

# Rapport de 2015 sur le rendement du système de lutte contre le cancer

JUIN 2015

# Rapport de 2015 sur le rendement du système de lutte contre le cancer

JUIN 2015

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. *Rapport de 2015 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. Toronto (Ont.), Partenariat canadien contre le cancer, juin 2015, 174 pages.

Téléchargeable à :

**[rendementdusysteme.ca](http://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

[partenariatcontrelcancer.ca](http://partenariatcontrelcancer.ca)

Pour plus d'information sur la présente publication, veuillez envoyer un courriel à :  
[info@systemperformance.ca](mailto:info@systemperformance.ca)

Les médias peuvent faire parvenir leurs demandes à :  
[media@partnershipagainstcancer.ca](mailto:media@partnershipagainstcancer.ca)

*Also available in English under the title:*  
The 2015 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 de collecte de données que consent le personnel des registres provinciaux du cancer et des organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer. Nous désirons remercier l'Institut canadien d'information sur la santé pour les données et les analyses qu'il nous a fournies sur les indicateurs relatifs aux mastectomies, ainsi que le Réseau national de dépistage du cancer colorectal pour nous avoir communiqué des données sur les temps d'attente liés au diagnostic de cancer colorectal, et le Réseau pancanadien de dépistage du cancer du col de l'utérus, qui nous a fourni des données sur l'immunisation contre le virus du papillome humain (VPH). Nous remercions également Statistique Canada, tout particulièrement la Division de la statistique de santé, qui nous a donné accès aux données ayant servi de fondement aux sections consacrées aux indicateurs relatifs à la prévention, au dépistage et aux résultats à long terme dans le présent rapport.

La rédaction et la diffusion du rapport ont été dirigées par l'équipe du rendement du système du Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat), qui se compose des membres suivants : **D<sup>re</sup> Heather Bryant**, vice-présidente, Lutte contre le cancer; **Rami Rahal**, directeur; **Jose Hernandez**, gestionnaire de programme; **Kristen DeCaria**, spécialiste; **Carolyn Sandoval**, spécialiste; **Jennifer Chadder**, spécialiste; **Kim Tran**, spécialiste; **Evelyn Michaels**, rédactrice scientifique en chef; **Beth Dunford**, gestionnaire de la prestation; **Erna Mursel**, assistante administrative, et **Eric Vorauer**, stagiaire. L'extraction et l'analyse des données et la production des graphiques ont été faites par l'équipe d'analyse, soit **Gina Lockwood**, gestionnaire, Analytique et surveillance, et biostatisticienne principale; **Cheryl Louzado**, gestionnaire de programme, Capacité analytique et Initiative coordonnée d'élaboration de données; **Sharon Fung**, gestionnaire de programme, Analytique, et biostatisticienne; ainsi que les analystes de données **Julie Xu**, **Jin Niu** et **Jenny Liu**.

Tout aussi essentielle à la publication de ce rapport est la précieuse collaboration des membres des programmes de lutte contre le cancer du Partenariat, qui nous ont fourni leurs connaissances en la matière et leurs conseils spécialisés. Nous remercions plus particulièrement les personnes suivantes : **Deb Keen**, **D<sup>r</sup> Jon Kerner**, **Michelle Halligan** et **Chris Politis**, Prévention;

**D<sup>re</sup> Verna Mai**, Dépistage et détection précoce; **D<sup>re</sup> Mary Argent-Katwala**, **Gunita Mitera** et **D<sup>r</sup> Geoff Porter**, Diagnostic et soins cliniques; **Esther Green**, **D<sup>re</sup> Deb Dudgeon**, **D<sup>re</sup> Marg Fitch**, **Ruth Barker** et **Anubha Prashad**, Approche axée sur la personne; ainsi que **D<sup>r</sup> Robin Harkness**, **D<sup>r</sup> Jacques Magnan** et **Kim Badovinac**, Recherche.

Nous aimerions également remercier l'équipe de gestion du savoir du Partenariat, qui a fourni des stratégies de transfert et d'échange du savoir; l'équipe des communications, qui a dirigé la participation des médias et la sensibilisation; l'équipe des stratégies, qui a donné des conseils sur les politiques et les relations gouvernementales, ainsi que le personnel du Bureau de la gestion de la prestation, qui a soutenu la gestion du projet.

### COMITÉ DIRECTEUR SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME

(anciens membres\* et membres actuels)

**D<sup>re</sup> Monica Behl**, vice-présidente, Services médicaux et médecin principal, Saskatchewan Cancer Agency

**D<sup>r</sup> Andy Coldman\***, ancien vice-présidente, Oncologie des populations, BC Cancer Agency

**D<sup>r</sup> Peter Craighead\***, directeur médical, Tom Baker Cancer Centre, et président du Département d'oncologie, Université de Calgary

**D<sup>r</sup> Carman Giacomantonio\***, ancien directeur médical en chef, Cancer Care Nova Scotia

**D<sup>r</sup> Marc Kerba**, radio-oncologue, Tom Baker Cancer Centre, Alberta

**D<sup>r</sup> Hagen Kennecke**, oncologue médical et directeur de la pratique professionnelle, BC Cancer Agency

**D<sup>r</sup> Eshwar Kumar**, cochef de la direction, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

**D<sup>r</sup> Jean Latreille**, directeur, Direction québécoise de cancérologie, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

**D<sup>re</sup> Robin McLeod**, vice-présidente, Programmes cliniques et initiatives sur la qualité, Action Cancer Ontario

**D<sup>re</sup> Sri Navaratnam**, présidente-directrice générale, Action cancer Manitoba

**M<sup>me</sup> Elaine Warren**, directrice, Programme de soins contre le cancer, Eastern Health

---

**COMITÉ DE TRAVAIL TECHNIQUE SUR LE RENDEMENT  
DU SYSTÈME**

**M<sup>me</sup> Rebecca Anas**, directrice, Conseil de la qualité des soins oncologiques, Action Cancer Ontario

**D<sup>re</sup> Grica Bolesnikov**, coordonnatrice, Gestion de la qualité et responsabilisation, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

**M<sup>me</sup> Élise Cabanne**, agente de recherche et de planification socio-économique, Direction québécoise de cancérologie, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

**M<sup>me</sup> Farah McCrate**, épidémiologiste clinique, Programme de soins contre le cancer, Eastern Health

**M<sup>me</sup> Colleen McGahan**, chef de la biostatistique, Surveillance du cancer et résultats, Oncologie des populations, BC Cancer Agency

**D<sup>re</sup> Lorraine Shack**, directrice, Surveillance et rapport, Alberta Health Services

**M<sup>me</sup> Heather Stuart-Panko**, directrice, Registre sur le cancer, Saskatchewan Cancer Agency

**D<sup>re</sup> 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<sup>me</sup> Kim Vriends**, gestionnaire, Registre sur le cancer de l'Île-du-Prince-Édouard

# Table des matières

<b>Résumé</b>	<b>8</b>	<b>4. Traitement</b>	<b>83</b>
Faits saillants des résultats	9	<b>4.1 Chirurgie</b>	<b>85</b>
Perspectives d'avenir	14	Prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques lors d'une résection du côlon	85
		Résections de tumeurs mammaires cancéreuses qui sont des mastectomies	90
<b>À propos du Partenariat canadien contre le cancer</b>	<b>15</b>	<b>4.2 Radiothérapie</b>	<b>93</b>
		Temps d'attente en radiothérapie	93
<b>À propos du présent rapport</b>	<b>17</b>	Radiothérapie préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III	98
Pourquoi un rapport sur le rendement du système canadien de lutte contre le cancer?	19	<b>4.3 Thérapie générale</b>	<b>103</b>
Rédaction du rapport	20	Chimiothérapie postopératoire pour les patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA	103
Structure du rapport	20		
Sommaire des indicateurs	21		
		<b>5. Approche axée sur la personne</b>	<b>108</b>
<b>1. Prévention</b>	<b>23</b>	Dépistage de la détresse	110
Prévalence du tabagisme	25		
Immunisation contre le virus du papillome humain (VPH)	29	<b>6. Recherche</b>	<b>117</b>
<b>Note particulière : transport actif</b>	<b>34</b>	Participation aux essais cliniques pour adultes	119
<b>2. Dépistage</b>	<b>40</b>	<b>7. Pertinence</b>	<b>124</b>
Dépistage du cancer du col de l'utérus	42	Dépistage du cancer du sein au-delà des lignes directrices recommandées	126
Dépistage du cancer du sein	46	Mastectomies pour traiter un cancer du sein pratiquées en chirurgie ambulatoire	129
Dépistage du cancer colorectal	50		
<b>Note particulière : dépistage chez les populations mal desservies</b>	<b>56</b>	<b>8. Résultats à long terme</b>	<b>132</b>
		Cancer du sein	134
<b>3. Diagnostic</b>	<b>64</b>	Cancer du poumon	140
Diagnostic du cancer du sein : temps d'attente	66	Cancer colorectal	146
Diagnostic du cancer colorectal : temps d'attente	72	Cancer de la prostate	152
<b>Note particulière : utilisation des examens de TEP aux fins de la gestion du cancer du poumon non à petites cellules au Canada</b>	<b>75</b>	Cancer du pancréas	157
		<b>Perspectives d'avenir</b>	<b>163</b>
		<b>Références</b>	<b>166</b>

## 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 2013	26	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 ou une sigmoïdoscopie/coloscopie de dépistage au cours des cinq dernières années, selon le groupe d'âge et le sexe – déclaration faite en 2013	53
Figure 1.2	Pourcentage de la population (≥ 12 ans) selon les habitudes de tabagisme et le sexe, Canada – déclaration faite en 2013	27	Figure 2.i	Pourcentage des femmes (21 à 69 ans) déclarant avoir subi au moins un test Pap au cours des trois dernières années, selon le quintile de revenu du ménage et le statut d'immigrante, Canada – déclaration faite en 2012	59
Tableau 1.1	Mise en œuvre et utilisation des programmes organisés d'immunisation contre le virus du papillome humain (VPH) destinés aux filles, selon la province ou le territoire	31	Figure 2.ii	Pourcentage des femmes admissibles (de 50 à 69 ans) déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années, selon le quintile de revenu du ménage et le statut d'immigrante, Canada – déclaration faite en 2012	60
Figure 1.i	Pourcentage des adultes (≥ 18 ans) ayant déclaré avoir utilisé le transport actif au cours des trois mois précédents, selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2013	35	Figure 2.iii	Pourcentage de la population (de 50 à 74 ans) à jour dans ses tests de dépistage du cancer colorectal effectués en l'absence de symptômes, selon le quintile de revenu du ménage et le statut d'immigrant, Canada – déclaration faite en 2012	61
Figure 1.ii	Pourcentage de la population ayant déclaré avoir utilisé le transport actif au cours des trois mois précédents, selon le groupe d'âge – déclaration faite en 2013	36	Figure 3.1	Temps d'attente médian et du 90 <sup>e</sup> 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 – 2012	67
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 2012 et 2013	44	Figure 3.2	Temps d'attente médian et du 90 <sup>e</sup> 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 – 2012	68
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 2012 et 2013	48	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 2012	69
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 2012 et 2013	52	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 – pour la période allant de 2004 à 2012	70
Figure 2.4	Pourcentage de la population (de 50 à 74 ans) déclarant avoir subi un test de dépistage <sup>†</sup> de sang dans les selles au cours des deux dernières années, selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2012 et 2013	52	Figure 3.5	Temps d'attente médian et du 90 <sup>e</sup> percentile entre une analyse des selles anormales et une coloscopie de suivi, selon la province – première série de tests de dépistage effectuée entre le 1 <sup>er</sup> janvier 2011 et le 31 décembre 2012	73
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 2012 et 2013	53			

Figure 3.i	Nombre de scanners de tomographie par émission de positrons (TEP) par province – décembre 2011	75	Figure 4.5	Temps d'attente médian et du 90 <sup>e</sup> percentile en radiothérapie pour tous les cancers, selon la province – traitement suivi en 2013	95
Figure 3.ii	Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules qui ont subi au moins un examen de tomographie par émission de positrons (TEP) au cours de la période comprise entre trois mois avant et un an après le diagnostic, selon la province – diagnostic établi entre 2009 et 2011	77	Figure 4.6	Temps d'attente du 90 <sup>e</sup> percentile en radiothérapie, selon le type de cancer et la province – traitement suivi en 2013	96
Figure 3.iii	Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules qui ont subi au moins un examen de tomographie par émission de positrons (TEP) au cours de la période comprise entre trois mois avant et un an après le diagnostic, selon la province et le groupe d'âge – diagnostic établi entre 2009 et 2011	78	Tableau 4.1	Pourcentage de patients traités en radiothérapie à l'intérieur du délai cible, pour les quatre types de cancers les plus fréquents et tous les cancers, selon la province – traitement suivi en 2013	97
Figure 3.iv	Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules qui ont subi au moins un examen de tomographie par émission de positrons (TEP) au cours de la période comprise entre trois mois avant et un an après le diagnostic, selon la province et le stade du cancer au moment du diagnostic – diagnostic établi entre 2009 et 2011	79	Figure 4.7	Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou de stade III ayant subi une radiothérapie avant la chirurgie, selon la province – diagnostic établi de 2008 à 2011	100
Figure 3.v	Répartition du total des examens de tomographie par émission de positrons (TEP) selon le stade du cancer à l'étape du diagnostic, selon la province, chez les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules – diagnostic établi entre 2009 et 2011	81	Figure 4.8	Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou de stade III ayant subi une radiothérapie avant la chirurgie, selon le groupe d'âge – diagnostic établi entre 2008 et 2011	100
Figure 4.1	Taux de résections du côlon comportant le prélèvement et l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques, selon la province – diagnostic établi entre 2008 et 2011	87	Figure 4.9	Pourcentage de 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 2011	101
Figure 4.2	Taux de résections du côlon comportant le prélèvement et l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques, selon le groupe d'âge – diagnostic établi entre 2008 et 2011	87	Figure 4.10	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 2009 et 2011	104
Figure 4.3	Taux de résections du côlon comportant le prélèvement et l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques, selon le groupe d'âge – diagnostic établi en 2011	88	Figure 4.11	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 2009 et 2011	105
Figure 4.4	Taux de résections de tumeurs mammaires cancéreuses qui sont des mastectomies, selon la province ou le territoire – pour les exercices 2008-2009 à 2012-2013 pris ensemble	91	Figure 4.12	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 2011	106
			Tableau 5.1	Étendue de l'utilisation d'outils normalisés de dépistage de la détresse dans les cliniques des organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer – 2014	112
			Figure 5.1	Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EES) et liste canadienne de vérification des problèmes	114

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 2013	121	Figure 8.8	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 combinés	142
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 fréquents et tous les cancers – inscription en 2013	122	Figure 8.9	Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du poumon selon le stade au diagnostic et la province – diagnostic fait entre 2010 à 2012 combinés	142
Figure 7.1	Pourcentage de toutes les mammographies de dépistage autodéclarées effectuées à l'intérieur et à l'extérieur du groupe d'âge recommandé par les lignes directrices (50 à 74 ans), selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2012	128	Figure 8.10	Taux de mortalité normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du poumon selon la province – de 2009 à 2011 combinés	143
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	130	Figure 8.11	Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge des cas de cancer du poumon selon la province – de 2006 à 2008 combinés	143
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 2011	135	Figure 8.12	Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge des cas de cancer du poumon, Canada – de 1992 à 1994 combinés et de 2006 à 2008 combinés	144
Figure 8.2	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du sein chez les femmes, selon la province – de 2008 à 2010 combinés	136	Figure 8.13	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 2011	148
Figure 8.3	Taux d'incidence normalisés selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du sein chez les femmes, selon le stade au diagnostic et la province – diagnostic fait entre 2010 à 2012 combinés	136	Figure 8.14	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 combinés	148
Figure 8.4	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du sein chez les femmes, selon la province – de 2009 à 2011 combinés	137	Figure 8.15	Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer colorectal selon le stade au diagnostic et la province – diagnostic fait entre 2010 à 2012 combinés	149
Figure 8.5	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 combinés	137	Figure 8.16	Taux de mortalité normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer colorectal selon la province – de 2009 à 2011 combinés	149
Figure 8.6	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 combinés et de 2006 à 2008 combinés	138	Figure 8.17	Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge des cas de cancer colorectal selon la province – de 2006 à 2008 combinés	150
Figure 8.7	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 2011	141	Figure 8.18	Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge des cas de cancer colorectal, Canada – de 1992 à 1994 combinés et de 2006 à 2008 combinés	150
			Figure 8.19	Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer de la prostate, Canada – de 1992 à 2011	153

Figure 8.20	Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer de la prostate selon la province – de 2008 à 2010 combinés	154
Figure 8.21	Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer de la prostate selon le stade au diagnostic et la province – diagnostic fait entre 2010 à 2012 combinés	154
Figure 8.22	Taux de mortalité normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer de la prostate selon la province – de 2009 à 2011 combinés	155
Figure 8.23	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 2011	158
Figure 8.24	Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du pancréas selon la province – de 2008 à 2010 combinés	159
Figure 8.25	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du pancréas selon la province – de 2009 à 2011 combinés	159
Figure 8.26	Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge des cas de cancer du pancréas selon la province – de 2005 à 2007 combinés	160
Figure 8.27	Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge des cas de cancer du pancréas, Canada – de 1992 à 1994 combinés et de 2006 à 2008 combinés	160
Tableau 8.1	Pourcentage des cas dont le stade est inconnu, selon le siège de la maladie et la province – de 2010 à 2012	162

# Résumé

Le **Rapport de 2015 sur le rendement du système de lutte contre le cancer** est notre sixième rapport annuel sur les indicateurs qui mesurent l'efficacité de la lutte contre le cancer à l'échelle du Canada. Contrairement à nos *rapports cibles* qui fournissent des analyses approfondies sur des sujets particuliers, les rapports annuels sur le rendement du système présentent différents indicateurs de rendement clés à l'échelle pancanadienne. Ces indicateurs se rapportent à tous les aspects de la lutte contre le cancer, notamment la prévention, les résultats à long terme et la survie.

De concert avec des conseillers et représentants des dix provinces, il a été convenu qu'à partir de 2015, les rapports annuels sur le rendement du système du Partenariat canadien contre le cancer porteraient sur un groupe de 17 indicateurs « témoins », et que les renseignements sur les autres indicateurs seraient diffusés dans le cadre de rapports périodiques ou en ligne au moyen de l'application Web *Rendement du système* ([rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca)).

Les indicateurs témoins constituent un groupe de mesures bien établies fondées sur des données probantes solides, qui portent sur des aspects importants des domaines clés de la lutte contre le cancer, par exemple la prévention, le dépistage, le traitement, et les résultats à long terme. Ces indicateurs peuvent permettre de déterminer clairement les voies à suivre pour réduire le fardeau de la maladie et améliorer les soins offerts aux Canadiennes et aux Canadiens. Des plans sont en cours pour établir des cibles de rendement concernant tous les indicateurs témoins et rendre compte des progrès réalisés à l'échelle du pays.

Comme les éditions antérieures, le présent rapport 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, la pertinence (anciennement efficacité du système) et les résultats à long terme.

Le présent rapport comprend quatre nouvelles cibles touchant les domaines de la prévention et du dépistage. Il contient également des notes particulières sur trois éléments, à savoir : les taux de transport actif au Canada indiquant la mesure dans laquelle les gens se rendent à l'école ou au travail à pied ou à vélo; une mise à jour sur les taux de dépistage autodéclaré du cancer chez les populations sous-desservies; et l'examen de l'utilisation des appareils de tomographie par émission de positrons (TEP) dans la gestion du cancer du poumon « non à petites cellules » au Canada.

Comme les rapports des années antérieures, le rapport annuel de 2015 sur le rendement du système de lutte contre le cancer 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 à l'élaboration et au calcul de nombreux indicateurs présentés dans le rapport. À l'échelle nationale, le Partenariat a travaillé en étroite collaboration avec Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé pour alimenter les données sur des indicateurs particuliers.

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. Des observations sur les études ou données probantes qui émergent au pays ou à l'étranger sont également présentées s'il y a lieu.

## Faits saillants des résultats

### Prévention

#### Indicateurs témoins

- Prévalence du tabagisme
- Immunisation contre le virus du papillome humain (VPH)

L'analyse de la prévalence du tabagisme indique qu'en 2013, 19,3 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus disaient avoir fumé tous les jours ou à l'occasion au cours de l'année précédente. La plus faible prévalence du tabagisme, atteignant 16,2 %, a été relevée en Colombie-Britannique, et la prévalence la plus élevée, soit 59,0 %, a été enregistrée au Nunavut. Cette année, une cible de 12 % a été établie pour cet indicateur (en fonction de la cible établie par la *Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme*) afin de motiver les efforts consentis pour réduire le tabagisme à l'échelle du pays, et d'évaluer les progrès des efforts de prévention. En 2013, aucune province ni aucun territoire n'avait atteint cette cible.

Depuis 2010, l'ensemble des provinces et des territoires se sont dotés d'un programme organisé d'immunisation contre le VPH en milieu scolaire. Pour ce qui est des provinces ayant rendu compte des taux d'immunisation liés à la première dose de vaccin, la participation à ce programme varie de 47,0 % dans les Territoires du Nord-Ouest à 93,8 % à Terre-Neuve-et-Labrador. Les résultats montrent que la participation au programme d'immunisation contre le VPH varie considérablement d'une région à l'autre du pays. La surveillance de la participation permettra de cerner les écarts de rendement et de mettre en lumière les possibilités de redoubler d'efforts dans les activités de prévention.

Cette année, le rapport renferme des notes particulières sur le transport actif. Le transport actif, qui consiste à se déplacer à pied ou à vélo entre le lieu de résidence et le lieu de travail ou l'école, est un moyen pratique et efficace

d'accroître les niveaux d'activité physique. Cela peut avoir une incidence positive sur la santé et pourrait éventuellement offrir une protection contre plusieurs types de cancer. La participation des adultes canadiens au transport actif est faible à l'échelle du pays, se situant à environ 22 %.

### Dépistage

#### Indicateurs témoins

- Taux de dépistage autodéclarés du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal

Cette année, des cibles ont été établies pour l'éventail d'indicateurs de dépistage, selon la province, selon le revenu des ménages et selon le statut d'immigrant. L'objectif consiste à évaluer la couverture du dépistage à l'échelle de la population et de souligner l'importance d'effectuer le dépistage auprès d'une large proportion de la population cible. Cela peut favoriser la réduction de l'incidence et de la mortalité. Les cibles établies étaient les suivantes : 80 % pour ce qui est du taux de dépistage autodéclaré du cancer du col de l'utérus; 70 % pour ce qui est du dépistage du cancer du sein; et 60 % pour ce qui est du dépistage du cancer colorectal à partir d'une analyse des selles. Ces cibles cadrent avec celles établies par les réseaux de dépistage nationaux relativement aux trois programmes de dépistage.

Le taux de dépistage autodéclaré du cancer du col de l'utérus en 2012 allait de 70,3 % au Québec à 87,3 % à l'Île-du-Prince-Édouard. La cible de 80 % établie pour le dépistage du cancer du col de l'utérus a été atteinte par cinq des treize provinces et territoires. Le taux de mammographie de dépistage autodéclaré pour 2012 variait selon la province et le territoire, allant de 57,4 % au Yukon

à 74,9 % au Québec. La cible de 70 % établie pour le dépistage du cancer du sein a été atteinte par sept des treize provinces et territoires. 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 28,3 % au Québec à 59,2 % au Manitoba. À ce jour, aucune des provinces ni aucun des territoires n'a atteint la cible de 60 % établie pour le dépistage du cancer colorectal à partir d'une analyse des selles.

Les données de 2013 relatives à ces trois indicateurs n'étaient disponibles que pour un petit nombre de provinces. Compte tenu des données minimales provenant des provinces qui ont présenté un rapport à cet égard, il a été difficile de discerner une tendance.

Le présent rapport renferme des notes particulières sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, du cancer du sein et du cancer colorectal chez les populations mal desservies. L'objectif est de faire ressortir les disparités qui subsistent en matière de dépistage du cancer à l'échelle du pays.

Notre analyse indique qu'en 2012, les populations à faible revenu et les nouveaux immigrants étaient moins susceptibles que leurs homologues à revenu élevé ou canadiens de naissance de déclarer avoir subi des tests de dépistage du cancer du col de l'utérus, du cancer du sein et du cancer colorectal. Faisait exception le dépistage du cancer du sein chez les femmes immigrantes, dans le cas duquel on n'a noté aucune véritable différence. En ce qui concerne le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus, les cibles de dépistage décrites précédemment ont été appliquées aux quintiles de revenu ménages et aux les status d'immigrant. Les taux de dépistage chez les femmes de tous les quintiles de revenu, sauf Q1 et Q2 (les quintiles les plus faibles), et chez les femmes nées au Canada ont atteint la cible de 80 % établie pour le dépistage du cancer du col de l'utérus; les taux de dépistage de l'ensemble des femmes, sauf celles du quintile de revenu le plus faible (Q1), ont atteint la cible de 70 % établie pour le dépistage du cancer du sein.

## Diagnostic

### Indicateurs témoins

- Temps d'attente entre le dépistage d'une anomalie et sa résolution au moyen d'une biopsie secondaire ou d'un examen secondaire en ce qui concerne le cancer du sein et le cancer colorectal

En 2012, l'Alberta, la Saskatchewan, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse ont respecté ou se sont rapprochés du délai cible selon lequel 90 % des femmes devaient attendre au plus cinq semaines (sans biopsie) entre le dépistage d'une anomalie au sein et sa résolution. Les tendances semblent indiquer que les temps d'attente se sont améliorés dans plusieurs provinces. Toutefois, aucune des provinces ayant fourni des données n'est parvenue à respecter le délai cible de sept semaines ou moins pour les femmes ayant besoin d'une biopsie.

Le temps d'attente médian entre une analyse des selles anormale et une coloscopie de suivi chez les personnes ayant pris part à un programme organisé de dépistage du cancer colorectal (entre 2011 et 2012) allait de 63 jours en Nouvelle-Écosse à 105 jours à Terre-Neuve-et-Labrador. Aucune des cinq provinces ayant fourni des données n'a atteint un temps d'attente médian ou du 90<sup>e</sup> percentile inférieur au temps d'attente cible de 60 jours.

La résolution rapide d'un test anormal dans le cadre du dépistage du cancer permet de réduire la période d'incertitude et d'anxiété pour les personnes qui reçoivent un diagnostic négatif (absence de cancer) et d'assurer une détection hâtive et peut-être l'amélioration de l'issue du traitement pour les personnes qui reçoivent un diagnostic positif (présence d'un cancer).

## Traitement

### CHIRURGIE

#### Indicateurs témoins

- Prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques lors d'une résection du côlon
- Résections de tumeurs mammaires cancéreuses qui sont des mastectomies

De 2008 à 2011, le pourcentage des résections avec examen d'au moins 12 ganglions chez les patients atteints d'un cancer du côlon a continué d'augmenter de façon soutenue dans toutes les provinces. En 2011, l'une des huit provinces ayant fourni des données (l'Ontario) a presque atteint la cible de 90 %; l'Alberta, le Manitoba et Terre-Neuve-et-Labrador ont atteint des niveaux supérieurs à 80 %. Aucune différence notable n'a été relevée concernant les modèles de traitement selon le groupe d'âge des patients ou selon le sexe. La recommandation de prélever et d'examiner au moins 12 ganglions s'explique par le fait que cette mesure réduit à un niveau acceptable le risque d'établir un diagnostic faussement négatif (c.-à-d. que le test ne permet pas de démontrer que le cancer s'est en fait propagé).

On observe un écart considérable d'une province à l'autre dans le pourcentage des résections de tumeurs du cancer du sein effectuées au moyen d'une mastectomie selon les données de 2008-2009 à 2012-2013. Le pourcentage des femmes qui subissent une mastectomie (soit comme première chirurgie ou un an après une chirurgie mammaire conservatrice) allait de 25,9 % au Québec à 68,8 % à Terre-Neuve-et-Labrador. Le traitement conservateur du sein (c.-à-d. la chirurgie mammaire conservatrice suivie d'une radiothérapie) est moins invasif que la mastectomie, est associé à une morbidité moindre et donne de meilleurs résultats sur le plan esthétique et du point de vue psychologique. Les données probantes montrent que la mortalité attribuable au cancer du sein non métastatique est la même dans le cas de ces deux interventions.

### RADIOTHÉRAPIE

#### Indicateurs témoins

- Temps d'attente en radiothérapie, de l'état « prêt à traiter » au traitement
- Radiothérapie préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III

En 2013, huit des neuf 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 entre l'état « prêt à traiter » et le début du traitement. Les temps d'attente médians les plus courts (pour tous les cancers combinés) ont été observés en Ontario (14 jours) et en Saskatchewan (15 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.

Le pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III qui subissent une radiothérapie préopératoire a augmenté au fil du temps; cependant, aucune des six provinces ayant fourni des données n'a atteint la cible de 70 %. En 2011, la province ayant affiché le taux de traitement le plus élevé était Terre-Neuve-et-Labrador (59,6 %). Le taux de traitement variait selon l'âge des patients : environ 58 % des patients de moins de 60 ans atteints d'un cancer du rectum ont reçu une radiothérapie préopératoire, par comparaison à 22 % de ceux ayant plus de 80 ans. Il a été démontré que l'administration d'une radiothérapie préopératoire (qui est souvent combinée à la chimiothérapie) améliore l'issue de l'intervention et le contrôle localisé en plus de réduire la toxicité aiguë et à long terme chez les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III.

**THÉRAPIE GÉNÉRALE****Indicateur témoin**

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

Le pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic de cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA en 2011 qui ont reçu une chimiothérapie adjuvante allait de 45,8 % en Alberta à 50,0 % en Nouvelle-Écosse. Chez les patients de 70 ans et plus, les taux étaient inférieurs de près de 20 % à ceux observés chez les patients de moins de 60 ans. Le taux de traitement des patients âgés de 70 à 79 ans se rapprochait de la cible de 45 %. Il a été démontré que l'administration de la chimiothérapie après une résection améliore le taux de survie sans maladie à cinq ans ainsi que le taux de survie globale à cinq ans chez les patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou III comparativement à la chirurgie comme traitement unique.

**Approche axée sur la personne****Indicateur témoin**

- Utilisation d'outils normalisés de dépistage de la détresse

L'utilisation d'un outil normalisé visant à dépister la détresse chez les personnes atteintes de cancer variait à l'échelle du pays. En 2014, huit provinces sur dix ont eu recours à un tel outil, à tout le moins chez une partie des patients qui étaient traités dans des centres anticancéreux provinciaux; par comparaison, seulement quatre provinces sur dix utilisaient un tel outil en 2007.

La détermination tardive de la détresse chez les patients atteints de cancer est associée à des résultats négatifs, y compris une observance moins étroite du traitement, un degré de

satisfaction moins élevé par rapport aux soins et un degré de satisfaction moins élevé concernant les soins recommandés. Le dépistage permet de déceler les problèmes rapidement et ainsi d'offrir des mesures appropriées d'évaluation de suivi, d'intervention et de renvoi aux services de soutien requis pour combler les besoins particuliers des patients.

**Recherche****Indicateur témoin**

- Ratio de participation des patients adultes atteints de cancer à des essais cliniques

En 2013, le ratio entre les patients adultes inscrits à des essais cliniques et les nouveaux cas de cancer variait de 0,004 à 0,058 (ce qui peut-être interprété comme allant de 0,4 % à 5,8 %) d'une province à l'autre ayant fourni des données. En ce qui concerne les quatre types de cancer les plus courants, le ratio allait de 0,012 (1,2 %) pour ce qui est du cancer du poumon à 0,050 (5 %) pour ce qui est du cancer du sein. Un certain nombre d'études ont montré que les patients traités dans des centres anticancéreux qui sont actifs dans des programmes d'essais cliniques affichent de meilleurs résultats sur le plan de la santé (par exemple une augmentation de la durée de survie et une meilleure qualité de vie) comparativement aux patients traités dans des centres ne participant pas à des essais cliniques. Cela pourrait notamment s'expliquer par une corrélation entre une forte participation à des essais cliniques et l'observation rigoureuse des directives thérapeutiques fondées sur des données probantes qui donne de meilleurs résultats.

## Pertinence

### Indicateurs témoins

- Mammographies de dépistage effectuées au-delà des lignes directrices recommandées
- Mastectomies pour traiter un cancer du sein pratiquées en chirurgie ambulatoire

Selon les lignes directrices relatives au dépistage du cancer du sein diffusées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, il est recommandé que les femmes âgées de 50 à 74 ans fassent l'objet d'une mammographie de dépistage systématique<sup>1</sup>. Toutefois, certaines Canadiennes font l'objet d'un dépistage au-delà de cette recommandation. Les données de 2012 montrent qu'entre 13,5 % des mammographies de dépistage (déclarées au Yukon) et 37,7 % des mammographies de dépistage (déclarées dans les Territoires du Nord-Ouest) réalisées au cours des deux années précédentes ont été effectuées chez des femmes ne faisant pas partie de l'intervalle d'âge recommandé. Il est important de surveiller le dépistage du cancer du sein qui est exécuté au-delà des lignes directrices fondées sur des données probantes : non seulement les mammographies effectuées au-delà de ces lignes directrices exigent beaucoup de ressources, mais elles peuvent entraîner des interventions inutiles et potentiellement nocives.

Le pourcentage des mastectomies pratiquées en chirurgie ambulatoire entre 2007-2008 et 2011-2012 était le plus élevé en Ontario, atteignant 34 %; le taux correspondant était inférieur à 10 % dans quatre provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan et Terre-Neuve-et-Labrador). Cette constatation est importante puisque les chirurgies ambulatoires exigent habituellement moins de ressources que les chirurgies avec hospitalisation et que, grâce à des soins de suivi pertinents, elles donnent des résultats comparables.

## Résultats à long terme

### Indicateurs témoins

- Incidence selon le stade des cancers du sein, du poumon, colorectal et de la prostate
- Taux globaux d'incidence, de mortalité et de survie relative normalisés selon l'âge des cancers du sein, du poumon, colorectal, de la prostate et du pancréas

Pour la première fois, nous rendons compte des taux d'incidence selon le stade des quatre types de cancer les plus courants par province. Cette information offre de nouvelles possibilités de surveiller les tendances relatives au cancer et d'évaluer l'incidence de la détection précoce et du dépistage sur les résultats pour les patients à l'échelle du pays.

Le cancer du sein était le plus couramment diagnostiqué au stade I ou II; le cancer du poumon l'était au stade IV, le cancer colorectal l'était au stade III (bien que les différences sur le plan de l'incidence selon le stade étaient modestes dans certaines provinces); et le cancer de la prostate était le plus couramment diagnostiqué au stade II. Ce chapitre rend également compte de l'incidence, de la mortalité et de la survie à cinq ans relativement au cancer du sein, au cancer du poumon, au cancer colorectal, au cancer de la prostate et au cancer du pancréas.

## Perspectives d'avenir

Le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) continuera de jouer son rôle unique en collaborant avec ses partenaires nationaux, provinciaux et territoriaux pour faire avancer la réalisation des objectifs de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer. Pour appuyer les efforts à cet égard, les intervenants de l'Initiative sur le rendement du système continueront d'élaborer et de diffuser des données et des analyses afin de mettre en lumière les possibilités d'amélioration du système pancanadien, et de promouvoir l'échange et l'adoption de pratiques exemplaires à l'échelle du pays.

- Plus tard en 2015, publication de nouvelles données sur la survie relative selon le stade du cancer du poumon et du cancer colorectal à l'échelle du Canada. Ces données brosseront le tout premier tableau complet du lien entre le stade auquel les cancers sont initialement diagnostiqués et les résultats des patients à l'échelle de la population.
- À l'automne 2015, publication d'un rapport cible sur le cancer de la prostate. Ce rapport comprendra des conclusions relatives aux indicateurs se rapportant à tous les aspects du continuum des soins, notamment la prévention, les soins de fin de vie et la survie. Il contiendra également des notes particulières offrant le point de vue de patients atteints d'un cancer de la prostate et de survivants de ce cancer à l'échelle du pays au sujet du cheminement qu'ils ont vécu au sein du système de soins de santé après avoir obtenu le diagnostic de cancer de la prostate.
- Au début de 2016, le Partenariat publiera un autre rapport cible sur la « pertinence » des interventions cliniques de lutte contre le cancer. Ce rapport présentera les résultats des indicateurs de base concernant un certain nombre d'interventions en oncologie liées à la campagne *Choisir avec soin (Choosing Wisely Canada)*.

- Poursuite jusqu'en 2017 d'une étude approfondie lancée au début de 2015. Cette étude vise à explorer les expériences que vivent les patients atteints de cancer lors de leur transition entre la fin du traitement curatif principal (comme la chimiothérapie, la radiothérapie et la chirurgie) et les soins de suivi ainsi que les services de soutien (comme les soins primaires et les soins communautaires).
- Poursuite de l'amélioration du contenu et de la fonctionnalité de l'application Web *Rendement du système* qui a été lancée en 2014. Cette application Web a été mise au point en vue d'élargir l'accès aux plus récentes données et analyses disponibles mesurant la qualité de la lutte contre le cancer à l'échelle du Canada. Cela consiste notamment à donner aux usagers la possibilité de télécharger des graphiques et des données aux fins de leurs propres analyses. L'application Web est disponible à l'adresse suivante : [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).
- En dernier lieu, dans le cadre de son Initiative sur le rendement du système, le Partenariat a récemment réalisé une étude d'évaluation de l'« impact » des travaux qu'il a accomplis à ce jour. Les conclusions de cette étude inspireront l'élaboration d'un plan d'échange et d'application du savoir (EAS) en vue du déploiement d'efforts mieux ciblés en matière de diffusion, de rayonnement et d'acquisition des informations sur le rendement du système à l'échelle du pays. La mise en œuvre du plan d'EAS débutera à l'automne 2015.

Ces efforts, de concert avec d'autres publications écrites sur le rendement du système de lutte contre le cancer et d'autres outils d'EAS, procureront aux décideurs du système de santé, aux praticiens et aux chercheurs des informations détaillées sur le rendement du système qui permettront d'éclairer les progrès de la lutte contre le cancer à l'échelle du pays.

# À propos du Partenariat canadien contre le cancer

*Le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) a été créé en 2007 par le gouvernement fédéral et est financé par l'intermédiaire de Santé Canada. Depuis ce temps, nous avons comme principal mandat de concrétiser la stratégie canadienne de lutte contre le cancer et d'en assurer la réussite par l'apport d'un changement systémique coordonné à l'égard de tous les aspects des soins contre le cancer — soit la prévention, le traitement, la survie et les soins palliatifs.*

Le Partenariat obtient des résultats en collaborant étroitement avec des partenaires nationaux, provinciaux et territoriaux. Cette collaboration stimule et appuie la production d'un savoir au sujet du cancer et de la lutte contre le cancer, et favorise l'échange et l'adoption de pratiques exemplaires à l'échelle du pays afin d'aider les personnes les plus grandement touchées par le cancer. Les résultats que nous nous efforçons d'obtenir sont les suivants : réduction des cas de cancer, réduction du nombre de décès liés au cancer chez les Canadiens et amélioration de la qualité de vie des personnes touchées par cette maladie.

---

## **À propos de l'Initiative sur le rendement du système**

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, ou qui ne sont que peu 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. Ces démarches sont accomplies en étroite collaboration avec des partenaires nationaux, provinciaux et territoriaux.

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 de la Santé, les cliniciens, les chercheurs, ainsi que les patients atteints de cancer et leur famille. Des articles évalués par les pairs, ainsi que des exposés et des ateliers offerts dans le cadre de conférences, et plus récemment, une application Web, permettent aussi de diffuser de l'information sur le rendement du système pancanadien. Ces renseignements visent à aider les décideurs, les planificateurs des services de santé, les chercheurs et les cliniciens à cerner les pratiques exemplaires et les mesures à prendre pour améliorer la qualité de la lutte contre le cancer à l'échelle du Canada.

Les renseignements sur le rendement du système, y compris les rapports antérieurs, sont disponibles à l'adresse suivante : [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

# À propos du présent rapport

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

19

**Rédaction  
du rapport**

20

**Structure  
du rapport**

20

**Sommaire des indicateurs**

21



# À propos du présent rapport

*Le Rapport de 2015 sur le rendement du système de lutte contre le cancer est notre sixième rapport annuel sur les indicateurs qui mesurent l'efficacité de la lutte contre le cancer à l'échelle du Canada. Contrairement à nos rapports cibles qui fournissent des analyses approfondies sur des sujets particuliers, les rapports annuels sur le rendement du système présentent différents indicateurs de rendement clés à l'échelle pancanadienne. Ces indicateurs se rapportent à tous les aspects de la lutte contre le cancer, notamment la prévention, les résultats à long terme et la survie.*

De concert avec des conseillers et représentants des dix provinces, il a été convenu qu'à partir de 2015, les rapports annuels sur le rendement du système du Partenariat canadien contre le cancer porteraient sur un groupe de 17 indicateurs « témoins », et que les renseignements sur les autres indicateurs seraient diffusés dans le cadre de rapports périodiques ou en ligne au moyen de l'*application Web Rendement du système* ([rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca)).

Les indicateurs témoins ont été choisis parce qu'ils répondent à au moins plusieurs des critères suivants :

- Il s'agit de mesures bien établies qui portent sur des aspects importants de la lutte contre le cancer et reposent sur de solides données probantes.
- Ils offrent la plus grande possibilité d'éclairer la prise de mesures permettant de réduire le fardeau du cancer pour les Canadiens.
- Ils représentent des domaines présentant des variations considérables d'une province à l'autre ou des changements survenant au fil du

temps, et font ressortir un écart important entre les résultats actuels et les cibles visées.

- Ils comportent des cibles établies à l'échelle nationale ou se prêtent à l'établissement de cibles.
- Ils rendent compte d'un domaine ou d'un sujet constituant actuellement une priorité nationale en matière de lutte contre le cancer.

Les indicateurs témoins seront mis à jour tous les ans, et des cibles seront établies pour chacun de ceux-ci dans l'avenir. Des renseignements sur tous les autres indicateurs ayant fait l'objet de rapports antérieurs seront disponibles par l'intermédiaire de l'*application Web Rendement du système* du Partenariat canadien contre le cancer et seront mis à jour de façon périodique. Des explications détaillées sur les données et les méthodes de calcul utilisées pour chacun des indicateurs sont également disponibles à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

La présente édition de 2015 comprend quatre nouvelles cibles établies par un groupe d'experts à l'échelle du pays – l'une touchant la prévention (prévalence du tabagisme) et les trois autres se

rapportant au dépistage (dépistage du cancer du col de l'utérus, du cancer du sein et du cancer colorectal). Le rapport contient également des notes particulières sur trois éléments, à savoir : un aperçu du « transport actif » au Canada – la mesure dans laquelle les gens se rendent à l'école ou au travail à pied ou à vélo; une mise à jour sur les taux de dépistage autodéclaré au sein des populations mal desservies; et l'examen de l'utilisation des appareils de tomographie par émission de positrons (TEP) dans la gestion du cancer du poumon « non à petites cellules » au Canada.

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. Des observations sur les études ou données probantes qui émergent au pays ou à l'étranger sont également présentées s'il y a lieu. Comme les éditions antérieures, le rapport de 2015 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, la pertinence (anciennement efficacité du système) et les résultats à long terme.

## 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 et territoires l'échange de connaissances et l'adoption de pratiques exemplaires. Une telle comparaison permet de déterminer les améliorations à apporter au système de lutte contre le cancer à l'échelle nationale, provinciale et régionale; elle permet également de cerner les aspects du système qui ne sont encore que peu ou pas du tout mesurés. 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. En collaboration étroite avec les organismes et les programmes provinciaux de lutte contre le cancer, le Partenariat canadien contre le cancer met au

point des paramètres et des méthodes de calcul détaillés 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 sur l'« amélioration continue » puisqu'il permet de mettre en lumière les aspects nécessitant plus d'attention et d'interventions; de nouer des collaborations et des partenariats clés; et de prendre des décisions bien éclairées en vue d'améliorer la lutte contre le cancer au Canada. La mesure du rendement du système pancanadien permet en outre d'effectuer des comparaisons à l'échelon international et de favoriser le transfert du savoir-faire issu des références internationales.

## Rédaction du rapport

Comme dans les années passées, le **Rapport de 2015 sur le rendement du système de lutte contre le cancer** a été rédigé en collaboration étroite 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.

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 les 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 requises relatives à leur province respective 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 des méthodes de calcul détaillés ont été établis, puis utilisés lors de la collecte et de l'analyse des données à l'échelon des organismes provinciaux de lutte contre le cancer, afin d'assurer l'uniformité et la comparabilité des données entre les provinces.

À l'échelle nationale, le Partenariat canadien contre le cancer a travaillé 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). Le rapport prend appui sur les données recueillies dans le cadre de l'ESCC sur l'état de santé, l'utilisation des soins de santé et les déterminants de la santé dans la population canadienne; ces données ont servi à évaluer les indicateurs présentés dans le présent rapport en ce qui concerne la prévention, le dépistage et la pertinence. 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. De plus, les statistiques canadiennes sur le cancer provenant de la Société canadienne du cancer ont aussi été utilisées pour déterminer les taux de participation des adultes à des essais cliniques, tandis que les données fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé ont été utilisées en ce qui a trait aux indicateurs relatifs au traitement chirurgical du cancer, en particulier les taux de résection pour le cancer du sein.

## Structure du rapport

Le rapport 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, la pertinence (anciennement efficacité du système) et les résultats à long terme.

Chaque chapitre est précédé d'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. Viennent ensuite une description explicative détaillée des résultats relatifs à chaque indicateur et l'interprétation de ceux-ci, qui sont présentés comme suit :

- **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 les méthodes de calcul utilisées pour chacun des indicateurs se trouvent à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

- **Quels résultats a-t-on obtenus?** Cette section présente une description des résultats mettant en lumière un courant ou une tendance notable. Elle 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 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 actuellement menées par le Partenariat canadien contre le cancer et les autorités nationales ou étrangères, le cas échéant. Ces exemples portent notamment sur les efforts consentis pour améliorer la capacité de mesurer le rendement, d'influencer la pratique et de sensibiliser davantage, et sur d'autres activités d'échange et de transfert des connaissances.
- **Que sait-on d'autre?** 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
Prévention	Prévalence du tabagisme	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
	Immunisation contre le virus du papillome humain (VPH)	Réseau pancanadien de dépistage du cancer du col de l'utérus Administrateur en chef de la santé publique de l'Île-du-Prince-Édouard
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 national de dépistage du cancer colorectal
	Diagnostic du cancer du sein : temps d'attente entre le dépistage d'une anomalie au sein et sa résolution	Programmes provinciaux de lutte contre le cancer du sein

Aspect de la lutte contre le cancer	Indicateur	Source de données
<b>Traitement</b>	<b>Chirurgie</b>	
	Prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lors de résections du côlon	Organismes provinciaux de lutte contre le cancer
	Résections de tumeurs mammaires cancéreuses qui sont des mastectomies	Institut canadien d'information sur la santé
	<b>Radiothérapie</b>	
	Temps d'attente en radiothérapie : de l'état « prêt à traiter » au traitement	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
	<b>Thérapie générale</b>	
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	
<b>Approche axée sur la personne</b>	Dépistage de la détresse	Organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer
<b>Recherche</b>	Participation aux essais cliniques pour adultes	Organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer Société canadienne du cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer
<b>Pertinence</b>	Dépistage du cancer du sein au-delà des lignes directrices recommandées	Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
	Mastectomies pour traiter un cancer du sein pratiquées en chirurgie ambulatoire	Institut canadien d'information sur la santé
<b>Résultats à long terme</b>	<b>Incidence, mortalité et survie relative</b>	
	Cancer du sein	Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Statistiques de l'état civil Organismes provinciaux de lutte contre le cancer Société canadienne du cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer
	Cancer du poumon	Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Statistiques de l'état civil Organismes provinciaux de lutte contre le cancer Société canadienne du cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer
	Cancer colorectal	Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Statistiques de l'état civil Organismes provinciaux de lutte contre le cancer Société canadienne du cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer
	Cancer de la prostate	Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Statistiques de l'état civil Organismes provinciaux de lutte contre le cancer Société canadienne du cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer
	Cancer du pancréas	Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Statistiques de l'état civil Organismes provinciaux de lutte contre le cancer Société canadienne du cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer

# 1. Prévention

---

**Prévalence  
du tabagisme**

25

---

**Immunisation contre le virus  
du papillome humain (VPH)**

29

---

**Note particulière :  
transport actif**

34



# 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<sup>2</sup>. Près d'un autre tiers des cas de cancer pourraient être prévenus grâce à une meilleure nutrition, à la consommation modérée d'alcool, à la pratique régulière d'une activité physique et au maintien d'un poids santé<sup>2</sup>. Outre ces facteurs de risques 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 risque accru de cancer<sup>3</sup>.*

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 les comportements liés à la santé (comme cesser de fumer) ou en ayant recours à certaines interventions cliniques, comme recevoir le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) qui peut protéger les femmes contre la plupart des types de cancer du col de l'utérus. Les politiques établies par les administrations municipales, provinciales ou fédérales ou encore le secteur privé (par exemple celles qui offrent des incitations financières à l'utilisation du transport collectif) ont une forte incidence sur certains facteurs de risque, comme l'exposition à la fumée secondaire ou les obstacles empêchant les gens de se rendre à l'école ou au travail à pied ou à vélo.

D'autres facteurs de risque ne peuvent être modifiés (comme l'âge et le sexe).

Le rapport de cette année présente deux indicateurs relatifs à la prévention du cancer (qui fait l'objet d'un rapport annuel), soit la prévalence du tabagisme et l'immunisation contre le VPH. Ce chapitre comprend également des notes particulières sur le transport actif, qui consiste à se déplacer à pied ou à vélo entre le lieu de résidence et l'école ou le lieu de travail.

Les indicateurs relatifs à la prévention, y compris l'abandon du tabagisme, l'obésité, et l'activité physique, sont présentés de manière plus approfondie dans le Rapport de 2014 sur le rendement du système. Il est actuellement prévu de fournir une mise à jour sur l'éventail complet des indicateurs relatifs à la prévention en 2016.

Indicateur	Sommaire des résultats
Prévalence du tabagisme	<p>En 2013, un Canadien sur cinq fumait toujours; 19,3 % de ceux 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 de se dire fumeurs réguliers, fumeurs occasionnels ou anciens fumeurs. Le nombre de femmes déclarant n'avoir jamais fumé est supérieur à celui des hommes.</p> <p>La cible de rendement du système relative à cet indicateur, qui a été initialement établie par la <i>Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme</i> de Santé Canada, est de 12 %. En 2013, aucune province n'avait atteint cette cible; la Colombie-Britannique s'est le plus rapprochée de cette cible, soit 16,2 %.</p>
Immunisation contre le virus du papillome humain (VPH)	<p>Depuis 2010, l'ensemble des provinces et des territoires se sont dotés d'un programme organisé d'immunisation contre le VPH en milieu scolaire. Dans les provinces et territoires ayant fourni des données, on constate un écart important dans la participation à l'immunisation contre le VPH. Selon la province, de 47,0 % (données estimatives) à 93,8 % des filles du groupe d'âge cible avaient reçu les premières doses du vaccin contre le VPH, d'après les plus récentes données disponibles.</p>
Transport actif	<p>Seulement environ un adulte canadien sur cinq se déplace à vélo ou à pied entre le lieu de résidence et le lieu de travail ou l'école. Le pourcentage des adultes déclarant avoir recours au transport actif est demeuré relativement inchangé au cours des sept dernières années, soit approximativement 22,0 %. La participation au transport actif chez les adultes était le plus élevée dans les trois territoires canadiens en 2013. Les enfants (âgés de 12 à 17 ans) étaient beaucoup plus susceptibles que les adultes d'avoir recours au transport actif.</p>

## Prévalence du tabagisme

### Que mesure-t-on et pourquoi le mesure-t-on?

Cet indicateur examine le pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus déclarant avoir fumé tous les jours ou à l'occasion au cours de l'année précédente. Les constatations à ce chapitre se fondent sur les données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2013.

- Le tabagisme demeure la principale cause évitable de maladie et de décès précoce au Canada, faisant de la lutte contre le tabagisme un mécanisme clé de la prévention du cancer<sup>4</sup>. Le tabagisme est à l'origine d'environ 30 % de tous les décès par cancer au Canada, et approximativement 85 % des décès des suites du cancer du poumon<sup>5, 6</sup>.
- L'établissement de rapports sur les habitudes liées au tabagisme au sein d'une population donnée permet de surveiller l'usage du tabac et de suivre les progrès des efforts de prévention. Cela permet également de dégager

de nouvelles avenues pour adopter des stratégies pancanadiennes d'abandon du tabac. Depuis octobre 2014, 179 pays à travers le monde ont adopté cette pratique, conformément à la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'Organisation mondiale de la Santé<sup>7</sup>.

- En 2015, le Groupe de travail sur les cibles et les modèles de rendement du système du Partenariat canadien contre le cancer a établi la cible nationale de 12 % quant à la prévalence du tabagisme chez les adultes de 12 ans et plus (pour de plus amples renseignements sur cette cible, voir la section intitulée *Que peut-on conclure des résultats?*).

### Quels résultats a-t-on obtenus?

- En 2013, 19,3 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus déclaraient fumer tous les jours ou à l'occasion (données non présentées). Le taux provincial de tabagisme variait entre 16,2 % en

Colombie-Britannique et 22,7 % en Saskatchewan. Le taux de tabagisme était le plus élevé dans les trois territoires canadiens, le Nunavut ayant déclaré le taux le plus élevé, soit 59,0 %. En 2013, aucune province ni aucun territoire n'avait atteint la cible de 12 % établie relativement à cet indicateur (figure 1.1).

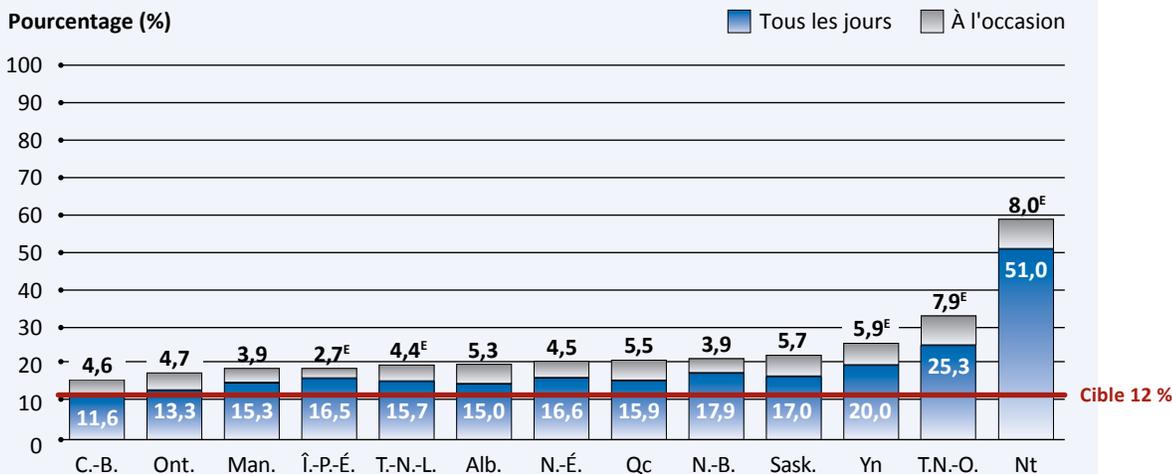
- Les hommes étaient plus nombreux que les femmes à déclarer qu'ils fumaient tous les jours (16,3 % par rapport à 12,5 %), qu'ils fumaient à l'occasion (5,8 % par rapport à 4,1 %) ou qu'ils avaient déjà fumé (41,1 % par rapport à 33,9 %). Les femmes déclarant n'avoir jamais fumé (49,6 %) sont plus nombreuses que les hommes (36,8 %) [figure 1.2].

### Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les tableaux de données relatifs à ces indicateurs (y compris les intervalles de confiance) ainsi que l'explication détaillée de la méthode de calcul présentés dans l'annexe technique complète sont disponibles à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://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 2013

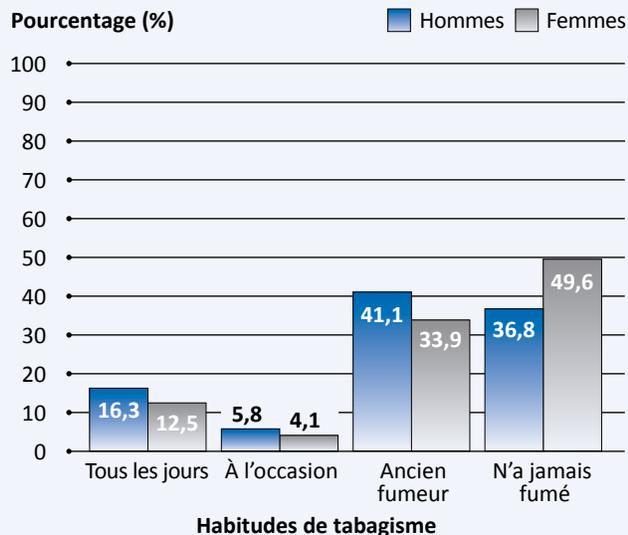


<sup>É</sup> À interpréter avec prudence en raison de la grande variabilité des estimations.

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

FIGURE 1.2

### Pourcentage de la population ( $\geq 12$ ans) selon les habitudes de tabagisme et le sexe, Canada – déclaration faite en 2013



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

### Que peut-on conclure des résultats?

- Parmi les Canadiens âgés de 12 ans et plus, environ un sur cinq déclare avoir fumé tous les jours ou à l'occasion en 2013. Les écarts considérables relevés à l'échelle du pays dans le taux de tabagisme laissent entendre qu'il pourrait être utile de poursuivre les efforts consentis pour prévenir le tabagisme et promouvoir l'abandon du tabac afin de continuer de réduire la prévalence du tabagisme.
- En 2015, pour la première fois, le Partenariat canadien contre le cancer a établi une cible de rendement du système pour l'indicateur relatif à la prévalence du tabagisme. Cette cible a été établie par les experts du Groupe de travail sur les cibles et les modèles de rendement du système du Partenariat, qui recommandaient une harmonisation avec la cible établie par la *Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme* en 2006, qui visait à réduire la prévalence globale du tabagisme à 12 % dès 2011<sup>4</sup>. À ce jour, aucune province ni aucun territoire n'a

atteint cette cible, qui représente l'objectif idéal à atteindre pour stimuler les efforts de réduction du tabagisme à l'échelle du pays. La réduction de la prévalence du tabagisme dans les provinces et les territoires pourrait aller de 4,2 % en Colombie-Britannique, à 9,8 % au Nouveau-Brunswick et à 47,0 % au Nunavut.

- Le taux de tabagisme de 19,3 % (personnes fumant actuellement tous les jours ou à l'occasion) enregistré au Canada est du même ordre que les taux de tabagisme déclarés à l'échelle internationale, y compris 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 18,1 %, 18,7 % et 16,0 %, respectivement. Les taux de tabagisme déclarés ont diminué dans ces trois pays au fil du temps; les taux sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes<sup>8-10</sup>.

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

- 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, a été renouvelée en 2012. La nouvelle phase de la stratégie (2012-2017) cible les segments de la population qui affichent des taux de tabagisme supérieurs, soit les jeunes adultes, ainsi que les membres des Premières nations vivant dans les réserves, et les membres des collectivités inuites<sup>11</sup>.
- Le Propel Centre for Population Health Impact effectue et publie des recherches sur les politiques antitabac ainsi que sur l'abandon, la surveillance et le contrôle du tabagisme dans le but de réduire le fardeau de l'usage du tabac au Canada. Le Propel Centre produit notamment un rapport annuel sur les habitudes et les tendances liées à l'usage du tabac au Canada, ainsi que des travaux sur la vente et l'usage de produits du tabac aromatisés; le Propel Centre se penche aussi sur les politiques qui visent à faire des immeubles à logements multiples des lieux sans fumée afin de réduire l'exposition à la fumée secondaire<sup>12</sup>.
- Le fait de disposer de données annuelles sur la prévalence du tabagisme au Canada permet d'évaluer les résultats des programmes de prévention et d'abandon du tabagisme; ces données servent aussi à orienter les prochains programmes. Par exemple, l'initiative 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. Trois projets de l'initiative COALITION portent sur la prévention du tabagisme, l'abandon du tabagisme et la sensibilisation au tabagisme, à savoir :
  - le projet *BETTER (Building on Existing Tools to Improve Chronic Disease Prevention and Screening in Family Practice)* [financé jusqu'en septembre 2014];
  - le projet *Working on Wellness in Strategic Populations*;
  - le programme ACCÉLÉRATION (activité, abandon du tabagisme, saine alimentation, intervention et motivation pour diminuer la consommation d'alcool).
- Le Partenariat canadien contre le cancer a mis sur pied le *Répertoire des politiques de prévention* ([www.vuesurlecancer.ca/politiquesprevention](http://www.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. Le *Répertoire* comprend les politiques concernant la lutte antitabac à l'échelle fédérale, provinciale, territoriale et municipale. L'outil donne un accès direct en ligne aux documents de politique et aux instruments juridiques liés aux facteurs de risque modifiables du cancer et des maladies chroniques.
- Le Partenariat a également établi une nouvelle initiative visant à accélérer la prise de mesures antitabac fondées sur des données probantes grâce à l'intégration de la lutte contre le cancer et de la lutte contre le tabagisme dans les provinces et les territoires. Les démarches à cet égard porteront initialement sur l'abandon du tabagisme fondé sur des données probantes chez les patients canadiens atteints de cancer dont on sait qu'ils fumaient au moment du diagnostic et du traitement.

## Que sait-on d'autre?

- Une étude récente révèle que 16,1 % des jeunes et des jeunes adultes canadiens ont fait l'essai de la cigarette électronique; 5,7 % d'entre eux ont déclaré l'utiliser actuellement (dans les 30 jours précédant l'étude)<sup>13</sup>. On craint que l'usage de cigarettes électroniques augmente le risque d'empoisonnement et de dépendance à la nicotine chez les enfants, et qu'il contribue en outre à la renormalisation de l'usage de la cigarette. Les cigarettes électroniques sont des dispositifs non combustibles alimentés par pile, qui reproduisent l'utilisation, et souvent l'apparence et le goût des cigarettes classiques. Elles ne contiennent pas de tabac. Bien qu'il soit permis d'importer, de vendre et d'annoncer au Canada les cigarettes électroniques qui ne contiennent pas de nicotine, il est interdit de le faire en ce qui concerne celles qui contiennent de la nicotine ou qui font l'objet d'allégations relatives à la santé (par exemple que leur utilisation peut favoriser l'abandon du tabagisme). Les cigarettes électroniques qui renferment de la nicotine sont réglementées en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues* du gouvernement fédéral. Malgré cela, les cigarettes électroniques illégales contenant de la nicotine sont largement disponibles au Canada dans les magasins de détail et auprès de cybercommerçants. Elles peuvent aussi être obtenues auprès des États-Unis<sup>14</sup>.
- La Nouvelle-Écosse est la première province qui a déposé un projet de loi visant la cigarette électronique et celui-ci a pris effet le 31 mai 2015<sup>15</sup>. L'Ontario a aussi déposé un projet de loi sur la cigarette électronique et celui-ci a fait l'objet d'une deuxième lecture en décembre 2014 et en mars 2015<sup>16</sup>. Au printemps 2015, la Colombie-Britannique a présenté un projet de loi dont la date de mise en œuvre reste à préciser<sup>17</sup>. Plusieurs autres provinces, y compris le Nouveau-Brunswick et le Québec, envisagent d'adopter une loi à ce chapitre. À l'échelon fédéral, le Comité permanent de la santé a commencé à étudier les risques et les avantages de la cigarette électronique à l'automne 2014<sup>18</sup>.

## Immunisation contre le virus du papillome humain (VPH)

### Que mesure-t-on et pourquoi le mesure-t-on?

**Cet indicateur mesure le pourcentage des filles 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'immunisation contre le VPH.**

- Le VPH est l'une des infections transmises sexuellement les plus courantes. Approximativement 75 % des personnes sexuellement actives contractent une infection à VPH au cours de leur vie; toutefois, la majorité des infections sont transitoires et sont éliminées en un à deux ans par le système immunitaire même des personnes touchées<sup>19-21</sup>.
- L'infection par le VPH est à l'origine de presque tous les cancers du col de l'utérus. À l'heure actuelle, deux vaccins contre le VPH sont homologués au Canada. Ils offrent tous deux une protection contre les types de VPH à haut risque 16 et 18, qui sont responsables de plus de 70 % des cas de cancer du col de l'utérus<sup>22, 23</sup>.
- Le VPH est lié à certains types de cancer de la tête et du cou, y compris le cancer de la bouche et le cancer de l'oropharynx; le virus est également lié à des cancers anogénitaux. Parmi tous les cas de cancer attribuables au

VPH chez les hommes, les types 16 et 18 du VPH sont à l'origine de 92 % des cas cancer de l'anus, de 63 % des cas de cancer du pénis, et de 89 % des cas de cancer de l'oropharynx<sup>23</sup>.

- En 2007, le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) du Canada a publié des recommandations concernant le vaccin contre le VPH, qui prévoient notamment l'administration du vaccin aux femmes âgées de 9 à 26 ans<sup>24</sup>. Un financement fédéral a été annoncé vers la fin de cette même année pour la mise en œuvre de programmes provinciaux et territoriaux d'immunisation contre le VPH chez les femmes.
- Le CCNI recommande l'administration de trois doses du vaccin contre le VPH. Récemment, la Colombie-Britannique et le Québec ont tous deux adopté un calendrier d'immunisation prévoyant deux doses de vaccin contre le VPH (pour de plus amples renseignements à ce sujet, voir la section intitulée *Que peut-on conclure des résultats?*).
- La mesure et la déclaration de la participation aux programmes d'immunisation 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?

- En 2010, l'ensemble des provinces et des territoires avaient mis en œuvre un programme d'immunisation contre le VPH en milieu scolaire à l'intention des filles. L'Ontario, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard ainsi que Terre-Neuve-et-Labrador ont été les premières provinces à offrir un tel programme dans les écoles, et ce, dès 2007 (tableau 1.1).
- La participation aux programmes organisés d'immunisation contre le VPH varie selon la province et le territoire. Huit des provinces et des territoires qui sont en mesure de faire rapport de la situation à cet égard ont fourni des données sur les taux de participation concernant la première dose; sept ont été en mesure de rendre compte de la participation relative à la troisième dose.

### Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- 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).
- Les données de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick et de l'Île-du-Prince-Édouard indiquent le pourcentage de la population visée ayant reçu les trois doses de vaccin 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.
- Il n'a pas été possible de recueillir des données normalisées auprès de l'ensemble des provinces et des territoires, puisque les programmes provinciaux et territoriaux diffèrent quant à la population visée, ainsi qu'au plan de mise en œuvre et aux étapes qui s'y rattachent. Grâce à l'amélioration de la collecte de données normalisées et à la poursuite de la mise en œuvre des programmes d'immunisation contre le VPH, on s'attend à ce que les pourcentages augmentent et à ce que la variation interprovinciale et interterritoriale s'amenuise.
- Le dénominateur des taux déclarés en l'occurrence est le nombre de filles des niveaux scolaires ciblés qui fréquentaient des écoles ayant offert le programme provincial d'immunisation contre le VPH. Il ne s'agit pas nécessairement de l'ensemble de la population de sexe féminin faisant partie de l'intervalle d'âge ciblé pour la province.

- Le pourcentage de la population visée ayant reçu la première dose de vaccin dans le cadre des programmes d'immunisation allait de 47,0 % (données estimatives) dans les Territoires du Nord-Ouest à 93,8 % à Terre-Neuve-et-Labrador (note : l'année scolaire ayant fait l'objet d'une déclaration varie selon la province et le territoire). Puisque le taux de participation indiqué pour les Territoires du Nord-Ouest repose sur des données estimatives, il faut l'interpréter avec prudence. Si l'on exclut les Territoires du Nord-Ouest de l'analyse, le taux de participation relatif à la première dose va de 68,8 % au Manitoba à 93,8 % à Terre-Neuve-et-Labrador, ce qui représente une fourchette plus étroite (tableau 1.1).
- 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 de filles de la 4<sup>e</sup> année (de huit à dix ans environ), tandis que le groupe le plus âgé était formé d'étudiants de 8<sup>e</sup> année (13 à 15 ans environ) [tableau 1.1].

TABLEAU 1.1

### Mise en œuvre et utilisation des programmes organisés d'immunisation contre le virus du papillome humain (VPH) destinés aux filles, selon la province ou le territoire

Province / territoire	Date de la 1 <sup>re</sup> mise en œuvre	Immunisation systématique (0, 2, 6 mois)				
		Classe	Année scolaire	Participation à l'immunisation		
				1 <sup>re</sup> dose	2 <sup>e</sup> dose	3 <sup>e</sup> dose
Colombie-Britannique	Septembre 2008	6 <sup>e</sup> année	2012-2013	69,1 %		
Alberta	Septembre 2008	5 <sup>e</sup> année	2013-2014	74,2 %		64,9 %
Saskatchewan	Septembre 2008	6 <sup>e</sup> année	Données non disponibles	73,0 %		
Manitoba	Septembre 2008	6 <sup>e</sup> année	2013-2014	68,8 %	65,8 %	58,2 %
Ontario	Septembre 2007	8 <sup>e</sup> année	2012-2013			80,2 %
Québec	Septembre 2008	4 <sup>e</sup> année (3 <sup>e</sup> prim.)	2013-2014	81,0 %	77,0 %	
Nouveau-Brunswick	Septembre 2008	7 <sup>e</sup> année	2013-2014			73,0 %
Nouvelle-Écosse	Septembre 2007	7 <sup>e</sup> année	2012-2013	87,8 %	84,5 %	77,3 %
Île-du-Prince-Édouard	Septembre 2007	6 <sup>e</sup> année	2012-2013			87,3 %
Terre-Neuve-et-Labrador	Septembre 2007	6 <sup>e</sup> année	2012-2013	93,8 %	94,0 %	88,2 %
Territoires du Nord-Ouest	Septembre 2009	7 <sup>e</sup> année*	2013-2014	47,0 % (estimation)		
Yukon	Septembre 2009	6 <sup>e</sup> année	Données non disponibles à l'heure actuelle			
Nunavut	Mars 2010	6 <sup>e</sup> année ou ≥ 9 ans	Données non disponibles à l'heure actuelle			

\* Les T.N.-O. offrent l'immunisation aux élèves de plusieurs niveaux (4<sup>e</sup> à la 6<sup>e</sup> année). Le taux d'immunisation indiqué concerne les filles de la 7<sup>e</sup> année.

Source de données : Réseau pancanadien de dépistage du cancer du col de l'utérus; administrateur en chef de la santé publique de l'Île-du-Prince-Édouard.

### Que peut-on conclure des résultats?

- La participation à l'immunisation contre le VPH varie beaucoup chez les filles selon la province ou le territoire, ce qui pourrait être attribuable aux écarts entre les dates de mise en œuvre et aux différences entre les stratégies de promotion.
- Comme on s'y attendait, la participation à l'immunisation contre le VPH a diminué lors de l'administration de chaque dose requise. Cette diminution était plus élevée entre l'administration de la deuxième dose et celle de la troisième dose qu'entre l'administration des deux premières doses (dans les cas où des données étaient disponibles). On s'est récemment orienté vers l'adoption d'un calendrier d'immunisation axé sur l'administration de deux doses. Bien que le CCNI recommande toujours que les filles reçoivent trois doses du vaccin contre le VPH, les nouvelles lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé sur la lutte contre le cancer du col de l'utérus appuient le passage à un calendrier d'immunisation prévoyant l'administration de deux doses à l'intention des filles âgées de 9 à 13 ans<sup>25</sup>. Des recherches indiquent que les filles de ce groupe d'âge ont, après deux doses du vaccin contre le VPH, une réaction immunitaire semblable à celle des filles ayant reçu les trois doses<sup>26, 27</sup>. Si l'on réduit le nombre de doses que les filles doivent recevoir, il se peut qu'un plus grand nombre d'entre elles participent au programme d'immunisation dans une mesure suffisante pour assurer leur immunité. Le Québec et la Colombie-Britannique ont tous deux récemment adopté le calendrier d'immunisation axé sur l'administration de deux doses de vaccin contre le VPH à l'intention des filles de ce groupe d'âge (en 2013 et 2014, respectivement).
- La participation à l'immunisation est généralement élevée en Angleterre et en Australie (90,9 % et 82,0 % des filles admissibles ont reçu au moins la première dose, respectivement)<sup>28, 29</sup>. Par contre, les taux d'immunisation étaient plus faibles aux États-Unis (57,3 % des filles admissibles ont

reçu au moins la première dose de vaccin) que dans la plupart des provinces et des territoires canadiens (où 47,0 % à 93,8 % ont reçu au moins la première dose)<sup>30, 31</sup>.

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

- Des cohortes de rattrapage (c.-à-d. des programmes offrant le vaccin à des groupes d'étudiants plus âgés) ont été formées dans 9 des 13 provinces et territoires<sup>32</sup>. 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 dans le cadre de programmes organisés. Cela réduira éventuellement la nécessité d'établir des cohortes de rattrapage puisque les filles non vaccinées faisant partie des groupes d'âge plus âgés ciblés par ces cohortes seront moins nombreuses.
- En 2012, les recommandations du CCNI ont été élargies afin d'inclure au programme d'immunisation les garçons âgés de 9 à 26 ans<sup>23</sup>. La province de l'Île-du-Prince-Édouard a été la première à étendre son programme public d'immunisation contre le VPH aux garçons d'âge scolaire (2013), suivie par l'Alberta (automne 2014)<sup>32, 33</sup>.
- En 2013, l'objectif du programme national d'immunisation contre le VPH du Canada a été élargi en vue de « réduire la morbidité et la mortalité évitables liées au VPH dans la population canadienne ». Ce changement vise à refléter le fardeau des maladies attribuables au VPH qui ne sont pas liées au cancer et à tenir compte de l'immunisation chez les hommes<sup>23</sup>.

### Que sait-on d'autre?

- Les travaux de modélisation statistique que le Partenariat canadien contre le cancer a récemment réalisés ont permis de prévoir les répercussions de plusieurs stratégies d'immunisation contre le VPH sur les futurs taux d'incidence et de mortalité du cancer du col de l'utérus. Si l'on suppose que le taux de participation au dépistage du cancer (test Pap tous les trois ans) est de 70 % chez les femmes âgées de 21 à 69 ans et que le taux d'immunisation est de 70 %, on prévoit que l'incidence du cancer du col de l'utérus ainsi que la mortalité attribuable à ce cancer seront plus faibles chez les groupes ayant reçu le vaccin. On prévoyait que la différence entre les femmes vaccinées et les femmes non vaccinées quant aux taux d'incidence et de mortalité du cancer du col de l'utérus augmenterait au fil du temps (p. ex. en 2049, l'incidence pourrait être de 4,6 sur 100 000 chez les femmes vaccinées par comparaison à 7,1 sur 100 000 chez les femmes non vaccinées; la mortalité pourrait atteindre 1,9 sur 100 000 chez les femmes vaccinées par comparaison à 3,1 sur 100 000 chez les femmes non vaccinées). Lorsqu'on s'est fondé sur un taux d'immunisation accru à 90 %, on a relevé très peu de différences entre les taux prévus de mortalité (par comparaison au taux d'immunisation de 70 %), puisqu'il existait une immunité collective. Ces calculs ont été effectués au moyen du Modèle de gestion des risques de cancer (MGRC)<sup>34</sup>.
- Le MGRC du Partenariat a aussi permis de prévoir une baisse marquée de la prévalence des types 16 et 18 du VPH grâce à un taux d'immunisation de 70 % chez les filles et les femmes<sup>34</sup>. Cette baisse est déjà perceptible dans d'autres pays, notamment les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie, où les programmes nationaux d'immunisation contre le VPH ont entraîné une diminution considérable de la prévalence des infections liées au type de virus contenu dans le vaccin contre le VPH chez les filles et les femmes<sup>35-37</sup>.

## Note particulière : transport actif

### Que mesure-t-on et pourquoi le mesure-t-on?

Cet indicateur rend compte du pourcentage de la population ayant eu recours au transport actif au cours des trois mois précédents, au fil du temps, selon le groupe d'âge et la province. Aux fins du présent rapport, le transport actif est défini comme consistant à se déplacer à pied ou à vélo entre le lieu de résidence et l'école ou le lieu de travail, bien que la définition établie par certains groupes englobe le transport collectif.

- Il existe de plus en plus de données probantes indiquant que la pratique régulière d'une activité physique peut protéger les gens contre plusieurs types de cancer, en plus d'avoir des effets bénéfiques plus généraux sur le plan de la santé. Le rapport de 2007 du World Cancer Research Fund (WCRF) conclut que l'activité physique exerce un effet protecteur contre le cancer du côlon et pourrait offrir une protection contre le cancer postménopausique du sein et le cancer de l'endomètre<sup>2</sup>.
- L'activité physique est un facteur important dans le maintien d'un poids santé et la prévention de l'obésité. L'excès de poids et l'obésité sont des facteurs de risque de plusieurs cancers, y compris ceux du côlon, du rectum, du sein (cancer postménopausique), de l'endomètre, du pancréas et du sein<sup>2</sup>.
- L'une des cibles de la Stratégie canadienne en matière de modes de vie sains est d'accroître la proportion des Canadiens qui s'adonnent à une activité physique régulière (c'est-à-dire 30 minutes par jour d'activité d'intensité modérée à élevée). On vise une augmentation de 20 % d'ici 2015 (en se servant des données de 2003 comme référence). Si cette cible est atteinte, cela signifierait que 60,5 % des Canadiens pratiqueraient une activité physique régulière<sup>38</sup>.
- Le transport actif est un moyen pratique et efficace d'accroître les niveaux d'activité physique et d'influer de façon positive sur la santé. Par exemple, il est possible d'intégrer aux activités et habitudes quotidiennes les déplacements à pied ou à vélo entre le lieu de résidence et le lieu de travail ou l'école, ce qui permettrait d'améliorer la santé globale<sup>39,40</sup>. La participation au transport actif pourrait vraisemblablement constituer un comportement plus durable chez la plupart des gens que la pratique d'activités physiques récréatives comme s'entraîner au gymnase<sup>40</sup>.
- Les niveaux d'activité physique ont diminué au Canada en raison du recours et de l'accès accru aux véhicules motorisés pour le transport quotidien<sup>41</sup>. Il serait peut-être plus facile d'accroître les niveaux quotidiens d'activité physique en augmentant le nombre de déplacements effectués à pied ou à vélo (soit en entier pour les navettes de courte durée, ou en partie, de concert avec d'autres modes de transport, pour les navettes de longue durée)<sup>42</sup>. Le transport actif est une forme d'activité physique relativement facile à intégrer aux habitudes quotidiennes, mais la pratique d'autres activités physiques est également importante pour la santé et le bien-être.

### Quels résultats a-t-on obtenus?

- La participation au transport actif varie d'une province et d'un territoire à l'autre. Le pourcentage des adultes ayant déclaré avoir recours au transport actif allait de 12,3 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 50,9 % au Nunavut. Cette participation était le plus élevée dans les trois territoires canadiens (figure 1.i).

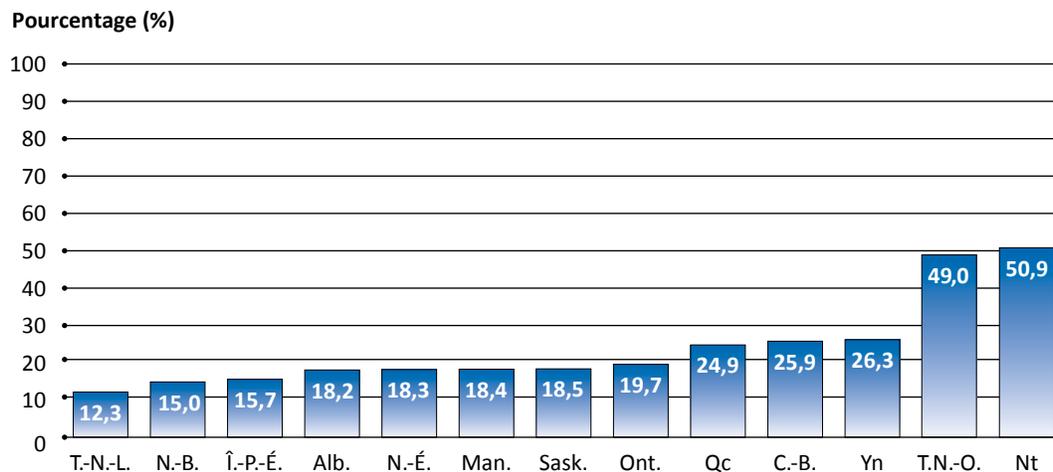
- La participation au transport actif était le plus répandue chez les jeunes d'âge scolaire âgés de 12 à 17 ans (54,3 %). Elle était le moins répandue chez les personnes de 65 ans et plus (10,1 %) [figure 1.ii].
- Le pourcentage des personnes s'adonnant au transport actif — soit environ 22,0 % des adultes canadiens — est demeuré largement inchangé depuis 2007 (données non présentées).

### Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les données communiquées concernant cet indicateur comprennent la participation autodéclarée au transport actif au cours des trois mois précédents. Elles ne tiennent pas compte du temps consacré au transport actif, de la fréquence de la participation ni de l'utilisation du transport actif multimodal. Ces autres aspects du transport actif pourraient constituer des domaines à prendre en compte dans le cadre des travaux et des études futurs.
- Les tableaux de données relatifs à cet indicateur (y compris les intervalles de confiance) ainsi que l'explication détaillée de la méthode de calcul présentés dans l'annexe technique complète sont disponibles à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

FIGURE 1.i

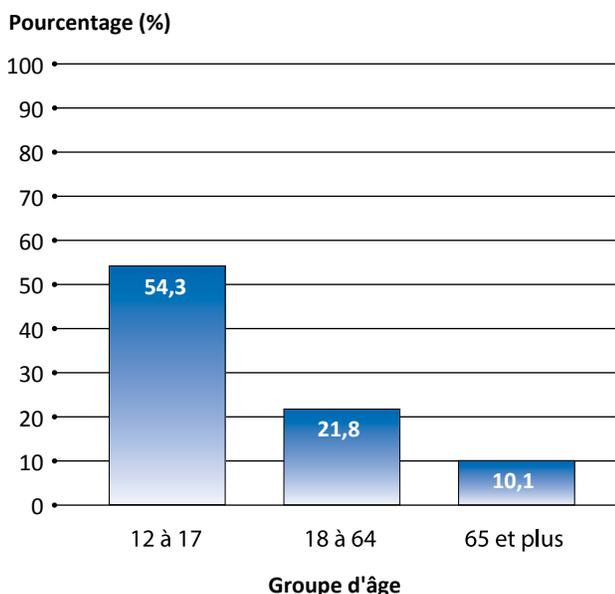
#### Pourcentage des adultes ( $\geq 18$ ans) ayant déclaré avoir utilisé le transport actif au cours des trois mois précédents, selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2013



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

FIGURE 1.ii

**Pourcentage de la population ayant déclaré avoir utilisé le transport actif au cours des trois mois précédents, selon le groupe d'âge – déclaration faite en 2013**



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

### Que peut-on conclure des résultats?

- D'après les données disponibles issues de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cet indicateur présente la meilleure estimation du transport actif au Canada. Toutefois, étant donné que l'indicateur englobe seulement les déplacements à pied ou à vélo entre le lieu de résidence et le lieu de travail ou l'école, il est probable qu'il sous-estime la situation, car il se peut qu'un grand nombre de personnes utilisent le transport actif dans d'autres domaines de leur vie (p. ex. se déplacer à pied ou à vélo vers l'épicerie ou en vue d'une activité sociale, etc.). En outre, il est important de souligner que le transport actif n'est qu'une forme d'activité physique; le *Rapport de 2011 sur le rendement du système de lutte contre le cancer* indique que 26 % des adultes canadiens se sont déclarés actifs durant leurs loisirs<sup>43</sup>.
- Les niveaux d'utilisation du transport actif chez les adultes canadiens sont demeurés relativement faibles et n'ont pas changé entre 2007 et 2013. Il existe des possibilités inexploitées en matière de réformes politiques qui inciteraient davantage de Canadiens à se déplacer à pied ou à vélo plus régulièrement, ce qui pourrait avoir des effets bénéfiques considérables sur la santé — y compris réduire le risque de certains cancers.
- Les écarts entre les provinces pourraient s'expliquer par les différences géographiques ou les méthodes de promotion et de soutien du transport actif qui sont utilisées auprès des adultes dans les provinces et les territoires. Par exemple, le transport actif est beaucoup plus utilisé dans les territoires (en particulier au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest), peut-être parce que la plupart des habitants vivent dans des zones urbaines

## 1. Prévention

(qui peuvent être dotées d'une infrastructure favorisant le transport actif) ou parce que l'absence de routes oblige les gens à se déplacer à pied ou à vélo. Il se peut aussi qu'il existe des différences sur les plans des politiques provinciales et municipales d'urbanisme (p. ex. celles portant sur l'infrastructure de soutien, comme la disponibilité de pistes cyclables), du déneigement, de la sécurité des piétons et des cyclistes, de la sensibilisation aux options qui s'offrent en matière de transport actif et aux avantages de celui-ci, et du financement disponible pour appuyer le transport actif et le cadre bâti<sup>41</sup>.

- Les faibles taux de transport actif déclarés par les Canadiens âgés de plus de 65 ans ne sont pas étonnants, puisque la question de l'enquête portait expressément sur les déplacements à pied ou à vélo entre le lieu de résidence et le lieu de travail ou l'école. Étant donné que les personnes âgées sont moins susceptibles de travailler ou de fréquenter l'école, elles seraient moins susceptibles de déclarer participer au transport actif à ces fins, comparativement aux personnes âgées de moins de 65 ans.
- Les enfants et jeunes canadiens sont plus susceptibles que les adultes d'avoir recours au transport actif. Cette situation pourrait être attribuable aux récentes tentatives de promotion de l'activité physique auprès de ces groupes d'âge. Par exemple, des programmes scolaires de planification du transport (p. ex. autobus scolaires « pédestres », sécurité sur le chemin de l'école, journées « à l'école à pied ») ont été créés afin d'accroître les niveaux d'activité physique chez les enfants et les jeunes<sup>44, 45</sup>. De plus, les enfants qui habitent près de leur école (qui sont plus nombreux que les adultes vivant près de leur lieu de travail) sont plus susceptibles d'avoir recours au transport actif<sup>46</sup>, tout comme ceux qui habitent dans une zone urbaine (qui peut être dotée d'une infrastructure de soutien) et ceux issus de familles à faible revenu.
- Bien que le taux de participation au transport actif soit plus élevé chez les enfants et les jeunes que chez les adultes, il demeure insuffisant. Le *Bulletin 2014 de l'activité physique chez les jeunes* de Jeunes en forme Canada attribue la note D en ce qui a trait au transport actif en raison du faible pourcentage des enfants et des jeunes qui ont recours au transport actif pour aller à l'école et en revenir, et de la baisse du transport actif survenue chez les enfants et les jeunes au cours de la dernière décennie<sup>46</sup>.
- Les taux de transport actif varient à l'échelle internationale. Les taux enregistrés au Canada sont faibles, tout comme le sont ceux observés en Australie et aux États-Unis, où moins de 15 % des déplacements quotidiens entre le lieu de résidence et le lieu de travail ont été faits à pied ou à vélo. Le Canada pourrait tirer profit des leçons retenues dans les pays européens qui ont constaté que le fait d'accroître les taux de transport actif permet de rehausser le niveau d'activité physique global chez leurs citoyens. Aux Pays-Bas, par exemple, plus de la moitié des déplacements quotidiens ont été réalisés à vélo ou à pied (il convient de souligner que cela comprend les déplacements effectués à toutes fins; les taux auraient pu être légèrement inférieurs si l'on avait tenu compte uniquement des déplacements entre le lieu de résidence et le lieu de travail)<sup>47</sup>.

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

- En 2009, l'Association médicale canadienne (AMC) a recommandé de demander à tous les secteurs (gouvernement, monde des affaires, et le public) d'unir leurs efforts pour créer une culture qui soutient et favorise le recours au transport actif. L'AMC croit qu'il est possible d'atteindre cet objectif grâce à une sensibilisation accrue du public, à la prise en compte du transport actif et du cadre bâti lors

- de l'aménagement et du renouvellement des infrastructures, et à l'évaluation des répercussions des interventions ainsi que des décisions relatives au transport sur la santé<sup>40</sup>.
- L'initiative 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 *Bâtir un Canada en santé* de l'initiative COALITION vise à intégrer les considérations relatives à la santé aux politiques et pratiques de planification communautaire afin d'appuyer l'activité physique et le transport actif grâce à l'établissement d'un cadre national. Ce projet a été financé jusqu'en septembre 2014.
  - Le Partenariat a mis sur pied le *Répertoire des politiques de prévention* ([www.vuesurlecancer.ca/politiquesprevention](http://www.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. Le *Répertoire* comprend les politiques concernant l'activité physique (453 politiques) et le cadre bâti (554 politiques), y compris le transport actif (268 politiques), en vigueur aux échelons fédéral, provincial, territorial et municipal. Ces politiques englobent notamment des lois, des règlements, des règlements municipaux, des plans stratégiques et des plans opérationnels. L'outil donne un accès direct en ligne aux documents de politique et aux instruments juridiques liés aux facteurs de risque modifiables du cancer et des maladies chroniques.
  - Le Partenariat a créé deux cartes interactives qui permettent aux utilisateurs d'étudier les travaux réalisés à l'échelle du pays en matière d'élaboration de politiques sur le transport actif ([www.vuesurlecancer.ca/politiquesprevention](http://www.vuesurlecancer.ca/politiquesprevention)). Ces cartes présentent les politiques qui sont actuellement en vigueur aux échelons provincial, territorial et municipal. Bien que le contenu des deux cartes soit relié au *Répertoire des politiques de prévention*, les utilisateurs peuvent présenter, aux fins d'inclusion dans la carte municipale, des renseignements sur les politiques qui ne sont peut-être pas déjà saisis dans le Répertoire.
  - Le Partenariat a produit une série d'études de cas visant à favoriser le transfert des connaissances sur le transport actif ([www.vuesurlecancer.ca/politiquesprevention](http://www.vuesurlecancer.ca/politiquesprevention)). Les travaux d'élaboration de politiques sur le transport actif entrepris dans trois municipalités canadiennes — Vancouver (Colombie-Britannique), Red Deer (Alberta) et Hamilton (Ontario) — sont présentés dans ces études de cas.

## Que sait-on d'autre?

- Une stratégie viable pour accroître le transport actif consiste à intégrer celui-ci au transport collectif (partage modal). Par exemple, l'installation de supports à vélos sur les autobus, l'autorisation de garer des vélos aux arrêts de transport collectif, et favoriser l'établissement de liens piétonniers vers les stations et les services de transport collectif pourraient permettre d'élargir les réseaux de transport actif dans les zones urbaines<sup>41</sup>.
- Le recours au transport actif est une option facilement réalisable pour les personnes vivant dans des zones urbaines et pour les personnes qui font la navette sur de courtes distances. Il est plus difficile d'utiliser le transport actif dans les régions rurales où il est peu réaliste de se déplacer à pied ou à vélo en raison des distances à parcourir. Dans ces régions, on pourrait promouvoir le transport actif pour une partie du trajet<sup>42</sup>.
- Le Canada et les États-Unis adoptent actuellement des politiques sur les *rues complètes*. Les *rues complètes* sont conçues pour répondre aux besoins de tous les usagers de la route — les piétons, les cyclistes, les automobilistes, et les usagers du transport collectif —, et ce, peu importe leur âge et leurs capacités. Ces rues sont conçues pour refléter un contexte particulier; par exemple, les *rues complètes* aménagées dans les collectivités rurales diffèrent de celles créées dans les régions urbaines. La disponibilité de *rues complètes* permettrait d'améliorer la sécurité et l'accès, en plus de fournir des options de transport, et d'encourager les gens à intégrer l'utilisation de la marche ou du vélo à leurs déplacements entre le lieu de résidence et l'école ou le lieu de travail (soit pour parcourir le trajet en entier, ou en partie grâce au partage modal). Ces mesures permettraient également d'accroître les niveaux d'activité physique et peut-être de favoriser la santé. L'aménagement de *rues complètes* nécessite la motivation des municipalités, des provinces et des territoires. Au Canada, les villes de Calgary et d'Edmonton (Alberta) et celles de Waterloo, d'Ajax et d'Ottawa (Ontario) disposent toutes de politiques sur les *rues complètes* à l'heure actuelle<sup>48, 49</sup>.

## 2. Dépistage

---

Dépistage du cancer  
du col de l'utérus

42

---

Dépistage du  
cancer du sein

46

---

Dépistage du  
cancer colorectal

50

---

Note particulière :  
dépistage chez les  
populations mal desservies

56



## 2. Dépistage

*Le présent chapitre est consacré aux taux de dépistage autodéclaré des cancers du col de l'utérus, du sein et colorectal chez les personnes asymptomatiques, fondés sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Il renferme également une note particulière sur les taux de dépistage des cancers du col de l'utérus, du sein et colorectal selon le revenu du ménage et la durée de résidence au Canada (c.-à-d. les taux de dépistage chez les immigrants récents sont comparés aux taux de dépistage chez les personnes qui sont nées au Canada).*

Sur les quelque 191 300 nouveaux cas de cancer diagnostiqués au Canada en 2014, le quart (26,3 %) étaient des cas de cancer du sein, de cancer colorectal ou de cancer du col de l'utérus<sup>50</sup>. Il s'agit des trois seuls types de cancer pour lesquels il existe des programmes organisés de dépistage au sein de la population au Canada. Le dépistage peut avoir lieu dans le cadre de ces programmes (ce qu'on appelle le *dépistage programmatique*) ou hors programme (ce qu'on appelle le *dépistage non programmatique* ou *opportuniste*).

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'utérus<sup>51,52</sup> et au cancer colorectal (certaines modalités de dépistage)<sup>53-55</sup>, ainsi que la mortalité par cancer du sein<sup>56-58</sup>. Le dépistage peut réduire la mortalité car

il permet de détecter les cancers avant qu'ils ne deviennent incurables. Il peut également réduire l'incidence puisqu'il permet de détecter les précancers (c.-à-d. la croissance anormale de cellules pouvant devenir malignes). 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.

Même si les données présentées dans la présente section reposent sur les résultats d'enquête à déclaration volontaire, une étude antérieure portant sur le dépistage du cancer du sein au Canada indique que les taux de dépistage autodéclaré correspondent approximativement aux taux d'utilisation réels tirés des données administratives<sup>59</sup>.

Indicateur	Sommaire des résultats
Dépistage du cancer du col de l'utérus	<p>En 2012, le pourcentage de femmes de 18 à 69 ans déclarant avoir subi un test Pap au cours des trois dernières années variait, allant de 70,3 % au Québec à 87,3 % à l'Île-du-Prince-Édouard. En 2013, ces données n'étaient disponibles que pour six provinces ou territoires présentant des taux de dépistage assez stables, comparativement à ceux déclarés en 2012.</p> <p>La valeur cible pour cet indicateur est 80 %. En 2012, cinq provinces ou territoires ont atteint cette cible et huit n'y sont pas parvenus; des six provinces ayant fourni des données en 2013, une seule a atteint la cible de 80 %.</p>

Indicateur	Sommaire des résultats
<b>Dépistage du cancer du sein</b>	<p>Les données de 2012 montrent des fluctuations des taux de dépistage autodéclaré du cancer du sein d'une région à l'autre du pays, comprises entre 57,4 % au Yukon et 74,9 % au Québec. En 2013, les taux de dépistage avaient fléchi dans trois des quatre provinces ou territoires et avaient augmenté dans une province ou un territoire (comparativement à 2012).</p> <p>La cible pour cet indicateur est 70 %. En 2012, sept provinces ou territoires l'ont atteint, tandis que six n'y sont pas parvenus; des quatre provinces ou territoires ayant fourni des données en 2013, une province ou un territoire avait atteint la cible de 70 %.</p>
<b>Dépistage du cancer colorectal</b>	<p>Selon les données de 2012, les taux de dépistage autodéclaré du cancer colorectal ont varié d'une région à l'autre du pays (« taux de répondants se disant à jour dans leurs tests de dépistage »), allant de 28,3 % au Québec à 59,2 % au Manitoba. Des données n'étaient disponibles que pour huit provinces ou territoires en 2013; les taux de dépistage pour ces provinces ou territoires étaient assez stables, comparativement à 2012.</p> <p>L'objectif pour cet indicateur est que 60 % des personnes déclarent avoir subi un test de dépistage de sang dans les selles aux fins du dépistage du cancer. En 2012 et 2013, aucune province ni aucun territoire n'avait atteint cette cible.</p>
<b>Dépistage dans les populations mal desservies</b>	<p>En 2012, les personnes touchant un faible revenu et les nouveaux immigrants étaient moins susceptibles de déclarer avoir subi un test de dépistage du cancer du col de l'utérus, du cancer du sein ou du cancer colorectal que les personnes à revenu plus élevé ou nées au Canada. Le dépistage du cancer du sein chez les immigrantes constituait une exception à cet égard car aucun écart n'a été observé entre elles et leurs homologues canadiens.</p> <p>La cible pour le dépistage du cancer du col de l'utérus selon le revenu du ménage et le statut d'immigrante était fixée à 80 % des femmes. Elle a été atteinte dans le cas des femmes de tous les quintiles, exception faite de celles faisant partie des catégories Q1 et Q2 (les quintiles inférieurs). La cible a été atteinte seulement pour les femmes nées au Canada. En ce qui a trait au cancer du sein, la cible pour le dépistage selon le revenu du ménage et le statut d'immigrante était fixée à 70 % des femmes. Elle a été atteinte dans le cas des femmes de tous les quintiles de revenu (sauf Q1, qui est le quintile inférieur) et pour toutes les femmes ayant le statut d'immigrante.</p>

## Dépistage du cancer du col de l'utérus

### Que mesure-t-on et pourquoi le 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 des trois dernières années. Présenté à la fois pour 2012 (pour l'ensemble du pays) et pour 2013 (pour les provinces et territoires participants), il se fonde sur les données tirées de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

- Selon les estimations, 1 465 femmes ont reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus au Canada en 2014<sup>50</sup>. 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; environ 70 % de ces

cas de cancer sont attribuables à une infection par des VPH de types 16 et 18<sup>22, 23</sup>.

- 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)<sup>60, 61</sup>. Le test Pap permet de détecter les changements cellulaires anormaux de la muqueuse qui tapisse le col de l'utérus et d'intervenir avant qu'un cancer envahissant ne se développe.
- Le Groupe de travail sur les cibles et les modèles de rendement du système du Partenariat canadien contre le cancer a récemment établi l'objectif national de 80 % des femmes déclarant avoir subi au moins un

test Pap au cours des trois dernières années (pour obtenir un complément d'information sur cette cible, voir *Que peut-on conclure des résultats?*).

### Quels résultats a-t-on obtenus?

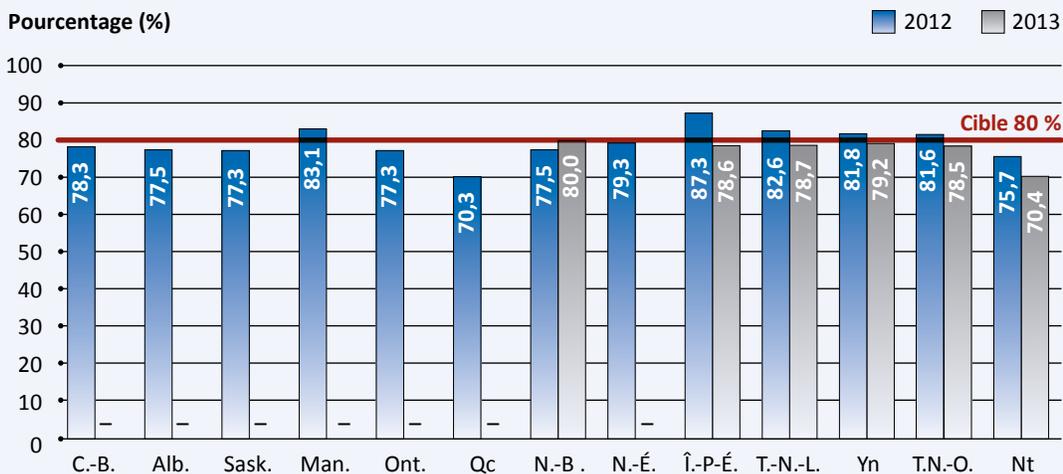
- Selon les données de 2012, les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes de 18 à 69 ans variaient, allant de 70,3 % au Québec à 87,3 % à l'Île-du-Prince-Édouard. Cinq provinces ou territoires (Manitoba, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Yukon et Territoires du Nord-Ouest) ont atteint l'objectif de 80,0 % fixé pour cet indicateur; les huit autres provinces ou territoires n'y sont pas parvenus (figure 2.1).
- Pour ce qui est de l'enquête de 2013, seulement six provinces ou territoires ont fourni des données. Les taux de dépistage pour ces provinces ou territoires étaient assez stables, comparativement à ceux de 2012; ils ont augmenté dans une province (Nouveau-Brunswick) et diminué dans d'autres provinces ou territoires (Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut). Des six provinces ou territoires qui ont fourni des données en 2013, seul le Nouveau-Brunswick a atteint l'objectif de 80,0 % fixé pour cet indicateur (figure 2.1).

### Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- En 2013, les questions relatives au test Pap figurant dans *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) étaient « optionnelles » (c.-à-d. que le contenu était choisi par les autorités sanitaires en fonction des priorités régionales ou provinciales). Cela explique que des données sur les tests Pap n'aient pas été recueillies dans toutes les provinces ou tous les territoires en 2013.
- Des corrections sont apportées aux données de l'ESCC pour tenir compte des femmes ayant subi une hystérectomie. Ce qui n'est pas toujours le cas pour ce qui est des taux de dépistage programmatique.
- Les tableaux de données pour cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), de même que la méthode de calcul détaillée figurant dans l'annexe technique se trouvent à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

FIGURE 2.1

### Pourcentage<sup>†</sup> 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 2012 et 2013



« - » Données non disponibles.

† Normalisées selon l'âge en fonction de la population type de 2011.

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

### Que peut-on conclure des résultats?

- Il a été constaté que la participation aux programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus était élevée dans toutes les régions du pays, les taux étant similaires pour la plupart des provinces et des territoires.
- En 2015, une cible pour le rendement du système a été fixée pour la première fois en ce qui concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus. Elle a été établie par les spécialistes du Groupe de travail sur les cibles et les modèles de rendement du système du Partenariat, qui ont recommandé l'alignement sur la cible programmatique de 80 % fixée dans le cadre de l'Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus (IPDCCU). Aux fins de l'établissement des rapports sur le rendement du système, la cible s'applique aux taux de dépistage autodéclaré comprenant toutes les activités de dépistage, tant programmatique que non programmatique (contrairement à la cible du programme, qui ne se rapporte qu'au dépistage programmatique). Le but est de faciliter le dépistage du cancer du col de l'utérus à l'échelon du système et d'accroître le pourcentage de la population protégée contre ce cancer qui peut-être détecté grâce au dépistage systématique. En 2012, cinq provinces ou territoires ont atteint la cible de 80 %. Les autres provinces ou territoires se sont tous approchés à moins de dix points de pourcentage de la cible fixée, ce qui signifie que celle-ci est, semble-t-il, raisonnable.
- La comparaison des taux de participation aux programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada à ceux de 14 autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) indique que le rendement du Canada est supérieur au rendement moyen des pays de l'OCDE qui s'établit à 67,6 %. Toutefois, le Canada a pris du retard sur des pays comme l'Italie, l'Allemagne et les États-Unis, qui affichent les plus forts taux de dépistage parmi les pays ayant fait l'objet de comparaisons en 2012 (s'établissant respectivement à 76,9 %, 78,7 % et 85,0 %)<sup>62</sup>.

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

- Les lignes directrices en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus du 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 l'ont déjà été<sup>60</sup>.
- Il y a des programmes organisés de dépistage du cancer du col de l'utérus dans toutes les provinces canadiennes, sauf au Québec et à l'Île-du-Prince-Édouard (même si le Québec a adopté des lignes directrices provinciales relativement au dépistage du cancer du col de l'utérus et si l'Île-du-Prince-Édouard offre l'accès, dans l'ensemble de la province, à des tests de dépistage ne faisant pas partie d'un programme organisé). Dans la plupart des provinces, les lignes directrices provinciales recommandent que le dépistage commence à l'âge de 21 ans, les intervalles de dépistage étant variables. À l'heure actuelle, il n'existe pas de programme organisé de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois territoires<sup>32</sup>.
- L'IPDCCU est un réseau national qui s'efforce d'optimiser la lutte contre le cancer du col de l'utérus. Diffusé en novembre 2013, le rapport de l'IPDCCU, intitulé Dépistage du cancer du col utérin au Canada : établir des cibles pour le rendement du programme, décrit brièvement la série de six indicateurs de qualité liés au dépistage du cancer du col de l'utérus. Il s'agit de la participation, de la qualité des échantillons prélevés, du délai d'obtention des résultats des tests de cytologie, du temps d'attente pour une colposcopie, de la concordance cyto-histologique et de l'incidence du cancer. Des cibles ont été fixées pour cinq de ces indicateurs<sup>63</sup>.
- En 2014, le Partenariat canadien contre le cancer a organisé un atelier réunissant des experts afin qu'ils débattent et formulent des stratégies de dépistage optimal du cancer du col de l'utérus en cette ère relativement nouvelle de la vaccination contre le VPH. Les participants ont étudié les stratégies à court et à long terme les plus facilement réalisables en vue du dépistage du cancer du col de l'utérus à la fois chez les cohortes vaccinées et les cohortes non vaccinées. Les experts recommandent de commencer sans plus tarder à planifier l'éventuelle adoption du test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire. Jusqu'à ce qu'il soit possible de passer à cette étape, ils recommandent de conserver les protocoles de dépistage actuels et de continuer à les utiliser aux fins du dépistage chez les femmes vaccinées ou non vaccinées.

## Que savons nous d'autre?

- La disponibilité du vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) modifie le contexte du dépistage du cancer du col de l'utérus. Le vaccin assurera une meilleure protection contre le cancer du col de l'utérus et certains autres types de cancer pour un nombre sans cesse croissant de jeunes femmes et de jeunes hommes. Il existe également de nouveaux tests de détection précoce de la maladie, entre autres des tests de détection de l'infection par des génotypes à haut risque de VPH<sup>61</sup>. Ces tests plus sensibles et plus facilement reproductibles ont une plus grande valeur prédictive que celle des tests Pap<sup>64</sup>. À la lumière de ces importants progrès, de nouvelles possibilités et méthodes de lutte contre le cancer du col de l'utérus sont à l'étude un peu partout au Canada et à l'étranger.
- La surveillance du dépistage du cancer du col de l'utérus doit se poursuivre à l'ère du vaccin contre le VPH et ce, pour plusieurs raisons :
  - Les vaccins actuels ne protègent pas les personnes qui ont été infectées par des souches de VPH à haut risque avant d'avoir reçu le vaccin (le groupe des VPH comprend plus de 150 virus apparentés, dont certains sont considérés comme des virus « à haut risque » parce qu'ils sont liés au cancer.)
  - Le vaccin actuel ne cible que les types 16 et 18 du VPH qui, pris ensemble, interviennent pour la majeure partie des cas de cancer du col de l'utérus — environ 70 % — mais non pas pour tous<sup>65</sup>.
  - L'introduction du vaccin contre le VPH étant récente, il n'y a pas, à l'heure actuelle, suffisamment de données probantes pour déterminer le rôle futur du dépistage chez les femmes ayant reçu ce vaccin.

## Dépistage du cancer du sein

### Que mesure-t-on et pourquoi le 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 dernières années. Présenté à la fois pour 2012 (pour l'ensemble du pays) et pour 2013 (pour les provinces et territoires participants), il se fonde sur les données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).**

- Le cancer du sein est le cancer le plus courant chez les Canadiennes et la deuxième principale cause de décès attribuable au cancer chez les femmes<sup>50</sup>.
- Il ressort de l'examen des données probantes que l'adoption généralisée de la mammographie de dépistage a contribué à la réduction de la mortalité attribuable au cancer du sein<sup>66, 67</sup>. La détection précoce permet l'application rapide de traitements plus efficaces, d'où l'obtention de meilleurs résultats.
- Le Groupe de travail sur les cibles et les modèles de rendement du système du Partenariat canadien contre le cancer a récemment fixé à 70 % la cible nationale pour les femmes déclarant une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années (pour obtenir un complément d'information sur cette cible, voir *Que peut-on conclure des résultats?*).

### Quels résultats a-t-on obtenus?

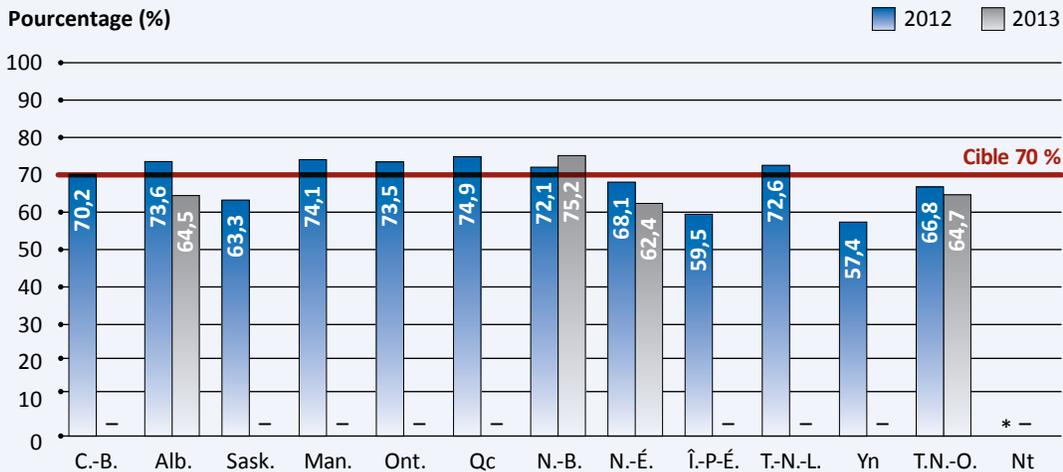
- Selon les données de 2012, il existe des fluctuations d'une région à l'autre quant au pourcentage de femmes de 50 à 69 ans déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années; les taux allant de 57,4 % au Yukon à 74,9 % au Québec. Sept provinces ou territoires (Colombie-Britannique, Alberta, Manitoba, Ontario, Québec, Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador) ont atteint la cible de 70 % fixée pour cet indicateur; les autres six provinces ou territoires n'y sont pas parvenus (figure 2.2).
- En 2013, seulement quatre provinces ou territoires ont fourni des données. Les taux de dépistage pour ces provinces ou territoires variaient, comparativement à ceux déclarés en 2012, quoi qu'il soit difficile de dégager une tendance à partir de données ne visant qu'une période de deux ans. Les taux ont fléchi dans trois provinces ou territoires (l'Alberta, la Nouvelle-Écosse et les Territoires du Nord-Ouest) et ont augmenté dans une province (le Nouveau-Brunswick). La diminution est particulièrement marquée en Alberta puisque les taux de dépistage autodéclaré sont passés de 73,6 % en 2012 à 64,5 % en 2013. Des quatre provinces ou territoires ayant fourni des données en 2013, seul le Nouveau-Brunswick a atteint la cible de 70 % fixée pour cet indicateur (figure 2.2).

### 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.
- En 2013, les questions relatives à la mammographie étaient « optionnelles » (c.-à-d. que le contenu était choisi par les autorités sanitaires en fonction des priorités régionales ou provinciales). Cela explique que des données sur les mammographies n'aient pas été recueillies dans toutes les provinces ou tous les territoires.
- Les tableaux de données pour cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), de même que la méthode de calcul détaillée figurant dans l'annexe technique se trouvent à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

FIGURE 2.2

### Pourcentage des femmes admissibles<sup>†</sup> (de 50 à 69 ans) déclarant avoir subi une mammographie de dépistage<sup>††</sup> au cours des deux dernières années, selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2012 et 2013



\* Supprimées en raison des petits nombres.

« - » Données non disponibles.

† 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 pour examiner les causes de symptômes.

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

### Que peut-on conclure des résultats?

- Les taux de participation autodéclarée au dépistage du cancer du sein étaient élevés dans toutes les régions du pays. Toutefois, des variations subsistent entre les provinces ou territoires quant aux taux de dépistage autodéclaré du cancer du sein. Certaines de ces variations pourraient être attribuables aux divergences des profils sociodémographiques des femmes qui ont accès à des programmes de dépistage (voir *Note particulière : dépistage chez les populations mal desservies*).
- En 2015, une cible pour le rendement du système a été fixée pour la première fois en ce qui concerne le dépistage du cancer du sein. Elle a été établie par les spécialistes du Groupe de travail sur les cibles et les modèles de rendement du système du Partenariat, qui ont recommandé l'alignement sur la cible programmatique de 70 % fixée dans le cadre de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS). Aux fins de l'établissement des rapports sur le rendement du système, la cible s'applique aux taux de dépistage autodéclaré comprenant toutes les

activités de dépistage, tant programmatique que non programmatique (contrairement à la cible du programme, qui ne se rapporte qu'au dépistage programmatique). Le but est de faciliter le dépistage du cancer du sein à l'échelon du système et d'accroître le pourcentage de la population protégée contre ce cancer qui peut-être détecté grâce au dépistage systématique.

- La comparaison des taux de participation aux programmes de dépistage du cancer du sein au Canada à ceux de 14 autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) indique que le rendement du Canada est supérieur au rendement moyen des pays de l'OCDE qui s'établit à 66,4 %. Toutefois, le Canada a pris du retard sur des pays comme les États-Unis et les Pays-Bas, qui affichent les plus forts taux de dépistage parmi les pays ayant fait l'objet de comparaisons en 2012 (s'établissant respectivement à 80,0 % et 85,6 %) <sup>62</sup>.

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

- Les lignes directrices nationales en matière de dépistage du cancer du sein du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommandent que les femmes de 50 à 69 ans qui courent un risque moyen de souffrir d'un cancer du sein fassent l'objet d'un dépistage systématique par mammographie tous les deux ou trois ans<sup>1</sup>. Des programmes organisés de dépistage qui invitent les femmes de 50 à 69 ans à subir une mammographie sont offerts dans toutes les provinces ou territoires, sauf au Nunavut<sup>68</sup>.
- Selon une étude canadienne récente, la participation à un programme de dépistage par mammographie réduit considérablement le risque de mourir d'un cancer du sein. Chez les participantes à un programme de dépistage, le taux de mortalité attribuable à un cancer du sein était inférieur de 40 % à celui des femmes qui ne participaient pas à un tel programme. Les baisses des taux de mortalité ont été observées dans les dix ans ayant suivi le début de la participation des femmes à des programmes de dépistage<sup>67</sup>.

### Que sait-on d'autre?

- Dans un exposé de position diffusé en 2014 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), il était fortement recommandé que les femmes de 50 à 69 ans vivant dans des pays bien dotés en ressources comme le Canada subissent une mammographie dans le cadre des programmes de dépistage (*données probantes de qualité moyenne*). La mammographie était recommandée sous certaines conditions pour les femmes de 40 à 49 ans (*données probantes de qualité moyenne*) et également pour celles de 70 à 74 ans (*données probantes de faible qualité*). Il est proposé dans ce document de l'OMS que les femmes faisant partie de ces deux groupes d'âge (40 à 49 ans et 70 à 74 ans) et leurs médecins participent au processus décisionnel<sup>69</sup>.

## Dépistage du cancer colorectal

### Que mesure-t-on et pourquoi le mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le pourcentage des personnes de 50 à 74 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 dernières années, soit une coloscopie ou une sigmoïdoscopie au cours des cinq dernières années. Présenté à la fois pour 2012 (pour l'ensemble du pays) et pour 2013 (pour les provinces et territoires participants), il se fonde sur les données tirées de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.

- Le cancer colorectal vient au troisième rang pour les cancers les plus couramment diagnostiqués et il constitue la deuxième cause de décès par cancer au Canada<sup>50</sup>.
- Le dépistage systématique effectué à partir du test de dépistage de sang dans les selles chez les personnes de 50 ans ou plus, suivi d'une coloscopie pour celles dont les résultats de test ont été anormaux, peut réduire les décès attribuables au cancer colorectal<sup>53</sup>.
- Le Groupe de travail sur les cibles et les modèles de rendement du système du Partenariat canadien contre le cancer a récemment fixé à 60 % la cible nationale pour les personnes ayant déclaré avoir subi un test de dépistage de sang dans les selles au cours des deux dernières années (pour obtenir un complément d'information sur cette cible, voir *Que peut-on conclure des résultats?*).

### Quels résultats a-t-on obtenus?

- En 2012, le pourcentage de Canadiens ayant déclaré qu'ils étaient à jour dans leurs tests de dépistage du cancer colorectal (test de dépistage de sang dans les selles, dépistage par sigmoïdoscopie/coloscopie, ou les deux) allait de 28,3 % au Québec à 59,2 % au Manitoba. Huit provinces ou territoires ont

fourni des données à jour pour 2013. Dans ces provinces ou territoires, les taux de dépistage étaient assez stables, comparativement à ceux de 2012; ils étaient modérément en augmentation dans quelques provinces ou territoires (Québec et Nouveau-Brunswick) et en baisse dans d'autres provinces ou territoires (Alberta, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et Yukon) [figure 2.3].

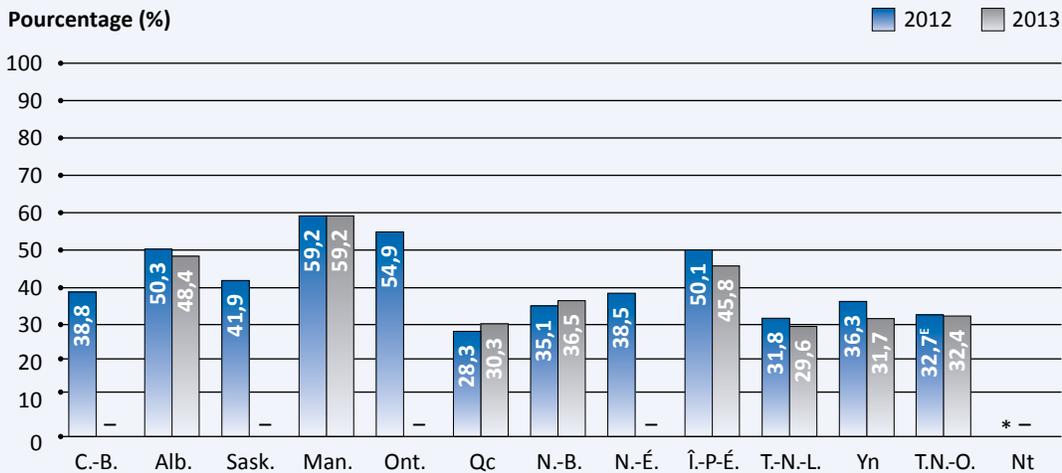
- L'examen des taux de dépistage selon le type de test (c.-à-d. dépistage de sang dans les selles au cours des deux dernières années, par opposition à une endoscopie au cours des cinq dernières années) révèle que le recours à la sigmoïdoscopie ou à la coloscopie était plus fréquent en Ontario, tandis que l'utilisation du test de dépistage de sang dans les selles était plus fréquente au Manitoba (données de 2012). Parmi les huit provinces ayant fourni des données à jour en 2013, la sigmoïdoscopie ou la coloscopie était plus utilisée en Alberta, tandis que le dépistage de sang dans les selles continue d'être surtout utilisé au Manitoba (l'Ontario n'a pas déclaré de données en 2013). En 2012 et en 2013, aucune province n'a atteint la cible de 60 % fixée pour le dépistage de sang dans les selles pour cet indicateur (figures 2.4 et 2.5).
- En 2013, les taux de dépistage du cancer colorectal les plus élevés ont été enregistrés pour les Canadiens de 60 à 74 ans, comparativement à ceux observés pour le groupe d'âge des 50 à 59 ans (42,0 % par opposition à 32,5 %) [figure 2.6].
- Les taux de dépistage du cancer colorectal étaient similaires chez les hommes (38,0 %) et les femmes (36,1 %) en 2013 (figure 2.6).

## Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- La présente section porte sur le pourcentage de Canadiens ayant déclaré être à jour dans leurs tests de dépistage du cancer colorectal fondé sur les données autodéclarées tirées de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Les personnes qui « sont à jour dans leurs tests » sont celles qui ont subi soit un test de dépistage de sang dans les selles au cours des deux dernières années, soit une coloscopie ou une sigmoïdoscopie au cours des cinq dernières années.
- L'intervalle de dépistage recommandé est de cinq ans pour la sigmoïdoscopie et de dix ans pour la coloscopie<sup>70</sup>. Puisqu'il n'est pas fait de distinction dans *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* entre les intervalles pour la sigmoïdoscopie et la coloscopie, l'intervalle de cinq ans a été utilisé dans les deux cas. Il se peut donc que cet indicateur sous-estime le nombre de Canadiens qui sont à jour.
- Dans la figure se rapportant au dépistage de sang dans les selles (figure 2.4), le dénominateur comprend les personnes asymptomatiques faisant partie de ce groupe d'âge, entre autres celles qui ont déclaré avoir subi une coloscopie ou une sigmoïdoscopie au cours des cinq dernières années. Il se peut donc que cet indicateur sous-estime le nombre de Canadiens qui ont subi un test de dépistage de sang dans les selles compte tenu de la possibilité que toutes les personnes incluses dans le dénominateur n'aient pas été admissibles au dépistage; les résultats pourraient ne pas offrir une vision globale du dépistage du cancer colorectal à l'aide de tests de dépistage de sang dans les selles.
- 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 de cancer colorectal, 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 ou toute autre raison.
- Le dépistage de sang dans les selles (appelé également recherche de sang occulte dans les selles ou RSOS) englobe le test au gâïac (RSOSg) et le test immunochimique fécal (TIF).
- En 2013, les questions relatives au cancer colorectal étaient « optionnelles » (c.-à-d. que le contenu était choisi par les autorités sanitaires en fonction des priorités régionales ou provinciales). Cela explique que des données sur le dépistage du cancer colorectal n'aient pas été recueillies dans toutes les provinces ou tous les territoires.
- Les tableaux de données pour cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), de même que la méthode de calcul détaillée figurant dans l'annexe technique se trouvent à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

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 2012 et 2013**



\* Supprimées en raison des petits nombres.

« - » Données non disponibles.

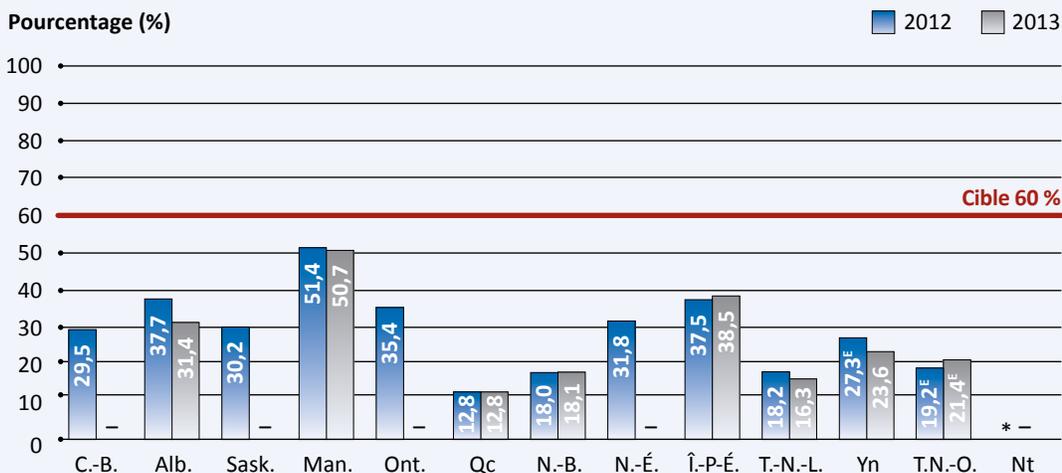
<sup>†</sup> À interpréter avec prudence en raison de la grande variabilité des estimations.

† Exclut les tests effectués pour examiner des causes 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, selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2012 et 2013**



\* Supprimées en raison des petits nombres.

« - » Données non disponibles.

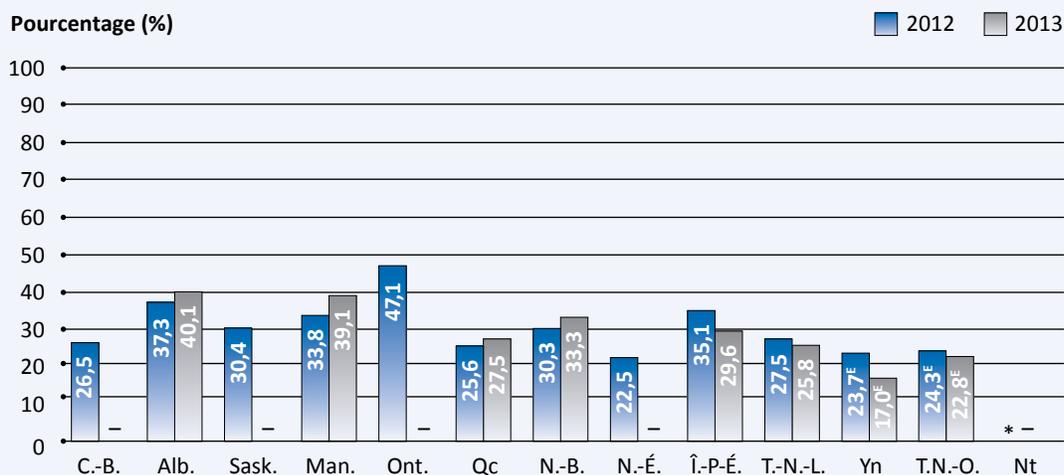
<sup>†</sup> À interpréter avec prudence en raison de la grande variabilité des estimations.

† Exclut les tests effectués pour examiner des causes 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 2012 et 2013**



\* Supprimées en raison des petits nombres.

« - » Données non disponibles.

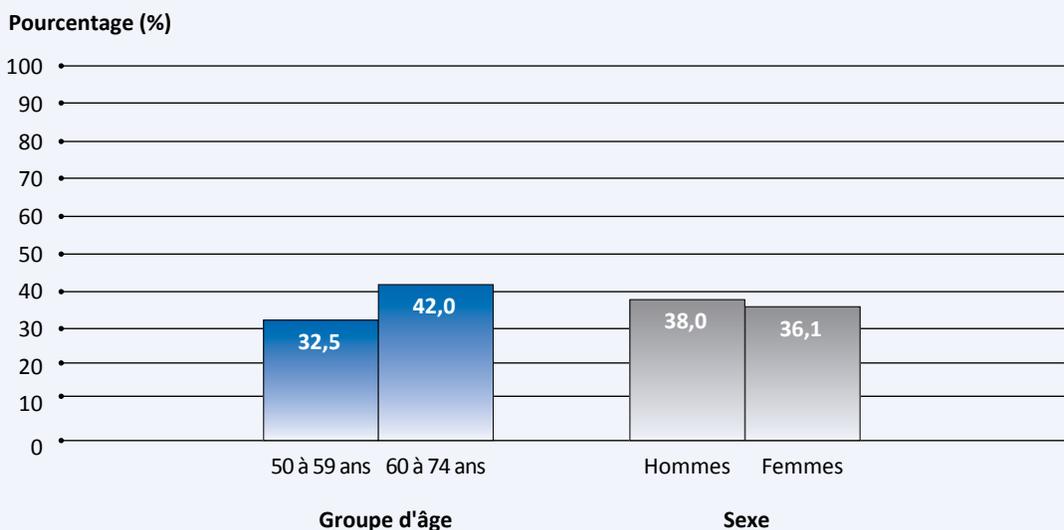
<sup>‡</sup> À interpréter avec prudence en raison de la grande variabilité des estimations.

<sup>†</sup> Exclut les tests effectués pour examiner des causes 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 ou une sigmoïdoscopie/coloscopie de dépistage\* au cours des cinq dernières années, selon le groupe d'âge et le sexe – déclaration faite en 2013**



<sup>†</sup> Exclut les tests effectués pour examiner des causes de symptômes.

Les résultats concernent l'Alb., le Man., le Qc, le N.-B., l'Î.-P.-É., T.-N.-L. le Yn et le Nt.

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

### Que peut-on conclure des résultats?

- Les taux de dépistage autodéclaré du cancer colorectal sont plus faibles 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 sein et au cancer du col de l'utérus.
- En 2015, une cible pour le rendement du système a été fixée pour la première fois en ce qui concerne le dépistage du cancer colorectal. Elle a été établie par les spécialistes du Groupe de travail sur les cibles et les modèles de rendement du système du Partenariat qui ont recommandé l'alignement sur la cible programmatique de 60 % pour la participation à un test de dépistage de sang dans les selles fixée par le Réseau national de dépistage du cancer colorectal (RNDCC). La cible se rapporte aux tests de dépistage du sang dans les selles, plutôt qu'au fait d'être à jour globalement dans les tests (y compris l'endoscopie), afin que ces tests deviennent le principal moyen de dépistage du cancer colorectal. Aux fins de l'établissement des rapports sur le rendement du système, la cible s'applique aux taux de dépistage autodéclaré comprenant toutes les activités de dépistage, tant programmatique que non programmatique (contrairement à la cible du programme, qui ne se rapporte qu'au dépistage programmatique). Le but est de faciliter le dépistage du cancer colorectal à l'échelon du système et d'accroître le pourcentage de la population protégée contre ce cancer qui peut-être détecté grâce au dépistage systématique.
- Les fluctuations des taux de dépistage du cancer colorectal dans les diverses régions du pays reflètent les diverses phases des programmes de dépistage qui, suivant la province ou le territoire, en sont à l'étape de l'annonce ou de la mise en œuvre, de même que les diverses initiatives de soins primaires (p. ex. aiguillage par un médecin) adoptées dans certaines provinces ou certains territoires en vue d'accroître le dépistage opportuniste du cancer colorectal. Les premières provinces à avoir lancé des programmes de dépistage du cancer colorectal (Ontario, Manitoba et Alberta) affichaient les taux de dépistage les plus élevés en 2012 et en 2013 (note : pour 2013, aucune donnée n'était disponible pour l'Ontario).
- En règle générale, les taux de dépistage du cancer colorectal au Canada étaient moins élevés qu'aux États-Unis (dans les cas où les coloscopies et les sigmoïdoscopies sont incluses). Des données récentes pour les États-Unis montrent que la couverture de dépistage pour le cancer colorectal variait d'un état à l'autre, étant comprise entre 54,1 % et 75,2 %<sup>71</sup>.

---

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

- Les lignes directrices sur le cancer colorectal du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommandent que les personnes asymptomatiques de plus de 50 ans se soumettent, aux fins du dépistage du cancer colorectal, soit à un test de dépistage de sang dans les selles, soit à une sigmoïdoscopie flexible<sup>72</sup>. Ces lignes directrices sont en voie d'être mises à jour; les nouvelles doivent être diffusées en 2015.
- Le Réseau national de dépistage du cancer colorectal (RNDCC) est un réseau national formé de représentants provinciaux et territoriaux ayant pour objectif d'optimiser la lutte contre le cancer colorectal. Le rapport du RNDCC intitulé *Dépistage du cancer du côlon au Canada : Surveillance et évaluation des indicateurs de qualité, Rapport de résultats, janvier 2011 à décembre 2012*, diffusé en décembre 2014, décrit brièvement une série d'indicateurs de la qualité liés au dépistage du cancer colorectal parmi les Canadiens à risque moyen. Des valeurs cibles ont été fixées pour six indicateurs, entre autres les taux de participation au dépistage, les taux d'inadéquation pour les tests de dépistage de sang dans les selles, le recours à la coloscopie de suivi, les délais d'attente pour la coloscopie de suivi, la valeur prédictive positive et le taux de dépistage du cancer colorectal<sup>73</sup>.

## Note particulière : dépistage chez les populations mal desservies

### Que mesure-t-on et pourquoi le mesure-t-on?

Cette note particulière présente des données sur les fluctuations des taux de dépistage du cancer selon le revenu du ménage et le statut d'immigrant, ciblées sur le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du col de l'utérus. Les indicateurs sont fondés sur les données autodéclarées de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)* de 2012.

- Le rapport diffusé en 2014 par le Partenariat canadien contre le cancer (*Examen des disparités en matière de lutte contre le cancer*) examine les inégalités en matière de dépistage selon le revenu du ménage, la géographie et le statut d'immigrant grâce aux données de l'ESCC de 2008<sup>74</sup>. La note particulière fait le point sur ce rapport à partir de données plus récentes sur le revenu du ménage et le statut d'immigrant.
- Il est abondamment prouvé que les taux de dépistage du cancer chez les Canadiens ayant un faible statut socio-économique (SSE) sont inférieurs à ceux des Canadiens ayant un statut socio-économique plus élevé, en dépit de l'existence du système universel de soins de santé<sup>75-77</sup>.
- La recherche a également montré que les nouveaux immigrants au Canada sous-utilisent les services de dépistage du cancer, comparativement aux personnes qui sont nées au Canada<sup>77-79</sup>. Cette tendance a également été observée dans d'autres pays<sup>80</sup>.
- Les cibles nationales pour le dépistage du cancer ci-dessous ont récemment été établies, en fonction du revenu du ménage et du statut d'immigrant, par le Groupe de travail sur les cibles et les modèles de rendement du système du Partenariat canadien contre le cancer (pour obtenir un complément

d'information sur ces cibles, voir *Que peut-on conclure des résultats?*) :

- Cible pour le dépistage du cancer du col de l'utérus : 80 % de la population ayant fait l'objet d'un dépistage.
- Cible pour le dépistage du cancer du sein : 70 % de la population ayant fait l'objet d'un dépistage.

### Quels résultats a-t-on obtenus?

#### DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS (FIGURE 2.i)

- En 2012, les femmes à faible revenu (de 21 à 69 ans) étaient moins susceptibles de déclarer qu'elles avaient fait l'objet d'un dépistage du cancer du col de l'utérus que leurs homologues touchant un revenu plus élevé. Dans le quintile du plus faible revenu (Q1), 69,2 % des femmes ont déclaré avoir subi un test Pap au cours des trois dernières années, comparativement à 84,5 % de celles faisant partie du quintile de revenu le plus élevé (Q5). Les taux de dépistage dans les trois quintiles de revenu les plus élevés (Q3-Q5) atteignent la cible de 80 % fixée pour cet indicateur.
- À l'instar des femmes à faible revenu, les immigrantes récentes étaient moins susceptibles de déclarer avoir subi un test de dépistage du cancer du col de l'utérus : 65,0 % des femmes ayant résidé pendant moins de dix ans au Canada ont déclaré avoir fait l'objet d'un test Pap au cours des trois dernières années (comparativement à 81,8 % des femmes nées au Canada). Cette disparité des taux de dépistage s'estompait à mesure que s'allongeait la durée de résidence au Canada des immigrantes (10 ans ou plus). Les femmes nées au Canada formaient le seul groupe dont

les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus ont atteint la cible de 80 % établie pour cet indicateur.

#### DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (FIGURE 2.ii)

- En 2012, les femmes touchant un faible revenu (de 50 à 69 ans) étaient moins susceptibles de faire l'objet d'un dépistage du cancer du sein que les femmes bénéficiant d'un revenu plus élevé. Dans le quintile du plus faible revenu (Q1), 62,3 % des femmes ont déclaré avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années, comparativement à 80,5 % de celles faisant partie du quintile de revenu le plus élevé (Q5). Les taux de dépistage dans tous les quintiles de revenu, sauf le quintile Q1 qui est le plus faible, atteignent la cible de 70 % fixé pour cet indicateur.
- Il n'y a pas d'écart réel entre les taux de dépistage autodéclaré du cancer du sein chez les femmes en fonction de leur statut d'immigrante; les taux relevés chez tous les groupes dépassaient la cible de 70 % établie pour cet indicateur. L'écart relevé entre les immigrantes récentes (< 10 ans au Canada) et les femmes nées au Canada s'établissait à seulement 1,9 % (inférieur à la marge d'erreur statistique). Veuillez noter que cette tendance diffère de celle déjà déclarée sur la base des données de 2008; ces données indiquent que les taux de dépistage du cancer du sein chez les immigrantes ayant résidé au Canada pendant moins de dix ans étaient bien inférieurs à ceux des femmes nées au Canada.

#### DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL (FIGURE 2.iii)

- Les taux de dépistage du cancer colorectal étaient inférieurs à ceux du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, quel que soit le revenu ou le statut d'immigrant — fort probablement parce que les programmes de dépistage de ce type de cancer ont été les derniers à avoir été mis en place.
- En 2012, les Canadiens ayant un faible revenu (de 50 à 74 ans) étaient moins susceptibles de déclarer avoir subi un test de dépistage du cancer colorectal que ceux faisant partie des groupes dont le revenu est plus élevé. Dans le quintile du plus faible revenu (Q1), 36,4 % des personnes ont déclaré être à jour dans leurs tests de dépistage du cancer colorectal, comparativement à 50,1 % de celles faisant partie du quintile de revenu le plus élevé (Q5).
- Les immigrants récents étaient moins susceptibles de déclarer qu'ils avaient fait l'objet d'un test de dépistage du cancer colorectal; 27,1 % des répondants qui résidaient au Canada depuis moins de dix ans ont déclaré être à jour dans leurs tests de dépistage de ce type de cancer, comparativement à 44,3 % des répondants nés au Canada. (Les taux de dépistage pour les nouveaux immigrants doivent cependant être interprétés avec prudence compte tenu de la taille réduite de l'échantillon et de la forte variabilité des estimations). Plus la durée de résidence au Canada augmente (dix ans ou plus), plus l'écart entre les taux de dépistage diminue. En fait, les taux de dépistage autodéclaré du cancer colorectal les plus élevés ont été enregistrés dans le cas des immigrants qui résidaient au pays depuis plus longtemps.

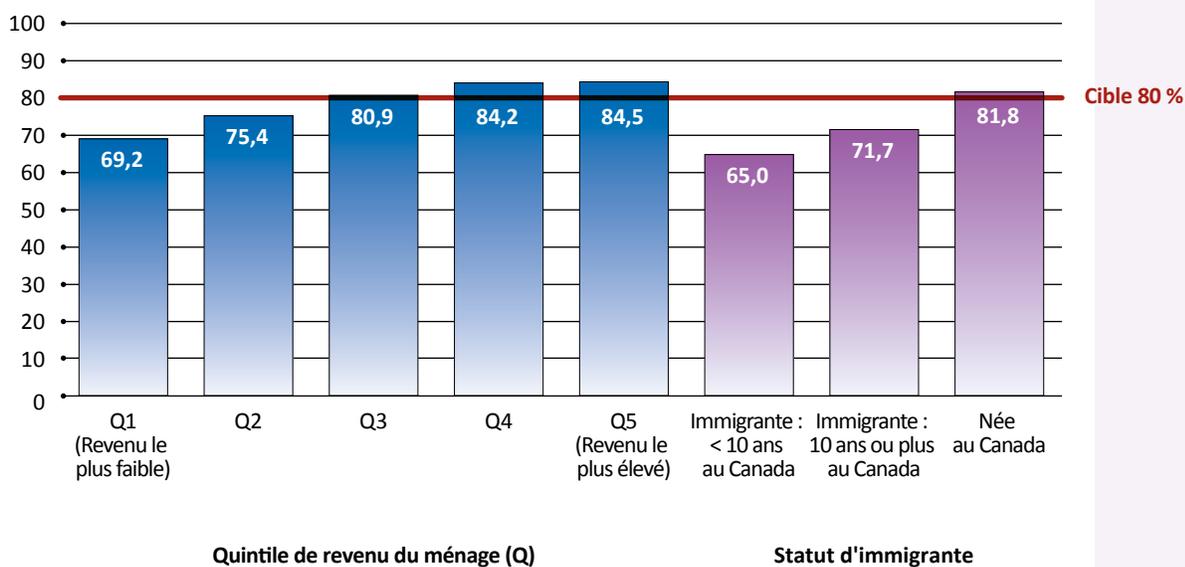
## Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Étant donné que les trois territoires du Canada (Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut) sont exclus de l'analyse du revenu de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, il n'a pas été possible de fournir des résultats et une analyse des taux de dépistage selon le statut socio-économique pour ces régions.
- En ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, 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 étaient exclues.
- Aux fins du dépistage du cancer colorectal, étaient inclus les répondants qui déclaraient avoir fait l'objet d'un test de dépistage de ce type de cancer pour l'une ou l'autre des raisons suivantes : antécédents familiaux de cancer colorectal, examen médical régulier, dépistage systématique, âge ou race. L'indicateur exclut le dépistage effectué pour l'une ou l'autre des raisons suivantes : suivi d'un problème, suivi d'un traitement pour un cancer colorectal et toute autre raison.
- La présente section présente le pourcentage de Canadiens qui étaient à jour dans leurs tests de dépistage du cancer colorectal fondé sur les données autodéclarées de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Les personnes « à jour » sont celles qui avaient subi soit un test de dépistage de sang dans les selles au cours des deux dernières années, soit une coloscopie ou une sigmoïdoscopie au cours des cinq dernières années. (Veuillez noter que l'intervalle de dépistage recommandé est de cinq ans pour la sigmoïdoscopie et de dix ans pour la coloscopie)<sup>70</sup>. Puisqu'il n'est pas fait de distinction dans l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* entre les intervalles pour la sigmoïdoscopie et la coloscopie, l'intervalle de cinq ans a été utilisé dans les deux cas. Il se peut donc que cet indicateur sous-estime le nombre de Canadiens qui sont à jour dans leurs tests.
- Les tableaux de données pour cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), de même que la méthode de calcul détaillée figurant à l'annexe technique se trouvent à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

FIGURE 2.i

**Pourcentage des femmes<sup>†</sup> (21 à 69 ans) déclarant avoir subi au moins un test Pap au cours des trois dernières années, selon le quintile de revenu du ménage et le statut d'immigrante, Canada – déclaration faite en 2012**

Pourcentage (%)



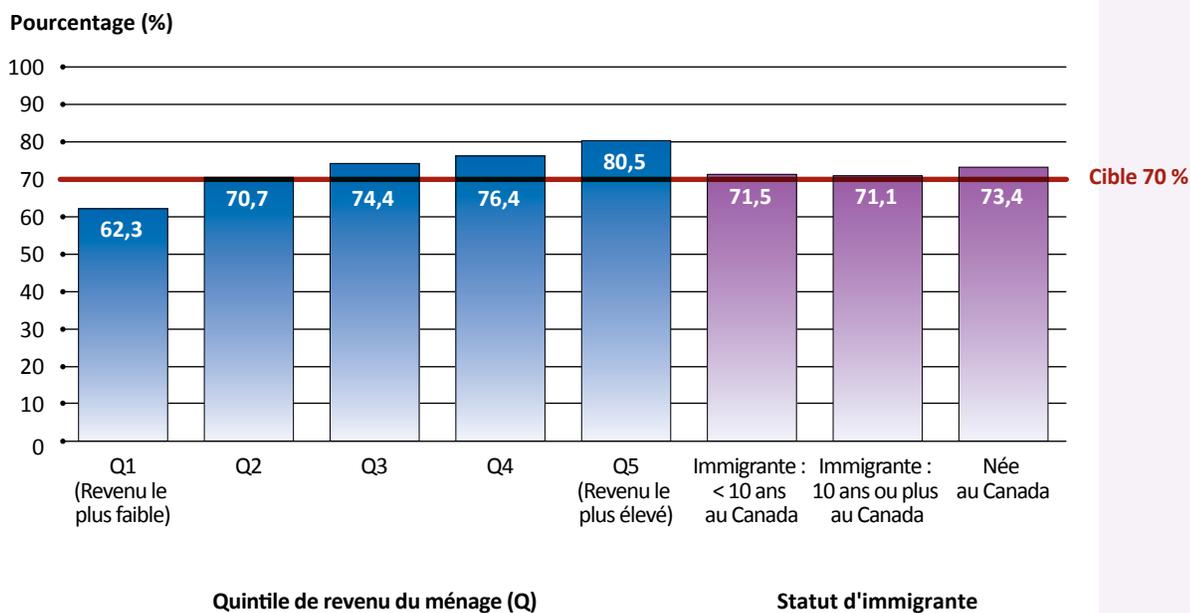
Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, les territoires sont exclus de l'analyse du revenu.

† Normalisées selon l'âge en fonction de la population type de 2011.

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

FIGURE 2.ii

**Pourcentage des femmes admissibles<sup>†</sup> (de 50 à 69 ans) déclarant avoir subi une mammographie de dépistage<sup>††</sup> au cours des deux dernières années, selon le quintile de revenu du ménage et le statut d'immigrante, Canada – déclaration faite en 2012**



Dans l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, les territoires sont exclus de l'analyse du revenu.

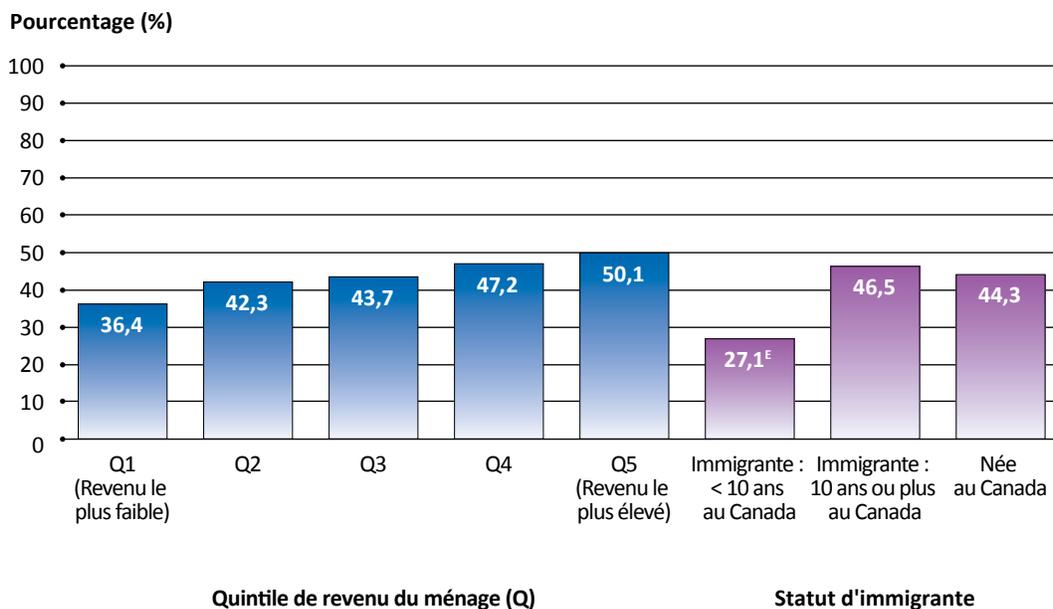
<sup>†</sup> Une femme est jugée admissible à une mammographie de dépistage si celle-ci n'est pas effectuée pour étudier une masse ou un problème mammaire décelé antérieurement ni pour faire le suivi d'un traitement contre le cancer du sein.

<sup>††</sup> Exclut les tests effectués pour examiner les causes de symptômes.

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

FIGURE 2.iii

**Pourcentage de la population (de 50 à 74 ans) à jour<sup>†</sup> dans ses tests de dépistage du cancer colorectal effectués en l'absence de symptômes<sup>††</sup>, selon le quintile de revenu du ménage et le statut d'immigrant, Canada – déclaration faite en 2012**



Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, les territoires sont exclus de l'analyse du revenu.

† « À jour » signifie que la personne a subi un test de dépistage de sang dans les selles au cours des deux dernières années, ou une sigmoidoscopie/coloscopie au cours des cinq dernières années.

†† Exclut les tests effectués pour examiner les causes de symptômes.

<sup>É</sup> 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.

### Que peut-on conclure des résultats?

- En dépit de l'efficacité des programmes de dépistage du cancer au Canada, il subsiste des disparités quant à la participation de certains groupes à ces programmes, entre autres les immigrants récents et les membres de ménages à faible revenu. À l'avenir, les efforts doivent cibler un accès plus équitable aux programmes de dépistage et l'utilisation accrue de ceux-ci au sein des populations mal desservies.
- En 2015, des cibles pour le rendement du système ont été fixées pour la première fois en ce qui concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein dans les populations mal desservies, selon le revenu du ménage et le statut d'immigrante. Ces cibles ont été établies par les spécialistes du Groupe de travail sur les cibles et les modèles de

rendement du système du Partenariat, qui ont recommandé l'alignement sur les cibles fixées en matière de participation par les réseaux de dépistage, soit 80 % pour ce qui est du dépistage du cancer du col de l'utérus et 70 % pour le dépistage du cancer du sein, et ce pour l'ensemble des quintiles de revenu et l'ensemble des personnes ayant le statut d'immigrante. Il est à noter que l'analyse du revenu ayant été effectuée à l'aide des données de l'ESCC à l'échelle nationale, il se peut que les provinces ne puissent reproduire les résultats lorsque l'analyse est limitée à une province. Cependant, l'objectif est d'orienter les interventions vers les femmes faisant partie des quintiles de plus faible revenu (dans lesquels les taux de dépistage ne respectent pas encore les cibles), soulignant l'importance que les femmes faisant partie des populations

mal desservies subissent des tests de dépistage. L'objectif ultime de l'établissement de cibles en fonction du revenu du ménage et du statut d'immigrant est l'amélioration globale des taux de dépistage dans toutes les régions du Canada et la réduction des disparités dans le domaine de l'accès aux services de dépistage du cancer au fil du temps. (Veuillez noter qu'aucune cible n'a été fixée pour le dépistage du cancer colorectal selon le revenu parce que la cible établie par le réseau de dépistage se rapporte spécifiquement au dépistage de sang dans les selles. Le fait que, dans l'ensemble, les Canadiens soient à jour ou non dans leurs tests de dépistage du cancer colorectal est le sujet de la présente note particulière).

- Les résultats indiquent que les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal étaient plus élevés chez les immigrants ayant résidé plus longtemps au pays (c.-à-d. ceux qui vivent au Canada depuis dix ans ou plus) que chez les immigrants plus récents. Cela concorde avec les recherches antérieures signalant la lente augmentation des taux de dépistage observée pour chaque année de résidence des immigrants au Canada<sup>80, 81</sup>.
- D'autres données du Partenariat (non incluses) indiquent que les disparités relevées dans les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus selon le revenu et le statut d'immigrante ont persisté au fil du temps (de 2003 à 2012). Pour ce qui est du cancer du sein, les disparités selon le revenu se sont accrues au cours de la période allant de 2005 à 2012; toutefois, en 2012, aucune disparité dans les taux de dépistage du cancer du sein n'a été observée chez les immigrantes<sup>82</sup>.
- Il existe des obstacles au dépistage dans les populations composées d'immigrants et de personnes à faible revenu. Ils pourraient exercer une influence défavorable sur la participation aux programmes de dépistage et les taux de

dépistage autodéclaré. Voici quelques-uns de ces obstacles : la méconnaissance des programmes de dépistage; l'absence de ressources freinant l'utilisation des services de dépistage (c.-à-d. incapacité de payer des frais de transport ou d'obtenir des services de garderie abordables); les piètres connaissances en santé (c.-à d. ignorance de la nature de la maladie, de l'importance du dépistage et de la façon de s'y prendre pour avoir accès aux services); et la langue et le sexe du médecin de la personne en question<sup>80, 83-85</sup>. La reconnaissance et la meilleure compréhension de ces obstacles par les médecins, les décideurs et les responsables des programmes de dépistage pourraient améliorer l'accessibilité, ce qui favoriserait, éventuellement, la participation accrue aux programmes de dépistage chez ces populations mal desservies.

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

- L'Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus (IPDCCU), l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS) et le Réseau national de dépistage du cancer colorectal (RNDCC) travaillent individuellement sur des initiatives visant à accroître le dépistage au sein des populations mal desservies.
- Un peu partout au Canada, plusieurs collectivités et organismes de santé ont mis au point des pratiques novatrices et efficaces pour rejoindre les populations mal desservies, notamment les Canadiens à faible revenu et les immigrants. Les responsables du projet *Pratiques pancanadiennes optimales et prometteuses pour inciter les femmes ayant rarement ou n'ayant jamais subi de dépistage à participer au dépistage du cancer* ont réuni ces initiatives dans un recueil. L'objectif est d'aider les responsables des programmes de

dépistage provinciaux ou territoriaux, les responsables des organismes communautaires ou sanitaires, les responsables des politiques, les gouvernements, les décideurs et les

bailleurs de fonds à intensifier le dépistage dans les populations mal desservies<sup>86</sup>.

### Que sait-on d'autre?

- Le rapport intitulé *Examen des disparités en matière de lutte contre le cancer*, diffusé en 2014 par le Partenariat canadien contre le cancer, renfermait des données sur l'incidence de la langue sur le dépistage du cancer du col de l'utérus. Les résultats indiquent que les femmes qui ne parlent ni français ni anglais à la maison étaient moins susceptibles d'avoir fait l'objet d'un test Pap au cours des trois dernières années (66,1 %), comparativement aux femmes qui parlaient français ou anglais à la maison (82,4 %) <sup>74</sup>. Cela est vraisemblablement attribuable au fait que les barrières linguistiques empêchent les femmes de comprendre l'information communiquée et de passer à l'action et, par conséquent, de prendre des décisions positives et éclairées en ce qui a trait à leur santé, notamment concernant l'utilisation des services de dépistage du cancer qui leur sont offerts <sup>78</sup>.
- Des études récentes ont fourni des données probantes sur l'efficacité des stratégies visant à promouvoir la participation des femmes à faible revenu et des immigrantes aux programmes de dépistage et à accroître l'équité en matière de santé. Voici quelques-unes de ces stratégies :
  - Consultation d'un médecin de soins primaires pouvant garantir l'accès régulier aux soins primaires et, par conséquent, aux programmes de dépistage <sup>83, 87</sup>.
  - Établissement de liens entre les immigrantes et les prestataires féminines de soins de santé (p. ex. médecin, infirmière ou auxiliaire médicale dans le contexte d'un modèle de soins primaires), d'où la création d'un environnement plus agréable pour certaines femmes et, peut-être, la participation accrue aux programmes de dépistage par mammographie ou de dépistage du cancer du col de l'utérus <sup>83</sup>.

# 3. Diagnostic

**Diagnostic du cancer  
du sein : temps d'attente** 66

**Diagnostic du cancer  
colorectal : temps d'attente** 72

**Note particulière : utilisation  
des examens de TEP aux fins  
de la gestion du cancer du  
poumon non à petites cellules  
au Canada** 75



# 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 rapide et efficace pour celles qui reçoivent un diagnostic de cancer. Ainsi, toute mesure qui permet d'améliorer la démarche diagnostique pourrait être bénéfique pour les patients en favorisant une gestion plus pertinente de la maladie et en réduisant l'anxiété des patients et des familles qui font l'expérience de la maladie.*

La section présente deux indicateurs ayant trait à l'accès rapide 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 l'obtention d'un résultat anormal pour un test de dépistage de sang dans les selles et la coloscopie.

Indicateur	Sommaire des résultats
<b>Diagnostic du cancer du sein : temps d'attente entre le dépistage d'une anomalie au sein et sa résolution</b>	En 2012, l'Alberta, la Saskatchewan, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse ont atteint la cible fixée ou étaient près de l'atteindre, c.-à-d. que pour 90 % des femmes le temps d'attente a été de cinq semaines ou moins (sans biopsie) entre le diagnostic d'anomalie au sein et sa résolution. Les tendances donnent à penser que les délais d'attente diminuent dans plusieurs provinces. Dans le cas des femmes ayant besoin d'une biopsie, aucune des provinces ayant fourni des données n'a atteint la cible (temps d'attente de sept semaines ou moins pour 90 % des femmes entre le dépistage d'une anomalie au sein et sa résolution).
<b>Diagnostic du cancer colorectal : temps d'attente entre l'obtention d'un résultat anormal pour un test de dépistage de sang dans les selles et la coloscopie</b>	Les temps d'attente médians entre l'obtention d'un résultat anormal pour un test de dépistage de sang dans les selles et la coloscopie de suivi chez les personnes ayant pris part à des programmes organisés de dépistage du cancer colorectal (entre 2011 et 2012) allaient de 63 jours en Nouvelle-Écosse à 105 jours à Terre-Neuve-et-Labrador. Aucune des cinq provinces ayant fourni des données n'a déclaré un temps d'attente médian ou du 90 <sup>e</sup> percentile inférieur à la cible de 60 jours.

## Diagnostic du cancer du sein : temps d'attente

### Que mesure-t-on et pourquoi le mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le temps écoulé entre le dépistage d'une anomalie au sein et sa résolution, avec ou sans biopsie, et compare les temps d'attente avec les cibles actuelles au Canada. Les données montrent les temps d'attente médian et du 90<sup>e</sup> percentile chez les femmes asymptomatiques de 50 à 69 ans qui ont pris part à des programmes de dépistage en 2012.

- 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 lignes directrices proposant d'adopter des temps d'attente cibles entre le dépistage d'une anomalie au sein et sa résolution<sup>88</sup>. Selon la cible établie 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'en ont pas besoin. Ces lignes directrices s'appliquent aux femmes de 50 à 69 ans qui ne présentent aucun symptôme et n'ont jamais reçu de diagnostic de cancer du sein.
- La résolution rapide d'une anomalie décelée lors d'un examen clinique ou d'une biopsie (si nécessaire) accélère l'enclenchement du traitement et améliore éventuellement les 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 cerner les écarts qui pourraient être atténués par l'adoption de stratégies d'amélioration de la qualité.

### Quels résultats a-t-on obtenus?

- Les données pour 2012 montrent que, dans le cas des femmes n'ayant pas besoin d'une biopsie tissulaire, les temps d'attente médians relevés dans les provinces entre le dépistage d'une anomalie et sa résolution allaient de 0,7 semaines (Alberta) à 6,3 semaines (Territoires

du Nord-Ouest); les temps d'attente du 90<sup>e</sup> percentile allaient de 4,0 semaines (Alberta) à 10,3 semaines (Québec) [figure 3.1]. Pour ce qui est des femmes devant subir une biopsie, les temps d'attente médians observés pour les provinces allaient de 2,9 semaines en Alberta à 11,0 semaines dans les Territoires du Nord-Ouest. Les temps d'attente du 90<sup>e</sup> percentile allaient de 11,0 semaines en Alberta à 18,1 semaines au Québec (figure 3.2).

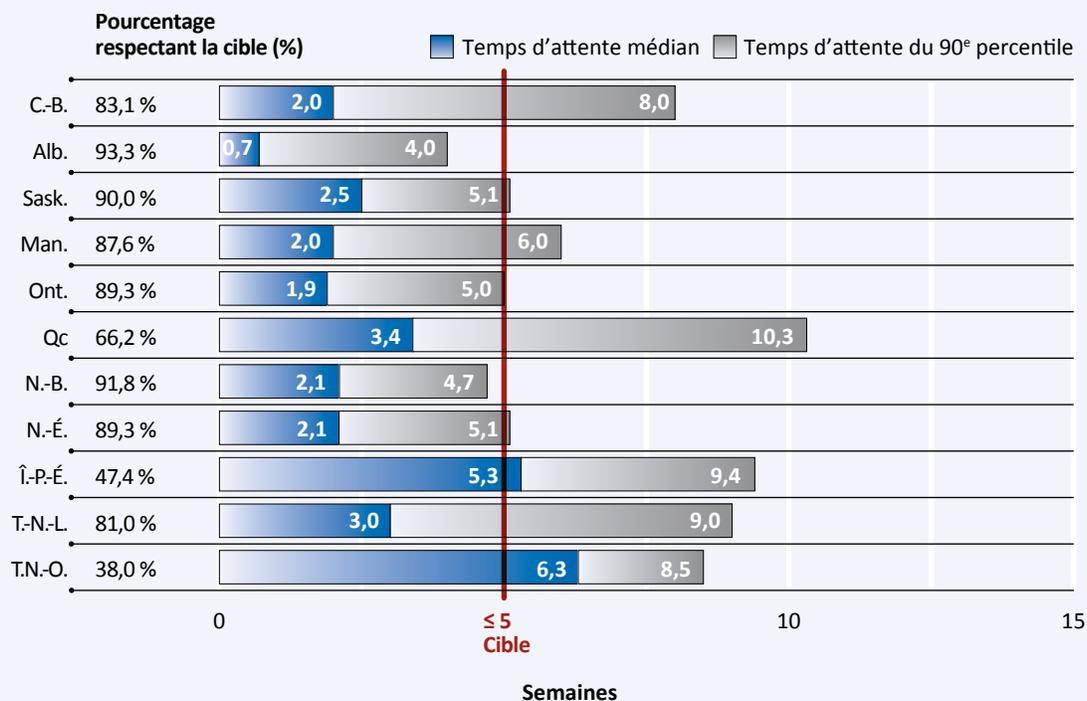
- Le pourcentage des femmes pour lesquelles un diagnostic d'anomalie a été résolu dans les temps d'attente ciblés allait de 38,0 % dans les Territoires du Nord-Ouest à 93,3 % en Alberta lorsqu'une biopsie n'était pas nécessaire et de 33,0 % dans les Territoires du Nord-Ouest à 80,3 % en Alberta lorsqu'une biopsie devait être réalisée.
- En 2012, l'Alberta, la Saskatchewan, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse ont atteint la cible nationale ou étaient près de l'atteindre dans le cas des femmes n'ayant pas besoin d'une biopsie (figure 3.1). Deux provinces, la Saskatchewan et la Nouvelle-Écosse, ont presque atteint la cible pour ce qui est de ces femmes. Aucune des provinces ayant fourni des données n'est parvenue à respecter la cible nationale pour les femmes ayant besoin d'une biopsie. En 2011, aucune des provinces ayant fourni des données pour cet indicateur n'a atteint la cible de cinq semaines ou moins (sans biopsie) ou de sept semaines ou moins (avec une biopsie) entre le dépistage d'une anomalie et sa résolution pour 90 % des femmes<sup>89</sup>.
- Comparativement aux données présentées dans *le Rapport sur le rendement du système*, 2014, les dernières constatations indiquent une amélioration des temps d'attente médians pour les femmes n'ayant pas besoin d'une biopsie dans plusieurs provinces, entre autres la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba, le Québec et la Nouvelle-Écosse (figure 3.3).

### Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les données pour cet indicateur représentent les temps d'attente pour les femmes faisant l'objet d'une mammographie dans le cadre des programmes provinciaux organisés de dépistage du cancer du sein.
- Bien que le temps d'attente ciblé entre le dépistage d'une anomalie au sein et sa résolution soit établi pour 90 % des femmes (cinq semaines ou moins sans biopsie ou sept semaines ou moins avec biopsie), les graphiques de tendances (figures 3.3 et 3.4) rendent compte des temps d'attente médians.
- Les tableaux de données pour cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), de même que la méthode de calcul détaillée figurant à l'annexe technique se trouvent à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

FIGURE 3.1

#### Temps d'attente médian et du 90<sup>e</sup> 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 – 2012



Les données n'étaient disponibles concernant l'Alb. pour la période suivant le 31 mars 2013.

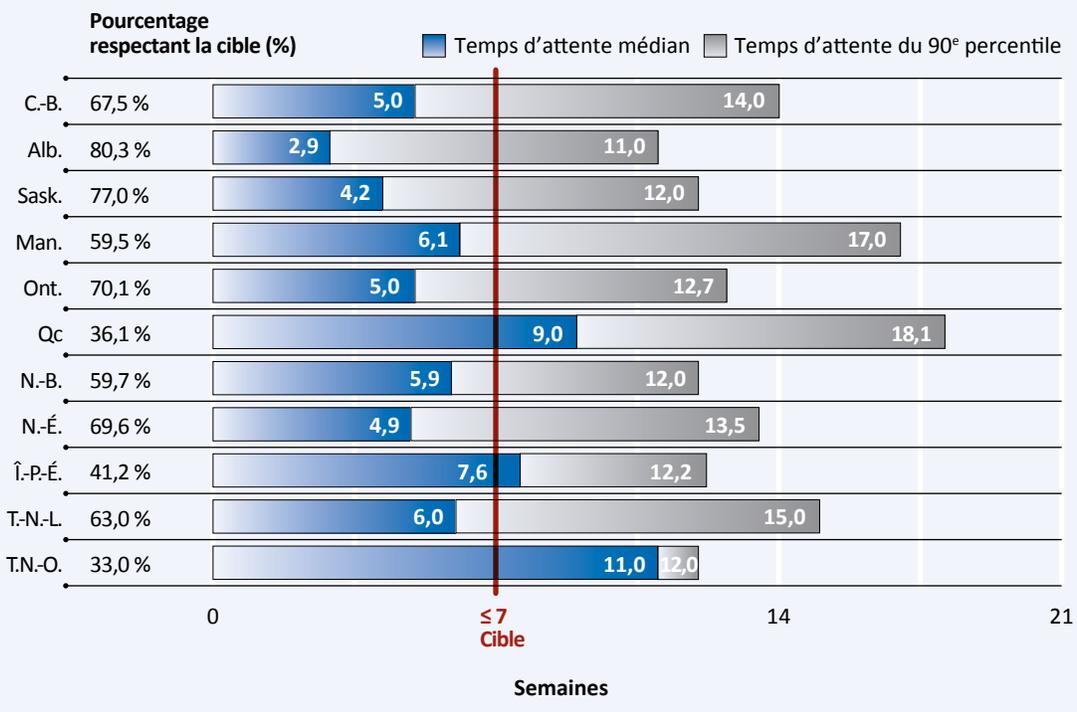
Les données du Qc visent la période du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 30 septembre 2012.

Les données des T.-N.-O. ne concernent qu'un seul établissement (hôpital territorial Stanton).

Selon la cible établie, 90% des femmes doivent obtenir la résolution d'une anomalie au sein dans les cinq semaines (chez les femmes n'ayant pas besoin d'une biopsie tissulaire).

Source de données : programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein.

FIGURE 3.2

**Temps d'attente médian et du 90<sup>e</sup> 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 – 2012**


“–” Les données n'étaient disponibles concernant l'Alb. pour la période suivant le 31 mars 2013.

Les données du Qc visent la période du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 30 septembre 2012.

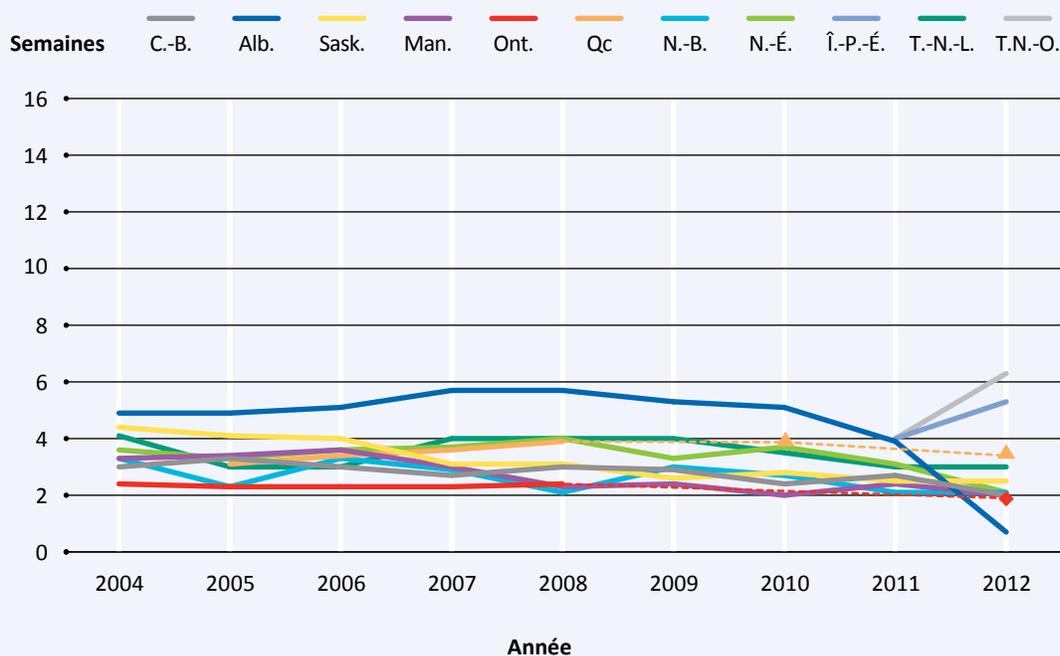
Les données des T.-N.-O. ne concernent qu'un seul établissement (hôpital territorial Stanton).

Selon la cible établie, 90% des femmes doivent obtenir la résolution d'une anomalie au sein dans les sept semaines (chez les femmes ayant besoin d'une biopsie tissulaire).

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 2012



Les lignes en pointillés indiquent que les données ne sont pas disponibles.

Les données de l'Alb. relatives aux années antérieures à 2012 se fondent sur les mammographies de dépistage faites par *Screen Test Alberta*, qui interviennent pour environ 10 % des mammographies de dépistage en Alberta. Les données pour 2012 couvrent l'ensemble de la province (toutes les mammographies de dépistage pour les femmes de 50 à 69 ans). Aucune donnée n'était disponible pour l'année 2012 à partir du 31 mars 2012.

Les données de l'Ont. ne sont pas disponibles pour la période de 2009 à 2011.

Les données pour le Qc ne sont pas disponibles pour 2009 et 2011. Les données pour 2012 couvrent la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 30 septembre 2012.

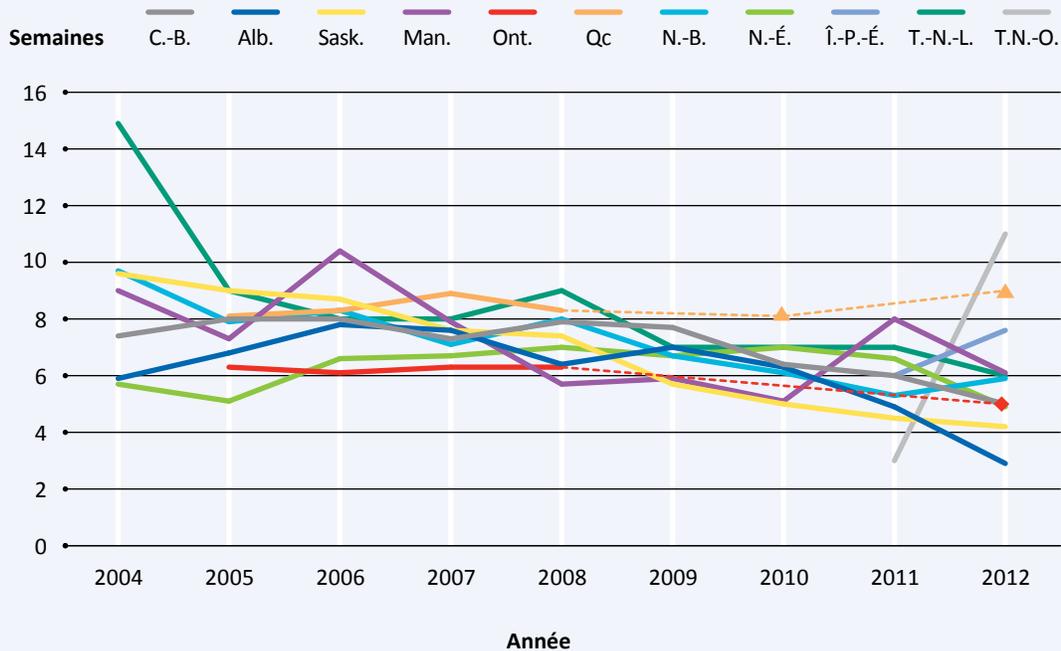
Les données pour l'Î.-P.-É. ne sont disponibles que pour la période allant de 2011 à 2012.

Les données des T.-N.-O. ne concernent qu'un seul établissement (hôpital territorial Stanton).

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 – pour la période allant de 2004 à 2012



Les lignes en pointillés indiquent que les données ne sont pas disponibles.

Les données pour l'Alb. relatives aux années antérieures à 2012 se fondent sur les mammographies de dépistage faites par *Screen Test Alberta*, qui interviennent pour environ 10 % des mammographies de dépistage en Alberta. Les données pour 2012 couvrent l'ensemble de la province. Les données pour 2012 couvrent l'ensemble de la province (toutes les mammographies de dépistage pour les femmes de 50 à 69 ans). Aucune donnée n'était disponible pour l'année 2012 à partir du 31 mars 2012.

Les données pour l'Ont. ne sont pas disponibles pour la période allant de 2009 à 2011.

Les données pour le Qc ne sont pas disponibles pour 2009 et 2011. Les données pour 2012 couvrent la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 30 septembre 2012.

Les données pour l'Î.-P.-É. ne sont disponibles que pour la période allant de 2011 à 2012.

Les données des T.-N.-O. ne concernent qu'un seul établissement (hôpital territorial Stanton).

Source de données : programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein.

### Que peut-on conclure des résultats?

- Aucune province n'est parvenue à respecter la cible de sept semaines (pour les femmes ayant besoin d'une biopsie) entre le dépistage d'une anomalie et sa résolution dans 90 % des cas. Cette situation dure depuis un certain nombre d'années, ce qui laisse croire qu'il serait nécessaire de procéder à un examen approfondi des obstacles à la réduction des temps d'attente.

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

- L'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS) supervise et évalue tous les deux ans le rendement du système de dépistage au Canada. L'atelier organisé par l'ICDCS à l'automne 2014 portait sur l'examen des stratégies de réduction des temps d'attente entre le dépistage d'une anomalie au sein et sa résolution et le début du traitement. Une première série de mesures a été prise pour examiner les pratiques et les programmes d'évaluation dans toutes les régions du pays et procéder à une analyse actualisée des données plus récentes liées à ces activités. Les leçons clés seront diffusées de sorte que toutes les provinces et les territoires puissent gagner à mieux connaître les stratégies fructueuses.
- Un certain nombre de facteurs peuvent influencer sur les intervalles de diagnostic, entre autres, le manque d'accès aux soins de santé primaires; le caractère variable de l'accès aux consultations chirurgicales et du mécanisme

de consultation; la variabilité des services de navigation offerts aux patients; l'absence de services centralisés de triage et de réservation; et la faible intégration entre les prestataires de soins de santé responsables du dépistage et de l'établissement d'un diagnostic. Pour réduire les temps d'attente entre le dépistage d'une anomalie au sein et les premiers traitements, plusieurs provinces, y compris l'Alberta, le Manitoba, l'Ontario et la Nouvelle-Écosse, ont mis au point des initiatives d'amélioration. Parmi celles-ci, mentionnons l'élaboration de voies d'aiguillage vers les listes d'attente, la diffusion des pratiques exemplaires et la mise à exécution de stratégies locales visant l'amélioration du rendement.

- En Alberta, plusieurs initiatives peuvent avoir facilité la réduction des temps d'attente avant l'établissement d'un diagnostic du cancer du sein dans cette province. Au nombre de ces initiatives, signalons les unités mobiles de mammographie numérique du programme Screen Test qui favorisent l'accès aux services pour les patientes de toutes les régions rurales de l'Alberta; les programmes régionaux de sensibilisation à la santé du sein qui permettent de coordonner les soins prodigués aux patientes depuis le moment où un cancer est soupçonné jusqu'à l'étape du traitement, d'où l'accès rapide aux services nécessaires; et la collaboration soutenue entre le programme provincial de dépistage du cancer du sein et l'Alberta Society of Radiologists qui représente toutes les cliniques de radiologie communautaires.

### Que sait-on d'autre?

- Des disparités dans les temps d'attente entre le dépistage d'une anomalie et l'établissement du diagnostic final ont été constatées et peuvent exister en raison des divergences des revenus entre les quartiers et des régions géographiques<sup>74</sup>. En règle générale au Canada, les temps d'attente entre le dépistage d'une anomalie au sein et sa résolution étaient plus longs pour les femmes habitant dans des quartiers à faible revenu que pour celles vivant dans des quartiers à revenu élevé, et ils étaient également plus longs pour les résidentes des régions rurales ou isolées que pour celles des régions urbaines.

## Diagnostic du cancer colorectal : temps d'attente

### Que mesure-t-on et pourquoi le mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le temps écoulé entre l'obtention d'un résultat anormal pour un test de dépistage de sang dans les selles et la coloscopie de suivi devant être effectuée afin de résoudre le diagnostic chez les participants à un programme organisé de dépistage du cancer colorectal. Les temps d'attente médian et du 90<sup>e</sup> percentile sont présentés pour le suivi des tests de dépistage de sang dans les selles effectués entre janvier 2011 et décembre 2012.

- La résolution en temps opportun d'une anomalie détectée à l'issue d'un test de dépistage du cancer permet d'écourter la période d'incertitude et d'anxiété que vivent les personnes qui reçoivent un diagnostic négatif (absence de cancer) et assure la détection hâtive et l'obtention potentielle de meilleurs résultats dans le cas des personnes qui reçoivent un diagnostic positif (présence d'un cancer).
- Un certain nombre d'études importantes démontrent que la détection précoce du cancer colorectal grâce au dépistage rapide et rigoureux à l'aide de tests au gâïac de recherche de sang occulte dans les selles et à l'ablation des polypes à l'étape de la coloscopie de suivi permet de réduire la mortalité attribuable au cancer colorectal<sup>53</sup>.
- La coloscopie est le test diagnostique recommandé aux fins du suivi d'un test de dépistage de sang dans les selles dont les résultats sont anormaux. L'Association canadienne de gastroentérologie (ACG) recommande qu'une coloscopie soit effectuée dans les 60 jours suivant un test de dépistage de sang dans les selles dont les résultats sont anormaux; et cette recommandation est fondée sur les temps d'attente médicalement acceptables faisant consensus dans tout le Canada<sup>90</sup>.

- 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 préconisant, en guise de premier test, le dépistage de sang dans les selles (test au gâïac ou test immunochimique). Tous les programmes recommandent que les personnes de 50 à 74 ans à risque moyen passent ce test (voir le chapitre sur le dépistage). En dépit de l'absence de programmes organisés de dépistage du cancer colorectal dans les territoires, des initiatives ont été élaborées en vue d'uniformiser les pratiques cliniques en matière de dépistage du cancer colorectal ou d'étudier la faisabilité de la mise en œuvre d'un programme de dépistage dans l'ensemble des territoires<sup>91</sup>.

### Quels résultats a-t-on obtenus?

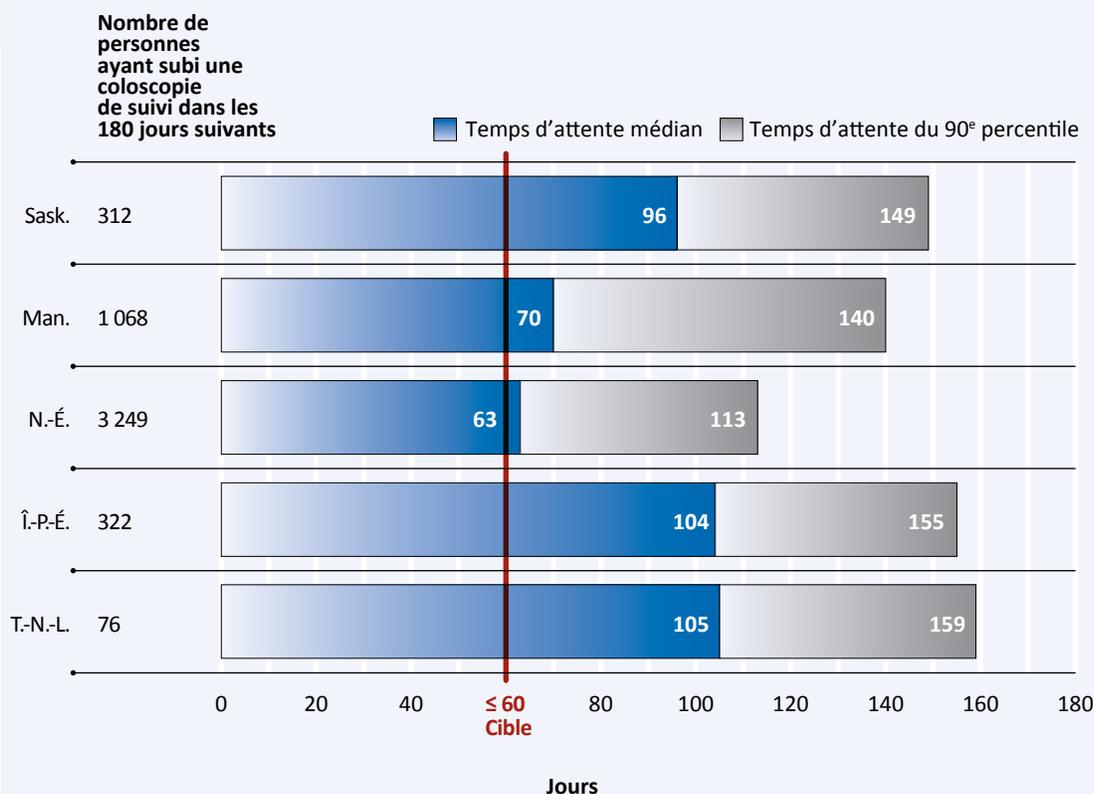
- Pour 2011 et 2012, cinq provinces ont fourni suffisamment de données pour rendre compte des temps d'attente entre l'obtention de résultats anormaux pour le dépistage de sang dans les selles et la coloscopie de suivi. Les temps d'attente médians vont de 63 jours en Nouvelle-Écosse à 105 jours à Terre-Neuve-et-Labrador. Aucune des cinq provinces ayant fourni des données n'a déclaré de temps d'attente médian ou du 90<sup>e</sup> percentile inférieur à la cible de 60 jours recommandée par l'ACG (bien que la Nouvelle-Écosse soit venue près de l'atteindre pour ce qui est du temps d'attente médian). Les temps d'attente du 90<sup>e</sup> percentile vont de 113 à 159 jours (figure 3.5).
- Le Manitoba a progressé vers la cible de 60 jours, tandis que la Nouvelle-Écosse déclarait s'être éloignée de la cible au cours des périodes allant du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 31 décembre 2011 et du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2012<sup>89</sup>.

### Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Seules sont incluses dans la présente analyse les coloscopies effectuées dans les 180 jours suivant l'obtention de résultats anormaux pour un dépistage de sang dans les selles. Le délai d'attente de 180 jours vise à réduire au minimum l'inclusion de coloscopies qui ne sont pas liées à l'obtention de résultats anormaux pour un dépistage de sang dans les selles.
- La période de déclaration visée par l'analyse varie légèrement selon la province (voir les notes, figure 3.5).
- Les programmes de dépistage du cancer colorectal en sont actuellement aux étapes préliminaires de leur élaboration au Canada et les conclusions doivent donc être considérées comme provisoires. Toutefois, ces premières données nous donnent une indication des temps d'attente liés au diagnostic du cancer colorectal dans l'ensemble du Canada.
- Les tableaux de données pour cet indicateur (y compris les intervalles de confiance) de même que la méthode de calcul détaillée figurant dans l'annexe technique se trouvent à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

FIGURE 3.5

#### Temps d'attente médian et du 90<sup>e</sup> percentile entre une analyse des selles anormales et une coloscopie de suivi, selon la province – première série de tests de dépistage effectuée entre le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et le 31 décembre 2012



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

Les données de la Sask. concernent une seule des (treize) régions sanitaires.

Les données de l'Î.-P.-É. ne concernent que les patients ayant participé au programme de dépistage entre le 1<sup>er</sup> mai 2011 et le 31 décembre 2012.

Les données de T.-N.-L. se rapportent aux cinq derniers mois de la période de déclaration, et ne concernent qu'une des (quatre) régions sanitaires.

Cible: L'Association canadienne de gastroentérologie (ACG) recommande qu'une coloscopie soit effectuée dans les 60 jours suivant un test de dépistage de sang dans les selles dont les résultats sont anormaux.

Source de données : Réseau national de dépistage du cancer colorectal.

### Que peut-on conclure des résultats?

- Les conclusions laissent croire qu'il faut étudier le parcours des patients depuis l'obtention de résultats anormaux pour le dépistage de sang dans les selles jusqu'à la coloscopie de suivi. Il faut cerner les causes des retards et les possibilités d'une meilleure intégration systémique qui permettront d'accélérer les diagnostics. Dans certaines provinces, les programmes de dépistage du cancer colorectal en sont encore à leurs tout débuts; c'était le cas en particulier au cours de la période de mesure de cet indicateur.

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

- Ces résultats représentent une mesure préliminaire des temps d'attente pour une coloscopie à la suite de l'obtention de résultats anormaux pour un dépistage de sang dans les selles. 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 de la cible.

- Au Manitoba, l'initiative « EN SOIXANTE » vise à faciliter le cheminement du patient atteint d'un cancer, depuis le moment où la présence d'un cancer est soupçonnée jusqu'au diagnostic et aux premiers traitements, si nécessaire. L'objectif de cette initiative est de réduire à 60 jours ou moins d'ici 2016 le délai entre le moment où la présence d'un cancer est soupçonnée et l'administration des premiers traitements. La stratégie « EN SOIXANTE » est le fruit d'un partenariat entre le ministère de la Santé du Manitoba, CancerCare Manitoba, les autorités sanitaires régionales du Manitoba et des prestataires comme Diagnostic Services Manitoba, des omnipraticiens et d'autres professionnels de la santé. Des initiatives sont en cours dans cette province en vue de faciliter le cheminement du patient souffrant d'un cancer aux étapes des soins primaires, du diagnostic, des soins spécialisés, du soutien de la TI et de la communication.

### Que sait-on d'autre?

- Des travaux antérieurs ont démontré que le dépistage systématique de sang dans les selles et le suivi pertinent des cancers qui en sont à un stade précoce, ou des précancers, permet de réduire la mortalité attribuable au cancer colorectal<sup>53</sup>. Toutefois, pour bénéficier de ces avantages, les personnes ayant obtenu des résultats anormaux pour un dépistage de sang dans les selles doivent faire l'objet en temps voulu d'une coloscopie de suivi.

## Note particulière : utilisation des examens de TEP aux fins de la gestion du cancer du poumon non à petites cellules au Canada

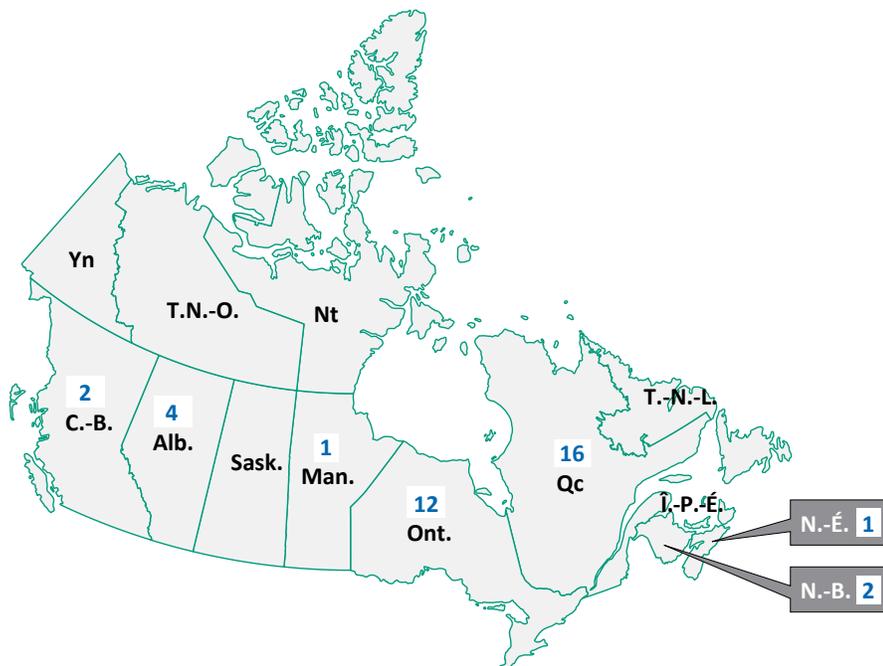
Des éléments de preuve portent à croire que l'utilisation de la tomographie par émission de positrons (TEP) dans le cadre du diagnostic et du traitement du cancer du poumon peut faciliter la stadification et la planification des traitements du cancer. Il serait ainsi possible d'éviter à certains patients de subir un quelconque traitement inutile et envahissant.

L'imagerie par TEP est devenue un outil efficace de gestion du cancer du poumon<sup>92</sup>. Des études ont montré que la décision de modifier les plans de traitement prévus résultait, dans une proportion allant de 36 à 50 % des cas, de l'information issue de l'imagerie par TEP<sup>93</sup>.

En décembre 2011 (soit au même moment où les données ont été utilisées aux fins de la présente étude), il y avait environ 38 centres qui exploitaient des scanners TEP financés par l'État dans sept provinces canadiennes (Colombie-Britannique, Alberta, Manitoba, Ontario, Québec, Nouveau-Brunswick et Nouvelle-Écosse) [voir la figure 3.i]<sup>94</sup>. Jusqu'à présent, les seuls indicateurs disponibles à l'échelon pancanadien sont ceux mesurant la capacité par personne de la technologie diagnostique — en l'occurrence, le nombre de scanners TEP par million d'habitants<sup>43,93</sup>. Même s'il donne une mesure acceptable de la disponibilité des scanners TEP au Canada, cet indicateur ne fournit aucun élément probant quant à l'utilisation réelle de cette technologie, par rapport à la manière dont elle devrait être utilisée.

FIGURE 3.i

### Nombre de scanners de tomographie par émission de positrons (TEP) par province – décembre 2011



Source de données :  
Organismes provinciaux  
de lutte contre le cancer.

Voici quelques-unes des indications quant à l'utilisation des examens de TEP à des fins diagnostiques : confirmation de la présence ou non d'un cancer à la suite de la découverte d'une lésion suspecte; établissement du stade des cancers nouvellement diagnostiqués; repérage du siège initial de la tumeur en présence d'une lésion métastatique confirmée ou suspecte chez un patient; et planification des traitements de radiothérapie.

Voici quelques-unes des indications quant à l'utilisation des examens de TEP à des fins non diagnostiques : suivi de la réaction du patient qui reçoit des traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie, ou des traitements combinant ces deux modes de thérapie; réévaluation du stade du cancer à l'issue de la thérapie; et examen de la probabilité de récurrence d'un cancer déjà traité.

Il est important de noter que la qualité des preuves à l'appui des différentes indications énumérées ci-dessus varie. Par exemple, les preuves appuyant l'utilisation de la TEP pour réévaluer le stade d'un cancer à l'issue d'un traitement ou pour procéder à l'examen d'un cas soupçonné de récurrence d'un cancer ne sont pas aussi fortes que celles se rapportant à l'utilisation de la TEP aux fins de la détermination du stade du cancer à l'issue du diagnostic initial<sup>95, 96</sup>.

À l'heure actuelle, les lignes directrices relatives à l'utilisation de la TEP aux fins de la gestion du cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) ne sont pas appliquées de façon uniforme dans tout le pays. Compte tenu du coût élevé de cette technologie et de l'apparition constante de données probantes quant à ses avantages dans divers contextes, une étude s'imposait pour combler les lacunes dans nos connaissances sur la mesure du rendement grâce à une meilleure compréhension de l'utilisation de la TEP dans le cas des patients canadiens atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules. Des patients ayant reçu un tel diagnostic ont été sélectionnés pour faire partie de la population visée par l'étude parce que les cancers du poumon non à

petites cellules interviennent pour 85 % à 90 % de tous les cas de cancer du poumon<sup>97</sup>.

Lancée en 2012, l'étude portait sur l'utilisation des examens de TEP dans le cas des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules au Canada. Six provinces y ont pris part : la Colombie-Britannique (C.-B.), l'Alberta (Alb.), le Manitoba (Man.), l'Ontario (Ont.), le Nouveau-Brunswick (N.-B.) et la Nouvelle-Écosse (N.-É.).

Les données ayant trait à un examen de TEP, entre autres les identificateurs du patient et la date de l'examen, ont été extraites des systèmes d'information des hôpitaux ou des centres de TEP. Le couplage des données du registre du cancer et de celles relatives à l'utilisation de la TEP a été effectué au moyen des numéros des cartes d'assurance maladie provinciales des patients ou des documents équivalents. Les provinces ont procédé à l'extraction, au couplage et à l'analyse de leurs données à l'aide d'une méthode normalisée coordonnée par le Partenariat canadien contre le cancer.

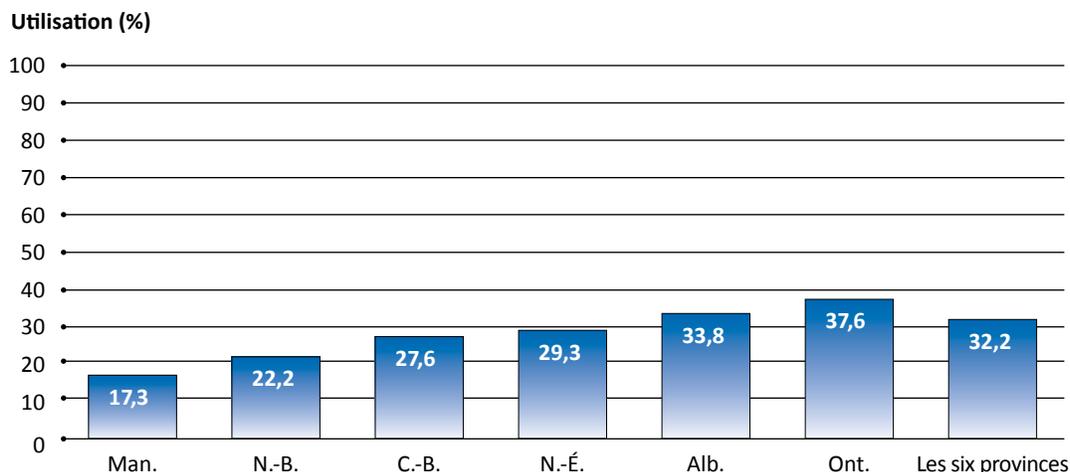
La population visée par l'étude comprenait 27 984 patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules diagnostiqué pendant les années civiles de 2009, 2010 et 2011. L'utilisation des examens de TEP a été analysée selon la province, l'âge du patient au moment du diagnostic, le sexe et le stade du cancer au moment du diagnostic.

### Utilisation des examens de TEP selon la province

Au cours de la période allant de 2009 à 2011, 32,2 % (9 004) des 27 984 patients ayant reçu un diagnostic de cancer du poumon non à petites cellules dans les provinces participantes ont subi au moins un examen de TEP au cours de la période d'indice (c.-à-d. comprise entre trois mois avant et un an après le diagnostic) [voir la figure 3.ii]. Le nombre d'examen de TEP variait de 338 à 4 667 à l'échelle des provinces (figure 3.iii).

FIGURE 3.ii

**Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules qui ont subi au moins un examen de tomographie par émission de positrons (TEP) au cours de la période comprise entre trois mois avant et un an après le diagnostic, selon la province – diagnostic établi entre 2009 et 2011**



C.-B. : Les données ne concernent que les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules diagnostiqué en 2010 ou en 2011, étant donné que des données sur le stade du cancer n'étaient pas disponibles pour 2009.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

Le pourcentage de patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules qui ont subi un examen de TEP va de 37,6 % (4 667 des 12 426 patients) en Ontario à 17,3 % (338 des 1 956 patients) au Manitoba. Même le taux d'utilisation de la TEP du Manitoba était le plus faible, le ratio de survie net à cinq ans de cette province pour le cancer du poumon était parmi les plus élevés à l'échelon du pays et à l'échelon international<sup>98</sup>. Les taux d'utilisation inférieurs peuvent s'expliquer par des problèmes d'accessibilité attribuables à l'immensité du Canada et à la distance entre le lieu de résidence du patient et les centres de TEP ou les grands hôpitaux.

La diversité des politiques de financement et des pratiques médicales pourrait également contribuer aux fluctuations d'une province à l'autre quant à l'utilisation de la TEP dans le cas des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules. Par exemple, dans toutes les provinces participantes, le cancer du poumon figurait sur la

liste des indications approuvées aux fins d'utilisation de la TEP (c.-à-d. que la province assumait le coût de l'examen). Toutefois, la liste des indications approuvées de l'Ontario était plus brève que celle des autres provinces<sup>93</sup>. De ce fait, les fonds accordés à l'Ontario sont répartis entre un moins grand nombre de types de cancer. Cela explique peut-être le taux d'utilisation de la TEP plus élevé à des fins de diagnostic et de traitement du cancer du poumon non à petites cellules en Ontario — l'une des indications approuvées pour l'utilisation du TEP dans cette province.

Les taux d'utilisation de la TEP chez certains patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules semblent plus élevés aux États-Unis qu'au Canada. Selon un rapport récent, 65,3 % des patients américains de 66 ans ou plus inscrits à l'assurance maladie ayant reçu un diagnostic de cancer du poumon non à petites cellules ont subi un ou plusieurs examens de TEP au cours de la période allant de 2005 à 2007<sup>99</sup>.

### Utilisation des examens de TEP selon l'âge et le sexe

Le pourcentage moyen des patients ayant subi un examen de TEP au cours de la période visée par l'étude était de 34,6 % pour ceux de 18 à 69 ans (4 693 des 13 559 patients), comparativement à 29,9 % pour ceux de 70 ans ou plus (4 311 des 14 425 patients) [figure 3.iii]. Dans toutes les provinces sauf l'Ontario, les taux d'utilisation de la TEP étaient inférieurs dans le cas des patients de plus de 70 ans, comparativement aux plus jeunes patients.

L'existence d'un lien entre l'utilisation de la TEP et les groupes plus âgés peut s'expliquer par les différences quant au traitement du cancer du poumon. Par exemple, le *Rapport de 2014 sur le rendement du système de lutte contre le cancer* montre que, dans les cas de cancer du poumon non à petites cellules de stade II ou IIIA, les taux de résections chez les patients de plus de 70 ans

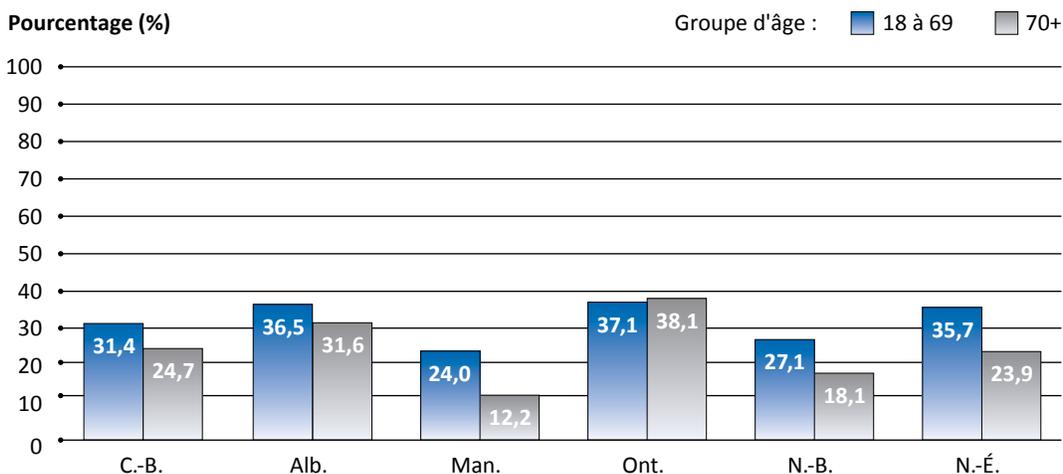
étaient inférieurs de 24,2 % à ceux des patients de 18 à 69 ans (22,4 % c. 46,6 %). Les taux de résections étaient inférieurs de 29,6 % chez les patientes de plus de 70 ans (28,6 %), comparativement à ceux des patientes de 18 à 69 ans (58,2 %)<sup>89</sup>.

Tandis que les patients plus âgés atteints d'un cancer du poumon étaient moins susceptibles de subir une résection du poumon, les données probantes justifient le recours à cette chirurgie chez les patients des groupes plus âgés et plus jeunes, étant donné que tous deux répondent bien à ce traitement<sup>100</sup>. Un examen plus approfondi pourrait s'imposer car les raisons des divergences des taux de résections selon le groupe d'âge ne sont pas bien comprises.

Il n'y avait que de légères différences entre les taux d'utilisation de la TEP pour les hommes et pour les femmes.

FIGURE 3.iii

**Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules qui ont subi au moins un examen de tomographie par émission de positrons (TEP) au cours de la période comprise entre trois mois avant et un an après le diagnostic, selon la province et le groupe d'âge – diagnostic établi entre 2009 et 2011**



C.-B. : Les données ne concernent que les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules diagnostiqué en 2010 et 2011, puisque des données sur le stade du cancer n'étaient pas disponibles pour 2009.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

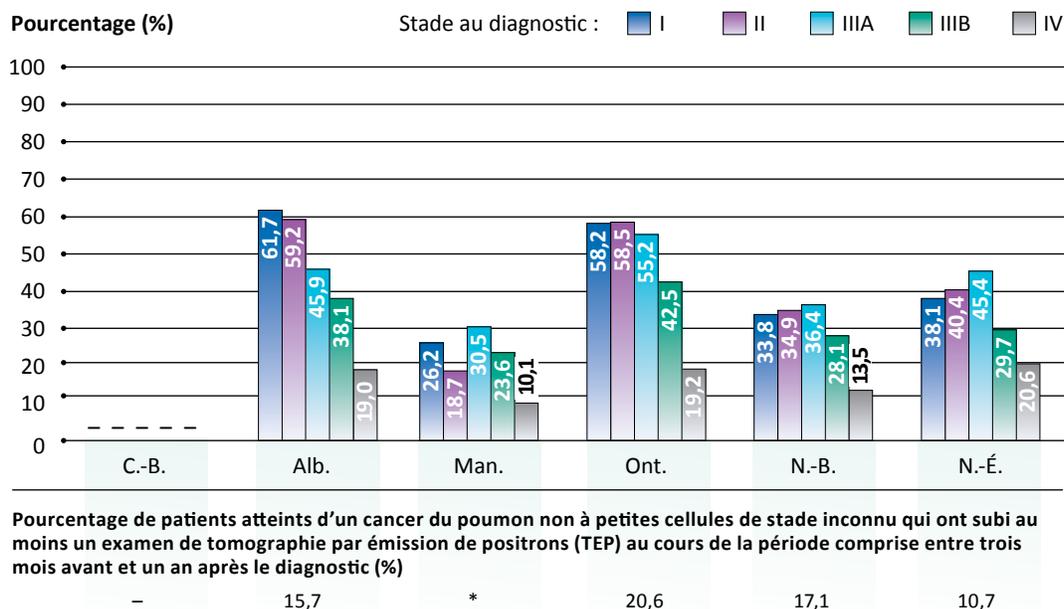
### Utilisation des examens de TEP selon le stade du cancer chez les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules

Les taux d'utilisation de la TEP sont plus élevés chez les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade I ou II, ils s'établissent à un niveau intermédiaire chez les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade III et s'établissent aux plus faibles niveaux chez les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade IV (figure 3.iv).

Le pourcentage de patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade I qui ont subi un examen de TEP va de 26,2 % au Manitoba à 61,7 % en Alberta. Les taux d'utilisation des examens de TEP pour les patients atteints d'un cancer de stade IV vont de 10,1 % au Manitoba à 20,6 % en Nouvelle-Écosse. Cela n'est pas étonnant — chez les patients atteints d'un cancer du poumon à un stade avancé, la maladie métastatique est d'ordinaire dépistée grâce aux techniques conventionnelles d'imagerie comme la radiographie du thorax ou la tomodensitométrie.

FIGURE 3.iv

**Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules qui ont subi au moins un examen de tomographie par émission de positrons (TEP) au cours de la période comprise entre trois mois avant et un an après le diagnostic, selon la province et le stade du cancer au moment du diagnostic – diagnostic établi entre 2009 et 2011**



\* Supprimées en raison de l'incertitude causée par les petits nombres ou pour prévenir la divulgation résiduelle.

« — » Données non disponibles.

En Alberta, la classification du stade était fondée sur la 6<sup>e</sup> version du manuel de l'AJCC (*American Joint Committee on Cancer*) pour 2009 et sur la 7<sup>e</sup> version pour 2010 et 2011. Les cas pour lesquels la seule source d'information est le certificat de décès ou le rapport d'autopsie ont été exclus. Les cas de stade III ont été classés au stade suivant, soit le stade IIIB.

Les données pour la C.-B. ne sont pas disponibles selon le stade en raison de l'absence de données sur les cas diagnostiqués entre 2009 et 2011, selon la modalité de traitement et le stade.

Au Manitoba, les cas de stade III ont été classés au stade suivant, soit le stade IIIB.

En Nouvelle-Écosse, les cas de stade III ont été classés au stade suivant, soit le stade IIIB.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

Environ 91 % de ces examens ont été utilisés à des fins diagnostiques; 9 % ont été effectués à des fins de traitement (données non incluses). (Veuillez vous reporter à l'annexe technique disponible à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca) pour vous renseigner sur l'utilisation d'une mesure alternative aux fins de détermination de l'objectif d'un examen de TEP.)

Le stade du cancer de même que la date du diagnostic figurant aux dossiers des patients peuvent varier selon la méthodologie employée par les responsables de chaque registre des cancers. Étant donné que les données chirurgicales et pathologiques sont d'ordinaire plus exactes, elles ont priorité sur les données provenant de l'imagerie diagnostique. Il est donc possible que la date de diagnostic d'un patient ou le stade attribué au cancer (c.-à-d. déterminé en fonction de l'examen de TEP) puisse être modifié à l'issue d'une chirurgie ou d'un test pathologique.

Même si, du point de vue de la résection chirurgicale, les pourcentages de patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade IV qui ont subi un examen de TEP peuvent sembler élevés, il y a d'autres raisons pour lesquelles un patient atteint d'un cancer de stade IV subisse un examen de TEP. Par exemple, un patient qui n'est pas candidat à une chirurgie ou qui a déjà subi un examen de TEP ayant confirmé la présence d'un cancer de stade IV peut-être aiguillé vers le service de TEP aux fins de la planification de traitements de radiothérapie<sup>101</sup>.

La méthodologie utilisée dans le cadre de la présente étude ne permet pas d'établir les raisons pour lesquelles les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade IV ont subi un examen de TEP — elle indique seulement qu'un tel examen a été administré avant ou après la date du diagnostic.

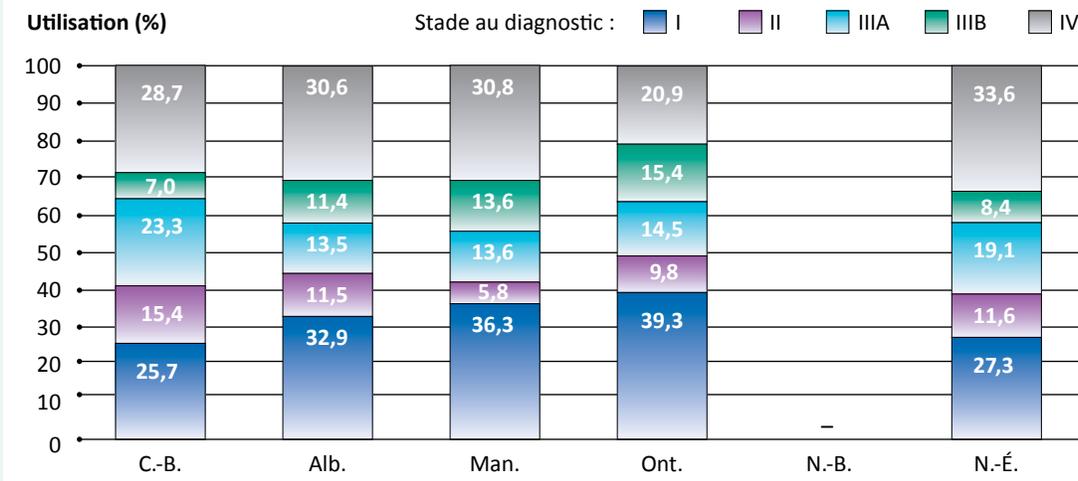
### **Pourcentage d'examens par TEP effectués selon le stade du cancer**

En moyenne, environ 32,3 % des examens de TEP menés au cours de la période visée par l'étude ont été administrés à des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade I; 28,9 % ont été administrés à des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade IV (figure 3.v). Même si les taux d'utilisation des examens de TEP pour des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade IV étaient inférieurs à ceux enregistrés pour des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade I (figure 3.iv), l'incidence la plus élevée de cancer du poumon non à petites cellules de stade IV augmente le pourcentage d'examens visant des patients souffrant de ce cancer. En l'absence de programme organisé de détection précoce du cancer du poumon au Canada, les fluctuations interprovinciales de l'utilisation de la TEP selon le stade du cancer à l'étape du diagnostic peuvent s'expliquer par les divergences du mode d'utilisation des services de diagnostic dans les provinces ou territoires.

<sup>a</sup> Les données peuvent être incomplètes car, dans la présente analyse, le traitement ne fait référence qu'à la radiothérapie ou à la chirurgie.

FIGURE 3.v

### Répartition du total des examens de tomographie par émission de positrons (TEP) selon le stade du cancer à l'étape du diagnostic, selon la province, chez les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules – diagnostic établi entre 2009 et 2011



« - » Données non disponibles.

Les pourcentages totaux de cancer de stade I au stade IV ne correspondent pas nécessairement à 100 % compte tenu de la méthode d'arrondissement des données.

En Alberta, la classification du stade était fondée sur la 6<sup>e</sup> version du manuel de l'AJCC (*American Joint Committee on Cancer*) pour 2009 et sur la 7<sup>e</sup> version pour 2010 et 2011. Les cas pour lesquels la seule source d'information est le certificat de décès ou le rapport d'autopsie ont été exclus. Les cas de stade III ont été classés au stade suivant, soit le stade IIIB.

Les données de la C.-B. ne concernent que les cas de cancer du poumon non à petites cellules diagnostiqués en 2010 et 2011, étant donné que les données sur le stade ne sont pas disponibles pour 2009. Il se peut que les données ne soient pas complètes ou comparables à celles des autres provinces en raison de l'absence d'informations sur la chirurgie ou les années de diagnostic 2010 et 2011; ces données ont été utilisées pour déterminer si les examens de TEP ont été effectués à des fins de diagnostic ou de gestion des traitements. Les cas de cancer de stade III ont été classés au stade suivant, soit le stade IIIA.

Au Manitoba, les cas classés seulement comme des cancers de stade III ont été classés au stade suivant, soit le stade IIIB.

Les données pour le Nouveau-Brunswick ne sont pas disponibles compte tenu de l'absence de données sur les traitements de radiothérapie pour les années de diagnostic.

En Nouvelle-Écosse, les cas classés seulement comme des cancers de stade III ont été classés au stade suivant, soit le stade IIIB.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

## Conclusion

L'étude a permis de constater l'existence de divergences dans l'utilisation des examens de TEP pour ce qui est des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC), selon la province, le stade du cancer et le groupe d'âge. C'est en Ontario que les taux d'utilisation de la TEP étaient les plus élevés et au Manitoba qu'ils étaient les moins élevés; les taux étaient plus faibles dans le cas des patients de plus de 70 ans et plus forts dans celui des patients atteints d'un cancer de stade I ou II.

Les provinces doivent s'assurer que des mesures sont prises en vue du maintien de l'approche fondée sur des données factuelles quant à l'utilisation de la TEP aux fins de la gestion des

cas de cancer du poumon non à petites cellules. La mise à jour et l'utilisation continues des données factuelles garantirait l'administration aux patients du bon test au bon moment. De la sorte, il sera possible de réduire au minimum l'exposition inutile à des rayonnements, de réduire le nombre de faux positifs et de faux négatifs et de garantir l'utilisation la plus efficace des ressources du système de santé. À l'avenir, il faudrait notamment assurer le suivi permanent de l'utilisation des examens par TEP; mener une étude des dossiers de patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade IV pour établir les raisons de l'utilisation de la TEP; et déterminer les taux d'utilisation des scanners TEP financés par des fonds privés.

## Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les cas de cancer du poumon non à petites cellules ont été relevés dans les registres provinciaux des cancers à l'aide des codes de la Classification internationale des maladies oncologiques (codes ICD O 3) [C34.0 à C34.9] à l'exclusion des cancers du poumon à petites cellules, des lymphomes et des sarcomes et carcinomes neuroendocrines.
- L'analyse portait uniquement sur les examens de TEP effectués au cours de la période d'indice définie, soit celle comprise entre trois mois avant et un an après le diagnostic. Une autre mesure a été utilisée pour déterminer si l'examen de TEP avait été effectué à des fins de diagnostic ou de traitement. Il avait été défini que la période de diagnostic équivalait aux quatre mois suivant le diagnostic ou à la date du premier traitement, selon la première de ces éventualités. Les examens effectués après cette période étaient considérés comme des examens menés à des fins autres que le diagnostic ou le traitement.
- Cette démarche visait à éliminer la possibilité que ces examens aient été utilisés pour n'importe quelle condition ou survenance antérieure ou subséquente. L'utilisation correspondait au pourcentage de patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules qui ont subi un examen de TEP durant la période d'indice.
- La période visée par l'étude est celle au cours de laquelle des efforts ont été faits en vue de la mise en œuvre rapide de bon nombre de programmes provinciaux de TEP. Par conséquent, il est possible que les données déclarées ne soient pas représentatives du degré d'utilisation actuel des examens de TEP dans l'ensemble du Canada.

# 4. Traitement

**Prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques lors d'une résection du côlon** 85

**Résections de tumeurs mammaires cancéreuses qui sont des mastectomies** 90

**Temps d'attente en radiothérapie** 93

**Radiothérapie préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III** 98

**Chimiothérapie postopératoire pour les patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA** 103



## 4. Traitement

*Le traitement contre le cancer accapare la majeure partie des ressources du système de lutte contre le cancer. Il regroupe la prestation d'une foule de services ou de modalités, tels que la chirurgie, la thérapie générale et la radiothérapie. Le traitement vise la guérison complète, la rémission ou 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 de ces derniers, comptent parmi les facteurs qui ont une incidence sur les objectifs du traitement.*

Le présent chapitre comprend un certain nombre d'indicateurs de traitement à l'échelle du système, dont les temps d'attente et les modalités de traitement, par rapport aux lignes directrices fondées sur les données probantes.

Des cibles de rendement ont également été établies pour quatre indicateurs de traitement : le prélèvement d'au moins douze ganglions lymphatiques lors d'une résection du côlon; les temps d'attente pour la radiothérapie; la

radiothérapie préopératoire dans les cas de cancer du rectum de stade II ou III; et la chimiothérapie adjuvante pour les patients de 70 à 79 ans atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade II ou IIIA.

Certains indicateurs n'étaient disponibles que pour un sous-groupe de provinces ayant été en mesure de fournir les données requises correspondant aux définitions et paramètres convenus.

Indicateur	Sommaire des résultats
<b>Chirurgie</b>	
<b>Prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques lors d'une résection du côlon</b>	De 2008 à 2011, le pourcentage de résections du côlon comportant le prélèvement et l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques a continué d'augmenter régulièrement dans toutes les provinces. En 2011, l'Ontario se rapprochait de la cible de 90 %, et l'Alberta, le Manitoba et Terre-Neuve-et-Labrador avaient atteint des taux supérieurs à 80 %. Il n'y avait pas de différence notable dans les méthodes de traitement selon l'âge ou le sexe du patient.
<b>Résections de tumeurs mammaires cancéreuses qui sont des mastectomies</b>	Les taux de résections de tumeurs cancérigènes du sein qui sont des mastectomies varient considérablement d'une province à l'autre sur la base des données pour la période de 2007-2008 à 2011-2012. Le pourcentage de femmes ayant subi une mastectomie (première intervention ou intervention effectuée dans l'année suivant une chirurgie conservatrice du sein) va de 25,9 % au Québec à 68,8 % à Terre-Neuve-et-Labrador.

Indicateur	Sommaire des résultats
<b>Radiothérapie</b>	
<b>Temps d'attente en radiothérapie</b>	En 2013, huit des neuf provinces pour lesquelles des données sont disponibles avaient atteint l'objectif de traiter 90 % des patients en respectant la cible nationale de 28 jours depuis le moment où les patients sont prêts à être traités jusqu'au début du traitement. Les plus courts temps d'attente du 90 <sup>e</sup> percentile pour l'ensemble des cancers ont été enregistrés en Ontario (14 jours) et en Saskatchewan (15 jours).
<b>Radiothérapie préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III</b>	Le pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III qui subissent une radiothérapie préopératoire a augmenté au fil des ans mais demeure bien en deçà de la cible de 70 %. En 2011, Terre-Neuve-et-Labrador était la province qui affichait le taux de traitement le plus élevé, soit 59,6 %. L'âge du patient exerce une influence sur le taux de traitement : 58 % des patients de moins de 60 ans atteints d'un cancer du rectum qui ont subi une radiothérapie préopératoire, comparativement à 22 % de ceux de plus de 80 ans.
<b>Thérapie générale</b>	
<b>Chimiothérapie postopératoire pour les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade II ou IIIA</b>	Le pourcentage de patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules ayant subi une chimiothérapie adjuvante en 2011 va de 45,8 % en Alberta à 50,0 % en Nouvelle Écosse. Les taux étaient inférieurs de presque 20 points de pourcentage dans le cas des patients de 70 ans ou plus, comparativement à ceux observés pour les patients de moins de 60 ans. Le taux de traitement pour les patients de 70 à 79 ans se rapprochait de la cible de 45 %.

## 4.1 Chirurgie

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

#### Que mesure-t-on et pourquoi le mesure-t-on?

Cet indicateur mesure les taux de résections chez les patients souffrant d'un cancer du côlon comportant le prélèvement et l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques par un pathologiste en vue de déterminer le degré de propagation du cancer. Les résultats sont présentés par province pour les cas de cancer du côlon comportant une résection, diagnostiqués chaque année pour la période allant de 2008 à 2011; les taux globaux sont comparés selon le groupe d'âge et le sexe.

- La plupart des lignes directrices cliniques recommandent de prélever et d'examiner au

moins 12 ganglions pour établir plus précisément le statut ganglionnaire du cancer (qui indique le degré de propagation ganglionnaire du cancer). Cette recommandation s'explique par le fait que le prélèvement et l'examen d'au moins 12 ganglions réduit à un niveau acceptable le risque d'établissement d'un diagnostic faussement négatif (c.-à-d. que le test n'indique pas que le cancer s'est bel et bien propagé)<sup>102</sup>.

- La cible de 90 % fixée pour le rendement du système (c.-à-d. 90 % des résections touchant des patients atteints d'un cancer du côlon et comportant le prélèvement et l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques) pour l'ensemble des provinces a été établie pour

cet indicateur par les experts du Groupe de travail sur les cibles et les modèles de rendement du système du Partenariat canadien contre le cancer<sup>b</sup>.

- L'évaluation des tendances provinciales en matière de traitement par rapport aux lignes directrices permet de cerner les fluctuations et de mettre en lumière les possibilités d'améliorations qualitatives à l'échelon provincial.

### Quels résultats a-t-on obtenus?

- Pour les huit provinces ayant fourni des données, les taux de résections du côlon comportant l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques a continué d'augmenter régulièrement au fil des ans (figure 4.1). En 2011, l'Ontario a presque atteint la cible de 90 % fixée pour le rendement du système, tandis que trois autres provinces (Alberta, Manitoba et Terre-Neuve-et-Labrador) affichaient des taux supérieurs à 80 %.
- En 2011, certaines fluctuations interprovinciales ont été observées en ce qui concerne les taux de résections du côlon comportant l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques, comprises entre 71,6 % à l'Île-du-Prince-Édouard et 89,6 % en Ontario en 2011 (figure 4.1).
- De 2008 à 2011, les pourcentages de patients ayant subi l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques étaient relativement uniformes pour l'ensemble des groupes d'âge (figure 4.2).
- En 2011, les taux de résections comportant l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques chez les patients atteints d'un cancer du côlon étaient légèrement plus élevés chez les femmes que chez les hommes, ainsi que chez les patients de 70 ans ou plus, comparativement à ceux de 18 à 69 ans (figure 4.3).

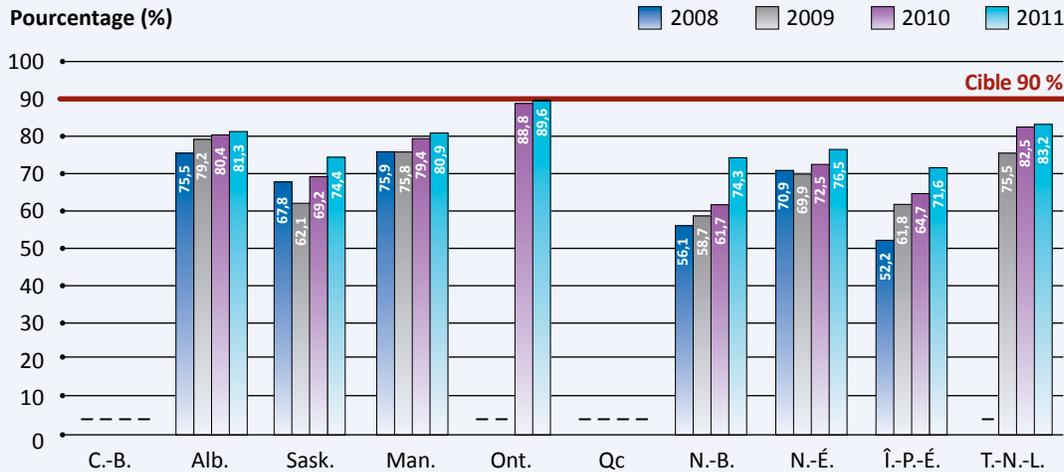
### Considérations relatives aux données et à la mesure de l'indicateur

- Les données pour cet indicateur proviennent du système de stadification concertée. L'information sur le nombre de ganglions prélevés à l'étape de la résection pratiquée sur des patients atteints du cancer du côlon et ensuite examinés par un pathologiste est extraite des dossiers médicaux des patients et fondée sur les éléments de données normalisés ayant trait à la stadification concertée.
- 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 comparaisons.
- Les tableaux de données pour cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), de même que la méthode de calcul détaillée figurant dans l'annexe technique, se trouvent à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

<sup>b</sup> Le Groupe de travail sur les cibles et les modèles de rendement du système a établi des cibles pour le rendement du système à travers une démarche comprenant une variété d'intrants : les cibles fixées par d'autres provinces ou territoires, les priorités du Partenariat et d'autres données probantes disponibles. Le groupe de travail est formé d'experts du domaine clinique, de la recherche, des politiques et des systèmes de toutes les régions du Canada.

FIGURE 4.1

**Taux de résections du côlon comportant le prélèvement et l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques, selon la province – diagnostic établi entre 2008 et 2011**



« - » Données non disponibles.

En Alb., toutes les chirurgies codées comprenant une polypectomie ont été incluses dans les résections complètes du côlon.

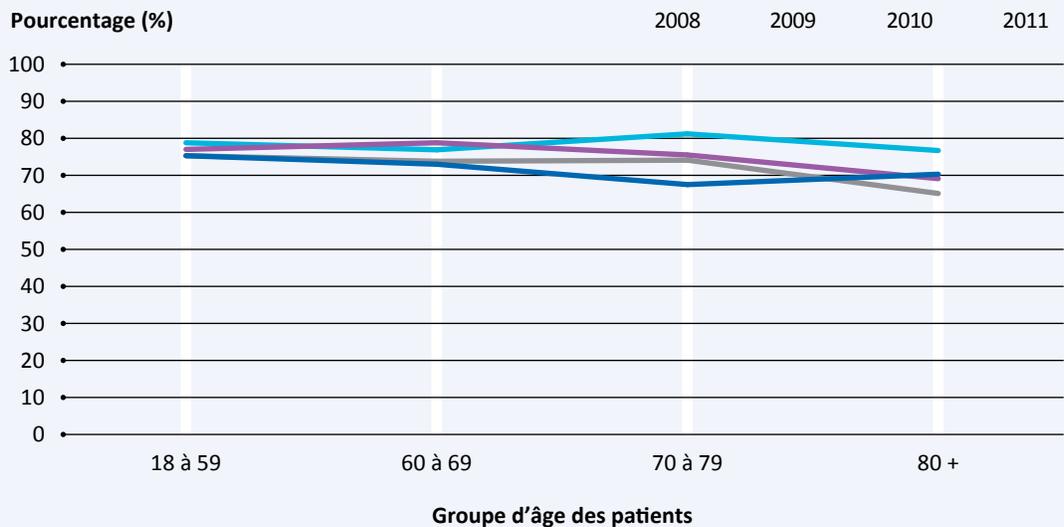
Les données de l'Ont. concernent les cas de cancer du côlon comportant l'examen d'au moins 12 ganglions plutôt que les cas diagnostiqués au cours de l'année correspondante.

En N.-É., l'utilisation de variables de la stadification concertée a permis de circonscrire les résections. Les dates des résections ont été manuellement extraites des dossiers passés en revue.

Source de données : organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

FIGURE 4.2

**Taux de résections du côlon comportant le prélèvement et l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques, selon le groupe d'âge – diagnostic établi entre 2008 et 2011**



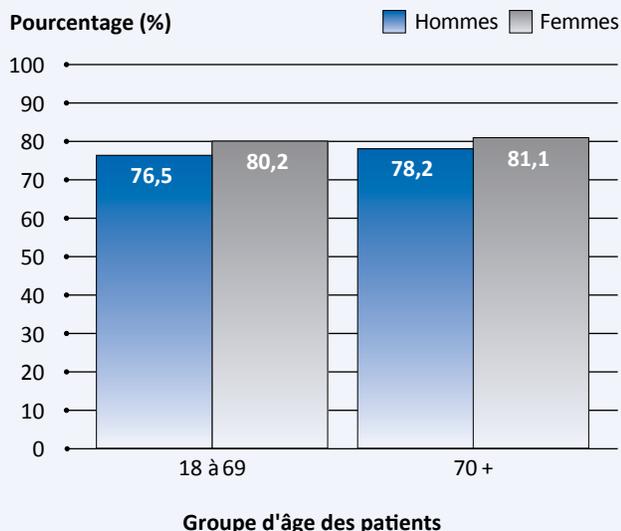
Les données concernent l'Alb., la Sask., le Man., le N.-B., la N.-É. et l'Î.-P.-É. (provinces ayant fourni des données comparables pour les quatre années).

En Alb., toutes les chirurgies codées comprenant une polypectomie ont été incluses dans les résections complètes.

Source de données : organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

FIGURE 4.3

### Taux de résections du côlon comportant le prélèvement et l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques, selon le groupe d'âge – diagnostic établi en 2011



Les données concernent l'Alb., la Sask., le Man., le N.-B., la N.-É., l'Î.-P.-É. et T.-N.-L. (provinces ayant fourni des données comparables pour les quatre années).

En Alb., toutes les chirurgies codées comprenant une polypectomie ont été incluses dans les résections complètes.

Source de données : organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

### Que peut-on conclure des résultats?

- Des données se rapportant à cet indicateur ont été diffusées pour la première fois dans le *Rapport de 2010 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*, à partir des données provinciales de l'année 2007. Depuis ce temps, nous avons constaté des hausses graduelles dans l'ensemble des provinces, y compris en ce qui a trait aux données de 2011. Nous pouvons désormais évaluer l'incidence sur la pratique clinique connexe de la déclaration des données se rapportant à cet indicateur.
- Le groupe de travail sur les cibles et les modèles de rendement du système du Partenariat canadien contre le cancer s'est fondé sur des données probantes pour adopter comme référence nationale la cible de 90 % pour cet indicateur. Cette référence a été choisie sur la base des données probantes à l'appui des lignes directrices et à l'issue de la prise en compte des fluctuations observées entre les provinces. L'établissement d'une cible de rendement vise à souligner l'importance de la pratique fondée sur

l'expérience clinique et à stimuler les efforts faits à l'échelon local pour favoriser l'observation des lignes directrices. En 2011, aucune des provinces ayant fourni des données n'a atteint la cible de 90 % fixée pour le rendement du système.

- En 2011, tous les laboratoires du Nouveau-Brunswick recueillaient les données synoptiques et pathologiques relatives aux résections et les transmettaient au registre par voie électronique. Un modèle de rapport synoptique normalisé est utilisé pour la prise en note des conclusions pathologiques après l'ablation d'une tumeur ou d'autres tissus aux fins du diagnostic ou du traitement d'un cancer. La production au Nouveau-Brunswick de rapports synoptiques d'anatomopathologie peut expliquer la hausse des taux de prélèvements recommandés de ganglions lymphatiques dans cette province, comparativement à ceux de l'année précédente. L'Ontario a suivi cet exemple. Cette décision, de même que d'autres initiatives axées sur la qualité comme la

diffusion de lignes directrices fondées sur des données probantes dans ce domaine et la présentation de rapports destinés au public, peuvent avoir contribué à la hausse des taux de prélèvements recommandés de ganglions lymphatiques dans cette province et à la hausse constante observée au cours des dix dernières années. Ces activités ont été en grande partie rendues possibles grâce à *l'Initiative sur la production de rapports synoptiques d'anatomopathologie électroniques (IPRSAE)* financée par le Partenariat.

- Pour l'ensemble des provinces, il y avait peu de variations dans les prélèvements de ganglions lymphatiques (selon l'âge et le sexe). Selon quelques études récentes réalisées aux É.-U., les patients plus âgés atteints d'un cancer du côlon étaient plus susceptibles que des patients plus jeunes de subir l'ablation d'au moins 12 ganglions lymphatiques<sup>103-105</sup>. L'absence de fluctuations selon l'âge dont il est fait mention dans le présent rapport est vraisemblablement influencée par le fait que les patients qui ont subi une résection étaient tous suffisamment en santé pour subir une chirurgie.
- L'incidence de l'établissement de rapports et de cibles sur le nombre de ganglions lymphatiques prélevés n'a pas été très largement étudiée; toutefois, une étude américaine publiée en 2013 indique une plus forte concordance avec la ligne directrice recommandant l'ablation d'au moins 12

ganglions lymphatiques, qui est passé de 34 % au cours de la période antérieure à la diffusion des lignes directrices (1988 à 1990) à 75 % en 2009 à la suite de la diffusion des lignes directrices et de l'établissement de cibles locales<sup>106</sup>.

---

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

- Jusqu'à présent, *l'Initiative sur la production de rapports synoptiques d'anatomopathologie électroniques (IPRSAE)* a été mise en œuvre dans deux provinces (l'Ontario et le Nouveau-Brunswick); elle est en voie d'être mise en œuvre par étapes dans des établissements de quatre autres provinces (Colombie-Britannique, Manitoba, L'Île-du-Prince-Édouard et Nouvelle-Écosse)<sup>107</sup>. L'initiative vise à faciliter la mise en œuvre du processus d'établissement de rapports synoptiques d'anatomopathologie électroniques pour les cancers du sein, colorectal, du poumon, de la prostate et de l'endomètre. L'utilisation d'un modèle de rapport normalisé permettrait d'obtenir des renseignements additionnels qui seraient utiles pour comprendre les pratiques chirurgicales et pathologiques.

## Résections de tumeurs mammaires cancéreuses qui sont des mastectomies

### Que mesure-t-on et pourquoi le mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le pourcentage de femmes qui ont subi une mastectomie parmi toutes celles qui ont subi une chirurgie pour traiter un cancer du sein envahissant unilatéral. Nous présentons le pourcentage de patientes pour lesquelles la mastectomie constituait la chirurgie initiale (c.-à-d. indice) et le pourcentage de patientes qui ont subi une mastectomie en premier lieu ou une mastectomie dans l'année suivant une chirurgie conservatrice du sein (c.-à-d. final). Les résultats sont présentés par province et comprennent les résections pratiquées sur des patientes atteintes d'un cancer du sein au cours de la période allant d'avril 2008 à mars 2013.

- La plupart des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein<sup>c</sup> non métastatique sont des candidates pour une chirurgie — soit une mastectomie ou une chirurgie conservatrice du sein d'ordinaire suivie d'une radiothérapie, appelée thérapie conservatrice du sein (TCS)<sup>108</sup>. La chirurgie conservatrice du sein est moins envahissante que la mastectomie et elle est associée à une plus faible morbidité, un meilleur aspect esthétique et à de meilleurs résultats psychologiques. Il ressort des données probantes disponibles que la mortalité associée à un cancer du sein non métastatique est identique pour les deux procédures chirurgicales.

### Quels résultats a-t-on obtenus?

- L'indice de mastectomie (lorsque la mastectomie est la procédure retenue en premier) va de 20,9 % au Québec à 56,4 % en Saskatchewan (figure 4.4). Le taux final de mastectomie va de 25,3 % au Québec à 68,3 % à Terre-Neuve-et-Labrador (figure 4.4). Cela laisse croire que la pratique chirurgicale en matière de cancer du sein varie considérablement d'une province à l'autre. Notez que l'écart entre le taux indice et le taux final dans une province peut-être le reflet du pourcentage de mastectomies pratiquées à la suite d'une chirurgie conservatrice du sein infructueuse<sup>d</sup>.

<sup>c</sup> La mastectomie est une chirurgie visant à enlever la totalité du sein; la chirurgie conservatrice du sein comprend l'ablation complète de la tumeur et d'une marge de tissu mammaire non cancéreux.

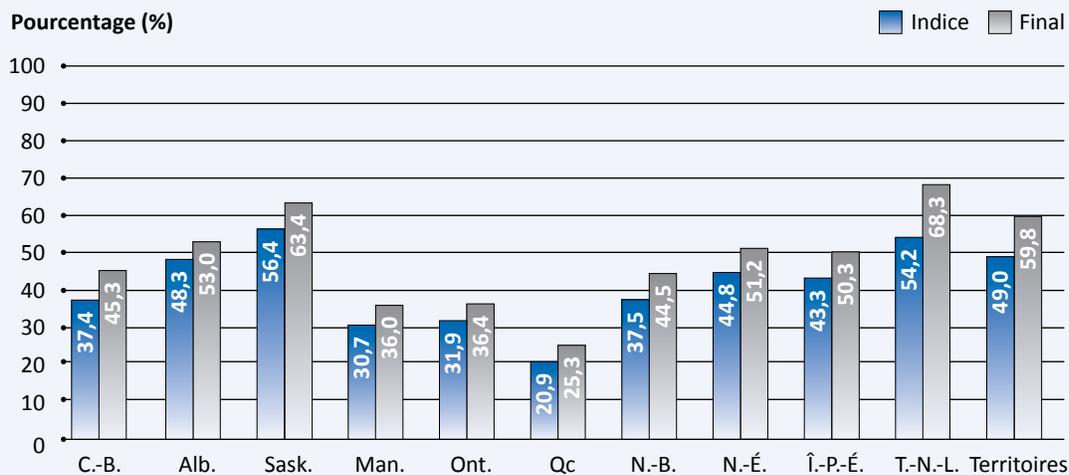
<sup>d</sup> Cela se produit lorsque le rapport de pathologie faisant suite à la chirurgie conservatrice du sein indique la présence de marges positives (c.-à-d. la présence de cellules cancéreuses à proximité du tissu excisé).

### Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les données pour cet indicateur proviennent des bases de données hospitalières tenues par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ou sont celles qui ont été transmises à l'ICIS. Aucun couplage n'a été établi avec les données des registres provinciaux des cancers. Par conséquent, les données peuvent inclure les femmes souffrant d'une maladie récurrente — en dépit des tentatives faites pour réduire au minimum ce problème grâce à l'adoption de critères de sélection des cas.
- Les données concernent les femmes souffrant d'un cancer du sein envahissant unilatéral ayant subi une chirurgie au cours de la période allant d'avril 2008 à mars 2013.
- Les codes de procédure ne font pas la distinction entre les biopsies d'excision et les chirurgies conservatrices du sein. Pour cette raison, les patientes ayant fait l'objet d'une biopsie d'excision suivie d'une mastectomie ont été regroupées, dans les résultats, avec celles qui ont subi une chirurgie conservatrice du sein suivie d'une mastectomie. De surcroît, les provinces affichant les taux de biopsie d'excision les plus élevés, comparativement à d'autres, peuvent présenter un taux indice de mastectomies plus faible.
- Les tableaux de données pour cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), de même que la méthode de calcul détaillée figurant dans l'annexe technique, se trouvent à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

FIGURE 4.4

#### Taux de résections de tumeurs mammaires cancéreuses qui sont des mastectomies, selon la province ou le territoire — pour les exercices 2008-2009 à 2012-2013 pris ensemble



Les données sur la mastectomie concernent les femmes ayant subi une mastectomie en premier lieu (indice) ainsi que celles qui ont subi une chirurgie conservatrice du sein en premier lieu et, par la suite, une mastectomie dans l'année qui a suivi (final).

Source de données : Institut canadien d'information sur la santé, base de données sur la morbidité hospitalière, Système national d'information sur les soins ambulatoires; ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta, système d'information sur les soins ambulatoires de l'Alberta (Alberta Ambulatory Care Reporting System).

### Que peut-on conclure des résultats?

- Étant donné que les résultats en matière de survie pour ce qui est de la mastectomie et de la thérapie conservatrice du sein sont comparables, les fluctuations interprovinciales dont il est question en l'occurrence ne reflètent pas nécessairement des divergences quant à la pertinence du traitement ou de la qualité des soins. Alors que la chirurgie conservatrice du sein doit être envisagée pour la plupart des patientes atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce, aucune cible canadienne de rendement n'a été officiellement établie relativement au taux réel de traitement. La décision de subir une chirurgie conservatrice du sein ou une mastectomie appartient à la patiente atteinte d'un cancer du sein et doit être fondée sur une bonne compréhension des risques, des avantages et des modalités pratiques associés à chaque choix.
- Plusieurs raisons donnent à penser que le pourcentage de patientes ayant un accès limité à la radiothérapie (p. ex. celles qui habitent loin d'un centre de traitement) influe sur les taux de chirurgie conservatrice du sein<sup>109-113</sup>. Les patientes qui ne vivent pas à proximité du centre de radiothérapie le plus proche ont moins de chances de subir une chirurgie conservatrice du sein qu'une mastectomie, en raison des difficultés associées aux déplacements aller-retour devant être régulièrement effectués pour subir des traitements durant cinq à sept semaines. À Terre-Neuve-et-Labrador, où l'on enregistre le taux final de mastectomie le plus élevé, il n'y a qu'un seul centre de radiothérapie pour l'ensemble de la population de cette province. En Saskatchewan, où l'on enregistre le taux indice de mastectomie le plus élevé, il y a deux centres de radiothérapie situés dans les deux principales régions métropolitaines (Saskatoon et Regina). L'Ontario et le Québec, qui affichent les plus bas taux de mastectomie, sont les provinces ayant le plus grand nombre de centres de radiothérapie. Bien que certains centres se trouvent dans les régions septentrionales des provinces, bon nombre de

femmes doivent tout de même parcourir de longues distances pour y accéder. Des données sur le pourcentage de la population canadienne vivant à courte distance d'un centre de radiothérapie ne sont pas disponibles.

- Certaines des fluctuations interprovinciales relevées quant aux taux de mastectomie peuvent s'expliquer par l'utilisation de biopsies comme outil diagnostique d'une province à l'autre. Depuis quelques années, il est recommandé de procéder, non pas à une biopsie d'excision (intervention chirurgicale visant l'ablation du tissu mammaire suspect), mais plutôt à une biopsie par forage (insertion d'une aiguille creuse pour prélever un échantillon de tissu suspect) qui est désormais l'intervention préférable. Toutefois, même si elle est moins courante, l'intervention chirurgicale est encore pratiquée. Les pratiques actuelles de codage des hôpitaux ne permettent pas de bien faire la distinction entre les biopsies d'excision et les chirurgies conservatrices du sein. En conséquence, les provinces affichant des taux de biopsies d'excision plus élevés, comparativement à d'autres provinces, peuvent présenter un taux indice de mastectomies moins élevé<sup>114</sup>. Dans le même ordre d'idées, il est possible que le pourcentage de patientes ayant subi une chirurgie conservatrice du sein en premier lieu et qui, par la suite, ont finalement subi une mastectomie soit plus élevé dans ces provinces.

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

- Le Partenariat et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ont collaboré à l'analyse des tendances relatives au cancer du sein et à l'établissement de rapports à ce sujet. Le rapport conjoint diffusé en 2012 renfermait des données sur les tendances relatives aux chirurgies associées à un cancer du sein et a également mis en lumière les fluctuations en fonction de divers facteurs, tels l'âge de la patiente, son revenu et le temps nécessaire pour se rendre au centre de radiothérapie le

plus proche<sup>115</sup>. D'autres analyses à l'échelon local pourraient permettre de cerner d'éventuelles améliorations au système. Par exemple, en Saskatchewan, un groupe de travail sur la mastectomie a été établi pour étudier plus à fond les raisons des fluctuations

dans cette province et les facteurs qui influent sur la décision d'une patiente de subir une mastectomie plutôt qu'une chirurgie conservatrice du sein<sup>116</sup>.

### Que sait-on d'autre?

- Outre ceux déjà débattus en l'occurrence, bon nombre de facteurs peuvent exercer une influence sur le recours à la mastectomie. Parmi ceux-ci, mentionnons l'accès à des services de reconstruction immédiate du sein à la suite d'une mastectomie; la prévalence des mutations de gènes et les tests de dépistage de ceux-ci puisque ces mutations peuvent prédisposer une femme à développer un cancer du sein (p. ex., les gènes BRCA 1/2) et influencer sur la décision d'opter pour une ablation prophylactique (préventive) d'un sein ou des deux; la préférence du chirurgien; des facteurs cliniques<sup>e</sup>; et la préférence personnelle<sup>117</sup>.

## 4.2 Radiothérapie

### Temps d'attente en radiothérapie

#### Que mesure-t-on et pourquoi le mesure-t-on?

Cet indicateur mesure les temps d'attente en radiothérapie dans le cas des patients ayant suivi des traitements pour tous les types de cancer en 2013. Suivant la définition, le temps d'attente est le nombre de jours à compter du moment où le patient est prêt à commencer le traitement jusqu'au début de celui-ci. Les données sur le temps d'attente médian et le temps d'attente du 90<sup>e</sup> percentile exprimés en jours sont présentées, de même que le pourcentage de patients traités à l'intérieur du délai cible national de 28 jours. Sont

également comprises des données sur le délai cible de 14 jours fixé pour le 90<sup>e</sup> percentile par l'Association canadienne des radio-oncologues (ACRO).

- 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 d'un cancer est une priorité nationale en soins de santé. Des délais nationaux ont été établis et des initiatives provinciales visant à réduire les temps d'attente ont été mises en œuvre.

<sup>e</sup> Ce ne sont pas toutes les patientes atteintes d'un cancer du sein envahissant qui sont des bonnes candidates pour une chirurgie conservatrice du sein. Des mastectomies peuvent être pratiquées sur des femmes présentant certains types de tumeurs ou des contre-indications à la radiothérapie, si elles en décident ainsi<sup>114</sup>.

### Quels résultats a-t-on obtenus?

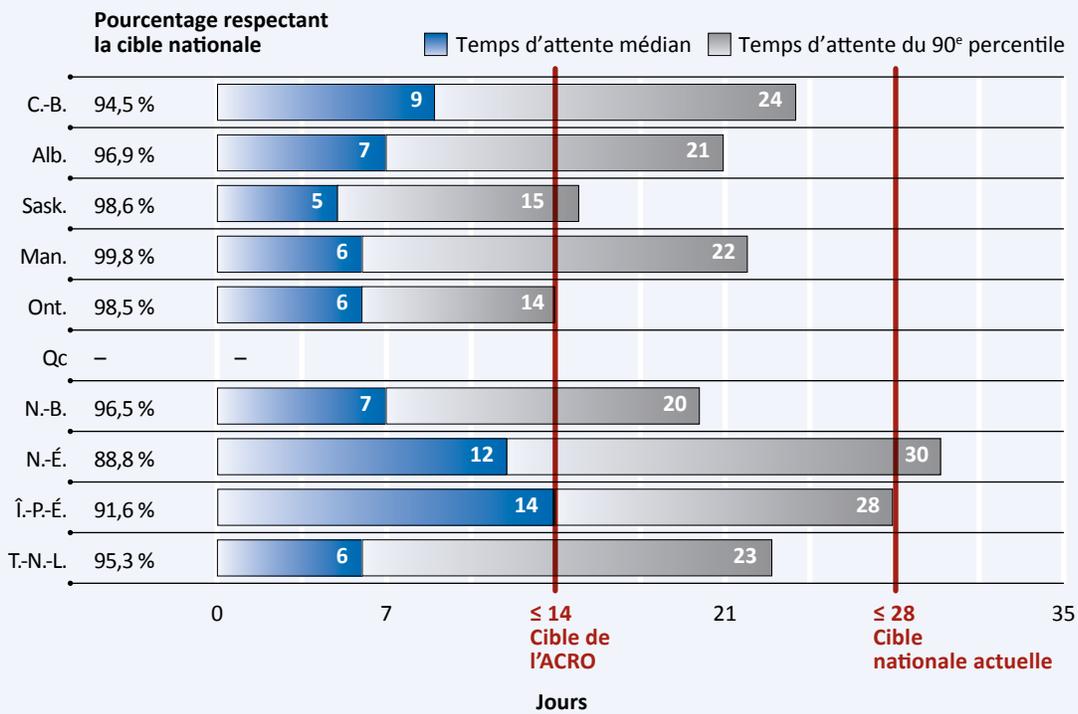
- En 2013, huit des neuf provinces ayant fourni des données ont atteint la cible de 90 % des patients traités à l'intérieur du délai de référence national de 28 jours en radiothérapie (figure 4.5). Cela comprend la radiothérapie pour tous genres de cancer.
- Les temps d'attente de la Nouvelle-Écosse se rapprochent de la cible d'après les tendances se dégageant des résultats déjà publiés. Le pourcentage de patients (qui reçoivent de la radiothérapie) pour lesquels les temps d'attente était inférieurs à la cible de 28 jours s'établissait à 86,8 % pour l'année de traitement 2012 et à 82,0 % pour l'année de traitement 2011<sup>89, 118</sup>.
- Les temps d'attente du 90<sup>e</sup> percentile les plus courts ont été enregistrés en Ontario (14 jours) et en Saskatchewan (15 jours) [figure 4.5].
- Pour les quatre cancers les plus courants, la plus forte variabilité interprovinciale des temps d'attente du 90<sup>e</sup> percentile a été enregistrée dans le cas des patients atteints du cancer de la prostate (22 jours entre le temps d'attente du 90<sup>e</sup> percentile le plus court et celui qui était le plus long) [figure 4.6]. Dans les huit provinces ayant fourni des données, le plus long temps d'attente à compter du moment où le patient est prêt à subir un traitement et le début de ce dernier a été enregistré pour les patients souffrant d'un cancer de la prostate. En 2013, plusieurs provinces ayant fourni des données ont déclaré une augmentation du nombre de patients atteints d'un cancer de la prostate traités à l'intérieur du délai cible (comparativement à 2012)<sup>89</sup>.
- La plus faible variabilité des temps d'attente a été observée chez les patients atteints d'un cancer du poumon (écart de 12 jours) [figure 4.6].
- Pour tous les types de cancer, le pourcentage de patients traités en radiothérapie à l'intérieur de la cible de 28 jours allait de 88,8 % en Nouvelle-Écosse à 99,8 % au Manitoba. Six des neuf provinces ayant fourni des données ont indiqué que plus de 95 % des patients ont été traités à l'intérieur du délai cible (tableau 4.1).

### Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Le temps d'attente est mesuré à partir du moment où le patient est « prêt à être traité ». Selon les définitions de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), ce moment commence lorsque le médecin aiguille le patient vers la radiothérapie. Bien que des efforts considérables aient été consacrés à l'élaboration et à l'adoption de définitions normalisées dans ce domaine, des fluctuations interprovinciales peuvent persister.
- Les tableaux de données pour cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), de même que la méthode de calcul détaillée figurant dans l'annexe technique, se trouvent à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

FIGURE 4.5

### Temps d'attente médian et du 90<sup>e</sup> percentile en radiothérapie pour tous les cancers, selon la province – traitement suivi en 2013



« – » Données non disponibles.

Le temps d'attente est le nombre de jours entre le moment où le patient est prêt à commencer le traitement de radiothérapie et le début de celui-ci.

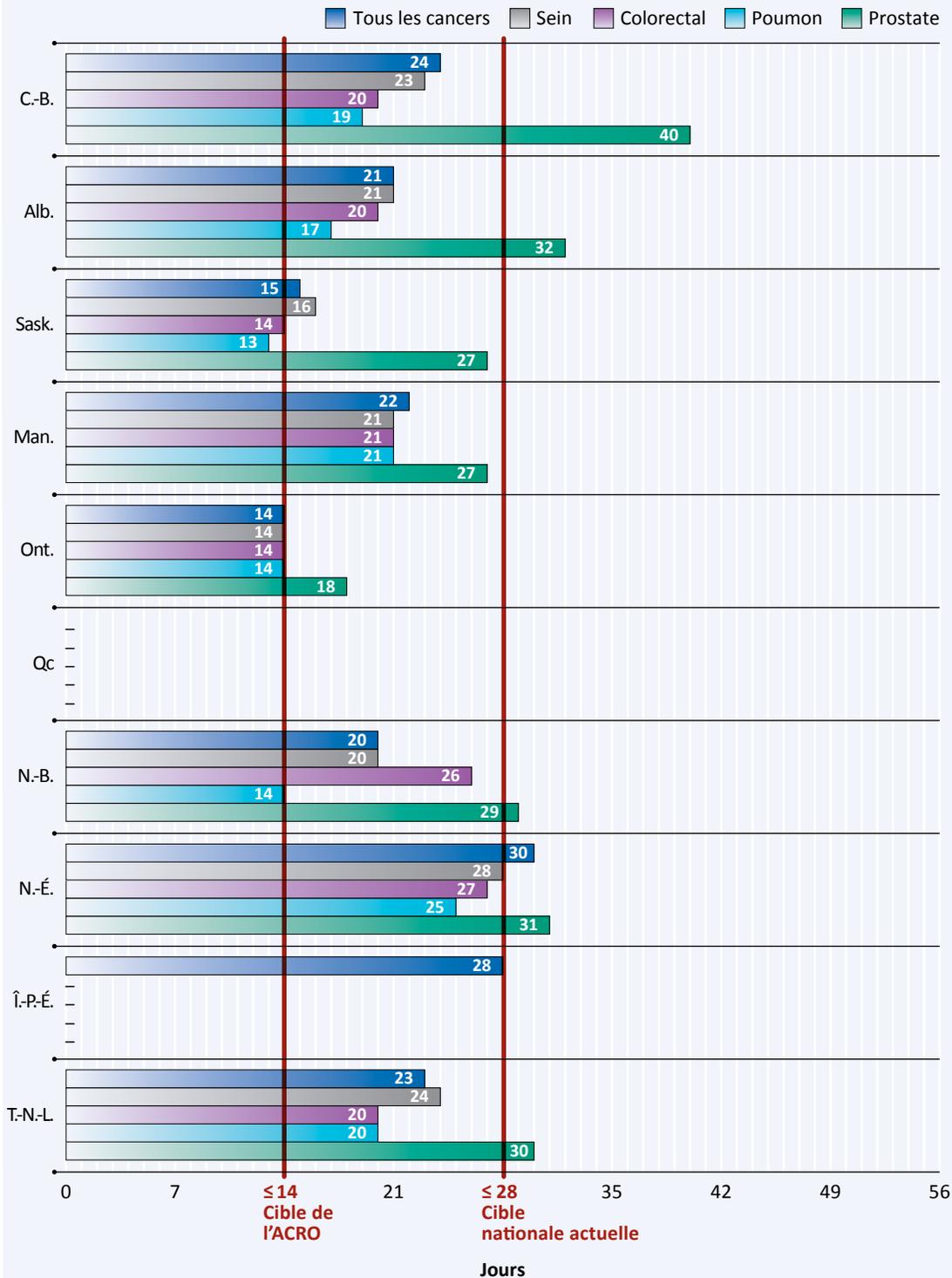
L'Association canadienne des radio-oncologues (ACRO) a recommandé la cible suivante : 90 % des patients devraient recevoir leur traitement de radiothérapie dans les 14 jours.

La cible nationale est la suivante : 90 % des patients doivent recevoir leur traitement de radiothérapie dans les 28 jours.

Source de données : organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

FIGURE 4.6

**Temps d'attente du 90<sup>e</sup> percentile en radiothérapie, selon le type de cancer et la province – traitement suivi en 2013**



« - » Données non disponibles.

Le temps d'attente est le nombre de jours entre le moment où le patient est prêt à commencer le traitement de radiothérapie et le début de celui-ci.

L'Association canadienne des radio-oncologues (ACRO) a recommandé la cible suivante : 90 % des patients devraient recevoir leur traitement de radiothérapie dans les 14 jours.

La cible nationale actuelle : 90 % des patients devraient recevoir leur traitement de radiothérapie dans les 28 jours.

Source de données : organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

TABLEAU 4.1

**Pourcentage de patients traités en radiothérapie à l'intérieur du délai cible, pour les quatre types de cancers les plus fréquents et tous les cancers, selon la province – traitement suivi en 2013**

Province	Sein	Colorectal	Poumon	Prostate	Tous les cancers
Colombie-Britannique	95,9	98,1	98,2	82,4	94,5
Alberta	99,0	98,5	99,0	86,9	96,9
Saskatchewan	100,0	100,0	100,0	90,8	98,6
Manitoba	99,9	100,0	99,4	99,4	99,8
Ontario	99,3	99,4	99,4	95,1	98,5
Québec	–	–	–	–	–
Nouveau-Brunswick	97,0	92,8	98,8	89,3	96,5
Nouvelle-Écosse	90,5	93,8	94,6	86,9	88,8
Île-du-Prince-Édouard	–	–	–	–	91,6
Terre-Neuve-et-Labrador	97,7	98,0	97,2	88,6	95,3

« – » Données non disponibles.

Le temps d'attente cible est de quatre semaines entre le moment où le patient est prêt à commencer le traitement et le début de celui-ci.

Source de données : organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

### Que peut-on conclure des résultats?

- L'examen des temps d'attente selon la province peut aider à cerner les régions où il serait possible de réduire les temps d'attente et d'appliquer des pratiques exemplaires. Par exemple, les données historiques relatives aux temps d'attente montrent que les résidents du Manitoba continuent d'être traités en radiothérapie à l'intérieur du délai cible établi, comme l'indique le pourcentage élevé de patients (99,8 % en 2013) traités dans l'intervalle fixé au cours de la période de 2009 à 2013<sup>89, 118</sup>. Les pratiques exemplaires de cette province pourraient être déterminées et partagées afin de réduire le temps d'attente dans les autres provinces.
- En Nouvelle-Écosse, les temps d'attente en radiothérapie continuent de s'améliorer pour tous les cancers (ils sont passés de 80,0 % des patients traités dans l'intervalle ciblé de 28

jours en 2010 à 88,8 % en 2013)<sup>118</sup>. Cependant, la province n'a pas encore atteint la cible de 90 % des patients traités en deçà du délai cible.

- Pour l'ensemble des provinces ayant fourni des données, ce sont les patients atteints d'un cancer de la prostate qui doivent attendre le plus longtemps avant d'être traités en radiothérapie. L'âge du patient, le stade du cancer et les retards attribuables au patient sont des facteurs de risque qui peuvent influencer grandement sur les temps d'attente en radiothérapie; cela est particulièrement vrai dans le cas des patients atteints d'un cancer de la prostate<sup>119</sup>. À l'étape de l'évaluation des données sur les temps d'attente, l'urgence de la situation de chaque patient doit être prise en considération dans la détermination de la pertinence des soins donnés. Ce ne sont pas tous les patients atteints d'un cancer de la prostate qui doivent subir une radiothérapie

dans les plus brefs délais. À l'heure actuelle, les données ne tiennent pas compte du caractère pertinent des soins.

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

- Grâce au suivi du rendement du système, la Nouvelle-Écosse s'est efforcée par le truchement d'une stratégie pluriannuelle d'augmenter la capacité de radiothérapie dans ses établissements de traitement. La province continue à améliorer l'accès à la radiothérapie pour les personnes atteintes d'un cancer et de réduire encore plus les temps d'attente.
- En Ontario, des investissements substantiels dans le système de lutte contre le cancer et la gestion du rendement de ce dernier peuvent expliquer que les temps d'attente en radiothérapie soient courts. Le gouvernement de l'Ontario a fait ces investissements afin d'accroître le nombre de centres de cancérologie et d'unités de traitement;

d'accroître les ressources humaines en santé, par exemple le nombre de radio-oncologues, de médecins médicaux et de techniciens en radiation; et d'élargir le rôle des radiothérapeutes ayant une formation spécialisée dans le cadre du projet des spécialistes cliniques en radiothérapie (SCR) visant à améliorer l'accès aux services et à réduire les temps d'attente<sup>120</sup>. En outre, l'Ontario se préoccupe de la gestion du rendement, entre autres du suivi mensuel des temps d'attente en radiothérapie selon la catégorie d'urgence (les temps d'attente cibles vont d'un jour pour les cas d'intervention immédiate à 14 jours pour les cas ne nécessitant pas une intervention immédiate), la détermination d'une cible annuelle en vue de l'amélioration du rendement et la diffusion de rapports destinés à la population ayant trait aux temps d'attente sur le site Web d'Action Cancer Ontario et l'indice de qualité du réseau de cancérologie du Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario<sup>121, 122</sup>.

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

### Que mesure-t-on et pourquoi le mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le pourcentage de patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III qui ont subi une radiothérapie préopératoire conformément aux lignes directrices thérapeutiques largement diffusées<sup>123, 124</sup>. L'indicateur de cette année compare les résultats qui ont été observés chez des patients dont le diagnostic a été établi au cours de la période de 2008 à 2011. Il examine également les tendances selon l'âge et le sexe, tout en comparant des données d'une province à l'autre.

- Chaque année, près de 9 200 personnes succombent à un cancer colorectal au Canada<sup>125</sup>. Environ 20 % de ces cas

s'accompagnent de tumeurs rectales<sup>126</sup>. D'après les analyses groupées portant sur trois essais menés en Amérique du Nord, les taux de survie sur cinq ans pour ce qui est du cancer du rectum de stade II ou III varient, passant de 78 % pour les cancers de stade IIA à 31 % pour les cancers de stade IIIC. Les taux de récurrence locale peuvent s'élever jusqu'à 22 % pour les cancers de stade III<sup>127</sup>.

- L'administration d'une radiothérapie (souvent combinée à la chimiothérapie) avant une résection chirurgicale (c.-à-d. préopératoire) améliore les résultats et la lutte contre le cancer sur le plan local; elle peut également réduire la toxicité aiguë à long terme chez les patients atteints d'un cancer de stade II ou III<sup>127</sup>.

C'est particulièrement le cas chez les patients présentant une tumeur volumineuse dont l'ablation est difficile<sup>128</sup>.

- Pour la cinquième année consécutive, la conformité à ces lignes directrices thérapeutiques a été mesurée dans les rapports sur le rendement du système du Partenariat. En 2014, le groupe de travail sur les cibles et les modèles de rendement du système a établi la cible de 70 % pour les traitements en ce qui a trait à cet indicateur.
- Pour ce qui est de la radiothérapie préopératoire conforme aux lignes directrices thérapeutiques, les taux enregistrés dans les six provinces qui ont fourni des données relativement à cet indicateur en 2011 variaient, allant de 38,6 % en Nouvelle-Écosse à 59,6 % à Terre-Neuve-et-Labrador — soit un écart de 21 points de pourcentage (figure 4.7).
- La plus forte augmentation a été observée à Terre-Neuve-et-Labrador où 59,6 % des patients ont suivi une radiothérapie préopératoire en 2011, comparativement à 40,4 % en 2008 — soit une hausse de 19,2 % pour cet indicateur (figure 4.7).

### Quels résultats a-t-on obtenus?

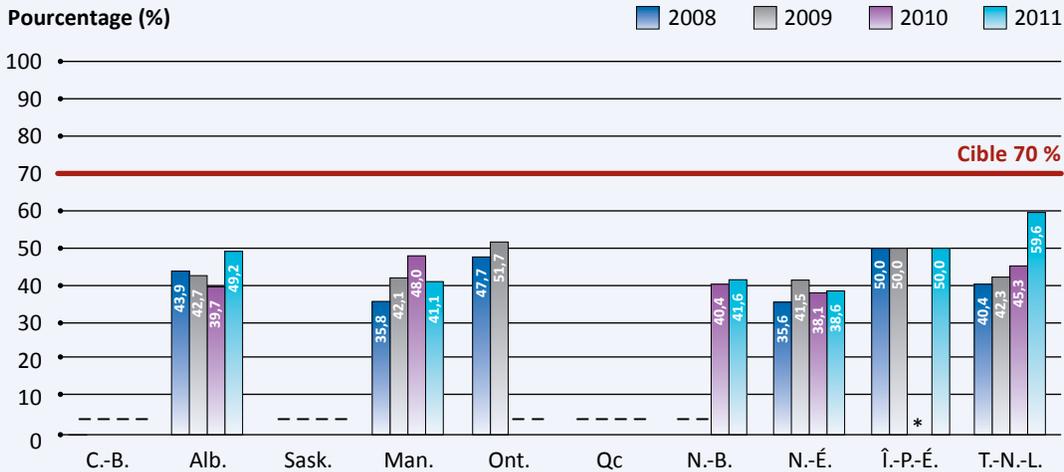
- En règle générale, en ce qui a trait à la radiothérapie préopératoire administrée conformément aux lignes directrices thérapeutiques, les taux ont augmenté de manière constante au cours de la période de quatre ans (de 2008 à 2011). Les conclusions pour cet indicateur ont été présentées pour la première fois dans le *Rapport de 2010 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. Cette année, nous avons pour la première fois été en mesure d'évaluer l'incidence de la production de rapports sur cet indicateur sur les améliorations apportées aux traitements conformes aux lignes directrices.
- L'administration d'une radiothérapie préopératoire pour traiter des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III variait selon l'âge (figure 4.8). Le taux de traitement a considérablement diminué chez les patients plus âgés en 2011 — passant de 57,7 % pour les patients de moins de 60 ans à 21,6 % pour ceux de 80 ans ou plus.
- L'administration d'une radiothérapie préopératoire conformément aux lignes directrices variait selon le sexe chez les patients de 18 à 69 ans : s'établissant à 55,0 % chez les hommes et à 42,4 % chez les femmes (figure 4.9). Les taux de traitement ont augmenté de 2010 à 2011 pour les deux sexes chez les patients de 70 ans ou plus<sup>89</sup>.

### Considérations relatives aux données et à la mesure de l'indicateur

- Les résultats pour la Colombie-Britannique ne sont pas présentés comme ils l'étaient dans les rapports antérieurs parce que la Colombie-Britannique ne recueille des données que pour les cas aiguillés vers ses centres de cancérologie provinciaux (jusqu'à l'année de diagnostic 2011).
- 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 hausse pourrait être attribuable aux améliorations apportées à la capacité de repérer les cas cibles à partir des données administratives, mais elle peut aussi refléter des tendances réelles relatives à l'incidence du cancer.
- Les tableaux de données pour cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), de même que la méthode de calcul détaillé figurant dans l'annexe technique, se trouvent à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

FIGURE 4.7

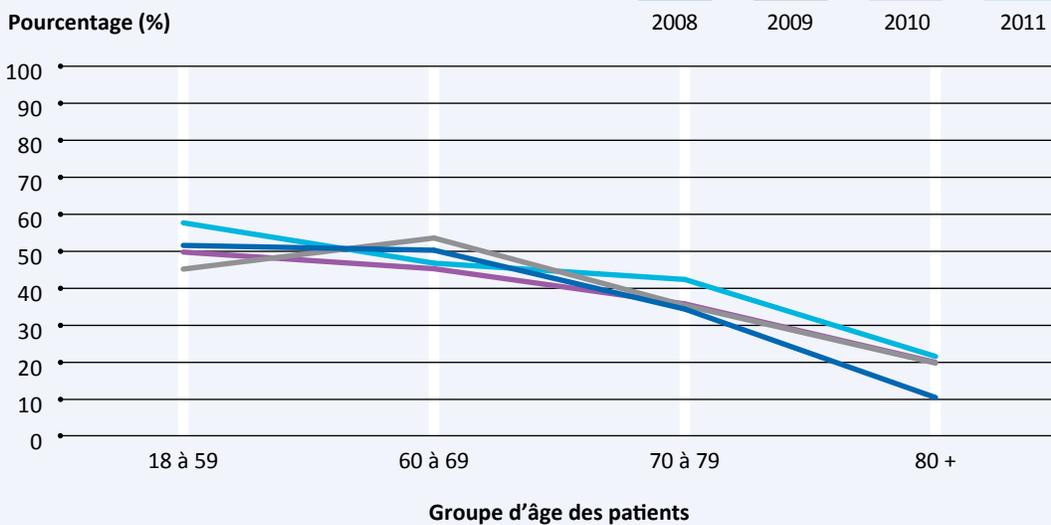
**Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou de stade III ayant subi une radiothérapie avant la chirurgie, selon la province – diagnostic établi de 2008 à 2011**



\* Supprimées en raison des petits nombres.  
« - » Données non disponibles.  
Les données concernent les traitements de radiothérapie dont le début remonte tout au plus à 120 jours avant la résection.  
Source de données : organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

FIGURE 4.8

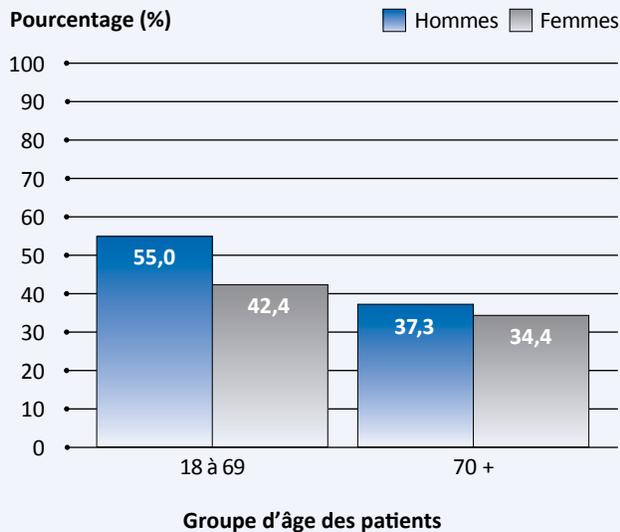
**Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou de stade III ayant subi une radiothérapie avant la chirurgie, selon le groupe d'âge – diagnostic établi entre 2008 et 2011**



Les données concernent l'Alb. le Man., la N.-É., l'Î.-P.-É. et T.-N.-L. (provinces ayant fourni des données comparables pour les quatre années).  
Les données concernent les traitements de radiothérapie dont le début remonte tout au plus à 120 jours avant la résection.  
Source de données : organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

FIGURE 4.9

### Pourcentage de 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 2011



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

Les données concernent les traitements de radiothérapie dont le début remonte tout au plus à 120 jours avant la résection.

Source de données : organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

### Que peut-on conclure des résultats?

- La cible de 70 % est étayée par les données d'examen des dossiers médicaux et définit une amélioration atteignable (c. à d. fondée sur le taux de traitement dans la province la plus performante en 2009). Cette cible est également comparable au rendement atteint en Suède<sup>128</sup>.
- Aucune des provinces ayant fourni des données pour cet indicateur n'a atteint le taux cible en 2011, mais les résultats semblent indiquer une tendance à la hausse du taux de traitement en radiothérapie dans certaines provinces. Étant donné que le taux cible a été fixé en 2013, il est trop tôt pour savoir quelle incidence il aura sur cet indicateur.
- Différentes raisons expliquent pourquoi des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ne subissent pas de radiothérapie préopératoire—par exemple, ces personnes n'ont pas été aiguillées vers ces services ou elles ont d'autres problèmes de santé (comorbidités). Les conclusions de l'examen des dossiers médicaux, dont il est fait état dans le *Rapport de 2012 sur le rendement du*

*système de lutte contre le cancer* du Partenariat canadien contre le cancer, ont permis de faire la lumière sur ces enjeux<sup>118</sup>. Dans cinq des provinces participantes, 88 % des patients ayant reçu un diagnostic de cancer du rectum de stade II ou III ont été aiguillés par un chirurgien vers un oncologue médical ou un radio-oncologue; les 12 % résiduels ne l'ont pas été. La présence de comorbidités est la raison la plus courante de ne pas aiguiller vers la radiothérapie un patient atteint d'un cancer du rectum de stade II ou III. Le fait que le patient n'ait pas été aiguillé vers un radio-oncologue à des fins de consultation est la raison la plus couramment invoquée pour justifier qu'il ne soit pas traité.

- Il semble de plus en plus probable que la chimioradiothérapie préopératoire puisse être omise en toute sécurité dans le cas de certains patients atteints d'un cancer du rectum de stade II<sup>129, 130</sup>. Les résultats des essais randomisés à venir dans ce domaine seront importants afin de mieux comprendre le rôle de la radiothérapie préopératoire dans le traitement des cas de cancer du rectum.

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

- Le Partenariat canadien contre le cancer a mené un examen rétrospectif des dossiers médicaux (en collaboration avec plusieurs provinces) afin de valider les résultats de l'indicateur provenant des données administratives et de cerner les facteurs qui influent sur la conformité aux pratiques fondées sur des données probantes. Cinq provinces — l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador — ont pris part à l'étude. L'examen rétrospectif des dossiers des patients qui avaient subi une résection chirurgicale de leurs tumeurs a permis de mieux comprendre les tendances en matière d'aiguillage et de traitement pour ce qui est de la radiothérapie préopératoire. L'étude a permis de cerner les lacunes qui pourraient être comblées grâce à l'examen des pratiques cliniques et des stratégies d'améliorations de la qualité<sup>118</sup>. (Pour obtenir un complément d'information sur l'examen des dossiers, veuillez consulter le *Rapport de 2012 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*).
- Il est nécessaire de mieux analyser le déclin observé dans les taux de traitement chez les patients de 70 ans ou plus atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III. Les prochains rapports sur le rendement du système continueront d'assurer le suivi des taux de traitement dans ce groupe d'âge. L'établissement d'autres cibles pourrait être justifié si la progression vers l'atteinte de la cible actuelle continue d'être liée à l'âge.
- Le financement d'une étude pancanadienne par l'entremise du Partenariat favorisera l'adoption d'initiatives visant l'amélioration de la qualité qui contribuent à la prestation de traitements de grande qualité contre le cancer du rectum. Les responsables de cette étude s'appuient sur des indicateurs clés de la qualité pour procéder à une vérification et recueillir des commentaires dans huit centres accueillant un grand nombre de patients un peu partout au pays (St. Paul's Hospital, Vancouver, C.-B.; Foothills Hospital, Calgary, Alb.; Victoria General Hospital, Winnipeg, Man.; Mount Sinai Hospital, Toronto, Ont.; St. Michael's Hospital, Toronto, Ont.; McGill, Montréal, Qc; Pavillon St-Francois-d'Assise du CHUQ, Québec, Qc; QEII Health Science Centre, Halifax, N.-É.). Les données recueillies dans le cadre de cette étude stimuleront la mise en œuvre d'initiatives de qualité visant à combler les lacunes à l'échelon local dans toutes les disciplines, notamment en radio-oncologie. Le projet a pour objectif de créer au Canada une communauté de pratique multidisciplinaire afin de promouvoir le partage des pratiques exemplaires entre les centres et améliorer la qualité et l'uniformité des soins dans l'ensemble du Canada.

## 4.3 Thérapie générale

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

#### Que mesure-t-on et pourquoi le 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, et ayant subi une résection qui ont reçu une chimiothérapie adjuvante (postopératoire), conformément aux directives thérapeutiques largement diffusées. Il indique également le taux de traitement des patients ayant reçu un diagnostic entre 2009 et 2011 selon la province, le groupe d'âge et le sexe. Le taux de traitement cible est établi à 45 % des patients âgés de 70 à 79 ans.

- La prestation d'une chimiothérapie suivant la résection s'avère efficace pour améliorer et le taux de survie après cinq ans sans maladie (39 % avec chimiothérapie et 34 % sans chimiothérapie) et le taux de survie globale à cinq ans (45 % avec chimiothérapie et 40 % sans chimiothérapie) chez les patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » (CPNPC) de stade II ou IIIA lorsqu'on la compare avec la chirurgie seulement<sup>131</sup>.
- Pour la cinquième année, nous présentons les résultats liés à cet indicateur dans l'un de nos rapports sur le rendement du système. L'évaluation des tendances de la pratique à l'échelle nationale par rapport à cette directive thérapeutique nous permet de cerner les écarts et toute autre variation qui peuvent être amoindris par l'adoption de stratégies d'amélioration de la qualité. De plus, le fait d'avoir des données sur plusieurs années nous permet de mieux quantifier le taux de traitement dans les provinces traitant un petit nombre de cas annuellement.

- Le CPNPC est le type de cancer du poumon le plus répandu, représentant entre 85 % et 90 % de tous les cancers du poumon<sup>97</sup>. Environ 21 % des patients atteints du cancer du poumon reçoivent un diagnostic lorsque la maladie est de stade II ou IIIA<sup>89</sup>. Ce taux correspond à environ 4 000 cas de CPNPC.
- La survie médiane des patients atteints d'un CPNPC est de 47 mois (pour le stade IIA), de 24 mois (pour le stade IIB) et de 17 mois (pour le stade IIIA) [d'après les données internationales tirées de la base de données de l'International Association for the Study of Lung Cancer]<sup>132</sup>.
- Depuis 2014, un taux de traitement cible de 45 % des patients âgés de 70 à 79 ans a été établi pour cet indicateur par le groupe de travail sur les cibles et les références de rendement du système. La cible est établie en fonction d'un groupe d'âge afin de favoriser un taux plus élevé de chimiothérapie adjuvante dans le traitement des patients âgés de plus de 70 ans, soit l'âge médian d'incidence du cancer du poumon.

#### Quels résultats a-t-on obtenus?

- Les taux de chimiothérapie adjuvante pour les patients atteints du CPNPC de stade II ou IIIA ayant reçu un diagnostic en 2011 vont de 45,8 % en Alberta à 50,0 % en Nouvelle-Écosse dans les provinces ayant fourni des données (figure 4.10).
- En 2011, le taux de traitement était de 61,4 % chez les patients de moins de 60 ans; pour les patients âgés de 70 à 79 ans, il était de 42,5 %. Quant aux patients de 80 ans et plus, ce taux se rapprochait de 0 % selon les données disponibles (figure 4.11).

- Les femmes de moins de 70 ans sont plus susceptibles que les hommes de recevoir de la chimiothérapie à la suite d’une chirurgie pour le cancer du poumon (61,3 % chez les femmes par rapport à 48,6 % chez les hommes), alors que les hommes de plus de 70 ans présentent

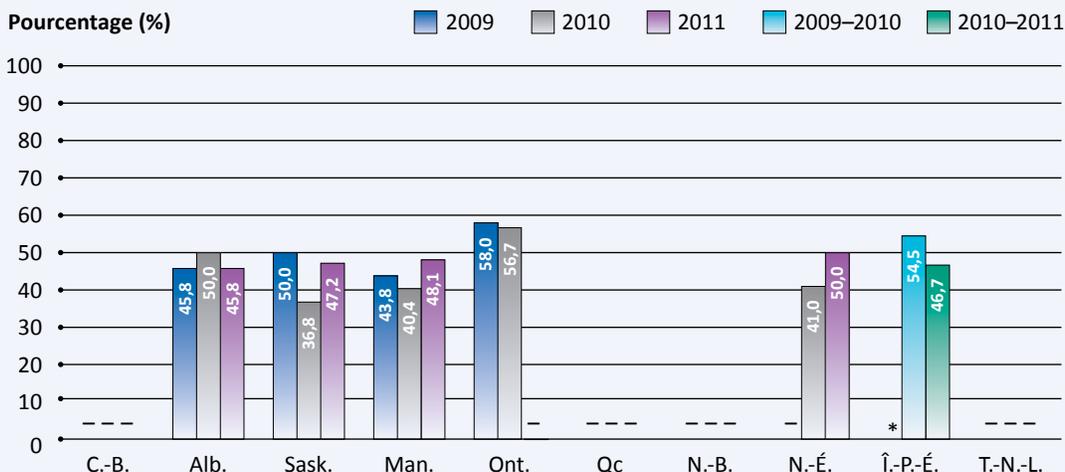
un taux de traitement beaucoup plus élevé que les femmes (45,7 % chez les hommes par rapport à 25,0 % chez les femmes) [figure 4.12].

### 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 (2009-2010 et 2010-2011) afin d’éviter d’avoir à les supprimer en raison du petit nombre de cas.
- Les données sur les patients dont la chimiothérapie a débuté dans les 120 jours suivant la chirurgie pour le cancer du poumon sont incluses.
- Les tables de données pour cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul présentée en détail à l’annexe technique, sont disponibles à l’adresse [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

FIGURE 4.10

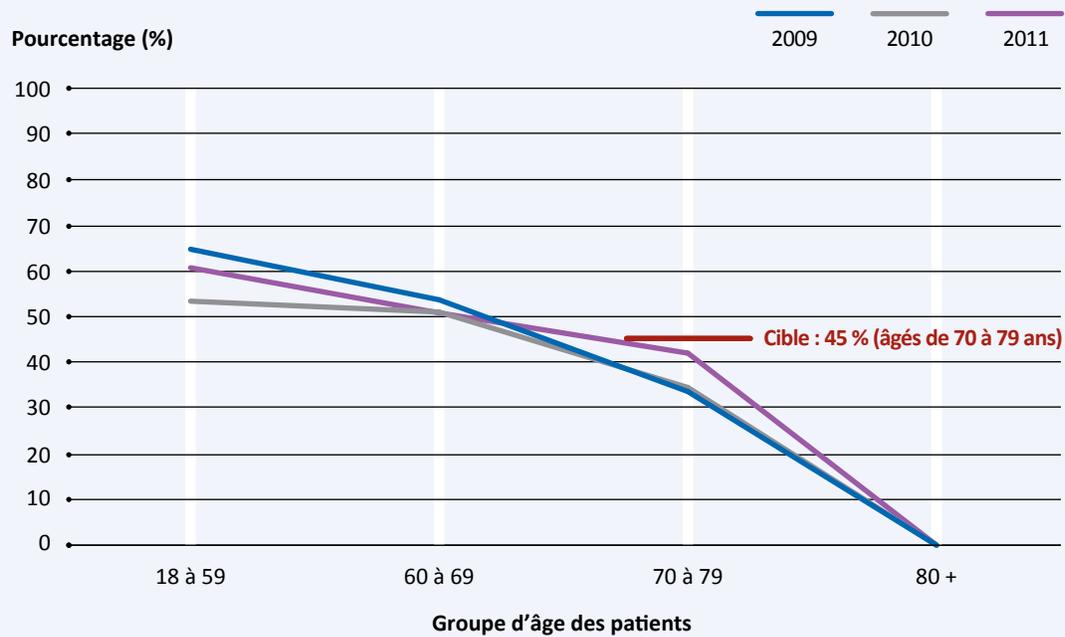
#### Pourcentage des patients atteints d’un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA ayant subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale, selon la province – diagnostic établi entre 2009 et 2011



\* Données supprimées en raison des petits nombres.  
« - » Données non disponibles.  
Les spécifications relatives aux données de cette année ont été modifiées pour qu’elles incluent le carcinome squameux.  
Î.-P.-É. : Les données concernaient les années 2009 et 2010 combinées, ainsi que les années 2010 et 2011 combinées.  
Ont. : Les données de 2010 couvraient l’exercice 2010-2011.  
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 4.11

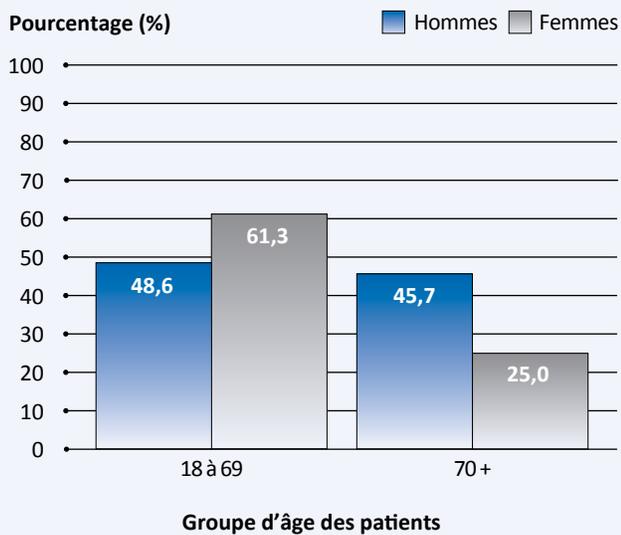
**Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » de stade II ou IIIA ayant subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale, selon le groupe d'âge – diagnostic établi entre 2009 et 2011**



Les spécifications relatives aux données de cette année ont été modifiées pour qu'elles incluent le carcinome squameux.  
Données de l'Alb., de la Sask., du Man. et de l'Î.-P.-É. (provinces ayant fourni des données comparables pour les trois années).  
Les données incluaient les traitements de chimiothérapie commencés dans les 120 jours suivant la chirurgie.  
Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

FIGURE 4.12

**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 2011**



Les spécifications relatives aux données de cette année ont été modifiées pour qu'elles incluent le carcinome squameux.

Données de l'Alb., de la Sask., du Man., de la N.-É. et de l'Î.-P.-É.

Les données incluaient 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?

- Bien que les directives thérapeutiques recommandent d'envisager une chimiothérapie adjuvante chez la plupart des patients atteints d'un CPNPC de stade II ou IIIA ayant subi une résection, des facteurs, comme l'indice de performance du patient et la présence d'affections concomitantes, entre autres, 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. Dans les quatre provinces participantes, 86 % des patients qui ont reçu un diagnostic de CPNPC de stade II ou IIIA ont été dirigés vers un radio-oncologue par un chirurgien, alors que 14 % ne l'ont pas été. Parmi les personnes

qui ont été dirigées, la raison la plus fréquente de l'absence de traitement découle de la décision du patient, suivie des affections concomitantes et des complications<sup>118</sup>.

- En 2011, le taux de traitement par chimiothérapie adjuvante chez les patients atteints d'un CPNPC âgés de 70 à 79 ans se situait près de la cible de 45 % (soit à moins de 2,5 % de la cible). Le taux de traitement par chimiothérapie adjuvante semble augmenter chez les patients de ce groupe d'âge : on constate une hausse de 8,5 % entre 2009 et 2011 (figure 4.11).

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

- Le Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario fait le suivi du rendement du système de lutte contre le cancer en Ontario et en fait publiquement rapport, y compris le pourcentage des patients atteints d'un CPNPC de stade II ou IIIA qui ont été traités par chimiothérapie après une chirurgie conformément aux directives thérapeutiques. Même si Cancer Care Ontario continue d'explorer les raisons de la variabilité régionale et du non-respect des lignes directrices pour cet indicateur, les études ont démontré que certains patients ne reçoivent pas de

chimiothérapie adjuvante en raison de troubles médicaux qui empêchent son utilisation ou parce qu'ils ont refusé le traitement après avoir été dirigé par un oncologue médical. Comprendre la manière et la raison pour lesquelles les pratiques de traitement diffèrent permettra d'orienter les efforts d'amélioration de la qualité des soins dans la province et les résultats connexes. Les lignes directrices sur le traitement fondées sur les données probantes provenant des dernières recherches cliniques ont pour but d'aider les cliniciens et les patients à choisir les traitements qui donneront les meilleurs résultats possibles.

### Que sait-on d'autre?

- Les données significatives à l'échelle du pays sur le pourcentage de patients atteints d'un CPNPC de stade II ou III qui reçoivent une chimiothérapie adjuvante sont rares. La plupart des études américaines sur l'utilisation sont soit désuètes (les données du programme *Surveillance, Epidemiology and End Results* datent des années 1990) soit axées sur un seul centre. Cela dit, une étude menée à partir des données du registre du cancer des Pays-Bas a révélé que 24 % des patients atteints d'un CPNPC de stade II qui avaient moins de 75 ans ont reçu ce traitement recommandé par les directives thérapeutiques<sup>133</sup>.

# 5. Approche axée sur la personne

---

Dépistage de la détresse 110



# 5. Approche axée sur la personne

*Au cours des dernières années, on s'est attardé à transformer le système de santé pour que les soins soient donnés selon un modèle axé sur la personne plutôt qu'un modèle axé sur la maladie<sup>134</sup>. Les principaux volets des soins axés sur la personne sont la dignité et le respect, la communication et le partage de l'information, ainsi que la collaboration et la participation<sup>135</sup>.*

Selon la définition qu'on a donnée actuellement dans le système des soins de santé, les « soins axés sur la personne » reposent sur les besoins, valeurs et priorités personnels des gens qui les reçoivent, ainsi que de leur famille et aidants naturels, à l'intérieur de paramètres fondés sur les données cliniques et la qualité des soins. Pour intégrer l'approche axée sur la personne au système de lutte contre le cancer, il faut intentionnellement planifier et prodiguer les soins en fonction des expériences et des points de vue des personnes atteintes du cancer.

Pour concevoir et prodiguer des soins davantage axés sur la personne, il faut des mesures normalisées pour évaluer l'expérience des patients — du diagnostic au suivi, en passant par le traitement et, dans certains cas, jusqu'aux soins de fin de vie. L'information ainsi recueillie peut alors servir à déterminer si et dans quelle mesure le système de soins de santé répond à ces besoins. Ensuite, il faut améliorer les soins selon les besoins, puis évaluer les avantages qu'en tirent les patients et les familles.

## Intégrer l'approche axée sur la personne au système de lutte contre le cancer

Les organismes qui participent à la lutte contre le cancer doivent adopter certaines stratégies pour instaurer une culture de préoccupations et de soins axés sur la personne dans tous les programmes : au point de service, à l'échelon des programmes et à l'échelle du système. La participation de tous les employés, ainsi qu'un engagement considérable des patients, des familles et des prestataires de soins de santé sont au cœur de la réussite de cette approche<sup>136</sup>. Ces organismes doivent démontrer de quelle manière les attentes des patients et des membres de leur famille sont comblées. Les pensées suivantes témoignent de ces attentes :

*« Je suis respecté. Je suis entendu. Je comprends. Je participe. »*

Pour une présentation plus détaillée à ce sujet, il faut consulter le document intitulé *Intégration approche centrée sur la personne dans la lutte contre le cancer*, rédigé par le Comité consultatif sur l'approche axée sur la personne<sup>136</sup>.

De tout temps, l'évaluation de la qualité des soins se fait notamment en mesurant l'accessibilité, la pertinence et l'efficacité des services; cependant, une autre façon importante d'évaluer la qualité de notre système de lutte contre le cancer est de déterminer dans quelle mesure il offre aux patients, à leur famille et à leurs proches des soins et du soutien axés sur la personne tout au long de leur expérience globale du cancer.

Malgré les progrès accomplis, l'approche axée sur la personne est, tant en recherche qu'en

pratique, une tendance nouvelle, donc sous-évaluée. Plusieurs initiatives sont en cours dans tout le pays pour recueillir des données significatives à ce sujet; elles seront présentées plus loin dans ce chapitre.

Pour les besoins du présent rapport, et selon les données disponibles à l'échelle provinciale, nous avons choisi de mettre l'accent sur un indicateur en particulier : l'utilisation d'un outil normalisé de « dépistage de la détresse », laquelle témoigne des efforts consentis dans les provinces pour offrir des soins plus axés sur la personne.

Indicateur	Sommaire des résultats
Dépistage de la détresse	Depuis 2007, l'utilisation d'outils de dépistage normalisés dans les centres ou programmes provinciaux de lutte contre le cancer s'est accrue; toutefois, cette utilisation varie à l'échelle du pays. Ainsi, en 2014, huit provinces se servaient d'un outil normalisé pour dépister les symptômes à tout le moins chez une partie des patients de certains ou tous les centres ou programmes provinciaux de lutte contre le cancer. Il se peut que de tels outils de dépistage soient utilisés dans d'autres provinces, mais aucune donnée à ce sujet n'était disponible au moment de rédiger le présent rapport.

## Dépistage de la détresse

### Que mesure-t-on et pourquoi le mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le degré de mise en place, par les programmes provinciaux de lutte contre le cancer, d'outils normalisés pour dépister la détresse (en date de 2014). Ces outils permettent d'évaluer les symptômes signalés par les patients, comme des symptômes émotionnels et physiques, y compris la douleur.

- Le dépistage tardif de la détresse chez les patients atteints de cancer est associé à des résultats négatifs, y compris une observance moins étroite des recommandations thérapeutiques<sup>140, 141</sup>, un plus faible degré de satisfaction envers les soins<sup>141, 142</sup> et une moins bonne qualité de vie déclarée<sup>141, 143</sup>.
- Au Canada, le dépistage systématique de la détresse est considéré comme une norme de soins pour les patients atteints de cancer<sup>139</sup>. Le dépistage permet de cerner les problèmes dès le départ pour que les services d'évaluation, d'intervention et d'aiguillage puissent être offerts aux patients en guise de suivi, suivant leurs besoins.
- Le dépistage de la détresse à diverses étapes de l'expérience du patient s'avère utile pour personnaliser les interventions qui permettront de répondre à ses besoins changeants et d'améliorer sa qualité de vie. Il peut être utile pour les planificateurs du système de connaître les provinces qui assurent le dépistage de la détresse au pays afin qu'ils puissent coordonner les efforts et soutenir encore plus ces derniers en vue d'offrir ces soins axés sur la personne.

## Qu'est-ce que la détresse?

Un diagnostic de cancer a de lourdes conséquences dans la vie d'une personne. Tout au long de son expérience de la maladie, la personne sera confrontée à une foule de difficultés d'ordre physique, social, émotionnel et pratique.

Chez les personnes atteintes de cancer, la détresse se définit généralement comme une ou des expériences émotionnelles désagréables découlant d'inquiétudes sur le plan psychologique, social, spirituel, pratique ou physique qui peuvent compromettre la capacité de la personne à faire face à la maladie et à son traitement.

La détresse se manifeste de nombreuses façons (p. ex., dépression, douleur, difficulté à interagir avec des membres de la famille). La détresse peut survenir à certaines ou à toutes les étapes de l'expérience du cancer, notamment au moment du diagnostic, au début du traitement actif, à la récurrence du cancer et — pour certains — durant la transition vers les soins de fin de vie<sup>137</sup>.

Le degré de détresse — qui va de léger à grave — et la nature de cette détresse varient selon la personne et le type de cancer. Selon les lignes directrices sur la gestion de la détresse du National Comprehensive Cancer Network, une détresse légère peut susciter des symptômes comme « la tristesse de ne plus être en bonne santé, la colère et le sentiment de perdre le contrôle sur sa vie, les problèmes de sommeil, le manque d'appétit, le manque de concentration<sup>138</sup>. » Les symptômes qui nécessitent une évaluation plus poussée sont notamment « des inquiétudes et des peurs exagérées, une profonde tristesse, des pensées floues, du désespoir et du découragement<sup>138</sup>. »

En fait, la détresse est si fréquente chez les personnes atteintes de cancer qu'elle est souvent appelée « le sixième signe vital » par les spécialistes du cancer au Canada et dans le monde entier<sup>138, 139</sup>.

## Quels résultats a-t-on obtenus?

- Depuis 2007, l'utilisation d'outils normalisés pour dépister la détresse dans les centres anticancéreux provinciaux a doublé : de quatre provinces qui s'en servaient à tout le moins partiellement, on compte maintenant huit provinces qui les utilisent couramment (tableau 5.1).
- À l'heure actuelle (en date de juillet 2014), la mise en œuvre et l'utilisation d'outils normalisés de dépistage des symptômes varient 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 tel outil normalisé chez au moins une partie des patients de leurs centres anticancéreux provinciaux et rendent compte des résultats de manière centralisée.
- Le Québec a entrepris le dépistage normalisé des symptômes chez au moins une partie des patients traités dans certains programmes anticancéreux et procède actuellement au déploiement d'un outil normalisé de dépistage en vue d'une utilisation à plus grande échelle.
- 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. La mesure dans laquelle les patients ont fait l'objet d'un dépistage de leur détresse varie à l'échelle de la province, et les données ne sont pas centralisées au niveau provincial.

- Terre-Neuve-et-Labrador est à planifier la mise en place plus tard cette année d'un dépistage normalisé de la détresse chez tous les patients venant de recevoir un diagnostic de cancer du sein et de cancer colorectal.
- Dans les Territoires, il n'y a aucun programme formel de dépistage de la détresse chez les patients atteints du cancer à l'heure actuelle.

TABLEAU 5.1

### Étendue de l'utilisation d'outils normalisés de dépistage de la détresse dans les cliniques des organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer – 2014

Province	2007			2014		
	Mise en œuvre dans toute la province (coordination provinciale; déclaration centralisée)	Mise en œuvre partielle (coordination provinciale)	Aucune coordination provinciale (utilisation locale possible)	Mise en œuvre dans toute la province (coordination provinciale; déclaration centralisée)	Mise en œuvre partielle (coordination provinciale)	Aucune coordination provinciale (utilisation locale possible)
Colombie-Britannique	✓			✓		
Alberta		✓		✓		
Saskatchewan			✓	✓		
Manitoba		✓		✓		
Ontario	✓			✓		
Québec			✓		✓	
Nouveau-Brunswick			✓			✓
Nouvelle-Écosse			✓	✓		
Île-du-Prince-Édouard			✓	✓		
Terre-Neuve-et-Labrador			✓			✓

Les résultats de 2007 ont été présentés dans le rapport du Partenariat canadien contre le cancer intitulé *L'initiative sur le rendement du système – un premier rapport annuel* qui est disponible à [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

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

Sask. : Les données ne sont pas centralisées, ni recueillies en format électronique.

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

Source de données : Organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

## Exemples d'outils de dépistage de la détresse

- L'*Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EASE)*, ou sa version révisée (*EASE-r*), est l'outil de dépistage de la détresse autodéclarée le plus couramment utilisé au Canada. Il mesure neuf symptômes (douleur, fatigue, nausée, dépression, anxiété, somnolence, problèmes d'appétit, manque de bien-être et essoufflement) couramment signalés par les patients atteints de cancer sur une échelle de 0 à 10<sup>144</sup>. Les patients peuvent ainsi continuer de signaler leurs symptômes, et les résultats peuvent faire l'objet d'un suivi au fil du temps. L'outil, dont l'utilisation auprès des personnes atteintes de cancer a été validée, est disponible gratuitement en ligne (<http://www.palliative.org/tools.html>) dans plusieurs langues, ainsi qu'en braille<sup>145</sup>.
- La *liste canadienne de problèmes*, conçue par le Groupe consultatif sur l'expérience globale du cancer du Partenariat, est un autre outil couramment utilisé pour évaluer le bien-être des patients atteints de cancer. Elle a été adaptée à partir d'une liste de vérification publiée aux États-Unis par le National Comprehensive Cancer Network. La liste canadienne de problèmes dépiste les problèmes émotionnels et physiques et les préoccupations pratiques qui ne sont pas compris dans l'ESAS<sup>144</sup>.
- 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)<sup>146</sup>. Cela dit, l'ESAS-r et la liste canadienne de problèmes demeurent les outils les plus largement acceptés au Canada pour évaluer le bien-être des patients atteints de cancer (voir la figure 5.1 pour consulter ces deux outils).

## Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Le tableau 5.1 ne rend compte que du degré de mise en œuvre d'un programme normalisé de dépistage de la détresse dans les provinces. Il ne tient pas compte du nombre de patients atteints de cancer soumis actuellement à un tel dépistage — ni de la proportion des patients ayant subi un dépistage — dans chaque province. Il faut poursuivre le travail si on veut mieux connaître la véritable proportion des patients qui font l'objet de ce dépistage et ainsi obtenir de l'information plus utile pour évaluer l'incidence de cette mesure sur les résultats pour les patients et la politique en matière de soins de santé. Les initiatives actuelles dirigées ou financées par le Partenariat canadien contre le cancer (décrites dans les sections intitulées « *Quels efforts consentis peut-on citer en exemple dans ce domaine?* ») visent à atteindre ces objectifs.

FIGURE 5.1

**Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EES) 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 6ième 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 instauré des programmes de dépistage de la détresse à l'échelle provinciale pour de nombreux patients atteints de cancer, mais la plupart n'ont pas établi de cibles officielles concernant les taux de dépistage. 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 patients<sup>147</sup>.
- Plusieurs organismes provinciaux de lutte contre le cancer ont dernièrement précisé des cibles pour le dépistage de la détresse, soit : 70 % de tous les patients traités dans un centre anticancéreux régional ou un hôpital désigné en Ontario<sup>148</sup>, 90 % des nouveaux patients (première consultation dans un centre anticancéreux) en Saskatchewan et 80 % des patients venant de recevoir un diagnostic de cancer en Nouvelle-Écosse.
- La mise en place de programmes de dépistage de la détresse pour tous les types de cancers varie d'une province à l'autre. Ainsi, dans certaines provinces, le dépistage normalisé de la détresse n'est fait qu'auprès des patientes atteintes du cancer du sein, alors que dans d'autres, il est fait auprès des patients ayant reçu un diagnostic de cancer, quel que soit le type. En outre, le niveau de couverture n'est pas le même. Ainsi, certaines provinces ont mis en place un dépistage dans tous les centres anticancéreux et d'autres établissements offrant des soins contre le cancer, tandis que d'autres le limitent à quelques petits établissements de la province.
- Certaines des provinces s'étant dotées d'un programme de dépistage de la détresse disent que l'utilisation d'un tel outil normalisé a 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 51 % en 2011 à 59 % en 2013<sup>149</sup>. 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 2012<sup>150</sup>.
- La plupart des oncologues des États-Unis et du Royaume-Uni disent procéder au dépistage de la détresse chez leurs patients; cela dit, seulement 14,3 % et 10 % d'entre eux (respectivement) disent avoir utilisé un outil normalisé pour ce faire<sup>151, 152</sup>. Une récente enquête auprès de cliniciens qui offrent du soutien psychosocial aux patients atteints de cancer dans les organismes américains de soins contre le cancer révèle que seuls 51 % de ces organismes font le dépistage systématique de la détresse chez les nouveaux; environ 60 % d'entre eux disent utiliser un outil de dépistage normalisé<sup>153</sup>.
- Le dépistage systématique ne suffit pas à lui seul à répondre aux besoins des patients atteints de cancer. Pour avoir une incidence sur le bien-être des patients, ce dépistage doit s'accompagner d'un suivi adéquat et d'un traitement au besoin (p. ex., intervention psychosociale, examen plus poussé, aiguillage ou une combinaison de ces mesures)<sup>138, 139</sup>. En outre, il est important d'évaluer l'efficacité de ces programmes dans certains établissements cliniques, ainsi que leur incidence sur la définition des besoins des patients.

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

- Bien que des directives pour le dépistage de la détresse aient été mises en œuvre dans plusieurs provinces, on reconnaît qu'une formation pratique des cliniciens et des autres prestataires de soins est nécessaire pour mieux comprendre la façon d'appliquer cette connaissance dans la pratique clinique. En 2011, un atelier national, tenu 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 détresse<sup>154</sup>.

- La Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador collaborent à un projet financé par le Partenariat canadien contre le cancer (Partenariat) qui est axé sur le dépistage de la détresse chez les patients atteints de cancer. Dans le cadre de ce projet, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard élargissent leur programme de dépistage de la détresse et travaillent avec Terre-Neuve-et-Labrador à l'élaboration de son programme<sup>155</sup>.
- Le portefeuille de l'Approche axée sur la personne du Partenariat a réuni un comité directeur national de la mesure dans le but d'élaborer un mécanisme commun et systématique pour recueillir et communiquer des données sur les résultats et l'expérience signalés par les patients. L'objectif premier est de bâtir l'infrastructure nécessaire pour soutenir la collecte de données pancanadiennes. Ces données peuvent servir à stimuler des améliorations dans la façon dont les systèmes de soins contre le cancer peuvent déceler et traiter les symptômes chez les patients, ainsi que répondre à leur besoin d'information et de soutien émotionnel.
- De plus, le portefeuille de l'Approche axée sur la personne soutient actuellement des initiatives plurigouvernementales visant à améliorer la capacité à faire état, à l'échelle pancanadienne, des améliorations dans les résultats signalés par les patients, surtout ceux liés à l'utilisation d'outils et de ressources conçus pour surveiller la détresse des patients. Par exemple :
  - Dans le cadre de *l'Initiative sur l'expérience du patient et les résultats signalés par le patient*, le Partenariat finance des projets dans huit provinces en vue d'instaurer une mesure normalisée et uniforme des résultats signalés par le patient. Cette Initiative vise également à veiller à ce que l'adoption de meilleures pratiques pour améliorer les résultats et l'expérience du patient. Un groupe de travail fournit également des avis et de l'expertise en vue d'établir et de promouvoir un ensemble national de mesures et d'outils ayant trait aux résultats signalés par le patient. Un exemple est l'élaboration d'une définition uniforme et acceptée à l'échelle nationale pour faire rapport de la mise en œuvre entière et partielle de programmes de dépistage de la détresse.
  - D'autres travaux concernant l'approche axée sur la personne en sont à leurs débuts. On est notamment à examiner des indicateurs de qualité pour les soins palliatifs et à étudier la transition vers les soins de santé primaires que vivent les patients atteints de cancer après le traitement de leur cancer primaire. Des groupes d'experts dans ces domaines ont été réunis pour aider à définir certains ensembles d'indicateurs qui pourraient être communiqués à l'échelle du système et utilisés pour déterminer les améliorations à apporter.
- À mesure de l'évolution des programmes et de la collecte de données, les prochains rapports sur le dépistage de la détresse pourront préciser le pourcentage des patients soumis à un dépistage, ainsi que le nombre de patients ayant subi un dépistage de la détresse selon le siège de la maladie (p. ex., cancer du sein, cancer du poumon).

# 6. Recherche

---

Participation aux essais  
cliniques pour adultes 119



## 6. Recherche

*La recherche qui évalue les aspects importants des traitements émergents contre le cancer ouvre la voie à l'adoption de pratiques exemplaires en matière de lutte contre cette maladie. Les essais cliniques, par exemple, sont essentiels pour évaluer l'innocuité et l'efficacité des nouveaux traitements et protocoles. Les patients qui prennent part aux essais cliniques contribuent donc à la mise au point et au perfectionnement de traitements anticancéreux fondés sur des données probantes. Au fil du temps, leur participation permet d'offrir de meilleures options, et un plus grand nombre d'options, en matière de dépistage, de diagnostic, de traitement et de suivi, ainsi que d'améliorer les résultats pour les personnes atteintes du cancer aujourd'hui et à l'avenir.*

Diverses études ont démontré que les résultats des traitements offerts dans les centres qui participent à des essais cliniques sont généralement meilleurs (notamment une plus longue survie et une meilleure qualité de vie) que ceux des traitements offerts dans des centres non participants. Ces meilleurs résultats pourraient être attribuables à une corrélation entre une forte participation à des essais cliniques et l'observation rigoureuse des directives thérapeutiques fondées sur des données probantes<sup>156-158</sup>.

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 à un essai clinique, un indicateur

substitutif a été établi pour mesurer le ratio entre le nombre de patients adultes nouvellement inscrits à un essai clinique de phase I à IV (essais thérapeutiques ou études de recherche clinique liés au cancer) dans les centres anticancéreux provinciaux en 2013 et le nombre estimatif de nouveaux cas de cancer au cours de la même année.

Ce chapitre présente les données sur l'indicateur substitutif du rendement du système de lutte contre cancer lié à l'activité de recherche clinique : les ratios de participation aux essais cliniques chez les patients adultes atteints de cancer.

## Phases des essais cliniques<sup>159, 160</sup>

*Les essais cliniques de phase I* visent à mesurer l'innocuité et les effets indésirables d'un nouveau médicament ou d'un nouveau traitement.

*Les essais cliniques de phase II* continuent à mesurer l'innocuité et évaluent plus à fond l'efficacité d'un médicament ou d'un traitement.

*Les essais cliniques de phase III et IV* sont essentiels pour améliorer les résultats sur la santé des patients qui y participent. Ils visent à évaluer les effets secondaires d'un médicament ou d'un traitement et les résultats à long terme qui y sont associés.

Ce chapitre présente les données sur l'indicateur substitutif du rendement du système de lutte contre le cancer lié à l'activité de recherche clinique : les ratios de participation aux essais cliniques chez les patients adultes atteints de cancer.

Indicateur	Sommaire des résultats
Participation aux essais cliniques pour adultes	Le ratio entre les patients adultes inscrits à des essais cliniques et les nouveaux cas de cancer variait de 0,004 à 0,058 (ou de 0,4 % à 5,8 %) d'une province à l'autre en 2013. Pour les quatre types de cancer les plus fréquents, ce ratio va de 0,012 (1,2 %) pour le cancer du poumon à 0,050 (5 %) pour le cancer du sein.

## Participation aux essais cliniques pour adultes

### Que mesure-t-on et pourquoi le mesure-t-on?

**Le taux de participation aux essais cliniques 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 liés au cancer en 2013 et le nombre estimatif de nouveaux cas de cancer durant la même année.**

- Une comparaison des taux de participation aux essais cliniques sur l'ensemble du pays peut révéler des pistes de solution, notamment des façons d'accroître le nombre de patients qui prennent part à la recherche sur le cancer. Le résultat final dans ce cas serait une meilleure issue du cancer et une meilleure qualité de vie pour les patients qui en sont atteints.
- Certaines données provenant d'autres sources donnent à penser que le système canadien

d'essais cliniques sur le cancer fait face à des difficultés pour plusieurs raisons, notamment la complexité de plus en plus grande des essais cliniques, le cadre réglementaire plus dispendieux et une charge de travail accrue pour les comités d'éthique de la recherche<sup>161</sup>. En outre, bien que le nombre d'essais cliniques sur le cancer en cours durant une année soit demeuré inchangé ou s'est accru entre 2000 et 2010, le nombre de patients inscrits par année a stagné ou diminué<sup>161</sup>.

- Plusieurs études basées sur des populations ont montré que les patients traités dans des centres anticancéreux qui sont actifs dans des programmes d'essais cliniques profitent de certains avantages quant au résultat sur la santé, comme une meilleure survie. Cela est probablement attribuable à de meilleurs processus et à une meilleure prestation des soins, notamment le respect des directives thérapeutiques<sup>156-158, 162</sup>.

### Quels résultats a-t-on obtenus?

- En 2013, le taux de participation aux essais cliniques (soit le ratio entre les patients adultes inscrits à des essais cliniques et le nombre estimatif de nouveaux cas de cancer pour les provinces ayant fourni des données) variait entre 0,004 à Terre-Neuve-et-Labrador et 0,058 en Alberta (figure 6.1). Au cours de l'année d'inscription 2012, l'Alberta a également déclaré le taux de participation le plus élevé (0,055), alors que Terre-Neuve-et-Labrador avait enregistré le taux le moins élevé (0,007)<sup>89</sup>.
- En 2013, le ratio de participation des adultes à des essais cliniques pour les quatre types de cancer les plus fréquents varie de 0,012 pour le cancer du poumon à 0,050 pour le cancer du sein (figure 6.2). Une tendance semblable a été observée au cours de l'année d'inscription 2012<sup>89</sup>.

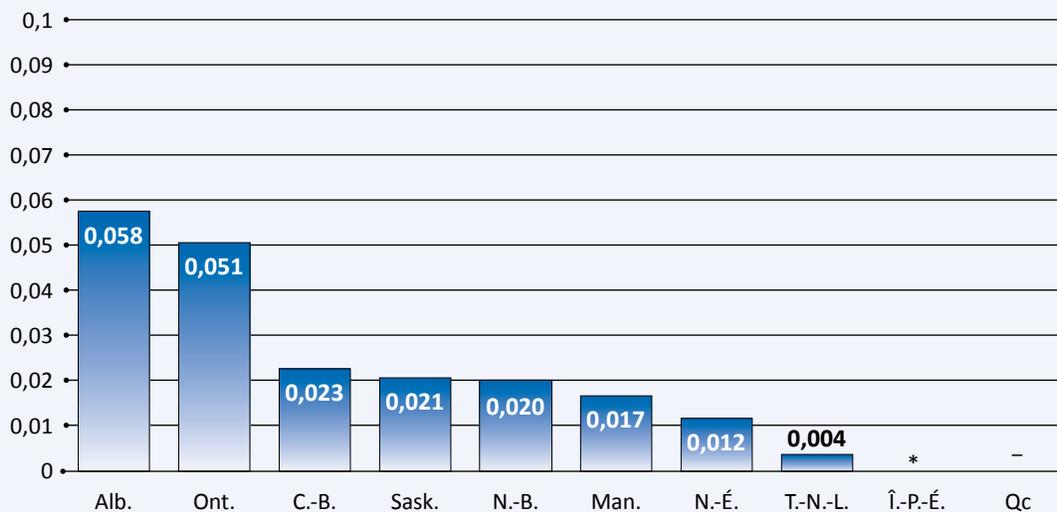
### Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- L'indicateur de la participation des adultes aux essais cliniques est un ratio, et non un 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 des années passées et être des cas récurrents.
- En tant qu'indicateur substitutif du taux réel de participation aux essais cliniques, les résultats obtenus pour cet indicateur, même s'ils sont présentés sous la forme de ratios, peuvent s'exprimer en pourcentage (p. ex. 0,05 = 5 %) seulement parce que c'est plus pratique.
- 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, de thérapie générale et de chirurgie uniquement – soins curatifs, adjuvants/néoadjuvants ou palliatifs) dans les centres anticancéreux provinciaux en 2013. Le dénominateur est le nombre estimatif de nouveaux cas de cancer en 2013.
- Nous avons utilisé le nombre de nouveaux cas de cancer en 2013 projeté par la Société canadienne du cancer (SCC) pour cet indicateur substitutif uniquement, et ce nombre ne doit pas être comparé au nombre de nouveaux cas utilisé dans le contexte des résultats à long terme, lequel n'est pas une projection. Les projections de la SCC proviennent de modèles statistiques contenant les données obtenues du Registre canadien du cancer, du Système national de déclaration des cas de cancer (SNDCC), de l'enquête statistique de l'état civil – base de données sur les décès, ainsi que des tables de mortalité, des recensements et des prévisions démographiques<sup>50</sup>.
- Le dénominateur ayant servi à calculer la participation des adultes aux essais cliniques dans les rapports sur le rendement du système avant 2014 était le nombre total de cas de cancer nouvellement inscrits dans les centres anticancéreux provinciaux. Dans le présent rapport et le *Rapport de 2014 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*, le dénominateur utilisé est le nombre projeté de nouveaux cas.
- L'Alberta a enregistré le ratio le plus élevé de patients adultes inscrits à des essais cliniques en 2013, ce qui résulte peut-être de la méthode de saisie des renseignements sur les patients dans la base de données Alberta Cancer Clinical Trials (ACCT). En effet, un patient qui participe à plusieurs essais cliniques au cours d'une année donnée est compté pour chaque participation. La base de données ACCT inclut également les patients vivant à l'extérieur de l'Alberta durant leur traitement contre le cancer, dès lors qu'ils participent à un essai clinique en Alberta.
- Les tables de données pour cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul présentée en détail à l'annexe technique, sont disponibles à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

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 2013

Ratio



\* Données supprimées en raison des petits nombres.

« - » Données non disponibles.

Voir l'annexe technique pour des détails sur le numérateur et le dénominateur, disponible à [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

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

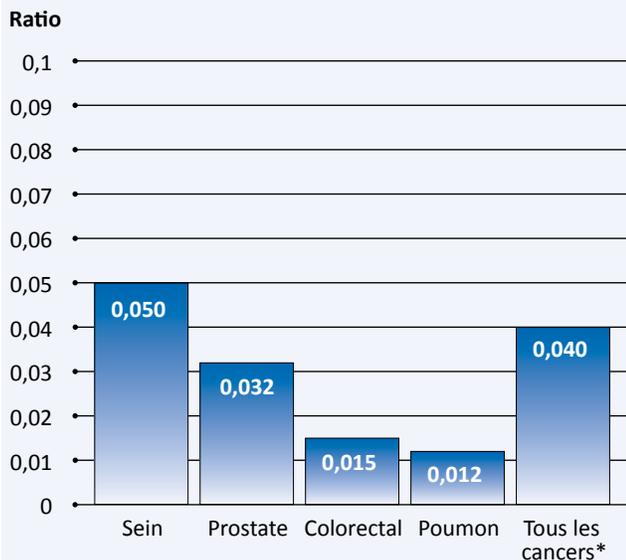
Alb. : Les données comprennent les patients qui vivent à l'extérieur de la province, mais qui participent à un essai clinique en Alberta.

Les patients atteints du cancer de la peau avec mélanome bénin peuvent être inclus. Quant au cancer du sein, tant les femmes que les hommes sont comptés.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer; Société canadienne du 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 fréquents et tous les cancers – inscription en 2013



\* Voir l'annexe technique pour des détails sur le numérateur et le dénominateur, disponible à [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

Les ratios pour les quatre types de cancer les plus fréquents concernent la C.-B., l'Alb., la Sask., le Man., le N.-B., la N.-É., l'Î.-P.-É. et T. N.-L.

Les données pour le nombre total de cas d'essais cliniques et de nouveaux cas concernent la C.-B., l'Alb., la Sask., le Man., l'Ont., le N.-B., la N.-É., l'Î.-P.-É. et T.-N.-L.

Les données pour tous les cancers excluaient les patients atteints du cancer de la peau avec mélanome bénin, sauf pour l'Alb.

Les nouveaux cas en 2013 ont été estimés à partir des Statistiques canadiennes sur le cancer.

Source de données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer; Société canadienne du cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer.

### Que peut-on conclure des résultats?

- La comparaison des taux de participation aux essais cliniques dans l'ensemble du pays peut révéler des pistes de solution. Elle peut notamment faciliter une plus grande participation aux essais et permettre aux provinces d'atteindre les objectifs établis pour les essais cliniques en cours. Ainsi, il est possible d'améliorer les résultats du cancer et la qualité de vie des patients qui en sont atteints.
- En 2013, plusieurs provinces signalent une légère diminution de la participation aux essais cliniques par rapport à 2012. Le cancer du sein attire toujours la plus forte participation, alors que le cancer du poumon demeure le moins populaire auprès des participants<sup>89</sup>. Ces données suggèrent que les investissements en recherche (p. ex., la proportion des fonds consacrés aux essais cliniques) ne sont pas répartis également entre le cancer du sein et les autres types de cancer.

- 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'en établir pour de nombreux indicateurs, dont celui de la participation aux essais cliniques. À l'avenir, une mesure plus précise de la participation aux essais cliniques au Canada fournira des données sur la participation à la recherche et l'accès des patients à de nouveaux traitements contre le cancer.

---

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

- Un rapport rédigé en 2011 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 cancer<sup>161</sup>. En réponse à cette recommandation, un réseau canadien d'essais cliniques sur le

cancer (le Canadian Cancer Clinical Trials Network ou 3CTN) a été mis sur pied pour servir de centre de coordination à tous les centres d'essais cliniques. Logé à l'Ontario Institute for Cancer Research (OICR), ce centre de coordination a été créé grâce à l'aide financière de l'OICR, du Partenariat, de la Fondation canadienne du cancer du sein (FCCS), d'Action cancer Manitoba, de la BC Cancer Foundation, de l'Alberta Cancer Foundation, de la Fondation de la recherche en santé du Nouveau-Brunswick et de la Nova Scotia Health Research Foundation. Les objectifs de cette initiative sont d'améliorer l'accès des patients aux essais cliniques universitaires; de rehausser le rendement des essais universitaires; d'améliorer le cadre dans lequel se font les essais afin de mener des essais cliniques universitaires grâce à la collaboration et à la facilitation d'importants projets d'essais à l'échelle nationale, et de démontrer l'incidence du Réseau et des essais universitaires sur le système de santé canadien.

### Que sait-on d'autre?

- Aux États-Unis, le National Cancer Institute (NCI) estime que moins de 5 % des patients adultes atteints de cancer prennent part à des essais cliniques<sup>163</sup>. À l'opposé, le Royaume-Uni détient le taux de participation aux essais cliniques sur le cancer le plus élevé au monde : en 2006, environ 14 % des adultes ayant reçu un diagnostic de cancer ont participé à de tels essais. Le National Cancer Research Network a été établi au Royaume-Uni en 2001 pour stimuler le recrutement de participants aux essais et à d'autres recherches axées sur les patients; cette mesure a fait bondir le nombre de participants aux essais cliniques<sup>164</sup>.

# 7. Pertinence

Dépistage du cancer du sein  
au-delà des lignes directrices  
recommandées 126

Mastectomies pour traiter un  
cancer du sein pratiquées en  
chirurgie ambulatoire 129



# 7. Pertinence

*Comme c'est le cas pour les soins de santé en général, les décisions portant sur la prestation des services de lutte contre le cancer devraient reposer sur certains principes fondamentaux, lesquels peuvent être formulés à partir des réponses aux questions suivantes :*

- *Y a-t-il des données scientifiques probantes acceptables qui démontrent que les patients tireront profit d'une intervention particulière (présence de données probantes qui démontrent que les avantages prévus l'emportent sur les préjudices possibles)?*
- *Le coût des soins — pour le patient, le système de soins de santé et la société en général — est-il considéré comme raisonnable et acceptable?*
- *Les préférences du patient et sa situation particulière ont-ils été pris en considération dans la prise de décisions?*

Heureusement, les décideurs n'ont pas à prendre seuls ces décisions. Ils peuvent s'appuyer sur une foule de guides de pratique clinique et de recommandations connexes provenant de conférences multidisciplinaires et d'examen par les pairs, ainsi que d'organismes et autorités variés. Ces guides de pratique clinique et recommandations ont été établis à partir d'une synthèse et d'une consolidation systématiques et scientifiques des données probantes. À ce titre, ils fournissent un ensemble de paramètres généraux concernant les soins « appropriés ». Ils doivent toujours être pondérés par le point de vue et les préférences des Canadiens atteints du cancer et des membres de leur famille.

Le chapitre sur la pertinence<sup>f</sup> des interventions cliniques contre le cancer présente les résultats

de deux indicateurs qui mesurent le recours à certains services de lutte contre le cancer. Bien qu'il ne s'agisse aucunement d'une évaluation approfondie de l'utilisation efficace de ces services, l'information présentée ici fait ressortir des possibilités de mieux harmoniser la prestation des services avec les données probantes sur la pertinence et les avantages de ces services à l'échelle de la population.

Dans les prochains rapports sur le rendement du système, nous prévoyons élargir la portée des indicateurs liés à la pertinence. Cet ensemble plus considérable de mesures fiables peuvent servir à éclairer les décisions visant à mieux harmoniser les besoins des patients atteints de cancer avec l'utilisation du système de santé et ses ressources et capacités.

<sup>f</sup> Dans les précédents rapports sur le rendement du système, ce chapitre s'intitulait *Efficacité du système*. Pour le présent rapport et les suivants, nous avons modifié le titre pour *Pertinence* parce que ce terme rend mieux compte de la vaste portée d'un examen visant à évaluer à la fois les répercussions des décisions sur la prestation des services de lutte contre le cancer sur les résultats pour les patients et leur incidence sur les ressources du système.

Indicateur	Sommaire des résultats
Dépistage du cancer du sein au-delà des lignes directrices recommandées	Selon la province, entre 13,5 % et 37,7 % des mammographies de dépistage ont été faites sur des femmes ne faisant pas partie du groupe d'âge cible (50 à 74 ans).
Mastectomies pour traiter un cancer du sein pratiquées en chirurgie ambulatoire	Le pourcentage de mastectomies pratiquées dans le cadre d'une chirurgie d'un jour varie grandement d'une province à l'autre, allant de 1,3 % en Alberta à 34,4 % en Ontario.

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

### Que mesure-t-on et pourquoi le mesure-t-on?

Cet indicateur mesure le pourcentage des femmes ne faisant pas partie du groupe d'âge visé par les lignes directrices de dépistage (50-74 ans) qui ont déclaré avoir passé une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes. Il se fonde sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2012.

- Dans les lignes directrices de 2011 sur le dépistage du cancer du sein, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) recommande que les femmes de 50 à 74 ans, qui présentent un risque moyen de cancer du sein, subissent tous les deux ou trois ans un dépistage systématique par mammographie (*recommandation faible; données probantes de qualité moyenne* pour les femmes de 50 à 69 ans; *recommandation faible; données probantes de faible qualité* pour les femmes de 70 à 74 ans). Bien que le dépistage des femmes dans la quarantaine ne soit pas contre-indiqué, le GECSSP ne recommande pas de dépistage systématique pour ce groupe d'âge (*recommandation faible; données probantes de qualité moyenne*), puisque les données probantes d'un avantage absolu sont plus faibles et que le risque d'obtenir des résultats faussement positifs est plus élevé dans ce groupe d'âge. Le GECSSP propose que la décision soit prise de façon personnalisée pour ce groupe d'âge, dans le cadre d'une discussion sur les préjudices et les avantages entre la femme et son médecin<sup>1</sup>.
- À ce jour, des programmes organisés de dépistage du cancer du sein sont offerts dans l'ensemble des provinces et des territoires, sauf au Nunavut. Tous ces programmes invitent les femmes de 50 à 69 ans à se soumettre à un dépistage du cancer du sein par mammographie tous les deux ans; de nombreux programmes provinciaux et territoriaux encouragent également les femmes plus âgées (70-74 ans) à subir un dépistage (à l'intérieur des lignes directrices). Les lignes directrices des programmes de dépistage provinciaux et territoriaux ne s'entendent pas sur l'admissibilité au dépistage des femmes de moins de 50 ans et de plus de 74 ans<sup>68</sup>. Il convient de noter que les femmes peuvent également subir une mammographie de dépistage sans passer par un programme provincial — notamment par l'entremise de leur médecin ou sur leur propre recommandation (ce qu'on appelle le *dépistage opportuniste*).
- La mammographie et les examens consécutifs à un résultat anormal peuvent exiger de nombreuses ressources. Une mammographie faite au-delà des lignes directrices fondées sur les données probantes qui ont été établies pour en assurer l'efficacité peut entraîner certaines interventions inutiles et des préjudices potentiels, comme des biopsies répétées<sup>165</sup>.
- Compte tenu du coût des mammographies et du suivi qu'elles exigent, une comparaison interprovinciale des taux de dépistage par mammographie effectué chez des femmes ne faisant pas partie du groupe d'âge recommandé peut fournir d'importants renseignements. Elle

peut notamment permettre de cerner, dans certaines provinces, les possibilités de rééquilibrer l'affectation des ressources.

### Quels résultats a-t-on obtenus?

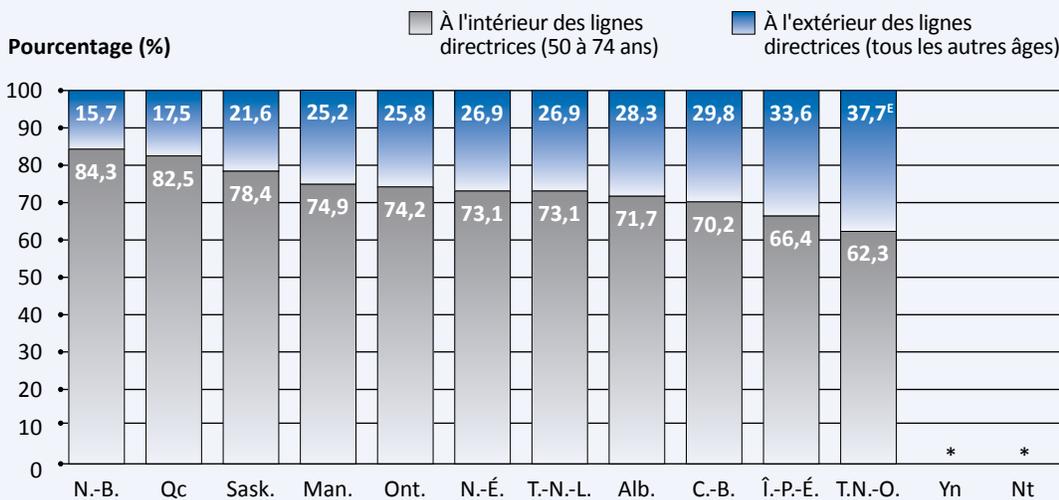
- En 2012, une proportion importante des mammographies de dépistage ont été effectuées sur des femmes ne faisant pas partie du groupe d'âge cible recommandé dans les lignes directrices du GECSSP (50-74 ans).
- Le pourcentage des femmes ayant déclaré avoir subi une mammographie de dépistage en dehors du groupe d'âge recommandé (50-74 ans) au cours des deux années précédentes varie beaucoup selon la province, soit de 15,7 % au Nouveau-Brunswick à 37,7 % dans les Territoire du Nord-Ouest (figure 7.1).
- Le pourcentage des femmes de moins de 50 ans ayant déclaré avoir subi une mammographie de dépistage va de 11,5 % au Québec à 37,7 % dans les Territoire du Nord-Ouest. Le dépistage effectué chez des femmes non visées par les lignes directrices dans les Territoire du Nord-Ouest ne concernait que des femmes de moins de 50 ans (données non présentées).
- Chez les femmes de 75 ans et plus, le pourcentage des femmes ayant déclaré avoir subi une mammographie de dépistage va de 3,6 % au Nouveau-Brunswick à 8,6 % en Saskatchewan. Ce pourcentage est moins élevé dans tous les cas lorsque comparé au taux de dépistage chez les plus jeunes femmes (moins de 50 ans) [données non présentées].
- Le pourcentage des femmes du groupe d'âge cible, donc de 50 à 74 ans, ayant déclaré avoir subi une mammographie de dépistage (conformément aux lignes directrices) au cours des deux années précédentes varie de 62,3 % dans les Territoire du Nord-Ouest à 84,3 % au Nouveau-Brunswick (figure 7.1).

### Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- L'indicateur ne tient pas compte des mammographies effectuées pour examiner une grosseur ou un autre problème mammaire ou pour faire le suivi d'un traitement du cancer du sein.
- Il ne fait aucune distinction entre les femmes présentant un risque plus élevé que la moyenne (p. ex. celles ayant des antécédents familiaux de cancer du sein dans leur parenté du premier degré, présentant une densité mammaire élevée ou prenant un traitement hormonal substitutif) et celles considérées comme présentant un risque moyen. C'est donc dire que le terme « au-delà des lignes directrices » ne signifie qu'en dehors du groupe d'âge recommandé par le GECSSP (50-74 ans), sans égard au niveau de risque de chaque femme.
- Les plus jeunes femmes ayant répondu aux questions sur la mammographie de dépistage avaient 35 ans. L'indicateur inclut donc le dépistage de femmes âgées de 35 à 49 ans et de 75 ans et plus.
- La question posée dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 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).
- Cet indicateur repose sur des données d'enquête autodéclarées recueillies dans le cadre de l'ESCC; il inclut toutes les femmes ayant déclaré avoir subi un dépistage du cancer du sein par mammographie au cours des deux années précédentes. Malgré les réserves soulevées par l'exactitude de telles données autodéclarées, des études antérieures ont montré que les taux de dépistage autoévalués sont comparables aux taux réels d'utilisation calculés à partir des données administratives<sup>59</sup>.
- Les tables de données pour cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul présentée en détail à l'annexe technique, sont disponibles à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

FIGURE 7.1

### Pourcentage de toutes les mammographies de dépistage<sup>†</sup> autodéclarées effectuées à l'intérieur et à l'extérieur du groupe d'âge recommandé par les lignes directrices (50 à 74 ans), selon la province ou le territoire – déclaration faite en 2012



\* Données supprimées en raison des petits nombres.

<sup>‡</sup> À interpréter avec prudence en raison de la grande variabilité des estimations.

<sup>†</sup> Une femme est jugée admissible à la mammographie de dépistage si celle-ci ne sert pas à examiner des grosseurs ou autres problèmes mammaires déjà détectés ou à faire le suivi d'un traitement contre le cancer du sein.

À l'extérieur des lignes directrices (tous les autres âges) : Inclut toutes les femmes de 35 à 49 ans et de 75 ans et plus ayant répondu à cette question. Les femmes de moins de 35 ans sont exclues.

Les femmes ayant déclaré avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes ont été incluses dans les personnes ayant subi un dépistage.

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

### Que peut-on conclure des résultats?

- La plus grande partie du dépistage du cancer du sein mené au Canada se fait auprès du groupe d'âge cible recommandé dans les lignes directrices du GECSSP, bien qu'une importante minorité des mammographies de dépistage semble être effectuée chez des femmes ne faisant pas partie de ce groupe d'âge.
- Le nombre de tests de dépistage faits en 2012 qui ne respectaient pas les lignes directrices diffère selon la province et le territoire. Cette différence peut s'expliquer par les divers critères d'admissibilité utilisés par chaque programme de dépistage provincial ou territorial (soit pour les femmes de moins de 50 ans et celles de plus de 75 ans)<sup>68</sup>. Elle peut également être attribuable au fait que les femmes peuvent accéder à la mammographie de dépistage en dehors des programmes provinciaux au moyen du dépistage opportuniste (soit par une consultation de leur médecin de famille ou sur leur propre recommandation). Ces femmes ne sont pas nécessairement soumises aux mêmes lignes directrices et critères d'admissibilité que ceux qui régissent les programmes provinciaux et peuvent présenter des caractéristiques différentes.
- Si les pratiques de dépistage actuelles se poursuivent, le dépistage au-delà des lignes directrices recommandées pourrait représenter plus de 500 000 mammographies par année (selon les données de 2012). Les femmes qui subissent une mammographie de dépistage du cancer du sein en dehors de l'âge recommandé s'exposent à certains préjudices potentiels, notamment les résultats faussement positifs; la détection accrue de cancers indolents (à croissance lente) qui

présentent un risque minime; des biopsies inutiles; un traitement excessif et un préjudice émotionnel (anxiété, stress)<sup>166, 167</sup>. L'Étude nationale canadienne sur le dépistage du cancer du sein estime qu'environ 22 % des cancers du sein envahissants décelés au cours d'un dépistage ont fait l'objet d'un surdiagnostic (c.-à-d. les cancers ainsi détectés auraient pu ne jamais être décelables cliniquement du vivant de la femme)<sup>168</sup>.

- Les résultats n'offrent pas un portrait complet du dépistage au-delà des lignes directrices, puisqu'ils ne tiennent pas compte des femmes subissant une mammographie annuelle. Quant aux femmes dans la quarantaine qui se soumettent à un dépistage, certaines recommandations ouvrent la voie à un dépistage annuel en raison du rythme de croissance rapide des cancers du sein dans ce groupe d'âge<sup>169, 170</sup>. À l'heure actuelle, les données de l'ESCC ne permettent pas de distinguer les femmes qui subissent une mammographie annuelle (en raison de l'âge ou du niveau de risque), seulement l'âge auquel

elles disent avoir fait une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes. Ainsi, en tenant compte de la fréquence des mammographies de dépistage, l'incidence d'un dépistage au-delà des lignes directrices sur les ressources est probablement plus grande que celle qui est décrite ici.

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

- Le Partenariat canadien contre le cancer a dernièrement publié un rapport mesurant les taux de dépistage du cancer du sein recensés dans le cadre d'un programme ou autodéclarés qui sont faits à l'intérieur et à l'extérieur des lignes directrices du GECSSP. Le but de ce rapport — intitulé Dépistage du cancer au Canada : Aperçu de la participation au dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal — est d'éclairer l'élaboration de stratégies sur la participation au dépistage du cancer et le respect des lignes directrices<sup>171</sup>.

## Mastectomies pour traiter un cancer du sein pratiquées en chirurgie ambulatoire

### Que mesure-t-on et pourquoi le 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.

- La mastectomie est l'un des traitements curatifs habituels pour les femmes atteintes d'un cancer du sein résecable. Bien que cette procédure soit relativement effractive, la mastectomie peut maintenant se faire en toute sécurité en chirurgie ambulatoire<sup>172</sup>. En présence de résultats semblables pour les patientes, les chirurgies d'un jour peuvent

réduire les coûts, parce que les patientes ne sont pas admises à l'hôpital pour leur rétablissement et, de ce fait, utilisent moins de ressources hospitalières. Elles présentent également un risque moins élevé de contracter une infection nosocomiale, car la patiente passe moins de temps à l'hôpital.

- En mesurant le pourcentage des mastectomies effectuées en chirurgie ambulatoire dans toutes les provinces, nous pouvons constater ce qui se fait dans le domaine à l'échelle du pays et ainsi détecter les différences de pratique.

### Quels résultats a-t-on obtenus?

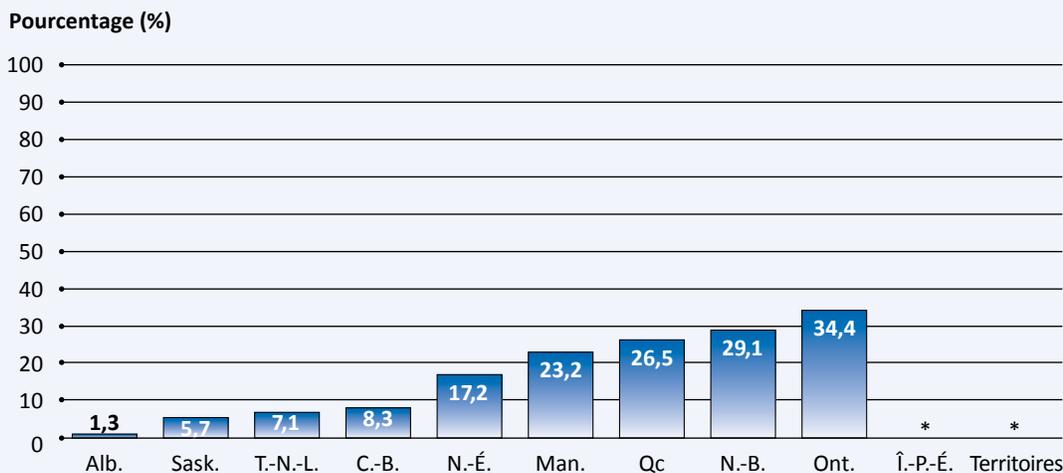
- Dans toutes les provinces, la plupart des mastectomies ont été faites dans le cadre d'une hospitalisation, et non d'une chirurgie d'un jour (figure 7.2).
- Le pourcentage des mastectomies effectuées en chirurgie ambulatoire par province (selon les données de 2007-2008 à 2011-2012) va de 1,3 % en Alberta à 34,4 % en Ontario (figure 7.2).

### Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les données et l'analyse liées à cet indicateur proviennent de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).
- Cette analyse est fondée sur les données des registres des sorties des hôpitaux, lesquelles n'ont pas été reliées aux données du registre sur le cancer. Il a été possible de cerner les chirurgies subies par des femmes venant de recevoir un diagnostic de cancer du sein en excluant les patientes ayant des antécédents de traitement anticancéreux selon les données chronologiques.
- Les tables de données pour cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul présentée en détail à l'annexe technique, sont disponibles à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

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



\* Données supprimées en raison des petits nombres.

Territoires : Nt, T.N.-O. et Yn.

Sask. : Données de 2010-2011 et 2011-2012. Les données de 2007-2008 à 2009-2010 ont été supprimées en raison des petits nombres et n'ont pu entrer dans le calcul.

Sources de données : Institut canadien d'information sur la santé, base de données sur la morbidité hospitalière, système national d'information sur les soins ambulatoires; ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta, système d'information sur les soins ambulatoires de l'Alberta.

### Que peut-on conclure des résultats?

- Si des résultats comparables peuvent être maintenus, le changement de cadre des mastectomies, qui passeraient du cadre hospitalier au cadre ambulatoire, entraînerait une réduction des coûts pour le système et une libération des capacités en milieu hospitalier, ce qui faciliterait la prestation de soins aux patients hospitalisés, notamment les autres chirurgies liées au cancer. Le fait qu'une province (Ontario) ait effectué 34 % de ses mastectomies en chirurgie ambulatoire de 2007-2008 à 2011-2012 donne à penser que d'autres provinces pourraient se rapprocher de ce seuil de référence, à supposer qu'elles puissent offrir au système le soutien nécessaire pour faire ce virage.
- Aux États-Unis, les dernières estimations du pourcentage de mastectomies effectuées dans le cadre d'une chirurgie d'un jour vont de 19,4 % à 33,6 %, ce qui est comparable aux pourcentages observés dans de nombreuses provinces, comme le démontre le présent rapport<sup>173-175</sup>.

### 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'efficacité du système afin d'assurer en permanence la surveillance et la production de rapports. L'indicateur pourrait également faire l'objet de seuils de référence ou de cibles correspondant au niveau de rendement souhaité dans l'ensemble du pays. Le but 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.

### Que sait-on d'autre?

- Il faut pousser la recherche pour évaluer les résultats pour les patientes d'une mastectomie faite dans le cadre d'une chirurgie d'un jour. Il a été démontré que, en présence d'un suivi et de soins à domicile adéquats, les résultats pour les patientes sont au moins aussi bons que ceux d'une mastectomie faite lors d'une hospitalisation<sup>172, 176</sup>.
- La chirurgie ambulatoire a également été associée à de meilleurs résultats psychologiques, probablement parce que de nombreux patients préfèrent se rétablir à la maison<sup>176</sup>. En règle générale, l'incidence du cadre dans lequel se fait la chirurgie sur les résultats pour les patients — par exemple, le taux de satisfaction ou le taux d'infections postchirurgicales — n'a pas été clairement établie.

# 8. Résultats à long terme

<b>Cancer du sein</b>	134	<b>Cancer du poumon</b>	140	<b>Cancer colorectal</b>	146
<b>Cancer de la prostate</b>	152	<b>Cancer du pancréas</b>	157		



## 8. Résultats à long terme

*Les efforts consentis pour lutter contre le cancer se concentrent sur trois principaux objectifs : réduire le nombre de personnes recevant un diagnostic de cancer (incidence), diminuer le nombre de décès attribuables au cancer (mortalité) et prolonger la durée de vie des personnes vivant avec un diagnostic de cancer (survie).*

En règle générale, les cancers décelés à un stade précoce ont de meilleurs résultats pour la survie. Les données de stadification pour une population donnée sont apparues dans le registre national du cancer à compter de 2010 pour les quatre types de cancer qui touchent le plus souvent les Canadiens (sein, poumon, colorectal et prostate). La disponibilité de ces données dans neuf des dix provinces canadiennes offre de nouvelles possibilités : soutenir la surveillance des tendances du cancer à l'échelle du système, mesurer avec plus de précision le rendement du système et évaluer les répercussions des écarts

dans les efforts de dépistage et de détection précoce dans tout le pays — surtout leur incidence sur les résultats pour les patients.

Dans le présent chapitre, les données sur l'incidence (y compris les taux d'incidence selon le stade), les données sur la mortalité et les données sur la survie sont examinées pour les cancers du sein, du poumon, colorectal 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 au quatrième rang des principales causes de décès attribuables au cancer au Canada<sup>50</sup>.

Indicateur	Sommaire des résultats
Cancer du sein	L'incidence normalisée selon l'âge est stable, tandis que le taux de mortalité normalisée selon l'âge continue à diminuer. Le cancer du sein est souvent diagnostiqué au stade I ou II. 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 de Terre-Neuve-et-Labrador. 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. La précédente tendance à la hausse chez les femmes semble ralentir depuis les dernières années. Le cancer du poumon est souvent diagnostiqué au stade IV. 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 seulement chez les femmes. Le cancer colorectal est souvent diagnostiqué au stade III, bien que la différence des taux d'incidence selon le stade soit minime dans certaines provinces. Le plus faible taux de mortalité normalisé selon l'âge pour le cancer colorectal 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.

Indicateur	Sommaire des résultats
Cancer de la prostate	Les taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge continuent à diminuer dans le cas du cancer de la prostate; cela dit, la baisse de l'incidence n'est pas statistiquement significative. Le cancer de la prostate est souvent diagnostiqué au stade II. 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	Le taux de mortalité normalisé selon l'âge continue à diminuer lentement chez les hommes et les femmes; cependant, une tendance à la baisse significative du taux d'incidence n'a été observée que chez les hommes. Le plus faible taux de mortalité normalisé selon l'âge est celui de Terre-Neuve-et-Labrador; le plus élevé est celui du Nouveau-Brunswick. 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. Le cancer de la prostate présente toujours l'un des plus bas taux de survie.

## Cancer du sein

### Que mesure-t-on et pourquoi le mesure-t-on?

La présente section décrit le taux d'incidence normalisé selon l'âge, y compris l'incidence selon le stade, le taux de mortalité normalisé selon l'âge et le ratio de survie relative à cinq ans pour le cancer du sein. Les taux d'incidence et de mortalité ont été normalisés selon la population canadienne de 2011. 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 et il arrive au deuxième rang des causes de décès attribuable au cancer<sup>50</sup>.

### Quels résultats a-t-on obtenus?

#### TAUX D'INCIDENCE NORMALISÉ SELON L'ÂGE (TINA)

- Le TINA pour le cancer du sein au Canada est demeuré relativement stable entre 1992 et 2010, à environ 130 nouveaux cas par 100 000 femmes (variation annuelle en pourcentage [VAP] = -0,2 %; variation globale relative [VGR] = -2,2 %) [figure 8.1].
- Entre 2008 et 2010, l'écart relatif du TINA entre le taux provincial le plus faible et le plus élevé a été de 17,3 %. Le TINA va de 114,1 cas par

100 000 femmes à Terre-Neuve-et-Labrador à 133,8 cas par 100 000 femmes à l'Île-du-Prince-Édouard (figure 8.2).

#### INCIDENCE SELON LE STADE

- Pour les années de diagnostic 2010 à 2012, le TINA du cancer du sein de stade I et II a été supérieur à celui du cancer de stade III et IV dans toutes les provinces. Dans certaines provinces, le taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer du sein de stade I était jusqu'à 10 fois supérieur à celui du cancer de stade IV (figure 8.3).
- L'incidence du cancer du sein de stade I allait de 58,3 cas par 100 000 femmes au Nouveau-Brunswick à 93,7 cas par 100 000 femmes à l'Île-du-Prince-Édouard, un écart relatif de 60,7 % (figure 8.3).
- L'incidence du cancer du sein de stade IV allait de 7,2 cas par 100 000 femmes au Nouveau-Brunswick à 13,2 cas par 100 000 femmes à Terre-Neuve-et-Labrador, un écart relatif de 83,3 % (figure 8.3).

#### TAUX DE MORTALITÉ NORMALISÉ SELON L'ÂGE (TMNA)

- Le TMNA pour le cancer du sein a considérablement diminué entre 1992 et 2011, passant de 40,7 décès par 100 000 femmes à 26,4 (VAP = - 2,3 %; VGR = -35,1 %) [figure 8.1]. Comme on pouvait s'y attendre, une

diminution semblable du TMNA est survenue chez les femmes de 50 à 79 ans, qui auraient probablement profité d'un dépistage (données non présentées).

- Pour les années 2009 à 2011, le TMNA va de 23,9 décès par 100 000 femmes en Colombie-Britannique à 31,9 décès par 100 000 femmes à Terre-Neuve-et-Labrador, un écart relatif de 33,5 % (figure 8.4).

#### RATIOS DE SURVIE RELATIVE À CINQ ANS (RSR-5)

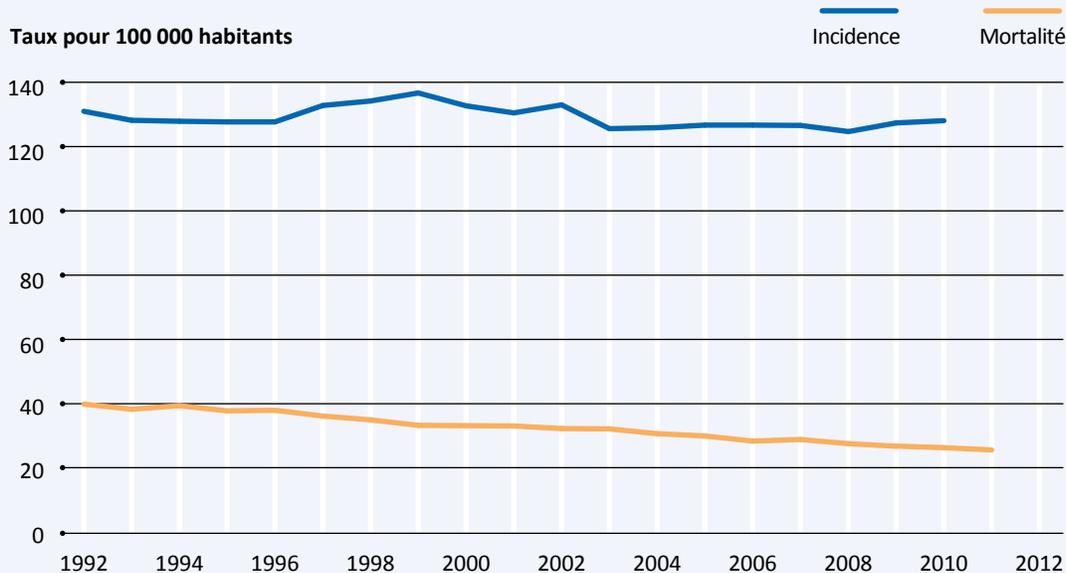
- Pour les années 2006 à 2008, pour le cancer du sein, le ratio de survie relative à cinq ans variait de 85 % au Manitoba à 89 % au Nouveau-Brunswick et en Ontario pour les deux sexes (figure 8.5).
- Le RSR-5 du Canada pour les deux sexes a augmenté de 6 %, passant de 82 % pour la période de 1992 à 1994 à 88 % pour la période de 2006 à 2008 (figure 8.6).

### Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Aucune récente donnée sur la survie n'est disponible en raison des délais qu'exige le processus de confirmation des décès. La procédure à suivre pour attribuer le décès au cancer nécessite de lier les données sur le patient contenues dans le Registre canadien du cancer aux dossiers de certificats de décès. Il faut le nombre de décès par cancer pour pouvoir faire l'analyse de la survie. La confirmation des décès est effectuée par Statistique Canada; la toute dernière confirmation a été faite pour les données de 2008.
- Les tables de données pour cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul présentée en détail à l'annexe technique, sont disponibles à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://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 2011

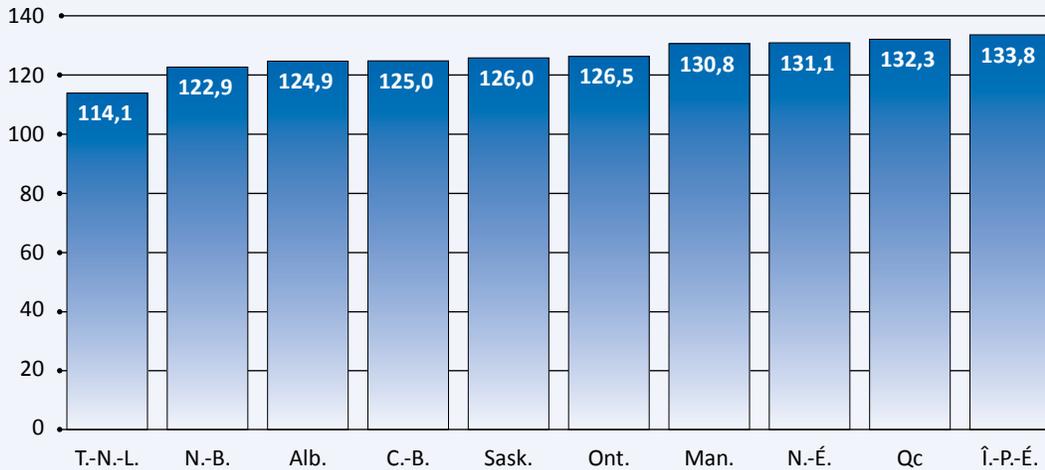


Source de données :  
Statistique Canada,  
Registre canadien du  
Cancer et Statistique de  
l'état civil – base de  
données sur les décès.

FIGURE 8.2

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

Taux pour 100 000 habitants



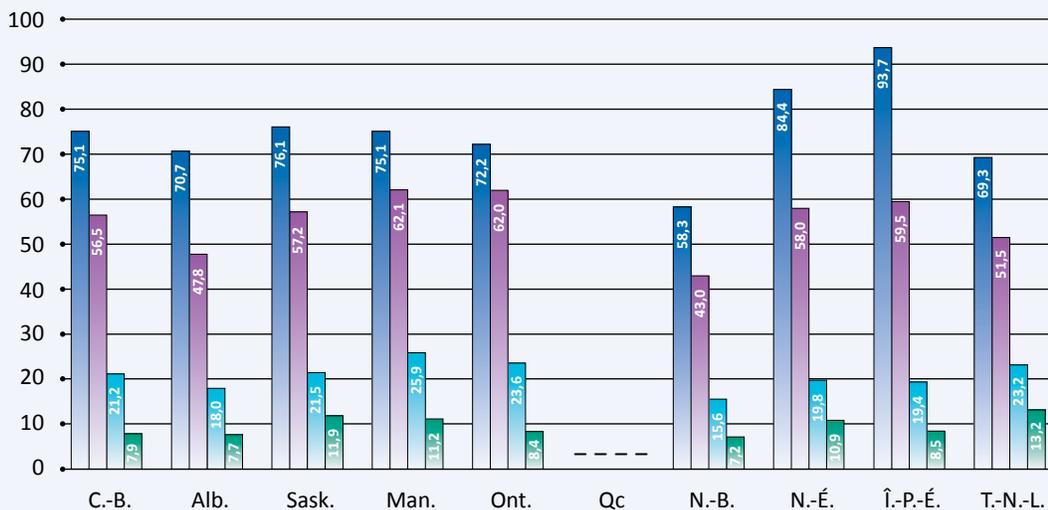
Source de données :  
Statistique Canada,  
Registre canadien du  
cancer.

FIGURE 8.3

**Taux d'incidence normalisés selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du sein chez les femmes, selon le stade au diagnostic et la province – diagnostic fait entre 2010 à 2012 combinés**

Taux pour 100 000 habitants

Stade au diagnostic : I II III IV



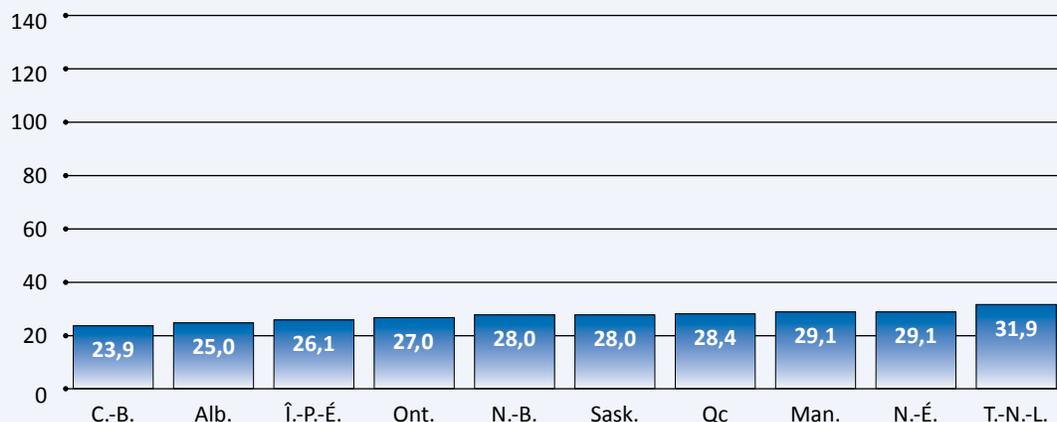
« - » Données non  
disponibles.

Source de données :  
Organismes provinciaux  
de lutte contre le cancer.

FIGURE 8.4

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

Taux pour 100 000 habitants

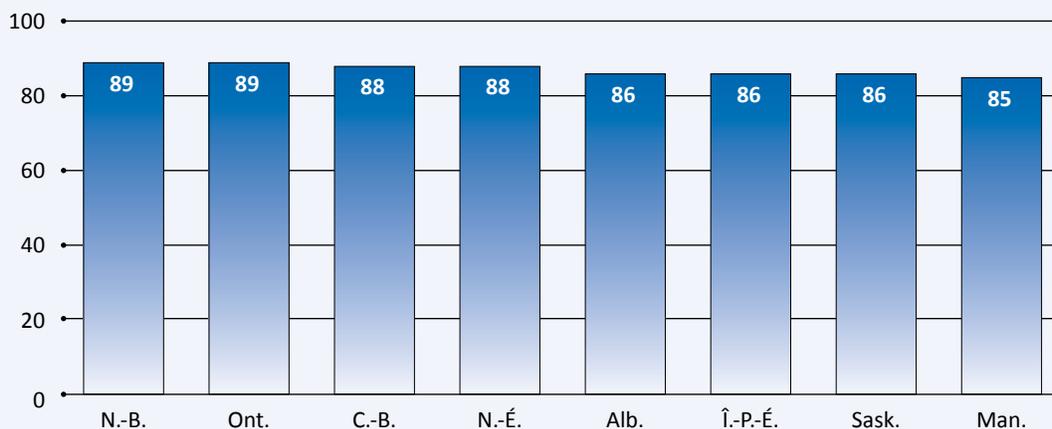


Source de données :  
Statistique Canada,  
Statistique de l'état civil  
– base de données sur  
les décès.

FIGURE 8.5

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

Survie relative (%)



<sup>†</sup> 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.

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

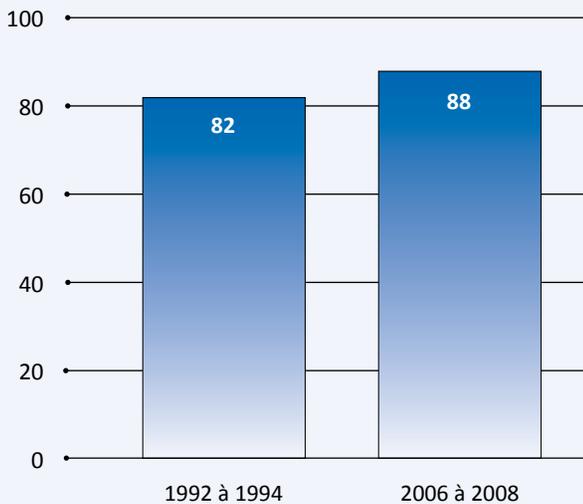
T.-N.-L. : Ratios de survie  
non présentés en raison  
de données incomplètes  
sur la confirmation des  
décès, ce qui peut  
entraîner des ratios de  
survie gonflés.

Source de données :  
Société canadienne du  
cancer, Statistiques  
canadiennes sur le  
cancer.

FIGURE 8.6

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

Survie relative (%)



<sup>†</sup> Canada : Données excluent le Qc en raison de l'utilisation d'une méthode différente pour déterminer la date du diagnostic.

<sup>††</sup> 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.

Source de données : Société canadienne du cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer.

## Que peut-on conclure des résultats?

### INCIDENCE

- Les taux d'incidence du cancer du sein sont demeurés relativement stables durant la période étudiée dans le cadre de ce rapport. Cette stabilité des TINA a également été observée en Europe, aux États-Unis et en Australie<sup>177-179</sup>.
- Les TINA élevés du cancer de stade I et II par rapport à ceux des cancers de stade avancé témoignent sans doute du succès du dépistage du cancer du sein dans tout le Canada.
- Selon l'Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes (ESCC) de 2012, le pourcentage de femmes ayant déclaré avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes varie de 57,4 % au Yukon à 74,9 % au Québec (voir le chapitre Dépistage). Alors que le lien entre ces résultats de l'enquête et les tendances de l'incidence globale et selon le stade présentées ici n'est pas nécessairement direct, ce type de comparaison peut, au fil du temps, faciliter l'évaluation des

efforts de dépistage et de détection précoce du cancer du sein.

### MORTALITÉ

- Le déclin considérable de la mortalité attribuable au cancer du sein 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.
- Semblables à la tendance observée au Canada, les taux de mortalité par cancer du sein observés aux États-Unis, en Europe et en Australie ont également chuté depuis le début des années 2000<sup>177-180</sup>.

### RATIOS DE SURVIE RELATIVE À CINQ ANS (RSR-5)

- La hausse de la survie relative à cinq ans observée au Canada entre 1992-1994 et 2006-2008 s'explique probablement par les améliorations apportées à la lutte contre le cancer du sein, notamment le diagnostic précoce et un traitement plus efficace.

- L'amélioration de la survie observée au Canada a également été constatée dans la plupart des pays développés, où la survie est semblable à celle constatée au Canada. Selon les données de l'étude CONCORD-2, la taux de survie nette à cinq ans pour le cancer du sein était de 88,6 % aux États-Unis, 86,2 % en Australie et 81,1 % au Royaume-Uni entre 2005 et 2009<sup>181</sup>. Les conclusions d'une étude comparative internationale sur le cancer (International Cancer Benchmarking Project) donnent à penser que les différences internationales de la survie au cancer du sein peuvent s'expliquer par des écarts dans la répartition du stade au diagnostic et les différences des taux de survie selon le stade (reflétant l'accès au traitement) et la qualité du traitement entre les pays<sup>182</sup>.

### Que sait-on d'autre?

- Une récente étude (CONCORD-2), financée en partie par le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat), a permis d'examiner dans 67 pays la survie nette après cinq ans de cancer du sein, du poumon, du col de l'utérus, de la prostate, du côlon et du rectum. L'objectif de l'étude CONCORD-2 — surveillance mondiale des taux de survie nette au cancer à cinq ans — a été établi pour éclairer l'élaboration des politiques mondiales en matière de lutte contre le cancer, améliorer les taux de survie et ultimement réduire le nombre de décès par cancer<sup>181</sup>.
- L'International Cancer Benchmarking Project (ICBP) est une collaboration de cliniciens, d'universitaires et de décideurs provenant de six pays sur trois continents qui étudient comment et pourquoi la survie au cancer varie selon le pays et la province ou l'État. L'ICBP examine notamment : la survie au cancer; la connaissance et les croyances de la population; les attitudes, comportements et systèmes dans les soins primaires; les délais dans le diagnostic et le traitement; ainsi que le traitement, les comorbidités et autres facteurs. Les pays participants sont notamment l'Australie (New South Wales et Victoria), la Suède, le Danemark, la Norvège, le Royaume-Uni (Angleterre, Irlande du Nord et Pays de Galles) et le Canada (Alberta, Colombie-Britannique, Manitoba et Ontario)<sup>183</sup>. Le Partenariat est un des collaborateurs de l'ICBP.

## Cancer du poumon

### Que mesure-t-on et pourquoi le mesure-t-on?

La présente section décrit le taux d'incidence normalisé selon l'âge, y compris l'incidence selon le stade, le taux de mortalité normalisé selon l'âge et le ratio de survie relative à cinq ans pour le cancer du poumon. Les taux d'incidence et de mortalité ont été normalisés selon la population canadienne de 2011. Ces indicateurs sont examinés en fonction du temps et par province.

- Le cancer du poumon est le cancer le plus souvent diagnostiqué au Canada et il est la principale cause de décès attribuable au cancer tant chez les hommes que les femmes<sup>50</sup>.

### Quels résultats a-t-on obtenus?

#### TAUX D'INCIDENCE NORMALISÉ SELON L'ÂGE (TINA)

- Au Canada, le TINA du cancer du poumon a considérablement diminué chez les hommes, passant d'environ 120,1 nouveaux cas par 100 000 hommes en 1992 à 81,7 cas par 100 000 hommes en 2010 (variation annuelle en pourcentage [VAP] = -1,9 %; variation globale relative [VGR] = -32,0 %) [figure 8.7].
- À l'opposé, le TINA du cancer du poumon a considérablement augmenté chez les femmes, passant de 52,4 cas par 100 000 femmes en 1992 à 63,2 cas par 100 000 femmes en 2006 (VAP = 1,4 %). On constate un déclin non significatif après 2006, à 60,5 cas par 100 000 femmes en 2010 (VAP = -0,7 %). La VGR des taux d'incidence entre 1992 et 2010 était de 15,5 % chez les femmes (figure 8.7).
- Dans toutes les provinces, le TINA des hommes est supérieur à celui des femmes. Chez les hommes, les taux d'incidence du cancer du poumon varient de 68,7 cas par 100 000 hommes en Colombie-Britannique à 115,5 cas par 100 000 hommes au Québec, un écart relatif de 68,1 %. Les taux d'incidence

des femmes vont de 47,0 cas par 100 000 femmes à Terre-Neuve-et-Labrador à 76,3 par 100 000 femmes au Québec, un écart relatif de 62,3 % (figure 8.8).

- La plus grande différence entre les TINA des hommes et des femmes a été observée à l'Île-du-Prince-Édouard, suivie de Terre-Neuve-et-Labrador. La Colombie-Britannique présente le plus petit écart dans les TINA entre les hommes et les femmes (figure 8.8).

#### INCIDENCE SELON LE STADE

- Pour les années de diagnostic 2010 à 2012, les cancers du poumon de stade IV présentaient les TINA les plus élevés par rapport aux cancers de stade précoce (figure 8.9).
- L'incidence du cancer du poumon de stade I allait de 10,9 cas par 100 000 personnes en Colombie-Britannique à 21,7 cas par 100 000 personnes en Nouvelle-Écosse, un écart relatif de 99,1 % (figure 8.9).
- L'incidence du cancer du poumon de stade IV allait de 32,3 cas par 100 000 personnes au Nouveau-Brunswick à 57,4 cas par 100 000 personnes en Nouvelle-Écosse, un écart relatif de 77,7 % (figure 8.9).

#### TAUX DE MORTALITÉ NORMALISÉ SELON L'ÂGE (TMNA)

- Le TMNA du cancer du poumon a grandement diminué chez les hommes, passant de 103,8 décès par 100 000 hommes en 1992 à 68,9 décès par 100 000 hommes en 2011 (VAP = -1,9 %; VGR = -33,6 %). À l'opposé, le TMNA des femmes a grandement augmenté, passant de 39,4 décès par 100 000 femmes en 1992 à 46,6 décès par 100 000 femmes en 2011 (VAP = 0,9 %; VGR = 18,3 %) [figure 8.7].
- Pour les années 2009 à 2011, le TMNA varie entre 49,8 décès par 100 000 personnes en Colombie-Britannique à 71,4 décès par 100 000 personnes au Québec, un écart relatif de 43,4 % (figure 8.10).

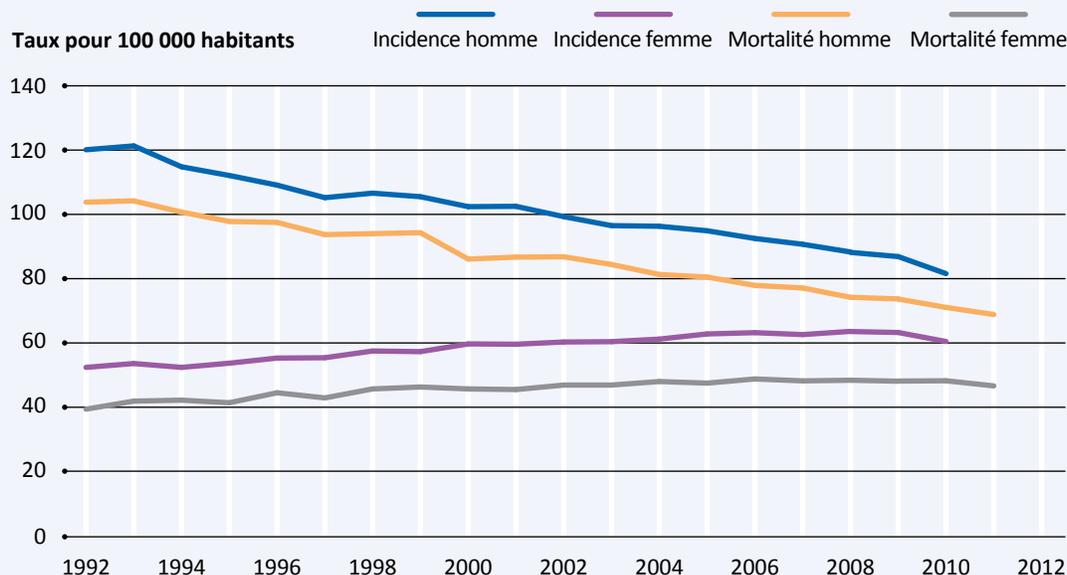
**RATIOS DE SURVIE RELATIVE À CINQ ANS (RSR-5)**

- Pour les années 2006 à 2008, les ratios de survie relative à cinq ans pour le cancer du poumon vont de 15 % en Nouvelle-Écosse et en Alberta à 21 % au Manitoba (figure 8.11).
- Au Canada, le RSR-5 a augmenté de quatre points de pourcentage, passant de 14 % pour la période de 1992 à 1994 à 18 % pour la période de 2006 à 2008 (figure 8.12).

**Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs**

- Aucune récente donnée sur la survie n'est disponible en raison des délais qu'exige le processus de confirmation des décès. La procédure à suivre pour attribuer le décès au cancer nécessite de lier les données sur le patient contenues dans le Registre canadien du cancer aux dossiers de certificats de décès. Il faut le nombre de décès par cancer pour pouvoir faire l'analyse de la survie. La confirmation des décès est effectuée par Statistique Canada; la toute dernière confirmation a été faite pour les données de 2008.
- Les tables de données pour cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul présentée en détail à l'annexe technique, sont disponibles à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

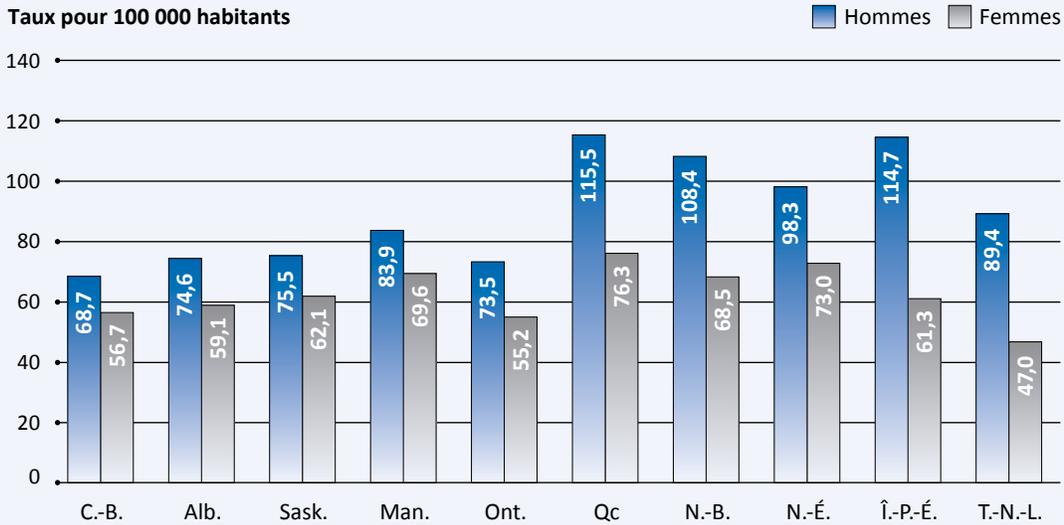
FIGURE 8.7

**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 2011**

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

FIGURE 8.8

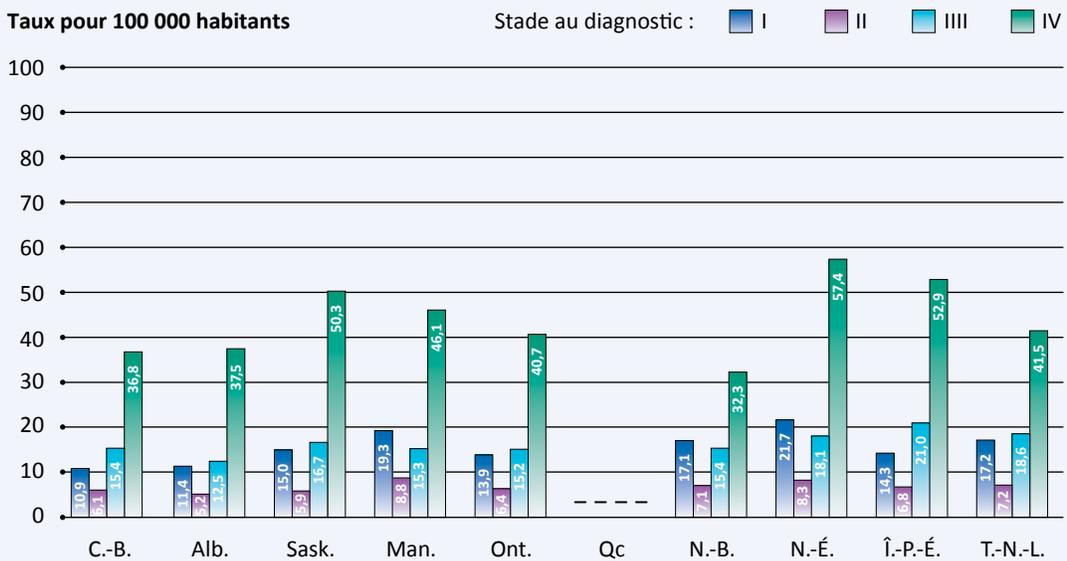
Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du poumon selon le sexe et la province – de 2008 à 2010 combinés



Source de données :  
Statistique Canada,  
Registre canadien du  
cancer.

FIGURE 8.9

Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du poumon selon le stade au diagnostic et la province – diagnostic fait entre 2010 à 2012 combinés



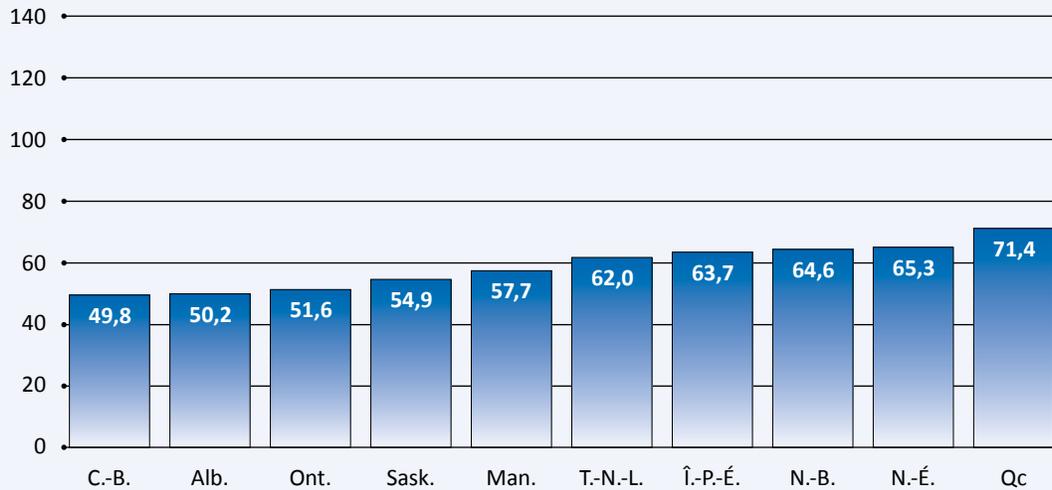
« - » Données non  
disponibles.

Source de données :  
Organismes provinciaux  
de lutte contre le cancer.

FIGURE 8.10

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

Taux pour 100 000 habitants

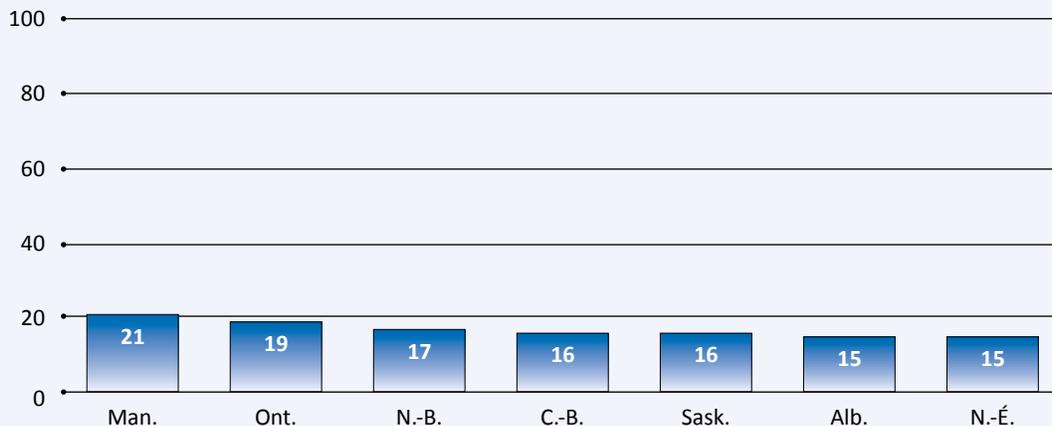


Source de données :  
Statistique Canada,  
Statistique de l'état civil  
– base de données sur  
les décès.

FIGURE 8.11

### Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge<sup>†</sup> des cas de cancer du poumon selon la province – de 2006 à 2008 combinés

Survie relative (%)



<sup>†</sup> 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.

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

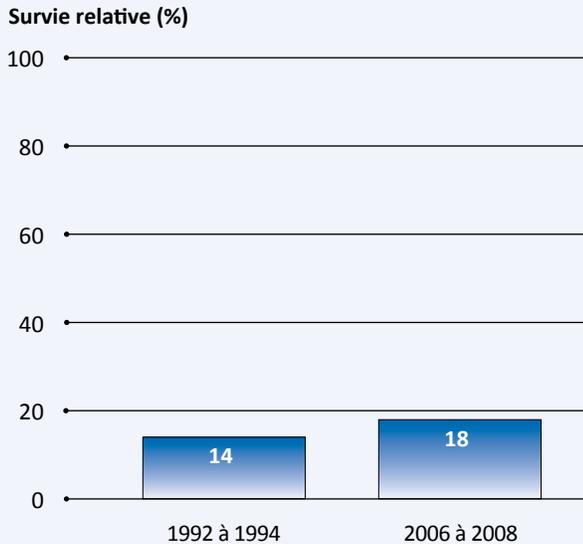
T.-N.-L. : Ratios de survie  
non présentés en raison  
de données incomplètes  
sur la confirmation des  
décès, ce qui peut  
entraîner des ratios de  
survie gonflés.

Î.-P.-É. : Données non  
présentées en raison du  
petit nombre de cas.

Source de données :  
Société canadienne du  
cancer, Statistiques  
canadiennes sur le  
cancer.

FIGURE 8.12

### Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge<sup>††</sup> des cas de cancer du poumon, Canada<sup>†</sup> – de 1992 à 1994 combinés et de 2006 à 2008 combinés



† Canada : Données excluent le Qc en raison de l'utilisation d'une méthode différente pour déterminer la date du diagnostic.

†† 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.

Source de données : Société canadienne du cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer.

## Que peut-on conclure des résultats?

### INCIDENCE ET MORTALITÉ

- Les tendances actuelles relatives à l'incidence du cancer du poumon et à la mortalité qui lui est attribuable reflètent la prévalence historique du tabagisme, laquelle a atteint son sommet plus tôt chez les hommes que chez les femmes. L'incidence et la mortalité du cancer du poumon sont en déclin chez les hommes, et un déclin semblable est prévu chez les femmes à l'avenir<sup>50</sup>. Un léger point d'inflexion (soit un changement de direction d'une courbe de données) de l'incidence chez les femmes, observé après 2006 (figure 8.7) pourrait marquer le début de ce déclin attendu et devrait être surveillé au cours des prochaines années afin de confirmer la tendance.
- Les différences entre les provinces sur le plan des taux d'incidence et de mortalité du cancer du poumon reflètent également les variations interprovinciales au chapitre du tabagisme. Les taux de prévalence du tabagisme sont habituellement plus élevés au Québec et dans les provinces de l'Atlantique que dans les provinces du centre et de l'ouest du Canada<sup>6</sup>, ce qui explique dans une large mesure le fardeau supérieur du cancer du poumon que l'on observe dans ces provinces.
- La variation provinciale des TINA entre les hommes et les femmes reflètent les différences historiques des taux de tabagisme et des tendances connexes selon le sexe. Un grand écart des taux de tabagisme entre les hommes et les femmes se constatera dans l'écart des taux d'incidence du cancer du poumon. Ainsi, la différence des taux de tabagisme entre les hommes et les femmes observée au début des années 2000 était beaucoup plus mince en Colombie-Britannique qu'à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador, où l'écart actuel des taux de cancer du poumon entre les hommes et les femmes est encore plus grand<sup>6</sup>.
- Le cancer du poumon est rarement détecté avant qu'il ait atteint un stade avancé, et la détection est souvent fortuite (une lésion

apparaît lors d'un tomodensitogramme effectué pour détecter un autre problème de santé)<sup>184</sup>. Par conséquent, le cancer du poumon est le plus souvent diagnostiqué au stade IV, comme l'illustrent les données sur l'incidence selon le stade présentées plus haut.

- Les tendances de l'incidence du cancer du poumon chez les Canadiens concordent à celles observées sur la scène internationale, notamment au Royaume-Uni et aux États-Unis. Dans ces pays, l'incidence du cancer du poumon a chuté chez les hommes, mais augmenté chez les femmes<sup>179, 180</sup>.
- Les tendances canadiennes de la mortalité concordent également 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 développés, dont les États-Unis, l'Angleterre, le Danemark, l'Australie, la Finlande et les Pays-Bas<sup>185, 186</sup>. Les taux de mortalité chez les femmes continuent de s'accroître, sauf aux États-Unis, où le taux de mortalité des femmes a commencé à décliner en 2003<sup>180</sup>.

#### RATIOS DE SURVIE RELATIVE À CINQ ANS (RSR-5)

- Le cancer du poumon de stade IV a un pronostic sombre. De nombreux cancers de ce type sont diagnostiqués lorsqu'ils ont déjà atteint le stade IV, ce qui contribue grandement aux faibles taux de survie globale.
- L'amélioration des taux de survie relative à cinq ans, observée au Canada, a également été constatée à l'étranger; cela dit, dans tous les pays, la survie au cancer du poumon est généralement faible. Selon les données de l'étude CONCORD-2, la survie nette à cinq ans au cancer du poumon est de 18,7 % aux États-Unis, 15,0 % en Australie et 9,6 % au Royaume-Uni entre 2005 et 2009. Pour la période de 1995 à 1999, la survie était de 15,2 %, 13,7 % et 7,3 %, respectivement<sup>181</sup>. Les conclusions de l'International Cancer Benchmarking Project donnent à penser que les différences internationales de la survie au cancer du poumon pourraient s'expliquer en partie par les différences liées au stade au diagnostic; cependant, ces disparités de la survie selon le stade laissent entrevoir que d'autres facteurs, comme l'accès au traitement et la qualité du traitement, pourraient être des facteurs importants qui influencent le taux de survie globale<sup>187</sup>.

### Que sait-on d'autre?

- Le Réseau pancanadien sur le dépistage du cancer du poumon (RPDCP) a été mis sur pied en 2011. Il appuie les initiatives visant à éclairer les décisions, à mettre à profit l'expertise et à formuler des recommandations fondées sur les données en ce qui concerne le dépistage du cancer du poumon. Le Réseau regroupe des représentants des organismes provinciaux de lutte contre le cancer, des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, de l'Agence de la santé publique du Canada, des organismes non gouvernementaux et des associations professionnelles. En 2014, le RPDCP a publié le document intitulé Initiative pancanadienne de dépistage du cancer du poumon : Cadre de dépistage du cancer du poumon pour le Canada afin de donner une orientation aux gouvernements qui envisagent ou prévoient mettre en place un programme de dépistage du cancer du poumon<sup>188</sup>.

## Cancer colorectal

### Que mesure-t-on et pourquoi le mesure-t-on?

La présente section décrit le taux d'incidence normalisé selon l'âge, y compris l'incidence selon le stade, le taux de mortalité normalisé selon l'âge et le ratio de survie relative à cinq ans pour le cancer colorectal. Les taux d'incidence et de mortalité ont été normalisés selon la population canadienne de 2011. Ces indicateurs sont examinés en fonction du temps et par province.

- Le cancer colorectal arrive au troisième rang des cancers les plus souvent diagnostiqués au Canada et au deuxième rang des causes de décès attribuables au cancer<sup>50</sup>.

### Quels résultats a-t-on obtenus?

#### TAUX D'INCIDENCE NORMALISÉ SELON L'ÂGE (TINA)

- Le TINA du cancer colorectal au Canada est demeuré relativement stable chez les hommes depuis 1992, se situant à environ 80 nouveaux cas par 100 000 hommes. Chez les femmes, il a considérablement diminué, passant de 58,3 nouveaux cas par 100 000 femmes en 1992 à 52,5 en 2010 (variation annuelle en pourcentage [VAP] = - 0,4 %; variation globale relative [VGR] = -9,9 %) [figure 8.13].
- Dans toutes les provinces, les TINA chez les femmes sont supérieurs à celui des hommes. Chez les hommes, les taux d'incidence du cancer du poumon vont de 69,8 décès par 100 000 hommes en Colombie-Britannique à 105,1 cas par 100 000 hommes à Terre-Neuve-et-Labrador, un écart relatif de 50,6 %. Les taux d'incidence chez les femmes varient de 48,2 cas par 100 000 femmes en Colombie-Britannique à 69,0 cas par 100 000 femmes à Terre-Neuve-et-Labrador, un écart relatif de 43,1 % (figure 8.14).

#### INCIDENCE SELON LE STADE

- Le cancer colorectal est souvent diagnostiqué au stade III; on observe une légère différence de l'incidence selon le stade dans certaines provinces pour les années de diagnostic 2010 à 2012 (figure 8.15).
- L'incidence du cancer colorectal de stade I va de 10,5 cas par 100 000 habitants en Colombie-Britannique à 22,9 cas par 100 000 habitants à Terre-Neuve-et-Labrador, un écart relatif de 118,1 % (figure 8.15).
- L'incidence du cancer colorectal de stade III varie de 14,5 cas par 100 000 habitants au Nouveau-Brunswick à 35,0 cas par 100 000 habitants à Terre-Neuve-et-Labrador, un écart relatif de 141,4 % (figure 8.15).
- L'incidence du cancer colorectal de stade IV va de 12,8 par 100 000 habitants au Nouveau-Brunswick à 22,5 par 100 000 habitants à Terre-Neuve-et-Labrador, un écart relatif de 75,8 % (figure 8.15).

#### TAUX DE MORTALITÉ NORMALISÉ SELON L'ÂGE (TMNA)

- Le TMNA du cancer colorectal a beaucoup diminué tant chez les hommes que chez les femmes entre 1992 et 2011. Dans le cas des hommes, il est passé de 43,1 décès par 100 000 hommes en 1992 à 31,6 en 2011 (VAP = - 1,6 %). Chez les femmes, il est passé de 28,2 décès par 100 000 femmes en 1992 à environ 21,0 en 2011 (VAP = - 1,7 %). La réduction relative globale de 1992 à 2011 est de -26,7 % chez les hommes et de -25,5 % chez les femmes (figure 8.13).
- Pour les années 2009 à 2011, le TMNA du cancer colorectal allait de 23,1 décès par 100 000 personnes en Alberta à 40,0 décès par 100 000 personnes à Terre-Neuve-et-Labrador, un écart relatif de 73,2 % (figure 8.16).

**RATIOS DE SURVIE RELATIVE À CINQ ANS (RSR-5)**

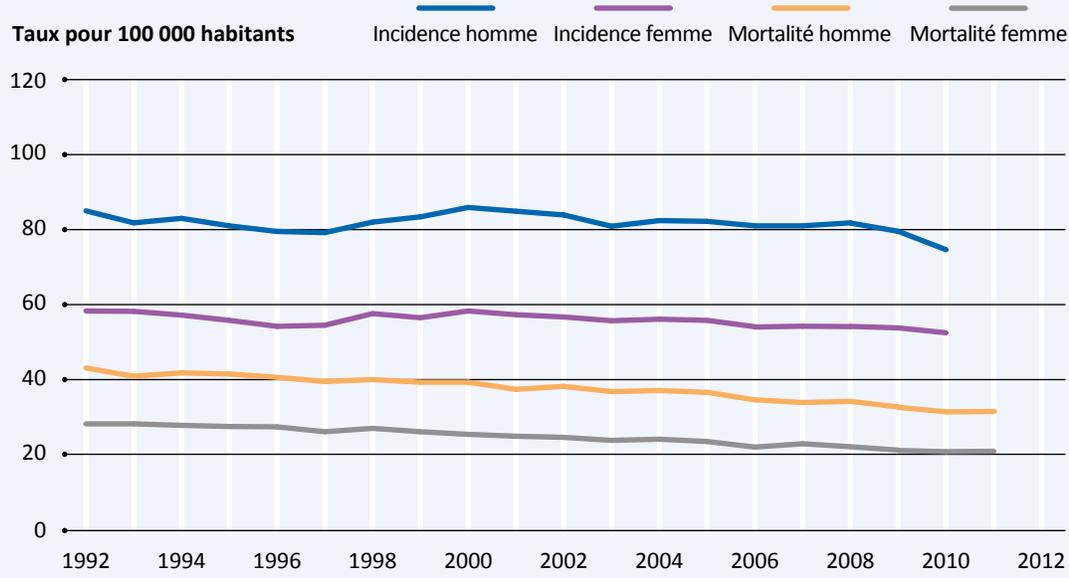
- Pour les années 2006 à 2008, le ratio de survie relative à cinq ans pour le cancer colorectal allait de 61 % au Manitoba, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Saskatchewan à 67 % en Ontario (figure 8.17).
- Le RSR-5 du Canada a augmenté de neuf points de pourcentage, passant de 56 % pour la période de 1992 à 1994 à 65 % pour la période de 2006 à 2008 (figure 8.18).

**Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs**

- La proportion des cas de cancer colorectal de stade inconnu est particulièrement élevée en Colombie-Britannique en raison du manque de données disponibles sur les patients qui n'ont pas été aiguillés par la BC Cancer Agency (tableau 8.1). Cette situation peut rendre difficile la tâche de comparer les taux d'incidence selon le stade par province. (Le terme stade inconnu est attribué à un cas lorsque le diagnostic pathologique ou clinique n'est pas complet ou lorsque l'information contenue dans le dossier du patient ne suffit pas à attribuer un stade.)
- Aucune récente donnée sur la survie n'est disponible en raison des délais qu'exige le processus de confirmation des décès. La procédure à suivre pour attribuer le décès au cancer nécessite de lier les données sur le patient contenues dans le Registre canadien du cancer aux dossiers de certificats de décès. Il faut le nombre de décès par cancer pour pouvoir faire l'analyse de la survie. La confirmation des décès est effectuée par Statistique Canada; la toute dernière confirmation a été faite pour les données de 2008.
- Les tables de données pour cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul présentée en détail à l'annexe technique, sont disponibles à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

FIGURE 8.13

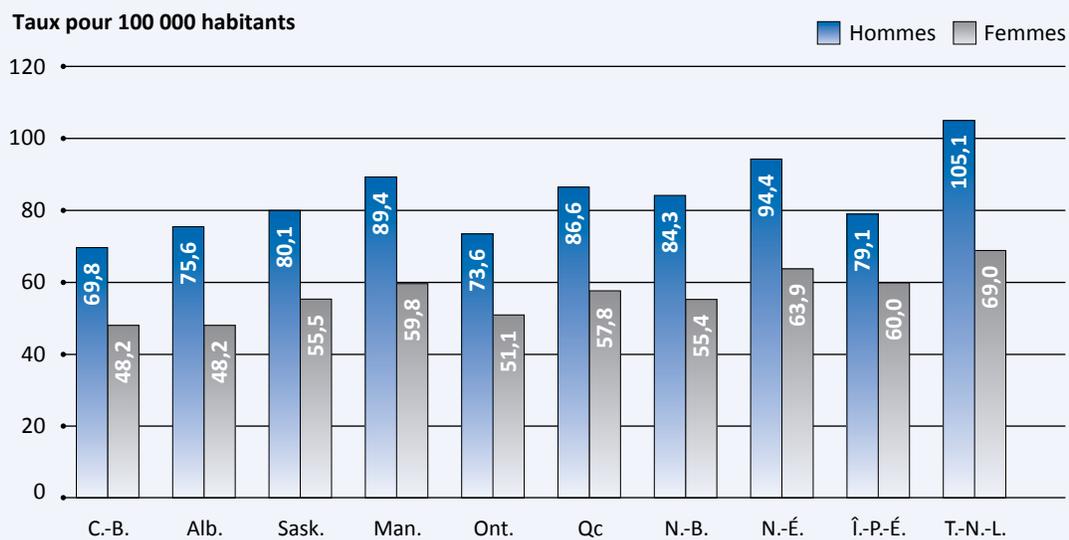
**Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer colorectal selon le sexe, Canada – de 1992 à 2011**



Source de données :  
Statistique Canada,  
Registre canadien du  
Cancer et Statistique de  
l'état civil – base de  
données sur les décès.

FIGURE 8.14

**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 combinés**



Source de données :  
Statistique Canada,  
Registre canadien du  
cancer.

FIGURE 8.15

### Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer colorectal\* selon le stade au diagnostic et la province – diagnostic fait entre 2010 à 2012 combinés

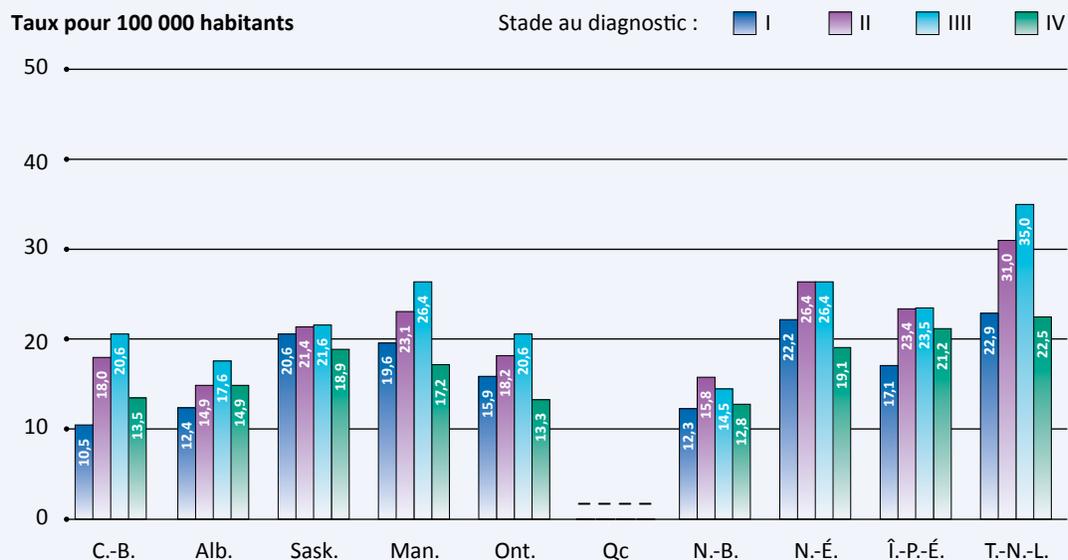


FIGURE 8.16

### Taux de mortalité normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer colorectal selon la province – de 2009 à 2011 combinés

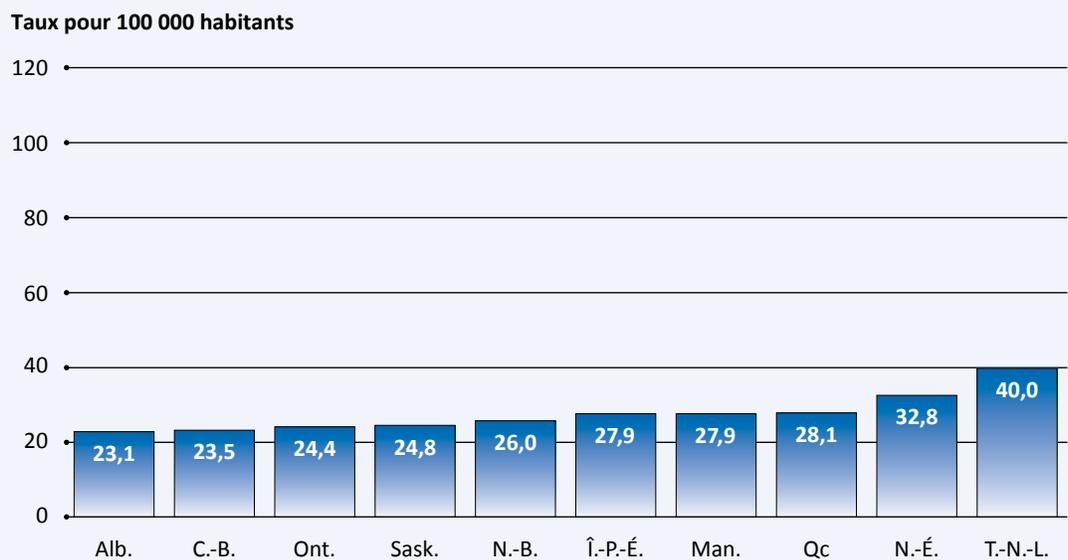
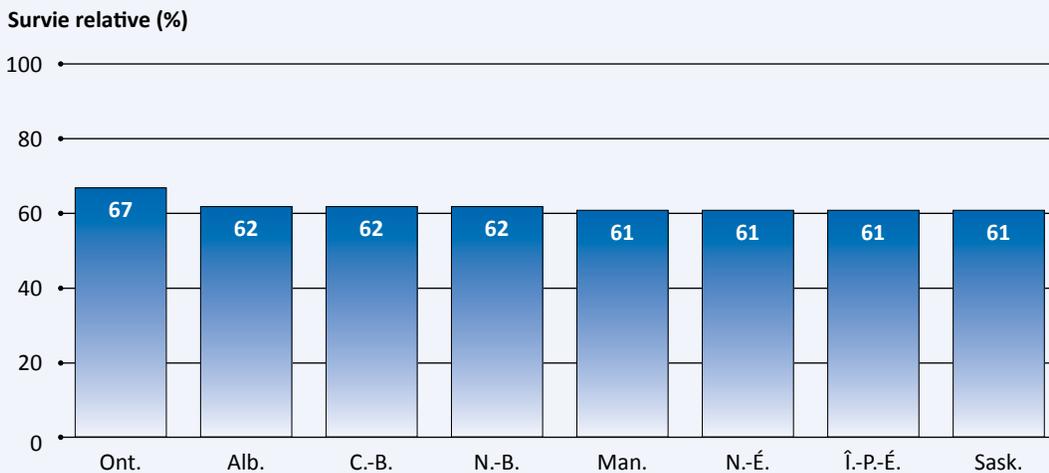


FIGURE 8.17

**Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge<sup>†</sup> des cas de cancer colorectal selon la province – de 2006 à 2008 combinés**

<sup>†</sup> Normalisé selon l'âge en fonction de la population ayant reçu un diagnostic du cancer colorectal au Canada entre 1992 et 2001.

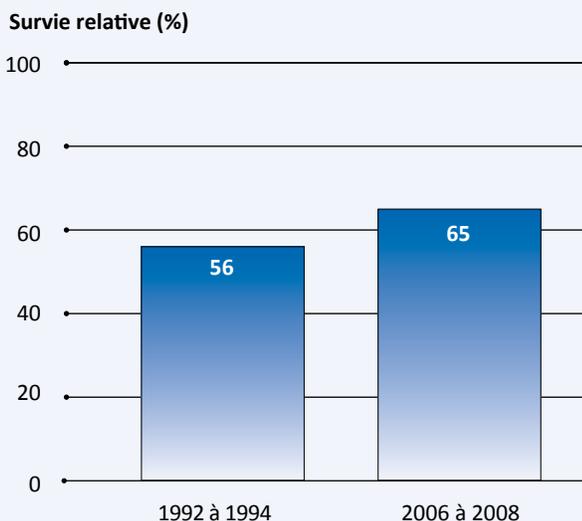
Données fondées sur les cas âgés de 15 à 99 ans au moment du diagnostic de cancer.

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

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

Source de données : Société canadienne du cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer.

FIGURE 8.18

**Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge<sup>††</sup> des cas de cancer colorectal, Canada<sup>†</sup> – de 1992 à 1994 combinés et de 2006 à 2008 combinés**

<sup>†</sup> Canada : Données excluent le Qc en raison de l'utilisation d'une méthode différente pour déterminer la date du diagnostic.

<sup>††</sup> 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.

Source de données : Société canadienne du cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer.

## Que peut-on conclure des résultats?

### INCIDENCE

- Puisque le dépistage du cancer colorectal en est encore à ses tout débuts et que les programmes de dépistage n'en sont pas tous à la même étape de leur mise en œuvre (les premiers programmes canadiens ont été annoncés en 2007), il n'est toujours pas possible d'évaluer l'influence du dépistage sur la diminution de l'incidence et de la mortalité.
- Il devrait y avoir une diminution des taux d'incidence du cancer colorectal puisque les programmes organisés de dépistage sont de mieux en mieux établis au Canada, même si cette réduction sera probablement moins élevée que la réduction attendue de la mortalité par cancer colorectal. Une incidence réduite se constate déjà dans certains pays européens et aux États-Unis<sup>177, 189</sup>.
- Il faudrait continuer à surveiller les taux d'incidence du cancer colorectal afin d'évaluer l'incidence du dépistage. On s'attend à ce que la répartition des taux de cancer colorectal selon le stade change au fil du temps, car le dépistage et la détection précoce entraîneront une réduction des cancers aux stades avancés.
- Vu la mise en œuvre récente du dépistage du cancer colorectal auprès de la population, les différences entre les neuf provinces faisant rapport des tendances de l'incidence selon le stade représentent davantage une mesure de référence (un point de départ pour les comparaisons).
- Il existe généralement un gradient d'ouest en est pour l'incidence du cancer colorectal, les provinces de l'Ouest ayant une plus faible incidence que les provinces de l'Est. Les provinces de l'Est présentent également une grande différence dans les TINA des hommes et des femmes, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard (comme l'illustre la figure 8.14). Un gradient d'ouest en est existe également pour la mortalité par cancer colorectal : la mortalité est plus élevée dans les provinces de l'Est que dans le reste du Canada. Ces gradients peuvent refléter les différences provinciales en ce qui concerne la prévalence des facteurs de risques,

les investigations et le dépistage du cancer colorectal<sup>190</sup>.

- Au Royaume-Uni, les taux d'incidence du cancer colorectal ont augmenté après l'introduction des programmes nationaux de dépistage en 2006, probablement parce que les cas prévalents qui se seraient autrement manifestés plus tard d'un point de vue clinique ont été décelés plus tôt; cependant, ces taux ont chuté encore une fois après 2011. Les taux d'incidence au Royaume-Uni devraient revenir aux taux en vigueur avant le dépistage (comme prévu au Canada), puisque la plupart des cas de cancer colorectal non diagnostiqués dans le groupe d'âge cible auront été décelés<sup>179</sup>. Bien que les taux d'incidence du cancer colorectal aient diminué aux États-Unis<sup>177</sup>, ils ont augmenté chez les hommes en Australie, mais sont restés stables chez les femmes<sup>191</sup>.

### MORTALITÉ

- La baisse observée de la mortalité due au cancer colorectal pourrait s'expliquer par un traitement amélioré et, dans une moindre mesure, par une sensibilisation accrue et une détection précoce<sup>180</sup>.
- D'autres baisses de la mortalité sont prévues grâce à la mise en œuvre progressive de programmes de dépistage du cancer colorectal à l'échelle du Canada.
- Les taux de mortalité par cancer colorectal ont également chuté tant chez les hommes et chez les femmes aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie<sup>177, 179, 191</sup>.

### RATIOS DE SURVIE RELATIVE À CINQ ANS (RSR-5)

- Une meilleure survie des Canadiens ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal a également été observée aux États-Unis, en Australie et au Royaume-Uni. Aux États-Unis, la survie relative à cinq ans a augmenté entre 1995 et 2001 et s'est depuis stabilisée à environ 65 %<sup>180</sup>. En Australie, elle a atteint 66,2 % entre 2006 et 2010<sup>191</sup>, alors qu'au Royaume-Uni (Angleterre et Pays de Galles), elle est passée de 41,6 % au début des années 1990 à 58,7 % en 2010-2011<sup>179</sup>.
- Les données de l'étude CONCORD-2 témoignent également de cette meilleure survie nette à cinq

ans, même si elles sont réparties entre cancer du côlon et cancer du rectum. Les taux de survie des Canadiens atteints des cancers du côlon et du rectum sont semblables aux résultats présentés dans ce rapport : 62,8 % (chacun) entre 2005 et 2009. La survie au cancer du côlon est de 64,7 % aux États-Unis, de 64,2 % en Australie et de 53,8 % au Royaume-Uni. La survie au cancer du rectum est de 64,0 %, de 64,2 % et de 56,6 % dans ces pays, respectivement<sup>181</sup>.

- Les conclusions de l'International Cancer Benchmarking Project (ICBP) donnent à penser que les différences internationales dans la survie au cancer colorectal pourraient provenir des différences dans la répartition des stades (attribuables au report du diagnostic, à la connaissance des symptômes ou aux procédures d'établissement du stade). Il existe également une différence dans la survie selon le stade dans l'ICBP, ce qui donne à penser que les taux de survie peuvent être affectés par l'accès au traitement et la qualité du traitement<sup>192</sup>.

## Cancer de la prostate

### Que mesure-t-on et pourquoi le mesure-t-on?

La présente section décrit le taux d'incidence normalisé selon l'âge, y compris l'incidence selon le stade, le taux de mortalité normalisé selon l'âge et le ratio de survie relative à cinq ans pour le cancer de la prostate. Les taux d'incidence et de mortalité ont été normalisés selon la population canadienne de 2011. Ces indicateurs sont examinés en fonction du temps et par province. Les données sur la survie relative à cinq ans n'étaient pas disponibles pour le cancer de la prostate; elles ne sont donc pas incluses dans le présent rapport.

- Le cancer de la prostate est le cancer qui affecte le plus les Canadiens et il se classe au troisième rang des causes de décès par cancer au sein de cette population<sup>50</sup>.

### Quels résultats a-t-on obtenus?

#### TAUX D'INCIDENCE NORMALISÉ SELON L'ÂGE (TINA)

- Le TINA du cancer de la prostate a connu une légère baisse non significative chez les Canadiens; il est passé de 166,9 cas par 100 000 hommes en 1992 à 142,2 en 2010 (VAP = 0,4 %; VGR = -14,8 %) [figure 8.19].
- L'incidence du cancer de la prostate a connu un sommet en 1993 (186,0 cas par

100 000 hommes), puis encore en 2001 (177,3 cas par 100 000 hommes) [figure 8.19].

- De 2008 à 2010, l'écart relatif entre les TINA provinciaux le plus faible et le plus élevé était de 56,8 %. Le TINA se situait entre 123,7 cas par 100 000 hommes au Québec et 194,0 au Nouveau-Brunswick (figure 8.20).

#### INCIDENCE SELON LE STADE

- Pour les années de diagnostic 2010 à 2012, les cancers de la prostate de stade II présentaient le TINA le plus élevé dans toutes les provinces, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, où le TINA du cancer de stade I était le plus élevé (figure 8.21).
- L'incidence du cancer de la prostate de stade I va de 16,7 cas par 100 000 hommes en Colombie-Britannique à 103,3 à l'Île-du-Prince-Édouard, un écart relatif de 518,6 % (figure 8.21).
- L'incidence du cancer de la prostate de stade II va de 75,2 cas par 100 000 hommes au Nouveau-Brunswick à 105,7 à Terre-Neuve-et-Labrador, un écart relatif de 40,6 % (figure 8.21).
- L'incidence du cancer de la prostate de stade IV va de 8,5 cas par 100 000 hommes au Nouveau-Brunswick à 25,4 en Saskatchewan, un écart relatif de 198,8 % (figure 8.21).

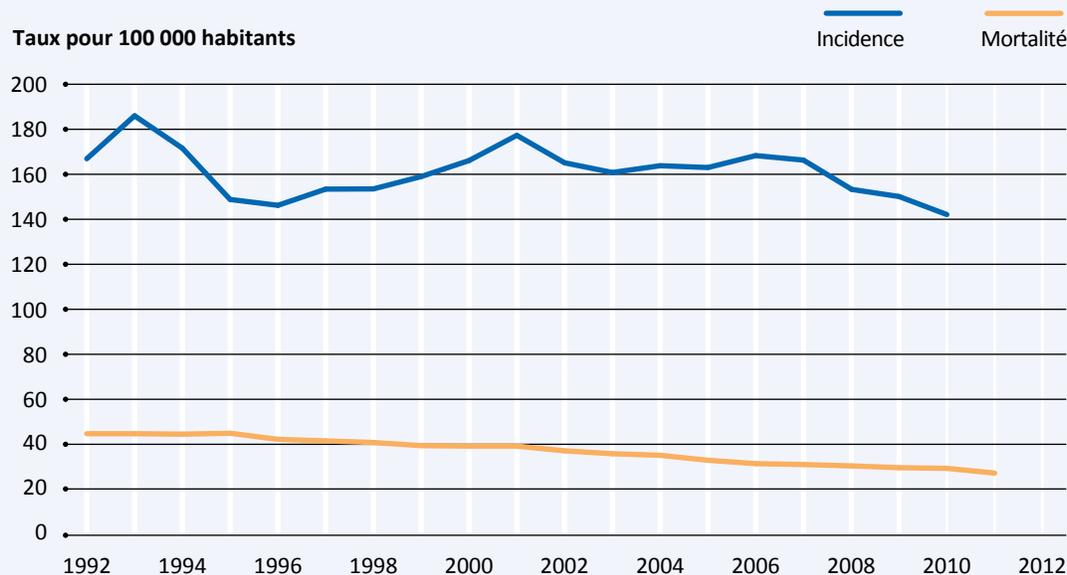
**TAUX DE MORTALITÉ NORMALISÉ SELON L'ÂGE (TMNA)**

- Le TMNA pour le cancer de la prostate a diminué de beaucoup, passant de 44,7 décès par 100 000 hommes en 1992 à 27,2 en 2011 (VAP = - 2,7 %); VGR = -39,1 %) [figure 8.19].
- Pour les années 2009 à 2011, le TMNA est passé de 26,0 décès par 100 000 personnes au Québec à 36,6 en Saskatchewan, un écart relatif de 40,8 % (figure 8.22).

**Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs**

- La proportion des cas de cancer de stade inconnu est particulièrement élevée en Colombie-Britannique en raison du manque de données disponibles sur le taux d'APS et le score de Gleason chez les patients qui n'ont pas été aiguillés par la BC Cancer Agency (tableau 8.1). Cette situation peut rendre difficile la tâche de comparer les taux d'incidence selon le stade par province. Le terme stade inconnu est attribué à un cas lorsque le diagnostic pathologique ou clinique n'est pas complet ou lorsque l'information contenue dans le dossier du patient ne suffit pas à attribuer un stade.
- Les tables de données pour cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul présentée en détail à l'annexe technique, sont disponibles à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

FIGURE 8.19

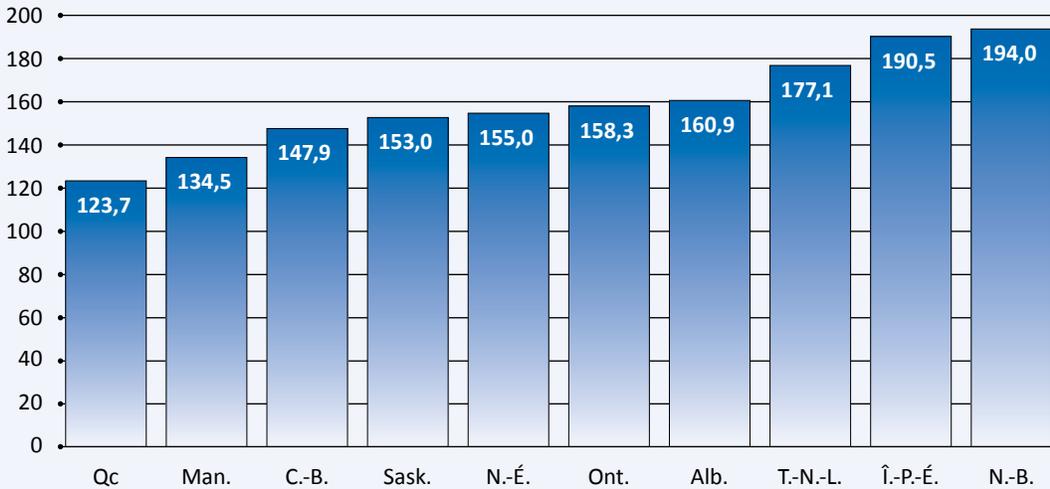
**Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer de la prostate, Canada – de 1992 à 2011**

Source de données :  
Statistique Canada,  
Registre canadien du  
cancer et 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 de la prostate selon la province – de 2008 à 2010 combinés**

Taux pour 100 000 habitants



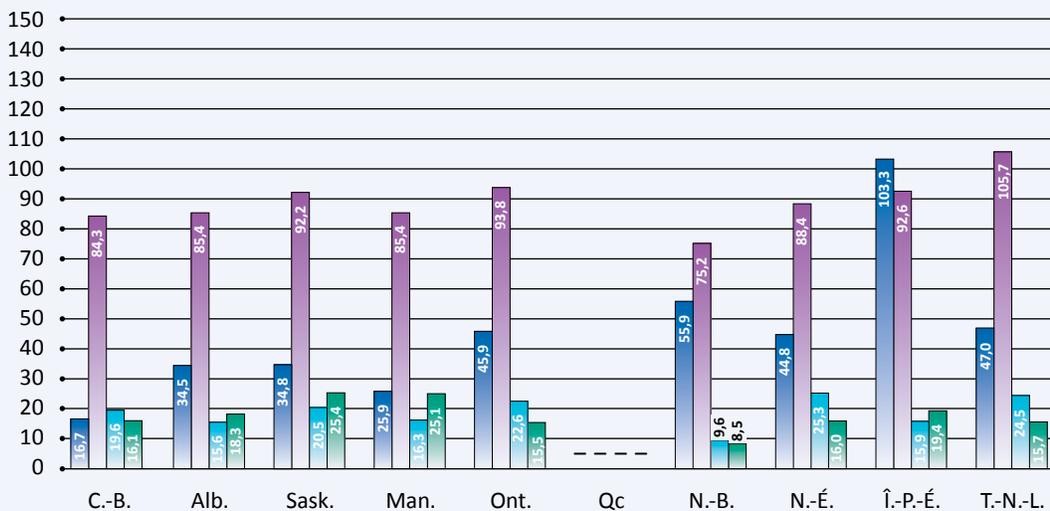
Source de données :  
Statistique Canada,  
Registre canadien du  
cancer.

FIGURE 8.21

**Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer de la prostate selon le stade au diagnostic et la province – diagnostic fait entre 2010 à 2012 combinés**

Taux pour 100 000 habitants

Stade au diagnostic : I II III IV



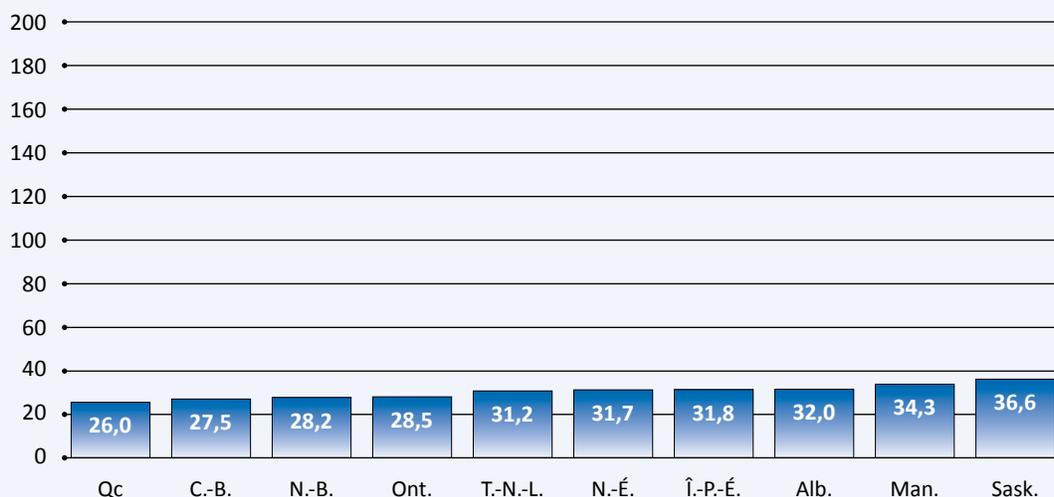
« - » Données non disponibles.

Source de données :  
Organismes provinciaux  
de lutte contre le cancer.

FIGURE 8.22

**Taux de mortalité normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer de la prostate selon la province – de 2009 à 2011 combinés**

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?****INCIDENCE**

- Les taux d'incidence du cancer de la prostate semblent diminuer au Canada, après une hausse radicale à la fin des années 1980 et au début des années 1990, tendance également observée aux États-Unis et en Australie. Cependant, les taux augmentent actuellement au Royaume-Uni et dans d'autres régions de l'Europe. Cette hausse est probablement due aux différentes pratiques de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) et de l'adoption plus graduelle de ces tests au Royaume-Uni et en Europe<sup>193, 194</sup>.
- Au Canada, l'incidence du cancer de la prostate a atteint un sommet en 1993, puis en 2001. Le sommet de 1993 faisait probablement suite à l'introduction du dépistage de l'APS, lequel est devenu pratique courante au début des années 1990 et a facilité la détection de ce type de cancer. Le sommet de 2001 pourrait s'expliquer par la meilleure sensibilisation des hommes et le recours au dépistage de l'APS<sup>194-196</sup>. L'adoption de la biopsie étendue (pratique permettant d'accroître le nombre de carottes prélevées par biopsie de 6 ou 8 à 10 ou plus), qui est survenue autour de l'année 2000, peut avoir également contribué au second pic de la détection du cancer de la prostate<sup>197</sup>.
- De telles hausses d'incidence ont également été observées sur la scène internationale. Les sommets atteints aux États-Unis (dans les années 1990 et au début des années 2000) et en Australie (au début des années 1990) ont été plus élevés que ceux enregistrés au Canada; cela dit, les pays européens n'ont pas réussi à atteindre les niveaux d'incidence connus au Canada à ces moments<sup>198, 199</sup>.
- Aucun programme organisé de dépistage du cancer de la prostate n'existe au Canada en raison de l'absence de données probantes sur l'efficacité des tests de dépistage de l'APS fondés sur une population. Les provinces n'offrent pas toutes le même financement et les mêmes recommandations concernant le dépistage de l'APS<sup>200</sup>. Les différences de pratiques en ce domaine peuvent avoir une incidence sur les taux d'incidence provinciaux (tant globale que selon le stade). Cela s'explique par le fait que ces tests s'avèrent clairement efficaces pour accroître la détection

de cancers de la prostate à un stade précoce ou présentant un faible risque qui n'aurait pas compromis la santé du patient s'il était resté intraité<sup>201, 202</sup>. Ces tests entraînent également une réduction des cancers de stade avancé, comme en témoignent les TINA moins élevés du cancer de stade III et IV par rapport aux stades précoces, comme mentionné ici.

- Les taux d'incidence variés du cancer de stade I entre les provinces, qui vont de 16,7 à 103,3 cas pour 100 000 personnes, seront intéressants à observer au fil des ans afin de déterminer si cette diversité se poursuit dans le temps ou découle de la qualité des données (soit les petits nombres et de vastes intervalles de confiance dans certaines).

#### MORTALITÉ

- Dans l'ensemble, les taux de mortalité par cancer de la prostate sont en déclin dans bon nombre de pays occidentaux, notamment en Amérique du Nord, en Océanie, en Europe de l'Ouest et dans certaines régions de l'Europe du Nord<sup>203</sup>. Voilà qui correspond à la tendance observée au Canada entre 1992 et 2011.

### Que sait-on d'autre?

- Les données contenues dans le prochain rapport du Partenariat canadien contre le cancer, *Lutte contre le cancer de la prostate au Canada : Rapport cible sur le rendement du système*, montrent que même si l'incidence du cancer de la prostate était la plus élevée chez les Canadiens âgés de 65 à 79 ans, les taux de mortalité étaient beaucoup plus élevés chez les Canadiens âgés de 80 ans et plus que dans tout autre groupe d'âge. Dans tous les groupes d'âge, le cancer de la prostate présente un faible taux de létalité, ce qui est particulièrement manifeste chez les patients plus jeunes. Ces conclusions concordent avec les tendances observées dans la littérature et sur la scène internationale.
- Les taux d'incidence sont influencés par les tests de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS), ce qui peut mener au surdiagnostic de cancers latents ou de stade précoce qui ne constituaient pas une menace à la santé. Selon certains essais contrôlés randomisés, environ 60 % des cancers de la prostate décelés par le dépistage de l'APS sont surdiagnostiqués<sup>g, 205</sup>. Les données du programme Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) mené aux États-Unis permettent de constater que le surdiagnostic du cancer de la prostate varie de 23 % à 42 %<sup>206</sup>.

<sup>g</sup> Le surdiagnostic renvoie à la détection d'un cancer qui n'était pas destiné à être cliniquement apparent durant la vie de la personne<sup>204</sup>.

## Cancer du pancréas

### Que mesure-t-on et pourquoi le mesure-t-on?

La présente section décrit le taux d'incidence normalisé selon l'âge, y compris l'incidence selon le stade, le taux de mortalité normalisé selon l'âge et le ratio de survie relative à cinq ans pour le cancer du pancréas. Les taux d'incidence et de mortalité ont été normalisés selon la population canadienne de 2011. Ces indicateurs sont examinés en fonction du temps et par province. Les données sur l'incidence selon le stade n'étaient pas disponibles pour le cancer du pancréas; elles ne sont donc pas incluses dans le présent rapport.

- Au Canada, le cancer du pancréas est le dixième type de cancer le plus fréquent et arrive au quatrième rang des causes de décès par cancer (après le cancer du poumon, le cancer colorectal et le cancer du sein) en raison de son faible taux de survie<sup>50</sup>.

### Quels résultats a-t-on obtenus?

#### TAUX D'INCIDENCE NORMALISÉ SELON L'ÂGE (TINA)

- Le TINA du cancer du pancréas a grandement diminué chez les hommes, étant passé de 15,1 cas par 100 000 hommes en 1992 à 12,5 en 2010 (VAP = -0,5 %; VGR = -17,2 %). Le TINA chez les femmes est demeuré relativement stable au cours de la même période (VAP = -0,2 %; VGR = -10,5 %) [figure 8.23].
- Pour les années 2008 à 2010, l'écart relatif du TINA entre le taux d'incidence provincial le plus faible et le plus élevé pour le cancer du pancréas était de 78,3 %. Le TINA allait de 8,3 cas par 100 000 habitants à Terre-Neuve-et-Labrador à 14,8 à l'Île-du-Prince-Édouard (figure 8.24).

#### TAUX DE MORTALITÉ NORMALISÉ SELON L'ÂGE (TMNA)

- Le TMNA du cancer du pancréas a grandement diminué tant chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, il est passé de 15,3 décès par 100 000 hommes en 1992 à 13,5 en 2011 (VAP = -0,6 %; VGR = -11,8 %). Chez les femmes, il a diminué de 10,9 décès par 100 000 femmes en 1992 à 10,6 en 2011 (VAP = -0,2 %; VGR = -2,8 %) [figure 8.23].
- Pour les années 2009 à 2011, le TMNA allait de 11,2 décès par 100 000 personnes à Terre-Neuve-et-Labrador à 12,8 au Nouveau-Brunswick, un écart relatif de 14,3 % (figure 8.25).

#### RATIOS DE SURVIE RELATIVE À CINQ ANS (RSR-5)

- Pour les années 2005 à 2007, les ratios de survie relative à cinq ans au cancer du pancréas allaient de 4,7 % en Nouvelle-Écosse à 10,9 % en Ontario (figure 8.26).
- Au Canada, le RSR 5 s'est accru de trois points de pourcentage, passant de 5 % pour la période de 1992 à 1994 à 8 % pour la période de 2006 à 2008 (figure 8.27).

### Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les RSR-5 normalisés selon l'âge n'étaient pas disponibles pour toutes les provinces, car la rareté des données concernant certains groupes d'âge aurait donné lieu à des taux normalisés selon l'âge incertains.
- Aucune récente donnée sur la survie n'est disponible en raison des délais qu'exige le processus de confirmation des décès. La procédure à suivre pour attribuer le décès au cancer nécessite de lier les données sur le patient contenues dans le Registre canadien du cancer aux dossiers de certificats de décès. Il faut le nombre de décès par cancer pour pouvoir faire l'analyse de la survie. La confirmation des décès est effectuée par Statistique Canada; la toute dernière confirmation a été faite pour les données de 2008.
- Les tables de données pour cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul présentée en détail à l'annexe technique, sont disponibles à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

FIGURE 8.23

#### 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 2011

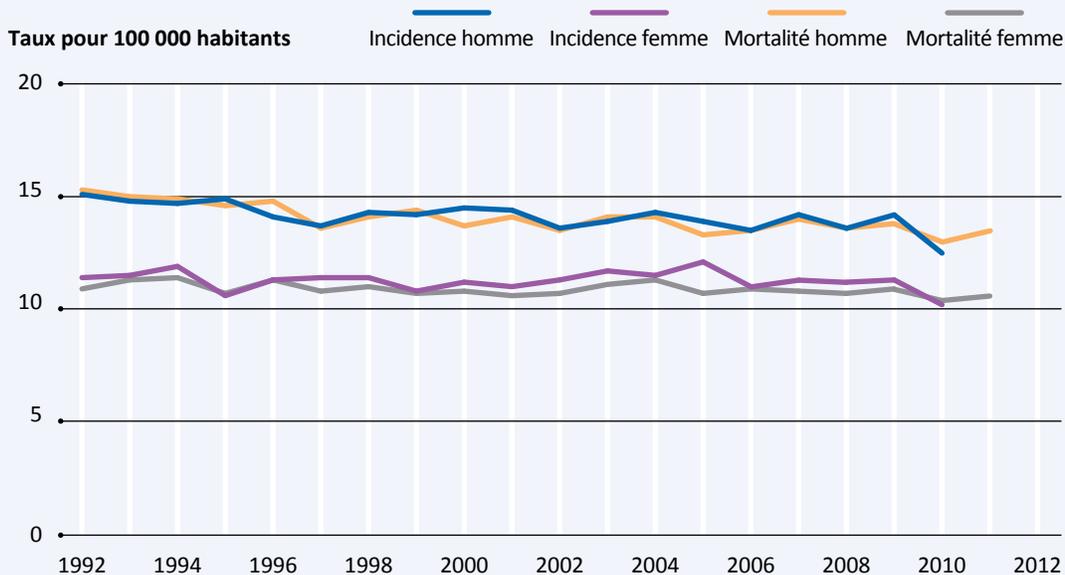


FIGURE 8.24

**Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du pancréas selon la province – de 2008 à 2010 combinés**

Taux pour 100 000 habitants

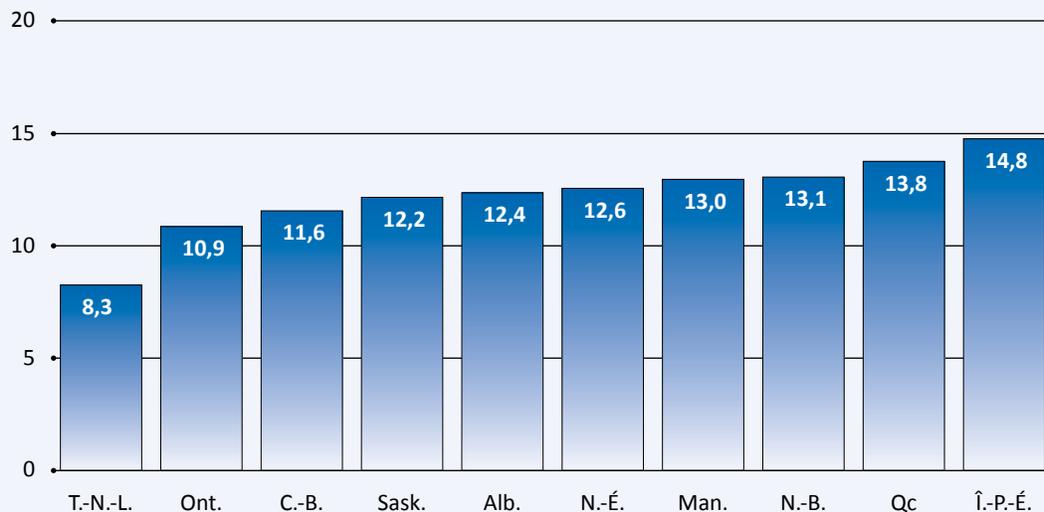
Source de données :  
Statistique Canada,  
Registre canadien du  
cancer.

FIGURE 8.25

**Taux de mortalité normalisés selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du pancréas selon la province – de 2009 à 2011 combinés**

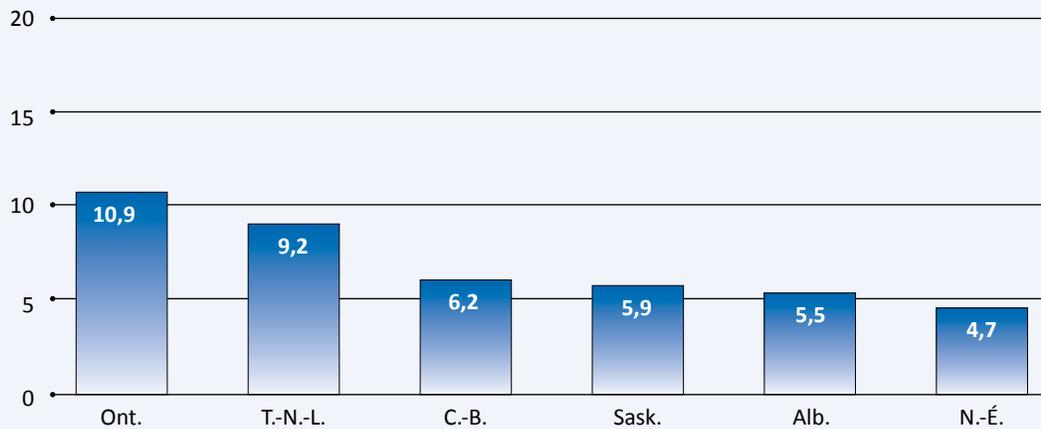
Taux pour 100 000 habitants

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

FIGURE 8.26

### Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge<sup>†</sup> des cas de cancer du pancréas selon la province – de 2005 à 2007 combinés

Survie relative (%)



<sup>†</sup> 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.

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

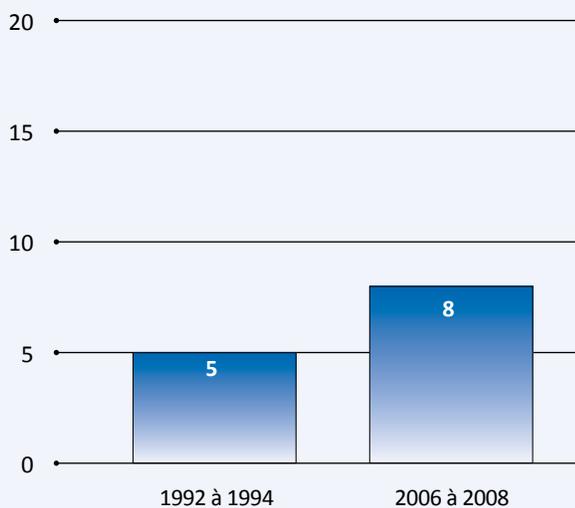
Man., N.-B., Î.-P.-É. : Rareté des données pour certains groupes d'âge; les résultats ne sont donc pas présentés en raison d'une estimation incertaine.

Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

FIGURE 8.27

### Ratio de survie relative à cinq ans normalisé selon l'âge<sup>††</sup> des cas de cancer du pancréas, Canada<sup>†</sup> – de 1992 à 1994 combinés et de 2006 à 2008 combinés

Survie relative (%)



<sup>†</sup> Canada : Données excluent le Qc en raison de l'utilisation d'une méthode différente pour déterminer la date du diagnostic.

<sup>††</sup> 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.

Source de données : Société canadienne du cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer.

## Que peut-on conclure des résultats?

### INCIDENCE ET MORTALITÉ

- Le cancer du pancréas est difficile à détecter à un stade précoce. Les patients qui reçoivent habituellement un diagnostic à un stade avancé ne survivront probablement pas, même après un traitement. Les taux de mortalité par cancer du pancréas s'apparentent donc de très près aux taux d'incidence<sup>50</sup>. C'est ce qui explique que ce type de cancer soit aussi difficile à soigner du point de vue de la lutte contre le cancer<sup>207</sup>.
- Le tabagisme et l'obésité sont des facteurs de risques connus et modifiables pour le cancer du pancréas<sup>207</sup>. 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 l'incidence du cancer du pancréas a été observée chez les hommes, mais non encore chez les femmes. Cela dit, l'obésité est devenue plus en plus importante au Canada au cours de la même période et pourrait neutraliser certains avantages d'une réduction du tabagisme.
- Dans le cas du cancer du pancréas, il est difficile d'interpréter les variations interprovinciales des taux d'incidence et de mortalité. Cela dit, des différences entre les profils de risque (p. ex. taux de tabagisme) d'une province à l'autre peuvent expliquer certaines des variations observées.
- Contrairement aux tendances observées au Canada, les taux d'incidence du cancer du pancréas ont augmenté au Royaume-Uni entre 2000 et 2011 (après une diminution dans les années 1990) et aux États-Unis entre 2001 et 2008<sup>179, 180</sup>. Au Royaume-Uni, les taux d'incidence ont plus augmenté chez les femmes (11 %) que chez les hommes (4 %). En Australie, les taux d'incidence du cancer du pancréas demeurent relativement stables depuis 1982<sup>208</sup>.
- De leur côté, les taux de mortalité du cancer du pancréas ont chuté au Canada et au Royaume-Uni (depuis le début des années 1970)<sup>179</sup>. À l'opposé, la mortalité aux États-Unis a diminué entre 1975 et 2002, avant d'augmenter entre 2002 et 2008<sup>180</sup>. Comme pour l'incidence, le taux de mortalité du cancer du pancréas en Australie est demeuré relativement stable<sup>208</sup>.

### RATIOS DE SURVIE RELATIVE À CINQ ANS (RSR-5)

- Bien qu'une hausse de la survie relative à cinq ans au cancer du pancréas ait été observée, les résultats demeurent sombres.
- La survie relative à cinq ans au cancer du pancréas est également faible en Australie et au Royaume-Uni. En Australie, la survie relative à cinq ans est passée de 3,0 % (1982-1987) à 5,2 % (2006-2010)<sup>208</sup>. Aux États-Unis, le RSR-5 est passé de 3,0 % en 1975 à 7,3 % en 2006<sup>209</sup>. Les taux de survie observés au Royaume-Uni demeurent relativement stables, à environ 3 % depuis les années 1970<sup>179</sup>.

TABLEAU 8.1

**Pourcentage des cas dont le stade est inconnu<sup>†</sup>, selon le siège de la maladie et la province – de 2010 à 2012**

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	0,5	–	0,9	2,9	*	1,4
	2011	3,6	1,6	1,5	1,3	0,8	–	1,6	2,9	*	1,5
	2012	2,9	1,1	1,7	1,1	0,9	–	0,8	2,0	1,1	*
Colorectal	2010	13,2	4,1	2,8	3,2	1,2	–	3,6	3,4	*	5,8
	2011	13,9	3,4	2,9	4,3	2,3	–	4,6	3,9	*	3,6
	2012	15,0	4,4	3,1	2,3	2,3	–	3,7	2,9	3,3	1,6
Poumon	2010	7,7	1,3	1,6	1,1	0,6	–	1,0	2,0	*	4,7
	2011	9,1	1,5	*	1,9	0,8	–	2,1	1,4	*	3,5
	2012	6,7	1,6	1,3	2,1	1,0	–	0,7	1,6	2,1	*
Prostate	2010	32,9	5,4	4,1	5,1	0,5	–	0,9	6,2	*	2,3
	2011	19,7	3,2	2,5	5,8	0,9	–	2,3	4,3	*	3,7
	2012	18,5	3,5	2,9	5,2	1,8	–	*	3,5	1,7	*

† Les données entrées dans l'algorithme de la stadification concertée (SC) n'ont pas suffi à établir un stage avec certitude.

\* Données supprimées en raison des petits nombres.

« – » Données non disponibles.

Ont. : Le dénominateur inclut les cas « non applicables ».

Î.-P.-É. : En raison des petits nombres, les pourcentages de 2012 incluent les années 2010 à 2012.

Cancer colorectal : annexe C18.1 exclue.

Source de données : Organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

# Perspectives d'avenir

*Une personne qui reçoit un diagnostic de cancer aujourd'hui a de meilleures chances de survie qu'il y a à peine quinze ans. Au Canada, entre 1992-1994 et 2006-2008, le taux de survie pour tous les cancers combinés est passé de 56 % à 63 %<sup>50</sup>. De nouvelles avancées dans le diagnostic et le traitement est mené à des résultats améliorés — d'un diagnostic plus précoce et plus précis et la stadification du cancer à des options de traitement plus efficaces en vue d'assurer la guérison ou la rémission. En dépit de ces efforts, 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 inférieures<sup>125</sup>.*

**Les progrès de la lutte contre le cancer dont profitent** les Canadiens ont été accomplis grâce aux efforts soutenus et à la collaboration des partenaires nationaux, provinciaux et territoriaux. Le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) continuera à jouer son rôle unique en collaborant avec le milieu de la lutte contre le cancer et les partenaires en vue de réduire l'incidence du cancer, de réduire la probabilité de décès attribuable au cancer et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer. Ce rôle englobe la production et la diffusion incessantes de rapports sur le rendement du système de lutte contre le cancer afin de faciliter et d'optimiser la planification de la lutte contre le cancer, d'apporter des améliorations à la qualité des pratiques et de favoriser la communication et l'adoption de pratiques exemplaires dans l'ensemble du pays.

Dans ce but, l'Initiative sur le rendement du système du Partenariat, de concert avec les organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer et les partenaires nationaux,

veillera à concevoir les produits suivants et à prendre part à plusieurs activités clés au cours des deux prochaines années :

- Nous continuerons de diffuser l'information contenue dans le tout dernier rapport cible sur le rendement du système intitulé *Le stade du cancer dans la mesure du rendement : un premier coup d'œil*. Publié en février 2015, ce rapport, premier en son genre, présente des données sur la stadification du cancer au sein d'une population provinciale. De telles données sur le stade du cancer permettent d'évaluer certaines activités de lutte contre le cancer, comme le dépistage et la détection précoce, et de cerner les tendances des soins liés au diagnostic et au traitement. Le rapport présente les taux d'incidence selon le stade des quatre types de cancer les plus fréquents, ainsi que les taux de prévalence de trois principaux facteurs pronostiques, soit le nombre de cas de cancer du sein triple négatif, la répartition des cas de cancer de la prostate selon le niveau de risque et le taux de

résection de la marge circonférentielle positive après une chirurgie rectale. Le rapport peut être consulté et téléchargé à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).

- Plus tard cette année, de nouvelles données sur la survie relative selon le stade du cancer du poumon et du cancer colorectal dans l'ensemble du Canada seront rendues publiques. Il s'agit du tout premier ensemble de données propres à une population provinciale sur le lien qui existe entre le stade du cancer au diagnostic et les résultats pour le patient.
- À l'automne 2015, le Partenariat publiera un rapport cible sur le cancer de la prostate qui présentera des indicateurs dans tout le continuum de soins — de la prévention à la survie et aux soins de fin de vie. Les résultats quantitatifs seront enrichis de données qualitatives fournies par les patients atteints du cancer de la prostate et les survivants de ce type de cancer au Canada, qui partagent leur expérience du système de soins de santé. Leurs expériences et perspectives personnelles aideront les décideurs à mieux comprendre l'expérience du cancer de la prostate du point de vue du patient.
- Suivra, au début de 2016, un rapport cible sur la « pertinence » des interventions de lutte contre le cancer, qui présentera les résultats de la mesure d'indicateurs de référence pour un certain nombre d'interventions en oncologie dans le cadre de la campagne Choisir avec soin. Cette campagne vise à encourager un dialogue entre médecins sur les examens et les traitements dont l'utilité ou l'issue sont discutables, et ce, dans l'ultime but d'aider le médecin et son patient à prendre des décisions éclairées qui susciteront de meilleurs résultats.
- Une étude approfondie de deux ans visant à examiner l'expérience des patients atteints de cancer qui vivent une transition a été lancée au début de 2015 et se poursuivra jusqu'en 2017. Elle fera rapport des résultats d'une enquête nationale menée auprès de patients pour comprendre ce que vivent les

patients atteints de cancer lorsqu'ils passent d'un traitement curatif, comme une chimiothérapie, une radiothérapie et une chirurgie, à des soins de suivi et des services de soutien, comme des soins primaires et des soins communautaires. L'enquête sera suivie de plusieurs consultations auprès des dirigeants du système et des prestataires de soins de santé, qui nous aideront à interpréter les résultats de l'enquête et à formuler des recommandations sur la façon de mieux répondre aux besoins des patients après leur traitement et de les combler d'une manière mieux intégrée.

- L'application Web sur le rendement du système, lancée en juin 2014, visait à fournir un vaste accès aux toutes dernières données et analyses disponibles sur la qualité de la lutte contre le cancer à l'échelle du Canada. Elle continuera d'être améliorée par l'ajout de contenu et de fonctionnalités. La phase 1 a permis aux utilisateurs d'explorer les divers indicateurs de rendement en fonction des domaines de la lutte contre le cancer. La phase 2 (lancée en février 2015) permet aux utilisateurs de faire des recherches parmi les indicateurs de rendement classés selon les quatre types de cancer les plus fréquents (sein, poumon, colorectal et prostate). La phase 3, qui devrait être lancée en 2016, permettra d'ajouter des fonctionnalités, comme la capacité de consulter les données sous une perspective provinciale et territoriale. Les autres caractéristiques déjà disponibles sont notamment la capacité de télécharger des graphiques et des données directement de l'application pour que l'utilisateur puisse faire sa propre analyse. L'application Web est accessible à l'adresse [rendementdusysteme.ca](http://rendementdusysteme.ca).
- Enfin, l'Initiative sur le rendement du système du Partenariat a dernièrement mené une évaluation de l'« incidence » de ses travaux jusqu'à présent. Bien que des évaluations soient menées chaque année, celles-ci portaient surtout sur la satisfaction de nos utilisateurs dans le cadre de rapports précis

sur le rendement du système. L'étude récente vise à cerner l'utilité des connaissances sur le rendement du système pour faire progresser la lutte contre le cancer à l'échelle du pays. Plus précisément, l'évaluation cherche à :

- savoir qui a été rejoint ou qui devrait l'être;
- comprendre comment les données sur le rendement du système ont été utilisées pour améliorer la qualité des soins dans certaines provinces;
- déterminer les facteurs qui ont facilité et empêché une meilleure compréhension et une meilleure utilisation des données;
- cerner des stratégies et des mécanismes de transfert des connaissances qui permettraient d'améliorer la portée des données et leur utilisation par les divers publics.

À partir des résultats de l'évaluation de l'incidence, le Partenariat élaborera un plan de transfert et d'échange des connaissances pour mieux cibler ses efforts au moment de diffuser les connaissances sur le rendement du système, de rejoindre ses publics et d'assurer l'application des données dans tout le Canada. La mise en œuvre de ce plan sera entreprise à l'automne 2015.

Les prochains rapports sur le rendement du système canadien de lutte contre le cancer, ainsi que 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, praticiens et chercheurs du système de santé les données détaillées sur le rendement du système qui permettront de prendre des décisions éclairées en vue d'améliorer la lutte contre le cancer dans l'ensemble du pays. Cela dit, faire rapport du rendement du système n'est pas une fin en soi, mais plutôt un mécanisme clé pour stimuler l'action. Les rapports donnent corps à l'effort de collaboration et à l'approche coordonnée que de nombreux partenaires nationaux, provinciaux et territoriaux ont menés pour susciter une rétroaction constante à l'appui de l'« amélioration continue » à partir de comparaisons interprovinciales significatives sur le rendement du système. Ils permettent non seulement de mettre en lumière les aspects nécessitant une attention plus soutenue et une intervention appropriée, mais aussi de souligner les pratiques exemplaires qui peuvent être adoptées à plus grande échelle pour rehausser la qualité et l'efficacité des efforts de lutte contre le cancer au pays.

# Références

1. GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS. Dépistage du cancer du sein : Résumé des recommandations pour les cliniciens et les responsables des politiques [Internet]. 2011. Consulté le 19 novembre 2014 à l'adresse : <http://canadiantaskforce.ca/ctphc-guidelines/2011-breast-cancer/>.
2. 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), American Institute for Cancer Research; 2007.
3. CENTRE INTERNATIONAL DE RECHERCHE SUR LE CANCER. Monographies du CIRC sur l'évaluation des risques de cancérogénicité pour l'homme [Internet]. Lyon, CIRC; 2015. Consulté le 19 février 2015 à l'adresse : <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/PDFs/index.php>.
4. SANTÉ CANADA. *Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme* [Internet]. 2007. Consulté le 19 novembre 2014 à l'adresse : <http://hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/res/news-nouvelles/ftcs-sflt-eng.php>.
5. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. Tabagisme et tabac [Internet]. 2014. Consulté le 30 octobre 2014 à l'adresse : <http://www.cancer.ca/en/prevention-and-screening/live-well/smoking-and-tobacco/?region=on>.
6. REID J.L., D. HAMMOND, V.L. RYNARD et R. BURKHALTER. *Tobacco use in Canada: patterns and trends, 2014 ed.* Waterloo (Ont.), Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo; 2014.
7. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. À propos de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac [Internet]. 2014. Consulté le 30 octobre 2014 à l'adresse : <http://www.who.int/fctc/about/fr/>.
8. CANCER RESEARCH UK. *Tobacco statistics* [Internet]. 2014. Consulté le 31 octobre 2014 à l'adresse : <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/cancerstats/causes/tobacco-statistics/>.
9. NATIONAL HEALTH PERFORMANCE AUTHORITY. « Healthy Communities: Tobacco smoking rates across Australia, 2011-12 » (*In Focus*). 2013.
10. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Adult Cigarette Smoking in the United States: Current Estimates* [Internet]. 2014. Consulté le 31 octobre 2014 à l'adresse : [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/adult\\_data/cig\\_smoking/](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/adult_data/cig_smoking/).
11. SANTÉ CANADA. *Des assises solides, un objectif renouvelé – Aperçu de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme du Canada 2012-2017*. Ottawa, Santé Canada.
12. PROPEL CENTRE FOR POPULATION HEALTH IMPACT. Resources and products [Internet]. Consulté le 28 janvier 2015 à l'adresse : <https://uwaterloo.ca/propel/resources-and-products>.
13. CZOLI C.D., D. HAMMOND et C.M. WHITE. « Electronic cigarettes in Canada: prevalence of use and perceptions among youth and young adults ». *Can J Public Health*. 2014; volume 105(2), p. e97-e102.
14. CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. « Policy Brief: E-cigarettes - A smoking problem? » *CPHA Health Digest*. Vol. XXXVII(4). 2014. Consulté le 15 janvier 2015 à l'adresse : <http://www.cpha.ca/en/about/digest/37-4/5.aspx>.
15. GOUVERNEMENT DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE. *Amendments to Tobacco Legislation Introduced*. [Internet]. 2014. Consulté le 15 janvier 2015 à l'adresse : <http://novascotia.ca/news/release/?id=20141024003>.
16. GOUVERNEMENT DE L'ONTARIO. *Projet de loi 45, Loi de 2015 pour des choix plus sains*. [Internet]. 2015. Consulté le 12 mars 2015 à l'adresse : [http://www.ontla.on.ca/web/bills/bills\\_detail.do?locale=fr&BillID=3080&detailPage=bills\\_detail\\_status](http://www.ontla.on.ca/web/bills/bills_detail.do?locale=fr&BillID=3080&detailPage=bills_detail_status).
17. GOUVERNEMENT DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE. OPERATIONS HEALTH. *Legislation enhanced to regulate e-cigarettes*. [Internet]. 2015. Consulté le 10 mars 2015 à l'adresse : <https://www.newsroom.gov.bc.ca/2015/03/legislation-enhanced-to-regulate-e-cigarettes.html>.
18. SANTÉ CANADA. Communiqué de presse : *Le gouvernement du Canada prend des mesures pour protéger les jeunes contre les dangers du tabagisme* [Internet]. 2014. Consulté le 15 janvier 2015 à l'adresse : [http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?mthd=index&crtr.page=1&nid=888759&utm\\_source=twitter\\_hc&utm\\_medium=social&utm\\_content=sept29\\_NR\\_en&utm\\_campaign=social\\_media\\_14&\\_ga=1.38250339.1920033411.1430758005](http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?mthd=index&crtr.page=1&nid=888759&utm_source=twitter_hc&utm_medium=social&utm_content=sept29_NR_en&utm_campaign=social_media_14&_ga=1.38250339.1920033411.1430758005).
19. GOUVERNEMENT DU CANADA. *Virus du papillome humain (VPH)* [Internet]. 2013. Consulté le 9 mars 2015 à l'adresse : [http://canadiensensante.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/hpv-vph-fra.php?\\_ga=1.96348636.1940060276.1430758129.p](http://canadiensensante.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/hpv-vph-fra.php?_ga=1.96348636.1940060276.1430758129.p).
20. 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(7), p. 423-428.
21. TOTA J.E., M. CHEVARIE-DAVIS, L.A. RICHARDSON, M. DEVRIES et E.L. FRANCO. « Epidemiology and burden of HPV infection and related diseases: implications for prevention strategies ». *Prev Med*. 2011; vol. 53 Suppl 1, p. S12-21.
22. PARKIN D.M. et F. BRAY. « Chapter 2: The burden of HPV-related cancers ». *Vaccine*. 2006; vol. 24 Suppl 3, p. 11-25.

23. COMITÉ CANADIEN D'IMMUNISATION. Recommandations relatives au programme de vaccination contre le virus du papillome humain. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2013.
24. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. Déclaration du Comité consultation national de l'immunisation (CCNI) sur le vaccin contre le VPH. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2007.
25. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *La lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles* – 2<sup>e</sup> édition. Genève, OMS, 2014.
26. BC CENTRE FOR DISEASE CONTROL. *Human Papillomavirus (HPV) Vaccine* [Internet]. 2014. Consulté le 31 octobre 2014 à l'adresse : <http://www.bccdc.ca/imm-vac/VaccinesBC/HPV/default.htm>.
27. 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(17), p. 1793-1802.
28. PUBLIC HEALTH ENGLAND. *Annual HPV vaccine coverage in England: 2012-13* [Internet]. 2013. Consulté le 31 octobre 2014 à l'adresse : [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/266190/HPV\\_AnnualDataTable2012\\_13\\_SHA\\_acc2.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/266190/HPV_AnnualDataTable2012_13_SHA_acc2.pdf).
29. NATIONAL HPV VACCINATION PROGRAM REGISTER. *HPV vaccination coverage by dose number (Australia) for females by age group in mid 2012* [Internet]. 2014. Consulté le 15 octobre 2014 à l'adresse : <http://www.hpvregister.org.au/research/coverage-data/coverage-by-dose-2012>.
30. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Human Papillomavirus Vaccination Coverage Among Adolescents, 2007-2013, and Postlicensure Vaccine Safety Monitoring, 2006-2014 - United States* [Internet]. 2014. Consulté le 15 octobre 2014 à l'adresse : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6329a3.htm>.
31. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Teen Vaccination Coverage, 2013 National Immunization Survey-Teen (NIS-Teen)* [Internet]. 2014. Consulté le 15 octobre 2014.
32. VUESURLECANER.CA. *Lignes directrices pour les programmes de dépistage du cancer du col utérin au Canada*. Août 2014. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer, 2014.
33. LA SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET DES GYNÉCOLOGUES DU CANADA. *L'Alberta et l'Î.-P.-É. incluront les garçons dans les programmes de vaccination anti-VPH* [Internet]. 2013. Consulté le 10 janvier 2015 à l'adresse : [http://sogc.org/news\\_items/alberta-and-pei-will-include-boys-in-hpv-vaccination-programs/](http://sogc.org/news_items/alberta-and-pei-will-include-boys-in-hpv-vaccination-programs/).
34. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Cervical Cancer Screening Scenarios for pan-Canadian Cervical Screening Initiative*. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer; 2014. Consulté à l'adresse : [http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/cervical\\_cancer\\_network\\_pres\\_june\\_17.pdf](http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/cervical_cancer_network_pres_june_17.pdf).
35. TABRIZI S.N., J.M. BROTHERTON, J.M. KALDOR, S.R. SKINNER, E. CUMMINS, B. LIU ET COLL. « Fall in human papillomavirus prevalence following a national vaccination program ». *J Infect Dis*. 2012; vol. 206(11), p. 1645-1651.
36. MARKOWITZ L.E., S. HARIRI, C. LIN, E.F. DUNNE, M. STEINAU, G. MCQUILLAN et coll. « Reduction in human papillomavirus (HPV) prevalence among young women following HPV vaccine introduction in the United States, National Health and Nutrition Examination Surveys, 2003-2010 ». *J Infect Dis*. 2013; vol. 208(3), p. 385-393.
37. MESHER D., K. SOLDAN, R. HOWELL-JONES, K. PANWAR, P. MANYENGA, M. JIT et coll. « Reduction in HPV 16/18 prevalence in sexually active young women following the introduction of HPV immunisation in England ». *Vaccine*. 2013; vol. 32(1), p. 26-32.
38. LE SECRÉTARIAT DU RÉSEAU INTERSECTORIEL DE PROMOTION DES MODES DE VIE SAINS en partenariat avec le Groupe de travail F-P-T sur les modes de vie sains et le Comité consultatif F-P-T sur la santé de la population et la sécurité de la santé (CCSPSS). *La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2005.
39. LITMAN T. *Evaluating Active Transportation Benefits and Costs: Guide to Valuing Walking and Cycling Improvements and Encouragement Programs*. Victoria (C.-B.), Victoria Transport Policy Institute 2014.
40. ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. *Transport actif*. Ottawa, AMC, 2009.
41. TRANSPORTS CANADA. *Guide de planification et de ressources sur les transports actifs au Canada*. Ottawa, Transports Canada, 2011.
42. CHAIX B., Y. KESTENS, S. DUNCAN, C. MERRIEN, B. THIERRY, B. PANNIER et coll. « Active transportation and public transportation use to achieve physical activity recommendations? A combined GPS, accelerometer, and mobility survey study ». *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2014; vol. 11(1), p. 124.
43. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Rapport de 2011 sur le rendement du système*. Toronto (Ont.), Partenariat canadien contre le cancer, 2011.
44. STASIUK L., M. DUBINSKI, L. POPE ET M. PATERSON. *Interventions the influence active transportation to and from school among school-aged children*. Region of Peel Public Health, 2013.
45. GREEN COMMUNITIES CANADA. *Review of International School Travel Planning Best Practices*. Peterborough, Green Communities Canada, 2010.

46. JEUNES EN FORME CANADA. *Le Canada est-il dans la course? Le Bulletin 2014 de l'activité physique chez les jeunes de Jeunes en forme Canada*. Toronto, Active Healthy Kids Canada, 2014.
47. BUEHLER R. ET J. PUCHER. « Walking and Cycling in Western Europe and the United States: Trends, Policies, and Lessons ». *TR News*. 2012; vol. 280, p. 34-42.
48. COMPLETE STREETS FOR CANADA. *What are Complete Streets?* [Internet]. 2012. Consulté le 31 octobre 2014 à l'adresse : <http://completestreetsforcanada.ca/what-are-complete-streets>.
49. SMART GROWTH AMERICA. *National Complete Streets Coalition* [Internet]. 2014. Consulté le 31 octobre 2014 à l'adresse : <http://www.smartgrowthamerica.org/complete-streets>.
50. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, Comité consultation des Statistiques canadiennes sur le cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2014*. Toronto (Ont.), Société canadienne du cancer, 2014.
51. DICKINSON J.A., A. STANKIEWICZ, C. POPADIUK, L. POGANY, J. ONYSKO ET A.B. MILLER. « Reduced cervical cancer incidence and mortality in Canada: national data from 1932 to 2006 ». *BMC Public Health*. 2012; vol. 12, p. 992.
52. NYGARD J.F., G.B. SKARE ET S.O. THORESEN. « The cervical cancer screening programme in Norway, 1992-2000: changes in Pap smear coverage and incidence of cervical cancer ». *J Med Screen*. 2002; vol. 9(2), p. 86-91.
53. HEWITSON P., P. GLASZIOU, E. WATSON, B. TOWLER ET L. IRWIG. « Cochrane Systematic Review of Colorectal Cancer Screening Using the Fecal Occult Blood Test (hemocult): An Update ». *Am J Gastroenterol*. 2008; vol. 103(6), p. 1541-1549.
54. JORGENSEN O.D., O. KRONBORG ET 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(1), p. 29-32.
55. YOUNG G. « Screening for Colorectal Cancer – New Evidence in the Last 10 Years ». *CancerForum*. 2014; vol. 38(1), p. 11-14.
56. 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(9552), p. 2053-2060.
57. BJURSTAM N., L. BJORNELD, J. WARWICK, E. SALA, S.W. DUFFY, L. NYSTROM et coll. « The Gothenburg Breast Screening Trial ». *Cancer*. 2003; vol. 97(10), p. 2387-2396.
58. SWEDISH ORGANISED SERVICE SCREENING EVALUATION GROUP. « Reduction in breast cancer mortality from organized service screening with mammography: 1. Further confirmation with extended data ». *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006; vol. 15(1), p. 45-51.
59. 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(4), p. 152-156.
60. GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS, J. DICKINSON, E. TSAKONAS, S. CONNER GORBER, G. LEWIN, E. SHAW et coll. « Recommendations on screening for cervical cancer ». *CMAJ*. 2013; vol. 185(1), p. 35-45.
61. MCGRAW S.L. ET J.M. FERRANTE. « Update on prevention and screening of cervical cancer ». *World J Clin Oncol*. 2014; vol. 5(4), p. 744-752.
62. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Comparaisons internationales : regard sur la qualité des soins* [Internet]. 2014. Consulté le 21 novembre 2014 à l'adresse : [http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/documentfull/health+system+performance/indicators/international/oeecd\\_etool\\_results](http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/documentfull/health+system+performance/indicators/international/oeecd_etool_results).
63. RÉSEAU PANCANADIEN DE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS. *Cervical Cancer Screening in Canada: Setting Targets for Program Performance*. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer, 2013.
64. STOLER M.H., P.E. CASTLE, D. SOLOMON, M. SCHIFFMAN, AMERICAN SOCIETY FOR C, CERVICAL P. « The expanded use of HPV testing in gynecologic practice per ASCCP-guided management requires the use of well-validated assays ». *Am J Clin Pathol*. 2007; vol. 127(3), p. 335-337.
65. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Virus du papillome humain (VPH)* [Internet]. 2014. Consulté le 15 octobre 2014 à l'adresse : <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-101/what-is-a-risk-factor/viruses-bacteria-and-other-infectious-agents/hpv/?region=on>.
66. 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. 108-114.
67. COLDMAN A., N. PHILLIPS, C. WILSON, K. DECKER, A.M. CHIARELLI, J. BRISSON et coll. « Pan-Canadian study of mammography screening and mortality from breast cancer ». *J Natl Cancer Inst*. 2014; vol. 106(11).
68. VUESURLECANER.CA. *Lignes directrices pour les programmes de dépistage du cancer du sein au Canada*, août 2014. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer; 2014.
69. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *WHO Position Paper on Mammography Screening*. Genève, OMS, 2014.
70. LEDDIN D., R. HUNT, M. CHAMPION, A. COCKERAM, N. FLOOK, M. GOULD et coll. « Canadian Association of Gastroenterology and the Canadian Digestive Health Foundation: Guidelines on colon cancer screening ». *Can J Gastroenterol*. 2004; vol. 18(2), p. 93-99.
71. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Colorectal Cancer Screening Rates* [Internet]. 2012. Consulté le 21 novembre 2014 à l'adresse : [http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/statistics/screening\\_rates.htm](http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/statistics/screening_rates.htm).

72. GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS. *Dépistage du cancer colorectal* [Internet]. 2001. Consulté le 19 novembre 2014 à l'adresse : [http://www.canadiantaskforce.ca/recommandations/2001\\_03\\_eng.html](http://www.canadiantaskforce.ca/recommandations/2001_03_eng.html).
73. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Colorectal Cancer Screening in Canada: Monitoring & Evaluation of Quality Indicators – Results Report, January 2011-December 2012*. Toronto, le Partenariat, 2014.
74. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Examen des disparités en matière de lutte contre le cancer : Rapport thématique spécial sur le rendement du système*. Toronto (Ont.), le Partenariat, février 2014.
75. LOFTERS A.K., S.W. HWANG, R. MOINEDDIN, R.H. GLAZIER. « Cervical cancer screening among urban immigrants by region of origin: a population-based cohort study ». *Prev Med*. 2010;vol. 51(6):p. 509-516.
76. KATZ S.J., T.P. HOFER. « Socioeconomic disparities in preventive care persist despite universal coverage. Breast and cervical cancer screening in Ontario and the United States ». *JAMA*. 1994; vol. 272(7): p. 530-534.
77. AHMED S., R.K. SHAHID. « Disparity in cancer care: a Canadian perspective ». *Curr Oncol*. 2012; vol. 19(6): e 376-382.
78. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER, National Outreach Team. *Cancer Care for All Canadians: Improving Access and Minimizing Disparities for Underserved Populations*. Toronto (Ont.), Partenariat canadien contre le cancer, 2008.
79. AMANKWAH E., E. NGWAKONGNWI, H. QUAN. « Why many visible minority women in Canada do not participate in cervical cancer screening ». *Ethn Health*. 2009; vol. 14(4), p. 337-349.
80. MCDONALD J.T. ET S. KENNEDY. « Cervical cancer screening by immigrant and minority women in Canada ». *J Immigr Minor Health*. 2007; vol. 9(4), p. 323-334.
81. LATIF E. « Recent immigrants and the use of cervical cancer screening test in Canada ». *J Immigr Minor Health*. 2010; vol. 12(1), p. 1-17.
82. KERNER J., J. LIU, K. WANG, S. FUNG, C. LANDRY, G. LOCKWOOD et coll. « Canadian cancer screening disparities: A recent historical perspective ». *Current Oncology* 2015; vol. 22(2).
83. LOFTERS A.K., R. MOINEDDIN, S.W. HWANG ET R.H. GLAZIER. « Predictors of low cervical cancer screening among immigrant women in Ontario, Canada ». *BMC Womens Health*. 2011; vo. 11, p. 20.
84. ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS. *Access to Cancer Screening and First Nations*. Assemblée des Premières Nations, 2009.
85. GORDON-DSEAGU V. *Cancer and health inequalities: An introduction to current evidence*. Londres, Cancer Research UK, 2006.
86. SOUTH RIVERDALE COMMUNITY HEALTH CENTRE, TORONTO PUBLIC HEALTH. *Engaging Seldom or Never Screened Women in Cancer Screening: A compendium of pan-Canadian best and promising practices*. Toronto, South Riverdale Community Health Centre, 2010.
87. STARFIELD B., L. SHI ET J. MACINKO. « Contribution of primary care to health systems and health ». *Milbank Q*. 2005; vol. 83(3), p. 457-502.
88. GROUPE DE TRAVAIL SUR L'INTÉGRATION DU DÉPISTAGE ET DU DIAGNOSTIC DE L'INITIATIVE CANADIENNE POUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN. *Waiting for a diagnosis after an abnormal breast screen in Canada*. Ottawa, Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2000.
89. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Rapport de 2014 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. Toronto (Ont.), 2014.
90. PATERSON W.G., W.T. DEPEW, P. PARE, D. PETRUNIA, C. SWITZER, S.J. VELDHIJZEN VAN ZANTEN et coll. « Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care ». *Can J Gastroenterol*. 2006; vol. 20(6), p. 411-423.
91. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Colorectal Cancer Screening in Canada: Program Performance Results Report, January 2009–December 2011*. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer, 2013.
92. VAN TINTEREN H., O.S. HOEKSTRA, E.F. SMIT, J.H.A.M. VAN DEN BERGH, A.J.M. SCHREURS, R.A.L.M. STALLAERT RALM et coll. « Effectiveness of positron emission tomography in the preoperative assessment of patients with suspected non-small-cell lung cancer: the PLUS multicentre randomised trial ». *The Lancet*. 2002; vol. 359(9315), p. 1388-1392.
93. MARTINUK S.D. *The Use of Positron Emission Tomography (PET) for Cancer Care Across Canada: Time for a National Strategy*. Vancouver, (C.-B.), Advanced Applied Physics Solutions, Inc., 2011.
94. HANRAHAN C MA. « PET Scanning - Revised and Updated Report » [*Environmental Scan* numéro 32]. Ottawa, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2011.
95. CHANG C.F., A. RASHTIAN ET M.K. GOULD. « The use and misuse of positron emission tomography in lung cancer evaluation ». *Clin Chest Med*. 2011; vol. 32(4), p. 749.
96. UNG Y.C. MD, J.A. VANDERVEEN, C.A. SMITH, K. GULENCHYN, W.K. EVANS et coll. « Fluorodeoxyglucose positron emission tomography in the diagnosis and staging of lung cancer: a systematic review ». Toronto (Ont.), Action Cancer Ontario, 27 avril 2007.
97. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER [Internet]. *Cancer du poumon*. 2014. Consulté à l'adresse : <https://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/lung-cancer/non-small-cell-lung-cancer/?region=on>.

98. ALLEMANI C., H.K. WEIR, H. CARREIRA, R. HAREWOOD, D. SPIKA, X.S. WANG et coll. « Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2) ». *Lancet*. 2014.
99. DINAN M.A., L.H. CURTIS, W.R. CARPENTER, A.K. BIDDLE, A.P. ABERNETHY, E.F. PATZ, JR. et coll. « Variations in use of PET among Medicare beneficiaries with non-small cell lung cancer, 1998-2007 ». *Radiology*. 2013; vol. 267(3), p. 807-817.
100. INSTITUTE OF MEDICINE. *Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs*. Page NEAaAEK, éditeur. Washington (DC), The National Academies Press, 2008.
101. MACMANUS M. et T. LEONG. « Incorporating PET information in radiation therapy planning ». *Biomedical Imaging and Intervention Journal*. 2007; vol. 3(1), p. e4.
102. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. *Clinical Practice Guidelines in Oncology, Colon Cancer, Version 2*. 2015.
103. JESSUP J.M., A. STEWART, F.L. GREENE ET B.D. MINSKY. « Adjuvant chemotherapy for stage III colon cancer: implications of race/ethnicity, age, and differentiation ». *JAMA*. 2005; vol. 294(21), p. 2703.
104. MOORE M. et P. GIBBS. « Adjuvant Chemotherapy Use Among Older Patients With Stage III Colon Cancer ». *JAMA*. 2010; vol. 303(23), p. 2353.
105. DUBECZ A., SOLYMOSI N., SCHWEIGERT M., STADLHUBER R.J., PETERS J.H., OFNER D., et coll. « Time trends and disparities in lymphadenectomy for gastrointestinal cancer in the United States: a population-based analysis of 326,243 patients ». *J Gastrointest Surg*. 2013; vol.17(4), p. 611-618.
106. 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*. 2013; vol. 9(4), p. e164-71.
107. RIGLEY J. KA et G. MITERA. Canadian Partnership Against Cancer 2012-13 Update: *Electronic Synoptic Pathology Reporting Initiative & Quality Initiative in Interpretive Pathology: Report to the Canadian Association of Pathologists*. Partenariat canadien contre le cancer, 2013.
108. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. *Clinical Practice Guidelines in Oncology, Breast Cancer, Version 3*. 2014.
109. NATTINGER A.B., R.T. KNEUSEL, R.G. HOFFMANN et M.A. GILLIGAN. « Relationship of distance from a radiotherapy facility and initial breast cancer treatment ». *J Natl Cancer Inst*. 2001; vol. 93(17), p. 1344-1346.
110. ATHAS W.F., M. ADAMS-CAMERON, W.C. HUNT, A. AMIR-FAZLI et C.R. KEY. « Travel distance to radiation therapy and receipt of radiotherapy following breast-conserving surgery ». *J Natl Cancer Inst*. 2000; vol. 92(3), p. 269-271.
111. CELAYA M.O., J.R. REES, J.J. GIBSON, B.L. RIDDLE et E.R. GREENBERG. « Travel distance and season of diagnosis affect treatment choices for women with early-stage breast cancer in a predominantly rural population (United States) ». *Cancer Causes Control*. 2006; vol. 17(6), p. 851-856.
112. SCHROEN A.T., D.R. BRENIN, M.D. KELLY, W.A. KNAUS et C.L. SLINGLUFF, JR. « Impact of patient distance to radiation therapy on mastectomy use in early-stage breast cancer patients ». *J Clin Oncol*. 2005; vol. 23(28), p. 7074-7080.
113. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Lutte contre le cancer du sein au Canada : rapport thématique spécial sur le rendement du système*. Toronto (Ont.), Partenariat canadien contre le cancer, 2012.
114. PORTER G., B. WAGAR, H. BRYANT, M. HEWITT, E. WAI, K. DABBS et coll. « Rates of breast cancer surgery in Canada from 2007/08 to 2009/10: retrospective cohort study ». *CMAJ Open*. 2014; vol. 2(2), p. E102-8.
115. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ ET PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Chirurgies pour le traitement du cancer du sein au Canada, 2007-2008 à 2009-2010*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2012.
116. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Les chirurgies pour le cancer du sein : des données à l'action* [Internet]. ICIS, 2013 [mise à jour le 24 février 2015]. Consulté le 24 février 2015 à l'adresse : <http://www.cihi.ca/oasis/Article/Data+In+Action/cihi013215>.
117. COVELLI A.M., N.M. BAXTER, M.I. FITCH ET F.C. WRIGHT. « Increasing mastectomy rates-the effect of environmental factors on the choice for mastectomy: a comparative analysis between Canada and the United States ». *Ann Surg Oncol*. 2014; vol. 21(10), p. 3173-3184.
118. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Rapport sur le rendement du système de lutte contre le cancer 2012*. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer, 2012.
119. STEVENS C., S.J. BONDY ET D.A. LOBLAW. « Wait times in prostate cancer diagnosis and radiation treatment ». *Can Urol Assoc J*. 2010; vol. 4(4), p. 243-248.
120. ACTION CANCER ONTARIO. *Pratique avancée de la radiothérapie en Ontario*. Toronto, Action Cancer Ontario; 2014. Consulté le 1<sup>er</sup> mars 2015 à l'adresse : <https://fr.cancerca.on.ca/ocs/clinicalprogs/radiationtreatment/radiationtherapy>.
121. ACTION CANCER ONTARIO. *Temps d'attente avant une radiothérapie*. Toronto, Action Cancer Ontario. 2015. Consulté le 1<sup>er</sup> mars 2015 à l'adresse : <https://fr.cancerca.on.ca/ocs/wait-times/radiationwt/>.
122. CONSEIL DE LA QUALITÉ DES SOINS ONCOLOGIQUES DE L'ONTARIO. *Cancer System Quality Index (CSQI)*. 2014, Cancer Quality Council of Ontario. Consulté le 1<sup>er</sup> mars 2015 à l'adresse : <http://www.csqi.on.ca/>.
123. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Rectal Cancer Version 1*. 2015.

124. WONG R., K. SPITHOFF, M. SIMUNOVIC, K. CHAN, O. AGBOOLA et coll. *Preoperative or postoperative therapy for the management of patients with stage II or III rectal cancer*. Toronto, Action Cancer Ontario; 15 juillet 2008 [In review sept. 2011].
125. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, Comité consultation des Statistiques canadiennes sur le cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2013*. Toronto (Ont.), Société canadienne du cancer, 2013.
126. 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*. 2002; vol. 54(2), p. 386-396.
127. HOFFE S.E., R. SHRIDHAR et M.C. BIAGIOLI. « Radiation therapy for rectal cancer: current status and future directions ». *Cancer control: journal of the Moffitt Cancer Center*. 2010; vol. 17(1), p. 25.
128. 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, Swedish Association of Local Authorities and Regions; Swedish National Board of Health and Welfare, 2011.
129. TAYLOR F.G., P. QUIRKE, R.J. HEALD, B.J. MORAN, L. BLOMQUIST, I. SWIFT et coll. « Preoperative high-resolution magnetic resonance imaging can identify good prognosis stage I, II, and III rectal cancer best managed by surgery alone: a prospective, multicenter, European study ». *Ann Surg*. 2011; vol. 253(4), p. 711-719.
130. TAYLOR F.G., P. QUIRKE, R.J. HEALD, B.J. MORAN, L. BLOMQUIST, I. SWIFT et coll. « Preoperative Magnetic Resonance Imaging Assessment of Circumferential Resection Margin Predicts Disease-Free Survival and Local Recurrence: 5-Year Follow-Up Results of the MERCURY Study ». *J Clin Oncol*. 2014; vol. 32(1), p. 34-43.
131. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Non-Small Cell Lung Cancer, version 3*, 2015.
132. 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*. 2007; vol. 2(8), p. 706.
133. VAN DER DRIFT M.A., H.E. KARIM-KOS, S. SIESLING, H.J.M. GROEN, M.W.J.M. 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*. 2012; vol. 7(2), p. 291.
134. FITCH M.I., H.B. PORTER et B.D. PAGE. *Supportive Care Framework: A Foundation for Person-Centered Care*. Ottawa, Pappin Communications, 2009.
135. INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE. *Advancing the Practice of Patient- and Family-Centered Care: How to Get Started*. Bethesda (MD), Institute for Family-Centered Care, 2008.
136. Le Comité consultatif sur la perspective centrée sur la personne et M.I. FITCH. *Intégration approche centrée sur la personne dans la lutte contre le cancer*. Toronto (Ont.), Partenariat canadien contre le cancer, 2014.
137. HOWELL D. et K. OLSEN. « Distress-the 6th vital sign ». *Curr Oncol*. 2011; vol. 18(5), p. 208-210.
138. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. *NCCN Guidelines Version 2.2014 Distress Management*. 2014.
139. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER, ÉQUIPE D'ÉVALUATION D'EXPÉRIENCE GLOBALE DU CANCER. *Guide to Implementing Screening for Distress, the 6th Vital Sign: Moving Towards Person-Centred Care. Part A: Background, Recommendations and Implementation*, 21 mai 2009.
140. KENNARD B.D., S.M. STEWART, R. OLVERA, R.E. BAWDON, A.O. HAILIN, C.P. LEWIS et coll. « Nonadherence in adolescent oncology patients: preliminary data on psychological risk factors and relationships to outcome ». *J Clin Psychol Med Settings*. 2004; vol. 11(1), p. 31-39.
141. JACOBSEN P.B. « Screening for psychological distress in cancer patients: challenges and opportunities ». *J Clin Oncol*. 2007; vol. 25(29), p. 4526.
142. 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*. 2002; vol. 11(2), p. 91-99.
143. 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*. 2000; vol. 49(1), p. 27-34.
144. 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*. 2005; vol. 3, p. 54.
145. EDMONTON ZONE PALLIATIVE CARE PROGRAM. *Assessment Tools - Edmonton Symptom Assessment System Revised (ESAS-r)*. 2015. Consulté le 30 janvier 2015 à l'adresse : <http://www.palliative.org/esas.html>.
146. 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*. 2012; vol. 20(9), p. 2241-2246.
147. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Dépistage de la détresse, le 6<sup>e</sup> signe vital : guide d'adoption de pratiques exemplaires pour des soins centrés sur la personne*. 2012.
148. Action Cancer Ontario [Internet]. Programme ontarien de traitement collaboratif des symptômes du cancer. Toronto, Action Cancer Ontario; 2013. Consulté à l'adresse : <https://fr.cancercare.on.ca/ocs/qpi/ocsmc/>.

149. CANCER QUALITY COUNCIL OF ONTARIO [Internet]. *Symptom Assessment and Management*. 2014. Consulté le 23 février 2015 à l'adresse : <http://www.csqi.on.ca/cms/one.aspx?portalId=289784&pageId=296286>.
150. SASKATCHEWAN CANCER AGENCY [Internet]. *Performance Measures Fact Sheet*. Mars 2012. Consulté le 23 février 2015 à l'adresse : <http://www.saskcancer.ca/adx/asp/adxGetMedia.aspx?DocID=726,6,1,Documents&MediaID=55bf10ab-a40f-447d-87c9-50032d89d998&Filename=Saskatchewan+Cancer+Agency+Performance+Dashboard+-+Q4.pdf>.
151. 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*. 2007; vol. 5(10), p. 499-504.
152. 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*. 2008; vol. 17(3), p. 226-236.
153. DESHIELDS T., B. ZEBRACK ET V. KENNEDY. « The state of psychosocial services in cancer care in the United States ». *Psychooncology*. 2013; vol. 22(3), p. 699-703.
154. HOWELL D., B. BULTZ, M. FITCH, S. GROFF, A. WILLIAMS et L. CLEGHORN. « Ensuring a high-quality response to Screening for Distress data ». *Oncology Exchange*. 2012; vol. 11, p. e35-40.
155. CANCER CARE NOVA SCOTIA. About Us. *Provinces join forces to improve cancer care for patients*. [communiqué]. 16 avril 2014. Consulté à l'adresse : <http://www.cancercare.ns.ca/en/home/aboutus/newsroomandevents/newsreleases/20140417.aspx>.
156. DU BOIS A., J. ROCHON, C. LAMPARTER. et J. PFISTERER; AGO ORGANISATION OVARIENNE. « 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.
157. 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(6), p. 1234-1244.
158. 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(6), p. 657-662.
159. US NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. *Clinical Trial Phases 2008*. Consulté à l'adresse : <http://www.nlm.nih.gov/services/ctphases.html>.
160. ECRI. *Patients' Reasons for Participation in Clinical Trials and Effect of Trial Participation on Patient Outcomes*. 2002.
161. ALLIANCE CANADIENNE POUR LA RECHERCHE SUR LE CANCER. *Report on the State of Cancer Clinical Trials in Canada*. Toronto (Ont.), ACRC, 2011.
162. 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.
163. NATIONAL CANCER INSTITUTE [Internet]. *Clinical Trials*, Bethesda, 2012. Consulté le 12 décembre 2014 à l'adresse : <http://www.cancer.gov/clinicaltrials>.
164. SINHA G. « United Kingdom becomes the cancer clinical trials recruitment capital of the world ». *J Natl Cancer Inst*. 2007; vol. 99(6), p. 420.
165. 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.
166. 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(17), p. 1991-2001.
167. ESSERMAN L., Y. SHIEH ET I. THOMPSON. « Rethinking screening for breast cancer and prostate cancer ». *JAMA*. 2009; vol. 302(15), p. 1685-1692.
168. MILLER, A.B., C. WALL, C.J. BAINES, P. SUN, T. TO et S.A. NAROD. « Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial ». *BMJ*. 2014; vol. 348, p. g366.
169. MANITOBA BREAST SCREENING PROGRAM. *Should women age 40 to 49 be screened?* [Internet]. 2005. Consulté le 29 janvier 2015 à l'adresse : [http://www.cancercare.mb.ca/cancercare\\_resources/MBSP/pdfs/FS\\_Women40-49\\_e\\_0905.pdf](http://www.cancercare.mb.ca/cancercare_resources/MBSP/pdfs/FS_Women40-49_e_0905.pdf).
170. TOWARD OPTIMIZED PRACTICE (TOP) WORKING GROUP FOR BREAST CANCER SCREENING. *Breast cancer screening: clinical practice guideline* [Internet]. Edmonton (Ab.), Toward Optimized Practice; 2013. Consulté le 29 janvier 2015 à l'adresse : <http://www.topalbertadoctors.org>.
171. JOINT CANCER STEERING COMMITTEE. *Cancer Screening in Canada: An Overview of Screening Participation for Breast, Cervical and Colorectal Cancer*. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer, 2015.
172. 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(1), p. 202.
173. KRUPER L., X.X. XU, K. HENDERSON, L. BERNSTEIN et S.L. CHEN. « Utilization of mastectomy and reconstruction in the outpatient setting ». *Ann Surg Oncol*. 2013; vol. 20(3), p. 828-835.
174. BIAN J. et M.T. HALPERN. « Trends in outpatient breast cancer surgery among Medicare fee-for-service patients in the United States from 1993 to 2002 ». *Chin J Cancer*. 2011; vol. 30(3), p. 197-203.
175. SALASKY V., R.L. YANG, J. DATTA, H.L. GRAVES, J.A. CINTOLO, C. MEISE et coll. « Racial disparities in the use of outpatient mastectomy ». *J Surg Res*. 2014; vol. 186(1), p. 16-22.

176. MARGOLESE R.G. et J.C. LASRY. « Ambulatory surgery for breast cancer patients ». *Ann Surg Oncol*. 2000; vol. 7(3), p. 181-187.
177. 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*. 2014; vol. 120(9), p. 1290-1314.
178. CANCER AUSTRALIA. *Breast Cancer Statistics* [Internet]. 2014. Consulté le 28 octobre 2014 à l'adresse : <http://canceraustralia.gov.au/affected-cancer/cancer-types/breast-cancer/breast-cancer-statistics>.
179. CANCER RESEARCH UK. *CancerStats - Cancer Statistics for the UK* [Internet]. 2014. Consulté le 12 décembre 2014 à l'adresse : <http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/>.
180. NATIONAL CANCER INSTITUTE. *Cancer trends progress report - 2011/2012 update*. Bethesda, NIH, DHHS, 2012.
181. ALLEMANI C., H.K. WEIR, H. CARREIRA, R. HAREWOOD, D. SPIKA, X.S. WANG et coll. « Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2) ». *Lancet*. 2014.
182. WALTERS S., C. MARINGE, J. BUTLER, B. RACHET, P. BARRETT-LEE, J. BERGH et coll. « Breast cancer survival and stage at diagnosis in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden and the UK, 2000-2007: a population-based study ». *Br J Cancer*. 2013; vol. 108(5), p. 1195-1208.
183. BUTLER J., C. FOOT, M. BOMB, S. HIOM, M. COLEMAN, H. BRYANT et coll. « The International Cancer Benchmarking Partnership: an international collaboration to inform cancer policy in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden and the United Kingdom ». *Health Policy*. 2013; vol. 112(1-2), p. 148-155.
184. AMERICAN CANCER SOCIETY. *Can non-small cell lung cancer be found early?* [Internet]. 2014. Consulté le 10 octobre 2014 à l'adresse : <http://www.cancer.org/cancer/lungcancer-non-smallcell/detailedguide/non-small-cell-lung-cancer-detection>.
185. 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(2), p. 294-299.
186. CENTRE INTERNATIONAL DE RECHERCHE SUR LE CANCER. *Lung Cancer Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012* [Internet]. Lyon, CIRC, 2012. Consulté le 14 octobre 2014 à l'adresse : [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx).
187. WALTERS S., C. MARINGE, M.P. COLEMAN, M.D. PEAKE, J. BUTLER, N. YOUNG et coll. « Lung cancer survival and stage at diagnosis in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden and the UK: a population-based study, 2004-2007 ». *Thorax*. 2013; vol. 68(6), p. 551-564.
188. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Initiative pancanadienne de dépistage du cancer du poumon : Cadre de dépistage du cancer du poumon pour le Canada*. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer, 2014.
189. DUSEK L., J. MUZIK et D. MALUSKOVA. *Epidemiology of colorectal cancer: international comparison* [Internet]. 2014. Consulté le 17 octobre 2014 à l'adresse : <http://www.crcprevention.eu/index.php?pg=colorectal-cancer-epidemiology>.
190. COLORECTAL CANCER NETWORK (CRCNet). *Multi-provincial comparison of colorectal cancer incidence by neighbourhood socio-demographic factors*. Toronto, Action Cancer Ontario, 2011.
191. CANCER AUSTRALIA. *Bowel Cancer Statistics* [Internet]. 2014. Consulté le 28 octobre 2014 à l'adresse : <http://canceraustralia.gov.au/affected-cancer/cancer-types/bowel-cancer/bowel-cancer-statistics>.
192. MARINGE C., S. WALTERS, B. RACHET, J. BUTLER, T. FIELDS, P. FINAN et coll. « Stage at diagnosis and colorectal cancer survival in six high-income countries: a population-based study of patients diagnosed during 2000-2007 ». *Acta Oncol*. 2013; vol. 52(5), p. 919-932.
193. 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(8), p. 1893-1907.
194. NEUTEL C.I., R.N. GAO, P.A. BLOOD et L.A. GAUDETTE. « The changing age distribution of prostate cancer in Canada ». *Can J Public Health*. 2007; vol. 98(1), p. 60-64.
195. FRADET Y., L. KLOTZ, J. TRACHTENBERG et A. ZLOTTA. « The burden of prostate cancer in Canada ». *Can Urol Assoc J*. 2009; vol. 3(3 Suppl 2), p. S92-S100.
196. NAVANEELAN T. et T. JANZ. K. *Le cancer au Canada : cancers du poumon, du côlon et du rectum, du sein et de la prostate* [Internet]. Ottawa, Statistique Canada; 2011. Consulté le 8 décembre 2014 à l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2011001/article/11596-fra.htm>.
197. BABAIAAN R.J., A. TOI, K. KAMOI, P. TRONCOSO, J. SWEET, R. EVANS et coll. « A comparative analysis of sextant and an extended 11-core multisite directed biopsy strategy ». *J Urol*. 2000; vol. 163(1), p. 152-157.
198. QUINN M. et P. BABB. « Patterns and trends in prostate cancer incidence, survival, prevalence and mortality. Part I: international comparisons ». *BJU Int*. 2002; vol. 90(2), p. 162-173.
199. CENTRE INTERNATIONAL DE RECHERCHE SUR LE CANCER. *Prostate Cancer Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012* [Internet]. Lyon (France), Centre international de recherche sur le cancer; 2012. Consulté le 12 septembre 2014 à l'adresse : [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx).
200. VUESURLECANER.CA. *Lignes directrices pour les programmes de dépistage du cancer de la prostate au Canada*. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer, 2014.

201. KLOTZ L. « Prostate cancer overdiagnosis and overtreatment ». *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2013; vol. 20(3), p. 204-209.
202. MOYER V.A., US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. « Screening for prostate cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement ». *Ann Intern Med.* 2012; vol. 157(2), p. 120-134.
203. CENTER M.M., A. JEMAL, J. LORTET-TIEULENT, E. WARD, J. FERLAY, O. BRAWLEY et coll. « International variation in prostate cancer incidence and mortality rates ». *Eur Urol.* 2012; vol. 61(6), p. 1079-1092.
204. MILLER A.B. « Conundrums in screening for cancer ». *Int J Cancer.* 2010; vol. 126(5), p. 1039-1046.
205. WELCH H.G. et W.C. BLACK. « Overdiagnosis in cancer ». *J Natl Cancer Inst.* 2010; vol. 102(9), p. 605-613.
206. DRAISMA G., R. ETZIONI, A. TSODIKOV, A. MARIOTTO, E. WEVER, R. GULATI et coll. « Lead time and overdiagnosis in prostate-specific antigen screening: importance of methods and context ». *J Natl Cancer Inst.* 2009; vol. 101(6), p. 374-383.
207. AMERICAN CANCER SOCIETY. *Detailed guide: pancreatic cancer.* 2014.
208. CANCER AUSTRALIA. *Pancreatic Cancer Statistics* [Internet]. 2014. Consulté le 17 octobre 2014 à l'adresse : <http://canceraustralia.gov.au/affected-cancer/cancer-types/pancreatic-cancer>.
209. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGY AND END RESULTS PROGRAM. *SEER Stat Fact Sheets: Pancreas Cancer* [Internet]. Consulté le 19 février 2015 à l'adresse : <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/pancreas.html>.



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

Tél. : 416.915.9222  
Sans frais : 1.877.360.1665

ISSN 2369-2464 (Imprimé)

ISSN 2369-2472 (En ligne)

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



Orienter les améliorations en  
matière de lutte contre le cancer