



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

MARS 2014

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). *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

partenariatcontrelecancer.ca

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

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.

Le Partenariat désire aussi remercier Statistique Canada, tout particulièrement la Division de la statistique de la santé, qui lui a donné accès à des données, qui en a validé d'autres et qui a fourni des projections sur l'incidence, la mortalité et la survie. Nous désirons également remercier l'Institut canadien d'information sur la santé pour les données et l'analyse qu'il nous a fournies sur les taux de chirurgie du sein au Canada et sur le recours aux services de soins intensifs vers la fin de la vie, ainsi que le National Research Corporation Canada pour nous avoir communiqué les résultats de l'enquête sur la satisfaction des patients en traitement anticancéreux ambulatoire (*Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey* ou AOPSS).

Des efforts de collecte de données ont également été consentis par le Conseil C¹⁷ des programmes en oncologie pédiatrique du Canada, le Réseau national de dépistage du cancer colorectal et l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer.

Le présent rapport a été rédigé par l'équipe du rendement du système et de la surveillance du Partenariat canadien de lutte contre le cancer, sous la supervision de la D^{re} Heather Bryant, vice-présidente, Lutte contre le cancer, et de M. Rami Rahal, directeur, Rendement du système et surveillance. Sa production a été dirigée par M. Jose Hernandez, gestionnaire de programme, Rendement du système.

L'équipe du rendement du système et de la surveillance se compose également de Kristen DeCaria, spécialiste, Tonia Forte, spécialiste, Sarah Zomer, gestionnaire de la prestation et Erna Mursel, assistante administrative. Voici les membres de l'équipe de l'analyse : Gina Lockwood, gestionnaire, Analytique et surveillance et biostatisticienne principale; Cheryl Louzado, spécialiste, Intégration des données; Sharon Fung, biostatisticienne; ainsi que les analystes Julie Xu, Dan He et Jin Niu.

Tout aussi essentielle à la publication de ce rapport est la précieuse collaboration de tous les programmes et portefeuilles faisant partie du Partenariat canadien de lutte contre le cancer. La page couverture a été conçue par Kris Atterbury.

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 Padraig 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

Table des matières

Résumé	8	4. Traitement	73
Faits saillants des résultats	9	4.1 Chirurgie	76
Perspectives d'avenir	12	Prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lors d'une résection du côlon	76
À propos du Partenariat et de l'Initiative sur le rendement du système		Taux de résection chez les patients atteints du cancer du rectum de stade II ou III, du cancer du côlon de stade III et du cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA	79
À propos du présent rapport		4.2 Radiothérapie	84
Pourquoi un rapport sur le rendement du système canadien de lutte contre le cancer?	16	Temps d'attente en radiothérapie	84
Rédaction du rapport	17	Utilisation et capacité de la radiothérapie	88
Structure du rapport	18	Radiothérapie préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III	90
Sommaire des indicateurs	19	Radiothérapie postopératoire pour les patientes atteintes d'un cancer du sein de stade I ou II	94
1. Prévention		4.3 Thérapie générale	97
Prévalence du tabagisme	24	Chimiothérapie postopératoire pour les patients atteints d'un cancer du côlon de stade III	97
Abandon du tabagisme	27	Chimiothérapie postopératoire pour les patients atteints d'une cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA	101
Exposition à la fumée secondaire	30	5. Approche axée sur la personne	
Consommation d'alcool	34	Dépistage de la détresse	107
Excès de poids et obésité chez les adultes	37	Satisfaction des patients	111
Immunisation contre le virus du papillome humain	40	Lieu du décès	117
2. Dépistage		6. Recherche	
Dépistage du cancer du col de l'utérus	46	Participation aux essais cliniques	124
Dépistage du cancer du sein	48	Investissements en recherche sur le cancer	130
Dépistage du cancer colorectal	50	7. Efficience du système	
3. Diagnostic		133	
Note particulière : L'utilisation de l'échelle d'évaluation globale par les services d'endoscopie du Canada	57	Dépistage du cancer du sein au-delà des lignes directrices recommandées	136
Diagnostic de cancer du sein : temps d'attente	58	Mastectomies pratiquées en chirurgie ambulatoire	138
Diagnostic de cancer colorectal : temps d'attente	62	Recours aux services de soins intensifs pendant les deux dernières semaines de vie	139
Saisie de données sur le stade du cancer	64		
Répartition des stades du cancer	68		

8. Résultats à long terme **142**

Note particulière : Statistiques sur le cancer et normalisation selon l'âge **145**

Cancer du sein	152
Cancer du poumon	156
Cancer colorectal	160
Cancer de la prostate	164
Cancer du pancréas	167

Perspectives d'avenir **171**

Références **173**

Liste des figures

Figure 1.1	Pourcentage de la population (≥ 12 ans) déclarant fumer tous les jours ou à l'occasion selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2012	25	Figure 1.7	Pourcentage des non-fumeurs (≥ 12 ans) déclarant être exposés à la fumée secondaire selon le lieu d'exposition et le groupe d'âge, Canada – déclaration faite en 2012	32
Figure 1.2	Pourcentage de la population (≥ 12 ans) selon les habitudes de tabagisme et le sexe, Canada – déclaration faite en 2012	25	Figure 1.8	Pourcentage des adultes (≥ 18 ans) déclarant ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2012	35
Figure 1.3	Pourcentage des fumeurs récents (≥ 20 ans) qui ont dit avoir cessé de fumer au cours des deux dernières années selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2012	28	Figure 1.9	Pourcentage des adultes (≥ 18 ans) déclarant avoir dépassé la limite des directives de consommation d'alcool à faible risque au cours des 12 derniers mois selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2012	35
Figure 1.4	Pourcentage des fumeurs récents (≥ 20 ans) qui ont dit avoir cessé de fumer au cours des deux dernières années selon le groupe d'âge et selon le sexe, Canada – déclaration faite en 2012	29	Figure 1.10	Pourcentage des adultes (≥ 18 ans) considérés comme en surpoids ou obèses selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2012	38
Figure 1.5	Pourcentage des non-fumeurs (≥ 12 ans) déclarant être exposés à la fumée secondaire selon le lieu d'exposition et la province ou le territoire – déclaration faite en 2012	31	Figure 1.11	Pourcentage des adultes (≥ 18 ans) considérés comme en surpoids ou obèses selon le sexe, Canada – déclaration faite entre 2003 et 2012	38
Figure 1.6	Pourcentage des non-fumeurs (≥ 12 ans) déclarant être exposés à la fumée secondaire selon le lieu d'exposition, Canada – déclaration faite entre 2003 et 2012	32	Tableau 1.1	Mise en œuvre et couverture vaccinale des programmes organisés d'immunisation contre le virus du papillome humain selon la province ou le territoire	41
			Figure 2.1	Pourcentage des femmes (de 18 à 69 ans) déclarant avoir subi au moins un test Pap au cours des trois dernières années selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2008 et 2012	47
			Figure 2.2	Pourcentage des femmes admissibles (de 50 à 69 ans) déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2008 et 2012	49
			Figure 2.3	Pourcentage de la population (de 50 à 74 ans) déclarant avoir subi un test de dépistage de sang dans les selles au cours des deux dernières années ou une sigmoïdoscopie/coloscopie de dépistage au cours des cinq dernières années selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2008 et 2012	52

Figure 2.4	Pourcentage de la population (de 50 à 74 ans) déclarant avoir subi un test de dépistage de sang dans les selles au cours des deux dernières années ou une sigmoïdoscopie/coloscopie de dépistage au cours des cinq dernières années selon le groupe d'âge et selon le sexe, Canada – déclaration faite en 2012	52	Figure 3.5	Temps d'attente médian et du 90 ^e percentile entre une analyse des selles anormale et une coloscopie de suivi selon la province – première série de tests de dépistage effectuée entre le 1 ^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2011	63
Figure 2.5	Pourcentage de la population (de 50 à 74 ans) déclarant avoir subi une sigmoïdoscopie/coloscopie de dépistage au cours des cinq dernières années selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2008 et 2012	53	Figure 3.6	Pourcentage des nouveaux cas pour lesquels des données sur le stade du cancer figurent dans les registres provinciaux, pour les quatre types de cancer les plus courants et pour tous les cancers selon la province – diagnostic établi en 2011	66
Figure 2.6	Pourcentage de la population (de 50 à 74 ans) déclarant avoir subi un test de dépistage de sang dans les selles au cours des deux dernières années selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2008 et 2012	53	Tableau 3.1	Pourcentage des cas pour lesquels le stade du cancer est inconnu selon le siège de la maladie et la province – 2010 et 2011	67
Figure 3.i	Nombre de services d'endoscopie utilisant l'échelle de classement global – Canada selon la province – 2014	57	Figure 3.7	Répartition des cas selon le stade au moment du diagnostic d'un cancer du sein (femmes seulement) – 2010 et 2011 combinées	69
Figure 3.1	Temps d'attente médian et du 90 ^e percentile jusqu'à la résolution d'une anomalie au sein dépistée sans biopsie tissulaire chez les femmes (de 50 à 69 ans) selon la province ou le territoire – 2011	59	Figure 3.8	Répartition des cas selon le stade au moment du diagnostic d'un cancer colorectal – 2010 et 2011 combinées	69
Figure 3.2	Temps d'attente médian et du 90 ^e percentile jusqu'à la résolution d'une anomalie au sein dépistée par biopsie tissulaire chez les femmes (de 50 à 69 ans) selon la province ou le territoire – 2011	60	Figure 3.9	Répartition des cas selon le stade au moment du diagnostic d'un cancer du poumon – 2010 et 2011 combinées	70
Figure 3.3	Temps d'attente médian jusqu'à la résolution d'une anomalie au sein dépistée sans biopsie tissulaire chez les femmes (de 50 à 69 ans) selon la province ou le territoire – de 2004 à 2011	60	Figure 3.10	Répartition des cas selon le stade au moment du diagnostic d'un cancer de la prostate – 2010 et 2011 combinées	70
Figure 3.4	Temps d'attente médian jusqu'à la résolution d'une anomalie au sein dépistée par biopsie tissulaire chez les femmes (de 50 à 69 ans) selon la province ou le territoire – de 2004 à 2011	61	Figure 4.1	Pourcentage des résections du côlon avec prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions selon la province – diagnostic établi entre 2007 et 2010	77
			Figure 4.2	Pourcentage des résections du côlon avec prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions selon le groupe d'âge – diagnostic établi entre 2007 et 2010	77
			Figure 4.3	Pourcentage des résections du côlon avec prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions selon le groupe d'âge et le sexe – diagnostic établi en 2010	78
			Figure 4.4	Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ayant subi une résection chirurgicale dans l'année suivant le diagnostic selon la province – diagnostic établi en 2009 et 2010	80

Figure 4.5	Pourcentage des patients atteints d'un cancer du côlon de stade III ayant subi une résection chirurgicale dans l'année suivant le diagnostic selon la province – diagnostic établi en 2009 et 2010	81	Figure 4.13	Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ayant subi une radiothérapie avant la chirurgie selon le groupe d'âge – diagnostic établi entre 2007 et 2010	92
Figure 4.6	Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA ayant subi une résection chirurgicale dans l'année suivant le diagnostic selon la province – diagnostic établi en 2009 et 2010	81	Figure 4.14	Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ayant subi une radiothérapie avant la chirurgie selon le groupe d'âge et le sexe – diagnostic établi en 2010	93
Figure 4.7	Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III, d'un cancer du côlon de stade III et d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA ayant subi une résection chirurgicale dans l'année suivant le diagnostic selon le groupe d'âge et le sexe – diagnostic établi en 2010	82	Figure 4.15	Pourcentage des patientes atteintes d'un cancer du sein de stade I ou II ayant subi une radiothérapie après la chirurgie mammaire conservatrice selon la province – diagnostic établi en 2009 et 2010	95
Figure 4.8	Temps d'attente médian et du 90 ^e percentile en radiothérapie pour tous les cancers selon la province – traitement suivi en 2012	85	Figure 4.16	Pourcentage des patientes atteintes d'un cancer du sein de stade I ou II ayant subi une radiothérapie après la chirurgie mammaire conservatrice selon le groupe d'âge – diagnostic établi entre 2007 et 2010	95
Figure 4.9	Temps d'attente du 90 ^e percentile en radiothérapie selon le siège de la maladie et la province – traitement suivi en 2012	86	Figure 4.17	Pourcentage des patients atteints d'un cancer du côlon de stade III ayant subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale selon la province – diagnostic établi entre 2007 et 2010	98
Tableau 4.1	Pourcentage des patients traités dans le délai de référence en radiothérapie pour les quatre types de cancer les plus courants et tous les cancers selon la province – traitement suivi en 2012	87	Figure 4.18	Pourcentage des patients atteints d'un cancer du côlon de stade III ayant subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale selon le groupe d'âge – diagnostic établi entre 2007 et 2010	99
Figure 4.10	Pourcentage des patients atteints d'un cancer ayant subi une radiothérapie dans les deux ans suivant le diagnostic selon la province – diagnostic établi en 2010	89	Figure 4.19	Pourcentage des patients atteints d'un cancer du côlon de stade III ayant subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale selon le groupe d'âge et le sexe – diagnostic établi en 2010	99
Figure 4.11	Nombre d'accélérateurs linéaires par million d'habitants selon la province – 2012	89	Figure 4.20	Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA ayant subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale selon la province – diagnostic établi entre 2007 et 2010	102
Figure 4.12	Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ayant subi une radiothérapie avant la chirurgie selon la province – diagnostic établi entre 2007 et 2010	92			

Figure 4.21	Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA ayant subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale selon le groupe d'âge – diagnostic établi entre 2007 et 2010	102	Figure 6.3	Ratio entre les patients pédiatriques inscrits à des essais cliniques et le nombre de nouveaux patients admis dans les centres de traitement pour enfants selon la province – patient vu en 2011 et 2012	128
Figure 4.22	Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA ayant subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale selon le groupe d'âge et le sexe – diagnostic établi en 2010	103	Figure 6.4	Répartition des investissements en recherche sur le cancer (2010), des nouveaux cas de cancer (2008) et des décès par cancer (2009) selon le siège de la maladie, Canada	131
Tableau 5.1	Degré de mise en œuvre d'outils normalisés pour l'évaluation des symptômes selon la province – 2013	109	Figure 7.1	Dépistage au-delà des lignes directrices recommandées : Pourcentage des femmes de 75 ans et plus déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2012	137
Figure 5.1	Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton et liste canadienne de vérification des problèmes	110	Figure 7.2	Pourcentage des mastectomies dues au cancer du sein effectuées en chirurgie ambulatoire selon la province ou le territoire – exercices 2007-2008 à 2011-2012 combinés	137
Figure 5.2	Pourcentage des patients se disant insatisfaits dans tous les domaines de soins et de la qualité globale des soins selon la province – de 2011 à 2013	114	Figure 7.3	Pourcentage des patients atteints du cancer admis à l'unité de soins intensifs au cours des deux dernières semaines de vie et décédés à cet endroit selon la province – exercices 2011-2012 et 2012-2013 combinés	140
Figure 5.3	Soutien émotionnel : pourcentage des patients se disant insatisfaits selon l'âge, le sexe, la scolarité, l'état de santé, le motif du traitement, le siège de la maladie et le délai depuis le diagnostic – de 2011 à 2013	115	Figure 8.i	Taux d'incidence selon le groupe d'âge quinquennal, tous les cancers, Canada – 2008	145
Figure 5.4	Pourcentage des patients atteints du cancer dont le décès survient à l'hôpital ou ailleurs selon la province – 2009	119	Tableau 8.i	Trois mesures du fardeau du cancer – 1992 et 2008	146
Figure 5.5	Pourcentage des patients atteints du cancer dont le décès survient à l'hôpital, à la maison ou ailleurs, Canada – de 2005 à 2009	120	Figure 8.ii	Structure par âge de la population canadienne – 1991 et 2011	148
Figure 6.1	Ratio entre les patients adultes inscrits à des essais cliniques et le nombre de nouveaux cas selon la province, tous les cancers – inscription en 2012	127	Figure 8.iii	Taux brut et taux d'incidence normalisé selon l'âge en fonction de la population de référence de 1991 et de 2011, tous les cancers, Canada – 2008	149
Figure 6.2	Ratio entre les patients adultes inscrits à des essais cliniques et le nombre de nouveaux cas selon le siège de la maladie, les quatre types de cancer les plus courants et tous les cancers – inscription en 2012	128	Figure 8.iv	Évolution du pourcentage de la population âgée de plus de 60 ans – de 1991 à 2011	150
			Tableau 8.ii	Taux brut et taux d'incidence normalisé selon l'âge en fonction de la population de référence de 1991 et de 2011, tous les cancers, selon la province – 2008	151

Figure 8.1	Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du sein chez les femmes, Canada – de 1992 à 2009	153	Figure 8.12	Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer colorectal selon le sexe et la province – de 2008 à 2010	162
Figure 8.2	Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du sein chez les femmes selon la province – de 2008 à 2010	153	Figure 8.13	Taux de mortalité normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer colorectal selon la province – de 2007 à 2009	162
Figure 8.3	Taux de mortalité normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du sein chez les femmes selon la province – de 2007 à 2009	154	Figure 8.14	Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge des cas de cancer colorectal selon la province – de 2006 à 2008	163
Figure 8.4	Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge des cas de cancer du sein, les deux sexes combinés selon la province – de 2006 à 2008	154	Figure 8.15	Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge des cas de cancer colorectal, Canada – de 1992 à 1994 et de 2006 à 2008	163
Figure 8.5	Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge des cas de cancer du sein, les deux sexes combinés, Canada – de 1992 à 1994 et de 2006 à 2008	155	Figure 8.16	Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer de la prostate, Canada – de 1992 à 2009	165
Figure 8.6	Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du poumon selon le sexe, Canada – de 1992 à 2009	157	Figure 8.17	Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer de la prostate selon la province – de 2008 à 2010	165
Figure 8.7	Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du poumon selon le sexe et la province – de 2008 à 2010	158	Figure 8.18	Taux de mortalité normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer de la prostate selon la province – de 2007 à 2009	166
Figure 8.8	Taux de mortalité normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du poumon selon la province – de 2007 à 2009	158	Figure 8.19	Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du pancréas selon le sexe, Canada – de 1992 à 2009	168
Figure 8.9	Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge des cas de cancer du poumon selon la province – de 2006 à 2008	159	Figure 8.20	Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du pancréas selon la province – de 2008 à 2010	168
Figure 8.10	Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge des cas de cancer du poumon, Canada – de 1992 à 1994 et de 2006 à 2008	159	Figure 8.21	Taux de mortalité normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du pancréas selon la province – de 2005 à 2009	169
Figure 8.11	Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer colorectal selon le sexe, Canada – de 1992 à 2009	161	Figure 8.22	Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge des cas de cancer du pancréas selon la province – de 2005 à 2007	169
			Figure 8.23	Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge des cas de cancer du pancréas, Canada – de 1992 à 1994 et de 2006 à 2008	170

Résumé

Le **Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat)** travaille de concert avec la communauté de la lutte contre le cancer au Canada afin de réduire le fardeau de cette maladie par l'apport d'un changement systémique coordonné. Il soutient le travail collectif de la vaste communauté de la lutte contre le cancer en produisant des résultats qui auront un effet direct à long terme sur la santé des Canadiens. Pour ce faire, il consent des efforts soutenus et ciblés à l'égard de tous les aspects de la lutte contre le cancer, soit la prévention, le traitement, la survie et les soins de fin de vie.

Menée conjointement avec des partenaires provinciaux, territoriaux et nationaux, **l'Initiative sur le rendement du système** du Partenariat est un effort consenti à l'échelle nationale dans le but de déterminer les divers aspects de la lutte contre le cancer qui doivent être mesurés, de définir des indicateurs de rendement, de recueillir des données valides et comparables, puis de présenter les résultats dans un rapport intégré qui permet de faire la synthèse des résultats et d'interpréter les tendances de manière à pouvoir cerner les améliorations à apporter au système dans tout le pays. Les conclusions sont publiées dans une série de rapports dont le but est d'informer les organismes provinciaux de lutte contre le cancer, les cliniciens, les décideurs, les chercheurs, ainsi que les patients atteints de cancer et leur famille.

Le Rapport de 2014 sur le rendement du système de lutte contre le cancer est le cinquième recueil annuel des indicateurs qui mesurent l'efficacité de la lutte contre le cancer à l'échelle du Canada. Il fait le point sur les indicateurs déjà rapportés à partir des toutes dernières données, et il rend compte d'autres aspects de la lutte contre le cancer à partir de nouveaux indicateurs, comme l'efficacité du système. Autre nouveauté cette année : le rapport de 2014 contient, pour trois indicateurs de traitement, des cibles de rendement établies par un groupe d'experts à l'échelle du pays.

Comme dans les années passées, le rapport de 2014 a été rédigé en étroite collaboration avec de nombreux partenaires nationaux, provinciaux et territoriaux. Il repose également sur des consultations menées auprès d'experts et chefs de file du savoir dans ce domaine au Canada. Les organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer ont fourni les données nécessaires au calcul et à l'élaboration de nombreux indicateurs présentés dans le rapport. À l'échelle nationale, le Partenariat travaille en étroite collaboration avec Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, le National Research Corporation Canada, le Conseil C¹⁷ des programmes d'oncologie pédiatrique du Canada, le Réseau national de dépistage du cancer colorectal et l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer afin de générer plusieurs des indicateurs présentés dans ce rapport.

En règle générale, les résultats liés aux indicateurs sont comparés selon la province ou le territoire, le groupe d'âge et le sexe. Le cas échéant, ils sont comparés avec ceux d'autres pays, ce qui permet de souligner les pratiques exemplaires et cibles qui pourraient être reproduites. Dans certains cas, il y a aussi des observations sur les études ou données probantes qui émergent au pays ou à l'étranger. À l'instar des rapports antérieurs, le rapport de 2014 est structuré en fonction des divers aspects du continuum de la lutte contre le cancer, soit : prévention, dépistage, diagnostic, traitement et approche axée sur la personne. Il comporte également des chapitres sur la recherche, l'efficacité du système et les résultats à long terme.

Faits saillants des résultats

Sur le plan de la **prévention**, l'analyse de la prévalence du tabagisme indique que, en 2012, 20 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus disaient avoir fumé au cours de l'année précédente. Le plus faible pourcentage de fumeurs était de 14,5 % en Colombie-Britannique. De tous les fumeurs récents de 20 ans et plus, 17 % ont déclaré avoir cessé de fumer au cours des deux années précédentes. La Nouvelle-Écosse est la province affichant le taux d'abandon le plus élevé (20,3 %). Parmi les Canadiens de 12 ans et plus, 12,8 % disent avoir été exposés à la fumée secondaire dans les lieux publics. Moins élevée, l'exposition à bord des véhicules et à la maison était de 6,3 % et de 4,7 %, respectivement. Cette dernière était la plus faible en Colombie-Britannique (4,8 % à bord des véhicules et 2,6 % à la maison). L'exposition dans les lieux publics était moins importante au Yukon (7,7 %) et à Terre-Neuve-et-Labrador (8,2 %).

En 2012, 19,9 % des Canadiens de 18 ans et plus se sont abstenus de consommer de l'alcool au cours de l'année précédente. Les pourcentages les plus élevés étaient de 25,6 % au Nunavut et de 22,4 % en Ontario. À l'opposé, 12,8 % des adultes de Terre-Neuve-et-Labrador déclarent avoir dépassé les directives du Fonds mondial de recherche contre le cancer de deux consommations par jour pour les hommes et d'une consommation par jour pour les femmes.

Au Canada, 52,5 % des adultes de 18 ans et plus étaient considérés comme en surpoids ou obèses en 2012. La Colombie-Britannique a enregistré le taux le moins élevé à ce chapitre (46,5 %).

Depuis 2010, l'ensemble des provinces et des territoires se sont dotés d'un programme organisé d'immunisation contre le virus du papillome humain (VPH) en milieu scolaire. Dans les provinces qui ont communiqué les taux d'immunisation liés aux trois doses de vaccin, la participation à ce programme varie de 59 % en Ontario à 76 % au Nouveau-Brunswick.

Sur le plan du **dépistage**, on constate que, en 2012, le pourcentage des Canadiens qui se sont soumis régulièrement à des tests de dépistage du cancer colorectal (selon les données autodéclarées) allait de 28 % au Québec à 59 % au Manitoba. Comparée

aux taux de 16 % à 47 % enregistrés en 2008, la participation aux programmes de dépistage du cancer colorectal a fait un bond à l'échelle du pays.

Le taux normalisé selon l'âge de dépistage autodéclaré du cancer du col de l'utérus était relativement comparable d'une province à l'autre, allant de 71 % au Québec à 89 % à l'Île-du-Prince-Édouard. Cependant, de 2008 à 2012, ce taux semble avoir diminué de quelques points de pourcentage dans plusieurs provinces et territoires; il mérite donc d'être surveillé de près.

Le taux de mammographie de dépistage autodéclaré varie selon la province ou le territoire, allant de 57 % au Yukon à 75 % au Québec. Le taux de dépistage est demeuré relativement stable dans la plupart des provinces entre 2008 et 2012.

Sur le plan du **diagnostic**, on dispose maintenant de données sur la stadification des quatre types de cancer les plus courants au sein de la population, en fonction des diagnostics établis en 2010 et pour neuf des dix provinces canadiennes. La répartition des stades est comparable aux données provenant des autres grands pays développés. Ainsi, environ 68 % des cas de cancer du sein envahissant diagnostiqués en 2010 en étaient à un stade précoce (stade I ou II). Les cas de cancer colorectal étaient répartis uniformément entre les quatre stades. Quant aux cas de cancer du poumon, ils étaient surtout de stade IV, alors qu'environ la moitié des cas de cancer de la prostate en était au stade II.

Aucune des provinces ayant fourni des données n'a respecté le délai de résolution cible à la suite d'une mammographie de dépistage anormale en 2011, bien que les tendances démontrent une amélioration des temps d'attente dans plusieurs provinces, dont la Saskatchewan, le Nouveau-Brunswick et l'Alberta. Cela dit, les Territoires du Nord-Ouest ont atteint le délai cible pour les femmes nécessitant une biopsie tissulaire. Pour le dépistage du cancer colorectal, le temps d'attente médian entre un résultat d'analyse des selles anormal et une coloscopie va de 35 jours en Colombie-Britannique à 96 jours en Saskatchewan (entre 2009 et 2011). Sur les cinq provinces ayant fourni des données, seules la Nouvelle-Écosse et la Colombie-Britannique indiquent un temps

d'attente médian sous le délai de référence de 60 jours. Des efforts seront consentis pour que le nombre de provinces qui déclarent des données dans le cadre des prochains rapports soit plus élevé pour cet important indicateur de l'accès aux soins.

En ce qui concerne la **radiothérapie**, neuf des dix provinces ont atteint, en 2012, l'objectif de traiter 90 % des patients en radiothérapie à l'intérieur du délai de référence national de 28 jours; la dixième (Nouvelle-Écosse) n'a dépassé la cible que de quelques points de pourcentage. La Saskatchewan et l'Ontario affichaient le temps d'attente du 90^e percentile le plus court, soit 15 jours. L'utilisation de la radiothérapie variait légèrement d'une province à l'autre. C'est à l'Île-du-Prince-Édouard que le taux d'utilisation était le plus élevé (36 %).

En 2014, la cible de traiter 70 % des cas de cancer du rectum de stade II ou III par une radiothérapie préopératoire a été établie suivant les directives thérapeutiques fondées sur des données probantes. Le taux de concordance à ces directives a augmenté au cours des quatre dernières années dans la plupart des provinces, mais il demeure en deçà de la cible de 70 %. La province qui s'est le plus rapprochée de cette cible en 2010 était le Manitoba (48 %). Le taux de traitement chute avec l'âge : d'environ 45 % chez les patients de moins de 70 ans, il passe à 20 % chez les patients de plus de 80 ans.

On observe un certain écart d'une province à l'autre dans le pourcentage des patientes atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce qui subissent une radiothérapie. La province affichant le taux de traitement le plus conforme aux directives thérapeutiques en 2012 était l'Alberta (88 %). Le taux de traitement passe de 85 % chez les patientes de moins de 70 ans à 43 % chez les patientes de 80 ans et plus.

Sur le plan de la **thérapie générale**, le taux de chimiothérapie postopératoire des patients atteints de cancer du côlon de stade III va de 51 % à 80 % (l'Île-du-Prince-Édouard affichant le taux le plus élevé de toutes les provinces). On constate cependant une forte tendance à la baisse du taux de chimiothérapie à mesure que les patients vieillissent : de 86 % des patients chez les personnes de moins de 60 ans, ce taux chute à

18 % chez les patients de 80 ans et plus en 2010. Cette tendance peut s'expliquer par une saisie incomplète des données sur la chimiothérapie orale, qui est la plus souvent prescrite aux patients plus âgés.

Le pourcentage des personnes atteintes d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA qui reçoivent une chimiothérapie adjuvante semble diminuer au fil des ans. Dans les provinces, ce pourcentage peut être aussi bas que 35 % et n'atteindre parfois que les 60 %. Chez les patients de 70 ans et plus, le taux de chimiothérapie postopératoire est de 32 %, soit un taux inférieur de 20 % à celui observé chez les patients de moins de 70 ans. En 2014, un taux de traitement cible de 45 % a été établi pour les patients de 70 ans et plus afin qu'un traitement adjuvant soit plus sérieusement envisagé dans le cas des patients âgés qui pourraient en tirer profit.

En ce qui concerne le **traitement chirurgical**, on constate un écart d'une province à l'autre quant au pourcentage des patients qui ont subi une résection en présence d'un cancer colorectal ou d'un cancer du poumon en 2010. Ainsi, le taux de résection variait de 70 % à 100 % dans les cas de cancer du rectum de stade II ou III, de 84 % à 100 % dans les cas de cancer du côlon de stade III et de 25 % à 42 % dans le cas de cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA. Le taux de résection du poumon chez les patients de plus de 70 ans équivalait à la moitié de celui observé chez les patients de moins de 70 ans, et il était plus élevé avec l'âge chez les femmes que chez les hommes.

Il existe également un écart entre les provinces dans le pourcentage des résections du côlon ayant permis de prélever au moins 12 ganglions lymphatiques (comme le recommandent les directives thérapeutiques). Ce taux varie de 62 % au Nouveau-Brunswick à 89 % en Ontario. À compter de 2014, la cible établie pour cet indicateur est de 90 %. Selon les tendances observées, la plupart des provinces s'approchent de cette cible, l'Ontario étant le plus près de l'atteindre.

Sur le plan de l'**approche axée sur la personne**, la mise en œuvre d'outils uniformisés pour évaluer les symptômes n'est pas constante à l'échelle du pays. Ainsi, en 2013, huit provinces ont eu recours à un tel outil, à tout le moins chez

une partie des patients dans certains ou tous les centres anticancéreux provinciaux (elles étaient sept en 2012). Dans les autres provinces, il se peut que des outils d'évaluation des symptômes soient utilisés, mais aucune donnée provinciale n'est tenue à ce sujet.

En 2014, les résultats de l'enquête intitulée *Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey* ont été examinés sous l'angle du profil sociodémographique, du stade et du siège de la maladie, de l'état de santé et d'autres facteurs. De toutes les mesures de la satisfaction des patients présentées dans l'enquête, c'est de loin le soutien émotionnel qui suscite le plus d'insatisfaction (de 19 % à 31 % des répondants lui ont donné une note négative à l'échelle provinciale). L'analyse donne à penser que les patients moins âgés et plus scolarisés sont plus susceptibles de porter un jugement négatif sur leur expérience.

En 2009, 71 % des décès attribuables au cancer au Canada sont survenus à l'hôpital. Le pourcentage des patients cancéreux décédés à l'extérieur de l'hôpital variait de 11 % à 47 % selon la province. Certaines études comparables menées en Europe indiquent que le pourcentage des décès par cancer survenant à la maison atteint 45 %.

Sur le plan de la **recherche**, le ratio entre les patients adultes inscrits à des essais cliniques et le nombre de nouveaux cas variait de 0,07 à 0,055 parmi les neuf provinces qui ont fourni des données en 2012, et de 0,014 à 0,064 pour tous les types de cancer dans les huit provinces ayant fourni des données. Chez les patients pédiatriques, le ratio entre les patients pédiatriques inscrits à des essais cliniques et les nouveaux patients admis dans les centres anticancéreux pour enfants allait de 0,19 à 0,41 dans les huit provinces disposant de centres anticancéreux pour enfants.

Les données de financement de 2010 indiquent que, proportionnellement au fardeau que représente chaque siège de la maladie, le cancer du sein (7 % de tous les décès par cancer) a obtenu une plus grande part des fonds dédiés à la recherche sur un type de cancer particulier (27 %), alors que le cancer du poumon (27 % de tous les décès par cancer) en a reçu moins (8 %).

L'efficacité du système est examinée pour la toute première fois cette année à l'aide de trois indicateurs. Le premier indicateur s'attarde au dépistage par mammographie effectué chez des femmes ne faisant pas partie des groupes d'âge ciblés par les directives thérapeutiques. On constate ainsi que, selon la province, entre 22 % et 40 % des femmes âgées de 75 ans et plus disent avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes. Le deuxième indicateur examine le recours à la chirurgie d'un jour plutôt qu'à la chirurgie avec hospitalisation, plus exigeante en ressources, pour effectuer une mastectomie. Bien que l'Ontario ait mené 35 % de ses mastectomies en chirurgie ambulatoire, ce taux est inférieur à 10 % dans cinq provinces. Enfin, le dernier indicateur mesure l'utilisation des services de soins intensifs vers la fin de la vie. Ainsi, selon la province, entre 6 % et 14 % des patients décédés des suites du cancer avaient été admis à l'unité des soins intensifs au cours des deux dernières semaines de leur vie. Ces trois indicateurs permettent de cerner les améliorations à apporter au système pour en accroître l'efficacité.

En ce qui concerne les **résultats à long terme**, et pour la toute première fois, le rapport de cette année présente des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne de 2011, et non celle de 1991, utilisée pendant de nombreuses années. Cette nouvelle norme permet d'obtenir des taux qui reflètent mieux les grands changements survenus dans la structure par âge de la population canadienne au cours des vingt dernières années. Le rapport de 2014 examine également l'évolution de la survie au cancer entre 1992-1994 et 2006-2008. On constate ainsi une amélioration du ratio de survie relative à 5 ans, qui est passé de 82 % à 88 % pour le cancer du sein, de 56 % à 65 % pour le cancer colorectal et de 14 % à 18 % pour le cancer du poumon.

Perspectives d'avenir

Au cours de la prochaine année, on prévoit élaborer et publier un **rapport cible** sur le cancer de la prostate. Toujours dans la série des rapports cibles, on publiera un rapport portant particulièrement sur les indicateurs fondés sur les stades du cancer. En outre, on terminera l'**étude spéciale** sur l'utilisation des appareils de tomographie par émission de positrons dans le diagnostic et la prise en charge du cancer du poumon « non à petites cellules », entreprise au printemps de 2013. Cette étude permettra de déterminer les possibilités d'utiliser cette technologie exigeant de nombreuses ressources de manière cohérente et éprouvée à l'échelle du pays. De plus, en 2014, dans le cadre d'une étude spéciale de deux ans, on commencera à examiner les transitions que vivent les patients atteints de cancer au cours des diverses étapes du traitement, du suivi et de la survie.

L'établissement de références et de cibles de rendement pour un certain nombre d'indicateurs mesurés figure toujours à la liste des travaux à faire. Les efforts de transfert et d'échange des connaissances se poursuivront en vue de rehausser la portée et l'incidence des données liées au rendement du système sur divers auditoires visés au sein du système canadien de lutte contre le cancer. Dans le cadre de ces efforts, le Partenariat a récemment mis sur pied son site *Web Rendement du système*, qui permettra aux utilisateurs d'explorer le contenu du rapport de 2014 sur le rendement du système de lutte contre le cancer de manière conviviale et interactive. Plus tard en 2014, le site

Web permettra aux utilisateurs de consulter les renseignements sur le rendement du système en fonction du type de cancer et par province ou territoire. Le site Web se trouve à l'adresse rendementdusysteme.ca.

Enfin, à compter de l'édition de 2015, le rapport sur le rendement du système ne portera que sur quelques indicateurs bien établis qui représentent chaque aspect de la lutte contre le cancer et qui abordent les principaux volets du rendement du système de lutte contre le cancer au Canada. Ces indicateurs « témoins » seront mis à jour annuellement et préciseront les cibles ou références à atteindre. Les renseignements portant sur tous les autres indicateurs présentés auparavant dans les rapports annuels seront affichés sur le site *Web Rendement du système* du Partenariat. Ces autres indicateurs feront l'objet d'une mise à jour périodique.

Les prochains rapports sur le rendement du système canadien de lutte contre le cancer, ainsi que la présence en ligne de renseignements sur le rendement du système et d'autres publications et outils de transfert et d'échange des connaissances, continueront de fournir aux décideurs du système de santé toutes les données sur le rendement du système dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées sur les mesures qui s'imposent afin d'améliorer la qualité des soins dans l'ensemble du pays.

À propos du Partenariat et de l'Initiative sur le rendement du système

Le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) travaille de concert avec la communauté de la lutte contre le cancer au Canada afin de réduire le fardeau de cette maladie par l'apport d'un changement systémique coordonné. L'organisme, et ses partenaires, joue un rôle unique en stimulant et en appuyant la production d'un savoir issu de la recherche sur le cancer, ainsi qu'en favorisant l'échange des connaissances et l'adoption de meilleures pratiques dans l'ensemble du pays. Ce travail est fondé et éclairé par les expériences vécues par les personnes œuvrant auprès des gens les plus grandement touchés par le cancer. De cette façon, il nous est possible d'optimiser la planification de la lutte contre le cancer et d'apporter des modifications pour améliorer la qualité des pratiques en vigueur au Canada. Les partenaires sont les programmes provinciaux et territoriaux de lutte contre le cancer, ainsi que des organismes fédéraux, des organismes des Premières Nations, des Inuits et des Métis, des agences de la santé et des organismes de défense des patients à l'échelon national, de même que des spécialistes qui donnent des avis et des conseils stratégiques pour la lutte contre le cancer, tant du point de vue des patients que de celui des professionnels.

Grâce aux efforts soutenus et ciblés à l'égard de tous les aspects de la lutte contre le cancer, soit la prévention, le traitement, la survie et les soins de fin de vie, le Partenariat soutient le travail collectif de la vaste communauté de la lutte contre le cancer en produisant des résultats qui auront un effet direct à long terme sur la santé des Canadiens, à savoir la réduction de l'incidence du cancer, la diminution de la probabilité de décès par cancer chez les Canadiens et l'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées par cette maladie.

Menée en étroite collaboration avec des partenaires provinciaux, territoriaux et nationaux, **l'Initiative sur le rendement du système** du Partenariat est un effort consenti à l'échelle nationale dans le but de déterminer les divers aspects de la lutte contre le cancer qui doivent être mesurés, de définir des indicateurs de rendement, de recueillir des données valides et comparables, puis de présenter les résultats dans un rapport intégré qui permet de faire la synthèse des résultats et d'interpréter les tendances de manière à pouvoir cerner les améliorations à apporter au système. Les conclusions sont publiées dans une série de rapports dont le but est d'informer la communauté de la lutte contre le cancer, en particulier les organismes provinciaux qui se consacrent à cette lutte, les ministères provinciaux de la Santé, les cliniciens, les chercheurs, ainsi que les patients atteints de cancer et leur famille. Les indicateurs de rendement visent à aider les décideurs et les planificateurs des services de santé à cerner les pratiques exemplaires et les mesures à prendre pour améliorer la qualité de la lutte contre le cancer dans l'ensemble du Canada.

Le Rapport sur le rendement du système de lutte contre le cancer est le plus complet de la série de rapports que produit l'Initiative sur le rendement du système. Il renferme des indicateurs de rendement du système pancanadien qui couvrent les divers aspects de la lutte contre le cancer (prévention, dépistage, diagnostic, traitement, approche axée sur la personne, recherche, efficacité du système et résultats à long terme), les types de cancer et les segments de la population canadienne. En outre, l'Initiative sur le rendement du système produit des **rapports cibles** qui portent sur un aspect particulier de la lutte contre

le cancer. Ces rapports examinent plus en détail certains indicateurs et d'autres données exploratoires sur le rendement du système pour ainsi mieux le mettre en contexte et l'expliquer sous l'angle d'un type de cancer en particulier ou d'autres sujets d'intérêt. L'initiative mène également des **études spéciales** afin de mettre en lumière certains aspects de la lutte contre le cancer qui ne sont encore que peu ou pas du tout mesurés.

Pour rendre compte du rendement du système, le Partenariat travaille également avec ses partenaires nationaux et provinciaux à l'établissement de cibles et des références fondées sur des données probantes pour un certain nombre d'indicateurs de rendement. Ces cibles permettent de cerner l'ampleur et l'orientation des efforts à consentir pour améliorer le rendement du système et faciliter la mise en œuvre, à l'échelle locale ou nationale, d'initiatives visant à améliorer la qualité des soins.

À propos du présent rapport

**Pourquoi un rapport
sur le rendement du
système canadien de
lutte contre le cancer?**

16

Rédaction du rapport

17

Structure du rapport

18

**Sommaire
des indicateurs**

19



À propos du présent rapport

Le Rapport de 2014 sur le rendement du système de lutte contre le cancer est le cinquième recueil annuel des indicateurs qui mesurent l'efficacité de la lutte contre le cancer à l'échelle du Canada. Il représente une autre étape dans les efforts continus que consentent le Partenariat canadien contre le cancer et ses partenaires provinciaux et nationaux depuis 2008 en vue d'établir des indicateurs normalisés et significatifs pour améliorer le rendement du système de lutte contre le cancer dans tout le Canada.

Prenant appui sur les quatre éditions précédentes, le rapport de 2014 fait le point sur les indicateurs déjà examinés à partir des toutes dernières données et se penche sur de nouveaux indicateurs liés à certains aspects de la lutte contre le cancer qui ne sont encore que peu ou pas du tout mesurés, comme l'efficacité du système. Autre nouveauté cette année : le rapport de 2014 contient, pour trois

indicateurs de traitement, des cibles de rendement établies par un groupe d'experts à l'échelle du pays. Des explications détaillées sur les données et la méthode de calcul utilisées pour chacun des indicateurs se trouvent sur le site Web *Rendement du système* du Partenariat canadien contre le cancer (rendementdusysteme.ca).

Pourquoi un rapport sur le rendement du système canadien de lutte contre le cancer?

Bien que la planification et le financement de la prestation des services de lutte contre le cancer relèvent surtout de la compétence des provinces et des territoires, il est utile de comparer des indicateurs de rendement normalisés à l'échelle nationale pour favoriser entre provinces l'échange de connaissances et l'adoption de pratiques exemplaires, ainsi que cerner les aspects du système qui ne sont encore que peu ou pas du tout mesurés. En fait, une telle comparaison nationale permet de déterminer les améliorations à apporter au système pancanadien.

De plus, l'évaluation et la comparaison entre les provinces permettent l'élaboration et l'adoption de cibles et de références nationales en matière de rendement.

Pour que les comparaisons interprovinciales du rendement du système puissent avoir un sens, il faut adopter une stratégie coordonnée afin d'uniformiser les définitions, les méthodes d'analyse et les interprétations. C'est dans cette optique que le Partenariat canadien contre le cancer met au point des paramètres et des

méthodes de calcul qui permettent aux organismes provinciaux de lutte contre le cancer de recueillir et d'analyser les données de manière uniforme et comparable d'une province à l'autre.

Faire rapport du rendement du système n'est pas une fin en soi, mais plutôt un excellent moyen de susciter l'action. Cet exercice favorise la rétroaction

et l'amélioration continue, puisqu'un tel rapport sur les activités et le rendement fournit d'importants renseignements qui viennent mettre en lumière les aspects nécessitant plus d'attention et d'intervention. Il permet également de nouer des collaborations et des partenariats clés et de prendre les meilleures décisions possible en vue d'améliorer la lutte contre le cancer au Canada.

Rédaction du rapport

Les indicateurs présentés dans le présent rapport sont le fruit d'une collaboration entre de nombreux partenaires à l'échelle nationale, provinciale et territoriale. Le travail effectué repose également sur des consultations menées auprès de nombreux experts et chefs de file du savoir dans le domaine de la lutte contre le cancer.

À l'échelle provinciale, le Comité directeur sur le rendement du système et le Comité de travail technique sur le rendement du système, qui se composent tous deux de représentants des dix provinces nommés à l'échelon local, ont orienté la planification et l'élaboration du rapport. Les organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer ont fourni les données relatives à leur province en vue d'établir et de calculer la plupart des indicateurs présentés dans le rapport, particulièrement en ce qui concerne le diagnostic, le traitement, la recherche et l'approche axée sur la personne. Des paramètres et méthodes de calcul détaillés ont été établis, puis utilisés lors de la collecte et de l'analyse des données à l'échelon provincial, afin d'assurer l'uniformité et la comparabilité des données entre les provinces.

À l'échelle nationale, le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) travaille en étroite collaboration avec Statistique Canada, qui est l'administrateur des sondages et le responsable des données pour l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Cette dernière permet de recueillir des données sur l'état de santé, l'utilisation des soins de santé et

les déterminants de la santé dans la population canadienne, données qui ont servi à évaluer les indicateurs présentés dans le présent rapport en ce qui concerne la prévention, le dépistage et l'efficacité du système. Statistique Canada héberge également le Registre canadien du cancer et la Base de données sur l'état civil, qui ont permis d'obtenir les principales mesures liées aux résultats à long terme, comme l'incidence du cancer, ainsi que les taux de mortalité et de survie.

Le Partenariat travaille également avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) à élaborer des indicateurs sur le traitement chirurgical du cancer et le recours aux services de soins intensifs vers la fin de la vie, selon les données nationales d'hospitalisation. Les données que détient l'ICIS ont joué un rôle de premier plan pour évaluer les indicateurs se rapportant à l'efficacité du système, le tout nouvel aspect de la lutte contre le cancer qui est dorénavant examiné dans le cadre du rapport. De son côté, le Conseil C¹⁷ des programmes d'oncologie pédiatrique du Canada a fourni des données pour calculer l'indicateur lié à la participation aux essais cliniques pédiatriques. Le National Research Corporation Canada nous a donné accès aux résultats de l'enquête sur la satisfaction des patients (*Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey*), ce qui nous a permis d'évaluer les indicateurs liés à la satisfaction des patients en ce qui concerne l'approche axée sur la personne et les soins de fin de vie.

Structure du rapport

Le rapport de 2014 est structuré en fonction des divers aspects de la lutte contre le cancer, soit : prévention, dépistage, diagnostic, traitement et approche axée sur la personne. Il comporte également des chapitres sur la recherche, l'efficacité du système et les résultats à long terme.

Tous les chapitres commencent par une introduction qui met en contexte l'aspect de la lutte contre le cancer qui est évalué et présente les sources de données utilisées ainsi que tout autre renseignement pertinent. Vient ensuite l'évaluation des indicateurs liés à cet aspect. Les résultats de cette évaluation sont présentés sous forme de graphiques ou de tableaux, voire les deux. L'analyse et l'interprétation de ces résultats se font à partir des questions suivantes :

Que mesure-t-on? Cette section présente les indicateurs évalués et les raisons d'en faire rapport, ainsi que toute information contextuelle pertinente, comme le fardeau de la maladie ou les répercussions sur les activités de lutte contre le cancer, le cas échéant. Des explications détaillées sur les données et la méthode de calcul utilisées pour chacun des indicateurs se trouvent sur le site Web *Rendement du système* du Partenariat canadien contre le cancer (rendementdusysteme.ca).

Quels résultats a-t-on obtenus? Ce segment est une description des résultats mettant en lumière un courant ou une tendance notable. Il précise également certains aspects méthodologiques à considérer au moment d'interpréter les figures et les tableaux.

Que peut-on conclure des résultats? Cette section offre une interprétation des résultats, en faisant des comparaisons avec d'autres pays, s'il y a lieu, et en soulignant les répercussions possibles pour les résultats sur la santé. Elle présente également les cibles et références établies ou prévues en ce qui concerne l'indicateur évalué.

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine? Cette section donne quelques exemples d'activités prévues ou menées par le Partenariat ou les autorités nationales ou étrangères qui sont pertinents pour l'aspect du rendement évalué par l'indicateur. Ces exemples portent notamment sur les efforts consentis pour améliorer la capacité de mesurer le rendement, d'influencer la pratique et de sensibiliser davantage, ou encore sur d'autres activités d'échange et de transfert des connaissances.

Pour certains indicateurs, il y a aussi des observations sur les études ou données probantes qui émergent au pays ou à l'étranger.

Sommaire des indicateurs

Aspect de la lutte contre le cancer	Indicateur	Source de données	Mis à jour	Nouveau ou enrichi
Prévention	Prévalence du tabagisme	Statistique Canada – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	✓	
	Abandon du tabagisme	Statistique Canada – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	✓	
	Exposition à la fumée secondaire	Statistique Canada – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	✓	
	Consommation d'alcool	Statistique Canada – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	✓	
	Excès de poids et obésité chez les adultes	Statistique Canada – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	✓	
	Immunisation contre le virus du papillome humain	Réseau pancanadien de dépistage	✓	
Dépistage	Dépistage du cancer du col de l'utérus	Statistique Canada – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes		✓
	Dépistage du cancer du sein	Statistique Canada – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes		✓
	Dépistage du cancer colorectal	Statistique Canada – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	✓	
Diagnostic	Diagnostic du cancer colorectal : temps d'attente entre une analyse de selles anormale et une coloscopie	Réseau pancanadien de dépistage	✓	
	Diagnostic du cancer du sein : temps d'attente entre une anomalie au sein et sa résolution	Programmes provinciaux de lutte contre le cancer	✓	
	Saisie de données sur le stade du cancer	Organismes provinciaux de lutte contre le cancer	✓	
	Répartition des cas selon le stade du cancer	Organismes provinciaux de lutte contre le cancer		✓

Aspect de la lutte contre le cancer	Indicateur	Source de données	Mis à jour	Nouveau ou enrichi
Traitement	Chirurgie			
	Prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lors de résections du côlon	Organismes provinciaux de lutte contre le cancer	✓	
	Taux de résection chez les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III	Organismes provinciaux de lutte contre le cancer		✓
	Taux de résection chez les patients atteints d'un cancer du côlon de stade III	Organismes provinciaux de lutte contre le cancer		✓
	Taux de résection chez les patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA	Organismes provinciaux de lutte contre le cancer		✓
	Radiothérapie			
	Temps d'attente en radiothérapie : de l'état « prêt à traiter » au traitement	Organismes provinciaux de lutte contre le cancer	✓	
	Utilisation et capacité de la radiothérapie	Organismes provinciaux de lutte contre le cancer	✓	
	Radiothérapie préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III	Organismes provinciaux de lutte contre le cancer	✓	
	Radiothérapie postopératoire pour les patients atteints d'un cancer du sein de stade I ou II	Organismes provinciaux de lutte contre le cancer	✓	
	Thérapie générale			
	Chimiothérapie postopératoire pour les patients atteints d'un cancer du côlon de stade III	Organismes provinciaux de lutte contre le cancer	✓	
	Chimiothérapie postopératoire pour les patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA	Organismes provinciaux de lutte contre le cancer	✓	

Aspect de la lutte contre le cancer	Indicateur	Source de données	Mis à jour	Nouveau ou enrichi
Approche axée sur la personne	Dépistage de la détresse	Organismes provinciaux de lutte contre le cancer	✓	
	Satisfaction des patients	National Research Corporation Canada		✓
	Lieu du décès	Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès	✓	
Recherche	Participation aux essais cliniques pour adultes	Organismes provinciaux de lutte contre le cancer	✓	
	Participation aux essais cliniques pédiatriques	Conseil C ¹⁷ des programmes d'oncologie pédiatrique du Canada	✓	
	Investissement dans la recherche sur le cancer	Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer	✓	
Efficience du système	Dépistage du cancer du sein au-delà des lignes directrices recommandées	Statistique Canada – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes		✓
	Mastectomies pratiquées en chirurgie ambulatoire	Institut canadien d'information sur la santé		✓
	Recours aux services de soins intensifs pendant les deux dernières semaines de vie	Institut canadien d'information sur la santé		✓
Résultats à long terme	Incidence, mortalité et survie relative			
	Cancer du sein	Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès	✓	
	Cancer du poumon	Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès	✓	
	Cancer colorectal	Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès	✓	
	Cancer de la prostate	Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès	✓	
	Cancer du pancréas	Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès	✓	

1. Prévention

**Prévalence du
tabagisme**

24

**Exposition à
la fumée secondaire**

30

**Excès de poids et obésité
chez les adultes**

37

Abandon du tabagisme

27

**Consommation
d'alcool**

34

**Immunisation
contre le virus du
papillome humain**

40



1. Prévention

Au cœur de la lutte contre le cancer, la prévention offre à long terme une stratégie efficace pour réduire le fardeau du cancer. Selon le Fonds mondial de recherche contre le cancer, l'abstinence au tabagisme pourrait prévenir environ le tiers des cas de cancer, alors que l'adoption d'une saine alimentation et de saines habitudes de vie, comme la consommation modérée d'alcool, la pratique régulière d'une activité physique et le maintien d'un poids santé, pourrait prévenir un autre tiers des cas de cancer¹.

Outre ces facteurs de risque comportementaux, la recherche a démontré que certains facteurs environnementaux (comme l'exposition à la fumée secondaire) et professionnels (comme le travail de nuit) présentent également un important risque de cancer. Pour mieux orienter les efforts de prévention, il est donc utile de comprendre le rôle des facteurs de risque comportementaux, environnementaux et professionnels et leur prévalence au sein de la population. De nombreux facteurs de risque peuvent être atténués en modifiant le mode de vie (comme cesser de fumer), en améliorant les lieux publics, les milieux de vie et les milieux de travail (comme adopter un règlement limitant l'exposition à la fumée secondaire) ou en ayant recours à certaines interventions cliniques (comme recevoir le vaccin contre le virus du

papillome humain pour prévenir le cancer du col de l'utérus). Cela dit, un certain nombre de facteurs de risque ne peuvent être modifiés (comme l'âge et la constitution génétique). Les indicateurs présentés dans ce chapitre portent sur quelques-uns des facteurs de risque modifiables les plus fréquents.

Ce chapitre présente les résultats actualisés liés aux indicateurs portant sur le tabagisme (prévalence, abandon et exposition à la fumée secondaire), la consommation d'alcool, ainsi que l'excès de poids et l'obésité chez les adultes, lesquels se fondent sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2012. Il présente également les résultats de l'immunisation contre le virus du papillome humain (VPH).

Indicateur	Sommaire des résultats
Prévalence du tabagisme	20,3 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus déclarent fumer tous les jours ou à l'occasion. Les habitants des trois territoires canadiens affichent le taux de tabagisme le plus élevé. Les hommes sont plus susceptibles que les femmes à se dire fumeurs réguliers, fumeurs occasionnels ou anciens fumeurs. Le nombre de femmes déclarant n'avoir jamais fumé est supérieur à celui des hommes.
Abandon du tabagisme	Le taux d'abandon du tabagisme varie d'une province à l'autre, soit de 10,2 % au Nunavut à 20,3 % en Nouvelle-Écosse. Ce taux ne présente aucun écart significatif selon le sexe (16,5 % chez les hommes et 17,1 % chez les femmes), mais il est plus élevé chez les personnes de 65 ans et plus (22,1 %) et moins élevé chez les personnes âgées de 45 à 64 ans (13,3 %).
Exposition à la fumée secondaire	L'exposition à la fumée secondaire à la maison est plus fréquente au Nunavut (11,3 %) et à l'Île-du-Prince-Édouard (8,7 %), mais plus rare en Colombie-Britannique (2,6 %). C'est dans les Territoires du Nord-Ouest que ce type d'exposition a le plus chuté. L'exposition à la fumée secondaire dans les lieux publics survient le plus souvent au Manitoba (15,8 %), dans les Territoires du Nord-Ouest (14,6 %) et en Alberta (14,2 %), mais elle est peu fréquente à Terre-Neuve-et-Labrador (8,2 %) et au Yukon (7,7 %). Dans l'ensemble, on constate depuis 2003 une tendance à la baisse de l'exposition à la fumée secondaire dans les foyers canadiens et à bord des voitures. Bien que l'exposition dans les lieux publics ait également diminué depuis 2003, on constate une tendance à la hausse depuis 2009. L'exposition à la fumée secondaire à la maison, à bord des véhicules et dans les lieux publics est plus élevée chez les personnes de 16 à 19 ans et plus faible chez les personnes de 65 ans et plus.

Indicateur	Sommaire des résultats
Consommation d'alcool	En 2012, 19,9 % des Canadiens âgés de 18 ans et plus ont dit ne pas avoir consommé d'alcool au cours de l'année précédente. Ils étaient plus nombreux au Nunavut (25,6 %) et en Ontario (22,4 %). À l'opposé, la consommation d'alcool de 12,8 % des adultes de Terre-Neuve-et-Labrador dépassait les directives du Fonds mondial de recherche contre le cancer (FMRC) en la matière (<i>deux</i> consommations par jour pour les hommes et <i>une</i> consommation par jour pour les femmes).
Excès de poids et obésité chez les adultes	En 2012, 52,5% des Canadiens âgés de 18 ans et plus étaient considérés comme en surpoids ou obèses, selon la taille et le poids autodéclarés. La Colombie-Britannique a enregistré le taux le moins élevé à ce chapitre (46,5 %).
Immunisation contre le virus du papillome humain	Depuis 2010, l'ensemble des provinces et des territoires se sont dotés d'un programme organisé d'immunisation contre le virus du papillome humain (VPH) en milieu scolaire; certains disposent même de programmes de rattrapage. Dans les provinces et territoires ayant fourni des données, on constate toujours un écart important dans le taux d'immunisation contre le VPH : à certains endroits, jusqu'à 40 % des femmes admissibles n'ont pas reçu toutes les doses de vaccin, alors qu'on en compte moins de 25 % à d'autres endroits.

Prévalence du tabagisme

Que mesure-t-on?

Cet indicateur examine le pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus déclarant (en 2012) avoir fumé tous les jours ou à l'occasion au cours de l'année précédente.

- Le tabagisme demeure la principale cause évitable de maladie et de décès précoce au Canada, et la cigarette en est toujours le principal facteur de risque².
- Le tabagisme est à l'origine d'environ 30 % de tous les décès par cancer au Canada et d'environ 85 % des décès des suites du cancer du poumon. Le cancer du poumon est la première cause de mortalité par cancer chez les Canadiens, hommes et femmes confondus³.
- L'établissement de rapports sur les habitudes liées au tabagisme au sein d'une population donnée, pratique adoptée par de nombreux pays du monde conformément à la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'Organisation mondiale de la Santé⁴, permet de surveiller l'usage du tabac, de suivre les progrès des efforts de prévention et de dégager de nouvelles avenues pour adopter des stratégies pancanadiennes d'abandon du tabac.

Quels résultats a-t-on obtenus?

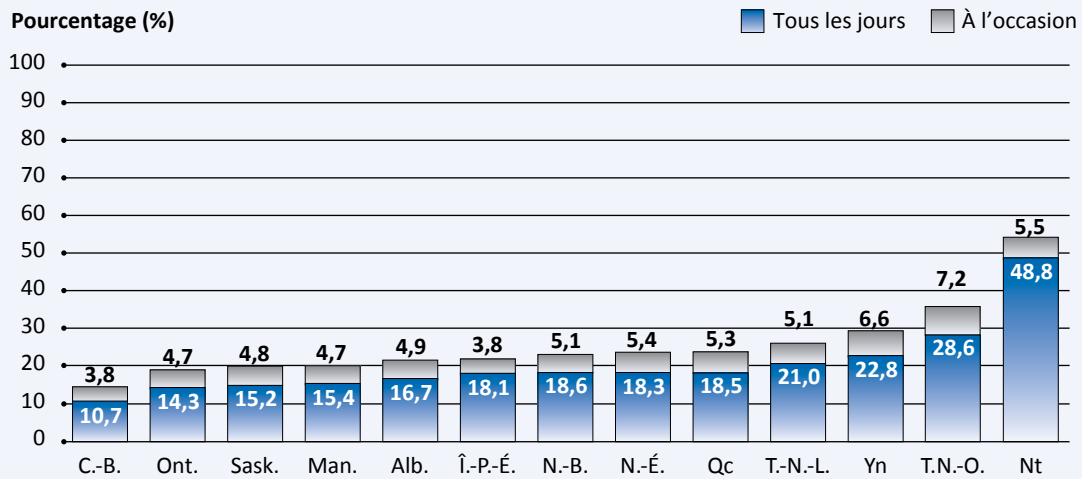
- En 2012, 20,3 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus déclaraient fumer tous les jours ou à l'occasion. Le taux provincial variait entre 14,5 % en Colombie-Britannique et 54,3 % au Nunavut (figure 1.1). Il était le plus élevé dans les trois territoires canadiens, à l'image des observations faites en 2011.
- Les hommes étaient plus nombreux que les femmes à déclarer qu'ils fumaient tous les jours (18,0 % par rapport à 13,0 %), qu'ils fumaient à l'occasion (5,1 % par rapport à 4,5 %) ou qu'ils avaient déjà fumé (40,4 % par rapport à 33,9 %) (figure 1.2). Les femmes déclarant n'avoir jamais fumé (48,6 %) sont plus nombreuses que les hommes (36,5 %).

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique qui se trouve à l'adresse rendementdusysteme.ca.

FIGURE 1.1

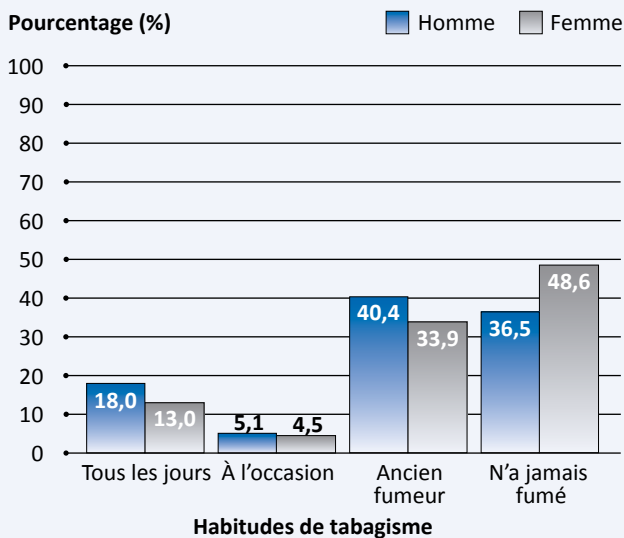
Pourcentage de la population (≥ 12 ans) déclarant fumer tous les jours ou à l'occasion selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2012



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

FIGURE 1.2

Pourcentage de la population (≥ 12 ans) selon les habitudes de tabagisme et le sexe, Canada – déclaration faite en 2012



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

Que doit-on conclure des résultats?

- Parmi les Canadiens âgés de 12 ans et plus, un sur cinq déclare avoir fumé tous les jours ou à l'occasion en 2012. Il faut consentir des efforts plus coordonnés à l'échelle du pays pour prévenir le tabagisme et promouvoir l'abandon du tabac.
- Comparativement aux autres pays, le Canada affiche un taux de tabagisme de 20,3 %, ce qui est semblable à celui déclaré aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie. Malgré quelques différences dans les tranches d'âge chez les adultes, les taux de tabagisme déclarés dans ces trois pays sont de 21 %, 20 % et 19 %, respectivement⁵⁻⁷.
- Bien que le taux de tabagisme global au sein des provinces et territoires canadiens ait légèrement diminué entre 2011 et 2012, la moyenne nationale du taux d'usage quotidien du tabac en 2012 (15,5 %) chez les Canadiens de 12 ans et plus demeure au-dessus de l'objectif établi par la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme de Santé Canada, qui visait à réduire la prévalence globale du tabagisme de 19 % en 2006 à 12 % en 2011².

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- La communication annuelle des données sur la prévalence du tabagisme a permis d'évaluer l'incidence des programmes de prévention et d'abandon du tabagisme, y compris ceux soutenus par le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat). Le fait de disposer de données annuelles permet également d'orienter les prochains programmes. Le projet COALITION (Connaissances et action liées pour une meilleure prévention) vise à réunir divers organismes multisectoriels provinciaux et territoriaux pour former des coalitions et assurer l'intégration des stratégies de prévention du cancer.

- Le projet BETTER (*Building on Existing Tools to Improve Chronic Disease Prevention and Screening in Family Practice*), initiative du projet COALITION financée jusqu'en 2014, porte sur la lutte antitabac auprès des gens et des établissements de soins primaires. Ce projet vise à cerner et à examiner les outils fondés sur des données probantes qui existent déjà pour prévenir et dépister les maladies chroniques, puis à élaborer et à évaluer une intervention à volets multiples qui permet d'adapter ces stratégies à la médecine familiale.
- Le Partenariat a mis sur pied le Répertoire des politiques de prévention (vuesurlecancer.ca/politiquesprevention), un outil en ligne d'accès gratuit qui renferme les toutes dernières données sur les politiques canadiennes relatives à la prévention du cancer et des maladies chroniques, notamment celles concernant la lutte antitabac à l'échelle fédérale, provinciale et municipale. L'outil donne un accès direct en ligne aux documents de politique et aux instruments légaux liés aux facteurs de risque modifiables du cancer et des maladies chroniques.
- La Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme de Santé Canada, qui vise à réduire les maladies et les décès attribuables au tabagisme par la prévention et l'abandon du tabagisme, la protection du public et la réglementation du produit, a changé de cible au début de 2012. Ainsi, au lieu de viser à réduire le tabagisme au sein de la population en général, la Stratégie vise dorénavant à réduire le tabagisme au sein des segments de la population qui affichent les taux de tabagisme les plus élevés, comme les populations inuites, métisses et des Premières Nations⁸.
- Le Partenariat a dressé l'inventaire des programmes cliniques d'abandon du tabagisme offerts dans tout le Canada afin de connaître les activités menées dans chaque province et territoire à ce chapitre⁹. Ainsi, le document *Pratiques cliniques exemplaires en matière de renoncement au tabagisme - Analyse des*

programmes canadiens présente en détail les programmes selon la province ou le territoire, l'organisme qui est responsable de l'administration du programme et la mesure dans laquelle chaque programme se conforme aux *Lignes directrices de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme* du Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et

l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme (CAN-ADAPTT). L'analyse facilite les discussions et la prise de décisions sur les mesures à prendre pour améliorer les programmes cliniques d'abandon du tabagisme, de même qu'elle met en lumière les modèles solides dont il faut s'inspirer à l'échelle du pays.

Nouvelles études et données probantes

- Puisque la tendance à la baisse du taux de prévalence du tabagisme s'essouffle et que l'industrie du tabac poursuit sans relâche ses efforts pour encourager l'usage de son produit, il faudra adopter de nouvelles approches énergiques si on veut réduire le fardeau de la maladie et les décès liés au tabagisme. Certains visionnaires du domaine de la santé ont proposé l'idée d'une « solution finale » au tabagisme dans le but de réduire les ravages du tabac. Pour ce faire, certaines mesures, comme l'élimination des perspectives de profit de la vente des produits du tabac, ont été mises de l'avant. On constate néanmoins un énorme progrès dans la lutte antitabac au cours de la dernière décennie, notamment l'adoption de règlements interdisant de fumer dans les restaurants et les bars dans près de 30 pays, l'apposition d'avertissements graphiques sur les paquets de cigarettes dans plusieurs pays, ainsi que la banalisation des emballages entreprise en Australie¹⁰. Enfin, l'ampleur des préoccupations pour la santé du point de vue à la fois de la lutte contre le tabagisme et de la lutte contre le cancer peut offrir l'occasion aux communautés canadiennes de ces deux luttes de trouver ensemble de nouvelles façons d'aborder cette éternelle menace pour la santé de tous les Canadiens.

Abandon du tabagisme

Que mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le pourcentage des fumeurs récents âgés de 20 ans ou plus qui fumaient tous les jours ou à l'occasion, mais qui ont déclaré avoir cessé de fumer au cours des deux dernières années.

- Selon des modèles internationaux, le facteur ayant le plus d'influence à moyen terme sur la baisse de la mortalité par cancer est l'abandon du tabagisme¹.
- Des études démontrent également que le risque de contracter un cancer du poumon attribuable au tabagisme est réduit de plus de 90 % lorsque l'abandon du tabagisme survient avant qu'un fumeur n'atteigne l'âge moyen¹¹.

Cela dit, les bienfaits de cesser de fumer se font sentir à tout âge. Par exemple, le risque cumulatif de décès par cancer du poumon jusqu'à l'âge de 75 ans est de 16 % chez les hommes fumeurs; en cessant de fumer à 50 ans, ce risque cumulatif baisse à 6 %¹¹.

- L'établissement de rapports sur les taux d'abandon du tabagisme à l'échelle du pays permet de suivre les progrès de la lutte antitabac. De plus, la comparaison de la prévalence et du taux d'abandon du tabagisme permet d'évaluer plus facilement les répercussions des efforts de prévention consentis, puis de cerner de nouvelles avenues pour l'adoption de stratégies de prévention mieux ciblées.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- Au Canada, le pourcentage de fumeurs récents qui disent avoir cessé de fumer au cours des deux années précédentes (mesuré en 2012) varie de 10,2 % au Nunavut à 20,3 % en Nouvelle-Écosse (figure 1.3).
- L'abandon du tabagisme ne diffère pas beaucoup selon le sexe. Ainsi, 16,5 % des hommes disent avoir cessé de fumer au cours des deux années précédentes, par rapport à 17,1 % des femmes (figure 1.4).
- Le taux d'abandon du tabagisme est plus élevé chez les personnes de 65 ans et plus (22,1 %), puis chez les personnes de 20 à 34 ans (19,4 %). La situation a évolué depuis 2011,

année où les personnes de 20 à 34 ans étaient les plus enclines à cesser de fumer, suivies des personnes de 65 ans et plus. Le groupe des 45 à 64 ans présente le plus bas taux d'abandon du tabagisme tant en 2012 qu'en 2011 (13,3 % et 15,1 %, respectivement).

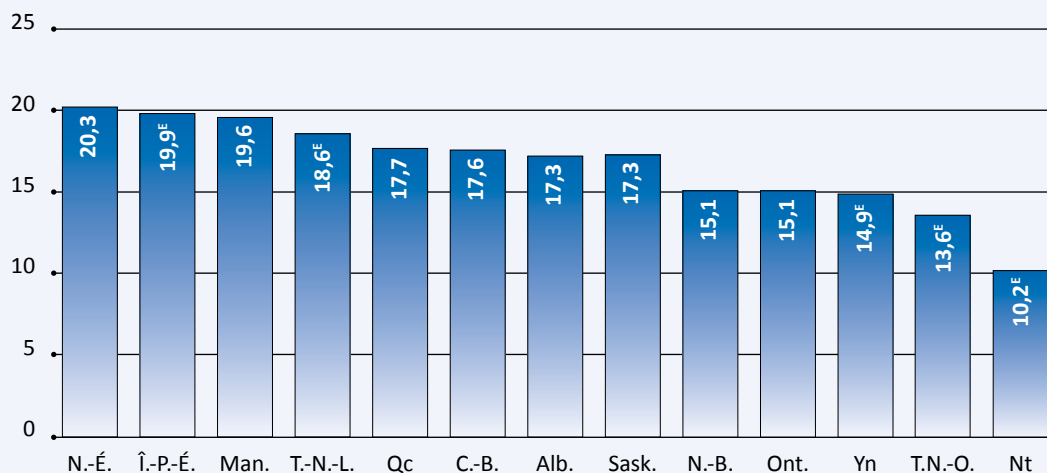
Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- La méthode de calcul détaillée qui a été utilisée se trouve à l'annexe technique qui est disponible à l'adresse rendementdusysteme.ca.

FIGURE 1.3

Pourcentage des fumeurs récents (≥ 20 ans) qui ont cessé de fumer au cours des deux dernières années selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2012

Pourcentage (%)

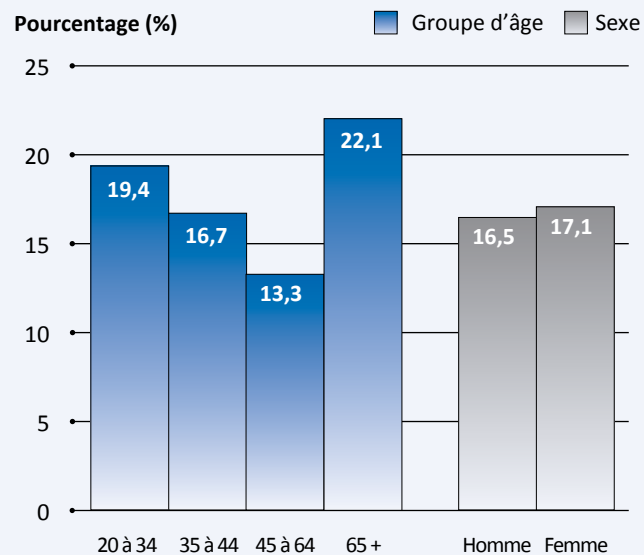


[€] À interpréter avec prudence en raison de la grande variabilité des estimations.

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

FIGURE 1.4

Pourcentage des fumeurs récents (≥ 20 ans) qui ont dit avoir cessé de fumer au cours des deux dernières années selon le groupe d'âge et selon le sexe, Canada – déclaration faite en 2012



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

Que doit-on conclure des résultats?

- Compte tenu de la réduction du taux d'abandon du tabagisme observée au Canada au fil des ans, il est possible que les gens qui fument toujours aient plus de difficulté à abandonner cette habitude (p. ex. les gros fumeurs) ou résistent davantage aux efforts visant à les inciter à arrêter de fumer, voire les deux. Si on souhaite abaisser davantage le taux de tabagisme global au cours des prochaines années, cette situation pose une difficulté supplémentaire aux programmes et aux interventions de renoncement au tabagisme.
- Puisque le fait de cesser de fumer à un âge moyen permet de réduire substantiellement le risque de décès par cancer du poumon, on devrait porter une plus grande attention aux stratégies de renoncement au tabac qui visent les personnes de 45 à 64 ans, soit le groupe d'âge affichant le plus faible taux d'abandon.

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- Dans le cadre des efforts qu'il consent pour intégrer l'abandon du tabagisme à un projet de réseau national de dépistage du cancer du poumon, le Partenariat canadien contre le cancer a dressé l'inventaire des ressources cliniques disponibles à l'échelle nationale en matière d'abandon du tabagisme. En dressant cet inventaire, il a évalué les programmes en comparant leur description aux lignes directrices de pratique clinique du Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme (CAN-ADAPTT) afin de voir dans quelle mesure des programmes fondés sur des données probantes étaient menés à l'échelle provinciale et territoriale. Les provinces et territoires connaissant le plus faible taux de participation à leurs programmes de renoncement au tabagisme ou offrant peu de ce type de programmes peuvent obtenir l'aide de CAN-ADAPTT, qui met à la disposition des professionnels de la santé des outils, des ressources et des lignes directrices fondés sur des données probantes¹².

Nouvelles études et données probantes

- Selon les résultats de l'analyse des programmes canadiens visant à cerner les pratiques cliniques exemplaires en matière de renoncement au tabagisme, l'adoption de pratiques cliniques fondées sur des données probantes varie grandement dans l'ensemble du Canada, surtout en ce qui concerne la couverture des aides antitabagiques (p. ex. médicaments et traitement de remplacement de la nicotine) offerte par les gouvernements provinciaux et territoriaux. Il existe au pays plusieurs modèles cliniques de lutte antitabagique fondés sur des données probantes, comme le Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac¹³, qui s'applique dorénavant non seulement aux hôpitaux, mais aussi aux établissements de soins primaires et aux collectivités du Canada, les programmes STOP et STOP on the Road du Centre de toxicomanie et de santé mentale¹⁴, le programme Tobacco Free Futures de l'Alberta¹⁵, le programme Primary Care Networks Acting Collaboratively on Tobacco également de l'Alberta¹⁶, le programme Prescription for Health de la Colombie-Britannique¹⁷ et le QuitPath du Yukon¹⁸.
- Relativement récents au Canada et dans de nombreux pays, les dispositifs électroniques d'administration de nicotine, communément appelés cigarettes électroniques ou e-cigarettes, sont de plus en plus utilisés. Ces petits cylindres en forme de cigarette contiennent des piles qui permettent à la cartouche remplie de liquide d'être chauffée et de libérer une vapeur contenant de la nicotine. La vapeur est visible, et le bout de la cigarette s'allume, ce qui donne l'impression de fumer. D'un côté, ces produits électroniques sont commercialisés comme une solution de rechange sécuritaire aux produits du tabac traditionnels : ils ont été soumis à d'essais cliniques et jugés aussi efficaces que les autres traitements de remplacement de la nicotine¹⁹. D'un autre côté, certains rapports des États-Unis²⁰ et les réserves soulevées au Canada donnent à penser qu'un nombre de plus en plus élevé de jeunes adoptent la cigarette électronique et deviennent dépendants à la nicotine. Outre les préoccupations quant aux possibles effets néfastes de la nicotine sur les fonctions cérébrales des adolescents, la dépendance à la nicotine que provoque la cigarette électronique peut servir de passerelle vers l'usage du tabac ou d'autres drogues.

Exposition à la fumée secondaire

Que mesure-t-on?

Cet indicateur examine le pourcentage des non-fumeurs âgés de 12 ans et plus déclarant (en 2012) avoir été exposés tous les jours ou presque tous les jours à la fumée secondaire à la maison, à bord d'un véhicule ou dans un lieu public au cours de l'année précédente.

- La Société canadienne du cancer estime que 1 000 Canadiens non fumeurs meurent chaque année de la fumée secondaire²¹.
- La fumée secondaire arrive un deuxième rang des principales causes de cancer du poumon, après le tabagisme²². Selon le rapport de 2006 du chirurgien général des États-Unis, plus de 50 études épidémiologiques se sont penchées sur le lien qui existe entre l'exposition à la fumée secondaire et le risque de cancer du poumon chez les non-fumeurs à vie. Des données groupées tirées de ces études laissent

croire que le risque de contracter un cancer du poumon attribuable à la fumée secondaire est de 20 % à 30 % plus élevé chez les personnes qui vivent avec un fumeur²³.

- La plupart des gouvernements provinciaux et territoriaux et des administrations municipales ont adopté des lois ou des règlements pour interdire l'exposition à la fumée secondaire dans les lieux publics ou à bord des véhicules transportant des enfants. Ils font également le suivi de cette exposition pour s'assurer qu'elle diminue, ce qui permet d'évaluer l'incidence de ces mesures.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- Le taux d'exposition à la fumée secondaire des non-fumeurs canadiens de 12 ans et plus est particulièrement élevé dans les foyers du Nunavut (11,3 %) et de l'Île-du-Prince-Édouard (8,7 %),

mais il est le plus faible en Colombie-Britannique (2,6 %) (figure 1.5). C'est dans les Territoires du Nord-Ouest qu'on constate la plus grande baisse du taux d'exposition à la fumée secondaire à la maison : de 8,2 % en 2011, il est passé à 5,3 % en 2012.

- Dans les lieux publics, l'exposition à la fumée secondaire est plus importante au Manitoba (15,8 %), dans les Territoires du Nord-Ouest (14,6 %) et en Alberta (14,2 %), alors qu'elle n'est que de 8,2 % à Terre-Neuve-et-Labrador et de 7,7 % au Yukon (figure 1.5). En 2011, la fumée secondaire était surtout présente dans les lieux publics du Manitoba, mais c'est en Alberta qu'elle s'est davantage accrue, passant de 12,1 % en 2011²⁴ à 14,2 % en 2012.
- Dans l'ensemble, comparativement aux dernières années, on observe une tendance à la baisse de l'exposition à la fumée secondaire dans les foyers et les véhicules canadiens depuis 2003. Cette exposition était d'environ 11 % en 2003, mais elle n'est que de 5 % (à la maison) et de

7 % (à bord des véhicules) en 2012 (figure 1.6). Cependant, même si l'exposition à la fumée secondaire dans les lieux publics est passée de 20 % en 2003 à 10 % en 2009, elle tend à s'accroître depuis 2009; elle était de 13 % en 2012. Les prochains rapports nous permettront de savoir s'il s'agit d'une tendance persistante.

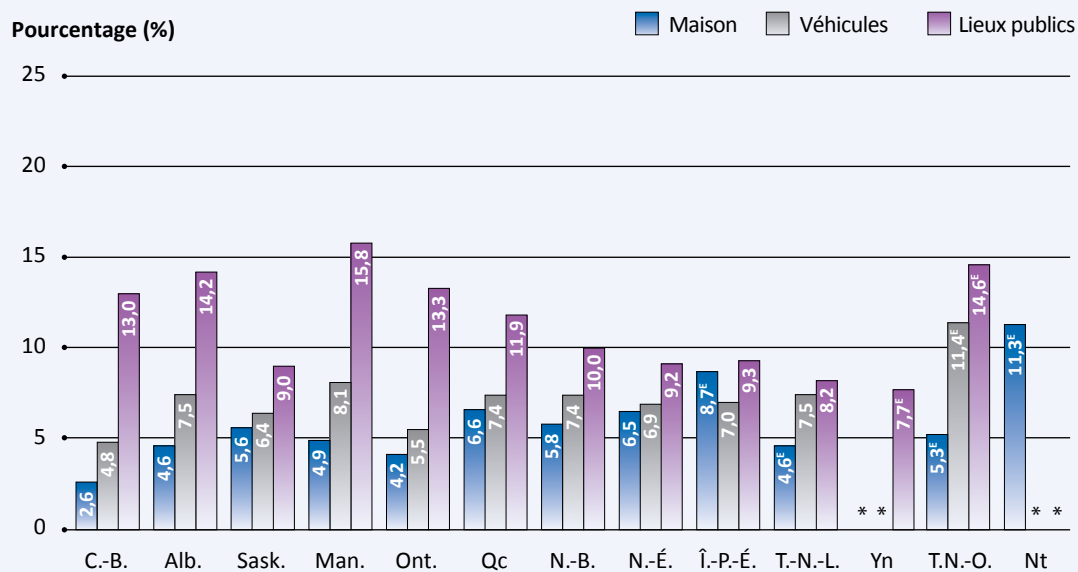
- Lorsqu'on examine l'exposition à la fumée secondaire selon l'âge, on constate qu'elle est particulièrement élevée chez les personnes de 16 à 19 ans, autant à la maison (12,5 %), à bord des véhicules (14,6 %) que dans les lieux publics (23,8 %), contrairement aux personnes de 65 ans et plus (3,4 %, 2,3 % et 5,3 %, respectivement) (figure 1.7).

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- La méthode de calcul détaillée qui a été utilisée se trouve à l'annexe technique qui est disponible à l'adresse rendementdusysteme.ca.

FIGURE 1.5

Pourcentage des non-fumeurs (≥ 12 ans) déclarant être exposés à la fumée secondaire selon le lieu d'exposition et la province ou le territoire – déclaration faite en 2012



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

£ À interpréter avec prudence en raison de la grande variabilité des estimations.

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

FIGURE 1.6

Pourcentage des non-fumeurs (≥ 12 ans) déclarant être exposés à la fumée secondaire selon le lieu d'exposition, Canada – déclaration faite entre 2003 et 2012

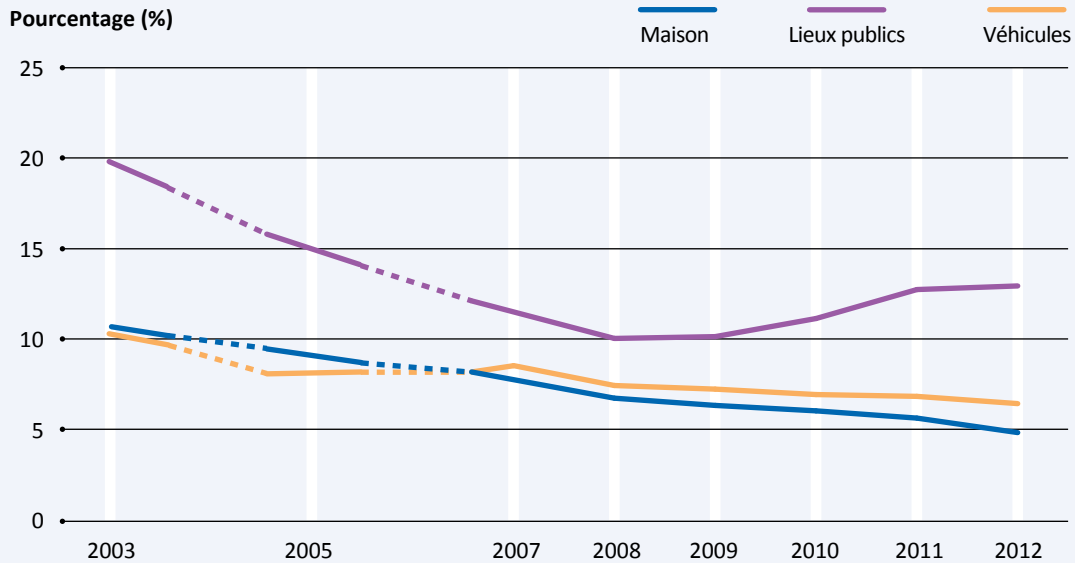
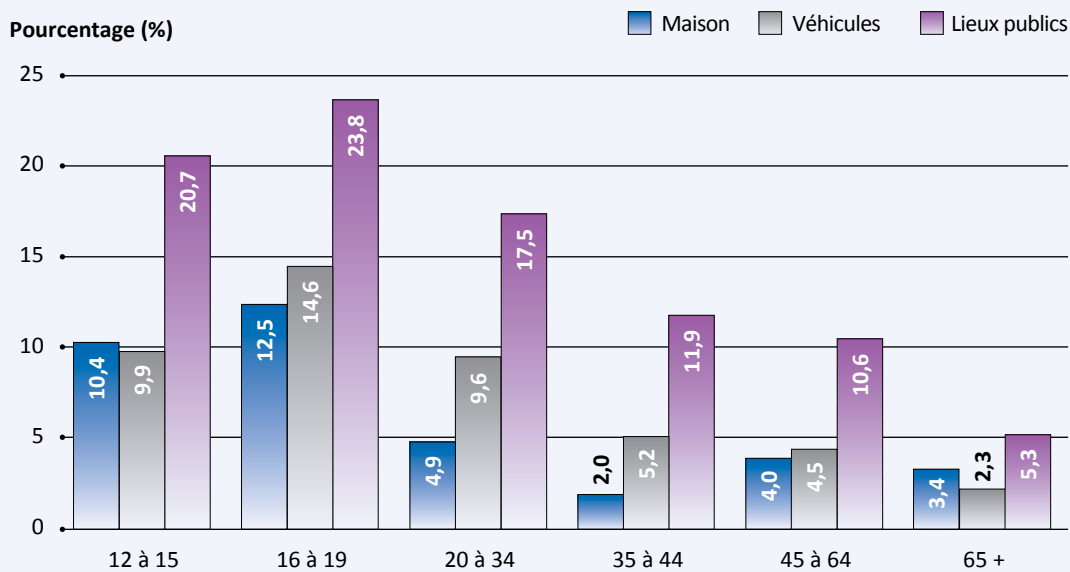


FIGURE 1.7

Pourcentage des non-fumeurs (≥ 12 ans) déclarant être exposés à la fumée secondaire selon le lieu d'exposition et le groupe d'âge, Canada – déclaration faite en 2012



Que doit-on conclure des résultats?

- Malgré l'adoption de règlements limitant le droit de fumer dans les lieux publics au milieu des années 2000 et l'importante diminution des taux d'exposition déclarés qui a suivi, les gens semblent être plus susceptibles de dire qu'ils ont été exposés à la fumée secondaire dans ces endroits depuis 2009, ce qui laisse entrevoir une plus grande sensibilisation des gens, une hausse de l'exposition réelle ou les deux. À mesure que de nouveaux règlements restrictifs seront adoptés dans l'ensemble du pays, il sera important de suivre la situation pour voir si la tendance retourne à la baisse.
- Il est également inquiétant de constater que les jeunes de 16 à 19 ans se disent encore les plus exposés à la fumée secondaire à la maison, à bord des véhicules et dans les lieux publics.
- Lorsqu'on compare les données de 2012 avec l'objectif établi par la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme, qui est de faire passer la prévalence de l'exposition quotidienne à la fumée secondaire des Canadiens de 28 % en 2006 à 20 % en 2011², on remarque qu'il a été atteint pour tous les groupes d'âge, quel que soit le lieu d'exposition, à l'exception des 12 à 15 ans et des 16 à 19 ans, qui sont toujours trop exposés à la fumée secondaire dans les lieux publics. Voilà qui souligne la nécessité de redoubler d'efforts dans la prévention ciblée si on veut réduire la prévalence de cette forme d'exposition.
- Ainsi, depuis 2007, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Québec, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador ont complètement banni la fumée du tabac des endroits publics²⁶⁻²⁸. Des lois interdisant de fumer dans les voitures transportant des enfants ont également été adoptées en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, à Terre-Neuve-et-Labrador et au Yukon. En outre, l'ensemble des provinces et territoires canadiens interdisent l'usage du tabac dans les véhicules de transport collectif.
- Dans le cadre de son Initiative sur le rendement du système, le Partenariat canadien contre le cancer a publié en septembre 2013 le rapport cible intitulé *La santé de la population des grandes villes du Canada*²⁹, de concert avec ses partenaires nationaux et provinciaux. Ce rapport fait état des taux d'exposition à la fumée secondaire (entre autres indicateurs liés aux facteurs de risque modifiables) selon la région métropolitaine de recensement. Les résultats relatifs obtenus dans plusieurs villes semblent correspondre à la sévérité relative des règlements municipaux portant sur l'usage du tabac dans les endroits publics.
- L'idée de faire des immeubles résidentiels des lieux sans fumée commence à faire son chemin dans la politique de lutte contre le tabagisme au Canada; plusieurs gouvernements se dotent de politiques pour interdire l'usage du tabac dans ces immeubles.

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- Au Canada, le gouvernement fédéral ainsi que la plupart des gouvernements provinciaux et territoriaux et administrations municipales ont adopté des lois ou des règlements pour réduire l'exposition à la fumée secondaire dans divers lieux, notamment les milieux de travail, les bars et restaurants et les véhicules transportant des enfants, mais aussi les immeubles résidentiels et certains espaces extérieurs^{25,26}.

Nouvelles études et données probantes

- La prochaine étape à franchir pour limiter davantage l'exposition à la fumée secondaire dans les endroits publics consiste à étendre l'interdiction de fumer à divers lieux publics extérieurs (p. ex. les parcs, les terrains de jeu, les plages et les terrasses)³⁰. En 2014, le Manitoba deviendra la toute première province canadienne à adopter une loi bannissant l'usage du tabac sur les plages publiques et les terrains de jeu³¹.

Consommation d'alcool

Que mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le pourcentage des adultes âgés de 18 ans et plus déclarant (en 2012) s'être abstenus de consommer de l'alcool au cours des 12 derniers mois, ainsi que le pourcentage des adultes âgés de 18 ans et plus déclarant (en 2012) avoir pris en moyenne plus que deux consommations par jour pour les hommes et plus d'une consommation par jour pour les femmes¹.

- Selon certaines données concluantes, la consommation d'alcool augmente le risque de contracter un cancer de l'œsophage, de la bouche, de la gorge (pharynx et larynx), du sein (avant et après la ménopause), du côlon et du rectum¹.
- D'autres données tout aussi probantes indiquent qu'une consommation excessive d'alcool provoque la cirrhose du foie, laquelle prédisposerait certaines personnes au cancer du foie¹.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- Le pourcentage des adultes déclarant ne pas avoir consommé d'alcool en 2012 varie d'aussi peu que 15,6 % au Québec à 22,4 % en Ontario et 25,6 % au Nunavut. La moyenne nationale se situe à 19,9 % (figure 1.8).
- En 2012, le pourcentage des adultes déclarant avoir bu au-delà des directives de consommation d'alcool à faible risque du Fonds mondial de recherche contre le cancer (FMRC) va de 7,8 % au Nunavut à 12,8 % à Terre-Neuve-et-Labrador (selon les chiffres fournis par les cinq provinces et le seul territoire ayant transmis des données) (figure 1.9). En 2011, ce pourcentage variait de 9 % à 11 %³².

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- La consommation d'alcool quotidienne moyenne a été calculée en fonction du nombre total de verres que le répondant dit avoir consommés dans la semaine qui a précédé l'entrevue menée dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, divisé par sept jours.
- Le présent rapport se sert des directives de consommation d'alcool du FMRC pour réduire le risque de cancer. Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies a émis des directives de consommation d'alcool à faible risque un peu moins contraignantes, soit deux consommations ou moins par jour pour les femmes (jusqu'à concurrence de 10 consommations par semaine) et trois consommations ou moins par jour pour les hommes (jusqu'à concurrence de 15 consommations par semaine). Cela dit, ces directives ne visent pas spécifiquement la réduction du risque de cancer³³.
- La méthode de calcul détaillée qui a été utilisée se trouve à l'annexe technique qui est disponible à l'adresse rendementdusysteme.ca.

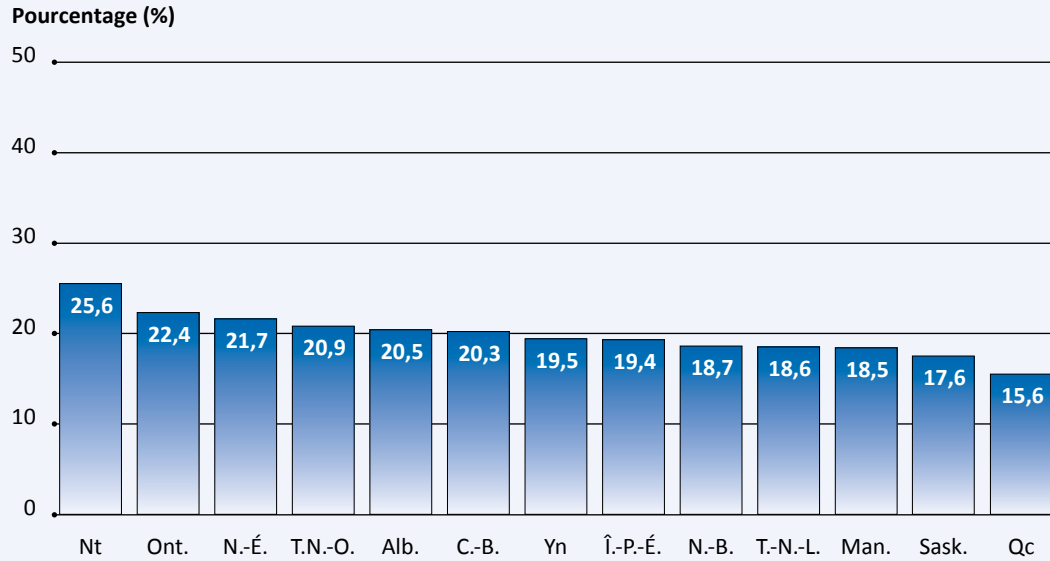
Que doit-on conclure des résultats?

- L'écart entre les taux d'abstinence observés témoigne généralement des profils culturels et religieux des populations provinciales. L'alcool n'étant jamais considéré comme sans risque pour le cancer, quelle que soit la quantité consommée, l'abstinence constituerait l'objectif ultime du strict point de vue de la prévention du cancer. Puisque plusieurs études laissent croire que certaines boissons alcoolisées, en particulier le vin rouge, ont un effet protecteur sur la santé cardiovasculaire, le rapport présente également les habitudes de consommation par rapport aux directives de consommation d'alcool à faible risque.

ⁱ Selon la recommandation sur la consommation d'alcool à faible risque du Fonds mondial de recherche contre le cancer (FMRC), les hommes ne devraient pas consommer plus de deux verres par jour et les femmes ne devraient pas consommer plus d'un verre par jour.

FIGURE 1.8

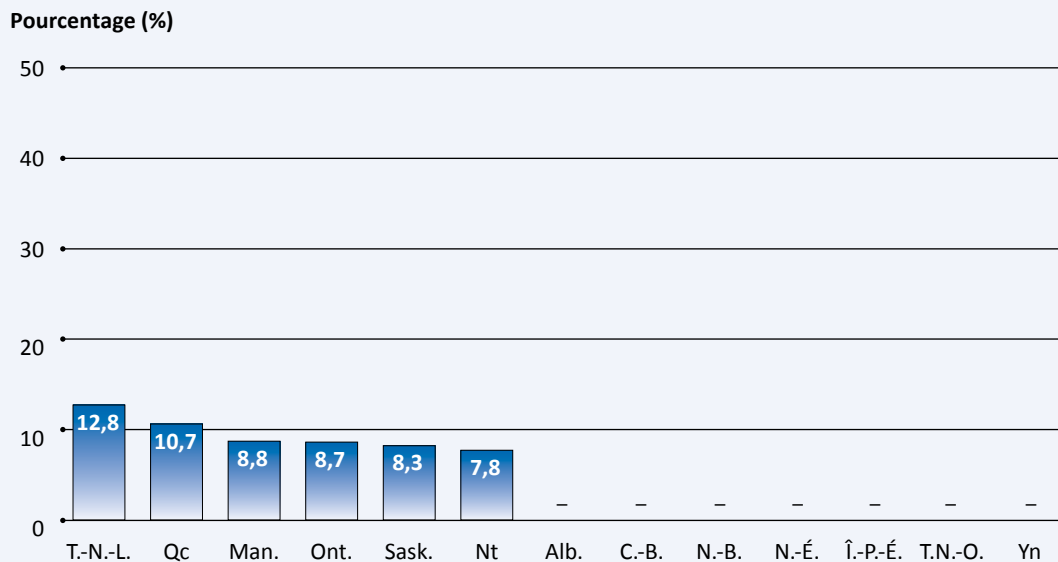
Pourcentage des adultes (≥ 18 ans) déclarant ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2012



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

FIGURE 1.9

Pourcentage des adultes (≥ 18 ans) déclarant avoir dépassé la limite des directives de consommation d'alcool à faible risque* au cours des 12 derniers mois selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2012



* Deux consommations
par jour pour les
hommes et une
consommation par jour
pour les femmes.

« - » Données non
disponibles pour l'Alb.,
la C.-B., le N.-B., la
N.-É., l'Î.-P.-É., les
T.N.-O. et le Yn

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

- L'importance de l'écart observé entre les provinces quant au taux de consommation d'alcool dépassant les directives de consommation d'alcool à faible risque (le taux de Terre-Neuve-et-Labrador est de plus d'une fois et demie celui de la Saskatchewan) donne à penser que le risque pour le cancer que présente la consommation d'alcool est très différent d'une province à l'autre. Pour déterminer la solidité de ce lien, il faudrait évaluer dans quelle mesure ces différences correspondent à l'écart des taux d'incidence du cancer attribuable à la consommation d'alcool.

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- Le projet BETTER (*Building on Existing Tools to Improve Chronic Disease Prevention and Screening in Family Practice*), l'une des initiatives du projet COALITION (Connaissances et action liées pour une meilleure prévention) menées par le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat), permet de concevoir des ressources utiles à la pratique en soins primaires à partir d'outils fondés sur des données probantes servant à réduire la consommation d'alcool et les autres facteurs de risque, et ce, afin de prévenir le cancer et les maladies chroniques.
- Jusqu'à présent, quatre centres de santé en Alberta et quatre autres en Ontario ont mis à l'essai le projet BETTER, qui a attiré environ 800 participants. Ce projet s'est avéré efficace pour améliorer les comportements liés à la santé. Outre les bienfaits pour les patients, il a permis aux praticiens en soins primaires de mieux utiliser le dossier médical des patients pour favoriser et améliorer les résultats des efforts de prévention et de dépistage du cancer et des maladies chroniques²⁵. Le projet est mis en œuvre dans d'autres provinces, notamment en Nouvelle-Écosse, ainsi que dans les régions rurales et éloignées des Territoires du Nord-Ouest et de Terre-Neuve-et-Labrador.
- Le Répertoire des politiques de prévention, tenu à jour par le Partenariat, offre de l'information sur les politiques publiques liées à la consommation d'alcool (ainsi qu'à l'obésité) afin de soutenir l'évolution des politiques. Au cours des dernières années, de nombreux gouvernements ont établi des politiques, des exposés de position et des directives pour favoriser l'adoption de politiques de santé publique qui visent à réduire la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues et les dommages qu'ils causent, ainsi qu'à bâtir des collectivités plus sécuritaires³⁴. Mentionnons, à titre d'exemple, le *Document d'orientation sur la prévention du mésusage de substances* publié par le ministère de la Promotion de la Santé de l'Ontario³⁵, le guide d'élaboration de politiques sur la toxicomanie et le jeu compulsif à l'intention des écoles albertaines d'Alberta Health Services³⁶ et le programme modèle global sur la prévention des dommages causés par la toxicomanie du ministère du Mode de vie sain et du Sport de la Colombie-Britannique³⁷.
- Santé publique Ontario a dernièrement publié le rapport intitulé *Établir le bien-fondé : Outils pour appuyer les politiques locales en matière d'alcool en Ontario*, qui présente les politiques et mesures locales pouvant être mises en œuvre par les administrations municipales et les bureaux de santé publique³⁸. Ces stratégies, lorsqu'elles sont en lien avec les lois nationales et provinciales, permettent de réduire la consommation d'alcool et ses ravages. Ce nouveau rapport peut s'avérer utile pour les autres provinces qui souhaitent élaborer des politiques et stratégies liées à la consommation d'alcool en proposant aux autorités locales des façons de contrôler les comportements liés à l'alcool.

Excès de poids et obésité chez les adultes

Que mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus déclarant une taille et un poids qui représentent un indice de masse corporelle égal ou supérieur à 25 kg/m² (seuil d'embonpoint) ou à 30 kg/m² (seuil d'obésité).

- Le monde entier compte environ 1,4 milliard d'adultes de 20 ans et plus qui souffrent d'un excès de poids; de ce nombre, plus de 200 millions d'hommes et quelque 300 millions de femmes sont obèses³⁹.
- Au Canada, le taux d'obésité a augmenté au cours des vingt dernières années^{40,41}. Entre 2000 et 2011, il s'est accru d'environ 18 %; toutefois, on constate un ralentissement de cette tendance entre 2008 et 2011⁴².
- L'excès de poids et l'obésité, tels que mesurés par l'indice de masse corporelle (IMC), sont d'importants facteurs de risque de plusieurs maladies chroniques, comme les maladies cardiovasculaires, le diabète, les troubles musculo-squelettiques et certaines formes de cancer, dont celui du côlon, du rectum, du sein (chez les femmes ménopausées), de l'endomètre, de l'œsophage, du pancréas et du rein. Ce risque augmente à mesure que l'IMC augmente¹. Le tiers des cancers peut être évité en adoptant une saine alimentation, en faisant une activité physique régulière et en évitant de devenir obèse¹.
- L'une des cibles de la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains est d'accroître de 20 %, d'ici 2015, la proportion des Canadiens qui ont un poids « normal » (IMC entre 18,5 kg/m² et 24,9 kg/m²), en se servant des données de 2003 comme référence. Autrement dit, on vise à ce que 56,0 % des Canadiens soient considérés comme « de poids normal », par rapport à 46,7 % en 2003⁴³.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- En 2012, 52,5 % des Canadiens âgés de 18 ans et plus étaient considérés comme en surpoids (34,1 %) ou obèses (18,4 %), alors que ces proportions étaient respectivement de 33,8 % et

de 18,3 % en 2011³². Ces constatations se fondent sur les données autodéclarées portant sur la taille et le poids qui ont été recueillies dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (figure 1.10).

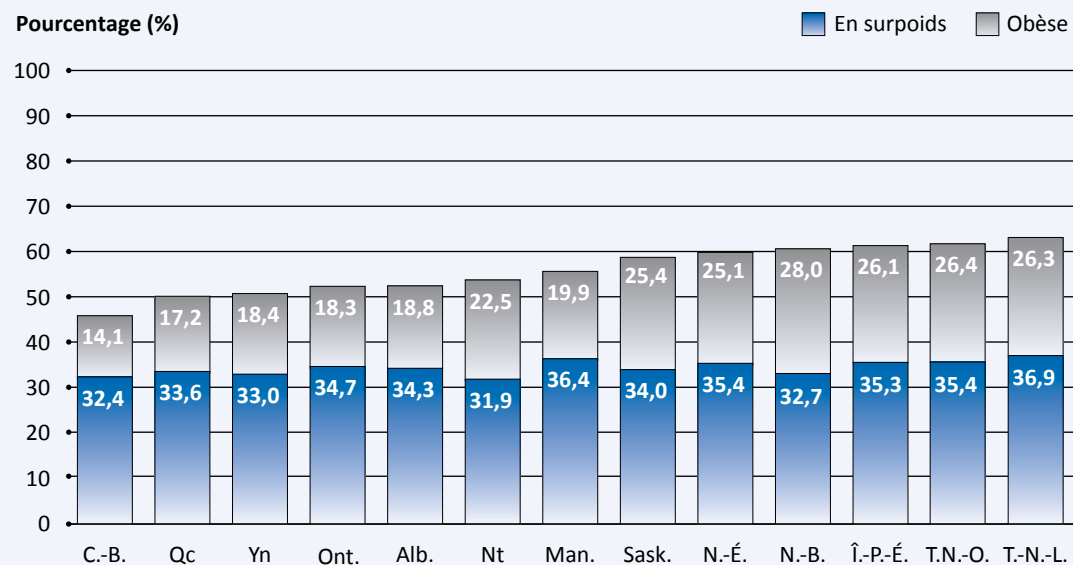
- Le pourcentage des Canadiens qui souffrent d'un excès de poids ou d'obésité varie considérablement entre les provinces et les territoires. On compte davantage de gens dans ces catégories à Terre-Neuve-et-Labrador (36,9 % en surpoids, 26,3 % obèses) et dans les Territoires du Nord-Ouest (35,4 % en surpoids, 26,4 % obèses), mais moins en Colombie-Britannique (32,4 % en surpoids, 14,1 % obèses) et au Québec (33,6 % en surpoids, 17,2 % obèses) (figure 1.10).
- En règle générale, de 2003 à 2012, la catégorie des personnes en surpoids comptait plus d'hommes que de femmes. Bien que les hommes soient plus susceptibles de se dire obèses que les femmes, on constate une baisse importante du taux d'obésité chez les hommes entre 2010 et 2012, alors que celui des femmes s'est accru durant cette période (figure 1.11).

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- L'IMC a été calculé à l'aide de données personnelles sur la taille et le poids déclarées par les répondants. Les études canadiennes fondées sur des mesures réelles montrent que la prévalence de l'obésité est supérieure à celle mesurée dans le cadre de sondages d'autodéclaration (24,3 % pour la période allant de 2007 à 2009 selon l'ESCC)⁴⁴. Les gens ont généralement tendance à surestimer leur taille et à sous-estimer leur poids, ce qui donne à penser que le pourcentage des Canadiens considérés comme en surpoids ou obèses pourrait être plus élevé que celui déclaré dans le cadre de l'ESCC⁴⁵.
- Les répondants dont l'IMC se situe entre 25 kg/m² et 29,9 kg/m² étaient considérés comme des personnes souffrant d'un excès de poids; ceux dont l'IMC dépasse 30 kg/m² étaient considérés comme des personnes obèses^{46,47}.
- La méthode de calcul détaillée qui a été utilisée se trouve à l'annexe technique qui est disponible à l'adresse rendementdusysteme.ca.

FIGURE 1.10

Pourcentage des adultes (≥ 18 ans) considérés comme en surpoids ou obèses selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2012

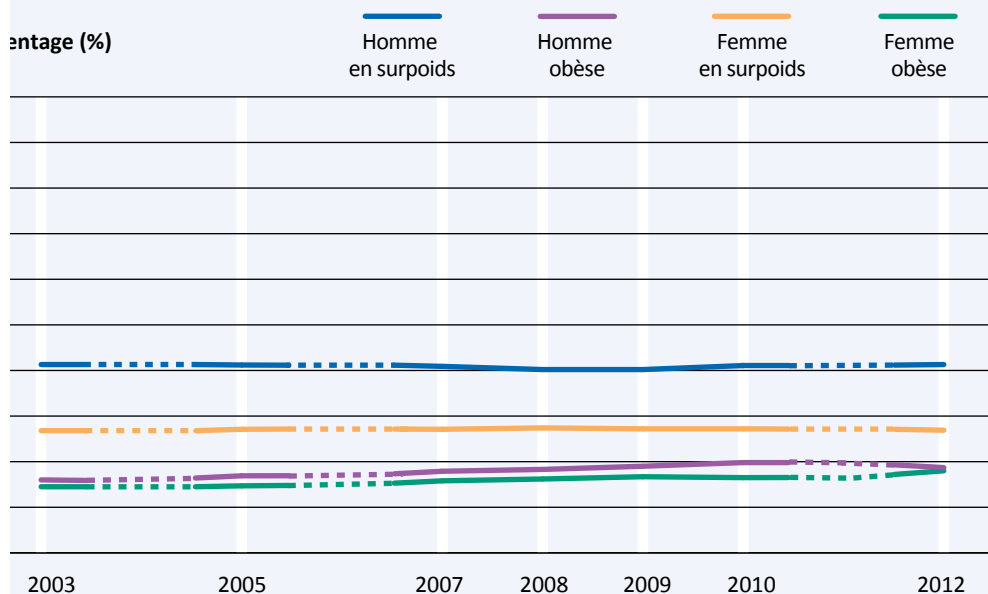


Les catégories « en surpoids » et « obèse » se fondent sur le poids et la taille autodéclarés.

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

FIGURE 1.11

Pourcentage des adultes (≥ 18 ans) considérés comme en surpoids ou obèses selon le sexe, Canada – déclaration faite entre 2003 et 2012



« ■■■ » Données non disponibles.

Les catégories « en surpoids » et « obèse » se fondent sur le poids et la taille autodéclarés.

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

Que doit-on conclure des résultats?

- La hausse constante du taux d'obésité au Canada, qui se situait à près de 20 % de la population en 2012, aura probablement des répercussions sur la morbidité en général et sur le cancer en particulier.
- Selon l'IMC mesuré, le Canada se classe au quatrième rang au chapitre de la prévalence de l'obésité parmi les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), derrière les États-Unis, le Mexique et la Nouvelle-Zélande⁴⁸. Par contre, si l'on se fie aux données autodéclarées pour le Canada, notre pays occupe le 10^e rang parmi les 30 pays de l'OCDE. Le classement différent du Canada que donnent les deux ensembles de données de mesure indique la présence possible de biais dans l'évaluation des indicateurs d'obésité fondée sur les données autodéclarées et que ce biais de déclaration n'est pas universel (sinon le classement de tous les pays serait le même).

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- La *Déclaration sur la prévention et la promotion* des ministres canadiens responsables de la santé, de la promotion de la santé et du mode de vie sain a été adoptée en 2010 afin de miser sur les principes fondamentaux de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains. En plus de proposer un cadre d'action, cette stratégie vise à réduire les facteurs de risque, entre autres l'inactivité physique, les mauvaises habitudes alimentaires et les poids malsains⁴⁹. La Déclaration mise sur ces éléments et affirme que « la promotion de la santé et la prévention des maladies, des incapacités et des blessures sont prioritaires et nécessaires à la viabilité du système de santé »⁵⁰.
- Trois initiatives COALITION (Connaissances et action liées pour une meilleure prévention), soit le Programme d'action coopérative contre l'obésité chez les enfants (PACOE), Bâtir un Canada en santé et le projet BETTER (*Building on Existing Tools to Improve Chronic Disease Prevention and Screening in Family Practice*),

ont été renouvelées jusqu'à la fin de 2014. Chacune comporte certains volets traitant des facteurs de risque en matière d'excès de poids et d'obésité, notamment en ce qui concerne l'activité physique, la nutrition, le cadre bâti, les déterminants sociaux de la santé et le dépistage de l'excès de poids et de l'obésité dans le cadre des pratiques en soins primaires²⁵.

- Le *Rapport sur les investissements dans la recherche sur l'obésité au Canada (2006-2008)* présente les tendances et les écarts des investissements en recherche selon les toutes dernières données relatives aux sommes investies dans la recherche sur l'obésité par les organismes canadiens de financement de la recherche. Il renferme les paramètres de base en vue de planifier et de surveiller les prochains investissements dans la recherche sur l'obésité⁵¹.

Nouvelles études et données probantes

- En juin 2013, l'American Medical Association (AMA) a officiellement reconnu l'obésité comme une maladie, et non une « condition » ou un « trouble », dans le but de réduire l'incidence des maladies non transmissibles, comme les maladies cardiovasculaires et le diabète de type 2, qui sont souvent liées à l'obésité⁵². Il se peut que cette prise de position de l'AMA incite fortement les assureurs à inclure dans leur couverture les chirurgies, médicaments et services de consultation liés à l'obésité et les médecins à y accorder plus d'attention. L'Obesity Society considère l'obésité comme une maladie depuis 2008⁵³. Le Council on Science and Public Health (de l'AMA) n'appuie pas cette nouvelle définition, estimant que la mesure de l'obésité à partir de l'IMC est limitée et sans fondement et que les médecins devraient plutôt continuer à encourager leurs patients à adopter un mode de vie sain pour prévenir l'obésité. D'autres intervenants en désaccord soutiennent qu'il s'agit d'une étiquette qui stigmatise les gens selon leur poids, lequel n'est pas toujours associé à un mauvais état de santé.
- Au Canada, les gouvernements provinciaux ne définissent pas l'obésité comme une maladie à l'heure actuelle; cependant, la décision prise par l'AMA peut inciter les associations médicales canadiennes à entamer des discussions à ce sujet.

Immunsation contre le virus du papillome humain

Que mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le pourcentage des personnes de la cohorte ciblée qui ont reçu la première dose du vaccin contre le virus du papillome humain (VPH). Font partie de la cohorte ciblée les filles (de certains niveaux scolaires ou groupes d'âge) qui fréquentent des écoles ayant offert le programme provincial d'immunsation contre le VPH.

- L'infection par le VPH est à l'origine de presque tous les cancers du col de l'utérus, les types 16 et 18 étant responsables de plus de 70 % des cas⁵⁴. Le VPH est également lié à certains types de cancer de la tête et du cou, au cancer oropharyngien (amygdales et base de la langue) et aux cancers anogénitaux⁵⁴⁻⁵⁶. Bien que le taux d'incidence normalisé selon l'âge des cancers de la tête et du cou ait chuté au Canada, en grande partie en raison du déclin du tabagisme, l'incidence du cancer oropharyngien est en hausse depuis quelques années au Canada^{24,55,57}. Le Centre International de Recherche sur le Cancer reconnaît le fait que le VPH, comme le tabagisme et la consommation d'alcool, est un facteur de risque de cancer de la tête et du cou⁵⁸.
- Environ 80 % des personnes sexuellement actives contractent une infection au VPH à un moment ou l'autre de leur vie; cela dit, la majorité des infections sont transitoires et combattues par le système immunitaire^{59,60}. Le vaccin contre le VPH offre une protection contre les types 16 et 18, qui sont les plus dangereux⁵⁴.
- En 2007, le Comité consultatif national de l'immunsation a formulé des recommandations au sujet du vaccin contre le VPH⁶¹ et, plus tard la même année, le gouvernement fédéral a annoncé l'octroi de subventions aux provinces et aux territoires en vue de la mise en œuvre de programmes d'immunsation contre le VPH (la majorité des provinces et territoires ne visent

que les filles). Selon un essai clinique randomisé mené récemment, le vaccin contre les types 16 et 18 du VPH a permis la diminution du nombre total d'infections par ces deux formes du virus chez les femmes qui l'ont reçu, par rapport au groupe témoin, et ce, environ quatre ans après l'immunsation⁶².

- La mesure et la déclaration de la participation aux programmes d'immunsation contre le VPH permettent de cerner les écarts de rendement et de mettre en lumière les possibilités de redoubler d'efforts dans les activités de prévention.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- Le taux de participationⁱⁱ aux programmes organisés d'immunsation contre le VPH varie selon la province ou le territoire (tableau 1.1).
- Dans les provinces et territoires qui ont en mesure de présenter des données sur cet indicateur, le pourcentage de la population visée par les programmes d'immunsation ayant reçu la première dose du vaccin allait de 68,7 % en Colombie-Britannique à 92 % à Terre-Neuve-et-Labrador (l'année scolaire ayant fait l'objet d'une déclaration varie selon la province ou le territoire, voir le tableau 1.1). N'ayant pas été en mesure de fournir des données réelles, les Territoires du Nord-Ouest et l'Île-du-Prince-Édouard ont présenté une estimation du taux de participation. Ces estimations sont toutefois du même ordre que les données réelles transmises par les autres provinces ou territoires.
- L'ensemble des provinces et des territoires ont mis en œuvre un programme d'immunsation contre le VPH à l'intention des filles. Dernièrement, l'Île-du-Prince-Édouard a entrepris d'immunsiser les garçons, alors que l'Alberta fera de même dès l'automne de 2014. L'Ontario, la Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador et l'Île-du-Prince-Édouard ont été les

ii Le dénominateur du taux de participation déclaré en l'occurrence est le nombre d'élèves des niveaux scolaires ciblés (ces niveaux variant d'une province à l'autre) qui fréquentaient des écoles ayant offert le programme provincial d'immunsation contre le VPH. Il ne s'agit pas de l'ensemble de la population de sexe féminin faisant partie de l'intervalle d'âge ciblé pour la province.

TABLEAU 1.1

Mise en œuvre et couverture vaccinale des programmes organisés d'immunisation contre le virus du papillome humain selon la province ou le territoire

Province / territoire	Date de la 1 ^{re} mise en œuvre	Vaccination systématique (0, 2, 6 mois)					Programme de rattrapage		
		Classe	Année scolaire	Couverture vaccinale			Classe	Année scolaire	Couverture vaccinale
				1 ^{re} dose	2 ^e dose	3 ^e dose			
Colombie-Britannique	Sept. 2008	6 ^e année	2011-2012	68,7 %			9 ^e année (2008-2011)	2011	61,7 %
Alberta	Sept. 2008	5 ^e année	2010-2011			60,2 %	9 ^e année (2009-2012)	2010-2011	60,1 %
Saskatchewan	Sept. 2008	6 ^e année		73,0 %			7 ^e année (2008-2009)		
Manitoba	Sept. 2008	6 ^e année	2011-2012	72,0 %			S.O.		
Ontario	Sept. 2007	8 ^e année	2009-2010			59,0 %	*		
Québec	Sept. 2008	4 ^e année (3 ^e prim.) 9 ^e année (3 ^e sec.)		84,0 % (4 ^e), 91,0 % (9 ^e)			< 18 ans		
Nouveau-Brunswick	Sept. 2008	7 ^e année	2011-2012			75,8 %	8 ^e année (2008-2009)		
Nouvelle-Écosse	Sept. 2007	7 ^e année	2011-2012			72,0 %	8 ^e année (2010-2011), 10 ^e année (2009-2010)		
Île-du-Prince-Édouard	Sept. 2007	6 ^e année		80,0 % (est.)			9 ^e année (2009-2010)		
Terre-Neuve-et-Labrador	Sept. 2007	6 ^e année		92,0 %			9 ^e année (2008-2010)		84,0 %
Territoires du Nord-Ouest	Sept. 2009	4 ^e , 5 ^e et 6 ^e années		71,0 % (est.)			11 ^e et 12 ^e années (2009-2010), 10 ^e et 11 ^e années (2010-2011), 9 ^e et 10 ^e années (2011-2012), 9 ^e année (2012-2014)		
Yukon	Sept. 2009	6 ^e année					7 ^e et 8 ^e années		
Nunavut	Mars 2010	6 ^e année ou ≥ 9 ans					S.O.		

* L'Ont. offre une admissibilité prolongée aux filles de 9^e année qui ont reçu au moins une dose en 8^e année.

Source de données : Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus; *Relevé des maladies transmissibles au Canada* de l'Agence de la santé publique du Canada

premières provinces à offrir un programme d'immunisation contre le VPH dans les écoles, et ce, dès 2007; d'autres leur ont emboîté le pas en 2008. En 2010, l'ensemble des provinces et des territoires avaient mis en œuvre un programme d'immunisation en milieu scolaire (tableau 1.1).

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Il n'a pas été possible d'assurer une collecte uniforme de données dans l'ensemble des provinces et territoires. Par conséquent, le tableau 1.1 présente toutes les données obtenues des programmes de vaccination provinciaux et territoriaux.
- Les Territoires du Nord-Ouest et l'Île-du-Prince-Édouard n'ont pu fournir qu'une estimation du nombre de personnes vaccinées; il faut donc interpréter leurs données avec prudence.
- Le vaccin contre le VPH est administré en trois doses sur une période de six mois. Cet indicateur indique le pourcentage de la population visée ayant reçu la première des trois doses (sauf indication contraire). De récentes études donnent à penser que l'immunisation contre le VPH peut être efficace après deux seules doses⁶³.
- Les données de l'Alberta, de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse indiquent le pourcentage de la population visée ayant reçu les trois doses en série; en ce qui concerne leurs résultats, on peut s'attendre à ce que le nombre de personnes ayant reçu la première dose soit plus élevé que celui qui est indiqué.
- Les programmes provinciaux et territoriaux diffèrent quant à la population visée, ainsi que le plan de mise en œuvre et les étapes qui s'y rattachent. À mesure que les provinces et les territoires poursuivent la mise en œuvre de leur programme d'immunisation respectif, il serait normal que les pourcentages augmentent et que la variation interprovinciale et interterritoriale s'amenuise.

Que doit-on conclure des résultats?

- Selon ces résultats, le taux d'immunisation contre le VPH varie encore beaucoup selon la province ou le territoire. À certains endroits, jusqu'à 40 % des filles admissibles ne sont pas entièrement immunisées, alors qu'elles sont moins de 25 % à certains autres. Ces différences pourraient avoir des conséquences sur le futur taux d'incidence du cancer du col de l'utérus dans les provinces et les territoires.
- Selon l'étude sur la couverture vaccinale des adolescentes de 13 à 18 ans contre le VPH effectuée en 2012 aux États-Unis par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), on constate que 53,8 % des filles avaient reçu au moins une dose du vaccin contre le VPH (par rapport à 53,0 % en 2011), alors que 33,4 % d'entre elles en avaient reçu au moins trois doses (par rapport à 34,8 % en 2011). Le taux de vaccination s'est accru aux États-Unis entre 2007 et 2011; 2012 est la première année où on n'observe pas de hausse à ce chapitre⁶⁶.
- Au Royaume-Uni, 76,4 % des filles âgées de 12 et 13 ans qui étaient admissibles à la vaccination systématique contre le VPH au cours de l'année scolaire 2009-2010 ont reçu les trois doses, alors que 84,3 % ont reçu au moins une dose⁶⁷. En Australie, la participation aux programmes d'immunisation contre le VPH en milieu scolaire, mis en œuvre en 2007, a également été importante. Parmi les filles de 12 et 13 ans qui pouvaient recevoir le vaccin dans le cadre du programme d'immunisation de leur école entre 2007 et 2012, 81 % ont reçu la première dose et 69 %, les trois doses⁶⁸. Le programme d'immunisation en milieu scolaire de ce pays s'étend dorénavant aux garçons.

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- La population visée par les programmes d'immunisation varie d'une province et d'un territoire à l'autre, le groupe le plus jeune étant formé d'élèves de 4^e année (de huit à dix ans environ) et le groupe le plus âgé, d'étudiants de 8^e ou de 9^e année (13 à 15 ans environ). Des cohortes de rattrapage ont été formées dans 10 des 13 provinces et territoires afin d'offrir le vaccin à des groupes d'étudiants plus âgés. Les cohortes de rattrapage se composent généralement d'étudiants d'une à quatre années au-dessus de la population visée. La mise en œuvre des programmes provinciaux et territoriaux se poursuit, ce qui permet d'offrir le vaccin à un plus grand nombre de filles du groupe d'âge ciblé.
- En collaboration directe avec l'Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, la Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie de l'Agence de la santé publique du Canada est à élaborer des indicateurs de qualité liés à l'immunisation contre le VPH, de même qu'à évaluer la capacité de mesurer ces indicateurs dans l'ensemble des provinces. Ces activités visent l'établissement de rapports ultérieurs portant sur une série d'indicateurs de base en matière de lutte contre le cancer du col de l'utérus.

Nouvelles études et données probantes

- La plupart des programmes provinciaux et territoriaux d'immunisation contre le VPH continuent de ne cibler que les filles. La province de l'Île-du-Prince-Édouard a été la première à étendre son programme public de lutte contre le VPH aux garçons d'âge scolaire, suivie dernièrement par l'Alberta, après que la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a prié les gouvernements d'offrir le vaccin aux garçons de moins de 18 ans⁶⁹. De plus, en 2012, le Comité consultatif national de l'immunisation, qui est chargé d'examiner les ouvrages scientifiques sur les vaccins et de formuler des recommandations, a mis à jour ses recommandations afin d'inclure au programme d'immunisation les garçons âgés entre 9 et 26 ans⁷⁰.
- L'inclusion des garçons aux programmes d'immunisation contre le VPH (pour leur offrir la même protection que les filles) leur permettra d'être moins à risque de contracter les cancers oropharyngien et anogénitaux causés par le VPH et d'infecter les filles lors d'une relation sexuelle. Le National Cancer Institute estime que 85 % des cas de cancer de l'anus et plus de la moitié des cas de cancer du pénis sont liés au VPH⁷¹. Cela dit, l'efficacité de la vaccination des garçons par rapport à son coût fait toujours l'objet de débats.
- En août 2013, le ministère de la Santé du Québec annonçait la suppression de la troisième dose du vaccin contre le VPH chez les filles à compter de l'automne 2013. Cette modification ne concerne que les filles ayant reçu leur première dose du vaccin avant leur adolescence (à 9 ou 10 ans). Le nouveau calendrier d'immunisation adopté par le Québec découle d'une étude publiée dans le *Journal of the American Medical Association* qui démontre que les filles âgées de 9 à 13 ans ont, après deux doses du vaccin, une réaction immunitaire semblable à celle des filles ayant reçu les trois doses⁶³.

2. Dépistage

Dépistage du cancer
du col de l'utérus

46

Dépistage du cancer
du sein

48

Dépistage du cancer
colorectal

50



2. Dépistage

Sur les quelque 187 600 nouveaux cas de cancer diagnostiqués au Canada en 2013, le quart (26 %) étaient des cas de cancer du sein, de cancer colorectal et de cancer du col de l'utérus, soit les trois mêmes types de cancer pour lesquels il existe des programmes de dépistage au sein de la population au Canada⁷². Le dépistage peut avoir lieu dans le cadre de ces programmes ou hors programme.

Il a été démontré que le dépistage systématique permet de réduire à la fois les taux d'incidence et de mortalité liés au cancer du col de l'utérus⁷³⁻⁷⁶ et au cancer colorectal⁷⁷⁻⁸⁰, ainsi que la mortalité par cancer du sein⁸¹⁻⁸⁶, car il permet de détecter les précancres, ainsi que déceler les cancers avant qu'ils n'évoluent vers le stade métastatique. Toutefois, pour que l'ensemble de ces résultats puissent se concrétiser, il faut qu'une large proportion de la population cible ait accès à un dépistage de haute qualité.

Ce chapitre présente les taux de dépistage autodéclarés du cancer du col de l'utérus, du cancer du sein et du cancer colorectal établis

à partir de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Afin de pouvoir évaluer les changements survenus dans les taux de dépistage au fil du temps, nous présentons les résultats d'enquête de 2008 et de 2012.

Les données présentées dans cette section reposent sur les résultats d'enquête d'autodéclaration, mais une étude antérieure portant sur le dépistage du cancer du sein au Canada indique que les taux de dépistage établis à partir d'autodéclarations correspondent approximativement au taux global du dépistage effectué dans le cadre de programmes organisés et hors de ces programmes⁸⁷.

Indicateur	Sommaire des résultats
Dépistage du cancer du col de l'utérus	En 2012, le pourcentage des femmes du groupe d'âge visé déclarant avoir subi un test Pap au cours d'une période de trois ans dépassait 70 % à l'échelle du pays, allant de 71,4 % au Québec à 88,7 % à l'Île-du-Prince-Édouard. Dans l'ensemble, le taux de dépistage est demeuré assez stable entre 2008 et 2012.
Dépistage du cancer du sein	Les données de 2012 montrent que le taux de dépistage autodéclaré d'anomalies au sein varie d'une région à l'autre du pays, allant de 57,4 % au Yukon à 74,9 % au Québec. Le taux de dépistage est demeuré assez stable dans la plupart des provinces entre 2008 et 2012.
Dépistage du cancer colorectal	Le taux de dépistage autodéclaré du cancer colorectal varie d'une région à l'autre du pays, allant de 28,3 % au Québec à 59,2 % au Manitoba. Entre 2008 et 2012, le pourcentage des Canadiens se disant à jour dans leurs tests de dépistage du cancer colorectal a augmenté dans toutes les provinces; l'expression « à jour » signifie que la personne a subi soit un test de recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux années précédentes, soit une sigmoïdoscopie ou une coloscopie au cours des cinq années précédentes.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Que mesure-t-on?

L'indicateur mesure le pourcentage des femmes de 18 à 69 ans déclarant avoir subi au moins un test Pap au cours d'une période de trois ans. L'indicateur se fonde sur les données de 2008 et de 2012.

- Quelque 1 460 femmes ont reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus au Canada en 2013⁷². L'infection par les types de virus du papillome humain (VPH) à haut risque est à l'origine de presque tous les cas de cancer du col de l'utérus, 70 % de ceux-ci étant attribuables aux VPH de types 16 et 18⁸⁸. L'incidence du cancer du col de l'utérus et la mortalité qui lui est attribuée ont diminué au Canada et dans d'autres pays développés, et ce, en grande partie grâce au dépistage effectué à l'aide de la cytologie du col utérin (le test Pap). Le test Pap permet de déceler les changements cellulaires anormaux et d'intervenir avant qu'un cancer envahissant ne se développe^{89,90}.
- Le test Pap a été adopté dans l'ensemble du Canada comme outil de dépistage du cancer du col de l'utérus vers la fin des années 1960. En dépit de sa vaste utilisation, le défaut de se soumettre dans les délais recommandés aux examens de dépistage du cancer du col de l'utérus demeure un facteur de risque important de développer ce cancer⁹¹. Selon une méta-analyse, en moyenne 53,8 % des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer envahissant du col de l'utérus avaient des antécédents douteux en matière de dépistage et, de ce nombre, 41,5 % n'avaient jamais subi de test de dépistage⁹².

Quels résultats a-t-on obtenus?

- Selon les données de 2012, le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus dépassait 70 % à l'échelle du pays, allant de 71,4 % au Québec à 88,7 % à l'Île-du-Prince-Édouard (figure 2.1).

De façon générale, le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus est demeuré assez stable entre 2008 et 2012, augmentant dans certaines provinces et diminuant dans d'autres, mais l'écart entre les taux relevés au cours des deux années ne dépassait pas 2 % ou 3 %. Font exception l'Île-du-Prince-Édouard, le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest, où l'on prévoit de plus grands écarts d'une année à l'autre en raison de la taille plus restreinte des échantillons d'enquête.

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

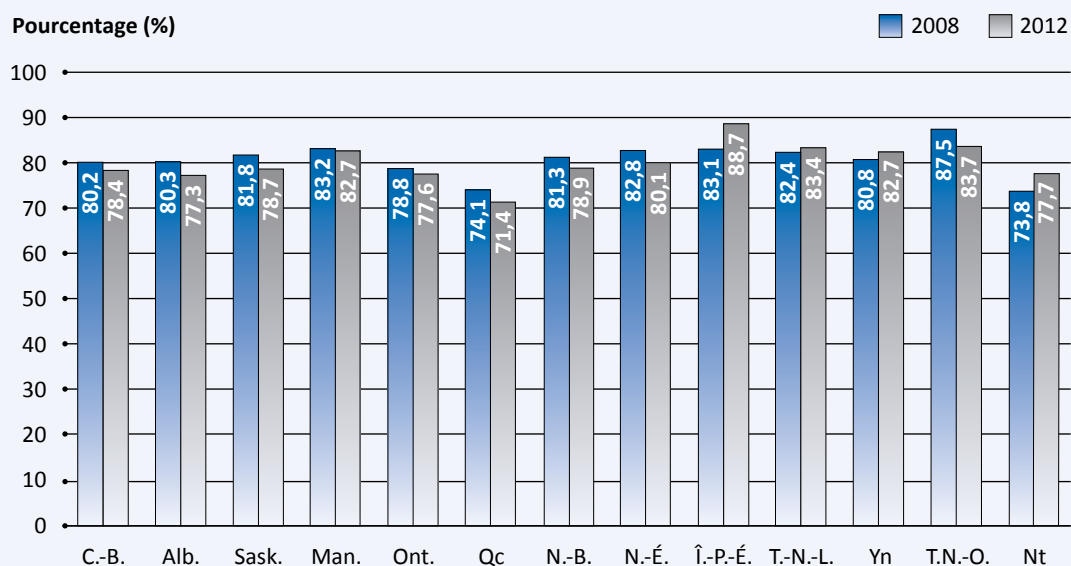
- En ce qui concerne le cancer du col de l'utérus, les données présentées portent sur les femmes de 18 à 69 ans parce qu'elles représentent la population de la tranche d'âge visée en 2008 selon les lignes directrices nationales. Depuis lors, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a révisé les lignes directrices et recommande que le dépistage débute à 25 ans, et non plus à 18 ans comme c'était le cas auparavant⁹³. Dans la plupart des provinces et des territoires, les lignes directrices provinciales recommandent que le dépistage débute à 21 ans.
- La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique qui se trouve à l'adresse rendementdusysteme.ca.

Que peut-on conclure des résultats?

- Pour que les taux d'incidence et de mortalité liés au cancer du col de l'utérus continuent de diminuer, il faut qu'un nombre accru de femmes subissent le dépistage par le test Pap, tel que recommandé, et qu'elles obtiennent des soins de suivi appropriés en temps opportun à la suite de résultats anormaux.
- Le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus dépasse 70 % à l'échelle du pays, mais un rapport récent du Partenariat canadien contre le cancer

FIGURE 2.1

Pourcentage[†] des femmes (de 18 à 69 ans) déclarant avoir subi au moins un test Pap au cours des trois dernières années selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2008 et 2012



† Normalisé selon l'âge en fonction de la population type de 1991.

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

(le Partenariat) révèle que le taux de dépistage de ce cancer est inférieur dans certains segments de la population, notamment chez les femmes des ménages à faible revenu et chez les nouvelles immigrantes au Canada. Par exemple, 72,0 % des femmes provenant de ménages à faible revenu ont déclaré avoir subi au moins un test Pap au cours des trois années précédentes, alors qu'elles sont 88,0 % à l'avoir fait parmi les ménages ayant le revenu le plus élevé. Les prochains efforts devraient donc viser à joindre les femmes ayant rarement ou n'ayant jamais subi un dépistage⁹⁴.

- Des vaccins sont maintenant disponibles pour protéger les femmes contre les deux formes de VPH qui sont à l'origine de presque tous les cas de cancer du col de l'utérus (VPH de types 16 et 18). Il faut néanmoins poursuivre la

surveillance du dépistage de ce type de cancer à l'ère de la vaccination contre le VPH, et ce, pour plusieurs raisons :

- D'abord, les vaccins actuels ne protègent pas les personnes qui présentent une infection au VPH à haut risque avant l'immunisation (le VPH regroupe plus de 150 virus apparentés dont certains sont désignés comme étant « à haut risque » parce qu'ils peuvent causer un cancer).
- Ensuite, le vaccin ne cible que les types 16 et 18 qui, ensemble, ne représentent qu'environ 70 % des cas de cancer du col de l'utérus⁹⁵.
- Enfin, les vaccins contre le VPH ne sont utilisés que depuis peu, et il n'existe actuellement pas assez de données probantes pour déterminer le rôle futur du dépistage chez les femmes vaccinées contre le VPH.

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- L'incidence du cancer du col de l'utérus atteint un sommet chez les femmes en âge de procréer⁵⁶. C'est pourquoi les lignes directrices canadiennes sur le dépistage du cancer du col de l'utérus formulées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommandent un dépistage systématique (tous les trois ans) à partir de 25 ans chez les femmes asymptomatiques qui sont sexuellement actives ou qui l'ont déjà été.
- L'Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus (IPDCCU) est un réseau national dont le travail est de maximiser la lutte contre le cancer du col de l'utérus. Mise sur pied en juin 2009 dans le but d'optimiser la participation aux programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus et les retombées de ces programmes, l'IPDCCU sert de tribune nationale permettant aux provinces et aux territoires de communiquer leur expérience et d'examiner les nouvelles technologies et

données probantes. Le réseau mesure une gamme d'indicateurs de la qualité qui permettent de suivre et d'évaluer les progrès réalisés et de cerner les possibilités d'amélioration.

- Depuis qu'est disponible un vaccin contre le VPH, virus pouvant causer le cancer du col de l'utérus, la situation du dépistage du cancer du col de l'utérus a changé. Grâce à la vaccination, un nombre croissant de jeunes femmes et de jeunes hommes bénéficieront d'une protection accrue, mais quand même incomplète, contre le cancer du col de l'utérus et certains autres types de cancer. En outre, de nouveaux examens permettent de déceler la maladie au stade précoce, et certains d'entre eux permettent de déceler les infections par les types de VPH les plus dangereux. Grâce à ces avancées importantes, de nouvelles possibilités et méthodes de lutte contre le cancer du col de l'utérus font l'objet d'études partout au pays et à l'étranger. À l'avenir, le test Pap effectué de manière régulière pourrait être remplacé par des examens de dépistage des infections au VPH.

Dépistage du cancer du sein

Que mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le pourcentage des femmes admissibles de 50 à 69 ans déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes. L'indicateur se fonde sur les données de 2008 et de 2012.

- Le cancer du sein est le cancer le plus courant chez les Canadiennes, représentant environ plus d'un quart (26,1 %) des nouveaux cas de cancer chez les femmes et environ 13,9 % des décès attribuables au cancer parmi les femmes en 2013⁹⁶. Selon les résultats d'essais cliniques,

une importante diminution des décès par cancer du sein a été observée chez les femmes sélectionnées au hasard pour subir un dépistage, comparativement à celles ayant fait l'objet des soins usuels⁸¹⁻⁸³. L'adoption largement répandue du dépistage par mammographie a contribué à une diminution de la mortalité par cancer du sein⁹⁷. Des programmes organisés de dépistage du cancer du sein ont été mis en œuvre dans toutes les régions du pays afin de détecter rapidement la maladie chez les femmes asymptomatiques. À ce jour, l'ensemble des provinces et des territoires, sauf le Nunavut, offrent des programmes organisés de dépistage du cancer du sein.

Quels résultats a-t-on obtenus?

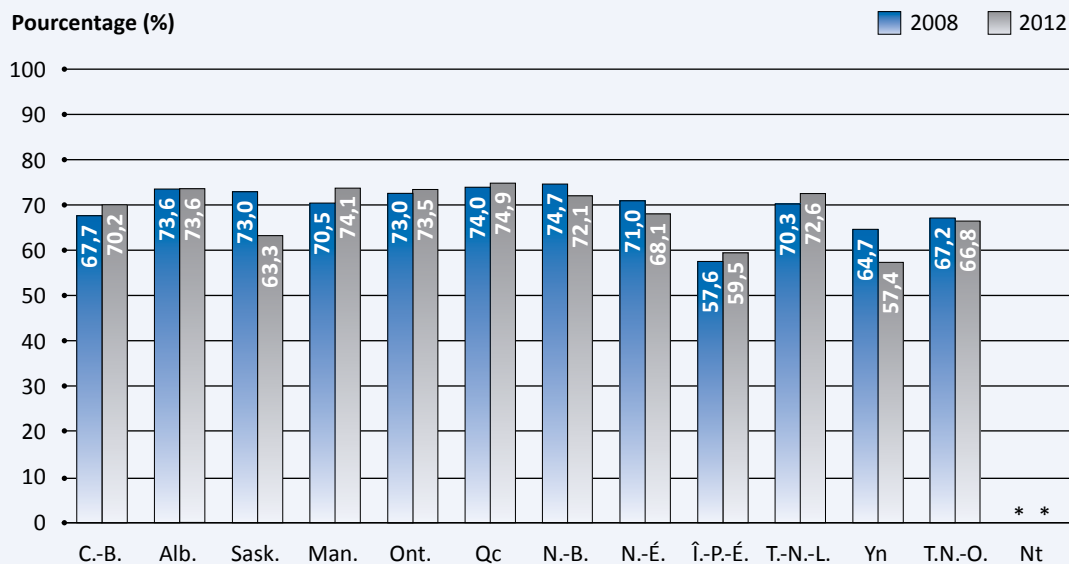
- Les données de 2012 révèlent des écarts considérables à l'échelle du pays dans le pourcentage de femmes déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes, les taux allant de 57,4 % au Yukon à 74,9 % au Québec (figure 2.2). Entre 2008 et 2012, le taux de dépistage du cancer du sein est demeuré assez stable dans la plupart des provinces et des territoires. Les données indiquent toutefois une diminution importante du taux de dépistage du cancer du sein en Saskatchewan, qui est passé de 73,0 % en 2008 à 63,3 % en 2012. Ce taux a aussi diminué au Yukon (passant de 64,7 % à 57,4 %), mais il se peut que ce changement reflète des fluctuations naturelles découlant de la petite taille des échantillons d'enquête.

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- L'indicateur exclut les femmes qui ont subi des mammographies visant à étudier une masse ou un autre problème mammaire ou à faire le suivi d'un traitement contre le cancer du sein.
- Une étude de 2011 permet de comparer le taux de participation à des tests de dépistage programmatique (c.-à-d. organisé) du cancer du sein et au dépistage effectué en dehors d'un programme organisé, d'une part, et le taux de dépistage autodéclaré tiré de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), d'autre part. L'analyse révèle que le taux de dépistage du cancer du sein autodéclaré tiré de l'ESCC se rapproche beaucoup du taux global de dépistage effectué dans le cadre de programmes organisés et en dehors de ces programmes⁹⁸.
- La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique qui se trouve à l'adresse rendementdusysteme.ca.

FIGURE 2.2

Pourcentage des femmes admissibles[†] (de 50 à 69 ans) déclarant avoir subi une mammographie de dépistage^{††} au cours des deux dernières années selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2008 et 2012



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

† Une femme est jugée admissible à une mammographie de dépistage si celle-ci n'est pas effectuée pour étudier une masse ou un problème mammaire décelé antérieurement ni pour faire le suivi d'un traitement contre le cancer du sein.

†† Exclut les tests effectués en présence de symptômes.

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

Que peut-on conclure des résultats?

- Un examen récent des données probantes a révélé que le dépistage systématique par mammographie a entraîné une baisse de 21 % de la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans⁹⁹. Le dépistage plus précoce du cancer du sein peut donc contribuer à la prestation de traitements plus efficaces et améliorer les résultats et la survie des femmes.
- Selon un rapport récent du Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat), les femmes ne sont pas toutes aussi enclines à se soumettre au dépistage du cancer du sein. Les données de 2008 se rapportant à l'ensemble du Canada indiquent que le taux de dépistage du cancer du sein est inférieur chez les femmes issues des ménages à faible revenu et les nouvelles immigrantes⁹⁴. Les efforts devraient donc viser à faire en sorte que les femmes ayant rarement ou n'ayant jamais subi ce dépistage aient un accès plus équitable au dépistage du cancer du sein et qu'elles y participent davantage. Les efforts déployés antérieurement pour améliorer l'accès au dépistage à l'intention des femmes vivant dans des collectivités rurales et éloignées démontrent que les interventions ont permis de rendre l'accès et la participation au dépistage plus équitables¹⁰⁰.

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- Les lignes directrices nationales sur le dépistage du cancer du sein diffusées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommandent que les femmes de 50 à 74 ans présentant un risque moyen de contracter le cancer du sein se soumettent à un dépistage systématique par mammographie tous les deux ou trois ans⁹⁹.
- Le groupe de travail sur la surveillance et l'évaluation du réseau de dépistage du cancer du sein du Partenariat évalue systématiquement les programmes organisés de dépistage du cancer du sein offerts à l'échelle du pays, afin de s'assurer que les femmes profitent d'un dépistage de haute qualité. Le document intitulé *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada : Rapport sur la performance des programmes en 2007 et en 2008* publié en 2013 se veut une évaluation du rendement des programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada. Les données proviennent de la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein. Le rapport présente plusieurs mesures nouvelles ou modifiées concernant l'efficacité du dépistage du cancer du sein, y compris la proportion de femmes ayant subi un test de dépistage annuel, la sensibilité du programme de dépistage par mammographie et la biopsie indiquant la non-malignité, ainsi qu'une description plus complète des intervalles diagnostiques.

Dépistage du cancer colorectal

Que mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le pourcentage des personnes de 50 à 74 ans déclarant être à jour dans leurs tests de dépistage du cancer colorectal, c'est-à-dire qu'elles ont subi soit une analyse des selles au cours des deux années précédentes, soit une coloscopie ou une sigmoïdoscopie au cours des cinq années précédentes. L'indicateur se fonde sur les données de 2008 et de 2012.

- En 2013, on estime que 13 300 Canadiens et 10 600 Canadiennes recevront un diagnostic de cancer colorectal et que 9 200 d'entre eux succomberont à cette maladie, ce qui la place au second rang des principales causes de décès par cancer au Canada, tout juste après le cancer du poumon⁹⁶. Le dépistage effectué à partir de l'analyse des sellesⁱⁱⁱ réduit la mortalité attribuable au cancer colorectal et l'incidence

globale de ce cancer grâce à la détection de polypes précancéreux⁷⁷⁻⁸⁰.

- Cette section du rapport rend compte du pourcentage des Canadiens qui sont à jour dans leurs tests de dépistage du cancer colorectal selon les données autodéclarées dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'expression « à jour » signifie que la personne a subi soit une analyse des selles au cours des deux années précédentes, soit une coloscopie ou une sigmoïdoscopie au cours des cinq années précédentes^{iv}.
- Le test de recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) peut être un test au gaïac (FTg) ou un test immunochimique (FTi ou TIS).

ont été les premières provinces à se doter d'un programme de dépistage du cancer colorectal (en 2007 et 2008), ont réussi à instaurer un programme accessible à la majorité (80 %), voire à l'ensemble de leur population et présentent les taux de dépistage les plus élevés¹⁰¹.

- Entre 2008 et 2012, le pourcentage de citoyens déclarant être à jour dans leur dépistage du cancer colorectal a augmenté dans toutes les provinces et deux territoires. Une hausse notable a été observée en Alberta, où 50,3 % des citoyens ont déclaré être à jour en 2012, par rapport à 28,6 % en 2008.
- En 2012, le taux de dépistage du cancer colorectal tendait à être plus faible chez le groupe d'âge visé le plus jeune (les personnes de 50 à 59 ans) que chez le groupe d'âge le plus avancé (60 à 74 ans). Le taux était similaire chez les hommes et les femmes (figure 2.4).
- L'examen du taux de dépistage selon le type de test (test de RSOS au cours des deux dernières années ou endoscopie au cours des cinq dernières années) en 2012 a révélé que la sigmoïdoscopie ou la coloscopie était plus utilisée en Ontario et que les tests de RSOS étaient surtout utilisés au Manitoba. Selon les tendances relatives au taux de dépistage du cancer colorectal selon le type de test, l'utilisation de la sigmoïdoscopie, de la coloscopie et des tests de RSOS a augmenté entre 2008 et 2012 (figures 2.5 et 2.6).

Quels résultats a-t-on obtenus?

- Les données sur le dépistage du cancer colorectal révèlent des écarts considérables à l'échelle du pays dans le pourcentage des Canadiens déclarant être à jour dans leur dépistage, celui-ci allant de 28,3 % au Québec à 59,2 % au Manitoba (figure 2.3). Ces écarts reflètent probablement les différentes étapes de mise en œuvre auxquelles sont parvenus les programmes de dépistage dans les provinces, ainsi que les initiatives de soins primaires visant à accroître le dépistage opportuniste du cancer colorectal dans certaines provinces. L'Ontario, le Manitoba et l'Alberta, qui

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

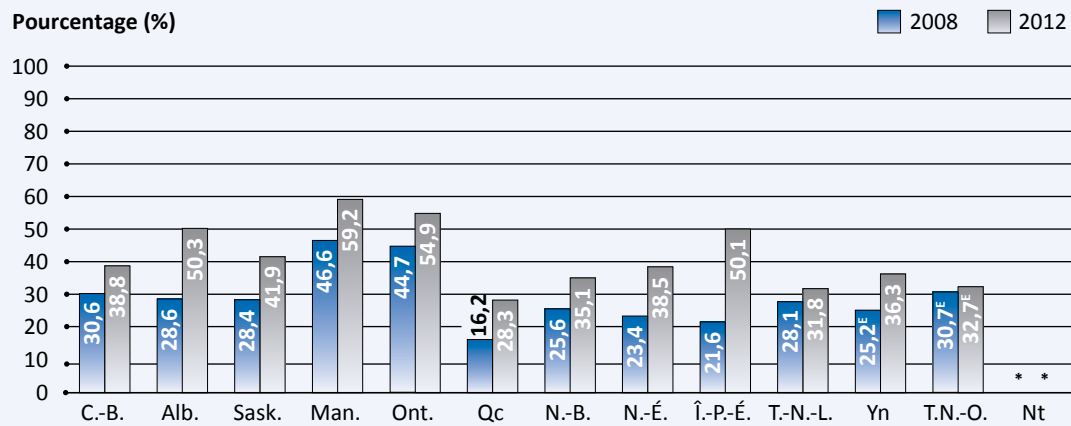
- L'indicateur tient compte des répondants qui ont déclaré avoir subi un test de dépistage du cancer colorectal pour l'une des raisons suivantes : antécédents familiaux, examen médical régulier, dépistage systématique, âge ou race. L'indicateur exclut le dépistage effectué pour l'une des raisons suivantes : suivi d'un problème, suivi d'un traitement contre le cancer colorectal et toute autre raison.
- L'« analyse des selles » englobe les tests FTg et FTi. La coloscopie et la sigmoïdoscopie sont aussi acceptables comme tests de dépistage et sont donc incluses dans la définition de la notion « à jour » prise en compte par l'indicateur.
- Puisque les données d'enquête ne font pas de distinction entre l'intervalle de la sigmoïdoscopie et celui de la coloscopie, on s'est fondé sur la période de cinq ans pour les deux modalités. Il se peut donc que cet indicateur sous-estime la population réelle qui est à jour.
- La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique qui se trouve à l'adresse rendementdusysteme.ca.

iii On a mené des essais contrôlés randomisés pour étudier le dépistage annuel et bisannuel effectué au moyen des tests de recherche de sang occulte dans les selles au gaïac (FTg).

iv L'intervalle de dépistage recommandé est de cinq ans pour la sigmoïdoscopie et de dix ans pour la coloscopie. Puisque les données d'enquête ne font pas de distinction entre l'intervalle de la sigmoïdoscopie et celui de la coloscopie, on s'est fondé sur la période de cinq ans pour les deux modalités.

FIGURE 2.3

Pourcentage de la population (de 50 à 74 ans) déclarant avoir subi un test de dépistage de sang dans les selles[†] au cours des deux dernières années ou une sigmoïdoscopie/coloscopie de dépistage[†] au cours des cinq dernières années selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2008 et 2012



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

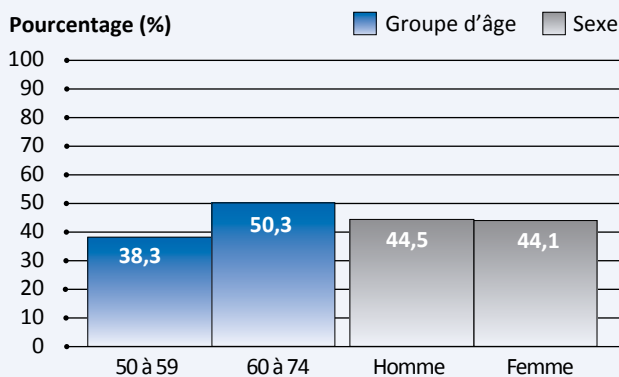
[‡] À interpréter avec prudence en raison de la grande variabilité des estimations.

[†] Exclut les tests effectués en présence de symptômes.

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

FIGURE 2.4

Pourcentage de la population (de 50 à 74 ans) déclarant avoir subi un test de dépistage de sang dans les selles[†] au cours des deux dernières années ou une sigmoïdoscopie/coloscopie de dépistage[†] au cours des cinq dernières années selon le groupe d'âge et selon le sexe, Canada – déclaration faite en 2012

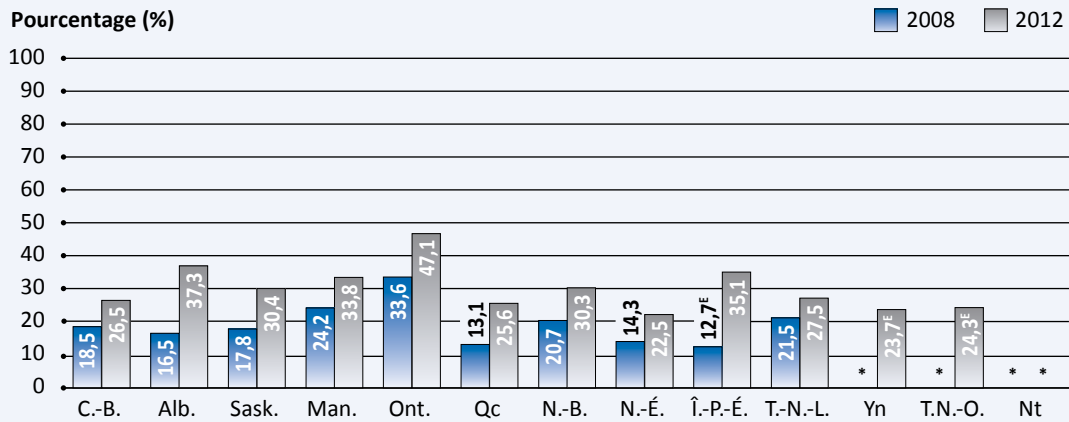


[†] Exclut les tests effectués en présence de symptômes.

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

FIGURE 2.5

Pourcentage de la population (de 50 à 74 ans) déclarant avoir subi une sigmoïdoscopie/coloscopie de dépistage[†] au cours des cinq dernières années selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2008 et 2012



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

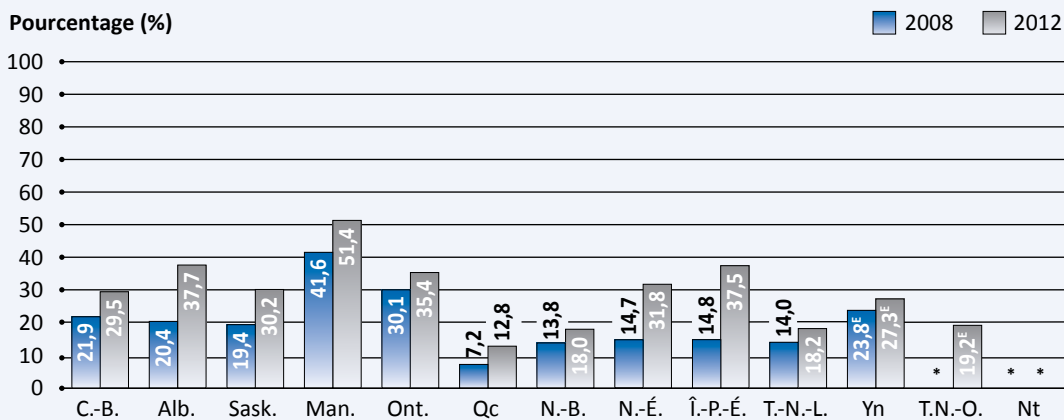
€ À interpréter avec prudence en raison de la grande variabilité des estimations.

† Exclut les tests effectués en présence de symptômes.

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

FIGURE 2.6

Pourcentage de la population (de 50 à 74 ans) déclarant avoir subi un test de dépistage de sang dans les selles[†] au cours des deux dernières années selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2008 et 2012



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

€ À interpréter avec prudence en raison de la grande variabilité des estimations.

† Exclut les tests effectués en présence de symptômes.

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

Que peut-on conclure des résultats?

- Des études montrent que le dépistage systématique effectué à l'aide du test de RSOS chez les personnes de 50 ans et plus, suivi d'une coloscopie chez celles dont le résultat de test de RSOS est anormal, peut réduire les décès attribuables au cancer colorectal⁷⁷.
- Le taux de dépistage autodéclaré du cancer colorectal a augmenté au Canada, mais il demeure plus faible que ceux du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. Cela n'est toutefois pas étonnant puisque les lignes directrices sur le dépistage du cancer colorectal sont beaucoup plus récentes que celles se rapportant au cancer du col de l'utérus et au cancer du sein.
- Les prochaines démarches devraient viser à accroître le dépistage du cancer colorectal chez les personnes de 50 à 59 ans, ainsi que chez les autres populations dont le taux de dépistage du cancer colorectal demeure faible, plus particulièrement les personnes issues de ménages à faible revenu, les Canadiens vivant en régions rurales et éloignées et les nouveaux immigrants au Canada⁹⁴.

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- Le Réseau national de dépistage du cancer colorectal, qui est composé de représentants des provinces et des territoires, a travaillé à l'élaboration d'une série de 22 indicateurs de la qualité du dépistage du cancer colorectal chez les Canadiens à risque moyen et a établi des objectifs pour six d'entre eux. Un rapport publié récemment, intitulé *Dépistage du cancer colorectal au Canada : Rapport sur le rendement et les résultats des programmes, janvier 2009-décembre 2011*, présente les résultats à court terme des indicateurs de la qualité pour cinq provinces (Colombie-Britannique, Saskatchewan, Manitoba, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard) afin d'évaluer les programmes de dépistage du cancer colorectal. Ces données initiales dressent, pour la toute première fois, un portrait sommaire du rendement des programmes de dépistage du cancer colorectal au Canada.

3. Diagnostic

Note particulière :
L'utilisation de l'échelle
d'évaluation globale
par les services
d'endoscopie
du Canada

57

**Diagnostic de cancer du
sein : temps d'attente**

58

**Diagnostic de cancer
colorectal : temps
d'attente**

62

**Saisie de données
sur le stade du cancer**

64

**Répartition des
stades du cancer**

68



3. Diagnostic

Une démarche diagnostique rapide et efficace peut améliorer les résultats en favorisant une résolution hâtive pour les personnes qui ne sont pas atteintes de cancer et un traitement efficace pour celles qui reçoivent un diagnostic de cancer. Ainsi, toute mesure qui permet d'améliorer la démarche diagnostique pourrait contribuer à accélérer la prestation des soins appropriés ou la prise en charge des patients, ou les deux, ainsi qu'à réduire l'anxiété des patients au cours de leur expérience de la maladie.

Cette section présente des indicateurs se rapportant à la démarche diagnostique, soit : le temps d'attente entre le dépistage d'une anomalie au sein et sa résolution et le temps d'attente entre une analyse des selles anormale et une coloscopie. Ces deux indicateurs permettent

de mesurer la rapidité de l'accès aux services de diagnostic et la saisie des données sur le stade du cancer, éléments essentiels pour orienter et évaluer la lutte contre le cancer et la répartition des stades.

Indicateur	Sommaire des résultats
Diagnostic du cancer du sein : temps d'attente entre une anomalie au sein et sa résolution	Aucune des provinces ayant fourni des données n'a atteint les délais cibles pour cet indicateur en 2011, mais les Territoires du Nord-Ouest ont atteint la cible en ce qui concerne les femmes ayant besoin d'une biopsie tissulaire. Les tendances montrent une amélioration des temps d'attente en Saskatchewan, au Nouveau-Brunswick et en Alberta.
Diagnostic du cancer colorectal : temps d'attente entre une analyse des selles anormale et une coloscopie	Le temps d'attente médian chez les personnes ayant pris part à un programme organisé de dépistage du cancer colorectal (entre 2009 et 2011) allait de 35 jours en Colombie-Britannique à 96 jours en Saskatchewan. Parmi les cinq provinces ayant fourni des données, seules la Nouvelle-Écosse et la Colombie-Britannique ont déclaré un temps d'attente médian inférieur au délai de référence de 60 jours.
Saisie de données sur le stade du cancer	Pour l'année 2011, neuf des dix registres provinciaux du cancer renfermaient des données portant sur le stade du cancer d'au moins 90 % des cas des quatre types de cancer les plus courants.
Répartition des stades du cancer	Pour la première fois, des données sur le stade du cancer recueillies auprès de la population sont disponibles pour les quatre types de cancer les plus courants dans neuf provinces sur dix. Environ 68 % des cas de cancer du sein envahissant diagnostiqués en 2010 et en 2011 en étaient au stade précoce (stade I ou II). Les cas de cancer colorectal étaient répartis de façon égale entre les quatre stades de cancer. Quant au cancer du poumon, la plus forte proportion des cas de cancer étaient de stade IV; près de 50 % des cas de cancer de la prostate étaient de stade II.

Note particulière : L'utilisation de l'échelle d'évaluation globale par les services d'endoscopie du Canada

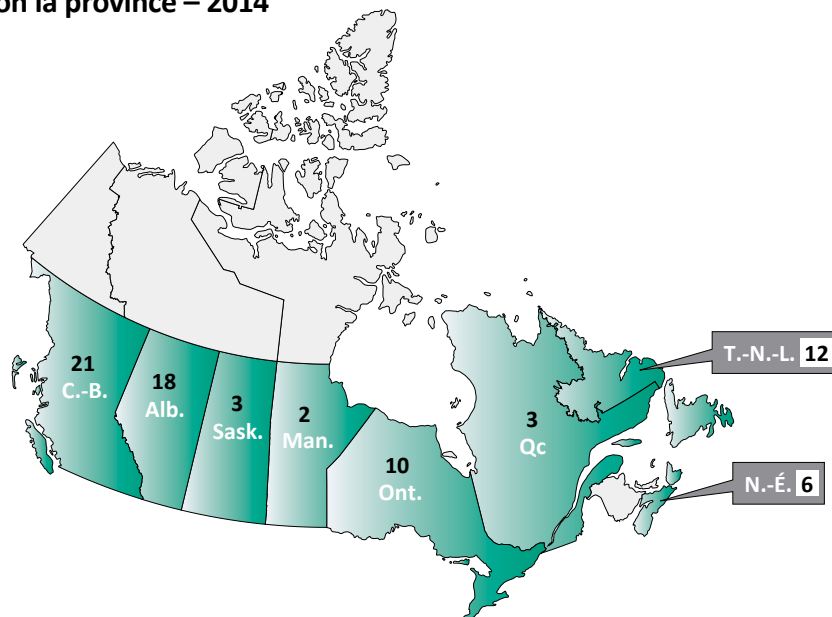
L'échelle de classement global – Canada (ÉCG-C) est un outil d'amélioration de la qualité axé sur le patient qui a été créé par l'Association canadienne de gastroentérologie (ACG) en vue d'évaluer les services d'endoscopie digestive. L'endoscopie digestive est un examen effectué à l'aide d'un tube à fibre optique souple qui permet de visualiser directement l'intérieur du tube digestif. Cette technique est de plus en plus utilisée pour dépister le cancer colorectal. L'outil ÉCG-C permet d'évaluer la qualité des services d'endoscopie offerts aux patients dans 12 domaines distincts liés à la qualité clinique et à la qualité de l'expérience des patients, comme la sécurité et le confort des patients, la qualité de l'intervention et la pertinence de son utilisation.

L'utilisation de l'ÉCG-C augmente continuellement depuis 2007. En février 2014, 75 établissements s'étaient inscrits en vue de remplir l'échelle de classement (figure 3.i). L'ÉCG-C vise à améliorer les services d'endoscopie en leur fournissant une

marque à suivre pour évaluer la qualité de leurs services. Au cours des deux dernières années, au moins 35 % des services d'endoscopie qui ont rempli l'ÉCG-C au moins deux fois ont amélioré leur pointage dans huit des douze domaines établis, ainsi que leurs services sur les plans du confort et de la confidentialité. Ces résultats donnent à penser que les services d'endoscopie du Canada adoptent de plus en plus l'ÉCG-C et qu'une amélioration des soins est possible. Plusieurs interventions simples menées par le groupe sur la qualité de l'ACG, consistant notamment à donner accès à un sondage normalisé sur la satisfaction des patients, pourraient accélérer les progrès des services. Par conséquent, les futurs plans à court terme du programme de qualité de l'ACG viseront à accroître la sensibilisation à l'ÉCG-C afin de mobiliser un nombre accru de services d'endoscopie et de favoriser l'accès à des formulaires de déclaration et des outils de sondage normalisés.

FIGURE 3.i

Nombre de services d'endoscopie utilisant l'échelle de classement global – Canada selon la province – 2014



Source de données :
Association
canadienne de
gastroentérologie

Diagnostic de cancer du sein : temps d'attente

Que mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le temps écoulé entre le dépistage d'une anomalie au sein et la résolution du diagnostic, avec ou sans biopsie, et compare les temps d'attente aux objectifs actuels du Canada. L'indicateur présente le temps d'attente médian et du 90^e percentile chez les femmes âgées de 50 à 69 ans qui ne présentaient aucun symptôme et qui ont participé aux programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein en 2011.

- La résolution rapide d'une anomalie décelée lors d'un examen clinique et, le cas échéant, d'une biopsie définitive accélère l'enclenchement du traitement et l'éventuelle amélioration des résultats pour les patientes. L'évaluation et la comparaison des temps d'attente d'une province à l'autre entre le dépistage d'une anomalie et sa résolution permettent de déceler les écarts qui pourraient être amoindris par l'adoption de stratégies d'amélioration de la qualité.
- En 2000, le Groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein a présenté des directives qui proposent des délais cibles entre le dépistage d'une anomalie au sein et sa résolution¹⁰². Selon le délai cible établi pour cet indicateur, 90 % des femmes doivent obtenir une résolution du diagnostic dans les sept semaines si elles ont besoin d'une biopsie et dans les cinq semaines si elles n'ont pas besoin de biopsie. Ces directives s'appliquent aux femmes âgées de 50 à 69 ans qui n'ont aucun symptôme et qui n'ont jamais reçu de diagnostic de cancer du sein.

Quels résultats a-t-on obtenus?

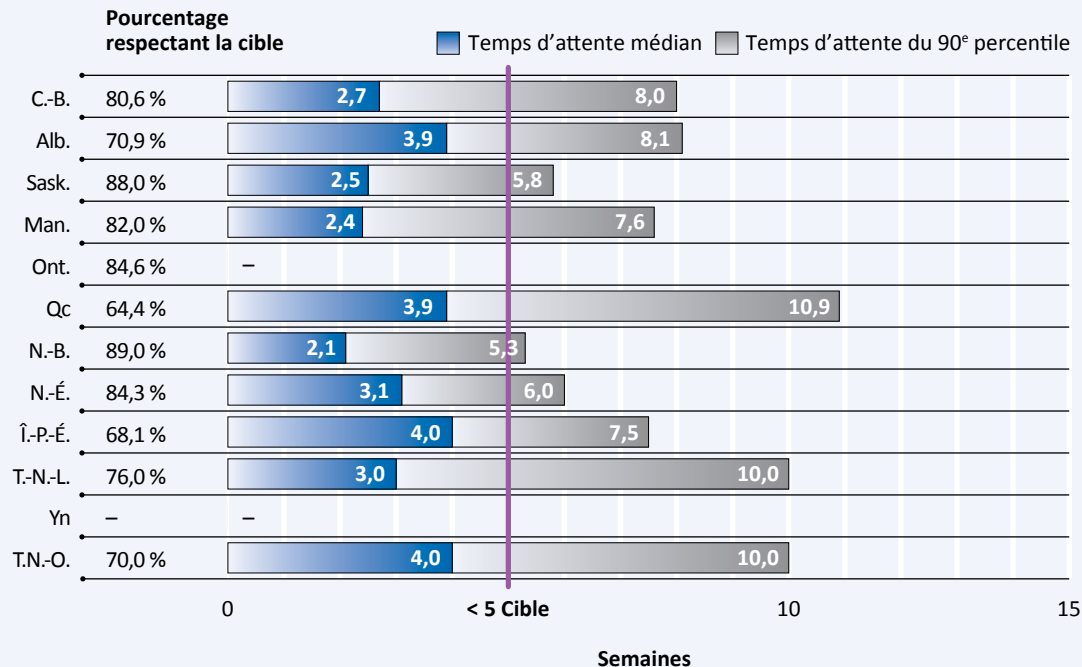
- Les données de 2011 indiquent que, d'une province à l'autre, le temps d'attente entre le dépistage d'une anomalie au sein et la résolution du diagnostic allait de 2,1 à 4,0 semaines (médian) et de 5,3 à 10,9 semaines (90^e percentile) chez les femmes qui n'avaient pas besoin d'une biopsie tissulaire pour résoudre leur diagnostic (figure 3.1). Pour celles qui avaient besoin d'une biopsie, les temps d'attente médian et du 90^e percentile allaient de 3,0 à 8,1 semaines et de 9,6 à 17,6 semaines, respectivement (figure 3.2).
- Le pourcentage des femmes participant au dépistage dont le diagnostic a été résolu dans les délais cibles suivant le dépistage d'une anomalie allait de 64,4 % à 89,0 % lorsqu'une biopsie n'était pas requise et de 40,5 % à 100 % lorsqu'une biopsie était nécessaire.
- Aucune des provinces ayant fourni des données pour cet indicateur n'est parvenue à respecter le délai cible de cinq semaines ou moins (sans biopsie) et de sept semaines ou moins (avec biopsie) entre le dépistage d'une anomalie au sein et sa résolution pour 90 % des femmes. Deux provinces, soit la Saskatchewan et le Nouveau-Brunswick, y sont presque arrivées dans le cas des femmes n'ayant pas besoin de biopsie. Les Territoires du Nord-Ouest ont atteint la cible en ce qui concerne les femmes ayant besoin d'une biopsie tissulaire.
- Les tendances montrent une amélioration des temps d'attente chez les femmes qui ne subissent pas de biopsie dans plusieurs provinces, notamment la Saskatchewan, le Nouveau-Brunswick et l'Alberta (figure 3.3).

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les données fournies par l'Alberta proviennent du *Screen Test Program*, qui permet d'effectuer environ 10 % des mammographies de dépistage dans la province.
- Les données du Québec ne sont disponibles que pour 2010.
- Les données relatives à cet indicateur représentent les temps d'attente chez les femmes ayant subi une mammographie ou un examen clinique des seins dans le cadre de programmes provinciaux organisés de dépistage du cancer du sein.
- Des définitions détaillées et des renseignements sur les taux de participation aux programmes organisés de dépistage du cancer du sein se trouvent à l'annexe technique disponible à l'adresse rendementdusysteme.ca.

FIGURE 3.1

Temps d'attente médian et du 90^e percentile jusqu'à la résolution d'une anomalie au sein dépistée sans biopsie tissulaire chez les femmes (de 50 à 69 ans) selon la province ou le territoire – 2011



« – » Données non disponibles pour le Yn. Données non disponibles sur les temps d'attente médian et du 90^e percentile pour l'Ont.

Les données de l'Alb. se fondent sur les mammographies de dépistage faites par Screen Test Alberta, qui fait partie de l'Alberta Breast Cancer Screening Program (qui effectue environ 10 % des mammographies de dépistage en Alb.).

Le pourcentage de l'Ont. qui ne dépasse pas le temps d'attente visé concerne les femmes de 50 à 74 ans.

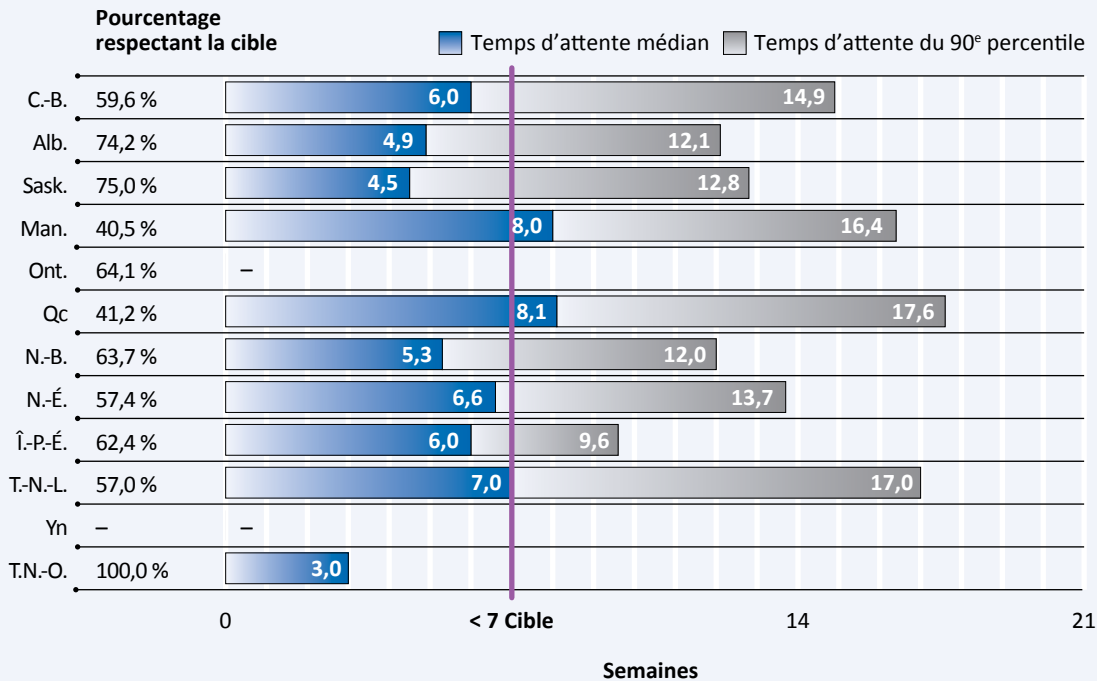
Les données du Qc sont celles de 2010.

Les données des T.N.-O. concernent un seul établissement (Stanton).

Source de données : Programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein

FIGURE 3.2

Temps d'attente médian et du 90^e percentile jusqu'à la résolution d'une anomalie au sein dépistée par biopsie tissulaire chez les femmes (de 50 à 69 ans) selon la province ou le territoire – 2011



« – » Données non disponibles pour le Yn. Données non disponibles sur les temps d'attente médian et du 90^e percentile pour l'Ont.

Les données de l'Alb. se fondent sur les mammographies de dépistage faites par Screen Test Alberta, qui fait partie de l'Alberta Breast Cancer Screening Program (qui effectue environ 10 % des mammographies de dépistage en Alb.).

Le pourcentage de l'Ont. qui ne dépasse pas le temps d'attente visé concerne les femmes de 50 à 74 ans.

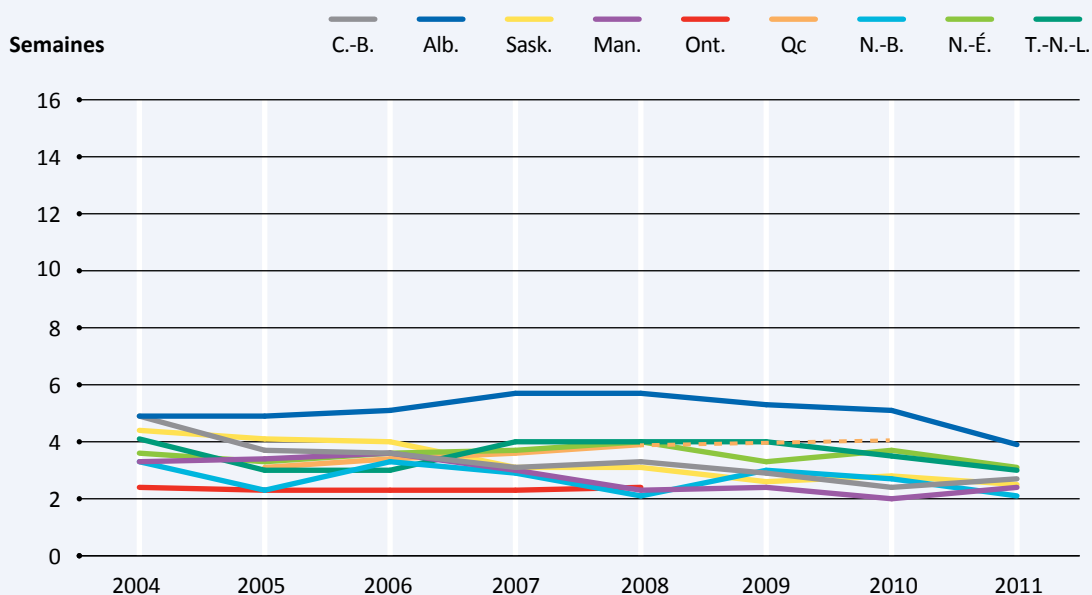
Les données du Qc sont celles de 2010.

Les données des T.N.-O. concernent un seul établissement (Stanton).

Source de données : Programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein

FIGURE 3.3

Temps d'attente médian jusqu'à la résolution d'une anomalie au sein dépistée sans biopsie tissulaire chez les femmes (de 50 à 69 ans) selon la province ou le territoire – de 2004 à 2011



Les données de l'Alb. se fondent sur les mammographies de dépistage faites par Screen Test Alberta, qui fait partie de l'Alberta Breast Cancer Screening Program (qui effectue environ 10 % des mammographies de dépistage en Alb.).

Les données de l'Î.-P.-É. et des T.N.-O. sont celles de 2011 seulement (elles ne sont donc pas présentées).

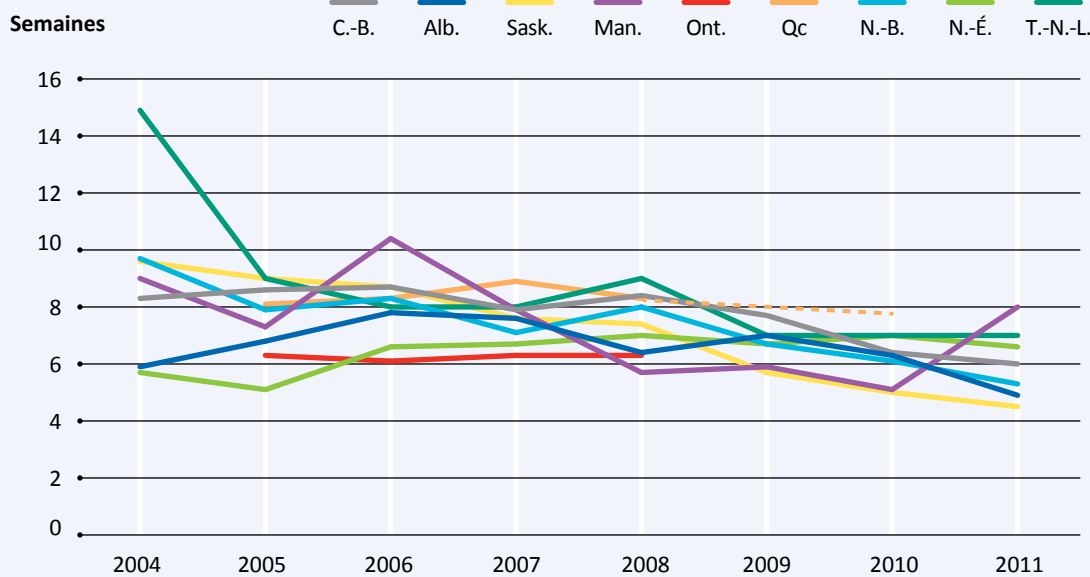
Données de l'Ont. non disponibles à partir de 2009.

Données du Qc non disponibles pour 2004, 2009 et 2011.

Source de données : Programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein

FIGURE 3.4

Temps d'attente médian jusqu'à la résolution d'une anomalie au sein dépistée par biopsie tissulaire chez les femmes (de 50 à 69 ans) selon la province ou le territoire – de 2004 à 2011



Les données de l'Alb. se fondent sur les mammographies de dépistage faites par Screen Test Alberta, qui fait partie de l'Alberta Breast Cancer Screening Program (qui effectue environ 10 % des mammographies de dépistage en Alb.).

Les données de l'Î.-P.-É. et des T.N.-O. sont celles de 2011 seulement (elles ne sont donc pas présentées).

Données de l'Ont. non disponibles à partir de 2009.

Données du Qc non disponibles pour 2004, 2009 et 2011.

Source de données : Programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein

Que peut-on conclure des résultats?

- Les Territoires du Nord-Ouest ont atteint le délai cible pour les femmes ayant besoin d'une biopsie tissulaire. Toutefois, puisque aucune des provinces n'est parvenue à respecter le délai cible de cinq semaines ou de sept semaines pour la résolution de 90 % des résultats anormaux – une situation qui perdure depuis plusieurs années –, un examen approfondi des obstacles à la réduction des temps d'attente s'impose.
- Des disparités quant au temps écoulé entre le dépistage d'une anomalie et l'obtention d'un diagnostic définitif ont été relevées chez les personnes vivant dans les quartiers à faible revenu et les régions rurales et éloignées⁹⁴. Des efforts supplémentaires s'imposent pour faire en sorte que toutes les Canadiennes puissent avoir une résolution rapide d'une anomalie au sein dépistée.

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- Tous les deux ans, le Comité national de l'Initiative canadienne pour le dépistage

du cancer du sein surveille et évalue le rendement des programmes de dépistage au Canada. Dans le cadre de cette initiative, un groupe de travail a été mis sur pied pour élaborer des stratégies visant à réduire les temps d'attente entre le dépistage d'une anomalie au sein et sa résolution. Les premières mesures prises par ce groupe de travail ont été d'examiner les pratiques et les programmes d'évaluation en vigueur dans tout le pays, puis d'analyser les données actualisées sur ces activités. Les principales constatations seront communiquées à l'ensemble des provinces et des territoires pour qu'ils puissent tirer profit des stratégies efficaces.

- Un certain nombre de facteurs qui sont maîtrisés à l'échelon local, comme les pénuries de ressources humaines et autres, influent sur les intervalles diagnostiques. Action cancer Ontario collabore étroitement avec les programmes régionaux de lutte contre le cancer et les partenaires pour cerner les possibilités d'améliorer cet indicateur à l'échelon local, diffuser les pratiques exemplaires et mettre en œuvre des stratégies locales visant à améliorer le rendement.

Diagnostic de cancer colorectal : temps d'attente

Que mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le temps écoulé entre l'obtention d'un résultat anormal à une analyse des selles effectuée pour dépister le cancer colorectal et une coloscopie de suivi chez les personnes ayant participé à un programme organisé de dépistage du cancer colorectal. Il s'agit des temps d'attente médian et du 90^e percentile du suivi des analyses des selles effectué entre janvier 2009 et décembre 2011.

- La résolution en temps opportun d'un test anormal dans le cadre du dépistage du cancer apporte la paix d'esprit aux personnes qui reçoivent un diagnostic négatif (absence de cancer) et assure une détection hâtive et une meilleure issue du traitement pour les personnes qui reçoivent un diagnostic positif (présence d'un cancer).
- En 2012, toutes les provinces s'étaient dotées ou étaient sur le point de se doter d'un programme organisé de dépistage du cancer colorectal qui fait appel à une analyse des selles (test au gâïac ou test immunochimique) en guise de premier test de dépistage. Tous les programmes recommandent que les personnes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen passent ce test (voir le chapitre sur le dépistage). Un certain nombre d'études importantes démontrent que la détection précoce de ce type de cancer grâce à un dépistage opportun et précis à l'aide de tests au gâïac de recherche de sang occulte dans les

selles ainsi que l'ablation de polypes au cours de la coloscopie de suivi permet de réduire la mortalité par cancer colorectal⁷⁷.

- La coloscopie est le test diagnostique recommandé pour le suivi d'une analyse des selles anormale. L'Association canadienne de gastroentérologie (ACG) recommande qu'une coloscopie soit effectuée dans les 60 jours suivant une analyse des selles anormale, selon les temps d'attente médicalement acceptables faisant consensus dans tout le Canada.

Quels résultats a-t-on obtenus?

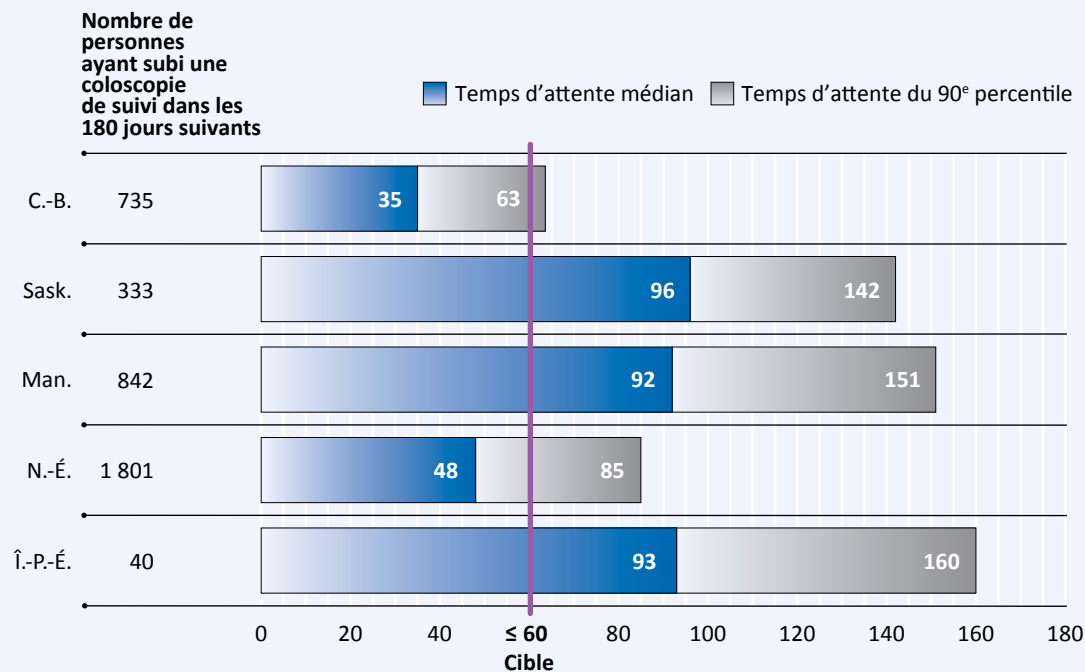
- Pour la période de 2009 à 2011, cinq provinces ont fourni des données adéquates pour faire état des temps d'attente. Le temps d'attente médian entre une analyse des selles anormale et une coloscopie de suivi va de 35 jours en Colombie-Britannique à 96 jours en Saskatchewan. Parmi les cinq provinces ayant fourni des données, seulement deux (la Nouvelle-Écosse et la Colombie-Britannique) ont déclaré un temps d'attente médian inférieur au délai de référence de 60 jours recommandé par l'ACG, et aucune des provinces n'a déclaré un temps d'attente du 90^e percentile inférieur au délai de référence (bien que la Colombie-Britannique soit venue près de l'atteindre). Le temps d'attente du 90^e percentile allait de 63 à 160 jours (figure 3.5).

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Seules les coloscopies effectuées dans les 180 jours suivant une analyse des selles anormale sont prises en considération dans cette analyse.
- La période visée par l'analyse varie légèrement selon la province (consulter les remarques, figure 3.5).
- Les programmes en sont actuellement aux premières étapes de leur élaboration, et les données fournies sont donc provisoires, mais elles donnent une indication des temps d'attente liés au diagnostic de cancer colorectal à l'échelle du Canada.
- La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique qui se trouve à l'adresse rendementdusysteme.ca.

FIGURE 3.5

Temps d'attente médian et du 90^e percentile entre une analyse des selles anormale et une coloscopie de suivi selon la province – première série de tests de dépistage effectuée entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2011



Comprend les coloscopies effectuées dans les 180 jours suivant une analyse des selles anormale.

Les données de la Sask. concernent une seule région sanitaire, où le programme a commencé le 1^{er} octobre 2009.

Les données de la N.-É. vont du 1^{er} avril 2009 au 31 décembre 2011.

Les données de l'Î.-P.-É. ne concernent que les patients ayant participé au programme de dépistage entre le 1^{er} mai et le 31 décembre 2011.

Source de données : Réseau national de dépistage du cancer colorectal

Que peut-on conclure des résultats?

- Des travaux antérieurs ont démontré que le dépistage systématique du cancer colorectal par analyses des selles et le suivi approprié des cas de cancer de stade précoce et des cas de précancer entraînent une réduction de la mortalité attribuable à ce cancer⁷⁷. Toutefois, pour obtenir ces avantages, les personnes ayant subi une analyse des selles dont le résultat est anormal doivent faire l'objet d'une coloscopie de suivi en temps opportun.
- Les programmes de dépistage du cancer colorectal en sont encore à leurs tout débuts dans la plupart des provinces; c'était particulièrement le cas durant la période de mesure de cet indicateur. Bon nombre de ces programmes disposent de stratégies et de mécanismes pour réduire le temps d'attente d'une coloscopie de suivi. Le recours à des intervenants pivots en est un exemple.

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- Ces résultats représentent la mesure préliminaire des temps d'attente pour une coloscopie à la suite d'une analyse des selles anormale. Le délai cible de 60 jours a été établi par l'ACG. Les temps d'attente auxquels se rapportent les résultats présentés ici sont associés aux premières étapes de la mise en œuvre des programmes de dépistage du cancer colorectal, ce qui explique, du moins en partie, les écarts considérables relevés entre les provinces dans les résultats. Les prochaines démarches viseront à inclure des données provenant de toutes les provinces, à normaliser les périodes de mesure et à rendre compte des progrès réalisés vers l'atteinte des délais cibles.

Saisie de données sur le stade du cancer

Que mesure-t-on?

Cet indicateur évalue l'exhaustivité de la collecte de données sur le stade du cancer en rendant compte du pourcentage des nouveaux cas de cancer à l'échelle provinciale pour lesquels des données valides sur le stade du cancer au moment de l'établissement du diagnostic sont disponibles et ont été recueillies par les organismes provinciaux de lutte contre le cancer pour les diagnostics établis en 2011. Les données fournies portent sur les quatre types de cancer les plus courants (cancer du sein, cancer de la prostate, cancer colorectal et cancer du poumon) et sur tous les cancers. Elles indiquent en outre le pourcentage des cas de cancer diagnostiqués en 2010 et en 2011 dont le stade est inconnu selon la province pour les quatre types de cancer les plus courants et pour tous les cancers (in-situ et envahissants) diagnostiqués en 2011.

- Le stade du cancer au moment de l'établissement du diagnostic est un facteur pronostique crucial d'importance sur le plan clinique. L'accès aux données sur le stade du cancer prélevées auprès de la population à l'échelle provinciale permet d'approfondir l'interprétation des mesures quant aux résultats à long terme, comme l'incidence, la mortalité et la survie, et des indicateurs de traitement, comme la conformité aux directives. Ces mesures, lorsqu'elles sont fournies selon le stade du cancer, sont essentielles pour évaluer les programmes de dépistage, comprendre la prestation des traitements, prévoir les résultats pour les patients et stimuler l'amélioration de la lutte contre le cancer.
- L'initiative nationale sur la stadification du Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) s'est fixé l'objectif de saisir des données sur le stade du cancer chez 90 % des patients ayant reçu un diagnostic en 2010 et

au cours des années subséquentes pour les quatre types de cancer les plus courants (cancer du sein, cancer colorectal, cancer du poumon et cancer de la prostate). Cet objectif est en grande partie atteint. Pour la première fois, des données sur le stade du cancer prélevées auprès de la population concernant les quatre types de cancer les plus courants sont disponibles dans neuf provinces sur dix. Selon les *Statistiques canadiennes sur le cancer de 2013*, ces quatre types de cancer représentent plus de la moitié des cas de cancer qui seront diagnostiqués au Canada en 2014⁷².

- Dans certains cas, le stade du cancer est considéré comme inconnu lorsque les renseignements contenus dans tous les dossiers médicaux disponibles du patient ne fournissent pas les données minimales nécessaires pour le déterminer avec certitude. Un pourcentage inhabituellement élevé de cas dont le stade est inconnu peut révéler des problèmes d'accès à l'information des dossiers des patients qui est nécessaire à la stadification.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- En ce qui concerne les diagnostics établis en 2011, neuf provinces participantes disposaient de données sur le stade du cancer d'au moins 90 % des cas des quatre types de cancer les plus courants (figure 3.6). Pour ce qui est des diagnostics établis en 2010, neuf provinces ont atteint l'objectif de l'initiative sur la stadification concertée du Partenariat, qui consiste à faire en sorte que les registres provinciaux renferment des données sur le stade du cancer d'au moins 90 % des cas de cancer du sein (cet objectif s'applique également au cancer colorectal, au cancer de la prostate et au cancer du poumon; données non présentées), alors que seulement cinq provinces avaient saisi de telles données en 2007 (données

non présentées). Six des huit provinces ayant fourni des données sur l'ensemble des cancers ont déclaré disposer de données sur le stade de plus de 90 % des nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 2011 (figure 3.6).

- Le pourcentage des cas de cancer colorectal, de cancer du poumon et de cancer de la prostate dont le stade définitif est inconnu était de moins de 6 % pour huit des neuf provinces ayant fourni des données, mais il était plus élevé en Colombie-Britannique (tableau 3.1). Pour le cancer du sein, le pourcentage des cas dont le stade définitif est inconnu était de moins de 4 % pour les neuf provinces en 2011. Le plus grand

nombre de cas de cancer dont le stade est inconnu concerne le cancer de la prostate et a été relevé en Colombie-Britannique (32,9 % et 19,7 % des cas de cancer diagnostiqués en 2010 et en 2011 respectivement). Pour tous les autres types de cancer, le pourcentage des cas diagnostiqués en 2011 dont le stade est inconnu allait de 1,7 % en Ontario à 5,6 % en Alberta (en Colombie-Britannique, le pourcentage des cas de cancer dont le stade est inconnu pour ce qui est de tous les autres types de cancer englobe uniquement le cancer du col de l'utérus et ne représente donc pas vraiment les cas de cancer dont le stade est inconnu dans cette province) [tableau 3.1].

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Même s'il est admis que presque tous les cliniciens établissent le stade du cancer de leurs patients dans le cadre de l'évaluation pronostique et de la planification du traitement, ce sont la collecte et le stockage centralisé des données sur le stade du cancer dans un registre du cancer qui sont mesurés par cet indicateur.
- Le taux de saisie de données sur le stade du cancer englobe les données issues de la stadification concertée. Il est à noter que certaines peuvent découler de la classification « tumor-node-metastasis » (tumeur-ganglions-métastases) de l'American Joint Committee on Cancer (TNM AJCC) pour certaines provinces ou années.
- Un « stade inconnu » est attribué lors de la stadification concertée lorsque les éléments de données résumant les renseignements contenus dans le dossier médical des patients ne permettent pas de déterminer avec certitude le stade définitif du cas dans le registre provincial du cancer – par exemple lorsque le siège du cancer est accessible et qu'aucun examen de ganglions n'est inscrit au dossier, une valeur indiquant que l'état des ganglions lymphatiques est inconnu (Nx) est attribuée, ou encore dans les cas où le stade est déterminé uniquement par le certificat de décès. Il faut cependant distinguer les cas dont le stade est inconnu des cas dont le stade n'a pas été déterminé. Dans ces derniers cas, soit qu'aucun effort n'a été consenti pour recueillir les données sur le stade du cancer, soit que les responsables de la stadification n'ont pas eu accès à toute la documentation en raison de contraintes logistiques (p. ex. dossiers non disponibles à l'extérieur des centres ou cliniques anticancéreux). Les cas dont le stade n'a pas été déterminé (non stadifiés) sont inclus dans le dénominateur, mais exclus du numérateur.
- Plusieurs provinces ont intégré de manière rétroactive des données sur le stade du cancer pour des cas diagnostiqués antérieurement. Par conséquent, le taux de cas de cancer stadifiés correspondant à une année donnée pourrait être plus précis à l'avenir.
- La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique qui se trouve à l'adresse rendementdusysteme.ca

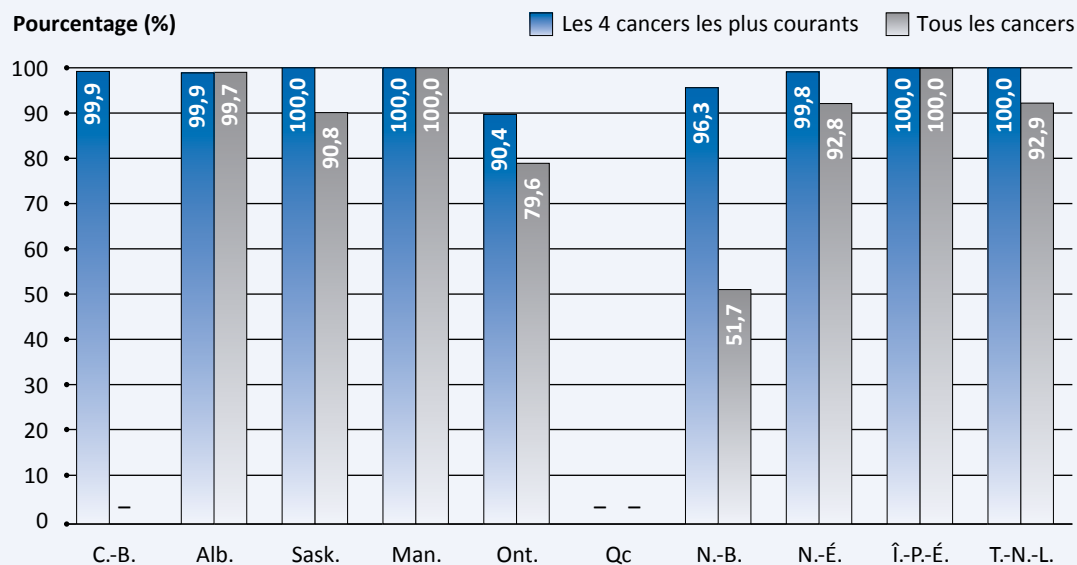
Que peut-on conclure des résultats?

- L'arrivée des données sur le stade du cancer recueillies auprès de la population permettra de mieux comprendre la situation du cancer au Canada, grâce notamment à la surveillance des tendances, à l'observation des résultats et à la prise de décisions favorisant de meilleurs résultats pour les patients. Dans le cadre de l'Initiative nationale sur la stadification du cancer du Partenariat, neuf des dix provinces recueillent désormais des données sur le stade du cancer auprès de la population concernant les quatre types de cancer les plus courants, qui étaient visés par l'initiative, et en effectuent ensuite l'analyse. Les provinces ont commencé à élargir la démarche afin de stadifier d'autres types de cancer (au-delà des quatre types de cancer les plus courants) au cours de la mise en œuvre de l'initiative de stadification concertée, mais il demeure nécessaire de mieux saisir les données sur le stade du cancer auprès de la population pour tous les types de cancer.

- Aux États-Unis, la base de données SEER (*Surveillance Epidemiology and End Results*) fait état de cas de cancer dont le stade est inconnu, soit 2 % des cas de cancer du sein, 5 % des cas de cancer colorectal et 3 % des cas de cancer de la prostate, ce qui est similaire au pourcentage des cas de cancer dont le stade est inconnu qui est présenté ici (après l'exclusion des données de la Colombie-Britannique)¹⁰³. Par contre, le pourcentage des cas de cancer du poumon dont le stade est inconnu au Canada est beaucoup plus faible (après l'exclusion des données de la Colombie-Britannique) que celui indiqué dans la base de données SEER (6 %) ¹⁰³. Les données SEER proviennent d'un échantillon d'établissements anticancéreux situés dans 18 régions géographiques (englobant dix États) des États-Unis.

FIGURE 3.6

Pourcentage des nouveaux cas pour lesquels des données sur le stade du cancer figurent dans les registres provinciaux, pour les quatre types de cancer les plus courants et pour tous les cancers selon la province – diagnostic établi en 2011



« - » Données non disponibles pour la C.-B. (tous les cancers) et pour le Qc (les quatre types de cancer les plus courants et tous les cancers).

Les quatre types de cancer les plus courants sont le cancer du sein, le cancer de la prostate, le cancer colorectal et le cancer du poumon.

Les données de l'Ont. excluent les cas de cancer *in situ*.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

TABEAU 3.1
Pourcentage des cas pour lesquels le stade du cancer est inconnu selon le siège de la maladie et la province – 2010 et 2011

Siège de la maladie	Année	Province									
		C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
Sein	2010	5,3	1,6	1,6	1,7	2,2	–	0,9	2,9	1,9	1,4
	2011	3,6	1,6	1,5	1,3	1,7	–	1,6	2,9	1,6	1,5
Colorectal	2010	13,2	4,1	2,8	3,2	2,6	–	3,6	3,4	3,8	5,8
	2011	13,9	3,4	2,9	4,3	4,3	–	4,6	3,9	4,5	3,6
Poumon	2010	7,7	1,3	1,6	1,1	0,9	–	1,0	2,0	1,6	4,7
	2011	9,1	1,5	0,6	1,9	1,9	–	2,1	1,4	1,7	3,5
Prostate	2010	32,9	5,4	4,1	5,1	0,8	–	0,9	6,2	0,8	2,3
	2011	19,7	3,2	2,5	5,8	1,4	–	2,3	4,3	2,5	3,7
Tous les autres cancer	2010	–	–	–	–	1,7	–	–	–	–	–
	2011	–	5,6	3,8	3,6	1,7	–	–	2,5	3,4	5,0

« – » Données non disponibles pour la C.-B. (2010 et 2011, tous les autres cancers), l'Alb. (2010, tous les autres cancers), la Sask. (2010, tous les autres cancers), le Man. (2010, tous les autres cancers), le Qc (2010 et 2011 selon le siège de la maladie), le N.-B. (2010 et 2011, tous les autres cancers), la N.-É. (2010, tous les autres cancers), l'Î.-P.-É. (2010, tous les autres cancers) et T.N.-L. (2010, tous les autres cancers).

C.-B. : Les données ne concernent que les stades du cancer du sein, du cancer colorectal, du cancer du poumon, du cancer de la prostate et du cancer du col de l'utérus.

Ont. : Les données excluent les cas de cancer *in situ*.

N.-B. : Les données ne concernent que les stades du cancer du sein, du cancer colorectal, du cancer du poumon et du cancer de la prostate.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- Au Québec, on est à préparer la saisie de données sur le stade du cancer dans le Registre québécois du cancer à venir.
- Le Conseil canadien des registres du cancer poursuit ses efforts en vue d'améliorer la qualité des données consignées, y compris celles sur le stade du cancer, et de réduire la prévalence des cas de cancer dont le stade est inconnu.

Répartition des stades du cancer

Que mesure-t-on?

Cet indicateur rend compte de la répartition en pourcentage des nouveaux cas de cancer selon le stade atteint au moment du diagnostic pour le cancer du sein, le cancer du poumon, le cancer colorectal et le cancer de la prostate. Les données sont présentées selon la province pour les diagnostics établis en 2010 et 2011 réunis, ce qui permet d'accroître la stabilité des résultats, en particulier en ce qui concerne les petites provinces.

- La répartition des stades du cancer est un indicateur dont il est souvent fait état dans la documentation, en particulier dans les publications sur le cancer. Cet indicateur est couramment utilisé pour évaluer l'impact des programmes de dépistage sur la réduction de l'incidence de la maladie de stade avancé. Il peut aussi être utile pour la planification du système puisque les divers stades de la maladie ont des répercussions différentes sur les ressources et la prestation des services.
- Les résultats relatifs à la répartition des stades du cancer doivent toujours être interprétés avec prudence. La principale préoccupation que soulève cette répartition tient aux types de cancer qui peuvent faire l'objet d'un taux élevé d'activités de détection précoce et de dépistage, comme c'est le cas du cancer de la prostate et du cancer du poumon. Par conséquent, un taux élevé de détection de cas de cancer de stade précoce pourrait se traduire par la déclaration d'un *pourcentage* inférieur de cancers de stade avancé dans la répartition des stades, sans que cela n'indique nécessairement une baisse du *taux d'incidence* des cancers de stade avancé, qui constitue l'objectif des programmes de dépistage du cancer au sein de la population.

Quels résultats a-t-on obtenus?

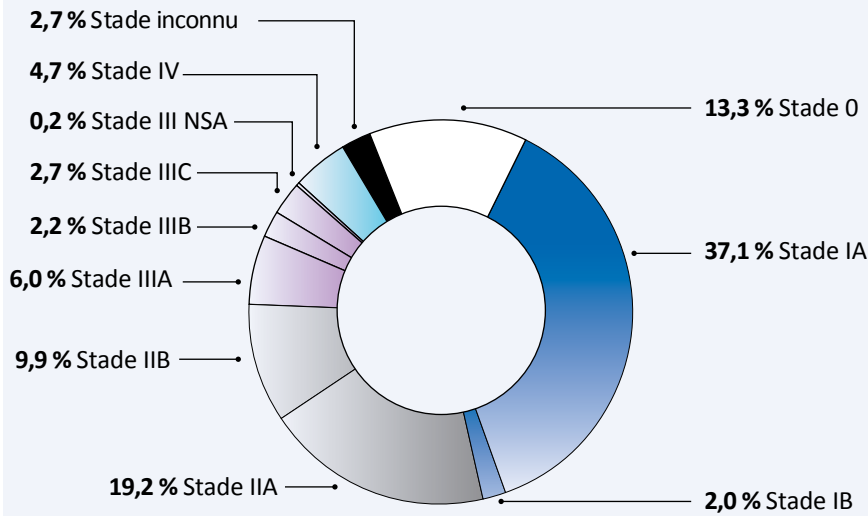
- La figure 3.7 montre la répartition précise des cas de cancer du sein selon le stade, y compris ceux de stade 0 et de stade inconnu, dans les huit provinces ayant fourni des données pour les années 2010 et 2011 réunies : 13,3 % des cas de cancer du sein étaient de stade 0 (ce qui comprend les carcinomes *in situ*, comme le carcinome canalaire *in situ*) dans les huit provinces ayant fourni des données. Dans l'ensemble, le stade du cancer était inconnu dans 2,7 % des cas.
- L'examen de la répartition des stades du cancer au Canada en ce qui concerne les huit provinces ayant fourni des données révèle que 6,8 % des cas de cancer colorectal étaient de stade inconnu. La plus forte proportion des cas étaient de stade IIA (19,2 %) [figure 3.8].
- Pour ce qui est du cancer du poumon, 3,9 % des cas étaient de stade inconnu, et plus de la moitié des cas (52,0 %) étaient de stade IV (figure 3.9).
- Un pourcentage élevé des cas de cancer de la prostate étaient de stade inconnu (11,9 %, figure 3.10), comparativement à la plupart des autres types de cancer les plus courants (figures 3.7, 3.8 et 3.9). La plus forte proportion des cas (27,8 %) étaient de stade IIB (figure 3.10).

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les données sur le stade du cancer présentées ici proviennent directement des organismes provinciaux de lutte contre le cancer et reposent sur les données de stadification concertée pour les diagnostics établis en 2010 et en 2011. À l'heure actuelle, le Québec ne recueille pas de données de stadification auprès de la population et est donc exclu. L'Ontario fournit des données sur le stade du cancer, mais elle ne tient pas compte des cas de stade 0 et est donc exclue des données présentées.

FIGURE 3.7

Répartition des cas selon le stade au moment du diagnostic d'un cancer du sein (femmes seulement) – 2010 et 2011 combinées



Le stade 0 comprend les cancers *in situ*. NSA renvoie à un stade non spécifié autrement.

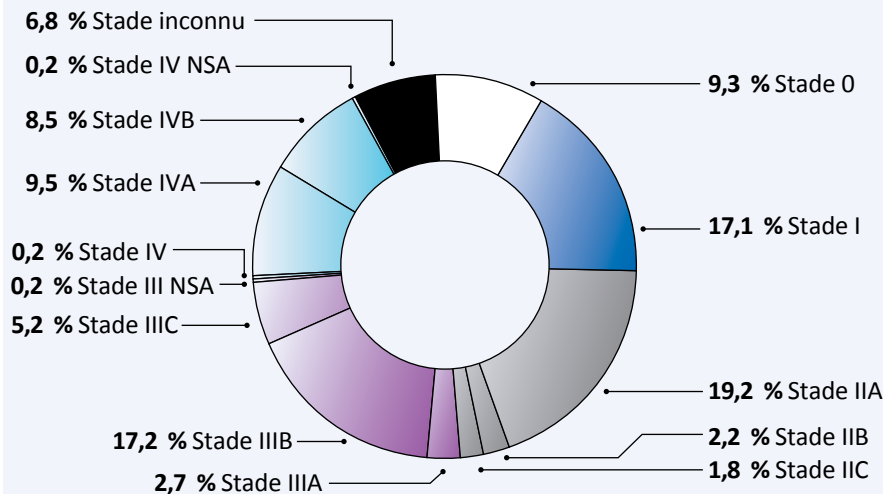
Les données concernent l'Alb., la C.-B., le Man., le N.-B., T.-N.-L., la N.-É., l'Î.-P.-É. et la Sask.

Les données de stadification de l'Ont. sont exclues parce qu'elles ne comprennent pas les cancers de stade 0.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

FIGURE 3.8

Répartition des cas selon le stade au moment du diagnostic d'un cancer colorectal – 2010 et 2011 combinées



Le stade 0 comprend les cancers *in situ*. NSA renvoie à un stade non spécifié autrement.

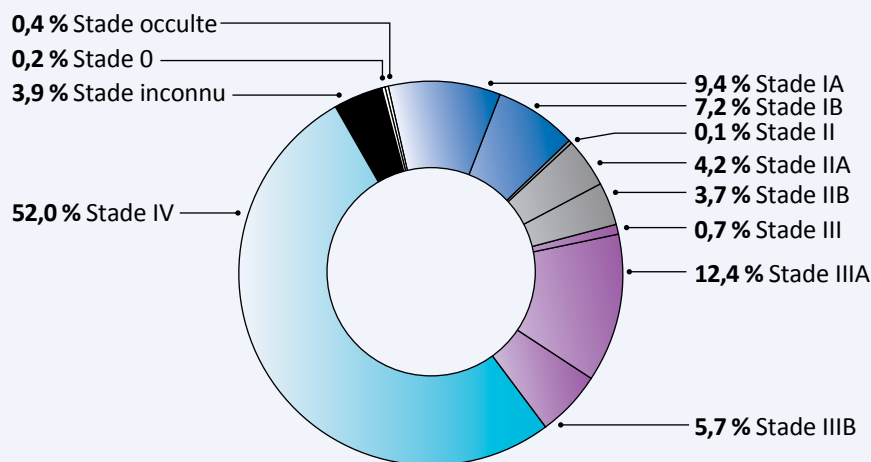
Les données concernent l'Alb., la C.-B., le Man., le N.-B., T.-N.-L., la N.-É., l'Î.-P.-É. et la Sask.

Les données de stadification de l'Ont. sont exclues parce qu'elles ne comprennent pas les cancers de stade 0.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

FIGURE 3.9

Répartition des cas selon le stade au moment du diagnostic d'un cancer du poumon – 2010 et 2011 combinées



Le stade 0 comprend les cancers *in situ*.

Au stade occulte, des cellules malignes sont présentes dans les sécrétions bronchopulmonaires, mais aucune tumeur n'est visible à la radiographie ou à la bronchoscopie.

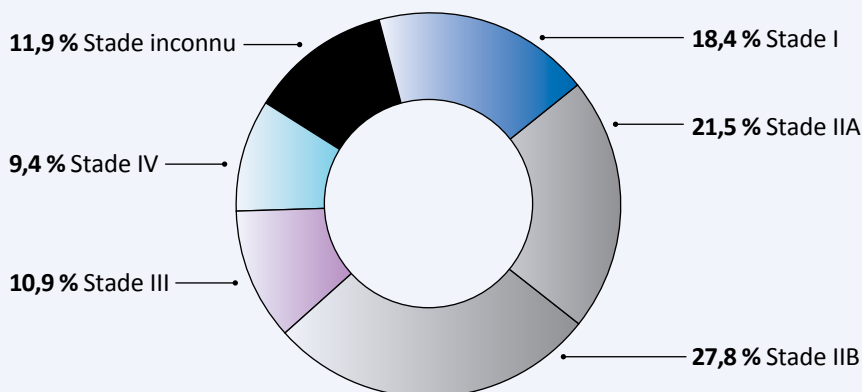
Les données concernent l'Alb., la C.-B., le Man., le N.-B., T.-N.-L., la N.-É., l'Î.-P.-É. et la Sask.

Les données de stadification de l'Ont. sont exclues parce qu'elles ne comprennent pas les cancers de stade 0.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

FIGURE 3.10

Répartition des cas selon le stade au moment du diagnostic d'un cancer de la prostate – 2010 et 2011 combinées



Les données concernent l'Alb., la C.-B., le Man., le N.-B., T.-N.-L., la N.-É., l'Î.-P.-É. et la Sask.

En excluant la C.-B., le pourcentage de cas de cancer dont le stade est inconnu est de 4,0 %.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

Que peut-on conclure des résultats?

- Il est important de noter qu'il existe des écarts entre les provinces sur le plan de la répartition des stades du cancer et que ces écarts peuvent avoir plusieurs significations (données non présentées) :
 - Pour ce qui est du cancer du poumon, qui ne fait actuellement l'objet d'aucun programme organisé de dépistage précoce au Canada, les écarts pourraient refléter les différents niveaux d'intégration entre le système de soins primaires et le système de soins spécialisés, y compris les services de diagnostic. La détection précoce du cancer du poumon exige, entre autres facteurs, que le patient soit vigilant, que le médecin de premier recours soit attentif et que les services de radiodiagnostic et de laboratoire soient adaptés aux besoins. Une analyse beaucoup plus poussée s'impose pour déterminer la mesure dans laquelle ces facteurs et d'autres permettent d'expliquer la différence de 10 % entre la province se classant au dernier rang et celle se classant au premier rang en ce qui a trait au pourcentage des cas de cancer du poumon qui sont de stade III ou IV.
 - En ce qui concerne le cancer colorectal, les programmes organisés de dépistage en étaient encore à leurs premiers balbutiements en 2010 et en 2011 dans la plupart des provinces. Il est donc prématuré d'utiliser les écarts relevés d'une province à l'autre concernant les stades du cancer comme preuve des différents niveaux de participation aux programmes de dépistage, bien que ces niveaux puissent se révéler utiles comme point de référence pour de futures évaluations.
 - En ce qui a trait au cancer du sein, par contre, il est tentant de considérer les différences entre les provinces dans la répartition des stades du cancer comme une indication de l'efficacité relative des programmes de dépistage qui sont en vigueur depuis des décennies. Toutefois, comme mentionné précédemment dans cette section, une évaluation complète exige que

l'on examine les taux d'incidence par stade et non uniquement la répartition des stades.

- Les écarts entre les provinces sont particulièrement pertinents pour le cancer de la prostate, car le taux élevé d'utilisation du test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique dans une province peut se traduire par un pourcentage inférieur de cas déclarés de cancer de stade III et de cancer de stade IV, et ce, même si le taux d'incidence des cas de stade avancé n'est peut-être pas inférieur.
- Peu de grands pays développés disposent d'un registre de données centralisé sur le stade du cancer à l'échelle de la population pour tous les types de cancer. En Australie, une étude de faisabilité effectuée en 2004 sur la stadification du cancer axée sur la population a fait ressortir des obstacles à la collecte centralisée de données exhaustives sur le stade du cancer¹⁰⁴. En Europe, le projet de base de données EUROCARE recueille des données sur le stade du cancer auprès des registres européens du cancer, mais ces données reposent sur un échantillonnage plutôt que sur la population¹⁰⁵. À l'heure actuelle, cette base de données comprend plus de 21 millions de diagnostics de cancer provenant de 116 registres du cancer répartis dans 30 pays européens.

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- Depuis 2013, il est possible de faire l'analyse des cas de cancer selon le stade pour neuf des dix provinces (comparativement à quelques-unes seulement au cours des années passées). Grâce aux données de stadification recueillies auprès de la population, il est possible de décrire plus précisément l'épidémiologie du cancer au Canada (par exemple, la survie peut être calculée en fonction du stade). Il est également possible d'effectuer des comparaisons interprovinciales concernant les indicateurs liés aux modèles de pratique (p. ex. conformité aux directives). Par exemple, la section consacrée au traitement

dans le présent rapport décrit des indicateurs permettant de mesurer le pourcentage des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein de stade I ou II en 2010 qui ont subi un traitement conservateur du sein, ce qui ne serait pas possible sans les données de stadification recueillies auprès de la population.

- Les données de stadification recueillies auprès de la population figurant dans le Registre canadien du cancer pour l'année 2010 n'étaient pas disponibles à temps pour que l'on puisse établir les taux d'incidence par stade et les

inclure dans le présent rapport. Cela dit, les prochains rapports sur le rendement du système présenteront des indicateurs comparant l'incidence par stade comme mesure plus fiable de l'impact des activités de dépistage et de détection précoce.

4. Traitement

Prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lors d'une résection du côlon 76

Taux de résection chez les patients atteints du cancer du rectum de stade II ou III, du cancer du côlon de stade III et du cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA 79

Temps d'attente en radiothérapie 84

Utilisation et capacité de la radiothérapie 88

Radiothérapie préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III 90

Radiothérapie postopératoire pour les patientes atteintes d'un cancer du sein de stade I ou II 94

Chimiothérapie postopératoire pour les patients atteints d'un cancer du côlon de stade III 97

Chimiothérapie postopératoire pour les patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA 101



4. Traitement

Le traitement contre le cancer accapare la majorité des ressources du système de lutte contre le cancer. Il regroupe la prestation d'une foule de services, tels que la chirurgie, la thérapie générale et la radiothérapie. Tout traitement vise la guérison complète, la rémission et la prise en charge des symptômes. Le type et le stade du cancer au moment de l'établissement du diagnostic, les caractéristiques des patients, comme les comorbidités et les préférences du patient, comptent parmi les facteurs qui ont une incidence sur les objectifs du traitement.

Le rapport renferme un certain nombre d'indicateurs de traitement à l'échelle du système, dont des comparaisons entre la capacité et l'utilisation, les temps d'attente et les modalités thérapeutiques, ainsi que les directives thérapeutiques fondées sur des données probantes.

La nouveauté en 2014 est une discussion élargie sur les taux de résection chirurgicale par province pour les cancers du rectum, du côlon et du poumon « non à petites cellules ». La présentation des taux de résection vise à permettre de cerner les écarts entre les provinces, ce qui peut mener à un examen et une analyse plus approfondis. Elle vise également à fournir de plus amples détails en vue de mieux comprendre les résultats liés aux

indicateurs de concordance aux lignes directrices. En outre, pour la toute première fois, des cibles de rendement ont été établies pour trois indicateurs de traitement : prélèvement d'au moins 12 ganglions lors d'une résection du côlon, radiothérapie préopératoire dans les cas de cancer du rectum de stade II ou III et chimiothérapie adjuvante pour les patients âgés de 70 à 79 ans atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA.

Certains indicateurs ne sont mesurés que pour un sous-groupe de provinces ayant été en mesure de fournir les données requises qui correspondent en tous points aux définitions et paramètres convenus.

Indicateur	Sommaire des résultats
Chirurgie	
Prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lors d'une résection du côlon	On observe un écart d'une province à l'autre dans le pourcentage de résections du côlon avec prélèvement d'au moins 12 ganglions, les taux allant de 61,7 % au Nouveau-Brunswick à 88,8 % en Ontario en 2010. On constate une légère variation selon l'âge et le sexe. La cible pour cet indicateur est de 90 %. La plupart des provinces tendent à progresser vers la cible. C'est l'Ontario qui s'en rapproche le plus.
Taux de résection chez les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III	On observe un écart d'une province à l'autre dans le pourcentage de patients qui ont subi une résection chirurgicale, allant de 70,3 % à 100,0 % en 2010. Les patients âgés de 70 ans étaient moins susceptibles de subir une résection chirurgicale que ceux qui ont moins de 70 ans.
Taux de résection chez les patients atteints d'un cancer du côlon de stade III	En 2010, le pourcentage des patients qui ont subi une résection variait de 84,4 % à 88,8 % pour quatre des six provinces participantes; les deux autres, soit l'Alberta et le Nouveau-Brunswick, affichaient un taux de 99,3 % et de 100 % respectivement. Les taux de résection étaient semblables selon l'âge et le sexe.

Indicateur	Sommaire des résultats
Taux de résection chez les patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA	On note de grandes différences entre les provinces dans le taux de résection chez les patients atteints d'un cancer du poumon, les taux variant de près de 20 % à presque 40 % en 2010. Le taux de résection chez les patients âgés de plus de 70 ans était la moitié du taux observé chez les patients âgés de moins de 70 ans. Le taux était plus élevé dans tous les groupes d'âge chez les femmes comparativement aux hommes.
Radiothérapie	
Temps d'attente en radiothérapie : de l'état « prêt à traiter » au traitement	En 2012, neuf des dix provinces pour lesquelles des données étaient disponibles avaient atteint l'objectif de traiter 90 % des patients en respectant le délai national cible de 28 jours. La Saskatchewan et l'Ontario affichaient le temps d'attente du 90 ^e percentile le plus court, soit 15 jours.
Utilisation et capacité de la radiothérapie	Le pourcentage des patients atteints de cancer qui ont reçu une radiothérapie dans les deux ans suivant le diagnostic variait entre 29,1 % et 35,9 % en 2010.
Radiothérapie préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III	Le pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III qui subissent une radiothérapie préopératoire suivant les directives thérapeutiques a augmenté au fil des ans, mais il demeure en deçà de la cible de 70 %. En 2010, la province affichant le taux de traitement le plus conforme aux directives thérapeutiques était le Manitoba (48,0 %). Le taux de traitement chute avec l'âge : d'environ 45 % chez les patients âgés de moins de 70 ans, il passe à 20 % chez les patients de plus de 80 ans.
Radiothérapie postopératoire pour les patientes atteintes d'un cancer du sein de stade I ou II	On observe un écart d'une province à l'autre dans le pourcentage des patientes atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce qui subissent une radiothérapie. En 2010, la province affichant le taux de traitement le plus conforme aux directives thérapeutiques était l'Alberta (87,9 %). Le taux de traitement passe d'environ 85 % chez les patientes de moins de 70 ans à 40 % chez les patientes de 80 ans et plus.
Thérapie générale	
Chimiothérapie postopératoire pour les patients atteints d'un cancer du côlon de stade III	Le taux de chimiothérapie postopératoire des patients atteints de cancer du côlon de stade III allait de 51 % à 80 % en 2010 (l'Île-du-Prince-Édouard affichant le taux le plus élevé de toutes les provinces). On constate cependant une forte tendance à la baisse du taux de chimiothérapie à mesure que les patients vieillissent : de 86 % des patients chez les personnes de moins de 60 ans, ce taux chute à 18 % chez les patients de 80 ans et plus en 2010.
Chimiothérapie postopératoire pour les patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA	Le pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » qui reçoivent une chimiothérapie adjuvante a diminué entre 2007 et 2010. Dans les provinces, ce pourcentage allait d'aussi bas que 35 % à près de 60 % en 2010. Les femmes étaient légèrement moins susceptibles de recevoir une chimiothérapie après une chirurgie. Chez les patients de 70 ans et plus, le taux de chimiothérapie postopératoire est de 32 %, soit un taux inférieur de 20 % à celui observé chez les patients de moins de 70 ans. Le taux de traitement ciblé chez les patients âgés de 70 ans ou plus est de 45 %.

4.1 Chirurgie

Prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lors d'une résection du côlon

Que mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le pourcentage des cas de cancer du côlon comportant une résection au terme de laquelle au moins 12 ganglions ont été prélevés et examinés pour déterminer le degré de propagation du cancer. Les données d'essais cliniques ont révélé qu'il fallait prélever au moins 12 ganglions pour déterminer la propagation ganglionnaire¹⁰⁶. Les résultats sont présentés pour les patients atteints d'un cancer du côlon ayant subi une résection, diagnostiqués chaque année de 2007 à 2010. Ils comparent les taux selon la province, l'âge et le sexe. Le nombre de ganglions prélevés et examinés est tiré des éléments de données issues de la stadification concertée.

- Le nombre de ganglions prélevés et examinés au terme d'une résection joue un rôle prépondérant pour déterminer correctement le stade d'un cancer, ce qui permet de planifier le traitement qui sera prodigué¹⁰⁶.
- La plupart des normes de pratique cliniques recommandent de prélever au moins 12 ganglions pour déterminer de manière plus précise le stade N¹⁰⁷ (qui indique le degré de propagation ganglionnaire du cancer). Cette recommandation s'explique par le fait que l'examen de 12 ganglions réduit à un niveau acceptable le risque d'établir un diagnostic faussement négatif.
- Une référence nationale éclairée par les données probantes, récemment établie par le Groupe de travail sur les cibles et les modèles de rendement du système du Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat), stipule qu'il faut prélever et examiner au moins 12 ganglions chez 90 % des patients atteints d'un cancer du côlon qui ont subi une résection dans l'année suivant le diagnostic.
- La mesure des tendances provinciales en matière de traitement par rapport à ces directives thérapeutiques peut orienter les améliorations qualitatives à l'échelon provincial.

Quels résultats a-t-on obtenus?

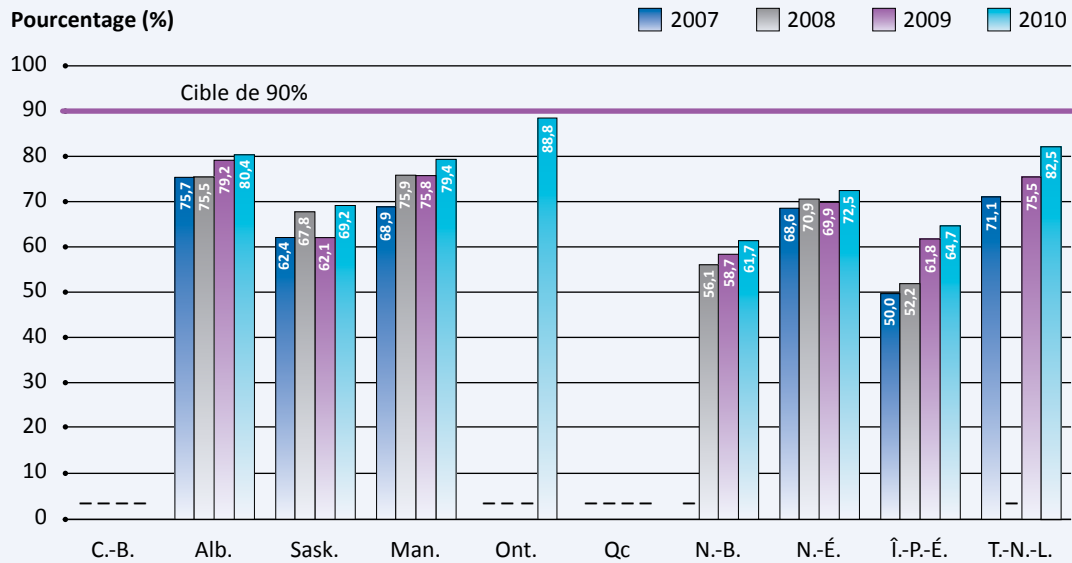
- Le pourcentage de résections du côlon comportant le prélèvement et l'examen d'au moins 12 ganglions varie considérablement d'une province à l'autre. Il va de 61,7 % au Nouveau-Brunswick à 88,8 % en Ontario dans les huit provinces participantes en 2010 (figure 4.1). Une cible de rendement du système de 90 % a été établie en 2014 pour cet indicateur (vous trouverez plus de détails sur cet objectif dans la section *Que peut-on conclure des résultats?*).
- On n'observe qu'un écart relativement faible selon le groupe d'âge et aucune tendance évidente entre les données de 2007 à 2010 (figure 4.2).
- En 2010, le taux de résection avec prélèvement d'au moins 12 ganglions chez les patients atteints d'un cancer du côlon était légèrement plus élevé chez les femmes que chez les hommes, ainsi que chez les patients âgés de moins de 70 ans que chez les patients de 70 ans et plus (figure 4.3).

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les données pour cet indicateur proviennent du système de stadification concertée dans lequel l'information sur le nombre de ganglions prélevés et examinés est extraite des dossiers médicaux des patients et normalisée dans les éléments de données de cette stadification.
- Les cas pour lesquels le nombre de ganglions enlevés et examinés est inconnu ont été exclus du numérateur et du dénominateur à des fins de comparaison.
- La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique qui se trouve à l'adresse rendementdusysteme.ca.

FIGURE 4.1

Pourcentage des résections du côlon avec prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions selon la province – diagnostic établi entre 2007 et 2010



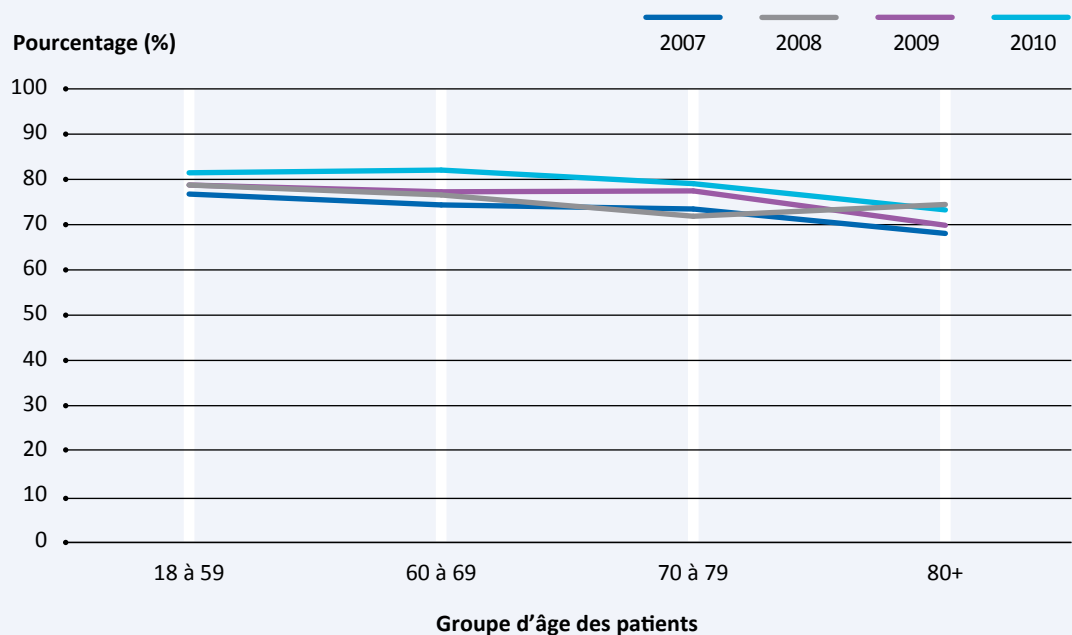
« - » Données non disponibles pour la C.-B. (de 2007 à 2010), l'Ont. (de 2007 à 2009), le Qc (de 2007 à 2010), le N.-B. (2007) et T.-N.-L. (2008).

Les données de l'Ont. concernent les cas de cancer du côlon ayant subi l'examen d'au moins 12 ganglions en 2010, et non les cas de cancer du côlon diagnostiqués en 2010.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

FIGURE 4.2

Pourcentage des résections du côlon avec prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions selon le groupe d'âge – diagnostic établi entre 2007 et 2010

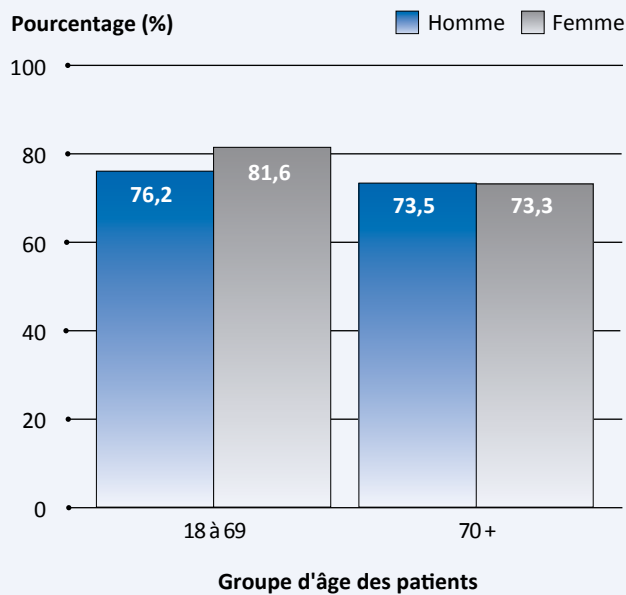


Données de l'Alb., du Man., de la N.-É., de l'Î.-P.-É. et de la Sask. (provinces ayant fourni des données comparables pour les quatre années).

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

FIGURE 4.3

Pourcentage des résections du côlon avec prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions selon le groupe d'âge et le sexe – diagnostic établi en 2010



Données de l'Alb., du Man., du N.-B., de T.-N.-L., de la N.-É., de l'Î.-P.-É. et de la Sask.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

Que peut-on conclure des résultats?

- Pour la première fois en 2014, on a établi une cible de rendement du système pour l'indicateur lié à l'examen d'au moins 12 ganglions lors d'une résection du côlon. Des experts du Groupe de travail sur les cibles et les modèles de rendement du système ont établi cette cible et recommandé d'utiliser la cible de l'Ontario de 90 % comme référence pour toutes les provinces.
- Quatre provinces (Ontario, Terre-Neuve-et-Labrador, Alberta et Manitoba) sont à moins de 10 % d'atteindre la cible. La tendance sur quatre ans pour toutes les provinces est à la hausse et se rapproche de la cible.
- Dans l'ensemble, les taux sont légèrement plus élevés que ceux signalés dans d'autres provinces et territoires et dans le cadre d'autres études, où les taux déclarés vont de 65 % à 77 %¹⁰⁸⁻¹¹⁰.

- L'absence d'écart selon l'âge et le sexe correspond généralement aux résultats des autres provinces et territoires, bien que des tendances plus marquées liées à l'âge (des taux plus élevés chez les patients âgés que chez les patients plus jeunes) aient été observées dans le cadre d'études américaines^{111,112}.

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- Cet indicateur était l'un des trois indicateurs pour lesquels une cible de rendement du système a été établie. Il a été privilégié en raison de la qualité des données probantes et de l'écart observé d'une province à l'autre. L'établissement d'une cible de rendement vise à faire ressortir l'importance d'une pratique fondée sur des données probantes et à favoriser l'adoption de stratégies locales pour assurer le respect des directives thérapeutiques.

- Aux États-Unis, une étude a permis de constater une amélioration de 34 % du respect de la recommandation ayant trait au nombre minimal de 12 ganglions à prélever au cours de la période précédant la publication des directives thérapeutiques (1988 à 1990) à 75 % en 2009 après la publication des directives et l'établissement des cibles locales¹¹³. La mise

en œuvre des observations synoptiques et des rapports pathologiques selon un modèle normalisé, deux initiatives nationales appuyées par le Partenariat, pourrait également fournir d'autres renseignements utiles pour comprendre les pratiques en matière de chirurgie et de pathologie.

Taux de résection chez les patients atteints du cancer du rectum de stade II ou III, du cancer du côlon de stade III et du cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA

Que mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le pourcentage des patients atteints du cancer du rectum de stade II ou III, du cancer du côlon de stade III et du cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA ayant subi une résection chirurgicale. Il tient compte des patients dont le diagnostic a été établi en 2009 et en 2010 et qui ont subi une résection dans l'année qui a suivi le diagnostic. Il présente les taux selon la province, le groupe d'âge et le sexe.

- La chirurgie est le traitement de première intention pour le cancer du rectum, du côlon et du poumon « non à petites cellules » non métastatique. On a recours à diverses techniques chirurgicales comme principale modalité de traitement pour ces cancers. Comme ces résections sont des interventions complexes, les directives thérapeutiques sur le traitement recommandent de combiner un traitement néoadjuvant, notamment la chimiothérapie et la radiothérapie dans le traitement du cancer du rectum de stade II ou III, ainsi que la chimiothérapie adjuvante dans le traitement du cancer du côlon de stade III et du cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA pour améliorer l'issue de la chirurgie et les résultats globaux.
- Comme la chirurgie est le traitement définitif pour le cancer du rectum, du côlon et du poumon, il est important de mesurer le taux de résection provincial et d'en faire rapport en vue de relever tout écart qui pourrait indiquer qu'il est nécessaire d'examiner les tendances

des pratiques pour les améliorer. L'examen du taux de résection selon l'âge et le sexe contribue également à cerner les inégalités démographiques dans l'accès à la chirurgie.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- Le taux de résection provincial dans le cas du cancer du rectum est généralement de l'ordre de 80 % à 95 %, à quelques exceptions près. L'Ontario a déclaré un taux de résection de 73,5 % en 2009 (mais n'a déclaré aucun taux en 2010) (figure 4.4). Le petit nombre de cas est susceptible d'entraîner des fluctuations annuelles dans les plus petites provinces (Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador) (figures 4.4, 4.5 et 4.6). Les patients plus âgés sont moins susceptibles de subir une chirurgie rectale que les plus jeunes. C'est particulièrement vrai pour les femmes. La différence dans le taux de résection pour le cancer du rectum est d'environ 15 % entre les femmes âgées de moins de 70 ans et celles qui ont plus de 70 ans (figure 4.7).
- On constate peu d'écart dans les taux de résection du côlon entre quatre des six provinces ayant fourni des données (de l'ordre de 84,4 % à 88,8 %). Au Nouveau-Brunswick, le taux de résection était de 100 %, alors qu'en Alberta, il était de 99,3 % en 2010 (figure 4.5). Les taux de résection du côlon étaient semblables entre le groupe des 18 à 69 ans et celui des 70 ans et plus, de même qu'entre les sexes (figure 4.7).

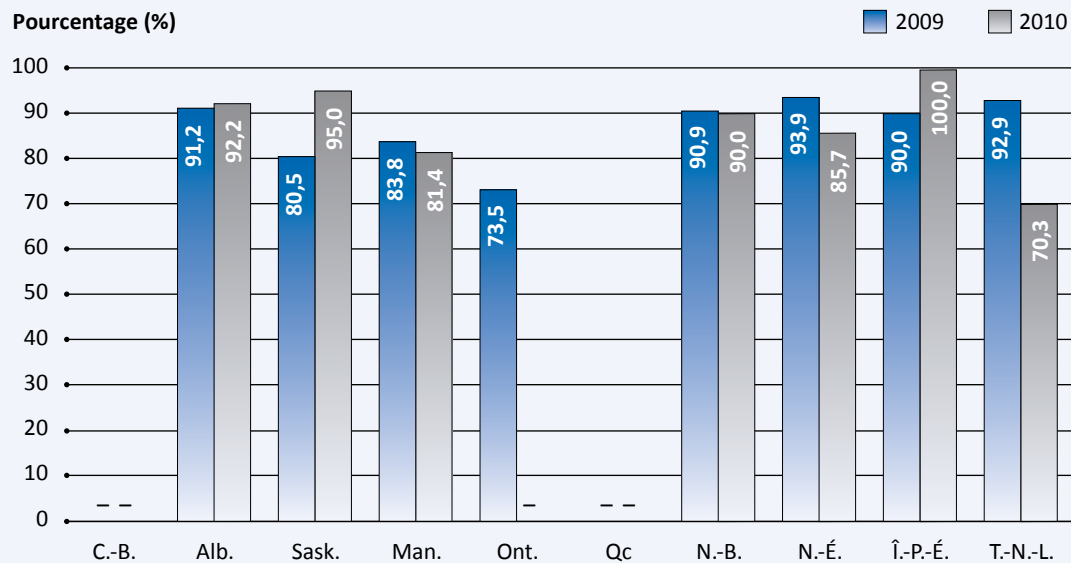
- On constate en 2010 un écart considérable dans les taux de résection du poumon d'une province à l'autre, d'un faible niveau de 25 % à un sommet de 42 % (figure 4.6). Les taux de résection du poumon étaient inférieurs d'environ 50 % chez les patients de plus de 70 ans par rapport aux patients de moins de 70 ans et ils étaient plus élevés dans tous les groupes d'âge chez les femmes comparativement aux hommes (figure 4.7).

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Quelques-unes des provinces sont absentes parce qu'elles s'écartent des exigences de l'indicateur, ce qui influe sur leur comparabilité aux autres provinces. La Colombie-Britannique inclut des données seulement pour les cas recommandés aux soins des centres anticancéreux provinciaux (jusqu'à l'année de diagnostic 2010).
- La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique qui se trouve à l'adresse rendementdusysteme.ca.

FIGURE 4.4

Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ayant subi une résection chirurgicale dans l'année suivant le diagnostic selon la province – diagnostic établi en 2009 et 2010

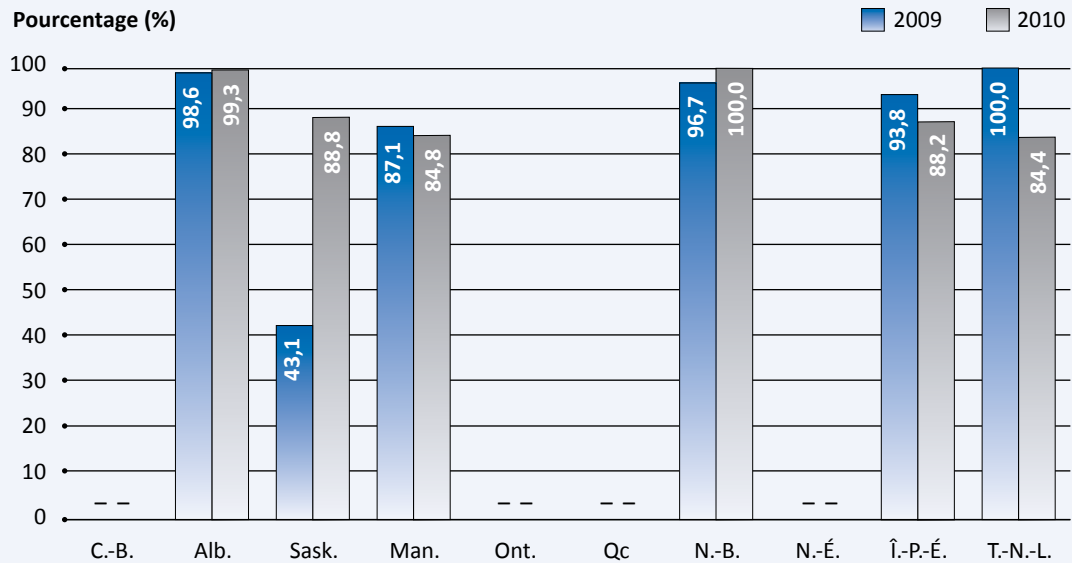


« - » Données non disponibles pour la C.-B. (2009 et 2010), l'Ont. (2010) et le Qc (2009 et 2010).

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

FIGURE 4.5

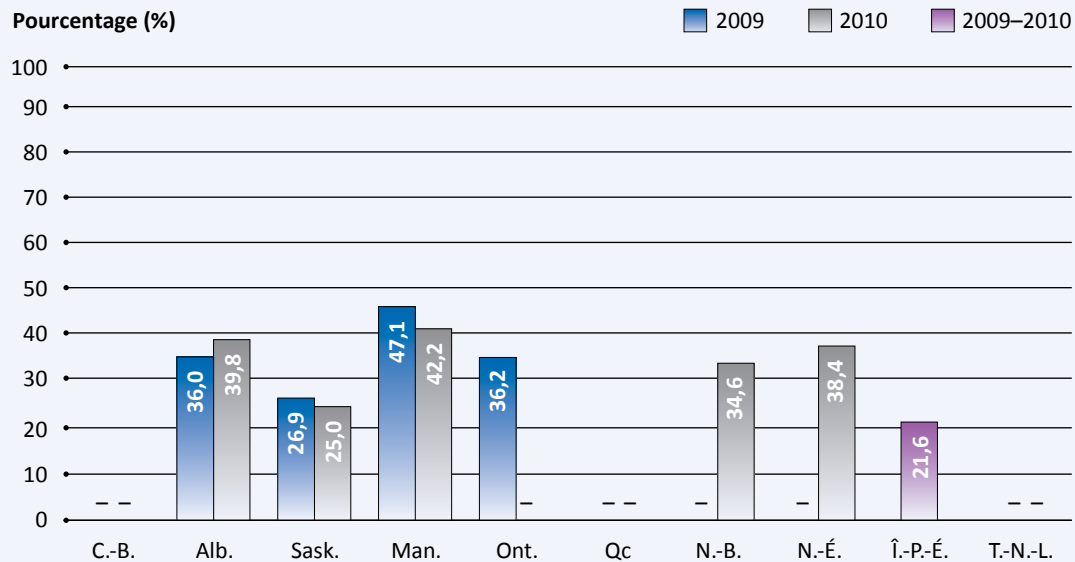
Pourcentage des patients atteints d'un cancer du côlon de stade III ayant subi une résection chirurgicale dans l'année suivant le diagnostic selon la province – diagnostic établi en 2009 et 2010



« – » Données non disponibles pour la C.-B. (2009 et 2010), l'Ont. (2009 et 2010), le Qc (2009 et 2010) et la N.-É. (2009 et 2010).
Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

FIGURE 4.6

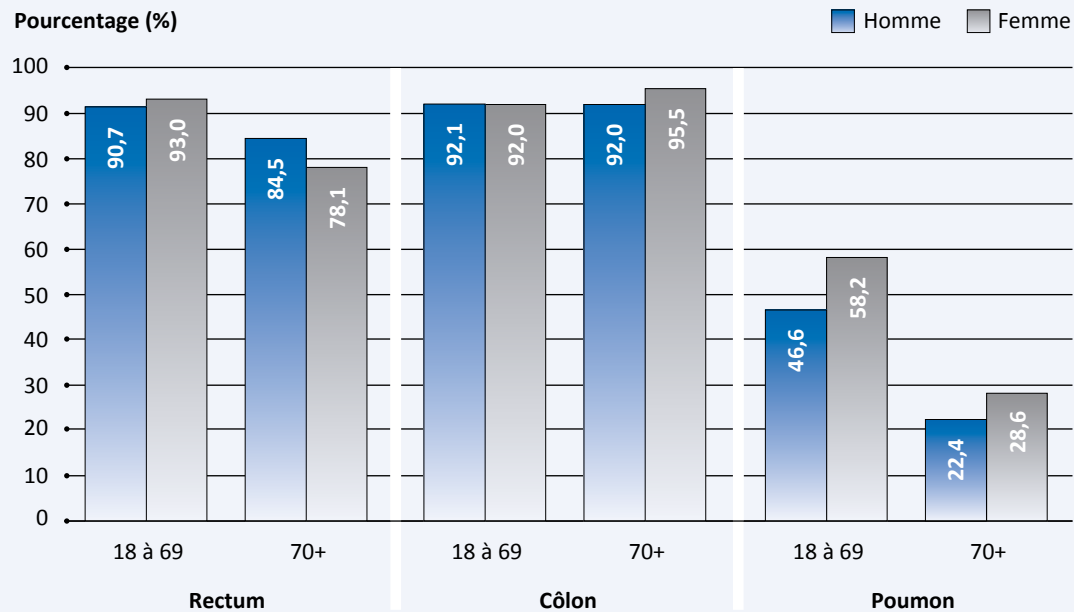
Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA ayant subi une résection chirurgicale dans l'année suivant le diagnostic selon la province – diagnostic établi en 2009 et 2010



« – » Données non disponibles pour la C.-B. (2009 et 2010), l'Ont. (2010), le Qc (2009 et 2010), le N.-B. (2009), la N.-É. (2009) et T.-N.-L. (2009 et 2010).
Les données de l'Î.-P.-É. couvrent 2009 et 2010.
Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

FIGURE 4.7

Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III, d'un cancer du côlon de stade III et d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA ayant subi une résection chirurgicale dans l'année suivant le diagnostic selon le groupe d'âge et le sexe – diagnostic établi en 2010



Les données sur le cancer du rectum concernent l'Alb., le Man., le N.-B., T.-N.-L., la N.-É., l'Î.-P.-É. et la Sask., celles sur le cancer du côlon concernent l'Alb., le Man., le N.-B., T.-N.-L., l'Î.-P.-É. et la Sask., et celles du cancer du poumon concernent l'Alb., le Man., le N.-B., la N.-É., l'Î.-P.-É. et la Sask.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

Que peut-on conclure des résultats?

- La présentation des taux de résection vise à susciter un examen de la mesure dans laquelle les différences sont attribuables à la qualité des données ou à des écarts dans les modèles de pratique. Par exemple, il est possible qu'en Ontario la saisie des renseignements sur la chirurgie soit incomplète, ce qui rend compte d'un taux de résection rectale plus faible que prévu. En Saskatchewan, le taux de résection du côlon a augmenté de 46 % de 2009 à 2010, ce qui

peut être attribuable à une amélioration dans la saisie des renseignements sur la chirurgie.

Les comparaisons des taux entre les provinces permettent de relever ces anomalies possibles. Si la qualité des données n'est pas une préoccupation, il faut examiner les raisons de ces écarts dans la pratique.

- Les données sur les résections chirurgicales pour le cancer du rectum de stade II ou III sont comparables au Canada et aux États-Unis (environ 80 %) ¹¹⁴. Conformément aux conclusions exposées ici, une étude avec échantillon représentatif de

la population aux États-Unis a signalé des taux de résection plus faibles chez les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III âgés de 75 ans que chez les patients plus jeunes^{111, 112, 115}.

- L'absence d'écart dans les taux de résection du côlon entre les sexes correspond aux données de la base de données SEER (*Surveillance, Epidemiology and End Results*) des États-Unis, qui indiquent que 80 % des patients atteints d'un cancer du côlon non métastatique, âgés de 80 ans et plus, subissent une chirurgie avec une meilleure issue comparativement à ceux qui n'ont pas subi de chirurgie¹¹⁶.
- Alors que les patients plus âgés sont nettement moins susceptibles de subir une résection pulmonaire. Les données justifient cette intervention chez les groupes plus âgés et plus jeunes, car les deux répondent aussi bien au traitement¹¹⁷. Au Royaume-Uni, une étude a révélé que les patients plus âgés et les hommes sont moins susceptibles de subir une chirurgie pour le cancer du poumon « non à petites cellules » que les patients plus jeunes et les femmes¹¹⁸.
- Les modèles de soins peuvent expliquer la préférence du patient, alliés au jugement du médecin traitant qui repose sur des facteurs comme les comorbidités et les complications dont les calculs des indicateurs ne tiennent pas compte.

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- Les résultats présentés ici éclaireront les programmes d'oncologie provinciaux, les cliniciens et les décideurs sur les répercussions des modèles chirurgicaux dans l'ensemble du pays. Des efforts accrus assureront l'accès optimal aux soins des patients atteints de cancer partout au Canada.
- Un travail plus poussé est nécessaire pour évaluer les tendances observées, possiblement en examinant les tendances à l'échelle régionale et en examinant les taux de résection selon le type de chirurgie pratiquée. De multiples facteurs interviennent dans le processus décisionnel à savoir si la chirurgie peut être pratiquée. Ces facteurs devront faire l'objet d'un examen, y compris les variables relatives au patient, au médecin et au milieu hospitalier, comme l'état de santé, les comorbidités et l'expertise du médecin traitant. L'examen de ces subtilités aidera à cerner les lacunes dans la prestation des soins de santé et à améliorer la pratique à l'échelle du pays.
- L'initiative de rendement du système du Partenariat canadien contre le cancer s'emploie actuellement à faire état de la marge de résection, car les résultats sont meilleurs pour les patients avec des marges sans tumeur résiduelle.

Nouvelles études et données probantes

- Les techniques chirurgicales utilisées pour le cancer colorectal comprennent les suivantes : colectomie, laparoscopie et laparoscopie assistée. Il y a des écarts régionaux dans l'utilisation de ces techniques¹¹⁹. Parce qu'elles sont efficaces, sécuritaires et favorisent une guérison rapide qui permet de réduire le séjour à l'hôpital, les techniques laparoscopiques sont utilisées par un plus grand nombre de chirurgiens au Canada. Par contre, il y a des disparités provinciales pour une foule de raisons, notamment l'absence de formation formelle, l'âge et le sexe du chirurgien et son affiliation à une université.
- Environ 50 % des chirurgiens canadiens en exercice offrent la chirurgie laparoscopique. Les chirurgiens de l'Ontario, du Québec et de la Colombie-Britannique sont plus susceptibles d'utiliser cette technique que les chirurgiens des autres provinces¹¹⁹. Il convient de souligner que les patients atteints d'un cancer du côlon de stade II ou III ne seront pas tous des candidats pour cette forme de traitement.
- Une étude transversale a constaté qu'environ 48 % des membres de l'American Society of Colon and Rectal Surgeons et de la Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons pratiquent la chirurgie par voie laparoscopique dans le cas des maladies colorectales¹²⁰.

4.2 Radiothérapie

Temps d'attente en radiothérapie

Que mesure-t-on?

Cet indicateur mesure les temps d'attente en radiothérapie à compter du moment où le patient est prêt à commencer le traitement (pour 2012), soit le pourcentage des patients traités à l'intérieur du délai cible (28 jours) ainsi qu'à l'intérieur du temps d'attente médian et du temps d'attente du 90^e percentile exprimé en jours.

- L'accès rapide à la radiothérapie est un des éléments clés d'un système de lutte contre le cancer de grande qualité.
- La réduction du temps d'attente en radiothérapie pour les patients atteints de cancer est une priorité nationale en soins de santé. Des délais cibles nationaux ont été établis, et des mécanismes provinciaux visant à réduire les temps d'attente ont été instaurés.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- En 2012, neuf des dix provinces ayant fourni des données ont atteint la cible de 90 % des patients traités selon le délai de référence national des temps d'attente (figure 4.8). Les temps d'attente de la Nouvelle-Écosse se rapprochent de la cible (selon les tendances des résultats déjà publiés). Le temps d'attente le plus court (15 jours) était en Saskatchewan et en Ontario.

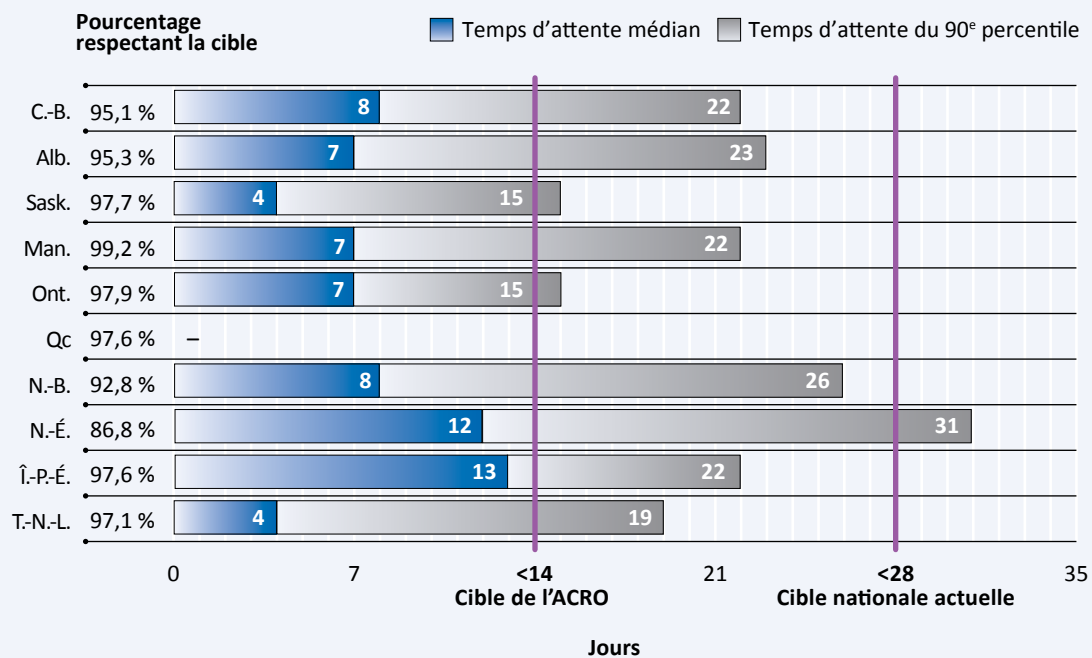
- Pour les quatre cancers les plus courants, le temps d'attente du 90^e percentile affichant l'écart le plus important entre les provinces était celui des patients atteints du cancer de la prostate (33 jours entre le temps d'attente du 90^e percentile le plus court et le plus long) tandis que les patients atteints du cancer du poumon étaient ceux qui subissaient un temps d'attente plus semblable (écart de 13 jours) (figure 4.9).
- Le pourcentage de patients traités à l'intérieur du délai cible pour tous les types de cancer variait de 86,8 % à 99,2 %, avec huit des dix provinces qui déclarent un taux de 95 % (tableau 4.1). Le temps d'attente de l'état « prêt à traiter » jusqu'au traitement était le plus long pour les patients atteints du cancer de la prostate pour les neuf provinces ayant fourni des données.

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- La désignation « prêt à traiter » marque le point de départ de l'évaluation du temps d'attente. Bien que des efforts considérables aient été consacrés à l'élaboration et à l'adoption de définitions normalisées dans ce domaine, il est toujours possible d'observer des écarts d'une province à l'autre.
- La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique qui se trouve à l'adresse rendementdusysteme.ca.

FIGURE 4.8

Temps d'attente médian et du 90^e percentile en radiothérapie pour tous les cancers selon la province – traitement suivi en 2012



« – » Les données du Qc vont du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2013; les temps d'attente médian ou du 90^e percentile ne sont pas disponibles.

Le temps d'attente va du moment où le patient est prêt à être traité et le début de la radiothérapie.

Le délai cible est celui que recommande l'Association canadienne des radiooncologues (ACRO).

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

FIGURE 4.9

Temps d'attente du 90^e percentile en radiothérapie selon le siège de la maladie et la province – traitement suivi en 2012

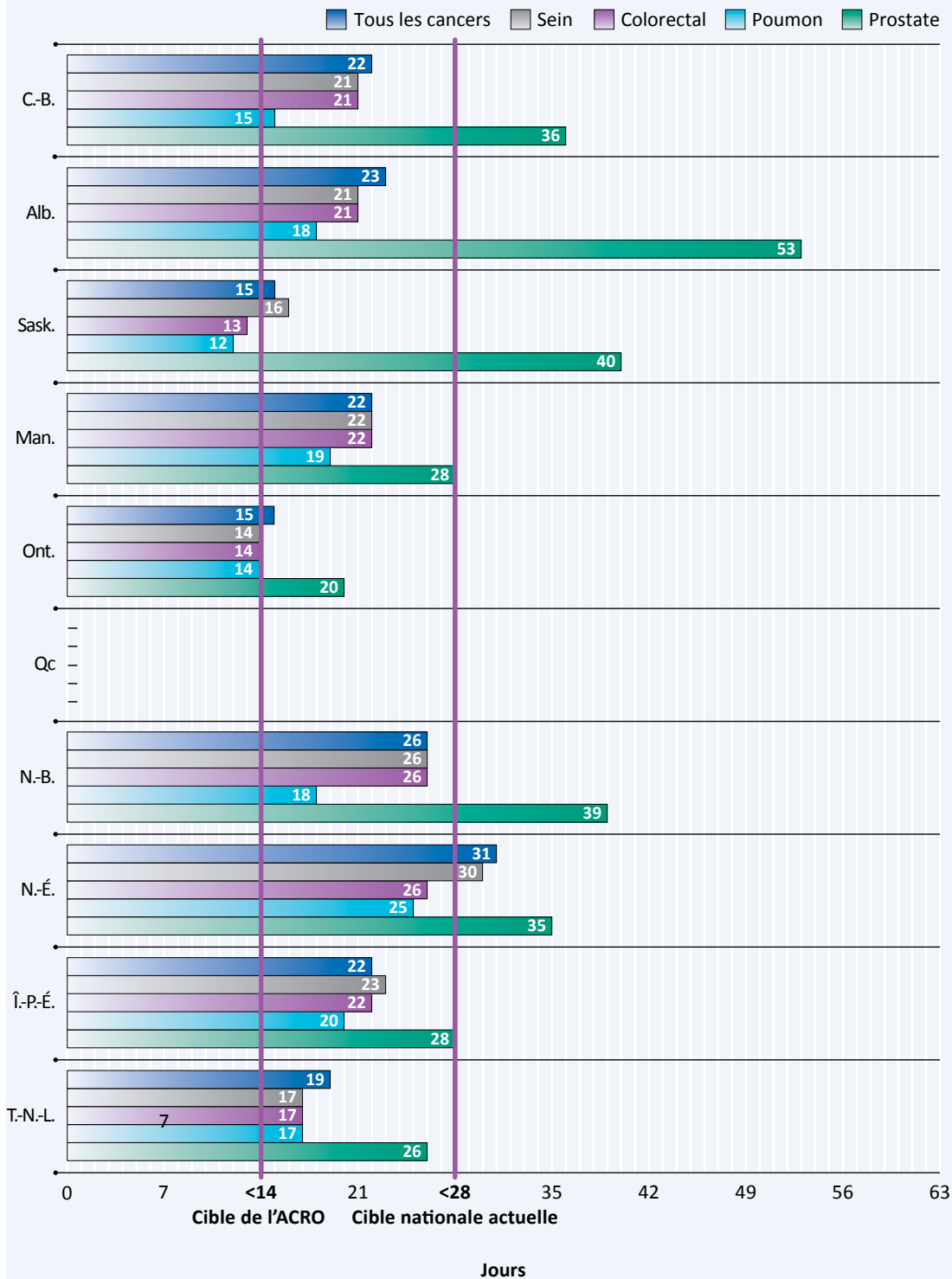


TABLEAU 4.1

Pourcentage des patients traités dans le délai de référence en radiothérapie pour les quatre types de cancer les plus courants et tous les cancers selon la province – traitement suivi en 2012

Province	Siège de la maladie				
	Sein	Colorectal	Poumon	Prostate	Tous les cancers
Colombie-Britannique	96,7	97,9	99,4	82,9	95,1
Alberta	99,5	99,0	98,4	80,1	95,3
Saskatchewan	99,7	100,0	100,0	84,4	97,7
Manitoba	100,0	100,0	99,3	95,7	99,2
Ontario	98,9	99,2	98,9	95,7	97,9
Québec	–	–	–	–	97,6
Nouveau-Brunswick	93,1	93,8	98,2	80,5	92,8
Nouvelle-Écosse	87,8	93,1	91,8	83,6	86,8
Île-du-Prince-Édouard	97,8	96,0	100,0	91,3	97,6
Terre-Neuve-et-Labrador	99,6	100,0	97,9	93,3	97,1

« – » Données non disponibles pour le Qc selon le siège de la maladie.

Le délai de référence entre le moment où le patient est prêt à être traité et le début des traitements est de quatre semaines.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

Que peut-on conclure des résultats?

- L'examen du temps d'attente entre les provinces peut aider à cerner les régions qui pourraient réduire leur temps d'attente et adopter des pratiques exemplaires. Par exemple, les données historiques sur les temps d'attente démontrent que les résidents du Manitoba continuent d'accéder à la radiothérapie en temps opportun, comme l'indique le pourcentage élevé de patients traités dans l'intervalle cible de 2009 à 2012³², alors qu'en Nouvelle-Écosse la situation continue à s'améliorer (de 80,0 % patients traités selon la cible en 2009 à 86,8 % en 2012), mais les temps d'attente demeurent en deçà de la cible de

90 %. D'autres efforts seront nécessaires pour comprendre les raisons pour lesquelles il y a des délais plus longs et pour élaborer des stratégies visant à améliorer la prestation des soins de santé et réduire les temps d'attente dus au système.

- Ce sont les patients atteints d'un cancer de la prostate qui doivent attendre le plus longtemps pour la radiothérapie. L'âge du patient, le stade du cancer et les retards dus au patient sont des facteurs de risque qui peuvent influencer grandement les temps d'attente en radiothérapie, en particulier dans le cas du cancer de la prostate¹²¹.

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- En décembre 2005, les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé ont établi un délai de référence pour accéder à la radiothérapie en cas de cancer, et toutes les provinces se sont dotées de mécanismes pour mesurer et améliorer ce temps d'attente en surveillant les écarts entre les provinces¹²².
- Grâce à l'information de la surveillance du rendement du système, la Nouvelle-Écosse s'est efforcée par le truchement d'une stratégie pluriannuelle d'augmenter la capacité de radiothérapie dans ces établissements de

traitement, de continuer à en améliorer l'accès et de réduire les temps d'attente.

- On sait qu'il est préférable de se rapprocher d'une mesure du temps d'attente plus axée sur le patient plutôt que de simplement mesurer le temps écoulé entre l'état « prêt à traiter » et le traitement. Deux possibilités consistent à mesurer le temps qui s'écoule entre la consultation d'un oncologue et le début du traitement, et le temps qui s'écoule du diagnostic au début du traitement. Ainsi, il serait possible de couvrir une plus grande partie de l'expérience du patient et de déterminer les possibilités d'amélioration des processus, ce qui pourrait être examiné dans les futurs travaux sur le rendement du système.

Utilisation et capacité de la radiothérapie

Que mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le pourcentage des nouveaux cas qui reçoivent une radiothérapie, peu importe la raison, dans les deux ans suivant le diagnostic. Les taux d'utilisation de la radiothérapie sont comparés selon la province pour les diagnostics établis au cours de l'année 2010. La capacité des services de radiothérapie est également présentée par province. Cette capacité est déterminée en fonction du nombre d'accélérateurs linéaires par million d'habitants.

- Comme la chirurgie et la thérapie générale, la radiothérapie constitue l'essence même des services de traitement contre le cancer. Un patient peut recevoir une radiothérapie préopératoire (traitement néoadjuvant) postopératoire (adjuvant), comme traitement unique (sans chirurgie ou autre traitement) ou avec une chimiothérapie (chimioradiation)¹²⁴.
- La garantie d'accès aux services de radiothérapie à tous les patients atteints de cancer qui en ont besoin est une priorité absolue dans le cadre de la planification des services de traitement du cancer. Des taux d'utilisation de la radiothérapie relativement faibles dans une province avec une capacité assez faible des accélérateurs linéaires pourraient indiquer des limites d'accès.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- L'utilisation de la radiothérapie variait légèrement d'une province à l'autre au cours de l'année de diagnostic 2010. Les taux d'utilisation de la radiothérapie dans les deux ans suivant le diagnostic variaient de 29,1 % à 35,9 % en 2010 (figure 4.10). Généralement, les taux sont demeurés assez stables entre 2007 et 2010³².
- Au Canada, le nombre moyen d'accélérateurs linéaires par habitant s'est accru au cours des quatre années de l'étude. En 2012, le nombre d'accélérateurs linéaires variait de 4,5 par million d'habitants en Alberta à 13,8 par million d'habitants à l'Île-du-Prince-Édouard, alors que la moyenne canadienne se situait à 7,2 par million d'habitants (figure 4.11).

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Le délai de deux ans en radiothérapie (du diagnostic au début du traitement) intègre principalement le traitement curatif. En raison des contraintes inhérentes à la méthodologie et aux données, il n'a pas été possible de calculer le taux de radiothérapie à vie dans le cadre du présent rapport. Des modèles de calcul de ce taux seront élaborés en vue des prochains rapports.
- La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique qui se trouve à l'adresse rendementdusysteme.ca.

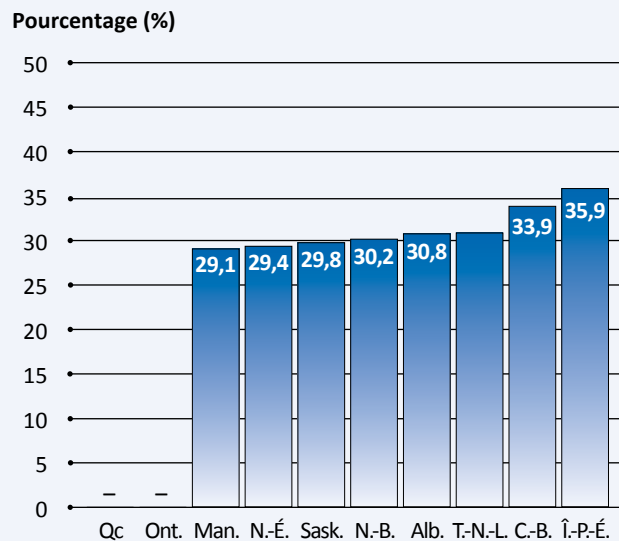
Que peut-on conclure des résultats?

- Bien que la majorité des provinces ait signalé des taux d'utilisation de la radiothérapie constants de 2007 à 2010, il y a eu des changements significatifs à l'Île-du-Prince-Édouard entre 2009 et 2010 en raison de l'ajout d'un deuxième accélérateur linéaire dans la province³².
- La référence internationale la plus couramment citée pour l'utilisation de la radiothérapie chez les patients atteints de cancer examine la

radiothérapie administrée au cours de leur vie^{125, 126}. Comme cette méthode a été élaborée et validée ailleurs dans le monde¹²⁷, on prévoit élaborer une méthodologie pour calculer le taux (modélisé) d'utilisation à vie. Les résultats de ce calcul seront publiés dans les prochains rapports sur le rendement du système pour qu'on puisse les comparer aux taux de référence internationaux. Cette mesure de l'utilisation de la radiothérapie tiendra compte de tous les buts de traitement, notamment les traitements de deuxième et de troisième intention ainsi que la gestion des symptômes.

FIGURE 4.10

Pourcentage des patients atteints d'un cancer ayant subi une radiothérapie dans les deux ans suivant le diagnostic selon la province – diagnostic établi en 2010



« - » Données non disponibles pour l'Ont. et le Qc.

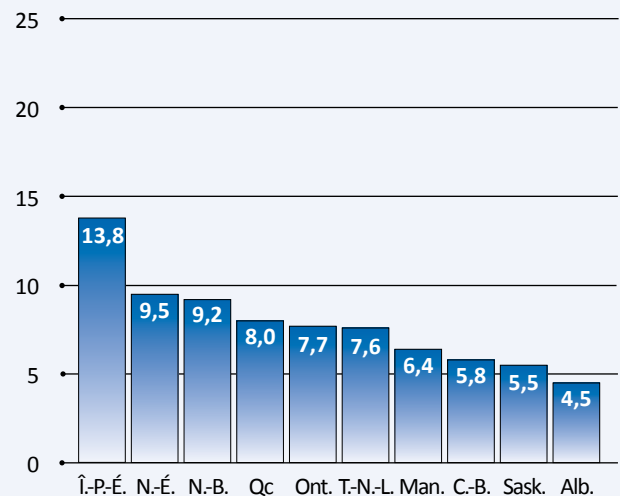
Les données comprennent la radiothérapie faite à tout siège de la maladie, et non nécessairement au siège primaire.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

FIGURE 4.11

Nombre d'accélérateurs linéaires par million d'habitants selon la province – 2012

Nombre d'accélérateurs linéaires par million d'habitants



Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer; Statistique Canada

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- Le projet Mise en œuvre des initiatives en matière de qualité du Partenariat canadien contre le cancer (Le Partenariat) se sert, entre autres données, des résultats obtenus pour chaque indicateur du rendement du système afin de déterminer s'il est opportun d'adopter des stratégies visant à améliorer la qualité de la pratique clinique. Le Partenariat canadien pour la qualité en radiothérapie a été financé dans le cadre de ce projet pour planifier et mettre en œuvre un programme national de qualité en radiothérapie¹²⁸. Ce programme comprend les éléments suivants :
 - des indicateurs d'assurance de la qualité des programmes nationaux et des recommandations, qui seront intégrés au processus d'agrément existant des hôpitaux et des centres anticancéreux;
 - des indicateurs d'assurance de la qualité technique à l'échelle nationale et des recommandations relatives à l'équipement de radiothérapie;
 - un système national de rapports sur les incidents liés à la radiothérapie et une base de données sur l'apprentissage;
 - des indicateurs nationaux, axés sur le patient, de la qualité des soins reçus personnellement pendant l'administration de la radiothérapie.
- L'Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE) a signalé une moyenne de 6,2 accélérateurs linéaires par million d'habitants pour les pays membres de l'OCDE¹²⁹, ce qui est plus faible que la moyenne canadienne de 7,2 pour 2012.

Radiothérapie préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III

Que mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum au stade II ou III qui ont subi une résection et reçu une radiothérapie préopératoire, conformément aux directives thérapeutiques largement diffusées^{130, 131}. L'indicateur de cette année compare les résultats qui ont été observés chez des patients dont le diagnostic a été établi chaque année de 2007 à 2010. Il examine les tendances selon l'âge et le sexe, tout en comparant des données d'une province à l'autre.

- Tous les ans, près de 9 200 personnes succombent à un cancer colorectal au Canada⁹⁶. Environ 20 % de ces cas sont des tumeurs rectales¹³². D'après les analyses groupées portant sur trois essais menés en Amérique du Nord, la survie relative à cinq ans à un cancer du rectum de stade II ou III varie de 78 %, pour le stade IIA, à 31 %, pour le stade IIIC. Le taux de récurrence locale peut s'élever jusqu'à 22 % pour les cas de cancer de stade III¹³³.
- Il a été démontré que l'administration d'une radiothérapie avant une résection chirurgicale (c.-à-d. préopératoire) améliore l'issue de l'intervention chirurgicale et le contrôle localisé chez les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III¹³³. C'est particulièrement le cas chez les patients présentant une grosse tumeur dont l'ablation est difficile¹⁰⁸. Des données d'essais cliniques laissent également entendre que l'administration de courtes séances de radiothérapie préopératoire améliore la survie relative sans maladie par rapport à la radiothérapie postopératoire¹³⁴.
- Pour la quatrième année consécutive, la conformité à ces directives thérapeutiques a été mesurée dans les rapports sur le rendement du système. Cette année (2014), un taux de traitement cible de 70 % a été établi pour cet indicateur. L'établissement de la cible vise à une meilleure application des traitements recommandés par les directives thérapeutiques pour les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- En général, les taux de radiothérapie préopératoire ont augmenté de manière constante au cours de la période de quatre ans, conformément aux directives thérapeutiques. Les taux dans les six provinces qui ont présenté des données relativement à cet indicateur pour les cas relevés en 2010 variaient de 38,1 % à 48,0 % des patients traités conformément aux directives, ce qui laisse entrevoir une possibilité d'amélioration (en 2009, l'Ontario et l'Île-du-Prince-Édouard ont déclaré des taux de 51,7 % et de 50,0 % respectivement) (figure 4.12). Un objectif de rendement du système de 70 % a été fixé en 2014 pour cet indicateur (vous trouverez plus de détails sur cet objectif dans la section *Que peut-on conclure des résultats?*)
- L'administration d'une radiothérapie préopératoire aux patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III variait considérablement selon l'âge, mais pas selon le sexe (figures 4.13 et 4.14). Le taux de traitement a chuté de beaucoup chez les patients plus âgés, soit de 50 % chez les patients de moins de 60 ans à 20 % chez les patients âgés de 80 ans et plus en 2010 (figure 4.13).

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

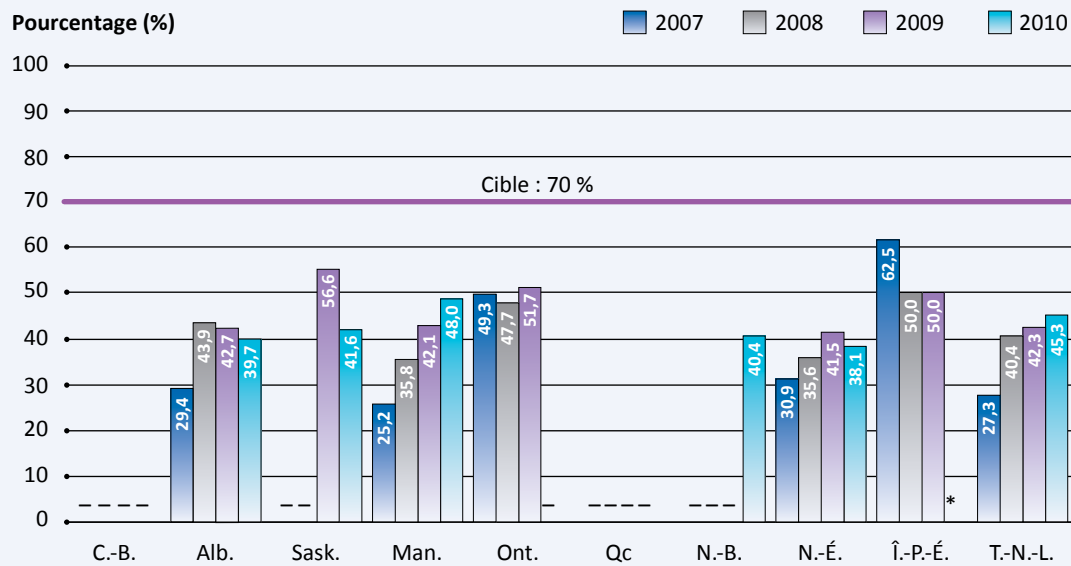
- Comme dans les rapports antérieurs, les résultats de la Colombie-Britannique ne sont pas présentés et ne sont pas inclus dans la moyenne générale parce qu'ils ne tiennent compte que des données portant sur les cas recommandés aux soins des centres anticancéreux provinciaux (jusqu'à l'année de diagnostic 2010).
- Dans le passé, on a constaté que plusieurs provinces signalaient une augmentation substantielle du nombre de cas de cancer du rectum de stade II ou III pris en compte dans le calcul de l'indicateur d'une année à l'autre. Cette augmentation pourrait être attribuable aux améliorations apportées à la capacité de repérer les cas cibles à partir de données administratives, mais elle peut aussi refléter des tendances réelles.
- La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique qui se trouve à l'adresse rendementdusysteme.ca.

Que peut-on conclure des résultats?

- Pour la première année, on indique une cible pour cet indicateur. Le taux de traitement cible (comme le montre la figure 4.12) a été établi à 70 % par le Groupe de travail sur les cibles et les modèles de rendement du système. Même si aucune des provinces ayant fourni des données pour cet indicateur n'est parvenue à la cible de traitement en 2010, il est important de continuer à rendre compte de cette cible pour signaler la nécessité de changer la pratique, conformément à l'évolution des directives thérapeutiques. Les données de l'examen des dossiers médicaux appuient la cible. C'est une amélioration à réaliser selon le taux de traitement dans la province qui performait le mieux en 2009. En outre, cette cible est comparable au rendement de la Suède en 2009¹⁰⁸.
- Il se peut que la radiothérapie préopératoire ne soit pas administrée pour diverses raisons dans certaines situations. Dans un tel cas, on recommande fortement d'administrer une radiothérapie postopératoire¹³⁵. On ne connaît pas la fréquence des cas pour lesquels une radiothérapie préopératoire est contre-indiquée, mais on ne croit pas qu'elle varie considérablement d'une province à l'autre. L'examen des dossiers médicaux dans le *Rapport de 2012 sur le rendement du système de lutte contre le cancer* du Partenariat canadien contre le cancer permet d'apporter un certain éclairage sur ces questions. Dans les cinq provinces participantes, 88 % des patients ayant reçu un diagnostic de cancer du rectum de stade II ou III ont été recommandés aux soins d'un oncologue médical ou d'un radio-oncologue par un chirurgien, tandis que les autres, soit 12 %, ne l'ont pas été³². La présence de comorbidités était le motif le plus souvent invoqué pour justifier l'absence de recommandation en radiothérapie des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III, alors que le fait de ne pas être examiné par un radio-oncologue expliquait le plus souvent l'absence de traitement.

FIGURE 4.12

Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ayant subi une radiothérapie avant la chirurgie selon la province – diagnostic établi entre 2007 et 2010



* Données supprimées en raison des petits nombres.

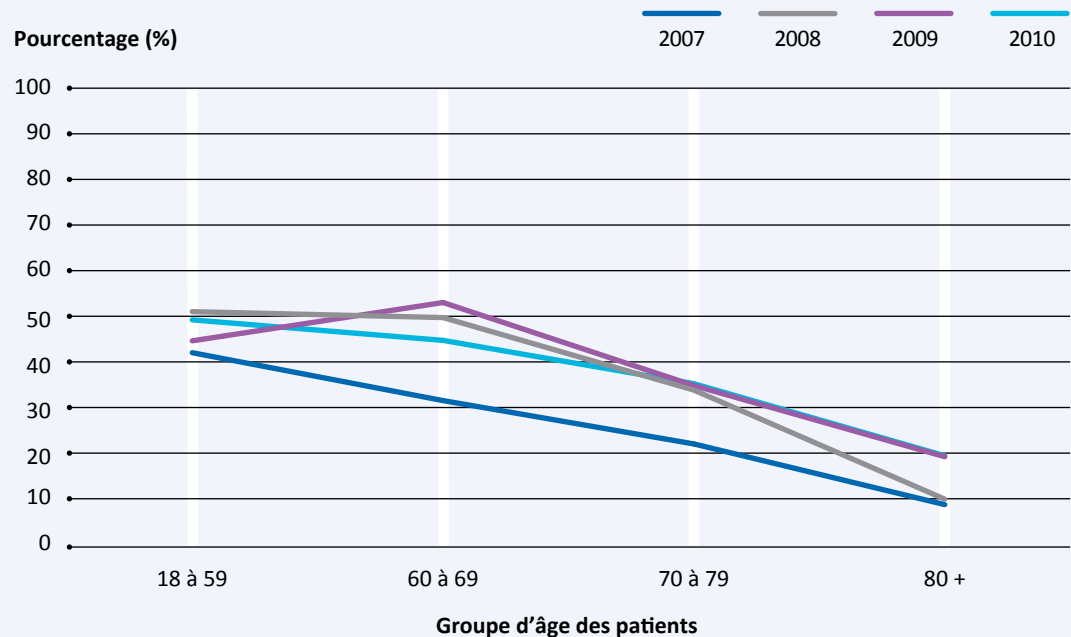
« - » Données non disponibles pour la C.-B. (de 2007 à 2008), la Sask. (2007 et 2008), l'Ont. (2010), le Qc (de 2007 à 2010) et le N.-B. (de 2007 à 2009).

Comprend les traitements de radiothérapie commencés jusqu'à 120 jours avant la chirurgie.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

FIGURE 4.13

Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ayant subi une radiothérapie avant la chirurgie selon le groupe d'âge – diagnostic établi entre 2007 et 2010



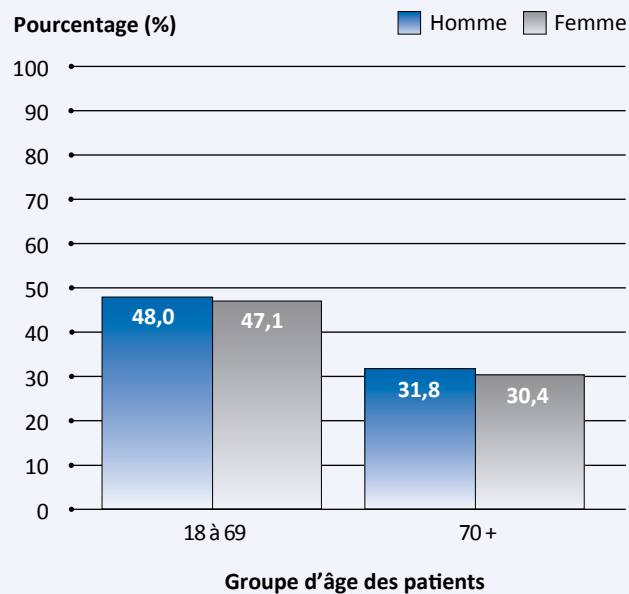
Données de l'Alb., du Man., de T.-N.-L., de la N.-É. et de l'Î.-P.-É. (provinces ayant fourni des données comparables pour les quatre années).

Les données incluent les traitements de radiothérapie commencés jusqu'à 120 jours avant la chirurgie.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

FIGURE 4.14

Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ayant subi une radiothérapie avant la chirurgie selon le groupe d'âge et le sexe – diagnostic établi en 2010



Données de l'Alb., du Man., du N.-B., de T.-N.-L., de la N.-É., de l'Î.-P.-É. et de la Sask.

Les données incluent les traitements de radiothérapie commencés jusqu'à 120 jours avant la chirurgie.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- L'examen rétrospectif des dossiers médicaux des patients atteints d'un cancer du rectum ayant subi une résection a permis d'approfondir la compréhension des modèles de recommandation et de traitement et de cerner les motifs qui justifient les décisions prises par rapport à la radiothérapie²⁴. Les résultats ont permis de déceler les écarts qui

pourraient être amoindris par l'adoption de stratégies d'amélioration de la qualité.

- Il est également nécessaire de mieux comprendre la chute dans les taux de traitement chez les patients âgés de 70 ans. Les prochains rapports sur le rendement du système continueront à surveiller les taux de traitement dans ce groupe d'âge. Il pourrait s'avérer nécessaire d'établir de nouvelles cibles si l'évolution vers la cible actuelle est propre à l'âge.

Nouvelles études et données probantes

- La gestion du cancer du rectum a évolué au fil des dernières décennies grâce aux progrès importants réalisés dans les essais contrôlés randomisés à grande échelle, ce qui a mené à appuyer ou à réfuter les directives thérapeutiques déjà établies. Avant 1980, la seule modalité de traitement pour les patients atteints d'un cancer du rectum était la chirurgie¹³⁶. La conférence de consensus de 1990 du National Institutes of Health a préparé une déclaration en lien aux nouvelles données provenant d'études cliniques appuyant l'administration de la chimiothérapie postopératoire et de la radiothérapie pour les patients atteints d'un cancer du rectum. Il a été démontré que cette combinaison de traitements retarde la récurrence des tumeurs et augmente les chances de survie¹³⁷. Par la suite, une méta-analyse de 14 essais cliniques fondée sur des données crédibles (réduction globale de la mortalité) soutenait l'administration d'une radiothérapie préopératoire¹³⁸, qui demeure la norme couramment acceptée fondée sur des preuves. La gestion du cancer du rectum peut changer avec le temps pour garantir aux patients le schéma thérapeutique fondé sur des données probantes le plus efficace.

Radiothérapie postopératoire pour les patientes atteintes d'un cancer du sein de stade I ou II

Que mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le pourcentage des patientes atteintes d'un cancer du sein de stade I ou II qui reçoivent une radiothérapie adjuvante après une chirurgie conservatrice du sein (CCS), conformément aux directives thérapeutiques largement diffusées. L'indicateur de cette année compare les résultats qui ont été observés chez des patientes dont le diagnostic a été établi en 2009 et en 2010. Il examine les tendances selon l'âge, tout en comparant des données d'une province à l'autre.

- Il a été démontré que le taux de récurrence à cinq ans des cas de cancer du sein à un stade précoce (stade I ou II) augmente de plus de 25 % en l'absence de normes thérapeutiques¹³⁹.
- La plupart des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein non métastatique sont des candidates pour la chirurgie, soit la chirurgie conservatrice du sein ou la mastectomie¹⁴⁰. Cette chirurgie, suivie d'une radiothérapie (ce qu'on appelle le traitement conservateur du sein), est moins invasive que la mastectomie, est associée à une morbidité moindre, présente plus d'avantages sur le plan esthétique et du point de vue psychologique, mais les taux de récurrence et de survie sont comparables¹⁴¹.

Quels résultats a-t-on obtenus?

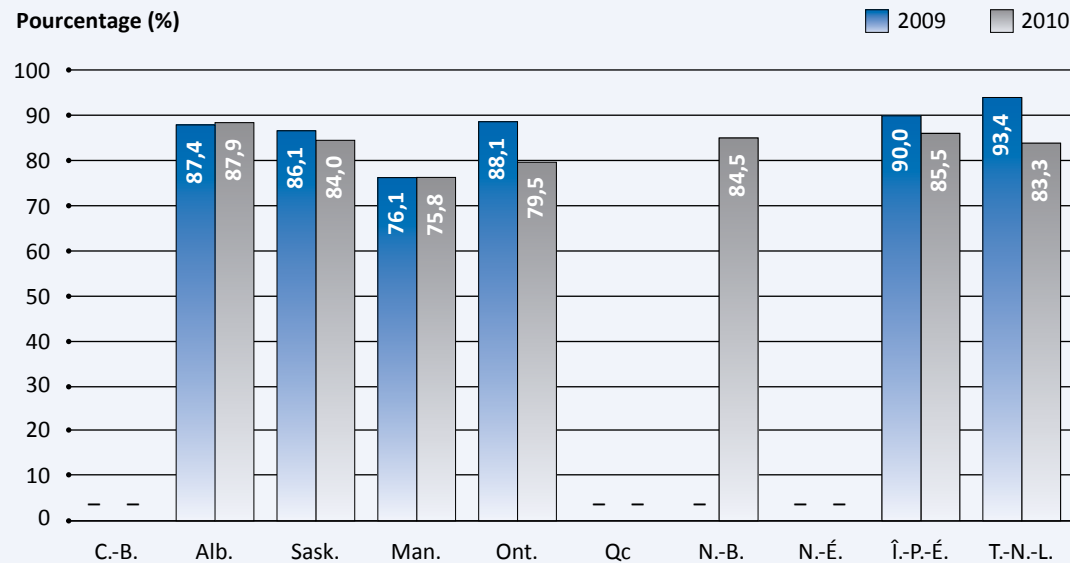
- Sept provinces ont présenté des données en 2010 (c.-à-d. après une chirurgie conservatrice du sein). Dans ces provinces, le taux d'administration du traitement variait de 75,8 % au Manitoba à 87,9 % en Alberta (figure 4.15). On a constaté une diminution de la radiothérapie après une chirurgie conservatrice du sein de 2009 à 2010 dans cinq des six provinces ayant fourni des données.
- Au cours de toutes les années, le taux moyen de prestation d'une radiothérapie adjuvante a diminué chez les patientes âgées de 70 ans ou plus, et plus particulièrement chez les patientes âgées de 80 ans ou plus (figure 4.16).

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les résultats de la Colombie-Britannique ne sont pas présentés parce qu'ils ne tiennent compte que des données portant sur les cas recommandés aux soins des centres anticancéreux provinciaux (jusqu'à l'année de diagnostic 2010).
- La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique qui se trouve à l'adresse rendementdusysteme.ca.

FIGURE 4.15

Pourcentage des patientes atteintes d'un cancer du sein de stade I ou II ayant subi une radiothérapie après la chirurgie mammaire conservatrice selon la province – diagnostic établi en 2009 et 2010



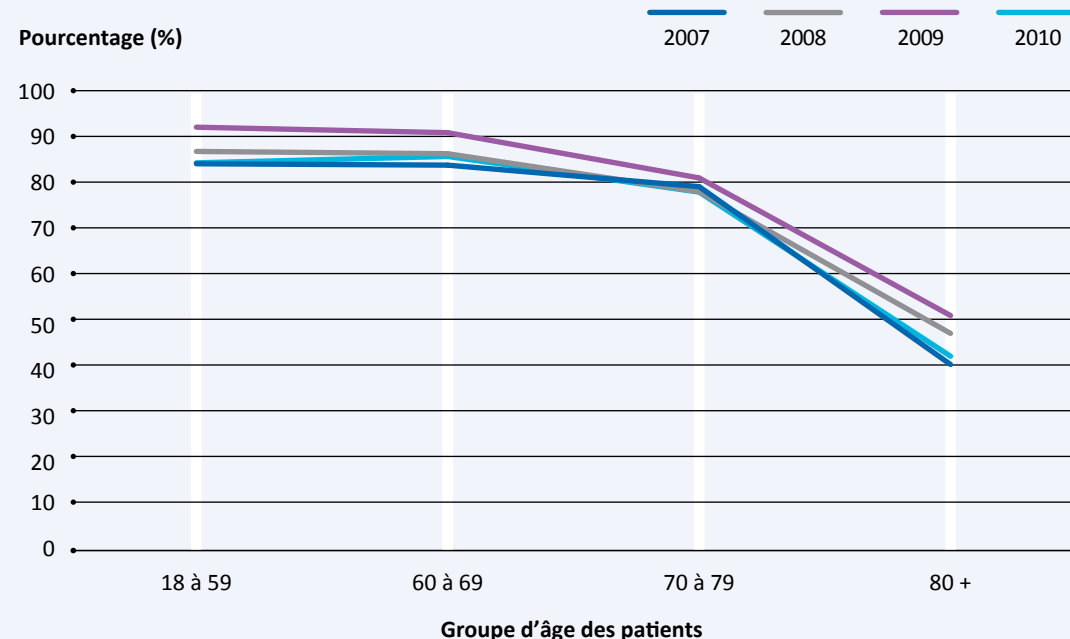
« - » Données non disponibles pour la C.-B. (2009 et 2010), le Qc (2009 et 2010), le N.-B. (2009) et la N.-É. (2009 et 2010).

Les données incluent les traitements de radiothérapie commencés dans les 270 jours suivant la chirurgie.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

FIGURE 4.16

Pourcentage des patientes atteintes d'un cancer du sein de stade I ou II ayant subi une radiothérapie après la chirurgie mammaire conservatrice selon le groupe d'âge – diagnostic établi entre 2007 et 2010



Données de l'Alb., du Man. et de l'Ont. (provinces ayant fourni des données comparables pour les quatre années).

Les données incluent les traitements de radiothérapie commencés dans les 270 jours suivant la chirurgie.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

Que peut-on conclure des résultats?

- Des études avec échantillon représentatif de la population peuvent permettre de replacer ces conclusions canadiennes dans leur contexte. Selon une étude menée au États-Unis, 94 % des femmes âgées de 66 à 70 ans ont subi une radiothérapie adjuvante pour un cancer du sein à un stade précoce après la chirurgie conservatrice du sein de 2000 à 2002¹⁴². D'après une étude nationale réalisée en Suisse, le taux de radiothérapie adjuvante s'établissait à 92 % dans le cas des femmes de moins de 80 ans atteintes d'un cancer du sein au stade I à III¹⁴³. Certains taux provinciaux déclarés en l'occurrence sont légèrement inférieurs à ces résultats; cependant, les années visées par les analyses de même que les méthodes d'étude (en particulier les exclusions en fonction de l'âge) diffèrent, ce qui rend ardu l'établissement de comparaisons précises.
- La diminution de l'administration du traitement recommandé par les directives thérapeutiques chez les patientes plus âgées pourrait être fondée en partie sur des données probantes. Plusieurs essais cliniques semblent indiquer que la prestation d'une radiothérapie à une patiente âgée de 70 ans ou plus, qui est atteinte d'un cancer du sein de stade I avec récepteurs d'estrogènes et qui a subi une chirurgie conservatrice du sein, n'offre que des bienfaits marginaux par rapport à la récurrence et à la survie¹⁴⁴.
- On devrait envisager de recourir à la radiothérapie adjuvante chez la plupart des patientes atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce qui

subissent une chirurgie conservatrice du sein. Il n'existe toutefois aucune cible officielle de rendement à l'échelle canadienne pour évaluer le taux réel de prestation de ce traitement. Chez certaines patientes, les risques associés à la radiothérapie pourraient être plus grands que les avantages associés à ce traitement (p. ex. les patientes atteintes d'une maladie qui affecte les tissus conjonctifs ou celles qui ont déjà subi une radiothérapie au même endroit)¹⁴⁵. Dans un tel cas, une mastectomie peut s'avérer être une meilleure option.

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- Des travaux sont en cours, dans le cadre de l'initiative sur le rendement du système établie par le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat), pour élaborer des points de référence et des cibles relativement à cet indicateur et à d'autres indicateurs en vue des prochains rapports.
- En octobre 2012, le Partenariat a collaboré avec l'Institut canadien d'information sur la santé afin de publier un rapport thématique spécial sur les tendances en matière de recours aux interventions chirurgicales pour traiter les cas de cancer du sein à l'échelle du pays¹⁴⁶. Le rapport a comparé la radiothérapie et la chirurgie conservatrice du sein selon la province, en mettant en relief leur corrélation, qui explique largement les écarts d'une province à l'autre remarqués dans l'utilisation de la radiothérapie.

4.3 Thérapie générale

Chimiothérapie postopératoire pour les patients atteints d'un cancer du côlon de stade III

Que mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le pourcentage des patients atteints d'un cancer du côlon de stade III qui ont reçu une chimiothérapie adjuvante (postopératoire) après avoir subi une résection. L'indicateur de cette année compare les résultats qui ont été observés chez des patientes dont le diagnostic a été établi chaque année de 2007 à 2010. Il examine les tendances selon l'âge, tout en comparant des données d'une province à l'autre.

- Le rôle de la chimiothérapie adjuvante chez les patients présentant un cancer du côlon de stade III ayant fait l'objet d'une résection chirurgicale a été clairement établi. Plusieurs essais de grande envergure, avec répartition aléatoire, ont démontré que la prestation d'une chimiothérapie à la suite d'une intervention chirurgicale améliore l'issue du traitement¹⁴⁷⁻¹⁴⁹.
- Les directives thérapeutiques recommandent la prestation d'une chimiothérapie adjuvante à la suite d'une intervention chirurgicale chez les patients atteints d'un cancer du côlon de stade III¹⁵⁰.
- L'évaluation des tendances à l'échelle nationale par rapport à ces directives permet de repérer les écarts et de contribuer à les amoindrir, grâce à l'adoption de stratégies d'amélioration de la qualité. Cet indicateur est déclaré depuis quatre ans dans les rapports sur le rendement du système. Les rapports permettent de cerner toute tendance dans les modèles de pratique, mais les données de plusieurs années permettent

de mieux évaluer les taux de traitement pour les provinces où il n'y a qu'un petit nombre de cas chaque année.

Quels résultats a-t-on obtenus?

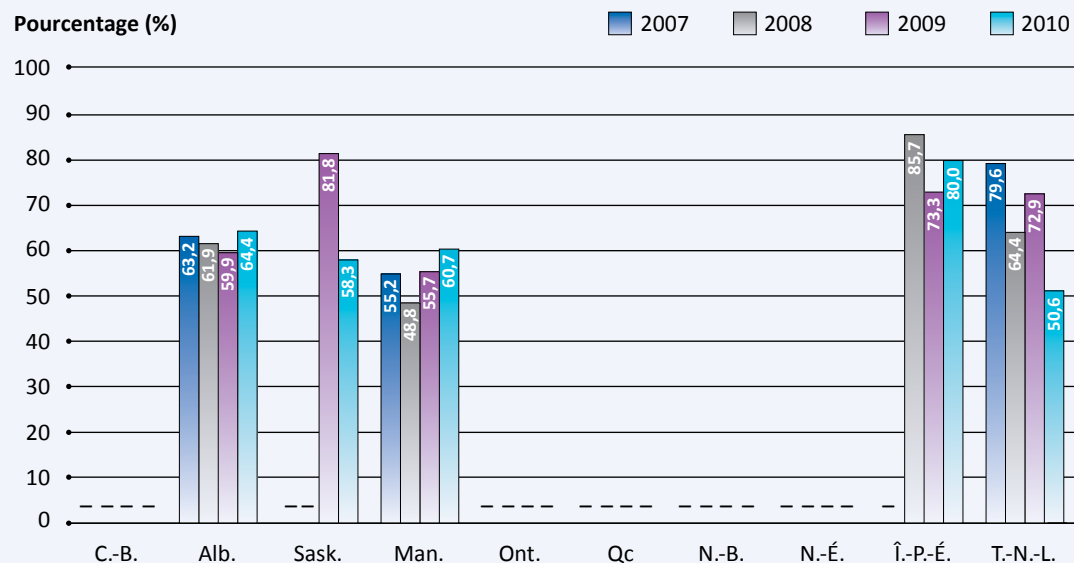
- Il y avait un écart dans le pourcentage de cas du cancer du côlon de stade III ayant subi une résection, traités avec une chimiothérapie adjuvante, pour les cinq provinces ayant fourni des données. Les données de 2010 indiquent que le pourcentage de ces cas variait de 50,6 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 80,0 % à l'Île-du-Prince-Édouard (figure 4.17). Tenant compte des fluctuations annuelles attribuables au petit nombre de cas, le taux de traitement déduit est plus susceptible de se situer entre les 55 % et les 75 %, ce qui représente toujours un écart supérieur à celui qui peut être attribué aux différences dans la composition des cas.
- Tout comme les autres indicateurs de conformité aux directives thérapeutiques présentés dans ce rapport, les taux de chimiothérapie adjuvante ont diminué chez les patients plus âgés atteints d'un cancer du côlon de stade III. Ainsi, ils sont passés de 86 % chez les patients de moins de 60 ans à 18 % chez les patients âgés de 80 ans et plus en 2010 (figure 4.18).
- Le taux de traitement pour les patients âgés de 70 ans était de 40,8 % chez les femmes et de 46,3 % chez les hommes, même si cette différence n'est peut-être pas importante (figure 4.19).

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Cet indicateur examine la chimiothérapie administrée dans les 120 jours suivant la chirurgie. Les données sur la chimiothérapie administrée par voie orale ou intraveineuse sont incluses, même si les données sur la chimiothérapie administrée par voie orale peuvent être incomplètes dans certaines provinces. La mesure dans laquelle ces données sont incomplètes pourrait avoir une plus grande incidence sur les taux de traitement mesurés pour les patients plus âgés, plus susceptible de recevoir ce schéma de traitement.
- Les résultats de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse ne sont pas présentés parce qu'ils s'écartent des exigences de l'indicateur, ce qui influe sur leur comparabilité à ceux des autres provinces. La Colombie-Britannique saisit les données seulement pour les cas recommandés aux soins des centres anticancéreux provinciaux, alors que l'Ontario et la Nouvelle-Écosse ne saisissent pas la totalité des données sur la chimiothérapie administrée à l'échelle de la province.
- Les résultats de l'Île-du-Prince-Édouard proviennent d'examen du dossier médical de patients (alors que les résultats des autres provinces reposent sur l'analyse de données administratives).
- La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique qui se trouve à l'adresse rendementdusysteme.ca.

FIGURE 4.17

Pourcentage des patients atteints d'un cancer du côlon de stade III ayant subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale selon la province – diagnostic établi entre 2007 et 2010



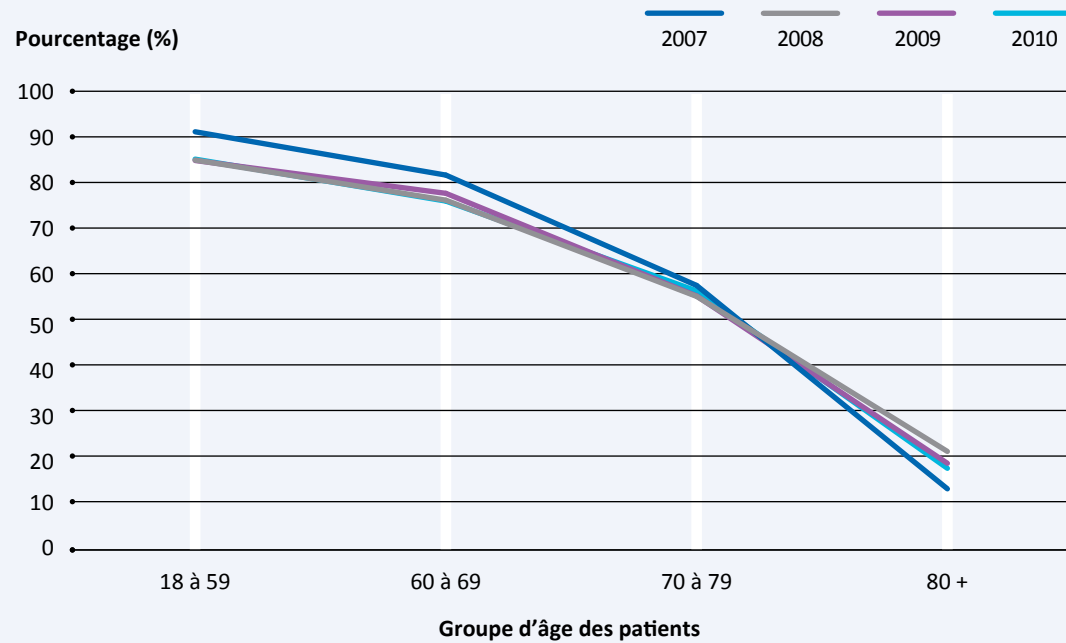
« - » Données non disponibles pour la C.-B. (de 2007 à 2010), la Sask. (2007 et 2008), l'Ont. (de 2007 à 2010), le Qc (de 2007 à 2010), le N.-B. (de 2007 à 2010), la N.-É. (de 2007 à 2010) et l'Î.-P.-É. (2007).

Les données incluent les traitements de chimiothérapie commencés dans les 120 jours suivant la chirurgie.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

FIGURE 4.18

Pourcentage des patients atteints d'un cancer du côlon de stade III ayant subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale selon le groupe d'âge – diagnostic établi entre 2007 et 2010



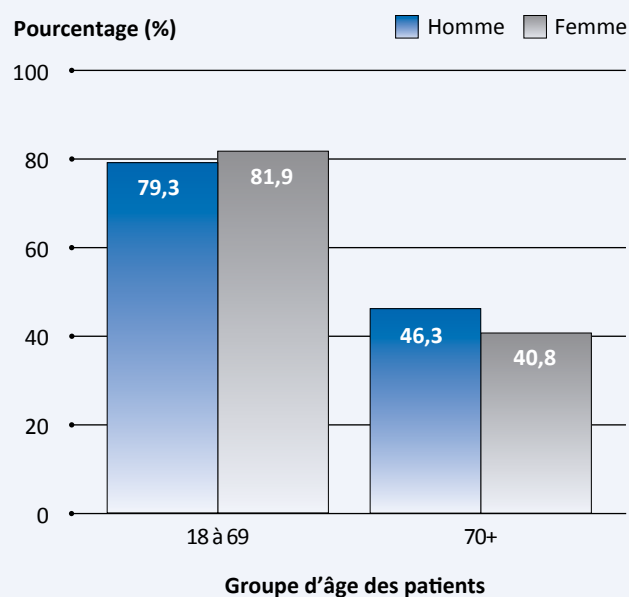
Données de l'Alb., du Man. et de T.-N.-L. (provinces ayant fourni des données comparables pour les quatre années).

Les données incluent les traitements de chimiothérapie commencés dans les 120 jours suivant la chirurgie.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

FIGURE 4.19

Pourcentage des patients atteints d'un cancer du côlon de stade III ayant subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale selon le groupe d'âge et le sexe – diagnostic établi en 2010



Les données concernent l'Alb., le Man., T.-N.-L., l'Î.-P.-É. et la Sask.

Les données incluent les traitements de chimiothérapie commencés dans les 120 jours suivant la chirurgie.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

Que peut-on conclure des résultats?

- On devrait envisager de recourir à une chimiothérapie adjuvante dans la plupart des cas de cancer du côlon de stade III à la suite d'une résection. Il n'existe toutefois aucune cible officielle de rendement à l'échelle canadienne pour évaluer le taux réel de prestation de ce traitement. Chez certains patients, en particulier les personnes âgées, les répercussions négatives de la chimiothérapie pourraient être plus grandes que les avantages associés à ce traitement. On ne connaît pas la fréquence de ces cas, mais elle ne devrait toutefois pas varier de manière significative d'une province à l'autre. À tout le moins, une partie des écarts entre les provinces présentés ici reflètent les différences dans les modèles de pratique clinique.
- Il convient également de souligner les taux de traitement nettement inférieurs chez les patients plus âgés. Même si les contre-indications au traitement sont plus probables chez les patients plus âgés, des études portent à croire qu'un grand nombre d'entre eux pourraient tirer avantage d'une chimiothérapie adjuvante. Toutefois, ils sont moins susceptibles de la recevoir, même en tenant compte du taux plus élevé de comorbidités et des autres contre-indications. Par exemple, une étude d'envergure menée aux États-Unis a constaté que les patients de plus de 75 ans ayant subi une résection chirurgicale pour un cancer du côlon pourraient améliorer leur chance de survie avec la chimiothérapie de façon comparable aux patients plus jeunes¹⁵¹. Cela dit, les risques de décès concurrents et l'espérance de vie en général entrent en jeu au moment de déterminer le traitement pour

le groupe des personnes âgées. À des fins de comparaison, les taux de chimiothérapie après résection du côlon pour un cancer de stade III, selon l'analyse des données SEER (*Surveillance Epidemiology and End Results*) des États-Unis, étaient de 78 % chez les patients âgés de 65 à 69 ans; de 74 % chez les patients âgés de 70 à 74 ans; de 58 % dans le groupe des 75 à 79 ans; de 34 % dans le groupe des 80 à 84 ans et de 11 % chez les patients âgés de 85 à 89 ans¹⁵².

- Il est possible qu'une partie de la baisse des taux de traitement des patients plus âgés mesurés dans le présent rapport soit attribuable à une saisie incomplète des données sur la chimiothérapie administrée par voie orale dans certaines provinces. Une étude américaine récente a révélé que la capécitabine, un produit chimiothérapeutique administré par voie orale, représente 20 % de la chimiothérapie adjuvante administrée aux patients atteints d'un cancer du côlon de stade III âgés de 75 ans et plus¹⁵³.

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- Les données découlant des résultats de cet indicateur seront communiquées à des oncologues médicaux ainsi qu'aux programmes provinciaux de médicaments oncologiques et à leurs équivalents afin de tenter de cerner les facteurs contribuant aux écarts relevés. Il pourrait être nécessaire de mener des analyses supplémentaires pour dégager les facteurs déterminants, y compris par exemple l'utilisation de la chimiothérapie administrée par voie orale et la mesure dans laquelle ce traitement est pris en compte dans les données.

Chimiothérapie postopératoire pour les patients atteints d'une cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA

Que mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules », de stade II ou IIIA, ayant subi une résection et qui ont reçu une chimiothérapie adjuvante (postopératoire), conformément aux directives thérapeutiques largement diffusées.

- Cette année, le rapport sur cet indicateur comprend les taux de traitement pour les patients qui ont reçu leur diagnostic de 2007 à 2010 selon la province, le groupe d'âge et le sexe.
- Tous les ans, plus de 20 000 personnes succombent à un cancer du poumon au Canada. Ce type de cancer tue plus de personnes que les quatre autres types de cancer les plus mortels réunis⁷².
- D'après les données sur les stades présentées à la figure 3.9, 21 % des patients atteints d'un cancer du poumon reçoivent un diagnostic de stade II ou IIIA. Ce taux correspond à 5 200 cas de cancer du poumon, y compris environ 4 000 cas de cancer du poumon « non à petites cellules ».
- La survie médiane chez les patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » est de 47, 24 et 17 mois pour les stades IIA, IIB et III, respectivement (d'après des données internationales tirées de la base de données de l'International Association for the Study of Lung Cancer)¹⁵⁴.
- Il a été démontré que la prestation d'une chimiothérapie après une résection améliore la durée de vie sans maladie et la survie globale chez les patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » sans envahissement (stade II et IIIA)¹⁵⁵.
- L'évaluation des tendances à l'échelle nationale par rapport à ces directives thérapeutiques permet de repérer les écarts et de contribuer à

les amoindrir, grâce à l'adoption de stratégies d'amélioration de la qualité. Cet indicateur est déclaré depuis quatre ans dans les rapports sur le rendement du système. Les rapports permettent de cerner toute tendance dans les modèles de pratique, mais les données de plusieurs années permettent de mieux évaluer les taux de traitement pour les provinces où il n'y a qu'un petit nombre de cas chaque année.

Quels résultats a-t-on obtenus?

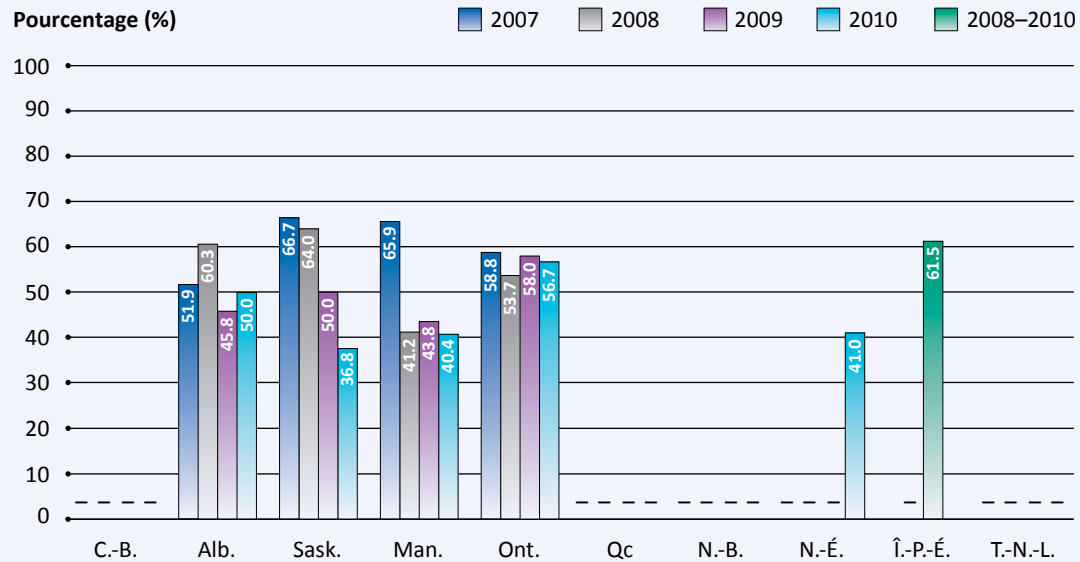
- Les taux de chimiothérapie adjuvante pour les patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA, dans les cinq provinces ayant fourni des données qui respectent les exigences de l'indicateur, variaient de 56,7 % à 36,8 % pour 2010 (figure 4.20).
- Les résultats indiquent que le taux de chimiothérapie adjuvante a diminué entre 2007 et 2010. Selon le groupe d'âge, le taux de traitement a chuté, variant de 55 % chez les patients de moins de 60 ans à 32 % chez les patients âgés de 70 à 79 ans. Le taux de traitement se rapprochait de 0 % chez les patients âgés de 80 ans et plus selon les données disponibles (figure 4.21).

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- La Nouvelle-Écosse a commencé à fournir des données en 2010. Les données de l'Île-du-Prince-Édouard sont combinées pour les années 2008 à 2010 afin d'éviter d'avoir à les supprimer en raison du petit nombre de cas.
- La chimiothérapie administrée dans les 120 jours suivant la chirurgie est incluse.
- La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique qui se trouve à l'adresse rendementdusysteme.ca.

FIGURE 4.20

Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA ayant subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale selon la province – diagnostic établi entre 2007 et 2010



« – » Données non disponibles pour la C.-B. (de 2007 à 2010), le Qc (de 2007 à 2010), le N.-B. (de 2007 à 2010), la N.-É. (de 2007 à 2019), l'Î.-P.-É. (2007) et T.-N.-L. (de 2007 à 2010).

Les données de 2010 pour l'Ont. couvrent l'exercice 2010-2011.

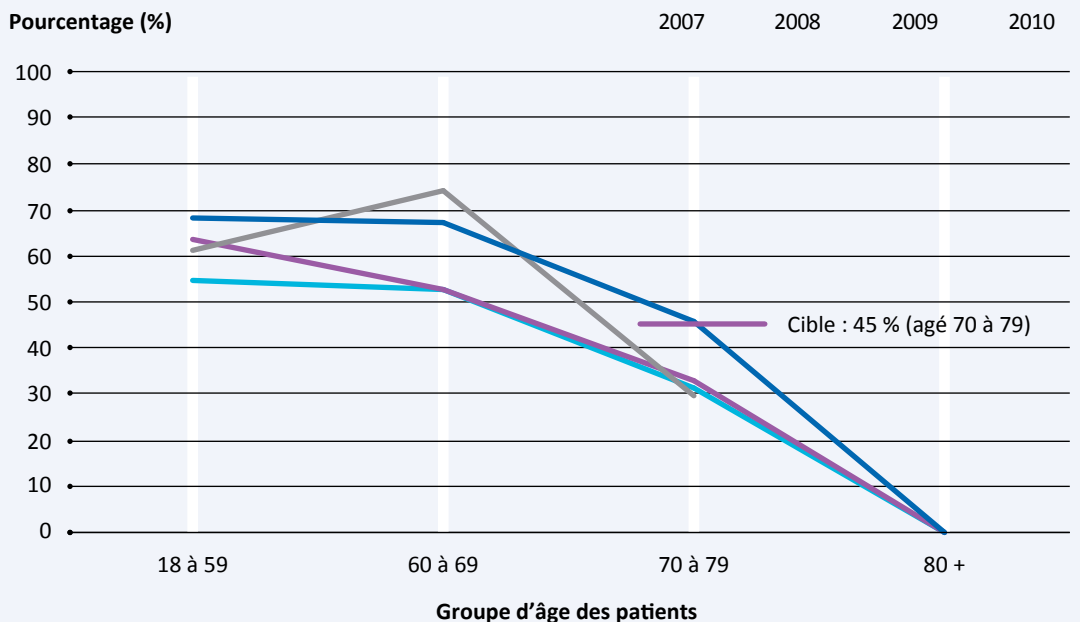
Les données de l'Î.-P.-É. sont celles de 2008 à 2010.

Les données incluent les traitements de chimiothérapie commencés dans les 120 jours suivant la chirurgie.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

FIGURE 4.21

Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA ayant subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale selon le groupe d'âge – diagnostic établi entre 2007 et 2010



Données de 2008 supprimées en raison des petits nombres pour le groupe d'âge de 80 ans et plus.

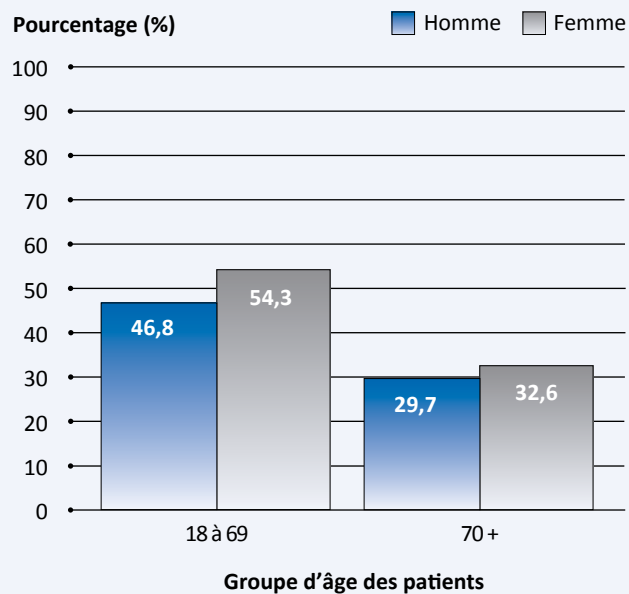
Données de l'Alb., du Man. et de la Sask. (provinces ayant fourni des données comparables pour les quatre années).

Les données incluent les traitements de chimiothérapie commencés dans les 120 jours suivant la chirurgie.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

FIGURE 4.22

Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA ayant subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale selon le groupe d'âge et le sexe – diagnostic établi en 2010



Les données concernent l'Alb., le Man., la N.-É., l'Î.-P.-É. et la Sask.

Les données incluent les traitements de chimiothérapie commencés dans les 120 jours suivant la chirurgie.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

Que peut-on conclure des résultats?

- On devrait envisager de recourir à une chimiothérapie adjuvante chez la plupart des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules », de stade II ou IIIA, qui ont subi une résection. Des facteurs, tels que l'indice de performance du patient et la présence d'affections concomitantes, entre autres facteurs, jouent un rôle dans la décision d'administrer une chimiothérapie. En 2011, un examen détaillé des dossiers médicaux mené par le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) en collaboration avec un certain nombre de provinces a validé les résultats des indicateurs fondés sur les données administratives qui sont présentés ici et il a précisé les raisons de l'absence de traitement.
- Les données significatives à l'échelle du pays sur le pourcentage de patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou III qui reçoivent une chimiothérapie adjuvante sont rares. La plupart des études américaines sur l'utilisation sont soit désuètes (données de la base de données SEER pour les années 1990) ou axées sur un seul centre, mais une étude réalisée à partir des données du registre du cancer des Pays-Bas a révélé que 24 % des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II qui avaient moins de 75 ans ont reçu ce traitement recommandé par les directives thérapeutiques¹⁵⁶.

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- Cette année (2014), le Groupe de travail sur les cibles et les modèles de rendement du système du Partenariat a recommandé d'établir une cible de rendement pour cet indicateur. Dans ce cas, la cible est établie par groupe d'âge afin de favoriser des taux plus élevés de chimiothérapie adjuvante chez les patients de plus de 70 ans, de qui est l'âge médian pour l'incidence du cancer du poumon. Le taux de traitement cible (montré à la figure 4.21) a été établi à 45 % par le groupe de travail pour les patients âgés de 75 à 79 ans, de façon à porter

le taux à la moitié de celui des patients de moins de 70 ans (tout en reconnaissant, d'après les examens des dossiers médicaux effectués auparavant par l'équipe du rendement du système et d'autres données probantes, que deux fois plus de patients âgés de 70 à 79 ans peuvent avoir des contre-indications pour la chimiothérapie que ceux qui ont moins de 70 ans). La cible s'appuie sur de multiples études qui ont démontré des chances de survie comparables pour les patients âgés de 70 à 79 ans à celle de la cohorte plus jeune¹⁵⁷. Les prochains rapports évalueront les taux de traitement par rapport à cette cible.

5. Approche axée sur la personne

Dépistage
de la détresse

107

Satisfaction
des patients

111

Lieu du décès

117



5. Approche axée sur la personne

Cette section présente trois indicateurs pour lesquels des données nationales ou provenant de la plupart des provinces sont actuellement disponibles. Ces données portent sur l'approche axée sur la personne et les soins en fin de vie aux personnes atteintes de cancer et concernent : la disponibilité des outils de dépistage de la détresse, la satisfaction des patients à l'égard de certains aspects des soins et le lieu du décès.

En 2014, les résultats sur le plan de la satisfaction des patients s'élargissent et comprennent le cancer primaire, le premier diagnostic de cancer par rapport au deuxième, le temps écoulé depuis le diagnostic, l'évaluation de l'état de santé général et les variables sociodémographiques (éducation, sexe et groupe d'âge). Les résultats de l'enquête sur la satisfaction des patients s'articulent autour des besoins non satisfaits des patients atteints de cancer (lorsque l'évaluation des répondants est négative) plutôt qu'autour des domaines évalués positivement, afin de cerner plus clairement les possibilités d'améliorer l'expérience du patient et de se concentrer sur celles-ci.

Tout au long de l'expérience globale du cancer, les patients font face à divers défis sur les plans physique, social, émotionnel et pratique. Une mesure importante de la qualité du système de lutte contre le cancer est la mesure dans laquelle il fournit des soins centrés sur la personne grâce auxquels les gens reçoivent un appui et des soins pendant qu'ils relèvent ces défis. L'approche axée sur la personne exige que la planification et la prestation des soins soient fondées et axées sur les besoins, les valeurs et les priorités du patient qui reçoit les soins, en respectant les paramètres de qualité et des données probantes.

Les personnes qui œuvrent dans le domaine de la lutte contre le cancer reconnaissent la nécessité d'élaborer des mesures normalisées pour évaluer l'expérience des patients tout au long de l'expérience globale du cancer et contribuer à accélérer l'amélioration des soins et des résultats. Il est également essentiel de déterminer les besoins de soins des survivants et ceux des personnes en fin de vie ainsi que la mesure dans laquelle le système comble ces besoins. Cet aspect continue de représenter un domaine de recherche émergent, et il reste du travail à faire pour recueillir des données pancanadiennes utiles.

Les trois indicateurs présentés ici permettent de comprendre dans une certaine mesure l'expérience des patients atteints de cancer et constituent un autre pas en avant pour aborder cet aspect de la lutte contre le cancer pour lequel les données disponibles sont encore déficientes. Il est prévu que les prochains rapports sur le rendement du système feront état d'indicateurs de plus en plus détaillés des résultats signalés par les patients, de la survie, et des soins en fin de vie ou des soins palliatifs, à mesure qu'ils sont disponibles.

Indicateur	Sommaire des résultats
Dépistage de la détresse	La mise en œuvre d'outils normalisés pour évaluer les symptômes varie à l'échelle du pays. En 2013, huit provinces ont eu recours à un tel outil, à tout le moins chez une partie des patients dans certains ou tous les centres anticancéreux provinciaux. Dans les autres provinces, il se peut que des outils d'évaluation des symptômes soient utilisés, mais aucune donnée provinciale n'est tenue à ce sujet.
Satisfaction des patients	De toutes les mesures de la satisfaction des patients présentées dans l'enquête, c'est de loin le soutien émotionnel qui suscite le plus d'insatisfaction (de 19,4 % à 30,7 % des répondants lui ont donné une note négative à l'échelle provinciale). Un examen plus attentif des taux de réponse négative selon les variables sociodémographiques, le type de cancer et le stade, l'état de santé et d'autres facteurs peut aider à cerner les possibilités précises d'améliorer l'expérience du patient.
Lieu du décès	En 2009, 70,7 % des décès par cancer au Canada sont survenus à l'hôpital. Le pourcentage de patients qui sont décédés à domicile allait de 11,2 % à 47,0 % selon la province. La plupart des patients qui se savaient condamnés par le cancer ont préféré mourir à la maison ou dans un lieu semblable.

Dépistage de la détresse

Que mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le degré de mise en place, par les provinces et leurs programmes de lutte contre le cancer, d'outils normalisés pour évaluer les symptômes déclarés par les patients, comme la détresse émotionnelle et physique (y compris la douleur) en 2013.

- Les personnes atteintes de cancer sont confrontées à d'innombrables difficultés et inquiétudes, notamment sur le plan émotionnel, physique, pratique, informationnel, social et spirituel¹⁵⁸. Le degré (léger à profond) et la nature de la détresse varient selon la personne et le type de cancer et couvrent tout le continuum du cancer, allant du diagnostic à la survie ou aux soins palliatifs. Dans les études menées en Amérique du Nord, de 35 % à 45 % des répondants ont indiqué des degrés importants de détresse à toutes les étapes de l'expérience globale du cancer^{159, 160}. Des taux de détresse semblables ont été déclarés dans de nombreux

pays européens, au Moyen-Orient, en Amérique du Sud et en Asie¹⁶¹. Bien qu'une immense majorité d'oncologues ait indiqué avoir dépisté de la détresse aux États-Unis et au Royaume-Uni, seulement 14,3 % et 10 % respectivement ont utilisé un outil normalisé^{162, 163}.

- Le dépistage de la détresse est nécessaire pour personnaliser les interventions, au-delà des soins courants, qui visent à offrir des services de soutien professionnel afin de répondre aux besoins changeants du patient et à ses préoccupations propres et d'améliorer sa qualité de vie. Toutefois, le dépistage systématique à lui seul est insuffisant pour répondre aux besoins de la personne. La réponse à la détresse (intervention psychosociale, évaluation plus poussée, recommandation ou une combinaison de ces mesures) est indispensable pour faciliter les interventions fondées sur des données probantes et les interventions des programmes en milieu clinique selon les besoins des patients.

- La détermination tardive de la détresse chez les patients atteints de cancer est associée à des résultats négatifs, y compris une observance moins étroite des recommandations thérapeutiques^{164,165}, un degré de satisfaction moins élevé par rapport aux soins^{165, 166} et une moins bonne qualité de vie^{165, 167}. Une intervention psychosociale rapide peut atténuer efficacement la détresse¹⁶⁸. Le recours aux services psychosociaux varie selon les variables socio-économiques, et l'utilisation d'un service mène généralement à l'utilisation d'autres services psychosociaux et de soins de soutien, ce qui laisse supposer des expériences positives avec ces services¹⁶⁹.
- L'instrument de dépistage le plus couramment utilisé au Canada est l'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton. Il mesure neuf symptômes couramment signalés (douleur, fatigue, nausée, dépression, anxiété, somnolence, problèmes d'appétit, de bien-être et essoufflement) par les patients atteints de cancer sur une échelle de 0 à 10¹⁷⁰. La liste canadienne de problèmes, conçue par le Groupe consultatif sur l'expérience globale du cancer du Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat), est un autre outil couramment utilisé. La liste a été adaptée à partir de la liste publiée par le National Comprehensive Cancer Network qui dépiste les problèmes émotionnels et physiques et les préoccupations pratiques qui ne sont pas compris dans l'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton¹⁷⁰. D'autres instruments normalisés sont utilisés dans l'ensemble du pays pour dépister la détresse et d'autres symptômes physiques du cancer, comme le Calgary Symptom of Stress Inventory (inventaire des symptômes de stress de Calgary) et le Profile of Mood-States Short Form (formule abrégée du profil des états d'humeur)¹⁷¹. Bien qu'il existe un large éventail de mesures psychosociales et de qualité de la vie, l'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton et la liste canadienne de problèmes sont en voie de devenir la première

étape la plus couramment acceptée pour cerner les besoins des patients atteints d'un cancer. La figure 5.1 présente un échantillon des outils que sont l'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton et la liste canadienne de problèmes.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- La mise en œuvre et l'utilisation des outils normalisés de dépistage des symptômes varient considérablement d'un centre anticancéreux à l'autre au pays (tableau 5.1). La Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard utilisent un outil normalisé de dépistage des symptômes chez au moins une partie des patients dans tous les centres anticancéreux provinciaux et rendent compte des résultats de manière centralisée. La plupart des nouveaux patients font l'objet d'un dépistage, mais leur proportion réelle varie d'une province à l'autre.
- Le Québec a entrepris le dépistage normalisé des symptômes chez au moins une partie des patients traités dans certains centres anticancéreux provinciaux et procède actuellement au déploiement d'un outil normalisé de dépistage à l'échelle provinciale.
- À Terre-Neuve-et-Labrador, aucun outil normalisé n'a été mis en place à l'échelle provinciale et on ne procède pas à la collecte centralisée de données; toutefois, certains centres anticancéreux utilisent des outils de dépistage des symptômes à l'échelon local. Terre-Neuve-et-Labrador en est au tout premier stade de l'élaboration dans ce domaine et s'attarde à examiner l'expérience des patients par la création d'un programme de dépistage de la détresse qui comporte l'utilisation d'algorithmes et le suivi de l'intervention recommandée en cas de détresse du patient. Le Partenariat soutiendra ces efforts au moyen de l'initiative Signalement par les patients des meilleurs résultats.

- Le Nouveau-Brunswick en est aux premières étapes de la planification de l'utilisation d'un outil normalisé de dépistage dans l'ensemble de la province, mais les centres anticancéreux provinciaux ne procèdent pas au dépistage normalisé des symptômes à l'heure actuelle, et les données ne sont pas centralisées au niveau provincial.

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique qui se trouve à l'adresse rendementdusysteme.ca.

TABLEAU 5.1

Degré de mise en œuvre d'outils normalisés pour l'évaluation des symptômes selon la province – 2013

Province	Mise en œuvre à l'échelle provinciale (coordonnée à l'échelle provinciale; les données sont recueillies de façon centralisée)	Mise en œuvre partielle (coordonnée à l'échelle provinciale)	Non coordonnée à l'échelle provinciale (usage local possible)
Colombie-Britannique	✓		
Alberta	✓		
Saskatchewan	✓		
Manitoba	✓		
Ontario	✓		
Québec		✓	
Nouveau-Brunswick			✓
Nouvelle-Écosse	✓		
Île-du-Prince-Édouard	✓		
Terre-Neuve-et-Labrador			✓

C.-B. : Recueil des données, mais pas en format électronique.

N.-B. : Au tout début d'un processus de planification en vue d'utiliser un outil de dépistage normalisé à l'échelle provinciale; aucun dépistage systématique des symptômes actuellement effectué dans les centres anticancéreux provinciaux et données non centralisées à l'échelon provincial.

Î.-P.-É. : Fait un dépistage systématique des symptômes à l'échelle de la province, mais seulement lors de la première consultation du patient.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

FIGURE 5.1

Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton et liste canadienne de vérification des problèmes**Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton**

Nom du patient : _____

Date : _____

Heure : _____

Rempli par :

- Patient
 Famille
 Professionnel de la santé
 Avec l'aide de la famille ou d'un professionnel de la santé

Veuillez encercler le chiffre décrivant le mieux ce que vous ressentez :

Aucune douleur	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pire douleur possible
Aucune fatigue (<i>fatigue = manquer d'énergie</i>)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pire fatigue possible
Aucune somnolence (<i>somnolence = avoir envie de dormir</i>)	0 1 2 4 4 5 6 7 8 9 10	Pire somnolence possible
Aucune nausée	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pires nausées possibles
Très bon appétit	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pire appétit possible
Aucun essoufflement	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pire essoufflement possible
Aucune dépression (<i>dépression = se sentir triste</i>)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pire dépression possible
Aucune anxiété (<i>anxiété = se sentir nerveux</i>)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pire anxiété possible
Meilleure sensation de bien-être (<i>bien-être = comment on se sent en général</i>)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pire sensation de mal-être possible
Aucun _____ autre problème (<i>par exemple, constipation</i>)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pire _____ possible

Source : Programme régional de soins palliatifs d'Edmonton (Alberta)

Liste canadienne de vérification des problèmes

Parmi les éléments ci-dessous, veuillez cocher tous ceux qui ont été une source de préoccupation ou un problème pour vous au cours de la semaine écoulée, incluant aujourd'hui

Aspect pratique

- Travail/études
 Finances
 Se rendre aux rendez-vous
 Logement

Aspect émotionnel

- Peurs/inquiétudes
 Tristesse
 Frustration/colère
 Changement d'apparence
 Intimité/sexualité

Aspect social/familial

- Me sentir comme un fardeau pour les autres
 M'inquiéter pour ma famille et mes amis
 Me sentir seul

Information

- Comprendre la maladie et les traitements
 Communiquer avec l'équipe soignante
 Prendre une décision face aux traitements
 Connaître les ressources disponibles

Aspect spirituel

- Sens/but de la vie
 Foi

Aspect physique

- Concentration/mémoire
 Sommeil
 Poids

Source : Partenariat canadien contre le cancer, Groupe d'action pour l'expérience globale du cancer. Guide d'implantation du dépistage de la détresse, le 6^{ème} signe vital – Vers des soins centrés sur la personne. Partie A : Contexte, recommandations et implantation. Toronto: Partenariat canadien contre le cancer; 2009.

Que peut-on conclure des résultats?

- De nombreuses provinces ont entrepris la mise en œuvre de tels outils à l'échelle provinciale, mais elles n'ont pas établi de cibles officielles concernant les taux de dépistage des symptômes et de la détresse émotionnelle. En 2009, toutefois, le groupe national de mise en œuvre du dépistage de la détresse, qui représentait huit provinces, a convenu d'une cible consistant à procéder au dépistage chez 90 % des patients¹⁷². Ainsi, la cible provinciale relative au dépistage de la gravité des symptômes chez tous les patients traités dans un centre anticancéreux régional est de 70 % en Ontario¹⁷³, de 100 % en Saskatchewan¹⁷⁴ et de 80 % des nouveaux patients atteints de cancer en Nouvelle-Écosse. Une fois que les données pancanadiennes qui font consensus seront recueillies, il sera possible d'élaborer les cibles et les modèles à l'échelle nationale.
- Même si la plupart des provinces ont déjà mis cet outil en œuvre pour au moins une partie des patients dans tous les centres anticancéreux provinciaux, certains gouvernements provinciaux estiment que l'utilisation de cet outil avait augmenté au fil des ans. En Ontario, la proportion de patients atteints de cancer qui utilisent l'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton est passée de 11 % en 2008 à 53 % en 2012¹⁷⁵. En

Saskatchewan, la proportion de patients ayant fait l'objet d'un dépistage pour la détresse est passée de 57 % en 2011 à 59 % en 2012¹⁷⁴.

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- Le portefeuille de l'approche axée sur la personne du Partenariat soutient actuellement des initiatives plurigouvernementales visant à établir une mesure normalisée uniforme des résultats signalés par les patients et l'adoption de pratiques exemplaires afin d'améliorer l'expérience des patients. Les résultats de ces travaux amélioreront la capacité à faire état des améliorations dans les résultats signalés par les patients relatifs à l'utilisation des divers outils et ressources à l'échelle pancanadienne.
- Bien que des directives pour le dépistage de la détresse aient été mises en œuvre dans plusieurs gouvernements provinciaux, on reconnaît qu'une formation pratique est nécessaire pour mieux comprendre la façon d'appliquer cette connaissance dans la pratique clinique et améliorer l'expérience du patient. En 2011, un atelier national, organisé au Québec avec des représentants de sept provinces, visait à élaborer une approche pour appliquer ces directives dans la pratique clinique dans le cadre des programmes existants de dépistage de la détresse¹⁷⁶.

Satisfaction des patients

Que mesure-t-on?

Cet indicateur examine les cotes comparatives de satisfaction des patients de cinq provinces qui ont mis en place le questionnaire de l'enquête Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey (enquête AOPSS) élaborée et tenue par le National Research Corporation Canada et qui ont consenti à fournir des données intégrées au présent rapport.

- S'assurer que les patients atteints de cancer se sentent bien appuyés et soignés tout au long de leur expérience globale du cancer est au cœur d'un système de lutte contre le cancer de grande qualité^{177, 178}.
- L'enquête AOPSS a été amorcée en 2002 et un certain nombre de provinces l'utilisent au Canada. L'enquête rétrospective sert à évaluer l'expérience du patient qui ont reçu des services de soins contre le cancer dans les

hôpitaux ou les centres anticancéreux participants, habituellement dans les trois à six derniers mois. Si le moment et la fréquence de l'enquête et les critères d'inclusion pour la détermination de l'échantillon de patient de l'enquête varient d'une province à l'autre, l'enquête AOPSS est le seul outil normalisé qui existe pour évaluer l'expérience globale du cancer des patients qui est utilisé dans de nombreuses provinces.

- Les résultats de l'enquête AOPSS sont répartis en fonction de plusieurs aspects de l'expérience des patients. Les rapports antérieurs sur le rendement du système font état des résultats provinciaux relatifs à la satisfaction globale selon l'aspect des soins et des résultats provinciaux selon les sous-aspects ou les caractéristiques des soins dans les aspects de la coordination et de la continuité des soins, du soutien émotionnel et du bien-être physique. Le présent rapport présente les résultats plus en détail, selon chaque aspect de l'expérience du patient, notamment le cancer primaire, le premier diagnostic de cancer par rapport au deuxième, le temps écoulé depuis le diagnostic, l'évaluation de l'état de santé général et les variables sociodémographiques (niveau d'éducation, sexe et groupe d'âge). En examinant les résultats selon ces variables, il sera plus facile d'évaluer s'il y a des tendances dans la satisfaction des patients qui pourraient mieux éclairer les initiatives d'amélioration de la qualité.
- Afin de définir plus clairement les domaines possibles d'amélioration de l'expérience des patients et de mieux se concentrer sur ceux-ci, les indicateurs présentent l'évaluation négative (insatisfaction) contrairement à l'évaluation positive ou aux taux de satisfaction. La raison d'être de l'examen des évaluations négatives est qu'il permet de se concentrer sur les domaines dans lesquels les améliorations sont les plus justifiées. L'évaluation négative est tirée de la mise en correspondance des réponses à choix multiples de l'enquête avec une catégorie « négative » (par opposition aux catégories « neutre » et « positive »).
- Le calcul du taux de réponse négative est expliqué dans l'annexe technique, disponible à l'adresse rendementdusysteme.ca.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- Il existe des variations quant à la façon dont les patients de différentes provinces ont coté leur satisfaction par rapport aux aspects des soins abordés dans le cadre de l'enquête. Parmi tous les aspects abordés dans l'enquête, les patients ont attribué la cote négative la plus élevée au *soutien émotionnel* dans toutes les provinces ayant fourni des données, allant de 19,4 % en Nouvelle-Écosse à 30,7 % en Saskatchewan (figure 5.2). Dans la plupart des provinces, les patients ont attribué la cote négative la plus faible (ou autrement dit, la cote positive la plus élevée) à la *coordination et à la continuité des soins* et au *bien-être physique* parmi tous les aspects des soins. Toutes les provinces ont signalé une cote négative relativement faible de la *qualité globale des soins*, soit de moins de 1,4 %.
- Une analyse détaillée a examiné tous les aspects des soins selon les variables sociodémographiques, le type de cancer et l'état de santé. Toutefois, comme il a été déterminé que le *soutien émotionnel* était l'aspect qui a le plus nettement besoin d'être amélioré, il est au centre des résultats ci-dessous.
- La satisfaction n'était pas liée de façon significative à l'âge ou au sexe pour l'aspect *soutien émotionnel*. Les évaluations négatives étaient légèrement plus élevées dans le groupe d'âge le plus jeune (moins de 50 ans) (figure 5.3). Des résultats semblables ont été rapportés dans une étude qui utilise un outil différent : les patients plus jeunes atteints de cancer étaient en accord et en désaccord avec les énoncés suivants, respectivement, plus fortement que les patients plus âgés : « le médecin était trop pragmatique et impersonnel » [traduction] et « le médecin que j'ai vu semblait sympathique »¹⁷⁹ [traduction]. Les femmes étaient quelque peu plus susceptibles d'être insatisfaites des soins pour l'aspect *soutien émotionnel* que les hommes. Les patients qui reçoivent un bon soutien émotionnel non seulement de leur famille et des personnes soignantes, mais aussi de leur médecin traitant s'adaptent mieux psychologiquement à leur diagnostic de cancer à court et à long terme^{180,181}.

5. Approche axée sur la personne

- La figure 5.3 montre une corrélation modérée des cotes de satisfaction et du niveau d'éducation pour l'aspect *soutien émotionnel*. Il y a une corrélation du niveau d'éducation avec la perception que cet aspect doit être amélioré davantage. Un taux plus élevé de réponses négatives chez les patients qui ont fait des études plus poussées peut refléter la mesure dans laquelle leur expérience des soins de santé reçus correspond à leurs attentes à l'égard de la qualité de ces soins, comme le montrent des études antérieures^{182, 183}.
- Il existe de grandes différences entre la façon dont les patients ont fait état de leurs expériences selon l'état de santé déclaré par ces patients au moment de l'enquête. Les cotes de l'enquête variaient avec le taux de réponse négative, allant de 32,7 % pour ceux qui ont déclaré un mauvais état de santé à 21,3 % pour ceux qui se disaient en excellente santé (figure 5.3). Les patients qui se croyaient en plus mauvaise santé pouvaient avoir une moins bonne opinion du système de santé, ce qui donne à penser que la qualité de vie qu'une personne déclare influence la mesure dans laquelle elle est satisfaite des soins qu'elle reçoit pour son cancer.
- La raison du traitement, qu'il s'agisse d'un premier ou d'un deuxième diagnostic de cancer, n'a pas eu beaucoup d'influence sur la satisfaction des patients. Comparativement aux patients atteints de cancer qui entrent de nouveau dans le système de lutte contre le cancer, les personnes qui y entrent pour la première fois ont indiqué des lacunes légèrement plus faibles dans les soins pour le *soutien émotionnel* (figure 5.3).
- La très grande majorité des patientes atteintes d'un cancer gynécologique (col de l'utérus, de l'utérus ou de l'ovaire) étaient insatisfaites de l'aspect *soutien émotionnel* des soins comparativement aux patients atteints d'autres types de cancer (figure 5.3). Les évaluations négatives du soutien émotionnel selon le type de cancer variaient de 31,0 % chez femmes atteintes d'un cancer gynécologique à 19,8 % chez les hommes atteints d'un cancer de la prostate ou du testicule. Des femmes atteintes d'un cancer du sein, 22,6 % étaient insatisfaites du *soutien émotionnel* reçu. Lorsque les populations de chaque type de cancer ont évalué leur expérience du *soutien émotionnel* en Ontario, les hommes âgés de plus de

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Bien que tous les sondages provinciaux qui ont été effectués pour évaluer le degré de satisfaction des patients s'inspirent de l'outil de l'enquête AOPSS, les critères d'inclusion des patients peuvent varier d'une province à l'autre. De même, les résultats présentés dans ce rapport reposent sur les dernières enquêtes menées dans chaque province, mais les années pendant lesquelles il y a eu une enquête peuvent varier selon la province (de 2011 à 2013). Même s'il y a eu des progrès, il reste du travail à faire pour s'assurer que les critères d'inclusion et d'exclusion sont uniformes dans tous les hôpitaux et les gouvernements provinciaux afin de pouvoir comparer les résultats à l'intérieur des gouvernements provinciaux et entre eux. Tout écart à ces critères est indiqué dans l'annexe technique et doit être pris en compte dans l'interprétation des résultats. L'annexe technique est disponible à l'adresse rendementdusysteme.ca.
- En Nouvelle-Écosse, au Manitoba et à l'Île-du-Prince-Édouard, les patients questionnés ont été traités pour leur cancer dans les trois mois de la période de l'enquête, alors qu'en Alberta et en Saskatchewan, les patients avaient été traités dans les six mois de l'enquête.
- L'enquête saisit les données de façon uniforme sur les patients qui reçoivent une radiothérapie, mais la collecte de données sur la chimiothérapie peut varier selon la province (p. ex. les données sur les patients qui reçoivent une chimiothérapie administrée par voie orale seulement étaient recueillies contrairement à seulement les données sur les patients qui reçoivent une chimiothérapie par voie intraveineuse). Consultez l'annexe technique pour obtenir plus de détails. Elle est disponible à l'adresse rendementdusysteme.ca.
- Il importe d'être prudent en interprétant les résultats dans cette section, car les patients ne se souviennent peut-être pas de tous les aspects des soins reçus depuis qu'ils ont été traités pour leur cancer il y a quelques mois.

70 ans % atteints d'un cancer de la prostate ou du testicule ont déclaré avoir reçu de l'information sur les changements liés à l'activité sexuelle, alors que seulement 53 % des femmes atteintes d'un cancer gynécologique disent avoir reçu cette information¹⁸⁴. Dans l'Initiative sur la qualité, Programme de soins fondés sur des preuves, le rapport des *Models of Care for Cancer Survivorship* (modèles de soins pour survivre au cancer) a conclu qu'il faut plus de recherche pour s'appuyer sur les modèles de soins de suivi pour les femmes atteintes de divers types de cancer, car les données actuelles, hormis les données sur les femmes atteintes d'un cancer du sein, sont limitées¹⁸⁵.

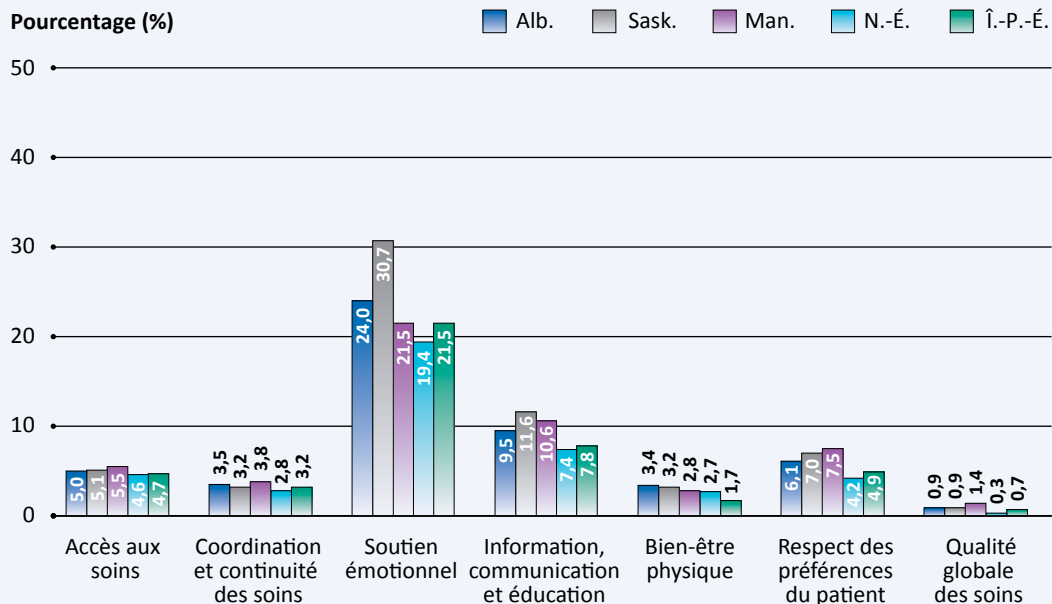
- Les patients qui ont reçu un diagnostic de cancer plus de cinq ans avant l'enquête étaient légèrement plus susceptibles de déclarer que le *soutien émotionnel* doit être amélioré que les patients qui ont reçu leur diagnostic plus récemment (figure 5.3).

Que peut-on conclure des résultats?

- Parmi tous les aspects couverts par l'enquête AOPSS, l'insatisfaction (évaluation négative) des patients relative à leur expérience était la plus grande pour l'aspect *soutien émotionnel*. Le manque d'accès aux services de soins de soutien peut accroître la détresse des patients

FIGURE 5.2

Pourcentage des patients se disant insatisfaits dans tous les domaines de soins et de la qualité globale des soins selon la province – de 2011 à 2013

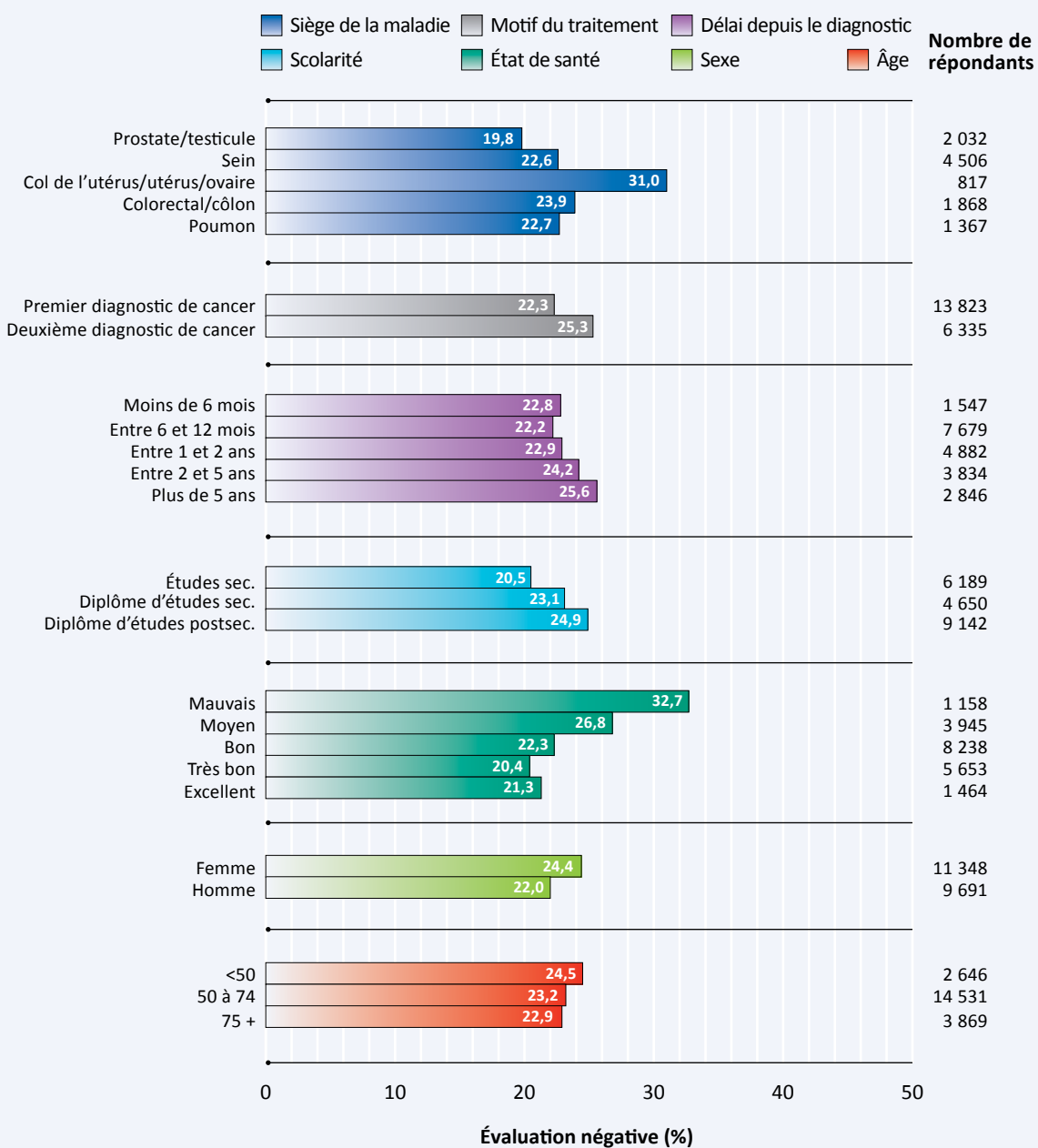


Données fournies par les organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

Source de données : Résultats de l'*Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey* du National Research Corporation Canada

FIGURE 5.3

Soutien émotionnel : pourcentage des patients se disant insatisfaits selon l'âge, le sexe, la scolarité, l'état de santé, le motif du traitement, le siège de la maladie et le délai depuis le diagnostic – de 2011 à 2013



Les données concernent l'Alb., la Sask., le Man., la N.-É. et l'Î.-P.-É.

Données fournies par les organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

Source de données : Résultats de l'*Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey* du National Research Corporation Canada

atteints de cancer et compromettre leur capacité à s'adapter aux changements qu'occasionne le cancer¹⁸⁶. Le *soutien émotionnel* qui ressort clairement comme domaine de plus grande insatisfaction des patients indique nettement où sont les possibilités d'amélioration. Les possibilités découlant de la ventilation des résultats dans les catégories des variables sociodémographiques, du type de cancer et de l'état de santé ne sont pas aussi claires. Par conséquent, évaluer laquelle des tendances reflète les aspects modifiables de l'expérience du patient pourrait éclairer les initiatives d'amélioration de la qualité. C'est une étape de suivi clé de cette analyse.

- Les facteurs sociodémographiques ne semblent pas jouer un rôle de premier plan dans l'évaluation du *soutien émotionnel* du patient. Néanmoins, les cotes de cet aspect sont plus faibles que pour d'autres aspects des soins et demandent un examen plus attentif. Il sera important d'examiner les questions individuelles relevant du *soutien émotionnel*, car des analyses antérieures ont révélé un écart important dans les cotes pour cet aspect²⁴.

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- Le Partenariat canadien contre le cancer continuera de travailler afin d'élargir l'ensemble d'indicateurs disponibles pour évaluer le domaine de satisfaction des patients, les soins de soutien et d'autres résultats axés sur le patient.
- Au Canada, les gouvernements provinciaux continuent à mettre en œuvre des programmes d'éducation et de soins de soutien qui visent à mettre en contact les patients atteints de cancer et leurs familles avec les ressources et de leur donner accès aux professionnels spécialement formés ou aux bénévoles qui offre une aide pratique et proactive en les accompagnant dans leur expérience du cancer. Il y a un écart important dans le niveau d'accès et la capacité des administrations locales et régionales de répondre aux besoins psychosociaux plus vastes des patients atteints de cancer et de les soutenir. La concentration stratégique sur les soins fondés sur des données probantes et sur les résultats signalés par les patients, au moyen d'une entente sur un ensemble essentiel d'indicateurs de mesure, vise à améliorer l'expérience globale des patients. Une trousse d'outils pour les soins axés sur la personne est disponible sur le site vuesurlecancer.ca et comprend des outils et des ressources pour la mise en œuvre de programmes de dépistage de la détresse et d'orientation.
- Des efforts sont en cours dans plusieurs provinces afin d'améliorer et de continuer à évaluer l'expérience des patients et leur satisfaction en ce qui a trait aux mesures de soins, plus précisément dans le domaine du soutien émotionnel. La Colombie-Britannique et l'Ontario ont mené des études de validation de l'outil de l'enquête AOPSS. Les résultats de ces études semblent indiquer qu'il faudrait ajouter des questions supplémentaires et une échelle du « soutien émotionnel avancé » à l'aspect soutien émotionnel afin de mieux en tenir compte dans les soins^{187, 188}.
- Le Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario de 2011–2015 a choisi d'améliorer l'expérience du patient parmi ses principales stratégies en élaborant une meilleure mesure dans ce domaine. Action cancer Ontario a amorcé plusieurs initiatives, comme le Programme d'oncologie psychosociale, qui vise à normaliser les soins dans le soutien émotionnel. La Colombie-Britannique a également cerné le soutien émotionnel comme aspect qui a le plus besoin d'être amélioré et elle remédiera à cette lacune grâce à des initiatives.
- Sur le plan international, le Cancer Control Council (conseil de lutte contre le cancer) de la Nouvelle-Zélande a élaboré une enquête nationale sur l'expérience des patients en 2009 afin de veiller à répondre aux besoins et aux attentes relatifs aux services de lutte contre le cancer¹⁸⁹. Les résultats de cette enquête sont semblables à ceux du Canada, où les plus faibles cotes sont attribuées au *soutien émotionnel*. En Australie, un sondage sur la satisfaction des patients atteints de cancer a été envoyé à ces patients en 2007 et en 2008¹⁹⁰. Il a recensé quatre principaux domaines à améliorer : communication entre les patients et les cliniciens, gestion de la détresse et de la douleur, fournir l'information pertinente aux patients et aux personnes soignantes et la prestation des soins de base.

Nouvelles études et données probantes

- Le National Quality Forum parrainé par les États-Unis explore l'objectif à long terme qu'est l'intégration des données fournies par les patients aux dossiers de santé électroniques en misant sur la technologie de l'information¹⁹¹. Cette mesure permettra d'adopter une approche plus efficace des soins, axée sur le patient, et d'améliorer la pratique clinique. On craint cependant l'inclusion de certains éléments de données en raison du désir de préserver l'anonymat. Un examen plus approfondi des besoins des patients et des médecins ainsi que des normes de données sont nécessaires avant d'intégrer ces données aux dossiers de santé électroniques; il faut également étudier la faisabilité d'inclure ces données.

Lieu du décès

Que mesure-t-on?

Cet indicateur examine le pourcentage des patients atteints de cancer qui meurent à l'hôpital comparativement à d'autres lieux, selon la base canadienne de données sur l'état civil.

- Plusieurs enquêtes canadiennes laissent entendre que la majorité des patients atteints de cancer préfèrent mourir à la maison s'ils bénéficient d'un bon soutien ou dans un centre de soins palliatifs en présence de leurs êtres chers, s'ils ont le choix. Toutefois, les hôpitaux demeurent le lieu de décès le plus courant, quoique le moins désirable¹⁹².
- Les données de Statistique Canada de 2003 à 2005 indiquent que plus de 70 % des décès par cancer sont survenus dans des hôpitaux, tout en soulignant la disparité entre la pratique de prestation de soins en fin de vie et la préférence du patient. Dans son sujet particulier, soins de fin de vie, le rapport *Statistiques canadiennes sur le cancer 2010* confirme que des mesures doivent encore être prises pour améliorer les systèmes de soins en fin de vie et aborder le problème de l'accès inégal aux services rattachés aux soins en fin de vie tant au sein des provinces que parmi elles^{192, 193}. Une enquête avec échantillon représentatif de la population menée au Royaume-Uni a constaté que 63 % préféreraient mourir à la maison, mais seulement 27 % croyaient pouvoir mourir à la maison sans douleur pendant leurs derniers jours, ce qui était la priorité ou la principale inquiétude concernant les derniers jours¹⁹⁴.
- La stratégie du système de santé de plusieurs provinces est axée sur les soins palliatifs et de fin de vie. Des efforts menés à l'échelle nationale intègrent les soins palliatifs et de fin de vie aux systèmes de santé en augmentant le soutien et l'accès à l'information et en améliorant la prestation des services cliniques.
- Cet indicateur comporte une limite importante. Il ne mesure que le lieu où se trouve le patient au moment de son décès. Il ne tient pas compte de l'endroit où le patient a passé la plus grande partie de sa vie avant le décès ni de la façon dont les systèmes de santé et d'urgence sont utilisés. En outre, il ne tient pas compte des centres de soins palliatifs situés dans les hôpitaux de soins actifs.

- Même à titre de mesure rudimentaire, l'indicateur présenté dans cette section permet de cerner les éléments dans ce segment du continuum de lutte contre le cancer qui pourraient faire l'objet d'un examen plus poussé par la collecte et l'analyse de données plus détaillées. Par exemple, nous savons que le processus de mort par cancer, possiblement combiné à des facteurs de santé comorbides qui portent à confusion, peut affecter le processus global de soins palliatifs qui peut être requis. Le décès par cancer sera le plus souvent l'issue de la trajectoire des maladies terminales. Nous savons qu'il est possible de maintenir la qualité de vie de nombreux patients pendant des mois, ou même des années, ce qui permet de planifier le signalement, le suivi, la qualité des soins et des soins avancés appropriés à intégrer avant la fin de la vie, peu importe à quel moment. La détermination rapide des soins palliatifs et l'adoption d'un modèle simultané de soins sont nécessaires pour donner des soins axés sur la personne, plutôt qu'orientés selon le pronostic, si le résultat doit réduire les décès à l'hôpital non désirés.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- Les données laissent entendre que la majorité des patients atteints d'un cancer meurent à l'hôpital dans toutes les provinces. Selon les données disponibles de la statistique de l'état civil des dix provinces, le pourcentage des patients atteints de cancer qui meurent à l'hôpital varie de 53,0 % à 88,8 % (figure 5.4). On observe toutefois un manque de cohérence dans l'attribution du lieu du décès d'une base de données provinciale à l'autre, en particulier la référence aux centres de soins palliatifs situés dans les hôpitaux.
- Au Canada, de 2005 à 2009, environ 65 % à 71 % des patients qui ont succombé à un cancer sont décédés à l'hôpital (figure 5.5). Les fluctuations observées entre 2005 et 2009 sont fort probablement attribuables à l'adoption de différentes méthodologies de déclaration du lieu du décès d'une année à l'autre, plutôt qu'à une tendance réelle dans le mode de prestation de soins aux patients.

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les données pour cet indicateur ont été fournies à Statistique Canada par les provinces. La Base de données sur les décès de la Statistique de l'état civil du Canada comprend un élément de données qui précise la cause de décès et le lieu du décès regroupé dans les catégories suivantes : hôpital, autre établissement de soins de santé (p. ex. établissement de soins de longue durée ou de soins de longue durée), résidences privées, autre lieu précisé et lieu inconnu.
- Il est important de noter qu'il y a divers écarts dans les données de la Statistique utilisées pour calculer ces indicateurs, en particulier sur l'interprétation des catégories décrites ci-dessus. Par exemple, un centre de soins palliatifs peut être classé comme « autre établissement de soins de santé » ou « autre lieu précisé », mais il peut également être situé dans un hôpital de soins actifs et par conséquent, être désigné comme un contexte hospitalier. Il est à espérer que les rapports sur ces résultats susciteront la normalisation et l'amélioration de la qualité des données de façon à permettre des comparaisons appropriées. Les autres considérations provinciales et régionales comprennent le décès dans les lits des soins palliatifs formels des hôpitaux, qui sont plus précisément considérés comme des décès en centre de soins palliatifs. La résidence en région rurale ou éloignée peut contribuer à l'absence d'accès aux soins palliatifs à domicile et dans certaines collectivités des Premières Nations, inuites et métisses, il n'y a pas de fonds de soins de santé affectés précisément aux soins palliatifs. Les patients doivent donc séjourner dans les hôpitaux des centres urbains.
- L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a indiqué que 45 % des décès des Canadiens par cancer (excluant le Québec) se sont produits dans les hôpitaux de soins actifs en 2011 et en 2012, ce qui est nettement différent des résultats présentés dans cette section (environ 71 % des décès par cancer se produisent dans les hôpitaux). Il convient de souligner que l'étude de l'ICIS n'inclut pas le Québec, où la proportion de décès par cancer à l'hôpital est plus élevée, et qu'elle ne tient compte que des décès par cancer qui surviennent dans les hôpitaux de soins actifs. Ainsi, cette étude reposait sur les résumés des décès par cancer en soins actifs de la Base de données administrative sur les congés des patients, alors que la présente étude a utilisé les données de la Base de données sur les décès de la Statistique de l'état civil du Canada¹⁹⁵.
- La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique qui se trouve à l'adresse rendementdusysteme.ca.

- Au Canada, de 2005 à 2009, environ 10 % à 13 % des patients qui ont succombé à un cancer sont décédés à la maison (figure 5.5).

Que peut-on conclure des résultats?

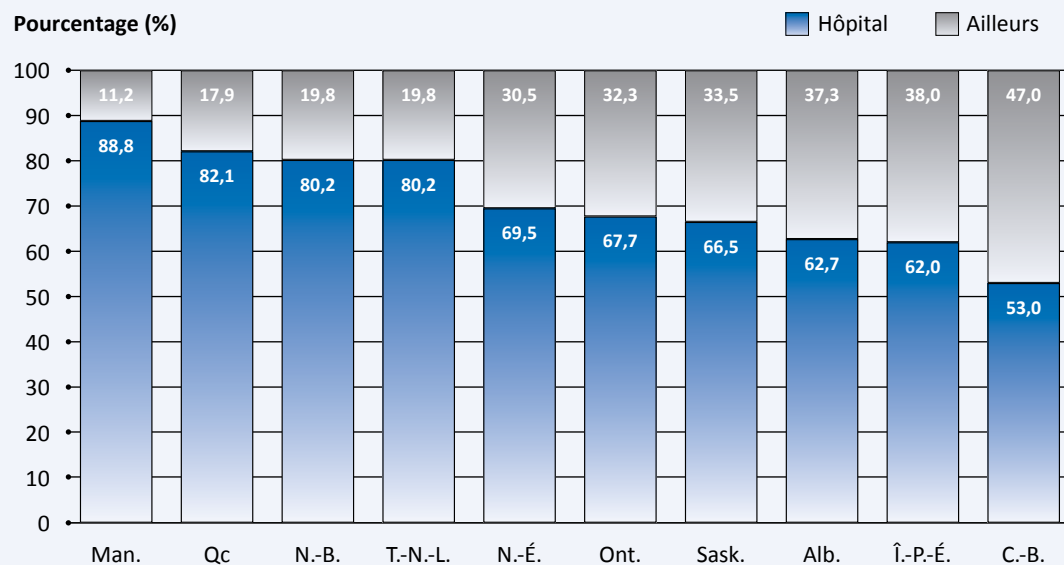
- Aux États-Unis, selon le *Dartmouth Atlas of Healthcare*, le pourcentage moyen de décès par cancer qui surviennent à l'hôpital était de 28,8 % de 2003 à 2007 et de 24,7 % en 2010¹⁹⁶, ce qui est beaucoup plus faible que les pourcentages signalés pour le Canada la même année; toutefois, les États-Unis ont un programme officiel de prestations aux centres de soins palliatifs qui offre des services de soins

palliatifs à domicile aux patients en phase terminale¹⁹⁷. On attribue aux prestations aux centres de soins palliatifs du programme d'assurance maladie Medicare le mérite de l'augmentation dans la proportion de décès à la maison et dans les maisons de soins infirmiers aux États-Unis^{198, 199}. Selon les estimations, 44,6 % de tous les décès aux États-Unis en 2011 sont survenus dans le cadre du programme de prestations aux centres de soins palliatifs²⁰⁰.

- De manière semblable, les hôpitaux demeurent le lieu où surviennent le plus souvent les décès en Europe²⁰¹. Les décès par cancer à l'hôpital varient de 48 % en Angleterre à 60 % au pays de Galles et à 61 % en Belgique²⁰².

FIGURE 5.4

Pourcentage des patients atteints du cancer dont le décès survient à l'hôpital ou ailleurs selon la province – 2009

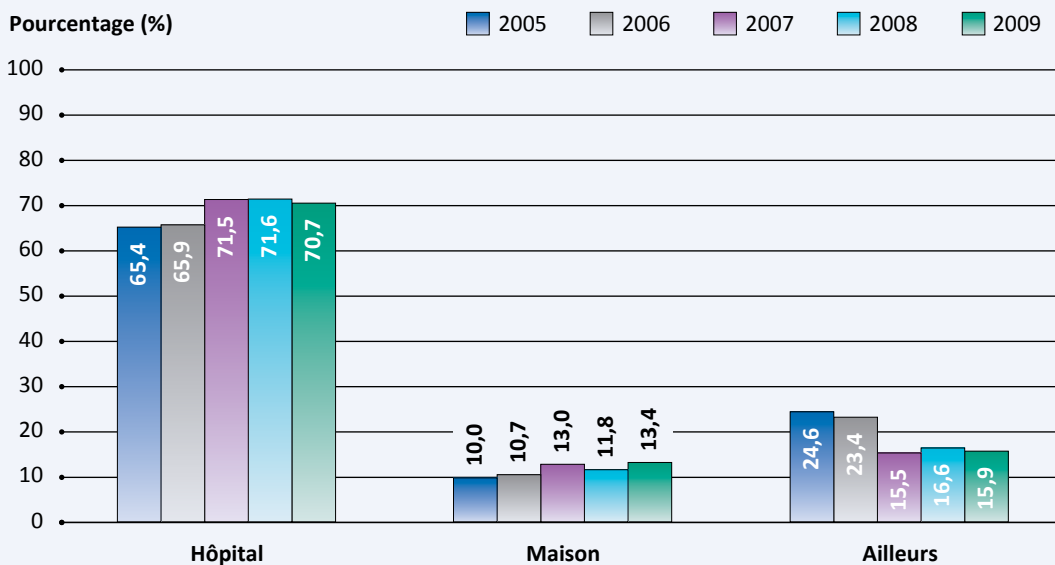


« Ailleurs » comprend tout autre lieu précisé, tout autre établissement de santé et la résidence privée (exclut les lieux inconnus).

Source de données : Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès

FIGURE 5.5

Pourcentage des patients atteints du cancer dont le décès survient à l'hôpital, à la maison ou ailleurs, Canada – de 2005 à 2009



«Ailleurs» comprend tout autre établissement de santé, tout autre lieu précisé et les lieux inconnus.

Source de données : Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès

- Même si le taux actuel de patients qui meurent à l'extérieur des hôpitaux est faible au Canada, des données probantes de certaines études semblent indiquer de plus fréquents décès liés au cancer à l'extérieur de l'hôpital dans plusieurs pays, notamment au Canada, aux États-Unis et en Grande-Bretagne²⁰³⁻²⁰⁵. En Nouvelle-Écosse par exemple, les décès à l'extérieur de l'hôpital chez les adultes qui meurent de cancer ont augmenté, passant de 20 % en 1992 à 30 % en 1997 (une augmentation de 52 %)²⁰⁶. En Ontario toutefois, le pourcentage de décès liés au cancer survenus à l'extérieur de l'hôpital est demeuré relativement constant de 2000 à 2006 (56 % et 55 %, respectivement)²⁰⁷.
- Une récente étude du lieu de décès dans six pays européens a révélé que le pourcentage de décès par cancer survenant à la maison variait beaucoup : 13 % en Norvège, 22 % au pays de Galles, 28 % en Belgique, 36 % en Italie et 45 % aux Pays-Bas, ce qui laisse supposer un

écart dans les pratiques de fin de vie, de même que les déterminants culturels, sociaux et des soins de santé entre les pays²⁰⁸. En Grande-Bretagne, la proportion de décès à la maison est passée de 18 % en 2004 à 21 % en 2010²⁰⁵.

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- Un effort concerté, éclairé par le *Plan d'action 2010-2020* de la Coalition pour des soins de fin de vie de qualité du Canada, a permis d'accomplir des progrès dans les soins palliatifs et de fin de vie au Canada et dans différents milieux de soins de santé. Le gouvernement fédéral a financé la Stratégie canadienne sur les soins palliatifs et les soins de fin de vie, qui vise à accroître le nombre d'hôpitaux et d'établissements de soins prolongés qui offrent des soins de fin de vie de grande qualité²⁰⁹.

- Les soins palliatifs et de fin de vie comptent parmi les priorités à forte incidence du Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) pour 2012 à 2017, ce qui contribuera à promouvoir et à accélérer les initiatives provinciales et à soutenir la planification pancanadienne concertée dans cet important domaine. Voici une liste des domaines que le Partenariat appuiera afin de rehausser la capacité de rendre compte des soins palliatifs à l'échelle du pays :
 - Les investissements se poursuivront afin de soutenir les patients en soins palliatifs et de fin de vie par l'éducation et la formation des professionnels en oncologie grâce au programme Education in Palliative and End-of-Life Care for Oncology (enseignement des soins palliatifs et de fin de vie en oncologie) du Canada.
 - Le Partenariat collabore au projet Aller de l'avant, qui s'emploie à établir une feuille de route en vue d'adopter une approche intégrée des soins palliatifs et à favoriser les dialogues qui intègrent les souhaits exprimés par les patients et leurs familles au sujet des soins de fin de vie.
- Le Portail canadien en soins palliatifs, une ressource en ligne qui donne de l'information sur les soins palliatifs et de fin de vie aux personnes soignantes des patients et aux professionnels de santé, continuera à élargir ses services en vue de créer des outils d'amélioration des connaissances cliniquement pertinents, axés sur les patients et éclairés par des données probantes.
- Enhancing the Quality of Palliative and End-of-Life Care for Children with Cancer (améliorer la qualité des soins palliatifs et de fin de vie pour les enfants atteints de cancer) est un projet mené en collaboration avec The Hospital for Sick Children et l'Université de Toronto.
- Action cancer Ontario, avec ses partenaires du Québec, met à l'essai des modèles de soins palliatifs intégrés qui incitent les fournisseurs de soins primaires et les équipes d'oncologie à prendre en main les soins palliatifs de base avec le soutien de leurs partenaires spécialistes des soins palliatifs.
- Les services d'urgence et les soins palliatifs sont progressivement intégrés afin d'améliorer l'expérience de fin de vie des patients atteints de cancer et de leurs familles en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard.

Nouvelles études et données probantes

- L'Initiative « ACCEPT » (Advance Care Planning Evaluation in Hospitalized Elderly Patients) était une enquête prospective pluriannuelle sur les processus relatifs à la planification préalable des soins pour les patients atteints d'une maladie grave et les membres de leur famille dans 12 établissements de soins actifs au Canada²¹⁰. L'étude visait à déterminer dans quelle mesure les patients en phase critique participaient à la planification préalable des soins, si cette planification était bien perçue et communiquée et en quoi elle les aidait à prendre des décisions éclairées relativement aux soins qu'ils reçoivent en fin de vie. Selon les résultats, moins de la moitié des patients participants ont déclaré avoir préparé un plan de soins préalables par écrit. De surcroît, des obstacles entourent la communication entre les médecins et leurs patients. En raison de cette communication déficiente, les patients reçoivent des traitements qu'ils ne veulent pas avant d'être hospitalisés ou leurs préférences sont mal documentées.
- Le *Journal de l'Association médicale canadienne* a récemment publié un guide de conversation réalisé par le Réseau Carenet (Canadian Researchers at the End of Life Network) afin d'aider les médecins à suivre les étapes des discussions de fin de vie avec les patients, leur famille et leurs personnes soignantes²¹¹. Il a également élaboré une carte « Il suffit de demander » à l'intention des professionnels de la santé qui soignent les patients atteints de maladies graves, sur laquelle il y a des questions importantes au sujet de la planification préalable des soins²¹².

6. Recherche

**Participation aux essais
cliniques**

124

**Investissements
en recherche sur
le cancer**

130



6. Recherche

Au Canada, le milieu de la recherche sur le cancer est dynamique, mais l'aptitude à mesurer le rendement et l'incidence de l'activité de recherche sur le cancer (par exemple l'incidence sur les résultats cliniques) est restreinte par l'absence de données facilement disponibles sur le processus, les extrants et les résultats de la recherche clinique à l'échelon pancanadien. Le présent chapitre examine des données se rapportant à des indicateurs qui peuvent être considérés comme des indicateurs substitutifs du rendement du système en ce qui a trait à l'activité de recherche sur le cancer : les ratios de participation aux essais cliniques liés au cancer chez les adultes et chez les enfants et la répartition du financement de la recherche sur le cancer entre les divers types de cancer comparativement à leur fardeau relatif. Ce dernier indicateur repose sur les renseignements concernant les dépenses consacrées à la recherche qui sont communiqués à l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer²¹³.

La recherche qui évalue l'innocuité et l'efficacité des traitements émergents ouvre la voie à l'adoption de pratiques exemplaires. Les essais cliniques sont essentiels pour évaluer l'innocuité et l'efficacité des nouveaux traitements et des nouveaux protocoles de lutte contre le cancer. La participation des patients aux essais cliniques pourrait donc permettre de mettre au point des traitements axés sur les pratiques exemplaires et de les perfectionner, et d'offrir aux patients de meilleures options thérapeutiques qui, à leur tour, pourraient améliorer à l'avenir l'issue du traitement chez les patients. Diverses études ont démontré que les résultats des traitements offerts dans les centres qui participent à des essais cliniques sont généralement meilleurs (sous l'angle de la survie et de la qualité de vie) que ceux des traitements offerts dans des centres non participants; cela pourrait être attribuable à une corrélation entre une forte participation à des essais cliniques et l'observation rigoureuse des directives thérapeutiques fondées sur des données probantes²¹⁴⁻²¹⁶.

Puisqu'il n'existe pas de données permettant de calculer le taux réel de participation à des essais cliniques ou le pourcentage de patients admissibles qui sont inscrits aux essais cliniques, un indicateur

substitutif est présenté pour mesurer le ratio entre le nombre de patients adultes nouvellement inscrits à des essais cliniques des phases I à IV (essais thérapeutiques ou études de recherche clinique liées au cancer) en 2012 et le nombre de cas nouveaux de cancer au cours de la même année. Un calcul légèrement différent est appliqué dans le cas des enfants : le ratio utilisé est le ratio entre le nombre d'enfants nouvellement inscrits à des essais cliniques en 2012 et le nombre d'enfants atteints de cancer orientés vers les centres anticancéreux pour enfants au cours de la même année.

Le financement adéquat des activités de recherche relatives à divers types de cancer est essentiel au succès de l'environnement de recherche. Un autre indicateur permet d'estimer le niveau et la répartition du financement de la recherche sur le cancer en 2010 d'après l'information sur les dépenses consacrées à la recherche qui est communiquée à l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (ACRC). L'ACRC, avec l'appui du Partenariat canadien contre le cancer, travaille à orienter la coordination et le maintien du financement de la recherche sur le cancer au Canada.

Indicateur	Sommaire des résultats
Participation aux essais cliniques pour adultes	Chez les adultes, le ratio entre les patients inscrits à des essais cliniques et les nouveaux cas de cancer variait de 0,007 à 0,055 d'une province à l'autre et de 0,014 à 0,064 d'un type de cancer à l'autre en 2012.
Participation aux essais cliniques pédiatriques	Chez les enfants, le ratio entre les patients inscrits à des essais cliniques et les patients nouvellement inscrits dans un centre anticancéreux variait de 0,188 à 0,410 en 2012 dans les huit provinces pourvues d'un centre anticancéreux pédiatrique.
Répartition du financement de la recherche selon le type de cancer	La recherche sur le cancer du sein obtient une part proportionnellement plus importante du financement total consacré à la recherche sur le cancer (26,9 %) que le fardeau représenté par ce type de cancer (7,0 % des décès attribuables au cancer), tandis que la part consacrée au cancer du poumon est proportionnellement plus faible (7,9 %) que le fardeau de ce type de maladie (26,9 % des décès attribuables au cancer).

Participation aux essais cliniques

Que mesure-t-on?

Cet indicateur sert à évaluer la participation des adultes et des enfants aux essais cliniques. Le taux de participation des adultes est mesuré sous la forme d'un ratio entre les patients atteints de cancer âgés de 19 ans ou plus nouvellement inscrits à des essais cliniques thérapeutiques ou à des études de recherche clinique en 2012, et le nombre de nouveaux cas de cancer durant la même année. La participation des enfants est mesurée sous la forme d'un ratio entre le nombre de patients âgés de 18 ans ou moins nouvellement inscrits à des essais thérapeutiques ou à des études de recherche clinique relativement au cancer en 2011 et 2012, et le nombre total de patients atteints de cancer âgés de 18 ans ou moins nouvellement orientés vers des centres anticancéreux pour enfants durant les deux mêmes années.

- Les essais cliniques sont essentiels à la mise au point de nouvelles méthodes et thérapies fondées sur des données probantes, de même qu'à la transition de nouvelles thérapies efficaces vers la pratique clinique et à la réduction du recours à des thérapies qui sont inefficaces ou qui causent des effets néfastes indus; ils sont

donc susceptibles de conduire à des issues plus favorables.

- Au cours des dix dernières années, le nombre des essais cliniques oncologiques et la participation de nouveaux patients à ceux-ci ont décliné²¹⁷; cependant, le taux de déclin variait selon le type d'essai clinique. En raison d'un meilleur financement et de périodes d'étude plus brèves, le nombre d'essais cliniques de phase I a augmenté au Canada; toutefois, le nombre d'essais des phases II et III est demeuré stable ou a légèrement diminué entre 2002 et 2007²¹⁸. Toutes les phases (I, II, III et IV) des essais cliniques sont d'une importance cruciale pour l'amélioration des soins de santé, mais les essais de la phase II et des phases ultérieures sont essentiels pour l'amélioration des résultats en matière de santé des patients inscrits, alors que les essais de la phase I visent plutôt à mesurer l'innocuité et les effets néfastes²¹⁹.
- Plusieurs études basées sur des populations ont montré que les patients traités dans des centres anticancéreux qui sont actifs dans des programmes d'essais bénéficient d'avantages sous l'angle du résultat sur la santé, probablement en raison de meilleurs processus et d'une

meilleure prestation des soins, notamment de la concordance des directives sur le traitement^{214-216,220}.

- Les cancers qui frappent les enfants, les adolescents et les jeunes adultes (âgés de 15 à 29 ans) sont significativement différents des cancers qui frappent les adultes. Les cancers de type non épithélial comme les leucémies et les lymphomes atteignent surtout les enfants, tandis que les cancers de type épithélial représentent la majorité des cancers chez les adultes; les cancers chez les adolescents et les jeunes adultes sont un mélange des deux types²²¹. Les cancers qui affectent chacune de ces populations peuvent avoir des comportements biologiques différents et, par conséquent, les conclusions des essais pédiatriques sont d'une importance cruciale pour déterminer comment ces cancers se développent et ce qui les cause. Une grande partie des améliorations survenues dans le diagnostic, le traitement et l'issue des cancers durant l'enfance est attribuée à la recherche dans le contexte des essais cliniques. La survie a augmenté de 70 % depuis les années 1950²²².
- Une comparaison de la participation aux essais cliniques sur l'ensemble du pays peut mettre au jour des moyens possibles d'accroître cette participation et d'atteindre les objectifs que les essais cliniques visent, notamment de meilleures issues du cancer et une meilleure qualité de vie pour les patients atteints de la maladie.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- Il y a des variations interprovinciales dans la participation des adultes et des enfants aux essais cliniques. En 2012, le ratio entre les patients adultes inscrits à des essais cliniques et les nouveaux cas de cancer (pour les provinces qui ont transmis des données) variait entre 0,007 à Terre-Neuve-et-Labrador et en Nouvelle-Écosse et 0,055 en Alberta (figure 6.1).
- Le ratio de participation des adultes à des essais cliniques en 2012 pour les quatre types de cancer les plus fréquents variait d'un minimum de 0,014 pour le cancer du poumon à un maximum de 0,064 pour le cancer du sein (figure 6.2).

- En 2012, le ratio entre les patients pédiatriques inscrits à des essais cliniques et les patients nouvellement inscrits dans des centres anticancéreux pédiatriques allait de 0,188 à Terre-Neuve-et-Labrador à 0,410 en Nouvelle-Écosse, parmi les huit provinces qui ont fourni des données pour cette année-là (figure 6.3).
- Les programmes anticancéreux pédiatriques varient sur le plan de la taille et certains programmes sont affiliés à des groupes coopératifs internationaux d'essais cliniques pédiatriques plus importants et à centres multiples qui coordonnent la majorité des essais cliniques en oncologie concernant les enfants dans chaque province. Cela peut expliquer la variation observée entre les provinces sur le plan de la participation aux essais cliniques pédiatriques.

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les indicateurs concernant les adultes et les enfants sont tous deux des ratios et non pas des taux. Ainsi, le numérateur n'est pas un sous-ensemble complet du dénominateur. Les cas inclus dans le numérateur pourraient avoir été diagnostiqués au cours d'années antérieures et pourraient être des cas récurrents.
- Il importe de noter, lorsqu'on interprète des taux de participation, que de nombreux essais cliniques appliquent lors de la sélection des participants des critères rigoureux d'inclusion et d'exclusion concernant notamment les caractéristiques démographiques, certains types de maladies et de tumeurs et les stades de la maladie.
- L'Alberta a enregistré le ratio le plus élevé de patients adultes inscrits à des essais cliniques en 2012, ce qui résulte peut-être de la méthode de saisie des informations sur les patients dans la base de données Alberta Cancer Clinical Trials (ACCT). Si un patient a participé à de multiples essais cliniques au cours d'une année donnée, il serait compté pour chaque participation. En outre, des patients vivant hors de l'Alberta étaient également inclus dans la base de données ACCT dès lors qu'ils participaient à un essai clinique en Alberta.
- La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique qui se trouve à l'adresse rendementdusysteme.ca.

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs – continue

Essais cliniques pour adultes

- Pour cet indicateur, le numérateur est le nombre total de patients adultes (âgés de 19 ans ou plus) nouvellement inscrits à toutes les phases des essais cliniques thérapeutiques ou des études de recherche (essais de radiothérapie, systémiques et chirurgicaux uniquement – soins curatifs, adjuvants/néoadjuvants ou palliatifs) dans les centres anticancéreux provinciaux en 2012. Le dénominateur est le nombre de nouveaux cas de cancer en 2012. Nous avons utilisé le nombre de nouveaux cas de cancer en 2012 projeté par la Société canadienne du cancer pour cet indicateur de substitution uniquement et ce nombre ne doit pas être comparé au nombre de nouveaux cas utilisé dans le contexte des résultats à long terme.
- Il importe de signaler que le dénominateur ayant servi à calculer la participation aux essais cliniques chez les adultes dans les rapports antérieurs sur le rendement du système était le nombre total de cas de cancer nouvellement inscrits dans les centres anticancéreux provinciaux.

Essais cliniques pédiatriques

- Les données pour cet indicateur ont été recueillies par le Réseau C17, organisation composée de représentants de chacun des programmes individuels de lutte contre le cancer chez les enfants au Canada²²³.
- Dans le cas de cet indicateur, des données concernant les années 2011 et 2012 étaient disponibles pour huit provinces pourvues de centres anticancéreux pédiatriques traitant des enfants au Canada âgés de moins de 14 ans, ainsi que de nombreux adolescents âgés de 15 à 18 ans; le numérateur est le nombre total de patients atteints de cancer (de 18 ans ou moins), qu'il s'agisse de nouveaux cas ou de cas diagnostiqués antérieurement, nouvellement inscrits à des essais

cliniques thérapeutiques ou à des études de recherche clinique dans les centres anticancéreux pédiatriques provinciaux en 2011 et 2012. Le dénominateur est le nombre total de cas dans les centres anticancéreux pédiatriques provinciaux, nouveaux ou diagnostiqués antérieurement, nouvellement inscrits en 2011 et 2012. Le dénominateur a été choisi comme mesure de substitution pour les patients recevant un traitement actif seulement et il exclut donc les enfants figurant sur les listes des centres anticancéreux qui ne reçoivent pas de traitement actif et qui, par définition, ne seraient pas admissibles à une participation à des essais cliniques thérapeutiques.

- Les adolescents et les jeunes adultes (âgés de 15 à 18 ans) ne font pas l'objet d'un examen distinct dans le cadre de cette analyse parce qu'ils tendent à être traités dans des centres anticancéreux soit pour adultes soit pour enfants, en fonction de leurs besoins médicaux, des modalités d'aiguillage et de la disponibilité générale des services. En Ontario, environ 32 % des patients atteints de cancer âgés de 15 à 17 ans étaient traités dans des centres anticancéreux pédiatriques et les autres, c'est-à-dire la majorité, étaient traités dans des centres pour adultes²²⁴. On sait que la proportion d'adolescents atteints de cancer traités dans les centres pédiatriques varie d'une province à l'autre et l'on sait que la probabilité que les adolescents soient inscrits à des essais cliniques est plus élevée chez ceux qui sont traités dans des centres pédiatriques que ceux qui sont traités dans des centres pour adultes, probablement en raison d'un accès moindre à des essais portant expressément sur des patients pédiatriques dans les centres pour adultes. Selon le Programme canadien de surveillance de lutte contre le cancer chez les enfants, jusqu'à 80 % des adolescents canadiens ayant reçu un diagnostic de cancer entre 1995 et 2000 n'ont pas participé à des essais cliniques²²⁵.

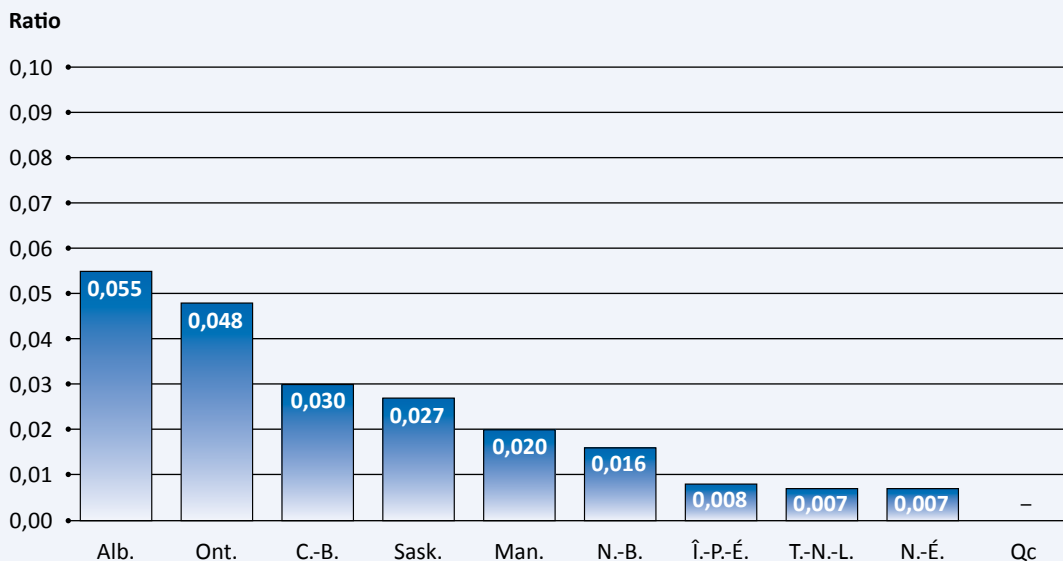
Que peut-on conclure des résultats?

- Jusqu'à présent, il n'y a pas de cibles ou de seuils de référence fixés au Canada pour la participation aux essais cliniques; cependant, l'Initiative sur le rendement du système du Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) est en voie d'établir des cibles et des seuils de référence pour de nombreux indicateurs, dont celui de la participation aux essais cliniques.
- Aux États-Unis, le National Cancer Institute (NCI) signale que moins de 5 % des patients adultes atteints de cancer participent aux essais cliniques²²⁶. En revanche, au Royaume-Uni, le taux de participation aux essais cliniques sur le cancer est le plus élevé du monde : environ 14 % des adultes ayant reçu un diagnostic de

cancer participent à des essais. Au Royaume-Uni, le National Cancer Research Network a été institué en 2000 pour accroître le recrutement dans les essais et dans les autres recherches axées sur le patient, ce qui a fait grimper la participation aux essais cliniques²²⁷. En outre, les nouveaux médicaments contre le cancer ne sont pas prescrits aussi facilement au Royaume-Uni qu'aux États-Unis; dans ce dernier pays, les oncologues sont en mesure de prescrire des médicaments plus tôt lorsque ceux-ci ont atteint le marché, ce qui peut expliquer pourquoi la participation aux essais est beaucoup plus élevée au Royaume-Uni. Il importe de signaler que, dans certaines circonstances, le seul moyen d'être traité à l'aide de nouveaux médicaments contre le cancer au Royaume-Uni consiste à participer à un essai clinique.

FIGURE 6.1

Ratio entre les patients adultes inscrits à des essais cliniques et le nombre de nouveaux cas selon la province, tous les cancers – inscription en 2012



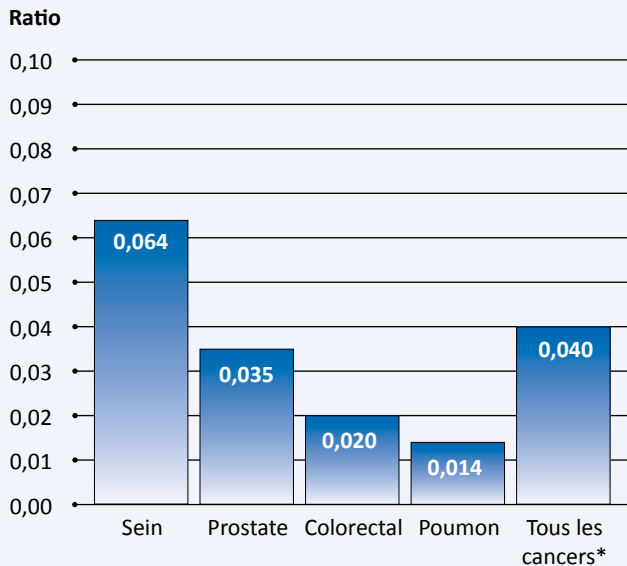
« - » Données non disponibles pour le Qc.

Les nouveaux cas pour tous les groupes d'âge sont estimés à partir des Statistiques canadiennes sur le cancer.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer

FIGURE 6.2

Ratio entre les patients adultes inscrits à des essais cliniques et le nombre de nouveaux cas selon le siège de la maladie, les quatre types de cancer les plus courants et tous les cancers – inscription en 2012



Les nouveaux cas pour tous les groupes d'âge sont estimés à partir des Statistiques canadiennes sur le cancer.

Les données sur chaque type de cancer concernent l'Alb., la C.-B., le Man., le N.-B., T.-N.-L., la N.-É., l'Î.-P.-É. et la Sask.

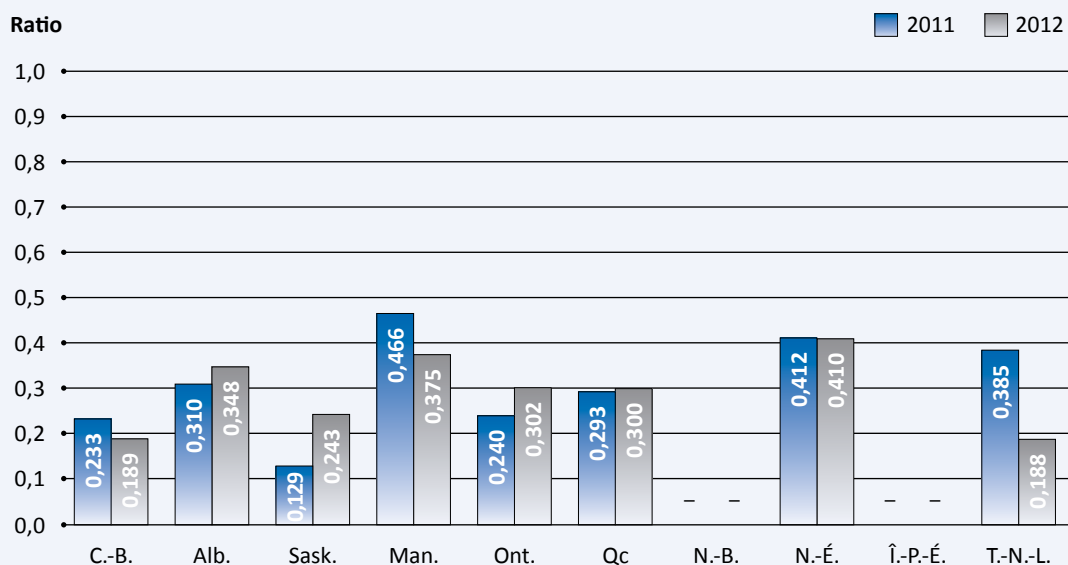
Les données pour tous les cancers concernent l'Alb., la C.-B., le Man., le N.-B., T.-N.-L., la N.-É., l'Ont., l'Î.-P.-É. et la Sask.

* Les détails sur le numérateur et le dénominateur se trouvent dans l'annexe technique à l'adresse rendementdusysteme.ca.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer

FIGURE 6.3

Ratio entre les patients pédiatriques inscrits à des essais cliniques et le nombre de nouveaux patients admis dans les centres de traitement pour enfants selon la province – patient vu en 2011 et 2012



« - » Données non disponibles pour le N.-B. (2011 et 2012) et l'Î.-P.-É. (2011 et 2012).

Source de données : Conseil C¹⁷ des programmes d'oncologie pédiatrique du Canada (recueillies en septembre 2013)

- Les données du NCI Cooperative Group aux États-Unis indiquent que 50 % des enfants, de la naissance à l'âge de 14 ans, traités pour un cancer en 1998 et 1999 étaient inscrits à des essais cliniques²²⁸. En outre, plus de 90 % des enfants ayant fait l'objet d'un diagnostic de cancer aux États-Unis sont traités dans des organisations qui sont membres du Children's Oncology Group (COG). Le COG, qui est financé par le NCI, a été créé en 2000 par la fusion de quatre organismes nationaux de recherche sur les cancers pédiatriques en vue d'examiner les obstacles à la participation aux essais cliniques²²⁹.
- Au Royaume-Uni, 70 % des enfants ayant fait l'objet d'un diagnostic de cancer sont actuellement inscrits à des essais cliniques, lesquels sont coordonnés par le U.K. Children's Cancer Study Group (tumeurs solides) ou le Medical Research Council (leucémie)²³⁰.

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- Le rapport sur l'état des essais cliniques sur le cancer au Canada (*Report on the State of Cancer Clinical Trials in Canada*) établi par le Groupe de travail sur les essais cliniques de l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (ACRC) recommandait la création d'un programme d'infrastructure pancanadien qui tiendrait compte des points forts des groupes d'essais cliniques existants et les mettrait à profit pour soutenir les essais cliniques sur le cancer²³¹. En réponse à cette recommandation, le Partenariat a ouvert la voie en établissant une vision pour une initiative canadienne relative aux essais cliniques sur le cancer destinée à combler les lacunes actuelles, afin d'accroître le taux global de participation des patients dans le cadre d'un portefeuille de plus en plus étendu d'essais cliniques, par l'intermédiaire d'un centre de coordination appelé le réseau canadien des essais cliniques sur le cancer²³².
- En 2013, l'ACRC et le Partenariat ont publié un rapport indiquant que les investissements annuels en recherche sur le cancer chez les enfants et les adolescents étaient passés de 9,7 millions de dollars en 2005 à 16,5 millions de dollars en 2010, soit une hausse de 71 %²³³.
- Le Réseau C¹⁷ organise deux fois par année un concours de subventions en deux étapes, soumis à l'examen par les pairs, en vue de financer des recherches sur le cancer, sur les maladies hématologiques graves chez les enfants et sur les greffes de moelle osseuse, applicables à toutes les phases des essais cliniques²³⁴.
- En mars 2012, le deuxième atelier international des intervenants mobilisés pour les adolescents et les jeunes adultes atteints de cancer a eu lieu à Toronto. Le groupe de travail relatif aux adolescents et aux jeunes adultes a pour but d'améliorer les résultats et la qualité de vie liée à la santé chez les adolescents et les jeunes adultes atteints de cancer et ceux qui sont des survivants d'un cancer durant l'enfance²³⁵. L'une des mesures de suivi issues de l'atelier a été la création de partenariats d'action régionale pour représenter toutes les régions du Canada. Ces partenariats travaillent à formuler un cadre durable pour la mise en œuvre des recommandations concernant l'amélioration des résultats sur la santé chez les adolescents et les jeunes adultes atteints de cancer²³³.

Investissements en recherche sur le cancer

Que mesure-t-on?

Cet indicateur sert à évaluer la répartition des montants estimatifs du financement de la recherche en fonction des types de cancer, en ce qui concerne les cancers du sein, colorectal, du poumon et de la prostate, à partir de renseignements sur les dépenses de recherche déclarés à l'ACRC en 2010. Il permet en outre de faire des comparaisons entre les fonds consacrés à chaque type de cancer et le fardeau relatif de celui-ci, établi selon le taux d'incidence et le taux de mortalité.

- Le financement adéquat des activités de recherche relatives à divers types de cancer est essentiel au succès de l'environnement de recherche.
- Sur l'ensemble des investissements en recherche sur le cancer, une proportion de 52 % (536,1 millions de dollars) a été affectée à des types particuliers de cancer en 2010²³⁶. En 2010, 149,9 millions de dollars ont été investis dans le financement de la recherche sur le cancer du sein, colorectal, du poumon et de la prostate, sur un total de 277,6 millions de dollars pour toutes les activités de recherche concernant un type particulier de cancer²³⁶.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- La recherche sur le cancer du sein a reçu une part importante des investissements en recherche sur des types particuliers de cancer au Canada en 2010, comparativement au fardeau de la maladie, défini selon la mortalité. Les investissements affectés au cancer colorectal et au cancer du poumon, deux cancers à mortalité élevée, étaient d'une faiblesse disproportionnée

comparativement au fardeau de ces maladies, défini selon la mortalité.

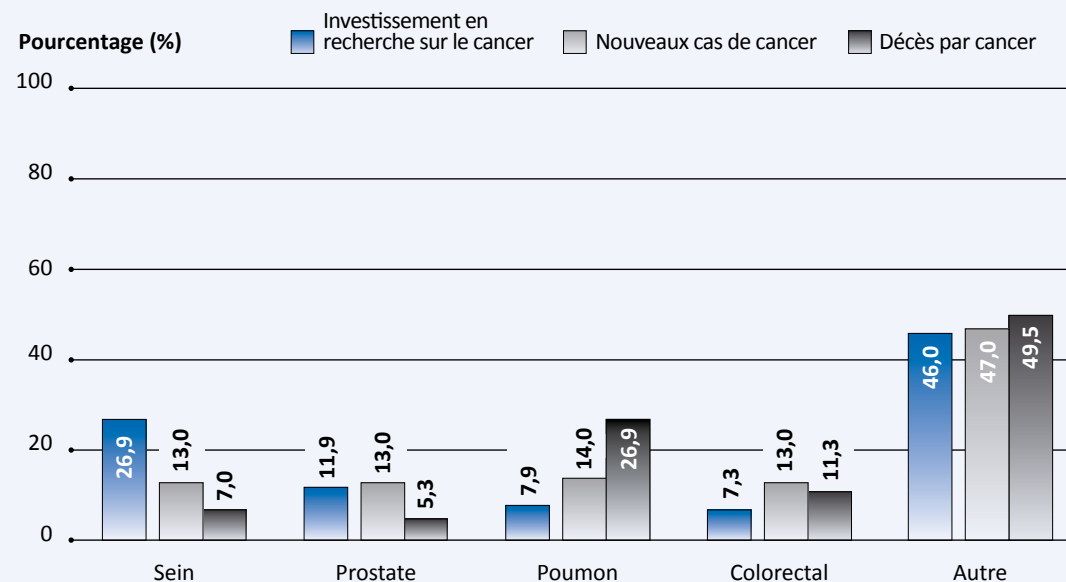
- Les investissements en recherche selon le siège de la maladie en 2010 variaient de 26,9 % pour le cancer du sein à 7,3 % pour le cancer colorectal (figure 6.4). Des tendances analogues relativement aux investissements en fonction du type de maladie avaient été observées en 2009³². La répartition des nouveaux cas selon le siège du cancer est plus uniforme; elle était de 13,0 % pour les cancers colorectal, du sein et de la prostate et de 14,0 % pour le cancer du poumon en 2008. La répartition des décès selon le type de cancer varie également; elle se situait entre 5,3 % pour le cancer de la prostate et 26,9 % pour le cancer du poumon en 2009. Le cancer du sein représente 13,0 % des nouveaux cas de cancer et 7,0 % des décès attribuables au cancer, et il reçoit 26,9 % (74,6 millions de dollars sur un total de 277,6 millions de dollars) des sommes investies dans la recherche portant sur un type particulier de cancer.
- Le cancer du poumon, celui dont le taux de mortalité est le plus élevé, présentait le plus important écart entre le niveau d'investissement dans la recherche et le fardeau de la maladie. De même, dans le cas des cancers colorectal et de la prostate, les investissements en recherche n'étaient pas proportionnés au fardeau de la maladie mesuré selon l'incidence et la mortalité.
- Le financement de la recherche sur le cancer du sein (74,6 millions de dollars) était presque égal au financement des trois autres cancers les plus fréquents, soit les cancers colorectal, du poumon et de la prostate (75,2 millions de dollars). Les autres types de cancer (autres que les quatre principaux) ont reçu un financement de 127,7 millions de dollars.

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les données proviennent de l'Enquête canadienne sur la recherche sur le cancer (ECRC), qui a recueilli des renseignements sur le financement auprès de 40 organisations et programmes au Canada en 2010. Le nombre d'organisations et de programmes fournissant des données à l'enquête relative aux activités de recherche à l'échelon pancanadien est passé de 33 en 2009 à 40 en 2010.
- L'ECRC recueille les données relatives aux investissements en recherche effectués par les principaux organismes de financement de la recherche sur le cancer, les organismes et programmes fédéraux, les organismes des gouvernements provinciaux et les organismes bénévoles; cependant, elle ne recueille pas de données sur les investissements des fondations hospitalières et des organisations étrangères qui financent des activités de recherche au Canada ni sur les activités de recherche-développement financées par l'industrie. Les estimations issues de cette enquête représentent entre 40 et 50 % des investissements nationaux totaux dans la recherche sur le cancer.
- Ne sont pas inclus dans les données les investissements dans les recherches qui peuvent s'appliquer à tous les types de cancer ou qui ne ciblent pas un type particulier de cancer.

FIGURE 6.4

Répartition des investissements en recherche sur le cancer (2010), des nouveaux cas de cancer (2008) et des décès par cancer (2009) selon le siège de la maladie, Canada



Source des données sur les investissements en recherche sur le cancer : Base de données de l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer.

Source des données sur les nouveaux cas de cancer : Statistique Canada, Registre canadien du cancer.

Source des données sur les décès par cancer : Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès

Que peut-on conclure des résultats?

- L'absence de relation proportionnée entre les fonds affectés à la recherche ciblant des types particuliers de cancer et le fardeau relatif de ces types de cancer (défini selon l'incidence et la mortalité) met en relief la possibilité de réaliser un meilleur équilibre dans les investissements en recherche. Il importe de signaler que le fardeau de la maladie n'est qu'une façon parmi d'autres d'évaluer les investissements en recherche; de nombreux autres indicateurs sont utilisés pour évaluer le fardeau dans le domaine de la santé. Pour les besoins du présent rapport, toutefois, ce sont l'incidence et la mortalité qui sont utilisées.
- Il a été soutenu que la mesure du financement de la recherche en fonction du fardeau de la maladie est une considération clé dans la planification de la recherche à l'échelle d'un pays. On en trouve un exemple dans la *Recalcitrant Cancer Research Act* (Loi relative à la recherche sur les cancers récalcitrants) des États-Unis, aux termes de laquelle le NCI doit élaborer des plans de recherche mettant l'accent sur la lutte contre les cancers les plus mortels; le National Cancer Institute (NCI) a immédiatement porté son attention sur les cancers du poumon et du pancréas. On en trouve un autre exemple dans l'Institut ontarien de recherche sur le cancer, qui a lancé de nouvelles initiatives reposant sur le fardeau de la maladie et qui a investi dans Pancure, projet de recherche axé sur le cancer du pancréas.
- Le Canada n'est pas seul à cet égard. Dans d'autres pays, le cancer du sein reçoit aussi un meilleur financement que les autres types de cancer du point de vue de la recherche. Par exemple, le NCI, l'une des nombreuses sources de ce financement aux États-Unis, a affecté 625 millions de dollars au cancer du sein en 2011, soit plus du double du montant attribué à la

recherche sur le cancer du poumon (296,8 millions de dollars²³⁷), en dépit du taux de mortalité plus élevé de ce dernier type de cancer.

- Au Royaume-Uni, le National Cancer Research Institute signale une tendance analogue, le cancer du sein recevant un financement supérieur à celui de tout autre type de cancer (20 % des fonds accordés à la recherche ciblant un type précis de cancer ont été affectés au cancer du sein en 2010)²³⁸.

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- L'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (ACRC) continuera à informer le système de santé sur les lacunes en matière d'investissement dans la recherche et de cerner des possibilités de réduire les chevauchements en recherche par l'optimisation des partenariats. L'ACRC, grâce à un financement du Partenariat canadien contre le cancer, travaillera à maximiser l'impact de la recherche sur l'ensemble du continuum de la lutte contre le cancer, au moyen d'une approche coordonnée destinée à améliorer l'efficacité du système canadien de financement de la recherche sur cette maladie.
- La Stratégie pancanadienne pour la recherche sur le cancer de l'ACRC constitue un cadre qui guide les investissements en recherche sur le cancer au Canada et qui fait ressortir les réalisations qu'il serait possible d'accomplir au cours des quelques années à venir, notamment des initiatives visant à améliorer le système de financement de la recherche sur le cancer au Canada, la définition de possibilités de nouveaux investissements en recherche et la suite à donner aux préoccupations causées par le déséquilibre des investissements dans les divers types de recherche²³⁹.

7. Efficience du système

Dépistage du cancer du sein au-delà des lignes directrices recommandées 136

Mastectomies pratiquées en chirurgie ambulatoire 137

Recours aux services de soins intensifs pendant les deux dernières semaines de vie 139



7. Efficience du système

Le présent chapitre décrit trois indicateurs qui mesurent l'utilisation de certains services choisis de lutte contre le cancer sous l'angle de l'efficience du système. Il ne s'agit pas, loin de là, d'une évaluation exhaustive du recours efficace aux services de lutte contre le cancer, mais les données présentées ici font ressortir des moyens possibles de mieux faire concorder, à l'échelle d'une population, la prestation des services et les données probantes sur la pertinence et les avantages de ces services.

Au-delà des répercussions économiques considérables du cancer sur la société, la prestation de services de lutte contre le cancer entraîne des dépenses d'immobilisation et de fonctionnement importantes sur l'ensemble du continuum des soins. Étonnamment, on dispose actuellement de peu de renseignements fiables sur les coûts complets de la lutte contre le cancer à l'échelle du pays. En outre, il existe insuffisamment de données objectives sur l'efficacité relative des services de lutte contre le cancer offerts par les provinces. Compte tenu de l'accélération de l'augmentation des coûts de multiples aspects des soins oncologiques, en particulier les médicaments et la technologie servant au diagnostic et au traitement, de nombreux planificateurs et responsables de l'élaboration des politiques du système de santé ont soulevé des doutes quant à la durabilité du système. Toute amélioration de l'efficacité des services plus courants pourrait accroître l'aptitude à investir dans des services plus complexes et novateurs.

Se fondant sur la notion de l'accroissement de l'efficacité, en 2012, le Comité directeur sur le rendement du système du Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat), comité composé de représentants des 10 organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer, a établi qu'il était nécessaire d'inclure l'efficacité et la durabilité dans les critères relatifs à la mesure du rendement du système et à la production de rapports à cet égard. En réponse, l'initiative du Partenariat

concernant le rendement du système a amorcé un processus visant à déterminer les moyens possibles d'introduire des indicateurs significatifs de l'efficience du système dans les rapports futurs. Pour contribuer à guider les efforts, on a constitué un groupe de travail sur la mesure de l'efficience du système, comptant des spécialistes et des leaders dans les domaines de l'économie de la santé, des méthodes de calcul des coûts, des politiques et de la planification. Les indicateurs de l'efficacité décrits dans le présent chapitre constituent les résultats initiaux de ces travaux. Les trois indicateurs en question concernent l'efficacité d'un aspect de chacun de trois volets du parcours lié au cancer, soit le dépistage, le traitement et les soins en fin de vie :

- **Dépistage du cancer du sein au-delà des lignes directrices recommandées** : Les lignes directrices nationales relatives au dépistage du cancer du sein diffusées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommandent que les femmes âgées de 50 à 69 ans présentant un risque moyen de cancer du sein fassent l'objet d'un dépistage systématique par mammographie tous les deux ou trois ans⁹⁹. Le Groupe d'étude fait également une recommandation faible, reposant sur des données probantes de faible qualité, concernant le dépistage systématique chez les femmes âgées de 70 à 74 ans. Cet indicateur porte sur le pourcentage de femmes présentant un risque moyen et âgées de 75 ans ou plus qui

ont déclaré avoir passé une mammographie de dépistage. Les mammographies et les examens subséquents associés aux résultats anormaux peuvent être exigeants en ressources; lorsqu'on dispense un tel service dans des cas où celui-ci, selon les lignes directrices, n'est pas considéré comme efficace, cela peut donner lieu à des interventions inutiles pour la personne recevant le service, comme des études l'ont montré aux États-Unis²⁴⁰.

- **Mastectomies pratiquées en chirurgie ambulatoire** : Les mastectomies sont un traitement curatif courant pour les femmes atteintes d'un cancer du sein résecable. Bien qu'il s'agisse d'interventions relativement invasives, les mastectomies peuvent être pratiquées de façon sûre en chirurgie ambulatoire²⁴¹. Les chirurgies d'un jour peuvent être préférables aux chirurgies avec hospitalisation (séjour de la patiente à l'hôpital après l'intervention afin qu'elle puisse récupérer) lorsqu'elles permettent de consommer moins de ressources hospitalières, tout en ne compromettant pas les résultats pour les patientes.

- **Recours aux services de soins intensifs pendant les deux dernières semaines de vie** : Les unités hospitalières de soins en phase aiguë, notamment les unités de soins intensifs, sont les services de soins aux patients qui sont les plus exigeants en ressources. L'utilisation excessive des services de soins intensifs peu de temps avant la fin de la vie peut indiquer un recours inopportun à des soins en phase aiguë dans des situations où des soins palliatifs et de soutien dans une unité de soins non aigus pourraient être plus appropriés pour les patients, du point de vue de la qualité de vie, et pourraient constituer une meilleure utilisation des ressources du système.

Dans les prochains rapports sur le rendement du système, nous prévoyons élargir la portée des indicateurs relatifs à l'efficience du système pour y inclure un ensemble plus considérable de mesures fiables pouvant contribuer à éclairer les décisions destinées à améliorer l'efficacité de l'utilisation des ressources de lutte contre le cancer et à mieux faire concorder les besoins des patients et les capacités du système.

Indicateur	Sommaire des résultats
Dépistage du cancer du sein au-delà des lignes directrices recommandées	Selon la province, entre 22,4 et 40,0 % des femmes âgées de 75 ans ou plus ont déclaré avoir passé une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années.
Mastectomies pratiquées en chirurgie ambulatoire	En Ontario, 35,4 % des mastectomies sont pratiquées dans le cadre d'une chirurgie d'un jour, mais le taux correspondant est inférieur à 10 % dans cinq provinces.
Recours aux services de soins intensifs pendant les deux dernières semaines de vie	Selon la province, entre 5,6 % et 13,7 % des patients décédés d'un cancer ont été admis dans une unité de soins intensifs durant les deux dernières semaines de vie.

Dépistage du cancer du sein au-delà des lignes directrices recommandées

Que mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le pourcentage des femmes âgées de 75 ans ou plus ayant déclaré en 2012 avoir passé une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes.

- Tous les programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du sein ciblent les femmes âgées de 50 à 69 ans qui présentent un risque moyen de cancer du sein et leur offrent des mammographies biennales. En outre, certains de ces programmes offrent un dépistage aux femmes âgées de 70 à 74 ans, mais ne font pas nécessairement la promotion active de la participation des femmes de ce groupe d'âge et, dans certains programmes, il est nécessaire que la patiente ait été recommandée par un médecin pour être admissible au dépistage si elle n'appartient pas au groupe d'âge ciblé. Compte tenu du coût des mammographies et des examens consécutifs à un résultat anormal, les comparaisons interprovinciales des taux de dépistage des femmes de 75 ans ou plus peuvent faire apparaître des possibilités, dans certaines provinces, de rééquilibrer les affectations de ressources.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- Le pourcentage de femmes de 75 ans ou plus ayant déclaré en 2012 avoir passé une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes variait de 22,4 % à 40,0 % à l'échelon des provinces (figure 7.1). Cela se compare à une fourchette de 57,4 % à 74,9 % dans le groupe d'âge ciblé des femmes de 50 à 69 ans (voir le chapitre sur le dépistage). Il

est intéressant de constater que le Québec enregistrait le taux de dépistage le plus élevé dans le groupe d'âge ciblé des femmes de 50 à 69 ans (74,9 %), mais l'un des taux de dépistage les plus faibles pour le groupe des femmes de 75 ans ou plus (25,0 %).

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Cet indicateur est basé sur des données d'enquête auto-déclarées recueillies dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et il inclut les femmes âgées de 75 ans à 101 ans. Les études antérieures ont montré que les taux de dépistage auto-évalués peuvent être comparables aux taux réels d'utilisation calculés à partir des données administratives. Cependant, la question posée dans le cadre de l'enquête ne tient pas compte de la fréquence des examens (c.-à-d. la possibilité qu'une répondante ait passé plus d'une mammographie au cours des deux années précédentes).

Que peut-on conclure des résultats?

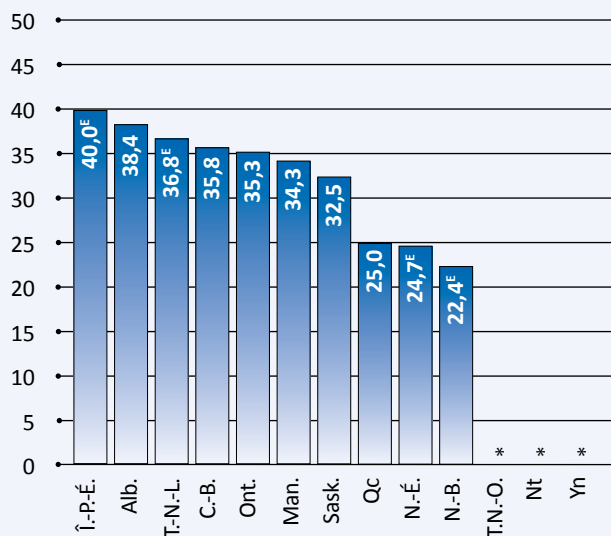
- Si l'on se fonde sur une moyenne de 32 % de femmes admissibles de 75 ans ou plus passant une mammographie de dépistage au moins une fois par deux ans, compte tenu du fait qu'il y avait environ 900 000 femmes de 75 ans ou plus qui étaient candidates^v au dépistage du cancer du sein au Canada en 2012, cela correspond à jusqu'à 145 000 mammographies par année.
- Dans le présent rapport, nous n'avons pas pris en compte les mammographies de dépistage du cancer du sein obtenues par les patientes de moins de 50 ans, qui constitueraient également

^v Les candidates au dépistage sont les femmes qui n'ont aucun antécédent de cancer du sein, ce qui représente, d'après l'échantillon de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 64 % des femmes de 75 ans ou plus.

FIGURE 7.1

Dépistage au-delà des lignes directrices recommandées : Pourcentage des femmes de 75 ans et plus déclarant avoir subi une mammographie de dépistage[†] au cours des deux dernières années selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2012

Pourcentage (%)



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

^É À interpréter avec prudence en raison de la grande variabilité des estimations.

[†] Exclut les tests effectués en présence de symptômes.

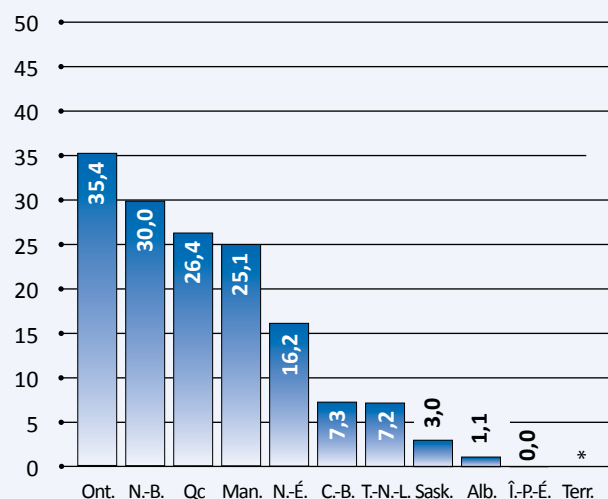
Source de données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

un dépistage au-delà de celui offert au groupe d'âge ciblé des femmes de 50 à 69 ans. Un rapport sur le rendement du système publié en 2012 par le Partenariat canadien contre le cancer, intitulé *Lutte contre le cancer du sein au Canada*^{vi}, a présenté des résultats sur le dépistage du cancer du sein chez les patientes de 40 à 49 ans; les taux de dépistage allaient de 15 à 30 % dans ce groupe.

FIGURE 7.2

Pourcentage des mastectomies dues au cancer du sein effectuées en chirurgie ambulatoire selon la province ou le territoire – exercices 2007-2008 à 2011-2012 combinés

Pourcentage (%)



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

Terr. : Territoires, soit les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et le Yukon.

Source de données : Base de données sur la morbidité hospitalière et Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Reporting System, Alberta Health and Wellness

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- L'initiative canadienne de dépistage du cancer du sein centre son attention sur une meilleure compréhension des activités de dépistage dans les groupes d'âge autres que le groupe cible recommandé dans l'ensemble du pays. L'initiative prévoit publier prochainement

un rapport qui contiendra un certain nombre d'indicateurs approfondis, notamment sur le dépistage hors des groupes d'âge recommandés et le dépistage au-delà de la fréquence

recommandée. Ce rapport visera à sensibiliser les provinces à cette question et, éventuellement, à encourager des efforts en vue d'optimiser l'utilisation des ressources en dépistage.

Mastectomies pratiquées en chirurgie ambulatoire

Que mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le pourcentage des mastectomies pour résection d'une tumeur cancéreuse au sein qui sont pratiquées dans le cadre d'une chirurgie d'un jour.

- Le passage de nombreuses interventions chirurgicales du cadre hospitalier au cadre ambulatoire est une tendance soutenue de la pratique clinique depuis des décennies. Cette tendance s'est récemment étendue aux mastectomies pratiquées dans la lutte contre le cancer du sein. Des études au Royaume-Uni²⁴¹ et dans d'autres pays ont montré qu'avec un suivi approprié et des services adéquats de soins à domicile, les résultats des interventions en chirurgie ambulatoire dans le cas du cancer du sein peuvent être aussi bons que les résultats obtenus avec l'hospitalisation. Puisque les coûts d'un séjour à l'hôpital sont considérablement plus élevés que ceux des services ambulatoires et des soins à domicile, le passage à la chirurgie d'un jour peut entraîner des économies pour le système. La mesure du taux de mastectomies pratiquées en chirurgie ambulatoire dans les provinces peut permettre de déterminer des niveaux de référence susceptibles d'être appliqués dans l'ensemble du pays.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- Le pourcentage de mastectomies pratiquées en chirurgie ambulatoire par province (selon les données de 2007–2008 à 2011–2012)

variait entre 0 % à l'Île-du-Prince-Édouard et 35,4 % en Ontario. Le Manitoba, le Québec et le Nouveau-Brunswick enregistraient des taux supérieurs à 25 %. Quatre autres provinces enregistraient des taux inférieurs à 10 % : la Colombie-Britannique, Terre-Neuve-et-Labrador, la Saskatchewan et l'Alberta (figure 7.2).

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Cette analyse est basée sur les données des registres des sorties des hôpitaux, lesquelles n'ont pas été reliées aux données du registre sur le cancer. Nous avons déterminé les interventions chirurgicales liées aux nouveaux cas de cancer du sein en excluant les patientes ayant des antécédents de traitement anticancéreux selon les données chronologiques. Des renseignements plus détaillés sont fournis dans l'annexe technique disponible à l'adresse rendementdusysteme.ca.

Que peut-on conclure des résultats?

- Si des résultats comparables peuvent être maintenus, les avantages du passage des résections de tumeurs du cancer du sein du cadre hospitalier au cadre ambulatoire comprennent une réduction des coûts pour le système, ainsi qu'une libération de capacité dans les services hospitaliers facilitant un meilleur mouvement des patients qui doivent être hospitalisés pour des soins actifs essentiels, notamment d'autres chirurgies reliées au cancer. Le fait que 35 % des

mastectomies aient été pratiquées en chirurgie ambulatoire dans une province (l'Ontario) entre 2007-2008 et 2011-2012 laisse penser que d'autres provinces pourraient se rapprocher de ce seuil de référence, si l'on suppose que le soutien devant être dispensé par le système à cette fin peut être mis en place. D'après les données sur cinq ans (de 2007-2008 à 2011-2012) utilisées pour cet indicateur, environ 6300 mastectomies sont pratiquées par année au Canada. Si 35 % d'entre elles étaient pratiquées en chirurgie de jour dans les provinces autres que l'Ontario (comparativement à la moyenne actuelle de 13 % dans ces autres provinces), cela pourrait entraîner une conversion de près de 900 cas d'hospitalisation par année en cas ambulatoires.

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- Cet indicateur fait partie d'une série de méthodes de mesure recommandées par le groupe de travail du Partenariat canadien contre le cancer sur la mesure de l'efficience du système afin d'assurer en permanence la surveillance et la production de rapports. L'indicateur pourrait également être un candidat pour l'établissement de seuils de référence ou de cibles correspondant au niveau de rendement souhaité dans l'ensemble du pays. L'objectif est de renseigner les chirurgiens spécialisés en cancer du sein et les autres décideurs à l'échelon provincial sur la façon dont leur province se compare aux autres et sur la possibilité de faire passer un plus grand nombre de cas en chirurgie ambulatoire.

Recours aux services de soins intensifs pendant les deux dernières semaines de vie

Que mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le pourcentage des patients atteints de cancer admis à l'unité de soins intensifs durant les 14 derniers jours de vie.

- Des soins en fin de vie de grande qualité et centrés sur la personne sont une composante essentielle d'un système efficace de soins oncologiques. Les patients qui se meurent d'un cancer méritent des soins qui contribueront à soulager leurs symptômes physiques et à répondre à leurs besoins émotionnels et psychosociaux dans un cadre propice à l'accompagnement et confortable où les perturbations sont réduites au minimum. Bien que les patients atteints de cancer puissent avoir besoin des traitements de survie offerts par les unités de soins en phase aiguë, ces

unités ne constituent pas toujours le cadre idéal pour des soins en fin de vie tels que les soins palliatifs et le contrôle des symptômes²⁴².

- L'examen des variations interprovinciales sur le plan de l'utilisation des soins en phase aiguë durant les deux dernières semaines de vie peut révéler des moyens possibles d'offrir des solutions de rechange aux unités de soins intensifs sans compromettre la qualité des soins. Le pourcentage de patients atteints de cancer qui décèdent dans les unités de soins intensifs est également présenté comme indicateur explicatif, car il fait état de la proportion de patients qui ont obtenu leur congé des soins intensifs avant le décès (pour qui le séjour aux soins intensifs a été un épisode de traitement) comparativement à ceux qui sont décédés aux soins intensifs.

Quels résultats a-t-on obtenus?

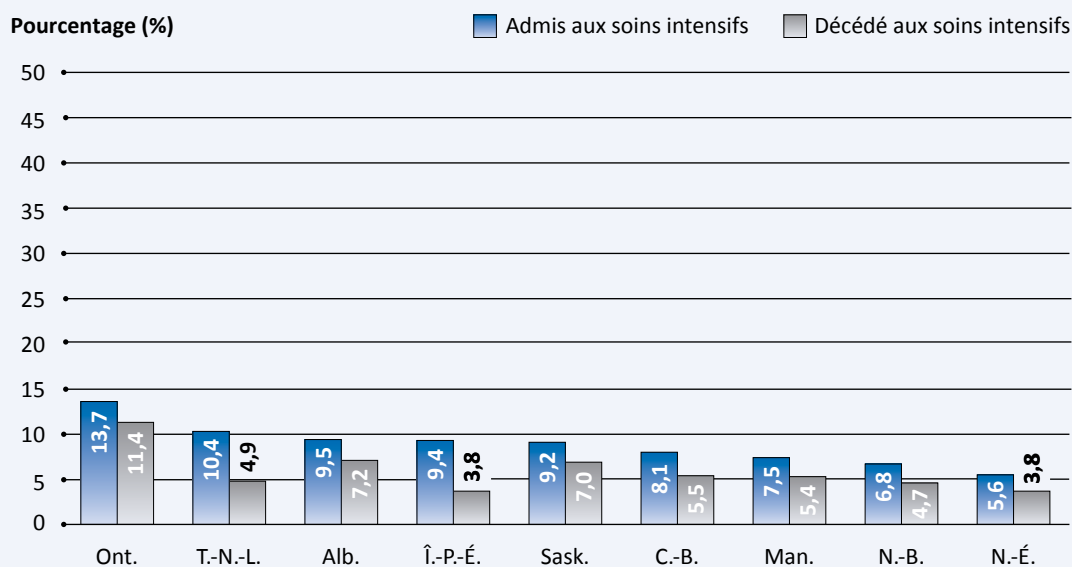
- Une proportion relativement faible de patients se mourant d'un cancer reçoit des soins dans une unité de soins intensifs au cours des deux dernières semaines de vie. Ce pourcentage varie d'un minimum de 5,6 % en Nouvelle-Écosse à un maximum de 13,7 % en Ontario (figure 7.3). Il ne semble pas y avoir de corrélation entre les résultats et la taille de la province, car on trouve tant des petites que des grandes provinces aux deux extrémités de la plage. Le pourcentage de patients qui ont été admis aux soins intensifs et qui y sont décédés est le plus élevé en Ontario (83,2 %) et le plus faible à l'Île-du-Prince-Édouard (40,4 %)^{vii}.

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les résultats présentés pour cet indicateur sont basés sur une analyse des données des dossiers de santé des patients hospitalisés recueillies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Seuls les patients atteints de cancer qui sont décédés dans un hôpital de soins en phase aiguë sont inclus dans cette analyse et les résultats sont donc basés sur une proportion seulement des décès attribuables au cancer. Les patients atteints de cancer ont été identifiés par un code de diagnostic CIM-10 selon les modalités suivantes :
 - un diagnostic principal de tumeur maligne ou de tumeur à évolution imprévisible ou inconnue; ou
 - un diagnostic le plus responsable de soins palliatifs avec un diagnostic secondaire de tumeur maligne.
- Les données sur les patients traités dans les établissements du Québec ont été exclues de l'étude.

FIGURE 7.3

Pourcentage des patients atteints du cancer admis à l'unité de soins intensifs au cours des deux dernières semaines de vie et décédés à cet endroit selon la province – exercices 2011-2012 et 2012-2013 combinés



Données de toutes les provinces sauf le Qc.

Données seulement sur les patients atteints du cancer décédés dans un hôpital disposant d'une unité de soins intensifs.

Source de données : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé

vii La proportion de 83,2 % en Ontario a été établie à partir des pourcentages suivants : 11,4 % décédés aux soins intensifs, divisé par 13,7 % admis aux soins intensifs; la proportion de 40,4 % à l'Île-du-Prince-Édouard a été établie à partir des pourcentages suivants : 3,8 % décédés aux soins intensifs, divisé par 9,4 % admis aux soins intensifs.

Que peut-on conclure des résultats?

- Un pourcentage relativement faible des patients qui décèdent d'un cancer au Canada est admis dans une unité de soins intensifs au cours des deux dernières semaines de vie comparativement à d'autres pays. Une comparaison des données de l'Ontario et de celles du programme américain *Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER)* pour la période allant de 1999 à 2003 a établi que le taux d'utilisation des unités de soins intensifs au cours des 30 derniers jours de vie aux États-Unis était le double de celui de l'Ontario¹⁹⁷ et l'Ontario enregistre le taux le plus élevé au Canada d'après les résultats présentés ici. Néanmoins, les variations interprovinciales constatées, pour l'indicateur du pourcentage de patients admis aux soins intensifs aussi bien que pour le rapport entre ce pourcentage et la proportion de patients décédés aux soins intensifs, portent à conclure qu'il sera nécessaire de procéder à des analyses plus poussées pour déterminer s'il existe des possibilités réelles de réduction d'utilisations inutiles.

Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?

- Le portefeuille du Partenariat canadien contre le cancer qui concerne la perspective centrée sur la personne soutient la mise en œuvre d'un certain nombre d'initiatives en soins palliatifs dans l'ensemble du pays. Parmi ces initiatives, on compte des innovations dans les soins de fin de vie qui ont trait au cadre approprié pour la prestation de ces soins. Au-delà de la question de l'efficacité, il y a celle de la fourniture de soins de qualité axés sur les besoins des patients mourants et des membres de la famille et visant à répondre à ces besoins. Les études et les projets connexes de mise en œuvre découlant de ces initiatives permettront très certainement de tirer des enseignements sur l'utilisation appropriée des ressources du système pour prendre soin des patients se mourant d'un cancer. Les mises à jour futures des indicateurs décrits dans le présent chapitre éclaireront l'évaluation des répercussions de ces efforts.

Nouvelles études et données probantes

- Une étude américaine publiée en 2014 portait sur ce que les auteurs ont appelé l'utilisation futile des soins intensifs en fin de vie dans un centre hospitalier anticancéreux. Selon cette étude, 16 % des 238 admissions à l'unité des soins intensifs enregistrées au cours des 30 derniers jours de vie des patients étaient jugées futiles. Les auteurs ont défini ainsi les « admissions futiles » : tout soutien avancé qui est dispensé aux soins intensifs à des patients qui n'auraient pas dû y être transférés en premier lieu ou qui, tout au plus, auraient pu faire l'objet d'un essai en soins intensifs, mais chez lesquels il n'y a pas eu limitation du traitement en dépit de preuves claires de l'échec d'un tel essai. L'étude comportait un examen des dossiers en vue de déterminer les raisons des admissions futiles aux soins intensifs et concluait que, dans la plupart des cas, ces admissions étaient attribuables à la conduite des médecins traitants, qui ne tenaient pas compte du pronostic et qui permettaient l'ajout de mesures de maintien des fonctions vitales de façon automatique à mesure que survenaient les insuffisances organiques. Les auteurs concluaient également que les médecins étaient incapables de proposer aux familles un refus ou une suspension de mesures; les patients restaient aux soins intensifs et recevaient des traitements à la fois futiles et coûteux, qui intensifiaient parfois les souffrances, et ils n'avaient pas accès à des soins palliatifs. L'étude recommandait des stratégies visant à sensibiliser davantage les cliniciens au recours futile aux unités de soins intensifs ainsi qu'une expansion des indications visant la consultation des soins palliatifs²⁴³.

8. Résultats à long terme

**Note particulière :
Statistiques sur le
cancer et normalisation
selon l'âge** 145

Cancer du sein 152

Cancer colorectal 160

Cancer du poumon 156

Cancer de la prostate 164

Cancer du pancréas 167



8. Résultats à long terme

Une grande partie des efforts en matière de lutte contre le cancer vise à réduire le nombre de personnes recevant un diagnostic de cancer (mesuré par le taux d'incidence), à réduire le nombre de décès attribuables au cancer (mesuré par le taux de mortalité) et à prolonger la durée de vie après la réception d'un diagnostic (mesurée par le taux de survie). Dans le présent chapitre, les taux d'incidence, de mortalité et de survie sont examinés pour les cancers les plus courants au Canada, c'est-à-dire le cancer colorectal, du poumon, du sein et de la prostate. En outre, des données sur le cancer du pancréas sont aussi étudiées, puisque ce dernier type de cancer a remplacé le cancer de la prostate quatrième rang des principales causes de décès attribuables au cancer au Canada⁹⁶.

Les rapports précédents sur le rendement du système du Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) établissaient les taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge à partir des données du recensement de 1991 de la population canadienne; À compter du *Rapport de 2014 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*, l'année de référence utilisée pour la normalisation est celle du recensement de 2011. L'encart spécial inclus dans le présent chapitre donne des renseignements de base sur la normalisation selon l'âge et analyse les effets du passage à une autre année de référence sur l'ampleur des taux d'incidence et de mortalité à l'échelle du pays. Il importe de signaler que des taux normalisés en fonction de populations de référence différentes ne doivent pas être

comparés, car ces populations différentes produiront des taux normalisés selon l'âge qui seront différents même si les taux sous-jacents sont identiques²⁴⁴. Statistique Canada et d'autres organismes ont planifié de passer à la population du Recensement de 2011 au cours de l'année à venir.

Dans le présent chapitre, trois mesures fondamentales sont utilisées :

1. Le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) correspond au nombre de cas de cancer nouvellement diagnostiqués par 100 000 habitants qui surviendraient dans une région donnée si la répartition selon l'âge était la même dans cette région et dans la population de référence (celle de 2011)²⁴⁵.

2. Le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) correspond au nombre de décès attribuables au cancer par 100 000 habitants qui surviendraient dans une région donnée si la répartition selon l'âge était la même dans cette région et dans la population de référence (celle de 2011)²⁴⁵.
3. Le ratio de survie relative (RSR) correspond au ratio entre la survie observée dans un groupe donné (généralement un groupe de personnes ayant reçu un même diagnostic) et la survie prévue chez les membres de la population générale qui présentent les mêmes facteurs principaux ayant une incidence sur la survie (tels que l'âge, le sexe et le lieu de résidence) que les membres du groupe de personnes diagnostiquées²⁴⁵.
- À compter du *Rapport de 2014 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*, le Partenariat canadien contre le cancer utilise des taux normalisés selon l'âge basés sur la population de référence de 2011.
 - Les taux normalisés selon l'âge basés sur la population du Recensement de 2011 ne sont pas comparables aux taux normalisés selon l'âge établis à partir d'autres populations de référence.
 - Les taux normalisés selon l'âge ne sont pas des taux réels, mais on y a recours pour supprimer les effets du vieillissement de la population lors de l'analyse des tendances en fonction du temps ou pour comparer des taux dans des populations qui ont des structures par âge différentes.

Indicateur	Sommaire des résultats
Cancer du sein	L'incidence normalisée selon l'âge est stable tandis que le taux de mortalité continue à diminuer. Le plus faible taux de mortalité normalisé selon l'âge pour le cancer du sein est celui de la Colombie-Britannique; le plus élevé est celui du Manitoba. Le taux de survie relative à cinq ans s'est amélioré, passant de 82 % pour la période 1992-1994 à 88 % pour la période 2006-2008.
Cancer du poumon	Les taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge pour le cancer du poumon continuent à diminuer chez les hommes et à augmenter chez les femmes, bien que les taux d'augmentation chez les femmes soient peut-être en train de ralentir. Le plus faible taux de mortalité normalisé selon l'âge pour le cancer du poumon est celui de la Colombie-Britannique; le plus élevé est celui du Québec. Le taux de survie relative à cinq ans pour le cancer du poumon s'est amélioré, passant de 14 % pour la période 1992-1994 à 18 % pour la période 2006-2008.
Cancer colorectal	Le taux de mortalité normalisé selon l'âge pour le cancer colorectal continue de diminuer chez les hommes et les femmes, bien qu'une tendance à la baisse du taux d'incidence soit observée uniquement dans le cas des femmes. Le plus faible taux de mortalité normalisé selon l'âge pour ce type de cancer est celui de l'Alberta; le taux le plus élevé est celui de Terre-Neuve-et-Labrador. Le taux de survie à cinq ans s'est amélioré, passant de 56 % pour la période 1992-1994 à 65 % pour la période 2006-2008.
Cancer de la prostate	Le taux de mortalité normalisé selon l'âge continue à diminuer dans le cas du cancer de la prostate, mais le taux d'incidence tend à être instable, probablement à cause des pratiques différentes adoptées concernant le dépistage de l'antigène prostatique spécifique. Le plus faible taux de mortalité normalisé selon l'âge est celui du Québec; le taux le plus élevé est celui de la Saskatchewan.
Cancer du pancréas	Les taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge continuent à diminuer chez les hommes et sont demeurés relativement stables chez les femmes. Les plus faibles taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge sont ceux de Terre-Neuve-et-Labrador. Le taux de survie relative après cinq ans s'est amélioré, passant de 5 % pour la période 1992-1994 à 8 % pour la période 2006-2008.

Note particulière : Statistiques sur le cancer et normalisation selon l'âge

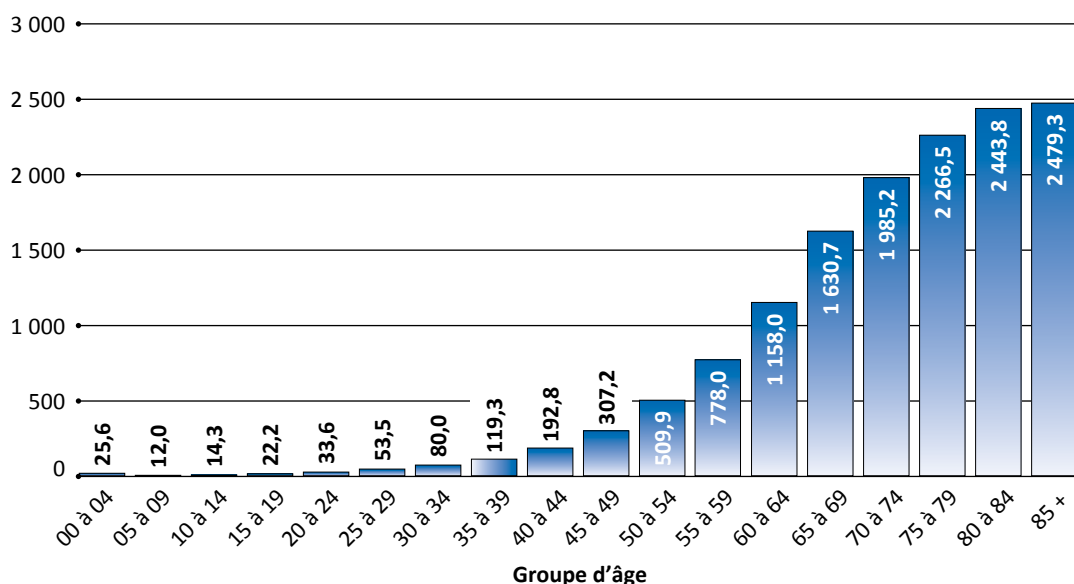
Le nombre de nouveaux cas de cancer peut augmenter dans une population lorsque survient une modification dans l'un ou l'autre de trois facteurs :

1. Les cas de cancer augmentent probablement à mesure que la population croît, simplement parce qu'il y a davantage de personnes à risque.
2. La fréquence du cancer, comme celle de nombreuses autres maladies chroniques, augmente avec l'âge. La figure 8.i présente le taux d'incidence annuel du cancer par groupe d'âge quinquennal au Canada; elle montre clairement que le risque s'accroît considérablement à l'âge moyen et qu'il continue de s'accroître durant la vieillesse.
3. Le troisième facteur est le risque de contracter le cancer – autrement dit, c'est la probabilité qu'un cancer soit détecté chez une personne au sein de la population au cours d'une année donnée. Ce risque dépend de divers facteurs – dont certains sont modifiables (tabagisme, obésité, etc.) et d'autres ne le sont pas (génétique, exposition dans l'environnement, etc.) – ainsi que de la probabilité de détection du cancer.

FIGURE 8.i

Taux d'incidence selon le groupe d'âge quinquennal, tous les cancers, Canada – 2008

Taux pour 100 000 habitants



Il y a trois séries de données statistiques que l'on peut utiliser pour décrire l'incidence du cancer et chacune reflète des moyens différents d'envisager les facteurs énumérés ci-dessus :

- Le **nombre de nouveaux cas** au cours d'une année donnée. C'est un nombre de première importance dont les planificateurs des services de santé ont besoin, car c'est ce qui détermine les besoins directs en services oncologiques dans la population et les affectations de ressources qui en découlent. Cette donnée n'explique pas pourquoi le nombre de cas s'accroît, mais c'est la plus utile pour l'estimation des besoins en services et en capacité.
- Le **taux de cancer brut**. Il est utile pour les planificateurs de savoir s'il y a un nombre disproportionné de nouveaux cas de cancer dans leur propre région ou d'une région à l'autre. Il est possible d'obtenir ce renseignement en calculant le taux de cancer brut, que l'on obtient simplement en divisant le nombre de cas dans une région par le nombre total de personnes qui y habitent. Si le taux est plus élevé dans une région, ce peut être parce que la population y est relativement plus âgée ou parce que le risque de cancer est relativement plus élevé (peut-être à cause du taux de tabagisme, par exemple), ou à cause

des deux facteurs à la fois. Le taux de cancer brut ne fournit pas de renseignements sur ces causes, mais il permet aux planificateurs de constater que le taux de cancer est plus élevé dans certaines régions et que cela nécessitera des ressources additionnelles.

- Le **taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA)**. Puisque l'âge est un si grand prédicteur du risque de cancer, le TINA est un calcul qui sert à supprimer l'effet des différences dans les structures par âge sur les taux calculés et il permet donc d'examiner les différences entre les taux de cancer qui sont liées à d'autres facteurs de risque. Il est très courant de comparer les TINA d'une province à l'autre ou au fil des ans, car il s'agit du meilleur indicateur des variations du risque réel de cancer en fonction des régions ou du temps.

Le tableau 8.i indique les différences entre les valeurs de 1992 et de 2008 pour chacune de ces trois mesures de l'incidence du cancer. Le nombre de cas a enregistré la hausse la plus marquée : augmentation de 43 % au Canada au cours de cette période. Il fallait donc clairement s'attendre à ce que le besoin en services oncologiques augmente radicalement, lui aussi, durant la période.

TABLEAU 8.i

Trois mesures du fardeau du cancer – 1992 et 2008

Nombre de nouveaux cas			Taux de cancer brut			Taux d'incidence normalisé selon l'âge*		
1992	2008	Changement (%)	1992	2008	Changement (%)	1992	2008	Changement (%)
115 700	165 505	43,0	407,8	497,8	22,1	402,4	400,8	-0,4

* Normalisé selon l'âge en fonction de la population type de 1991.

Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

Le tableau 8.i indique également que le taux de cancer brut a augmenté, dans une proportion de 22 %, dans l'ensemble du Canada. Cette proportion est inférieure au pourcentage d'augmentation du nombre de nouveaux cas parce que l'utilisation d'un taux plutôt que d'un nombre a supprimé l'effet de l'augmentation de la taille de la population. Toutefois, on n'obtient aucun renseignement sur la raison sous-jacente de l'augmentation du taux brut. On constate cependant que le TINA a légèrement diminué (de 0,4 %), ce qui confirme que l'augmentation observée du taux de cancer brut est attribuable au vieillissement de la population. Cela laisse penser que le risque réel de cancer auquel sont exposés les membres de la population est demeuré relativement stable depuis 1992.

Cet exemple démontre l'utilité des taux normalisés selon l'âge pour évaluer les différences sur le plan du risque individuel de cancer au fil du temps (ou dans des populations différentes). Néanmoins, il montre également que ces taux uniformisés produisent des estimations médiocres des taux bruts et sont encore moins utiles pour prédire le fardeau réel du cancer.

Mise à jour des taux de cancer normalisés selon l'âge au Canada

Les TINA sont particulièrement utiles pour examiner une population au fil du temps ou pour comparer des populations différentes. Lorsqu'on calcule un taux normalisé selon l'âge, la première étape consiste à choisir une population de référence dont la répartition selon l'âge sera utilisée comme répartition uniforme pour toutes les populations étudiées. Lorsque les comparaisons portent sur de nombreux pays différents, on utilise couramment la population mondiale comme population de

référence. À l'intérieur d'un pays, on emploie couramment la population nationale; au Canada, pendant de nombreuses années, nous avons utilisé la population canadienne de 1991. Il est capital de ne pas comparer des taux qui sont normalisés en fonction de populations de référence différentes, car cela produira des résultats différents même si les taux sous-jacents sont identiques, comme il est indiqué à la figure 8.iii.

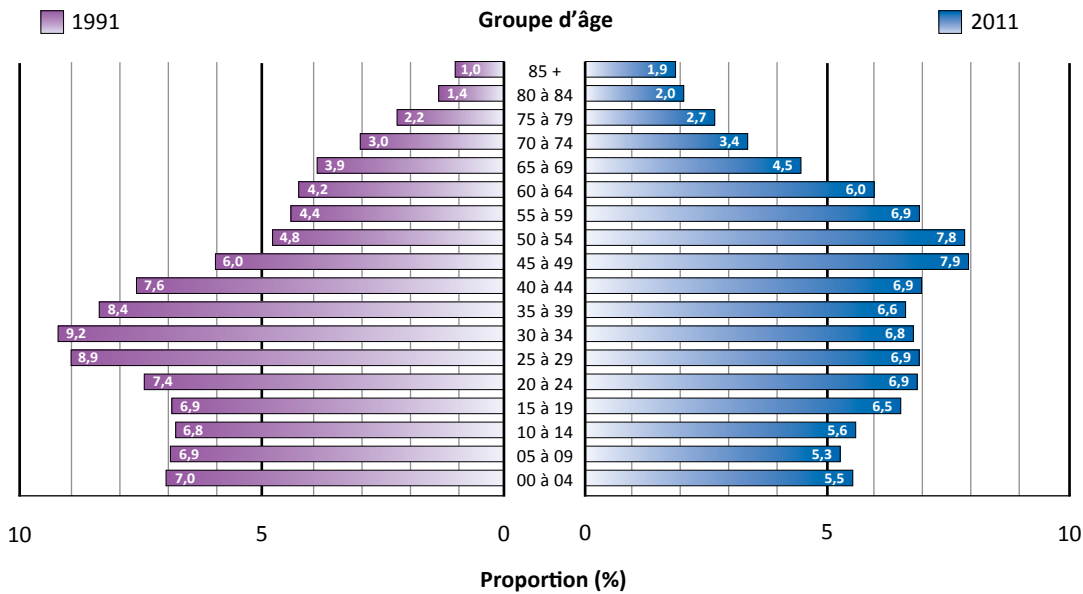
Pour uniformiser les taux de cancer selon l'âge, on calcule dans chaque province les taux pour des tranches d'âge de cinq ans (taux par groupe d'âge) et l'on obtient une moyenne pondérée de ces taux en multipliant chaque taux par la proportion de la population canadienne qui se trouvait dans cette tranche d'âge en 1991 (la population de référence). Les TINA qui en résultent représentent ce que seraient les taux si chaque province avait la même structure par âge, par exemple, que la population canadienne en 1991. La population canadienne de 1991 a été utilisée pour produire les TINA présentés dans le tableau à la figure 8.i.

Le fait de conserver la même population de référence (p. ex. la population canadienne de 1991) pendant plusieurs années de calcul des taux comporte des avantages, car il est possible d'examiner les tendances d'une année à l'autre sans avoir à rajuster constamment l'interprétation. Toutefois, plus la population de référence en vient progressivement à différer de la population réelle du pays, et plus les TINA s'écartent des taux bruts.

Au Canada, la population a considérablement vieilli depuis 1991, comme le montrent les pyramides des âges présentées à la figure 8.ii.

FIGURE 8.ii

Structure par âge de la population canadienne – 1991 et 2011



Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

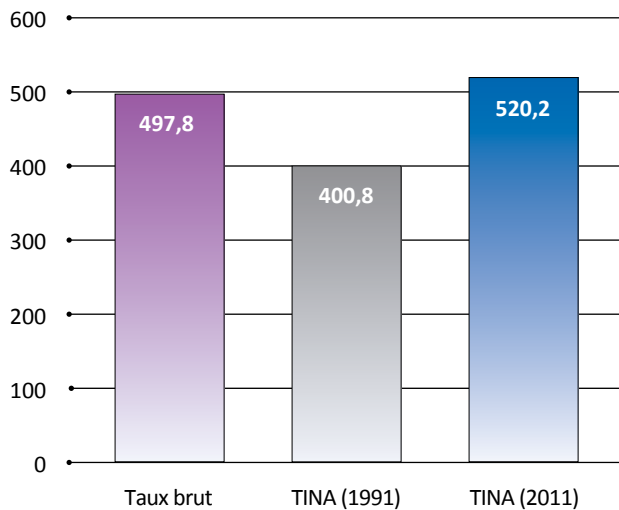
Il est donc courant que l'on mette à jour la population de référence de temps à autre et, au Canada, cela se fait généralement tous les 20 ans. Compte tenu du vieillissement de la population, les taux d'incidence normalisés en fonction d'une population plus récente, par exemple 2011, seront supérieurs aux TINA basés sur la population de 1991 – tout simplement parce que l'on cessera d'appliquer des taux plus anciens correspondant à une population

beaucoup plus jeune que la population actuelle. La figure 8.iii ci-dessous illustre le taux d'incidence brut de tous les cancers combinés au Canada en 2008. Puis, on effectue pour *exactement le même taux réel* une normalisation selon l'âge en utilisant comme population de référence la population de 1991 (qui constituait la norme jusqu'à présent), puis la population de 2011.

FIGURE 8.iii

Taux brut et taux d'incidence normalisé selon l'âge en fonction de la population de référence de 1991 et de 2011, tous les cancers, Canada – 2008

Taux par 100 000 habitants

TINA = taux
d'incidence normalisé
selon l'âgeSource de données :
Statistique Canada,
Registre canadien
du cancer

Le taux normalisé à partir de la population de 2011 est beaucoup plus proche du taux brut (taux réel) que celui qui a été normalisé à partir de la population de 1991. C'est tout simplement parce que la structure par âge de la population de référence de 2011 est beaucoup plus proche de la répartition démographique actuelle selon l'âge au Canada.

Il est très important de ne pas oublier que les différences entre les TINA de 1991 et de 2011 reflètent le choix de deux populations de référence différentes, puisqu'on a utilisé exactement le même taux brut (les données sur l'incidence pour l'année 2008) pour faire les deux calculs.

À compter du *Rapport de 2014 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*, le Partenariat canadien contre le cancer utilise des taux normalisés en fonction de la population de référence de 2011. Comme le montre la figure 8.iii, **il est capital de NE PAS comparer ces nouveaux TINA à ceux présentés dans des publications antérieures du Partenariat ou dans d'autres publications où des populations de référence différentes sont utilisées.**

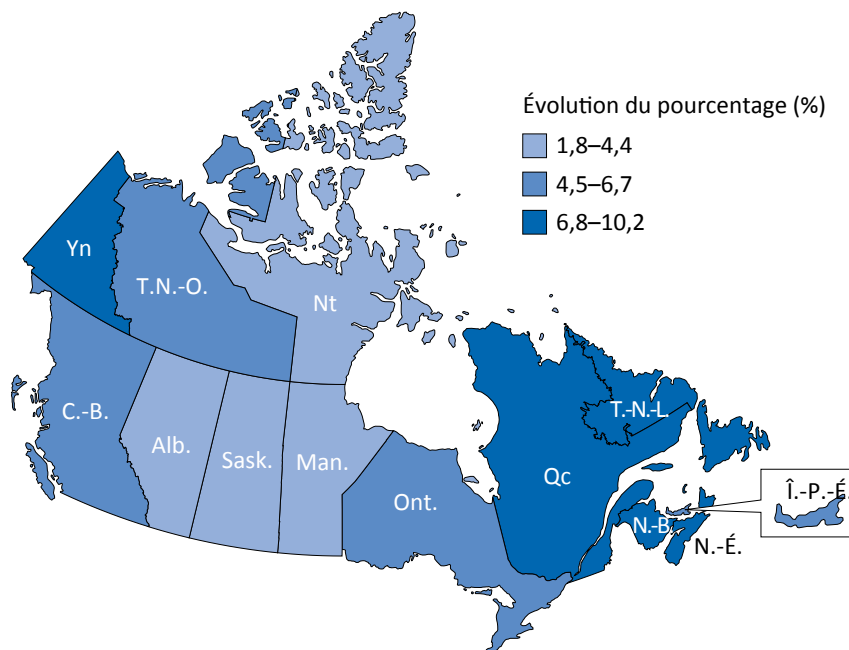
Répercussions sur les taux provinciaux

Les structures par âge des différentes provinces n'ont pas progressé uniformément au cours des vingt dernières années et cela a eu des effets non seulement sur les taux d'incidence bruts du cancer, mais aussi sur la valeur relative des taux normalisés selon l'âge.

En général, il y a eu un « vieillissement » plus rapide de la répartition de la population dans la région de l'Atlantique que dans le reste du pays. On constate l'effet de ce phénomène sur les taux bruts et les TINA concernant le cancer au tableau 8.ii.

FIGURE 8.iv

Évolution du pourcentage de la population âgée de plus de 60 ans – de 1991 à 2011



Province	Sask.	Man.	Nt	Alb.	Ont.	T.N. O.	C.-B.	Can	Î.-P.-É.	Qc	N.-É.	N.-B.	Yn	T.-N.-L.
Évolution du pourcentage	1,8	2,4	2,5	3,4	4,5	4,8	4,9	5,0	6,4	6,8	7,1	7,6	8,6	10,2

L'évolution du pourcentage de la population âgée de plus de 60 ans survenue entre 1991 et 2011 a été regroupée approximativement en tercile excluant le Canada dans son ensemble.

Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

TABLEAU 8.ii

Taux brut et taux d'incidence normalisé selon l'âge en fonction de la population de référence de 1991 et de 2011, tous les cancers, selon la province – 2008

Province	Taux de cancer brut	Taux d'incidence normalisé selon l'âge		Hausse du taux d'incidence normalisé selon l'âge due au changement de la pop. de référence (%)
		Population de référence 1991	Population de référence 2011	
Colombie-Britannique	489,0	374,3	487,7	30,30
Ontario	477,1	392,5	506,0	28,91
Terre-Neuve-et-Labrador	529,8	398,9	511,1	28,11
Alberta	404,0	394,6	511,8	29,70
Saskatchewan	510,2	401,5	522,0	30,02
Manitoba	494,3	401,9	522,1	29,93
Québec	559,8	423,6	554,8	30,96
Nouvelle-Écosse	590,9	432,2	561,1	29,82
Île-du-Prince-Édouard	587,3	434,0	562,2	29,55
Nouveau-Brunswick	604,5	444,6	577,3	29,84

Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

En dépit des différences dans le taux de vieillissement d'une province à l'autre, le classement des provinces selon le TINA demeure très semblable, peu importe que la population de référence soit la population canadienne de 1991 ou de 2011. La hausse en pourcentage du TINA due au changement de la population de

référence varie entre 28 et 31 %; seules l'Alberta et Terre-Neuve-et-Labrador ont changé de rang.

Les TINA pour 2008 établis d'après la nouvelle population de référence sont, dans tous les cas, plus proches des taux bruts et ils reflètent donc davantage le fardeau réel du cancer.

Travaux présentement en cours à Statistique Canada

Statistique Canada est en train de procéder à un examen plus approfondi de la normalisation selon l'âge et publiera un rapport à ce sujet sur son site Web (statcan.gc.ca) à la fin du printemps 2014. Ce rapport renseignera les utilisateurs sur les objectifs de la normalisation selon l'âge, expliquera comment cette normalisation est effectuée et traitera de l'utilisation de populations de référence différentes en fonction des analyses comparatives menées. La population canadienne du Recensement de 2011 n'est que l'une des populations de référence faisant l'objet de cet examen.

Cancer du sein

Que mesure-t-on?

La présente section décrit le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA), le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) et le ratio de survie relative (RSR) à cinq ans pour le cancer du sein. Ces indicateurs sont examinés en fonction du temps et par province.

- Le cancer du sein est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes au Canada; il représente plus du quart des nouveaux cas prévus chez les femmes pour l'année 2013 et 14 % de tous les décès attribuables au cancer chez les femmes⁹⁶.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- Le TINA pour le cancer du sein au Canada est demeuré relativement stable entre 1992 et 2008, à environ 130 nouveaux cas par 100 000 femmes (figure 8.1).
- Le TMNA pour ce type de cancer a considérablement diminué entre 1992 et 2009 (figure 8.1), passant d'environ 41 décès par 100 000 femmes en 1992 à 28 en 2009 (variation annuelle en pourcentage = - 2,26 %).

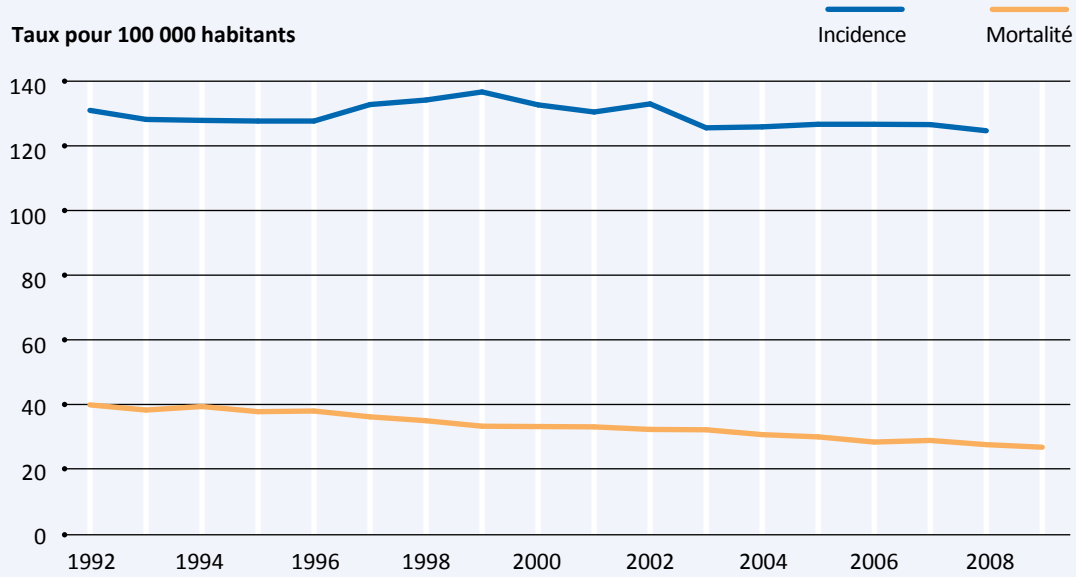
- Le TINA par province de 2008 à 2010 allait de 114,1 nouveaux cas par 100 000 femmes à Terre-Neuve-et-Labrador à 134,6 à l'Île-du-Prince-Édouard, soit une différence de 18 % (figure 8.2).
- Le TMNA par province entre 2007 et 2009 variait de 25,6 décès par 100 000 femmes en Colombie-Britannique à 30,9 au Manitoba, soit une différence de 21 % (figure 8.3).
- Le RSR à cinq ans, normalisé selon l'âge, ne variait pas considérablement d'une province à l'autre entre 2006 et 2008; il se situait entre 85 % au Manitoba et 89 % au Nouveau-Brunswick (figure 8.4).
- Il y a eu une augmentation de 6 points de pourcentage du RSR normalisé selon l'âge entre les périodes 1992-1994 et 2006-2008 (à l'exclusion du Québec) (figure 8.5).

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique qui se trouve à l'adresse rendementdusysteme.ca.

FIGURE 8.1

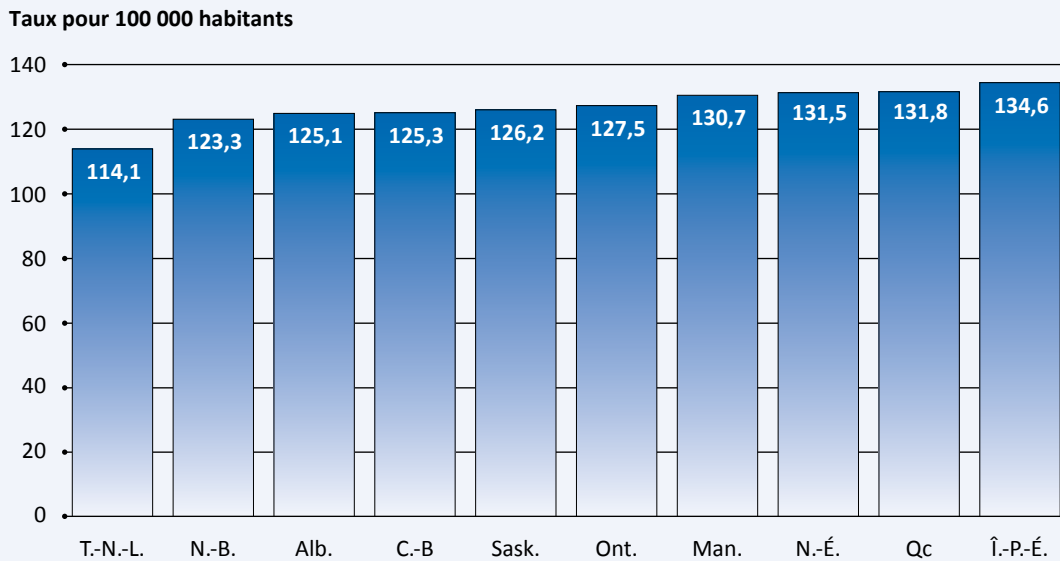
Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du sein chez les femmes, Canada – de 1992 à 2009



Source de données :
Statistique Canada,
Registre canadien du
cancer, Statistique de
l'état civil – Base de
données sur les décès

FIGURE 8.2

Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du sein chez les femmes selon la province – de 2008 à 2010

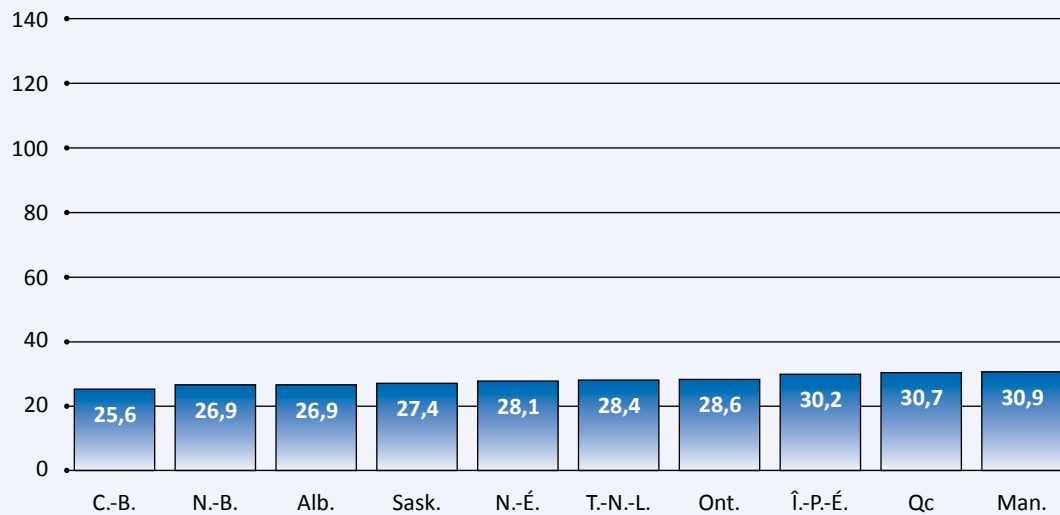


Les données du Qc
sont celles de 2008.
Source de données :
Statistique Canada,
Registre canadien du
cancer

FIGURE 8.3

Taux de mortalité normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du sein chez les femmes selon la province – de 2007 à 2009

Taux pour 100 000 habitants

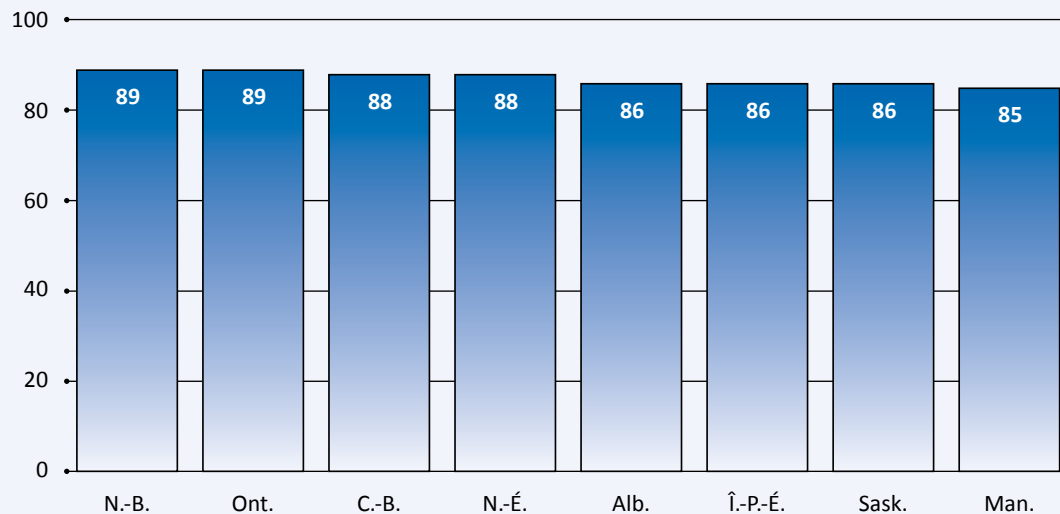


Source de données :
Statistique Canada,
Statistique de l'état
civil – Base de données
sur les décès

FIGURE 8.4

Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge[†] des cas de cancer du sein, les deux sexes combinés selon la province – de 2006 à 2008

Survie relative (%)



[†] Normalisé selon l'âge
en fonction de la
population ayant reçu
un diagnostic du cancer
du sein au Canada
entre 1992 et 2001.

Données fondées sur
les cas âgés de 15 à 99
ans au moment du
diagnostic de cancer.

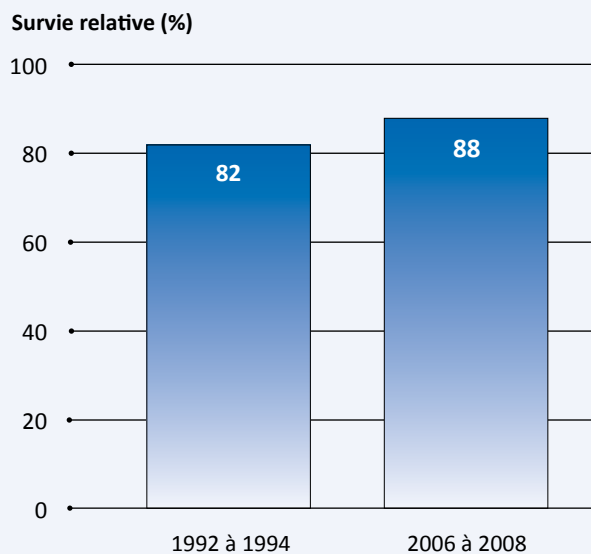
Données du Qc exclues
en raison de l'utilisation
d'une méthode
différente pour
déterminer la date
du diagnostic.

Ratios de survie de
T.-N.-L. non présentés
en raison de données
incomplètes sur la
confirmation des
décès, ce qui peut
entraîner des ratios
de survie gonflés.

Source de données :
Statistique Canada,
Statistiques
canadiennes sur
le cancer

FIGURE 8.5

Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge[†] des cas de cancer du sein, les deux sexes combinés, Canada – de 1992 à 1994 et de 2006 à 2008



[†] Normalisé selon l'âge en fonction de la population ayant reçu un diagnostic du cancer du sein au Canada entre 1992 et 2001.

Données fondées sur les cas âgés de 15 à 99 ans au moment du diagnostic de cancer.

Données du Qc exclues en raison de l'utilisation d'une méthode différente pour déterminer la date du diagnostic.

Source de données : Statistique Canada, Statistiques canadiennes sur le cancer

Que peut-on conclure des résultats?

- Alors que les taux d'incidence sont demeurés relativement stables au cours de la période de 16 ans examinée ici (cette tendance stable des TINA a également été observée en Europe depuis le milieu des années 2000²⁴⁶), le déclin considérable de la mortalité reflète vraisemblablement des améliorations sur le plan de la détection précoce au moyen du dépistage par mammographie, ainsi qu'une plus grande efficacité du traitement. L'amélioration de 6 points de pourcentage du ratio de survie relative à cinq ans entre les périodes 1992-1998 et 2006-2008 témoigne aussi probablement d'améliorations dans la lutte contre le cancer du sein et, notamment, du diagnostic précoce et de la plus grande efficacité du traitement.
- À l'instar de la tendance à la baisse des TMNA au Canada, les taux de mortalité attribuable au cancer du sein aux États-Unis diminuent depuis

1991²⁴⁷. En Europe, les TMNA en 2008-2010 avaient diminué d'environ 39 % par rapport à ceux de 1984-1986, période où ils ont atteint un sommet²⁴⁶.

- L'amélioration de la survie observée au Canada a également été constatée aux États-Unis et dans certains pays européens. Aux États-Unis, le ratio de survie relative à cinq ans pour le cancer du sein est passé de 74,2 % en 1979 à 90,2 % en 1999 et il est demeuré stable depuis²⁴⁷. Au Royaume-Uni, ce même ratio est passé de 52 % au cours de la période 1971-1975 à 85,1 % au cours de la période 2005-2009²⁴⁶.
- Une étude internationale dans laquelle 12 pays industrialisés ont été comparés a constaté que les États-Unis enregistraient le taux de survie relative à cinq ans le plus élevé pour le cancer du sein pour la période 2002-2007, soit 90,5 %; venaient ensuite le Canada (87,1 %) et la Suède (86,1 %) ²⁴⁸.

Nouvelles études et données probantes

- Un rapport récent du Partenariat canadien contre le cancer indique que les taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour le cancer du sein ne sont pas uniformes chez toutes les femmes et qu'il varie selon le niveau de revenu et le lieu de résidence. Plus précisément, les TINA pour ce type de cancer sont plus élevés chez les femmes qui habitent dans les quartiers à revenu élevé et en milieu urbain que chez les femmes habitant dans des régions à faible revenu et dans des régions rurales et éloignées, respectivement. Toutefois, il n'en est pas de même pour la mortalité. Un examen des taux d'incidence estimatifs ventilés selon le stade montre qu'un revenu plus élevé et une zone plus urbanisée sont associés à une détection accrue du cancer du sein à un stade précoce, peut-être en raison d'un dépistage plus généralisé chez les femmes à revenu élevé. Le taux d'incidence pour le cancer du sein à un stade avancé chez les femmes à revenu élevé n'était que légèrement inférieur à celui des femmes du quintile de revenu le plus bas.

Cancer du poumon

Que mesure-t-on?

La présente section décrit le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA), le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) et le ratio de survie relative (RSR) à cinq ans pour le cancer du poumon. Ces indicateurs sont examinés en fonction du temps et par province.

- Chez les Canadiens adultes, le cancer du poumon est la principale cause des décès attribuables au cancer chez les hommes et les femmes et le deuxième cancer le plus souvent diagnostiqué; pour l'année 2013, on prévoyait 25 400 nouveaux cas et 20 200 décès⁹⁶.
- Au Canada, le nombre de décès attribuables au cancer du poumon est supérieur au nombre combiné de décès imputables au cancer de la prostate, au cancer du sein et au cancer colorectal⁹⁶.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- Au Canada, entre 1992 et 2008, le TINA et le TMNA du cancer du poumon ont constamment diminué chez les hommes, mais ont continué d'augmenter chez les femmes (figure 8.6).

- Le TINA du cancer du poumon a considérablement fléchi chez les hommes, passant d'environ 120 nouveaux cas par 100 000 hommes en 1992 à environ 88 en 2008 (VAP = - 1,83 %). Il a augmenté de façon appréciable chez les femmes, passant d'environ 52 nouveaux cas par 100 000 femmes en 1992 à environ 64 en 2008 (variation annuelle en pourcentage [VAP] = 1,3 %) (figure 8.6).
- Au Canada, le TMNA pour le cancer du poumon a considérablement fléchi chez les hommes, passant d'environ 104 décès par 100 000 hommes en 1992 à environ 74 en 2009 (VAP = - 2,09 %). Chez les femmes, il s'est accru de façon notable, passant d'environ 39 décès par 100 000 femmes en 1992 à environ 48 en 2009 (VAP = 1,05 %). L'augmentation a été plus forte entre 1992 et 1999 qu'entre 1999 et 2009 (figure 8.6).
- Dans l'ensemble des provinces, le TINA était plus élevé chez les hommes que chez les femmes, mais dans des proportions variables. La plus forte variation entre le TINA des hommes et celui des femmes a été enregistrée à l'Île-du-Prince-Édouard; le Québec se classait au deuxième rang à ce chapitre. La plus faible variation entre le TINA des hommes et celui des femmes a été

observée en Colombie-Britannique. Les variations reflètent des différences interprovinciales historiques en ce qui a trait au taux de tabagisme et aux tendances connexes relevées chez les hommes et les femmes (figure 8.7).

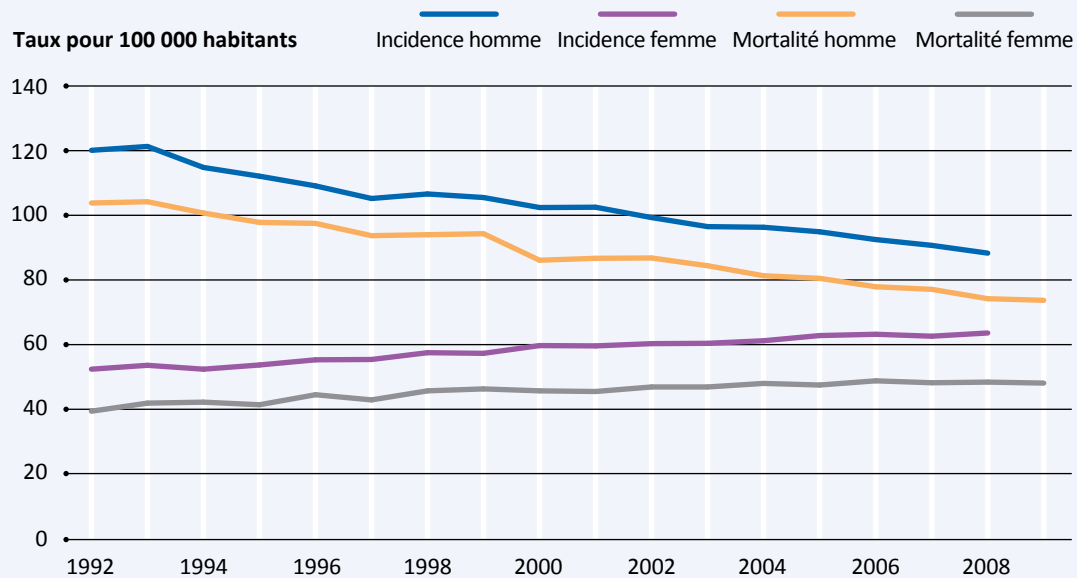
- Le TMNA était compris entre 51,6 décès par 100 000 habitants en Colombie-Britannique et 74,7 décès par 100 000 habitants au Québec au cours de la période 2007-2009, soit un pourcentage d'écart de 45 % (figure 8.8).
- Le RSR à cinq ans normalisé selon l'âge pour la période 2006-2008 variait entre 15 % en Nouvelle-Écosse et 21 % au Manitoba (figure 8.9). Les données révèlent une augmentation de 4 points de pourcentage du RSR normalisé selon l'âge entre 1992-1994 et 2006-2008 (figure 8.10).

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique qui se trouve à l'adresse rendementdusysteme.ca.

FIGURE 8.6

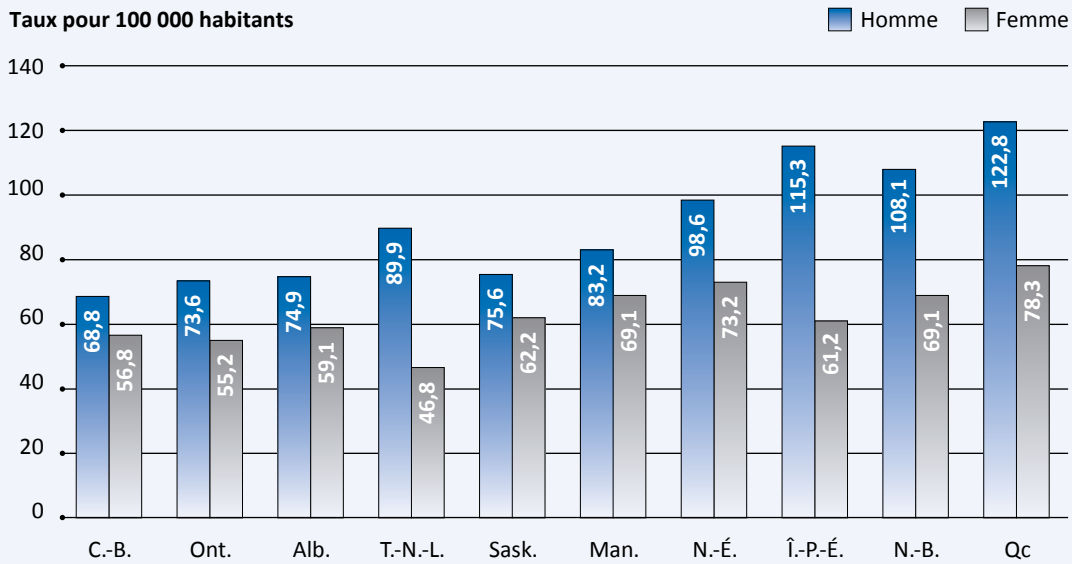
Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du poumon selon le sexe, Canada – de 1992 à 2009



Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès

FIGURE 8.7

Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du poumon selon le sexe et la province – de 2008 à 2010

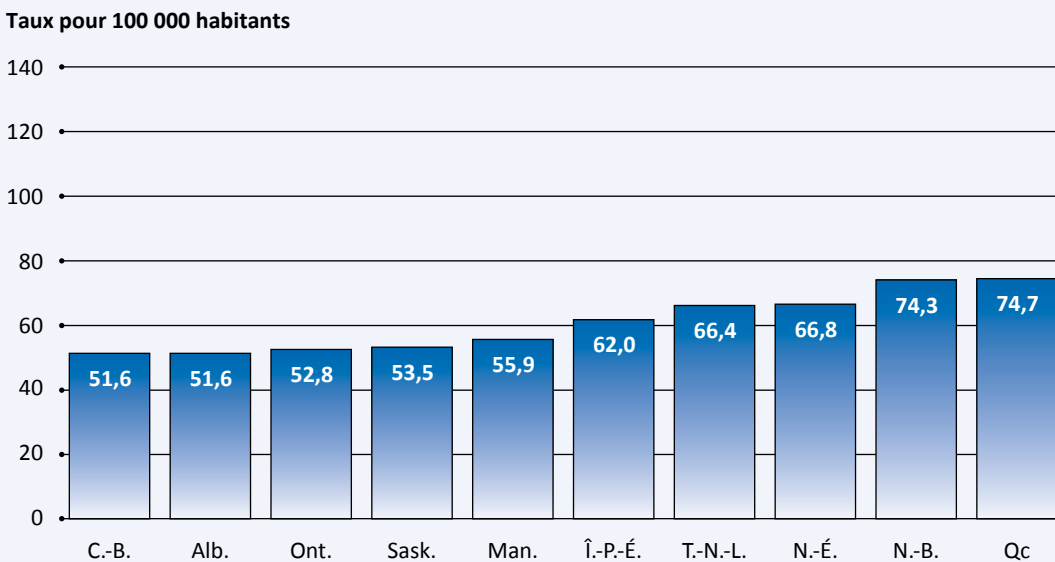


Les données du Qc sont celles de 2008.

Source de données :
Statistique Canada,
Registre canadien du cancer

FIGURE 8.8

Taux de mortalité normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du poumon selon la province – de 2007 à 2009

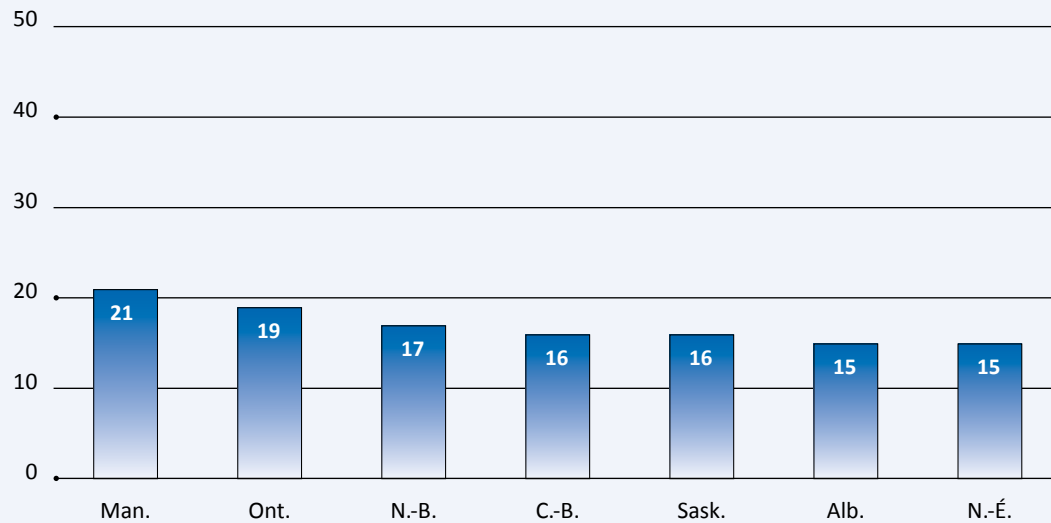


Source de données :
Statistique Canada,
Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès

FIGURE 8.9

Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge[†] des cas de cancer du poumon selon la province – de 2006 à 2008

Survie relative (%)



† Normalisé selon l'âge en fonction de la population ayant reçu un diagnostic du cancer du poumon au Canada entre 1992 et 2001.

Données fondées sur les cas âgés de 15 à 99 ans au moment du diagnostic de cancer.

Données du Qc exclues en raison de l'utilisation d'une méthode différente pour déterminer la date du diagnostic.

Ratios de survie de T.-N.-L. non présentés en raison de données incomplètes sur la confirmation des décès, ce qui peut entraîner des ratios de survie gonflés.

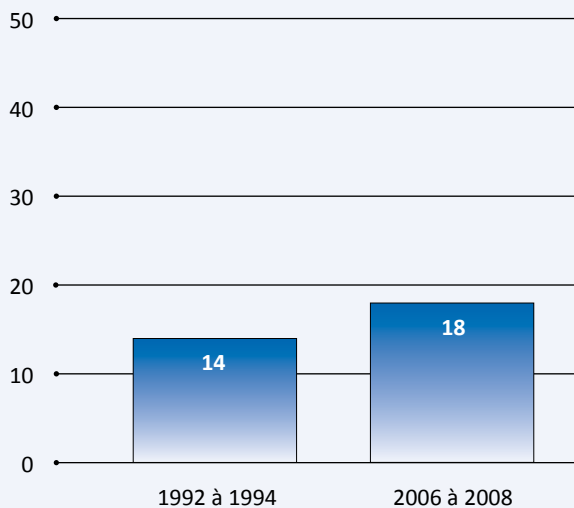
Données de l'Î.-P.-É. non présentées en raison du petit nombre de cas.

Source de données : Statistique Canada, Statistiques canadiennes sur le cancer

FIGURE 8.10

Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge[†] des cas de cancer du poumon, Canada – de 1992 à 1994 et de 2006 à 2008

Survie relative (%)



† Normalisé selon l'âge en fonction de la population ayant reçu un diagnostic du cancer du poumon au Canada entre 1992 et 2001.

Données fondées sur les cas âgés de 15 à 99 ans au moment du diagnostic de cancer.

Données du Qc exclues en raison de l'utilisation d'une méthode différente pour déterminer la date du diagnostic.

Source de données : Statistique Canada, Statistiques canadiennes sur le cancer

Que peut-on conclure des résultats?

- Les tendances actuelles relatives à l'incidence et à la mortalité attribuables au cancer du poumon reflètent la prévalence historique du tabagisme, laquelle a atteint son sommet plus tôt chez les hommes que chez les femmes; par conséquent, la diminution des taux de ce type de cancer observée chez les hommes depuis quelques décennies n'est pas encore survenue chez les femmes. Ces tendances canadiennes concordent avec les données disponibles sur les tendances à l'échelle internationale, indiquant que les taux de mortalité attribuables au cancer du poumon ont atteint leur sommet et diminuent maintenant chez les hommes dans bon nombre de pays, dont les États-Unis, le Canada, l'Angleterre, le Danemark, l'Australie, la Finlande et les Pays-Bas^{249,250}. Les taux chez les femmes continuent de s'accroître, sauf aux États-Unis, où le taux de mortalité des femmes a augmenté entre 1975 et 2003 pour ensuite diminuer entre 2003 et 2008²⁴⁷.
- Les différences entre les provinces sur le plan des taux d'incidence et de mortalité du cancer du poumon, normalisés selon l'âge, reflètent également les variations interprovinciales au chapitre du tabagisme. Les taux de prévalence du tabagisme étaient plus élevés au Québec et dans les provinces de l'Atlantique que dans les provinces du centre et de l'ouest du Canada, ce qui explique dans une large mesure le fardeau supérieur du cancer du poumon que l'on observe dans la partie Est du pays.

- Le ratio de survie relative (RSR) à cinq ans pour le cancer du poumon au Canada (à l'exclusion du Québec) était de 18 % en 2006-2008. Des données en provenance des États-Unis révèlent une augmentation faible, mais notable, des ratios de survie depuis 1975, le RSR à cinq ans étant passé de 11,5 % en 1975 à 15,9 % en 2003²⁴⁷. Une analyse dans laquelle on comparait les données du registre du cancer dans plusieurs pays a montré que le RSR à cinq ans pour le cancer du poumon était plus élevé en Australie et au Canada et plus faible au Danemark et au Royaume-Uni²⁵¹.

Nouvelles études et données probantes

- Le National Lung Screening Trial aux États-Unis a montré que le dépistage chez les grands fumeurs actuels ou anciens par tomodensitométrie hélicoïdale à faible dose (scanner CT) réduit d'environ 20 % leur mortalité attribuable au cancer du poumon²⁵². Bien que les résultats soient encourageants, il faudra mener des études plus poussées sur les questions suivantes : le surdiagnostic; les avantages nets par rapport aux dommages; la population à risque à soumettre au dépistage; la fréquence et la durée du dépistage par scanner CT; l'investigation diagnostique la plus appropriée des anomalies décelées; les répercussions en matière de politiques publiques. Le Partenariat canadien contre le cancer organise des tribunes nationales afin d'engager un débat sur ces considérations, ainsi que d'autres, liées au dépistage du cancer du poumon.

Cancer colorectal

Que mesure-t-on?

La présente section décrit le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA), le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) et le ratio de survie relative (RSR) à cinq ans pour le cancer colorectal. Ces indicateurs sont examinés en fonction du temps et par province.

- Le cancer colorectal est le troisième type de cancer le plus fréquemment diagnostiqué au pays; selon les estimations, pour l'année 2013, 13 270 cas allaient être diagnostiqués chez les hommes et 10 600 cas, chez les femmes. Ce type de cancer se classe au deuxième rang parmi les principales causes des décès attribuables au cancer chez les hommes et au troisième rang, chez les femmes⁹⁶.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- Le TINA pour le cancer colorectal au Canada est demeuré relativement stable chez les hommes, se situant à environ 80 nouveaux cas par 100 000 hommes. Chez les femmes, il a considérablement diminué, passant de 58 nouveaux cas par 100 000 femmes en 1992 à 54 en 2008 (variation annuelle en pourcentage [VAP] = - 0,31 %) (figure 8.11).
- Le TMNA a diminué notablement tant chez les hommes que chez les femmes. Dans le cas des hommes, il est passé d'environ 43 décès par 100 000 hommes en 1992 à 33 en 2009 (VAP = - 1,45 %). Chez les femmes, il est passé de 28 décès par 100 000 femmes en 1992 à environ 21 en 2009 (VAP = - 1,67 %) (figure 8.11).
- Pour la période 2008-2010, les TINA des femmes et les hommes étaient les plus faibles en Colombie-Britannique et les plus élevés à Terre-Neuve-et-Labrador (figure 8.12). Le TINA du cancer colorectal chez les hommes allait de 69,9 cas par 100 000 hommes en Colombie-Britannique à 105,0 à Terre-Neuve-et-Labrador.

Pour les femmes, la fourchette était comprise entre 48,2 et 69,3 cas par 100 000 femmes, respectivement, en Alberta et à Terre-Neuve-et-Labrador (figure 8.12).

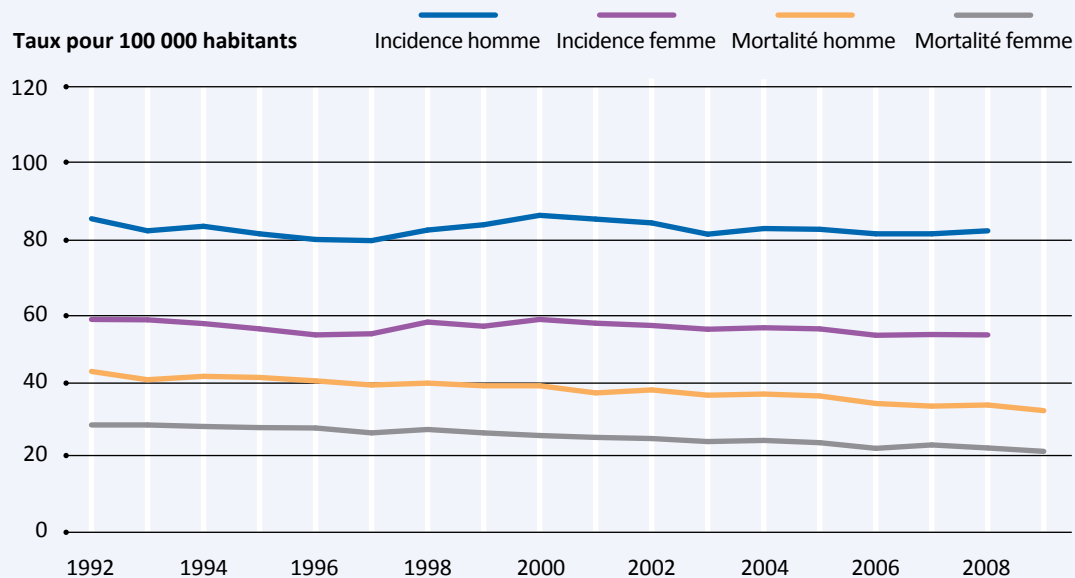
- Pour la période 2007-2009, le TMNA du cancer colorectal se situait entre 23,8 décès par 100 000 habitants en Alberta et 42,1 à Terre-Neuve-et-Labrador (figure 8.13), soit un écart de 77 %.
- Le RSR à cinq ans, normalisé selon l'âge, pour le cancer colorectal variait peu d'une province à l'autre au cours de la période 2006-2008; il se situait entre 61 % en Saskatchewan et 67 % en Ontario (figure 8.14). Le RSR pour l'ensemble du Canada (à l'exclusion du Québec) s'établissait à 65 % en 2006-2008 (figure 8.15), soit une augmentation de 9 points de pourcentage par rapport à 1992-1994.

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique qui se trouve à l'adresse rendementdusysteme.ca.

FIGURE 8.11

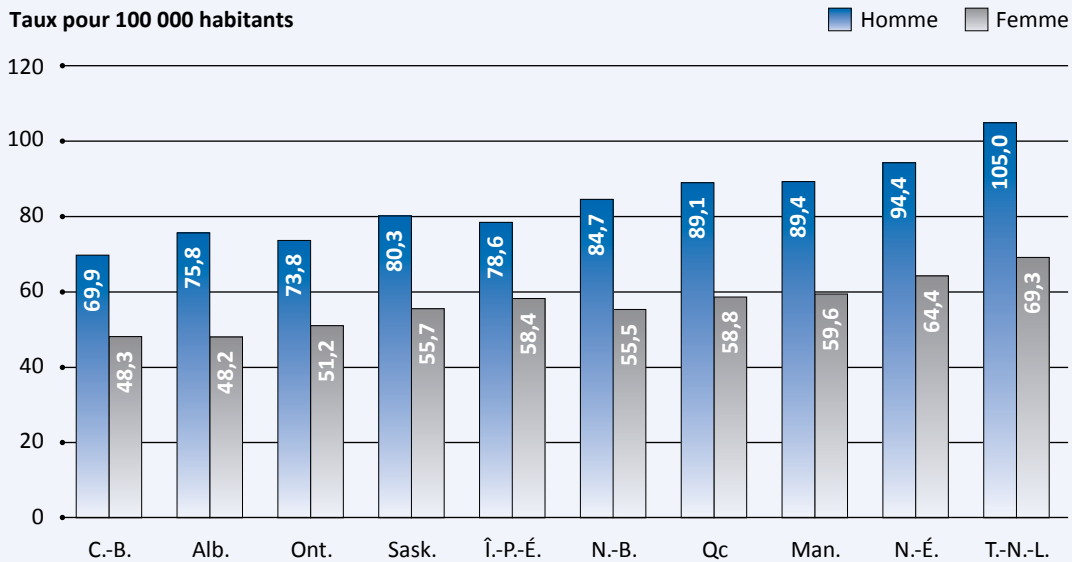
Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer colorectal selon le sexe, Canada – de 1992 à 2009



Source de données :
Statistique Canada,
Registre canadien du
cancer, Statistique de
l'état civil – Base de
données sur les décès

FIGURE 8.12

Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer colorectal selon le sexe et la province – de 2008 à 2010

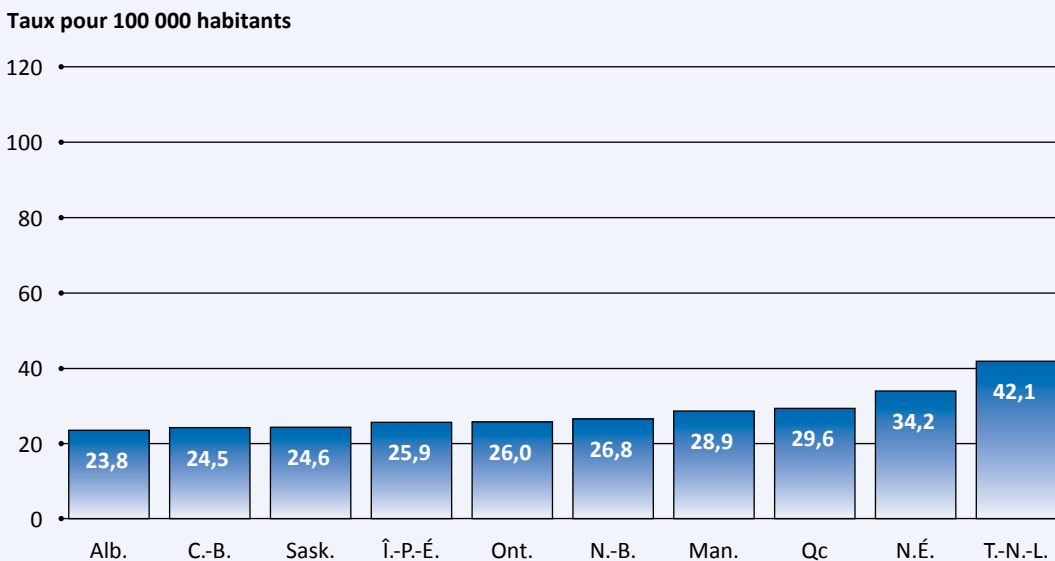


Les données du Qc sont celles de 2008.

Source de données :
Statistique Canada,
Registre canadien du cancer

FIGURE 8.13

Taux de mortalité normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer colorectal selon la province – de 2007 à 2009

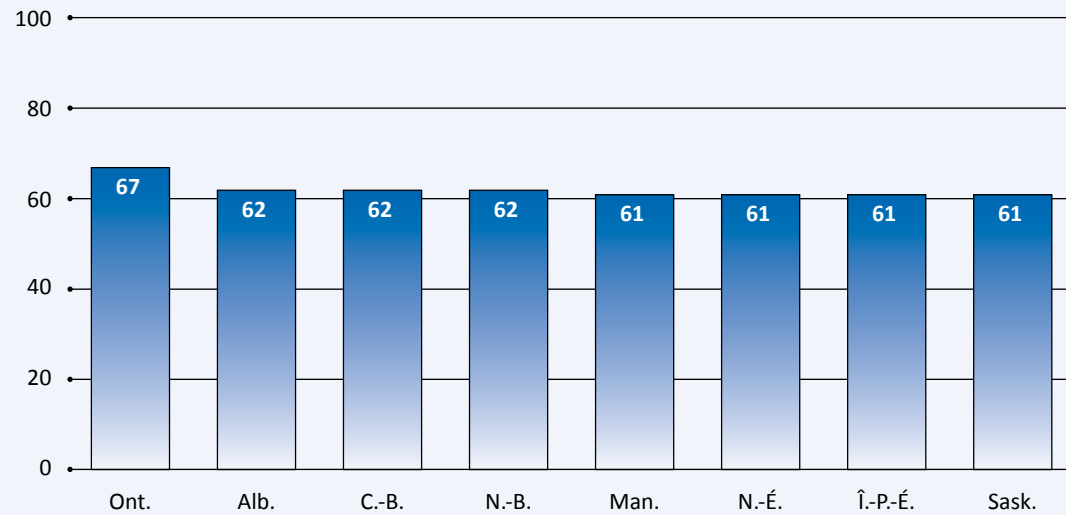


Source de données :
Statistique Canada,
Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès

FIGURE 8.14

Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge[†] des cas de cancer colorectal selon la province – de 2006 à 2008

Survie relative (%)



† Normalisé selon l'âge en fonction de la population ayant reçu un diagnostic du cancer colorectal au Canada entre 1992 et 2001. Données fondées sur les cas âgés de 15 à 99 ans au moment du diagnostic de cancer.

Données du Qc exclues en raison de l'utilisation d'une méthode différente pour déterminer la date du diagnostic.

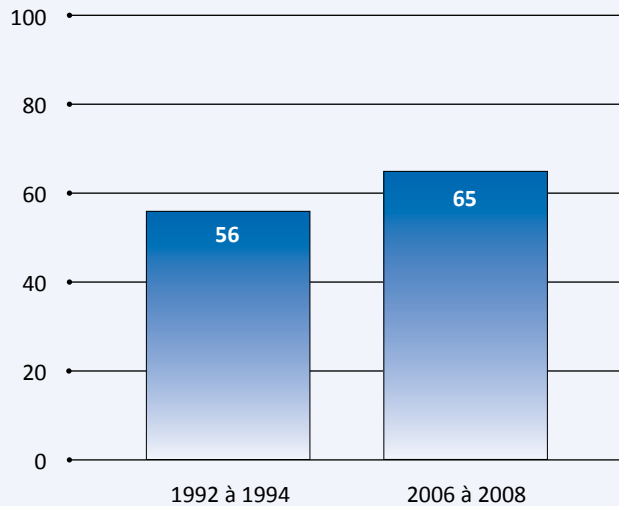
Ratios de survie de T.-N.-L. non présentés en raison de données incomplètes sur la confirmation des décès, ce qui peut entraîner des ratios de survie gonflés.

Source de données : Statistique Canada, Statistiques canadiennes sur le cancer

FIGURE 8.15

Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge[†] des cas de cancer colorectal, Canada – de 1992 à 1994 et de 2006 à 2008

Survie relative (%)



† Normalisé selon l'âge en fonction de la population ayant reçu un diagnostic du cancer colorectal au Canada entre 1992 et 2001.

Données fondées sur les cas âgés de 15 à 99 ans au moment du diagnostic de cancer.

Données du Qc exclues en raison de l'utilisation d'une méthode différente pour déterminer la date du diagnostic.

Source de données : Statistique Canada, Statistiques canadiennes sur le cancer

Que peut-on conclure des résultats?

- Puisque les données de la présente section sont celles de l'année 2008 et que les programmes provinciaux de dépistage du cancer colorectal venaient généralement d'être mis en place à l'époque, il n'est pas encore possible d'évaluer les répercussions de ces programmes en fait de réduction de l'incidence et de la mortalité. La diminution de la mortalité observée tant au Canada qu'aux États-Unis²⁴⁷ est vraisemblablement due à l'amélioration du traitement ainsi qu'à une sensibilisation et à une détection précoce accrues.
- Le RSR à cinq ans, normalisé selon l'âge, a augmenté de 9 points de pourcentage au Canada entre 1992-1994 et 2006-2008. Aux États-Unis, il s'est accru entre 1995 et 2001 et il s'est stabilisé depuis²⁴⁷. Une étude internationale dans le cadre de laquelle 12 pays industriels, dont le Canada, étaient comparés a constaté que les États-Unis avaient le RSR à cinq ans le plus élevé entre 2002 et 2007, soit 65,5 %²⁴⁸.
- Le RSR à cinq ans est de 5 à 6 % plus élevé en Ontario que dans toutes les autres provinces; des analyses additionnelles seront nécessaires pour déterminer si cela reflète une détection précoce plus efficace dans la province, un traitement plus efficace ou les deux facteurs à la fois.

Nouvelles études et données probantes

- Aux États-Unis, le dépistage du cancer colorectal a conduit à une réduction de l'incidence des tumeurs diagnostiquées aux stades régional (intermédiaire) et distant (métastatique) chez les adultes admissibles au dépistage âgés de 50 ans ou plus²⁵³. Au Canada, il est trop tôt pour observer des répercussions mesurables du dépistage sur le stade lors du diagnostic. À mesure que la participation aux programmes de dépistage s'accroît, nous prévoyons une réduction des taux d'incidence des cancers colorectaux diagnostiqués à des stades tardifs, à l'instar des États-Unis.

Cancer de la prostate

Que mesure-t-on?

La présente section décrit le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) et le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) pour le cancer de la prostate. Ces indicateurs sont examinés au fil du temps et par province.

- Le cancer de la prostate est le cancer le plus couramment diagnostiqué chez les hommes canadiens; on estime qu'il représentera plus du quart (24,5 %) de tous les cancers diagnostiqués chez les hommes en 2013⁹⁶.
- De 1992 à 2009 (variation annuelle en pourcentage [VAP] = - 2,63 %) (figure 8.16).
- De 2008 à 2010, l'écart entre les TINA provinciaux le plus faible et le plus élevé était de 54,3 % (figure 8.17). Le TINA se situait entre 125,7 cas par 100 000 hommes au Québec et 194,0 au Nouveau-Brunswick.
- En 2007-2009, le TMNA variait de 26,0 décès par 100 000 hommes au Québec à 41,7 en Saskatchewan (figure 8.18), soit un écart de 60,4 %.

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

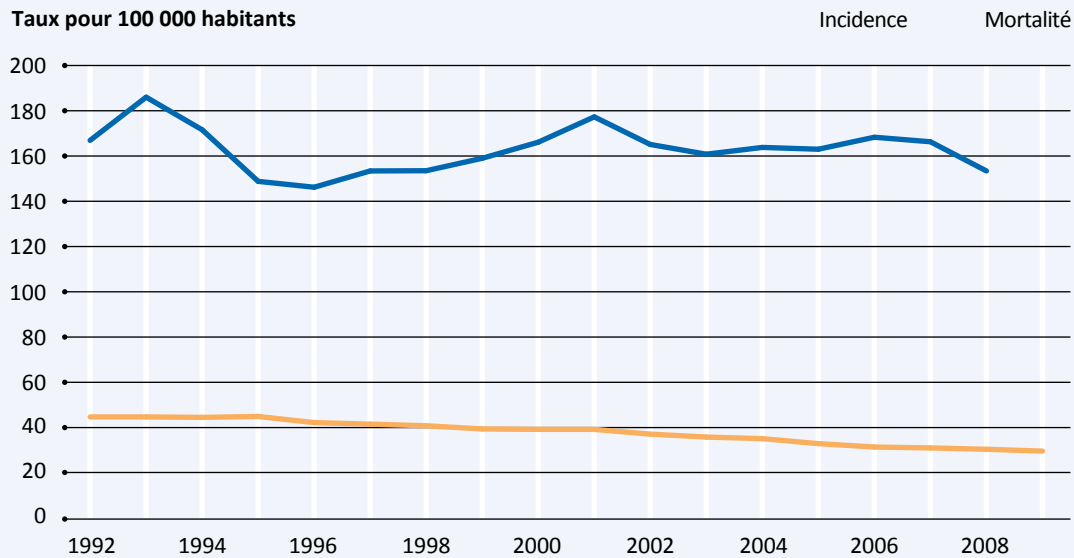
- La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique qui se trouve à l'adresse rendementdusysteme.ca.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- Le TINA pour le cancer de la prostate au Canada est demeuré stable à environ 160 nouveaux cas par 100 000 hommes entre 1992 et 2008; pour sa part, le TMNA a diminué notablement, passant d'environ 45 à 30 décès par 100 000 hommes

FIGURE 8.16

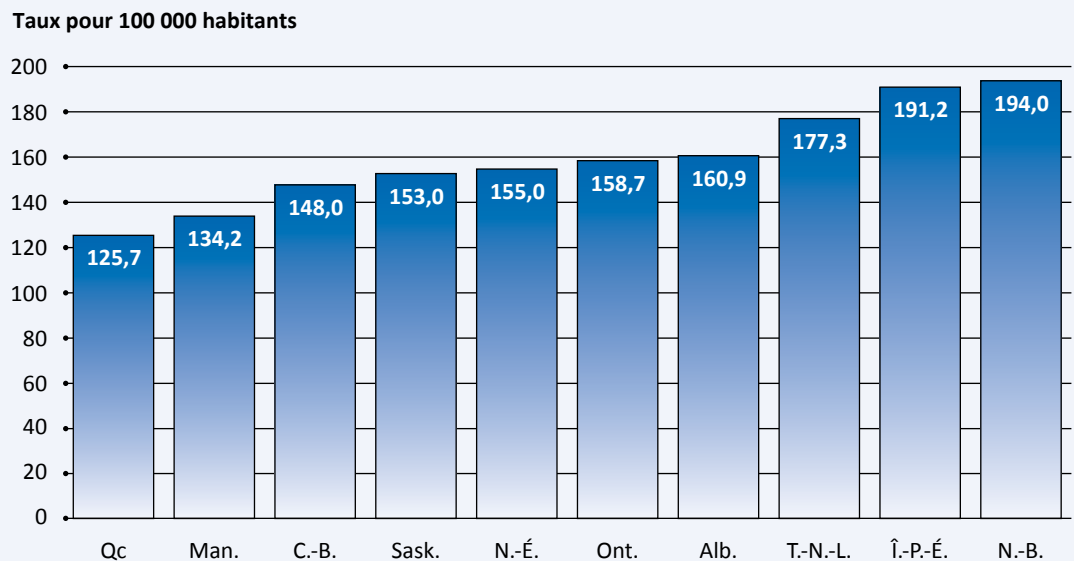
Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer de la prostate, Canada – de 1992 à 2009



Source de données :
Statistique Canada,
Registre canadien du
cancer, Statistique de
l'état civil – Base de
données sur les décès

FIGURE 8.17

Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer de la prostate selon la province – de 2008 à 2010

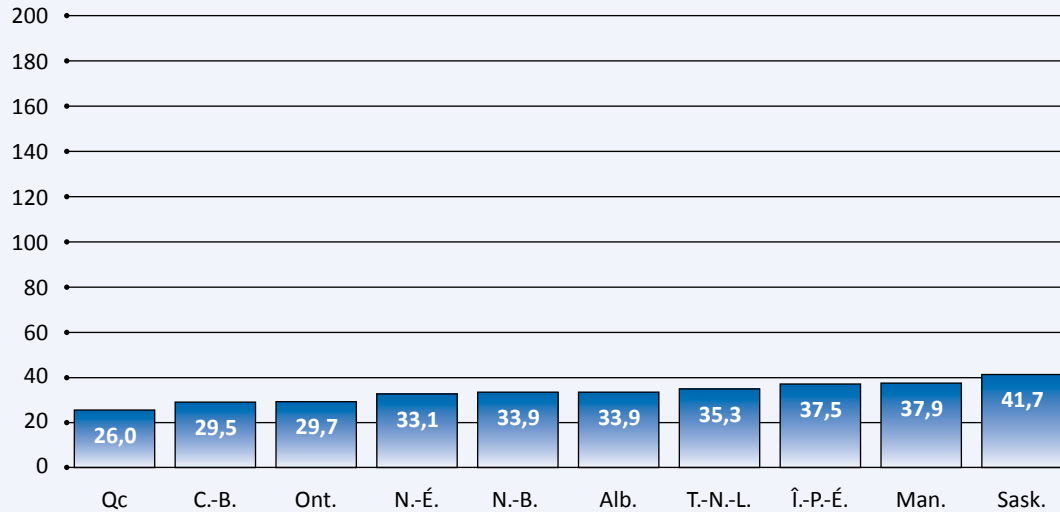


Les données du Qc
sont celles de 2008.
Source de données :
Statistique Canada,
Registre canadien
du cancer

FIGURE 8.18

Taux de mortalité normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer de la prostate selon la province – de 2007 à 2009

Taux pour 100 000 habitants



Source de données :
Statistique Canada,
Statistique de l'état
civil – Base de données
sur les décès

Que peut-on conclure des résultats?

- Les taux d'incidence du cancer de la prostate sont sensibles aux tests de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) parce que ces tests peuvent entraîner la détection d'une maladie asymptomatique latente. Puisque les analyses présentées dans les rapports antérieurs sur le rendement du système n'ont indiqué aucun lien entre une détection accrue aux stades précoces et une diminution de la mortalité⁹⁴, la chute des TMNA entre 1992 et 2008 est plus susceptible de refléter l'amélioration de l'efficacité du traitement. Les taux de mortalité diminuent dans la plupart des pays occidentaux, notamment (outre le Canada) les États-Unis, la Finlande, la France, la Norvège, le Portugal, la Suède et l'Australie²⁵⁴.
- Les taux d'incidence aux États-Unis, au Canada et en Australie diminuent de façon générale après avoir enregistré une hausse radicale à la fin des années 1980 et au début des années 1990 en raison de la propagation rapide des tests de dépistage de l'APS; ces taux au Royaume-Uni et ailleurs en Europe continuent d'augmenter légèrement par suite de la sensibilisation accrue et de l'adoption graduelle des tests de dépistage

de l'APS²⁵⁴. Les taux d'incidence du cancer de la prostate sont les plus élevés en Australie et en Nouvelle-Zélande et les plus bas en Asie centrale du Sud; à l'échelle des diverses régions du monde, les TINA varient d'un facteur d'environ 25²⁴⁶.

Nouvelles études et données probantes

- Les données présentées dans un rapport récemment publié par le Partenariat canadien contre le cancer indiquent que les hommes qui habitent dans des quartiers à revenu élevé ont un taux d'incidence plus élevé de cancer de la prostate que les hommes des quartiers à revenu moindre et qu'ils sont souvent diagnostiqués à des stades plus précoces de la maladie. Ces constatations concordent avec les données relatives aux taux plus importants de tests de dépistage de l'APS chez les hommes à revenu élevé. En dépit de ces taux de tests plus élevés, cependant, les hommes à revenu élevé présentaient des taux légèrement plus importants de cancers de la prostate à des stades avancés (stades III et IV) que les hommes à faible revenu. Ces constatations, qui devront être confirmées par des recherches additionnelles, laissent penser que les tests de dépistage de l'APS ne réduisent pas le risque d'être atteint d'un cancer de la prostate avancé.

Cancer du pancréas

Que mesure-t-on?

La présente section décrit le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA), le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) et le ratio de survie relative (RSR) à cinq ans pour le cancer du pancréas. Ces indicateurs sont examinés en fonction du temps et par province.

- Le cancer du pancréas est le 10^e type de cancer le plus fréquent au Canada; on estime le nombre de nouveaux cas à 4700 pour l'année 2013. Il arrive également au 4^e rang des principales causes de décès attribuables au cancer au Canada (derrière les cancers du poumon, colorectal et du sein), le nombre de décès qu'il aura causés étant estimé à 4300 pour 2013⁷².

Quels résultats a-t-on obtenus?

- Entre 1992 et 2008, le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) du cancer du pancréas a chuté chez les hommes, passant de 51,1 à 13,6 nouveaux cas par 100 000 hommes (variation annuelle en pourcentage [VAP] = -0,47 %). Le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) chez les hommes a également diminué, passant d'environ 15 décès par 100 000 hommes en 1992 à 14 en 2009 (VAP = -0,57 %) (figure 8.19). Chez les femmes, le TINA et le TMNA sont demeurés relativement stables au cours de ces mêmes périodes.
- On a observé une importante variation interprovinciale du TINA du cancer du pancréas, ce taux allant de from 8,3 cas par 100 000 habitants à Terre-Neuve-et-Labrador à 17,1 à

l'Île-du-Prince-Édouard (figure 8.20). Dans le cas du TMNA, l'écart entre les taux provinciaux le plus faible et le plus élevé s'établissait à 25,5 % entre 2005 et 2009. Ce taux se situait entre 11,0 décès par 100 000 habitants à Terre-Neuve-et-Labrador et 13,8 au Nouveau-Brunswick (figure 8.21).

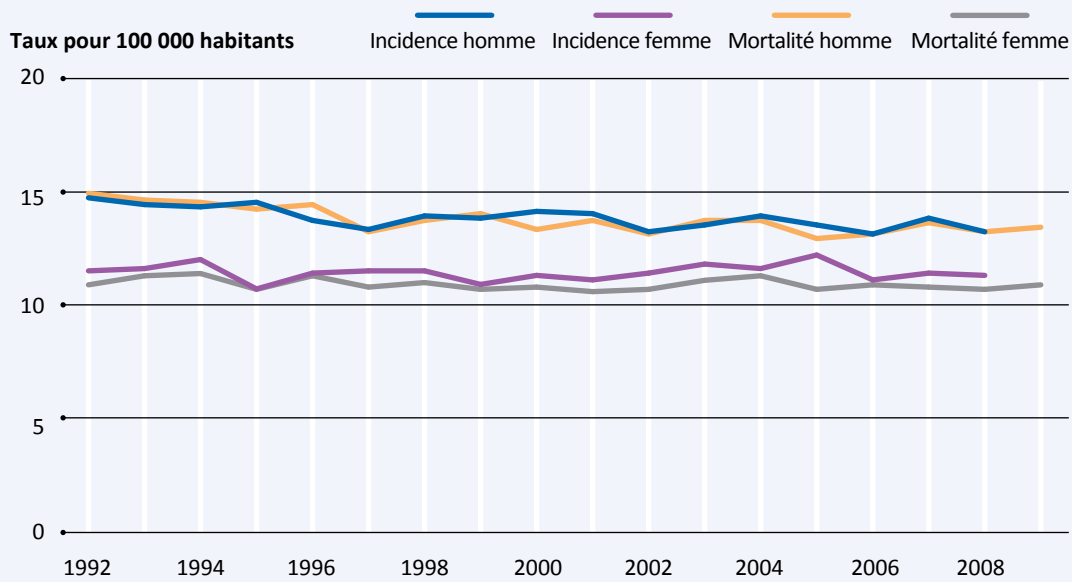
- Le RSR à cinq ans, normalisé selon l'âge, s'échelonnait entre 5 % en Nouvelle-Écosse et 11 % en Ontario de 2005 à 2007 (figure 8.22). Le RSR à cinq ans pour l'ensemble du Canada (à l'exclusion du Québec) est passé de 5 % en 1992-1994 à 8 % en 2006-2008.

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Il faut faire preuve de prudence lorsqu'on compare les RSR provinciaux pour le cancer du pancréas. Une sous-détermination des décès attribuables à des erreurs de liaison entre les données des registres et les certificats de décès ou à des émigrations annuelles non enregistrées pourrait conduire à une grave surestimation de la survie, du fait que l'on présume que les patients à l'égard desquels on ne dispose pas de données de suivi sont vivants à la date butoir²⁵⁵. Cette limite a des effets beaucoup plus considérables sur les estimations relatives aux patients des groupes d'âge des jeunes adultes et des adultes d'âge moyen.
- Des RSR normalisés selon l'âge n'étaient pas disponibles pour toutes les provinces, car la rareté des données concernant certains des groupes d'âge aurait donné lieu à des taux normalisés selon l'âge instables.
- La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique qui se trouve à l'adresse rendementdusysteme.ca.

FIGURE 8.19

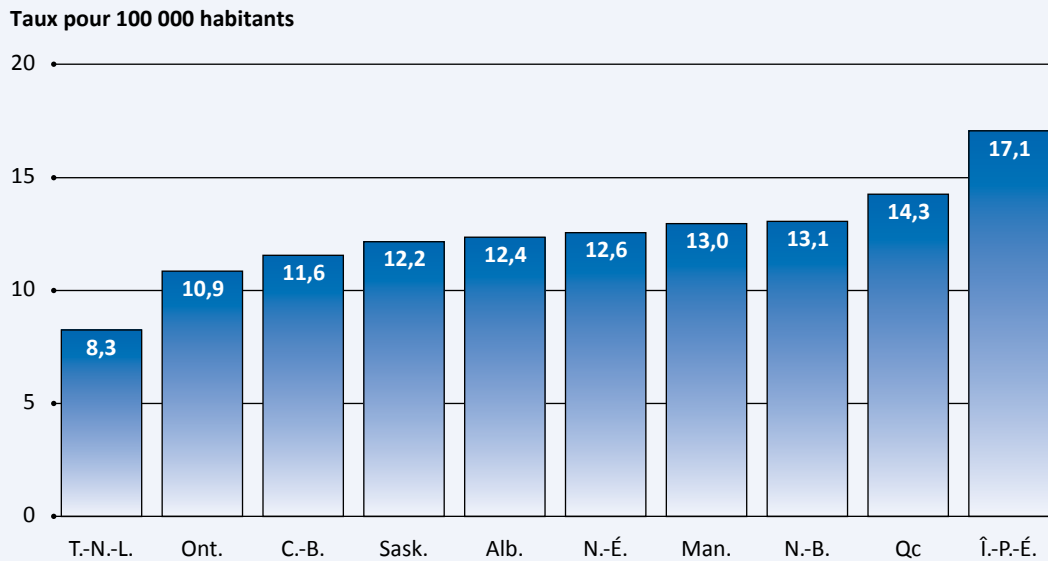
Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du pancréas selon le sexe, Canada – de 1992 à 2009



Source de données :
Statistique Canada,
Registre canadien du
cancer, Statistique de
l'état civil – Base de
données sur les décès

FIGURE 8.20

Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du pancréas selon la province – de 2008 à 2010

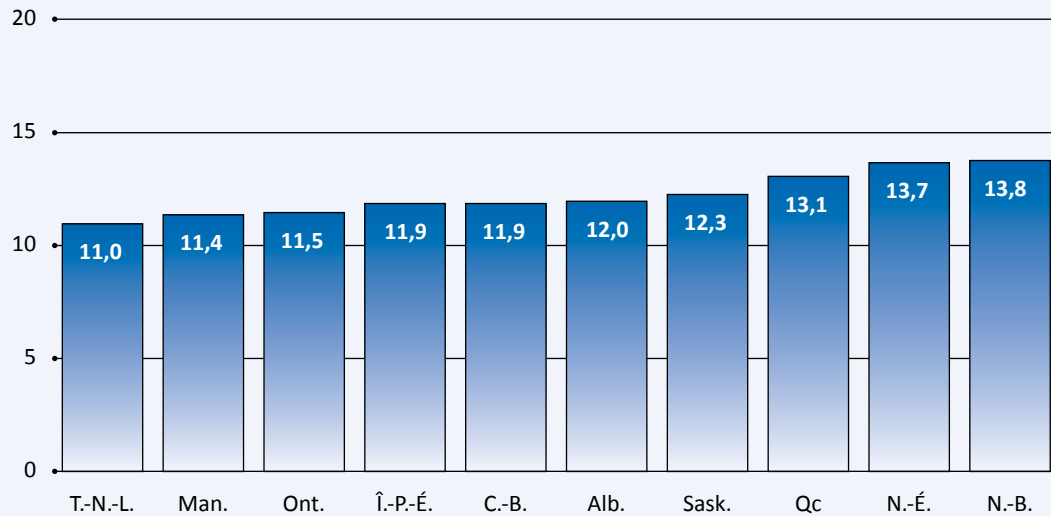


Les données du Qc
sont celles de 2008.
Source de données :
Statistique Canada,
Registre canadien du
cancer

FIGURE 8.21

Taux de mortalité normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du pancréas selon la province – de 2005 à 2009

Taux pour 100 000 habitants

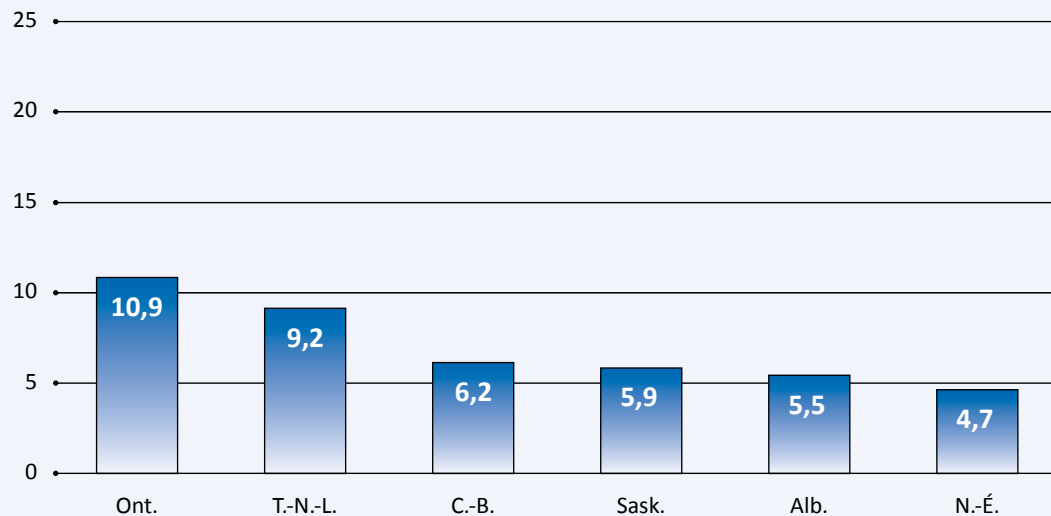


Source de données :
Statistique Canada,
Statistique de l'état
civil – Base de données
sur les décès

FIGURE 8.22

Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge[†] des cas de cancer du pancréas selon la province – de 2005 à 2007

Survie relative (%)



[†] Normalisé selon l'âge
en fonction de la
population ayant reçu
un diagnostic du cancer
du pancréas au Canada
entre 2001 et 2005.

Données fondées sur
les cas âgés de 15 à
74 ans au moment du
diagnostic de cancer.

Données du Qc exclues
en raison de
l'utilisation d'une
méthode différente
pour déterminer la
date du diagnostic.

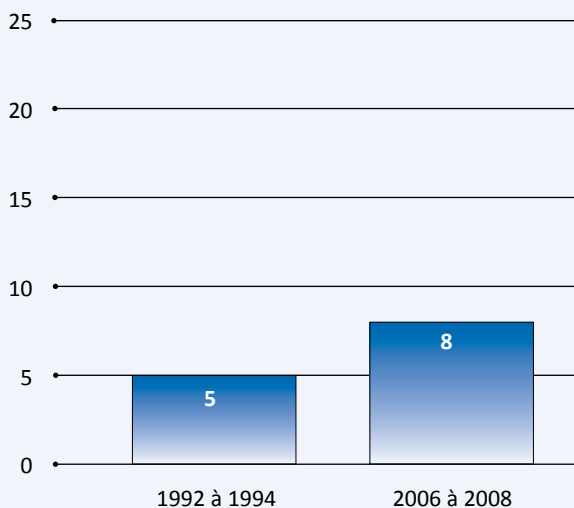
Données du Man., du
N.-B. et de l'Î.-P.-É.
dispersées dans
quelques groupes
d'âge; résultats non
présentés en raison
d'une estimation
incertaine.

Source de données :
Statistique Canada,
Statistiques
canadiennes sur
le cancer

FIGURE 8.23

Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge[†] des cas de cancer du pancréas, Canada – de 1992 à 1994 et de 2006 à 2008

Survie relative (%)



[†] Normalisé selon l'âge en fonction de la population ayant reçu un diagnostic du cancer du pancréas au Canada entre 1992 et 2001.

Données fondées sur les cas âgés de 15 à 99 ans au moment du diagnostic de cancer.

Données du Qc exclues en raison de l'utilisation d'une méthode différente pour déterminer la date du diagnostic.

Source de données : Statistique Canada, Statistiques canadiennes sur le cancer

Que peut-on conclure des résultats?

- Le cancer du pancréas demeure l'un des plus grands défis dans la perspective de la lutte contre le cancer. Le tabagisme est un facteur de risque connu pour ce type de cancer, de même que l'obésité et le diabète, entre autres facteurs²⁵⁶. Le fait que la prévalence du tabagisme ait atteint son sommet plus récemment chez les femmes que chez les hommes explique probablement pourquoi une réduction de la mortalité a été observée chez les hommes, mais non encore chez les femmes. La hausse du taux d'obésité au Canada au cours de la même période (voir le chapitre du présent rapport sur la prévention) pourrait neutraliser les avantages d'une réduction du tabagisme.
- Au cours de la dernière décennie, au Royaume-Uni, le TINA chez les femmes a augmenté de 7 % (passant de 7,9 nouveaux cas par 100 000 femmes en 1999-2001 à 8,5 en 2008-2010), alors qu'il est demeuré relativement

stable chez les hommes. La stabilité du TINA chez ces derniers reflète en partie la diminution de la prévalence du tabagisme, celui-ci étant à l'origine d'environ 29 % des cas de cancer du pancréas au Royaume-Uni²⁴⁶.

- Contrairement aux tendances relatives à la mortalité observées au Canada, le TMNA aux États-Unis a légèrement diminué entre 1975 et 2002 pour ensuite augmenter entre 2002 et 2008²⁴⁷.
- Dans le cas du cancer du pancréas, il est difficile d'interpréter les variations interprovinciales des taux d'incidence et de mortalité. Bien que les différences entre les profils de risque (p. ex. tabagisme) d'une province à l'autre puissent expliquer une grande partie de ces variations, les différences sur le plan de la survie relative sont plus difficiles à interpréter sans renseignements additionnels sur les pratiques de diagnostic et de traitement.

Perspectives d'avenir

Des progrès considérables ont été accomplis au Canada en matière de lutte contre le cancer grâce aux efforts soutenus et à la collaboration des partenaires provinciaux et nationaux. Les gens qui reçoivent un diagnostic de cancer aujourd'hui ont de meilleures chances de survie qu'il y a une décennie. En dépit de ces efforts, toutefois, le cancer continue à être la principale cause de décès au Canada; il est à l'origine de près de 30 % de tous les décès, devançant les maladies cardiovasculaires et les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures⁷².

Inspiré et éclairé par l'expérience de celles et ceux qui travaillent de près avec les personnes atteintes de cancer et qui sont le plus touchés par cette maladie, le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) continuera à jouer son rôle unique en collaborant avec les partenaires provinciaux et nationaux afin d'optimiser la planification de la lutte contre le cancer et de favoriser des améliorations de la qualité de la pratique au Canada. Ce rôle englobe la production et la diffusion de rapports sur le rendement du système de lutte contre le cancer afin de faire connaître des moyens possibles d'améliorer le système pancanadien et de promouvoir la communication et l'adoption de pratiques exemplaires dans l'ensemble du pays.

Afin d'étendre la portée et d'accroître l'utilité du processus d'établissement de rapports sur le rendement du système canadien de lutte contre le cancer, le Partenariat a créé en 2014 un site Web expressément consacré au rendement du système, de manière à permettre aux utilisateurs de naviguer dans l'ensemble du contenu du présent rapport de façon conviviale et interactive et de télécharger directement des graphiques et des données à partir des pages Web, entre autres fonctionnalités. Plus tard en 2014, le site Web permettra aux utilisateurs de consulter les renseignements sur le rendement du système en fonction du type de cancer et par province ou territoire. Le site Web se trouve à l'adresse rendementdusysteme.ca.

En outre, de futurs **rapports cibles** continueront à mettre en lumière des aspects particuliers de la lutte contre le cancer au moyen d'indicateurs plus détaillés et d'autres pistes d'approfondissement.

Le rapport cible de cette année traitait des disparités dans la lutte contre le cancer selon le revenu, la région et le statut d'immigrant. Le prochain rapport examinera une série d'indicateurs du rendement et se penchera sur les enjeux actuels en ce qui concerne le continuum de lutte contre le cancer de la prostate. Des rapports thématiques antérieurs ont été publiés sur le cancer colorectal, le cancer du poumon et le cancer du sein au Canada.

Le rapport cible de 2013 sur le rendement du système braquait les projecteurs sur les facteurs de risque du cancer et la participation aux programmes de dépistage dans les grandes villes du Canada ainsi que dans d'autres collectivités urbaines et rurales. Un rapport thématique sur l'utilisation des ressources par le système de lutte contre le cancer, prévu pour 2015, étoffera les informations sur la série d'indicateurs de l'efficacité et sur les tendances relatives à l'utilisation des ressources présentées dans ce rapport et examinera plus en détail les coûts et la durabilité du système. Cela contribuera à éclairer l'élaboration future d'objectifs et de seuils de référence concernant l'efficacité du système afin de favoriser l'optimisation de la capacité et des ressources dans l'ensemble du pays. Également dans cette série thématique, un rapport à venir traitera d'indicateurs basés sur les données relatives aux divers stades du cancer.

Une autre dimension du travail de l'initiative du Partenariat concernant le rendement du système consiste à mener des **études spéciales** visant à faire la lumière sur des domaines de la lutte contre le cancer qui ne sont pas mesurés ou qui le sont insuffisamment. En 2013, on a entrepris une étude approfondie de l'utilisation des appareils de tomographie par émission de positrons dans le diagnostic et le traitement du cancer du poumon « non à petites cellules ». Les résultats qui deviendront disponibles plus tard en 2014 permettront de déterminer les possibilités d'utiliser cette technologie exigeant de nombreuses ressources de manière cohérente et éprouvée à l'échelle du pays. En 2014, l'initiative relative au rendement du système entreprendra une étude approfondie d'une durée de deux ans sur la transition des patients atteints de cancer entre le

traitement et les soins de suivi et la survie. L'étude fournira des informations descriptives, de même que de nouvelles données quantitatives et qualitatives sous la forme d'indicateurs s'appuyant sur des ensembles de données existants ainsi que sur des données primaires recueillies au moyen d'enquêtes ou d'études rétrospectives.

L'élaboration d'objectifs de rendement et de seuils de référence pour les indicateurs traités dans les rapports sur le rendement se poursuivra au cours des années à venir. Les objectifs et les seuils de référence se sont avérés décisifs pour ce qui est de délimiter l'orientation et l'ampleur des améliorations pouvant être apportées au système d'après les résultats des indicateurs. Comme les années précédentes, ces démarches reposeront sur un processus consensuel tenant compte des données probantes disponibles. De même, on poursuivra les efforts en matière d'échange et d'application des connaissances afin d'accroître la portée et l'incidence de l'information sur le rendement du système auprès d'un vaste éventail d'auditoires cibles au sein du système canadien de lutte contre le cancer. Les démarches à cet égard comprennent la diffusion à plus grande échelle des constatations sur le rendement du système dans des revues scientifiques et médicales ainsi que dans le cadre d'exposés de conférence.

Enfin, une modification sera effectuée à la portée des rapports annuels sur le rendement du système.

À compter du rapport de 2015, les rapports annuels seront axés sur une liste plus brève d'indicateurs solidement établis, représentatifs de chaque domaine de la lutte contre le cancer et mesurant des éléments clés du rendement du système de lutte contre le cancer au Canada. Ces indicateurs repères ou de « tableau de bord » seront mis à jour annuellement et s'accompagneront à l'avenir d'objectifs ou de seuils de référence. Les renseignements sur tous les autres indicateurs décrits dans les rapports antérieurs continueront d'être disponibles sur le site Web du Partenariat consacré au rendement du système et seront mis à jour de façon périodique. Outre ces indicateurs repères, le rapport de 2015 sur le rendement du système (de même que tous les rapports annuels ultérieurs) contiendra des analyses thématiques spéciales mettant en évidence des enjeux importants et nouveaux au sein du système.

Les rapports futurs sur le rendement du système canadien de lutte contre le cancer, de concert avec la diffusion en ligne de renseignements sur le rendement du système et d'autres publications et outils d'échange et d'application des connaissances, continueront à fournir aux décideurs du système de santé les informations nécessaires sur le rendement du système qui permettront de prendre des décisions éclairées concernant l'amélioration de la qualité des services dispensés dans l'ensemble du pays.

Des évaluations indépendantes annuelles permettent de cerner des améliorations à apporter aux futurs rapports, publications et autres outils d'échange et d'application des connaissances élaborés dans le cadre de l'initiative du Partenariat canadien contre le cancer concernant le rendement du système. Une évaluation du présent rapport et d'autres produits d'information diffusés au cours du cycle 2013-2014 sera effectuée plus tard en 2014. *Si vous souhaitez participer au processus d'évaluation à venir, ou si vous désirez formuler des commentaires ou des suggestions, veuillez communiquer avec nous par courriel électronique à l'adresse : sp-info@partnershipagainstcancer.ca.*

Références

1. FONDS MONDIAL DE RECHERCHE CONTRE LE CANCER/ AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. *Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective*. Washington (DC), l'Institut; 2007.
2. SANTÉ CANADA. *Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme*. Ottawa, Santé Canada; 2007. Consulté à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/ns-sn/index-fra.php>
3. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Fiche d'information médias n° 2 : Les faits sur le tabagisme*. Toronto, la Société; 2013. Consulté le 23 janvier 2014 à l'adresse : <http://www.cancer.ca/fr-ca/about-us/for-media/media-releases/national/2013/war-on-tobacco-backgrounder-tobacco-facts/?region=on>
4. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *WHO report on the global tobacco epidemic: warning about the dangers of tobacco*. Genève, OMS; 2011.
5. CENTRES ON DISEASE CONTROL. *Behavioural risk factor surveillance system: prevalence and trends data – adults who are current smokers*. Atlanta, CDC. Consulté à l'adresse : <http://apps.nccd.cdc.gov/BRFSS/display.asp?ca t=TU&yr=2010&qkey=4396&state=US>
6. DUNSTAN S., Éd. *General lifestyle survey overview: a report on the 2010 general lifestyle survey*. Newport (Galles du Sud), The Office for National Statistics; 2012. Consulté à l'adresse : www.ons.gov.uk/ons/rel/ghs/general-lifestyle-survey/2010/index.html
7. AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS. *National health survey, summary of results: 2007-2008*. Canberra, ABS; 2009. Consulté à l'adresse : [www.abs.gov.au/ausstats/abs@nsf/Latestproducts/4364.0Main%20Features42007-2008%20\(Reissue\)?opendocument&tabname=Summary&prodno=4364.0&issue=2007-2008%20\(Reissue\)&num=&view=](http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@nsf/Latestproducts/4364.0Main%20Features42007-2008%20(Reissue)?opendocument&tabname=Summary&prodno=4364.0&issue=2007-2008%20(Reissue)&num=&view=)
8. SANTÉ CANADA. *Déclaration de l'honorable Leona Aglukkaq, ministre de la Santé, sur la lutte contre le tabagisme*. Ottawa, Santé Canada; 2012. Consulté à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2012/2012-55-fra.php
9. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Pratiques exemplaires en matière de renoncement au tabagisme : Résultats de l'analyse des programmes cliniques au Canada*. Toronto, le Partenariat; 2013. Consulté le 4 février 2014 à l'adresse : http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/cessation_programscan_fr.pdf
10. WARNER K.E. « An endgame for tobacco? » *Tob Control*, 2013; vol. 22 suppl. 1, p. i3-5.
11. PETO R., S. DARBY, H. DEO, P. SILCOCKS, E. WHITLEY, R.DOLL. « Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies ». *BMJ*, 2000; vol. 321, p. 323-329.
12. CAN-ADAPTT (Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme). *Clinique de dépendance à la nicotine : à propos de nous*. Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2011. Consulté le 10 octobre 2012 à l'adresse : <https://www.nicotinedependenceclinic.com/Francais/CANADAPTT/Pages/About/About%20Us.aspx>
13. INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA. *À propos du MOAT (Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac)*. Ottawa, Réseau de prévention des maladies cardiovasculaires de la région de Champlain; 2011. Consulté le 10 octobre 2012 à l'adresse : http://ottawamodel.ca/fr_about.php
14. CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. *The STOP Program*. Toronto, CAMH; 2014. Consulté le 4 février 2014 à l'adresse : www.nicotinedependenceclinic.com/English/stop/Pages/Home.aspx
15. ALBERTA HEALTH SERVICES. *Tobacco free futures*. Edmonton, Alberta Health Services; 2012. Consulté le 4 février 2014 à l'adresse : www.tobaccofreefutures.ca/
16. TOWARD OPTIMIZED PRACTICE. *Primary Care Networks Acting Collaboratively on Tobacco (pcnACT)*. Edmonton, TOP; 2014. Consulté le 4 février 2014 à l'adresse : www.topalbertadoctors.org/pcnact/abouttheinitiative
17. HEALTHY FAMILIES BC. *Prescription for health*. Colombie-Britannique, Healthy families BC; 2014. Consulté le 4 février 2014 à l'adresse : www.healthyfamiliesbc.ca/home/prescription-health
18. QUITPATH. Whitehorse, Santé et Affaires sociales Yukon; 2014. Consulté le 4 février 2014 à l'adresse : www.quitpath.ca/
19. BULLEN C., C. HOWE, M. LAUGESSEN, H. MCROBBIE, V. PARAG, J. WILLIMAN et coll. « Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial ». *Lancet*. 2013; vol. 382, p. 1629-1637.
20. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Cigarette use among middle and high school students ». *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2013; vol. 62, p. 729-730.
21. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *La fumée secondaire est nocive*. Toronto, Société canadienne du cancer; 2011. Consulté le 10 septembre 2012 à l'adresse : <http://www.cancer.ca/fr-ca/prevention-and-screening/live-well/smoking-and-tobacco/second-hand-smoke-is-dangerous/?region=on>
22. ASSOCIATION PULMONAIRE DU CANADA. Comment la fumée secondaire nuit à votre santé. Ottawa, l'Association; 2011. Consulté le 7 mai 2013 à l'adresse : http://www.poumon.ca/protect-protegez/tobacco-tabagisme/second-secondaire/hurts-nuit_f.php

23. SURGEON GENERAL. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. Washington (DC), U.S. Department of Health & Human Services; 2006. Consulté à l'adresse : http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2006/index.htm
24. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Rapport de 2012 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. Toronto, le Partenariat; 2012.
25. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Projet COALITION*. Toronto, le Partenariat, 2013. Consulté à l'adresse : http://www.cancerview.ca/cv/portal/Home/PreventionAndScreening/PSProfessionals/PSPrevention/CLASP?_afLoop=172086877698000&lang=fr&_afWindowMode=0&_adf.ctrl-state=iei3v6d87_4
26. REID J.L., HAMMOND, D., BURKHALTER, R. et R. AHMED. *Tobacco use in Canada: patterns and trends, 2012 ed. (Supplement: tobacco control policies in Canada)*. Waterloo, Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo; 2012.
27. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Smoke-free vehicles carrying children*. Toronto, Société canadienne du cancer; 2011. Consulté à l'adresse : <http://www.cancer.ca/fr-ca/get-involved/take-action/what-we-are-doing/tobacco-control/current-issues/?region=ab>
28. CAMPAIGN FOR A SMOKE-FREE ALBERTA. *Smoke-free vehicles carrying children*. Edmonton, Campaign for a Smoke-Free Alberta; 2012. Consulté à l'adresse : www.smokefreealberta.com/issues/sfv.html
29. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *La santé de la population des grandes villes au Canada : rapport cible sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. Toronto, le Partenariat; 2013.
30. NON-SMOKERS' RIGHTS ASSOCIATION. *Second-hand smoke: municipal bylaws*. Toronto, NSRA; 2012. Consulté le 24 janvier 2014 à l'adresse : <http://www.nsra-adnf.ca/cms/page1459.cfm>
31. SIDHU I. *Smoking ban planned for public beaches and playgrounds in provincial parks*. Winnipeg, CTV News; 2013. Consulté le 31 janvier 2014 à l'adresse : <http://winnipeg.ctvnews.ca/smoking-ban-planned-for-public-beaches-and-playgrounds-in-provincial-parks-1.1186522>
32. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Rapport de 2012 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. Toronto, le Partenariat. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer; 2012.
33. CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE LES TOXICOMANIES. *L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque*. Ottawa, le Centre; 2011. Consulté à l'adresse : <http://www.ccsa.ca/fra/topics/alcohol/drinking-guidelines/pages/default.aspx>
34. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Répertoire des politiques de prévention*. Toronto, le Partenariat. Consulté le 25 avril 2013 à l'adresse : http://www.cancerview.ca/cv/portal/Home/PreventionAndScreening/PSProfessionals/PSPrevention/PreventionPoliciesDirectory?_afLoop=172920298616000&lang=fr&_adf.ctrlstate=2rv0khzb2_75&_afWindowMode=0&_adf.ctrl-state=iei3v6d87_157
35. GOUVERNEMENT DE L'ONTARIO. *Document d'orientation du ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur la prévention du mésusage de substances*. Toronto, Gouvernement de l'Ontario; 2010. Consulté à l'adresse : <http://www.mhp.gov.on.ca/fr/healthy-communities/public-health/guidance-docs/PreventionOfSubstanceMisuse.asp>
36. ALBERTA HEALTH SERVICES. *Developing substance use and gambling policies for Alberta schools*. Edmonton, Alberta Health Services; 2009.
37. MINISTÈRE DE LA VIE SAINE ET DU SPORT DE LA C.-B. *Model core program paper: prevention of harms associated with substances*. Victoria (C.-B.), le Ministère; 2009.
38. CENTRE DE RESSOURCES DE LA PROMOTION DU CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE ET SANTÉ PUBLIQUE ONTARIO. *Établir le bien-fondé : Outils pour appuyer les politiques locales en matière d'alcool en Ontario*. Toronto, CAMH; 2013. Consulté à l'adresse : http://www.camh.ca/fr/hospital/about_camh/provincial_systems_support_program/Documents/%C3%89tablir%20le%20bien-fond%C3%A9%20Outils%20pour%20appuyer%20les%20politiques%20locales%20en%20mat%C3%A8re%20d'alcool%20en%20Ontario.pdf
39. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Obésité et surpoids*. Genève, OMS; 2013. Consulté le 20 juillet 2013 à l'adresse : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/index.html>
40. TREMBLAY M.S., P.T. KATZMARZYK, J.D. WILLMS. « Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996 ». *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002; vol. 26, p. 538-543.
41. KATZMARZYK P.T. « The Canadian obesity epidemic, 1985-1998 ». *CMAJ*. 2002; vol. 166, p. 1039-1040.
42. GOTAY C., P. KATZMARZYK, I. JANSSEN, M. DAWSON, K. AMINOLTEJARI, N. BARTLEY. « Updating the Canadian obesity maps: an epidemic in progress ». *Can J Public Health*. 2012; vol. 104(1), p. 64-68.
43. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*. Ottawa, l'Agence; 2005. Consulté le 8 janvier 2012 à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/action-fra.php>
44. STATISTIQUE CANADA. *Enquête canadienne sur les mesures de la santé*, Tableau de données du cycle 1 34 de 2007 à 2009. Cat. n° 82-623-X. Ottawa, Statistique Canada; 2010.
45. GORBER S.C., M. TREMBLAY, D. MOHER, B. GORBER. « A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review ». *Obes Rev*. 2007; vol. 8(4), p. 307-326.
46. DOUKETIS J.D., G. PARADIS, H. KELLER, C. MARTINEAU. « Canadian guidelines for body weight classification in adults: application in clinical practice to screen for overweight and obesity and to assess disease risk ». *CMAJ*, 2005; vol. 172, p. 995-998.
47. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale : rapport d'une consultation de l'OMS*. Genève, OMS; 2000.

48. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ ET AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. Obésité au Canada : rapport conjoint de l'Agence et de l'Institut canadien d'information sur la santé. Ottawa, l'Agence de la santé publique du Canada; 2011. Consulté à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/assets/pdf/oic-oac-fra.pdf>
49. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*. Ottawa, l'Agence; 2005. Consulté le 8 janvier 2012 à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/action-fra.php>
50. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité. Ottawa, l'Agence; 2010. Consulté à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/declaration/index-fra.php>
51. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Canadian obesity research investment (2006-2008) report*. Toronto, le Partenariat; 2012.
52. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. *AMA news room*. « AMA adopts new policies on second day of voting at annual meeting ». Chicago, AMA; 2013. Consulté le 27 août 2013 à l'adresse : www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/2013/2013-06-18-new-ama-policies-annual-meeting.page
53. ALLISON D.B., M. DOWNEY, R.L. ATKINSON, C.J. BILLINGTON, G.A. BRAY, R.H. ECKEL et coll. « Obesity as a disease: a white paper on evidence and arguments commissioned by the Council of the Obesity Society ». *Obesity* (Silver Spring). 2008; vol. 16, p. 1161-1177.
54. PARKIN D.M., F. BRAY. « Chapter 2: the burden of HPV-related cancers ». *Vaccine*. 2006; vol. 24, suppl. 3, p. 11-25.
55. NICHOLS A.C., D.A. PALMA, S.S. DHALIWAL, S. TAN, J. THEUER, W. CHOW et coll. « The epidemic of human papillomavirus and oropharyngeal cancer in a Canadian population ». *Curr Oncol*. 2013; vol. 20, p. 212-219.
56. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Mise en vedette de la lutte contre le cancer : Le vaccin anti-VPH et le cancer du col de l'utérus*. Toronto, le Partenariat; 2011. Consulté à l'adresse : <http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/cpac019294.pdf>
57. FORTE T., J. NIU., G.A. LOCKWOOD, H.E. BRYANT. « Incidence trends in head and neck cancers and human papillomavirus (HPV)-associated oropharyngeal cancer in Canada, 1992-2009 ». *Cancer Causes Control*. 2012; vol. 23(8), p. 1343-1348.
58. CENTRE INTERNATIONAL DE RECHERCHE SUR LE CANCER. *Monographies du CIRC sur l'évaluation des risques de cancérogénicité pour l'homme. Vol. 90 : Papillomavirus humain*. Lyon, IARC; 2007 (en anglais seulement).
59. SELLORS J.W., J.B. MAHONY, J. KACZOROWSKI, A. LYTWYN, H. BANGURA, S. CHONG et coll. « Prevalence and predictors of human papillomavirus infection in women in Ontario, Canada. Survey of HPV in Ontario Women (SHOW) group ». *CMAJ*. 2000; vol. 163, p. 503-508.
60. HO G.Y., R. BIERMAN, L. BEARDSLEY, C.J. CHANG, R.D. BURK. « Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women ». *N Engl J Med*. 1998; vol. 338, p. 423-428.
61. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. Déclaration du Comité consultation national de l'immunisation (CCNI) sur le vaccin contre le VPH. Ottawa, ASFC; 2007.
62. HERRERO R., W. QUINT, A. HILDESHEIM, P. GONZALEZ, L. STRUIJK, H.A. KATKI et coll. « Reduced prevalence of oral human papillomavirus (HPV) 4 years after bivalent HPV vaccination in a randomized clinical trial in Costa Rica ». *PLoS One*. 2013; vol. 8(7), e68329.
63. DOBSON S.R., S. MCNEIL, M. DIONNE, M. DAWAR, G. OGILVIE, M. KRAJDEN et coll. « Immunogenicity of 2 doses of HPV vaccine in younger adolescents vs 3 doses in young women: a randomized clinical trial ». *JAMA*. 2013; vol. 309, p. 1793-1802.
64. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Cervical Cancer Screening in Canada: Monitoring Program Performance*. Toronto, le Partenariat; 2013. Consulté le 30 janvier 2014 à l'adresse : http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/CPAC_Cervical_CS_Report_E_WEB_Final.pdf
65. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Relevé des maladies transmissibles au Canada : Mise à jour sur les vaccins contre le virus du papillome humain (VPH)*. Ottawa, l'Agence; 2012. Consulté à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/12vol38/acs-dcc-1/index-fra.php>
66. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Human papillomavirus vaccination coverage among adolescent girls, 2007–2012, and postlicensure vaccine safety monitoring, 2006–2013 — United States ». *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2013; vol. 62, p. 591-595.
67. KUMAR V., D. WHYNES. « Explaining variation in the uptake of HPV vaccination in England ». *BMC Public Health*. 2011; vol. 11, p. 172.
68. AUSTRALIAN GOVERNMENT DEPARTMENT OF HEALTH. *Immunise Australia Program: human papillomavirus (HPV) vaccination program*. Canberra, Australian Government Department of Health; 2011. Consulté à l'adresse : www.immunise.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/immunise-hpv
69. SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *L'Alberta et l'Î.-P.-É. incluront les garçons dans les programmes de vaccination anti-VPH*. Ottawa, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; 2013. Consulté à l'adresse : http://sogc.org/news_items/alberta-and-peiwil-include-boys-in-hpv-vaccination-programs/
70. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Relevé des maladies transmissibles au Canada : Mise à jour sur les vaccins contre le virus du papillome humain (VPH)*. Ottawa, l'Agence; 2012. Consulté à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/12vol38/acs-dcc-1/index-fra.php>
71. NATIONAL CANCER INSTITUTE. *HPV and cancer*. Bethesda, NCI National Institutes of Health; 2012. Consulté le 20 août 2013 à l'adresse : <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/HPV>

72. COMITÉ CONSULTATIF DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2013*, Toronto, la Société, 2013.
73. LAARA, E., N.E. DAY, M. HAKAMA. « Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes », *Lancet*, 1987, vol. 1, p. 1247-1249.
74. CHRISTOPHERSON, W.M., F.E. LUNDIN JR, W.M. MENDEZ, J.E. PARKER. « Cervical cancer control: a study of morbidity and mortality trends over a twenty-one-year period », *Cancer*, 1976, vol. 38, p. 1357-1366.
75. MILLER, A.B., J. LINDSAY, G.B. HILL. « Mortality from cancer of the uterus in Canada and its relationship to screening for cancer of the cervix », *Int J Cancer*, 1976, vol. 17, p. 602-612.
76. JOHANNESSON, G., G. GEIRSSON, N. DAY. « The effect of mass screening in Iceland, 1965-74, on the incidence and mortality of cervical carcinoma », *Int J Cancer*, 1978, vol. 21, p. 418-425.
77. HEWITSON, P., P. GLASZIOU, E. WATSON, B. TOWLER, L. IRWIG. « Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (Hemoccult): an update », *Am J Gastroenterol*, 2008, vol. 103, p. 1541-1549.
78. JORGENSEN, O.D., O. KRONBORG, C. FENGER. « A randomised study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds », *Gut*, 2002, vol. 50, p. 29-32.
79. MANDEL, J.S., T.R. CHURCH, J.H. BOND, F. EDERER, M.S. GEISSER, S.J. MONGIN, et coll. « The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer », *N Engl J Med*, 2000, vol. 343, p. 1603-1607.
80. MANDEL, J.S., T.R. CHURCH, F. EDERER, J.H. BOND. « Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood », *J Natl Cancer Inst*, 1999, vol. 91, p. 434-437.
81. MOSS, S.M., H. CUCKLE, A. EVANS, L. JOHNS, M. WALLER, L. BOBROW, et coll. « Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years' follow-up: a randomised controlled trial », *Lancet*, 2006, vol. 368, p. 2053-2060.
82. ALEXANDER, F.E., T.J. ANDERSON, H.K. BROWN, A.P. FORREST, W. HEPBURN, A.E. KIRKPATRICK, et coll. « The Edinburgh randomised trial of breast cancer screening: results after 10 years of followup », *Br J Cancer*, 1994, vol. 70, p. 542-548.
83. BJURSTAM, N., L. BJORNELD, J. WARWICK, E. SALA, S.W. DUFFY, L. NYSTRÖM, et coll. « The Gothenburg breast screening trial », *Cancer*, 2003, vol. 97, p. 2387-2396.
84. FRISSELL, J., E. LIDBRINK, L. HELLSTROM, L.E. RUTQVIST. « Followup after 11 years - update of mortality results in the Stockholm mammographic screening trial », *Breast Cancer Res Treat*, 1997, vol. 45, p. 263-270.
85. NYSTROM, L., L.E. RUTQVIST, S. WALL, A. LINDGREEN, M. LINDQVIST, S. RYDÉN, et coll. « Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials », *Lancet*, 1993, vol. 341, p. 973-978.
86. SHAPIRO, S., W. VENET, P. STRAX, L. VENET, R. ROESER. « Ten- to fourteen-year effect of screening on breast cancer mortality », *J Natl Cancer Inst*, 1982, vol. 69, p. 349-355.
87. DOYLE, G.P., D. MAJOR, C. CHU, A. STANKIEWICZ, M.L. HARRISON, L. POGANY, et coll. « A review of screening mammography participation and utilization in Canada », *Chronic Dis Inj Can*, 2011, vol. 31, p. 152-156.
88. PARKIN, D.M., F. BRAY. « Chapter 2: the burden of HPV-related cancers », *Vaccine*, 2006, vol. 24, (Suppl. 3) S11-S25.
89. KAMANGAR, F., G.M. DORES, W.F. ANDERSON. « Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world », *J Clin Oncol*, 2006, vol. 24, p. 2137-2150.
90. MILLER, A.B., J. CHAMBERLAIN, N.E. DAY, M. HAKAMA, P.C. PROROK. « Report on a workshop of the UICC project on evaluation of screening for cancer », *Int J Cancer*, 1990, vol. 46, p. 761769.
91. ANDRAE, B., L. KEMETLI, P. SPARÉN, L. SILFVERDAL, B. STRANDER, W. RYD, et coll. « Screeningpreventable cervical cancer risks: evidence from a nationwide audit in Sweden », *J Natl Cancer Inst*, 2008, vol. 100, p. 622-629.
92. SPENCE, A.R., P. GOGGIN, E.L. FRANCO. « Process of care failures in invasive cervical cancer: systematic review and meta-analysis », *Prev Med*, 2007, vol. 45, p. 93-106.
93. GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS. *Dépistage du cancer du col de l'utérus : Résumé des recommandations pour les cliniciens et les responsables des politiques*, Edmonton, le Groupe d'étude, 2012. Consulté à l'adresse : <http://canadiantaskforce.ca/fr/guidelines/screening-for-cervical-cancer>
94. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Examen des disparités en matière de lutte contre le cancer : Rapport thématique spécial sur le rendement du système*, Toronto, le Partenariat, 2014.
95. SCHIFFMAN, M., P.E. CASTLE, J. JERONIMO, A.C. RODRIGUEZ, S. WACHOLDER. « Human papillomavirus and cervical cancer », *Lancet*, 2007, vol. 370, p. 890-907.
96. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, Comité CONSULTATIF DE LA Société canadienne du cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2013*, Toronto, la Société, 2013.
97. HARRIS, R., J. YEATTS, L. KINSINGER. « Breast cancer screening for women ages 50 to 69 years: a systematic review of observational evidence », *Prev Med*, 2011, vol. 53, p. 108114.
98. DOYLE, G.P., D. MAJOR, C. CHU, A. STANKIEWICZ, M.L. HARRISON, L. POGANY, et coll. « A review of screening mammography participation and utilization in Canada », *Chronic Dis Inj Can*, 2011, vol. 31, p. 152-156.
99. GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS, TONELLI, M., S.C. GORBER, M. JOFFRES, J. DICKINSON, H. SINGH, et coll. « Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years », *CMAJ*, 2011, vol. 183, p. 1991-2001.

100. GUPTA, S., L.L. ROOS, R. WALLD, D. TRAVERSE, M. DAHL. « Delivering equitable care: comparing preventive services in Manitoba », *Am J Public Health*, 2003, vol. 93, p. 2086-2092.
101. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Rapport de 2010 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*, Toronto, le Partenariat, 2010.
102. Groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic 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*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
103. HOWLADER, N., A.M. NOONE, M. KRAPCHO, J. GARSHILL, N. NEYMAN, S.F. ALTEKRUSE, et coll. (éditeurs). *SEER Cancer Statistics Review, 1975-2010*, Bethesda, National Cancer Institute, 2013.
104. THRELFALL, T., J. WITTORFF, P. BOUTDARA, J. HEYWORTH, P. KATRIS, H. SHEINER, et coll. « Collection of population-based cancer staging information in Western Australia – a feasibility study », *Popul Health Metr.*, 2005, vol. 3, p. 9.
105. INSTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ. « EUROCARE - Survival of cancer patients in Europe », *European cancer registry based study on survival and care of cancer patient*, Rome, 2011 [cité en octobre 2013]. Consulté en octobre 2013 à l'adresse suivante : www.eurocare.it/Home/tabid/36/Default.aspx
106. SHEN, S.S., B.X. HAUPT, J.Y. RO, J. ZHU, H.R. BAILEY ET M.R. SCHWARTZ. « Number of lymph nodes examined and associated clinicopathologic factors in colorectal carcinoma », *Arch Pathol Lab Med*, vol. 133 (2009), p. 781-786.
107. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. *Clinical practice guidelines in oncology, colon cancer, version 3*, Fort Washington, National Comprehensive Cancer Network, 2011.
108. SWEDISH ASSOCIATION OF LOCAL AUTHORITIES AND REGIONS; SWEDISH NATIONAL BOARD OF HEALTH AND WELFARE. *Quality and efficiency in Swedish cancer care: regional comparisons 2011*, Stockholm, The Association, 2011.
109. MATHOULIN-PELISSIER, S., Y. BÉCOUARN, G. BELLEANNÉE, E. PINON, A. JAFFRÉ, G. COUREAU et coll. « Quality indicators for colorectal cancer surgery and care according to patient-, tumor-, and hospital-related factors », *BMC Cancer*, vol. 12 (2012), p. 297.
110. KAHN, K.L., J.L. ADAMS, J.C. WEEKS, E.A. CHRISCHILLES, D. SCHRAG, J.Z. AYANIAN JZ et coll. « Adjuvant chemotherapy use and adverse events among older patients with stage III colon cancer », *JAMA*, vol. 303 (2010), p. 1037.
111. JESSUP, J.M., A. STEWART, F.L. GREENE, B.D. MINSKY. « Adjuvant chemotherapy for stage III colon cancer: implications of race/ethnicity, age, and differentiation », *JAMA*, vol. 294 (2005), p. 2703.
112. MOORE, M. ET P. GIBBS. « Adjuvant chemotherapy use among older patients with stage III colon cancer », *JAMA*, vol. 303 (2010), p. 2353.
113. PARSONS, H.M., J.W. BEGUN, K.M. KUNTZ, T.M. TUTTLE, P.M. MCGOVERN ET B.A. VIRNIG. « Lymph node evaluation for colon cancer in an era of quality guidelines: who improves? », *J Oncol Pract*, Vol. 9, no 4 (e164-e171), 2013.
114. BUTLER, E.N., N. CHAWLA, J. LUND, L.C. HARLAN, J.L. WARREN ET K.R. YABROFF. « Patterns of colorectal cancer care in the United States and Canada: a systematic review », *J Natl Cancer Inst Monog.*, vol. 46 (2013), p. 13-35.
115. ESNAOLA, N.F., A.K. STEWART, B.W. FEIG, J.M. SKIBBER ET M.A. RODRIGUEZ-BIGAS. « Age-, race, and ethnicity-related differences in the treatment of nonmetastatic rectal cancer: a patterns of care study from the national cancer data base », *Ann Surg Oncol*, vol. 15 (2008), p. 3036-3047.
116. NEUMAN, H.B., E.S. O'CONNOR, J. WEISS, N.K. LOCONTE, D.Y. GREENBLATT, C.C. GREENBERG et coll. « Surgical treatment of colon cancer in patients aged 80 years and older: analysis of 31,574 patients in the SEER-Medicare database », *Cancer*, vol. 119(2013), p. 639-647.
117. CHAMBERS, A., T. ROUTLEDGE, J. PILLING ET M. SCARCI. « In elderly patients with lung cancer is resection justified in terms of morbidity, mortality and residual quality of life? », *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, vol. 10, n° 6 (2010), p. 1015-1021.
118. RIAZ, S.P., K.M. LINKLATER, R. PAGE, M.D. PEAKE, H. MOLLER ET M. LUCHTENBORG. « Recent trends in resection rates among non-small cell lung cancer patients in England », *Thorax*, vol. 67 (2012), p. 811-814.
119. MOLOO, H., F. HAGGAR, G. MARTEL, J. GRIMSHAW, D. COYLE ET I.D. GRAHAM et coll. « The adoption of laparoscopic colorectal surgery: a national survey of general surgeons », *Can J Surg*, vol. 52 (2009), p. 455-462.
120. MAVRANTONIS, C., S.D. WEXNER, J.J. NOGUERAS, E.G. WEISS, F. POTENTI ET A.J. PIKARSKY. « Current attitudes in laparoscopic colorectal surgery », *Surg Endosc*, vol. 16 (2002), p. 1152-1157.
121. STEVENS, C., S.J. BONDY ET D.A. LOBLAW. « Wait times in prostate cancer diagnosis and radiation treatment », *Can Urol Assoc J*, vol. 4 (2010), p. 243-248.
122. SANTÉ CANADA. *Rapport final du conseiller fédéral sur les temps d'attente*, Ottawa, Santé Canada, 2006.
123. WONG, F. « Manpower and Standards of Care in Radiation Oncology Committee. Recommendations for the definition of waiting for radiation therapy », *CARO-ACRO*, 2001 (en ligne). consulté le 21 octobre 2013 à l'adresse : <http://www.caro-acro.ca/Assets/Newsletters/Feb+2001+CARO+eNews.pdf?method=1>
124. NATIONAL CANCER INSTITUTE. « Radiation Therapy for Cancer », *NCI*, 2010. Consulté le 30 octobre 2012 à l'adresse : <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Therapy/radiation>
125. DELANEY, G., S. JACOB, C. FEATHERSTONE ET M. BARTON. « The role of radiotherapy in cancer treatment », *Cancer*, vol. 104 (2005), p. 1129-1137.
126. NEWMAN, L. « Australian report urges nationwide radiation therapy plan », *J Nat Cancer Inst*, vol. 93 (2001), p. 1516-1517.
127. ZHANG-SALOMONS, J, ET W.J. MACKILLOP. « Estimating the lifetime utilization rate of radiotherapy in cancer patients: the multicohort current utilization table (MCUT) method », *Comput Methods Programs Biomed*, vol. 92 (2008), p. 99-108.

128. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. Partenariat canadien pour la qualité en radiothérapie, 2013. Consulté le 21 octobre 2013 à l'adresse : <http://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/priorities/2007-2012-initiatives/strategic-initiatives/canadian-partnership-for-quality-radiotherapy/>
129. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. Regards sur l'éducation 2007 : les indicateurs de l'OCDE, Paris, OCDE, 2007, 471 p.
130. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. *Clinical practice guidelines in oncology, rectal cancer, version 4*, Fort Washington (PA), The Network, 2011.
131. WONG, R., S. BERRY, K. SPITHOFF, M. SIMUNOVIC, K. CHAN, O. AGBOOLA et coll, the Gastrointestinal Cancer Disease Site Group. *Preoperative or postoperative therapy for the management of patients with stage II or III rectal cancer*. Toronto, Action Cancer Ontario, 2008.
132. GUNDERSON, L.L., D.J. SARGENT, J.E. TEPPER, M.J. O'CONNELL, C. ALLMER, S.R. SMALLEY et coll. « Impact of T and N substage on survival and disease relapse in adjuvant rectal cancer: a pooled analysis », *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, vol. 54 (2002), p. 386-396.
133. HOFFE, S.E., R. SHRIDHAR ET M.C. BIAGIOLI. « Radiation therapy for rectal cancer: current status and future directions », *Cancer control*, vol. 17 (2010), p. 25-34.
134. SEBAG-MONTEFIORE, D., R.J. STEPHENS, R. STEELE, J. MONSON, R. GRIEVE, S. KHANNA et coll. « Preoperative radiotherapy versus selective postoperative chemoradiotherapy in patients with rectal cancer (MRC CR07 and NCIC-CTG C016): a multicentre, randomised trial », *Lancet*, vol. 373 (2009), p. 811-820.
135. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. *Clinical practice guidelines in oncology, rectal cancer, version 4*, Fort Washington (PA), The Network, 2011.
136. GUNDERSON, L.L. ET H. SOSIN. « Areas of failure found at reoperation (second or symptomatic look) following «curative surgery» for adenocarcinoma of the rectum. Clinicopathologic correlation and implications for adjuvant therapy », *Cancer*, vol. 34 (1974), p. 1278-1292.
137. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH CONSENSUS CONFERENCE. « Adjuvant therapy for patients with colon and rectal cancer », *JAMA*, vol. 264 (1990), p. 1444-1450.
138. CAMMA, C., M. GIUNTA, F. FIORICA, L. PAGLIARO, A. CRAXI ET M. COTTONE. « Preoperative radiotherapy for resectable rectal cancer: A meta-analysis », *JAMA*, vol. 284 (2000), p. 1008-1015.
139. CLARKE, M., R. COLLINS, S. DARBY, C. DAVIES, P. ELPHINSTONE, E. EVANS et coll. « Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials », *Lancet*, vol. 366 (2005), p. 2087.
140. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. *Clinical practice guidelines in oncology, breast cancer, version 2*, Fort Washington (PA), The Network, 2012.
141. WHELAN, T., I. OLIVOTTO, M. LEVINE. Comité directeur des guides de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein de Santé Canada. « Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: breast radiotherapy after breast-conserving surgery (summary of the 2003 update) », *CMAJ*, vol. 168 (2003), p. 437-439.
142. SMITH, B.D., G.L. SMITH, K.B. ROBERTS ET T.A. BUCHHOLZ. « Baseline utilization of breast radiotherapy before institution of the Medicare practice quality reporting initiative », *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, vol. 74 (2009), p. 1506-1512.
143. ESS, S., A. SAVIDAN, C. BOUCHARDY, A. BORDONI, I. KONZELMANN, G. JUNDT et coll. *Patterns of care of breast cancer patients in Switzerland: a population based study*, St. Gallen, Krebsforschung Schweiz, 2009.
144. HUGHES, K.S., L.A. SCHNAPER, D. BERRY, C. CIRRIANCIONE, B. MCCORMICK, B. SHANK et coll. « Lumpectomy plus tamoxifen with or without irradiation in women 70 years of age or older with early breast cancer », *N Engl J Med*, vol. 351 (2004), p. 971-977.
145. WHELAN, T.J. « Use of conventional radiation therapy as part of breast-conserving treatment », *J Clin Oncol*, vol. 23 (2005), p. 1718.
146. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ ET PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Breast cancer surgery in Canada, 2007-2008 to 2009-2010*, Ottawa, ICIS, 2012.
147. MOERTEL, C.G., T.R. FLEMING, J.S. MACDONALD, D.G. HALLER, J.A. LAURIE, P.J. GOODMAN et coll. « Levamisole and fluorouracil for adjuvant therapy of resected colon carcinoma », *N Engl J Med*, vol. 322 (1990), p. 352-358.
148. WOLMARK, N., H. ROCKETTE, B. FISHER, D.L. WICKERHAM, C. REDMOND, E.R. FISHER et coll. « The benefit of leucovorin-modulated fluorouracil as postoperative adjuvant therapy for primary colon cancer: results from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project protocol C-03 », *J Clin Oncol*, vol. 11 (1993), p. 1879-1887.
149. « Efficacy of adjuvant fluorouracil and folinic acid in colon cancer. International Multicentre Pooled Analysis of Colon Cancer Trials (IMPACT) investigators », *Lancet*, vol. 345 (1995), p. 939-944.
150. BENSON, A.B. 3RD, M.A. CHOTI, A.M. COHEN, J.H. DOROSHOW, C. FUCHS, K. KIEL et coll. « NCCN practice guidelines for colorectal cancer », *Oncology (Williston Park)*, vol. 14 (2000), p. 203-212.
151. SANOFF, H.K., W.R. CARPENTER, T. STURMER, R.M. GOLDBERG, C.F. MARTIN, J.P. FINE et coll. « Effect of adjuvant chemotherapy on survival of patients with stage III colon cancer diagnosed after age 75 years », *J Clin Oncol*, vol. 30 (2012), p. 2624-2634.
152. SCHRAG, D., L.D. CRAMER, P.B. BACH ET C.B. BEGG. « Age and adjuvant chemotherapy use after surgery for stage III colon cancer », *J Natl Cancer Inst*, vol. 93 (2001), p. 850-857.

153. ABRAMS, T.A., R. BRIGHTLY, J. MAO, G. KIRKNER, J.A. MEYERHARDT, D. SCHRAG ET C.S. FUCHS. « Patterns of adjuvant chemotherapy use in a population-based cohort of patients with resected stage II or III colon cancer », *J Clin Oncol*, vol. 29 (2011), p. 3255-3262.
154. GOLDSTRAW, P., J. CROWLEY, K. CHANSKY, D.J. GIROUX, P.A. GROOME, R. RAMI-PORTA et coll. « The IASLC Lung Cancer Staging Project: proposals for the revision of the TNM stage groupings in the forthcoming (seventh) edition of the TNM classification of malignant tumours », *J Thorac Oncol*, vol. 2 (2007), p. 706-714.
155. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. *Clinical practice guidelines in oncology, non-small cell lung cancer, version 3*, Fort Washington (PA), The Network, 2011.
156. VAN DER DRIFT, M.A., H.E. KARIM-KOS, S. SIESLING, H.J. GROEN, M.W. WOUTERS, J.W. COEBERGH et coll. « Progress in standard of care therapy and modest survival benefits in the treatment of non-small cell lung cancer patients in the Netherlands in the last 20 years », *J Thorac Oncol*, vol. 7 (2012), p. 291-298.
157. CUFFE, S., C.M. BOOTH, Y. PENG, G.E. DARLING, G. LI, W. KONG et coll. « Adjuvant chemotherapy for non-small-cell lung cancer in the elderly: a population-based study in Ontario, Canada », *J Clin Oncol*, vol. 30 (2012), p. 1813-1821.
158. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. *Clinical practice guidelines, distress management, version 3*. Fort Washington (PA), The Network, 2012.
159. CARLSON, L.E., M. ANGEN, J. CULLUM, E. GOODEY, J. KOOPMANS, L. LAMONT et coll. « High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients », *Br J Cancer*, vol. 90 (2004), p. 2297-2304.
160. ZABORA, J., K. BRINTZENHOFESZOC, B. CURBOW, C. HOOKER ET S. PIANTADOSI. « The prevalence of psychological distress by cancer site », *Psychooncology*, vol. 10 (2001), p. 19-28.
161. BULTZ, B.D. ET L.E. CARLSON. « Emotional distress: the sixth vital sign in cancer care », *J Clin Oncol*, vol. 23 (2005), p. 6440-6441.
162. PIRL, W.F., A. MURIEL, V. HWANG, A. KORNBILTH, J. GREER, K. DONELAN et coll. « Screening for psychosocial distress: a national survey of oncologists », *J Support Oncol*, vol. 5 (2007), p. 499-504.
163. MITCHELL, A.J., S. KAAR, C. COGGAN ET J. HERDMAN. « Acceptability of common screening methods used to detect distress and related mood disorders-preferences of cancer specialists and non-specialists », *Psychooncology*, vol. 17 (2008), p. 226-236.
164. KENNARD, B.D., S.M. STEWART, R. OLVERA, R.E. BAWDON, A.O. AILIN, C.P. LEWIS ET N.J. WINICK. « Nonadherence in adolescent oncology patients: preliminary data on psychological risk factors and relationships to outcome », *J Clin Psychol Med Settings*, vol. 11 (2004), p. 31-39.
165. JACOBSEN, P.B. « Screening for psychological distress in cancer patients: challenges and opportunities », *J Clin Oncol*, vol. 25 (2007), p. 4526-4527.
166. VON ESSEN, L., G. LARSSON, K. OBERG ET P. SJÖDÉN. « "Satisfaction with care" : associations with health-related quality of life and psychosocial function among Swedish patients with endocrine gastrointestinal tumours », *Eur J Cancer Care*, vol. 11 (2002), p. 91-99.
167. SKARSTEIN, J., N. AASS, S.D. FOSSÅ, E. SKOVLUND ET A.A. DAHL. « Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire », *J Psychosom Res*, vol. 49 (2000), p. 27-34.
168. NEWELL, S.A., R.W. SANSON-FISHER ET N.J. SAVOLAINEN. « Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research », *J Natl Cancer Inst*, vol. 94 (2002), p. 558-584.
169. WALLER, A., A. WILLIAMS, S.L. GROFF, B.D. BULTZ ET L.E. CARLSON. « Screening for distress, the sixth vital sign: examining self-referral in people with cancer over a one-year period », *Psychooncology*, vol. 22 (2013), p. 388-395.
170. LINDEN, W., D. YI, M.C. BARROETAVENA, R. MACKENZIE ET R. DOLL. « Development and validation of a psychosocial screening instrument for cancer », *Health Qual Life Outcomes*, vol. 3 (2005), p. 54.
171. WALLER, A., S.N. GARLAND ET B.D. BULTZ. « Using screening for distress, the sixth vital sign, to advance patient care with assessment and targeted interventions », *Support Care Cancer*, vol. 20 (2012), p. 2241-2246.
172. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Dépistage de la détresse, le 6^e signe vital : guide d'adoption de pratiques exemplaires pour des soins centrés sur la personne*. Toronto, le Partenariat, 2012.
173. ACTION CANCER ONTARIO, Programme ontarien de traitement collaboratif des symptômes du cancer, Action Cancer Ontario, 2013. Consulté à l'adresse : <https://fr.cancercare.on.ca/ocs/qpi/ocsmc>
174. SASKATCHEWAN CANCER AGENCY. *Performance measures fact sheet*, mars 2012.
175. CANCER QUALITY COUNCIL OF ONTARIO. *Symptom assessment and management*, 2013. Consulté le 16 octobre 2013 à l'adresse : http://www.csqi.on.ca/by_patient_journey/treatment/symptom_assessment_and_management/#.UycvMvmzGzs
176. HOWELL, D., B. BULTZ, M. FITCH, S. GROFF, A. WILLIAMS ET L. CLEGHORN. « Ensuring a high-quality response to screening for distress data », *Oncol Exchange*, vol. 11 (2012), e35-40.
177. INSTITUTE OF MEDICINE. *Cancer care for the whole patient: meeting psychosocial health needs*, Washington (DC), National Academies Press, 2008.
178. JACOBSEN, P.B., D. SHIBATA, E.M. SIEGEL, J.H. LEE, C.A. ALEMANY, R. BROWN et coll. « Initial evaluation of quality indicators for psychosocial care of adults with cancer », *Cancer Control*, vol. 16 (2009), p. 328-334.

179. SHILLING, V., V. JENKINS ET L. FALLOWFIELD. « Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation: can communication skills training for clinicians improve satisfaction? », *Psychooncology*, vol. 12 (2003), p. 599-611.
180. ROBERTS, C.S., C.E. COX, D.S. REINTGEN, W.F. BAILE ET M. GIBERTINI. « Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making », *Cancer*, vol. 74 (1994), p. 336-341.
181. MAGER, W.M. ET M.A. ANDRYKOWSKI. « Communication in the cancer 'bad news' consultation: patient perceptions and psychological adjustment », *Psychooncology*, vol. 11 (2002), p. 35-46.
182. BREDART, A., C. COENS, N. AARONSON, W.C. CHIE, F. EFFICACE, T. CONROY et coll. « Determinants of patient satisfaction in oncology settings from European and Asian countries: preliminary results based on the EORTC IN-PATSAT32 questionnaire », *Eur J Cancer*, vol. 43 (2007), p. 323-330.
183. DEFOSSEZ, G., S. MATHOULIN-PELISSIER, I. INGRAND, I. GASQUET, L. SIFER-RIVIERE, P. INGRAND et coll. « Satisfaction with care among patients with non-metastatic breast cancer: development and first steps of validation of the REPERES-60 questionnaire », *BMC Cancer*, vol. 7 (2007), p. 129.
184. CANCER QUALITY COUNCIL OF ONTARIO. *Prostate cancer : treatment*. Consulté le 15 novembre 2013) à l'adresse : http://www.csqi.on.ca/by_type_of_cancer/prostate/prostate_treatment/
185. SUSSMAN, J., L.H. SOUTER, E. GRUNFELD, D. HOWELL, C. GAGE ET S. KELLER-OLAMAN S. *Models of care for cancer survivorship*, Toronto, Action Cancer Ontario, 2012.
186. COX A, JENKINS V, CATT S, LANGRIDGE C, FALLOWFIELD L. « Information needs and experiences: an audit of UK cancer patients », *Eur J Oncol Nurs*, vol. 10 (2006), p. 263-272.
187. NATIONAL RESEARCH CORPORATION CANADA. *Measuring the patient's experience: validation of the ambulatory oncology patient satisfaction survey, Ottawa (NRCC) 2012*.
188. NATIONAL RESEARCH CORPORATION CANADA. *Evaluation of new non-intravenous treatment group and emotional support questions on the NRC Picker Canada ambulatory oncology patient satisfaction survey administered in British Columbia, Ottawa (NRCC) 2013*.
189. CANCER CONTROL NEW ZEALAND. *Voice of experience, part 2: themes and results of New Zealand's first cancer care survey, July 2010*. Consulté le 23 janvier 2014 à l'adresse : http://cancercontrolnz.govt.nz/sites/default/files/voe2_web_0.pdf
190. CANCER INSTITUTE NEW SOUTH WALES. *New South Wales cancer patient survey 2007-2008, 2009*. Consulté le 23 janvier 2014 à l'adresse : <http://www.cancerinstitute.org.au/incite/issue-2/nsw-cancer-patient-survey-2007-2008>
191. NATIONAL QUALITY FORUM. *Patient reported outcomes (pros) in performance measurement*, Washington (DC), 2013.
192. COMITÉ DIRECTEUR DES STATISTIQUES SUR LE CANCER DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2010*, Toronto, la Société, 2010.
193. LEEB, K., K. MORRIS ET N. KASMAN. Dying of cancer in Canada's acute care facilities, *Healthc Q*, vol. 8 (2005), p. 26-28.
194. RYDER, S. *A time and a place : what people want at the end of life*, Londres (Royaume-Uni), Demos 2013.
195. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Soins hospitaliers en fin de vie des patients atteints du cancer*. Ottawa, ICIS, 2013.
196. GOODMAN, G., N. MORDEN, C.H. CHANG, E. FISHER ET J. WENBERG. *Trends in cancer care near the end of life: a Dartmouth atlas of health care brief*, Dartmouth Institute for Health Policy & Clinical Practice, 2013.
197. WARREN, J.L., L. BARBERA, K.E. BREMNER, K.R. YABROFF, J.S. HOCH, M.J. BARRETT et coll. « End-of-life care for lung cancer patients in the United States and Ontario », *J Natl Cancer Inst*, vol. 103 (2011), p. 853-862.
198. BILLINGS, J.A. « The hospice medicare benefit: an appraisal at 15 years – introduction to a series », *J Palliat Med*, vol. 1 (1998) p. 123-125.
199. WARREN, T., S. FREER ET M. MOLINARI. « Developing an end-of-life benchmark in acute care », *Nurs Times*, vol. 107 (2011), p. 15-17.
200. NATIONAL HOSPICE AND PALLIATIVE CARE ORGANIZATION. *The Medicare hospice benefit*, 2011.
201. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Soins palliatifs. Les faits*. Genève, OMS, 2004.
202. GAO, W., Y.K. HO, J. VERNE, M. GLICKMAN ET I.J. HIGGINSON. « Changing patterns in place of cancer death in England: a population-based study », *PLoS Med*, vol. 10 (2013), e1001410.
203. WILSON, D.M., J. COHEN, S. BIRCH, R. MACLEOD, D. MOHANKUMAR, P. ARMSTRONG et coll. « No one dies of old age »: implications for research, practice, and policy », *J Palliat Care*, vol. 27 (2011), p. 148-156.
204. FLORY, J., Y.X. YINONG, I. GUROL, N. LEVINSKY, A. ASH ET E. EMANUEL. « Place of death: U.S. trends since 1980 », *Health Aff (Millwood)*, vol. 23 (2004), p. 194-200.
205. GOMES, B., N. CALANZANI ET I.J. HIGGINSON. « Reversal of the British trends in place of death: time series analysis 2004-2010 », *Palliat Med*, vol. 26 (2012), p. 102-107.
206. BURGE, F., LAWSON, B. ET G. JOHNSTON. « Trends in the place of death of cancer patients, 1992-1997 », *CMAJ*, vol. 168 (2003), p. 265-270.
207. BARBERA, L., J. SUSSMAN, R. VIOLA, A. HUSAIN, D. HOWELL, S.L. LIBRACH et coll. « Factors associated with end-of-life health service use in patients dying of cancer », *Healthc Policy*, vol. 5 (2010), e125-e43.
208. COHEN, J., D. HOUTTEKIER, B. ONWUTEAKA-PHILIPSEN, G. MICCINESI, J. ADDINGTON-HALL, S. KAASA et coll. « Which patients with cancer die at home? A study of six European countries using death certificate data », *J Clin Oncol*, vol. 28 (2010), p. 2267-2273.
209. COALITION POUR DES SOINS DE FIN DE VIE DE QUALITÉ DU CANADA. *Plan d'action 2010-2020*, Ottawa, la Coalition, 2010.

210. HEYLAND, D.K., D. BARWICH, D. PICHORA, P. DODEK, F. LAMONTAGNE, J.J. YOU et coll. « Failure to engage hospitalized elderly patients and their families in advance care planning », *JAMA Internal Med*, vol. 173 (2013), p. 778-787.
211. YOU, J.J., R.A. FOWLER ET D.K. HEYLAND. « Just ask: discussing goals of care with patients in hospital with serious illness », *CMAJ*, 2013.
212. CANADIAN RESEARCHERS AT THE END OF LIFE NETWORK. Just ask: discussing goals of care with patients in hospital with serious illness, 2013. Consulté à l'adresse : http://www.thecarenet.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=176
213. ALLIANCE CANADIENNE POUR LA RECHERCHE SUR LE CANCER. À propos de l'ACRC, 2013. Consulté à l'adresse : <http://www.ccra-acrc.ca/>
214. DU BOIS, A., J. ROCHON, C. LAMPARTERS PFISTERER J et AGO ORGANKOMMISSION OVAR PFISTERER. « Pattern of care and impact of participation in clinical studies on the outcome of ovarian cancer », *Int J Gynecol Cancer*, 2005, vol. 15, p. 183-191.
215. DU BOIS, A., A. REUSS, E. PUJADE-LAURAIN, P. HARTER, I. RAY-COQUARD et J. PFISTERER. « Role of surgical outcome as prognostic factor in advanced epithelial ovarian cancer: a combined exploratory analysis of 3 prospectively randomized phase 3 multicenter trials », *Cancer* 2009, vol. 115, p. 1234-1244.
216. MAJUMDAR, S.R., M.T. ROE, E.D. PETERSON, A.Y CHEN., W.B. GIBLER et P.W. ARMSTRONG. « Better Outcomes for Patients Treated at Hospitals That Participate In Clinical Trials », *Arch Intern Med* 2008, vol. 168, p. 657-662.
217. ALLIANCE CANADIENNE POUR LA RECHERCHE SUR LE CANCER. *Report on the State of Cancer Clinical Trials en Canada*, Toronto (Ont.), ACRC, 2011.
218. SILVERSIDES, A. « Clinical trials : the muddled Canadian landscape », *CMAJ* 2009, vol 180, p. 2022.
219. ECRI INSTITUTE. *Patients' Reasons for Participation In Clinical Trials and Effect of Trial Participation on Patient Outcomes*, Plymouth Meeting (Pennsylvanie), ECRI Institute, 2002.
220. SELBY, P., et P. AUTIER. « The impact of the process of clinical research on health service outcomes », *Ann Oncol* 2011, vol. 22, suppl. 7, p. vii5-vii9.
221. DE, P., L.F. ELLISON, R.D. BARR, R. SEMENCIW, L.D. MARRETT, H.K. WEIR et coll. « Canadian adolescents and young adults with cancer : opportunity to improve coordination and level of care », *CMAJ* 2011, vol. 183, p. E187-E194.
222. O'LEARY, M., M. KRAILO, J.R. ANDERSON et G.H. REAMAN. *Progress in Childhood Cancer : 50 Years of Research Collaboration, a Report From the Children's Oncology Group*, Elsevier, 2008.
223. CONSEIL C¹⁷ DES PROGRAMMES EN ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE DU CANADA. Consulté à l'adresse : <http://www.c17.ca>
224. GREENBERG, M.L., R.D. BARR, B. DIMONTE, E. MCLAUGHLIN et C. GREENBERG. « Childhood cancer registries en Ontario, Canada : lessons learned from a comparison of two registries », *Int J Cancer*, 2003, VOL. 105, P. 88-91.
225. KLEIN-GELTINK, J., A. SHAW, H. MORRISON, R. BARR et M. GREENBERG. « Use of paediatric versus adult oncology treatment centres by adolescents 15-19 years old : the Canadian Childhood Cancer Surveillance and Control Program », *Eur J Cancer*, 2005, vol. 41, p. 404-410.
226. NATIONAL CANCER INSTITUTE. *Clinical Trials*, 2012. Consulté à l'adresse : <http://www.cancer.gov/clinicaltrials>
227. SINHA, G. « United Kingdom becomes the cancer clinical trials recruitment capital of the world. *J Natl Cancer Inst*, 2007, vol. 99, p. 420.
228. BOND, M.C., et S. PRITCHARD. « Understanding clinical trials in childhood cancer », *Paediatr Child Health*, 2006, vol. 11, p. 148-150.
229. CHILDREN'S ONCOLOGY GROUP. *About Us*, 2012. Consulté à l'adresse : <http://www.childrensoncologygroup.org/index.php/about>
230. ABLETT, S., et C. PINKERTON. « Recruiting children into cancer trials – role of the United Kingdom Children's Cancer Study Group (UKCCSG) », *Br J Cancer*, 2003, vol. 88, p. 1661-1665.
231. ALLIANCE CANADIENNE POUR LA RECHERCHE SUR LE CANCER. *Report on the State of Cancer Clinical Trials en Canada*, Toronto (Ont.), ACRC, 2011.
232. ALLIANCE CANADIENNE POUR LA RECHERCHE SUR LE CANCER. *Essais cliniques*, 2013 [cité le 26 août 2013]. Consulté à l'adresse : <http://www.ccra-acrc.ca/index.php/fr/projets/essais-cliniques>
233. ALLIANCE CANADIENNE POUR LA RECHERCHE SUR LE CANCER. *Investissement dans la recherche sur les cancers de l'enfant et de l'adolescent, 2005 à 2010*, 2013. Consulté à l'adresse : <http://www.ccra-acrc.ca/index.php/fr/publications-fr/rapports-sur-investissement-de-recherche-sujets-particuliers/item/investissement-dans-la-recherche-sur-les-cancers-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-2005-a-2010>
234. CONSEIL C¹⁷ DES PROGRAMMES EN ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE DU CANADA. *C¹⁷ Research Network: Annual Report, 2008-2009*, 2009. Consulté à l'adresse : <http://www.c17.ca>
235. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Adolescents et jeunes adultes atteints de cancer*, 2013. Consulté à l'adresse : http://www.cancerview.ca/cv/portal/Home/TreatmentAndSupport/TSPProfessionals/Adolescents_Young_Adults/AYAcancer_ca?_afrLoop=332828006901000&lang=fr&_afrWindowMode=0&_adf.ctrl-state=z58c41pg8_4
236. ALLIANCE CANADIENNE POUR LA RECHERCHE SUR LE CANCER. *Investissements dans la recherche sur le cancer en 2010*, 2013. Consulté à l'adresse : <http://www.ccra-acrc.ca/index.php/fr/a-propos-de-l-acrc/nouvelles-et-annonces/130-investissements-dans-la-recherche-sur-le-cancer-en-2010>
237. NATIONAL CANCER INSTITUTE. *FY 2011 Research Funding by Cancer Type*, 2012. Consulté à l'adresse : <http://fundedresearch.cancer.gov/nciporfolio/search/funded?fy=PUB2011&type=site>
238. NATIONAL CANCER RESEARCH INSTITUTE. *Celebrating a decade of progress through partnership en cancer research*, 2011. Consulté à l'adresse : http://ncrndev.org.uk/downloads/MiscDocs/NCRI_NCRN_Decade_Web.pdf

239. ALLIANCE CANADIENNE POUR LA RECHERCHE SUR LE CANCER. *Stratégie pancanadienne de recherche sur le cancer : un plan de collaboration entre les bailleurs de fonds de la recherche sur le cancer au Canada*, Toronto, ACRC, 2010.
240. BLEYER, A., et H.G. WELCH. « Effect of three decades of screening mammography on breast-cancer incidence », *N Engl J Med*, 2012, vol. 367, p. 1998-2005.
241. DOWNING, A., M. LANSDOWN, R. WEST, J. THOMAS, G. LAWRENCE et D. FORMAN. « Changes in and predictors of length of stay in hospital after surgery for breast cancer between 1997/98 and 2004/05 in two regions of England : a population-based study », *BMC Health Serv Res*, 2009, vol. 9, p 202.
242. AZOULAY, E., M. SOARES, M. DARMON, D. BENOIT, S. PASTORES et B. AFESSA. « Intensive care of the cancer patient : recent achievements and remaining challenges », *Ann intensive care*, 2011, vol. 1, p 5.
243. CRUZ, V.M., L. CAMALIONTE et P. CARUSO. « Factors Associated With Futile End-Of-Life Intensive Care in a Cancer Hospital », *Am J Hosp Palliat Care*, 7 janv. 2014.
244. JEMAL, A., T. MURRAY, A. SAMUELS, A. GHAFOR, E. WARD et M.J. THUN. « Cancer statistics, 2003 », *CA Cancer J Clin*, 2003, vol. 53, p. 5-26.
245. LAST, J.M., dir. *Dictionary of Epidemiology*, 4th ed., New York, Oxford University Press, 2000.
246. CANCER RESEARCH UK. *CancerStats: Cancer Statistics for the UK*, 2011. Consulté en novembre 2011 à l'adresse : <http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/>
247. NATIONAL CANCER INSTITUTE. *Cancer trends progress report - 2011/2012 update*, NIH, DHHS, 2012. Consulté en janvier 2014 à l'adresse : <http://progressreport.cancer.gov>
248. SQUIRES, D.A. « The U.S. health system in perspective : a comparison of twelve industrialized nations – Issue Brief », *Commonw Fund*, 2011, vol. 16, p 1-14.
249. DEVESA, S.S., F. BRAY, A.P. VIZCAINO et D.M. PARKIN. « International lung cancer trends by histologic type: male:female differences diminishing and adenocarcinoma rates rising », *Int J Cancer*, 2005, vol. 117, p. 294-299.
250. CENTRE INTERNATIONAL DE RECHERCHE SUR LE CANCER. *GLOBOCAN 2008 : Incidence et mortalité du cancer dans le monde*, base de données sur le cancer n° 10 du CIRC, 2010. Consulté à l'adresse : <http://www.iarc.fr/fr/media-centre/iarcnews/2010/globocan2008.php>
251. COLEMAN, M.P., D. FORMAN, H. BRYANT J. BUTLER, B. RACHET, C. MARINGE et coll. « Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995-2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership) : an analysis of population-based cancer registry data », *Lancet*, 2011, vol. 377, p. 127-138.
252. NATIONAL LUNG SCREENING TRIAL RESEARCH TEAM. « Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening », *N Engl J Med*, 2011, vol. 365, p. 395-409.
253. EDWARDS, B.K., A.M. NOONE, A.B. MARIOTTO E.P. SIMARD, F.P. BOSCOE, S.J. HENLEY et coll. « Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2010. Featuring prevalence of comorbidity and impact on survival among persons with lung, colorectal, breast, or prostate cancer », *Cancer*, 2013, DOI:10.1002/cncr.28509
254. JEMAL, A., M.M. CENTER, C. DESANTIS et E.M. WARD. « Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends », *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2010, vol. 19, p. 1893-1907.
255. BRENNER, H., et T. HAKULINEN. « Implications of incomplete registration of deaths on long-term survival estimates from population-based cancer registries », *Int J Cancer*, 2009, vol. 125, p. 432-437.
256. AMERICAN CANCER SOCIETY. *Detailed guide : pancreatic cancer*, Atlanta: La Société; 2011. Consulté à l'adresse : <http://www.cancer.org/cancer/pancreaticcancer/detailedguide>



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

Tél.: 416 - 967-2222
Site Web: www.lecancer.ca

partena | **lecancer.ca**



Orienter les améliorations en
matière de lutte contre le cancer