



Faits saillants du Rapport de 2014 sur le rendement du système de lutte contre le cancer

MARS 2014

Faits saillants du Rapport de 2014 sur le rendement du système de lutte contre le cancer

MARS 2014

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

Citation suggérée :

Partenariat canadien contre le cancer (2014). *Faits saillants du Rapport de 2014 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer.

Téléchargeable à :
rendementdusysteme.ca

Partenariat canadien contre le cancer
1, avenue University, bureau 300
Toronto (Ontario) Canada M5J 2P1

Tél. : 416.915.9222

Sans frais : 1.877.360.1665

partenariatcontrecancer.ca

Also available in English under the title:
Highlights from The 2014 Cancer System Performance Report

Plus de cinq années de mesure des progrès

Il y a à peine cinq ans, tenter d'évaluer dans quelle mesure nous prévenons, dépistons et traitons le cancer dans l'ensemble du Canada semblait une tâche redoutable. Même si de nombreuses personnes sont touchées par cette maladie, la principale cause de décès chez les Canadiens, il n'existait à cette époque aucune approche concertée de collecte des données nationale sur la qualité des soins liés au cancer.

Après cinq années de collaboration entre les programmes provinciaux de lutte contre le cancer et le Partenariat canadien contre le cancer, nous pouvons maintenant affirmer que le Canada se démarque comme chef de file de la mesure du succès, et des lacunes, de notre système de lutte contre le cancer. Nous participons également à la modélisation continue de nos programmes, c'est-à-dire à l'établissement d'une norme d'excellence et à la comparaison de nos efforts à ceux d'autres chefs de file dans la lutte contre le cancer. Le but est d'améliorer les services, de parvenir à de meilleurs résultats pour les patients et, possiblement, de réduire les coûts.

Le **Rapport de 2014 sur le rendement du système de lutte contre le cancer** marque une nouvelle avancée dans un processus de croissance et de collaboration avec nos partenaires. C'est le cinquième rapport de cette nature compilé et publié annuellement par le Partenariat canadien contre le cancer. Les résultats, élaborés en étroite collaboration avec nos partenaires provinciaux et nationaux, présentent un examen national exhaustif de plus de 30 indicateurs des soins liés au cancer dans les huit domaines suivants : prévention, dépistage, diagnostic, traitement, résultats à long terme, approche axée sur la personne, recherche et efficacité du système.

L'une des tendances observées dans le rapport de 2014 a trait aux différences dans la façon dont les Canadiens plus âgés, soit de plus de 60 ans, sont traités pour les types de cancer les plus fréquents. Par exemple, il en ressort que certains patients plus âgés sont beaucoup moins susceptibles que leurs homologues plus jeunes de recevoir une radiothérapie et une chimiothérapie lorsque ces traitements sont recommandés avant ou après la chirurgie, même si les résultats de la recherche clinique montrent qu'il y a un effet bénéfique :

- Alors que 86 % des patients atteints d'un cancer du côlon de moins de 60 ans recevaient une chimiothérapie postopératoire en 2010, moins de 50 % des patients âgés de 70 ans et plus recevaient ce traitement pendant la même période, et ce pourcentage est d'à peine plus de 18 % chez les patients de plus de 80 ans.
- Bien que la chimiothérapie soit un pilier du traitement pour de nombreux cancers, le rapport a révélé une diminution dans le recours à la chimiothérapie postopératoire pour le cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA, en particulier chez les patients de plus de 70 ans. En 2010, seulement 32 % des patients âgés de 70 à 79 ans ont reçu une chimiothérapie postopératoire comparativement à plus du 50 % âgés de moins de 70 ans.
- Seulement 43 % des patientes atteintes d'un cancer du sein de stade précoce âgées de 80 ans et plus ont reçu en 2010 une radiothérapie après une chirurgie conservatrice du sein, comme le recommandent les guides de pratique clinique, comparativement à plus du 80 % des patientes de moins de 70 ans.

Faits saillants du Rapport de 2014 sur le rendement du système de lutte contre le cancer

Le portrait de la lutte contre le cancer au Canada qui se dégage du **Rapport de 2014 sur le rendement du système de lutte contre le cancer** laisse croire que même s'il y a eu beaucoup d'amélioration, il reste quelques défis à relever et il en survient de nouveaux. Voici deux des constatations les plus intéressantes :

Âge du patient et conformité aux guides de pratique clinique

Les patients atteints d'un cancer plus âgés, soit de plus de 70 ans, étaient moins susceptibles de recevoir la radiothérapie et la chimiothérapie recommandées par les guides que leurs homologues plus jeunes. Par exemple, alors que 86 % des patients atteints d'un cancer du côlon de moins de 60 ans ont reçu la chimiothérapie recommandée en 2010, moins de la moitié des patients de 70 ans et plus l'ont reçue, même si les guides de pratique clinique recommandent la chimiothérapie pour les deux groupes d'âge. *Ces guides sont élaborés selon les meilleurs résultats de recherche clinique et doivent aider à orienter les décisions concernant le diagnostic et le traitement de cancers précis.*

Les taux de survie ont augmenté et les taux de mortalité ont diminué pour de nombreux cancers

Le rapport révèle que les taux de mortalité diminuent chez les hommes atteints d'un cancer du poumon ou du pancréas, et que les taux de survie relative à cinq ans se sont améliorés pour le cancer colorectal, du sein et de la prostate. Ces constatations découlent, pour la première fois, de la composition démographique de la population canadienne de 2011 (par rapport aux statistiques de 1991).

Cet écart lié à l'âge, un phénomène également souligné par d'autres études, peut s'expliquer par un certain nombre de facteurs, notamment parce que les personnes plus âgées sont plus susceptibles d'avoir d'autres problèmes de santé aigus et chroniques. Cela signifie que pour ces personnes, les risques de la chimiothérapie ou de la radiothérapie pourraient l'emporter sur les avantages éventuels. Toutefois, l'ampleur de cet écart dans le traitement laisse croire qu'il faut faire preuve d'une certaine vigilance pour s'assurer que les patients plus âgés qui pourraient tirer avantage de la chimiothérapie et de la radiothérapie la reçoivent.

D'où nous venons

En 2008, lorsque le Partenariat canadien contre le cancer nouvellement constitué a fait une première tentative pour produire un rapport sur le rendement du système de lutte contre le cancer, plusieurs provinces faisaient déjà un suivi du rendement de ce système. Cependant, comme elles utilisaient une variété de mesures différentes (indicateurs), il était difficile, sinon impossible, de faire des comparaisons régionales précises et d'obtenir des données utiles à des fins de recherche. Beaucoup d'autres provinces n'avaient pas du tout la capacité de recueillir et d'analyser les données requises.

L'année suivante, le premier rapport sur le rendement du système de lutte contre le cancer était publié avec une liste de 17 indicateurs au départ. Au moment de la publication, les autorités provinciales ont convenu de fournir et de partager leurs données, mais elles voulaient éviter que les provinces se distinguent en fonction de leur rendement. Elles voulaient s'assurer de privilégier au départ la compréhension des tendances générales et des écarts dans les données sur le rendement et d'atteindre un certain niveau de confort avec la qualité des données.

Les quelques années de collaboration qui ont suivi ont donné lieu à un profond changement culturel dans les provinces : elles sont moins réticentes à partager leurs données sur la lutte contre le cancer et à participer aux activités de modélisation. Apprendre les uns des autres de cette façon nous a permis de commencer à combler les écarts dans la qualité des soins liés au cancer dans l'ensemble du Canada et de reconnaître les nouveaux défis lorsqu'ils surviennent.

Et où nous allons

Voici quelques-unes des tâches et des cibles auxquelles le Partenariat canadien contre le cancer et ses partenaires s'attaqueront au cours des cinq prochaines années :

- Plus tard cette année, en réponse à la recherche indiquant que le cancer de la prostate pourrait être diagnostiqué et traité trop fréquemment, nous publierons un rapport **cible** sur ce cancer fréquent chez les hommes au Canada.
- Nous publierons les résultats d'une étude d'un an sur l'utilisation des appareils de tomographie par émission de positrons (TEP) pour diagnostiquer et traiter le cancer du poumon « non à petites cellules », le type de cancer du poumon le plus fréquent chez les Canadiens. Les conclusions proposeront des possibilités d'utilisation de cette technologie exigeante sur le plan des ressources dans l'ensemble du pays.
- Une **étude spéciale** de deux ans est déjà en cours pour suivre, documenter et explorer le déroulement de l'expérience des patients atteints de cancer dans le traitement et les soins de suivi, y compris leurs expériences comme survivants du cancer.
- Nous élaborerons et communiquerons nos nouvelles cibles de rendement du système, nous établirons de nouveaux modèles et nous utiliserons un plus grand nombre d'indicateurs de mesure. Ces travaux se feront en collaboration avec nos partenaires provinciaux dans notre intérêt mutuel.

Le Partenariat canadien contre le cancer est fier de ses réalisations jusqu'à maintenant, qui n'ont été possibles que grâce à l'appui continu et à la collaboration de nos partenaires, à l'échelle provinciale et nationale, dans l'effort visant à réduire le fardeau du cancer et d'améliorer l'expérience du patient pour tous les Canadiens.

Le **Rapport de 2014 sur le rendement du système de lutte contre le cancer** sera bientôt disponible en ligne à l'adresse rendementdusysteme.ca. Il s'agit d'un site Web interactif convivial du Partenariat canadien contre le cancer qui permet à tous (décideurs, patients, médecins et autres fournisseurs de soins, planificateurs des services de santé et membres de la famille) de voir les dernières données sur les mesures du rendement du système de lutte contre le cancer selon leurs besoins et leurs intérêts. Les visiteurs pourront parcourir et télécharger les données selon l'indicateur de rendement à diverses étapes de l'expérience du cancer et, plus tard cette année, selon le type de cancer et la province ou le territoire. Le site Web, un symbole concret des progrès réalisés dans l'évaluation du rendement du système de lutte contre le cancer du pays, permet aux intervenants d'évaluer où ils en sont dans les principaux domaines de lutte contre le cancer à la grandeur du pays.

Autres conclusions importantes

Les taux de dépistage du cancer colorectal s'améliorent

En l'espace de quatre ans seulement, les taux de dépistage du cancer colorectal ont augmenté dans l'ensemble du Canada, allant de 28,3 % au Québec à 59,2 % au Manitoba en 2012. Entre 2008 et 2012, toutes les provinces ont rapporté une augmentation du pourcentage des Canadiens qui se sont déclarés à jour dans le dépistage du cancer colorectal, soit par une recherche de sang occulte dans les selles ou une coloscopie/sigmoïdoscopie.

Nouvelles constatations sur la satisfaction des patients

L'absence d'accès aux services de soins de soutien peut accroître la détresse des patients atteints de cancer et compromettre leur capacité à s'adapter aux changements qu'occasionne le diagnostic de cancer. Les enquêtes sur la satisfaction révèlent que les cotes les plus faibles étaient liées à un manque de soutien émotionnel perçu pendant l'expérience du cancer. Près d'un tiers (31 %) des femmes atteintes de cancers gynécologiques (col de l'utérus, de l'utérus ou de l'ovaire) ont évalué de façon négative le volet soutien émotionnel des aspects des soins. Environ un homme sur cinq atteint d'un cancer de la prostate ou du testicule (19,8 %) s'est dit insatisfait du soutien émotionnel qu'il a reçu.

Les cancers du sein sont dépistés et traités à un stade plus précoce

Le rapport présente également trois nouvelles cibles de rendement pour la prestation des traitements, élaborés par un groupe national d'experts. Les indicateurs qui utilisent les données récemment disponibles sur le stade du cancer confirment que la plupart des cas de cancer du sein sont décelés à des stades relativement précoces : moins de 5 % des patientes atteintes d'un cancer du sein ont reçu un diagnostic de stade IV (cancer métastatique) en 2010 et en 2011. Ce n'est pas le cas pour le cancer du poumon : à l'heure actuelle, il n'existe aucun programme de dépistage du cancer du poumon au Canada, en grande partie parce que le dépistage précoce est très difficile, ce qui explique également en partie pourquoi plus de 50 % de tous les cancers du poumon dépistés pendant la même période étaient des tumeurs de stade IV.

Temps d'attente à compter du résultat anormal au diagnostic

L'interprétation du résultat anormal au dépistage pour déterminer si un patient est vraiment atteint de cancer demande encore trop de temps dans les cas du cancer du sein et du cancer colorectal. Aucune des provinces qui présentent des données pour cet indicateur n'a respecté les temps d'attente cibles pour la résolution d'une anomalie au sein en 2011, même si plusieurs provinces, y compris le Nouveau-Brunswick et l'Alberta, ont amélioré les temps d'attente. Le temps d'attente médian pour les patients dont le dépistage a révélé des matières fécales anormales avant de subir une coloscopie de suivi s'échelonnait d'un court délai de 35 jours en Colombie-Britannique à un long délai de 96 jours en Saskatchewan. Des cinq provinces ayant fourni des données, seules la Nouvelle-Écosse et la Colombie-Britannique ont indiqué un temps d'attente médian en deçà du délai de référence recommandé de 60 jours.

Nouvelles encourageantes au sujet des temps d'attente pour la radiothérapie

Les nouvelles au sujet des temps d'attente pour la radiothérapie sont plus encourageantes. Neuf des dix provinces ont signalé qu'en 2012 elles avaient atteint le délai de référence national pour la radiothérapie administrée à au moins 90 % des patients dans les 28 jours suivant l'état « prêt à traiter ». La Nouvelle-Écosse n'a pas répondu aux attentes par seulement quelques points de pourcentage. La Saskatchewan et l'Ontario ont indiqué le temps d'attente le plus court, soit 15 jours.

Une réduction de la chimiothérapie pour les patients atteints d'un cancer du poumon

Même si la chimiothérapie est un pilier du traitement pour de nombreux cancers, le rapport a mis en lumière une curieuse diminution dans l'utilisation de la chimiothérapie postopératoire pour le cancer du poumon. Les guides de traitement recommandent la chimiothérapie pour le cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA. Pourtant, entre 2007 et 2010, le pourcentage de patients qui l'ont reçue a chuté de plus de 15 %. La diminution a été particulièrement marquée pour les patients âgés de 70 à 79 ans, chez qui les taux de chimiothérapie postopératoire étaient de 32 %, c'est à dire, 20 points de pourcentage de moins que les taux pour les patients âgés de moins de 70 ans. Par conséquent, le rapport établit une nouvelle cible de traitement pour augmenter le taux de chimiothérapie adjuvante chez les patients plus âgés (70 à 79 ans) à 45 %.

Comprendre les besoins émotionnels des patients atteints de cancer et mieux y répondre

Le *Rapport de 2014 sur le rendement du système de lutte contre le cancer* présente un examen élargi des soins axés sur la personne, notamment les résultats d'une enquête sur la satisfaction des patients. Les résultats semblent indiquer que le système de lutte contre le cancer ne réussit pas à répondre aux besoins émotionnels des patients qui sont confrontés à une foule de défis physiques, psychologiques et pratiques. Entre 19 % et 31 % des répondants ont évalué négativement le soutien émotionnel qu'ils ont reçu pendant leur expérience des soins du cancer.

Soins en fin de vie : Donner le choix de mourir à la maison

Les données de certains pays européens montrent que la majorité des patients atteints d'un cancer peuvent mourir à la maison avec les soutiens nécessaires du système. De 2005 à 2009, environ deux tiers (65 % à 71 %) des décès attribuables au cancer au Canada sont survenus dans un hôpital. Pendant ce temps, moins de 14 % des Canadiens atteints d'un cancer de stade terminal sont décédés à la maison avec des soins palliatifs et d'autres types de soins de soutien.

Financement de la recherche sur le cancer inégal dans certains domaines

Les efforts de prévention, de gestion du cancer et de lutte contre cette maladie reposent en grande partie sur la recherche clinique. À cette fin, il est important de concentrer les fonds de recherche sur les cancers les plus lourds de conséquences en ce qui a trait à l'incidence et à la mortalité. Pourtant, le rapport constate que le financement n'est pas réparti de cette façon. Par exemple, le cancer du sein, qui représente 7 % des décès attribuables au cancer, reçoit 27 % des fonds propres au type de cancer, alors que le cancer du poumon, qui représente 27 % des décès attribuables au cancer, ne reçoit que 8 %.

Parcourir le Rapport de 2014 sur le rendement du système de lutte contre le cancer

Le *Rapport de 2014 sur le rendement du système de lutte contre le cancer* sera bientôt disponible en ligne à l'adresse rendementdusysteme.ca. Il s'agit d'un site Web interactif convivial du Partenariat canadien contre le cancer qui permet à tous (décideurs, patients, médecins et autres fournisseurs de soins, planificateurs des services de santé et membres de la famille) de voir les dernières données sur les mesures du rendement du système de lutte contre le cancer selon leurs besoins et leurs intérêts. Les visiteurs pourront parcourir et télécharger les données selon l'indicateur de rendement à diverses étapes de l'expérience du cancer et, plus tard cette année, selon le type de cancer et la province ou le territoire. Le site Web, un symbole concret des progrès réalisés dans l'évaluation du rendement du système de lutte contre le cancer du pays, permet aux intervenants d'évaluer où ils en sont dans les principaux domaines de lutte contre le cancer à la grandeur du pays.

Remerciements

La rédaction du présent rapport est le fruit des efforts et du dévouement des membres du Comité directeur pancanadien sur le rendement du système et du Comité de travail technique sur le rendement du système, ainsi que des efforts considérables de collecte de données que consent le personnel des dix organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

Comité directeur sur le rendement du système

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

D^r Andy Coldman, vice-président, Oncologie des populations, BC Cancer Agency

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

D^r Carman Giacomantonio, directeur médical en chef, Cancer Care Nova Scotia

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

D^r Jean Latreille, directeur, Direction québécoise du cancer, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

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

D^{re} Sri Navaratnam, présidente-directrice générale, Action cancer Manitoba

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

M^{me} Elaine Warren, directrice, Programme de soins contre le cancer, Eastern Health

Comité de travail technique sur le rendement du système

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

D^r Grlica Bolesnikov, coordonnatrice, Gestion de la qualité et de la responsabilisation, Réseau du cancer du Nouveau Brunswick, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

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

M^{me} Farah McCrate, épidémiologiste clinique, Programme de soins contre le cancer, Eastern Health

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

M^{me} France Paquette, conseillère à la Direction québécoise de cancérologie, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

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

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

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

M. Gordon Walsh, épidémiologiste, Unité de surveillance et d'épidémiologie, Cancer Care Nova Scotia


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



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

Tél : 416.915.9222
Sans frais : 1.877.360.1665

partenariatcontrecancer.ca



Orienter les améliorations en
matière de lutte contre le cancer

