

ENSEMBLE DANS LE MÊME BATEAU

Innové en période de pandémie

RAPPORT ANNUEL 2020-2021

« La pandémie a nécessité une réactivité en temps réel de la part du Partenariat, afin de répondre aux besoins de nos partenaires et à ceux des personnes atteintes de cancer, dont la maladie ne s'est pas "arrêtée", même si, partout dans le monde, tout semblait être sur "pause". »

TABLE DES MATIÈRES

4	Message de la direction
6	Innover en période de pandémie
8	Relever les défis de la COVID-19
<hr/>	
12	Bilan de l'année 2020-2021
14	Élargir l'accès aux soins palliatifs partout au Canada
16	Accélérer la mise en place des programmes de dépistage du cancer du poumon
18	Accroître la participation au dépistage du cancer colorectal
20	Éliminer le cancer du col de l'utérus
22	Aider les patients atteints d'un cancer à abandonner le tabagisme
24	Améliorer les soins contre le cancer pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis
26	Autres faits saillants
<hr/>	
31	Montrer l'exemple par l'innovation en 2021-2022
32	Conseil d'administration
34	États financiers
45	Tiers
46	Documents publiés
47	Autres renseignements à déclarer
48	Références

ISSN 2369-3274 (En ligne)

La réalisation du présent rapport et des programmes qui y sont décrits a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions qui y sont exprimées sont celles du Partenariat canadien contre le cancer.

MESSAGE DE LA DIRECTION

Depuis plus d'un an maintenant, les systèmes de santé et de lutte contre le cancer, partout au Canada, réagissent à la pandémie de COVID-19. Au cours de cette période, les personnes atteintes d'un cancer ont été particulièrement vulnérables. Dans ce contexte, le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) a travaillé sans relâche, avec ses partenaires, pour maintenir, restaurer et restructurer les services touchés par la COVID-19.

Le conseil d'administration du Partenariat s'est réuni à Ottawa, le 11 mars 2020, lorsque l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré que la COVID-19 était une pandémie. En réponse à l'annonce de l'OMS, le Partenariat a fait ce que de nombreuses organisations ont dû faire depuis le début de la pandémie : il a réagi et s'est adapté. Il a rapidement annulé les rassemblements en personne des partenaires, associés à la réunion du conseil d'administration, qui étaient prévus, mettant plutôt en œuvre des protocoles de distanciation sociale visant à assurer la sécurité des membres du conseil et de son personnel.

Il ne s'agissait là que du début de notre réponse. Nous avons pris des mesures immédiates, conjointement avec les organismes de lutte contre le cancer, d'un océan à l'autre, pour tenir les patients informés et leur permettre de maintenir le contact avec les équipes de lutte contre le cancer. Nous avons reporté ou annulé toutes les réunions en personne et sommes passés à des réunions virtuelles et à un environnement de travail entièrement à distance. Nous avons soutenu, à chaque fois que cela était nécessaire, nos partenaires autochtones en leur offrant une aide supplémentaire pour leurs projets et nous avons fourni à nos partenaires, aux cliniciens et aux patients consultant à distance des outils virtuels leur permettant de rester en contact les uns avec les autres.

Le rôle du Partenariat, en tant que coordonnateur de la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer* (la Stratégie), a évolué au cours de cette période de pratiquement quinze ans, au cours de laquelle nous avons été responsables, vis-à-vis de la population canadienne, de l'atteinte des objectifs de la Stratégie. Même dans des circonstances normales, la mission de coordination d'un organisme collaborant avec des partenaires, partout au Canada, en vue d'accroître l'équité au sein du système de lutte contre le cancer et de

donner vie à un avenir dans lequel moins de personnes seront atteintes de cancer, plus de personnes y survivront, et celles qui seront touchées par la maladie jouiront d'une meilleure qualité de vie, s'avère particulièrement ambitieuse. La pandémie a nécessité une réactivité en temps réel de la part du Partenariat, afin de répondre aux besoins de nos partenaires et à ceux des personnes atteintes de cancer, dont la maladie ne s'est pas « arrêtée », même si, partout dans le monde, tout semblait être sur « pause ».

La pandémie nous a également obligés à travailler différemment avec nos partenaires pour pérenniser nos initiatives à long terme. Nous étions dans l'obligation de comprendre les défis uniques auxquels devaient faire face chacune des provinces et chacun des territoires, afin de mieux y répondre. Lorsque de nombreux partenaires ont dû redéployer des ressources pour contribuer aux efforts de lutte contre la COVID-19, notre personnel leur a offert une assistance supplémentaire ou les a aidés à recenser, localement, de nouvelles ressources, en vue d'accroître leur capacité à continuer d'impulser d'importants changements dans les soins contre le cancer. Nous nous sommes faits les champions de la conception et de la mise en œuvre d'approches innovantes, que nous avons financées et appuyées, qui ont non seulement contribué à la restauration des services de lutte contre le cancer, mais ont également accéléré l'adoption de nouvelles pratiques visant à améliorer les soins prodigués aux patients et à donner corps aux priorités et aux mesures de la Stratégie actualisée. Nous avons, en particulier, mis l'accent sur de nouvelles approches, destinées à remédier aux disparités régionales, démographiques et liées aux revenus les plus importantes, en matière d'accès et de soins, afin de veiller à ce que la situation des personnes les plus vulnérables ne continue pas de se dégrader, du fait de la pandémie.

« Avec la Stratégie actualisée comme guide, dans un contexte où l'ombre de la pandémie plane toujours, le Partenariat poursuivra ses efforts pour harmoniser les soins contre le cancer partout au Canada, en vue d'atteindre ses priorités stratégiques, consistant à pérenniser, grâce à l'innovation, un système de lutte contre le cancer de classe mondiale et à veiller à ce qu'il soit équitable et accessible à toutes et tous au pays. »

Des événements terribles, comme le meurtre de George Floyd, et les manifestations contre le racisme qui s'en sont suivies, ainsi que l'éveil social que cette tragédie a déclenché un peu partout dans le monde, ont accru notre prise de conscience des obstacles systémiques auxquels une partie de la population canadienne est confrontée lorsqu'elle tente d'accéder à des soins de qualité contre le cancer. Outre le fait qu'ils nous ont rappelé nos obligations vis-à-vis de chaque Canadienne et de chaque Canadien, ces événements ont également mis en lumière notre responsabilité de maintenir la mobilisation de notre personnel, lui-même diversifié, dans la poursuite, essentielle et urgente, de la diversité, de l'équité et de l'inclusion dans tout ce que nous accomplissons et dans la façon dont nous le faisons.

En interne, nous avons entrepris, avec notre personnel et sous la houlette de notre directeur de la diversité, un travail rendu possible par la mise en place de différents groupes, dirigés par des membres du personnel, notamment le comité sur la diversité, l'équité et l'inclusion. Nous sommes totalement mobilisés pour détenir toutes les compétences nécessaires et être pleinement sensibilisés, en vue de remplir notre rôle de coordonnateur d'une stratégie fondée sur l'équité et de contribuer, de manière importante, à l'élimination du racisme dans les soins de santé. Le racisme, sous toutes ses formes, est intolérable, et nous devons faire plus, en tant que personnes, qu'organisation et que pays pour construire des systèmes qui répondent aux besoins de chacune et de chacun et qui contribuent à une société équitable et juste. Le Partenariat poursuivra ce dialogue important avec son personnel, son conseil d'administration et ses centaines de partenaires, partout au Canada, pour veiller à ce que la diversité, l'équité et l'inclusion soient au premier plan de son travail et constituent une attente des partenaires qui reçoivent ses financements.

Le renforcement de sa collaboration permanente avec les gouvernements, aux échelons fédéral, provincial et territorial, et avec ses partenaires pancanadiens en soins de santé représente une autre façon pour le Partenariat de rester conscient des défis émergents. Cette approche collaborative lui permet également de mettre en évidence des occasions de relever conjointement ces défis et d'appuyer le système de santé dans son ensemble dans cette période cruciale.

Avec la Stratégie actualisée comme guide, dans un contexte où l'ombre de la pandémie plane toujours, le Partenariat poursuivra ses efforts pour harmoniser les soins contre le cancer partout au Canada, en vue d'atteindre ses priorités stratégiques, consistant à pérenniser, grâce à l'innovation, un système de lutte contre le cancer de classe mondiale et à veiller à ce qu'il soit équitable et accessible à toutes et tous au pays.

Comme le dit le titre de ce rapport annuel, *nous sommes tous dans le même bateau!*



Docteur Graham Sher
Président



Cynthia Morton
Présidente-directrice générale

INNOVER EN PÉRIODE DE PANDÉMIE

Le Canada a la chance d'avoir un système de lutte contre le cancer de classe mondiale, ses acteurs étant fermement décidés à mettre en évidence les inégalités qu'il comporte et à y remédier. L'année dernière, ce système a été mis à rude épreuve et les inégalités en matière de soins de santé ont augmenté, alors que des vagues successives de COVID-19 balayaient le pays. En réponse, les partenaires de l'ensemble du système ont adopté, de toute urgence, des démarches innovantes, afin de préserver et de pérenniser les soins.

La pandémie a eu et continue d'avoir des répercussions de grande ampleur sur tous les aspects des soins de santé. Les systèmes de santé et de lutte contre le cancer, les professionnels de la santé et, surtout, les personnes atteintes de cancer, ont tous subi les effets dévastateurs de la pandémie.

De nombreux programmes de dépistage du cancer ont été suspendus lors de la première vague, ce qui a entraîné des occasions manquées de diagnostiquer des cancers, encore à un stade précoce, alors qu'il était largement possible de les traiter. En 2020, le Partenariat prévoyait, sur la base d'un modèle, qu'une interruption de six mois du dépistage pourrait entraîner 400 décès supplémentaires par cancer du sein et 770 par cancer colorectal. Certaines interventions chirurgicales contre le cancer ont été annulées, leur nombre total ayant diminué de 20 %, d'avril à septembre 2020¹, dans un contexte où les hôpitaux réaffectaient de nombreuses ressources en réponse à la COVID-19. Les restrictions pandémiques ont

rendu les cabinets médicaux et les services d'urgence moins accessibles, chacun craignant les contacts, de sorte que, dans de nombreux cas, les symptômes d'un cancer n'ont pas été détectés aussi tôt qu'ils l'auraient été en temps normal.

Ces interruptions des services médicaux ont encore accru les inégalités de longue date en matière d'accès au dépistage et de soins contre le cancer. Les Premières Nations, les Inuits et les Métis, ainsi que les populations souvent mal desservies par le système de lutte contre le cancer – personnes à faible revenu, nouveaux immigrants et personnes vivant dans des régions rurales ou éloignées – continuent d'être victimes de la maladie de manière disproportionnée². La pandémie a également été à l'origine d'autres problèmes, les gens se montrant réticents à retourner au sein du système de santé lorsqu'on leur offrait un nouveau rendez-vous de dépistage ou à une autre fin, et ce, même lorsqu'ils présentaient des symptômes associés au cancer.

Répondre à la pandémie

Face à ces défis, le rôle du Partenariat en tant que coordonnateur de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer a pris une nouvelle importance. Bon nombre de ses partenaires ont mobilisé une grande partie de leurs efforts pour répondre à la pandémie et pour maintenir l'accès aux services, le Partenariat étant intervenu rapidement, de son côté, pour soutenir ses partenaires, les dirigeants du système et les patients grâce aux initiatives décrites ci-dessous.

- **Faire en sorte que les patients restent connectés avec leurs équipes de soins contre le cancer :** Le Partenariat a financé un certain nombre d'initiatives de ses partenaires en matière de soins virtuels et a offert des soutiens supplémentaires pour les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis qui doivent faire de longs déplacements pour recevoir des soins contre le cancer.
- **Restaurer les services de lutte contre le cancer en adoptant des solutions innovantes :** Le Partenariat a travaillé avec des partenaires et avec d'autres entités en vue de fournir des conseils pour le rétablissement du dépistage en toute sécurité, de favoriser l'adoption de modèles de dépistage innovants et d'apporter des conseils d'experts sur la façon de prioriser les interventions chirurgicales contre le cancer.
- **Renforcer la capacité des partenaires :** Le soutien à la gestion de projet, fourni par le Partenariat, a permis aux plus petits territoires de compétence de participer à l'initiative innovante de dépistage du cancer du poumon du Partenariat et d'appuyer des projets en cours chez les partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis, dans un contexte où eux-mêmes et d'autres partenaires redéployaient du personnel pour participer aux efforts communautaires de lutte contre la COVID-19.

Accélérer l'innovation contre le cancer

S'il est vrai que la pandémie a considérablement modifié la prestation des soins, il n'en demeure pas moins qu'elle a également créé un besoin urgent d'accélérer l'innovation dans l'ensemble du système de lutte contre le cancer et de faire progresser les priorités de la Stratégie³. Le Partenariat a su saisir cette occasion et travailler avec des partenaires sur des innovations favorisant la prestation sécuritaire de services de cancérologie pendant la pandémie et accroissant, en même temps, l'équité et la qualité des soins à long terme. Des financements du Partenariat permettent, par exemple, une transition plus rapide vers la détection du

virus du papillome humain (VPH) pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (notamment par autoprélèvement à domicile) et un recours plus large aux tests fécaux envoyés par la poste pour le dépistage du cancer colorectal. Grâce à des stratégies de ce type, il est possible de limiter les interactions en personne entre les patients et le système de soins de santé, notamment la nécessité de se rendre dans un cabinet médical, des considérations importantes en situation de pandémie. Simultanément, ces stratégies permettront également de progresser vers l'atteinte d'un objectif plus large, à savoir un meilleur accès au dépistage et aux soins du cancer pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis, ainsi que pour les populations mal desservies, notamment à l'extérieur des zones urbaines.

Le Partenariat a également fait un investissement initial important pour accélérer l'introduction de programmes de dépistage du cancer du poumon, d'un océan à l'autre. Là aussi, l'accent est mis sur la suppression des obstacles à un accès équitable. Dans le cadre de leur planification, les partenaires collaborent avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis et avec les populations mal desservies pour créer conjointement des programmes qui répondront aux besoins propres à ces groupes. Le Canada est aujourd'hui en position de chef de file international en matière d'adoption du dépistage du cancer du poumon, en ciblant de manière prioritaire ces populations.

Maintenir l'élan pour offrir de meilleurs soins contre le cancer

Le Partenariat et ses partenaires ont travaillé sans relâche pour garder les patients atteints de cancer connectés aux soins et pour rétablir les services de cancérologie touchés par la COVID-19. Parallèlement, il a continué à travailler à l'avancement des priorités et des mesures énoncées dans la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer. Partout au pays, un plus grand nombre d'ambulanciers paramédicaux sont désormais formés pour dispenser des soins palliatifs, afin que les personnes vulnérables évitent une hospitalisation et puissent recevoir des soins à domicile, en toute sécurité. Les partenaires travaillent avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis, ainsi qu'avec les collectivités mal desservies pour éliminer les obstacles à l'accès des membres de ces groupes au dépistage du cancer colorectal, le nombre de centres de cancérologie offrant, par ailleurs, des programmes d'abandon du tabagisme continuant de croître. Les pages qui suivent rendent compte, parmi d'autres, de ces initiatives et présentent les faits saillants des efforts et des réalisations du Partenariat, mis en œuvre conjointement avec des partenaires, d'un océan à l'autre, au cours de la dernière année.



RELEVER LES DÉFIS DE LA COVID-19

La pandémie de COVID-19 a eu des effets considérables sur les soins contre le cancer. Les partenaires ont été confrontés à de nouveaux défis dans la prestation des services, et les patients atteints de cancer ont dû faire face à une situation incertaine quant à la disponibilité des soins.

Pour s'assurer que les patients atteints de cancer restent en contact avec leurs équipes soignantes, le Partenariat a fourni un financement immédiat de 1,3 million de dollars et un soutien technologique pour aider les partenaires à tenir les patients et leur famille informés et à conserver la relation avec le personnel soignant. Ces soutiens ont également permis aux cliniciens de rester connectés entre eux, permettant ainsi de maintenir la prestation de soins coordonnés et holistiques aux patients.

Les premiers projets d'urgence mis en œuvre pour remédier à la situation créée par la pandémie de COVID-19 ont pris de nombreuses formes. Les partenaires ont acquis des iPad et d'autres équipements, en vue de favoriser le passage aux soins virtuels. Les partenaires autochtones ont également utilisé des appareils de ce type, parallèlement à la poursuite de leur travail d'élaboration de plans de lutte contre le cancer, pour dialoguer avec les fournisseurs de soins de santé communautaires et les mobiliser. Le Partenariat a appuyé d'autres partenaires dans leurs efforts pour limiter la nécessité des visites cliniques en personne, par le biais d'initiatives comme la livraison de médicaments au domicile des patients. Plusieurs provinces ont fait porter leurs efforts sur les défis supplémentaires auxquels sont confrontés les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis, ainsi que d'autres personnes vivant dans des collectivités éloignées, notamment la nécessité de séjours plus longs lors des déplacements pour recevoir des soins contre le cancer, en raison des exigences d'isolement liées à la COVID-19. Avec le soutien du Partenariat, le Manitoba a couvert les coûts imprévus en matière d'hébergement que devaient assumer les patients inuits séjournant à Winnipeg pour des rendez-vous médicaux, leur fournissant également des cartes d'épicerie. Il a aussi aidé les collectivités des Premières Nations à rester virtuellement connectées à différentes ressources et informées, grâce à des améliorations apportées au réseau radiophonique et aux médias sociaux. En Ontario, des « paniers bien-être » contenant des aliments traditionnels, des couvertures et des activités pour les enfants ont été fournis aux patients inuits, afin de réduire leur anxiété lorsqu'ils se retrouvaient loin de chez eux pendant de nombreux mois. Les infirmières-pivots autochtones ont également reçu des ressources supplémentaires en vue de l'acquisition d'articles comme des bons d'alimentation et des trousseaux de médecine traditionnelle, afin de soutenir les patients et leur famille.

Trouver des solutions à la diminution des activités de dépistage du cancer

L'incidence de la pandémie sur les programmes de dépistage du cancer canadiens est rapidement devenue évidente, dans un contexte où de nombreux services étaient interrompus ou réduits. Lorsque la planification de la reprise du dépistage a débuté, à l'issue de la première vague, une chose était claire : la pandémie avait créé un besoin urgent, et une chance de se montrer innovant. Le Partenariat et ses partenaires ont profité de l'occasion ainsi offerte pour accélérer la mise en place d'importants changements systémiques. Ces innovations, à la base de la Stratégie actualisée, visent à garantir que le système canadien de lutte contre le cancer demeure l'un des meilleurs

du monde et à trouver des solutions aux problèmes nés de la pandémie, afin que le dépistage puisse se poursuivre advenant de nouvelles vagues. Tout aussi importantes, les innovations que le Partenariat appuie favoriseront un accès équitable à des soins de cancérologie de grande qualité et assureront, à l'avenir, la pérennité du système de lutte contre le cancer.

En s'appuyant sur un financement de 3,4 millions de dollars offert par le Partenariat, 11 provinces et territoires prennent des mesures pour :

- **Accélérer** le passage au test de détection du VPH comme examen de dépistage primaire du cancer du col de l'utérus, permettant l'autoprélèvement à domicile et la réduction des contacts en personne entre les patientes et le système de santé, et jouant un rôle moteur pour favoriser l'atteinte, par le Canada, de son objectif d'élimination du cancer du col de l'utérus (voir page 20);
- **Accroître** le recours aux envois postaux directs de tests fécaux pour le dépistage du cancer colorectal, afin de réduire la nécessité des visites chez un fournisseur de soins de santé, améliorant, de ce fait, les taux de participation au dépistage (voir page 18);
- **Faire baisser**, à la suite d'une mammographie, les taux de rappel pour anomalie, c'est-à-dire les faux positifs, afin de réduire les examens supplémentaires inutiles (voir page 28).

Fournir des conseils pour la prise de décisions en situation de pandémie

Le Partenariat a également travaillé avec des organismes de lutte contre le cancer, des organisations pancanadiennes de santé (OPS), des associations nationales, des experts cliniques et des représentants des patients, en vue d'élaborer deux nouveaux documents d'orientation visant à préserver la prestation du dépistage du cancer et à prioriser les interventions chirurgicales contre le cancer au Canada. Le premier, *Gestion des services de dépistage du cancer pendant la pandémie de COVID-19 et mise en place de services de dépistage résilients, plus sûrs et équitables*, a permis de mettre à la disposition de la communauté du dépistage du cancer les meilleures données probantes disponibles et des recommandations d'experts, en matière de priorisation et de poursuite du dépistage, en toute sécurité, pendant les futures vagues de la pandémie⁴. Le deuxième, *Directives sur la gestion de la chirurgie du cancer pendant la pandémie de COVID-19*, a fourni aux décideurs et aux cliniciens des principes, fondés sur des données probantes, pour guider la priorisation des interventions chirurgicales contre le cancer, dans le contexte des retards et des annulations liés à la pandémie⁵.



Adapter les soutiens, en vue de répondre aux besoins des personnes atteintes de cancer

Tout au long de la pandémie, le Partenariat a continué à aider ses partenaires dans leurs initiatives d'adaptation visant à répondre aux besoins des personnes atteintes de cancer, dans un environnement incertain et en constante évolution. Les financements du Partenariat ont soutenu des initiatives visant les objectifs suivants

- **Élargir les modèles de soins virtuels ou d'autres modèles**, notamment la collecte et l'utilisation virtuelle des résultats signalés par les patients, pour s'assurer que ces derniers étaient en relation avec les soutiens dont ils avaient besoin;
- **Offrir des conseils virtuels pour l'abandon du tabagisme** et une thérapie de remplacement de la nicotine gratuite, pour aider les patients atteints de cancer à arrêter de fumer;
- **Fournir des soutiens en matière de déplacements** aux patients des Premières Nations, inuits et métis se rendant des territoires vers l'Ontario, le Manitoba ou la Colombie-Britannique pour y recevoir des soins contre le cancer;
- **Accroître l'assistance technologique** dans les Territoires du Nord-Ouest, en vue de favoriser la collaboration virtuelle entre les patients et les fournisseurs de soins contre le cancer.

La Société canadienne du cancer (SCC) est un partenaire clé dans bon nombre des initiatives du Partenariat veillant à ce que les besoins des patients et des aidants soient compris et satisfaits. Cela a été particulièrement vrai pendant la pandémie, le Partenariat l'ayant aidée à élargir les ressources en ligne qu'elle met à la disposition des patients et des survivants pour qu'ils soient mis en relation avec les soutiens dont ils ont besoin, notamment de nouveaux services virtuels d'aide à l'abandon du tabagisme, pertinents sur le plan culturel, ciblant les Premières Nations, les Inuits et les Métis, par l'intermédiaire de la ligne d'assistance Parlez tabac.

Alors que les répercussions à court terme et à long terme de la pandémie persistent, le Partenariat entend poursuivre sa collaboration avec d'autres organisations pancanadiennes de santé, ainsi qu'avec différents partenaires et réseaux à l'échelle du pays, en vue de pérenniser et de transformer le système de soins contre le cancer, pour qu'il puisse répondre aux besoins de toutes les personnes atteintes de cette maladie, et ce, dès aujourd'hui et pour l'avenir

Travailler à l'échelon national : Collaborer avec d'autres organisations pancanadiennes de santé

Le Partenariat collabore étroitement avec d'autres OPS, pour faire avancer des travaux menés en commun. Ces efforts collaboratifs ont été renforcés pendant la pandémie, alors que les OPS se sont associées à Santé Canada pour appuyer les efforts fédéraux, provinciaux et territoriaux visant à maintenir et à rétablir les services de santé dans tout le pays.

Les initiatives suivantes rendent compte d'un certain nombre de ces efforts conjoints :

Élaborer une stratégie pancanadienne en matière de données sur le cancer :

La pandémie a mis en lumière les lacunes du système de données sur la santé du Canada, notamment un déficit de données exhaustives, disponibles rapidement, et l'incapacité de répondre pleinement aux questions essentielles posées par les décideurs. Le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et avec les territoires pour régler ces problèmes, dans le cadre d'une stratégie nationale relative aux données sur la santé. Pour apporter leur pierre à ces travaux, le Partenariat et la Société canadienne du cancer pilotent, de concert, l'élaboration d'une stratégie pancanadienne en matière de données sur le cancer. Cette initiative mobilise un certain nombre d'organisations participantes, notamment l'Association canadienne des agences provinciales du cancer (ACAPC), l'Institut canadien d'information sur la santé, les Instituts de recherche en santé du Canada, la Stratégie de recherche axée sur le patient, l'Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada.

Trouver des solutions aux défis en matière de ressources humaines en santé :

La pandémie a également exacerbé des défis de longue date en matière de ressources humaines dans l'ensemble du système de santé, notamment les pénuries de personnel et l'épuisement professionnel. Dirigé par le Partenariat, un groupe de travail des OPS examine l'ensemble des initiatives actuelles en matière de ressources humaines, afin de mettre en évidence les possibilités de collaboration et d'accélérer les travaux en cours. Ces initiatives mettent l'accent sur la façon d'anticiper les besoins en ressources humaines, de former et de recruter du personnel, et de planifier le rôle que la technologie et les technologues joueront dans l'exécution des travaux futurs du système de santé. Un certain nombre d'organisations y participent, notamment l'Agence canadienne

des médicaments et des technologies de la santé, Inforoute Santé du Canada, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Excellence en Canada (l'organisme né de la fusion de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé et de l'Institut canadien pour la sécurité des patients) et la Commission de la santé mentale du Canada. L'ACAPC a priorisé ce travail avec le Partenariat.

Aider les décideurs en mettant à leur disposition des données de modélisation :


Out au long de la pandémie, des modèles de données, comme l'outil OncoSim du Partenariat, ont été de plus en plus utilisés pour guider la planification. Le Partenariat participe à une nouvelle communauté de pratique de modélisation, mise sur pied par l'ACAPC, avec pour objectif de partager des données, des analyses et des apprentissages, afin de faire face aux répercussions des fermetures et des retards dus à la pandémie. Pour faciliter encore davantage la prise de décisions, à l'échelon provincial et territorial, le Partenariat parraine également conjointement un consortium international qui fournit des données de modélisation relatives à la période de la pandémie et à la reprise postpandémie. Les partenaires clés de cette initiative comprennent le Centre international de recherche sur le cancer, l'International Cancer Screening Network et le Cancer Council NSW australien.

Améliorer la collaboration avec les partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis :

Les responsables de la santé autochtone, au sein des OPS, ont commencé à se réunir pour explorer les possibilités d'intensifier la collaboration avec les partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis, tout en évitant le chevauchement des travaux entre les différentes organisations.



BILAN DE L'ANNÉE 2020-2021



Malgré les retards causés par la COVID-19, le Partenariat et ses partenaires ont continué de faire avancer les priorités énoncées dans la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer*. L'innovation joue un rôle essentiel pour atteindre l'équité et assurer la pérennité d'un système de soins contre le cancer de classe mondiale.

ÉLARGIR L'ACCÈS AUX SOINS PALLIATIFS PARTOUT AU CANADA

Afin de conserver leur qualité de vie, les personnes atteintes d'un cancer et leur famille ont besoin de services de soutien pour faire face aux symptômes physiques et émotionnels qui peuvent rendre l'expérience du cancer si difficile. Des soins palliatifs de grande qualité offrent notamment un soutien de ce type, et leur introduction précoce peut aider les gens à mener une vie plus pleine et plus confortable, tout au long de leur parcours face au cancer. Les outils de mesure des résultats signalés par le patient (RSP) aident les cliniciens à atteindre cet objectif.

OBJECTIF :

7 000

ambulanciers paramédicaux formés à l'évaluation des patients et à la prestation de soins palliatifs à domicile, d'ici 2022

2 000

de plus que prévu initialement

À CE JOUR :

Plus de
4 400

ambulanciers paramédicaux formés à ce jour

LES AMBULANCIERS PARAMÉDICAUX :

transportent jusqu'à 80 %

de patients en moins en soins palliatifs à l'hôpital

Ils passent en moyenne 30 minutes

de moins au domicile des patients, à la suite d'appels au 911 relatifs à des soins palliatifs



Les patients en soins palliatifs et leurs familles sont très satisfaits des soins qu'ils reçoivent et les patients évitent les services d'urgence, une priorité pendant la pandémie.

Ces outils sont utilisés pour dépister des symptômes comme la douleur, la fatigue, les nausées, l'anxiété et la dépression, permettant ainsi aux cliniciens d'aiguiller leurs patients vers les services dont ils ont besoin, notamment des soins palliatifs. Le Partenariat appuie la mise en œuvre des RSP d'un océan à l'autre depuis 2012, et aide désormais sept territoires de compétence – le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest, la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador – à étendre leur utilisation pour repérer les patients susceptibles de bénéficier de soins palliatifs.

Formation d'ambulanciers paramédicaux à la prestation de soins palliatifs à domicile

La plupart des personnes recevant des soins palliatifs de fin de vie préféreraient pouvoir rester chez elles, tout en bénéficiant d'un soutien approprié. Cependant, lorsque des problèmes urgents surviennent, les familles doivent souvent s'en remettre au 911. Dans le passé, un tel appel était synonyme d'une visite au service des urgences; aujourd'hui, dans le cadre d'un nouveau modèle de soins, des ambulanciers paramédicaux sont formés à l'évaluation et au traitement à domicile des patients ayant besoin de soins palliatifs.

D'abord mis en œuvre en Alberta, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard, ce modèle est maintenant déployé dans sept autres territoires de compétence, avec le soutien conjoint du Partenariat et d'Excellence en santé Canada. Les ambulanciers paramédicaux de cinq provinces – la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador – sont déjà formés et fournissent des soins palliatifs à domicile, deux régions de l'Ontario ayant lancé de telles formations au cours de la dernière année. L'initiative s'est également étendue en réponse à la pandémie, dans un contexte où les systèmes de santé tentaient de tenir les patients éloignés de l'hôpital, dans la mesure du possible. On planifie désormais que plus de 7 000 ambulanciers seront formés d'ici 2022, soit 2 000 de plus que le nombre prévu initialement.

Plus de 4 400 ambulanciers paramédicaux ont été formés à ce jour, et les patients bénéficient d'ores et déjà de cette initiative. Le nombre de patients en soins palliatifs transportés

à l'hôpital par des ambulanciers paramédicaux a diminué de 80 %; les patients, aussi bien que les familles, se montrant très satisfaits des soins reçus. Le modèle est également plus efficace : en moyenne, les ambulanciers paramédicaux consacrent 30 minutes de moins à chaque intervention, lorsqu'ils traitent les patients à domicile⁶.

Élaboration d'une norme nationale pour les soins palliatifs au Canada

Malgré le besoin croissant de services de soins palliatifs, il n'y a pas assez de professionnels de la santé possédant les compétences et les connaissances nécessaires; une enquête, menée en 2014, auprès de médecins et d'infirmières du secteur des soins primaires a révélé que la plupart ne se sentaient ni préparés à la prestation de soins palliatifs ni à l'aise à l'idée de devoir le faire⁷.

Pour combler cette lacune, le Partenariat a travaillé en collaboration avec Santé Canada, avec le BC Centre for Palliative Care et avec Pallium Canada pour élaborer le *Cadre canadien de compétences interdisciplinaires en soins palliatifs*. Ce cadre, qui sera déployé au cours de la prochaine année, s'appuie sur plusieurs cadres provinciaux existants pour établir une norme nationale relative aux aptitudes et aux connaissances requises, c'est-à-dire aux compétences, pour fournir des soins palliatifs de grande qualité dans tous les milieux de soins : centres de cancérologie, cliniques de soins palliatifs, établissements de soins de longue durée, soins primaires ou soins à domicile. Les outils d'autoévaluation proposés par ce cadre aideront d'une part les personnes qui travaillent dans ces différents environnements à déterminer les lacunes dans leurs connaissances en matière de soins palliatifs et d'autre part les organisations à concevoir des programmes éducatifs pour répondre aux besoins ainsi déterminés. Des compétences propres aux fournisseurs de soins travaillant auprès des Premières Nations, des Inuits et des Métis ont également été incluses, en s'appuyant sur les éclairages fournis par des conseillers membres de ces groupes. Le Partenariat prévoit en outre de lancer un dialogue avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis pour mieux comprendre leurs priorités et leurs besoins en matière de soins palliatifs et pour mettre en évidence les pratiques prometteuses susceptibles d'être étendues.

ACCÉLÉRER LA MISE EN PLACE DES PROGRAMMES DE DÉPISTAGE DU CANCER DU POUMON

Le cancer du poumon est le cancer le plus fréquent au Canada, et le plus léthal. Cependant, la survie augmente considérablement lorsque le diagnostic est posé à un stade précoce : le dépistage des personnes présentant un risque élevé de cancer du poumon peut réduire les décès jusqu'à 24 %^B.



5 millions de dollars

de financement pour dix provinces et une association professionnelle, en soutien à l'élaboration de programmes de dépistage organisé du cancer du poumon

LES PERSONNES À FAIBLE REVENU ONT UN RISQUE PRÈS DE

2x

plus important de recevoir un diagnostic de cancer du poumon que celles ayant un revenu plus élevé et présentent, en outre, des chances de survie inférieures

LES ADULTES DES PREMIÈRES NATIONS ONT

35 %

moins de chances de survivre au cancer du poumon, cinq ans après le diagnostic



La mise en place de programmes de dépistage organisé du cancer du poumon pour les personnes exposées à un risque élevé est une priorité clé de la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029*. Dans ce cadre, le Partenariat apporte un montant initial de cinq millions de dollars pour aider les partenaires à accélérer le processus de création de tels programmes.

Grâce à ces fonds, la planification et l'élaboration de programmes de dépistage du cancer du poumon sont déjà en cours, dans différentes régions du pays. L'élaboration du déroulement du parcours de dépistage s'effectue en collaboration et en consultation avec un groupe diversifié de partenaires communautaires et de prestataires de soins de santé, notamment des radiologistes, des chirurgiens thoraciques, ainsi que des professionnels de la santé publique et de l'abandon du tabagisme. Chaque partenaire provincial ou territorial peut également s'appuyer sur l'expérience d'autres partenaires. L'Ontario a mené un programme pilote de dépistage au cours des trois dernières années, devenu aujourd'hui le Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon, la Colombie-Britannique et l'Alberta ayant chacune conduit des activités de recherche sur le dépistage du cancer du poumon. Le Partenariat finance également l'Association canadienne des radiologistes et la Société canadienne de radiologie thoracique, en vue de la mise au point de ressources en matière d'agrément et de formation à l'appui des nouveaux programmes de dépistage.

La population canadienne peut s'attendre à constater des progrès rapides au chapitre du dépistage du cancer du poumon. Au printemps 2022, la Colombie-Britannique sera la première province à mettre en place un programme provincial. Le Québec a récemment lancé un projet pilote de deux ans intégrant la consultation des populations mal desservies et des collectivités autochtones, en vue d'assurer un accès équitable au dépistage du cancer du poumon au sein des collectivités rurales, éloignées et des Premières Nations de la province. En outre, les partenaires de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador travaillent sur des plans de projets pilotes ou de programmes, à lancer ou à étendre, au sein de leur territoire de compétences respectif. Les soutiens à l'abandon du tabagisme constituent une partie essentielle de ces programmes de dépistage et sont inclus dans leur planification.

Atteindre l'équité

Les nouveaux programmes mettront fortement l'accent sur les Premières Nations, les Inuits et les Métis, ainsi que sur les groupes mal desservis par le système de lutte contre le cancer dans le passé, notamment les personnes à faible revenu et celles vivant dans des régions rurales ou éloignées. Le Partenariat finance des partenaires pour qu'ils collaborent avec ces populations, en vue de la création conjointe de programmes accessibles qui répondront à leurs besoins particuliers.

La nécessité de ce genre d'effort ciblé n'a jamais été aussi grande. Le récent rapport du Partenariat *Cancer du poumon et équité : rapport axé sur le revenu et la géographie* a mis en évidence des écarts alarmants en matière d'accès aux soins du cancer du poumon, ainsi qu'en matière de résultats, parmi certaines populations. Les personnes à faible revenu ont un risque près de deux fois plus important de recevoir un diagnostic de cancer du poumon que celles ayant un revenu plus élevé et présentent, en outre, des chances de survie inférieures⁹. Les adultes des Premières Nations ont, cinq ans après le diagnostic, des chances de survie à un cancer du poumon 35 % inférieures à celles des adultes appartenant aux populations non autochtones¹⁰.

La conception de programmes de dépistage du cancer du poumon répondant aux besoins des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des collectivités mal desservies constitue un important pas en avant pour réduire ces inégalités. Un autre axe essentiel consiste à s'attaquer au taux plus élevé de consommation de tabac au sein de certaines populations, par exemple les populations autochtones et celles des régions éloignées ou rurales. Les nouveaux programmes intégreront des soutiens à l'abandon du tabagisme, pertinents sur le plan culturel, afin que chacun puisse accéder au service de soutien dont il a besoin pour arrêter de fumer.

ACCROÎTRE LA PARTICIPATION AU DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquemment diagnostiqué et la deuxième cause principale de décès par cancer au Canada¹¹. Le dépistage peut aider à prévenir le cancer colorectal ou à le détecter suffisamment tôt pour qu'il soit encore largement possible de le traiter avec succès; toutefois, les taux de participation aux programmes de dépistage restent désespérément bas.



OBJECTIF :

100 %

des provinces et des territoires utilisent les renseignements du Partenariat pour mettre en œuvre des stratégies visant à réduire les disparités dans le dépistage du cancer, d'ici 2022

À CE JOUR :

10 des 13

territoires de compétence mettent en œuvre des stratégies en ce sens

LES PERSONNES À FAIBLE REVENU SONT :

14 %

moins susceptibles de subir un dépistage du cancer colorectal que les personnes ayant un revenu plus élevé

Cette faible participation est certainement due, pour une part, à des problèmes de croissance de ces programmes. En effet, si des programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus existent depuis un certain temps, partout au Canada, les programmes de dépistage du cancer colorectal sont relativement nouveaux. S'il est vrai que de tels programmes sont désormais en place au sein de dix provinces et territoires, il n'en demeure pas moins que la plupart d'entre eux n'ont été lancés qu'au cours de la dernière décennie et, qu'à ce jour, aucun n'a atteint la cible de 60 % de participation.

La pandémie a encore aggravé le problème, les programmes de dépistage ayant été suspendus ou ayant réduit leur capacité. Cependant, avec le soutien du Partenariat, des changements sont en cours, dans tout le pays, qui aideront les programmes à étendre leur portée, en particulier en direction des groupes confrontés à des inégalités d'accès, et à renforcer leurs capacités de suivi dans les délais souhaités.

Les programmes de dépistage du cancer colorectal reposent sur un simple test fécal que les personnes effectuent à domicile, avant de retourner l'échantillon à des fins de traitement dans un laboratoire. La plupart des provinces et des territoires envoient le test par la poste, mais, dans certaines provinces, comme l'Alberta et le Manitoba, les patients doivent récupérer la trousse de test auprès de leur médecin de famille, ce qui constitue une difficulté supplémentaire, en période de pandémie, lorsque les visites médicales en personne ont été réduites. Grâce à des financements du Partenariat, ces deux provinces sont en train de passer à l'envoi des tests par la poste. Ce changement, qui répond aux préoccupations liées à la COVID-19, recèle également la promesse d'une amélioration de la participation, grâce à l'élimination des déplacements inutiles pour les personnes vivant dans des zones rurales ou éloignées et à la possibilité d'inclure, au sein des programmes, des personnes qui n'ont pas de fournisseur de soins primaires.

Réduire les obstacles pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis, ainsi que pour les populations mal desservies

Des approches ciblées seront nécessaires pour éliminer les obstacles qui maintiennent une faible participation parmi certaines populations, notamment les personnes à faible revenu, les nouveaux immigrants et les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Les inégalités sont réelles : les personnes à faible revenu sont 14 % moins susceptibles de subir un dépistage du cancer colorectal que les personnes ayant un revenu plus élevé¹². Par ailleurs, malgré une augmentation du dépistage du cancer colorectal chez les nouveaux immigrants au cours de la dernière décennie, les taux de dépistage au sein de ce groupe restent toujours inférieurs à ceux des personnes nées au Canada¹².

Pour combler ces lacunes, le Partenariat aide cinq territoires de compétence (les Territoires du Nord-Ouest, l'Alberta, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador) à travailler avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis, ainsi qu'avec les populations mal desservies, afin de comprendre les obstacles qui empêchent les personnes appartenant à ces groupes d'accéder aux programmes de dépistage du cancer colorectal, permettant ainsi de concevoir et de mettre en place des solutions adaptées aux défis auxquels elles sont confrontées.

Malgré les retards dus à la pandémie, les efforts pour mobiliser ces groupes ont déjà commencé. Par exemple, l'Alberta travaille avec des groupes comme les Services de santé communautaire Punjabi (Punjabi Community Health Services) de Calgary, en vue de recruter des participants à des groupes de discussion en ligne, afin de résoudre conjointement certains problèmes. Les diplômés internationaux en médecine jouent le rôle d'agents de liaison communautaires, fournissant aux participants des services de traduction en direct lors de ces séances, ainsi que des renseignements sur le dépistage du cancer adaptés à la culture. Ailleurs au pays, le Nouveau-Brunswick collabore avec des banques alimentaires pour communiquer avec les personnes à faible revenu et mettre en évidence les éléments qui les empêchent de participer au dépistage et les mesures qui pourraient être prises pour éliminer ces obstacles.

Afin d'aider les partenaires à repérer les groupes présentant des taux de dépistage particulièrement bas, le Partenariat a élaboré un outil de géocartographie et a formé les provinces et les territoires à son utilisation. Une nouvelle boîte à outils¹², *Interventions axées sur l'équité visant à accroître la participation au dépistage du cancer colorectal : ressource pour les programmes*, propose des interventions fondées sur des données probantes visant à surmonter les obstacles rencontrés par ces populations; il incombera alors aux partenaires de travailler conjointement avec les groupes locaux, en vue d'adapter et de personnaliser ces interventions pour les rendre plus efficaces.

Réduire les temps d'attente pour les patients chez lesquels on soupçonne un cancer colorectal

À mesure que le nombre de personnes effectuant des tests fécaux augmente, le système doit également être prêt à fournir un suivi approprié et rapide. Les lignes directrices canadiennes recommandent que les personnes chez lesquelles un test fécal a donné des résultats anormaux subissent une coloscopie de suivi dans les 60 jours pour confirmer ou exclure un cancer colorectal¹³; cependant, les provinces et les territoires atteignant cette cible sont peu nombreux. Les ralentissements dus à la COVID-19 ont encore aggravé ce problème.

Grâce à des financements du Partenariat, six territoires de compétence (le Yukon, la Saskatchewan, le Manitoba, le Québec, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard) s'efforcent désormais d'améliorer leur rendement en la matière. Le Yukon remplace actuellement ses équipements de coloscopie vieillissants en vue d'améliorer l'efficacité et la sécurité des examens; tandis qu'en Saskatchewan, une liste d'attente et un système de planification centralisés pour la coloscopie sont actuellement mis en œuvre pour réduire les inégalités et rendre le système plus efficace. La Nouvelle-Écosse veille, de son côté, à ce que les personnes exposées à un risque élevé soient priorisées et met l'accent sur une utilisation plus appropriée des tests fécaux, le Québec étant également en cours de modification de ses processus d'aiguillage, en vue d'améliorer la priorisation des patients devant subir une coloscopie. Au Manitoba, des travaux sont en cours pour améliorer le dépistage chez les personnes présentant des facteurs de risque, grâce à la mise en place d'un registre de dépistage centralisé et à l'ajout d'un test préalable au dépistage. Enfin, l'Île-du-Prince-Édouard met en œuvre un nouveau programme d'aide à la navigation, en vue de rationaliser le processus de dépistage et d'assister les patients tout du long.

ÉLIMINER LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Partout au pays, des partenaires avancent rapidement vers l'objectif ambitieux du Canada d'éliminer le cancer du col de l'utérus d'ici 2040.



CIBLE NATIONALE :

90 %

des jeunes de 17 ans
vaccinés contre
le VPH d'ici 2025

UN FINANCEMENT DE

**3 millions
de dollars**

de dollars pour
favoriser la vaccination
contre le VPH et le
dépistage primaire
par détection du VPH

La planification active
de la mise en œuvre du
dépistage primaire par
détection du VPH par

9 des 13

provinces et territoires



Lancé par le Partenariat en novembre 2020, le *Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada* appelle à agir immédiatement, sur plusieurs fronts prioritaires, notamment l'amélioration des taux de vaccination contre le VPH et la mise en œuvre du dépistage primaire par détection du VPH¹⁴.

Lutter contre les inégalités en matière de taux de vaccination contre le VPH

Presque tous les cas de cancer du col de l'utérus sont causés par le virus du papillome humain (VPH). Bien que les vaccins contre le VPH soient très efficaces, les taux de vaccination dans le cadre des programmes de vaccination en milieu scolaire au Canada varient considérablement, de 57 à 91 %¹⁵. Pour remédier à ces écarts, le Partenariat apporte 1,6 million de dollars aux provinces et aux territoires pour les aider à atteindre la cible nationale de vaccination de 90 % des jeunes de 17 ans, d'ici 2025¹⁶.

Trois organisations nationales pilotent les efforts en la matière : le Réseau pour la santé publique urbain, qui comprend des médecins-hygiénistes des plus grandes villes du Canada; le Réseau de santé publique des régions rurales, éloignées et nordiques, un réseau de médecins-hygiénistes des régions rurales et éloignées, notamment des collectivités des Premières Nations et des Inuits; et Médecins de santé publique du Canada, l'association professionnelle représentant ce groupe de médecins spécialistes dans tout le pays.

Ces organisations sont présentes dans presque toutes les régions du Canada. Cependant, pour améliorer les taux de vaccination à l'échelle du pays, il faut en savoir plus sur les personnes qui ne sont pas vaccinées et sur les raisons pour lesquelles elles ne le sont pas. Afin d'obtenir ces renseignements, on recrute actuellement des analystes de données ayant pour mission d'examiner les données régionales. Parallèlement, l'accent est mis sur l'établissement de relations avec les groupes faisant l'objet d'une vaccination insuffisante, notamment les Premières Nations, les Inuits et les Métis, ainsi que les personnes racisées et les jeunes qui ne fréquentent pas l'école, afin de mieux comprendre leurs besoins et les obstacles qui les empêchent de participer aux programmes de vaccination existants. Des leçons sont également tirées des campagnes de vaccination contre la COVID-19, d'un océan à l'autre. Tout ce travail préparera le terrain pour la conception et la mise en œuvre d'approches innovantes visant à remédier aux inégalités et à accroître les taux de vaccination, notamment au sein de ces groupes.

Introduction du dépistage primaire par détection du VPH

Le passage des tests Pap aux tests de détection du VPH, plus efficaces pour détecter les états précancéreux, contribuera à éliminer le cancer du col de l'utérus. Le Partenariat fournit 1,4 million de dollars pour soutenir la mise en œuvre du dépistage primaire par détection du VPH, en remplacement du test Pap, dans sept provinces : la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador. Ces provinces bénéficieront également de l'expérience de l'Ontario, qui sera l'une des premières provinces à adopter le dépistage primaire par détection du VPH.

Les partenaires utilisent ce financement pour planifier le dépistage primaire par détection du VPH ou mettre en place des projets pilotes de ce type, au sein de leur territoire de compétence. Certains projets incluront l'autoprélèvement, qui permet d'effectuer soi-même le prélèvement à la maison ou en clinique, répondant ainsi à certaines préoccupations en matière de protection de la vie privée et de confidentialité, tout en offrant une solution plus confortable que l'administration d'un test Pap par un clinicien. Un test effectué à domicile permet également de réduire la nécessité d'interactions en personne avec le système de santé, une préoccupation particulièrement vive pendant la pandémie de COVID-19.

Le Partenariat contribue également à la mise à jour des lignes directrices de la Société de gynéco-oncologie du Canada (Society of Gynecologic Oncology of Canada) en matière de colposcopie, le principal examen de suivi utilisé pour confirmer des résultats anormaux obtenus lors d'un test de dépistage du cancer du col de l'utérus. Les lignes directrices mises à jour comprendront des recommandations pour les personnes dont le dépistage par détection du VPH a été positif et traiteront des obstacles aux soins de suivi, notamment ceux auxquels sont confrontés les Premières Nations, les Inuits et les Métis.

AIDER LES PATIENTS ATTEINTS D'UN CANCER À ABANDONNER LE TABAGISME

Les patients atteints de cancer qui arrêtent de fumer peuvent réduire leur risque de mourir de la maladie jusqu'à 40 %¹⁷. Partout au pays, les centres de cancérologie aident ces personnes à abandonner le tabagisme.



CIBLE :

100 %

des centres de cancérologie fournissent des aides à l'abandon du tabagisme d'ici 2022

À CE JOUR :

87 %

des centres de cancérologie ont mis en place des soutiens à l'abandon du tabagisme, soit une augmentation de 14 points de pourcentage par rapport à l'année précédente

AUGMENTATION DE

14 points

de pourcentage de la proportion de centres de cancérologie offrant un soutien à l'abandon du tabagisme adapté à la culture



Grâce à un financement du Partenariat, 87 % des centres de cancérologie ont mis en place des soutiens à l'abandon du tabagisme, soit une augmentation de 14 points de pourcentage par rapport à l'année précédente et un pas de plus vers l'objectif de mise en place de tels services dans l'ensemble des centres de cancérologie d'ici 2022.

Cependant, cette année, les centres de cancérologie ont été confrontés à un défi particulier, lorsque les restrictions dues à la COVID-19 ont considérablement limité les visites en personne permettant d'obtenir des conseils en matière d'abandon du tabagisme. Pour aider les provinces et les territoires à réagir, le Partenariat a soutenu les partenaires qui tentaient d'adapter leurs approches à cette nouvelle réalité et, dans certains cas, leur a fourni un financement supplémentaire pour explorer de nouvelles options de soutien aux patients. Par exemple, Terre-Neuve-et-Labrador a décidé d'utiliser le téléphone pour la fourniture de conseils en matière d'abandon du tabagisme et d'envoyer, par la poste, une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN), la Saskatchewan fournissant gratuitement une TRN aux patients et la Nouvelle-Écosse le faisant également pour les patients éprouvant des difficultés financières.

Un meilleur accès aux médicaments favorisant l'abandon du tabagisme restera une priorité, et ce, même après l'assouplissement des restrictions liées à la pandémie. Dans tout le pays, la couverture offerte aux patients est lacunaire et de nombreuses personnes ne sont pas admissibles à un traitement subventionné ou gratuit. Le Partenariat élabore actuellement une analyse de rentabilité qui aidera les partenaires à défendre le financement public des médicaments d'aide à l'abandon du tabagisme pour les patients atteints de cancer. L'argumentation élaborée dans ce cadre s'avère particulièrement convaincante. En effet, outre l'amélioration des résultats pour les patients, l'abandon du tabagisme promet d'importantes économies pour le système de santé, allant de 50 à 74 millions de dollars par tranche de 5 % de patients qui arrêtent de fumer¹⁹.

Offrir des soutiens adaptés sur le plan culturel

Partout au pays, les centres de cancérologie poursuivent leur collaboration avec des organisations et des collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis, pour étendre la disponibilité de soutiens à l'abandon du tabagisme adaptés sur le plan culturel. La proportion de centres offrant des soutiens de ce type a atteint 44 %, soit une augmentation de 14 points de pourcentage par rapport à l'année précédente. Ces services comprennent une ligne d'aide à l'abandon du tabagisme destinée aux Autochtones, financée par le Partenariat, Parlez tabac¹⁹. Lancée en Ontario par la Société canadienne du cancer et étendue à la Saskatchewan et au Manitoba, elle offre un soutien à l'abandon du tabagisme en 24 langues autochtones qui garantit la sécurité culturelle.

L'abandon du tabagisme, au sein des centres de cancérologie, ne sera un succès que s'il est pleinement intégré à l'ensemble des soins qui y sont fournis. Dans cet esprit, le Partenariat a fourni un financement au Centre de toxicomanie et de santé mentale, en vue de l'élaboration d'un module autodidactique en ligne à l'usage des médecins, des infirmières et des éducateurs en matière d'abandon du tabagisme travaillant dans les centres de cancérologie, partout au pays. Ce cours met à la disposition du personnel des centres des renseignements et des outils pour les assister dans l'évaluation de la consommation de tabac commercial des patients et dans le recours à des pratiques exemplaires pour aider ces derniers à abandonner le tabagisme. Créé avec l'aide d'experts et de personnes travaillant dans le domaine de l'abandon du tabagisme, ce module, lancé en octobre 2020, a vu l'inscription de plus de 160 professionnels de la santé au cours des six premiers mois, les participants l'ayant noté très positivement²⁰.

AMÉLIORER LES SOINS CONTRE LE CANCER POUR LES PREMIÈRES NATIONS, LES INUITS ET LES MÉTIS

La Stratégie canadienne de lutte contre le cancer actualisée inclut un engagement à combler les lacunes en matière de soins contre le cancer et de résultats, en favorisant l'équité en santé pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis et en appuyant les efforts visant à offrir aux patients des soins respectueux de leur culture, plus près de leur domicile. Dans ce cadre, des travaux sont déjà en cours.



À L'HEURE ACTUELLE :

13

provinces et territoires élaborent et mettent en œuvre des plans de lutte contre le cancer propres aux Autochtones

130 partenaires se mobilisent dans le cadre de mesures prises au profit de plus

500 collectivités



« Alors que nous commençons à émerger d'une dernière année difficile et que nous continuons d'espérer des jours meilleurs, nous sommes impatients de poursuivre ce partenariat, d'adapter les stratégies proposées et de créer des liens et des collaborations communautaires qui amélioreront les résultats en matière de santé et de soins contre le cancer pour les Inuits des régions urbaines de l'Ontario. »

Tungasuvvingat Inuit – Ontario

« Nos partenaires dans cette initiative, Avancer côte à côte – Kmawuhsahtipon – Togi Pematioog, ont appris les uns des autres et mis en évidence les points particulièrement utiles pour les membres des Premières Nations touchés par le cancer. Nous travaillons ensemble pour améliorer les résultats liés au cancer au Nouveau-Brunswick au sein de ce groupe. »

Tobique Indian Band Health Department – Nouveau-Brunswick

« En tirant les leçons de l'expérience de notre programme pilote de transport des patients atteints d'un cancer et de notre programme d'alimentation saine, qui assure la sécurité alimentaire des patients métis atteints de cancer, nous avons utilisé les fonds d'urgence du Partenariat, affectés à la COVID-19, pour lancer notre premier programme de transport médical et d'hébergement. En consultation avec des patients atteints de cancer, des survivants et des aidants métis, nous avons également élaboré un guide et une revue destinés plus particulièrement aux patients métis atteints de cancer, qui seront disponibles dans les centres de cancérologie et les bureaux régionaux de la Saskatchewan. »

Métis Nation of Saskatchewan (MN-S) – Saskatchewan

Le Partenariat finance 29 partenaires, dont 20 gouvernements et organisations des Premières Nations, des Inuits et des Métis, en vue d'agir dans le cadre des priorités déterminées par les Autochtones eux-mêmes, en planifiant ou en mettant en œuvre des plans de lutte contre le cancer dans les 13 provinces et territoires. Ces plans amélioreront le parcours du cancer ainsi que les issues de la maladie pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis, tout en répondant au besoin de soins respectant la culture, dans tout le pays. Les initiatives qui en résultent mettent à contribution plus de 130 gouvernements, organisations et partenaires communautaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis, d'un océan à l'autre, et elles profiteront à plus de 500 collectivités.

Ces initiatives abordent tous les aspects du parcours du patient et intègrent les exemples suivants de travaux dirigés par des partenaires :

- La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador soutient les collectivités des Premières Nations du Québec dans la mise en œuvre de projets communautaires de lutte contre le cancer, portant notamment sur le dépistage du cancer, la prévention, la lutte contre le tabagisme et la protection vis-à-vis des méfaits de l'exposition au soleil.
- En Nouvelle-Écosse, la Union of Nova Scotia Mi'kmaq a mis en œuvre une campagne sur les médias sociaux en faveur d'un mode de vie sain pour les jeunes, qui met l'accent sur l'abandon du tabagisme et sur sa prévention.
- Dans les Territoires du Nord-Ouest, des partenaires collaborent avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest à la mise en œuvre d'un programme de dépistage organisé du cancer colorectal s'appuyant sur une approche propre aux Autochtones.
- Action cancer Manitoba et un vaste réseau de partenaires autochtones travaillent à la création d'un réseau d'agents de liaison communautaires, membres des Premières Nations, inuits et métis, intervenant, à l'échelon de la province, pour fournir du soutien et des renseignements aux membres de leur collectivité, au cours du parcours des patients au sein du système de lutte contre le cancer.

Répondre aux défis de la pandémie

Pour bon nombre de ces partenaires, la pandémie a été à l'origine d'un fardeau et de défis supplémentaires; toutefois, en dépit de ces difficultés, ils ont réussi à s'adapter et à poursuivre leur mission. Pour sa part, le Partenariat a soutenu les partenaires, alors qu'ils modifiaient leurs projets et leurs échéanciers, en leur fournissant un soutien accru en matière de gestion de projet et des financements lorsque c'était nécessaire. Trois réunions virtuelles d'échange de connaissances ont également permis aux partenaires de faire part des enseignements acquis dans le cadre de leurs projets, notamment ceux liés au travail pendant la pandémie.

S'engager pour la réconciliation

Le Partenariat poursuit son engagement envers la réconciliation, s'efforçant d'intégrer les priorités des Premières Nations, des Inuits et des Métis dans les premières étapes de tous ses travaux, par le biais d'un dialogue constructif avec les partenaires et les conseillers des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Le Partenariat continue également de fournir une formation sur la sensibilisation culturelle à tout son personnel, en réponse aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation. Tous les membres du personnel et du conseil d'administration ont maintenant terminé cette formation et un plan est en place pour former les nouveaux employés.

AUTRES FAITS SAILLANTS



Évaluer l'incidence financière du cancer

Le cancer a, bien entendu, des conséquences sur la santé d'une personne, mais il peut également en avoir sur son emploi et ses finances personnelles. Jusqu'à présent, les données sur le fardeau économique du cancer pour les patients, les survivants et leur famille étaient limitées. Par exemple, les patients doivent assumer de nombreuses dépenses, dont certains médicaments, la garde d'enfants, les soins à domicile et les frais occasionnés par les rendez-vous (frais de déplacement et de stationnement). Pourtant, on sait peu de choses sur l'importance de ces coûts et sur la façon dont ils varient d'une région à l'autre du Canada.

Le Partenariat s'est associé à Statistique Canada pour combler cette lacune. Pour la première fois, le Partenariat sera en mesure d'examiner les dépenses personnelles des patients atteints de cancer en couplant les données du Registre canadien du cancer aux données de l'Enquête sur les dépenses des ménages à l'échelle nationale. Le résultat fournit un aperçu des dépenses personnelles des personnes atteintes de cancer au chapitre des soins de santé, par région, par type de cancer, par zone géographique (urbaine ou rurale) et par caractéristiques sociodémographiques (par exemple, le niveau de revenu). L'analyse mettra en lumière les disparités – par exemple, les différences au chapitre des dépenses personnelles entre les régions – et servira de base à l'élaboration de solutions politiques visant à mieux soutenir les patients tout au long de leur parcours face au cancer et de leur survie.

Un deuxième projet de couplage de données en cours, avec Statistique Canada et le Canadian Center for Applied Research in Cancer Control, examinera les répercussions, à court terme et à long terme, du cancer sur le revenu. En effet, de nombreuses personnes ne peuvent pas travailler pendant qu'elles sont traitées pour un cancer, d'où une perte de revenus. Les adolescents et les jeunes adultes, quant à eux, peuvent voir leur capacité à fréquenter l'université diminuée par le cancer et le début de leur carrière retardé, limitant ainsi leurs possibilités d'obtenir des emplois mieux rémunérés par la suite. L'analyse portera sur les provinces et les territoires, sur les groupes d'âge et sur les groupes de revenu, avec comme objectif de fournir des renseignements indispensables pour orienter les politiques et les mesures de soutien au retour au travail des gouvernements et des employeurs.

L'investissement du Partenariat dans les couplages de données ouvre également la porte à des recherches supplémentaires dans ce domaine. Le couplage étant maintenant effectué, les données tirées de ces projets et de projets similaires seront mises à la disposition des chercheurs de tout le pays, par l'intermédiaire des centres de données de recherche, garantissant ainsi la croissance de ce corpus de recherche.



Lutter contre la perte de fertilité chez les adolescents et les jeunes adultes atteints de cancer

Pour les adolescents et les jeunes adultes atteints de cancer, la perte potentielle de fertilité due aux traitements du cancer constitue une source majeure de détresse. Trop souvent, ils découvrent les risques après le traitement, lorsque la préservation de la fertilité n'est plus possible.

Pour s'assurer qu'un dialogue à ce sujet a effectivement lieu au moment où cela compte le plus, le Partenariat travaille avec des partenaires, en vue de l'inclusion d'une question sur les problèmes de fertilité dans les outils de mesure des résultats signalés par les patients utilisés par les programmes de lutte contre le cancer pour recueillir des renseignements au sujet de leurs symptômes et de leurs préoccupations. Un nouveau parcours « d'oncofertilité » garantira également que les patients et leur famille seront informés et aiguillés vers des services de préservation de la fertilité, avant le début du traitement. Enfin, le Partenariat a élaboré une analyse de rentabilité sur laquelle les partenaires pourront s'appuyer pour plaider en faveur du financement public de services de fertilité pour les patients atteints de cancer. Les coûts de conservation du sperme dans une banque de sperme ou du prélèvement d'ovules représentent des obstacles financiers pour de nombreux patients, la plupart des territoires de compétence ne couvrant pas ces coûts.

Dans le cadre de ce travail, le Partenariat a sollicité les commentaires des personnes touchées par la problématique de l'oncofertilité. Plus d'une centaine d'adolescents et de jeunes adultes atteints de cancer, de survivants du cancer et d'aidants ont ainsi apporté leur contribution.



Utiliser les données signalées par les patients pour améliorer la prise en charge des symptômes

L'utilisation d'outils de mesure des résultats signalés par le patient (RSP) garantit que les patients atteints de cancer – en particulier ceux qui présentent un lourd fardeau symptomatique et des besoins en soins palliatifs – font l'objet d'un dépistage régulier de leurs symptômes physiques et émotionnels, susceptible de rendre l'expérience du cancer si difficile, notamment la douleur, la fatigue, les nausées, l'anxiété et la dépression. Grâce au financement du Partenariat, l'Alberta et le Québec ouvrent la voie en intégrant ces renseignements dans leurs systèmes d'information clinique.

En Alberta, un tableau de bord facile à consulter permet aux cliniciens de suivre les évolutions et les tendances des symptômes d'un patient, d'une visite à l'autre, et de l'aiguiller vers les soutiens dont il a besoin. Les données agrégées des RSP sont également utilisées pour orienter la dotation; en effet, des études ont montré que les patients atteints de certains cancers avaient souvent besoin d'un soutien accru de la part d'une équipe multidisciplinaire pour la prise en charge de leurs symptômes. L'Alberta explore également un modèle novateur qui utilise les RSP pour fournir des soins virtuels efficaces contre le cancer aux personnes vivant dans les régions rurales ou éloignées. Par exemple, les patients présentant moins de symptômes pourraient avoir un rapide entretien de contrôle, par téléphone ou en ligne, avec une infirmière clinicienne, tandis que ceux présentant plus de symptômes se verraient offrir une visite, virtuelle ou en personne, plus longue avec une équipe multidisciplinaire.

Au Québec, certains patients atteints de cancer peuvent maintenant signaler leurs symptômes à l'aide d'une application sur leur téléphone cellulaire. Ils peuvent également utiliser leur téléphone pour s'inscrire à des rendez-vous à distance et répondre au questionnaire de dépistage de la COVID-19, des innovations conçues pour limiter les rencontres en personne pendant la pandémie.

D'autres provinces passent également à la collecte électronique des RSP. Une nouvelle initiative conjointe, entre le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse, portera sur la collecte et la déclaration électroniques des RSP pour les patients recevant une radiothérapie.



Réduire les taux de rappel pour anomalie dans le cadre du dépistage du cancer du sein

Partout au Canada, les taux de rappel pour anomalie (TRA) dans le cadre du dépistage du cancer du sein, c'est-à-dire le pourcentage de mammographies de dépistage interprétées comme anormales et nécessitant un suivi, dépassent les cibles nationales. En conséquence, des femmes qui n'ont peut-être pas de cancer peuvent être rappelées pour des examens de suivi inutiles, causant du stress chez ces patientes, et faisant peser un fardeau supplémentaire sur les ressources des soins de santé. De 2008 à 2017, les TRA pour les dépistages initiaux sont passés de 11,5 % à 17 %, et ceux pour les dépistages subséquents de 6 % à pratiquement 8 %²¹.

Pour résoudre ce problème, le Partenariat a travaillé avec les radiologistes et avec les acteurs du dépistage du cancer du sein, en vue d'élaborer le *Cadre d'action pancanadien pour optimiser les taux de rappel pour anomalie dans le dépistage du cancer du sein*²¹. Approuvé par la Société canadienne de l'imagerie mammaire, ce cadre met en évidence des approches fondées sur des données probantes en vue d'optimiser les TRA. Ce travail a pris une importance accrue à mesure que les programmes ont repris le dépistage, après la première vague de la pandémie, et continuera de jouer un rôle essentiel dans un système confronté à de futures perturbations. Les faux positifs sont à l'origine de contacts inutiles avec le système de santé et d'une utilisation de ressources qui seraient nécessaires pour éliminer les retards en matière de dépistage.

La prochaine étape, dont les travaux ont déjà commencé, consiste à mettre en œuvre les recommandations de ce cadre. Par exemple, grâce un financement du Partenariat, le Manitoba modifie sa dotation en personnel et ses flux de travail pour que plus d'un radiologiste interprète les résultats des mammographies anormales (double lecture).



Améliorer la qualité de la chirurgie du cancer

Plus de 80 % des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer auront besoin d'une intervention chirurgicale²². C'est souvent le seul moyen de guérir le cancer, tout en réduisant la nécessité d'autres traitements coûteux, comme la chimiothérapie et la radiothérapie.

Au cours des quatre dernières années, le Partenariat a collaboré avec d'éminents cliniciens et avec des programmes de lutte contre le cancer à l'élaboration de normes pancanadiennes visant à améliorer la qualité des interventions chirurgicales mammaires, rectales, thoraciques et gynécologiques^{23,24,25,26}. Le Partenariat a également réuni, pour la première fois, les 11 sociétés chirurgicales pancanadiennes, afin de former le Canadian Network of Surgical Associations for Cancer Care (CANSACC).

Cette année, ce réseau a publié le *Plan d'action pancanadien : Optimiser les soins chirurgicaux contre le cancer au Canada*²⁷. Approuvé par toutes les sociétés chirurgicales, ce plan d'action présente cinq priorités visant à assurer la prestation de soins chirurgicaux oncologiques coordonnés et de grande qualité au Canada. Il met en particulier l'accent sur la nécessité d'accroître l'équité dans l'ensemble du système, une priorité clé consistant à éliminer les obstacles aux soins chirurgicaux contre le cancer pour les populations vulnérables et mal desservies. En utilisant ce plan d'action comme une feuille de route, le CANSACC va maintenant lancer le travail avec des partenaires clés pour traduire les priorités en changements véritables dans l'ensemble du système de lutte contre le cancer.



Améliorer la qualité grâce aux rapports synoptiques

Les chirurgiens et les pathologistes de tout le pays partagent des données synoptiques sur leurs pratiques et sur leurs résultats, afin d'améliorer la qualité des soins contre le cancer.

Les rapports synoptiques utilisent des gabarits normalisés pour recueillir et consigner certains renseignements dans le dossier médical. Ces renseignements sont utilisés pour prendre des décisions thérapeutiques, tout en offrant également la possibilité de suivre les variations entre les cliniciens, les organisations et les régions et de mettre en évidence les changements nécessaires. Six projets, financés par le Partenariat dans tout le Canada, utilisent ces données pour déterminer et combler un certain nombre de lacunes, en vue d'améliorer le diagnostic et le traitement du cancer.

Dans le cadre de ces projets, des rapports de rétroaction détaillant leurs propres données, ainsi que celles d'autres chirurgiens ou d'autres pathologistes, sont transmis aux cliniciens. À chaque projet correspondent des objectifs d'amélioration de la qualité fondés sur des données probantes et des événements organisés à l'échelon de la communauté de praticiens (CdP) locale, offrant aux cliniciens l'occasion d'examiner leur propre rendement et d'y réfléchir, d'entrer en relation avec d'autres pathologistes et d'autres chirurgiens et d'en apprendre davantage sur les approches d'amélioration de la qualité. À ce jour, plus de 85 événements de CdP, auxquels ont participé plus de 500 cliniciens, ont eu lieu.



Répondre au besoin de professionnels des soins de santé

Alors que le nombre de personnes atteintes de cancer continue de croître, le système de lutte contre le cancer a du mal à répondre à la demande de professionnels de la santé qualifiés. Les spécialistes dispensent la majorité des soins contre le cancer, mais ils sont en nombre limité et sont principalement situés dans les centres les plus importants.

Le Partenariat élabore actuellement un outil de géocartographie visant à aider les territoires de compétence à mieux cerner les endroits où ils rencontrent des problèmes d'offre et de demande en matière de ressources humaines en santé. L'outil, qui sera lancé en 2022, cartographiera la disponibilité de huit types de professionnels de la santé en oncologie en fonction des nouveaux cas de cancer, des décès dus à la maladie et de sa prévalence. La cartographie sera disponible à l'échelon de la province ou du territoire, de la région sanitaire et du code postal, afin d'aider les territoires de compétence à mettre en évidence les disparités et à commencer à définir des solutions.

Certaines de ces solutions sont présentées dans une analyse de l'environnement des modèles de soins que le Partenariat est en train d'élaborer. En s'appuyant sur des entrevues et des ateliers, conduits à l'échelle de l'ensemble du système de lutte contre le cancer, le Partenariat a cerné des domaines de soins au sein desquels des modèles innovants pourraient aider à relever certains défis en matière de ressources humaines. Il s'agit, notamment, de modèles qui améliorent l'intégration avec les soins primaires, de sorte que les soins de suivi puissent être dispensés plus près du domicile des patients, ainsi que des « modèles en étoile » qui permettent la prestation de soins à partir d'un plus grand nombre d'emplacements reliés à un centre de cancérologie central, pour obtenir une expertise spécialisée.

L'analyse de l'environnement, qui sera publiée cet automne, mettra en lumière des modèles canadiens et internationaux novateurs, ainsi que les éléments clés nécessaires à leur mise en œuvre.



Aider les survivants du cancer à accéder à des soutiens en santé mentale

Les survivants du cancer sont souvent aux prises avec des problèmes physiques et émotionnels. En fait, une étude du Partenariat a révélé que 80 % des survivants avaient des problèmes de santé mentale et que peu d'entre eux avaient reçu le soutien dont ils auraient eu besoin²⁸.

Mettre les survivants en relation avec des soutiens communautaires s'avère, dans ce contexte, essentiel. La Société canadienne du cancer (SCC) propose une ligne téléphonique, permettant de se renseigner sur le cancer, et un outil répertoriant des services communautaires, permettant de mettre les patients, les survivants et les aidants en relation avec des ressources de proximité, notamment des groupes de soutien et des services de counseling. Grâce à un financement du Partenariat, la SCC allonge ses listes de ressources en santé mentale et mobilise les acteurs du système de santé, les pharmaciens communautaires, les intervenants en soins à domicile, ainsi que d'autres organismes communautaires et les partenaires de la télésanté, pour qu'ils aiguillent les survivants vers ces ressources. Le nombre de visites du répertoire de services communautaires a augmenté de 89 % en seulement six mois. Le Partenariat met également un financement à la disposition du site Web Cancer et travail en vue d'élaborer un cours en ligne à l'intention des fournisseurs de soins primaires, afin qu'ils disposent des compétences pour aider les survivants du cancer à préparer leur retour au travail.



Accroître l'accès aux essais cliniques dans les zones rurales ou éloignées

Les essais cliniques permettent aux chercheurs de mettre à l'essai de nouvelles approches de prévention, de diagnostic et de traitement du cancer. Ils permettent également aux patients d'accéder à des traitements et à des technologies innovants susceptibles d'améliorer leurs résultats ou leur qualité de vie. Pourtant, on estime que 10 millions de personnes au Canada vivant dans des régions rurales ou éloignées, à une distance trop importante du centre de cancérologie le plus proche, ne sont, de ce fait, pas en mesure de participer à des essais cliniques^{29,30}.

Grâce à un financement du Partenariat, le Réseau canadien d'essais cliniques sur le cancer (RCECC) a mis au point le Canadian Remote Access Framework for Clinical Trials (CRAFT) (Cadre canadien d'accès à distance pour les essais cliniques), qui a pour objectif de rendre les essais cliniques plus accessibles, peu importe le lieu de résidence d'une personne³¹. Ce cadre utilise un modèle en étoile, dans le cadre duquel les centres de santé locaux ou régionaux sont en mesure de fonctionner comme des satellites de grands centres de cancérologie et de fournir les soins et la surveillance nécessaires, en vue de permettre à des patients de s'inscrire à un essai clinique. L'année prochaine, des projets pilotes se dérouleront sur certains sites en Colombie-Britannique, en Ontario et à Terre-Neuve-et-Labrador.

Ce travail ouvre de nouvelles perspectives pour le monde canadien de la recherche dans son ensemble. En effet, non seulement une telle approche offre la possibilité d'élargir les options thérapeutiques pour tous les patients atteints de cancer, indépendamment de l'endroit où ils vivent, mais elle permet également de renforcer la recherche contre le cancer. À l'avenir, les participants aux essais cliniques représenteront un échantillon plus diversifié de la population, améliorant ainsi la fiabilité des résultats et permettant de les généraliser plus facilement à l'ensemble de la population canadienne.

Le Partenariat s'emploie également à augmenter le nombre d'essais cliniques disponibles pour les adolescents et les jeunes adultes (AJA) atteints de cancer. Un financement du Partenariat permet au RCECC d'appuyer les essais cliniques ciblant les AJA, par l'entremise du Conseil C¹⁷, un réseau de centres pédiatriques.

MONTREZ L'EXEMPLE PAR L'INNOVATION EN 2021/22

Maintenir des soins de qualité en situation de crise, tout en faisant des progrès notables vers l'atteinte des objectifs de la Stratégie

La pandémie a eu des répercussions disproportionnées sur les populations mal desservies, aggravant des inégalités déjà présentes au sein des systèmes de santé et de lutte contre le cancer. Cette réalité a guidé les efforts continus du Partenariat pour aider les partenaires à répondre à la pandémie et a renforcé son engagement à faire avancer les mesures qui concrétiseront la vision de la Stratégie d'un système de lutte contre le cancer équitable pour l'ensemble de la population canadienne. En tant que coordonnateurs de la Stratégie, nous poursuivons notre collaboration avec nos partenaires et avec le système de lutte contre le cancer dans son ensemble, en vue d'assurer des soins de qualité, dans les délais requis, pour toutes les Canadiennes et tous les Canadiens.

Le Partenariat continuera de concevoir, de financer et de mettre en œuvre des initiatives visant à atteindre ses résultats pour 2022 et à créer une dynamique pour l'avenir. Ce travail, qui reflète les priorités recensées dans la Stratégie, portera notamment sur les objectifs suivants :

- **Établir des programmes de dépistage du cancer du poumon** – Le déploiement du dépistage organisé du cancer du poumon se poursuivra, la planification préalable de programmes pilotes, étant en cours dans tout le pays.
- **Éliminer le cancer du col de l'utérus** – Avec le soutien du Partenariat, les partenaires rétabliront et restructureront les programmes de vaccination contre le VPH, afin qu'ils touchent un plus grand nombre de jeunes, notamment originaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis; ils accéléreront la mise en œuvre du dépistage primaire par détection du VPH, en utilisant notamment l'autoprélèvement, une option importante pour atteindre les populations mal desservies; et ils mettront en œuvre un suivi plus rapide pour celles qui en ont besoin.
- **Rendre des comptes à la population canadienne** – Le Partenariat lancera son outil de déclaration en ligne accessible au public, une nouvelle approche pour rendre des comptes aux patients et à la population en général sur les progrès réalisés dans le cadre de la Stratégie et sur l'état de la lutte contre le cancer au Canada.
- **Mettre en place de nouveaux modèles de soins** – Le Partenariat fournira des ressources et du soutien

afin d'aider les provinces et les territoires à mettre en œuvre de nouvelles façons de dispenser les soins contre le cancer, avec comme objectif de combler les pénuries en matière de ressources humaines en santé et de rapprocher les soins du domicile des patients.

En outre, le Partenariat prolongera un certain nombre de projets existants menés avec des partenaires, qui ont été retardés en raison de la COVID-19.

Planification de la prochaine phase de travaux

Le Partenariat élaborera également son plan d'affaires 2022-2027, qui mettra l'accent sur l'avancement des priorités et des mesures énoncées dans la Stratégie, ainsi que sur le soutien aux partenaires et au système de santé dans son ensemble, dans le contexte de la reprise postpandémie. Il s'agira de nouveaux travaux, mais également de l'accélération de certaines initiatives existantes fructueuses, notamment les travaux effectués pour mettre en œuvre le dépistage du cancer du poumon, pour éliminer le cancer du col de l'utérus et pour mettre en place des programmes de dépistage du cancer plus résilients.

Tout au long de la pandémie, le Partenariat a travaillé en étroite collaboration avec des partenaires pour répondre à leurs besoins, dans un contexte où ils tentaient de s'adapter à un environnement de soins de santé en évolution rapide. Sur la base de cette expérience, le Partenariat continuera à évoluer et à modifier la façon dont il travaille, en vue de soutenir plus efficacement ses partenaires dans un monde pandémique et postpandémique.

L'engagement du Partenariat à améliorer l'équité au sein du système de lutte contre le cancer l'appelle, et appelle ses partenaires, à adopter de nouvelles approches et à collaborer avec de nouveaux partenaires, dans le contexte d'un travail collaboratif visant l'atteinte de ses résultats attendus pour 2027. Dans ce cadre, il pourra s'appuyer sur près de 15 ans d'expérience dans l'établissement de solides partenariats et dans l'harmonisation des priorités stratégiques, d'un océan à l'autre. Grâce à ses travaux en collaboration, il poursuivra ses innovations en matière de lutte contre le cancer et permettra l'émergence d'un système durable et plus équitable pour l'avenir.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021



Graham Sher, M.D.

Président, Partenariat canadien contre le cancer;
président-directeur général, Société
canadienne du sang



Helen Mallovy Hicks

Vice-présidente, Partenariat canadien contre le
cancer; partenaire et responsable mondiale du
groupe Évaluation, PricewaterhouseCoopers s.r.l



Julien Billot

Président-directeur général, Scale AI;
professeur associé, HEC Montréal



Rubis Braun

Sous-ministre de la Santé, gouvernement
du Nunavut



Kim Nguyen Chi, M.D.

Médecin-chef, BC Cancer
(élu en octobre 2020)



Ewan Clark

Conseiller juridique, Cox & Palmer



André Corriveau, M.D.

Consultant en santé publique



Michael Crump, M.D.

Hématologue et chercheur
clinicien, Princess Margaret Cancer Centre



Linda Dempster

Vice-présidente, Expérience des patients et
réponse à la pandémie, Fraser Health Authority



Darren Dick

Directeur des relations extérieures, École de droit
Schulich, Université Dalhousie



Mélanie Fraser

Sous-ministre associée, Services de santé,
ministère de la Santé de l'Ontario



Desirée Hao, M.D.

Oncologue médicale, Tom Baker Cancer Centre;
professeure agrégée de médecine, Cumming
School of Medicine, Université de Calgary



Karen Herd

Sous-ministre de la Santé, des Aînés et de la Vie
active du Manitoba



Abby Hoffman

Observatrice; sous-ministre adjointe,
Direction générale de la politique stratégique;
Santé Canada *(a quitté le conseil en juin 2020)*



Eshwar Kumar, M.D.

Médecin hygiéniste, Réseau du cancer du
Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé



Darren Larsen, M.D.

Médecin hygiéniste en chef, OntarioMD



Jean Latreille, M.D.

Observateur; directeur national, Programme
québécois de cancérologie (Programme québécois
de lutte contre le cancer), ministère de la Santé et
des Services sociaux du Québec



Cynthia Morton

Présidente-directrice générale,
Partenariat canadien contre le cancer



Mary O'Neill

Directrice d'entreprise



Ian Rongve

Sous-ministre adjoint, Division des services
provinciaux, hospitaliers et de laboratoire,
ministère de la Santé de la Colombie-Britannique
(a quitté le conseil en juin 2020)



David Sabapathy, M.D.

Médecin hygiéniste en chef adjoint, ministère de la
Santé et du Bien-être de l'Île-du-Prince-Édouard



Andrea Seale

Chef de la direction, Société canadienne du cancer



Cheryl Smith

Préfète, municipalité rurale de Saint-Laurent;
directrice, district d'Entre-les-Lacs pour
l'Association des municipalités du Manitoba



Kendal Weber

Observatrice; sous-ministre adjointe, Direction
générale de la politique stratégique; Santé Canada
(s'est jointe au conseil en juin 2020)



Jeff Zweig

Président et chef de la direction,
Mosaic Forest Management

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Aux membres du Partenariat canadien contre le cancer

Opinion

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints du Partenariat canadien contre le cancer (ci-après le « Partenariat »), qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2021, les états des résultats, de l'évolution de l'actif net et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes complémentaires aux états financiers, y compris un résumé des principales méthodes comptables.

À notre avis, les états financiers ci-joints donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Partenariat au 31 mars 2021, ainsi que des résultats de son exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour les organismes sans but lucratif.

Fondement de l'opinion

Nous avons effectué notre audit conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Les responsabilités qui nous incombent en vertu de ces normes sont plus amplement décrites dans la section « Responsabilités de l'auditeur à l'égard de l'audit des états financiers » du présent rapport. Nous sommes indépendants du Partenariat conformément aux règles de déontologie qui s'appliquent à notre audit des états financiers au Canada et nous nous sommes acquittés des autres responsabilités déontologiques qui nous incombent selon ces règles. Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

Responsabilités de la direction et des responsables de la gouvernance à l'égard des états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour les organismes sans but lucratif, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Lors de la préparation des états financiers, c'est à la direction qu'il incombe d'évaluer la capacité du Partenariat à poursuivre son exploitation, de communiquer, le cas échéant, les questions relatives à la continuité de l'exploitation et d'appliquer le principe comptable de continuité d'exploitation, sauf si la direction a l'intention de liquider l'organisme ou de cesser son activité ou si aucune autre solution réaliste ne s'offre à elle.

Il incombe aux responsables de la gouvernance de surveiller le processus d'information financière du Partenariat.

Responsabilités de l'auditeur à l'égard de l'audit des états financiers

Nos objectifs sont d'obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers pris dans leur ensemble sont exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs, et de délivrer un rapport de l'auditeur contenant notre opinion. L'assurance raisonnable correspond à un niveau élevé d'assurance, qui ne garantit toutefois pas qu'un audit réalisé conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada permettra toujours de détecter toute anomalie significative qui pourrait exister. Les anomalies peuvent résulter de fraudes ou d'erreurs et elles sont considérées comme significatives lorsqu'il est raisonnable de s'attendre à ce que, individuellement ou collectivement, elles puissent influencer sur les décisions économiques que les utilisateurs des états financiers prennent en se fondant sur ceux-ci.

Dans le cadre d'un audit réalisé conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada, nous exerçons notre jugement professionnel et faisons preuve d'esprit critique tout au long de cet audit. En outre :

- nous identifions et évaluons les risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs, concevons et mettons en œuvre des procédures d'audit en réponse à ces risques, et réunissons des éléments probants suffisants et appropriés pour fonder notre opinion. Le risque de non-détection d'une anomalie significative résultant d'une fraude est plus élevé que celui d'une anomalie significative résultant d'une erreur, car la fraude peut impliquer la collusion, la falsification, les omissions volontaires, les fausses déclarations ou le contournement du contrôle interne;
- nous acquérons une compréhension des éléments du contrôle interne pertinents pour l'audit afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne du Partenariat;
- nous apprécions le caractère approprié des méthodes comptables retenues et le caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que des informations y afférentes fournies par cette dernière;
- nous tirons une conclusion quant au caractère approprié de l'utilisation par la direction du principe comptable de continuité d'exploitation et, selon les éléments probants obtenus, quant à l'existence ou non d'une incertitude significative liée à des événements ou situations susceptibles

de jeter un doute important sur la capacité du Partenariat à poursuivre son exploitation. Si nous concluons à l'existence d'une incertitude significative, nous sommes tenus d'attirer l'attention des lecteurs de notre rapport sur les informations fournies dans les états financiers au sujet de cette incertitude ou, si ces informations ne sont pas adéquates, d'exprimer une opinion modifiée. Nos conclusions s'appuient sur les éléments probants obtenus jusqu'à la date de notre rapport. Des événements ou situations futurs pourraient par ailleurs amener le Partenariat à cesser son exploitation;

- nous évaluons la présentation d'ensemble, la structure et le contenu des états financiers, y compris les informations fournies dans les notes, et apprécions si les états financiers représentent les opérations et événements sous-jacents d'une manière propre à donner une image fidèle.

Nous communiquons aux responsables de la gouvernance notamment l'étendue et le calendrier prévus des travaux d'audit et nos constatations importantes, y compris toute déficience importante du contrôle interne que nous aurions relevée au cours de notre audit.

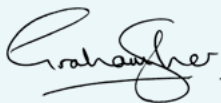
BDO Canada LLP

Comptables professionnels agréés,
experts-comptables autorisés
Oakville (Ontario)
Le 23 juin 2021

État des résultats et de l'évolution de l'actif net

Exercice terminé le 31 mars	2021	2020
	\$	\$
Expenses		
Prévention	2 929 094	3 332 119
Dépistage	3 525 864	2 960 397
Diagnostic du cancer et soins	3 005 194	2 897 651
Expérience du patient	5 055 076	5 553 149
Recherche	5 392 956	6 617 845
Lutte contre le cancer chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis	7 208 563	7 518 054
Rendement du système	2 557 387	2 227 606
Stratégie et analyse (Note 5)	2 971 601	3 124 533
Mobilisation des connaissances (Notes 5 et 9)	3 189 848	4 024 167
Engagement et sensibilisation du public	1 808 365	1 851 658
Soutien aux programmes	2 028 999	1 785 313
	39 672 947	41 892 492
Charges de fonctionnement (Notes 4 et 9)	8 343 598	7 997 379
	48 016 545	49 889 871
Produits		
Gouvernement du Canada (Note 7)	47 001 768	48 740 258
Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé	957 097	500 000
Autres financements	57 680	649 613
	48 016 545	49 889 871
Excédent des produits sur les charges de l'exercice et actif net, à la fin de l'exercice	-	-

Approuvé par le conseil d'administration,


Graham Sher

Président du conseil d'administration


Helen Mallovy HicksPrésidente du comité des finances,
de la vérification et de la gestion des risques

État de la situation financière

Au 31 mars	2021	2020
	\$	\$
Actifs		
Court terme		
Encaisse	4 668 046	1 712 144
Placements à court terme	5 020 979	3 003 132
Débiteurs	304 820	444 036
Projets en cours et avances (Note 3)	6 344 986	5 473 903
Charges payées d'avance	689 460	824 698
	17 028 291	11 457 913
Immobilisations corporelles (Note 4)	2 547 156	2 956 153
Actifs incorporels (Note 5)	113 953	227 907
	2 661 109	3 184 060
	19 689 400	14 641 973
Passifs et actif net		
Court terme		
Créditeurs et charges à payer	4 337 518	3 198 298
Sommes à remettre à l'État (Note 6)	52 748	73 576
Apports reportés – charges des périodes futures (Note 7(a))	12 216 320	7 777 085
	16 606 586	11 048 959
Apports reportés – immobilisations corporelles et actifs incorporels (Note 7(b))	2 073 813	2 514 816
Avantages incitatifs (Note 8)	1 009 001	1 078 198
	3 082 814	3 593 014
	19 689 400	14 641 973
Actif net	-	-
	19 689 400	14 641 973

Engagements et garanties (Notes 10 et 11)

État des flux de trésorerie

Exercice terminé le 31 mars	2021	2020
	\$	\$
Augmentation (diminution) de l'encaisse		
Activités d'exploitation		
Apports du gouvernement du Canada reçus (Note 7)	51 000 000	51 000 000
Autres apports reçus	1 020 403	1 321 992
Intérêts reçus sur les placements à court terme	72 456	207 826
Intérêts versés au gouvernement du Canada	(110 864)	(206 826)
Trésorerie versée pour les programmes et les charges de fonctionnement	(46 837 962)	(53 332 730)
	5 144 033	(1 009 738)
Activités d'investissement		
Acquisition de placements à court terme	(9 500 000)	(3 000 000)
Rachat de placements à court terme	7 500 000	2 638 435
	(2 000 000)	(361 565)
Activités de financement		
Acquisition d'immobilisations corporelles et d'actifs incorporels	(188 131)	(319 763)
Avantages incitatifs	-	-
	(188 131)	(319 763)
Augmentation (diminution) de l'encaisse	2 955 902	(1 691 066)
Encaisse, au début de l'exercice	1 712 144	3 403 210
Encaisse, à la fin de l'exercice	4 668 046	1 712 144

Notes complémentaires aux états financiers

1. Description de l'organisme

Le Partenariat canadien contre le cancer (ci-après le « Partenariat ») a été constitué le 24 octobre 2006 en vertu de la *Loi sur les corporations canadiennes* et a commencé ses activités de démarrage le 1^{er} janvier 2007 afin de mettre en œuvre la stratégie canadienne de lutte contre le cancer. En juin 2013, le Partenariat a soumis des statuts de prorogation à Industrie Canada et a fait la transition vers la *Loi canadienne sur les organisations à but non lucratif*.

En mettant en œuvre la stratégie canadienne de lutte contre le cancer, le Partenariat joue un rôle unique avec ses partenaires en encourageant l'utilisation intergouvernementale du savoir issu de la recherche sur le cancer et des meilleures pratiques afin d'optimiser la planification de la lutte contre le cancer et de mettre en œuvre des améliorations à l'égard de la qualité de la pratique partout au pays. Les partenaires comprennent des programmes contre le cancer provinciaux et territoriaux, des organisations et organismes fédéraux, des organismes œuvrant auprès des Premières Nations, des Inuits et des Métis, des organismes de santé nationaux et des associations de patients, ainsi que des spécialistes indépendants qui offrent des avis et des conseils stratégiques sur la lutte contre le cancer du point de vue des patients et des professionnels de la santé.

Axé sur le processus complet de la lutte contre le cancer, de la prévention au traitement jusqu'à la survie et aux soins de fin de vie, le Partenariat encourage le travail collectif de l'importante communauté de la lutte contre le cancer en obtenant des résultats à long terme qui auront une incidence directe sur la santé des Canadiens afin :

- a) de réduire l'incidence du cancer;
- b) de réduire le risque de mourir d'un cancer pour les Canadiens;
- c) d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer.

Le Partenariat est financé principalement au moyen d'une convention de financement avec le gouvernement du Canada. La convention de financement initiale a fourni des apports de 240,4 millions de dollars au cours de la période de cinq ans terminée le 31 mars 2012. La seconde convention de financement a fourni un apport de 239,6 millions de dollars pour la période du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2017. Le 17 mars 2017, le Partenariat a signé une convention d'apport avec le gouvernement du Canada, fournissant un apport de 237,5 millions de dollars au cours de la période de cinq ans se terminant le 31 mars 2022. Le financement est assujéti aux conditions présentées dans la convention d'apport, notamment l'affectation de fonds par le Parlement du Canada

pour le prochain exercice.

Le Partenariat est inscrit à titre de société sans but lucratif en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* et, par conséquent, il est exonéré des impôts sur le revenu.

2. Principales méthodes comptables

Présentation des états financiers

Les présents états financiers ont été établis selon les Normes comptables canadiennes pour les organismes sans but lucratif et comprennent les principales méthodes comptables suivantes :

Comptabilisation des produits

Le Partenariat utilise la méthode du report pour la comptabilisation des apports affectés. Les apports reçus du gouvernement du Canada sont comptabilisés à titre de produits au cours de l'exercice pendant lequel les charges connexes sont comptabilisées.

Les apports visant l'acquisition d'immobilisations corporelles et d'actifs incorporels sont comptabilisés à titre d'apports reportés – immobilisations corporelles et actifs incorporels et sont par la suite comptabilisés à titre de produits selon les mêmes modalités et la même méthode que l'amortissement des immobilisations corporelles et des actifs incorporels connexes.

Placements à court terme

Les placements à court terme comprennent des dépôts dans des comptes d'épargne à taux d'intérêt élevés et des dépôts qui, à l'acquisition, sont assortis d'échéances de moins d'un an. En vertu des conditions de la convention d'apport conclue avec le gouvernement du Canada, les produits financiers, qui sont uniquement composés d'intérêts, sont inscrits au compte du gouvernement du Canada et sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice.

Immobilisations

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût et sont amorties selon la méthode de l'amortissement linéaire sur leur durée de vie utile estimative de la façon suivante :

Technologies de l'information et télécommunications	3 ans
Mobilier et matériel	5 ans
Améliorations locatives	Sur la durée du bail

Actifs incorporels

Les actifs incorporels sont comptabilisés au coût et sont amortis selon la méthode de l'amortissement linéaire sur leur durée de vie utile estimative de la façon suivante :

Développement du portail et des logiciels	3 ans
---	-------

Instruments financiers

Le Partenariat considère tout contrat qui crée un actif ou un passif financier comme un instrument financier.

Le Partenariat comptabilise les éléments suivants dans les instruments financiers :

- Encaisse;
- Placements à court terme;
- Débiteurs;
- Projets en cours;
- Crédoiteurs et charges à payer;
- Sommes à remettre à l'État.

Un actif ou un passif financier est comptabilisé lorsque le Partenariat devient une partie aux dispositions contractuelles de l'instrument. Le Partenariat retire les passifs financiers, ou une partie de ceux-ci, lorsque l'obligation est acquittée ou annulée, ou lorsqu'elle expire.

L'évaluation initiale des actifs financiers et des passifs financiers par le Partenariat se fait à la juste valeur. Si un actif ou un passif financier n'est pas évalué ultérieurement à la juste valeur, la valeur initiale sera ajustée en fonction du montant des frais de financement et des coûts de transaction directement attribuables à sa création, à son acquisition, à son émission ou à sa prise en charge. Par la suite, le Partenariat évalue tous ses actifs financiers et ses passifs financiers au coût ou au coût après amortissement moins la dépréciation.

À la clôture de chaque exercice, le Partenariat évalue s'il existe ou non des indices que les actifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement ont subi une perte de valeur. Lorsqu'il existe un indice de dépréciation, le Partenariat détermine si

un changement significatif défavorable a eu lieu au cours de la période dans le délai prévu ou dans le montant des flux de trésorerie futurs à tirer de cet actif financier. Le cas échéant, les valeurs comptables des actifs sont réduites à la plus élevée de la valeur attendue qui est recouvrable des actifs, soit en détenant les actifs, soit en les vendant ou en exerçant le droit à tout actif détenu en garantie après les coûts. Les valeurs comptables des actifs sont réduites directement ou en utilisant un compte de provision et le montant de la réduction est comptabilisé à titre de perte de valeur à l'état des résultats.

Utilisation d'estimations

La direction révisé les valeurs comptables des postes des états financiers à chaque date d'état de la situation financière afin d'évaluer le besoin de révision ou la possibilité de dépréciation. Lors de la préparation des états financiers, plusieurs postes exigent la meilleure estimation de la part de la direction. La direction détermine ces estimations en s'appuyant sur les hypothèses qui reflètent la conjoncture économique la plus probable et les mesures qu'elle entend prendre.

Les présentes estimations sont révisées régulièrement, et des ajustements appropriés sont faits à l'excédent des produits sur les charges pour l'exercice où ils deviennent connus.

Les éléments assujettis aux estimations significatives de la direction comprennent la durée de vie utile estimative des immobilisations corporelles et des actifs incorporels. Les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

3. Projets en cours et avances

Les projets en cours et les avances représentent les projets pour lesquels le Partenariat a avancé des fonds à des tiers partenaires et dans le cadre desquels des étapes étaient en voie d'achèvement, et dont les fonds n'avaient pas été utilisés par le tiers partenaire.

4. Immobilisations

			2021	2020
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
	\$	\$	\$	\$
Technologies de l'information et télécommunications	1 528 936	1 419 542	109 394	230 399
Mobilier et matériel	908 584	693 651	214 933	246 008
Améliorations locatives	3 247 695	1 024 866	2 222 829	2 479 746
	5 685 215	3 138 059	2 547 156	2 956 153

Une charge d'amortissement de 597 128 \$ (2020 - 776 761 \$) liée aux immobilisations corporelles est comprise dans les charges de fonctionnement. Au cours de l'exercice, aucune immobilisation corporelle n'a été cédée (2020 - 279 838 \$)

5. Actifs incorporels

			2021	2020
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
	\$	\$	\$	\$
Portail et logiciels	1 670 405	1 556 452	113 953	227 907
	1 670 405	1 556 452	113 953	227 907

Une charge d'amortissement de 113 954 \$ (2020 - 113 954 \$) relative aux actifs incorporels est comprise dans les charges liées à la mobilisation des connaissances ainsi qu'à la stratégie et à l'analyse. Au cours de l'exercice, aucun actif incorporel n'a été cédé (2020 - néant \$).

6. Sommes à remettre à l'État

	2021	2020
	\$	\$
Intérêts reçus sur les placements à court terme à payer	18 303	64 151
Retenues salariales et autres charges	34 445	9 425
Sommes à remettre à l'État	52 748	73 576

7. Apports reportés**(a) Charges des périodes futures**

Les apports reportés sont affectés aux charges des périodes futures.

	2021	2020
	\$	\$
Apports reportés, au début de l'exercice	7 777 085	5 028 339
Apports reçus du gouvernement du Canada au cours de l'exercice courant	51 000 000	51 000 000
Intérêts gagnés sur les apports reçus	65 017	201 517
	58 842 102	56 229 856
Montants comptabilisés comme produits au cours de l'exercice	(46 372 634)	(47 931 491)
Montant attribué à l'acquisition d'immobilisations corporelles et d'actifs incorporels	(188 131)	(319 763)
Intérêts versés au gouvernement du Canada	(46 714)	(137 366)
Intérêts à verser au gouvernement du Canada	(18 303)	(64 151)
Apports reportés, à la fin de l'exercice	12 216 320	7 777 085

(b) Immobilisations corporelles et actifs incorporels

Les apports reportés liés aux immobilisations corporelles et actifs incorporels comprennent les fractions non amorties des apports au moyen desquels les immobilisations corporelles et les actifs incorporels ont été acquis.

	2021	2020
	\$	\$
Apports reportés, au début de l'exercice	2 514 816	3 003 820
Apports attribués aux acquisitions d'immobilisations corporelles et d'actifs incorporels	188 131	319 763
Montants comptabilisés comme produits au cours de l'exercice	(629 134)	(808 767)
Apports reportés, à la fin de l'exercice	2 073 813	2 514 816

Le total des produits provenant du gouvernement du Canada de 47 001 768 \$ (2020 - 48 740 258 \$) comptabilisés au cours de l'exercice comprend les montants comptabilisés comme produits provenant des immobilisations corporelles et des actifs incorporels.

8. Avantages incitatifs

Les avantages incitatifs comprennent les montants suivants :

	2021	2020
	\$	\$
Améliorations locatives	587 296	669 244
Loyer gratuit et autre	421 705	408 954
Total des avantages incitatifs	1 009 001	1 078 198

Au cours de l'exercice, des améliorations locatives et d'autres avantages incitatifs d'une valeur de 12 751 \$ (2020 - 12 751 \$) ont été provisionnés. L'amortissement des améliorations locatives est de 81 948 \$ (2020 - 81 948 \$).

9. Ventilation des charges

Le site Web du Partenariat et d'autres actifs numériques sont des canaux essentiels pour soutenir l'utilisation intergouvernementale du savoir issu de la recherche sur le cancer et des meilleures pratiques afin de mettre en œuvre des améliorations à l'égard de la qualité de la pratique partout au pays. Pour ce faire, des charges liées aux technologies de l'information et aux ressources humaines ont été imputées en fonction du niveau d'effort déployés dans le cadre du programme de mobilisation des connaissances, soit 2 028 840 \$ (2020 - 2 006 324 \$).

10. Engagements

Engagements contractuels

Au 31 mars 2021, le Partenariat avait des engagements contractuels liés à des projets particuliers et à des services professionnels d'environ 42,7 millions de dollars (2020 - 46,5 millions de dollars), lesquels sont assujettis aux modalités stipulées dans les conventions connexes. Plus précisément, ces engagements liés à des projets sont conditionnels à la réalisation des étapes du projet ainsi qu'à des livrables établis dans les conventions. Ces engagements contractuels se détaillent comme suit :

	(en milliers de dollars)
2022	42 663

Engagements en vertu de contrats de location-exploitation

Les paiements minimums exigibles en vertu des contrats de location-exploitation pour les installations et le matériel pour les cinq prochains exercices et par la suite s'établissent comme suit :

	(en milliers de dollars)
2022	742
2023	750
2024	750
2025	750
2026	793
2027 et par la suite	1 737
	5 522

11. Garanties

Dans le cours normal de ses activités, le Partenariat conclut des conventions qui répondent à la définition d'une garantie.

Le Partenariat a versé des engagements d'indemnisation en vertu d'une convention de bail pour l'utilisation d'installations d'exploitation. Selon les modalités de cette convention, le Partenariat doit indemniser les contreparties pour différents éléments, y compris, mais sans s'y limiter, tous les passifs, pertes, poursuites engagées et dommages qui surviennent pendant la durée de la convention ou par la suite. Le montant maximal de tout paiement futur potentiel ne peut être raisonnablement estimé. Le Partenariat a souscrit une police d'assurance immeuble commercial et responsabilité civile générale relativement à ces engagements d'indemnisation.

Le Partenariat indemnise ses administrateurs, dirigeants et salariés, actuels et futurs, à l'égard de frais, de montants découlant d'un jugement ou de montants réellement engagés par ces derniers ou pouvant avoir été raisonnablement engagés relativement à des poursuites ou à des procédures judiciaires aux termes desquelles les administrateurs sont poursuivis dans le cadre de leurs fonctions, s'ils ont agi en toute honnêteté et en toute bonne foi au mieux des intérêts du Partenariat. La nature même des engagements d'indemnisation ne permet pas au Partenariat d'estimer au prix d'un effort raisonnable le risque maximal en cause. Le Partenariat a souscrit une assurance responsabilité civile pour ses administrateurs et dirigeants afin de couvrir ce genre d'indemnisation..

12. Éventualités

Le Partenariat est membre de Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC), qui a été établie par des hôpitaux et d'autres organisations pour s'autoassurer. Si le total des primes payées n'est pas suffisant pour couvrir les réclamations, le Partenariat devra fournir du financement supplémentaire en fonction de la participation.

Depuis sa création, HIROC a accumulé un excédent non affecté, qui correspond au total des primes payées par tous les adhérents et des produits financiers moins l'obligation relative aux provisions pour sinistres ainsi que les dépenses et les charges de fonctionnement. Chaque adhérent ayant un excédent de primes et de produits financiers au titre de l'obligation relative aux provisions pour sinistres et charges de fonctionnement peut être admissible à des distributions correspondant à sa part des excédents non affectés au moment où les distributions sont déclarées par le conseil d'administration de HIROC.

13. Régime de retraite

Au cours de l'exercice, le Partenariat a changé de régime de retraite pour participer au Healthcare of Ontario Pension Plan (le « HOOPP ») et pratiquement tous les employés du Partenariat en sont membres. Le HOOPP est un régime interentreprises à prestations définies comptabilisé à titre de régime à cotisations définies étant donné qu'il n'existe pas suffisamment d'informations pour suivre les notes d'orientation relatives aux régimes à prestations définies. Les cotisations de l'employeur versées au régime par le Partenariat au cours de l'année en cours se sont élevées à 665 862 \$ et sont présentées dans l'état des résultats et de l'évolution de l'actif net.

14. Pandémie de COVID-19

Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré que l'éclosion de COVID-19 était devenue une pandémie compte tenu de l'augmentation rapide de l'exposition mondiale.

La pandémie de COVID-19 pourrait avoir une incidence sur le montant et le moment de la comptabilisation des produits dans les résultats financiers du Partenariat. La direction surveille de près l'incidence de la COVID-19 sur sa situation financière, son exploitation, ses tiers partenaires, ses fournisseurs, son secteur et son effectif. On ne connaît toujours pas toutes les conséquences potentielles de la pandémie de COVID-19 sur le Partenariat.

TIERS

Les organisations citées ci-dessous ont reçu un financement de la part du Partenariat canadien contre le cancer au cours de l'exercice 2020-2021, afin de faire progresser le travail relatif à la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer. La participation de ces organisations s'est effectuée conformément à notre politique d'approvisionnement publiée sur le site www.partenariatcontrecancer.ca.

Alberta First Nations
Information Governance Centre

Alberta Health Services

Association pour la santé publique
du Québec

BC Cancer

BC Cancer Foundation

Association canadienne des
radiologistes

Association canadienne de
chirurgie thoracique

Société canadienne du cancer

Canadian Indigenous Nurses Association

Organisation canadienne
des médecins médicaux

Portail canadien en soins palliatifs

Action cancer Manitoba

Centre de toxicomanie et
de santé mentale

Centre for Effective Practice

CIUSSS – Ouest-de-l'Île-de-Montréal

CIUSSS de l'Estrie - Centre hospitalier
universitaire de Sherbrooke

Régie de santé de l'Est –
Terre-Neuve-et-Labrador

Régie de la santé des Premières Nations

Gouvernement des Territoires
du Nord-Ouest

Gouvernement du Yukon

Santé Î.-P.-É.

Réseau de santé Horizon

Institut universitaire de cardiologie et
de pneumologie de Québec

Office régional de la santé
d'Entre-les-Lacs et de l'Est

Kenora Chiefs Advisory

Lennox Island Health Centre

Fédération Métisse du Manitoba

Université McMaster

Métis Nation of Alberta

Métis Nation British Columbia

Métis Nation of Ontario

Ralliement national des Métis

Métis Nation of Saskatchewan

Ministère de la Santé
du Nouveau-Brunswick

Newfoundland and Labrador
Centre for Health Information

Northern Inter-Tribal Health Authority

Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse

Gouvernement du Nunatsiavut

Régie régionale de la santé et des
services sociaux Nunavik

Santé Ontario

Institut ontarien de recherche
sur le cancer

Institut de recherche de l'Hôpital
d'Ottawa

Municipalité régionale de York

Municipalité rurale de St. Laurent

Saskatchewan Cancer Agency

Saskatchewan Health Authority

Université Simon Fraser

Hôpital St. Michael

Statistique Canada

Tobique Indian Band Health Department

Tungasuvvingat Inuit

Union of Nova Scotia Mi'kmaq

Réseau universitaire de santé

Université de l'Alberta

Université de Toronto

Université Western Ontario

Réseau pour la santé publique urbain

Young Adults Cancer Canada

Régie des hôpitaux du Yukon

DOCUMENTS PUBLIÉS

Du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

Élaborer et mettre en œuvre des programmes et des politiques de prévention nationaux

[Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030](#)

[Dépistage primaire par détection du VPH et suivi des résultats anormaux : analyse de l'environnement](#)

[Vaccination contre le VPH pour prévenir le cancer du col de l'utérus](#)

[Couverture des aides à l'abandon du tabagisme au Canada, mars 2020](#)

Améliorer l'accès à des services de dépistage de qualité élevée et centrés sur la personne dans le domaine du cancer

[Gestion des services de dépistage du cancer pendant la pandémie de COVID-19 et mise en place de services de dépistage résilients, plus sûrs et équitables :](#)

[Document d'orientation](#)

[Cadre d'action pancanadien pour optimiser les taux de rappel pour anomalie dans le dépistage du cancer du sein](#)

[Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada : analyse de l'environnement \(2019-2020\)](#)

[Dépistage du cancer colorectal au Canada : analyse de l'environnement \(2019-2020\)](#)

[Dépistage du cancer du sein au Canada : analyse de l'environnement \(2019-2020\)](#)

[Dépistage du cancer du poumon au Canada : analyse de l'environnement \(2019-2020\)](#)

[Interventions axées sur l'équité visant à accroître la participation au dépistage du cancer colorectal](#)

[Cerner les caractéristiques des approches de dépistage pour les personnes présentant un risque accru de cancer colorectal](#)

Mettre en œuvre des normes en matière de qualité et des innovations dans les soins

[Directives sur la gestion de la chirurgie du cancer pendant la pandémie de COVID-19](#)

[Plan d'action pancanadien : Optimiser les soins chirurgicaux contre le cancer au Canada](#)

Améliorer les transitions pour les patients

[Répondre aux besoins des survivants du cancer en matière de santé mentale et de retour au travail](#)

[Déterminer les approches et les ressources éducatives pour favoriser des transitions harmonieuses entre les programmes de soins liés au cancer et les soins primaires](#)

Renforcer la coordination de la recherche canadienne sur le cancer

[La Vision canadienne de la recherche sur le cancer](#)

[Investissements dans la recherche sur le cancer au Canada, 2018](#)

Mise en œuvre de la stratégie de lutte contre le cancer chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis

[www.partnershipagaincancer/fr/ca/fr/about-us/who-we-are/first-nations-inuit-metis/](#) (lancement d'une nouvelle section du site Web concernant les Premières Nations, les Inuits et les Métis, avril 2020)

Optimiser la valeur des données grâce à la mobilisation des connaissances

[Cancer du poumon et équité : rapport axé sur le revenu et la géographie](#)

Quantifier le fardeau du cancer

[Le fardeau économique du cancer au Canada \(infographie\)](#)

[The Indirect Cost Burden of Cancer Care in Canada: A Systematic Literature Review \(le fardeau des coûts indirects des soins du cancer au Canada : examen systématique de la documentation, en anglais seulement\)](#)

[The psychosocial cost burden of cancer: A Systematic literature review \(le fardeau des coûts psychosociaux du cancer : examen systématique de la documentation, en anglais seulement\)](#)

[The Out-of-Pocket Cost Burden of Cancer Care—A Systematic Literature Review \(le fardeau des coûts du cancer déboursés directement : examen systématique de la documentation, en anglais seulement\)](#)

Modèles de soins

[Rapid Synthesis: Enhancing Shared-care Models Between Primary-care Teams and Oncology in Post-treatment Care \(synthèse rapide : améliorer les modèles de soins partagés entre les équipes de soins primaires et d'oncologie dans les soins postérieurs au traitement, en anglais seulement\)](#)

Organisation

[Faire ce qui ne peut être fait qu'ensemble : Rapport annuel 2019-2020](#)

AUTRES RENSEIGNEMENTS À DÉCLARER

Au 31 mars 2021, l'effectif du Partenariat était de 119 employés permanents et de 22 employés ayant un contrat à durée déterminée. L'organisation comprend quatre divisions qui relèvent de la présidente-directrice générale, chacune d'entre elles étant dirigée par une vice-présidente. Il s'agit de la Division de la lutte contre le cancer, de la Division des partenariats stratégiques, de la Division des finances et des services de l'entreprise et de la Division des systèmes de lutte contre le cancer, du rendement et de l'innovation

Depuis sa création, en 2007, le Partenariat a adopté une philosophie en matière de rémunération, orientée par des principes approuvés par son conseil d'administration, notamment l'offre, à ses employés, d'un régime de rémunération juste et régulièrement évalué par rapport au marché et à des organisations comparables, responsable sur le plan public, et en mesure d'attirer et de retenir des employés très qualifiés pour coordonner la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer*. Plus particulièrement, les fourchettes de salaire des membres du personnel du Partenariat sont fixées au 50e centile des données de référence, et les membres du personnel sont admissibles à des rajustements annuels des salaires fondés sur le mérite.

Vous trouverez de plus amples renseignements à ce sujet sur le site www.partenariatcontrelcancer.ca.

REFERENCES

1. Institut canadien d'information sur la santé. (2021). Les temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada. (En ligne, consulté le 23 juin 2021). Disponible à l'adresse : <https://www.cihi.ca/fr/les-temps-dattente-pour-les-interventions-prioritaires-au-canada>.
2. Société canadienne du cancer. (2021). Action contre la COVID-19. (En ligne, consulté le 8 juin 2021). Disponible à l'adresse : <https://action.cancer.ca/fr/get-involved/advocacy/what-we-are-doing/covid-19-response>.
3. Partenariat canadien contre le cancer. (2019). Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
4. Partenariat canadien contre le cancer. (2020). Gestion des services de dépistage du cancer pendant la pandémie de COVID-19 et mise en place de services de dépistage résilients, plus sûrs et équitables. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
5. Finley, C., Prashad, A., Camuso, N., Daly, C., Aprikian, A., Ball, C. G. et coll. (2020). Guidance for management of cancer surgery during the COVID-19 pandemic. *Can J Surg*, 63(22), S2-S4, doi:10.1503/cjs.005620.
6. Partenariat canadien contre le cancer. (2021). Les ambulanciers paramédicaux fournissent des soins palliatifs à domicile, en collaboration. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
7. Association canadienne de soins palliatifs. (2014). Aller de l'avant – Vers une approche palliative intégrée des soins : Sondage auprès des omnipraticiens/médecins de famille et des infirmières en soins primaires. Ottawa, Ontario.
8. Aberle, D. R., Adams, A. M., Berg, C. D., Black, W. C., Clapp, J. D., Fagerstrom, R. M. et coll. (2011). Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med*, 365(5), 395-409.
9. Partenariat canadien contre le cancer. (2020). Cancer du poumon et équité : rapport axé sur le revenu et la géographie. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
10. Withrow, D. R., Pole, J. D., Diane Nishri, E., Tjepkema, M., Marrett, L. D. (2017). Cancer survival disparities between first nation and non-Aboriginal adults in Canada: Follow-up of the 1991 census mortality cohort. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 26(1),145-151.
11. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. (2019). Statistiques canadiennes sur le cancer 2019. Toronto, Ontario : Société canadienne du cancer.
12. Partenariat canadien contre le cancer. (2021). Interventions axées sur l'équité pour accroître le dépistage du cancer colorectal : ressource pour les programmes. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
13. Paterson, W. G., Depew, W. T., Paré, P., Petrunia, D., Switzer, C., Veldhuyzen van Zanten, S. J. et coll. (2006). Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care. *Can J Gastroenterol*, 20(6), 411-423.
14. Partenariat canadien contre le cancer. (2020). Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
15. Partenariat canadien contre le cancer. (2021). Vaccination contre le VPH pour prévenir le cancer du col de l'utérus. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.

16. Gouvernement du Canada. Objectifs nationaux de couverture vaccinale et cibles nationales de réduction des maladies évitables par la vaccination d'ici 2025. (2021). (En ligne, consulté le 7 juin 2021). Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/priorites-immunization-et-vaccins/strategie-nationale-immunisation/vaccination-objectifs-nationaux-couverture-vaccinale-cibles-nationales-reduction-maladies-evitables-2025.html>.
17. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2014). The health consequences of smoking - 50 years of progress: A report of the surgeon general. Atlanta, Géorgie (États-Unis).
18. Irargorri, N., Essue, B., Timmings, C., Keen, D., Bryant, H., Warren, G. W. (2020). The cost of failed first-line cancer treatment related to continued smoking in Canada. *Curr Oncol*, 27(6), 307-312.
19. Société canadienne du cancer. Parlez Tabac. (2021). (En ligne, consulté le 7 juin 2021). Disponible à l'adresse : <https://www.smokershelpline.ca/fr-ca/parlez-tabac/accueil>.
20. Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2021). Cours TEACH : Tobacco interventions in cancer care settings evaluations. Toronto, Ontario.
21. Partenariat canadien contre le cancer. (2020). Cadre d'action pancanadien pour optimiser les taux de rappel pour anomalie dans le dépistage du cancer du sein. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
22. Sullivan, R., Alatisse, O. I., Anderson, B. O., Audisio, R., Autier, P., Aggarwal, A. et coll. (2015). Global cancer surgery: delivering safe, affordable, and timely cancer surgery. *Lancet Oncol Comm*, 16(11), 1193-1224.
23. Partenariat canadien contre le cancer. (2019). Normes pancanadiennes en matière de chirurgie du cancer du sein. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
24. Partenariat canadien contre le cancer. (2019). Normes pancanadiennes en matière de chirurgie du cancer du rectum. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
25. Partenariat canadien contre le cancer. (2018). Normes pancanadiennes en matière de chirurgie thoracique. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
26. Partenariat canadien contre le cancer. (2018). Normes pancanadiennes en matière de gynéco-oncologie. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
27. Partenariat canadien contre le cancer. (2020). Plan d'action pancanadien : Optimiser les soins chirurgicaux contre le cancer au Canada. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
28. Partenariat canadien contre le cancer. (2018). Étude sur les expériences des patients atteints de cancer pendant les transitions : Défis d'ordre émotionnel. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
29. Organisation canadienne des médecins. (2020). Centres canadiens de cancérologie. (En ligne, consulté le 8 juin 2021). Disponible à l'adresse : <https://comp-ocpm.ca/francais/career-education/career-resources/centres-canadiens-de-cancerologie.html>.
30. Statistique Canada. Série « Perspective géographique », Recensement de 2016. (2019). (En ligne, consulté le 8 juin 2021). Disponible à l'adresse : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/fogs-spg/Facts-can-fra.cfm?LANG=Fra&GK=CAN&GC=01&TOPIC=1>.
31. Réseau canadien d'essais cliniques sur le cancer (RCECC). (2020). Canadian Remote Access Framework for Clinical Trials (CRAFT). Toronto, Ontario



partenariatcontrecancer.ca

145, rue King Ouest, bureau 900
Toronto (Ontario) M5H 1J8
TÉL : 416.915.9222
SANS FRAIS : 1.877.360.1665
COURRIEL : info@partenariatcontrecancer.ca

