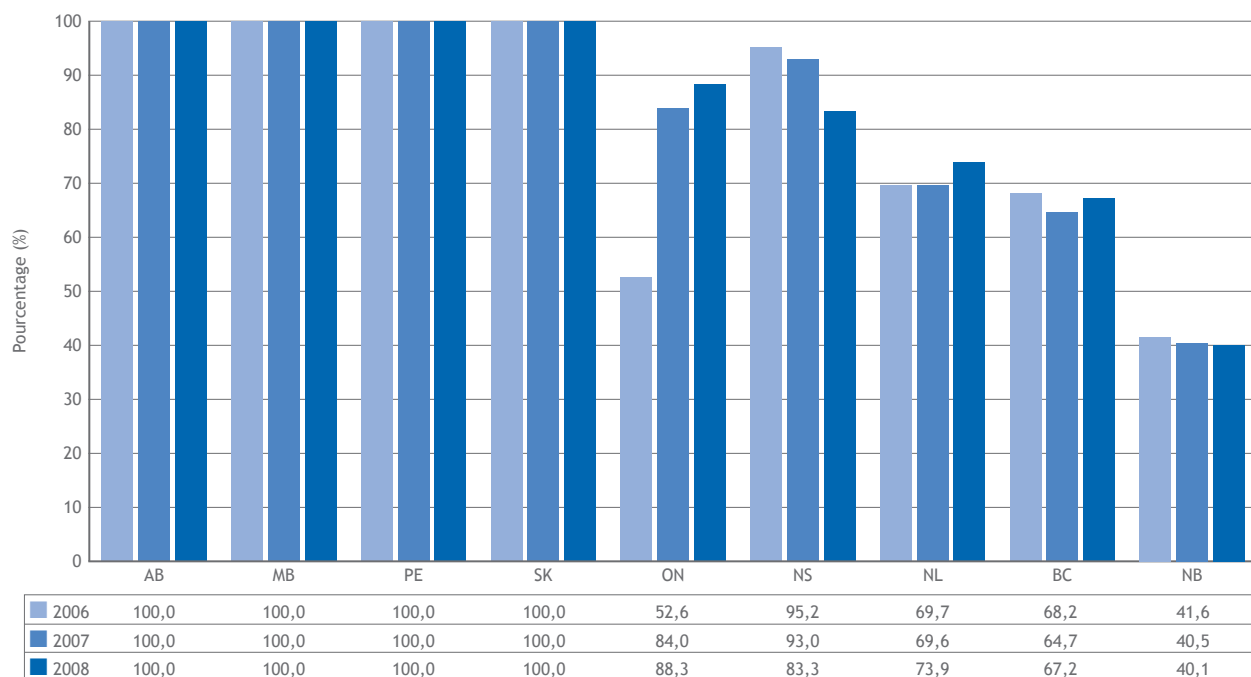
Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

à recueillir des données sur le stade auprès des centres de traitement contre le cancer et des hôpitaux communautaires, mais n'ont pas encore atteint 90 p. 100 de saisie. Les provinces qui n'ont pas saisi 100 p. 100 des données sur le stade pour tous les cas de cancer ou pour les quatre principaux types de cancer prévoient mettre à jour leurs données de 2006 à 2008 sur le stade, ce qui entraînera probablement des taux plus élevés de saisie des données sur le stade en vue de calculs futurs.

**Figure 51**

Pourcentage de nouveaux cas pour lesquels des données sur le stade du cancer sont recueillies par les agences provinciales de lutte contre le cancer – les 4 types de cancer les plus courants (cancer du sein, cancer colorectal, cancer de la prostate, cancer du poumon)

TENDANCES TEMPORELLES PAR PROVINCE – CAS DIAGNOSTIQUÉS ENTRE 2006 ET 2008



Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer





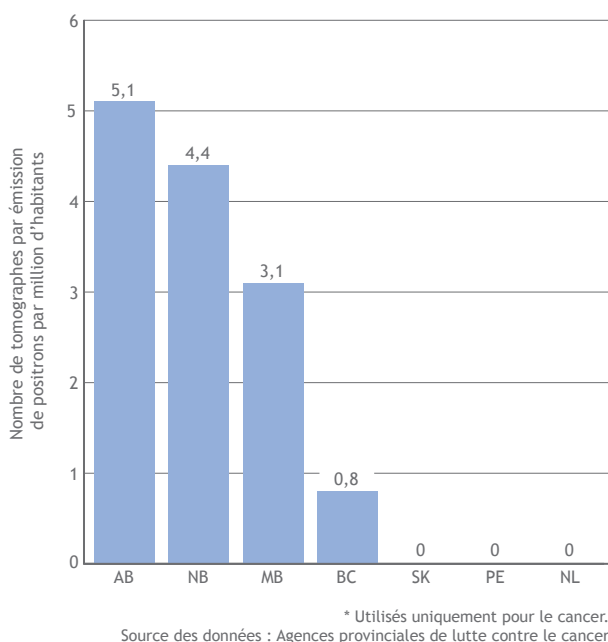
## Capacité de tomographie par émission de positrons et son utilisation

La tomographie par émission de positons (TEP) est une modalité d'imagerie diagnostique basée sur la technologie de médecine nucléaire qui fournit des analyses multidimensionnelles précisant l'emplacement et l'étendue de l'activité métabolique des tissus anormaux. Bien que les avantages de la TEP en termes de diagnostic et de traitement du cancer soient encore en cours d'évaluation par le biais d'essais cliniques fondés sur des données probantes<sup>38</sup>, le nombre d'appareils de TEP par habitant continue d'être utilisé comme un critère commun de la capacité du système de lutte contre le cancer (comme le décrivent les rapports de l'Organisation de coopération et de développement économiques [OCDE]).

Cet indicateur évalue la disponibilité d'appareils de TEP par province grâce à la mesure du nombre d'appareils par million dans la population de personnes de 54 ans et plus<sup>b</sup>. L'indicateur mesure le nombre total d'appareils de TEP utilisés dans la province pour le diagnostic et le traitement du cancer, mais ne tient pas compte de la capacité opérationnelle telle que l'adéquation des ressources humaines en santé nécessaires pour faire fonctionner les machines, interpréter les résultats des examens, et ainsi de suite. En outre, il est important de noter que dans les ressorts démunis d'appareils de TEP, on peut envoyer les patients vers d'autres provinces pour l'évaluation, ce qui risque d'influencer le nombre d'examen par TEP attribué à chaque province. Les données reflétant ces services interprovinciaux n'étaient pas disponibles pour ce rapport.

**Figure 52**

Capacité de tomographie par émission de positrons :  
Appareils par million d'habitants\*  
54 ANS OU PLUS, PAR PROVINCE – 2009



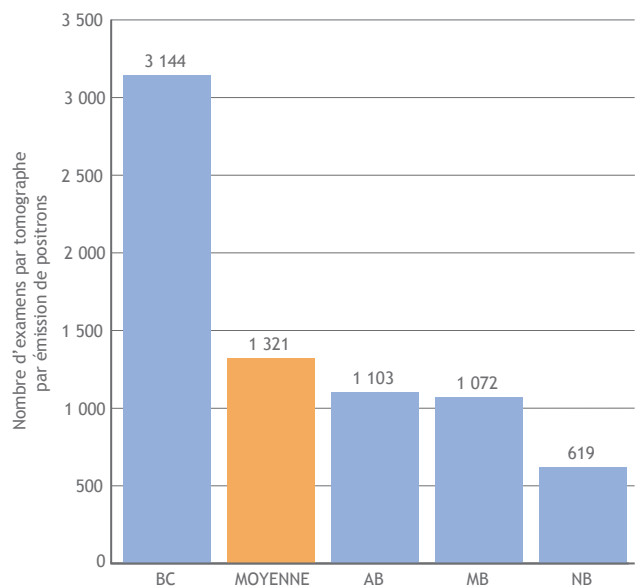
Le nombre d'appareils de TEP disponibles pour la capacité de soins contre le cancer a été signalé au Partenariat par chaque province au moment de la cueillette de données (mars 2010). Les appareils de TEP utilisés exclusivement pour la recherche ont été exclus. Au moment de la cueillette de données, trois provinces (Saskatchewan, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador) ont déclaré n'avoir aucun appareil de TEP, et deux provinces (Québec et Nouvelle-Écosse) n'ont pas été en mesure de ventiler les données relativement à l'utilisation d'appareils de TEP pour le traitement du cancer uniquement. Les provinces qui ont déclaré le nombre d'appareils de TEP par million dans la population âgée de 54 ans et plus, pour le traitement du cancer à l'exclusion de toute autre utilisation, étaient notamment la Colombie-Britannique (un appareil) et l'Alberta (cinq appareils) (Figure 52).

<sup>b</sup> 80 p. 100 des patients atteints d'un cancer sont diagnostiqués à 54 ans ou plus. En utilisant cette limite d'âge, on peut exprimer l'indicateur en proportion de la population la plus touchée par le cancer<sup>39</sup>.



**Figure 53**

Utilisation des tomographes par émission de positrons :  
Nombre d'examens par appareil\*  
PAR PROVINCE – 2009



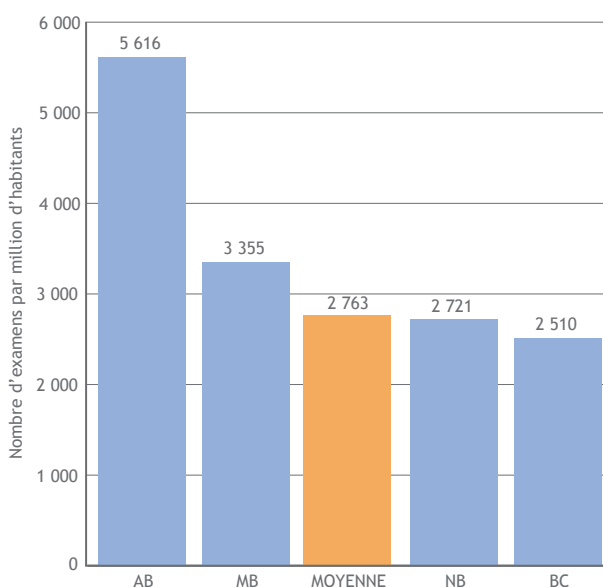
\* Utilisés uniquement pour le cancer.  
Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

L'utilisation d'appareils de TEP est étudiée grâce à l'indicateur qui mesure le nombre total d'examens pour le cancer effectués par ces appareils (Figure 53). En 2009, il y avait des variations considérables entre les quatre provinces qui ont communiqué des données : le Nouveau-Brunswick, par exemple, a rapporté 619 examens par TEP, et la Colombie-Britannique en a signalé 3 144 (Figure 53). La moyenne globale pour les quatre provinces qui ont communiqué des données pour l'année 2009 a été de 1 321 examens par appareil. Les calculs futurs pour cet indicateur pourraient bien produire une plus grande convergence des résultats à travers le pays, à mesure que l'utilisation des appareils de TEP se normalise.

La combinaison de la disponibilité des appareils par million et le taux d'utilisation pour un indicateur donne le nombre d'examens par TEP par million (Figure 54). Les résultats montrent que la Colombie-Britannique, qui a le plus petit nombre d'appareils de TEP par million, mais le plus fort taux d'utilisation de ceux-ci, continue de produire moins d'examens par million que les autres provinces qui présentent des données. Cela est en contraste avec le Nouveau-Brunswick, qui a un taux relativement élevé d'appareils par million, mais un taux assez faible d'examens par million.

**Figure 54**

Utilisation des tomographes par émission de positrons :  
Nombre d'examens par million d'habitants\*  
54 ANS OU PLUS, PAR PROVINCE – 2009



\* Utilisés uniquement pour le cancer.  
Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

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

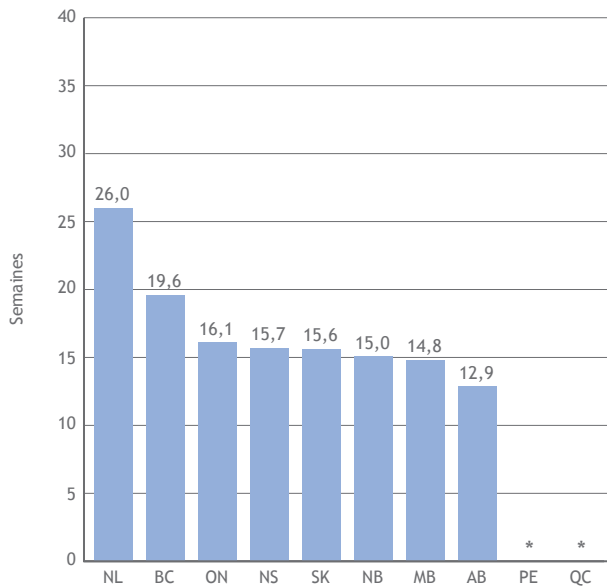
La résolution opportune du dépistage d'une anomalie grâce à un examen clinique et, le cas échéant, à une biopsie définitive, facilite le lancement rapide du traitement et l'amélioration potentielle des résultats pour les patients.

Les lignes directrices déterminant les temps d'attente visés pour le dépistage d'une anomalie aux seins jusqu'à la résolution ont été établies dans le cadre de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein<sup>40</sup> et par le Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation de Santé Canada en 2002<sup>41</sup>. Les lignes directrices s'appliquent aux femmes qui ne présentent aucun symptôme, qui sont âgées de 50 à 69 ans et qui n'ont aucun diagnostic antérieur de cancer du sein.

L'indicateur mesure les temps d'attente entre le dépistage d'une anomalie au sein (mammographie ou examen clinique des seins) avec un résultat positif (ou dépistage d'une anomalie au sein) et la résolution du diagnostic. Dans le *Rapport sur le rendement du système de 2009*, les données pour cet indicateur ont été tirées de la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein (BDCDCS), qui comprend des données jusqu'en 2004. Pour le rapport de cette année, on a recueilli les données directement auprès des provinces afin de refléter des résultats plus actuels. Il est important de noter que les données recueillies ne sont pertinentes que pour les

**Figure 55**

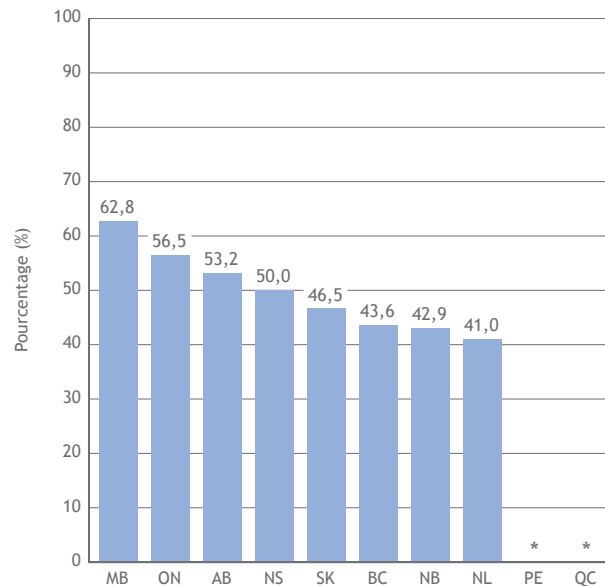
Temps d'attente entre le dépistage d'une anomalie et la résolution – 90<sup>e</sup> percentile  
FEMMES ÂGÉES DE 50 À 69 ANS QUI ONT BESOIN D'UNE BIOPSIE – 2008



\* Données non disponibles.  
Les données de l'Î.-P.-É. ne sont pas disponibles, parce que les ressources requises pour fournir les résultats dans la fenêtre de temps requis étaient insuffisantes.  
Les données fournies par l'Alberta ne proviennent que du programme *Screen Test*.  
Ce programme provincial effectue de 10 à 12 % des mammographies réalisées dans la province. Environ 65 % de ces mammographies sont faites dans des unités mobiles.  
Source des données : Bases de données provinciales sur le dépistage du cancer du sein

**Figure 56**

Pourcentage de résultat anormal à une mammographie et résolution dans un intervalle de 7 semaines (cible)  
FEMMES ÂGÉES DE 50 À 69 ANS QUI ONT BESOIN D'UNE BIOPSIE – 2008



\* Données non disponibles.  
Les données de l'Î.-P.-É. ne sont pas disponibles, parce que les ressources requises pour fournir les résultats dans la fenêtre de temps requis étaient insuffisantes.  
Les données fournies par l'Alberta ne proviennent que du programme *Screen Test*.  
Ce programme provincial effectue de 10 à 12 % des mammographies réalisées dans la province. Environ 65 % de ces mammographies sont faites dans des unités mobiles.  
Source des données : Bases de données provinciales sur le dépistage du cancer du sein

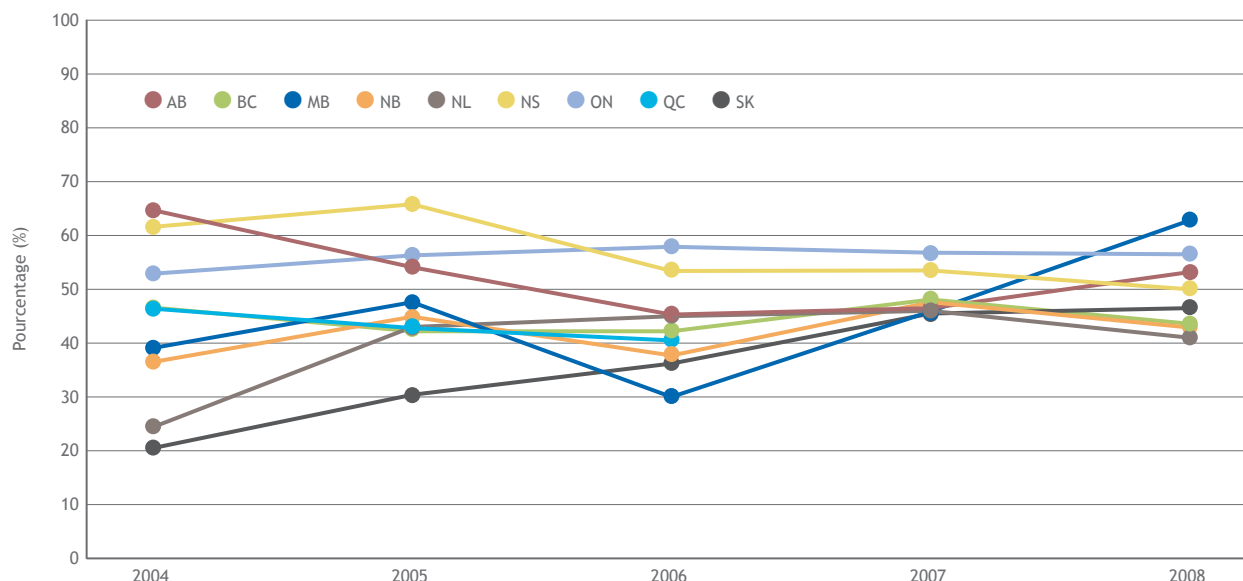
femmes recevant des mammographies ou des examens cliniques des seins dans le cadre de programmes structurés de dépistage du cancer du sein à l'échelle provinciale. Les taux de participation aux programmes varient considérablement selon les provinces (de 8 p. 100 en Alberta à 55 p. 100 au Québec et au Nouveau-Brunswick de 2007 à 2008) et devraient être pris en compte lors de l'interprétation des résultats. Pour en savoir plus à propos des taux de participation aux programmes provinciaux structurés de dépistage du cancer du sein pour l'année 2007-2008, voir la Figure A de l'Annexe technique.

Le temps d'attente médian provincial en 2008 pour le dépistage d'une anomalie aux seins jusqu'à la résolution pour les femmes de 50 à 69 ans **nécessitant une biopsie des tissus** variait de 6 à 9 semaines pour les huit provinces qui ont présenté des renseignements (ces données ne sont pas illustrées); les temps d'attente du 90<sup>e</sup> centile variaient de 13 à 26 semaines (Figure 55). Le pourcentage de cas résolus dans le délai cible de sept semaines variait de 41 p. 100 à Terre-Neuve-et-Labrador à 63 p. 100 au Manitoba (Figure 56).

Les données reflétant les tendances temporelles pour le pourcentage de femmes avec une anomalie aux seins dépistée et une résolution dans le délai cible de sept semaines, pour les cas **nécessitant une biopsie des tissus**, de 2004 à 2008, sont présentées à la Figure 57. Dans de nombreux cas, on constate une réduction des temps d'attente (Man., T.-N.-L., Ont., Sask.), mais dans certains, la résolution dans le délai cible de sept semaines donnait des résultats similaires ou inférieurs à ceux de 2004. En 2008, cependant, la plupart des provinces affichent une diminution des temps d'attente, avec une plus grande convergence des taux à l'échelle nationale.

**Figure 57**

Pourcentage de résultat anormal à une mammographie et résolution dans un intervalle de 7 semaines (cible)  
FEMMES ÂGÉES DE 50 À 69 ANS QUI ONT BESOIN D'UNE BIOPSIE – 2004 À 2008

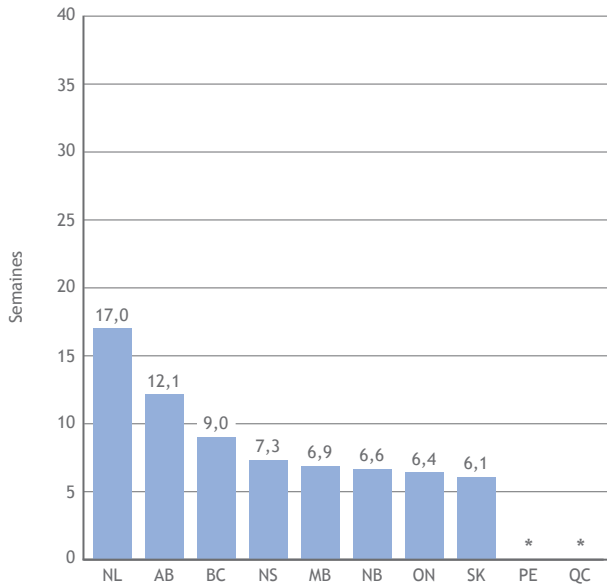


Les données de l'Î.-P.-É. ne sont pas disponibles, parce que les ressources requises pour fournir les résultats dans la fenêtre de temps requis étaient insuffisantes.  
Les données fournies par l'Alberta ne proviennent que du programme *Screen Test*.  
Ce programme provincial effectue de 10 à 12 % des mammographies réalisées dans la province. Environ 65 % de ces mammographies sont faites dans des unités mobiles.  
Source des données : Bases de données provinciales sur le dépistage du cancer du sein

En 2008, la médiane des temps d'attente provinciaux entre le dépistage d'une anomalie aux seins et la résolution pour les femmes de 50 à 69 ans **ne nécessitant aucune biopsie des tissus** variait de 2 à 6 semaines pour huit des provinces qui ont communiqué des renseignements (ces données ne sont pas illustrées). Encore une fois, il y avait une variation considérable pour le 90<sup>e</sup> centile des temps d'attente entre le dépistage d'une anomalie et la résolution : de 6 semaines en Saskatchewan à 17 semaines à Terre-Neuve-et-Labrador (Figure 58). Le pourcentage de cas résolus dans le délai cible de 5 semaines variait de 44 p. 100 en Alberta à 84 p. 100 en Ontario (Figure 59).

**Figure 58**

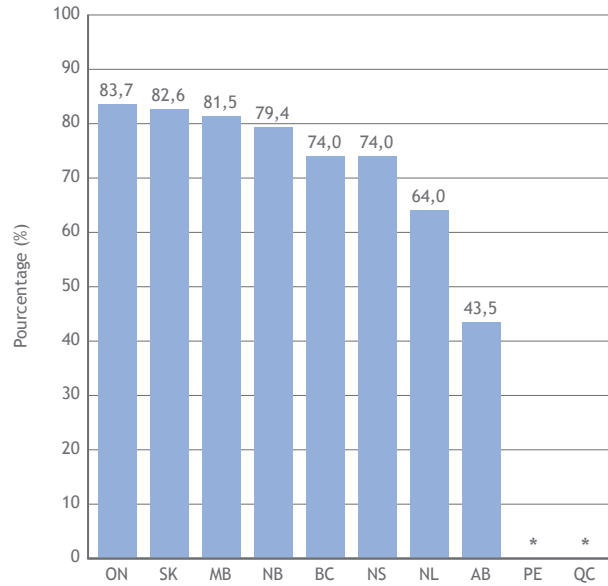
Temps d'attente entre le dépistage d'une anomalie et la résolution – 90<sup>e</sup> percentile  
FEMMES ÂGÉES DE 50 À 69 ANS QUI N'ONT PAS BESOIN D'UNE BIOPSIE – 2008



\* Données non disponibles.  
Les données de l'Î.-P.-É. ne sont pas disponibles, parce que les ressources requises pour fournir les résultats dans la fenêtre de temps requis étaient insuffisantes.  
Les données fournies par l'Alberta ne proviennent que du programme *Screen Test*.  
Ce programme provincial effectue de 10 à 12 % des mammographies réalisées dans la province. Environ 65 % de ces mammographies sont faites dans des unités mobiles.  
Source des données : Bases de données provinciales sur le dépistage du cancer du sein

**Figure 59**

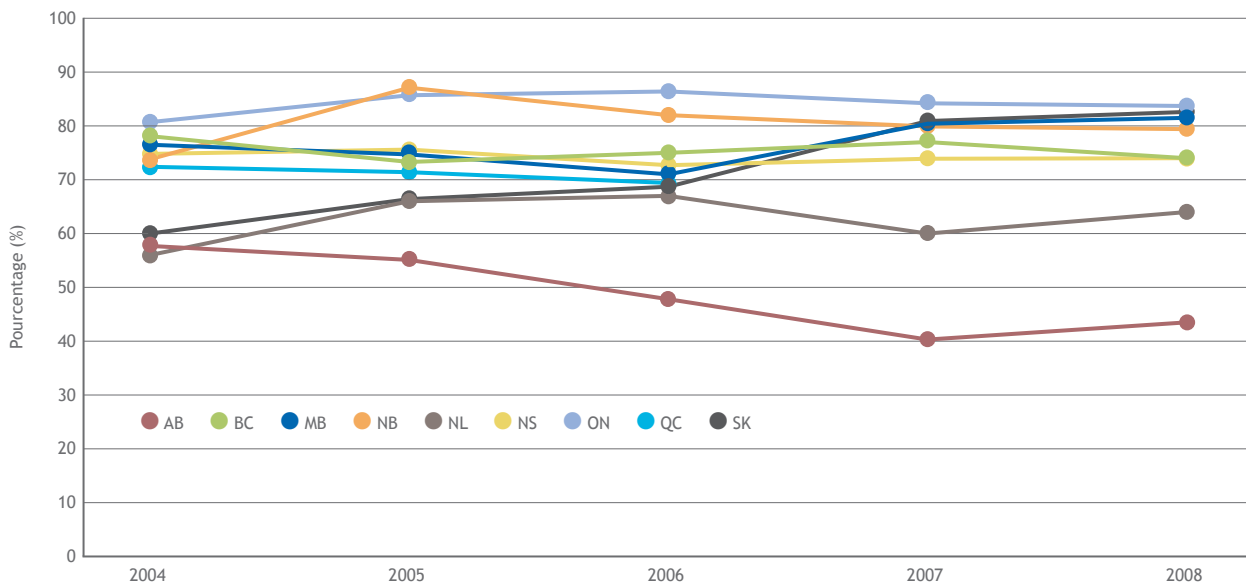
Pourcentage de résultat anormal à une mammographie et résolution dans un intervalle de 5 semaines (cible)  
FEMMES ÂGÉES DE 50 À 69 ANS QUI N'ONT PAS BESOIN D'UNE BIOPSIE – 2008



\* Données non disponibles.  
Les données de l'Î.-P.-É. ne sont pas disponibles, parce que les ressources requises pour fournir les résultats dans la fenêtre de temps requis étaient insuffisantes.  
Les données fournies par l'Alberta ne proviennent que du programme *Screen Test*.  
Ce programme provincial effectue de 10 à 12 % des mammographies réalisées dans la province. Environ 65 % de ces mammographies sont faites dans des unités mobiles.  
Source des données : Bases de données provinciales sur le dépistage du cancer du sein

**Figure 60**

Pourcentage de résultat anormal à une mammographie et résolution dans un intervalle de 5 semaines (cible)  
FEMMES ÂGÉES DE 50 À 69 ANS QUI N'ONT PAS BESOIN D'UNE BIOPSIE – 2004-2008



Les données de l'Î.-P.-É. ne sont pas disponibles, parce que les ressources requises pour fournir les résultats dans la fenêtre de temps requis étaient insuffisantes.  
Les données fournies par l'Alberta ne proviennent que du programme *Screen Test*.  
Ce programme provincial effectue de 10 à 12 % des mammographies réalisées dans la province. Environ 65 % de ces mammographies sont faites dans des unités mobiles.  
Source des données : Bases de données provinciales sur le dépistage du cancer du sein

Les données reflétant les tendances du temps pour le pourcentage de femmes avec une anomalie dépistée des seins et la résolution dans le délai cible de cinq semaines, pour les femmes **ne nécessitant pas de biopsie des tissus**, de 2004 à 2008, sont présentées à la Figure 60. De même que pour la tendance observée relativement aux femmes qui nécessitent une biopsie des tissus, on constate des fluctuations dans le temps d'attente pour toutes les provinces au cours de cette période, mais plusieurs provinces affichent des réductions des temps d'attente.

## Recherche

### Ratio de participation aux essais cliniques

Les essais cliniques sont essentiels pour évaluer l'innocuité et l'efficacité des nouvelles thérapies et des nouveaux protocoles contre le cancer. La participation de la population de patients dans les essais cliniques est donc un facteur critique du développement et de l'évolution de traitements conformes aux pratiques exemplaires et fournit une occasion cruciale pour l'amélioration des traitements et des résultats. Il a été démontré que les centres de traitement contre le cancer qui font des essais cliniques sont également plus susceptibles de se conformer aux directives en matière de pratiques exemplaires sur le traitement<sup>42,43</sup>.

Entre 2002 et 2007 au Canada, le nombre total de tous les essais cliniques de phase I a augmenté, tandis que le nombre d'essais de phase II ou III est demeuré stable ou a même pu diminuer<sup>44</sup>. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette tendance, notamment les coûts élevés de la réalisation d'essais cliniques, les difficultés dans le recrutement et l'inscription de patients, la surveillance éthique et réglementaire, le moindre nombre de médecins recrutés, l'émergence de marchés plus concurrentiels pour mener des essais et les coupures dans les programmes d'essais cliniques à domicile<sup>45</sup>. Le Canada n'est pas seul à relever ces défis. D'autres pays comme le Royaume-Uni ont connu des problèmes similaires et ont fait d'importants investissements dans la recherche translationnelle, la recherche centrée sur les patients et l'amélioration de l'accès du public à l'information sur les essais cliniques<sup>46</sup>. En outre, lors des consultations régionales pour le développement de la Stratégie pancanadienne de recherche sur le cancer, des préoccupations ont été exprimées concernant la capacité continue de chercheurs de mener des essais cliniques sur le cancer au Canada. En effet, cet aspect a été identifié comme un domaine spécifique d'action par les bailleurs de fonds de recherche sur le cancer au Canada<sup>45</sup>.

Pour le présent rapport, les indicateurs concernant les enfants et les adultes ont été calculés pour les taux de participation aux essais cliniques. Le taux de participation aux essais cliniques pédiatriques a été défini comme le ratio du nombre total de tous les patients ( $\leq 18$  ans) nouvellement inscrits dans des essais thérapeutiques ou des études de recherche clinique liés au cancer en 2009 par rapport au nombre total de nouveaux cas de cancer ( $\leq 18$  ans) diagnostiqués dans les centres de cancérologie pédiatrique en 2009. Les données pour cet indicateur ont été recueillies par le Conseil C<sup>17</sup>, un organisme composé de représentants de chacun des programmes pédiatriques de cancer à travers le Canada<sup>47</sup>.

Les données des rapports d'essais cliniques pédiatriques pour 2009 étaient disponibles pour les huit provinces qui ont des centres de traitement contre le cancer des enfants de moins de 14 ans au Canada, ainsi que pour de nombreux enfants de 15 à 18 ans. Les ratios de participation aux essais cliniques pédiatriques variaient de 15 p. 100 en Saskatchewan à 40 p. 100 en Ontario, avec un taux national global de 37 p. 100 (Figure 61). Une partie de cette variation peut être due à des différences d'envergure des programmes individuels de lutte contre le cancer pédiatrique dans chaque province. Une certaine variation découle également de la mesure dans laquelle les programmes individuels de cancer sont affiliés à des groupes de coopération internationaux de plus grande envergure, à plusieurs centres, pour les essais cliniques pédiatriques qui coordonnent la majorité des essais cliniques en oncologie pour les enfants.

Il est difficile de déterminer l'investissement dans les essais cliniques oncologiques par siège de la maladie. Selon l'analyse des investissements dans la recherche liée au cancer menée par l'Alliance canadienne de la recherche du cancer et le Partenariat, le cancer du sein, la leucémie et le cancer de la prostate ont reçu la plus grande part du financement consacré par le gouvernement et les organismes de bienfaisance à certains sièges de la maladie<sup>48</sup>. Le financement de la recherche pour le cancer du sein et la leucémie a obtenu de bons résultats par rapport au fardeau représenté par la maladie (mesurée par l'incidence, la mortalité et les taux de prévalence sur dix ans) pour chacune de ces affections. D'après les fortes pertes de productivité associées à la mortalité prématurée due au cancer du poumon, les auteurs de l'étude ont conclu que les investissements dans la recherche sur le cancer du poumon offrent le plus grand potentiel de diminution des pertes de productivité liées au cancer.

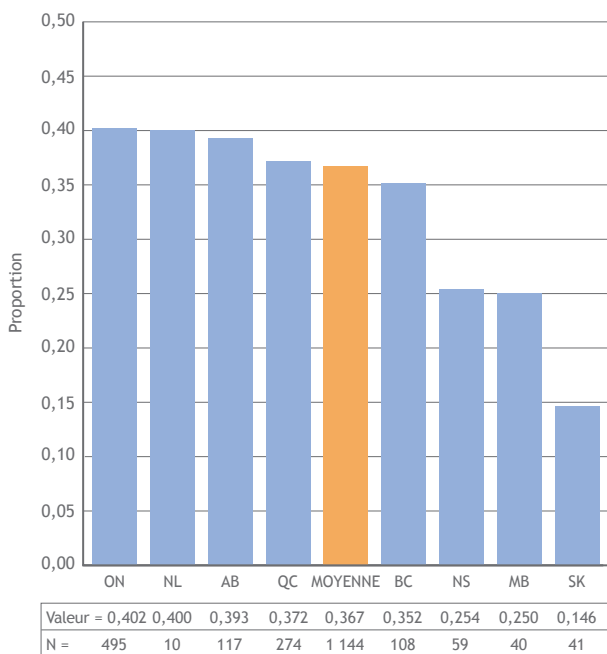
La définition du ratio de participation des adultes aux essais cliniques est similaire à celle de l'indicateur en pédiatrie. Le numérateur de l'indicateur de participation des adultes est exprimé sous forme du nombre total de cas de cancer (≥ 19 ans), nouveaux ou déjà diagnostiqués, nouvellement inscrits dans des essais cliniques thérapeutiques dans les centres provinciaux de lutte contre le cancer en 2009. Le dénominateur est défini comme le nombre total de cas dans les centres de lutte contre le cancer, nouveaux ou déjà diagnostiqués, nouvellement orientés vers des centres provinciaux de lutte contre le cancer en 2009. Le dénominateur (nouveaux cas orientés vers les centres qui prodiguent des soins aux personnes atteintes d'un cancer) a été spécifiquement choisi comme

mesure de substitution pour les patients recevant un traitement actif seulement, et, en tant que tel, il exclut les patients sur la liste du centre de traitement contre le cancer qui ne recevaient pas de traitement actif, et qui, par définition, ne seraient pas admissibles à participer à des essais cliniques thérapeutiques. Cet indicateur est considéré comme étant en développement, car il n'était pas possible pour toutes les provinces d'appliquer uniformément les critères d'inclusion et d'exclusion constituant la définition de l'indicateur. Pour en savoir plus à propos des inclusions et des Exclusions de données entre les provinces, consultez le tableau A de l'Annexe technique. Neuf provinces ont enregistré des taux de participation des adultes aux essais cliniques, avec des ratios allant de 2 p. 100 dans les provinces de l'Atlantique à 11 p. 100 en Alberta (Figure 62) pour une moyenne nationale globale de 7 p. 100.

Les cas de cancer pédiatrique représentent environ 1 p. 100 des cas de cancer globalement au Canada. Par conséquent, chaque programme d'oncologie pédiatrique comprend généralement un nombre relativement faible de nouveaux cas chaque année, ce qui complique l'établissement d'infrastructures de recherche et de services pour ces cas. Malgré cela, la participation aux essais cliniques est nettement plus élevée pour la population pédiatrique que pour la population adulte. Les experts dans ce domaine attribuent cette forte participation des patients

**Figure 61**

Ratio de participation aux essais cliniques pour enfants – cas observés par les centres provinciaux pour enfants de traitement contre le cancer en 2009  
PAR PROVINCE

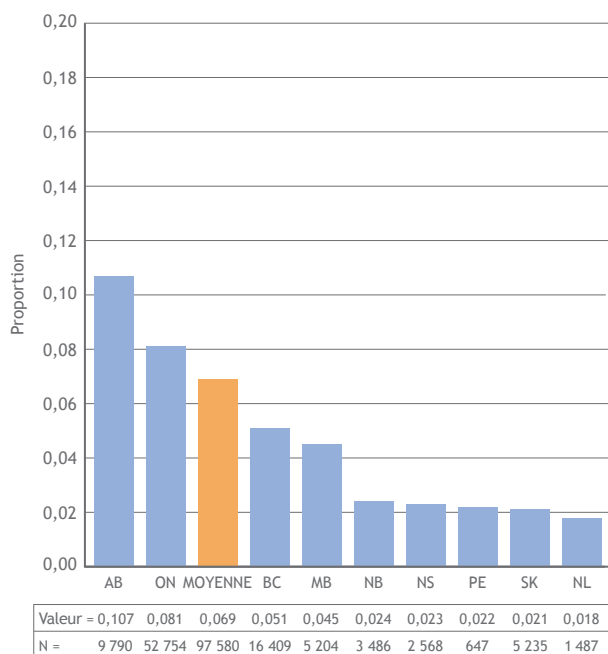


Source des données : Conseil C<sup>17</sup>, données recueillies en avril 2010

pédiatriques à la bonne organisation des essais cliniques multicentriques, facteur clé pour augmenter rapidement les taux de survie des patients<sup>49</sup>. On estime que le taux de survie au cancer pédiatrique sur cinq ans pour les patients âgés de 0 à 19 ans est d'environ 82 p. 100<sup>50</sup>.

**Figure 62**

Ratio de participation aux essais cliniques pour adultes – cas observés par les centres provinciaux de traitement contre le cancer en 2009  
PAR PROVINCE



Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

Même si l'indicateur de pédiatrie comprend des patients de 18 ans ou moins et l'indicateur des adultes, des personnes de 19 ans et plus traitées dans les centres de lutte contre le cancer, les données n'étaient pas facilement accessibles pour les adolescents et jeunes adultes (de 15 à 25 ans environ) atteints d'un cancer. Les adolescents et jeunes adultes sont traités dans le milieu pédiatrique ou adulte, en fonction de leurs besoins médicaux, des modes d'aiguillage locaux et de la disponibilité globale des services. Des études canadiennes ont montré que ces patients, surtout lorsqu'ils sont traités dans un contexte d'adultes, sont moins susceptibles d'être enrôlés dans des essais cliniques. Jusqu'à 80 p. 100 des adolescents atteints d'un cancer n'ont pas participé à des essais cliniques au cours de la période de 1995 à 2000<sup>51</sup>.





# Traitement – Section axée sur la radiothérapie

Cette section met en lumière un certain nombre d'indicateurs clés de performance pour la radiothérapie. La radiothérapie est une modalité de traitement indispensable pour le contrôle du cancer dans des contextes de soins préopératoires, curatifs, postopératoires et palliatifs. La radiation néoadjuvante administrée au cours des soins préopératoires réduit la taille ou l'étendue des tumeurs afin d'améliorer leur opérabilité (comme dans le cas des stades II et III du cancer du rectum). La radiothérapie comme traitement curatif, seule ou en association avec la chimiothérapie, cible les tumeurs (par exemple le cancer du poumon localement avancé). Dans le contexte des soins postopératoires, la radiothérapie adjuvante cible les restes de cellules cancéreuses après résection pour réduire le risque de récurrence du cancer (par exemple les stades I et II du cancer du sein). La radiothérapie dans le cadre palliatif est utilisée pour soulager les symptômes associés aux cancers incurables qui peuvent aussi avoir des métastases. En conséquence, la radiothérapie reste un des piliers du traitement du cancer.

Les données pour ces indicateurs ont été obtenues directement auprès des agences provinciales de lutte contre le cancer ou de leurs équivalents par l'intermédiaire d'une enquête menée spécifiquement pour ce rapport. On trouvera de plus amples informations sur la cueillette de données et la méthodologie dans l'annexe technique. Les indicateurs présentés sont les suivants :

- **capacité et utilisation des accélérateurs linéaires;**
- **temps d'attente pour une radiothérapie (prêt à traiter jusqu'au traitement);**
- **utilisation de la radiothérapie;**
- **radiothérapie adjuvante suivant une chirurgie conservatrice du sein pour les stades I et II du cancer du sein (concordance avec les lignes directrices et mesure de substitution).**

## Capacité et utilisation des accélérateurs linéaires

La capacité de radiothérapie est limitée par le coût élevé des accélérateurs linéaires et par la disponibilité de personnel qualifié (par exemple radiothérapeutes, médecins, dosimétristes et radiothérapeutes). Cet indicateur évalue la capacité physique de la radiothérapie en mesurant le nombre d'accélérateurs linéaires par million de personnes de 54 ans et plus<sup>c</sup>, et l'utilisation par la mesure de traitements de radiothérapie par appareil.

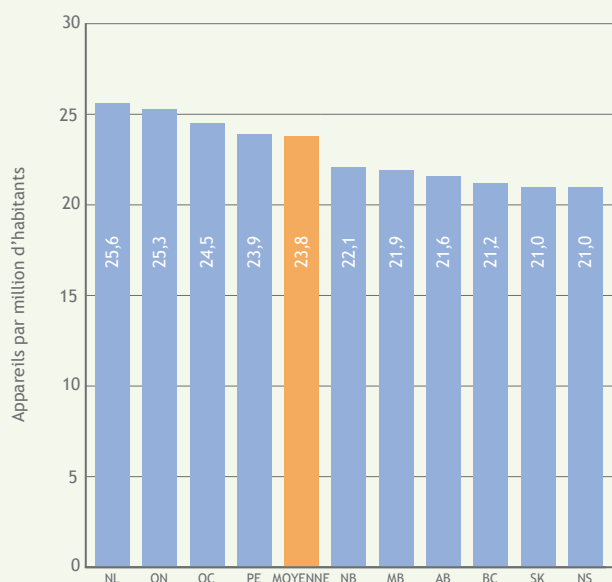
Les données nécessaires pour calculer cet indicateur pour l'année civile 2009 ont été déclarées par les dix provinces. Les résultats de l'indicateur variaient de 21 par million en Nouvelle-Écosse et en Saskatchewan à 25,6 par million à Terre-Neuve-et-Labrador (Figure 63). La moyenne nationale était de 23,8 accélérateurs linéaires par million de personnes de 54 ans et plus. Plusieurs provinces ont des plans pour ajouter de nouveaux accélérateurs linéaires et augmenter la capacité au cours des prochaines années. Par exemple, la Nouvelle-Écosse (avec le taux le plus bas en 2009) prévoit l'ajout de trois accélérateurs linéaires d'ici la mi-2011<sup>52</sup>. Cet indicateur ne mesure pas la capacité opérationnelle, telle que la disponibilité du personnel dédié au fonctionnement des accélérateurs linéaires, et il ne tient pas compte des services interprovinciaux.

<sup>c</sup> 80 p. 100 des patients atteints d'un cancer sont diagnostiqués à l'âge de 54 ans ou plus. En utilisant cette limite d'âge, on peut exprimer l'indicateur en proportion de la population la plus touchée par le cancer<sup>39</sup>.



**Figure 63**

Capacité des accélérateurs nucléaires : Appareils par million d'habitants\*  
54 ANS OU PLUS, PAR PROVINCE — 2009



Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

De nombreuses études internationales ont publié des données sur le nombre d'accélérateurs linéaires par million d'habitants par pays. En 2005, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a déclaré une moyenne de 6,2 accélérateurs linéaires par million d'habitants pour les pays membres<sup>53</sup>. Cela se compare à une moyenne de 6,4 par million d'habitants au Canada (sur la base des derniers chiffres disponibles pour 2009, non présentés dans le présent rapport)<sup>d</sup>. Cet indicateur est une mesure brute de la capacité, et, en tant que tel, il exige la standardisation d'un certain nombre de facteurs afin qu'on en tire des comparaisons plus valables.

Le calcul du nombre de traitements de radiothérapie par appareil permet de mieux comprendre la variabilité de l'utilisation des accélérateurs linéaires à travers le pays. Les données requises pour calculer le nombre de traitements<sup>e</sup> par machine en 2009 ont été communiquées par neuf provinces (Figure 64). Il y avait une variation considérable dans tout le pays avec des taux d'utilisation allant de 5 610 (Terre-Neuve-et-Labrador) à 8 595 (Nouveau-Brunswick) traitements annuels par accélérateur linéaire. La moyenne nationale des provinces déclarantes était de 7 248 traitements par appareil et par an. Ce grand écart peut refléter des différences dans la demande par rapport à la capacité disponible. La baisse du nombre de traitements par appareil pourrait être attribuable aux limites de la capacité opérationnelle, y compris la disponibilité des ressources humaines ou financières. La faible utilisation pourrait également être liée à la nécessité d'assurer un accès approprié au traitement dans les populations de petite taille ou géographiquement dispersées, où les appareils ne peuvent être utilisés à plein temps.

<sup>d</sup> Il n'est pas possible de comparer les accélérateurs linéaires par million d'habitants âgés de 54 ans et plus, parce que c'est un indicateur spécifique au Canada.

<sup>e</sup> Les traitements sont les sessions de rayonnement données à un patient. Normalement, les patients reçoivent des traitements multiples sur plusieurs semaines au cours de la période de traitement. Dans certains cas, les patients peuvent même recevoir deux doses le même jour. Aux fins de cet indicateur, un traitement est compté chaque fois qu'un patient est admis dans un bunker de traitement, soumis au rayonnement, puis retiré.

**Figure 64**

Utilisation des accélérateurs linéaires : Nombre de traitements par appareil\*  
54 ANS OU PLUS, PAR PROVINCE — 2009



Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

Un examen préliminaire des valeurs publiées internationalement pour le nombre moyen de traitements de radiothérapie par accélérateur linéaire dans chaque ressort varie de 4 500 à 8 000 par appareil<sup>54</sup>.

## Temps d'attente pour une radiothérapie (prêt à traiter jusqu'au traitement)

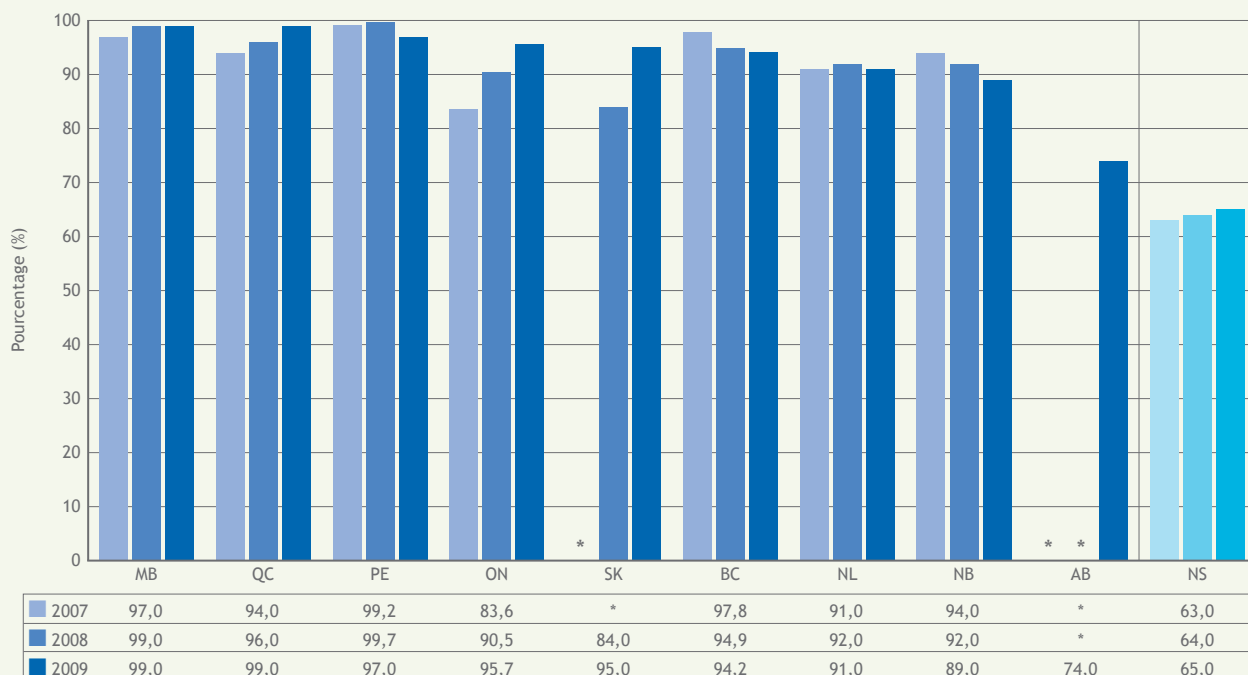
Les défis inhérents à la satisfaction de la demande de radiothérapie peuvent se manifester sous forme de temps d'attente accrus avant le traitement, ce qui peut contribuer à aggraver l'anxiété des patients et avoir une incidence sur les résultats du traitement. Bien qu'il puisse y avoir des retards entre le diagnostic et la prestation des traitements afin de fournir suffisamment de temps pour la planification du traitement ou pour permettre la convalescence après la chirurgie du cancer, des retards excessifs peuvent exacerber la détresse émotionnelle des patients et avoir un impact négatif sur la qualité des soins.

En 2005, les provinces et territoires du Canada ont annoncé un ensemble de critères nationaux pour l'accès aux services aux patients comprenant une cible de quatre semaines comme période d'attente pour la radiothérapie à partir du moment où les patients sont prêts pour le traitement jusqu'au début de la radiothérapie<sup>13</sup>. Depuis lors, toutes les provinces et tous les territoires ont mis en place des processus pour la mesure et la réduction des temps d'attente avant la radiothérapie.

Il faut dire qu'il existe différentes définitions à travers le pays sur l'état « prêt à traiter », et que les données peuvent donc ne pas être directement comparables entre les provinces (pour la définition par ressort, voir le tableau B de l'Annexe technique). Malgré cette limitation, l'indicateur fournit une perspective importante sur les temps d'attente partout au pays. Pour le présent rapport, les dix provinces ont présenté des données concernant une partie ou la totalité de la période de mesure de 2007 à 2009 (Figure 65). En 2009, le pourcentage de cas de cancer traités dans le délai cible de quatre semaines a varié de 74 p. 100 en Alberta à 99 p. 100 au Manitoba et au Québec. Les temps d'attente semblent s'être améliorés au cours de la période de mesure pour quatre des provinces, tandis que pour d'autres, le pourcentage de patients traités dans le délai cible est resté le même ou a diminué.

**Figure 65**

Pourcentage de cas de cancer sous radiothérapie dans les 4 semaines qui suivent la désignation « prêt à traiter » – tous les types de cancer  
TENDANCE TEMPORELLE PAR PROVINCE – 2007 À 2009



Les données de l'Î.-P.-É. sont celles d'avril à décembre 2008. Avant 2009, la N.-É. ne recueillait pas la date « prêt à traiter ».

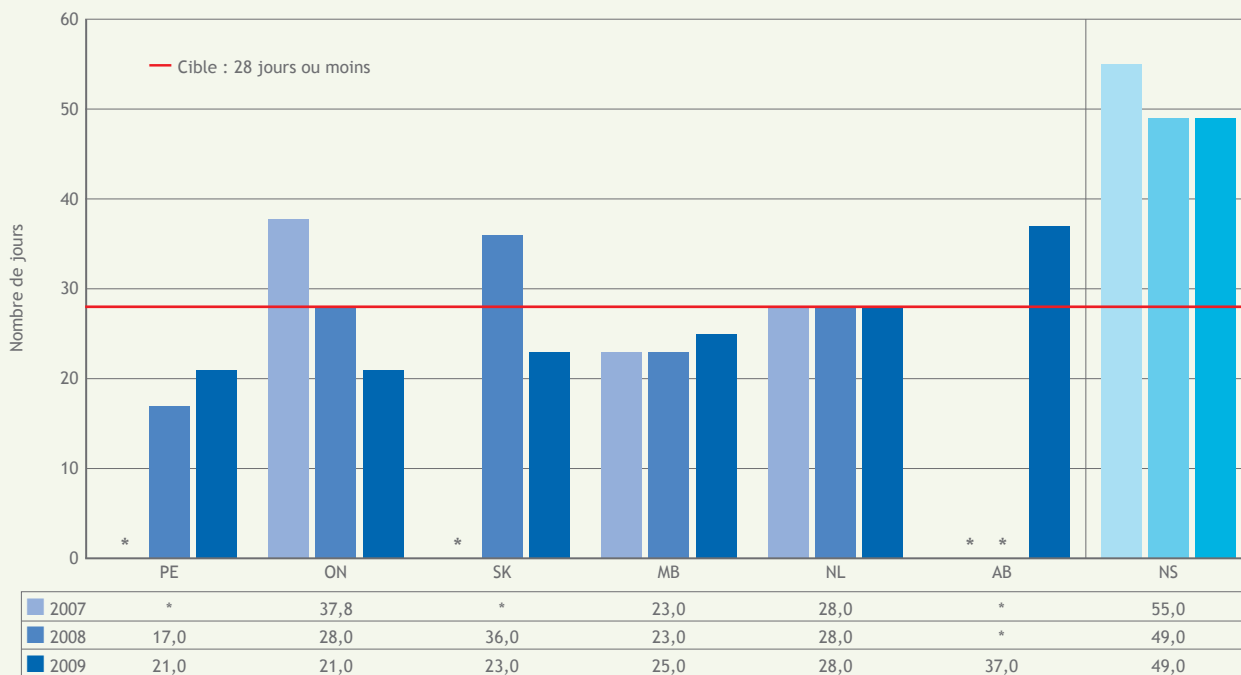
\* Données non disponibles.

Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

Alors que l'indicateur précédent mesurait le pourcentage de patients traités dans les quatre semaines, celui-ci permet d'évaluer les temps d'attente du 90<sup>e</sup> centile pour chaque province, par rapport à un objectif de quatre semaines ou 28 jours. Six provinces ont fourni des données sur les temps d'attente en jours pour la période de 2007 à 2009 selon la définition (en Nouvelle-Écosse, le nombre de patients prêts à traiter n'a pas été suivi pendant cette période). Le 90<sup>e</sup> centile des temps d'attente en 2009 variait de 21 jours à l'Île-du-Prince-Édouard et en Ontario à 37 jours en Alberta (Figure 66). Cinq des six provinces qui ont soumis des données comparables ont atteint les temps d'attente cibles en ramenant le 90<sup>e</sup> centile des temps d'attente à 28 jours ou moins. L'Ontario et la Saskatchewan ont réussi à obtenir des réductions substantielles du 90<sup>e</sup> centile des temps d'attente au cours des périodes de temps évaluées.

Figure 66

90<sup>e</sup> percentile du temps d'attente en jours pour la radiothérapie – tous les types de cancer  
TENDANCE TEMPORELLE PAR PROVINCE – 2007 À 2009



Les données de l'Î.-P.-É. sont celles d'avril à décembre 2008. Avant 2009, la N.-É. ne recueillait pas la date « prêt à traiter ».  
\* Données non disponibles.  
Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer  
Bien que le Québec n'ait pas été en mesure de fournir des données sur le nombre de jours, 97 % des patients recevaient une radiothérapie en moins de 28 jours

## Utilisation de la radiothérapie

Un indicateur couramment cité pour l'utilisation de radiothérapie est le pourcentage de patients atteints d'un cancer qui reçoivent une radiothérapie à un moment donné au cours de leur vie. Étant donné le défi présenté par la cueillette de données sur la radiothérapie des années après le diagnostic pour chaque patient, un indicateur de substitution a été utilisé pour mesurer indirectement le taux d'utilisation de la radiothérapie. Cette mesure de substitution, communément utilisée dans les études internationales, est le ratio du total des séances de radiothérapie<sup>f</sup> pendant une année (à toutes fins utiles) relativement aux nouveaux cas de cancer invasif diagnostiqués cette année-là. Dans ce ratio, il n'existe aucun lien explicite entre le numérateur et le dénominateur (certains traitements visés par le numérateur auraient été administrés à des patients diagnostiqués dans une année antérieure; certains patients inclus dans le dénominateur pourraient avoir reçu un traitement les années subséquentes). La mesure de substitution peut toutefois être utilisée pour évaluer les résultats par rapport à un chiffre souvent évoqué d'au moins 50 p. 100 des patients atteints d'un cancer en général traités par radiothérapie à un moment donné au cours de leur maladie<sup>55</sup>.

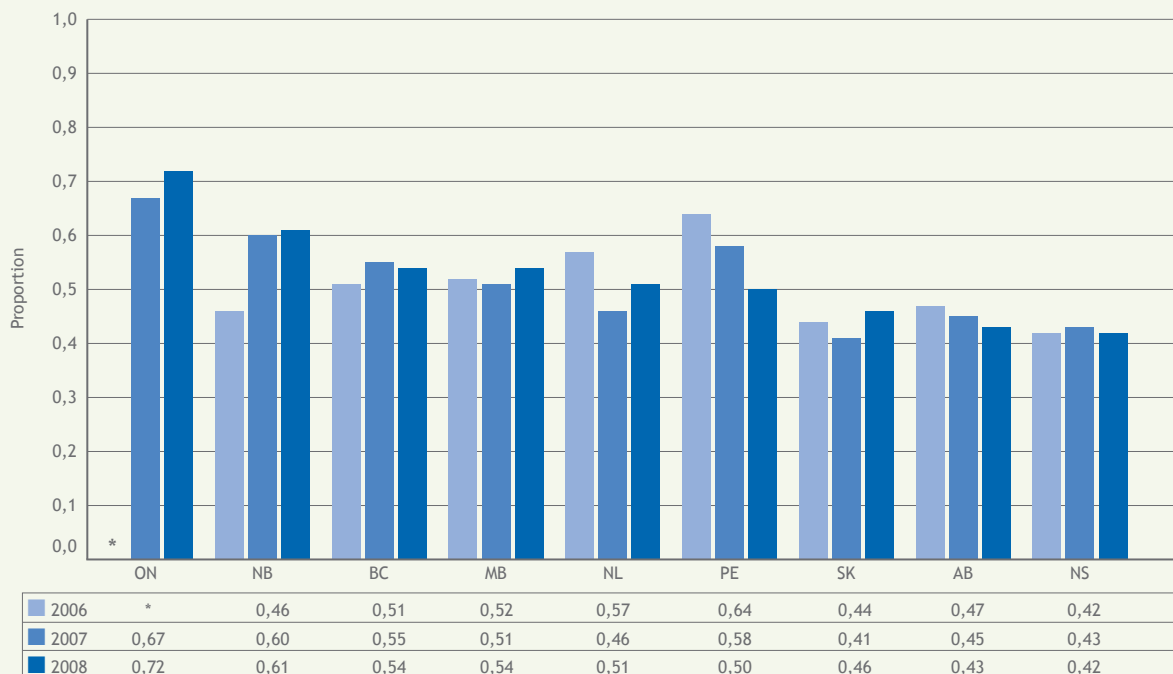
Dans le cadre du présent rapport, neuf provinces ont fourni des données pour une partie ou la totalité de la période de mesure de 2006 à 2008 (Figure 67). En ce qui concerne les neuf provinces qui ont déclaré des données pour

<sup>f</sup> Un traitement de radiothérapie comprend normalement un certain nombre de fractions ou de traitements prévus par le radio-oncologue. Un patient peut recevoir un ou plusieurs traitements de radiothérapie dans sa vie.

l'année 2007, l'année de diagnostic pour laquelle les indicateurs de concordance avec les lignes directrices ont été calculés, les ratios d'utilisation de la radiothérapie varient de 0,41 en Saskatchewan à 0,67 en Ontario. Huit des résultats provinciaux étaient de l'ordre de 0,40 à 0,60, ce qui est conforme à la norme communément citée de 0,50 (ou 50 p. 100). Afin de mieux comprendre les sources de variation de cet indicateur, une analyse plus approfondie, y compris la cueillette de données spécifiques sur le siège de la maladie, sera entreprise au cours de la prochaine année et présentée dans le Rapport de 2011.

**Figure 67**

Utilisation de la radiothérapie : Ratio de séries de radiothérapie par rapport aux nouveaux cas  
TENDANCE TEMPORELLE PAR PROVINCE – 2006 À 2008



Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

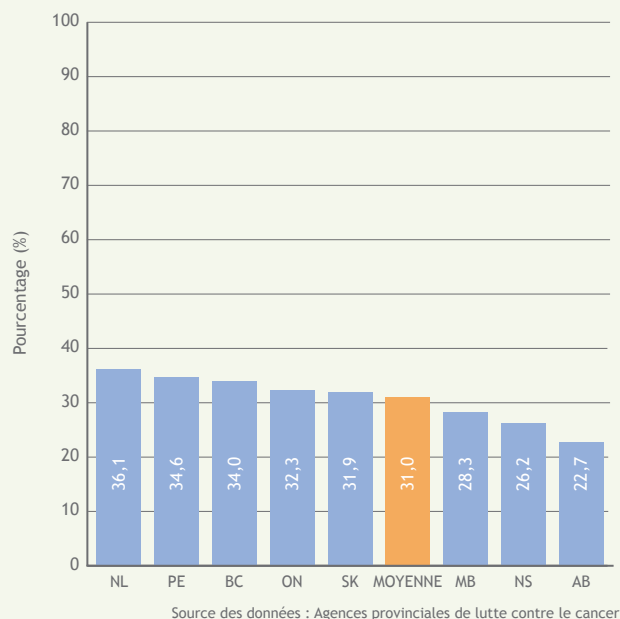
Une mesure plus directe de l'utilisation de la radiothérapie commence par tous les cas de cancer diagnostiqués dans une année donnée (2007 aux fins du présent rapport) et examine le pourcentage de patients qui ont reçu une radiothérapie dans les deux années<sup>§</sup> suivant la date de leur diagnostic (Figure 68). Huit provinces ont déclaré les données nécessaires au calcul de cet indicateur. Le taux de traitement de radiothérapie variait de 23 p. 100 en Alberta à 36 p. 100 à Terre-Neuve-et-Labrador. La moyenne globale des résultats déclarés par les provinces était de 31 p. 100. Cet indicateur est affecté par une moindre variabilité interprovinciale que le ratio précédent. On constate une certaine congruence entre les deux indicateurs par rapport à la position relative des provinces, l'Alberta et la Nouvelle-Écosse se situant à l'extrémité inférieure, et l'Ontario et la Colombie-Britannique à l'extrémité supérieure pour les deux paramètres. Toutefois, la comparaison des deux indicateurs est limitée, et ces modèles seront examinés plus avant au cours de la prochaine année dans le but de les regrouper en une mesure définitive de l'utilisation de radiothérapie dans les futurs rapports.

<sup>§</sup> La période de deux ans a été choisie pour un certain nombre de raisons. La première est que pour de nombreux types de cancer (notamment le cancer de la prostate et le cancer du sein), la radiothérapie curative est généralement donnée un à deux ans après le diagnostic. Pour avoir une période de suivi de deux ans (par exemple jusqu'au 31 décembre 2009 pour un patient diagnostiqué le 31 décembre 2007), on a choisi 2 007 nouveaux cas comme cohorte pour le calcul de cet indicateur. La deuxième raison est qu'un délai de deux ans permet à l'indicateur d'être déterminé par une intention thérapeutique plutôt que palliative (sauf les maladies généralement diagnostiquées tardivement, comme le cancer du poumon et le cancer du pancréas, pour lesquels le traitement palliatif est souvent donné peu après le diagnostic).

**Figure 68**

Utilisation de la radiothérapie : Pourcentage de cas de cancer sous radiothérapie

DANS LES 2 ANS SUIVANT LE DIAGNOSTIC — DIAGNOSTICS POSÉS EN 2007



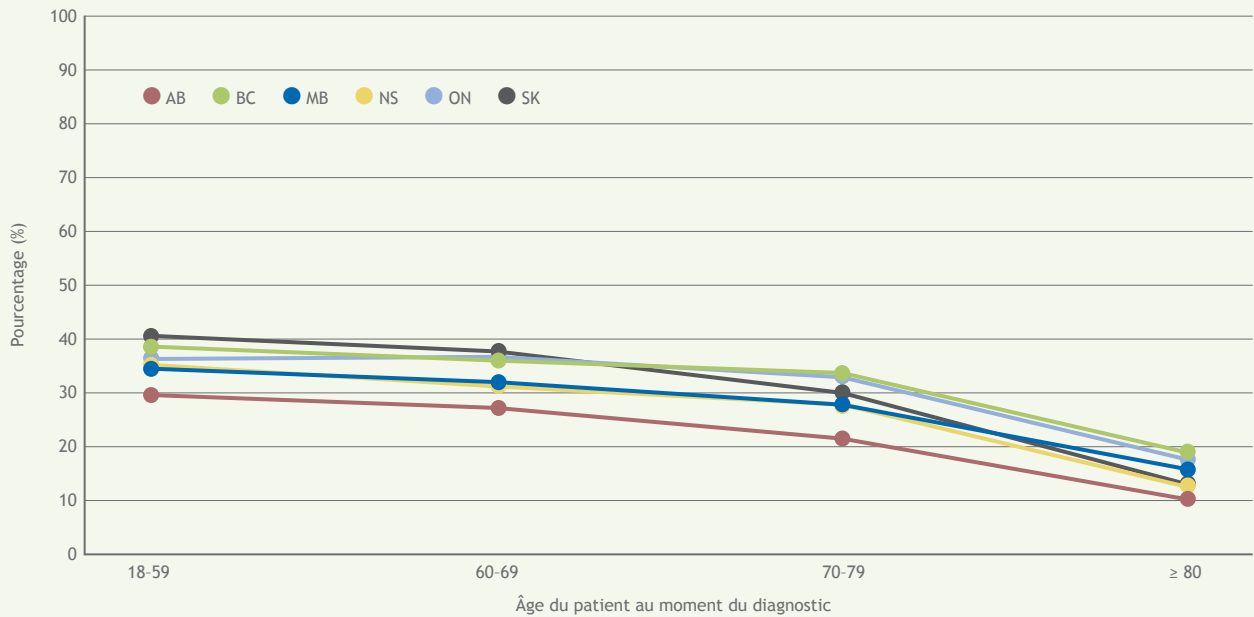
Six provinces ont également fourni des données qui ont permis l'analyse par rapport à l'âge du patient relativement au pourcentage de patients atteints d'un cancer traités par radiothérapie dans les deux ans suivant le diagnostic (Figure 69). Dans chaque province, les modes de traitement étaient similaires pour les personnes de 18 à 59 ans, de 60 à 69 ans et de 70 à 79 ans. Les patients de 80 ans et plus ont connu un peu moins de la moitié du taux de traitement par rapport aux groupes d'âge inférieurs. Le phénomène de la baisse du taux de traitement chez les personnes âgées peut être partiellement expliqué par des facteurs spécifiques aux patients, tels que les affectations concomitantes interdisant le traitement ou d'autres contre-indications qui peuvent être plus fréquentes chez les patients âgés et qui entraînent un ratio risque-avantage moins favorable pour la radiothérapie.

En Ontario<sup>55</sup>, des chercheurs ont mis au point une méthode statistique qui permet d'estimer les taux d'utilisation prévus de la radiothérapie pendant la durée d'une vie en fonction de la pratique médicale courante. Ils estiment qu'en Ontario, 48 p. 100 des patients atteints d'un cancer auront besoin de radiothérapie au moins une fois dans leur vie. Plusieurs autres études internationales ont proposé des fourchettes similaires : 52 p. 100 dans une étude australienne<sup>56</sup> et 44 à 48 p. 100 dans une étude écossaise<sup>57</sup>. On ne sait pas encore dans quelle mesure des différences touchant la méthodologie adoptée ou le siège de la maladie peuvent avoir une incidence sur ces statistiques.

Dans son rapport sur l'indice de la qualité du réseau de cancérologie (IQRC), publié en 2009, Action cancer Ontario a adopté un taux d'utilisation de référence de 48 p. 100. Ce taux de référence est passablement plus élevé que le taux d'utilisation réelle de l'Ontario, qui est de 36 p. 100 (fourchette de 32 à 41 p. 100 selon le Réseau local d'intégration des services de santé) en 2008-2009<sup>58</sup>. Le rapport sur l'IQRC montre que la baisse des taux d'utilisation de la radiothérapie pour les principaux sièges de maladie semble toucher le cancer de la prostate et celui du poumon, pour lesquels les directives de traitement ne sont pas aussi bien établies. Les déficits relativement aux cas de cancer du sein et de cancer colorectal apparaissent beaucoup plus petits.

**Figure 69**

Utilisation de la radiothérapie : Pourcentage de cas de cancer sous radiothérapie  
DANS LES 2 ANS SUIVANT LE DIAGNOSTIC, PAR GROUPE D'ÂGE DE PATIENTS — DIAGNOSTICS POSÉS EN 2007

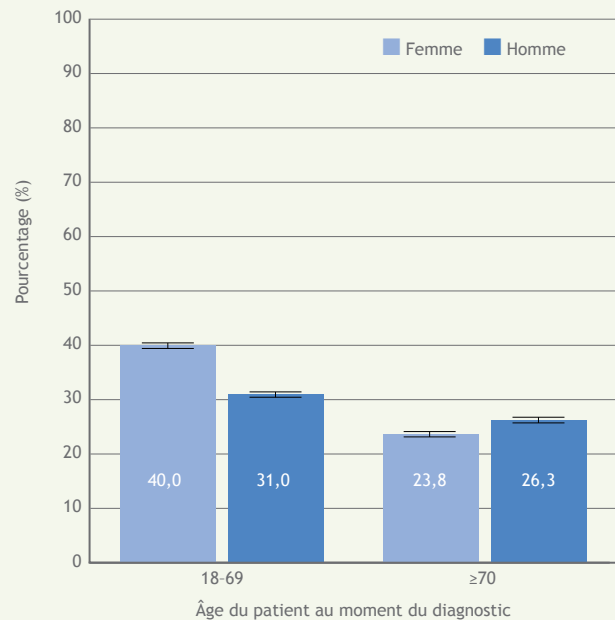


Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

Le taux d'utilisation de la radiothérapie a également été examiné selon les paramètres combinés du groupe d'âge et du sexe (Figure 70). Les hommes et les femmes de plus de 70 ans ont été traités moins fréquemment que ceux âgés de 18 à 69 ans. Les femmes âgées de 18 à 69 ans ont été traitées plus souvent que les hommes du même groupe d'âge, mais la tendance inverse a été observée pour les personnes âgées de 70 ans et plus, pour lesquelles le taux de traitement était plus élevé que celui des hommes. Cette observation s'explique probablement par les différentes indications de la radiothérapie selon que la maladie touche un homme ou une femme à différents âges, en particulier dans les cas du cancer du sein et du cancer de la prostate, qui représentent ensemble près de 50 p. 100 des traitements de radiothérapie administrés dans plusieurs centres canadiens. Chez les femmes, le cancer du sein devient de plus en plus fréquent après 50 ans et une chirurgie conservatrice du sein, normalement complétée par une radiothérapie, est plus couramment utilisée chez les jeunes femmes. Chez les hommes, le cancer de la prostate et l'utilisation subséquente de la radiothérapie curative sont de plus en plus fréquents après 70 ans.

**Figure 70**

Utilisation de la radiothérapie : Pourcentage de cas de cancer sous radiothérapie  
DANS LES 2 ANS SUIVANT LE DIAGNOSTIC, SELON L'ÂGE ET LE SEXE DES PATIENTS — DIAGNOSTICS POSÉS EN 2007



Moyenne des provinces ayant soumis des données (dont la C.-B., l'Alb., la Sask., le Man., l'Ont. et la N.-É.)  
Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer



## Radiothérapie adjuvante suivant une chirurgie conservatrice du sein pour les stades I et II du cancer du sein (concordance avec les lignes directrices et mesure de substitution)

Alors que les indicateurs pour l'utilisation de la radiothérapie fournissent une évaluation globale de l'utilisation de la radiothérapie pour traiter le cancer, ils ne sont pas nécessairement utiles dans l'évaluation de la pertinence des modèles de pratique clinique. Les indicateurs de concordance avec les lignes directrices, d'un autre côté, permettent de mesurer l'utilisation des modalités de traitement spécifiques pour traiter des types de cancers particuliers en fonction de données probantes bien établies tirées de la recherche clinique. Une ligne directrice bien établie recommande l'administration de radiothérapie postopératoire (adjuvante) pour les patientes au stade précoce du cancer du sein qui reçoivent une chirurgie conservatrice du sein. Les essais cliniques ont montré que la radiothérapie adjuvante réduit considérablement le risque de récurrence dans cette cohorte de patientes<sup>59</sup>.

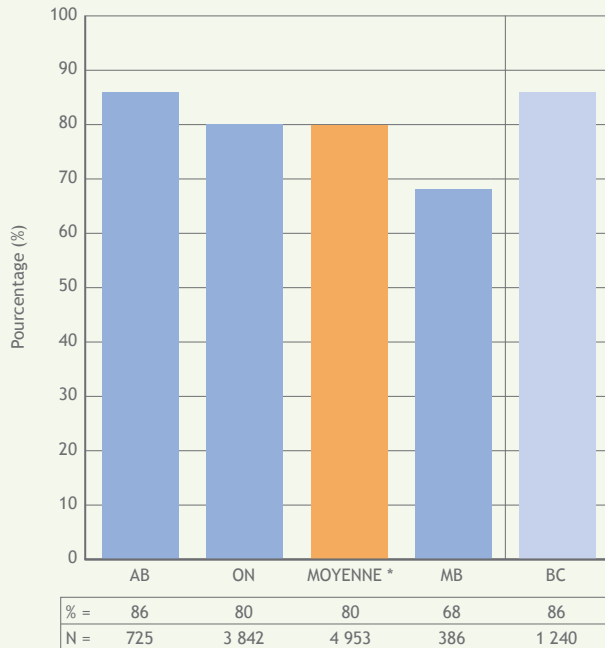
Pour le présent rapport, quatre provinces ont fourni les données nécessaires pour évaluer la mesure de concordance avec la ligne directrice suivante : « Pourcentage des cas de cancer du sein de stade I ou II traités par radiothérapie commencée dans les 270 jours suivant la chirurgie à la suite d'une chirurgie conservatrice du sein ». Le délai de 270 jours a été choisi parce qu'il correspond au délai dans lequel 95 p. 100 des patientes ont commencé la radiothérapie. En utilisant les données disponibles, les taux mesurés de concordance avec les lignes directrices variaient de 68 p. 100 au Manitoba à 86 p. 100 en Alberta, avec une moyenne de 80 p. 100 (Figure 71). Dans cette figure et les suivantes, les taux de concordance de la Colombie-Britannique sont représentés, mais ils ne sont pas inclus dans le calcul de la moyenne, car ces taux sont limités aux cas visés aiguillés vers les centres de lutte contre le cancer (environ 85 p. 100 des cas de cancer du sein en Colombie-Britannique). Les résultats de la Colombie-Britannique ne sont donc pas fondés sur la population et ne peuvent pas être comparés à ceux des autres provinces.



Il convient de noter que le taux de concordance attendu n'est pas de 100 p. 100. Des raisons valables peuvent exister de ne pas adhérer à la ligne directrice, y compris les situations où les patientes sont médicalement inaptes à subir un traitement ou lorsqu'elles choisissent de renoncer à des traitements de radiothérapie. Les comparaisons de modèles sont toutefois utiles, car elles aident à évaluer les tendances de soins en général.

**Figure 71**

Concordance avec les lignes directrices : Pourcentage de cas de cancer du sein de stade I ou II sous radiothérapie suivant une chirurgie conservatrice du sein  
RADIOTHÉRAPIE AYANT COMMENCÉ DANS LES 270 JOURS SUIVANT LA CHIRURGIE, PAR PROVINCE — DIAGNOSTICS POSÉS EN 2007



Les données de la C.-B. ne tiennent compte que des cas assignés aux centres de traitement contre le cancer.

\* Le calcul de la « Moyenne » ne tient pas compte des données de la C.-B.  
Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

fournit des informations pertinentes sur l'utilisation de la radiothérapie pour le traitement du cancer du sein de stade I ou II et permet l'inclusion de provinces qui n'ont pas été en mesure de relier les données concernant la chirurgie aux données du registre, comme l'exige l'indicateur de concordance avec les lignes directrices.

Les taux de traitement pour la mesure de substitution se situaient entre 38 p. 100 à l'Île-du-Prince-Édouard et 66 p. 100 en Ontario, avec une moyenne globale de 59 p. 100 pour les sept provinces répondantes (Figure 72). Encore une fois, les résultats de la Colombie-Britannique sont présentés séparément et ne sont pas inclus dans la moyenne générale parce qu'ils sont fondés uniquement sur des patientes orientées vers des centres de lutte contre le cancer. Parce que la mesure de substitution peut inclure les patientes des stades I et II qui subissent une mastectomie et puisque la radiothérapie adjuvante n'est généralement pas indiquée après la mastectomie (sauf en cas d'implication importante des ganglions lymphatiques axillaires), les taux pour cet indicateur devraient être sensiblement plus faibles, car ils ne reflètent pas exactement des conditions de concordance avec les lignes directrices. En outre, les différences interprovinciales relativement aux taux de mastectomie peuvent contribuer à des différences dans les taux signalés. Au cours de la prochaine année, le Partenariat travaillera avec les provinces pour produire un compte rendu sur l'indicateur complet de concordance avec les lignes directrices en vue d'une publication dans de futurs rapports.

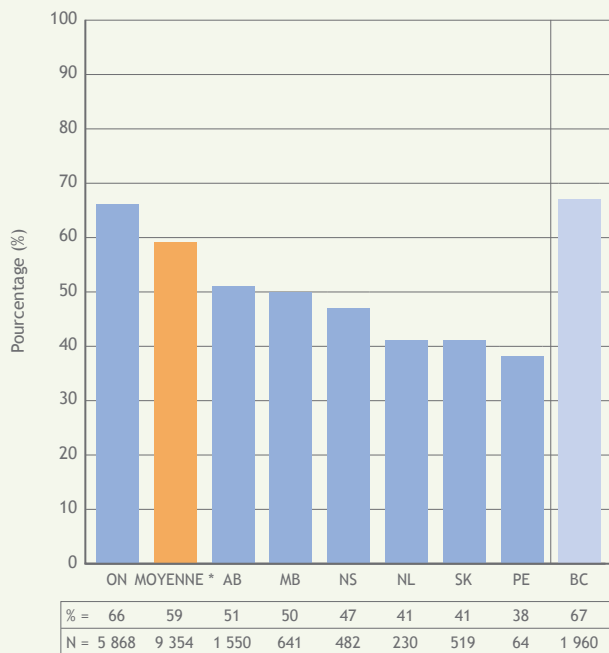
<sup>h</sup> On a choisi le délai de 635 jours afin de veiller à la compatibilité par rapport à l'indicateur de concordance avec les lignes directrices, qui comprend les chirurgies effectuées dans l'année suivant le diagnostic et la radiothérapie dans les 270 jours suivant la chirurgie (365 jours + 270 jours = 635 jours).

Un examen comparatif des résultats publiés au niveau des ressorts pour cet indicateur (la radiothérapie adjuvante pour les cas de stade précoce du cancer du sein après chirurgie conservatrice) a donné des taux de concordance se situant entre 90 et 95 p. 100. Une étude américaine utilisant des données du programme SEER de 2000 à 2002 a publié des taux de traitement de 94 p. 100 pour les femmes âgées de 66 à 70 ans<sup>60</sup>. Une étude nationale suisse a signalé un taux de concordance de 92 p. 100 chez les patientes de 80 ans ou moins atteintes d'un cancer de stade I à III<sup>61</sup>.

Huit provinces ont déclaré avoir des indicateurs de substitution permettant de mesurer le pourcentage de cas de cancer du sein de stade I ou II traités par radiothérapie dans les 635 jours<sup>h</sup> (1 an + 270 jours) après le diagnostic, sans se limiter aux patientes qui reçoivent une chirurgie conservatrice du sein. Bien que cet indicateur ne mesure pas la concordance avec la ligne directrice spécifique en cours d'évaluation, il

**Figure 72**

Mesure de substitution des lignes directrices : Pourcentage de cas de cancer du sein de stade I ou II sous radiothérapie MOINS DE 1 AN MAIS PLUS DE 270 JOURS APRÈS LE DIAGNOSTIC, PAR PROVINCE – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2007

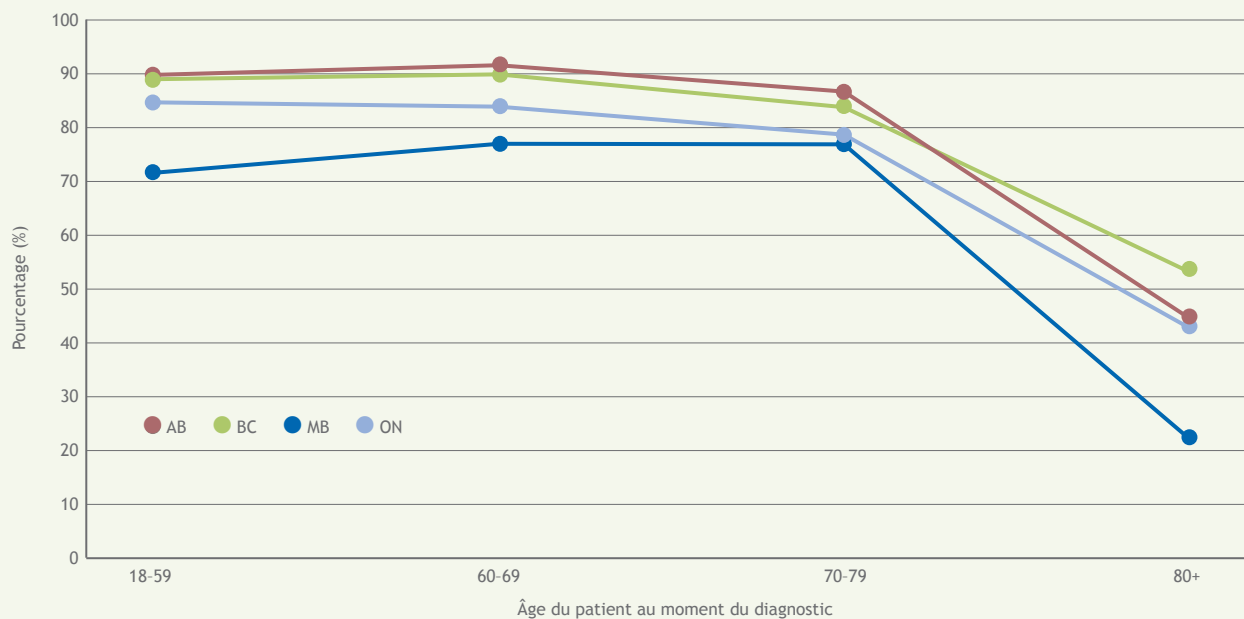


Remarque : Femmes seulement.  
 Les données de la C.-B. ne tiennent compte que des cas assignés aux centres de traitement contre le cancer.  
 \* Le calcul de la « Moyenne » ne tient pas compte des données de la C.-B.  
 Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

Une analyse de l'indicateur de concordance avec les lignes directrices par groupe d'âge a également été réalisée (Figure 73). Le pourcentage élevé (de 72 à 90 p. 100) des patientes âgées de 18 à 59 ans traitées en concordance avec les lignes directrices formait un net contraste avec le taux de traitement de 22 à 45 p. 100 des patientes âgées de 80 ans ou plus. Plusieurs lignes directrices, telles que celles du National Comprehensive Cancer Network (NCCN)<sup>62</sup> fondées sur un certain nombre d'essais cliniques montrant des avantages limités sur le plan des taux de récurrence et de survie dans ce groupe d'âge<sup>63</sup>, ne recommandent pas la radiothérapie adjuvante pour les patientes de plus de 70 ans. Quand un plus grand nombre de provinces seront en mesure de fournir des données pour cet indicateur, ces schémas d'âges et de données interprovinciales seront mieux analysés.

**Figure 73**

Concordance avec les lignes directrices : Pourcentage de cas de cancer du sein de stade I ou II sous radiothérapie suivant une chirurgie conservatrice du sein RADIOTHÉRAPIE AYANT COMMENCÉ DANS LES 270 JOURS SUIVANT LA CHIRURGIE, PAR GROUPE D'ÂGE DE PATIENTS – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2007



Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

De nombreuses études ont apporté la preuve que même en tenant compte des facteurs d'affections concomitantes et des préférences des patientes, les femmes plus âgées étaient moins susceptibles que les jeunes femmes de bénéficier d'une prise en charge standard. Un aspect de la prise en charge standard des patientes atteintes de cancer du sein implique une chirurgie conservatrice du sein suivie d'une radiothérapie, pour les cas où aucune mastectomie n'est prévue. En 2007, une étude de cohorte rétrospective de 1 999 nouveaux cas de cancer du sein d'une région en Angleterre a indiqué que la prise en charge non standard des patientes atteintes de ce cancer augmente avec l'âge. L'étude a également souligné que les taux d'incidence du cancer du sein étaient plus élevés pour les femmes âgées 70 ans ou plus. Les femmes ayant dépassé l'âge de 70 ans étaient moins susceptibles de recevoir une radiothérapie après une chirurgie conservatrice par rapport aux femmes de 65 à 69 ans atteintes du cancer du sein<sup>64</sup>. Dans le même temps, plusieurs lignes directrices (par exemple, NCCN <sup>62</sup>) limitent leur recommandation de radiothérapie adjuvante aux patientes de moins de 70 ans en fonction d'un certain nombre d'essais cliniques montrant des avantages limités en matière de survie pour les patientes âgées de 70 ans ou plus <sup>63</sup>. Ainsi, la baisse du traitement conformément aux lignes directrices après l'âge de 79 ans reflète peut-être une pratique clinique raisonnable.

## Synthèse et prochaines étapes

Le but de la section axée sur la radiothérapie est de fournir un aperçu des performances du système pour une modalité de traitement spécifique. Cette approche thématique se prête à des modèles d'identification qui peuvent, à leur tour, jeter la lumière sur les possibilités d'amélioration de la qualité et de la cohérence de la pratique clinique. Vus dans leur ensemble, et non comme des mesures indépendantes, ces indicateurs fournissent une perspective plus large sur le rendement du système et peuvent contribuer à générer des hypothèses et à mettre en évidence les zones que les provinces pourraient vouloir explorer dans leur propre ressort. Les résultats fournissent également une base importante pour l'identification des modèles dignes d'une enquête plus approfondie. Néanmoins, il reste plusieurs facteurs devant être pris en considération avant de tirer des conclusions définitives sur la zone entre les résultats des indicateurs et la performance réelle du système. Les prochains rapports supplémentaires sur le rendement du système commenceront à identifier et examiner ces facteurs.

## 3.4 Soins de soutien et de survie

Un diagnostic de cancer a des incidences émotionnelles, sociales, spirituelles et concrètes pour les patients et les membres de leur famille, bien au-delà de la durée du traitement. Pour nombre de personnes, un manque d'accès à l'information et aux services rend l'expérience de la maladie beaucoup plus difficile. Il est aussi de plus en plus prouvé que les survivants ont des besoins particuliers après le traitement. Pour d'autres, une amélioration des soins palliatifs est nécessaire.

Au Canada, le milieu du cancer en général reconnaît le besoin d'établir des indicateurs qui évaluent les soins de soutien et la survie. Dans un effort initial pour aborder cette question, le *Rapport sur le rendement du système de 2010* présente des données pour trois indicateurs : le **dépistage de la détresse**, les **résultats autodéclarés** et le **lieu du décès**. Les données pour le dépistage de la détresse représentent un approfondissement de l'analyse présentée dans la section « Évaluation des symptômes » de l'Initiative sur le rendement du système de 2009. Les indicateurs des résultats autodéclarés et du lieu du décès sont nouveaux dans le présent rapport. Regroupés, ces trois indicateurs contribuent à accroître la compréhension des éléments importants pour les soins de soutien et la survie des patients atteints d'un cancer et entreprennent d'aborder un domaine sous-représenté dans le continuum de la lutte contre le cancer.

### Dépistage de la détresse

L'utilisation d'outils uniformisés d'évaluation des symptômes et de dépistage de la détresse signale le degré auquel les symptômes de la douleur et du trouble émotionnel sont ressentis par les patients et décelés par les fournisseurs de soins. Au printemps de 2009, le Partenariat a appuyé un ensemble minimal de données pour le dépistage de la douleur et de la détresse. Les éléments de données définis dans le cadre de cet ensemble minimal de données sont contenus dans l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EES) et la liste de contrôle des problèmes CPC<sup>65</sup>. L'échelle EES est l'outil de dépistage le plus utilisé au Canada. Cette échelle a été conçue pour aider à faire l'évaluation de neuf symptômes courants : la douleur, la fatigue, la nausée, la dépression, l'anxiété, la somnolence, la perte d'appétit et de bien-être, et l'essoufflement. La liste CPC, conçue par un sous-comité du groupe d'action pour l'expérience globale du cancer du Partenariat, pose une série de 21 questions visant à dépister les préoccupations d'ordre psychosocial (p. ex. les craintes et les inquiétudes, la tristesse, le sentiment d'être un fardeau), les préoccupations d'ordre pratique (p. ex. les questions liées au travail ou aux études, les problèmes financiers, le trajet pour se rendre à ses rendez-vous et en revenir) et les préoccupations d'ordre physique (p. ex. les troubles de concentration et de mémoire, l'insomnie, les problèmes de poids). En gros, l'ensemble minimal de données recommandé fournirait une base permettant de cerner les principales préoccupations des patients ainsi que les causes de détresse à intervalles réguliers. L'objectif consiste à identifier rapidement et à aborder les problèmes d'ordre physique, psychosocial et pratique le plus tôt possible, ce qui en retour permettrait de se rapprocher des soins centrés sur la personne.

À l'heure actuelle, le groupe d'action pour l'expérience globale du cancer a établi un partenariat avec sept compétences dans six provinces du Canada qui achèveront la mise en place des programmes de dépistage de la détresse au début de l'année 2012. Simultanément, la mise en place d'outils uniformisés d'évaluation des symptômes



répertoriés de façon centralisée par les agences provinciales du cancer fournira l'occasion d'évaluer le degré de mise en œuvre des initiatives de prise en charge des symptômes et des soins centrés sur la personne menées par les provinces.

Dans le rapport de 2009 sur le rendement du système, des données ont été présentées sur le nombre de centres anticancéreux qui se servent d'outils uniformisés d'évaluation des symptômes répertoriés de façon centralisée dans chaque province, au moins pour une partie de leur population de patients. Les données contenues dans ce rapport ont été obtenues en juin 2010 par sondage direct des agences provinciales du cancer sur la mise en œuvre d'outils uniformisés d'évaluation des symptômes répertoriés de façon centralisée dans leurs provinces respectives. Des données actualisées étaient disponibles pour sept provinces.

Sur le modèle des données présentées dans le rapport de 2009 sur le rendement du système, la Colombie-Britannique et l'Ontario ont une fois de plus déclaré utiliser un outil uniformisé d'évaluation des symptômes répertoriés de façon centralisée, au moins pour une partie de leur population de patients, à chaque centre anticancéreux. En Colombie-Britannique, tous les patients qui visitent les cliniques de traitement de la douleur et de prise en charge des symptômes sont évalués à l'aide de l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EESÉ) à chacune de leurs visites. En Ontario, un système d'information Web recueille des données EESÉ de façon centralisée et facilite aux fournisseurs de soins l'accès aux résultats des patients, contribuant ainsi à faciliter et accélérer la prise en charge des symptômes. À la fin de décembre 2009, 57 p. 100 des patients atteints d'un cancer du poumon en Ontario et 31 p. 100 des patients atteints d'un autre type de cancer avaient subi un dépistage au moins une fois par mois pour la gravité des symptômes<sup>66</sup>.

Trois autres provinces, soit la Saskatchewan, le Manitoba et la Nouvelle-Écosse, ont déclaré être en train de mettre en place un outil centralisé d'évaluation des symptômes et d'implanter un système de suivi. La Saskatchewan se propose de commencer la cueillette de données en vue d'un projet pilote à la fin de l'année 2010 à l'aide de l'outil EESÉ et de la liste de contrôle des problèmes CPC. Action cancer Manitoba utilise systématiquement l'outil EESÉ pour les patients reçus aux deux principaux centres de traitement de la province. Cancer Care Nova Scotia est en train de mettre en œuvre par étapes l'évaluation des symptômes à l'aide de l'outil EESÉ et de la liste CPC.

Trois provinces, à savoir l'Alberta, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador, ont déclaré que des établissements individuels utilisent une forme d'évaluation des symptômes, mais qu'aucun mécanisme central de suivi n'est en place. En Alberta, des centres de soins tertiaires ont tendance à utiliser des outils d'évaluation des symptômes; cependant, les centres urbains plus petits ne le font pas. Le Centre anticancéreux de Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) a élaboré des questionnaires d'évaluation des symptômes pour des patients choisis faisant l'objet d'une radiothérapie. À Terre-Neuve-et-Labrador, des centres anticancéreux individuels utilisent des outils d'évaluation des symptômes répertoriés de façon centralisée.

## Résultats autodéclarés

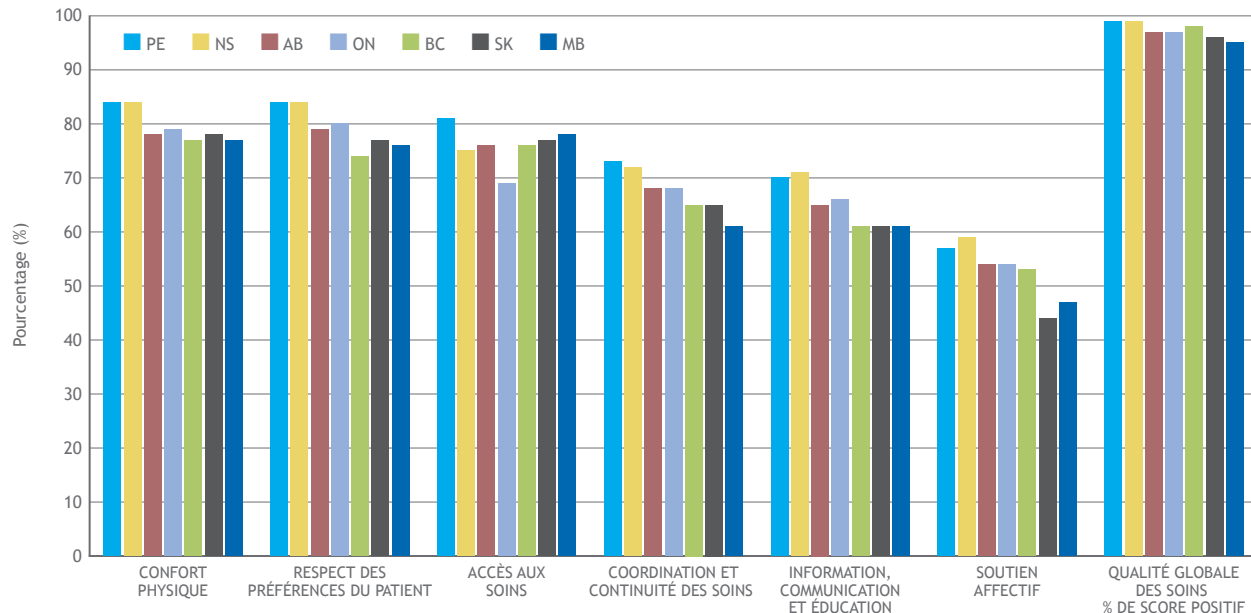
En 2003, l'Association des hôpitaux de l'Ontario et Action cancer Ontario ont collaboré avec les firmes National Research Corporation (NRC) et Smaller Worlds Communication en vue d'élaborer l'enquête *NRC Picker Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey* (AOPSS), qui contribue à exposer en détail les perceptions des patients atteints d'un cancer au sujet de la qualité de leurs soins<sup>67</sup>. Version améliorée de l'enquête sur le cancer du Picker Institute, les catégories de l'enquête AOPSS rendent compte des taux de satisfaction dans l'ensemble des six dimensions clés des soins centrés sur le patient : bien-être physique; respect des préférences du patient; accès aux soins; coordination et suivi des soins; information, communication et éducation; soutien affectif. L'enquête pose aussi des questions au sujet des perceptions globales par rapport à la qualité des soins reçus.

Les questionnaires sont postés aux participants admissibles (c.-à-d. les participants âgés de plus de 18 ans qui ont reçu un diagnostic de cancer avéré ainsi qu'une chimiothérapie, une radiothérapie ou un suivi des soins ambulatoires [dans la plupart des provinces]), d'après les échéanciers et les cadres d'échantillonnage déterminés individuellement par chaque province. Les résultats sont assemblés à partir des questionnaires dûment remplis qui ont été retournés par la poste à NRC Picker.

Sept provinces ont participé à l'enquête AOPSS, menée à différentes périodes entre 2007 et 2009 pour chaque province. Les taux de satisfaction globale des patients étaient élevés : plus de 95 p. 100 des répondants dans chaque province se sont dits satisfaits de la qualité globale des soins qu'ils avaient reçus au cours des six mois précédents (Figure 74). Quand ils ont été interrogés au sujet de chacun des six domaines individuels, toutefois, les taux de satisfaction ont baissé. Les tendances liées aux scores étaient similaires dans l'ensemble des provinces : toutes les provinces ont rapporté des taux de satisfaction des patients variant de 60 p. 100 à 85 p. 100 pour le bien-être physique, le respect des préférences des patients, l'accès aux soins, la coordination et le suivi des soins ainsi que l'information, la communication et l'éducation. Des taux de satisfaction des patients beaucoup plus faibles ont été enregistrés pour le soutien affectif, puisqu'ils varient de 44 p. 100 à 59 p. 100 parmi les différentes provinces. L'Île-du-Prince-Édouard et la Nouvelle-Écosse ont rapporté les taux de satisfaction les plus élevés dans toutes les catégories.

**Figure 74**

Pourcentage de scores positifs pour les catégories de soins axées sur les patients autodéclarés et qualité globale des soins



Sources des données : résultats du NRC Picker Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey, 2007-2009. Les données ont été fournies individuellement par les agences provinciales de lutte contre le cancer.

Le soutien affectif, tel que défini dans le cadre de l'enquête AOPSS, comporte de nombreux sous-composants qui peuvent ne pas s'appliquer à chaque répondant. Ces sous-composants sont les suivants :

- Évaluation du degré auquel les fournisseurs de soins oncologiques se sont donné du mal pour aider leurs patients;
- Communication de renseignements suffisants sur les changements affectifs qui pourraient être attribuables au cancer;
- Obtention de l'aide requise pour calculer les paiements dus pour tous les coûts à déboursier;
- Aiguillage des patients vers les professionnels aptes à les aider à prendre des mesures pour réduire leur anxiété et apaiser leurs craintes en rapport avec le diagnostic reçu ou le traitement proposé;
- Communication aux patients de renseignements suffisants sur les changements qui risquent de se produire dans leur vie affective ou dans leur vie sexuelle;
- Communication du diagnostic avec le tact voulu.

Si le Québec n'a pas pris part à l'enquête AOPSS, une enquête sur la satisfaction des patients menée en 2008 et basée sur les résultats autodéclarés du traitement en 2005 et 2006 a donné des résultats comparables. Des différences méthodologiques entre les deux enquêtes empêchent les comparaisons directes, mais 97 p. 100 des répondants se sont dits satisfaits de la qualité globale des soins et 61 p. 100 se sont déclarés satisfaits du soutien affectif obtenu<sup>68</sup>.

Les fournisseurs de soins à l'échelle provinciale ainsi que les autres intervenants attachent de l'importance à la perception de la qualité des soins centrés sur le patient. Des enquêtes effectuées régulièrement par les provinces fournissent des informations importantes pour apprécier le point de vue du patient et orienter les soins à prodiguer.

## Lieu du décès

De nombreuses enquêtes ont suggéré que les patients atteints d'un cancer en phase terminale préfèrent mourir à la maison ou dans un cadre rappelant le milieu familial, tels qu'un centre de soins palliatifs ou un autre établissement résidentiel<sup>69</sup>. Les données de Statistique Canada pour la période de 2003 à 2005 montrent toutefois que plus de 70 p. 100 de l'ensemble des décès par cancer sont survenus en milieu hospitalier (voir discussion ci-dessous), mettant l'accent sur la disparité observée entre les soins prodigués au terme de la vie et les préférences des patients. Dans un dossier spécial sur les soins de fin de vie, le rapport *Statistiques canadiennes sur le cancer* publié en 2010 confirme que des mesures doivent encore être prises pour améliorer les soins de fin de vie et aborder le problème de l'accès inégal aux services rattachés aux soins de fin de vie tant au sein des provinces que parmi elles<sup>1</sup>.

L'indicateur lié au lieu du décès décrit le pourcentage de patients qui meurent en milieu hospitalier ou dans plusieurs établissements non hospitaliers. Comme tel, cet indicateur entreprend d'abord un aspect important des soins de fin de vie et pourrait contribuer à améliorer la planification et la qualité des soins de fin de vie prodigués aux patients atteints d'un cancer.

La source de données pour cet indicateur est la Base canadienne de données sur l'état civil, qui renferme des données classées dans la catégorie sur la cause du décès ainsi que dans la catégorie sur le lieu du décès. Il est important de noter, toutefois, qu'il existe une variation considérable dans l'exhaustivité du codage sur le lieu du décès au moins pour deux provinces pendant les années étudiées. Cette variation complique l'interprétation des résultats. En particulier, tous les décès survenus en Colombie-Britannique en 2005 ont été classés dans la catégorie « Localité inconnue ». En Ontario, le codage des catégories de décès en milieu non hospitalier a varié énormément.

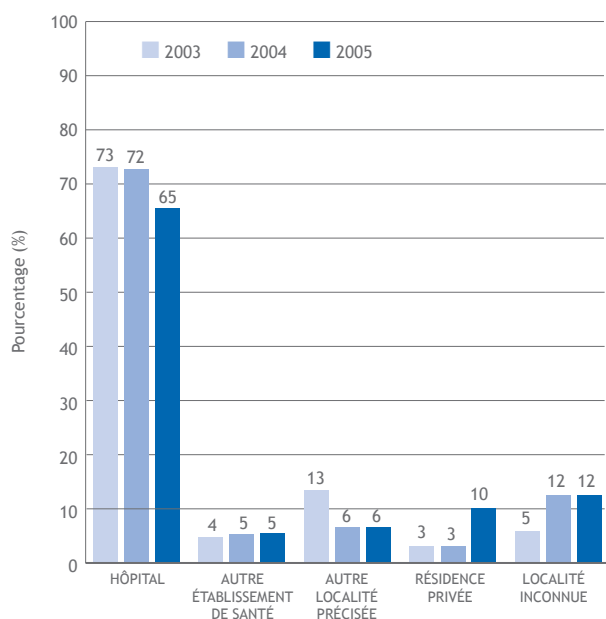


En 2005, aucun décès n'a été classé dans la catégorie « Localité inconnue », alors qu'en 2004, cette catégorie représentait 26 p. 100 des décès. Par contraste, les décès classés dans la catégorie « Résidences privées » ont fait un bond, passant de 0 p. 100 en 2004 à 20 p. 100 en 2005. Pour l'Ontario, des augmentations ou diminutions substantielles du même ordre ont été constatées dans les catégories « Autres établissements de santé » et « Autre localité précisée ». Pour obtenir plus de détails, se reporter au tableau C dans les annexes techniques. L'extrême variabilité des estimations concernant les catégories de décès non hospitaliers laisse entrevoir que le codage de ces catégories risque de se révéler peu fiable pour ce qui est de l'Ontario.

La Figure 75 présente le lieu du décès des patients atteints d'un cancer au Canada en regroupant les données selon leur codage. La majorité des décès sont survenus en milieu hospitalier, et leur pourcentage a diminué, passant de 73 p. 100 en 2003 et 2004 à 65 p. 100 en 2005. Cependant, cette baisse apparente provient du fait qu'en 2005, tous les décès survenus en Colombie-Britannique ont été classés dans la catégorie « Localité inconnue ». Si on appliquait l'estimation pour la Colombie-Britannique en 2004 aux données de 2005, l'estimation globale des décès en milieu « hospitalier » demeurerait stable à 72 p. 100. La Figure 76 présente le lieu du décès des patients atteints d'un cancer au Canada, à l'exclusion des données pour la Colombie-Britannique et l'Ontario. La variabilité apparente au fil du temps des estimations portant sur les décès en milieu non hospitalier qui sont mentionnées sur la Figure 75 disparaît lorsqu'on en retire les données pour la Colombie-Britannique et l'Ontario : approximativement 5 p. 100 des décès par cancer ont été classés dans chacune des deux catégories « Autres établissements de santé » et « Résidences privées », tandis que 11 p. 100 ont été classés dans la catégorie « Autre localité précisée » (Figure 76).

**Figure 75**

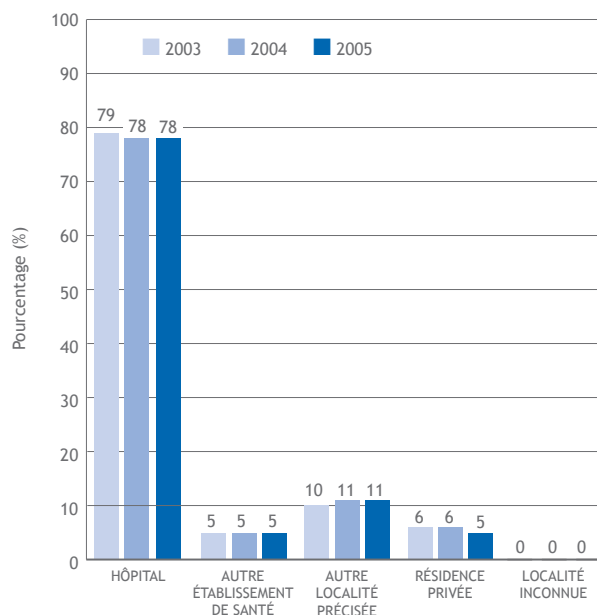
Lieu du décès des patients atteints d'un cancer  
TENDANCE TEMPORELLE PAR LIEU DU DÉCÈS, CANADA – 2003 À 2005



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

**Figure 76**

Lieu du décès des patients atteints d'un cancer  
TENDANCE TEMPORELLE PAR LIEU DU DÉCÈS,  
CANADA – 2003 À 2005  
(À L'EXCEPTION DE LA C.-B. ET DE L'ONT.) – 2003 À 2005



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

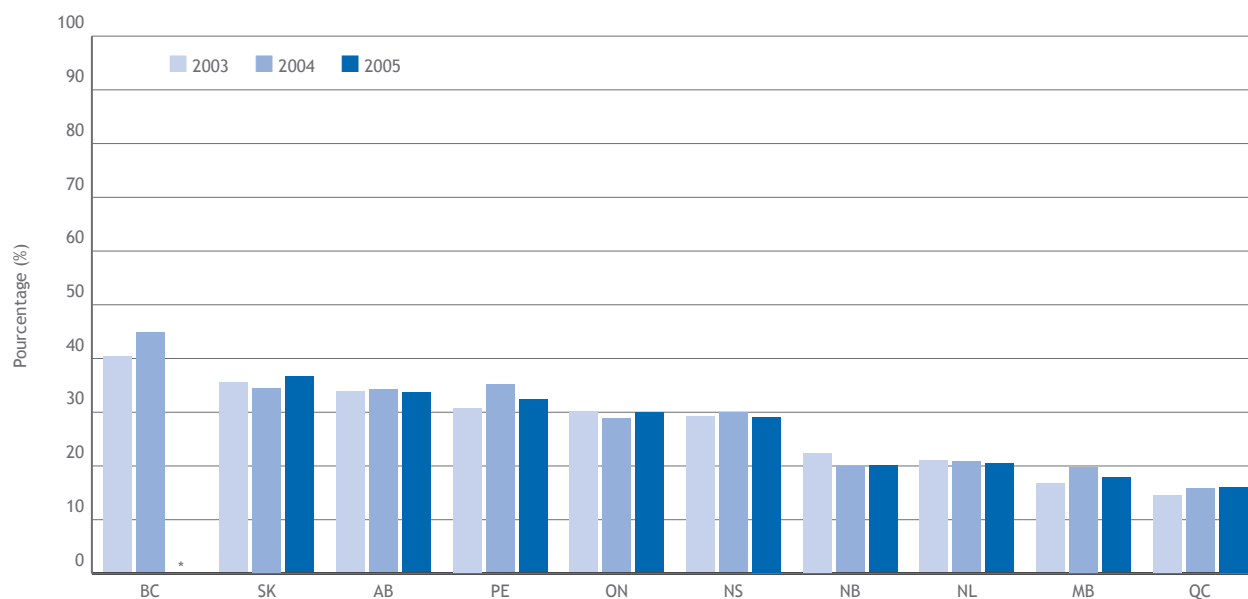


De 2003 à 2005, le pourcentage de décès en milieu non hospitalier est demeuré relativement similaire dans chacune des provinces (Figure 77). La « localité inconnue » a été incluse dans les décès en milieu non hospitalier, parce que la plupart des provinces avaient des données très fragmentaires pour cette catégorie (à l'exception de la Colombie-Britannique et de l'Ontario). L'exclusion des localités inconnues pour l'Ontario aurait comme conséquence la sous-estimation des décès en milieu non hospitalier, parce que seuls les décès en milieu non hospitalier ont été codés en tant que « localité inconnue ». Entre 2003 et 2005, le pourcentage de décès en milieu non hospitalier était plutôt constant, à l'exception de l'anomalie connue en Colombie-Britannique. Huit des dix provinces ont indiqué que 20 p. 100 des décès par cancer ou plus sont survenus en milieu non hospitalier. En 2005, il y avait peu de différence entre les hommes et les femmes dans le pourcentage de décès survenus en milieu hospitalier ou non hospitalier (données non illustrées).

Ce domaine va plus loin que la maladie et évalue le bien-être global des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer. Bien que des données pancanadiennes ne soient pas encore disponibles, la cueillette de données et la mesure des indicateurs progressent à l'échelle locale et régionale. Lorsque d'autres données deviendront disponibles, le Partenariat approfondira ses rapports sur ce domaine.

**Figure 77**

Pourcentage de décès de patients atteints d'un cancer en milieu non hospitalier  
PAR PROVINCE – 2003 À 2005



\* Tous les décès codés comme étant survenus dans un lieu inconnu  
Les données tiennent compte des décès survenus dans un lieu inconnu.  
Source des données : Statistique Canada, Statistiques de vie – Base de données sur les décès

## 3.5 Résultats à long terme

Les statistiques sur la surveillance du cancer, y compris l'incidence, la mortalité et la survie, nous aident à comprendre le fardeau du cancer au Canada et nous permettent de vérifier si nous sommes dans la bonne voie pour réduire ses effets dans l'ensemble du pays. L'incidence du cancer fait référence au nombre de cas de cancer nouvellement diagnostiqués au Canada chaque année et la mortalité par cancer, au nombre de décès attribués au cancer chaque année. Les données sont souvent présentées sous forme de taux normalisés selon l'âge afin que des comparaisons puissent être faites au fil du temps dans l'ensemble des compétences sans que les résultats soient faussés par les différences de structure par âge d'une population. Pour cette raison, toutefois, les taux normalisés selon l'âge ne peuvent être cités comme des taux « réels » et, par conséquent, ne peuvent servir à la planification des ressources; les données d'incidence et de mortalité réelles sont davantage pertinentes à cette fin. Dans le présent rapport, toutes les données sont normalisées selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991 et excluent le cancer de la peau avec mélanome bénin.

La survie au cancer fait référence à la proportion de patients vivants à un certain stade après le diagnostic de la maladie. L'indicateur de survie relative mesure la probabilité de survie d'un patient atteint du cancer comparativement à la population globale du même âge et du même sexe au Canada au cours d'une période de temps donnée.

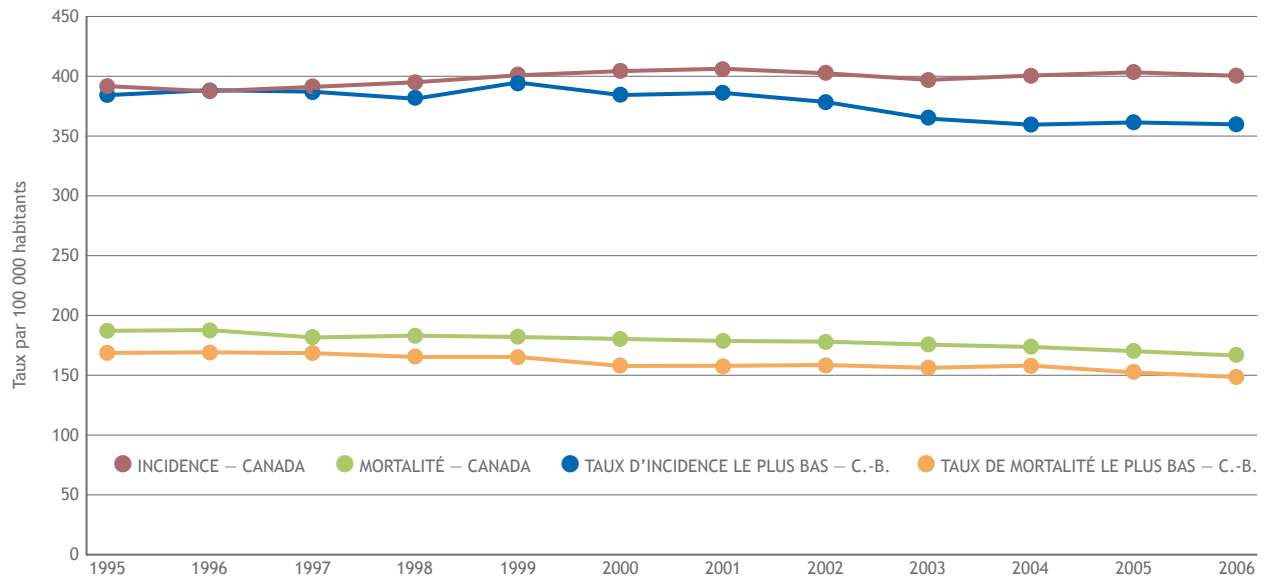
Dans cette section du présent rapport, les indicateurs de l'**incidence**, de la **mortalité** et de la **survie relative** sont présentés pour tous les types de cancer, pour le cancer du sein, pour le cancer du poumon et pour le cancer de la prostate. Dans la mesure du possible, nous avons présenté des analyses tenant compte du sexe et des déterminants sociaux de la santé dans l'ensemble du Canada, y compris le quintile de revenu, l'éducation et le lieu de résidence en région urbaine, en région rurale ou dans un endroit isolé. Pour les indicateurs des résultats à long terme se rapportant au cancer colorectal (CCR), se reporter à la section « Cancer colorectal – Un regard convergent sur le continuum de soins », qui va de la page 26 à la page 30 du présent rapport.

### Tous les types de cancer

Le taux d'incidence du cancer normalisé selon l'âge pour tous les types de cancer au Canada est demeuré relativement stable de 1995 à 2006. Il y a eu une diminution progressive du taux de mortalité normalisé selon l'âge au cours de la même période. D'après les taux observés pour 2006 dans les provinces ayant une population de plus d'un million de personnes, la Colombie-Britannique a connu les taux d'incidence et de mortalité les plus bas dans l'ensemble du pays. En fait, ses taux étaient généralement plus bas que la moyenne nationale pour le Canada au cours de la dernière décennie (Figure 78).

Figure 78

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge – tous les types de cancer  
CANADA ET PROVINCE AYANT LE TAUX LE PLUS BAS – 1995 À 2006

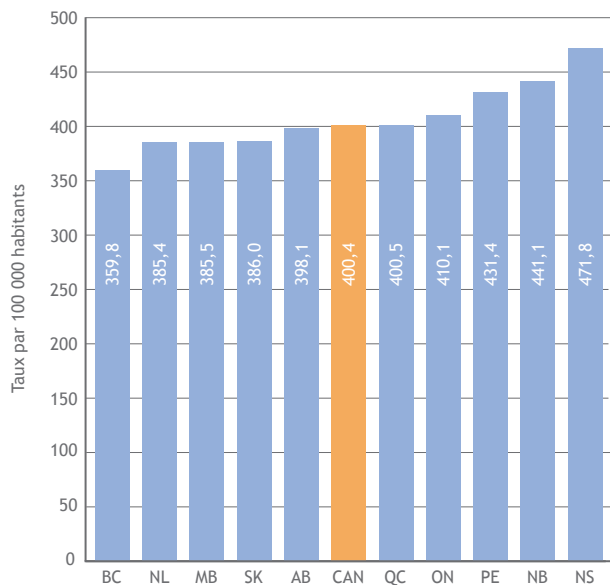


Remarque : Le taux le plus bas ne tient compte que des provinces ayant au moins 1 million d'habitants.  
Source des données : Statistique Canada, Statistiques de vie – Base de données sur les décès

Dans l'ensemble du Canada, il y avait des différences entre les provinces concernant les taux d'incidence (Figure 79) et de mortalité (Figure 80) pour tous les types de cancer. En 2006, la plupart des provinces atlantiques ainsi que l'Ontario et le Québec ont connu des taux d'incidence plus élevés que l'Ouest du Canada. La moyenne globale des taux d'incidence du cancer normalisés selon l'âge pour le Canada était de 400 par 100 000 personnes et allait de 360 par 100 000 personnes en Colombie-Britannique à 472 par 100 000 personnes en Nouvelle-Écosse. Les provinces atlantiques et le Québec ont aussi connu des taux de mortalité plus élevés que la plupart des provinces de l'Ouest du Canada et l'Ontario. Les taux de mortalité normalisés selon l'âge allaient de 149 par 100 000 personnes en Colombie-Britannique à 194 par 100 000 personnes à Terre-Neuve et au Labrador. Bien que les provinces atlantiques aient connu en général des taux d'incidence et de mortalité plus élevés, la variabilité des estimations est plus grande en raison de la faible population de ces provinces; par conséquent, les taux d'incidence du cancer normalisés selon l'âge et les taux de mortalité normalisés selon l'âge peuvent varier considérablement d'une année à l'autre.

**Figure 79**

Taux d'incidence normalisés selon l'âge – tous les types de cancer  
PAR PROVINCE – 2006

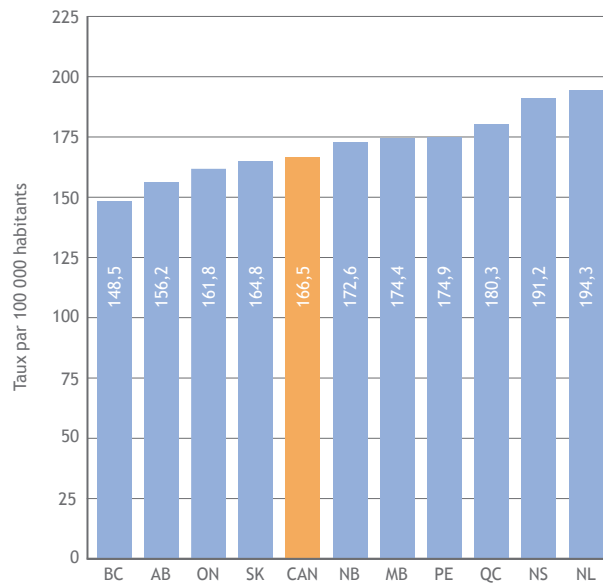


Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

Le ratio de la létalité est le rapport entre le nombre de décès et le nombre de nouveaux cas d'un type particulier de cancer, exprimé par 100 personnes. Ce ratio fournit une mesure brute de la survie potentielle et sert à estimer le fardeau du cancer. Il peut également refléter des déficits en matière de diffusion de l'incidence. En 2006, le ratio de la létalité pour tous les types de cancer au Canada était de 42 pour 100 personnes. Les ratios de la létalité ont été relativement constants dans l'ensemble du Canada, à l'exception de Terre-Neuve et du Labrador, où il se situait à 50 pour 100 personnes (Figure 81). Ce nombre plus élevé pourrait être attribuable en grande partie à la sous-déclaration des cas de cancer ainsi qu'aux différences de stade du cancer au diagnostic ou aux différences de traitement.

**Figure 80**

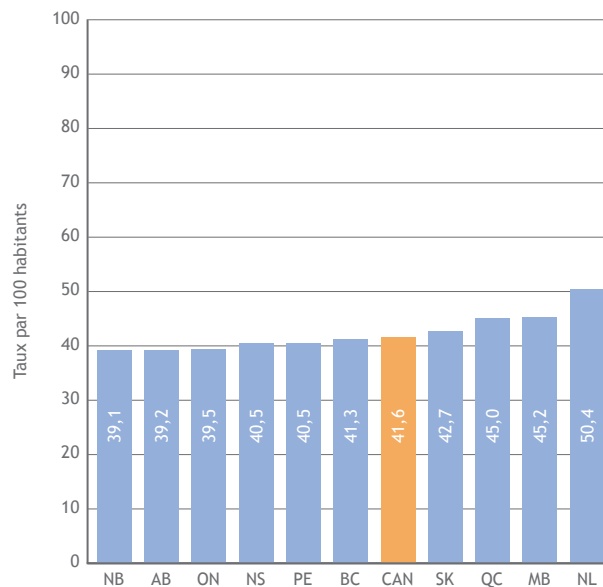
Taux de mortalité normalisés selon l'âge – tous les types de cancer  
PAR PROVINCE – 2006



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

**Figure 81**

Ratio de la létalité normalisé selon l'âge – tous les types de cancer  
PAR PROVINCE – 2006



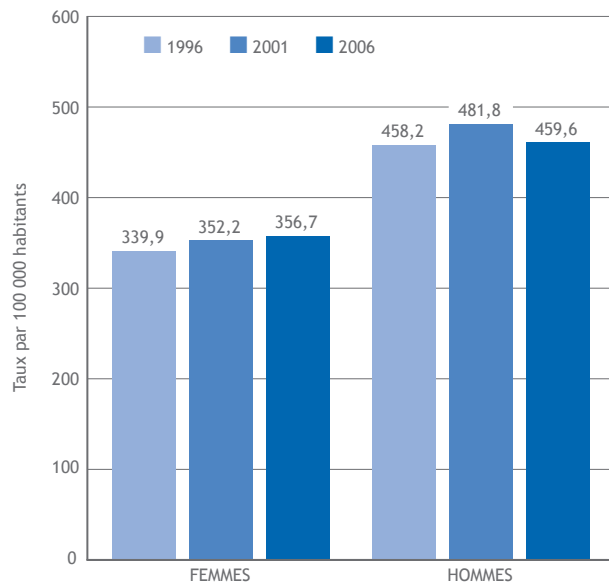
Source des données : Statistique Canada, Statistiques de vie – Base de données sur les décès

Les hommes et les femmes au Canada ont présenté des taux différents d'incidence du cancer et de mortalité par le cancer. Les cancers les plus fréquents chez les femmes sont le cancer du sein, le cancer du poumon et le cancer colorectal, et le taux d'incidence de ces trois types de cancer est demeuré plus ou moins stable chez les femmes tout au long de la dernière décennie, bien que le cancer du poumon ait augmenté, passant de 42 cas par 100 000 femmes en 1996 à 47 cas par 100 000 femmes en 2006 (ces données ne sont pas illustrées). Les cancers les plus fréquents chez les hommes sont le cancer de la prostate, le cancer du poumon et le cancer colorectal. L'incidence du cancer de la prostate a augmenté légèrement chez les hommes au cours de la dernière décennie et celle du cancer colorectal est demeurée stable. L'incidence du cancer du poumon a chuté chez les hommes, passant de 82 cas par 100 000 hommes en 1996 à 68 cas par 100 000 hommes en 2006. Cela rend compte des diverses tendances pour la prévalence du tabagisme et l'abandon du tabac chez les hommes et les femmes au cours des dernières décennies (les hommes étaient plus nombreux à fumer au départ, mais ils ont commencé à abandonner le tabac plus tôt que les femmes). Cependant, les taux d'incidence normalisés selon l'âge pour tous les types de cancer sont demeurés beaucoup plus élevés chez les hommes que chez les femmes tout au long de la période mesurée (Figure 82).

Les taux de mortalité normalisés selon l'âge pour tous les types de cancer au Canada ont diminué sensiblement chez les hommes et les femmes tout au long de la période mesurée, passant de 237 par 100 000 hommes en 1996 à 202 par 100 000 hommes en 2006 et de 155 par 100 000 femmes en 1996 à 142 par 100 000 femmes en 2006 (Figure 83).

**Figure 82**

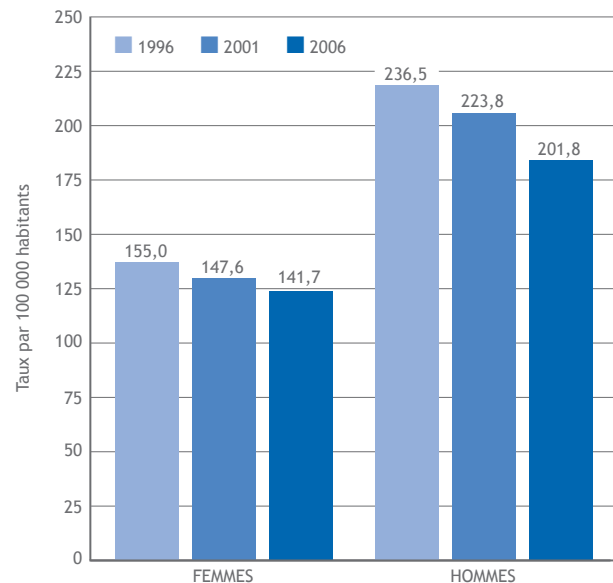
Taux d'incidence normalisés selon l'âge – tous les types de cancer  
TENDANCE TEMPORELLE PAR SEXE, CANADA – 1996 À 2006



Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

**Figure 83**

Taux de mortalité normalisés selon l'âge – tous les types de cancer  
TENDANCE TEMPORELLE PAR SEXE, CANADA – 1996 À 2006

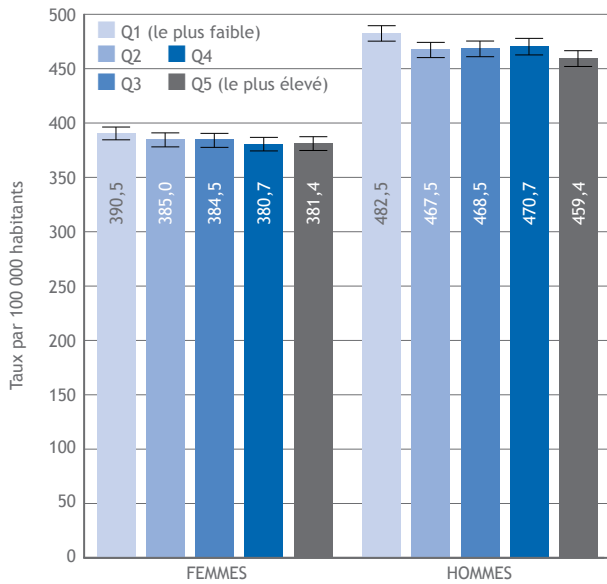


Source des données : Statistique Canada, Statistiques de vie – Base de données sur les décès

Les taux d'incidence normalisés selon l'âge pour tous les types de cancer au Canada étaient relativement similaires dans l'ensemble des quintiles de revenu chez les femmes en 2006, le taux le plus élevé ayant été observé dans le quintile de revenu le plus bas. Il y avait toutefois une différence légèrement plus marquée chez les hommes, l'incidence étant considérablement plus élevée dans le quintile de revenu le plus bas que dans le quintile de revenu le plus élevé (respectivement 483 par 100 000 et 459 par 100 000) (Figure 84). Les taux d'incidence du cancer normalisés selon l'âge étaient plus bas chez les femmes et les hommes qui résidaient dans les régions urbaines par rapport aux régions isolées et allaient en augmentant chez les femmes qui résidaient dans les régions progressivement plus isolées (Figure 85).

**Figure 84**

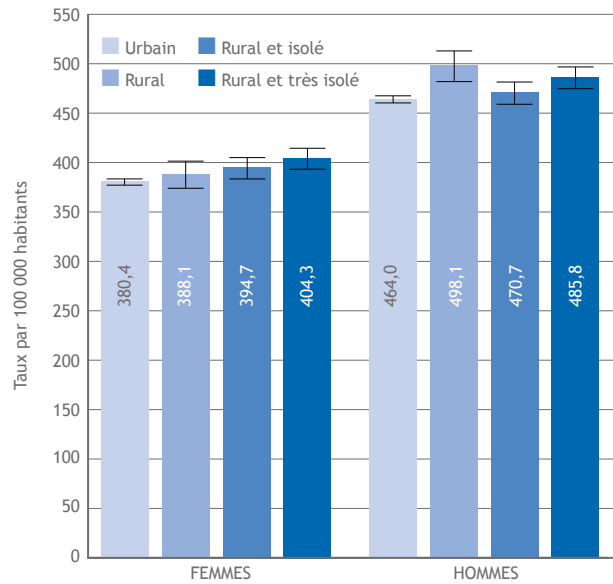
Taux d'incidence normalisés selon l'âge – tous les types de cancer  
REVENU PAR SEXE, CANADA – 2006



Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

**Figure 85**

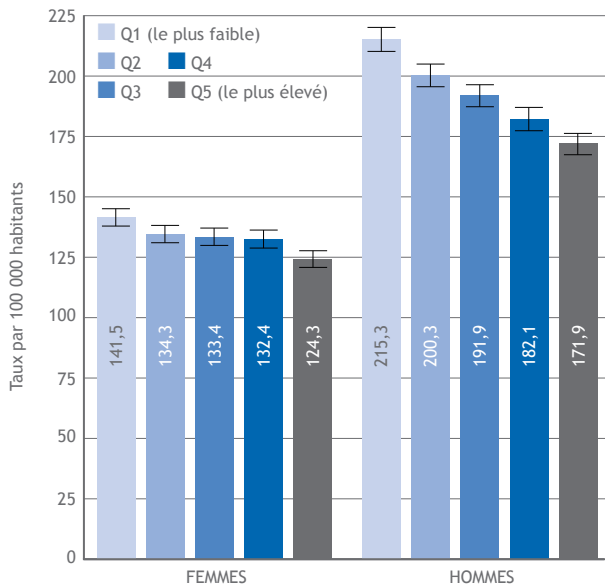
Taux d'incidence normalisés selon l'âge – tous les types de cancer  
LIEU DE RÉSIDENCE PAR SEXE, CANADA – 2006



Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

**Figure 86**

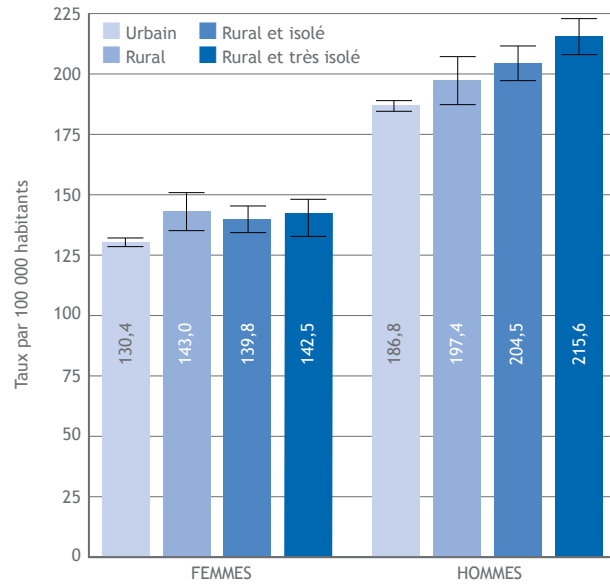
Taux de mortalité normalisés selon l'âge – tous les types de cancer  
REVENU PAR SEXE, CANADA – 2006



Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
Source des données : Statistique Canada, Statistiques de vie – Base de données sur les décès

**Figure 87**

Taux de mortalité normalisés selon l'âge – tous les types de cancer  
LIEU DE RÉSIDENCE PAR SEXE, CANADA – 2006



Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
Source des données : Statistique Canada, Statistiques de vie – Base de données sur les décès

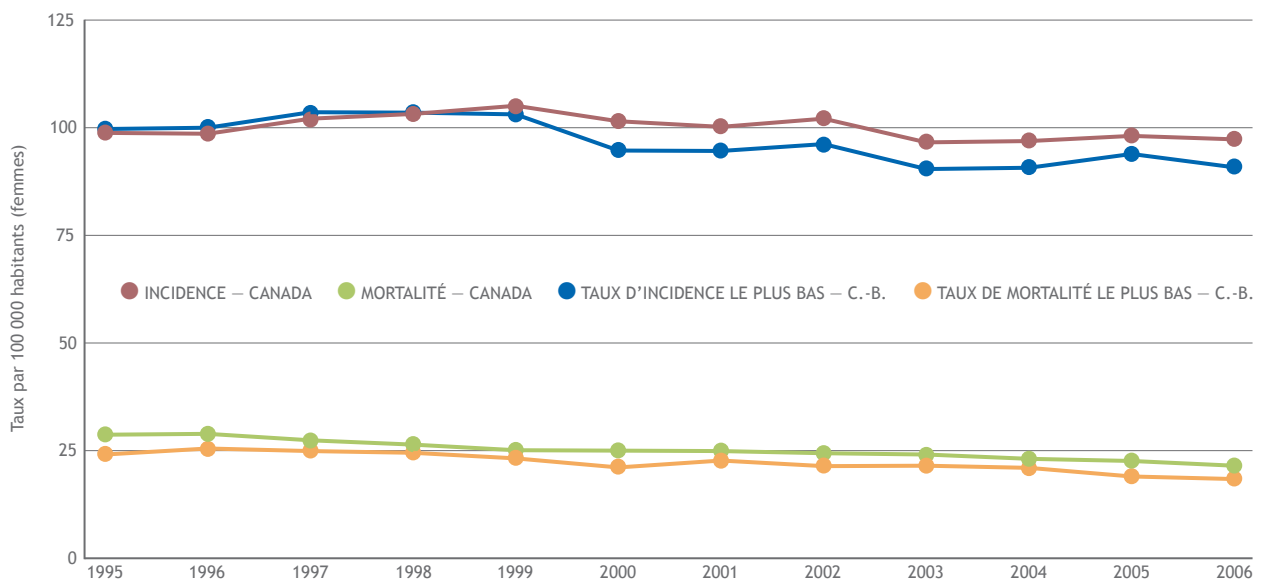
Les taux de mortalité normalisés selon l'âge pour tous les types de cancer au Canada indiquaient une tendance similaire pour les femmes et pour les hommes, le taux de mortalité le plus élevé ayant été observé dans le quintile de revenu le plus bas et allant décroissant avec l'augmentation du revenu; cependant, le gradient s'accroissait d'une manière plus nette chez les hommes que chez les femmes (Figure 86). Comme les taux d'incidence, les taux de mortalité normalisés selon l'âge étaient plus bas parmi ceux qui résidaient dans les régions urbaines. Pour les femmes, les taux étaient relativement similaires dans les régions urbaines et rurales, mais les taux de mortalité indiquaient une tendance marquée à la hausse pour les hommes qui résidaient dans les régions rurales caractérisées par un isolement accru (Figure 87).

## Cancer du sein

L'incidence du cancer du sein a fluctué quelque peu entre 1995 et 2006, mais les taux globaux sont demeurés relativement stables tout au long de la décennie. Les taux de mortalité ont baissé, passant de 29 par 100 000 en 1995 à 22 par 100 000 en 2006. D'après les taux observés pour 2006 dans les provinces ayant une population de plus d'un million de personnes, la Colombie-Britannique a connu les taux d'incidence du cancer du sein et les taux de mortalité par le cancer du sein les plus bas dans l'ensemble du pays (Figure 88).

**Figure 88**

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge – cancer du sein  
CANADA ET PROVINCE AYANT LE TAUX LE PLUS BAS – 1995 À 2006

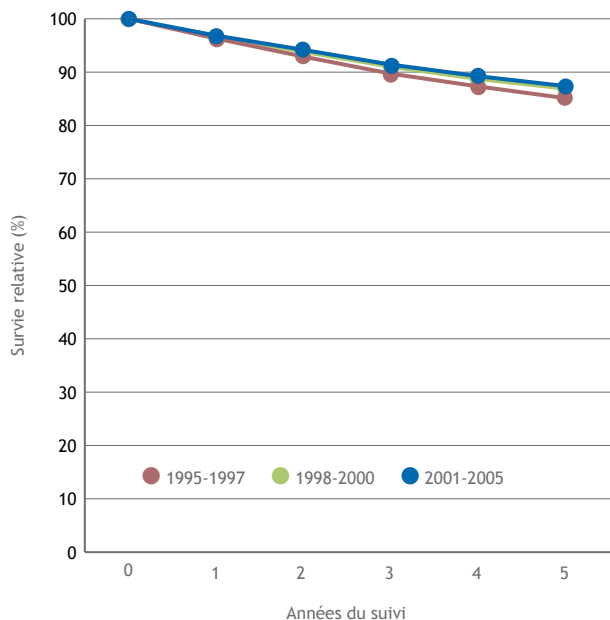


Remarque : Le taux le plus bas ne tient compte que des provinces ayant au moins 1 million d'habitants.  
En 2006, Terre-Neuve était la province qui avait le taux d'incidence le plus bas.  
Source des données : Statistique Canada, Statistiques de vie – Base de données sur les décès

Le ratio de survie relative sur cinq ans pour le cancer du sein s'est légèrement amélioré au cours de la dernière décennie, passant de 85 p. 100 pour les patients ayant reçu un diagnostic entre 1995 et 1997 à 87 p. 100 pour les patients ayant reçu un diagnostic entre 2001 et 2005 (Figure 89), ce qui traduit probablement des améliorations dans la détection précoce et le traitement.

**Figure 89**

Ratios de survie relative – cancer du sein  
PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC, CANADA

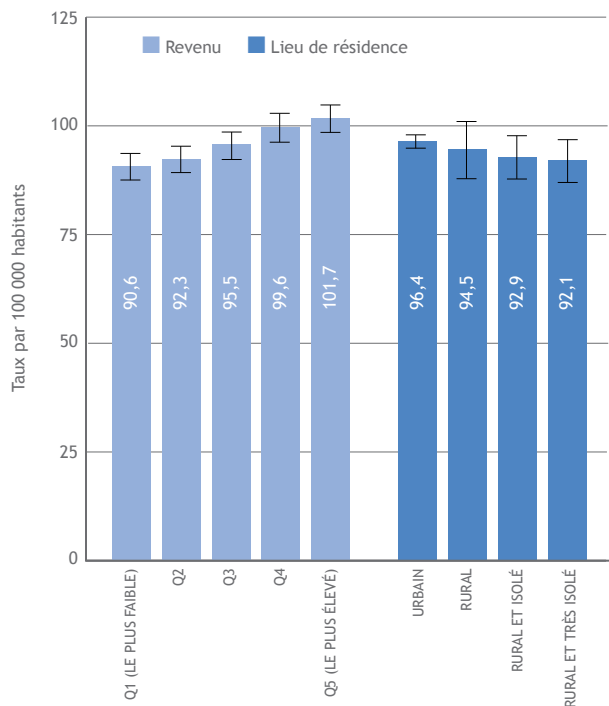


Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

Le taux d'incidence du cancer du sein a suivi une tendance inverse de celle des taux globaux d'incidence du cancer pour ce qui est du quintile de revenu, les taux observés dans le quintile de revenu le plus bas et dans le quintile de revenu le plus élevé se situant respectivement à 91 par 100 000 et 102 par 100 000. Le gradient était moindre sous l'angle de la situation géographique du lieu de résidence, les personnes qui résidaient dans les endroits les plus isolés présentant la plus faible incidence de cancer du sein et celles qui résidaient dans les régions urbaines présentant la plus élevée (Figure 90). Il y avait très peu de différence dans les taux de mortalité pour le cancer du sein au Canada par quintile de revenu et lieu de résidence (Figure 91).

**Figure 90**

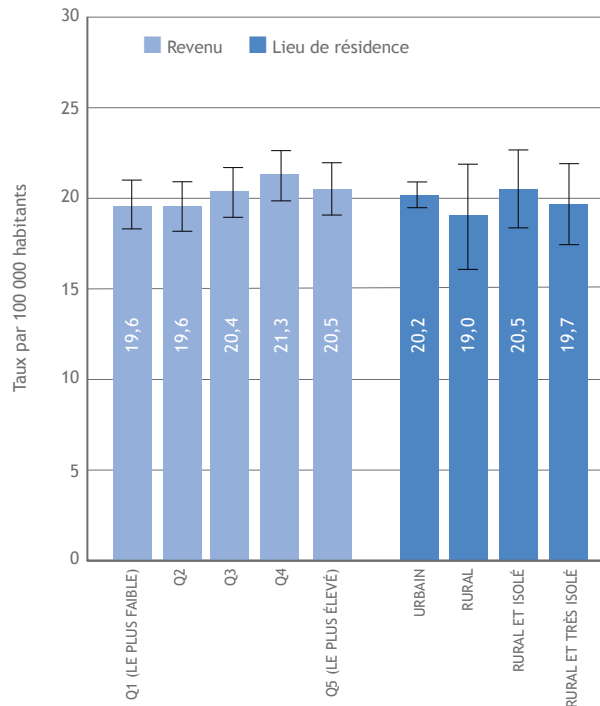
Taux d'incidence normalisés selon l'âge – cancer du sein  
PAR QUINTILE DE REVENU ET LIEU DE RÉSIDENCE, CANADA – 2006



Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

**Figure 91**

Taux de mortalité normalisés selon l'âge – cancer du sein  
PAR QUINTILE DE REVENU ET LIEU DE RÉSIDENCE, CANADA – 2006



Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
Source des données : Statistique Canada, Statistiques de vie – Base de données sur les décès



## Cancer colorectal

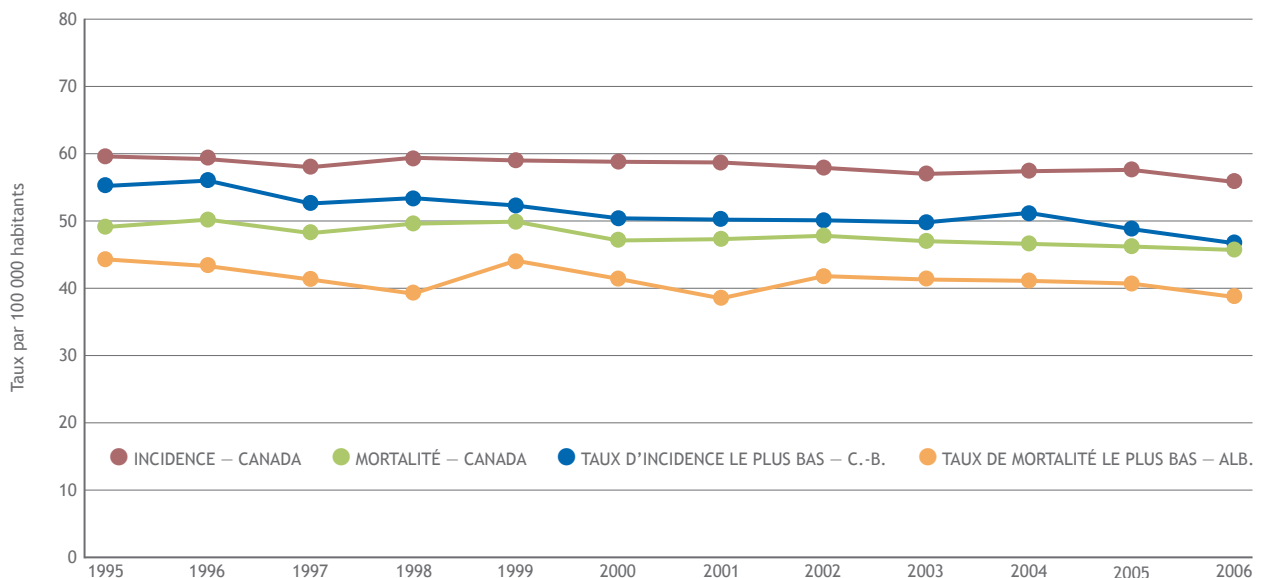
Les statistiques sur la surveillance du cancer, y compris l'incidence, la mortalité et la survie pour le cancer colorectal, sont décrites dans la section spéciale « Cancer colorectal – Un regard convergent sur le continuum de soins » du présent rapport, qui va de la page 26 à la page 30.

## Cancer du poumon

Les taux d'incidence et de mortalité pour le cancer du poumon ont connu une baisse très légère au cours de la dernière décennie : le taux d'incidence a diminué, passant de 60 par 100 000 personnes en 1995 à 56 par 100 000 personnes en 2006, et le taux de mortalité a diminué lui aussi, passant de 49 par 100 000 personnes en 1995 à 46 par 100 000 personnes en 2006. D'après les taux observés pour 2006 dans les provinces ayant une population de plus d'un million de personnes, la Colombie-Britannique a connu les taux d'incidence du cancer du poumon les plus bas et l'Alberta, les taux de mortalité par le cancer du poumon les plus bas dans l'ensemble du pays (Figure 92).

**Figure 92**

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge – cancer du poumon  
CANADA ET PROVINCE AYANT LE TAUX LE PLUS BAS – 1995 À 2006

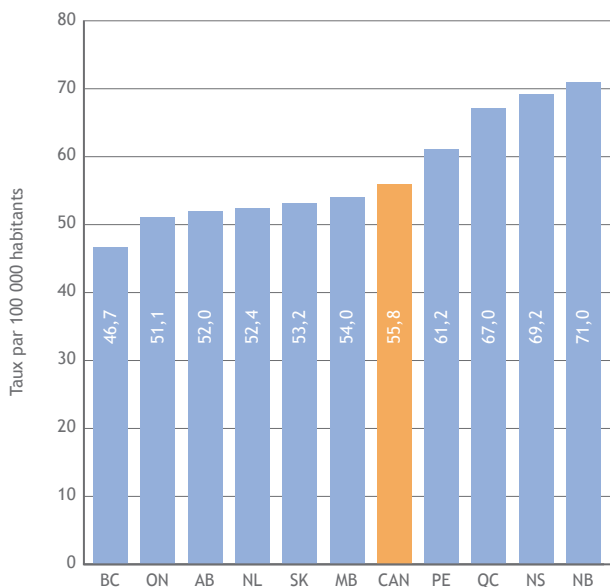


Remarque : Le taux le plus bas ne tient compte que des provinces ayant au moins 1 million d'habitants.  
Source des données : Statistique Canada, Statistiques de vie – Base de données sur les décès

Comme ce fut le cas pour le cancer colorectal en 2006, les taux présentaient des écarts considérables entre les provinces, les taux d'incidence et de mortalité étant tous deux plus élevés dans les provinces atlantiques et au Québec que dans l'Ouest du Canada. En fait, les taux d'incidence du cancer du poumon étaient plus élevés d'environ 50 % au Nouveau-Brunswick qu'en Colombie-Britannique (Figure 93), et les taux de mortalité par le cancer du poumon étaient plus élevés de 50 % en Nouvelle-Écosse qu'en Alberta, à très peu de choses près (Figure 94).

**Figure 93**

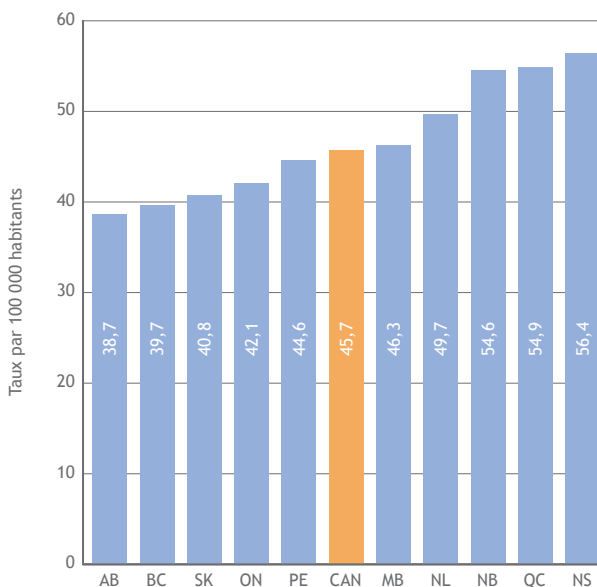
Taux d'incidence normalisés selon l'âge – cancer du poumon  
PAR PROVINCE – 2006



Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

**Figure 94**

Taux de mortalité normalisés selon l'âge – cancer du poumon  
PAR PROVINCE – 2006

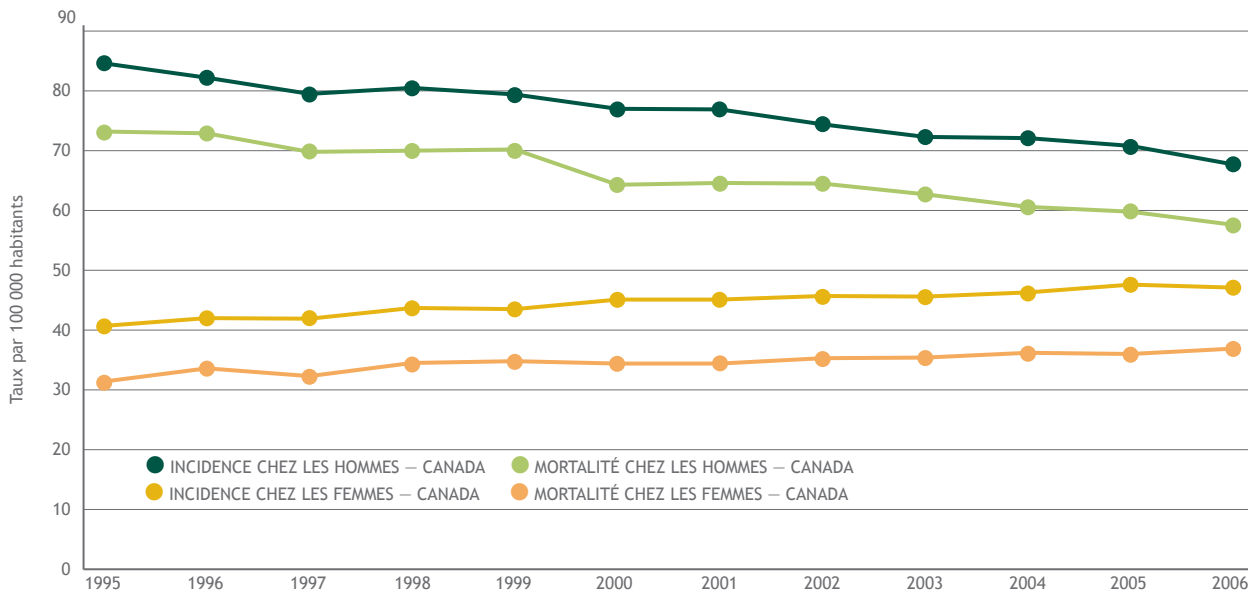


Source des données : Statistique Canada, Statistiques de vie – Base de données sur les décès

Les taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer du poumon au Canada sont demeurés considérablement plus élevés chez les hommes que chez les femmes, les taux accusant une légère augmentation chez les femmes dans la période de mesure et une baisse significative chez les hommes. La même tendance a été constatée pour les taux de mortalité du cancer du poumon; les taux de mortalité normalisés selon l'âge ont augmenté chez les femmes, allant de 31 par 100 000 en 1995 à 37 par 100 000 en 2006, et diminué chez les hommes, passant de 73 par 100 000 en 1996 à 58 par 100 000 en 2006 (Figure 95). Ces deux tendances peuvent rendre compte en grande partie des comportements antérieurs liés au tabagisme et à l'abandon du tabac.

**Figure 95**

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge – cancer du poumon  
PAR SEXE, CANADA – 1995 À 2006

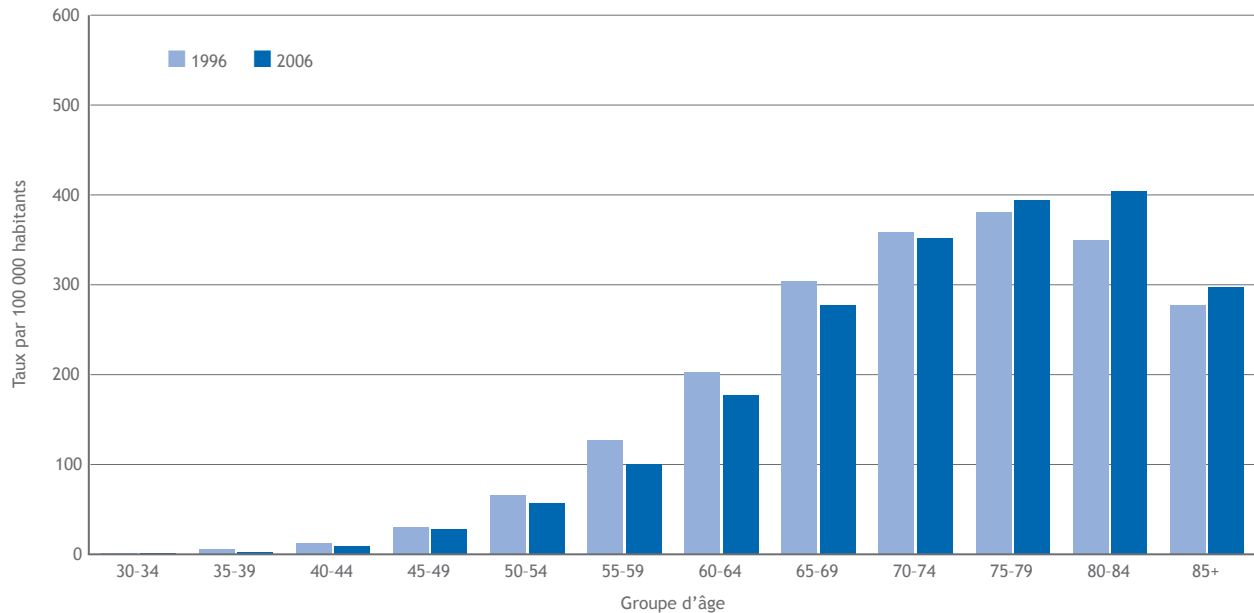


Source des données : Statistique Canada, Statistiques de vie – Base de données sur les décès

Le taux d'incidence du cancer du poumon s'accroît avec l'âge. Alors que les taux d'incidence globaux chutent, cette tendance ne vaut que pour les personnes âgées de moins de 75 ans (Figure 96), et les taux demeurent plus élevés pour les personnes âgées de plus de 75 ans en 2006 comparativement à 1996. Cela traduit des tendances séculaires qui se produisent lorsqu'une population commence à réduire le tabagisme; en général, les taux chutent d'abord dans les groupes d'âge les plus jeunes<sup>70</sup>.

### Figure 96

Taux d'incidence normalisés selon l'âge – cancer du poumon  
PAR GROUPE D'ÂGE, CANADA – 1996 ET 2006

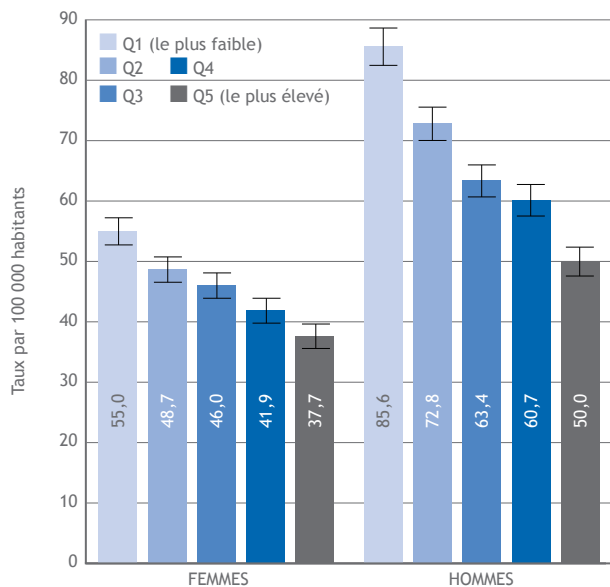


Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

Les taux d'incidence du cancer du poumon en 2006 ont été les plus élevés dans le quintile de revenu le plus bas, et ils ont suivi une nette tendance à la baisse du quintile le plus bas au quintile le plus élevé, aussi bien chez les femmes que chez les hommes; cependant, le gradient s'est accru nettement chez les hommes, avec des taux de 86 par 100 000 dans le quintile de revenu le plus bas et de 50 par 100 000 dans le quintile le plus élevé (Figure 97). Les taux d'incidence du cancer normalisés selon l'âge chez les hommes comme chez les femmes étaient ici encore plus bas dans les régions urbaines et plus élevés dans les régions rurales et isolées (Figure 98).

**Figure 97**

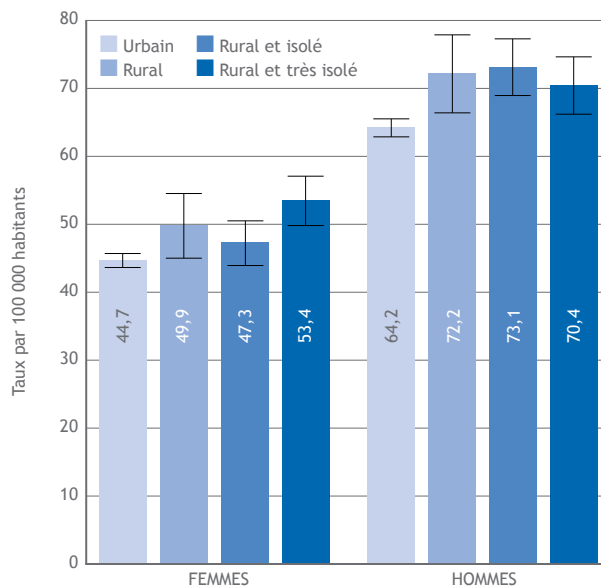
Taux d'incidence normalisés selon l'âge – cancer du poumon  
REVENU PAR SEXE, CANADA – 2006



Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

**Figure 98**

Taux d'incidence normalisés selon l'âge – cancer du poumon  
LIEU DE RÉSIDENCE PAR SEXE, CANADA – 2006

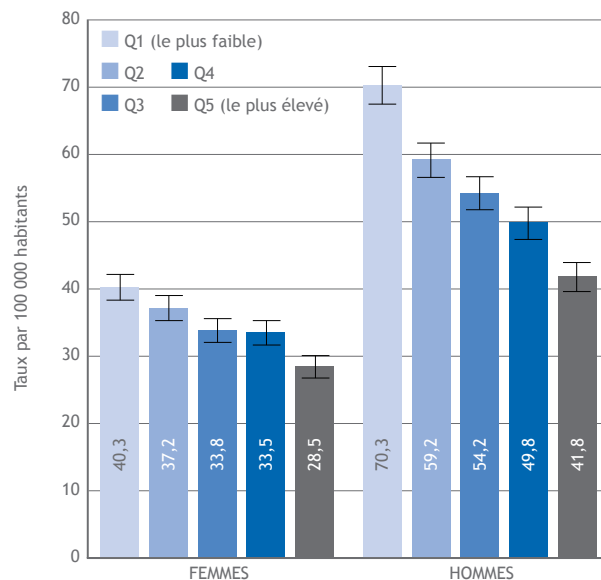


Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

Les taux de mortalité du cancer du poumon ont présenté la même tendance marquée chez les hommes que chez les femmes (Figure 99). En ce qui concerne le taux de mortalité du cancer du poumon par emplacement géographique, les taux de mortalité normalisés selon l'âge étaient ici encore moins élevés dans les régions urbaines, tant chez les hommes que chez les femmes, et présentaient un gradient croissant chez les hommes en fonction du degré d'isolement de l'emplacement géographique (Figure 100). Ces données rendent compte des comportements décrits dans les indicateurs de prévalence du tabagisme et de l'abandon du tabac dans la section « Prévention du présent rapport ».

**Figure 99**

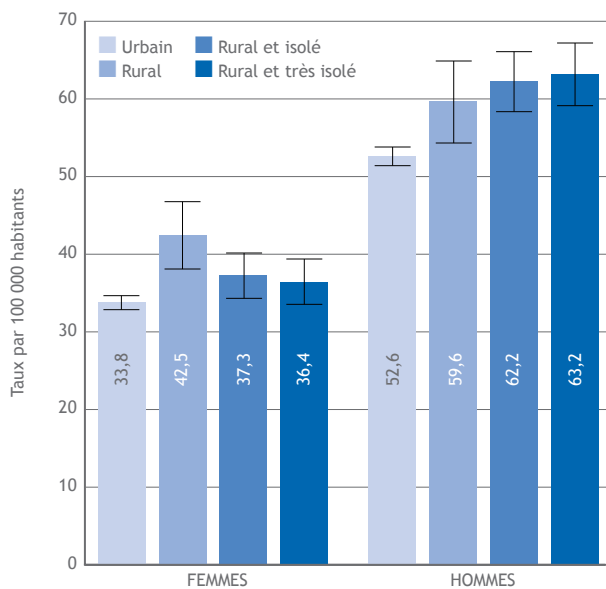
Taux de mortalité normalisés selon l'âge – cancer du poumon  
REVENU PAR SEXE, CANADA – 2006



Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
Source des données : Statistique Canada, Statistiques de vie – Base de données sur les décès

Figure 100

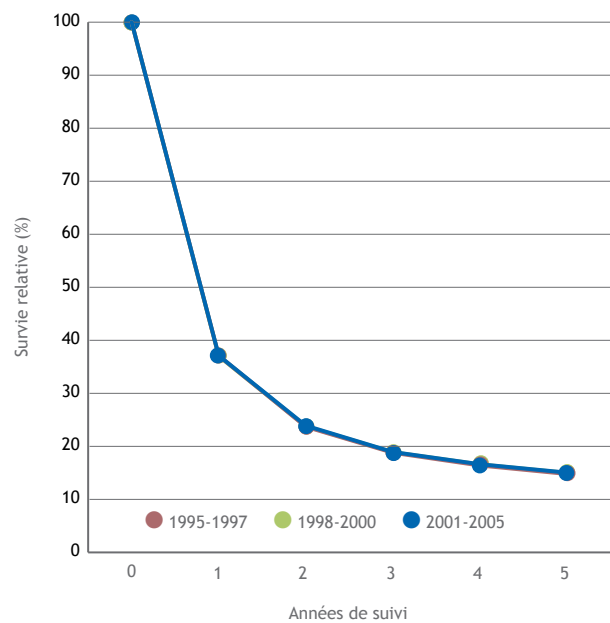
Taux de mortalité normalisés selon l'âge – cancer du poumon  
LIEU DE RÉSIDENCE PAR SEXE, CANADA – 2006



Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
Source des données : Statistique Canada,  
Statistiques de vie – Base de données sur les décès

Figure 101

Ratios de survie relative – cancer du poumon  
PAR PÉRIODE DE DIAGNOSTIC, CANADA



Remarque : Les ratios de survie pour les périodes 1995 à 1997 et 1998 à 2000 ne sont pas visibles, parce qu'ils sont pratiquement identiques à ceux de la période 2001 à 2005 et que les lignes sont superposées.  
Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

Le taux de survie relative sur cinq ans pour le cancer du poumon demeure faible, et il y a peu de données probantes en fait d'amélioration (Figure 101). Pour les patients ayant reçu un diagnostic entre 2001 et 2005, les taux de survie relative sur cinq ans vont de 11,7 % en l'Île-du-Prince-Édouard à 18,1 % au Manitoba (ces données ne sont pas illustrées).

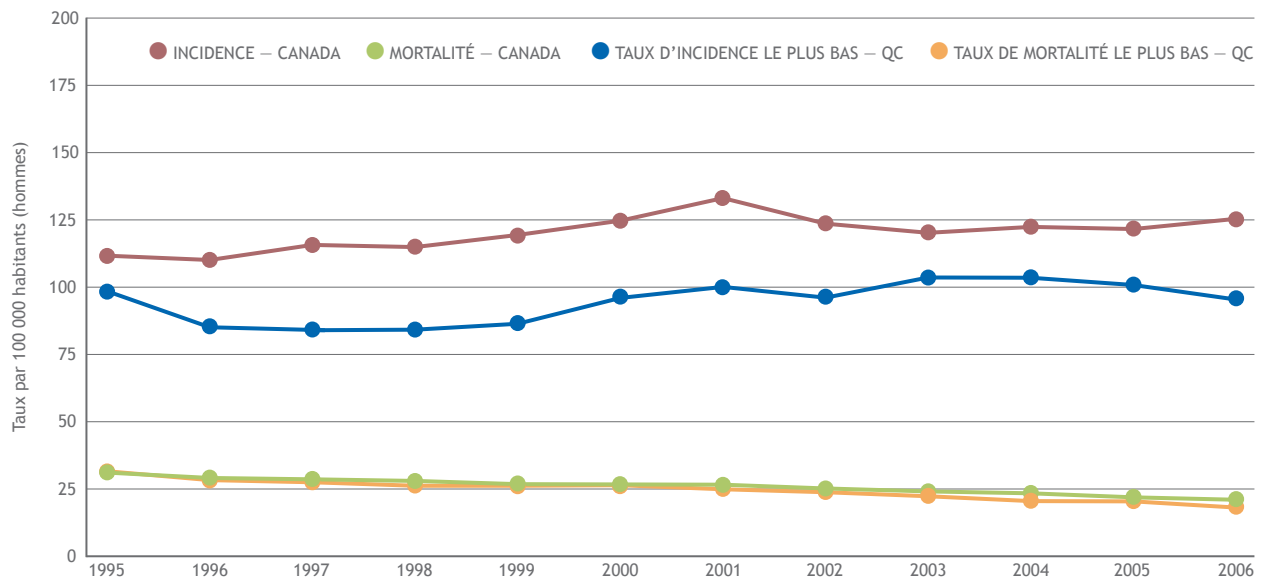
## Cancer de la prostate

Les taux d'incidence du cancer de la prostate ont connu une légère augmentation entre 1995 et 2006, tandis que les taux de mortalité attribuables au cancer de la prostate ont baissé au cours de la même période. D'après les taux observés pour 2006 dans les provinces ayant une population de plus d'un million de personnes, le Québec a connu les taux d'incidence et de mortalité les plus bas dans l'ensemble du pays (Figure 102). Les taux d'incidence pour 2006 ont varié entre les provinces (données non illustrées), ce qui peut être attribuable en partie à des différences dans l'utilisation d'un test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) dans l'ensemble du pays.

Comme le taux d'incidence du cancer du sein, les taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer de la prostate ont suivi un gradient en nette progression, allant du quintile de revenu le plus bas au quintile le plus élevé, bien qu'aucune tendance particulière n'ait été constatée en fonction du lieu de résidence; encore une fois, cela peut traduire des différences dans l'utilisation d'un APS (Figure 103). Inversement, les taux de mortalité normalisés selon l'âge pour le cancer de la prostate étaient relativement stables dans l'ensemble des quintiles de revenu mais ont suivi une tendance à la hausse en fonction du lieu de résidence, un nombre moins élevé de décès ayant été enregistré chez les hommes qui résidaient dans les régions urbaines comparativement à ceux qui résidaient dans les endroits plus isolés (Figure 104).

**Figure 102**

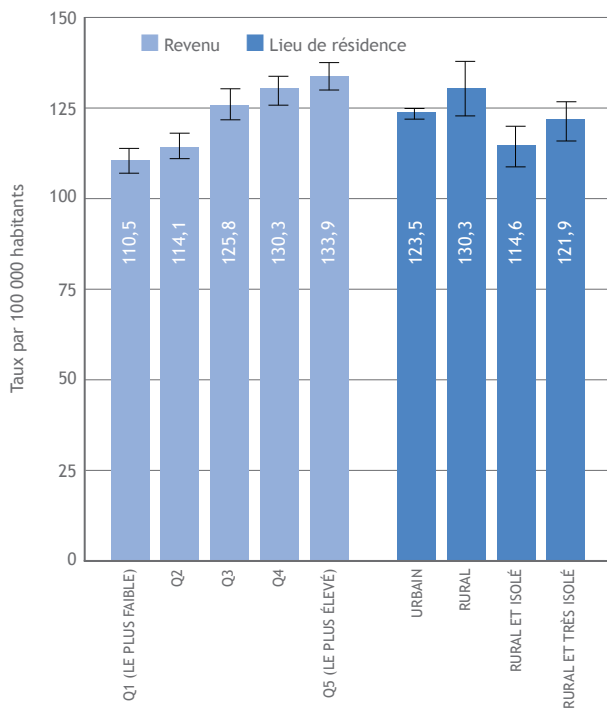
Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge – cancer de la prostate  
CANADA ET PROVINCE AYANT LE TAUX LE PLUS BAS – 1995 À 2006



Remarque : Le taux le plus bas ne tient compte que des provinces ayant au moins 1 million d'habitants.  
Source des données : Statistique Canada, Statistiques de vie – Base de données sur les décès

**Figure 103**

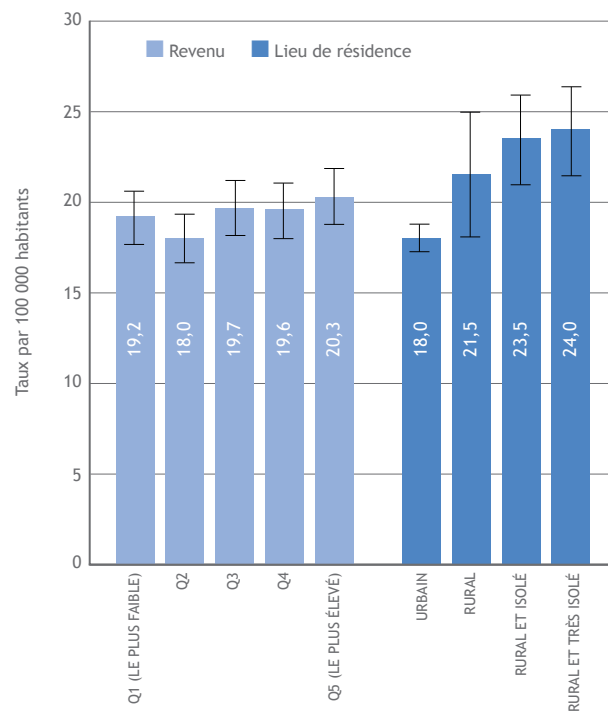
Taux d'incidence normalisés selon l'âge – cancer de la prostate  
PAR QUINTILE DE REVENU ET LIEU DE RÉSIDENCE, CANADA – 2006



Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

**Figure 104**

Taux de mortalité normalisés selon l'âge – cancer de la prostate  
PAR QUINTILE DE REVENU ET LIEU DE RÉSIDENCE, CANADA – 2006



Remarque : La figure comporte des indices de confiance de 95 %.  
Source des données : Statistique Canada, Statistiques de vie – base de données sur les décès

## IV



## Progresser ensemble

*Le Rapport sur le rendement du système de 2010* ajoute à l'*Initiative sur le rendement du système – Un premier rapport annuel (2009)* en renouvelant les indicateurs de rendement grâce à des données actualisées, en approfondissant l'analyse des déterminants sociaux de la santé lorsque cela est possible et en ajoutant de nouveaux indicateurs, particulièrement dans le domaine « Diagnostic et traitement », un champ isolé par les intervenants en 2009 comme représentant une lacune dans l'établissement des rapports sur les indicateurs.



Le rapport de cette année comprend également des indicateurs regroupés dans deux sections spéciales en fonction d'une thématique : cancer colorectal et traitement de radiation. La première évalue le rendement du système le long du continuum de soins et les résultats de l'examen du siège d'un cancer, tandis que la seconde examine la modalité d'un traitement en établissant des rapports sur les mesures de capacité, d'utilisation, d'accès (temps d'attente) et de concordance avec les lignes directrices. Pour finir, le rapport de 2010 étudie plus à fond les indicateurs choisis dans l'intention d'améliorer la compréhension des facteurs qui sous-tendent les indicateurs de rendement et éclaire les conclusions comme la variabilité interprovinciale. Il est à espérer que l'information figurant dans le rapport de cette année contribuera à faciliter la compréhension de la lutte contre le cancer au Canada et à stimuler la discussion sur les raisons éventuelles qui sous-tendent les variations et les tendances observées.

Au cours des prochains mois, l'Initiative sur le rendement du système, en collaboration avec ses partenaires provinciaux, projette d'approfondir les conclusions choisies dans le rapport de 2010 et de présenter celles-ci dans deux bulletins supplémentaires. Le premier projet portera sur les facteurs de santé de la population qui ont un effet sur les taux d'incidence et de mortalité pour le cancer, en particulier au sein des populations d'immigrants installés au Canada. Quant à la seconde analyse, elle tentera d'améliorer notre compréhension des indicateurs de rendement en matière de concordance des lignes directrices.

Nous avons encore du pain sur la planche pour élaborer un ensemble d'indicateurs valide dans le domaine des soins de soutien et de survie. Des efforts concertés sont en cours d'un océan à l'autre pour définir des mesures ambitieuses et créer les mécanismes voulus en matière de cueillette de données. À l'heure actuelle, toutefois, les données comparables sont limitées à l'échelle pancanadienne. Les prochains rapports sur le rendement du système continueront de porter essentiellement sur ce domaine et d'en rendre compte.

L'Initiative sur le rendement du système continuera de collaborer avec le comité consultatif pancanadien sur le rendement du système ainsi qu'avec les parties prenantes dans l'ensemble du pays et de miser sur leur expertise dans le cadre de ce qui est devenu un formidable effort concerté de mesure du rendement du système. Les résultats contenus dans le présent rapport visent à catalyser les discussions qui mèneront à une meilleure compréhension de la lutte contre le cancer et nous aideront à déterminer les succès remportés et à cerner les lacunes dans le continuum de la lutte contre le cancer au Canada. Prises dans leur ensemble, ces discussions ininterrompues et cet effort collectif nous permettront de marquer des points dans le combat que nous livrons pour diminuer éventuellement le fardeau du cancer au Canada et améliorer la qualité de vie des Canadiens et des Canadiennes atteints de cette maladie.



# Références

- 1 Comité de direction de la Société canadienne du cancer: Statistiques canadiennes sur le cancer 2010: Toronto. Société canadienne du cancer, 2010.
- 2 Mandel JS, Church TR, Ederer F et al. Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. *J Natl Cancer Inst.* 1999;91(5):434-437.
- 3 Jørgensen OD, Kronborg O, Fenger C. A randomized study of screening for cancer colorectal using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds. *Gut.* 2002;50:29-32.
- 4 Hewitson P, Glasziou P, Watson E, Towler B, Irwig L. Cochrane systematic review of cancer colorectal screening using the fecal occult blood test (hemocult): an update. *Am J Gastroenterol.* 2008;103(6):1541-1549.
- 5 Mandel JS, Church TR, Bond JH et al. The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of cancer colorectal. *N Engl J Med.* 2000;343(22):1603-1607.
- 6 Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Colorectal cancer screening: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ.* 2001;165(2):206-208.
- 7 Agence de la santé publique du Canada. Rapport du Comité national sur le dépistage du cancer colorectal: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ncccs-cndcc/techrep-fra.php>. Publié en mai 2002.
- 8 Fielding LP, Arsenault PA, Chapuis PH et al. Clinicopathologic staging for cancer colorectal: an international documentation system (IDS) and an international comprehensive anatomical terminology (ICAT). *J Gastroenterol Hepatol.* 1991;6(4):325-344.
- 9 Dillman RO, Aaron K, Heinemann S, McClure SE. Identification of 12 or More Lymph Nodes in Resected Colon Cancer Specimens as an Indicator of Quality Performance. *Cancer.* 2009;115(9):1840-1848.
- 10 Action cancer Ontario, IQRC 2008: Treating Colon Cancer According to Guidelines: <http://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=14473&pageId=16420>.
- 11 Jonker D, Spithoff K, Maroun J and the Gastrointestinal Cancer Disease Site Group. Adjuvant Systemic Chemotherapy for Stage II and III Colon Cancer Following Complete Resection: Guideline Recommendations. A Quality Initiative of the Program in Evidence-based Care (PEBC), Cancer Care Ontario (CCO): [www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=14004](http://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=14004).
- 12 Dobie SA, Baldwin LM, Dominitz JA, Matthews B, Billingsley K, Barlow W. Completion of Therapy by Medicare Patients with Stage III Colon Cancer. *JNCL.* 2006;98(9):610-619.
- 13 Santé Canada. *Rapport final du conseiller fédéral sur les temps d'attente*, juin 2006: [http://hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2006-wait-attente/index-fra.pdf](http://hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2006-wait-attente/index-fra.pdf).
- 14 Baxter NN, Virnig DJ, Rothenberger DA, Morris AM, Jessurun J, Virnig BA. Lymph Node Evaluation in Colorectal Cancer Patients: A Population-Based Study. *J Natl Cancer Inst.* 2005;97(3):219-225.
- 15 Norwood MGA, Sutton AJ, West K, Sharpe DP, Hemingway D, Kell MJ. Lymph node retrieval in cancer colorectal resection specimens: national standards are achievable, and low numbers are associated with reduced survival. *Colorectal Disease.* 2010;12(4):304-309.
- 16 Edhemovic I, Temple WJ, de Gara CJ, Stuart GCE. The Computer Synoptic Operative Report – A Leap Forward in the Science of Surgery. *Annals of Surgical Oncology.* 2004;11(10):941-947.
- 17 Hammond EH and Flinner RL. Clinically relevant breast cancer reporting: using process measures to improve anatomic pathology reporting. *Arch Pathol Lab Med.* 1997;121(11):1171-1175.
- 18 Alberta WebSMR brochure: [http://www.cancersurgeryalberta.ca/downloads/WebSMR-CSA%20brochure\\_1.pdf](http://www.cancersurgeryalberta.ca/downloads/WebSMR-CSA%20brochure_1.pdf).
- 19 Köhne C, Folprecht G, Goldberg RM, Mitry E, Rougier P. Chemotherapy in Elderly Patients with Colorectal Cancer. *The Oncologist.* 2008;13(4):390-402.
- 20 Goldberg RM, Tabah-Fisch I, Bleiberg H et al. Pooled Analysis of Safety and Efficacy of Oxaliplatin Plus Fluorouracil/Leucovorin Administered Bimonthly in Elderly Patients With Colorectal Cancer. *JCO.* 2006;24(25):4085-4091.
- 21 Extermann M, Albrand G, Chen H et al. Are Older French Patients As Willing As Older American Patients to Undertake Chemotherapy? *JCO.* 2003;21(17):3214-3219.
- 22 FMRC, Fonds mondial de recherche contre le cancer / AICR, American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington, DC: AICR, 2007.
- 23 Surgeon General. Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. Washington, DC: US Government Printing Office; 1989.

## RÉFÉRENCES

- 24 Gaudette LA, Altmayr CA, Wysocki M, Gao R. Cancer Incidence and Mortality across Canada. *Health Rep.* 1998;10(1):51-66.
- 25 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):323-329.
- 26 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):538-543.
- 27 Katzmarzyk PT. The Canadian obesity epidemic, 1985-1998. *CMAJ.* 2002;166(8):1039-40.
- 28 Probert A, Tremblay MS, Gorber SC. Desk Potatoes: the importance of occupational physical activity on health. *Can J Pub Health.* 2008;99(4):311-318.
- 29 Comité de direction de la Société canadienne du cancer: Statistiques canadiennes sur le cancer 2009: Toronto. Société canadienne du cancer, 2009.
- 30 Shields M, Wilkins K. An update on mammography use in Canada. *Health Rep.* 2009;20(3):7-19.
- 31 Ng E, Wilkins R, Fung MF, Berthelot J. Cervical cancer mortality by neighbourhood income in urban Canada from 1971 to 1996. *CMAJ.* 2004;170(10):1545-1549.
- 32 Spence AR, Goggin P, Franco EL. Process of care failures in invasive cervical cancer: systematic review and meta-analysis. *Prevent Med.* 2007;45:93-106.
- 33 Howlett RI, Miller AB, Pasut G, Mai V. Defining a Strategy to Evaluate Cervical Cancer Prevention and Early Detection in the Era of HPV Vaccination. *Prevent Med.* 2009; doi: 10.1016/j.ypmed.2008.12.022.
- 34 Miller AB, Anderson G, Brisson J et al. Report of a National Workshop on Screening for Cancer of the Cervix. *CMAJ.* 1991;145(10):1301-1325.
- 35 Toward Optimized Practice (TOP) Working Group for Screening for Cervical Cancer. Guideline for screening for cervical cancer. Février 2000. [Révisée en octobre 2009]. Edmonton, Alberta: Toward Optimized Practice. c 2009: [http://www.topalbertadoctors.org/informed\\_practice/clinical\\_practice\\_guidelines/complete%20set/Cervical%20Cancer/cervical\\_cancer\\_guideline](http://www.topalbertadoctors.org/informed_practice/clinical_practice_guidelines/complete%20set/Cervical%20Cancer/cervical_cancer_guideline).
- 36 Australian Institute of Health and Welfare 2009. Cervical screening in Australia 2006-2007. Cancer series no. 47. Cat. no. CAN 43. Canberra: AIHW.
- 37 Cervical Screening Programme England 2006/07. The Information Centre, 2007.
- 38 Hillner BE, Siegal BA, Liu D et al. Impact of Positron Emission Tomography/Computed Tomography and Positron Emission Tomography (PET) Alone on Expected Management of Patients with Cancer: Initial Results From the National Oncologic PET Registry. *J Clin Oncol.* 2008;26(13):2155-2161.
- 39 Calcul effectué par le Partenariat canadien contre le cancer à l'aide des données de 2005 sur l'incidence du cancer tirées du Registre canadien du cancer.
- 40 Groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic dans le cadre de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein. Attente d'un diagnostic après le dépistage d'une anomalie au sein au Canada. Rapport rédigé par le groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic dans le cadre de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein. Ottawa: 2000. Cat. n° H39-526/2000E.
- 41 Santé Canada. *Rapport du Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation : Lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein.* Ottawa, ON; ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada; 2002.
- 42 Majumdar SR, Roe MT, Peterson ED et al. Better Outcomes for Patients Treated at Hospitals That Participate in Clinical Trials. *Arch Intern Med.* 2008;168(6):657-662.
- 43 Du Bois A, Rochon J, Lamparter C. Pattern of care and impact of participation in clinical studies on the outcome of ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer.* 2005;15:183-191.
- 44 Clinical Trials: the muddled Canadian landscape. *CMAJ.* 2009;180(1):20-22.
- 45 *Stratégie pancanadienne de recherche sur le cancer : Un plan de collaboration entre les bailleurs de fonds de la recherche sur le cancer au Canada, ACRC, Partenariat canadien contre le cancer, 2010:* [http://www.ccra-acrc.ca/PDF%20Files/Pan-Canadian%20Strategy%202010\\_FR.pdf](http://www.ccra-acrc.ca/PDF%20Files/Pan-Canadian%20Strategy%202010_FR.pdf).
- 46 NHS National Institute for Health Research (juillet 2010). Embedding Health Research: Annual Report 2009/10: [http://www.nihr.ac.uk/files/pdfs/400891\\_NIHR\\_AnnualReport2010\\_acc3.pdf](http://www.nihr.ac.uk/files/pdfs/400891_NIHR_AnnualReport2010_acc3.pdf).
- 47 The C<sup>17</sup> Council: <http://www.c17.ca/>.
- 48 Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (2009). Investissements en matière de recherche sur le cancer au Canada en 2007. Enquête de l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer sur les investissements effectués dans la recherche sur le cancer par les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux en 2007. Toronto, ACRC.
- 49 Bond MC, Pritchard S. Understanding Clinical Trials in Childhood Cancer. *Paediatr Child Health* 2006;1(3):148-150.

- 50 Ellison LF, Pogany L, Mery LS. Childhood and adolescent cancer survival: A period analysis of data from the Canadian Cancer Registry. *Eur J Cancer*. 2007;43:1967-1975.
- 51 Klein-Geltink J, Shaw AK, Morrison HI, Barr RD, Greenberg ML. Use of pediatric versus adult oncology treatment centres by adolescents 15-19 years old: the Canadian Childhood Cancer Surveillance and Control Program. *Eur J Cancer*. 2005;41(3): 404-410.
- 52 Nova Scotia Health. Presentation to AHIS Conference. Wait Time Improvement for Nova Scotians (WINS) Septembre 2009: [www.ahis.ca/presentations/Wait\\_time.ppt](http://www.ahis.ca/presentations/Wait_time.ppt).
- 53 OCDE (2007), *Panorama de la santé 2007: Les indicateurs de l'OCDE*, publication de l'OCDE, doi: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2007\\_health\\_glance-2007-fr](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2007_health_glance-2007-fr).
- 54 D'après plusieurs articles et rapports publiés en ligne. Le minimum provient d'une étude effectuée aux États-Unis (Physician Characteristics and Distribution in the US, 2010 Edition, 2004 IMV Medical Information Division, 2003 SROA Benchmarking Survey), alors que le maximum provient d'une étude menée en Europe (Profile of radiotherapy departments contributing to the Cooperative Group of Radiotherapy of the European Organization for Research and Treatment of Cancer).
- 55 Zhang-Solomons J and Mackillop JF. Estimating the Lifetime Utilization Rate of Radiotherapy in Cancer Patients: The Multicohort Current Utilization Table (MCUT) Method. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*. 2008;92:99-108.
- 56 Delaney G, Jacob S, Featherstone C, Barton M. The Role of Radiotherapy in Cancer Treatment: Estimating Optimal Utilization from a Review of Evidence-Based Clinical Guidelines. *Cancer*. 2005;104(6):1129-1137.
- 57 Cancer in Scotland: Radiotherapy Activity Planning for Scotland 2011-2015: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/01/24131719/5>.
- 58 Action cancer Ontario, IQRC 2010: Radiation Therapy Treatment Utilization: <http://csqi.cancercare.on.ca/cms/one.aspx?portalId=63405&pageId=67993>.
- 59 Whelan T, MacKenzie R, Julian J, Julian J et al. Randomized trial of breast irradiation schedules after lumpectomy for women with lymph node-negative breast cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2002;94(15):1143-1150.
- 60 Smith BD, Smith GL, Roberts KB, Buchholz TA. Baseline Utilization of Breast Radiotherapy before Institution of the Medicare Practice Quality Reporting Initiative. *Int J Radiation Oncol Biol Phys*. 2009;74(5):1506-1512.
- 61 Ess S, Savidan A, Bouchardy C, Bordoni A et al. Scientific Report: Patterns of Care of Breast Cancer Patients in Switzerland: A Population-Based Study. 2009.
- 62 National Cancer Comprehensive Network. Clinical Practice Guidelines: [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp).
- 63 Hughes KS, Schnaper LA, Berry D et al. Lumpectomy plus tamoxifen with or without irradiation in women 70 years of age or older with early breast cancer. *N Engl J Med*. 2004;351:971-977.
- 64 Lavelle K, Todd C, Moran A, Howell A, Bundred N, Campbell M. Non-standard management of breast cancer increases with age in the UK; a population based cohort of women  $\geq 65$  years. *Brit J Cancer*. 2007;96:1197-1203.
- 65 Partenariat canadien contre le cancer. Groupe d'action pour l'expérience globale du cancer. Guide d'implantation du dépistage de la détresse, le 6<sup>ième</sup> signe vital: Vers des soins centrés sur la personne. Partie A : Contexte, recommandations et implantation. 21 mai 2009: [http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/2.4.0.1.4.5-Guide\\_CJAG\\_FR.pdf](http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/2.4.0.1.4.5-Guide_CJAG_FR.pdf).
- 66 Action cancer Ontario. Évaluation des symptômes: [http://csqi.cancercare.on.ca/dimensions/responsive/sym\\_assess/](http://csqi.cancercare.on.ca/dimensions/responsive/sym_assess/).
- 67 National Research Corporation. Development and Validation of the Picker Ambulatory Oncology Survey Instrument in Canada. Lincoln, NE: 2003.
- 68 Dubé G, Côté L, Bordeleau M, Cazale L, Traoré I. Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer 2008 : portrait statistique des personnes ayant reçu un traitement. Institut de la statistique du Québec. 2010: [http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2010/portrait\\_statistique.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2010/portrait_statistique.pdf).
- 69 Leeb K, Morris K, Kasman N. Dying of Cancer in Canada's Acute Care Facilities. *Healthc Q*. 2005;8:26-28.
- 70 Halpern MT, Gillespie BW, Warner KE. Patterns of absolute risk of lung cancer mortality in former smokers. *J Natl Cancer Inst*. 1993;85(6):457-464.

# Annexe technique

## Prévention

### PRÉVALENCE DU TABAGISME

**DÉFINITION :**

Pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus dans chaque groupe précisé : fumeurs quotidiens ou occasionnels, anciens fumeurs ou personnes n'ayant jamais fumé

**NUMÉRATEUR :**

Nombre de fumeurs quotidiens ou occasionnels, d'anciens fumeurs ou de personnes n'ayant jamais fumé

**DÉNOMINATEUR :**

Ensemble des répondants âgés de 12 ans et plus

**SOURCE DES DONNÉES :**

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :**

2000-2001 (ESCC, cycle 1.1); 2003 (ESCC, cycle 2.1); 2005 (ESCC, cycle 3.1); ESCC 2007; ESCC 2008 – Données pancanadiennes

**VARIABLES DE L'ESCC :**

- 100 cigarettes ou plus de son vivant
- A déjà fumé une cigarette en entier
- Genre de fumeur en ce moment
- A déjà fumé quotidiennement

**VARIABLES DE STRATIFICATION :**

Revenu, éducation, milieu urbain/rural/rural isolé/rural très isolé (voir les variables de stratification de l'ESCC à la page 113)

### RENONCEMENT AU TABAC

**DÉFINITION :**

Pourcentage de fumeurs récents âgés de 20 ans et plus qui ont cessé de fumer au cours des deux dernières années

**NUMÉRATEUR :**

Personnes qui ont renoncé au tabac récemment (anciens fumeurs qui ne fument pas au moment de l'enquête), c'est-à-dire qui ne fument plus depuis deux ans ou moins

**DÉNOMINATEUR :**

Personnes qui ont renoncé au tabac récemment en plus des fumeurs actuels (ceux qui fument actuellement chaque jour ou à l'occasion)

**SOURCE DES DONNÉES :**

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :**

2003 (ESCC, cycle 2.1); 2005 (ESCC, cycle 3.1); ESCC 2007; ESCC 2008 – Données pancanadiennes

**VARIABLES DE L'ESCC :**

- Usage du tabac actuel
- Nombre d'années depuis que la personne ne fume plus quotidiennement
- Nombre d'années depuis que la personne a complètement cessé de fumer

**VARIABLES DE STRATIFICATION :**

Âge, revenu, éducation, milieu urbain/rural/rural isolé/rural très isolé (voir les variables de stratification de l'ESCC à la page 113)

**REMARQUES :**

Cet indicateur ne pouvait pas découler du cycle 1.1 (2000-2001), car on a seulement demandé aux répondants s'ils avaient cessé de fumer quotidiennement. Comme un répondant aurait pu passer du statut de fumeur quotidien au statut de fumeur occasionnel, il était impossible de déterminer s'il avait complètement cessé de fumer. À partir du cycle 2.1, on a également posé les questions suivantes : « Avez-vous cessé de fumer complètement au moment où vous avez arrêté de fumer quotidiennement? Dans la négative, quand avez-vous cessé complètement de fumer? »

### SURPOIDS ET OBÉSITÉ

**DÉFINITION :**

Pourcentage d'adultes âgés de 18 ans et plus dans chaque groupe d'IMC - poids insuffisant (IMC < 18,00); poids normal (IMC 18,01-24,99); surpoids (IMC 25,00- 29,99) ou obèse (IMC 30,00+)

**NUMÉRATEUR :**

Nombre d'adultes qui ont un poids insuffisant, un poids normal ou un surpoids, ou qui sont obèses

**DÉNOMINATEUR :**

Nombre total d'adultes qui ont donné des réponses valables quant à leur taille et leur poids

**EXCLUSIONS :**

Femmes enceintes, femmes qui allaitent, personnes qui mesurent moins de trois pieds ou plus de six pieds et onze pouces

**SOURCE DES DONNÉES :**

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :**

2003 (ESCC, cycle 2.1); 2005 (ESCC, cycle 3.1); ESCC 2007; ESCC 2008 – Données pancanadiennes

**VARIABLES DE L'ESCC :**

- Poids autodéclaré (kg)
- Taille autodéclarée (m)
- Valeurs de l'IMC calculées :  $IMC = \text{poids} / (\text{taille})^2$

**VARIABLES DE STRATIFICATION :**

Sexe, revenu, éducation, milieu urbain/rural/rural isolé/rural très isolé (voir les variables de stratification de l'ESCC à la page 113)

**REMARQUES :**

Même si les tailles et les poids ont été déclarés dans le cycle 1.1 (2000-2001) de l'ESCC, ils ne font pas partie de la présente analyse, car la plage d'âge était différente de celles des années subséquentes (adultes : 20-64).

**CONSUMMATION D'ALCOOL****DÉFINITION :**

Pourcentage d'adultes âgés de 18 ans et plus qui ont déclaré dépasser les Directives de consommation d'alcool à faible risque :

**Directives de consommation d'alcool à faible risque :** Pas plus de deux verres par jour pour les hommes EN MOYENNE et pas plus d'un verre par jour pour les femmes EN MOYENNE. La moyenne quotidienne a été calculée en fonction de la quantité totale de verres que le répondant a déclaré avoir pris dans la semaine qui a précédé l'entrevue réalisée dans le cadre de l'ESCC, divisée par sept jours.

**NUMÉRATEUR :**

Nombre d'adultes (>18 ans) qui ont déclaré dépasser les Directives de consommation d'alcool à faible risque

**DÉNOMINATEUR :**

Tous les répondants adultes (> 18 ans)

**EXCLUSIONS :**

Répondants dont les renseignements sur leur consommation d'alcool pour n'importe quelle journée pendant la semaine qui a précédé l'entrevue étaient incomplets

**SOURCE DES DONNÉES :**

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :**

2000-2001 (ESCC, cycle 1.1); 2003 (ESCC, cycle 2.1); 2005 (ESCC, cycle 3.1) – Données pancanadiennes; ESCC 2007 – Contenu facultatif pour : T.-N., N.-É., ONT., C.-B., NUN.

**VARIABLES DE L'ESCC :**

- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris un verre de bière, de vin, d'alcool ou de toute autre boisson alcoolisée?
- En repensant à la dernière semaine, avez-vous pris un verre de bière, de vin, d'alcool ou de toute autre boisson alcoolisée?
- Combien de verres avez-vous pris chaque jour dans le courant de la semaine dernière?

**VARIABLES DE STRATIFICATION :**

Sexe, âge, revenu, éducation, milieu urbain/rural/rural isolé/rural très isolé (voir les variables de stratification de l'ESCC à la page 113)

**REMARQUES :**

Une estimation nationale n'a pas été calculée pour les années 2007 et 2008 puisque les données ne sont pas disponibles pour toutes les provinces ou tous les territoires.

**ACTIVITÉ PHYSIQUE****DÉFINITION :**

Pourcentage de la population âgée de 15 à 75 ans dans chaque catégorie d'activité physique – inactifs (<15,4 kcal/jour); modérément actifs (de 15,4 à 27,6 kcal/jour); actifs (27,7 + kcal/jour)

Pour calculer la quantité moyenne d'énergie dépensée par jour, on a combiné trois domaines d'activité : les loisirs, les déplacements et les activités professionnelles. L'activité physique se mesure en kilocalories par jour (kcal/jour).

Le nombre de kilocalories par jour pour chaque activité est calculé selon la formule suivante : (heures d'activité par semaine x 52 semaines par an) x énergie dépensée pour activité (valeurs de la MET) / 365 jours par an.

L'énergie dépensée (valeur MET) correspond au coût énergétique de l'activité exprimé en kilocalories dépensées par kilogramme de poids corporel par heure d'activité.

**NUMÉRATEUR :**

Nombre de personnes interrogées qui sont inactives, modérément actives ou actives

**DÉNOMINATEUR :**

Ensemble des répondants âgés de 15 à 75 ans

**SOURCE DES DONNÉES :**

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :**

2005 (ESCC, cycle 3.1) – Données pancanadiennes groupées pour les loisirs, les déplacements et les activités professionnelles

**VARIABLES DE L'ESCC :**

- Type d'activités physiques pour les loisirs, les déplacements et les activités professionnelles
- Type d'activités physiques pour les loisirs, les déplacements et les activités professionnelles

**VARIABLES DE STRATIFICATION :**

Sexe, revenu, éducation, milieu urbain/rural/rural isolé/rural très isolé (voir les variables de stratification de l'ESCC à la page 113)

**REMARQUES :**

1. Si le répondant est au chômage ou handicapé, l'énergie dépensée au travail est nulle.
2. Les activités professionnelles n'ont pas été saisies dans l'ESCC 2007/2008, ce qui fait que les données sont limitées à l'ESCC de 2005.
3. Des exemples d'activités de loisirs sont : jardinage, marche, soccer, ski; les déplacements comprennent la marche et le vélo; des activités professionnelles comprennent s'asseoir, marcher, soulever des charges légères, grimper, faire des travaux pénibles.
4. Les points de coupure des catégories ont été déterminés sur la base des tertiles des données observées<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Probert A, Tremblay MS, Gorber SC Desk Potatoes: The importance of occupational physical activity on health. Cdn J of Pub Health. 2008; 99:311-318.



## Dépistage

### DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN – MAMMOGRAPHIE

#### DÉFINITION :

Proportion de femmes asymptomatiques âgées de 50 à 69 ans qui ont subi une mammographie au cours des deux dernières années lorsque le qualificatif asymptomatique est défini comme suit :

**Asymptomatiques** : Les répondantes qui ont indiqué subir une mammographie pour l'une des raisons suivantes :

- antécédents familiaux; dépistage ou examen de routine; âge; HTS tout en répondant NON à TOUTES les options suivantes :
- présence d'une masse; problème aux seins; suivi d'un traitement contre le cancer du sein; autre

#### NUMÉRATEUR :

Femmes asymptomatiques âgées de 50 à 69 ans qui ont indiqué avoir subi une mammographie au cours des deux dernières années

#### DÉNOMINATEUR :

Femmes asymptomatiques âgées de 50 à 69 ans

#### SOURCE DES DONNÉES :

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

#### DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :

2000-2001 (ESCC, cycle 1.1); 2003 (ESCC, cycle 2.1); 2005 (ESCC, cycle 3.1); ESCC 2008 – Données pancanadiennes; ESCC 2007 – Contenu facultatif pour : T.-N., N.-É., N.-B., ONT., SASK, T.-N.-O.

#### VARIABLES DE L'ESCC :

- Déjà subi une mammographie
- Raisons pour subir une mammographie (indiquer toutes les options qui s'appliquent) : antécédents familiaux; dépistage de routine; âge; HTS; présence d'une masse; suivi d'un traitement contre le cancer du sein; problème aux seins; autre
- La dernière fois qu'une femme avait subi une mammographie

#### VARIABLES DE STRATIFICATION :

Revenu, éducation, milieu urbain/rural/rural isolé/rural très isolé (voir les variables de stratification de l'ESCC à la page 113)

#### REMARQUES :

Les données de 2007 (ESCC, cycle 4.1) ne sont pas incluses dans cette analyse, puisqu'elles ne sont pas disponibles pour toutes les provinces ou tous les territoires.

### DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS TEST PAP

#### DÉFINITION :

Pourcentage de femmes âgées de 18 à 69 ans qui ont déclaré avoir subi un test de Papanicolaou (Pap) au cours des trois années précédentes

#### NUMÉRATEUR :

Nombre de femmes (18 à 69 ans) qui ont déclaré avoir subi un test Pap au cours des trois années précédentes

#### DÉNOMINATEUR :

Nombre total de femmes âgées de 18 à 69 ans

#### EXCLUSIONS :

Femmes qui avaient subi une hystérectomie

#### SOURCE DES DONNÉES :

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

#### DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :

2000-2001 (ESCC, cycle 1.1); 2003 (ESCC, cycle 2.1); 2005 (ESCC, cycle 3.1); Données pancanadiennes ESCC 2007 – Contenu facultatif pour : N.-B., ONT., SASK, T.-N.-O.

#### VARIABLES DE L'ESCC :

- Avez-vous déjà subi un test Pap?
- À quand remonte la dernière fois?
- Avez-vous subi une hystérectomie?

#### VARIABLES DE STRATIFICATION :

Âge, revenu, éducation, milieu urbain/rural/rural isolé/rural très isolé (voir les variables de stratification de l'ESCC à la page 113)

#### REMARQUES :

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

### DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL ASYMPTOMATIQUE

#### DÉFINITION :

Pourcentage de personnes asymptomatiques âgées de 50 à 74 ans qui ont déclaré avoir subi un test de dépistage du cancer colorectal (CCR) lorsque le qualificatif asymptomatique est défini comme suit :

**Asymptomatiques** : Les répondants qui ont déclaré avoir subi un test de dépistage du CCR pour l'une des raisons suivantes :

- antécédents familiaux; dans le cadre d'un examen ou d'un dépistage de routine; âge; race et pas pour l'une des raisons suivantes :
- suivi d'un problème; suivi d'un traitement contre le cancer colorectal; autre raison

#### NUMÉRATEUR :

1. Nombre de personnes asymptomatiques âgées de 50 à 74 ans qui ont déclaré avoir eu une RSOS dans les deux dernières années

2. Nombre de personnes asymptomatiques âgées de 50 à 74 ans qui ont déclaré avoir subi une RSOS dans les deux dernières années ou une coloscopie/sigmoïdoscopie au cours des cinq dernières années

**DÉNOMINATEUR :**

Nombre total de personnes asymptomatiques âgées de 50 à 74 ans

**SOURCE DES DONNÉES :**

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :**

2008 (ESCC, cycle 5.1) – Données pancanadiennes  
Des données sur le CCR étaient disponibles et sélectionnées par les provinces suivantes : 2005 (ESCC 3.1) – T.-N., Î.-P.-É., N.-B., ONT., YUK., T.-N.-O., NUN.

**VARIABLES DE L'ESCC :**

- Avez-vous déjà subi un test de RSOS? À quand remonte la dernière fois? Pour quelle raison l'avez-vous subi?
- Avez-vous déjà subi une coloscopie ou une sigmoïdoscopie? À quand remonte la dernière fois? Pour quelle raison l'avez-vous subie?

**VARIABLES DE STRATIFICATION :**

Sexe, âge, revenu, éducation, milieu urbain/rural/rural isolé/rural très isolé (voir les variables de stratification de l'ESCC à la page 113)

**DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL TOUTE RAISON****DÉFINITION :**

Pourcentage de personnes âgées de 50 à 74 ans qui ont indiqué avoir subi un test de dépistage du cancer colorectal (CCR) pour une raison quelconque (y compris la confirmation de diagnostic ou le suivi)

**NUMÉRATEUR :**

Nombre de personnes âgées de 50 à 74 ans qui ont déclaré avoir subi une RSOS dans les deux dernières années ou une coloscopie/sigmoïdoscopie au cours des cinq dernières années

**DÉNOMINATEUR :**

Nombre total de personnes âgées de 50 à 74 ans

**SOURCE DES DONNÉES :**

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :**

2008 – Données pancanadiennes

**VARIABLES DE L'ESCC :**

- Avez-vous déjà subi un test de RSOS? À quand remonte la dernière fois?
- Avez-vous déjà subi une coloscopie ou une sigmoïdoscopie? À quand remonte la dernière fois?

## Diagnostic

**SAISIE DE DONNÉES SUR LE STADE****DÉFINITION :**

Pourcentage de nouveaux cas de cancer pour lesquels des données sur le stade sont recueillies par les organismes provinciaux de lutte contre le cancer

**NUMÉRATEUR :**

Nombre de nouveaux cas pour lesquels une valeur de stade est disponible pour l'organisme provincial de lutte contre le cancer pour :

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

**DÉNOMINATEUR :**

Nombre total de nouveaux cas stadifiables de cancer :

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

**SOURCE DES DONNÉES :**

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leurs équivalents au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

**DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :**

Années de diagnostic : 2006, 2007, 2008

**PROVINCES QUI PRÉSENTENT DES DONNÉES :**

C.-B., ALB., SASK., MAN., ONT., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.

**REMARQUES CONCERNANT CERTAINES PROVINCES :**

- N.-B.
- Les données sur le cancer colorectal comprennent les cancers du côlon et du rectum (et non de l'anus).
  - La stadification des cas de cancer colorectal et du sein est fondée sur la stadification conjointe à partir de 2008 pour (auparavant TNM).
  - La stadification des cas de cancer de la prostate est fondée sur la classification TNM pour toutes les années (seuls les cas ayant subi une prostatectomie radicale ont été stadifiés).

**REMARQUES GÉNÉRALES :**

1. Seuls sont inclus dans le dénominateur les nouveaux cas de cancer envahissant qui sont stadifiables selon la 7<sup>e</sup> édition du Cancer Staging Manual de l'AJCC. Les cas de cancer de la peau non mélanique et *in situ* sont exclus.
2. L'indicateur repose sur les données déclarées directement par les provinces pour les besoins du présent rapport. Aucune validation ou vérification distincte des données fournies n'a été effectuée.
3. La stadification peut s'inspirer de la stadification selon la classification TNM de l'AJCC déclarée directement par les cliniciens ou s'appuyer sur la méthodologie de stadification conjointe. Les données qui proviennent d'autres systèmes ou normes de stadification n'ont pas été incluses comme un stade valable dans l'indicateur.

4. Le Partenariat a lancé dernièrement une initiative afin de favoriser la mise en place de la stadification conjointe dans l'ensemble du pays. À la fin de cette initiative, une stadification complète devrait être offerte par les hôpitaux participants pour les quatre principaux sièges de la maladie : les seins, la prostate, les poumons ainsi que le côlon et le rectum, pour l'année de diagnostic 2010.

### CAPACITÉ ET UTILISATION DE LA TOMOGRAPHIE PAR ÉMISSION DE POSITRONS

#### DÉFINITIONS :

1. Disponibilité d'appareils de TEP par habitant
2. Nombre d'examen par habitant au moyen d'appareils de TEP
3. Taux d'utilisation des appareils de TEP

#### NUMÉRATEUR :

1. Nombre d'appareils de TEP opérationnels dans la province pour le diagnostic et le traitement du cancer
2. Nombre total d'examen diagnostiques effectués sur des patients atteints d'un cancer à l'aide d'appareils de TEP
3. Nombre total d'examen diagnostiques effectués sur des patients atteints d'un cancer à l'aide d'appareils de TEP

#### DÉNOMINATEUR :

1. Ensemble de la population âgée de plus de 54 ans (20<sup>e</sup> centile au moment du diagnostic de cancer au Canada) en millions
2. Nombre d'appareils de TEP opérationnels dans la province pour le diagnostic et le traitement du cancer
3. Ensemble de la population âgée de plus de 54 ans (20<sup>e</sup> centile au moment du diagnostic de cancer au Canada) en millions

#### SOURCE DES DONNÉES :

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leurs équivalents au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

#### DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :

Année civile 2009

#### PROVINCES QUI PRÉSENTENT DES DONNÉES :

C.-B., ALB., SASK., MAN., N.-B., N.-É., Î.-P.-É.

#### REMARQUES CONCERNANT CERTAINES PROVINCES :

- SASK. Aucun appareil de TEP dans cette province
- QC Le Québec déclare disposer de 12 appareils de TEP pour le cancer, mais sans pouvoir distinguer l'utilisation pour le cancer des autres utilisations.
- Î.-P.-É. Aucun appareil de TEP dans cette province
- N.-É. Impossible de distinguer l'utilisation pour le cancer des autres utilisations.
- T.-N. Aucun appareil de TEP dans cette province

#### REMARQUES GÉNÉRALES :

1. Une répartition proportionnelle a été appliquée pour les appareils de TEP mis en service ou mis hors service pendant l'année, en fonction du nombre de jours d'utilisation.
2. Seuls les appareils de TEP utilisés pour le diagnostic et le traitement du cancer sont pris en compte dans les calculs. Les appareils de TEP utilisés exclusivement pour la recherche ont été exclus.

### TEMPS D'ATTENTE : DÉPISTAGE D'UNE ANOMALIE AU SEIN JUSQU'À LA RÉOLUTION

#### DÉFINITION :

Délai (en semaines) entre le dépistage d'une anomalie au sein jusqu'à la résolution (date du test de diagnostic définitif)

#### POPULATION :

Femmes âgées de 50 à 69 ans qui participent aux programmes structurés de dépistage du cancer du sein et dont le résultat du dépistage est anormal (mammographie ou examen clinique des seins) :

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

#### MESURES :

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

#### SOURCE DES DONNÉES :

Bases de données provinciales sur le dépistage du cancer du sein

#### DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :

2004-2008 : C.-B., ALB., SASK., MAN., ONT., QC (2004-2006), N.-B., N.-É., T.-N.

#### VARIABLE DE STRATIFICATION :

Groupe d'âge (50-54), (55-59), (60-64), (65-69)

#### REMARQUES CONCERNANT CERTAINES PROVINCES :

- ALB. Les données incluses proviennent uniquement du programme de tests de dépistage. Il s'agit d'un programme structuré qui réalise environ 10 à 12 % des mammographies de dépistage dans la province, dont environ 65 % se déroulent dans des unités mobiles.
- Î.-P.-É. Les données ne sont pas disponibles en raison de ressources système insuffisantes pour rendre compte des résultats pour la période spécifiée.
- YUK. Comme le Yukon ne tient pas de fichiers électroniques, ce territoire est exclu de la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Agence de la santé publique du Canada. *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada – Rapport sur la performance des programmes en 2001 et en 2002*. 4 juillet 2008. Disponible à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/obcsp-podcs-03-04/cont-back-fra.php>

<sup>3</sup> Agence de la santé publique du Canada. *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada – Rapport sur la performance des programmes en 2003 et en 2004*. 4 juillet 2008. Disponible à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/obcsp-podcs-03-04/cont-back-fra.php>



- NUN. Comme le Nunavut n'a pas de programme structuré, ce territoire est exclu de la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein.<sup>3</sup>
- T.-N.-O. Les Territoires du Nord-Ouest n'ont pas été inclus dans les indicateurs de temps d'attente puisque les données sur les délais de ce territoire n'étaient pas disponibles au moment de l'analyse.

#### REMARQUES GÉNÉRALES :

Les délais d'attente présentés doivent être évalués dans le contexte de la participation globale aux programmes structurés de dépistage du cancer du sein. La participation à ces programmes dans l'ensemble du Canada a été calculée à des intervalles de deux ans en raison du rappel bisannuel. La figure A montre le taux de participation par province pour les femmes âgées de 50 à 69 ans pour les années de dépistage 2003-2004, 2005-2006 et 2007-2008. Le dénominateur inclut le nombre total de femmes âgées de 50 à 69 ans qui sont admissibles à participer à un programme structuré de dépistage du cancer du sein. Comme ces valeurs diffèrent légèrement des dénominateurs employés dans les rapports antérieurs publiés, les taux de participation ne sont pas identiques aux taux publiés. Les données des Territoires du Nord-Ouest ne sont pas incluses dans cette figure, puisqu'elles étaient uniquement disponibles pour 2004.

## Recherche

### RATIO DE PARTICIPATION AUX ESSAIS CLINIQUES PÉDIATRIQUES

#### DÉFINITION :

Le ratio du nombre total de tous les patients ( $\leq 18$  ans) nouvellement inscrits dans des essais thérapeutiques ou des études de recherche clinique liés au cancer en 2009 par rapport au nombre total de nouveaux cas de cancer ( $\leq 18$  ans) diagnostiqués dans les centres de cancérologie pédiatrique en 2009.

#### NUMÉRATEUR :

Tous les patients ( $\leq 18$  ans) nouvellement inscrits dans des essais thérapeutiques ou des études de recherche clinique liés au cancer en 2009

#### DÉNOMINATEUR :

Nouveaux cas de cancer ( $\leq 18$  ans) diagnostiqués dans les centres de cancérologie pédiatrique en 2009

#### SOURCE DES DONNÉES :

Présentées par le C<sup>17</sup> Council au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport en avril 2010

#### DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :

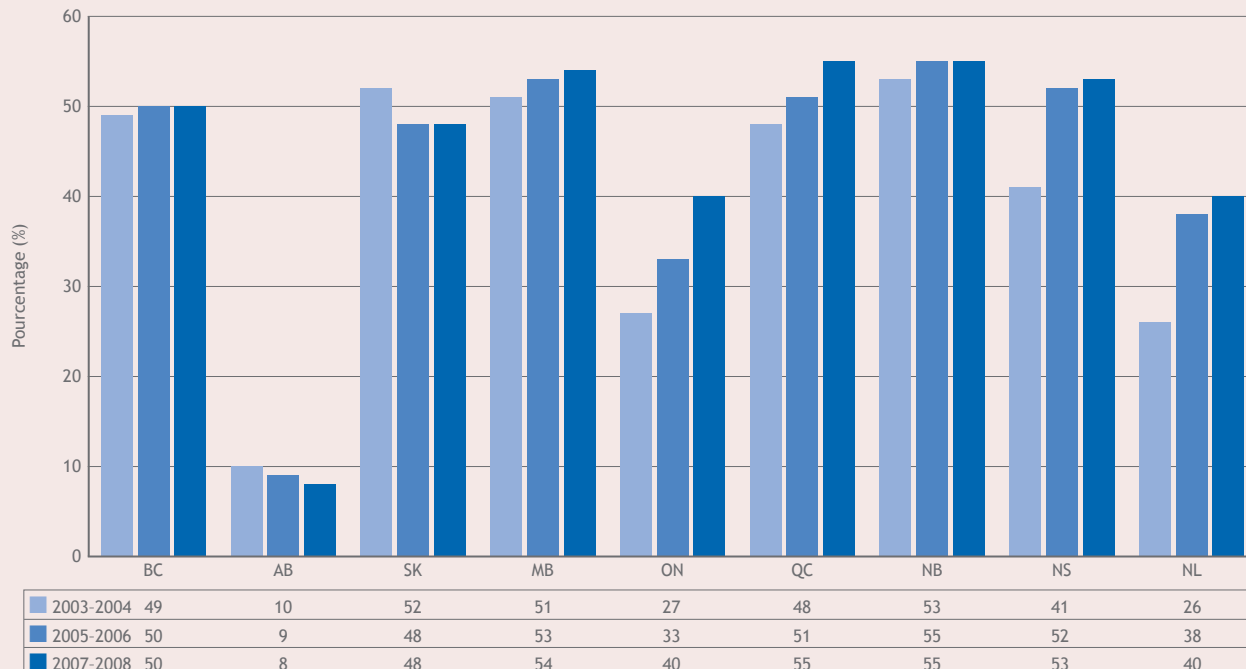
Année civile 2009

#### PROVINCES QUI PRÉSENTENT DES DONNÉES :

C.-B., ALB., SASK., MAN., ONT., QC, N.-É., T.-N.

### Figure A

Taux de participation sur 2 ans aux programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein  
2003-2004, 2005-2006, 2007-2008



Source des données : Bases de données provinciales sur le dépistage du cancer du sein

**REMARQUES :**

Aux fins de l'enregistrement, un essai clinique est une étude de recherche concernant le cancer qui affecte de façon prospective des participants humains à une intervention liée à la santé afin d'évaluer les effets sur la santé. Les données excluent les inscriptions dans les études de biologie mais incluent les essais cliniques des phases I à IV.

**RATIO DE PARTICIPATION ADULTE AUX ESSAIS CLINIQUES****DÉFINITION :**

Le ratio du nombre total de tous les patients (≥ 19 ans) nouvellement inscrits dans des essais thérapeutiques ou des études de recherche clinique liés au cancer en 2009 par rapport au nombre total de cas de cancer (≥ 19 ans) nouvellement orientés vers des centres provinciaux de lutte contre le cancer en 2009

**NUMÉRATEUR :**

Le nombre total de cas de cancer (≥ 19 ans), nouveau ou déjà diagnostiqué, nouvellement inscrits dans des essais cliniques thérapeutiques dans les centres provinciaux de lutte contre le cancer en 2009.

**DÉNOMINATEUR :**

Le nombre total de cas dans les centres de lutte contre le cancer, nouveaux ou déjà diagnostiqués, nouvellement orientés vers des centres provinciaux de lutte contre le cancer en 2009.

**EXCLUSIONS :**

Voir le tableau A.

**SOURCE DES DONNÉES :**

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leurs équivalents au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

**DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :**

Année civile 2009

**PROVINCES QUI PRÉSENTENT DES DONNÉES :**

C.-B., ALB., SASK., MAN., ONT., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.

**REMARQUES CONCERNANT CERTAINES PROVINCES :**

C.-B. Données projetées pour 2009 (les données de 2009 ne sont pas encore entièrement saisies dans le registre).

ALB. Les données incluses proviennent uniquement de deux centres de soins tertiaires. La régularisation des essais cliniques ne se fait généralement pas dans les centres associés de lutte contre le cancer dans la province. Les patients visés par le numérateur et le dénominateur avaient tous 19 ans ou plus au moment du recrutement et résidaient en Alberta.

Î.-P.-É. Les données incluses proviennent uniquement des patients orientés par les médecins vers les centres d'oncologie.

**REMARQUES GÉNÉRALES :**

Les données comprennent les essais cliniques des phases I à IV. Voir le tableau A ci-dessous pour connaître les indicateurs inclus et exclus par province.

**Tableau A : Indicateurs provinciaux des essais cliniques adultes – Définitions, inclusions et exclusions**

	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.
<b>Numérateur :</b>									
Cas pour les essais non thérapeutiques	Exclus	Exclus	Exclus	Exclus	Exclus	Exclus	Exclus	Exclus	Exclus
Cas enregistrés pour un suivi à long terme	Exclus	Exclus	Exclus	Exclus	Exclus	Exclus	Exclus	Exclus	Exclus
Études par questionnaires ou entrevues sans intervention	Exclus	Exclus	Exclus	Exclus	Exclus	Exclus	Exclus	Exclus	Exclus
Cas recensés, mais pas d'intervention commencée en 2009	Exclus	Exclus	Exclus	Exclus	Exclus	Exclus	Exclus	Exclus	Exclus
<b>Dénominateur :</b>									
Les personnes qui N'ONT PAS eu un diagnostic de cancer	Exclus	Exclus	Exclus	Inclus	Inclus	Inclus	Exclus	Inclus	Exclus
Personnes ayant une tumeur à la limite de la malignité	Exclus	Exclus	Exclus	Inclus	Inclus	Inclus	Exclus	Inclus	Exclus
Personnes ayant un cancer <i>in situ</i>	Exclus	Exclus	Exclus	Inclus	Inclus	Inclus	Exclus	Inclus	Exclus

## Traitement

### CAPACITÉ ET UTILISATION DES ACCÉLÉRATEURS LINÉAIRES

#### DÉFINITIONS :

1. Disponibilité des accélérateurs linéaires par habitant
2. Taux d'utilisation des accélérateurs linéaires

#### NUMÉRATEUR :

1. Nombre d'accélérateurs linéaires opérationnels (disponibles pour la radiothérapie) dans la province
2. Nombre de traitements de radiothérapie effectués à l'aide d'accélérateurs linéaires

#### DÉNOMINATEUR :

1. Population totale dans la province qui a 54 ans et plus, en millions
2. Nombre d'accélérateurs linéaires opérationnels (disponibles pour la radiothérapie) dans la province

#### SOURCE DES DONNÉES :

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leurs équivalents au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

#### DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :

Année civile 2009

#### PROVINCES QUI PRÉSENTENT DES DONNÉES :

C.-B., ALB., SASK., MAN., ONT., QC, N.-B., N.-É., T.-N.

#### REMARQUES CONCERNANT CERTAINES PROVINCES :

- QC Le Québec n'a pas fourni de données sur le nombre de traitements de radiothérapie.
- N.-É. Toutes les visites pour des traitements de radiothérapie, y compris celles de l'unité de traitement superficiel.

#### REMARQUES GÉNÉRALES :

Au Canada, 80 % des patients atteints d'un cancer sont diagnostiqués à 54 ans et plus. L'application d'un seuil de 54 ans et plus pour le taux par habitant a pour effet de produire un ajustement simple selon l'âge.

### TEMPS D'ATTENTE POUR UNE RADIOTHÉRAPIE (PRÊT À TRAITER JUSQU'AU TRAITEMENT)

#### DÉFINITIONS :

1. Le temps écoulé depuis le moment où le patient est prêt à traiter jusqu'au début de la radiothérapie, mesuré en jours/semaines
2. Le pourcentage de cas de radiothérapie pour lesquels le temps d'attente ci-dessus a été dans les délais cibles

#### MESURES :

1. Temps d'attente médian en jours
2. Temps d'attente du 90<sup>e</sup> centile en jours
3. Pourcentage de patients commençant un traitement dans le délai cible (4 semaines après « prêt à traiter »)

#### POPULATION :

Tous les patients atteints d'un cancer recevant une radiothérapie pour lesquels on a recueilli les temps d'attente conformément aux spécifications de cet indicateur

#### SOURCE DES DONNÉES :

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leurs équivalents au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

#### DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :

Années de traitement 2007, 2008 et 2009

#### PROVINCES QUI PRÉSENTENT DES DONNÉES :

C.-B., ALB., SASK., MAN., ONT., QC, N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.

#### REMARQUES CONCERNANT CERTAINES PROVINCES :

- C.-B. • Les données sont fondées sur l'exercice financier, et non sur l'année civile.
- Les données du 90<sup>e</sup> centile n'ont pas été déclarées.
- ALB. A commencé à déclarer les données pour 2009
- MAN. • Tous les patients ont été priorisés relativement au début de la radiothérapie en fonction de leurs besoins médicaux.
- Garantie de temps d'attente de quatre semaines à partir du moment où le patient est « prêt à traiter », mise en œuvre le 1er avril 2008.
- Les patients qui ont attendu plus de 4 semaines en raison d'une décision médicale de les mettre en attente ont été exclus du % qui dépasse 4 semaines.
- SASK. A commencé à déclarer les données pour 2008
- QC Les données médianes et du 90<sup>e</sup> centile n'ont pas été déclarées. Le QC n'était pas en mesure de fournir des données en jours.
- N.-B. Les données médianes et du 90<sup>e</sup> centile n'ont pas été déclarées.
- N.-É. La N.-É. n'a pas recueilli de données sur les patients « prêts à traiter » avant 2009. Les temps d'attente déclarés sont fondés sur une mesure de substitution mise au point par la province.
- Î.-P.-É. • Les données disponibles pour l'année 2008 sont incomplètes pour l'année civile, ne couvrant que la période d'avril à décembre 2008.
- Les données sur le délai entre le moment où le patient est prêt à traiter et le début du traitement présentées ici ne comprennent pas les cas d'urgence afin de demeurer conformes aux normes de l'ICIS.

#### REMARQUES GÉNÉRALES :

1. Les données sur la source pour cet indicateur ont été soumises par les organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou de leurs équivalents selon les définitions fournies par le Partenariat canadien contre le cancer.
2. On connaît des divergences dans la manière dont les différentes provinces mesurent les temps d'attente. L'une des principales sources de variation est la façon dont la période où le patient est « prêt à traiter » est définie. Des efforts sont en cours pour normaliser ces définitions. Le tableau ci-dessous contient les définitions utilisées par les différentes provinces.

**Tableau B : Définitions provinciales de « prêt à traiter » pour l'indicateur de temps d'attente avant la radiothérapie**

PROVINCE	DÉFINITION DE « PRÊT À TRAITER » :
C.-B.	La date à laquelle l'oncologue et le patient conviennent que le traitement peut commencer. Le fait d'être prêt à traiter exige que tous les tests diagnostiques et procédures nécessaires pour évaluer la pertinence, les indications et la capacité de subir la radiothérapie soient achevés.
ALB.	La date à laquelle le patient est physiquement prêt à commencer le traitement.
SASK.	La date à laquelle le patient est prêt à recevoir un traitement, en tenant compte des facteurs cliniques et de ses préférences. Dans le cas de la radiothérapie, les activités préparatoires (par exemple, la simulation, la planification du traitement, les soins dentaires) ne retardent pas la date « prêt à traiter ».
MAN.	La date à laquelle une décision a été prise par le radio-oncologue et que le patient convient que la radiothérapie est appropriée et devrait commencer, ET qu'il est médicalement prêt à commencer le traitement ET le patient est disposé à commencer le traitement.
ONT.	Le moment où le spécialiste est convaincu que le patient est prêt à commencer le traitement.
QC	Pendant la consultation, le radio-oncologue entre la date à laquelle le patient sera prêt à traiter sur un formulaire de demande de traitement.
N.-B.	La date à laquelle tout retard prévu est terminé et le patient est prêt à commencer le traitement du point de vue social, personnel et médical.
N.-É.	La date à laquelle les examens préalables au traitement et tout retard prévu sont terminés et le patient est prêt à commencer le traitement du point de vue social, personnel et médical. La Nouvelle-Écosse n'avait pas de date « prêt à traiter » avant février 2010; une date de substitution était utilisée auparavant.
Î.-P.-É.	La date à laquelle les examens préalables au traitement et tout retard prévu sont terminés et le patient est prêt à commencer le traitement du point de vue social, personnel et médical.
T.-N.	La date à laquelle les examens préalables au traitement et tout retard prévu sont terminés et le patient est prêt à commencer le traitement du point de vue social, personnel et médical.

## Traitement

### RATIO D'UTILISATION DE LA RADIOTHÉRAPIE

#### DÉFINITION :

Rapport entre le nombre de traitements de radiothérapie donnés en un an (à toutes fins utiles) et le nombre de nouveaux cas de cancer envahissant diagnostiqués cette année-là

#### NUMÉRATEUR :

Nombre de traitements de radiothérapie (toute raison, toute indication, y compris les soins palliatifs ou curatifs, une maladie bénigne, un premier traitement et les suivants) dans chaque province

#### DÉNOMINATEUR :

Nombre total de nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 2007

#### EXCLUSIONS :

- Cas de cancer *in situ*
- Cancer de la peau sans mélanome

#### SOURCE DES DONNÉES :

Numérateur : Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leurs équivalents au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

Dénominateur : Registre canadien du cancer – Analysé par la Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

#### PROVINCES QUI PRÉSENTENT DES DONNÉES :

C.-B., ALB., SASK., MAN., ONT., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.

#### DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :

2006, 2007 et 2008

#### REMARQUES CONCERNANT CERTAINES PROVINCES :

ONT. La définition d'un parcours compte plusieurs phases de traitement comme étant des interventions multiples, mais certaines provinces ne suivent pas cette définition.

#### REMARQUES GÉNÉRALES :

1. Les données sur la source pour le numérateur de cet indicateur ont été soumises par les organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou de leurs équivalents selon les définitions fournies par le Partenariat canadien contre le cancer. Neuf des dix provinces ont fourni des données pour cet indicateur. Huit des neuf ont fourni des données pour les trois années.
2. Une série de traitements comprend habituellement une série de séances de radiothérapie sur une période de temps définie, conformément à un plan de traitement ou de prise en charge des symptômes. Le même patient peut recevoir plusieurs séries de traitements de radiothérapie dans le cadre du traitement et de la prise en charge de la maladie, et chaque série comportera plusieurs séances de radiothérapie.
3. Les séries associées au traitement de curiethérapie sont incluses.

4. Un « cas » est identifié au niveau du patient ou de la maladie primaire en fonction Registre canadien du cancer. Une même personne ayant deux maladies primaires distinctes sera traitée comme deux nouveaux cas (selon les règles CCR/NAACCR applicables).

#### TAUX D'UTILISATION DE LA RADIOTHÉRAPIE

##### DÉFINITION :

Pourcentage des cas de cancer traités par radiothérapie dans les 2 ans suivant la date de diagnostic

##### NUMÉRATEUR :

Nombre total de nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 2007 qui ont reçu une radiothérapie pour une raison quelconque dans les 24 mois suivant le diagnostic

##### DÉNOMINATEUR :

Nombre total de nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 2007

##### EXCLUSIONS :

- Cas de cancer *in situ*
- Cancer de la peau sans mélanome

##### SOURCE DES DONNÉES :

Numérateur : Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leurs équivalents au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

Dénominateur : Registre canadien du cancer – Analysé par la Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCMC, Agence de santé publique du Canada

##### DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :

Année de diagnostic 2007

##### PROVINCES QUI PRÉSENTENT DES DONNÉES :

C.-B., ALB., SASK., MAN., ONT., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.

##### REMARQUES CONCERNANT CERTAINES PROVINCES :

- Î.-P.-É. Aucune répartition selon l'âge et le sexe des patients a été fournie.
- T.-N. Aucune répartition selon l'âge et le sexe des patients a été fournie.

##### REMARQUES GÉNÉRALES :

1. Les traitements associés au traitement de curiethérapie sont inclus.
2. Un « nouveau cas » est identifié au niveau du patient ou de la maladie primaire en fonction Registre canadien du cancer. Une même personne ayant deux maladies primaires distinctes sera traitée comme deux nouveaux cas (selon les règles CCR/NAACCR applicables).

#### CONFORMITÉ AVEC LES LIGNES DIRECTRICES – RADIOTHÉRAPIE ADJUVANTE APRÈS LA CHIRURGIE CONSERVATRICE DU SEIN POUR LES STADES I ET II DU CANCER DU SEIN

##### DÉFINITION :

Pourcentage des cas de cancer du sein de stade I ou II traités par radiothérapie à la suite d'une chirurgie conservatrice du sein.

##### NUMÉRATEUR :

Les cas de cancer du sein des stades I et II diagnostiqués en 2007 et pour lesquels la radiothérapie commence dans les 270 jours suivant une chirurgie conservatrice du sein

##### DÉNOMINATEUR :

Tous les cas de cancer du sein des stades I et II traités dans la province en 2007 qui font l'objet d'une chirurgie conservatrice du sein.

##### EXCLUSIONS :

Les cas qui font l'objet d'une mastectomie

##### SOURCE DES DONNÉES :

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leurs équivalents au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

##### DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :

Année de diagnostic 2007

##### PROVINCES QUI PRÉSENTENT DES DONNÉES :

C.-B., ALB., MAN., ONT.

##### REMARQUES CONCERNANT CERTAINES PROVINCES :

- C.-B. Les données comprennent seulement les cas visés aux centres de lutte contre le cancer, ce qui représente environ 85 % des résidents de la C.-B. ayant reçu un diagnostic de cancer du sein.
- ALB. Les exérèses segmentaires ont été incluses comme une lumpectomie.
- MAN. La radiothérapie n'était pas limitée au siège primaire de la tumeur.
- ONT. La radiothérapie n'était pas limitée au siège primaire de la tumeur.

##### REMARQUES GÉNÉRALES :

1. Les cas concernant des personnes de moins de 18 ans ont été exclus.
2. Les cas de cancer du sein identifiés selon les codes ICDO3 : C50.0 à C50.9; stade du groupe AJCC au moment du diagnostic = I ou II.
3. Seuls les cas à recevoir une chirurgie conservatrice des seins et une mastectomie sans mastectomie ultérieure sont comptabilisés. Incluant les codes CCI : 1YM87 ou 1YM88; excluant les codes CCI : 1YM89 à 1YM92, dans la période spécifiée.
4. Période visée : Date de la dernière résection (si plusieurs) – date de diagnostic ≤ 365 jours.

**MESURE DE SUBSTITUTION DE LA LIGNE DIRECTRICE —  
RADIOTHÉRAPIE POUR LES STADES I ET II DU CANCER DU SEIN****DÉFINITION :**

Pourcentage des cas de cancer du sein de stade I ou II traités par radiothérapie

**NUMÉRATEUR :**

Les cas de cancer du sein des stades I et II diagnostiqués en 2007 et pour lesquels la radiothérapie commence l'année plus 270 jours (635 jours) suivant le diagnostic

**DÉNOMINATEUR :**

Tous les cas de cancer du sein des stades I et II diagnostiqués dans la province en 2007.

**SOURCE DES DONNÉES :**

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leurs équivalents au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

**DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :**

Année de diagnostic 2007

**PROVINCES QUI PRÉSENTENT DES DONNÉES :**

C.-B., ALB., SASK., MAN., ONT., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.

**REMARQUES CONCERNANT CERTAINES PROVINCES :**

- C.-B. • Les données comprennent seulement les cas visés aux centres de lutte contre le cancer, ce qui représente environ 85 % des résidents de la C.-B. ayant reçu un diagnostic de cancer du sein.
- Le filtre concernant l'intention de traiter a été appliqué pour limiter les données au traitement adjuvant.
- N.-É. • Les cas provenant de la Cumberland Health Authority ont été exclus, car ils peuvent recevoir des soins contre le cancer au Nouveau-Brunswick, et la Nouvelle-Écosse ne dispose pas de données sur le traitement hors de la province.
- Dans le cas de tumeurs primaires synchrones, l'analyse se limite à une seule maladie.

**REMARQUES GÉNÉRALES :**

1. On n'a utilisé aucun filtre concernant l'intention de traitement, sauf indication contraire dans les remarques sur la province en particulier.
2. Les cas concernant des personnes de moins de 18 ans ont été exclus.
3. Les cas de cancer du sein identifiés selon les codes ICDO3 : C50.0 à C50.9; stade du groupe AJCC au moment du diagnostic = I ou II.
4. Contrairement à l'indicateur de conformité avec les lignes directrices, les patients qui reçoivent une mastectomie et qui ne peuvent donc être candidats pour la radiothérapie seraient inclus dans l'indicateur de substitution.

**CONFORMITÉ AUX LIGNES DIRECTRICES — RADIOTHÉRAPIE  
NÉOADJUVANTE POUR LES STADES II OU III DU CANCER  
DU RECTUM****DÉFINITION :**

Pourcentage des cas de cancer de stades II ou III du rectum ayant fait l'objet d'une résection pour lesquels le patient reçoit une radiothérapie néoadjuvante (préopératoire) précédant la résection chirurgicale

**NUMÉRATEUR :**

Les cas de cancer de stades II ou III du rectum ayant fait l'objet d'une résection diagnostiqués en 2007 et pour lesquels la radiothérapie néoadjuvante commence dans les 120 jours précédant la résection

**DÉNOMINATEUR :**

Tous les cas de cancer de stades II ou III du rectum ayant fait l'objet d'une résection qui ont été diagnostiqués dans la province en 2007.

**SOURCE DES DONNÉES :**

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leurs équivalents au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

**DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :**

Année de diagnostic 2007

**PROVINCES QUI PRÉSENTENT DES DONNÉES :**

C.-B., ALB., MAN., ONT., N.-É., T.-N.

**REMARQUES CONCERNANT CERTAINES PROVINCES :**

- C.-B. Les données comprennent seulement les cas aiguillés aux centres de lutte contre le cancer, ce qui représente environ 68 p. 100 des résidents de la C.-B. ayant reçu un diagnostic de cancer du rectum.
- ALB. La portée de la chirurgie (p. ex. une résection complète) n'a pas été saisie.
- MAN. La radiothérapie n'était pas limitée au siège primaire de la tumeur.
- ONT. La radiothérapie n'était pas limitée au siège primaire de la tumeur.
- N.-É. • Les cas provenant de la Cumberland Health Authority ont été exclus, car ils peuvent recevoir des soins contre le cancer au Nouveau-Brunswick, et la Nouvelle-Écosse ne dispose pas de données sur le traitement hors de la province.
- Dans le cas de tumeurs primaires synchrones, l'analyse se limite à une seule maladie.

**REMARQUES GÉNÉRALES :**

1. Les cas de cancer du rectum identifiés selon les codes ICDO3 : C19.9 ou C20.9; stade du groupe AJCC au moment du diagnostic = II ou III.
2. Les résections du rectum identifiées selon les codes de l'ICC : 1NQ59 ou 1NQ87 ou 1NQ89.
3. Date de la dernière résection (si plusieurs) — date de diagnostic ≤ 365 jours.
4. Les cas concernant des personnes de moins de 18 ans ont été exclus.



### MESURE DE SUBSTITUTION DE CONFORMITÉ AUX LIGNES DIRECTRICES – RADIOTHÉRAPIE POUR LES STADES II ET III DU CANCER DU RECTUM

#### DÉFINITION :

Pourcentage des cas de cancer du rectum de stade I ou II traités par radiothérapie

#### NUMÉRATEUR :

Les cas de cancer du rectum des stades II et III diagnostiqués en 2007 et pour lesquels la radiothérapie commence dans les 120 jours suivant le diagnostic

#### DÉNOMINATEUR :

Tous les cas de cancer de stades II et III diagnostiqués dans la province en 2007

#### SOURCE DES DONNÉES :

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leurs équivalents au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

#### DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :

Année de diagnostic 2007

#### PROVINCES QUI PRÉSENTENT DES DONNÉES :

C.-B., ALB., SASK., MAN., ONT., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.

#### REMARQUES CONCERNANT CERTAINES PROVINCES :

- C.-B. • Les données comprennent seulement les cas aiguillés aux centres de lutte contre le cancer, ce qui représente environ 68 p. 100 des résidents de la C.-B. ayant reçu un diagnostic de cancer du rectum.
- Le filtre de l'intention de traiter a été appliqué pour identifier le traitement néoadjuvant.
- N.-É. • Les cas provenant de la Cumberland Health Authority ont été exclus, car ils peuvent recevoir des soins contre le cancer au Nouveau-Brunswick, et la Nouvelle-Écosse ne dispose pas de données sur le traitement hors de la province.
- Dans le cas de tumeurs primaires synchrones, l'analyse se limite à une seule maladie.

#### REMARQUES GÉNÉRALES :

- On n'a utilisé aucun filtre concernant l'intention de traitement, sauf indication contraire dans les remarques sur la province en particulier.
- Les cas de cancer du rectum identifiés selon les codes ICDO3 : C19.9 ou C20.9; stade du groupe AJCC au moment du diagnostic = II ou III.
- Les cas concernant des personnes de moins de 18 ans ont été exclus.

### CONFORMITÉ AUX LIGNES DIRECTRICES ABLATION ET EXAMEN DE 12 GANGLIONS OU PLUS POUR LES RÉSECTIONS DU CANCER DU CÔLON

#### DÉFINITION :

Nombre de résections du cancer du côlon pour lesquelles 12 ganglions ou plus sont enlevés et examinés (données recueillies selon l'âge et le sexe du patient)

#### NUMÉRATEUR :

Cas de cancer du côlon diagnostiqués en 2007 et réséqués dans l'année du diagnostic, pour lesquels 12 ganglions ou plus sont enlevés et examinés

#### DÉNOMINATEUR :

Tous les cas de cancer du côlon diagnostiqués dans la province en 2007 et réséqués dans l'année du diagnostic

#### EXCLUSIONS :

Cas pour lesquels le nombre de ganglions enlevés et examinés est inconnu

#### SOURCE DES DONNÉES :

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leurs équivalents au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

#### DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :

Année de diagnostic 2007

#### PROVINCES QUI PRÉSENTENT DES DONNÉES :

C.-B., ALB., SASK., MAN., ONT., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.

#### REMARQUES CONCERNANT CERTAINES PROVINCES :

- C.-B. • Les cas pour lesquels le nombre de ganglions enlevés et examinés est inconnu N'ONT PAS été exclus du dénominateur.
- Les patients aiguillés après une rechute ou pour le suivi après un traitement administré ailleurs sont exclus (n = 19).
- Les tumeurs carcinoïdes, carcinoides des cellules caliciformes, neuroendocrines et du stroma gastro-intestinal ont été exclues des dénombrements.
- Les cas de cancer envahissant et *in situ* sont inclus.
- Les cas orientés vers la BC Cancer Agency à un moment donné pendant la période sont inclus. (Ce groupe comprend 46 p. 100 de tous les cas de cancer du côlon diagnostiqués en 2007.)
- ALB. • L'information sur les interventions chirurgicales du registre des cancers a été utilisée, mais le registre ne recueille pas de renseignements précisant la portée de la chirurgie (p. ex. résection complète).
- SASK. • On a utilisé la date de preuve histologique au lieu de la dernière date de résection.
- ONT. • Les données sont fondées sur les rapports de pathologie sur la résection de tumeurs malignes et excluent les polypes, abcès rectaux, polypes rectaux ou polypectomies.
- Les données ne concernent que les hôpitaux qui produisent des rapports de pathologie synoptiques.
- Les données sont de 2009.
- N.-B. • Les données concernent l'année de diagnostic 2008.
- Aucune répartition selon l'âge et le sexe des patients n'a été fournie.
- Î.-P.-É. • Aucune répartition selon l'âge et le sexe des patients n'a été fournie.

#### REMARQUES GÉNÉRALES :

- Les cas de cancer du côlon identifiés selon les codes ICDO3 : De C18.0 à C18.9.
- Les résections du côlon identifiées selon les codes de l'ICC : 1NM87 ou 1NM89 ou 1NM91.
- Date de la dernière résection (si plusieurs) – date de diagnostic  $\leq$  365 jours.
- Les cas concernant des personnes de moins de 18 ans ont été exclus.

**CONFORMITÉ AUX LIGNES DIRECTRICES – CHIMIOTHÉRAPIE ADJUVANTE POUR CANCER COLORECTAL DE STADE III****DÉFINITION :**

Pourcentage des cas de cancer du côlon de stade III traités par chimiothérapie après résection chirurgicale

**NUMÉRATEUR :**

Les cas de cancer du côlon de stade III diagnostiqués en 2007 et pour lesquels la chimiothérapie adjuvante commence dans les 120 jours suivant le diagnostic

**DÉNOMINATEUR :**

Tous les cas de cancer du côlon de stade III ayant fait l'objet d'une résection qui sont diagnostiqués dans la province en 2007.

**SOURCE DES DONNÉES :**

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leurs équivalents au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

**DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :**

Année de diagnostic 2007

**PROVINCES QUI PRÉSENTENT DES DONNÉES :**

C.-B., ALB., MAN., ONT., T.-N.

**REMARQUES CONCERNANT CERTAINES PROVINCES :**

- C.-B. • Les données comprennent seulement les cas aiguillés aux centres de lutte contre le cancer, ce qui représente environ 46 p. 100 des résidents de la C.-B. ayant reçu un diagnostic de cancer du côlon (*in situ* ou envahissant).
- MAN. • Les médicaments oraux sont inclus mais peuvent être sous-estimés.
- ONT. • Les données sur la chimiothérapie excluent la plupart des traitements chimiothérapeutiques oraux parce que les données ne sont pas déclarées systématiquement à Action Cancer Ontario.

**REMARQUES GÉNÉRALES :**

1. On n'a utilisé aucun filtre concernant l'intention de traitement, sauf indication contraire par la province.
2. Les cas de cancer du côlon identifiés selon les codes ICDO3 : De C18.0 à C18.9; stade du groupe AJCC au moment du diagnostic = III.
3. Les résections du côlon identifiées selon les codes de l'ICC : 1NM87 ou 1NM89 ou 1NM91.
4. Date de la dernière résection (si plusieurs) – date de diagnostic ≤ 365 jours.
5. Les cas concernant des personnes de moins de 18 ans ont été exclus.

**MESURE DE SUBSTITUTION DE CONFORMITÉ AUX LIGNES DIRECTRICES – CHIMIOTHÉRAPIE ADJUVANTE POUR CANCER COLORECTAL DE STADE III****DÉFINITION :**

Pourcentage des cas de cancer du côlon de stade III traités par chimiothérapie

La chimiothérapie a débuté dans l'année + 120 jours suivant le diagnostic

**NUMÉRATEUR :**

Tous les cas de cancer du côlon de stade III diagnostiqués en 2007 et pour lesquels la chimiothérapie adjuvante commence dans l'année +120 jours du diagnostic

**DÉNOMINATEUR :**

Tous les cas de cancer du côlon de stade III qui sont diagnostiqués dans la province en 2007.

**SOURCE DES DONNÉES :**

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leurs équivalents au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

**DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :**

Année de diagnostic 2007

**PROVINCES QUI PRÉSENTENT DES DONNÉES :**

C.-B., ALB., SASK., MAN., ONT., N.-É., T.-N.

**REMARQUES CONCERNANT CERTAINES PROVINCES :**

- C.-B. • Les données comprennent seulement les cas aiguillés aux centres de lutte contre le cancer, ce qui représente environ 46 p. 100 des résidents de la C.-B. ayant reçu un diagnostic de cancer du côlon (*in situ* ou envahissant).
- Le filtre de l'intention de traiter est utilisé pour identifier le traitement néoadjuvant.
- MAN. • Les médicaments oraux sont inclus mais peuvent être sous-estimés.
- ONT. • Les données sur la chimiothérapie excluent la plupart des traitements chimiothérapeutiques oraux parce que les données ne sont pas déclarées systématiquement à Action Cancer Ontario.
- N.-É. • Les cas résidant à l'extérieur des deux administrations sanitaires de district qui hébergent les centres provinciaux de lutte contre le cancer (Cap-Breton et Capital Health) ont été exclus parce que l'information sur le traitement de chimiothérapie n'est pas encore disponible.
- Dans le cas de tumeurs primaires synchrones, l'analyse se limite à une seule maladie.

**REMARQUES GÉNÉRALES :**

1. On n'a utilisé aucun filtre concernant l'intention de traitement, sauf indication contraire par la province.
2. Les cas de cancer du côlon identifiés selon les codes ICDO3 : De C18.0 à C18.9; stade du groupe AJCC au moment du diagnostic = III.
3. Les cas concernant des personnes de moins de 18 ans ont été exclus.



## Interventions de soutien et deuil

### DÉPISTAGE DE LA DÉTRESSE

#### DÉFINITION :

Mesure dans laquelle les organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leurs équivalents entreprennent la collecte centralisée des résultats du dépistage de la détresse. Des exemples de tels outils comprennent l'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EESE) et la liste de contrôle des problèmes CPC.

#### INFORMATIONS DEMANDÉES :

Les organismes provinciaux de lutte contre le cancer et leurs équivalents ont été invités à fournir des informations sur les questions suivantes :

- Déterminer si des centres de lutte contre le cancer dans la province ont mis en œuvre des outils de dépistage normalisés de la détresse au moment de la demande de données (juin 2009).
- Déterminer le nombre total de patients individuels évalués au moyen de tels outils.
- Déterminer le nombre total d'évaluations effectuées.
- Décrire le rôle de l'organisme provincial de lutte contre le cancer dans la gestion de la mise en œuvre des outils normalisés d'évaluation des symptômes et de dépistage de la détresse.
- Information sur le nombre de centres dans chaque province qui utilisent le ou les outils normalisés, c'est-à-dire seulement les cas où l'outil a été mis en œuvre de façon centralisée au nom de l'organisme provincial de lutte contre le cancer.
- Qui est visé par le dépistage? Quel est le pourcentage de patients qui font l'objet d'un dépistage?
- Quelle est la fréquence du dépistage?

#### SOURCE DES INFORMATIONS :

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leurs équivalents au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

#### DISPONIBILITÉ DES INFORMATIONS :

Les informations ont été recueillies au cours d'entretiens à bâtons rompus sur les questions générales susmentionnées. Les provinces étaient libres de choisir une période à leur gré.

#### PROVINCES QUI PRÉSENTENT DES DONNÉES :

C.-B., ALB., SASK., MAN., ONT., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.

La plupart des provinces ont fourni des informations descriptives mais non numériques.

### RÉSULTATS DÉCLARÉS PAR LES PATIENTS

#### DÉFINITION :

Enquête NRC Picker AOPSS (données autodéclarées) – % score positif provincial (pourcentage de répondants valides qui ont répondu « bonne », « très bonne » ou « excellente ») pour les six dimensions des soins axés sur les patients

1. Confort physique
2. Respect des préférences du patient
3. Accès aux soins
4. Coordination et continuité des soins
5. Information, communication et éducation
6. Soutien affectif

En outre, % de score positif à la question : « Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous la qualité des soins à votre hôpital au cours des six derniers mois? »

#### SOURCE DES DONNÉES :

Les résultats de l'enquête NRC Picker AOPSS ont été déclarés par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leurs équivalents au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

#### DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :

Année la plus récente disponible (voir ci-dessous)

#### PROVINCES QUI PRÉSENTENT DES DONNÉES :

C.-B., ALB., SASK., MAN., ONT., N.-É., Î.-P.-É.

#### REMARQUES CONCERNANT CERTAINES PROVINCES :

C.-B. Date de l'enquête : 2007  
 ALB. Date de l'enquête : 2008  
 SASK. Date de l'enquête : 2009  
 MAN. Date de l'enquête : 2008  
 ONT. Date de l'enquête : 2009  
 N.-É. Date de l'enquête : 2009 (année financière)  
 Î.-P.-É. Date de l'enquête : 2008 pour le score de satisfaction globale et 2009 pour les scores de satisfaction des patients par domaine

Les bases de sondage et les périodes d'enquête varient selon la province. Cependant, toutes les données ont été recueillies et analysées au centre par NRC Picker.

## LIEU DU DÉCÈS

**DÉFINITION :**

Pourcentage de patients atteints de cancer qui sont morts dans un des lieux suivants : hôpital, établissement de soins de santé, autre lieu non déterminé, logement particulier ou lieu inconnu

**NUMÉRATEUR :**

Nombre de patients atteints de cancer qui sont morts dans un des lieux suivants : hôpital, établissement de soins de santé, autre lieu non déterminé, logement particulier ou lieu inconnu

**DÉNOMINATEUR :**

Nombre de patients atteints de cancer qui sont morts

**SOURCE DES DONNÉES :**

Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès (fichier annuel)

**DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :**

De 2003 à 2005

**VARIABLES DE STRATIFICATION :**

Sexe

**REMARQUES CONCERNANT CERTAINES PROVINCES :**

C.-B. Tous les décès survenus en Colombie-Britannique en 2005 ont été enregistrés en tant que lieu inconnu.

ONT. Le codage des décès non hospitaliers en Ontario était très variable pendant la période de temps de trois ans, et il est probablement discutable (voir tableau ci-dessous).

**Tableau C : Lieu de décès des patients atteints d'un cancer en Ontario, de 2003 à 2005**

Lieu de décès des patients atteints d'un cancer (%), par année			
Ontario	2003	2004	2005
Hôpital	69,9	71,2	70,0
Autre établissement de soins de santé	0,0	0,0	8,1
Autre lieu déterminé	21,6	2,4	2,3
Logement particulier	0,1	0,0	19,5
Lieu inconnu	8,4	26,4	0,0

## Résultats à long terme

## TAUX D'INCIDENCE NORMALISÉS SELON L'ÂGE

**DÉFINITION :**

Taux d'incidence qui serait survenu si la répartition de l'âge au sein de la population visée était la même que celle de la norme lorsque le taux d'incidence est défini comme le nombre de cas de cancer (néoplasmes malins) nouvellement diagnostiqués pendant une année par 100 000 habitants à risque

**NUMÉRATEUR :**

Nombre de nouveaux cas de cancer (tous les âges)

1. Tous les cancers
2. Sein (chez la femme)
3. Colorectal
4. Poumon
5. Prostate

**DÉNOMINATEUR :**

- 1., 3., 4. Estimations annuelles de la population en centaines de milliers
2. Estimation annuelle de la population féminine en centaines de milliers
5. Estimation annuelle de la population masculine en centaines de milliers

**NORMALISATION SELON L'ÂGE :**

Méthode directe à l'aide du recensement de la population canadienne de 1991

**SOURCE DES DONNÉES :**

Base de données du Registre canadien du cancer (RCC) (ficher de juillet 2007) – données sur l'incidence de cancer

Division de la démographie de Statistique Canada – estimations de la population

**DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :**

De 1995 à 2006

**VARIABLES DE STRATIFICATION :**

Sexe (sauf pour le cancer du sein et de la prostate), âge, revenu, milieu urbain/rural/rural isolé/rural très isolé (voir les variables de stratification du recensement de la population canadienne de 2006)

**REMARQUES :**

1. La troisième édition (CIM-O-3) de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les règles du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) pour déterminer les multiples sièges primaires du cancer ont été utilisés : cancer colorectal (CIM-O-3 C18.0 à C18.9, C19.9, C20.9, C26.0), du poumon et des bronches (CIM-O-3 C34.0 à C34.9), du sein chez la femme (CIM-O-3 C50.0 à C50.9) et de la prostate (CIM-O-3 C61.9). Les quatre catégories excluent les types morphologiques M-9050 à M-9055, M-9140 et M-9590 à M-9989. Sont inclus tous les types de cancer envahissant et *in situ* pour la vessie et exclus les cas de cancer de la peau autre que le mélanome (basocellulaire et spinocellulaire).
2. Les cellules dont le dénombrement était minime ont été supprimées ainsi que toute cellule susceptible d'entraîner la divulgation d'une cellule auparavant éliminée à l'aide du

total des colonnes ou des rangées. Si les variables qui définissaient les rangées et les colonnes étaient la province et le groupe d'âge, alors le programme supprimait les dénombrements négligeables en premier dans chaque province. Si une province ne contenait qu'une seule cellule supprimée, le nombre le plus faible prochain dans cette province a été supprimé. Ce processus a été répété au sein de chaque groupe d'âge. Les dossiers où l'âge n'était pas précisé ont été inclus dans le total.

3. Les taux d'incidence du cancer colorectal par province sont présentés pour une période de cinq années, de 2003 à 2007. Cette analyse a été effectuée par la Division de la surveillance et du contrôle des maladies chroniques, CPCMC, Agence de santé publique du Canada, et aimablement fournie par Statistique canadienne du cancer 2011 (sous presse).

### TAUX DE MORTALITÉ NORMALISÉS SELON L'ÂGE

#### DÉFINITION :

Taux d'incidence qui serait survenu si la répartition de l'âge au sein de la population visée était la même que celle de la norme lorsque le taux de mortalité est défini comme le nombre de décès attribuables à un cancer (néoplasmes malins) pendant une année par 100 000 habitants à risque

#### NUMÉRATEUR :

Nombre de décès attribuables au cancer (tous les âges)

1. Tous les cancers
2. Sein (chez la femme)
3. Colorectal
4. Poumon
5. Prostate

#### DÉNOMINATEUR :

- 1., 3., 4. Estimations annuelles de la population en centaines de milliers
2. Estimation annuelle de la population féminine en centaines de milliers
5. Estimation annuelle de la population masculine en centaines de milliers

#### NORMALISATION SELON L'ÂGE :

Méthode directe à l'aide du recensement de la population canadienne de 1991

#### SOURCE DES DONNÉES :

Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès (fichier annuel), données sur la mortalité attribuable au cancer. Division de la démographie de Statistique Canada – estimations de la population

#### DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :

De 1995 à 2006

#### VARIABLES DE STRATIFICATION :

Sexe (sauf pour le cancer du sein et de la prostate), âge, revenu, milieu urbain/rural/rurale isolé/rural très isolé (voir les variables de stratification du recensement de la population canadienne de 2006)

#### REMARQUES :

1. Jusqu'en 1999, les causes de décès étaient codées selon la neuvième révision (CIM-9) de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : tous les cancers (CIM-9 : 140208), cancer colorectal (CIM-9 153-154), du poumon (CIM-9 162), du sein chez la femme (CIM-9 : 174) et de la prostate (CIM-9 : 185).
2. Après 1999, les causes de décès ont été codées selon la dixième révision (CIM-10) de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : tous les cancers (CIM-10 : C00-c97), cancer colorectal (CIM-10 : C18-c20), du poumon (CIM-10 : C33-c34), du sein chez la femme (CIM-10 : C50) et de la prostate (CIM-10 : C61).
3. Les taux de mortalité attribuable au cancer colorectal ont été calculés par la Division de la surveillance et du contrôle des maladies chroniques, CPCMC, Agence de santé publique du Canada, et aimablement fournis par Statistique canadienne du cancer 2011 (sous presse).
4. Les taux de mortalité attribuable au cancer colorectal par province sont présentés pour une période de quatre années, de 2003 à 2006.
5. Les cellules dont le dénombrement était minime ont été supprimées ainsi que toute cellule susceptible d'entraîner la divulgation d'une cellule auparavant éliminée à l'aide du total des colonnes ou des rangées. Si les variables qui définissaient les rangées et les colonnes étaient la province et le groupe d'âge, alors le programme supprimait les dénombrements négligeables en premier dans chaque province. Si une province ne contenait qu'une seule cellule supprimée, le nombre le plus faible prochain dans cette province a été supprimé. Ce processus a été répété au sein de chaque groupe d'âge. Les dossiers où l'âge n'était pas précisé ont été inclus dans le total.

### TAUX DE LÉTALITÉ NORMALISÉ SELON L'ÂGE

#### DÉFINITION :

Le taux de létalité est le rapport entre le nombre de décès et le nombre de nouveaux cas de cancer, exprimé par 100 personnes.

#### NUMÉRATEUR :

Nombre de décès attribuables au cancer (tous les âges)

#### DÉNOMINATEUR :

Nombre de nouveaux cas de cancer (tous les âges)

#### SOURCE DES DONNÉES :

Calculé à partir des taux d'incidence et de mortalité (voir les sections Incidence et Mortalité)

#### DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :

2006

#### REMARQUES :

Voir les notes dans les sections Incidence et Mortalité

## RATIOS DE SURVIE RELATIVE

**DÉFINITION :**

Survie relative : Le ratio de la survie observée pour un groupe de patients atteints d'un cancer (néoplasmes malins) par rapport à la survie anticipée pour les membres de l'ensemble de la population, soit la population de comparaison, dont la survie peut-être modifiée par les mêmes facteurs principaux (sexe, âge, lieu de résidence).

**NUMÉRATEUR :**

La survie observée de patients atteints d'un cancer (de 15 à 99 ans) qui étaient en vie pendant un, deux, trois, quatre et cinq ans pour chacune des trois cohortes : 1995 à 1997, 1998 à 2000 et 2001 à 2005.

1. Tous les cancers
2. Sein (chez la femme)
3. Colorectal
4. Poumon
5. Prostate

**DÉNOMINATEUR :**

La survie anticipée de la population de comparaison qui était en vie pendant un, deux, trois, quatre et cinq ans pour chacune des trois cohortes : 1995 à 1997, 1998 à 2000 et 2001 à 2005.

- 1., 3., 4. Des deux sexes
2. Femmes
5. Hommes

**EXCLUSIONS :**

- les sujets âgés de moins de 15 ans ou de plus de 99 ans au moment du diagnostic
- les sujets diagnostiqués uniquement à l'aide d'une autopsie ou d'un certificat de décès
- les sujets dont l'année de naissance ou du décès est inconnue

**SOURCE DES DONNÉES :**

Registre canadien du cancer (janvier 2008 avec une confirmation des décès jusqu'en 2004), tables provinciales de survie (Statistique Canada)

**DISPONIBILITÉ DES DONNÉES :**

Trois cohortes de patients atteints d'un cancer diagnostiqués entre 1995 et 1997, 1998 et 2000 et 2001 et 2005

**VARIABLES DE STRATIFICATION :**

Sexe (sauf pour le cancer du sein et de la prostate), âge, revenu (voir les variables de stratification du recensement de la population canadienne de 2006)

**REMARQUES :**

1. La troisième édition (CIM-O-3) de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les règles du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) pour déterminer les multiples sièges primaires du cancer ont été utilisés : cancer colorectal (CIM-O-3 C18.0 à C18.9, C19.9, C20.9, C26.0), du poumon et des bronches (CIM-O-3 C34.0 à C34.9), du sein chez la femme (CIM-O-3 C50.0 à C50.9) et de la prostate (CIM-O-3 C61.9). Les quatre catégories excluent les types morphologiques M-9050 à M-9055, M-9140 et M-9590 à M-9989. Sont inclus tous les types de cancer envahissant et *in situ* pour la vessie et exclus les cas de cancer de la peau autre que le mélanome (basocellulaire et spinocellulaire).
2. Le « Canada » représente toutes les provinces et tous les territoires, à l'exclusion du Québec. Les données du Québec ont été exclues en partie parce que la méthode employée pour déterminer la date du diagnostic de cancer diffère de celle utilisée dans d'autres registres et à cause des difficultés éprouvées pour déterminer correctement le statut vital des cas.
3. Les estimations de survie de Terre-Neuve-et-Labrador sont incluses dans la moyenne nationale, mais ne sont pas représentées dans le présent rapport. Pendant les années visées par l'étude, il y avait une sous-déclaration connue des cas de cancer à Terre-Neuve-et-Labrador. Il y a probablement une certaine surestimation de la survie pour cette province étant donné que la survie de ces cas « omis » est généralement moins favorable que la survie dans les cas de populations qui sont consignés dans le registre.
4. Les cellules dont le dénombrement était minime ont été supprimées, ainsi que toute cellule susceptible d'entraîner la divulgation d'une cellule auparavant éliminée à l'aide du total des colonnes ou des rangées. Si les variables qui définissaient les rangées et les colonnes étaient la province et le groupe d'âge, alors le programme supprimait les dénombrements négligeables en premier dans chaque province. Si une province ne contenait qu'une seule cellule supprimée, le nombre le plus faible prochain dans cette province a été supprimé. Ce processus a été répété au sein de chaque groupe d'âge. Les dossiers où l'âge n'était pas précisé ont été inclus dans le total.
5. Une analyse des cohortes a été réalisée pour les cas diagnostiqués entre 1995 et 1997 et entre 1998 et 2000. Une analyse des périodes a été réalisée pour les cas diagnostiqués entre 2001 et 2005. Un plus grand nombre d'années a été utilisé pour l'analyse par période pour améliorer la stabilité des estimations.
6. Les proportions de survie anticipée proviennent des tables provinciales de survie sexospécifiques complètes réalisées par Statistique Canada selon la méthode Ederer II<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Ederer F, Heise H. *The effect of eliminating deaths from cancer on general population survival rates* (methodological note 11, End Results Evaluation section). National Cancer Institute, Bethesda, MD., 1959.

## Variabes de stratification de l'ESCC

### 1. QUINTILES DE REVENU (SITUATION SOCIOÉCONOMIQUE)

#### DÉFINITION :

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

### 2. SITUATION URBAINE, RURALE, RURALE ISOLÉE OU RURALE TRÈS ISOLÉE

#### DÉFINITION :

Détermination du lieu de résidence du répondant dans une région urbaine ou rurale. Une région rurale est sous-classée en « rural », « rural isolé » et « rural très isolé ».

- Milieu urbain : une zone ayant une concentration de la population de 10 000 habitants ou plus et les zones adjacentes comptant 50 p. 100 ou plus d'habitants qui font la navette vers le noyau urbain.
- Milieu rural : une zone ayant une population de moins de 10 000 habitants et où 30 à 49 p. 100 des habitants font la navette vers une zone urbaine.
- Milieu rural isolé : une zone ayant une population de moins de 10 000 habitants et où 5 à 29 p. 100 des habitants font la navette vers une zone urbaine.
- Milieu rural très isolé : une zone ayant une population de moins de 10 000 habitants et où 0 à 5 p. 100 des habitants font la navette vers une zone urbaine. Cette catégorie comprend les parties non urbaines des territoires.

### 3. PLUS HAUT NIVEAU DE SCOLARITÉ

#### DÉFINITION :

Niveau d'études le plus élevé du répondant :

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

## Variabes de stratification du recensement de la population canadienne de 2006

### 1. QUINTILES DE REVENU DU QUARTIER (SITUATION SOCIOÉCONOMIQUE)

#### DÉFINITION :

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

#### REMARQUES :

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

<sup>5</sup> Russell Wilkins. *FCCP + Version 5C Guide de l'utilisateur. Logiciel de codage géographique basé sur les Fichiers de conversion des codes postaux de Statistique Canada mis à jour en mars 2008*. No de catalogage 82F0086-XDB. Division de l'information et de la recherche sur la santé, Statistique Canada. Novembre 2008

### 2. SITUATION URBAINE, RURALE, RURALE ISOLÉE OU RURALE TRÈS ISOLÉE

#### DÉFINITION :

Détermination du lieu de résidence du répondant dans une région urbaine ou rurale. Une région rurale est sous-classée en « rural », « rural isolé » et « rural très isolé ».

- Milieu urbain : une zone ayant une concentration de la population de 10 000 habitants ou plus et les zones adjacentes comptant 50 p. 100 ou plus d'habitants qui font la navette vers le noyau urbain.
- Milieu rural : une zone ayant une population de moins de 10 000 habitants et où 30 à 49 p. 100 des habitants font la navette vers une zone urbaine.
- Milieu rural isolé : une zone ayant une population de moins de 10 000 habitants et où 5 à 29 p. 100 des habitants font la navette vers une zone urbaine.
- Milieu rural très isolé : une zone ayant une population de moins de 10 000 habitants et où 0 à 5 p. 100 des habitants font la navette vers une zone urbaine. Cette catégorie comprend les parties non urbaines des territoires.

#### REMARQUES :

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

### 3. NIVEAU DE SCOLARITÉ

Cette variable n'était pas disponible à partir des données de recensement.





Partenariat canadien contre le cancer  
1, avenue University, bureau 300  
Toronto (Ontario) M5J 2P1  
416-915-9222

[www.partenariatcontrecancer.ca](http://www.partenariatcontrecancer.ca)