



Examen des disparités en matière de lutte contre le cancer

RAPPORT THÉMATIQUE
SPÉCIAL SUR LE RENDEMENT
DU SYSTÈME

FÉVRIER 2014



Examen des disparités en matière de lutte contre le cancer : rapport thématique spécial sur le rendement du système

FÉVRIER 2014

La rédaction de ce document a été rendue possible grâce à la participation financière de Santé Canada par l'entremise du Partenariat Canadien contre le cancer. Les opinions exprimées dans le présent document sont celles du Partenariat canadien contre le cancer.

Le contenu de cette publication peut être reproduit, en tout ou en partie, pourvu que l'utilisation prévue soit à des fins non commerciales et que le Partenariat canadien contre le cancer soit identifié.

Citation suggérée : Partenariat canadien contre le cancer (2014). *Examen des disparités en matière de lutte contre le cancer : Rapport thématique spécial sur le rendement du système*. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer.

Téléchargeable à :
[www.vuesurlecancer.ca/
rapportsurlerendementdusysteme](http://www.vuesurlecancer.ca/rapportsurlerendementdusysteme)

Partenariat canadien contre le cancer

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

Tél. : 416.915.9222

Sans frais d'appel : 1.877.360.1665

www.partenariatcontrelecancer.ca

Also available in English under the title:
Examining Disparities in Cancer Control:
A System Performance Special Focus Report

Remerciements

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

COMITÉ DIRECTEUR SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME ET COMITÉ DE TRAVAIL TECHNIQUE SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME

M^{me} Rebecca Anas et M. Haim Sechters, directrice, Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario (RA) Chef, Méthodologies et normes, Données informatiques sur le cancer (HS), Action cancer Ontario

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

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

D^r Andy Coldman, vice-président, services d'oncologie à la population, BC Cancer Agency

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

M^{me} Angela Eckstrand, analyste adjointe des programmes, Alberta Health Services

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

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

D^r Jean Latreille, direction québécoise du cancer

D^r Ethan Laukkanen, radio-oncologue, Programme de radio-oncologie de l'Île-du-Prince-Édouard

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

M^{me} Colleen McGahan, chef de la biostatistique, Surveillance du cancer et résultats, services d'oncologie à la population, BC Cancer Agency

D^e Sri Navaratnam, présidente et directrice générale, Action cancer Manitoba

M^{me} France Paquette, conseillère à la direction québécoise de cancérologie, ministère de la Santé et des Services sociaux

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

D^e Donna Turner, épidémiologiste et directrice provinciale, services d'oncologie à la population, Action cancer Manitoba

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

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

D^r Pdraig Warde, radio oncologue membre du personnel, Princess Margaret Hospital/Réseau universitaire de santé; responsable provincial, Programme de radiothérapie, Action cancer Ontario

M^{me} Elaine Warren, directrice, Programme de soins contre le cancer, Eastern Health, Dr. H. Bliss Murphy Cancer Centre

Le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) désire remercier Statistique Canada, tout particulièrement la Division de la statistique de la santé, qui lui a accordé l'accès à des données, qui en a validé d'autres et qui a fourni des estimations concernant l'incidence, la mortalité et la survie, ainsi que des données sur les déterminants de la santé tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC); le personnel de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein, qui a fourni des données sur les programmes de dépistage; et l'Institut canadien d'information sur la santé, qui a fourni et analysé des données sur les chirurgies réalisées à des fins de mastectomie et de colostomie.

Le rapport a été rédigé par l'équipe du rendement du système et de la surveillance du Partenariat sous la supervision de la D^e Heather Bryant, vice-présidente, Programme de lutte contre le cancer. Tonia Forte, associée de recherche, était la chargée de projet de ce rapport. Voici les membres de cette équipe : Rami Rahal, directeur; Jose Hernandez, gestionnaire de programmes; Kristen DeCaria, associée de recherche; Sarah Zomer, gestionnaire de la prestation; Erna Mursel, adjointe administrative; Gina Lockwood, gestionnaire, analyses et surveillance, et biostatisticienne principale; Cheryl Louzado, spécialiste, intégration des données; Sharon Fung, biostatisticienne, et les analystes Julie Xu, Dan He et Jin Niu.

L'équipe du rendement du système tient à remercier le D^r Jon Kerner, directeur scientifique principal, Santé des populations et gestion des connaissances, le D^r Geoff Porter, directeur scientifique principal, Diagnostic et soins cliniques ainsi que les directeurs de la lutte contre le cancer du Partenariat qui ont examiné les ébauches du présent rapport et ont formulé des suggestions au sujet de celles-ci. L'équipe du rendement du système souhaite remercier le D^r Geoff Porter, qui a élaboré les spécifications techniques concernant l'indicateur relatif aux taux de colostomie.

L'équipe du rendement du système souhaite également remercier les membres du Groupe de travail sur la méthodologie, qui ont élaboré la méthode d'analyse du temps de déplacement ayant servi à évaluer les indicateurs relatifs à l'utilisation de la radiothérapie et au délai d'attente en radiothérapie. La liste des membres se trouve en annexe.

Le présent rapport a été supervisé par un groupe de travail composé des membres suivants, qui a fourni une orientation sur le contenu et sur l'interprétation des constatations.

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

M. Riaz Alvi, directeur provincial, Épidémiologie, Saskatchewan Cancer Agency

M^{me} Sheila Carter, directrice, Health & Wellness Department, Metis Health Knowledge Authority, Manitoba Metis Federation

D^{re} Kami Kandola, médecin hygiéniste en chef adjointe, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

D^{re} Arminée Kazanjian, professeure, Département des soins de santé et de l'épidémiologie, faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique

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

M^{me} Joanne Lucarz-Simpson, chargée de liaison en matière de savoir et de participation, Lutte contre le cancer chez les Premières nations, les Inuits et les Métis, Partenariat canadien contre le cancer

M^{me} Maureen MacIntyre, directrice, Unité de surveillance et d'épidémiologie, Cancer Care Nova Scotia

D^{re} Carole Mayer, directrice de la recherche et responsable clinique régionale, programme de soins de soutien en oncologie, Centre de cancérologie du Nord-Est, Health Sciences North/Horizon Santé-Nord, Ontario

M^{me} Alison McMullen, directrice des services de prévention et de dépistage, Thunder Bay Regional Health Sciences Centre, Ontario

D^r David L. Mowat, médecin hygiéniste, Services de santé de la région de Peel, Ontario

D^r Raymond W. Pong, chercheur universitaire principal, Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord, Ontario

D^{re} Julianne Sanguins, gestionnaire de programme de recherche, Health & Wellness Department, Metis Health Knowledge Authority, Manitoba Metis Federation

D^{re} Donna Turner, épidémiologiste et directrice provinciale, services d'oncologie à la population, Action cancer Manitoba

D^r Cornelius Woelk, médecin responsable, programme communautaire de lutte contre le cancer – Centre de santé Boundary Trails; directeur médical des soins palliatifs, ancien Office régional de la santé du Centre du Manitoba; professeur adjoint, Département de médecine familiale, Université du Manitoba

Points saillants du rapport 7**À propos du Partenariat canadien contre le cancer et du rendement du système 11**

À propos du présent rapport	12
Pourquoi examiner les disparités en matière de lutte contre le cancer?	13
Éléments sur lesquels s'appuie le rapport	16
Sources de données et méthodologie utilisées dans le présent rapport	17
Structure du rapport	21

1. Facteurs de risque 23

Prévalence et abandon du tabagisme	25
Consommation d'alcool	28
Excès de poids et obésité chez les adultes	30

2. Accès aux services de lutte contre le cancer 35

Dépistage autodéclaré	35
<i>Dépistage autodéclaré du cancer du col de l'utérus, du cancer colorectal et du cancer du sein</i>	35
Diagnostic et résultats	43
<i>Temps d'attente entre une mammographie anormale et une résolution du diagnostic</i>	44
<i>Taux d'incidence estimés par stade, et taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge</i>	48
Traitement	67
<i>Temps d'attente en radiothérapie</i>	68
<i>Recours à la radiothérapie</i>	73
<i>Chirurgies (mastectomie et colostomie)</i>	75
Recherche	83
<i>Participation aux essais cliniques</i>	83

3. Aperçu de la survie au cancer selon le revenu 88**Annexe**

Membres du Groupe de travail sur la méthodologie	92
--	----

Références 93**Liste des figures**

Figure 1.1	Pourcentage de la population (âgée de 12 ans ou plus) déclarant fumer tous les jours ou à l'occasion, selon le quintile de revenu du ménage, le lieu de résidence et le statut d'immigrant – Canada – 2011	26
Figure 1.2	Pourcentage de la population (âgée de 12 ans ou plus) déclarant fumer tous les jours ou à l'occasion, selon le statut d'immigrant par quintile de revenu du ménage – Canada – 2011	27
Figure 1.3	Pourcentage de la population (âgée de 18 ans ou plus) déclarant avoir dépassé la limite des recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque au cours des 12 mois précédents, selon le quintile de revenu du ménage et le statut d'immigrant – Canada – 2005	29
Figure 1.4	Pourcentage des hommes (de 18 ans ou plus) considérés comme ayant un excès de poids ou étant obèses, selon le quintile de revenu du ménage, le lieu de résidence et le statut d'immigrant – Canada – 2011	31
Figure 1.5	Pourcentage des femmes (de 18 ans ou plus) considérées comme ayant un excès de poids ou étant obèses, selon le quintile de revenu du ménage, le lieu de résidence et le statut d'immigrant – Canada – 2011	32

Figure 1.6	Pourcentage de la population (de 18 ans ou plus) considérée comme ayant un excès de poids ou étant obèse, selon le statut d'immigrant par quintile de revenu du ménage – Canada – 2005	33	Figure 2.6	Temps d'attente médian et du 90 ^e centile entre une mammographie anormale et une résolution du diagnostic n'exigeant pas de biopsie tissulaire chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, selon le quintile de revenu du quartier (population urbaine) – Canada – 2007–2008	45
Figure 2.1	Pourcentage des femmes admissibles (de 50 à 69 ans) déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes, selon le quintile de revenu du ménage, le lieu de résidence et le statut d'immigrant – Canada – 2008	38	Figure 2.7	Temps d'attente médian et du 90 ^e centile entre une mammographie anormale et une résolution du diagnostic exigeant une biopsie tissulaire chez les mmes âgées de 50 à 69 ans, selon le quintile de revenu du quartier (population urbaine) – Canada – 2007–2008	46
Figure 2.2	Pourcentage des femmes (de 21 à 69 ans) déclarant avoir subi au moins un test Pap au cours des trois années précédentes, selon le quintile de revenu du ménage, le lieu de résidence et le statut d'immigrant – Canada – 2008	39	Figure 2.8	Temps d'attente médian et du 90 ^e centile entre une mammographie anormale et une résolution du diagnostic n'exigeant pas de biopsie tissulaire chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, selon le lieu de résidence Canada – 2007–2008	47
Figure 2.3	Pourcentage des membres de la population (de 50 à 74 ans) qui sont à jour dans leur test de dépistage du cancer colorectal effectué pour des raisons asymptomatiques, selon le quintile de revenu du ménage, le lieu de résidence et le statut d'immigrant – Canada – 2008	40	Figure 2.9	Temps d'attente médian et du 90 ^e centile entre une mammographie anormale et une résolution du diagnostic exigeant une biopsie tissulaire chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, selon le lieu de résidence – Canada – 2007–2008	48
Figure 2.4	Pourcentage des membres de la population (de 50 à 74 ans) qui sont à jour dans leur test de dépistage du cancer colorectal effectué pour des raisons asymptomatiques, selon le quintile de revenu du ménage, le lieu de résidence et le statut d'immigrant, Canada – 2008	42	Figure 2.10	Taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer de la prostate selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence – Canada – 2007	54
Figure 2.5	Pourcentage des femmes (de 21 à 69 ans) ayant déclaré avoir subi au moins un test Pap au cours des trois années précédentes, selon la langue parlée à la maison – Canada – 2008	43	Figure 2.11	Taux de mortalité normalisés selon l'âge du cancer de la prostate selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence – Canada – 2007	55
			Figure 2.12	Taux d'incidence par stade du cancer de la prostate, selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence	56

Figure 2.13	Taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer du sein selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence – Canada – 2007	58	Figure 2.22	Pourcentage des patients atteints de cancer ayant été traités à l'intérieur du temps d'attente cible en radiothérapie, selon le quintile de revenu du quartier (population urbaine), le lieu de résidence, le temps de déplacement vers le centre de radiothérapie le plus proche, et la densité d'immigrants – tous les types de cancers confondus – 2012	70
Figure 2.14	Taux de mortalité normalisés selon l'âge du cancer du sein selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence – Canada – 2007	59	Figure 2.23	Pourcentage des patients atteints de cancer du poumon ayant été traités à l'intérieur du temps d'attente cible en radiothérapie, selon le quintile de revenu du quartier (population urbaine), le lieu de résidence, le temps de déplacement vers le centre de radiothérapie le plus proche, et la densité d'immigrants – 2012	71
Figure 2.15	Taux d'incidence par stade du cancer du sein, selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence Estimés à partir des données sur la répartition des stades se rapportant aux années de diagnostic 2010 et 2011 (réunies) et à partir des taux d'incidence normalisés selon l'âge relevés en 2007	60	Figure 2.24	Pourcentage des patients atteints de cancer de la prostate ayant été traités à l'intérieur du temps d'attente cible en radiothérapie, selon le quintile de revenu du quartier (population urbaine), le lieu de résidence, le temps de déplacement vers le centre de radiothérapie le plus proche, et la densité d'immigrants – 2012	72
Figure 2.16	Taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer du poumon selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence – Canada – 2007	61	Figure 2.25	Pourcentage des patients atteints de cancer qui ont subi une radiothérapie, selon le quintile de revenu du quartier (population urbaine), le lieu de résidence, le temps de déplacement vers le centre de radiothérapie le plus proche, et la densité d'immigrants, année de diagnostic 2010	74
Figure 2.17	Taux de mortalité normalisés selon l'âge du cancer du poumon selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence – Canada – 2007	62	Figure 2.26	Pourcentage de résections pratiquées pour un cancer du sein qui sont des mastectomies, selon le quintile de revenu du quartier (population urbaine), le lieu de résidence, le temps de déplacement vers le centre de radiothérapie le plus proche, et la densité d'immigrants, Canada – pour la période globale de 2007–2008 à 2011–2012	77
Figure 2.18	Taux d'incidence par stade du cancer du poumon, selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence.	63			
Figure 2.19	Taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer colorectal selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence – Canada – 2007	64			
Figure 2.20	Taux de mortalité normalisés selon l'âge du cancer colorectal selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence – Canada – 2007	65			
Figure 2.21	Taux d'incidence par stade du cancer colorectal, selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence	66			

Figure 2.27	Pourcentage de résections pratiquées pour un cancer du sein qui sont des mastectomies, selon le lieu de résidence par province – pour la période globale de 2007–2008 à 2011–2012	78	Figure 2.30	Pourcentage de résections pratiquées pour un cancer du rectum qui comprennent une colostomie permanente, selon le temps de déplacement par province (vers l'hôpital le plus proche qui effectue ces interventions chirurgicales), Canada – pour la période globale de 2007–2008 à 2011–2012	82
Figure 2.28	Pourcentage de résections pratiquées pour un cancer du sein qui sont des mastectomies, selon le quintile de revenu du quartier (population urbaine) par province – pour la période globale de 2007–2008 à 2011–2012	79	Figure 2.31	Ratio des patients adultes qui participaient à des essais cliniques par rapport aux nouveaux cas selon le quintile de revenu du quartier (population urbaine), le lieu de résidence et la densité d'immigrants – 2012	86
Figure 2.29	Pourcentage de résections pratiquées pour un cancer du rectum qui comprennent une colostomie permanente, selon le quintile de revenu du quartier (population urbaine), le lieu de résidence, le temps de déplacement vers l'hôpital le plus proche qui effectue ces interventions chirurgicales, et la densité d'immigrants, Canada – pour la période globale de 2007–2008 à 2011–2012	81	Figure 3.1	Ratios de survie relative dans les régions urbaines du Canada pour tous les cancers, selon le quintile de revenu du quartier – Canada – 2004–2006	90
			Figure 3.2	Ratios de survie relative dans les régions urbaines du Canada pour tous les cancers sauf ceux du poumon et de la prostate, selon le quintile de revenu du quartier, Canada, 2004–2006	91

Points saillants du rapport

Le document intitulé *Examen des disparités en matière de lutte contre le cancer : Rapport thématique spécial sur le rendement du système* fait partie de la série de rapports thématiques spéciaux sur le rendement du système que produit le Partenariat canadien contre le cancer. Cette série aborde des sujets ou des domaines particuliers dans le cadre du système de lutte contre le cancer et présente des indicateurs et des analyses permettant de mettre en évidence les pratiques exemplaires et de cerner les possibilités d'améliorer le système à l'échelle du pays. Le présent rapport met l'accent sur l'équité en répondant de manière objective et fondée sur des données à la question suivante : Dans quelle mesure existe-t-il des disparités entre les Canadiens quant à leur risque de cancer, à leur accès aux services de lutte contre le cancer et aux résultats des soins qu'ils reçoivent, selon leur revenu, selon qu'ils soient immigrants ou d'origine canadienne, et selon qu'ils vivent dans des collectivités urbaines, rurales ou éloignées?

Deux des piliers du système canadien de soins de santé sont l'*universalité*, qui, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, exige que « tous les résidents [...] aient accès à l'assurance-santé publique et aux services assurés et ce, selon des modalités uniformes », et l'*accessibilité*, qui, selon la *Loi*, signifie que « les personnes assurées doivent avoir un accès raisonnable et uniforme aux services de santé assurés et ne doivent faire face à aucun obstacle financier ou autre.¹ Personne ne doit subir de discrimination en raison de son revenu, de son âge, et de son état de santé. » Ce rapport présente la mesure et une analyse des répercussions de trois facteurs qui sont souvent mentionnés comme étant des obstacles en matière d'accès, à savoir : le faible niveau de revenu du quartier, la ruralité et l'éloignement du lieu de résidence, ainsi que le statut d'immigrant individuel et la densité d'immigrants du quartier.

Le présent rapport vise à mettre en lumière la mesure dans laquelle les indices de revenu, de statut d'immigrant, de ruralité et d'éloignement influent sur l'accès aux services de lutte contre le cancer au Canada. Ce rapport ne se veut pas un traité définitif sur ce sujet. Il s'agit plutôt d'une source de données objectives qui peut faciliter l'étude de quelques questions clés. Ce rapport aborde la mesure dans laquelle les membres des populations concernées font l'objet d'un dépistage du cancer, reçoivent un diagnostic à un stade précoce où la maladie est traitable, doivent attendre pour obtenir un traitement, reçoivent un traitement et participent à des essais cliniques. En outre, le rapport examine la mesure dans laquelle les résultats mesurés en fonction de l'incidence, de la mortalité et de la survie varient entre ces sous-populations. Étant donné que les facteurs de variations potentiels ne se limitent pas aux

problèmes d'accès aux services de soins de santé, le rapport examine également la prévalence de facteurs de risque comme le tabagisme, la consommation d'alcool et l'obésité au sein des différents segments de la population.

Les résultats exposés dans le présent rapport confirment les constatations issues d'études similaires menées antérieurement au Canada et dans d'autres pays développés, mais ils font aussi ressortir de nouveaux renseignements, y compris un certain nombre de constatations nouvelles et parfois inattendues. Comme cela se produit dans ce genre d'études, il arrive souvent que les résultats soulèvent autant de nouvelles questions qu'ils apportent de réponses. Certains des points saillants des résultats sont présentés ci-après. Veuillez prendre note qu'en raison des différentes sources de données utilisées pour différents indicateurs, certains des résultats sont basés sur le revenu des ménages et le statut d'immigrant au niveau individuel (indicateurs fondés sur l'ESCC) tandis que tous les autres reposent sur le revenu et la densité d'immigrants au niveau des régions (des quartiers).

En ce qui concerne un certain nombre d'indicateurs, les résultats des personnes vivant en régions rurales et éloignées ne diffèrent pas considérablement de ceux des personnes vivant dans des collectivités urbaines. Les taux de dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, qui ne présentent aucune tendance urbaine-rurale, constituent un important exemple à cet égard. Il se peut que cette constatation reflète les efforts déployés par les provinces pour cibler les démarches de promotion réalisées dans les collectivités rurales et, dans la mesure du possible, pour offrir les services d'unités mobiles de dépistage aux femmes vivant en régions éloignées. Une autre constatation intéressante est que les temps d'attente en radiothérapie, si celle-ci est recommandée, varient peu : malgré le fait que les centres de radiothérapie soient généralement situés dans de grands centres urbains, les données communiquées dans le présent rapport indiquent que les personnes vivant dans des collectivités rurales et éloignées n'attendent pas plus longtemps que leurs homologues des milieux urbains pour obtenir des services de

radiothérapie. De même, aucune différence notable n'a été relevée entre les niveaux de revenu du quartier quant aux temps d'attente en radiothérapie, et rien n'indique que les personnes vivant dans des quartiers à faible revenu sont moins susceptibles de recevoir des services de radiothérapie que celles vivant dans des quartiers à revenu élevé.

Le rapport présente des données probantes faisant état d'un accès équitable en ce qui a trait à certains indicateurs, mais il existe bien d'autres exemples qui font ressortir d'importantes disparités. Le rapport confirme que les personnes issues des ménages à faible revenu ou qui vivent en régions rurales et éloignées, ou qui présentent ces deux caractéristiques à la fois, sont défavorisées au départ, car elles affichent un profil de risque de cancer supérieur. Cette constatation se reflète dans les taux plus élevés de tabagisme et les taux plus élevés d'obésité (chez les femmes) qui sont relevés chez les Canadiens vivant au sein de ménages à faible revenu et en régions rurales ou éloignées.

Bien que les programmes établis de dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus semblent avoir permis de joindre les collectivités défavorisées, les programmes de dépistage du cancer colorectal étaient trop récents pour faire l'objet d'une évaluation, compte tenu que les données d'enquête les plus récentes disponibles remontaient à l'année 2008 au moment de la collecte des données. En 2008, les taux de dépistage du cancer colorectal étaient nettement moins élevés chez les Canadiens à faible revenu et les nouveaux immigrants, et légèrement moins élevés chez les personnes vivant dans des collectivités rurales et éloignées. Il sera intéressant de voir si les enquêtes futures commenceront à démontrer que les programmes provinciaux permettent d'éliminer les écarts à ces égards à mesure qu'ils seront mis en œuvre de manière plus complète.

Les temps d'attente en radiothérapie ne variaient pas entre les groupes de population examinés, mais le rapport laisse entendre que les femmes vivant dans des collectivités à faible revenu ou dans des collectivités rurales ou éloignées attendaient plus longtemps la résolution d'un résultat anormal de

mammographie dans le cadre de diagnostics ultérieurs. Une tendance dominante selon le niveau de revenu du quartier et le lieu de résidence a été observée quant au stade au moment du diagnostic et au rapport avec la mortalité. Les résultats présentés dans le rapport donnent à penser que les personnes vivant dans des quartiers à revenu élevé sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du sein et de cancer de la prostate mais que cela ne semble pas influencer grandement sur la mortalité. Bien que les personnes vivant dans des quartiers à revenu élevé soient plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du sein ou de cancer de la prostate à un stade précoce, leur niveau de revenu ne change en rien le taux d'incidence du cancer du sein lorsque celui-ci est à un stade avancé, alors que les personnes vivant dans un quartier à revenu élevé sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer de la prostate à un stade avancé. En ce qui a trait au cancer de la prostate, les données présentées laissent croire que la détection précoce réalisée au moyen du test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) ne semble pas réduire la probabilité de recevoir un diagnostic à un stade avancé ni réduire la mortalité chez les hommes vivant dans des quartiers à revenu élevé, qui sont également plus susceptibles de subir le test de dépistage de l'APS.

Les résultats semblent indiquer qu'il existe des disparités quant à l'utilisation de la radiothérapie et aux chirurgies liées au cancer selon le lieu de résidence. Le pourcentage des résidents des régions rurales et éloignées qui sont traités au moyen de la radiothérapie est inférieur à celui des résidents des régions urbaines. De plus, le taux d'utilisation de la radiothérapie était inférieur chez les personnes vivant à une distance supérieure d'un centre de radiothérapie. Cette constatation cadre avec les tendances des taux de mastectomie, qui sont plus élevés dans les régions rurales et éloignées, probablement en raison de l'accès limité à la radiothérapie (qui est habituellement nécessaire dans le cas de la chirurgie conservatrice du sein). Bien que l'éloignement des centres de radiothérapie puisse expliquer les variations selon le lieu de résidence, il se peut que les variations au niveau du revenu indiquent que les

femmes des quartiers où le revenu des ménages est faible sont plus susceptibles de subir des mastectomies que les femmes des quartiers où le revenu des ménages est élevé.

En ce qui concerne les chirurgies rectales, les personnes vivant dans des régions éloignées sont plus susceptibles de subir une colostomie permanente que celles vivant dans des collectivités urbaines et rurales. Une explication possible pourrait venir des décisions cliniques visant à éviter les réadmissions qui sont associées au dysfonctionnement de l'intestin lorsque l'on décide de ne pas pratiquer de colostomie chez les personnes vivant loin du centre de chirurgie.

Aucune différence notable n'a été relevée en ce qui a trait aux temps d'attente en radiothérapie et à l'utilisation de la radiothérapie selon la densité d'immigrants, mais les taux de mastectomie et de colostomie étaient inférieurs dans les régions considérées comme présentant une forte densité d'immigrants. La grande majorité des nouveaux immigrants au Canada s'installent dans de grandes régions métropolitaines offrant le meilleur accès aux centres de radiothérapie (aux fins de traitement conservateur du sein) et de chirurgie.

Les facteurs expliquant les différences en matière de risque, d'accès et de résultats entre les groupes de population sont complexes et multidimensionnels et peuvent comprendre la structure par âge, les taux d'emploi, le niveau de scolarisation, des obstacles géographiques incluant la distance, les connaissances et la sensibilisation, et les croyances personnelles en matière de santé. Néanmoins, nous espérons que les résultats exposés dans le présent rapport contribueront à éclairer l'élaboration de politiques et les actions du système de soins de santé visant à dégager des stratégies qui permettront de réduire les disparités en matière d'accès à des soins de santé de qualité et de réduire le fardeau du cancer pour tous les Canadiens, que leurs revenus soient élevés ou faibles, qu'ils vivent en région urbaine ou rurale, et qu'ils soient de nouveaux immigrants ou d'origine canadienne.

À propos du Partenariat canadien contre le cancer et du rendement du système

À propos du présent rapport	12	Éléments sur lesquels s'appuie le rapport	16	Structure du rapport	21
Pourquoi examiner les disparités en matière de lutte contre le cancer?	13	Sources de données et méthodologie utilisées dans le présent rapport	17		



À propos du Partenariat canadien contre le cancer et du rendement du système

Le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) travaille de concert avec la communauté de la lutte contre le cancer au Canada afin de réduire le fardeau de cette maladie par l'apport d'un changement systémique coordonné prenant appui sur la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer. Inspiré et éclairé par les expériences des personnes les plus grandement touchées par le cancer, l'organisme joue un rôle unique en œuvrant avec des partenaires afin d'appuyer la prise en charge, par les diverses instances, des connaissances qui résultent de la recherche sur le cancer et des pratiques exemplaires dans le but d'optimiser la planification de la lutte contre le cancer et de susciter des améliorations sur le plan de la qualité des pratiques dans l'ensemble du pays. Ses partenaires incluent les responsables des programmes provinciaux et territoriaux de lutte contre le cancer; des organismes fédéraux; des organismes représentant les Premières nations, les Inuits et les Métis; des organismes de santé et des groupements de patients nationaux; de même que des experts qui offrent des perspectives et des conseils stratégiques pour la lutte contre le cancer, tant du point de vue du public que de celui des professionnels.

Grâce à un effort soutenu et ciblé à l'égard de tous les aspects de la lutte contre le cancer, lesquels comprennent la prévention, le traitement, la survie et les soins de fin de vie, le Partenariat soutient le travail de la communauté élargie de la lutte contre le cancer en produisant des résultats à long terme qui auront un effet direct sur la santé des Canadiens. Ces effets sont notamment la réduction de l'incidence du cancer, la diminution de la probabilité de décès par cancer chez les Canadiens et l'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées par le cancer.

L'obtention de mesures objectives sur le rendement des systèmes de lutte contre le cancer dans tout le Canada permet de mieux cerner les pratiques exemplaires et les possibilités d'améliorer la qualité de ces systèmes. L'Initiative sur le rendement du système du Partenariat est

menée conjointement avec des partenaires provinciaux, territoriaux et nationaux afin d'établir à l'échelle pancanadienne des indicateurs de rendement du système et d'en faire rapport dans tout le continuum de la lutte contre le cancer. Cette initiative permet de produire des rapports annuels qui présentent les résultats liés aux indicateurs de rendement couvrant tous les aspects de la lutte contre le cancer (prévention, dépistage, diagnostic, traitement, expérience des patients et soins de fin de vie, recherche et résultats à long terme), ainsi que les divers sièges du cancer et la population canadienne. En plus des rapports annuels sur le rendement du système, le Partenariat produit des rapports thématiques spéciaux et des rapports cibles donnant un aperçu détaillé de sujets particuliers en matière de lutte contre le cancer. Le présent rapport fait partie de la série de rapports thématiques spéciaux.

À propos du présent rapport

Deux des principes de la *Loi canadienne sur la santé* sont l'*universalité*, qui, en vertu de la *Loi*, exige que « tous les résidents [...] aient accès à l'assurance-santé publique et aux services assurés et ce, selon des modalités uniformes », et l'*accessibilité*, qui, selon la *Loi*, signifie que « les personnes assurées doivent avoir un accès raisonnable et uniforme aux services de santé assurés et ne doivent faire face à aucun obstacle financier ou autre. Personne ne doit subir de discrimination en raison de son revenu, de son âge, et de son état de santé¹. »

Une évaluation complète de l'efficacité des systèmes de lutte contre le cancer à l'échelle du Canada doit inclure une évaluation de la mesure dans laquelle ces principes sont respectés de manière équitable partout au Canada et au sein de ses diverses populations. Quels sont donc les obstacles potentiels susceptibles d'empêcher un Canadien d'avoir accès au même niveau de soins que les autres Canadiens obtiennent? Trois types d'obstacles ont souvent été cernés et étudiés lors d'examen des disparités en ce qui concerne l'accès et les résultats en matière de soins de santé au Canada :

- Le statut socio-économique de la personne, qui est souvent mesuré en fonction du revenu du ménage dont elle fait partie par rapport à celui de la population générale;
- Le lieu de résidence de la personne, en particulier lorsque sa résidence est située dans une collectivité rurale ou éloignée qui se trouve loin de nombreux services de soins de santé spécialisés;
- Le statut d'immigrant, qui englobe un certain nombre de facteurs, y compris des obstacles culturels et linguistiques, l'absence d'un médecin de famille et la connaissance limitée du fonctionnement du système canadien de soins de santé, mais qui comprend aussi la capacité du système de soins de santé à combler efficacement les besoins linguistiques et psychosociaux de personnes issues de milieux culturels différents.

Le document intitulé *Examen des disparités en matière de lutte contre le cancer : Rapport thématique spécial sur le rendement du système* présente des données indiquant la mesure dans laquelle le revenu, le statut d'immigrant ainsi que la ruralité et l'éloignement influent sur

l'accès aux services de lutte contre le cancer. Le rapport examine également les variations au niveau du risque de cancer et de l'issue du cancer au sein des mêmes groupes de population. Deux facteurs ont influé sur la décision de produire un rapport sur le rendement du système à ce sujet. Premièrement, Santé Canada a déterminé que la santé en milieu rural et éloigné constitue un domaine prioritaire, et ce rapport permettra d'appuyer des initiatives dans ce domaine². Deuxièmement, le plan stratégique que le Partenariat a établi pour les cinq prochaines années vise notamment à faire progresser la lutte contre le cancer pour l'ensemble des Canadiens. La compréhension des variations entre les groupes de la population canadienne est une étape importante pour appuyer les efforts déployés à cette fin. Compte tenu de ces facteurs, le Comité directeur sur le rendement du système, qui est composé de représentants des dix provinces, a décidé de porter une attention particulière à ce sujet en 2013.

Le présent rapport ne se veut pas un examen exhaustif de l'état de la lutte contre le cancer au Canada chez les populations à faible revenu, rurales et éloignées, et immigrantes. Son objectif premier est de présenter des indicateurs permettant de mesurer des aspects clés de la qualité et de l'accès pour ces populations dans les cas où des données sont disponibles. Ces indicateurs visent à mieux faire comprendre l'ampleur des disparités au sein des systèmes canadiens de soins liés au cancer, à mettre en lumière les possibilités d'amélioration, et à éclairer les initiatives axées sur la qualité aux échelons national et provincial. Les indicateurs qui sont présentés ici au niveau pancanadien pour la première fois concernant ces populations comprennent les taux (estimés) d'incidence par stade, l'utilisation de la radiothérapie et les temps d'attente en radiothérapie, les tendances relatives aux chirurgies réalisées à des fins de mastectomie et de colostomie et la participation aux essais cliniques.

Pourquoi examiner les disparités en matière de lutte contre le cancer?

Le Canada compte parmi les nations les plus prospères du monde³ et la population canadienne est en relativement bonne santé – près des deux tiers des Canadiens (60 %) déclarent être en excellente ou en très bonne santé⁴. Des progrès considérables ont été réalisés en matière de lutte contre le cancer au Canada au cours des quelques dernières décennies, qui se sont traduits notamment par une baisse des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge^a de certains des cancers les plus fréquents⁵. Par exemple, l'introduction de programmes organisés de dépistage du cancer du sein axés sur la population a contribué à la réduction de la mortalité par cancer du sein⁵, en grande partie grâce à la détection plus précoce de la maladie et à la prestation en temps plus opportun de traitements efficaces. Parallèlement, les efforts

de lutte contre le tabagisme déployés au Canada ont entraîné une baisse de la prévalence de la consommation de la cigarette, en particulier chez les personnes de sexe masculin, ce qui a donné lieu à une diminution des taux d'incidence et de mortalité du cancer du poumon⁶⁻⁷.

En dépit de ces progrès considérables, plusieurs études laissent entendre que des disparités persistent dans les résultats concernant la santé et en matière d'accès aux soins chez certaines populations au Canada, y compris chez celles vivant dans une situation de faible revenu, celles vivant en régions rurales ou éloignées, et les nouveaux immigrants. Ces disparités peuvent survenir à chaque étape du continuum de la lutte contre le cancer, qu'il s'agisse de la prévalence des facteurs de risque de cancer, de l'utilisation des services de dépistage, de l'établissement de

a) La normalisation selon l'âge est une méthode qui permet d'éliminer l'effet des différences d'âge lors de la comparaison des renseignements se rapportant à différentes périodes ou à différents lieux ou groupes.

diagnostics ou de la prestation de traitements. Un certain nombre de facteurs peuvent contribuer aux disparités en santé, et présenter des défis propres à chaque population. Par exemple, il se peut que le taux de dépistage soit inférieur chez les Canadiens vivant dans les régions rurales ou éloignées du pays, en raison de la pénurie relative de médecins de premier recours⁸⁻¹⁰. Chez les populations immigrantes, des obstacles linguistiques ainsi que des croyances et des normes culturelles¹¹ peuvent entraver l'accès aux soins¹¹.

Faible revenu

Le nombre de Canadiens vivant sous le seuil de faible revenu^b a chuté au cours de la dernière décennie, mais le faible revenu continue de poser un défi de taille : trois millions de Canadiens (9,0 %) avaient de faibles revenus en 2010¹³. L'association entre une situation socio-économique défavorable et un certain nombre de résultats pour la santé, notamment sur les plans de l'espérance de vie, des invalidités et des hospitalisations, et de la mortalité, a été largement démontrée dans la documentation scientifique¹⁴⁻¹⁷. Par exemple, un rapport pancanadien examinant le lien entre le statut socio-économique (SSE) et la santé chez les Canadiens vivant en région urbaine révèle que les taux d'hospitalisation liée à un éventail d'affections aiguës et chroniques étaient plus élevés dans les régions à faible SSE que dans les régions à SSE moyen ou élevé¹⁴.

Plusieurs facteurs, dont le manque d'éducation, de mauvaises conditions de vie, un environnement de travail médiocre et l'exclusion sociale¹⁸, peuvent contribuer à la mauvaise santé des Canadiens à faible revenu. Les facteurs liés aux comportements et aux habitudes de vie, comme le tabagisme, une forte consommation d'alcool (consommation excessive d'alcool) et l'inactivité physique, qui se sont révélés plus répandus chez les personnes à faible revenu¹⁴, peuvent aussi contribuer aux disparités observées.

Collectivités rurales et éloignées

Les données canadiennes indiquent que l'état de santé des personnes vivant dans des collectivités rurales est en moyenne moins bon que celui des personnes vivant dans de grandes régions métropolitaines¹⁹. Approximativement neuf millions de Canadiens, ou environ 30 % des membres de la population, vivent en régions rurales ou éloignées²⁰. Un rapport pancanadien examinant la santé des Canadiens vivant en région rurale révèle que le fait de vivre en région rurale était généralement défavorable en ce qui a trait à de nombreuses mesures liées à la santé, comparativement au fait de vivre en région urbaine. Par exemple, la prévalence du tabagisme et de l'obésité était plus élevée dans les régions rurales que dans les régions urbaines et l'espérance de vie à la naissance chez les personnes de sexe masculin était nettement inférieure¹⁹.

Plusieurs facteurs influent sur la santé des résidents des régions rurales ou éloignées, notamment un accès moindre à des soins primaires⁸, des taux de chômage élevés, de faibles niveaux de scolarisation et un SSE faible²⁰. En ce qui concerne les Canadiens des régions rurales ou éloignées, l'environnement physique dans lequel ils vivent peut promouvoir ou encourager des comportements à risque pour la santé et peut expliquer certaines disparités en matière de santé. Par exemple, il se peut que ces résidents aient moins accès à des aliments sains et consomment moins de fruits et de légumes, ce qui peut entraîner des taux plus élevés d'excès de poids et d'obésité²¹. La distance par rapport aux services de soins de santé spécialisés peut compromettre l'accès aux soins et influencer sur les choix qui s'offrent en matière de traitement contre le cancer²²⁻²³.

b) Le seuil de faible revenu établi par Statistique Canada est la limite de revenu en deçà de laquelle une famille est susceptible de consacrer une part plus importante de son revenu à l'achat de nécessités comme la nourriture, le logement et l'habillement qu'une famille moyenne.¹²

Comment le présent rapport traite-t-il des territoires?

Les trois territoires du Canada comptent une importante proportion des Canadiens définis comme vivant dans des collectivités rurales et éloignées. Dans la mesure du possible, des données sur le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon sont incluses dans les indicateurs abordés dans ce rapport.

Nouveaux immigrants

Les nouveaux immigrants au Canada forment une autre population chez laquelle des disparités ont été relevées²⁴. D'après le recensement de 2006, une personne sur cinq au Canada (19,8 %) est née à l'extérieur du Canada. Entre 2001 et 2006, la population immigrante du Canada a crû de 13,6 %, ce qui représente un taux de croissance quatre fois plus élevé que celui de la population née au pays, ce dernier s'établissant à 3,3 % au cours de la même période²⁵.

L'arrivée de nouveaux immigrants au Canada s'est constamment accompagnée de « l'effet de l'immigrant en santé » – les nouveaux immigrants sont en meilleure santé que la population née au pays²⁶. L'effet de l'immigrant en santé a été attribué à plusieurs facteurs, y compris le dépistage médical qui est habituellement effectué lors de l'entrée dans un nouveau pays (étant donné que les personnes sont sélectionnées en fonction de critères relatifs à l'employabilité, au niveau de scolarité et d'ordre linguistique²⁷) et la tendance des immigrants à avoir des comportements plus propices à la santé que ceux des personnes habitant déjà au Canada, qui se traduisent notamment par de faibles taux de tabagisme et de consommation d'alcool²⁸, bien que cela puisse varier selon le sexe²⁹⁻³⁰.

Cet avantage lié à la santé semble diminuer au fur et à mesure que les immigrants vivent au pays²⁶. Cette diminution a été attribuée à des obstacles persistants qui entravent l'accès à des services de soins de santé de grande qualité, plus particulièrement en matière de soins primaires et préventifs, ce qui peut découler en partie de l'incapacité du système de soins de santé à fournir les services adaptés sur les plans culturel et linguistique qui sont essentiels à la prestation de soins de santé de qualité³¹, de facteurs environnementaux et de l'acculturation provoquée par l'adoption de comportements répandus au Canada qui nuisent à la bonne santé, comme le tabagisme et la consommation d'alcool³².

Au-delà de cet effet de l'immigrant en santé, des questions légitimes se posent au sujet de la capacité des nouveaux immigrants à comprendre les divers volets du système de soins de santé et à s'orienter avec succès parmi ceux-ci. Ces questions peuvent par exemple porter sur la faible sensibilisation aux programmes de dépistage du cancer disponibles et à leurs avantages, et la capacité limitée de comprendre les pronostics et d'évaluer les différentes options de traitement.

Comment le rapport traite-t-il des populations métis, inuites et des Premières Nations?

La prise de mesures visant à améliorer la lutte contre le cancer chez les peuples inuits, métis et des Premières nations avec leur collaboration fait partie des priorités stratégiques du Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat). Il n'existe actuellement aucun moyen d'identifier les patients atteints de cancer chez les Premières nations, les Inuits et les Métis dans le système de lutte contre le cancer car cette information n'est pas consignée dans les registres du cancer et elle ne l'est pas non plus de façon systématique dans les dossiers de santé.

En vue de faire avancer la lutte menée contre le cancer chez les peuples inuits, métis et des Premières nations avec leur collaboration, le Partenariat travaille de concert avec le personnel des systèmes de santé et de lutte contre le cancer, et leurs partenaires respectifs des peuples inuits, métis et des Premières nations pour faire progresser la lutte contre le cancer à l'intention des peuples autochtones. Une analyse contextuelle ainsi qu'une analyse des systèmes existants d'identification des patients des peuples inuits, métis et des Premières nations ont été réalisées en 2012. Le Partenariat soutiendra un réseau visant à accroître l'adoption de processus permettant d'identifier des personnes particulières afin d'assurer l'amélioration de la fonction d'intervenant-pivot, l'adoption d'approches adaptées à la culture en matière de lutte contre le cancer, et la compréhension de l'expérience du cancer.

Pour de plus amples renseignements concernant les efforts que le Partenariat déploie pour faire avancer le Plan d'action de lutte contre le cancer chez les Premières nations, les Inuits et les Métis, veuillez consulter le site suivant : <http://vuesurlecancer.ca>.

Éléments sur lesquels s'appuie le rapport

Les travaux réalisés aux fins de la rédaction du présent rapport s'appuient en premier lieu sur une série de consultations qui ont été menées à l'échelle du pays au début de 2012. Ces séances ont mobilisé des experts ainsi que des chefs de file du savoir, de même que des représentants des patients et des survivants, afin de recueillir leurs conseils et leurs avis sur les orientations prévues en matière de mesure du rendement du système de lutte contre le cancer dans le domaine à l'étude. À la suite des consultations, un groupe de travail composé d'experts en la matière, de cliniciens, de chercheurs et de chefs de file du domaine des politiques et des systèmes provenant de partout au Canada a été créé pour superviser la production du rapport. Les membres du groupe de travail ont donné leur avis sur le contenu et les méthodologies présentés dans ce

rapport et ont fourni une rétroaction sur les ébauches du rapport et l'interprétation des résultats des indicateurs. Une liste des membres de ce groupe de travail est fournie à la page 2 de ce rapport. Le Comité directeur sur le rendement du système et le Comité de travail technique sur le rendement du système, qui se composent tous deux de représentants des dix provinces (voir la liste des membres à la page 1) ont guidé l'ensemble des travaux réalisés dans le cadre de l'Initiative sur le rendement du système.

La méthodologie utilisée dans le présent rapport pour évaluer l'incidence que les temps de déplacement vers les centres de radiothérapie ont eue sur l'utilisation et les temps d'attente a été mise au point par le Groupe de travail sur la méthodologie (la liste des membres figure à l'annexe).

Sources de données et méthodologie utilisées dans le présent rapport

Les données recueillies et analysées aux fins du présent rapport sont le fruit des efforts concertés de plusieurs partenaires. Les organismes et les programmes provinciaux de lutte contre le cancer ont fourni des données détaillées en ce qui concerne le diagnostic, le traitement et la recherche afin de faciliter le calcul de nombreux indicateurs présentés dans le rapport. À l'échelle nationale, le Partenariat a travaillé en collaboration avec Statistique Canada. Cet organisme est l'administrateur des sondages et le responsable des données pour l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Il recueille des données sur l'utilisation des soins de santé et les déterminants de la santé dans la population canadienne, données qui ont servi à l'élaboration du présent rapport. Statistique Canada héberge également le Registre canadien du cancer (RCC) et la Base de données sur l'état

civil, qui ont permis d'obtenir les principales mesures liées aux résultats à long terme, comme l'incidence du cancer, ainsi que les taux de mortalité et de survie relative. Le Partenariat a travaillé avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour élaborer des indicateurs sur les interventions chirurgicales liées au cancer. L'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS) a fourni des renseignements sur les pratiques de dépistage du cancer du sein qu'adoptent les programmes provinciaux et territoriaux organisés de mammographie.

Les indicateurs examinés dans le rapport sont présentés au niveau national. Toutefois, dans le cas de plusieurs indicateurs, les données provinciales sont présentées dans les tableaux supplémentaires en ligne.

Mesures du revenu et du statut d'immigrant au niveau individuel par opposition au niveau régional

Les mesures employées pour définir le revenu et le statut d'immigrant dans le présent rapport varient selon les sources de données utilisées. Pour ce qui est des indicateurs fondés sur l'ESCC, le revenu et le statut d'immigrant sont déterminés en fonction de l'information fournie par les personnes qui ont participé aux sondages. En ce qui concerne toutes les autres sources de données, y compris les registres provinciaux du cancer, le RCC, la Base de données de l'état civil, la Base de données sur la morbidité hospitalière (ICIS), le Système national d'information sur les soins ambulatoires (ICIS) et la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein, le revenu et le statut d'immigrant ont été définis du point de vue écologique au niveau des régions ou des quartiers.

La variable revenu utilisée dans les analyses des données de l'ESCC est fondée sur le revenu autodéclaré du ménage et sert à mesurer le revenu du ménage du répondant par rapport au revenu du ménage de tous les autres

répondants. Il s'agit du ratio normalisé du revenu total du ménage par rapport au seuil de faible revenu correspondant au nombre de personnes faisant partie du ménage et à la taille de la collectivité⁴². Les revenus ont été répartis

par quintiles, et les Canadiens vivant au sein des ménages ayant le revenu le plus faible représentent la tranche inférieure de 20 % des ménages, tandis que les membres des ménages ayant les revenus les plus élevés représentent la tranche supérieure de 20 % de la répartition des ménages.

Pour déterminer le statut d'immigrant dans le cadre de l'ESCC, on a demandé aux répondants s'ils sont citoyens canadiens de naissance et si ce n'est pas le cas, de préciser en quelle année ils sont venus vivre au Canada pour la première fois. Dans le présent rapport (et conformément aux recherches antérieures), le statut d'immigrant a été examiné du point de vue des répondants ayant indiqué qu'ils sont venus vivre au Canada il y a 9 ans ou moins (désignés comme étant de « nouveaux immigrants » dans ce rapport), et de ceux ayant indiqué qu'ils sont venus vivre au Canada il y a au moins 10 ans (désignés comme étant des immigrants « de longue date » dans ce rapport). Les répondants ayant dit être citoyens canadiens de naissance sont désignés comme étant « d'origine canadienne » dans le présent rapport³³.

L'année particulière de l'ESCC utilisée dans le présent rapport varie selon les indicateurs examinés et est fondée sur l'année la plus récente pour laquelle des données *nationales* étaient disponibles. Par conséquent, en ce qui concerne les indicateurs liés à la consommation d'alcool et au dépistage autodéclaré, les données des années 2005 et 2008 ont été utilisées respectivement. Pour ce qui est des indicateurs visant à examiner la prévalence du tabagisme, l'abandon du tabagisme et l'obésité, les données de 2011 ont été utilisées.

En ce qui a trait aux indicateurs fondés sur des données provenant des registres provinciaux du cancer, du RCC, de la Base de données sur l'état civil, de la Base de données sur la morbidité hospitalière (ICIS), du Système national d'information sur les soins ambulatoires (ICIS), et de la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein, le revenu et le statut d'immigrant ont été définis du point de vue écologique au niveau des quartiers. Cette approche utilise les caractéristiques de la région géographique dans laquelle vivent les personnes concernées et les

attribuent aux personnes vivant dans la région en question. Les valeurs au niveau des quartiers ont été calculées au moyen du Fichier de conversion des codes postaux (FCCP+) mis au point par Statistique Canada³⁴, qui lie le code postal des particuliers aux régions géographiques normalisées du recensement canadien (telles que les aires de diffusion, les secteurs de recensement et les subdivisions de recensement) en vue de la collecte de données au niveau des régions concernant notamment le quintile de revenu du quartier et la densité d'immigrants³⁵.

Cette approche axée sur les quartiers a été utilisée pour examiner le niveau de revenu par quintile, les Canadiens qui vivent dans les quartiers ayant le revenu le plus faible représentant la tranche inférieure de 20 % de la répartition des revenus et ceux qui vivent dans les quartiers ayant le revenu le plus élevé représentant la tranche supérieure de 20 % de cette répartition. Cette mesure des revenus tient compte des différences du coût de la vie à l'échelle de la province parce que le revenu d'un quartier particulier a été mesuré par rapport à celui des autres quartiers situés dans une région métropolitaine de recensement (RMR) ou une agglomération de recensement (AR) données, ou dans des régions à l'extérieur d'une RMR ou d'une AR (c.-à-d. les quintiles sont établis à l'échelle de chacune des RMR/AR et des régions situées à l'extérieur d'une RMR/AR). Les quintiles de revenu du quartier établis au moyen du fichier liant les codes postaux au recensement sont moins précis en ce qui concerne les régions rurales parce que les codes postaux des régions rurales englobent de vastes régions géographiques. Les analyses fondées sur les quintiles de revenu du quartier se limitent par conséquent aux régions urbaines dans les cas indiqués¹⁷.

À l'aide d'une approche axée sur les quartiers, le statut d'immigrant a été mesuré sous la forme de la densité d'immigrants, représentant le pourcentage des populations immigrantes et non permanentes qui vivent dans une aire de diffusion (AD). Pour élaborer cette mesure, des données de recensement ont été utilisées pour caractériser chaque AD du recensement en fonction du pourcentage des populations immigrantes et de résidents non permanents

combinées qu'elle abrite. La définition des immigrants selon le recensement englobe les personnes qui ont elles-mêmes déclaré avoir détenu la désignation juridique d'« immigrant » au cours de leur vie. Les résidents non permanents sont les personnes d'un autre pays qui, au moment du recensement, étaient titulaires d'un permis de travail ou d'un permis d'études, ou qui revendiquaient le statut de réfugié, ainsi que les membres de leur famille vivant avec elles au Canada. Le pourcentage d'immigrants et de résidents non permanents de toute AD donnée a été calculé comme étant le nombre de personnes ayant déclaré avoir déjà détenu le statut d'immigrant admis, additionné au nombre de personnes ayant déclaré être résidents non permanents dans le cadre du recensement, divisé par la population totale de l'AD concernée.

À l'aide de l'application FCCP+ de Statistique Canada, les codes postaux des particuliers ont été appariés à un code d'AD correspondant. Des seuils de densité divisant la population d'immigrants en tiers (terciles) ont été établis puis ont été appliqués à l'ensemble de la population canadienne afin de désigner les régions comme étant à densité d'immigrants faible (tercile 1), moyenne (tercile 2) ou forte (tercile 3). Il est à noter qu'étant donné que les groupes d'immigrants ont été définis pour l'ensemble du Canada, les sous-ensembles de données provinciaux et régionaux sont peu susceptibles d'inclure le tiers de la population d'immigrants dans chaque groupe.

Les définitions des unités géographiques utilisées dans le présent rapport ont été adaptées à partir des définitions des zones d'influence des régions métropolitaines de recensement et des agglomérations de recensement (ZIM) établies par Statistique Canada. Cette classification est basée sur la taille

de la population et la distance, mais prend également en considération le navettage entre les régions rurales, les petites villes et les grands centres. Le noyau de population des RMR et des AR compte au moins 10 000 habitants. Les zones d'influence métropolitaine (ZIM) sont assignées en fonction du pourcentage de navettage de la main-d'œuvre vers toute RMR ou AR. La définition des ZIM établit une distinction entre les populations ayant moins accès aux marchés du travail des grands centres urbains et celles qui ont un meilleur accès à ceux-ci, en utilisant le navettage comme variable substitutive de l'accès de la population aux services notamment offerts par les établissements de santé et d'enseignement, les institutions financières, les centres commerciaux, les centres culturels et les établissements de sports.

Les groupements utilisés pour définir les lieux de résidence dans le présent rapport sont les suivants :

- **Urbain** – les RMR et les AR dont le noyau de population compte au moins 10 000 habitants; au moins 50 % de la population fait la navette vers une RMR/AR;
- **Rural** – la population compte moins de 10 000 habitants et 30 % à 49 % de la population fait la navette vers une région urbaine (ZIM forte);
- **Rural et éloigné** – la population compte moins de 10 000 habitants et 5 % à 29 % de la population fait la navette vers une région urbaine (ZIM modérée);
- **Rural et très éloigné** – la population compte moins de 10 000 habitants et 0 % à 5 % de la population fait la navette vers une région urbaine; cela comprend les zones non urbaines des territoires (ZIM faible ou zone sans IM).

Intervalles de confiance et signification statistique

Les indicateurs exposés dans le présent rapport sont fondés sur plusieurs sources de données. Les indicateurs liés au facteur de risque et au dépistage reposent sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), qui porte sur un échantillon de la population canadienne. Par conséquent, les estimations tirées de l'enquête s'accompagnent d'intervalles de confiance qui reflètent les marges d'erreur inhérentes à tout échantillon. Les intervalles de confiance des indicateurs reposant sur l'ESCC, et ceux de tous les autres indicateurs abordés dans ce rapport (à l'exception des temps d'attente) ont été calculés et sont présentés dans les tableaux supplémentaires en ligne à l'adresse suivante : www.vuesurlecancer.ca/rapportsurlerendementdusysteme.

Il est à noter que la signification statistique ne correspond pas toujours à la signification clinique. Il existe souvent des différences significatives entre les résultats des indicateurs et ce, même lorsque les intervalles de confiance de ceux-ci se chevauchent. À l'inverse, il se peut parfois que les différences entre les résultats dont les intervalles de confiance ne se chevauchent pas ne soient pas cliniquement significatives.

L'importance des répercussions de la distance par rapport à un centre de radiothérapie sur l'utilisation de la radiothérapie et les temps d'attente en radiothérapie a aussi été examinée dans le présent rapport. Aux fins de cette analyse, le temps de déplacement a été défini comme étant le temps de déplacement en véhicule (en minutes) à partir de la résidence de la personne concernée (au moment du diagnostic) vers le centre de radiothérapie le plus proche situé *dans la même province*. Le FCCP+ de Statistique Canada a été utilisé pour calculer les coordonnées de latitude et de longitude à partir du code postal du patient au moment du diagnostic. La même approche a été employée pour calculer la latitude et la longitude des centres de radiothérapie situés à l'échelle du Canada.

Pour déterminer les temps de déplacement, la latitude et la longitude de la résidence de la personne concernée et celles des centres provinciaux de radiothérapie ont été entrées dans *Google Maps* pour calculer le temps de déplacement. Les enregistrements ont été conservés en ce qui a trait au temps de déplacement en véhicule le plus court entre la résidence de la personne concernée et le centre de radiothérapie le plus proche situé dans la même province. Pour ce qui est des enregistrements ne contenant pas de données sur le temps de déplacement, les provinces ont été encouragées à cartographier les coordonnées de latitude et de longitude pour

aider à déterminer les raisons pour lesquelles ces données sont manquantes.

Le temps de déplacement en véhicule a été réparti selon les catégories suivantes : 0 à 39, 40 à 89, 90 à 179 et 180 minutes et plus. Les enregistrements suivants ont été exclus de cette analyse :

- Enregistrements contenant des codes postaux non valides;
- Codes postaux de l'extérieur de la province;
- Attribution partielle (codes postaux partiellement appariés).

Les répercussions de la distance par rapport à un centre de traitement ont aussi été examinées en ce qui a trait aux indicateurs relatifs aux chirurgies liées au cancer (mastectomie et colostomie). Pour de plus amples renseignements sur la méthodologie de ces analyses, veuillez consulter l'annexe technique en ligne, qui peut être visualisée et téléchargée à partir de l'adresse suivante : www.vuesurlecancer.ca/rapportsurlerendementdusysteme.

Structure du rapport

Section 1. Facteurs de risque : Cette section examine le lien entre les comportements liés à la santé qui ont été associés au cancer (p. ex. le tabagisme, l'excès de poids et l'obésité, la consommation d'alcool) et le quintile de revenu du ménage, le lieu de résidence ainsi que le statut d'immigrant en se fondant sur les données autodéclarées issues de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Les indicateurs évaluent indirectement l'efficacité des programmes de prévention et celle des politiques et des interventions connexes visant à améliorer les comportements pertinents en matière de santé.

Section 2. Accès aux services de lutte contre le cancer : Cette section étudie les disparités dans l'utilisation des services de lutte contre le cancer (en tant que variable substitutive de l'accès) et certaines des répercussions de ces disparités sur le stade auquel le diagnostic est établi et les résultats à long terme. Cette étude consiste aussi à examiner l'accès au dépistage, à la radiothérapie, et aux chirurgies du cancer du sein et du cancer colorectal selon le quintile de revenu du quartier, le lieu de résidence et le statut d'immigrant. Cette section examine également les répercussions de la distance entre la résidence de la personne concernée et un centre de radiothérapie ainsi qu'un hôpital effectuant des chirurgies liées au cancer sur l'utilisation de la radiothérapie et les chirurgies du cancer, respectivement.

Section 3. Bref aperçu de la survie au cancer selon le revenu : Cette section présente la survie relative à cinq ans selon le quintile de revenu du quartier (chez les populations urbaines) pour certains types de cancer.

Chacune des sections de ce rapport s'articule autour des sous-sections suivantes :

- Une brève description présente les indicateurs exposés, les sources des données, ainsi que les éléments méthodologiques dont il faut tenir compte s'il y a lieu. Un tableau sommaire met en évidence les résultats des indicateurs clés.

- **Pourquoi fait-on rapport sur ce sujet?** Cette sous-section justifie le choix du sujet qui est évalué et des indicateurs présentés.
- **Que sait-on déjà?** Cette sous-section donne un aperçu des connaissances acquises sur le sujet, à partir d'une analyse documentaire de haut niveau. Toutes les mesures de comparaison provenant d'autres études ou d'autres instances sont aussi présentées ici.
- **Que révèlent les résultats?** Cette sous-section présente les résultats des indicateurs et une description des variations et autres tendances, ainsi que certaines interprétations et des comparaisons à des mesures similaires provenant d'autres sources, lorsqu'elles sont disponibles.

Des tableaux détaillés (précisant les intervalles de confiance) sont fournis dans les tableaux supplémentaires en ligne, qui peuvent être visualisés et téléchargés à partir de l'adresse suivante : www.vuesurlecancer.ca/rapportsurlerendementdusysteme.

Une annexe technique en ligne présente des renseignements détaillés complets sur les données des indicateurs et les méthodologies, et peut être visualisée et téléchargée à partir de l'adresse suivante : www.vuesurlecancer.ca/rapportsurlerendementdusysteme.

Des diapositives téléchargeables de toutes les figures apparaissant dans le présent rapport sont disponibles à l'adresse suivante : www.vuesurlecancer.ca/diapositivestelechargeables.

1. Facteurs de risque

Prévalence et
abandon du
tabagisme

25

Consommation
d'alcool

28

Excès de poids
et obésité chez
les adultes

30



1. Facteurs de risque

Cette section fait état d'indicateurs relatifs à trois facteurs de risque modifiables, à savoir : le tabagisme, la consommation d'alcool et l'obésité. Les résultats présentés sont fondés sur l'année la plus récente pour laquelle des données nationales issues de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) sont disponibles. L'analyse porte sur les différences sur les plans de l'usage du tabac, de la consommation d'alcool et des niveaux d'excès de poids et d'obésité selon le quintile de revenu du ménage, le lieu de résidence et le statut d'immigrant. Des tableaux de données détaillés, précisant les intervalles de confiance, sont fournis dans les tableaux supplémentaires en ligne.

Sommaire des résultats concernant quatre facteurs de risque personnels modifiables, selon le quintile de revenu du ménage, le lieu de résidence et le statut d'immigrant

Indicateur	Ce que révèlent les résultats		
	Quintile de revenu du ménage	Lieu de résidence	Statut d'immigrant
Prévalence du tabagisme Pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus déclarant fumer tous les jours ou à l'occasion	La prévalence du tabagisme est plus élevée chez les personnes issues des ménages à faible revenu (24,9 %) que chez les personnes issues des ménages à revenu moyen (18,1 % à 21,1 %) et celles issues des ménages à revenu élevé (15,2 %)	La prévalence du tabagisme est plus élevée chez les résidents des régions rurales (21,4 % à 24,0 %) que chez les résidents des régions urbaines (19,3 %)	Les taux de tabagisme sont moins élevés chez les nouveaux immigrants (12,5 %) que chez les personnes d'origine canadienne (22,0 %)
Abandon du tabagisme Pourcentage de fumeurs récents âgés de 20 ans ou plus qui ont cessé de fumer au cours des deux années précédentes	Le taux d'abandon du tabagisme est moins élevé chez les adultes issus des ménages ayant le revenu le plus faible (14,6 %) que chez ceux issus des ménages ayant le revenu le plus élevé (21,3 %)	Le taux d'abandon du tabagisme est le plus élevé chez les résidents des régions rurales et très éloignées (20,4 %), par comparaison à 16,4 % chez les résidents des régions rurales et à 17,8 % chez ceux des régions urbaines	Le taux d'abandon le plus élevé a été relevé chez les nouveaux immigrants (20,7 %), suivis des personnes d'origine canadienne (18,3 %) et des immigrants de longue date (15,7 %)
Consommation d'alcool Pourcentage de la population âgée de 18 ans ou plus déclarant avoir dépassé la limite des recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque* au cours des 12 mois précédents (données de 2005)	Les personnes issues des ménages à revenu élevé sont plus susceptibles de dépasser la limite des recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque (14,2 %) que les personnes issues des ménages à faible revenu (5,7 %)	Aucune différence n'a été constatée entre les résidents des régions rurales (8,9 % à 10,6 %) et ceux des régions urbaines (9,2 %) quant à la probabilité de dépasser la limite des recommandations sur la consommation d'alcool	Le nombre de personnes ayant déclaré avoir dépassé la limite des recommandations sur la consommation d'alcool est moins élevé chez les nouveaux immigrants (2,3 %) que chez les immigrants de longue date (5,0 %) et les personnes d'origine canadienne (10,7 %)

Indicateur	Ce que révèlent les résultats		
	Quintile de revenu du ménage	Lieu de résidence	Statut d'immigrant
Excès de poids et obésité Pourcentage de la population de 18 ans ou plus considérée comme ayant un excès de poids ou étant obèse	Les hommes issus des ménages à faible revenu sont moins susceptibles d'avoir un excès de poids ou d'être obèses (51,1 %) que les hommes issus des ménages à revenu élevé (65,9 %), tandis qu'une tendance inverse a été observée chez les femmes (46,9 % contre 38,8 %, respectivement)	Les adultes vivant en régions rurales et éloignées sont plus susceptibles (57,7 % à 60,7 %) que les résidents des régions urbaines (50,7 %) d'avoir un excès de poids ou d'être obèses	Le nombre de personnes ayant un excès de poids ou étant obèses est moins élevé chez les nouveaux immigrants (35,6 %) que chez les immigrants de longue date (51,8 %) et les personnes d'origine canadienne (53,8 %)

* Selon la recommandation sur la consommation d'alcool à faible risque du World Cancer Research Fund/de l'American Institute for Cancer Research (WCRF/AICR), les hommes ne devraient pas consommer plus de deux verres par jour et les femmes ne devraient pas consommer plus d'un verre par jour.

Source des données : Données de 2011 et de 2005 tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Pourquoi fait-on rapport sur ce sujet?

La prévention est un élément essentiel de la lutte contre le cancer. La compréhension du rôle des facteurs de risque et de leur prévalence au sein de la population peut aider à orienter les efforts de prévention du cancer. De nombreux facteurs de risque peuvent être modifiés en corrigeant certains comportements liés à la santé, comme le tabagisme et la consommation d'alcool, ou en modifiant l'environnement de manière à réduire l'exposition à la fumée secondaire.

Que sait-on déjà?

Des études canadiennes et internationales antérieures ont démontré que la prévalence des facteurs de risque de cancer modifiables, tels que le tabagisme, l'excès de poids et l'obésité, tend à être plus élevée chez les populations à faible revenu et/ou chez les résidents des régions rurales^{19, 36-41}. Une certaine association a aussi été établie entre les niveaux de revenu et d'obésité, la prévalence de l'obésité étant le plus élevée chez les hommes issus des ménages à revenu élevé et le plus faible chez les femmes issues des ménages à revenu élevé^{38, 42}. En ce qui concerne le statut d'immigrant, un certain nombre d'études canadiennes et internationales

ont révélé que les immigrants tendent à présenter de meilleurs profils de santé que les personnes d'origine canadienne, notamment de faibles taux de consommation d'alcool et d'obésité, les meilleurs profils de santé ayant été observés chez les nouveaux immigrants⁴³⁻⁴⁵.

Les différences entre les groupes socio-démographiques peuvent s'expliquer de plusieurs façons. Les taux d'activité physique et de consommation de fruits et de légumes influent sur les niveaux d'excès de poids et d'obésité, et on sait qu'ils diffèrent selon le revenu, le lieu de résidence et les groupes d'immigrants^{19, 42}. L'environnement bâti – un terme général qui décrit des facteurs comprenant l'accès à des aliments sains ainsi que la possibilité de se déplacer facilement à pied dans un quartier et d'y faire de la bicyclette en toute sécurité – peut aussi influencer d'une certaine manière sur ces facteurs⁴⁶. En outre, des données probantes provenant des municipalités de Toronto et des environs laissent entendre que le statut d'immigrant a une incidence sur le lien entre le revenu et les résultats en matière de santé⁴⁷.

Prévalence et abandon du tabagisme

25 %

des personnes issues des ménages à faible revenu déclarent fumer, comparativement à 15 % des personnes issues des ménages à revenu élevé.

Que révèlent les résultats?

Un plus grand nombre de personnes issues des ménages à faible revenu et des collectivités rurales et éloignées fument. Les nouveaux immigrants fument moins que les autres Canadiens.

Les données tirées de l'ESCC menée en 2011 révèlent que 24,9 % des personnes issues des ménages à faible revenu ont déclaré fumer tous les jours ou à l'occasion, comparativement à 15,2 % de celles issues des ménages à revenu élevé (figure 1.1). Les personnes issues des ménages à faible revenu sont en outre moins susceptibles de déclarer avoir cessé de fumer que celles issues des ménages à revenu élevé. Chez les ménages ayant le revenu le plus faible, 14,6 % des fumeurs récents âgés de 20 ans ou plus ont déclaré avoir cessé de fumer au cours des deux années précédentes, comparativement à 21,3 % de ceux issus des ménages ayant le revenu le plus élevé (consulter les tableaux supplémentaires en ligne). Cela laisse entendre qu'il pourrait être nécessaire d'offrir des programmes d'abandon du tabagisme ciblant les ménages à faible revenu afin d'éviter que l'écart entre le taux de tabagisme observé chez les personnes à revenu élevé et celui relevé chez les personnes à faible revenu ne continue de s'élargir.

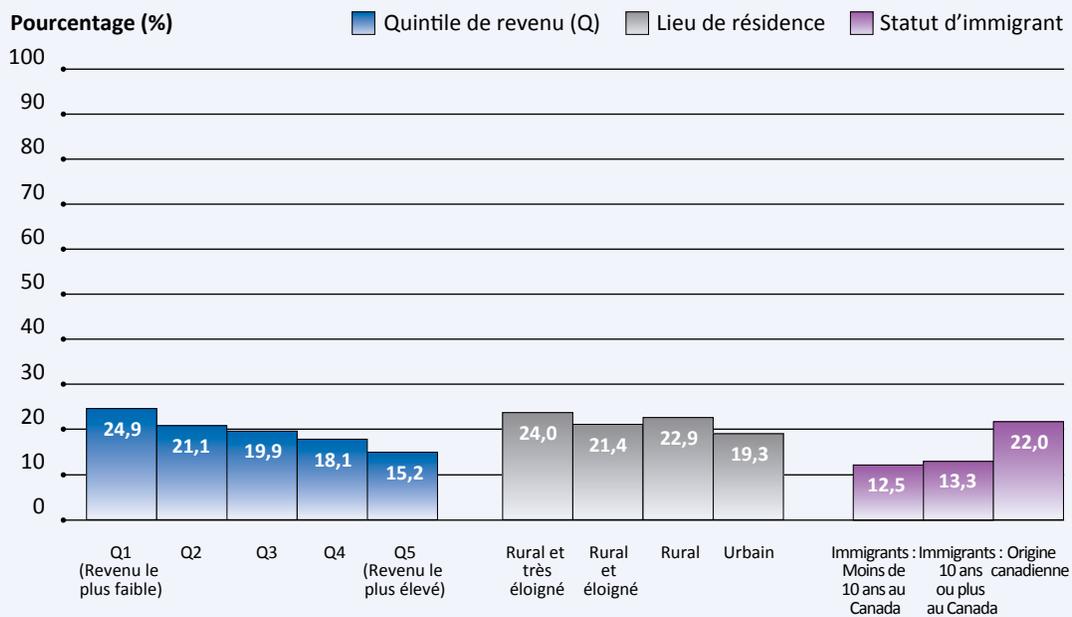
Lorsque le lieu de résidence est pris en compte, les taux de tabagisme sont plus élevés dans les régions rurales et éloignées du pays (allant de 21,4 % à 24,0 %) que dans les régions urbaines (19,3 %). Les personnes vivant en régions urbaines sont toutefois moins susceptibles de

déclarer avoir cessé de fumer que celles vivant en régions rurales très éloignées. Le tabagisme était plus répandu chez les résidents des régions rurales et éloignées du Canada que chez ceux des régions urbaines (figure 1.1), mais 20,4 % des fumeurs récents âgés de 20 ans ou plus vivant dans des régions rurales très éloignées ont déclaré avoir cessé de fumer au cours des deux années précédentes, comparativement à 17,8 % des résidents des régions urbaines.

Les taux de tabagisme chez les immigrants canadiens tendaient à être plus faibles que les taux relevés chez les résidents d'origine canadienne (figure 1.1). Les données issues de l'ESCC de 2011 indiquent que 12,5 % des nouveaux immigrants et 13,3 % des immigrants de longue date fument tous les jours ou à l'occasion, comparativement à 22,0 % des personnes d'origine canadienne. De plus, bien que les taux de tabagisme chez les immigrants avaient tendance à ne varier que légèrement selon le niveau de revenu (par exemple, 11,3 % des nouveaux immigrants appartenant au groupe de revenu le plus faible ont déclaré fumer tous les jours ou à l'occasion, par comparaison à 14,5 % des nouveaux immigrants appartenant au groupe de revenu le plus élevé; figure 1.2), le gradient des taux de tabagisme relevés chez les personnes d'origine canadienne était beaucoup plus prononcé, le tabagisme diminuant à mesure que le revenu augmente : 31,5 % des résidents d'origine canadienne appartenant au groupe de revenu le plus faible ont déclaré fumer tous les jours ou à l'occasion, comparativement à 16,1 % de ceux appartenant au groupe de revenu le plus élevé (figure 1.2).

FIGURE 1.1

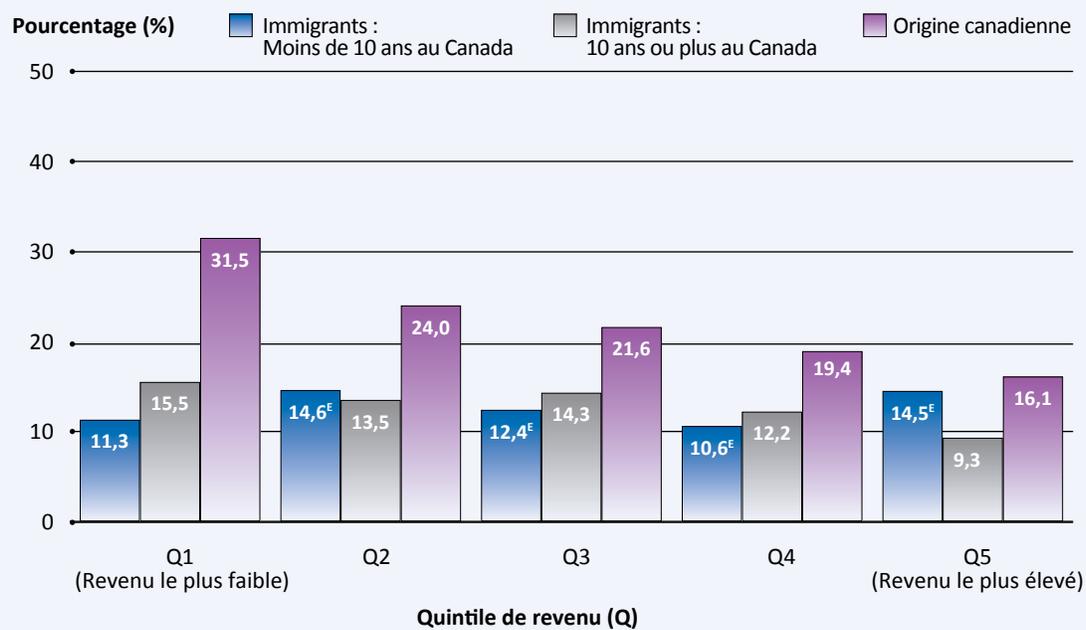
Pourcentage de la population (âgée de 12 ans ou plus) déclarant fumer tous les jours ou à l'occasion, selon le quintile de revenu du ménage, le lieu de résidence et le statut d'immigrant – Canada – 2011



Les territoires sont exclus de l'analyse des revenus effectuée dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

FIGURE 1.2

Pourcentage de la population (âgée de 12 ans ou plus) déclarant fumer tous les jours ou à l'occasion, selon le statut d'immigrant par quintile de revenu du ménage – Canada – 2011



^É À interpréter avec prudence en raison de l'ampleur de la variation dans l'estimation. Consulter l'annexe technique pour plus de détails. Les territoires sont exclus de l'analyse des revenus effectuée dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Consommation d'alcool

Les personnes à revenu élevé sont plus susceptibles de faire une consommation excessive d'alcool que les personnes à revenu faible. Les nouveaux immigrants consomment moins d'alcool que les autres Canadiens.

Les données de l'ESCC de 2005 révèlent que les ménages canadiens ayant un revenu élevé sont plus susceptibles de dépasser la limite des recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque du WCRF/de l'AICR que les Canadiens à faible revenu. Plus précisément, 5,7 % des personnes âgées de 18 ans ou plus issues des ménages à faible revenu ont déclaré avoir fait une consommation excessive d'alcool au cours des 12 mois précédents, par comparaison à 14,2 % de celles issues des ménages à revenu élevé. Ce rapport s'est également dégagé des données de l'ESCC de 2011 provenant de cinq provinces, bien que le gradient selon le revenu ait été moins prononcé (consulter les tableaux supplémentaires en ligne).

Les habitudes de consommation d'alcool ne variaient pas considérablement selon le lieu de résidence, 9,2 % des personnes qui vivent en régions urbaines déclarant avoir dépassé la

limite des recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque, par comparaison à 10,6 % de celles vivant en régions rurales, et à 8,9 % de celles vivant dans des régions rurales très éloignées (consulter les tableaux supplémentaires en ligne).

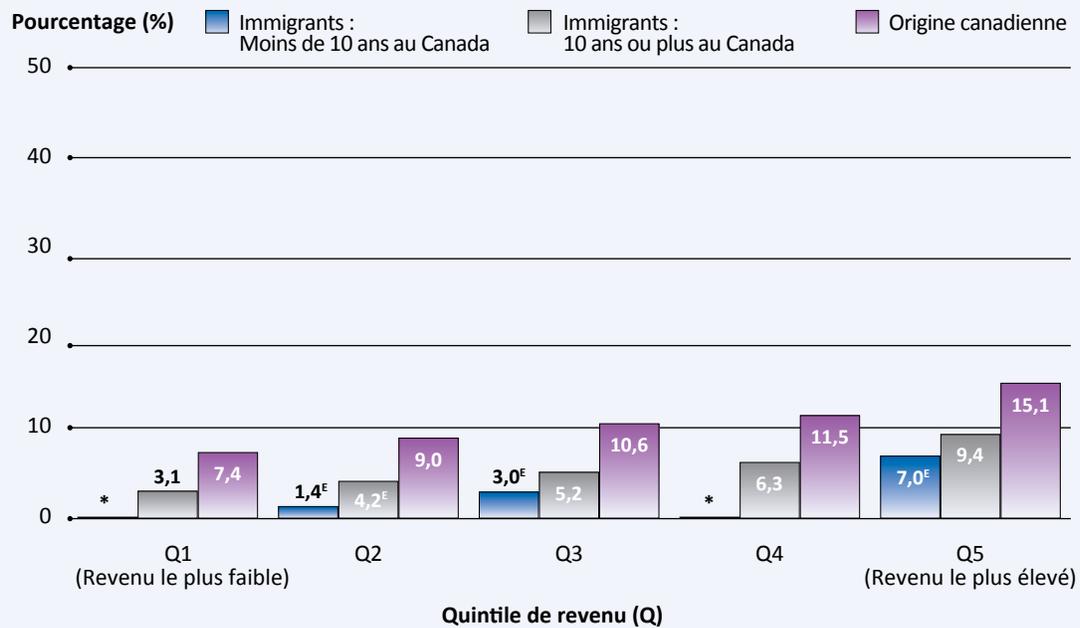
Tout comme la prévalence du tabagisme, les taux de consommation d'alcool étaient plus faibles chez les immigrants que chez les personnes d'origine canadienne, 2,3 % des nouveaux immigrants et 5,0 % des immigrants de longue date ayant déclaré avoir fait une consommation excessive d'alcool au cours des 12 mois précédents, par comparaison à 10,7 % des personnes d'origine canadienne (consulter les tableaux supplémentaires en ligne).

La consommation d'alcool demeure plus élevée chez les résidents d'origine canadienne que chez les immigrants, quels que soient les niveaux de revenu, ce qui laisse entendre que les facteurs culturels influent peut-être davantage que les facteurs économiques sur les comportements en matière de consommation d'alcool (figure 1.3).

La consommation d'alcool demeure plus élevée chez les résidents d'origine canadienne que chez les immigrants.

FIGURE 1.3

Pourcentage de la population (âgée de 18 ans ou plus) déclarant avoir dépassé la limite des recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque au cours des 12 mois précédents, selon le quintile de revenu du ménage et le statut d'immigrant – Canada – 2005



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

^E À interpréter avec prudence en raison de l'ampleur de la variation dans l'estimation. Consulter l'annexe technique pour plus de détails. Les territoires sont exclus de l'analyse des revenus effectuée dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

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

Excès de poids et obésité chez les adultes

Les hommes ayant un faible revenu sont moins susceptibles d'avoir un excès de poids que les hommes ayant un revenu élevé, alors que c'est l'inverse chez les femmes. Les adultes vivant en régions rurales ou éloignées sont plus susceptibles d'avoir un excès de poids que les résidents des régions urbaines. Les nouveaux immigrants sont moins susceptibles que les autres Canadiens d'avoir un excès de poids.

Les données issues de l'ESCC de 2011 indiquent que 51,1 % des hommes âgés de 18 ans ou plus issus des ménages à faible revenu avaient un excès de poids ou étaient obèses, comparativement à 65,9 % des hommes issus des ménages à revenu élevé (figure 1.4). Au cours de la même année, toutefois, 46,9 % des femmes âgées de 18 ans ou plus issues des ménages ayant les revenus les plus faibles étaient considérées comme ayant un excès de poids ou étant obèses, comparativement à 38,8 % des femmes issues des ménages à revenu élevé (figure 1.5).

L'examen des niveaux d'excès de poids et d'obésité selon le lieu de résidence révèle que 60,7 % des adultes âgés de 18 ans ou plus qui

vivent dans des régions rurales très éloignées avaient un excès de poids ou étaient obèses, comparativement à 50,7 % des résidents des régions urbaines. Ce lien existe tant chez les hommes que chez les femmes (figures 1.4 et 1.5).

Chez les adultes âgés de 18 ans ou plus, 51,8 % des immigrants de longue date et 53,8 % des résidents d'origine canadienne avaient un excès de poids ou étaient obèses, par comparaison à 35,6 % des nouveaux immigrants. Lorsque le profil d'obésité selon le statut d'immigrant a été examiné par rapport à différents niveaux de revenu, les données ont constamment révélé des taux d'obésité moins élevés chez les immigrants récents que chez les personnes d'origine canadienne à tous les niveaux de revenu (figure 1.6). Cela donne à penser que les immigrants canadiens prennent du poids graduellement au fil du temps pendant qu'ils vivent au Canada.

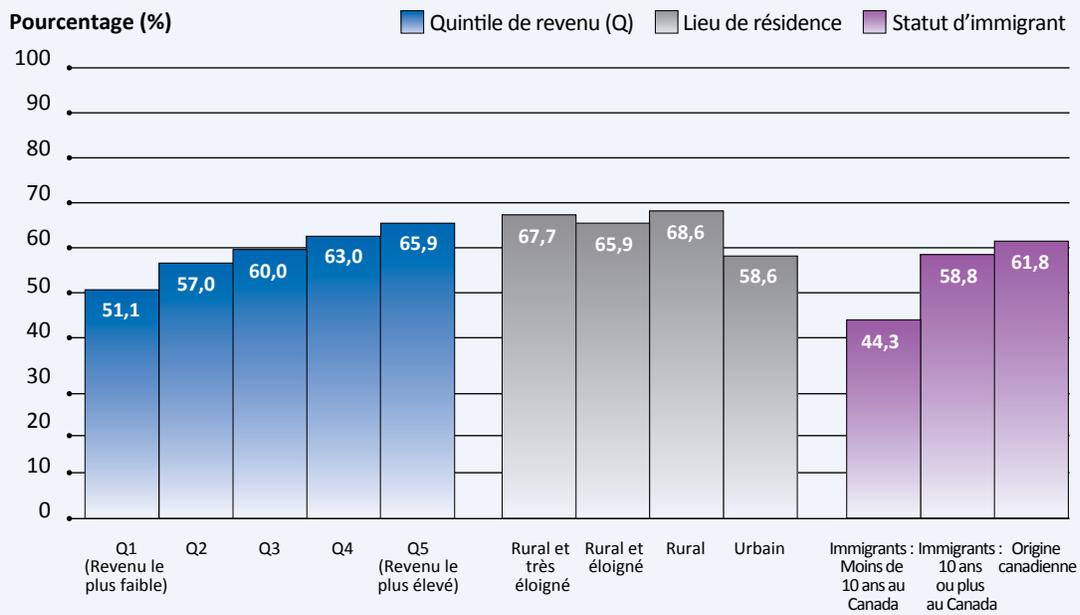
66 %

des hommes issus des ménages à revenu élevé ont un excès de poids ou sont obèses comparativement à 51 % des hommes issus des ménages à faible revenu.

Les immigrants prennent du poids graduellement au fil du temps pendant qu'ils vivent au Canada.

FIGURE 1.4

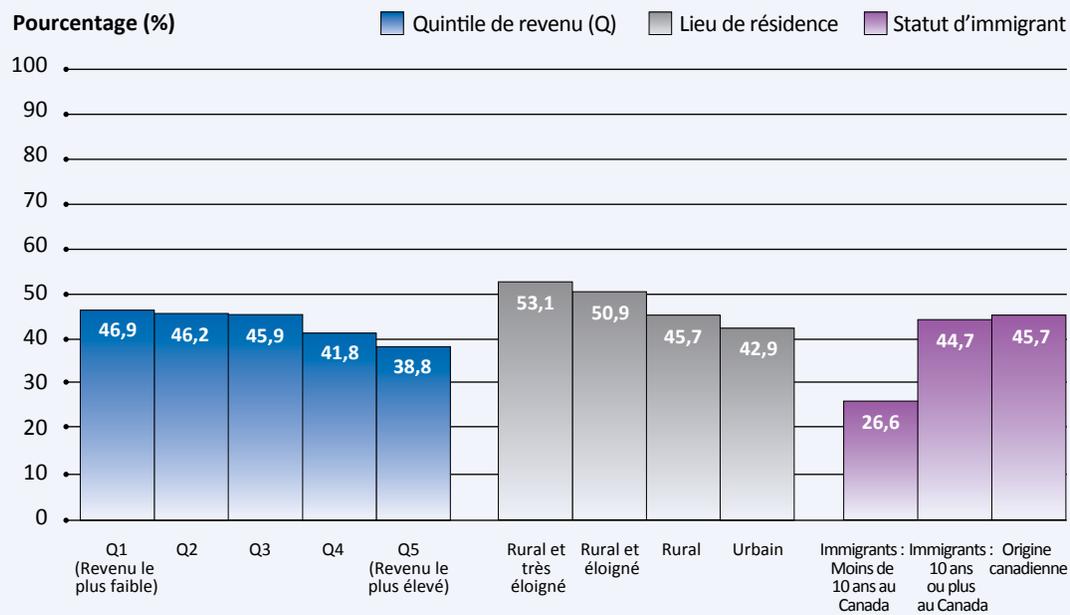
Pourcentage des hommes (de 18 ans ou plus) considérés comme ayant un excès de poids ou étant obèses, selon le quintile de revenu du ménage, le lieu de résidence et le statut d'immigrant – Canada – 2011



Les territoires sont exclus de l'analyse des revenus effectuée dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

FIGURE 1.5

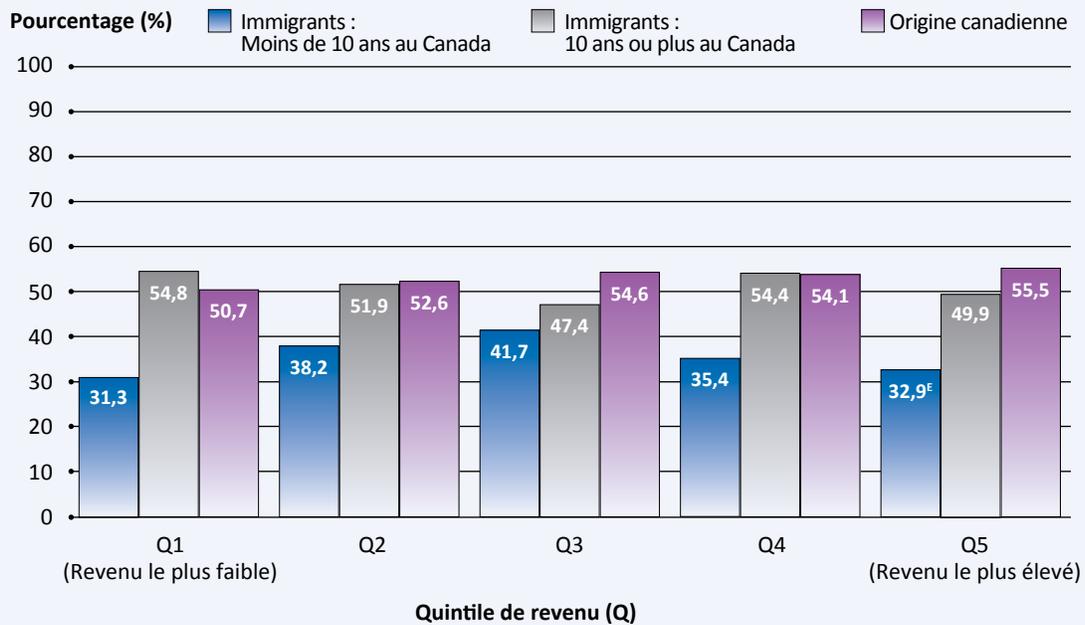
Pourcentage des femmes (de 18 ans ou plus) considérées comme ayant un excès de poids ou étant obèses, selon le quintile de revenu du ménage, le lieu de résidence et le statut d'immigrant – Canada – 2011



Les territoires sont exclus de l'analyse des revenus effectuée dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

FIGURE 1.6

Pourcentage de la population (de 18 ans ou plus) considérée comme ayant un excès de poids ou étant obèse, selon le statut d'immigrant par quintile de revenu du ménage – Canada – 2005



[§] À interpréter avec prudence en raison de l'ampleur de la variation dans l'estimation. Consulter l'annexe technique pour plus de détails. Les territoires sont exclus de l'analyse des revenus effectuée dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

2. Accès aux services de lutte contre le cancer

Dépistage autodéclaré
du cancer du col de l'utérus,
du cancer colorectal et du
cancer du sein 35

Temps d'attente entre une
mammographie anormale
et une résolution
du diagnostic 44

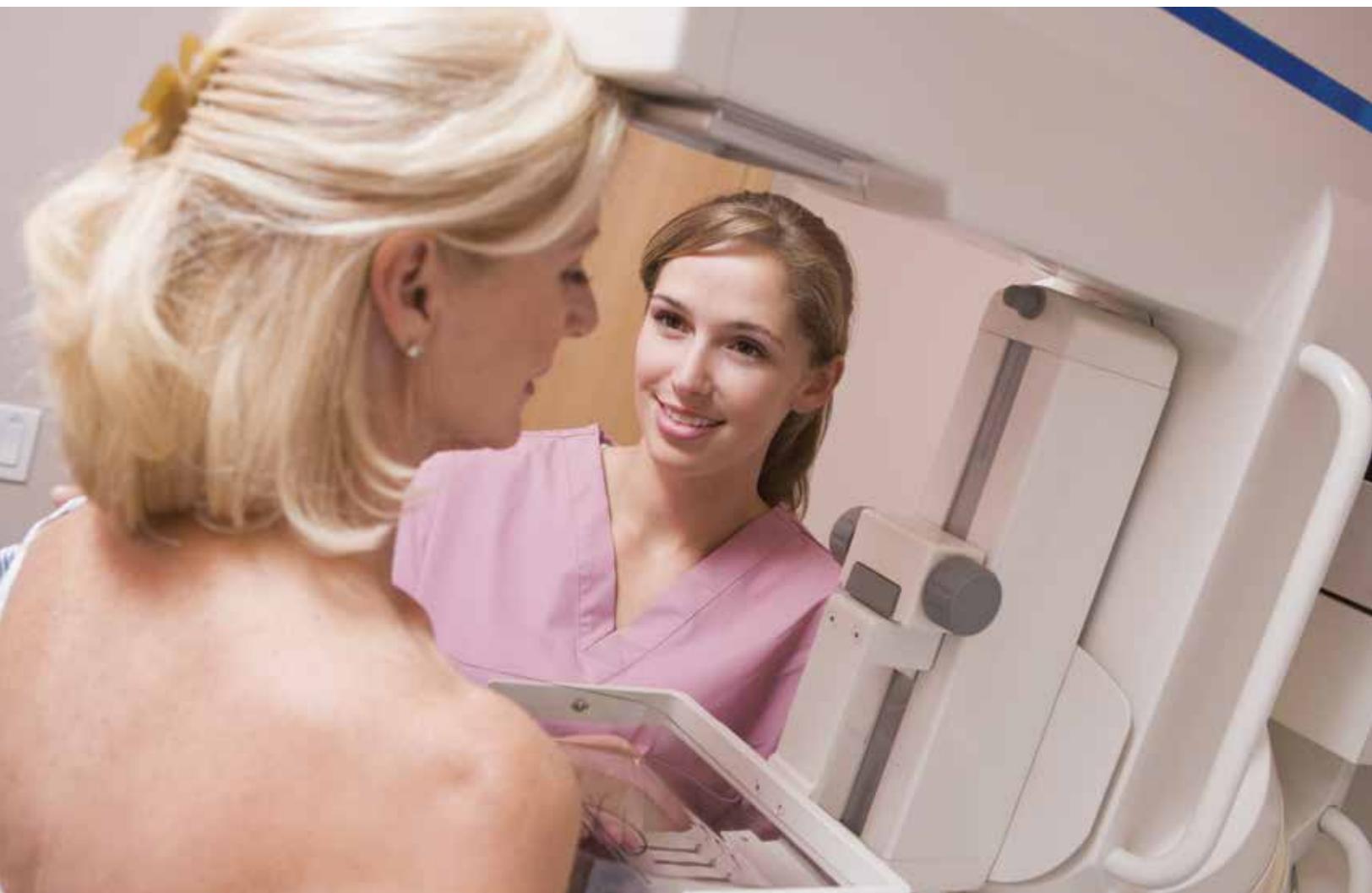
Taux d'incidence estimés
par stade, et taux
d'incidence et de mortalité
normalisés selon l'âge 48

Temps d'attente
en radiothérapie 68

Recours à la radiothérapie 73

Chirurgies (mastectomie
et colostomie) 75

Participation aux
essais cliniques 83



2. Accès aux services de lutte contre le cancer

Dépistage autodéclaré

Dépistage autodéclaré du cancer du col de l'utérus, du cancer colorectal et du cancer du sein

Cette section présente des indicateurs concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, du cancer du sein et du cancer colorectal, et est fondée sur les données autodéclarées issues de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Elle traite des variations des taux de dépistage de ces trois types de cancer selon le revenu des ménages, le lieu de résidence et le statut d'immigrant. Étant donné que les niveaux de revenu peuvent différer d'une région géographique à l'autre et/ou selon le statut

d'immigrant (par exemple, les personnes vivant dans des régions rurales et éloignées tendent à avoir des revenus plus faibles que ceux des personnes vivant en régions urbaines), la présente section examine aussi les taux de dépistage selon le lieu de résidence et le statut d'immigrant tout en tenant compte du revenu. Des tableaux de données détaillés, précisant les intervalles de confiance pour ces indicateurs sont fournis dans les tableaux supplémentaires en ligne.

Sommaire des résultats des indicateurs de dépistage selon le quintile de revenu du ménage, le lieu de résidence et le statut d'immigrant

Indicateur	Ce que révèlent les résultats		
	Quintile de revenu du ménage	Lieu de résidence	Statut d'immigrant
Dépistage du cancer du sein Pourcentage des femmes de 50 à 69 ans déclarant avoir subi une mammographie au cours des deux années précédentes	Les taux de dépistage sont moins élevés chez les femmes issues des ménages à faible revenu (61,1 %) que chez les femmes issues des ménages à revenu moyen et à revenu élevé (environ 77 %)	Les taux de dépistage ne montrent aucune tendance nette selon que le lieu de résidence soit en région urbaine ou rurale	Les taux de dépistage sont moins élevés chez les nouvelles immigrantes (40,6 %) que chez les immigrantes de longue date (70,0 %) et les femmes d'origine canadienne (74,2 %)
Dépistage du cancer du col de l'utérus Pourcentage des femmes de 21 à 69 ans qui ont subi au moins un test Pap au cours des trois années précédentes	Les taux de dépistage sont moins élevés chez les femmes issues des ménages à faible revenu (72,0 %) que chez les femmes issues des ménages à revenu élevé (88,0 %)	Les taux de dépistage varient peu entre les femmes des régions urbaines et celles des régions rurales et des régions éloignées	Les taux de dépistage sont moins élevés chez les nouvelles immigrantes (63,7 %) que chez les immigrantes de longue date (75,2 %) et les femmes d'origine canadienne (83,1 %)

Indicateur	Ce que révèlent les résultats		
	Quintile de revenu du ménage	Lieu de résidence	Statut d'immigrant
Dépistage du cancer colorectal Pourcentage des membres de la population de 50 à 74 ans qui sont à jour dans leur test de dépistage du cancer colorectal (ont subi soit un test de RSOS au cours des deux années précédentes, soit une sigmoidoscopie ou une coloscopie au cours des cinq dernières années)	Les taux de dépistage sont moins élevés chez les personnes issues des ménages à faible revenu (25,2 %) que chez les personnes issues des ménages à revenu élevé (37,7 %)	Les taux de dépistage étaient légèrement plus faibles dans les régions très éloignées (29,2 %) et les régions éloignées (27,7 %) que dans les régions urbaines (33,0 %)	Les taux de dépistage sont plus faibles chez les nouveaux immigrants (19,2 %) que chez les immigrants de longue date (35,0 %) et les personnes d'origine canadienne (31,7 %)

RSOS = test de recherche de sang occulte dans les selles

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2008

Pourquoi fait-on rapport sur ce sujet?

Sur les quelque 187 600 nouveaux cas de cancer diagnostiqués au Canada en 2013, le quart (26 %) étaient des cas de cancer du sein, de cancer colorectal et de cancer du col de l'utérus, soit les trois mêmes types de cancer pour lesquels des programmes organisés de dépistage axés sur la population sont offerts au Canada⁴⁸. Il a été démontré que le dépistage systématique réduit à la fois les taux d'incidence et de mortalité du cancer du col de l'utérus⁴⁹⁻⁵² ainsi que la mortalité du cancer colorectal⁵³⁻⁵⁶, et du cancer du sein⁵⁷⁻⁶² grâce à la détection précoce de ceux-ci, d'où une plus grande efficacité des traitements contre les cancers à un stade précoce et les lésions précancéreuses. Même si le dépistage permet de réduire la mortalité et l'incidence de ces cancers, des études indiquent que les taux de dépistage demeurent faibles chez certaines populations.

Que sait-on déjà?

Des études canadiennes antérieures révèlent que les taux de dépistage du cancer sont moins élevés chez les personnes dont le SSE est faible que chez les personnes dont le SSE est élevé⁶³⁻⁶⁶. Des recherches antérieures prenant appui sur des données de l'Ontario indiquent que les femmes à faible revenu sont moins susceptibles que les femmes à revenu élevé de subir un dépistage, y compris le test Pap, un examen

clinique des seins et une mammographie⁶⁵. Parmi les raisons pouvant expliquer les disparités socio-économiques, mentionnons une connaissance moindre des programmes de dépistage du cancer actuellement en vigueur et le manque de ressources permettant de favoriser l'utilisation des services de dépistage chez les personnes à faible revenu⁶⁷.

Certaines études ont révélé que les personnes vivant dans les régions rurales du Canada sont moins susceptibles que celles vivant dans les régions urbaines de subir un test de dépistage du cancer^{64, 68}, tandis que d'autres études n'ont relevé aucune différence entre les régions urbaines et les régions rurales au Canada en ce qui concerne le dépistage⁶⁹. Les différences entre les études sur les plans des sources de données consultées et de la définition des régions urbaines et rurales utilisée peuvent expliquer, en partie, la variation des constatations d'une étude à l'autre. Compte tenu que le dépistage peut exiger la recommandation d'un médecin, il se peut que le manque de médecins de premier recours crée des obstacles en matière d'accès dans les régions rurales⁸⁻¹⁵.

Les programmes ciblant les populations rurales et éloignées dans le but d'accroître la participation au dépistage assurent un accès plus équitable. Au Manitoba, le recours à des unités mobiles de dépistage a permis d'éliminer les obstacles liés à la distance et au transport

pour les résidents des régions rurales et d'accroître le taux de participation au dépistage du cancer du sein, qui est passé de 12,6 % à 52,7 % entre 1991 et 1999⁷⁰.

Des recherches effectuées précédemment indiquent que les taux de dépistage sont plus faibles chez les immigrantes au Canada que chez les personnes d'origine canadienne^{63, 71-73}. Les taux inférieurs de dépistage relevés chez les immigrantes reflètent peut-être le manque de services de dépistage adaptés à la culture. Un examen récent a révélé que les interventions ciblant les immigrantes et les femmes appartenant à des minorités, notamment l'utilisation de lettres d'invitation au dépistage traduites en plusieurs langues, ont permis d'accroître la participation au dépistage du cancer du sein¹¹. Il existe d'autres obstacles, comme le manque d'éducation et de sensibilisation au sujet du dépistage, y compris le manque de connaissances en santé (par exemple, pour comprendre ce qu'est le cancer, les raisons pour lesquelles le dépistage est important, et la marche à suivre pour obtenir ces services⁷⁴).

À l'échelle du pays, un certain nombre d'organismes communautaires et de santé ont élaboré un vaste éventail de pratiques novatrices et efficaces pour joindre les groupes qui participent insuffisamment ou ne participent pas au dépistage, y compris les groupes à faible revenu, ceux vivant en régions rurales et éloignées, et les immigrants canadiens. Le projet intitulé *Pan-Canadian Best and Promising Practices to Engage Seldom or Never Screened Women in Cancer Screening* (pratiques pancanadiennes optimales et prometteuses pour inciter les femmes ayant rarement ou n'ayant jamais subi un dépistage à participer au dépistage du cancer) a permis d'élaborer un recueil des

initiatives réalisées à cet égard, afin d'aider les responsables des programmes provinciaux et territoriaux de dépistage, ainsi que les organismes communautaires et de santé, les responsables des politiques, les gouvernements, les décideurs et les bailleurs de fonds à accroître la participation au dépistage chez les populations qui participent insuffisamment ou ne participent pas au dépistage⁷⁵.

Que révèlent les résultats?

Les Canadiens à faible revenu sont moins susceptibles que les Canadiens à revenu élevé de subir un dépistage du cancer.

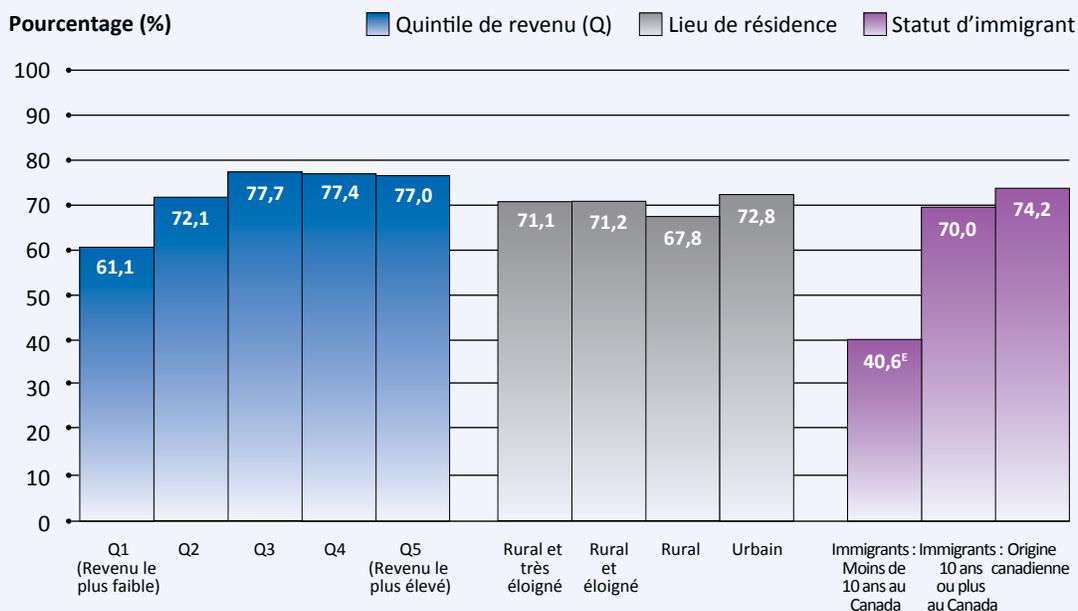
Les données pancanadiennes provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes menée en 2008 indiquent que les taux de dépistage du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus sont plus faibles chez les personnes issues des ménages à faible revenu. La figure 2.1 montre que plus de 77 % des femmes issues des ménages à revenu élevé et à revenu moyen ont déclaré avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes, par comparaison à 61,1 % de celles provenant des ménages à faible revenu. Une tendance similaire a été observée en ce qui concerne le dépistage autodéclaré du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal, et s'accompagnait d'une différence de 16,0 points de pourcentage pour ce qui est du cancer du col de l'utérus et de 12,5 points de pourcentage pour ce qui est du cancer colorectal entre la tranche inférieure et la tranche supérieure des quintiles de revenu (figures 2.2 et 2.3).

77 %

des femmes issues des ménages à revenu élevé et à revenu moyen ont subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes comparativement à 61 % des femmes issues des ménages à faible revenu.

FIGURE 2.1

Pourcentage des femmes admissibles* (de 50 à 69 ans) déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes, selon le quintile de revenu du ménage, le lieu de résidence et le statut d'immigrant – Canada – 2008



* Les femmes admissibles sont celles qui n'ont jamais présenté de masse, qui ne font pas l'objet d'un suivi après un traitement contre le cancer du sein, et qui ne subissent pas la mammographie en raison d'un problème mammaire, et celles qui la subissent à d'autres fins précisées.

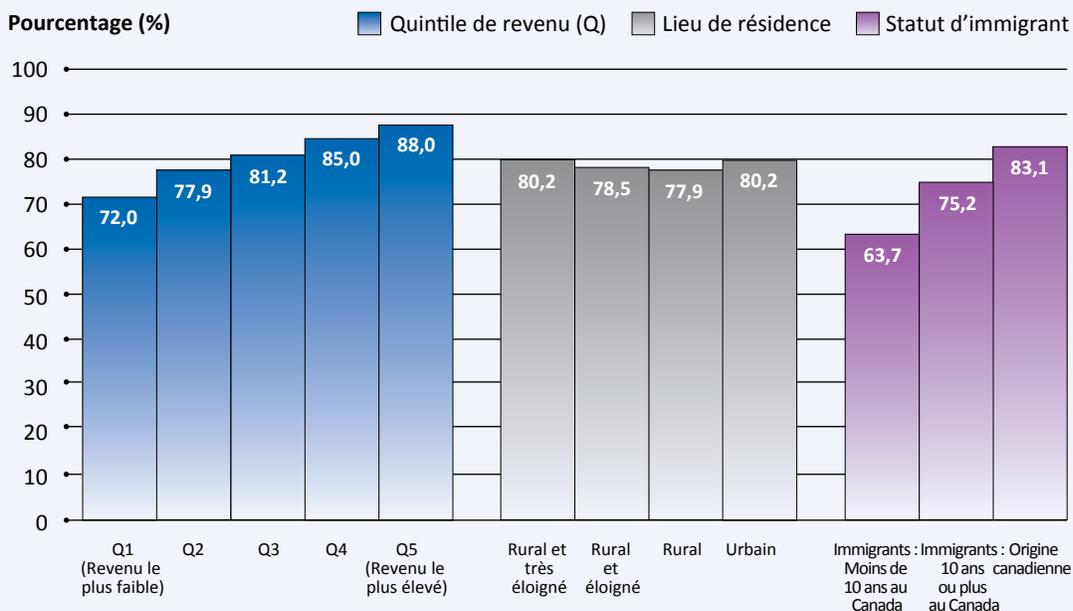
^E À interpréter avec prudence en raison de l'ampleur de la variation dans l'estimation. Consulter l'annexe technique pour plus de détails.

Les territoires sont exclus de l'analyse des revenus effectuée dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

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

FIGURE 2.2

Pourcentage des femmes (de 21 à 69 ans) déclarant avoir subi au moins un test Pap au cours des trois années précédentes, selon le quintile de revenu du ménage, le lieu de résidence et le statut d'immigrant – Canada – 2008



Les territoires sont exclus de l'analyse des revenus effectuée dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Les personnes vivant dans des collectivités rurales et éloignées sont aussi susceptibles que celles vivant dans les villes de subir un dépistage du cancer.

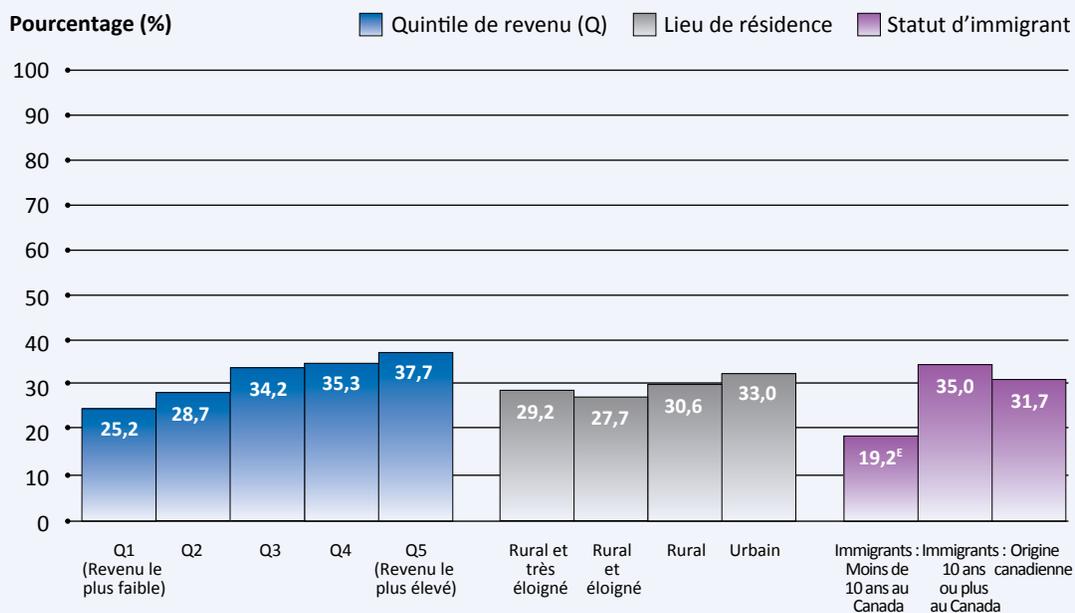
Les données de 2008 révèlent que les taux de dépistage du cancer du sein étaient similaires chez les femmes des régions urbaines, rurales et éloignées. De même, le lieu de résidence (rural par opposition à urbain) influait peu sur le dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada, comme en témoigne la similarité des taux de test Pap observés chez les femmes vivant en régions urbaines, rurales et éloignées (figures 2.1 et 2.2). L'absence d'écart entre les taux de dépistage du cancer du sein enregistrés en régions urbaines et ceux relevés en régions rurales reflète peut-être la réussite des

programmes de dépistage mobile et d'autres initiatives visant à rapprocher les services de dépistage des femmes vivant dans des collectivités rurales et éloignées. De plus, les tests de dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus sont offerts depuis de nombreuses années et ont été largement adoptés.

Bien que les taux de dépistage du cancer colorectal aient augmenté au Canada au cours des dernières années⁷⁶, les données font ressortir des disparités d'une région géographique à l'autre, les taux étant plus faibles dans les régions rurales et éloignées et les régions rurales et très éloignées que dans les régions urbaines. En 2008, 29,2 % des Canadiens vivant dans des régions très éloignées et 27,7 % de ceux vivant dans des régions éloignées ont

FIGURE 2.3

Pourcentage des membres de la population (de 50 à 74 ans) qui sont à jour[‡] dans leur test de dépistage du cancer colorectal effectué pour des raisons asymptomatiques*, selon le quintile de revenu du ménage, le lieu de résidence et le statut d'immigrant – Canada – 2008



* Exclut les patients qui sont examinés en raison de symptômes.

[‡] À interpréter avec prudence en raison de l'ampleur de la variation dans l'estimation. Consulter l'annexe technique pour plus de détails. Les territoires sont exclus de l'analyse des revenus effectuée dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

‡ L'expression « à jour » signifie que la personne a subi soit un test de recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) au cours des deux années précédentes, soit une sigmoidoscopie ou une coloscopie au cours des cinq dernières années.

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

déclaré être à jour dans leur test de dépistage du cancer colorectal, comparativement à 33,0 % des Canadiens vivant dans des régions urbaines (figure 2.3). Des enquêtes axées sur la population menées aux États-Unis ont aussi révélé que les taux de dépistage du cancer colorectal sont plus faibles dans les régions rurales, même lorsqu'on tient compte d'un certain nombre de caractéristiques sociodémographiques qui diffèrent entre les résidents des régions urbaines et ceux des régions rurales (comme l'âge, l'éducation et le revenu)⁷⁷.

L'examen des données en fonction du type de test utilisé pour dépister le cancer colorectal fait ressortir certaines différences. Les taux de test de recherche de sang occulte dans les selles ne semblent pas varier considérablement selon le lieu de résidence, mais les résidents des régions rurales et très éloignées du pays étaient moins susceptibles que les résidents des régions urbaines de déclarer avoir subi une endoscopie pour le dépistage du cancer colorectal (18,3 % et 22,8 %, respectivement; consulter les tableaux supplémentaires en ligne).

Les nouveaux immigrants subissent moins de tests de dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal que les immigrants de longue date et les personnes d'origine canadienne.

L'association entre la durée de résidence, ou la durée du séjour au Canada, et l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et préventifs chez les immigrants est bien documentée^{26, 72, 78}. Les taux autodéclarés de dépistage pour 2008 montrent que les nouveaux immigrants (vivant au Canada depuis moins de 10 ans) étaient moins susceptibles que les immigrants de longue date (vivant au Canada depuis 10 ans ou plus) et les résidents d'origine canadienne de déclarer avoir subi un dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus ou du cancer colorectal (figures 2.1, 2.2 et 2.3). Par exemple, 63,7 % des nouvelles immigrantes ont déclaré avoir subi au moins un test Pap aux fins du dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois années précédentes, comparativement à 75,2 % des immigrantes de longue date et à 83,1 % des femmes d'origine canadienne. En ce qui a trait au dépistage du cancer colorectal, 19,2 % des nouveaux immigrants ont déclaré avoir subi un dépistage, par comparaison à 31,7 % de la population d'origine canadienne.

Des différences persistent dans les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal selon le statut d'immigrant et le lieu de résidence, respectivement et ce, même après rajustement pour tenir compte du niveau de revenu.

En général, il existe des corrélations entre le revenu, le statut d'immigrant et le lieu de résidence (urbain, rural ou éloigné). Par exemple, le revenu des populations rurales et éloignées est habituellement moins élevé que celui des populations urbaines⁷⁹. C'est pourquoi des analyses plus poussées ont été réalisées pour déterminer si les taux de dépistage différaient

selon le lieu de résidence et le statut d'immigrant après la prise en compte des revenus.

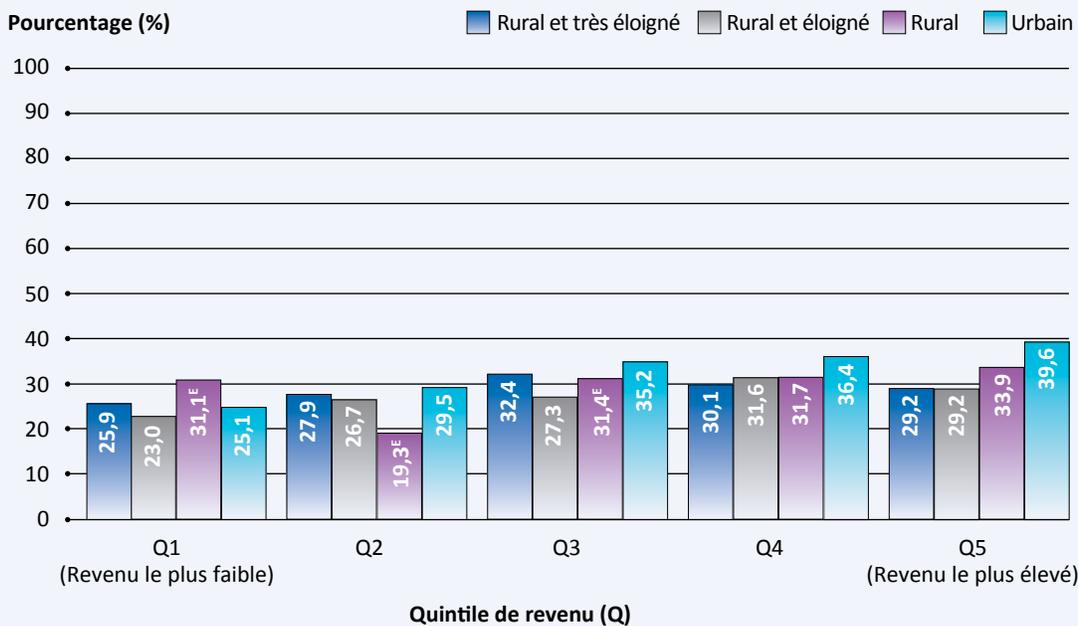
Les données révèlent des différences sur le plan du dépistage du cancer du col de l'utérus selon le statut d'immigrant uniquement chez les personnes se situant dans la tranche inférieure de 20 % des revenus : les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes se situant à ce niveau de revenu étaient de 55 % chez les nouvelles immigrantes comparativement à 74 % chez les immigrantes de longue date et à 75 % chez les femmes d'origine canadienne. Cela donne à penser que les immigrantes se classant dans les tranches de revenu supérieures étaient en mesure de surmonter tous les obstacles au dépistage pouvant être liés à leur statut d'immigrant. Le nombre de nouvelles immigrantes se situant à des niveaux de revenu distincts était trop faible pour permettre de tirer des conclusions fermes au sujet du dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal.

Les données indiquent qu'une fois les chiffres rajustés pour prendre en compte le revenu, des différences persistent sur le plan des taux de dépistage du cancer colorectal selon le lieu de résidence chez le groupe ayant le revenu le plus élevé. Chez les Canadiens se situant dans la tranche supérieure de 20 % des revenus, les taux de dépistage étaient plus faibles chez les Canadiens vivant dans des régions rurales, éloignées, et rurales et très éloignées, 29,2 % des résidents des régions rurales et éloignées ayant déclaré avoir subi soit un test de RSOS au cours des deux années précédentes, soit une endoscopie au cours des cinq dernières années, comparativement à 39,6 % des Canadiens vivant dans des régions urbaines (figure 2.4).

Les données sur le dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein ont continué de faire ressortir l'absence de différence dans les taux de dépistage selon le lieu de résidence après rajustement pour tenir compte du revenu.

FIGURE 2.4

Pourcentage des membres de la population (de 50 à 74 ans) qui sont à jour[†] dans leur test de dépistage du cancer colorectal effectué pour des raisons asymptomatiques*, selon le quintile de revenu du ménage, le lieu de résidence et le statut d'immigrant, Canada – 2008



* Exclut les patients qui sont examinés en raison de symptômes.

[†] À interpréter avec prudence en raison de l'ampleur de la variation dans l'estimation. Consulter l'annexe technique pour plus de détails.

[‡] L'expression « à jour » signifie que la personne a subi soit un test de recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) au cours des deux années précédentes, soit une sigmoidoscopie ou une coloscopie au cours des cinq dernières années.

Les territoires sont exclus de l'analyse des revenus effectuée dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

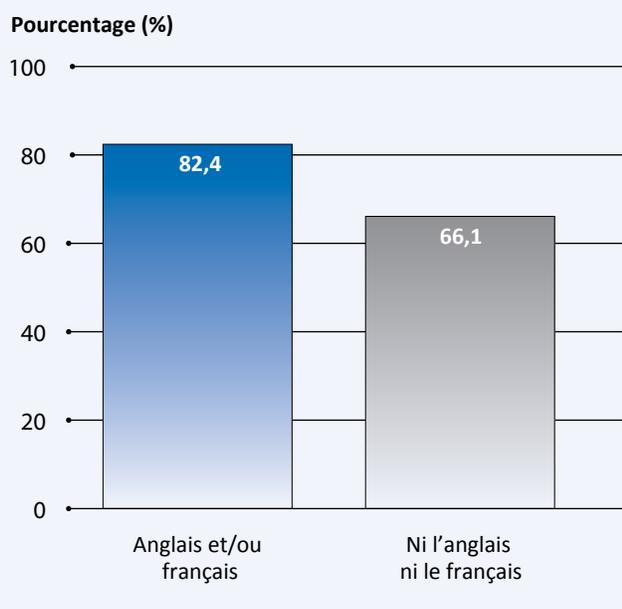
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

L'importance de la langue

Il a été démontré que la maîtrise de la langue peut entraver l'accès et le recours aux services de soins de santé chez les nouveaux immigrants^{64, 78, 80-82}. L'association entre la langue et la probabilité de subir un dépistage du cancer a été examinée dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, et les résultats de cet examen ont révélé que les taux de dépistage tendaient à être plus faibles chez les Canadiens ayant indiqué qu'ils ne parlent ni l'anglais ni le français à la maison que chez ceux qui parlent l'une des deux langues officielles. Par exemple, 66,1 % des femmes qui ne parlent ni l'anglais ni le français à la maison ont déclaré avoir subi un test Pap au cours des trois années précédentes, comparativement à 82,4 % des femmes qui parlent l'anglais ou le français (figure 2.5).

FIGURE 2.5

Pourcentage des femmes (de 21 à 69 ans) ayant déclaré avoir subi au moins un test Pap au cours des trois années précédentes, selon la langue parlée à la maison – Canada – 2008



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

Diagnostic et résultats

La présente section examine les différences dans les temps d'attente entre une mammographie anormale et une résolution du diagnostic (confirmation définitive des résultats diagnostiques négatifs ou positifs) à partir des données de 2007-2008 tirées de la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein. Les résultats sont présentés selon

le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence. Aucun renseignement selon le statut d'immigrant n'était disponible pour cet indicateur. Veuillez consulter les tableaux supplémentaires en ligne pour les résultats des indicateurs par province et territoire.

Sommaire des résultats de l'indicateur examinant les temps d'attente entre une mammographie anormale et une résolution du diagnostic selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence

Indicateur	Ce que révèlent les résultats	
	Quintile de revenu du quartier	Lieu de résidence
Temps d'attente entre une mammographie et une résolution du diagnostic Temps d'attente entre une mammographie anormale et une résolution du diagnostic chez les femmes âgées de 50 à 69 ans	Chez les femmes n'ayant pas besoin d'une biopsie tissulaire, 80,1 % de celles vivant dans les quartiers ayant les revenus les plus faibles ont été traitées à l'intérieur du temps d'attente cible, comparativement à 83,2 % des femmes vivant dans les quartiers ayant les revenus les plus élevés. Les pourcentages atteignaient respectivement 53,4 % et 56,7 % chez les femmes ayant besoin d'une biopsie	Chez les femmes n'ayant pas besoin d'une biopsie tissulaire, 70,4 % de celles vivant dans des régions rurales et très éloignées ont été traitées à l'intérieur du temps d'attente cible, comparativement à 82,1 % des femmes vivant dans des régions urbaines. Les pourcentages atteignaient respectivement 38,2 % et 54,9 % chez les femmes ayant besoin d'une biopsie

Le temps d'attente cible est de sept semaines pour les femmes ayant besoin d'une biopsie tissulaire et de cinq semaines pour les femmes n'ayant pas besoin d'une biopsie tissulaire.

Le temps d'attente médian entre une mammographie anormale et une résolution du diagnostic était de 2,7 semaines pour les femmes des quartiers les plus défavorisés, comparativement à 2,4 semaines pour les femmes des quartiers mieux nantis.

Temps d'attente entre une mammographie anormale et une résolution du diagnostic

Pourquoi fait-on rapport sur ce sujet?

La résolution en temps opportun (par l'établissement d'un diagnostic positif ou négatif) d'une mammographie anormale permet d'éviter d'imposer un stress inutile à la personne concernée et peut aussi donner lieu à une meilleure issue lorsque les cancers sont diagnostiqués plus rapidement. Des retards d'aussi peu que trois mois dans l'établissement d'un diagnostic ont été associés à une augmentation des taux de stades avancés de la maladie, à un taux de récurrence accru, et à un taux de survie plus faible⁸³⁻⁸⁴.

En 2000, le Groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein a présenté des directives qui proposent des cibles en matière de temps d'attente entre une mammographie anormale et la résolution⁸⁵. Le temps d'attente cible est de

sept semaines chez les femmes qui ont besoin d'une biopsie et de cinq semaines chez les femmes qui ont besoin d'un autre mode d'intervention diagnostique. Ces directives s'appliquent aux femmes âgées de 50 à 69 ans qui n'ont aucun symptôme et qui n'ont jamais fait l'objet d'un diagnostic de cancer du sein.

Que sait-on déjà?

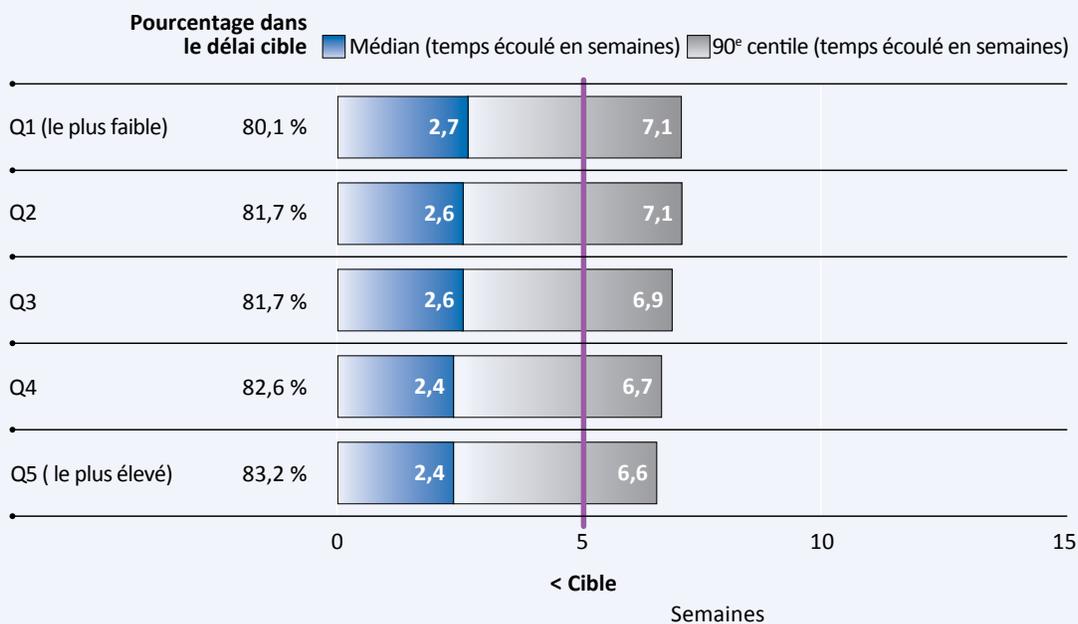
Des études menées aux États-Unis ont révélé que les femmes vivant dans des régions rurales et celles à faible SSE risquent davantage de faire face à des retards dans le diagnostic du cancer du sein à la suite d'une mammographie anormale^{84, 86-87}.

Le lien entre les retards de diagnostic et le statut d'immigrant n'est pas bien documenté dans les ouvrages publiés. Un examen systématique a fait ressortir plusieurs types d'obstacles qui entraînent des retards dans

FIGURE 2.6

Temps d'attente médian et du 90^e centile entre une mammographie anormale et une résolution du diagnostic n'exigeant pas de biopsie tissulaire chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, selon le quintile de revenu du quartier (population urbaine) – Canada – 2007–2008

Le graphique indique également le pourcentage des cas résolus dans le délai cible de cinq (5) semaines



Les données fournies par l'Alberta sur les temps d'attente ne proviennent que du *Screen Test Program*. Exclut le Québec car aucune donnée n'est recueillie au sujet de la date du test et de la date du diagnostic. Exclut le Yukon et le Nunavut. Le Yukon ne soumet pas de données à la BDCDCS et le Nunavut n'a pas créé de programme organisé de dépistage du cancer du sein mais il offre des services de dépistage opportuniste. Comprend uniquement les femmes vivant dans des centres urbains tels que définis par Statistique Canada. Source des données : Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein (BDCDCS)

l'établissement d'un diagnostic à la suite d'une mammographie anormale chez différentes populations, y compris des obstacles personnels (comme le manque de services de garde d'enfants, les expériences négatives liées aux mammographies, ou la mauvaise compréhension d'un diagnostic), des obstacles liés aux prestataires (comme l'absence de communication efficace au sujet d'un diagnostic) et des obstacles systémiques (le fait que les rapports ne soient pas disponibles dans la langue maternelle de la personne concernée)^{84, 88}.

Que révèlent les résultats?

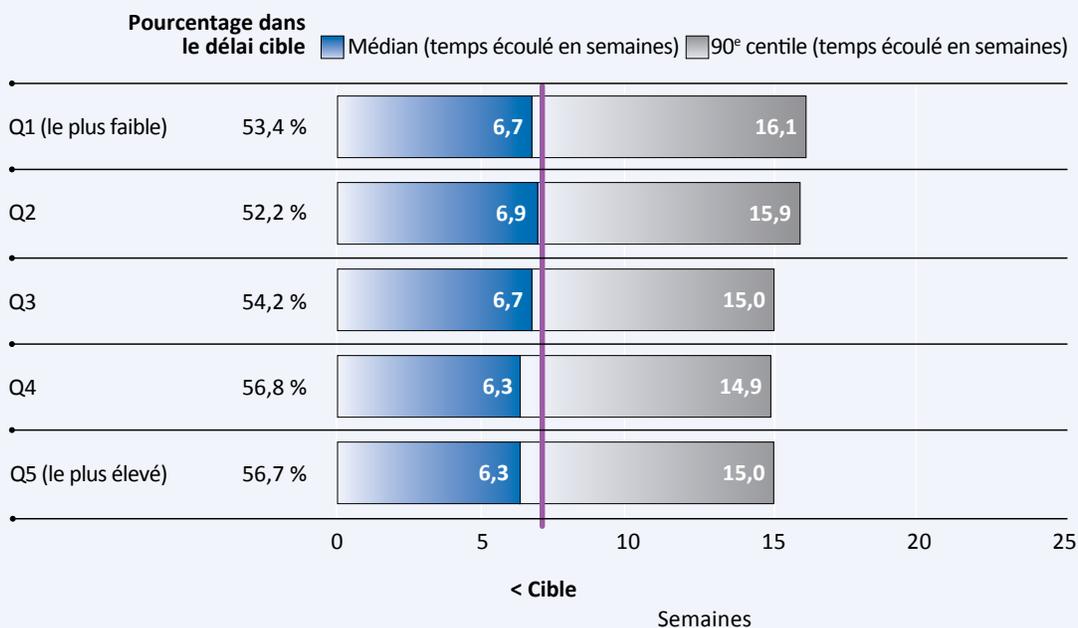
De façon générale, au Canada, le temps d'attente entre une mammographie anormale et une résolution du diagnostic était plus long chez les femmes vivant dans des quartiers à faible revenu que chez celles vivant dans des quartiers à revenu élevé, et il était plus long chez les femmes vivant dans des régions rurales et éloignées du pays que chez celles vivant dans des régions urbaines. Chez les femmes n'ayant pas besoin d'une biopsie tissulaire, 80,1 % des femmes appartenant au groupe ayant le revenu le plus faible ont obtenu la résolution d'une

Quatre-vingt pour cent (80 %) des femmes appartenant au groupe ayant le revenu le plus faible ont obtenu la résolution de mammographies anormales à l'intérieur du temps d'attente cible.

FIGURE 2.7

Temps d'attente médian et du 90^e centile entre une mammographie anormale et une résolution du diagnostic exigeant une biopsie tissulaire chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, selon le quintile de revenu du quartier (population urbaine) – Canada – 2007–2008

Le graphique indique également le pourcentage des cas résolus dans le délai cible de sept (7) semaines



Les données fournies par l'Alberta sur les temps d'attente ne proviennent que du *Screen Test Program*. Exclut le Québec car aucune donnée n'est recueillie au sujet de la date du test et de la date du diagnostic. Exclut le Yukon et le Nunavut. Le Yukon ne soumet pas de données à la BDCDCS et le Nunavut n'a pas créé de programme organisé de dépistage du cancer du sein mais il offre des services de dépistage opportuniste. Comprend uniquement les femmes vivant dans des centres urbains tels que définis par Statistique Canada. Source des données : Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein (BDCDCS)

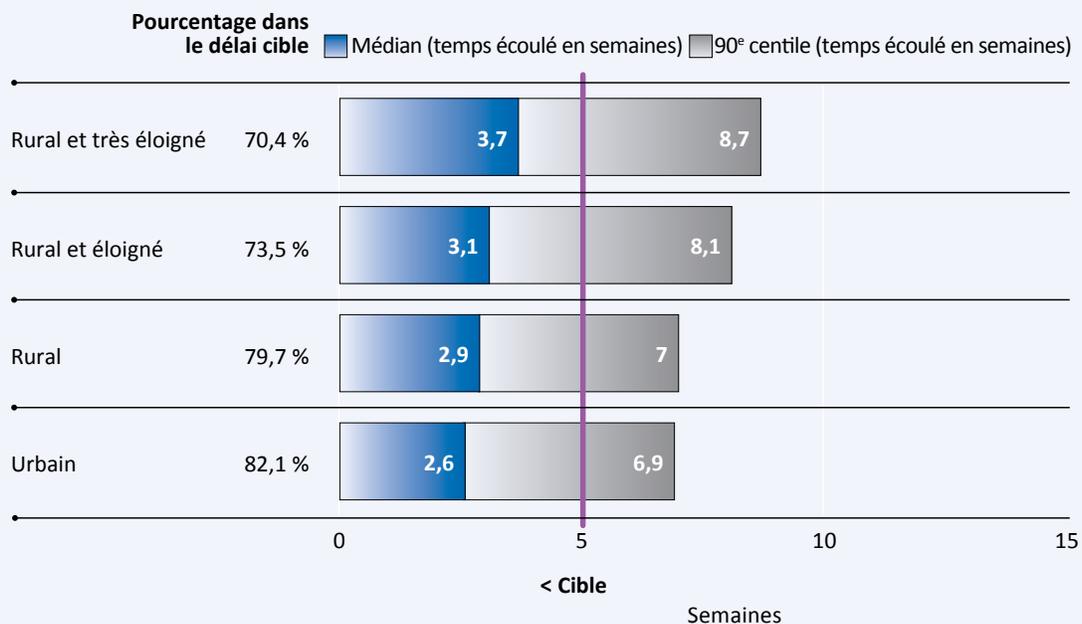
mammographie anormale à l'intérieur du temps d'attente cible, comparativement à 83,2 % des femmes appartenant au groupe ayant le revenu le plus élevé. Lorsque les temps d'attente médian et du 90^e centile étaient pris en compte, le nombre de semaines d'attente avant l'obtention d'une résolution tendait à être plus élevé chez les femmes vivant dans des quartiers à faible revenu que chez celles vivant dans des quartiers à revenu élevé (figure 2.6). La même tendance a été constatée chez les femmes ayant besoin d'une biopsie tissulaire (figure 2.7), bien que les temps d'attente aient été plus longs dans l'ensemble.

Une fois le lieu de résidence pris en compte, il y avait un gradient notable dans les temps d'attente, les femmes qui vivent dans des régions rurales et très éloignées attendant plus longtemps pour obtenir une résolution du diagnostic à la suite d'une mammographie anormale. Chez les femmes n'ayant pas besoin d'une biopsie tissulaire, une proportion de 70,4 % de celles vivant dans des régions rurales et très éloignées ont obtenu une résolution du diagnostic dans les temps d'attente cibles, comparativement à 82,1 % des femmes vivant dans des régions urbaines (figure 2.8). L'écart à ce chapitre était plus prononcé chez les femmes

FIGURE 2.8

Temps d'attente médian et du 90^e centile entre une mammographie anormale et une résolution du diagnostic *n'exigeant pas* de biopsie tissulaire chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, selon le lieu de résidence Canada – 2007–2008

Le graphique indique également le pourcentage des cas résolus dans le délai cible de cinq (5) semaines



Les données fournies par l'Alberta sur les temps d'attente ne proviennent que du *Screen Test Program*. Exclut le Québec car aucune donnée n'est recueillie au sujet de la date du test et de la date du diagnostic. Exclut le Yukon et le Nunavut. Le Yukon ne soumet pas de données à la BDCDCS et le Nunavut n'a pas créé de programme organisé de dépistage du cancer du sein mais il offre des services de dépistage opportuniste. Source des données : Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein (BDCDCS)

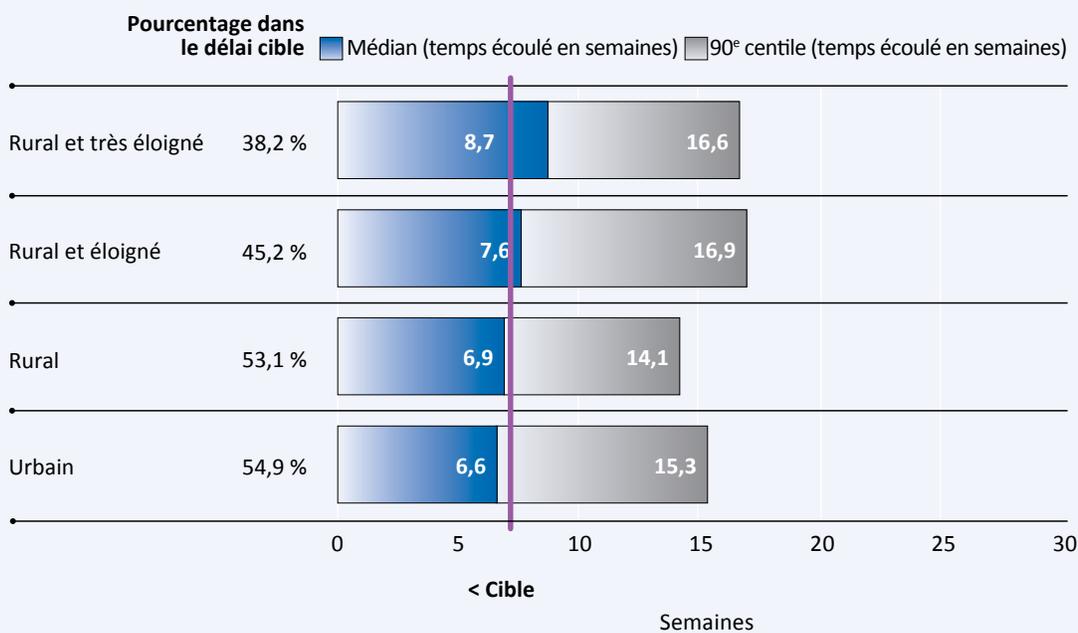
ayant subi une biopsie tissulaire, 38,2 % des femmes qui vivent dans des régions rurales et très éloignées ayant obtenu une résolution du diagnostic dans le temps d'attente cible de sept semaines, par comparaison à 54,9 % des femmes vivant dans des régions urbaines (figure 2.9).

Ces données laissent supposer que des efforts supplémentaires s'imposent pour veiller à ce que toutes les Canadiennes aient un accès équitable à la résolution en temps opportun de mammographies anormales et ce, sans égard à leur revenu ou à leur lieu de résidence.

FIGURE 2.9

Temps d'attente médian et du 90^e centile entre une mammographie anormale et une résolution du diagnostic exigeant une biopsie tissulaire chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, selon le lieu de résidence – Canada – 2007–2008

Le graphique indique également le pourcentage des cas résolus dans le délai cible de sept (7) semaines



Les données fournies par l'Alberta sur les temps d'attente ne proviennent que du *Screen Test Program*. Exclut le Québec car aucune donnée n'est recueillie au sujet de la date du test et de la date du diagnostic. Exclut le Yukon et le Nunavut. Le Yukon ne soumet pas de données à la BDCDCS et le Nunavut n'a pas créé de programme organisé de dépistage du cancer du sein mais il offre des services de dépistage opportuniste. Source des données : Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein (BDCDCS)

Taux d'incidence estimés par stade, et taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge

Cette section du rapport examine les taux d'incidence estimés par stade du cancer du sein, du cancer colorectal, du cancer du poumon et du cancer de la prostate selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence. Cette section examine également les taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge de ces mêmes cancers selon le revenu et le lieu de

résidence. Les taux d'incidence par stade ont été estimés à partir des données sur la répartition des stades pour la période de 2010-2011 provenant des organismes provinciaux de lutte contre le cancer et à partir des données sur les taux d'incidence normalisés selon l'âge de 2007 tirées du Registre canadien du cancer. Les données sur la répartition des stades du cancer

du sein, du cancer colorectal, du cancer du poumon et du cancer de la prostate selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence pour les provinces sont disponibles dans les tableaux supplémentaires en ligne.

Aucun renseignement n'était disponible sur les taux d'incidence par stade selon le statut

d'immigrant. Toutefois, des données sur la répartition des stades du cancer du sein, du cancer colorectal, du cancer du poumon et du cancer de la prostate selon la densité d'immigrants sont disponibles dans les tableaux supplémentaires en ligne.

Sommaire des résultats relatifs aux taux d'incidence estimés* par stade, et aux taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge, selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence

	Ce que révèlent les résultats	
Indicateur	Quintile de revenu du quartier	Lieu de résidence
Cancer de la prostate Incidence et mortalité normalisées selon l'âge	L'incidence du cancer de la prostate est beaucoup plus élevée chez les hommes des quartiers à revenu élevé que chez ceux des quartiers à faible revenu, mais il y a peu de variation entre les groupes de revenu sur le plan de la mortalité	La mortalité par cancer de la prostate est plus élevée dans les régions rurales et éloignées que dans les régions urbaines
Taux d'incidence estimés par stade	Les hommes des quartiers à revenu élevé sont plus susceptibles que ceux des quartiers à revenu faible de recevoir un diagnostic de cancer de la prostate à un stade précoce ou à un stade intermédiaire, mais ils sont également plus susceptibles que ces derniers de recevoir un diagnostic de ce cancer à un stade avancé	Aucune tendance claire n'a été observée quant à l'incidence par stade selon le lieu de résidence
Cancer du sein Incidence et mortalité normalisées selon l'âge	L'incidence du cancer du sein est plus élevée chez les femmes issues des ménages à revenu élevé que chez les femmes issues des ménages à revenu faible, et il y a peu de variation entre les groupes de revenu sur le plan de la mortalité	L'incidence du cancer du sein est plus élevée dans les régions urbaines que dans les régions rurales et éloignées, et il y a peu de variation entre les lieux de résidence sur le plan de la mortalité
Taux d'incidence estimés par stade	Les femmes des quartiers à revenu élevé sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du sein à un stade précoce ou à un stade intermédiaire, et il y a peu de variation entre les femmes des quartiers à revenu élevé et celles des quartiers à revenu faible en ce qui a trait au cancer à un stade avancé	Le taux d'incidence de ce cancer à un stade précoce est plus élevé dans les régions urbaines que dans les régions rurales et éloignées; aucune tendance claire n'a été observée quant à l'incidence de ce cancer à un stade avancé selon le lieu de résidence
Cancer du poumon Incidence et mortalité normalisées selon l'âge	Les taux d'incidence et de mortalité du cancer du poumon sont plus élevés chez les personnes issues des quartiers à revenu faible que chez les personnes issues des quartiers à revenu élevé	Les taux d'incidence et de mortalité du cancer du poumon sont plus élevés chez les personnes vivant dans des régions rurales, éloignées et très éloignées que chez les Canadiens des régions urbaines
Taux d'incidence estimés par stade	Les taux de cancer du poumon à un stade avancé sont plus élevés chez les personnes issues des quartiers à revenu faible que chez les personnes issues des quartiers à revenu élevé	Les personnes vivant dans des collectivités rurales et éloignées sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du poumon à un stade avancé que celles vivant dans des régions urbaines

Indicateur	Ce que révèlent les résultats	
	Quintile de revenu du quartier	Lieu de résidence
Cancer colorectal Incidence et mortalité normalisées selon l'âge	Les taux d'incidence et de mortalité du cancer colorectal sont plus élevés chez les personnes issues des quartiers à revenu faible que chez les personnes issues des quartiers à revenu élevé	Les taux d'incidence et de mortalité du cancer colorectal sont plus élevés chez les personnes vivant dans des régions rurales, éloignées et très éloignées que chez les Canadiens des régions urbaines
Taux d'incidence estimés par stade	Il y a peu de variation dans les taux entre les quintiles de revenu du quartier	Il y a peu de variation dans les taux entre les régions urbaines, rurales et éloignées

* L'incidence par stade est estimée en multipliant le taux d'incidence normalisé selon l'âge par le pourcentage correspondant de répartition par stade pour chaque catégorie de revenu et de lieu de résidence.

La répartition des stades par siège est fondée sur deux ou trois groupements : stade précoce, intermédiaire et avancé. Stade précoce (1), intermédiaire (2) et avancé (3, 4) du cancer du sein; stade précoce (1, 2, 3A) et avancé (3B, 3, 4) du cancer du poumon; stade précoce (1, 2), intermédiaire (3) et avancé (4) du cancer colorectal; et stade précoce (1), intermédiaire (2) et avancé (3, 4) du cancer de la prostate.

Sources des données : Registre canadien du cancer et registres provinciaux du cancer

Pourquoi fait-on rapport sur ce sujet?

L'établissement de diagnostics précoces est essentiel à l'amélioration du pronostic de la plupart des types de cancer. Les disparités en matière d'accès aux services de dépistage et de détection précoce peuvent entraîner des différences entre les sous-populations quant à la proportion de patients recevant un diagnostic de cancer à un stade précoce plutôt qu'à des stades avancés.

À partir de l'année de diagnostic 2010, des données sont disponibles pour la première fois sur les stades au quintile des populations auprès de neuf des dix provinces canadiennes en ce qui concerne les quatre types de cancer dont l'incidence est la plus élevée. La disponibilité de ces données offre une nouvelle possibilité d'utiliser des données sur les stades pour comprendre les variations en matière de dépistage et de détection précoce ainsi que les effets de ces variations sur les résultats. La détection du cancer à un stade précoce ou avancé peut être considérée comme un marqueur des inégalités entre différents segments sociodémographiques de la population en ce qui a trait à l'accès à des soins de santé préventifs et aux services de détection précoce et de diagnostic.

Il peut cependant être difficile d'évaluer la répartition des stades selon les groupes sociodémographiques en comparant le pourcentage de cas par stade, puisque le pourcentage de cas à un stade avancé observé à un quintile de revenu donné ou dans un lieu de résidence particulier peut être plus faible parce que *le nombre de cas diagnostiqués à un stade avancé est moins élevé* par rapport aux autres stades ou parce que *le nombre de cas diagnostiqués à un stade précoce est plus élevé* par rapport aux autres stades. Cette situation pourrait nous empêcher de comprendre les véritables répercussions des différences en matière de dépistage et de détection précoce.

Pour surmonter cette difficulté, la présente section s'appuie sur les données relatives au stade du cancer au moment du diagnostic pour estimer les taux d'incidence par stade. Ces taux sont estimés en multipliant le pourcentage de cas de cancer à un stade précoce, intermédiaire et avancé par les taux d'incidence normalisés selon l'âge pour chaque quintile de revenu et lieu de résidence. Une mise en garde importante s'impose quant au fait que différentes sources de données et différentes années de référence sont utilisées pour estimer les taux d'incidence par stade, mais cette approche donne un premier aperçu de la façon dont les taux

d'incidence normalisés selon l'âge varient selon le stade au moment du diagnostic, selon le revenu et le lieu de résidence, ainsi que du rapport entre cette variation et les taux de mortalité.

Des études indiquent que les taux d'incidence et de mortalité de plusieurs types de cancer varient selon le revenu et le lieu de résidence. Les variations entre les niveaux de revenu et entre les lieux de résidence quant à la prévalence des facteurs de risque (p. ex. les taux de tabagisme, la consommation d'alcool), au dépistage, au stade au moment du diagnostic, ainsi qu'au recours et à l'accès aux traitements contre le cancer peuvent toutes jouer un rôle dans la variation des tendances de l'incidence et de la mortalité. Il est essentiel de comprendre les tendances de l'incidence et de la mortalité du cancer selon le niveau de revenu et le lieu de résidence pour arriver à déterminer les groupes de la population qui courent le plus grand risque de développer un cancer et qui pourraient donc tirer profit d'interventions ciblées. Cette analyse fournit en outre d'importants éléments d'information sur l'impact des interventions de lutte contre le cancer, comme les programmes axés sur l'abandon du tabagisme et d'autres mesures de prévention, ainsi que le dépistage, la détection précoce et le traitement du cancer.

Que sait-on déjà?

Des données canadiennes révèlent différentes tendances en matière d'incidence, de mortalité et de survie pour différents types de cancer selon les niveaux de revenu et le lieu de résidence^{17, 38, 89-92}. Par exemple, les données sur le cancer du poumon indiquent que les taux

d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge étaient le plus élevés chez les personnes ayant le niveau de revenu le plus faible et suivaient une nette tendance à la baisse à partir du niveau de revenu le plus faible jusqu'au niveau de revenu le plus élevé et ce, tant chez les femmes que chez les hommes. La même tendance liée au revenu a été constatée en ce qui concerne la survie au cancer du poumon chez les populations urbaines^{38, 89}.

Les taux d'incidence du cancer du sein ont suivi une tendance inverse, l'incidence étant moins élevée chez les femmes des quartiers à faible revenu (bien qu'il y ait eu peu de différence quant à la mortalité du cancer du sein selon le niveau de revenu).

De même, des données canadiennes révèlent une variabilité dans les taux d'incidence et de mortalité de certains types de cancer entre les régions urbaines et rurales^{89, 92}. Par exemple, les taux d'incidence et de mortalité du cancer du poumon étaient plus élevés dans les régions rurales et éloignées du Canada que dans les régions urbaines, tandis que les taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer du sein étaient plus élevés dans les régions urbaines que dans les régions rurales et éloignées⁸⁹.

Le stade au moment du diagnostic est un important déterminant de la mortalité du cancer. Des données provenant des États-Unis montrent que les personnes atteintes de cancer qui vivent dans les quartiers ayant le revenu le plus faible ainsi que dans des régions rurales et éloignées sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer à des stades plus avancés que celles vivant dans des quartiers à revenu élevé et celles vivant dans de grandes villes⁹³⁻⁹⁵.

Que sait-on au sujet des disparités dans la répartition des stades?

Les disparités sur le plan des résultats en matière de lutte contre le cancer pourraient être liées au fait que la proportion de cas de cancer diagnostiqués à un stade avancé est plus élevée chez les groupes ayant un faible statut socio-économique que chez la population générale. Aux États-Unis, plusieurs études ont démontré une association entre le stade du cancer et le revenu⁹⁶⁻⁹⁹. Quelques études en particulier ont révélé que les personnes vivant dans régions à revenu élevé étaient plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer à un stade plus précoce en ce qui concerne les principaux types de cancer (cancer du sein, cancer de la prostate et cancer colorectal)¹⁰⁰⁻¹⁰¹. Le lien était le plus étroit en ce qui a trait au cancer du sein¹⁰².

Une étude axée sur la population réalisée en Colombie-Britannique a révélé d'importantes différences sur le plan de la répartition des stades du cancer du sein, et que la proportion de cas de cancer diagnostiqués à un stade avancé était plus élevée dans les collectivités rurales que dans les grandes régions urbaines¹⁰³. De même, des études menées aux États-Unis ont indiqué que les personnes vivant dans des collectivités rurales ou qui sont des immigrants risquent davantage de recevoir un diagnostic de cancer à un stade avancé¹⁰⁴⁻¹⁰⁹. Une étude effectuée au Kentucky a démontré que les grandes distances à parcourir à partir des collectivités rurales et éloignées vers les établissements de soins primaires contribuent au fait que les résultats en matière de lutte contre le cancer du sein sont médiocres et que les diagnostics sont établis à un stade avancé, puisqu'elles réduisent l'accès et le recours aux services de soins de santé primaires et de diagnostic¹¹⁰. Aux États-Unis, en outre, les immigrantes hispaniques étaient plus susceptibles que les femmes originaires des États-Unis de présenter un cancer dont le stade est inconnu¹⁰⁷ et de recevoir un diagnostic indiquant la présence de grosses tumeurs¹¹¹. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à l'établissement de diagnostics à un stade avancé chez les immigrants, tels que des obstacles linguistiques, la connaissance des lignes directrices sur le dépistage, l'accès aux services de dépistage et les croyances culturelles¹¹²⁻¹¹⁵.

Tel qu'il est indiqué dans la présente section, les résultats relatifs à la répartition des stades doivent être interprétés avec prudence puisque la surdéttection de cas de cancer à un stade précoce lors du dépistage effectué chez certaines populations peut entraîner une diminution apparente de la proportion de cas de cancer à un stade avancé même si, dans les faits, les taux d'incidence des cas de cancer à un stade avancé n'ont peut-être pas changé.

Que révèlent les résultats?

Cancer de la prostate

Les données issues du RCC indiquent que le taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer de la prostate est moins élevé chez les hommes des quartiers à faible revenu que chez les hommes des quartiers à revenu élevé (110,3 par 100 000 et 140,5 par 100 000, respectivement) [figure 2.10]. En revanche, les taux de mortalité normalisés selon l'âge du cancer de la prostate ne diffèrent pas selon le quintile de revenu du

quartier (figure 2.11). Ainsi, bien que les hommes qui reçoivent un diagnostic de cancer de la prostate soient plus nombreux dans les quartiers à revenu élevé que dans les quartiers à faible revenu, la probabilité de mourir du cancer de la prostate est très similaire chez les hommes des quartiers à revenu élevé et ceux des quartiers à faible revenu.

L'examen des taux par stade a révélé que les hommes des quartiers à revenu élevé sont beaucoup plus susceptibles que les hommes des quartiers à faible revenu de recevoir un

L'incidence du cancer de la prostate est moins élevée chez les hommes des quartiers à faible revenu.

diagnostic de cancer de la prostate à un stade précoce ou à un stade intermédiaire et même légèrement plus susceptibles que ces derniers de recevoir un diagnostic de cancer de la prostate à un stade avancé (figure 2.12). En ce qui concerne les cancers à un stade précoce, le taux d'incidence estimé augmente selon le quintile de revenu du quartier. Il se situait à 13,2 par 100 000 dans les quartiers à faible revenu, comparativement à 18,3 par 100 000 dans les quartiers à revenu élevé. Les hommes des quartiers à revenu élevé étaient légèrement plus susceptibles que ceux des quartiers à revenu faible de recevoir un diagnostic de cancer de la prostate à un stade avancé (26,3 par 100 000 dans les quartiers à faible revenu par comparaison à 28,8 par 100 000 dans les quartiers à revenu élevé).

Ces constatations laissent entendre que la différence liée au revenu observée dans les taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer de la prostate découle en grande partie du fait qu'un plus grand nombre de cas de cancer sont diagnostiqués à un stade précoce chez les hommes vivant dans des quartiers à revenu élevé. Cette situation reflète probablement l'utilisation plus fréquente du test de dépistage de l'APS chez les hommes des quartiers à revenu élevé que chez les hommes des quartiers à faible revenu. Des données issues de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes révèlent que chez les hommes âgés de 35 ans ou plus, 54,5 % de ceux qui vivent dans les quartiers ayant le revenu le plus élevé ont déclaré avoir déjà subi un test de dépistage de l'APS pour

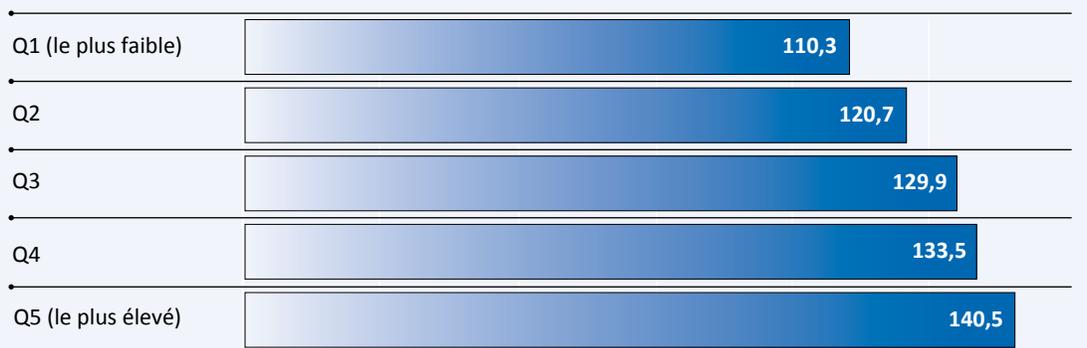
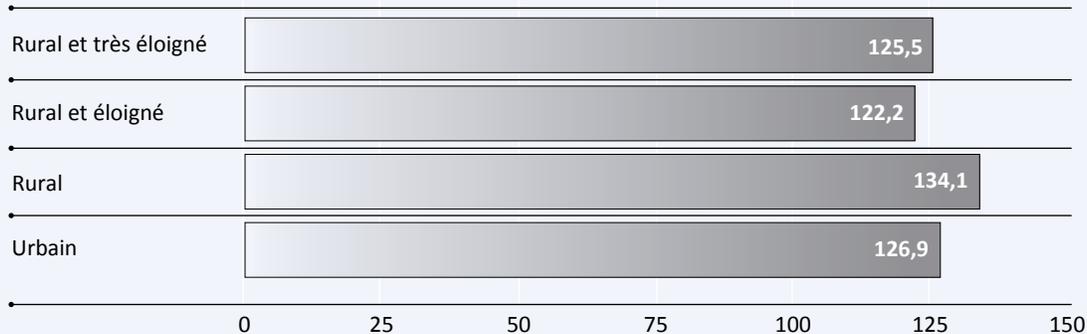
des raisons autres que la présence de symptômes, par comparaison à 43,8 % des hommes des quartiers à faible revenu (données non présentées)^c. Cela semble indiquer que la fréquence supérieure du test de dépistage de l'APS chez les hommes des quartiers à revenu élevé entraîne la détection excessive de cas de cancer de la prostate à un stade précoce sans qu'il y ait une diminution des cas de cancer de la prostate à un stade avancé et, plus important encore, sans qu'il y ait une diminution de la mortalité. Cette analyse donne à penser que le cancer de la prostate pourrait faire l'objet d'un surdiagnostic (et peut-être d'un traitement excessif) chez les hommes des quartiers à revenu élevé¹¹⁶⁻¹¹⁷.

Aucune tendance particulière n'a été observée quant aux taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer de la prostate selon le lieu de résidence, mais des différences notables sont ressorties lorsque les taux de mortalité normalisés selon l'âge ont été examinés selon le lieu de résidence : les décès étaient moins nombreux chez les hommes vivant dans des régions urbaines que chez les hommes vivant dans des régions rurales et très éloignées. L'examen des taux d'incidence par stade selon le lieu de résidence n'a fait ressortir aucune tendance claire quant aux taux d'incidence estimés du cancer de la prostate à un stade précoce et à un stade avancé, mais une analyse plus détaillée s'impose pour confirmer ce constat.

La différence liée au revenu observée dans les taux d'incidence du cancer de la prostate découle en grande partie du fait que ce cancer est diagnostiqué à un stade précoce chez les hommes des quartiers à revenu élevé.

^c Étant donné que le test de dépistage de l'APS fait partie du contenu facultatif de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, les pourcentages comprennent les provinces, les territoires et les années de référence indiqués ci-après : données de 2010 de T.-N.-L., de l'Î.-P.-É. et du Yukon; données de 2011 du Nunavut; données de 2011 et 2012 de l'Ont.; et données de 2010, 2011 et 2012 de la N.-É. et des T.N.-O.

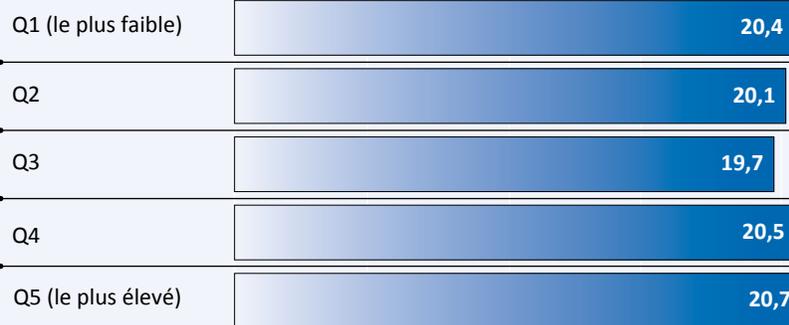
FIGURE 2.10

Taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer de la prostate selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence – Canada – 2007**Quintile de revenu (Q)****Lieu de résidence**

Taux par 100 000 habitants

Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

FIGURE 2.11

Taux de mortalité normalisés selon l'âge du cancer de la prostate selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence – Canada – 2007**Quintile de revenu (Q)****Lieu de résidence**

0 5 10 15 20 25 30

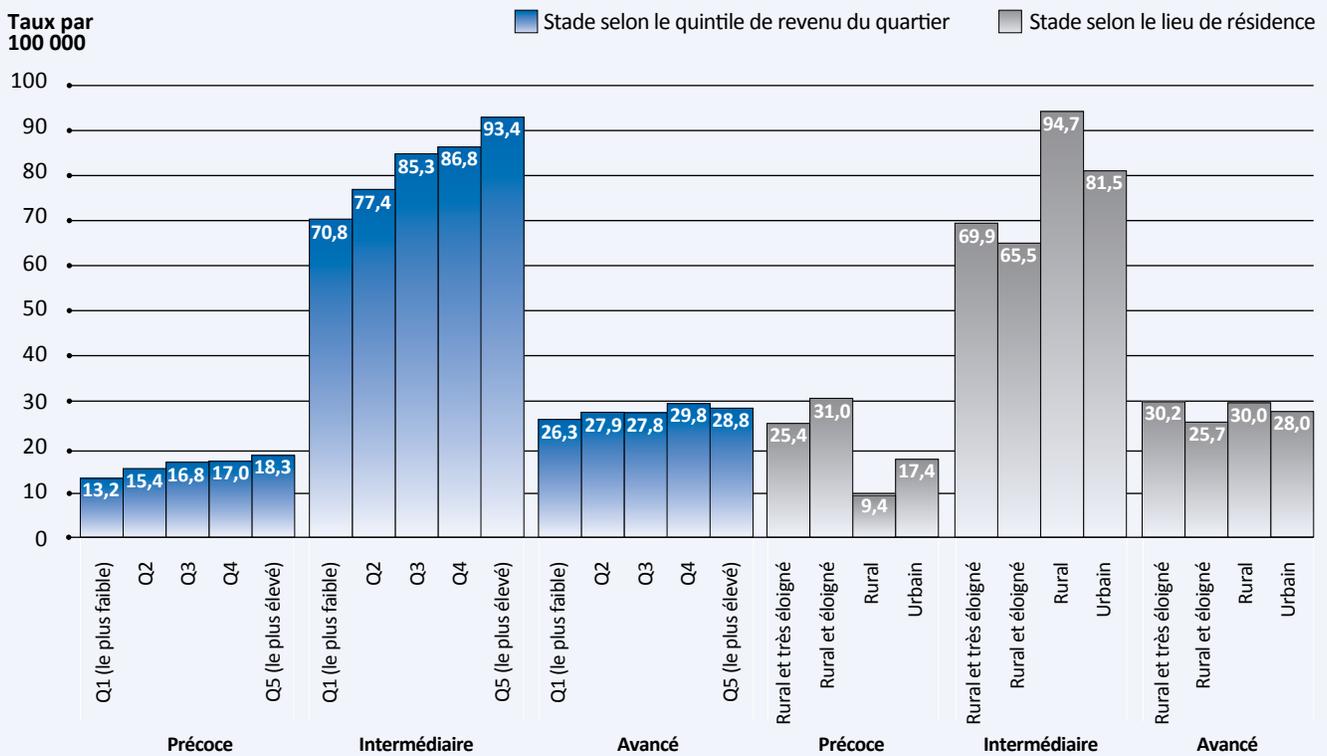
Taux par 100 000 habitants

Source des données : Statistique Canada. Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès

FIGURE 2.12

Taux d'incidence par stade du cancer de la prostate, selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence

Estimés* à partir des données sur la répartition des stades se rapportant aux années de diagnostic 2010 et 2011 (réunies) et à partir des taux d'incidence normalisés selon l'âge relevés en 2007



Le stade précoce comprend le stade I, le stade intermédiaire comprend le stade II, et le stade avancé comprend les stades III et IV.
* Consulter l'annexe technique pour plus de détails.

Sources des données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer et Statistique Canada, Registre canadien du cancer

Cancer du sein

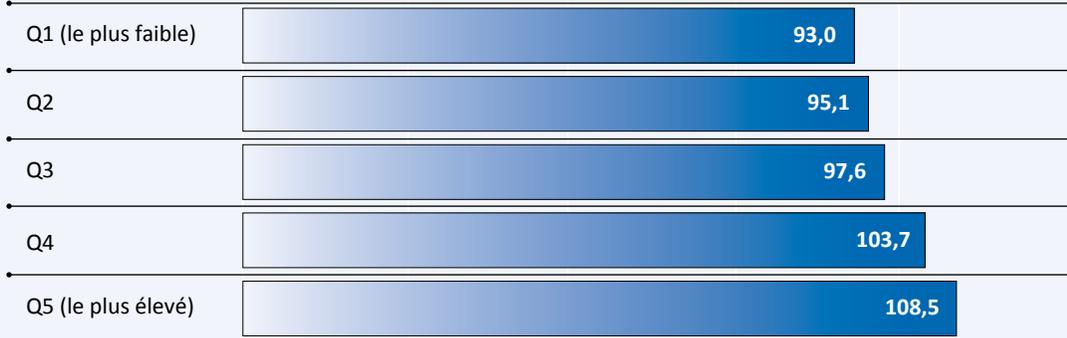
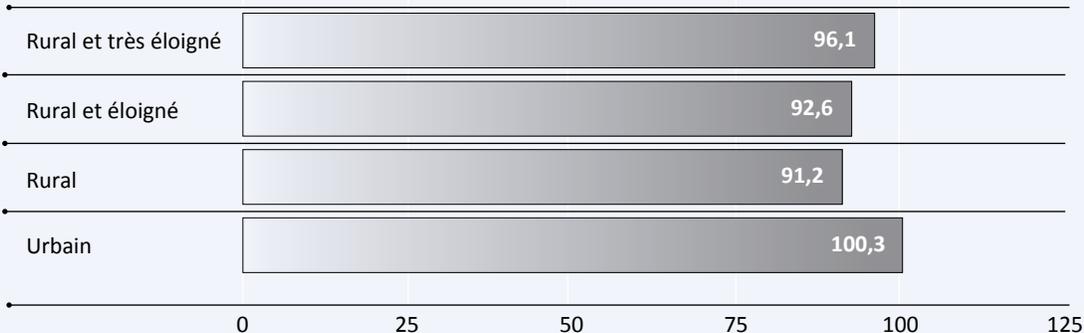
Comme pour le cancer de la prostate, les données sur le cancer du sein indiquent des taux d'incidence normalisés selon l'âge plus élevés chez les femmes des quartiers à revenu élevé (108,5 sur 100 000) que chez les femmes des quartiers à faible revenu (93,0 sur 100 000), mais il n'y a aucune différence correspondante quant au taux de mortalité selon le quintile de revenu du quartier (environ 22 sur 100 000) [figures 2.13 et 2.14].

Conforme aux taux plus élevés de dépistage du cancer du sein chez les femmes des quartiers à revenu élevé (comme indiqué à la section du rapport portant sur le dépistage autodéclaré), le taux d'incidence approximatif par stade du cancer indique un taux plus élevé de cancer du sein au stade précoce chez les femmes des quartiers à revenu élevé que chez celles des quartiers à faible revenu (figure 2.15). Cela dit, le taux d'incidence du cancer du sein au stade avancé est semblable d'un quintile de revenu du quartier à l'autre, malgré le taux de dépistage plus élevé chez les

femmes à revenu élevé : il est de 18,8 sur 100 000 chez les femmes vivant dans les quartiers les plus pauvres par rapport à 18,4 sur 100 000 chez les femmes vivant dans les quartiers les mieux nantis. Il faudra faire des analyses plus poussées pour confirmer cette constatation. Aux États-Unis, une récente étude utilisant les données fondées sur la population tirées des résultats du programme américain de surveillance, d'épidémiologie et de résultats finaux (*Surveillance, Epidemiology, and End Results*) a cerné les tendances relatives à l'incidence du cancer du sein à un stade précoce et avancé après trente ans de dépistage par mammographie, sans toutefois tenir compte du revenu. Cette étude a permis de constater une réduction marginale du taux de cancer du sein au stade avancé entre 1976 et 2008¹¹⁸.

Lorsque les taux sont examinés selon le lieu de résidence, le taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer du sein est légèrement plus élevé chez les femmes vivant en région urbaine et moins élevé chez celles vivant en région rurale et éloignée (figure 2.13). De son côté, le taux de mortalité est à peine plus élevé chez les femmes des régions urbaines (21,6 sur 100 000) que chez celles vivant en région rurale très éloignée (20,4 sur 100 000) [figure 2.14]. L'analyse des taux d'incidence par stade du cancer donne à penser que le taux de cancer du sein au stade précoce est légèrement supérieur chez les femmes vivant en milieu urbain que chez celles vivant en région rurale et éloignée, mais le lieu de résidence n'a que peu d'incidence lorsque le cancer est à un stade avancé (figure 2.15). Ce résultat doit cependant être confirmé par des analyses plus approfondies, car les taux d'incidence par stade du cancer mentionnés dans le présent document sont des estimations.

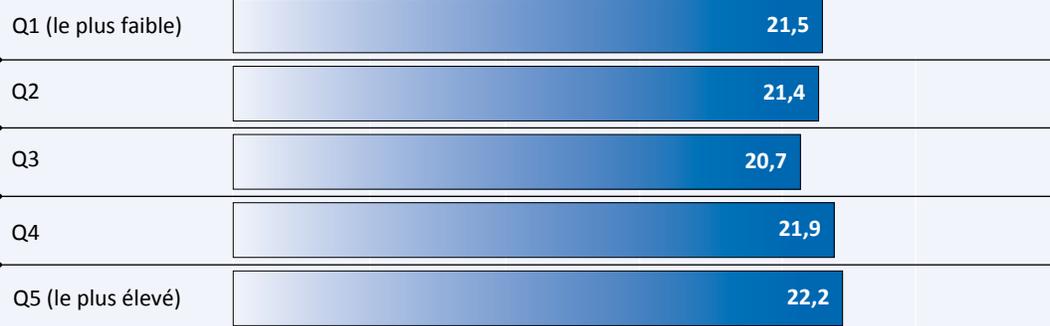
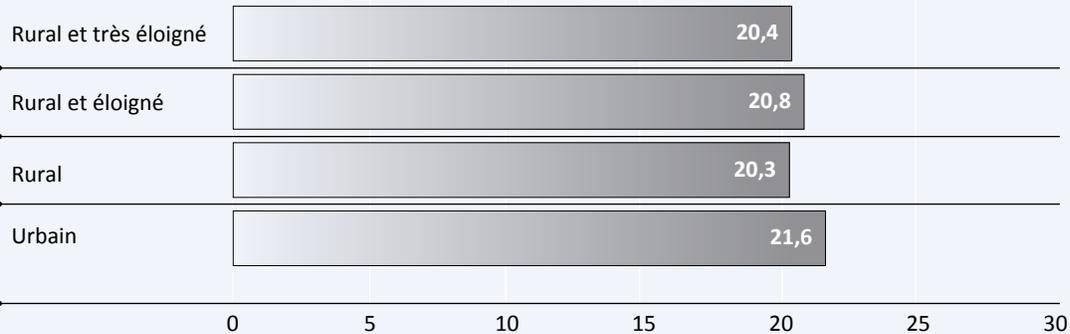
FIGURE 2.13

Taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer du sein selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence – Canada – 2007**Quintile de revenu (Q)****Lieu de résidence**

Taux par 100 000 habitants

Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

FIGURE 2.14

Taux de mortalité normalisés selon l'âge du cancer du sein selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence – Canada – 2007**Quintile de revenu (Q)****Lieu de résidence**

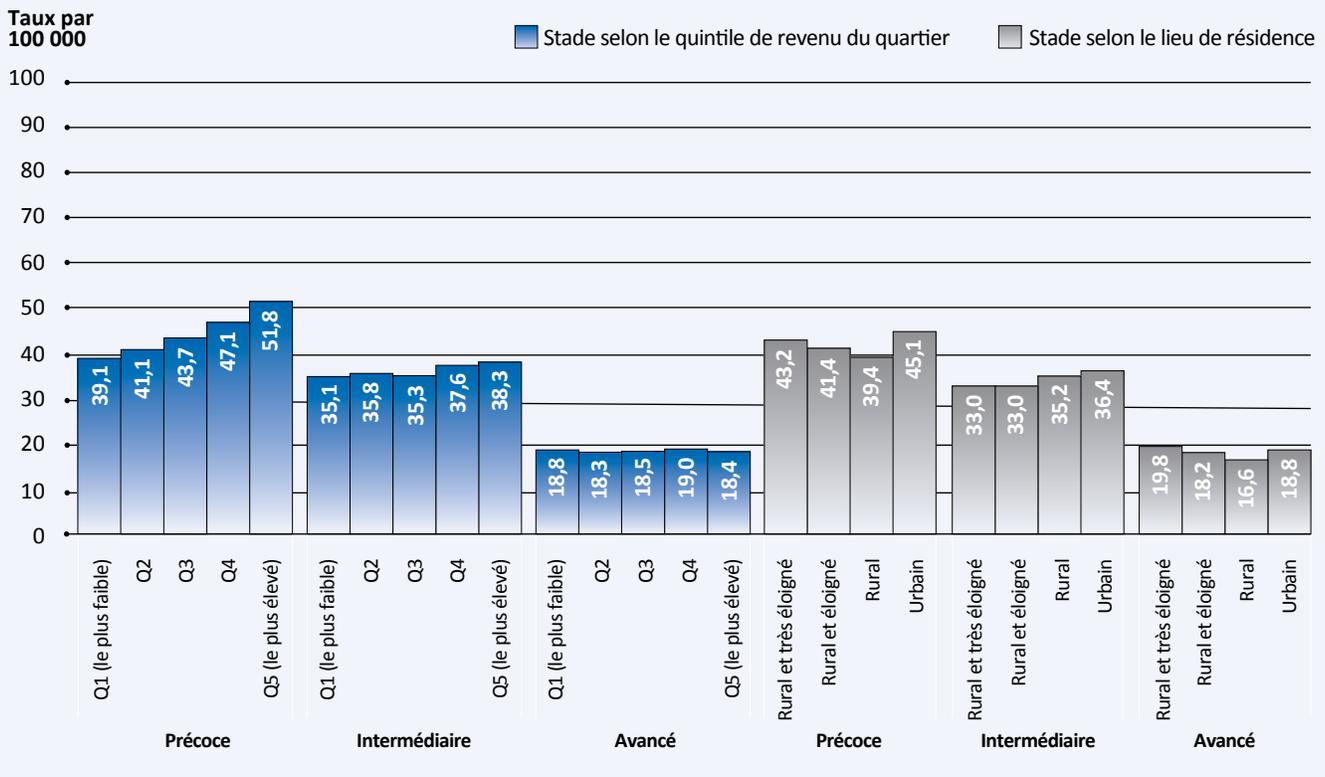
Taux par 100 000 habitants

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

FIGURE 2.15

Taux d'incidence par stade du cancer du sein, selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence

Estimés* à partir des données sur la répartition des stades se rapportant aux années de diagnostic 2010 et 2011 (réunies) et à partir des taux d'incidence normalisés selon l'âge relevés en 2007



Le stade précoce comprend le stade I, le stade intermédiaire comprend le stade II, et le stade avancé comprend les stades III et IV.

* Consulter l'annexe technique pour plus de détails

Sources des données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer et Statistique Canada, Registre canadien du cancer

Cancer du poumon

Les taux d'incidence et de mortalité du cancer du poumon normalisés selon l'âge présentent d'importantes différences en fonction du revenu et du lieu de résidence (figures 2.16 et 2.17). Ainsi, les Canadiens qui habitent un quartier à faible revenu et ceux qui vivent en région rurale, éloignée ou très éloignée présentent des taux d'incidence et de mortalité du cancer du poumon normalisés selon l'âge plus élevés que ceux vivant dans un quartier à revenu plus élevé

et en région urbaine, respectivement. Les différences dans l'usage du tabac en fonction du revenu du ménage et du lieu de résidence contribuent probablement à certaines des tendances liées à l'incidence normalisée selon l'âge illustrées. Le tabagisme est plus prévalent chez les Canadiens vivant dans un ménage à faible revenu et en région rurale et éloignée (bien que le taux d'abandon du tabac soit supérieur dans les régions rurales et éloignées), comme l'indique la section du rapport portant sur les facteurs de risque.

Les Canadiens qui vivent en zone rurale et éloignée sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic du cancer du poumon à un stade avancé.

L'examen des taux d'incidence par stade du cancer révèle une tendance semblable : le taux d'incidence du cancer du poumon à un stade précoce et avancé est plus élevé chez les habitants des quartiers les plus défavorisés (figure 2.18).

À un stade précoce, aucune tendance nette n'apparaît à l'examen des taux d'incidence du cancer du poumon en fonction du lieu de résidence. Cependant, à un stade avancé, le taux d'incidence du cancer du poumon augmente en fonction du niveau de ruralité : il est le plus

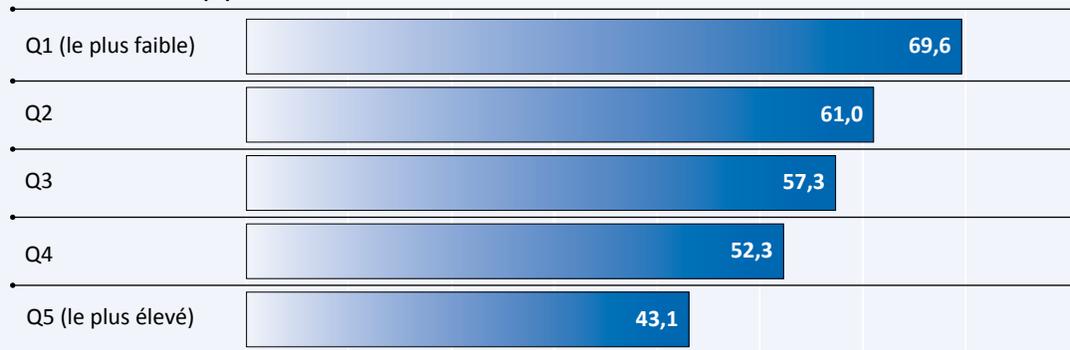
élevé chez les habitants des régions rurales très éloignées (39,5 sur 100 000) et des régions rurales éloignées (35,5 sur 100 000) du pays. Ce constat donne à penser que les Canadiens qui vivent en zone rurale et éloignée sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic du cancer du poumon à un stade avancé, ce qui peut expliquer en partie le taux de mortalité plus élevé des personnes vivant en région rurale et éloignée, même si les options de traitement pour la plupart des cancers du poumon sont assez limitées.

Les Canadiens qui vivent en zone rurale et éloignée sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic du cancer du poumon à un stade avancé.

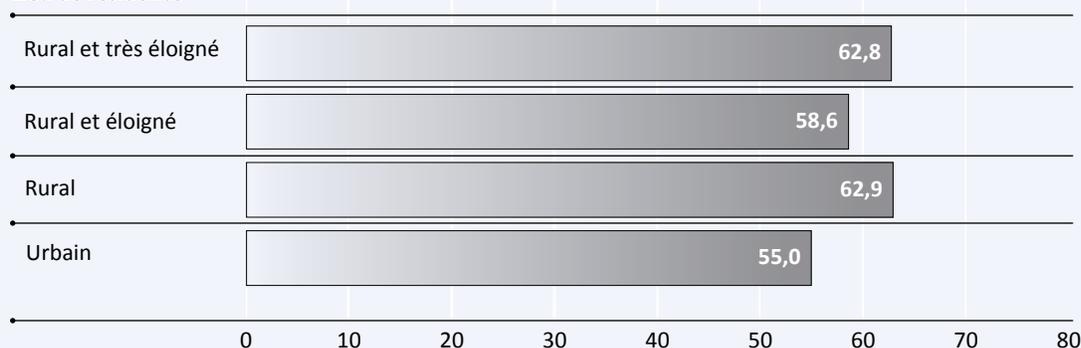
FIGURE 2.16

Taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer du poumon selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence – Canada – 2007

Quintile de revenu (Q)

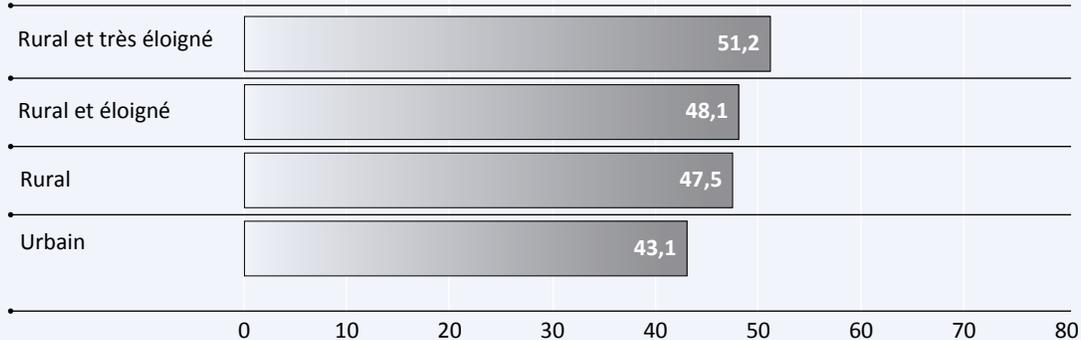


Lieu de résidence



Taux par 100 000 habitants

FIGURE 2.17

Taux de mortalité normalisés selon l'âge du cancer du poumon selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence – Canada – 2007**Quintile de revenu (Q)****Lieu de résidence**

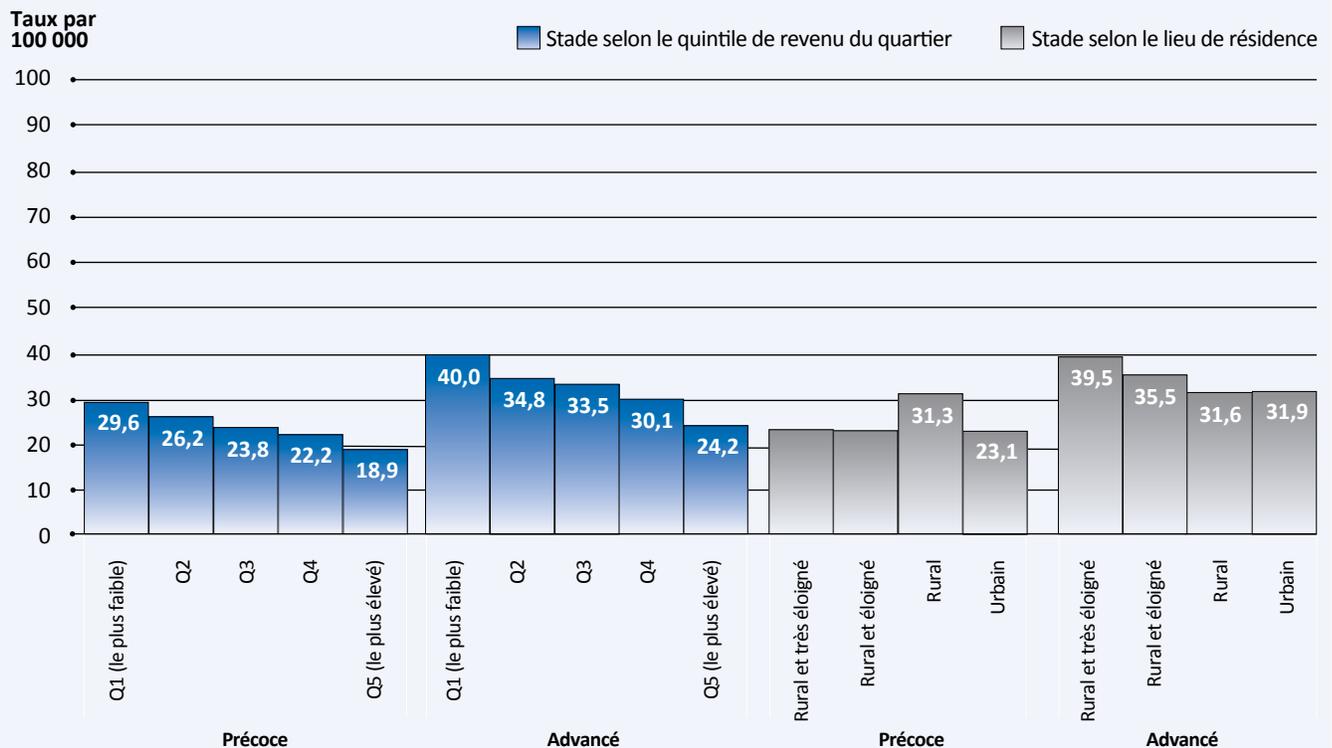
Taux par 100 000 habitants

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

FIGURE 2.18

Taux d'incidence par stade du cancer du poumon, selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence.

Estimés* à partir des données sur la répartition des stades se rapportant aux années de diagnostic 2010 et 2011 (réunies) et à partir des taux d'incidence normalisés selon l'âge relevés en 2007



Le stade précoce comprend les stades I, II, IIIA, et le stade avancé comprend les stades IIIB et IV

* Consulter l'annexe technique pour plus de détails

Sources des données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer et Statistique Canada, Registre canadien du cancer

Cancer colorectal

Pour le cancer colorectal, les taux d'incidence normalisés selon l'âge sont légèrement plus élevés chez les Canadiens dont le quintile de revenu du quartier est le moins élevé que chez ceux faisant partie du quintile de revenu le plus élevé. Il en est de même pour les taux de mortalité normalisés selon l'âge, bien que seulement de façon marginale (figures 2.19 et 2.20). Selon les données préliminaires concernant les taux d'incidence par stade du cancer, il y a peu de variation d'un quintile de revenu à l'autre (figure 2.21). Comme aucun programme de

dépistage du cancer colorectal structuré n'était en place pour influencer les résultats, tout écart des taux d'incidence selon le quintile de revenu est en partie attribuable aux profils de risque variés (p. ex., taux d'obésité, alimentation, consommation d'alcool) qui existent entre les quintiles de revenu ou à l'accès à des tests de dépistage du cancer colorectal qui ne sont pas encadrés par un programme.

Les taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer colorectal sont légèrement plus élevés chez les Canadiens vivant en région rurale, éloignée et très éloignée que chez les habitants

des régions urbaines (figures 2.19 et 2.20). Le taux de mortalité par cancer colorectal est plus élevé dans les régions rurales et éloignées du pays que dans les centres urbains. Cela dit, le taux d'incidence par stade du cancer présente peu d'écart en fonction du lieu de résidence lorsque le cancer colorectal est à un stade avancé (figure 2.21). À un stade précoce, ce taux est plus élevé chez les habitants des régions rurales et éloignées du pays que chez les habitants des

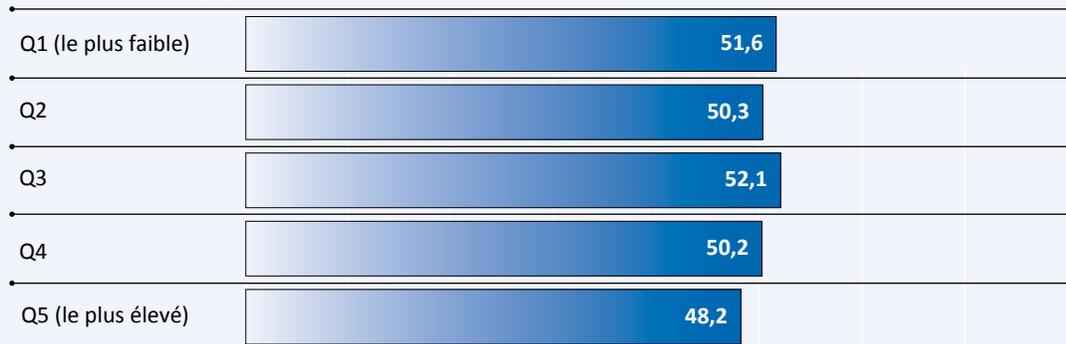
régions urbaines. Ces résultats préliminaires donnent à penser que le plus haut taux de mortalité par cancer colorectal chez les Canadiens des régions rurales et éloignées ne peut s'expliquer par une détection tardive, mais plutôt par l'accès aux traitements et leur utilisation (même si les données consultées dans le cadre du présent rapport ne permettent pas d'affirmer que ce soit le cas).

Le taux de mortalité par cancer colorectal est plus élevé dans les régions rurales et éloignées du pays.

FIGURE 2.19

Taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer colorectal selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence – Canada – 2007

Quintile de revenu (Q)



Lieu de résidence

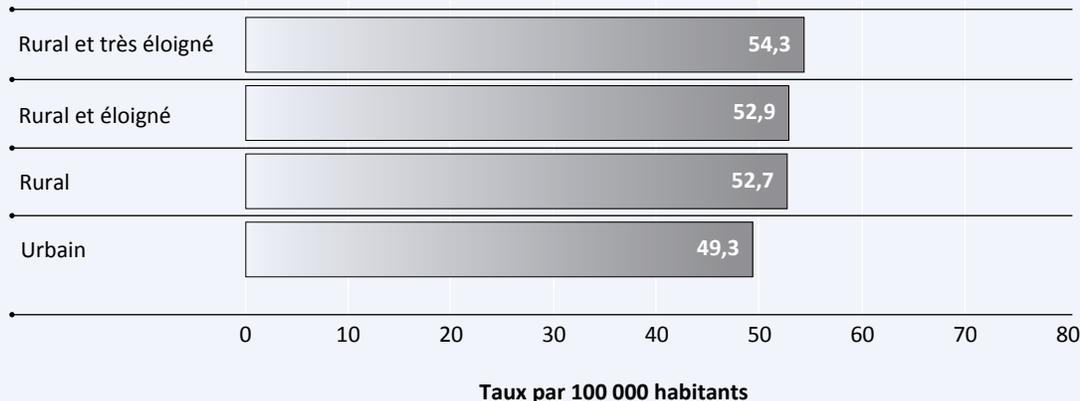
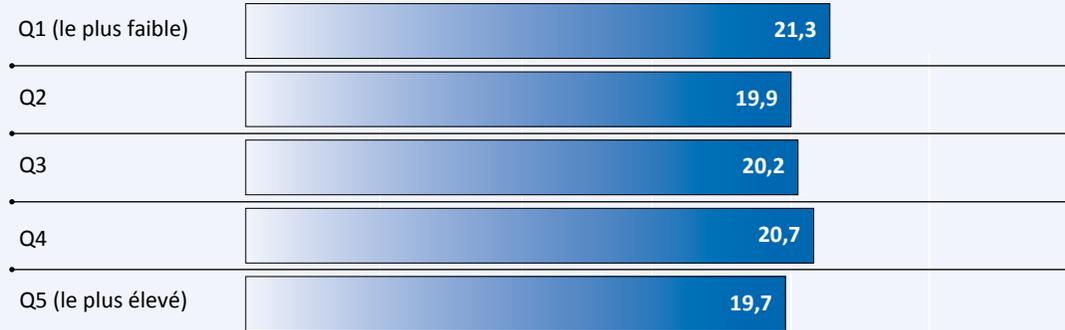
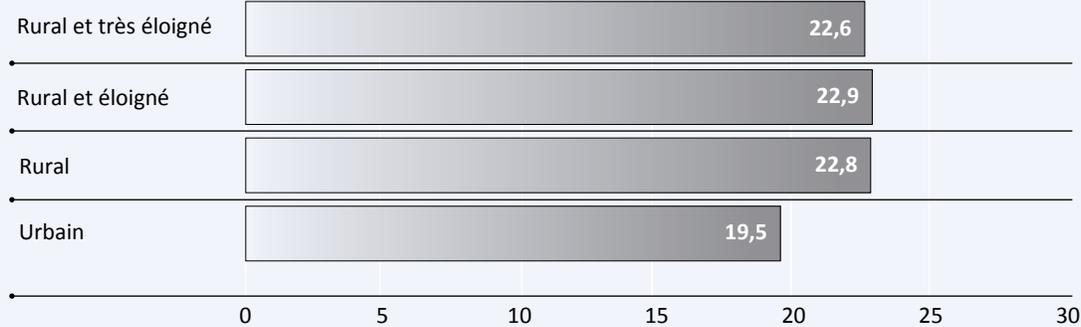


FIGURE 2.20

Taux de mortalité normalisés selon l'âge du cancer colorectal selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence – Canada – 2007**Quintile de revenu (Q)****Lieu de résidence**

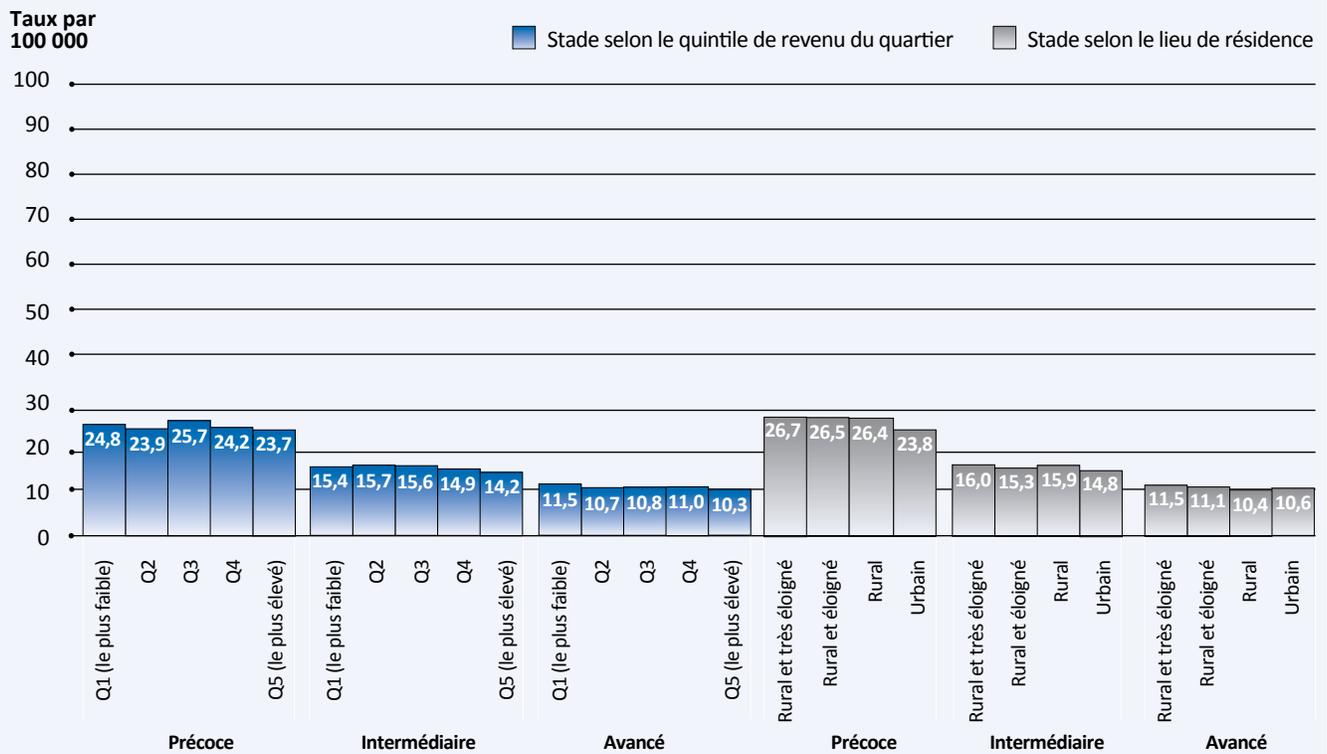
Taux par 100 000 habitants

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

FIGURE 2.21

Taux d'incidence par stade du cancer colorectal, selon le quintile de revenu du quartier et le lieu de résidence

Estimés* à partir des données sur la répartition des stades se rapportant aux années de diagnostic 2010 et 2011 (réunies) et à partir des taux d'incidence normalisés selon l'âge relevés en 2007



Le stade précoce comprend les stades I et II, le stade intermédiaire comprend le stade III, et le stade avancé comprend le stade IV.

* Consulter l'annexe technique pour plus de détails

Sources des données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer et Statistique Canada, Registre canadien du cancer

Traitement

L'accès rapide à un traitement efficace est essentiel pour lutter contre le cancer. Cependant, le traitement est aussi habituellement le volet du système de lutte contre le cancer qui exige le plus de ressources, tant pour la planification du système que la prestation des services. Les disparités sociodémographiques dans l'accès aux traitements (et les résultats qui en découlent) ont fait l'objet d'une multitude d'études et de rapports dans de nombreux pays développés. Au Canada, un certain nombre d'études publiées se sont penchées sur l'influence du revenu, de l'éducation, du lieu de résidence, de l'âge et du sexe sur l'écart d'accès aux services de soins contre le cancer; quelques études canadiennes portent d'ailleurs spécifiquement sur l'accès aux traitements¹¹⁹.

La présente section examine l'accès aux traitements et les différences qui existent à ce chapitre en fonction du quintile de revenu du quartier, du statut d'immigrant (mesuré par la densité d'immigrants dans le quartier) et du lieu de résidence (en région urbaine, rurale ou éloignée) pour trois principaux indicateurs de rendement du système à l'étape du traitement, soit : le temps d'attente en radiothérapie, le recours à la radiothérapie et la fréquence de deux types de chirurgies du cancer. Les indicateurs liés à la radiothérapie se fondent sur les données provenant des organismes et des programmes provinciaux de lutte contre le cancer; le cas échéant, les résultats liés à des indicateurs sont présentés par province dans les tableaux supplémentaires en ligne. Quant aux indicateurs liés aux types de chirurgies du cancer, ils se fondent sur les données liées à l'utilisation des services hospitaliers provenant de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Sommaire des résultats liés aux indicateurs de traitement selon le quintile de revenu du quartier, le lieu de résidence et la densité d'immigrants du quartier

Indicateur	Ce que révèlent les résultats		
	Quintile de revenu du quartier	Lieu de résidence	Densité d'immigrants
Temps d'attente en radiothérapie Pourcentage des patients atteints de cancer ayant été traités à l'intérieur du temps d'attente cible en radiothérapie	Aucune différence dans le temps d'attente entre les divers quintiles de revenu du quartier	Aucune différence dans le temps d'attente entre les régions urbaines, rurales et éloignées	Aucune différence dans le temps d'attente entre les régions considérées comme ayant une forte densité d'immigrants et celles considérées comme ayant une faible densité
Recours à la radiothérapie Pourcentage des patients atteints de cancer ayant subi une radiothérapie dans les deux ans suivant le diagnostic	Aucune différence dans le recours à la radiothérapie entre les divers quintiles de revenu du quartier	Le recours à la radiothérapie est moins fréquent dans les collectivités des régions rurales éloignées (30,4 %) et rurales très éloignées (27,8 %) que dans les centres urbains (32,5 %) et chez les patients vivant plus loin d'un centre de radiothérapie	Aucune différence dans le recours à la radiothérapie entre les régions considérées comme ayant une forte densité d'immigrants et celles considérées comme ayant une faible densité

Indicateur	Ce que révèlent les résultats		
	Quintile de revenu du quartier	Lieu de résidence	Densité d'immigrants
Mastectomie Pourcentage de résections du cancer du sein qui sont des mastectomies	Les femmes des quartiers les plus défavorisés sont plus susceptibles (39,9 %) que les femmes des quartiers les mieux nantis (35,6 %) de subir une mastectomie qu'une chirurgie mammaire conservatrice	Le taux de mastectomie est le plus élevé en région rurale très éloignée (52,3 %, par rapport à 37,5 % en région urbaine) et chez les patients habitant à plus de 40 minutes en voiture du centre de radiothérapie le plus près	Le taux de mastectomie est plus élevé dans les zones à faible densité d'immigrants (46,0 %) que les zones présentant la plus forte densité d'immigrants (36,0 %)
Colostomie ou iléostomie permanente Pourcentage de patients ayant reçu un diagnostic de cancer du rectum qui ont subi une colostomie ou une iléostomie permanente	Aucune différence dans le taux de colostomies permanentes selon le quintile de revenu du quartier	Le taux de colostomies permanentes est plus élevé chez les patients des collectivités rurales très éloignées (41,9 %) que chez ceux vivant en région urbaine (35,9 %) et rurale (36,1 %)	Le taux de colostomies permanentes est moins élevé chez les patients vivant dans les collectivités ayant la plus forte densité d'immigrants (30,3 %) que chez ceux provenant de régions à plus faible densité (37,9 %)

Sources des données : Registres provinciaux du cancer, Base de données sur la morbidité hospitalière, Système national d'information sur les soins ambulatoires, Alberta Ambulatory Care Reporting System

Temps d'attente en radiothérapie

Pourquoi fait-on rapport sur ce sujet?

Les temps d'attente figurent parmi les facteurs les plus souvent invoqués lorsqu'il s'agit de mesurer l'accès aux services de soins de santé en général et aux soins contre le cancer en particulier. La réduction des temps d'attente en radiothérapie pour les patients atteints de cancer fait partie des priorités nationales en matière de santé. Des temps d'attente cibles ont été fixés à l'échelle nationale, et les provinces ont mis en œuvre des initiatives pour réduire l'attente¹²⁰. Un certain nombre d'études canadiennes se sont penchées sur les disparités liées à l'accès rapide à la radiothérapie pour les patients souffrant du cancer, même si la plupart

se limitent aux données provenant d'une seule province et portent sur un siège de la maladie, généralement le sein (voir la section plus bas). Quelques études démontrent certaines disparités géographiques dans les temps d'attente en radiothérapie; ces derniers sont généralement plus longs lorsque le patient habite plus loin des centres de traitement¹²¹⁻¹²².

Les indicateurs liés au délai d'attente qui sont présentés dans cette section portent sur les temps d'attente pour tous les cancers pris ensemble, puis pour le cancer de la prostate et le cancer du poumon pris séparément, puisqu'il s'agit de deux sièges de la maladie devant habituellement avoir accès à un traitement à un degré d'urgence différent.

Que sait-on déjà?

Selon les résultats de deux récentes revues systématiques^{22, 119}, aucune étude canadienne n'a permis de conclure à l'existence d'un lien significatif entre les temps d'attente en radiothérapie et le revenu, après ajustement de la distance parcourue. Parmi les études publiées recensées, aucune ne portait sur les différences dans le temps d'attente en radiothérapie qui peuvent exister entre les immigrants et les Canadiens de souche dans l'ensemble du Canada. Un lien entre le recours à la radiothérapie et le SSE a cependant été démontré dans le cadre d'au moins une étude britannique¹²³, bien que les variations en ce qui concerne le stade du cancer au moment du diagnostic et d'autres facteurs pronostiques n'aient pas été pris en considération et pourraient expliquer, en partie du moins, l'écart dans l'utilisation de la radiothérapie.

Que révèlent les résultats?

En 2012, on n'observe aucune tendance selon le quintile de revenu du quartier, le lieu de résidence ou la densité d'immigrants en ce qui concerne le pourcentage de patients atteints de cancer ayant été traités en radiothérapie à l'intérieur du délai d'attente cible (28 jours), et ce, pour tous les cancers pris ensemble (figure 2.22) et pour le cancer du poumon seulement (figure 2.23). Quant au cancer de la prostate, on ne distingue aucune tendance nette dans les délais d'attente en radiothérapie en fonction du quintile de revenu du quartier, mais la proportion des patients traités dans les

temps cibles en région rurale éloignée et en région rurale très éloignée (86,0 % et 85,0 %, respectivement) est légèrement plus élevée que celles des patients vivant en région urbaine et rurale (83,5 % et 80,7 %, respectivement) [figure 2.24].

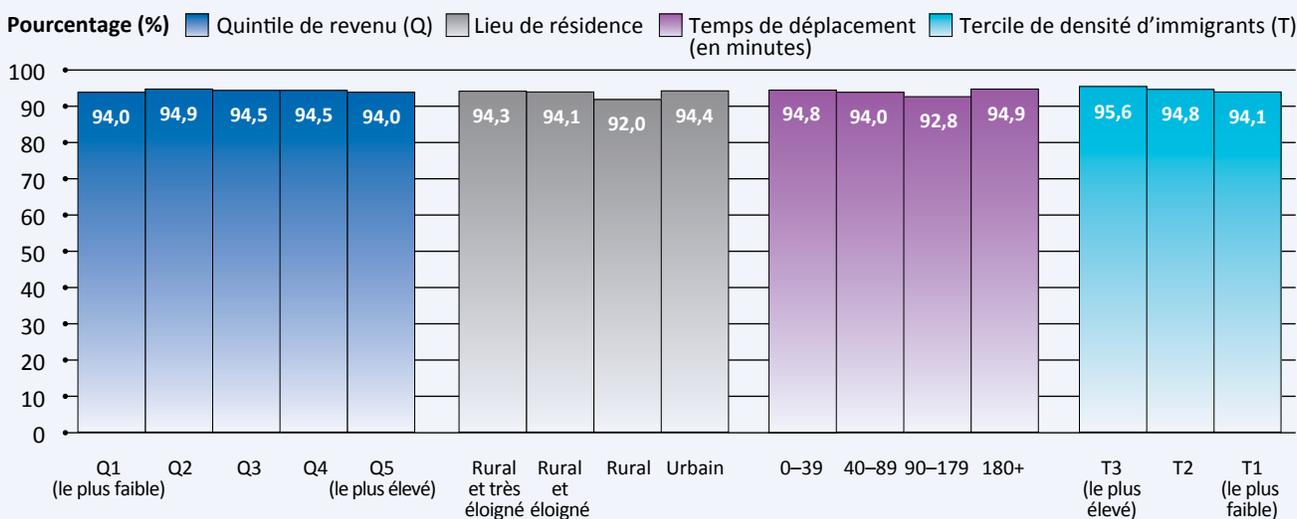
Ces résultats sont rassurants parce qu'ils donnent à penser que les gens vivant loin des centres de radiothérapie n'attendent pas plus longtemps que ceux à proximité de ces centres pour y avoir accès (dans l'hypothèse que les gens des collectivités rurales et éloignées forment une clientèle comparable et présentent donc un profil comparable quant à l'urgence du traitement à ceux des collectivités urbaines). Les patients habitant les quartiers considérés comme ayant une plus forte densité d'immigrants sont légèrement plus susceptibles d'être traités à l'intérieur du temps d'attente cible (88,3 %) que ceux habitant les quartiers considérés comme ayant une faible densité d'immigrants (83,4 %) [figure 2.24].

Les figures 2.22, 2.23 et 2.24 indiquent le pourcentage des patients traités à l'intérieur du temps d'attente cible selon le temps qu'il faut pour se rendre au centre de radiothérapie le plus près (aller seulement). L'attente en radiothérapie n'est jamais liée au temps de déplacement vers les centres de radiothérapie pour tous les types de cancer. Dans le même ordre d'idées, il n'y a aucune corrélation marquée entre la distance à parcourir en voiture et les temps d'attente en radiothérapie pour le cancer du poumon et de la prostate (voir les tableaux supplémentaires en ligne).

Ces résultats donnent à penser que les gens vivant loin des centres de radiothérapie n'attendent pas plus longtemps pour y avoir accès.

FIGURE 2.22

Pourcentage des patients atteints de cancer ayant été traités à l'intérieur du temps d'attente cible en radiothérapie, selon le quintile de revenu du quartier (population urbaine), le lieu de résidence, le temps de déplacement vers le centre de radiothérapie le plus proche, et la densité d'immigrants – tous les types de cancers confondus – 2012



Exclut T.-N.-L., l'Ont., le QC et les territoires.

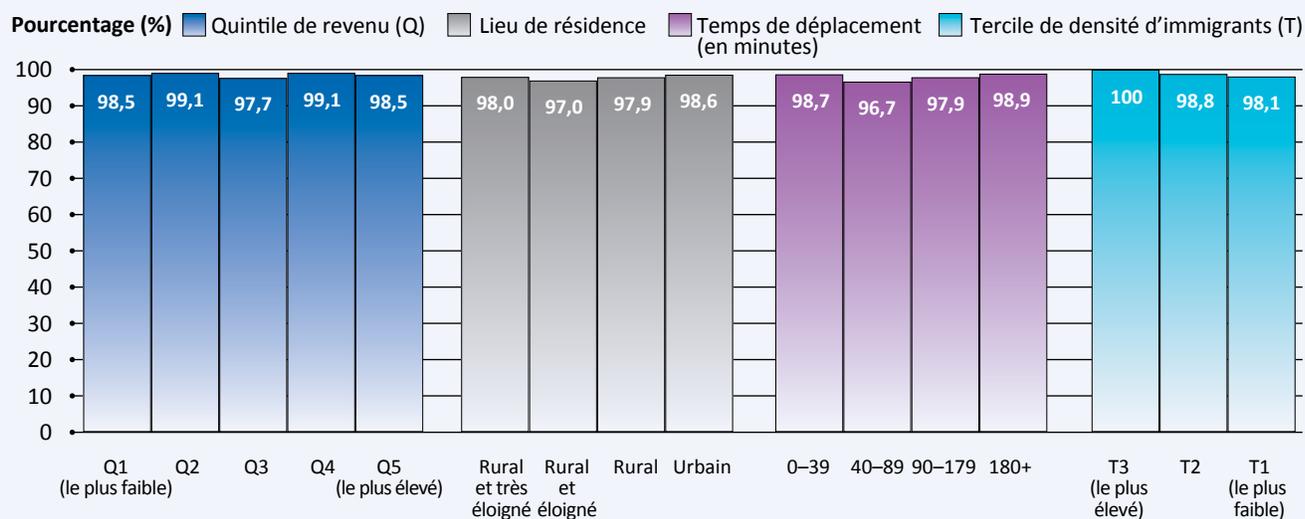
Les quintiles de revenu comprennent uniquement les personnes vivant dans des centres urbains tels que définis par Statistique Canada

Le temps d'attente cible en radiothérapie est de 28 jours entre le moment où le patient est prêt à recevoir le traitement et le début du traitement

Source des données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

FIGURE 2.23

Pourcentage des patients atteints de cancer du poumon ayant été traités à l'intérieur du temps d'attente cible en radiothérapie, selon le quintile de revenu du quartier (population urbaine), le lieu de résidence, le temps de déplacement vers le centre de radiothérapie le plus proche, et la densité d'immigrants – 2012



Exclut T.-N.-L., l'Ont., le QC et les territoires.

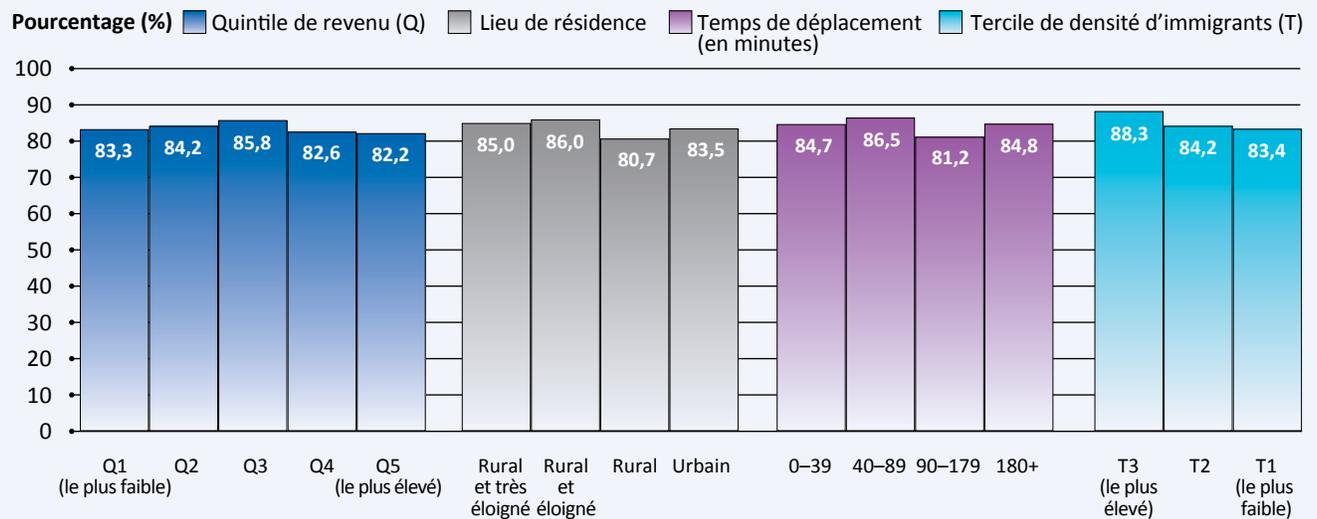
Les quintiles de revenu comprennent uniquement les personnes vivant dans des centres urbains tels que définis par Statistique Canada

Le temps d'attente cible en radiothérapie est de 28 jours entre le moment où le patient est prêt à recevoir le traitement et le début du traitement

Source des données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

FIGURE 2.24

Pourcentage des patients atteints de cancer de la prostate ayant été traités à l'intérieur du temps d'attente cible en radiothérapie, selon le quintile de revenu du quartier (population urbaine), le lieu de résidence, le temps de déplacement vers le centre de radiothérapie le plus proche, et la densité d'immigrants – 2012



Exclut T.-N.-L., l'Ont., le QC et les territoires.

Les quintiles de revenu comprennent uniquement les personnes vivant dans des centres urbains tels que définis par Statistique Canada

Le temps d'attente cible en radiothérapie est de 28 jours entre le moment où le patient est prêt à recevoir le traitement et le début du traitement

Source des données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

Recours à la radiothérapie

Pourquoi fait-on rapport sur ce sujet?

Habituellement, la radiothérapie est offerte dans les établissements plus importants et plus spécialisés situés dans les centres urbains. Compte tenu de la grande taille de la plupart des provinces canadiennes, il est impossible d'offrir des services de radiothérapie à proximité de toutes les collectivités rurales et éloignées. Il est donc important d'envisager un accès équitable aux traitements de radiothérapie (au-delà des temps d'attente). Les planificateurs du système se butent souvent à la difficulté de trouver un juste équilibre entre l'efficacité et la qualité que procure une prestation centralisée des services complexes et exigeants en ressources, d'une part, et la nécessité de veiller à ce que tous les Canadiens aient un accès équitable aux services essentiels de soins contre le cancer. C'est pour faciliter la prise de décisions éclairées sur ces questions difficiles qu'on fait rapport des indicateurs qui mesurent les disparités dans l'accès à la radiothérapie.

Que sait-on déjà?

Les données présentées dans le document du Partenariat canadien contre le cancer intitulé *Lutte contre le cancer du sein au Canada : rapport thématique spécial sur le rendement du système*²³ semblent indiquer un taux moins élevé de traitements conservateurs du cancer du sein (nécessitant une radiothérapie) et un taux plus élevé de mastectomies (ne nécessitant généralement pas de radiothérapie) chez les femmes vivant à plus de deux heures de route du centre de radiothérapie le plus près. D'autres études canadiennes en arrivent à une conclusion semblable : il existerait un lien entre la distance à parcourir en voiture et le taux d'utilisation de la radiothérapie¹²⁴⁻¹²⁶.

Le lien entre le revenu et le taux de radiothérapie est moins bien établi dans les études canadiennes. Bien que plusieurs études aient suggéré une corrélation entre le revenu du ménage et les

taux de consultation et de traitement en radiothérapie, ce lien s'est avéré non statistiquement significatif une fois d'autres facteurs pris en considération (dont le lieu de résidence) dans l'analyse d'un certain nombre de variables²².

Que révèlent les résultats?

Il existe des différences notables dans l'utilisation de la radiothérapie selon le lieu de résidence, puisque les patients atteints de cancer vivant en région urbaine sont plus susceptibles de recevoir de la radiothérapie (32,5 %) que ceux vivant en région rurale très éloignée (27,8 %) [figure 2.25]. Selon ces données, la distance à parcourir pour se rendre à un centre de radiothérapie semble constituer un obstacle à l'accès à la radiothérapie. Le pourcentage des patients atteints de cancer qui ont été traités par radiothérapie est passé de 32,7 % lorsqu'il faut mettre moins de 39 minutes pour se rendre au centre de traitement le plus près (aller seulement) à 28,9 % lorsqu'il faut mettre trois heures ou plus pour s'y rendre (figure 2.25).

On ne sait pas clairement si ces tendances sont attribuables aux obstacles causés par la distance de déplacement ou à d'autres facteurs liés à la vie en région rurale ou éloignée, comme les pratiques cliniques. À titre d'exemple, une étude canadienne menée précédemment a révélé un taux de renvoi en radiothérapie plus faible dans les endroits éloignés²². De plus, l'analyse effectuée n'a pas examiné les variations selon le siège de la maladie. La radiothérapie fait parfois partie d'une, de deux ou de plusieurs options de traitement, comme c'est le cas pour le cancer du sein à un stade précoce, mais elle peut également servir aux soins palliatifs en présence de métastases osseuses. Quant à savoir si cette différence dans le taux d'utilisation découle du fait que les patients des régions rurales ou éloignées ayant besoin d'une radiothérapie n'y ont pas accès ou du fait

Les patients atteints de cancer vivant en région urbaine sont plus susceptibles de recevoir de la radiothérapie que ceux vivant en région rurale très éloignée.

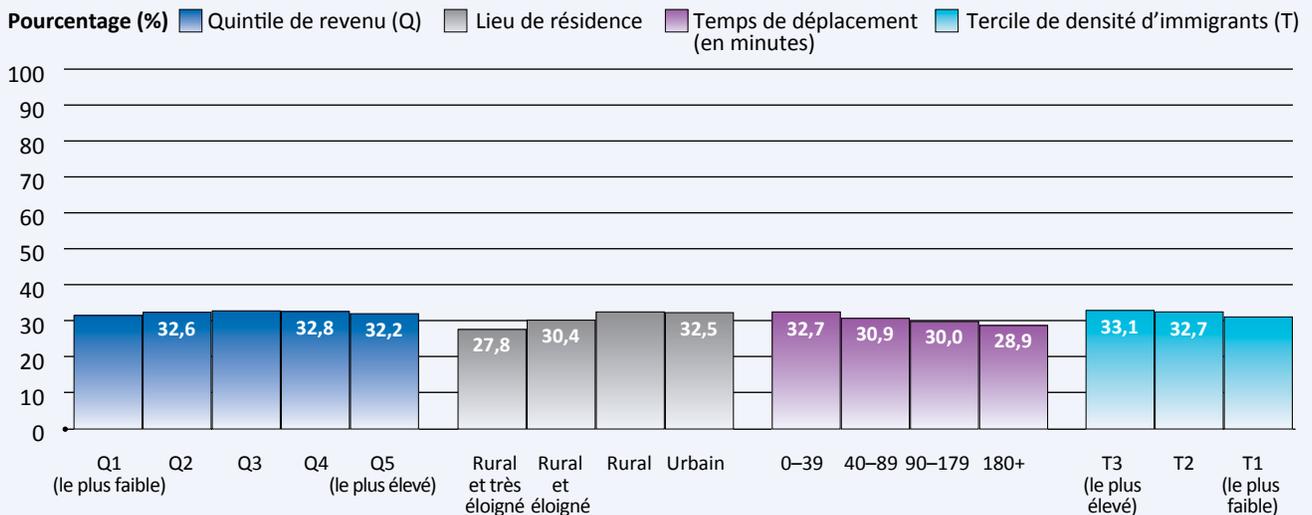
que ces mêmes patients, comme c'est le cas pour le cancer du sein à un stade précoce, ont tendance à choisir les options de traitement qui excluent la radiothérapie, cela reste nébuleux.

Il y a peu de variation dans le recours à la radiothérapie selon le quintile de revenu et la densité d'immigrants du quartier (figure 2.25). Quant au revenu du ménage, aucune tendance perceptible ne se dessine, ce qui donne à penser

que les Canadiens ont le même accès à la radiothérapie, peu importe leur revenu. On discerne cependant une légère tendance en examinant le statut d'immigrant : le taux de traitement par radiothérapie est un peu plus élevé dans les régions où la densité d'immigrants est la plus importante (33,1 %) que dans les régions où elle l'est le moins (31,3 %).

FIGURE 2.25

Pourcentage des patients atteints de cancer qui ont subi une radiothérapie,* selon le quintile de revenu du quartier (population urbaine), le lieu de résidence, le temps de déplacement vers le centre de radiothérapie le plus proche, et la densité d'immigrants, année de diagnostic 2010



*Comprend la radiothérapie commencée dans les deux ans qui ont suivi l'établissement du diagnostic.

Remarques : Exclut l'Ont., le QC et les territoires

Source des données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

Chirurgies (mastectomie et colostomie)

Pourquoi fait-on rapport sur ce sujet?

L'ablation chirurgicale de la tumeur s'avère souvent le traitement curatif à choisir en présence de cancers non métastatiques qui se manifestent par des tumeurs solides. Les chirurgies du cancer prennent toutes sortes de formes, allant d'une intervention pouvant être faite dans la clinique ou le bureau du médecin (dans le cas de certains petits mélanomes, par exemple) à une chirurgie très complexe ne pouvant être effectuée que dans un grand établissement de soins tertiaires (comme les résections du cancer du pancréas). Plusieurs provinces ont tenté de régionaliser la prestation de chirurgies complexes du cancer, comme les chirurgies thoraciques et hépatobiliaires, dans les centres de soins tertiaires.

Une telle régionalisation se fonde sur l'hypothèse qu'une plus grande qualité est assurée en présence d'un volume plus élevé et d'une concentration de l'expertise. Le compromis à faire pour obtenir ce gain en qualité est d'obliger certaines personnes à parcourir une plus grande distance pour subir une chirurgie. La mesure dans laquelle un déplacement plus important influence l'accès à la chirurgie et, de ce fait, le taux de traitement par chirurgie, doit être étudiée. Au-delà du lieu de résidence, il faut également se demander si les Canadiens ont un accès équitable à la chirurgie du cancer dont ils ont besoin, quel que soit leur niveau de revenu ou le temps passé au pays (c'est-à-dire qu'ils soient de nouveaux immigrants ou d'origine canadienne).

La présente section porte sur les tendances liées à la chirurgie du cancer selon le quintile de revenu du quartier, le lieu de résidence et la densité d'immigrants du quartier. Deux types de chirurgie du cancer sont examinés : la résection de tissu mammaire (faible complexité) et la

résection du rectum (complexité moyenne). Un aspect différent de la pratique est étudié pour chacun de ces types de chirurgie.

L'indicateur examiné dans le cas de la résection de tissu mammaire est la proportion de chirurgies qui sont des mastectomies par rapport à des chirurgies conservatrices du sein. On s'attarde aux mastectomies en raison du lien qui semble exister entre elles et le manque d'accès à la radiothérapie. Une femme atteinte d'un cancer du sein à un stade précoce qui doit être opérée a habituellement le choix entre une mastectomie et une chirurgie conservatrice du sein après plusieurs semaines de radiothérapie du sein; les deux options de traitement donnent des résultats comparables¹²⁷. L'accès restreint à la radiothérapie peut influencer la décision de la patiente et l'inciter à opter pour la mastectomie, afin d'éviter d'avoir à parcourir de longues distances et d'être loin de la maison pendant une période prolongée.

Quant à la résection du rectum, l'indicateur examiné est le pourcentage de résections du rectum qui nécessitent une colostomie permanente. Une colostomie permanente survient généralement lorsque tout le sphincter anal doit être retiré lors de la résection d'une tumeur rectale (habituellement lorsque la tumeur est située dans la partie inférieure du rectum, soit sous le bord de l'anus). Certaines données probantes indiquent un lien inverse entre la taille de l'hôpital et le pourcentage de résections du rectum qui nécessitent une colostomie. Une étude menée en Californie révèle que les patients atteints du cancer du rectum ayant subi une chirurgie dans un hôpital qui en pratique beaucoup risquent moins de subir une colostomie permanente et présentent un meilleur taux de survie que ceux traités dans un hôpital qui en fait moins¹²⁸. Selon cette même étude, il y aurait un lien entre le revenu et le

d) La mastectomie suivie d'une reconstruction mammaire est une solution de rechange à la « conservation » du sein, mais elle ne fait pas l'objet d'un examen spécifique ici.

recours à la colostomie permanente (taux de colostomie supérieur chez les gens à faible revenu), mais ce lien est probablement corrélatif à la taille de l'hôpital et à son emplacement.

Bien que les colostomies soient généralement considérées comme nuisibles pour la qualité de vie, les patients qui subissent une chirurgie conservatrice du sphincter anal peuvent souffrir de symptômes tout aussi néfastes pour leur qualité de vie¹²⁹. L'écart d'utilisation de la colostomie permanente peut également s'expliquer par l'utilisation variable de la chimiothérapie néoadjuvante – les colostomies permanentes sont plus fréquentes chez les patients atteints du cancer du rectum au stade 2 et 3 n'ayant pas subi de tels traitements préopératoires¹³⁰.

Que sait-on déjà?

Le rapport intitulé *Chirurgies pour le traitement du cancer du sein au Canada, 2007–2008 à 2009–2010*¹³¹ cerne les différences entre le taux de mastectomies et celui de chirurgies conservatrices du sein selon la province, le lieu de résidence (urbain ou rural), la distance d'un centre de radiothérapie et le revenu du ménage. Même si de nombreuses études américaines font état de disparités socioéconomiques en matière d'accès à la chirurgie du cancer, ces différences sont habituellement attribuées aux diverses couvertures d'assurance. Les études comparant les tendances américaines et canadiennes en matière de chirurgie n'ont trouvé aucune disparité au Canada¹³².

Que révèlent les résultats?

Taux de mastectomie

Comme l'indique le rapport thématique spécial sur la lutte contre le cancer du sein publié par le Partenariat en 2012, le taux de mastectomie augmente (par rapport au taux de chirurgies conservatrices du sein) à mesure qu'augmente la distance entre la résidence de la patiente et le centre de radiothérapie le plus proche. L'analyse plus récente qui est faite dans le premier

rapport mentionné (couvrant les années 2007–2008 à 2011–2012) fait encore une fois état d'une hausse significative du taux de mastectomies en fonction d'une distance plus grande à parcourir, ce taux étant passé de 40,3 % chez les patientes vivant à moins de 39 minutes d'un centre de radiothérapie à 55,9 % chez celles vivant à plus de trois heures d'un tel centre (figure 2.26).

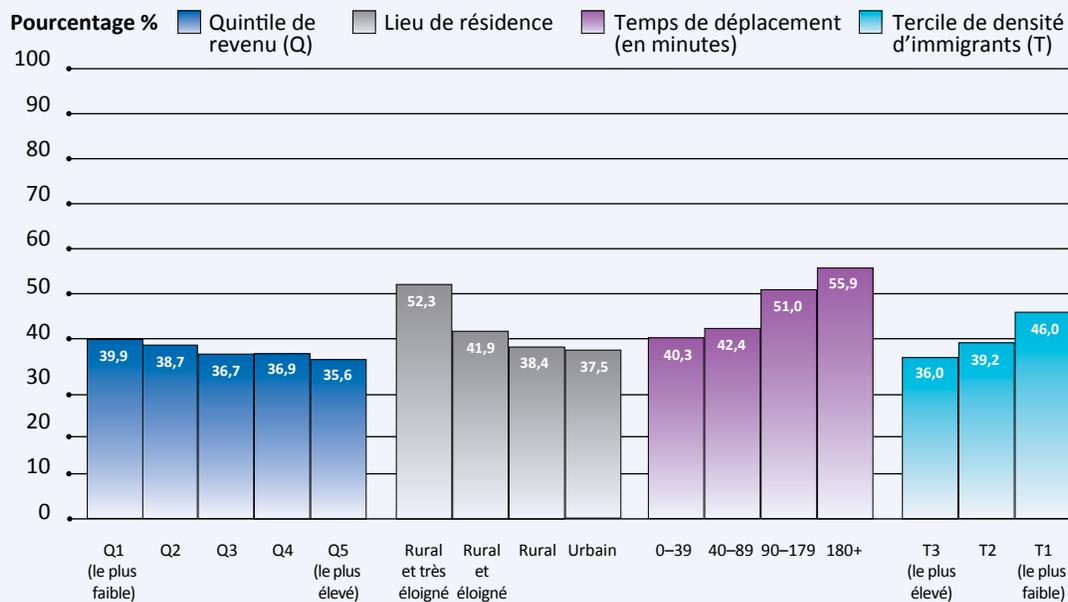
L'analyse du lieu de résidence révèle la même tendance : le taux de mastectomies va de 37,5 % chez les femmes vivant en région urbaine à 52,3 % chez celles vivant en région rurale très éloignée (figure 2.26). Ces résultats donnent à penser que le temps de déplacement supplémentaire et les autres inconvénients liés à la radiothérapie postopératoire peuvent dissuader les femmes des collectivités rurales ou éloignées d'opter pour une chirurgie conservatrice du sein plutôt qu'une mastectomie. Cela dit, cette conclusion n'écarte en rien la possibilité que les chirurgiens travaillant dans les petites collectivités rurales et ceux des grands centres urbains exercent une pratique clinique différente.

Quant au lien entre le revenu du ménage d'une patiente et la probabilité qu'elle choisisse une mastectomie plutôt qu'une chirurgie conservatrice du sein, on peut dire qu'il repose sur un fondement moins intuitif. Néanmoins, l'analyse des taux de mastectomie selon le niveau de revenu montre une différence marquée : 39,9 % des femmes des quartiers les plus défavorisés optent pour une mastectomie, alors qu'elles ne sont que 35,6 % dans les quartiers les mieux nantis. En examinant le statut d'immigrant, la disparité est encore plus grande : le taux de mastectomie est de 36,0 % dans les collectivités se classant dans le premier tiers en matière de densité d'immigrants, alors qu'il est de 46,0 % pour le dernier tiers. Puisque les nouveaux immigrants ont tendance à se concentrer dans les centres urbains, ces résultats peuvent tout simplement refléter les tendances urbaines/rurales/éloignées plutôt que les facteurs liés spécifiquement au statut d'immigrant.

Le taux de mastectomie augmente à mesure qu'augmente la distance entre la résidence de la patiente et le centre de radiothérapie le plus proche.

FIGURE 2.26

Pourcentage de résections pratiquées pour un cancer du sein qui sont des mastectomies, selon le quintile de revenu du quartier (population urbaine), le lieu de résidence, le temps de déplacement vers le centre de radiothérapie le plus proche, et la densité d'immigrants, Canada – pour la période globale de 2007–2008 à 2011–2012



46 %

Taux de mastectomie relevé dans les collectivités qui affichent la densité d'immigrants la plus faible

36 %

Taux de mastectomie relevé dans les collectivités qui affichent la plus forte densité d'immigrants

Les taux de mastectomie comprennent les femmes qui subissent d'abord une mastectomie, de même que celles qui, au cours d'une période d'un an, subissent d'abord une chirurgie conservatrice du sein et, ensuite, une mastectomie.

Les territoires sont exclus de l'analyse des revenus en raison de la petite taille des échantillons

Le QC est exclu de l'analyse de la densité d'immigrants et des temps de déplacement

Les données de l'Alberta sont celles de 2007–2008 à 2009–2010.

Sources des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé;
Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé;
Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec;
Alberta Ambulatory Care Reporting System.

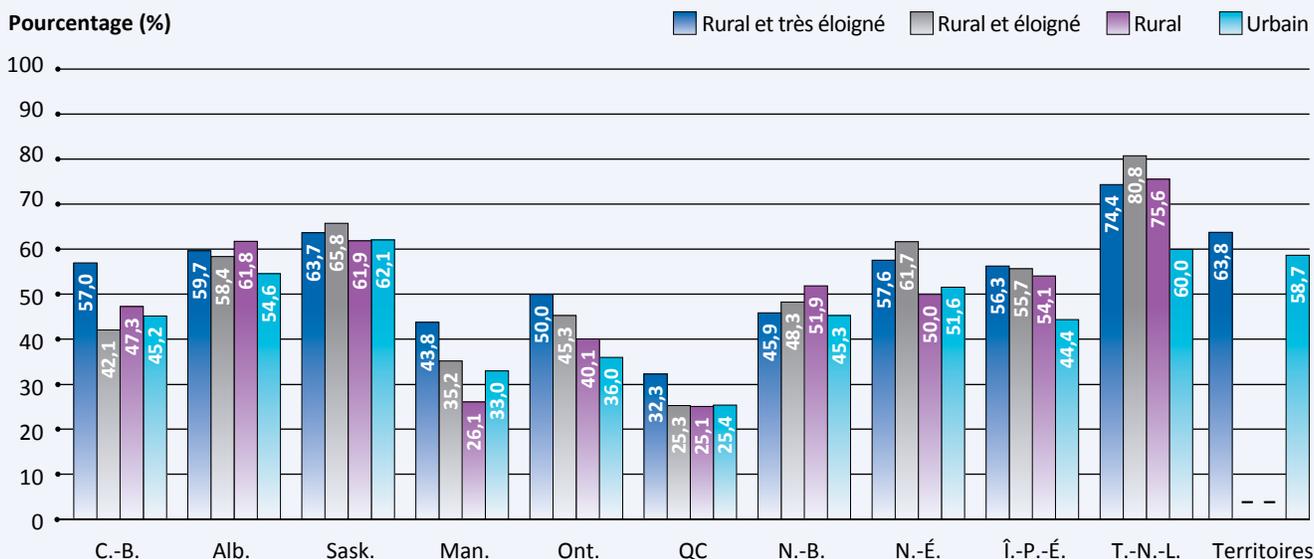
La question que soulève l'examen des divers taux de mastectomie selon le lieu de résidence, le revenu et le statut d'immigrant est la suivante : certaines provinces réussissent-elles mieux que les autres à réduire ces disparités? La figure 2.27 illustre le taux de mastectomie selon le lieu de résidence et la province. D'après les données, certaines provinces semblent effectivement connaître une moins grande disparité entre les habitants des régions urbaines, rurales et éloignées que les autres. Ainsi, en Saskatchewan, les femmes des collectivités rurales et éloignées semblent tout aussi susceptibles de subir une mastectomie que celles vivant dans les centres urbains, même si le taux global de mastectomies figure parmi les

plus élevés au pays (2^e rang). C'est tout le contraire en Ontario, où il y a un écart de 14 % entre le milieu urbain et le milieu rural très éloigné. En Colombie-Britannique et au Québec, le taux de mastectomies est semblable chez les habitantes des régions urbaines, rurales et éloignées; il est plus élevé seulement chez les femmes des collectivités très éloignées.

Les différences qui existent entre les provinces en ce qui concerne la répartition de leur population entre les régions urbaines et rurales, l'ampleur de l'éloignement géographique de leurs habitants et la répartition des centres de radiothérapie doivent être prises en considération pour qu'on soit en mesure de comparer les résultats provinciaux suivants.

FIGURE 2.27

Pourcentage de résections pratiquées pour un cancer du sein qui sont des mastectomies, selon le lieu de résidence par province – pour la période globale de 2007–2008 à 2011–2012



Les taux de mastectomie comprennent les femmes qui subissent d'abord une mastectomie, de même que celles qui, au cours d'une période d'un an, subissent d'abord une chirurgie conservatrice du sein et, ensuite, une mastectomie.

Les données se rapportant aux territoires ont été regroupées en raison de la petite taille des échantillons.

Les données de l'Alberta sont celles de 2007–2008 à 2009–2010.

- : aucun cas

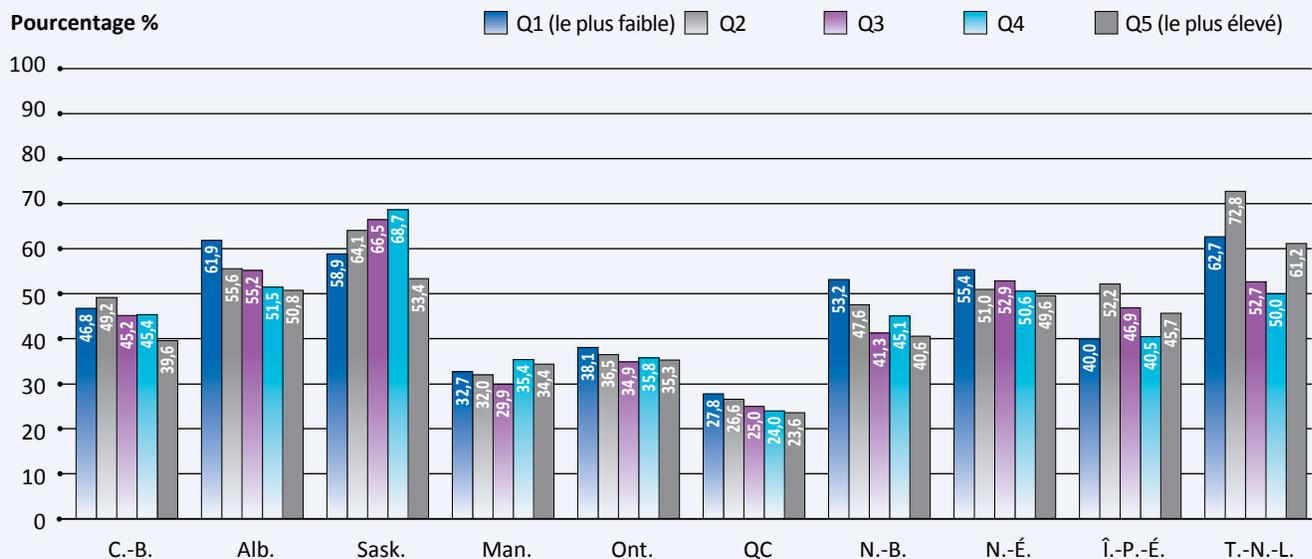
Sources des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé;
Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé;
Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec;
Alberta Ambulatory Care Reporting System.

On peut faire une comparaison interprovinciale semblable pour ce qui est du quintile de revenu (figure 2.28). La plupart des provinces dont le nombre de cas suffit à rendre significative la comparaison du quintile de revenu par quartier présentent une nette tendance : le taux de mastectomies diminue de façon constante à mesure que les revenus augmentent. Le Manitoba fait exception à la règle, puisqu'il n'y a aucune tendance marquée des taux selon le quintile de revenu du quartier. La Saskatchewan se distingue également à ce chapitre : en fait, le taux de mastectomie augmente à mesure que le revenu augmente mais, une fois au quintile de revenu supérieur, ce taux chute de façon importante.

On ne sait pas vraiment si ces exceptions sont le reflet d'une prestation différente des services ou d'une incertitude des mesures en raison du plus petit nombre de cas dans ces provinces et de la difficulté qui en découle d'inférer des données sur les individus à partir des données sur le quartier. Toutefois, dans l'ensemble, l'ampleur des variations interprovinciales dans le taux de mastectomie est beaucoup plus importante que les variations qui existent entre les niveaux de revenu des quartiers au sein de chaque province.

FIGURE 2.28

Pourcentage de résections pratiquées pour un cancer du sein qui sont des mastectomies, selon le quintile de revenu du quartier (population urbaine) par province – pour la période globale de 2007–2008 à 2011–2012



Les taux de mastectomie comprennent les femmes qui subissent d'abord une mastectomie, de même que celles qui, au cours d'une période d'un an, subissent d'abord une chirurgie conservatrice du sein et, ensuite, une mastectomie.
 Les territoires sont exclus de l'analyse des revenus en raison de la petite taille des échantillons.
 Les données de l'Alberta sont celles de 2007–2008 à 2009–2010.
 Les quintiles de revenu comprennent uniquement les patientes vivant dans des centres urbains tels que définis par Statistique Canada
 Sources des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé;
 Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé;
 Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec;
 Alberta Ambulatory Care Reporting System.

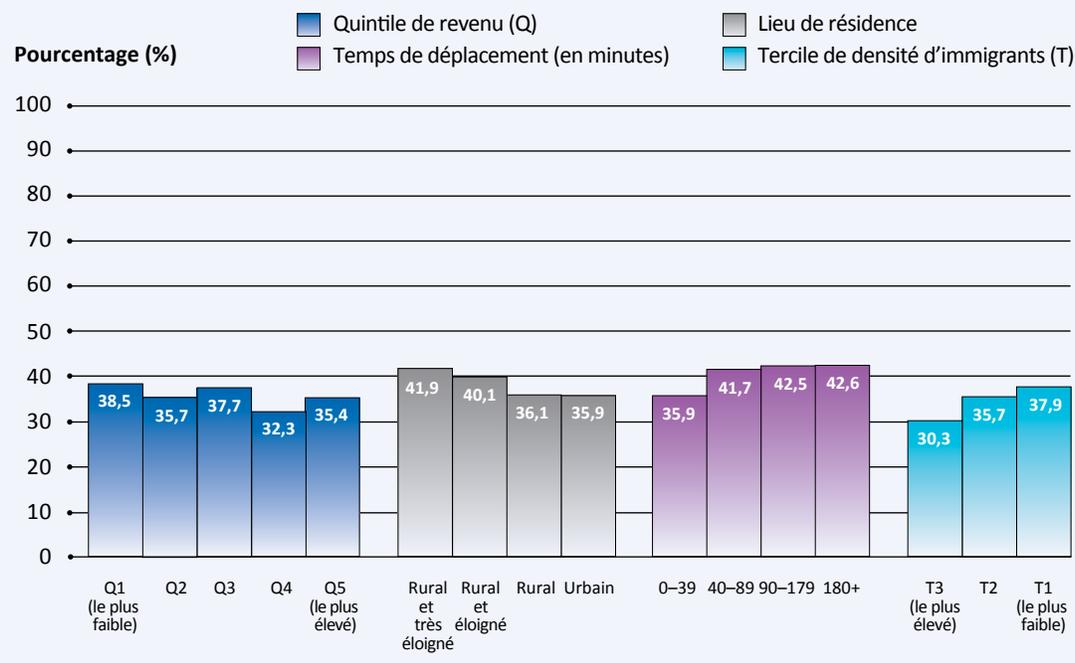
Taux de colostomie en cas de résections du rectum

Selon la figure 2.29, le pourcentage de résections du cancer du rectum qui nécessitent une colostomie permanente ne varie pas selon le quintile de revenu du quartier. Il semble toutefois y avoir un lien entre le lieu de résidence du patient et le risque qu'il subisse une colostomie permanente lors d'une résection du rectum. En effet, le taux de colostomie permanente passe de 35,9 % en région urbaine et de 36,1 % dans les collectivités rurales à 40,1 % et 41,9 % dans les collectivités éloignées et très éloignées, respectivement (figure 2.29). En regardant la distance qui sépare la résidence d'un patient de l'hôpital le plus près qui effectue ce genre d'intervention, on constate que le taux de colostomie permanente est de 35,9 % chez les patients qui vivent à moins de 40 minutes en voiture et de 41,7 % à 42,6 % chez les patients vivant encore plus loin.

Comme mentionné précédemment, les études américaines donnent à penser que les hôpitaux à plus petit volume de cas présentent un taux de colostomie supérieur à celui des hôpitaux à plus grand volume de cas (de plus grande taille). S'il en va de même au Canada, il est possible que le taux de colostomie soit plus élevé en région rurale et éloignée parce que les gens de ces collectivités sont plus susceptibles de subir leur chirurgie à l'hôpital communautaire régional que dans un grand établissement urbain de soins tertiaires. Les résultats de ces études révèlent également que les taux de colostomie sont moins élevés dans les régions ayant une plus grande densité d'immigrants, ce qui peut s'expliquer par le fait que les nouveaux immigrants ont tendance à s'installer dans les grands centres urbains et leurs banlieues, où le taux de colostomie est moins élevé.

FIGURE 2.29

Pourcentage de résections pratiquées pour un cancer du rectum qui comprennent une colostomie permanente, selon le quintile de revenu du quartier (population urbaine), le lieu de résidence, le temps de déplacement vers l'hôpital le plus proche qui effectue ces interventions chirurgicales, et la densité d'immigrants, Canada – pour la période globale de 2007–2008 à 2011–2012



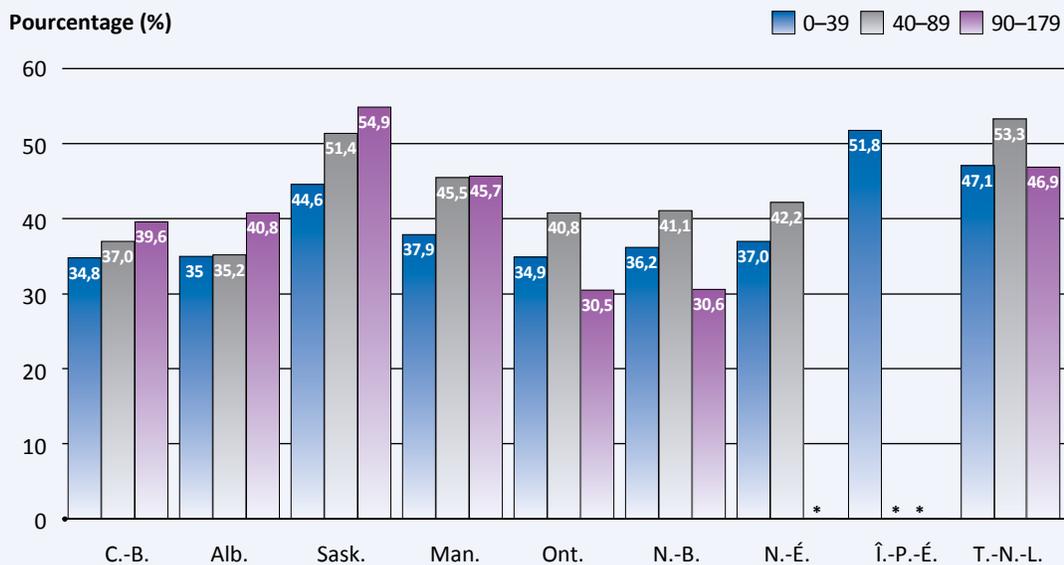
Le QC est exclu des analyses effectuées en fonction de la densité d'immigrants et du temps de déplacement.
 Les territoires sont exclus des analyses effectuées en fonction des revenus, du lieu de résidence et du temps de déplacement en raison de la petite taille des échantillons.
 Les quintiles de revenu comprennent uniquement les patients vivant dans des centres urbains tels que définis par Statistique Canada
 Sources des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé;
 Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé;
 Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec;
 Alberta Ambulatory Care Reporting System.

À l'examen des taux de colostomie selon la province, on constate qu'un petit nombre de cas entraîne une plus grande incertitude des mesures, surtout dans les provinces de plus petite taille, mais l'analyse selon le temps de déplacement se prête mieux à la comparaison provinciale parce qu'elle se fait sans les provinces ayant un petit nombre de cas. Ainsi, en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan et au Manitoba, les taux de colostomie selon la distance à parcourir présentent une tendance semblable à celle

constatée à l'échelle nationale. Les résultats en Ontario sont quelque peu différents puisque les personnes vivant à 90 minutes ou plus de l'hôpital le plus près qui fait des résections du rectum affichent le taux de colostomie le plus faible, soit 30,5 %, comparativement à 34,9 % chez les personnes vivant à moins de 40 minutes (figure 2.30). Une analyse plus poussée est nécessaire pour expliquer la différence constatée en Ontario.

FIGURE 2.30

Pourcentage de résections pratiquées pour un cancer du rectum qui comprennent une colostomie permanente, selon le temps de déplacement par province (vers l'hôpital le plus proche qui effectue ces interventions chirurgicales), Canada – pour la période globale de 2007–2008 à 2011–2012



La catégorie « 180 et plus » n'est pas présentée dans la figure, soit parce que les chiffres ont été supprimés pour satisfaire aux exigences de confidentialité, soit parce que les chiffres n'étaient pas disponibles.

* les données ont été supprimées pour satisfaire aux critères de confidentialité

Les territoires sont exclus en raison de la petite taille des échantillons

Sources des données : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé;
Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé;
Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec;
Alberta Ambulatory Care Reporting System.

Recherche

Participation aux essais cliniques

Cette section présente les résultats liés aux indicateurs mesurant le ratio entre les nouveaux inscrits aux essais cliniques portant sur le traitement du cancer et les nouveaux cas de cancer selon le quintile de revenu du quartier, le lieu de résidence et la densité d'immigrants.

L'analyse se fonde sur les données disponibles les plus récentes (2012) provenant des organismes provinciaux de lutte contre le cancer. Les résultats sont présentés par province (le cas échéant) dans les tableaux supplémentaires en ligne.

Sommaire des résultats liés à la participation aux essais cliniques selon le quintile de revenu du quartier, le lieu de résidence et la densité d'immigrants

Indicateur	Ce que révèlent les résultats		
	Quintile de revenu du quartier	Lieu de résidence	Densité d'immigrants
Participation aux essais cliniques Ratio des patients qui participent à des essais cliniques par rapport aux nouveaux cas	La participation aux essais cliniques est plus élevée chez les personnes vivant dans les quartiers les mieux nantis (4,1 %) que chez celles vivant dans les quartiers plus défavorisés (2,3 %)	La participation aux essais cliniques est plus élevée chez les personnes des régions urbaines (3,4 %) que des régions rurales très éloignées (2,1 %)	Aucune différence notable dans la participation aux essais cliniques entre les régions considérées comme ayant une forte densité d'immigrants et celles considérées comme ayant une faible densité

Source des données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

Pourquoi fait-on rapport sur ce sujet?

Les essais cliniques sont un volet essentiel de la recherche sur le cancer et permettent d'offrir de nombreux nouveaux traitements. Pour que les résultats obtenus dans le cadre d'un essai clinique puissent faire l'objet de généralisations, il est important que les participants à ces essais représentent la population à laquelle s'adresse l'intervention mise à l'essai. En outre, puisque les traitements faisant l'objet d'essais cliniques sont considérés comme étant les protocoles thérapeutiques à la fine pointe de la science et peuvent mener à de meilleurs résultats que les traitements conventionnels courants, un accès équitable à ces essais cliniques peut contribuer à faire en sorte que tous les Canadiens aient

la possibilité de recevoir les tout derniers traitements innovateurs.

Le Groupe de travail sur les essais cliniques de l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer, mis sur pied en 2010, est à examiner les tendances de la recherche clinique sur le cancer au Canada et doit étudier des modèles de soutien aux essais internationaux. De plus, il est à formuler des recommandations et à offrir aux patients atteints de cancer des possibilités de participer à des essais cliniques. En faisant rapport sur les taux de participation selon le quintile de revenu du quartier, la densité d'immigrants et le lieu de résidence, on peut soutenir les efforts visant à assurer un accès équitable aux essais cliniques à tous les Canadiens.

Un accès équitable à ces essais cliniques peut contribuer à faire en sorte que tous les Canadiens aient la possibilité de recevoir les tout derniers traitements innovateurs.

Que sait-on déjà?

Plusieurs études menées aux États-Unis ont permis de conclure que les habitants des quartiers de statut socio-économique plus précaire sont moins susceptibles de prendre part aux essais cliniques¹³³⁻¹³⁷. Une étude du Royaume-Uni révèle que les patients atteints du cancer qui présentent un indice de pauvreté plus élevé (ou un revenu moins élevé) sont moins susceptibles d'être recommandés pour faire partie d'un essai clinique que ceux ayant un revenu plus élevé. Cela dit, lorsque la candidature d'une personne est examinée, le statut socio-économique n'est pas un indicateur prévisionnel de la participation à l'essai¹³⁸. On estime également que le statut socio-économique peut être un marqueur de l'admissibilité aux essais. Il est probable qu'un faible statut socio-économique est corrélatif à un stade plus avancé du cancer au moment du diagnostic, à un plus grand nombre de comorbidités, à des problèmes logistiques ou d'accès et à des difficultés de communication¹³⁵, tous des éléments qui peuvent faire obstacle à la participation à des essais cliniques.

La recherche démontre que les habitants des régions rurales sont moins enclins à s'inscrire à un essai ou à y être recrutés¹³⁹. En règle générale, les essais cliniques sont menés dans les grandes régions métropolitaines, où les ressources et les diverses modalités de traitement sont à portée de la main. Toujours selon la recherche, les personnes vivant près d'un centre de recherche sont plus susceptibles de participer à un essai¹³⁵. C'est donc dire que, pour les habitants des régions rurales et éloignées, les déplacements fréquents, les frais liés à la participation, le temps passé loin de la maison ou du travail et la nécessité de coordonner les horaires de la famille et des amis peuvent les dissuader de prendre part à des essais¹⁴⁰. Le manque d'information sur la tenue de tels essais peut également empêcher la participation ou le recrutement des résidents

ruraux¹⁴¹. Des critères d'admissibilité stricts peuvent également nuire à la participation aux essais¹⁴².

Plusieurs études américaines donnent à penser qu'il est possible que les immigrants et les autres minorités ethniques soient moins sensibilisés aux essais cliniques¹⁴³⁻¹⁴⁴. Les croyances culturelles, les barrières linguistiques et la confiance envers les médecins traitants de la collectivité font partie des principaux obstacles culturels à la participation aux essais¹⁴⁵. Selon ces études, pour accroître cette participation, il faut non seulement mieux sensibiliser, mais aussi fournir de l'information et faire des recommandations d'une façon culturellement appropriée¹⁴³. Au-delà du choix du patient (intention ou volonté) de participer à un essai clinique ou non, les questions liées au système même, comme la couverture d'assurance, ainsi que la prestation de soins de santé supplémentaires et de soins de suivi, peuvent empêcher cette participation¹³⁹.

Que révèlent les résultats?

Les habitants des quartiers à faible revenu et des régions éloignées sont moins susceptibles de prendre part à un essai clinique.

Les résultats liés aux indicateurs indiquent que plus le niveau de revenu du quartier d'une personne est élevé, plus celle-ci est susceptible de prendre part à un essai clinique (figure 2.31). Le ratio^e de patients adultes inscrits aux essais cliniques par rapport aux nouveaux cas de cancer va de 4,1 % dans les quartiers les mieux nantis à 2,3 % dans les quartiers les plus défavorisés, selon les données de 2012 des organismes provinciaux de lutte contre le cancer. Les habitants des quartiers à faible revenu se butent à certains obstacles, notamment un accès plus limité aux soins, un niveau de scolarité moins élevé et les dépenses à assumer pour prendre part à des essais cliniques.

e) Bien que cet indicateur se fonde sur un ratio et non un taux, les résultats sont exprimés en pourcentage pour en faciliter l'interprétation.

Quant au volet géographique de l'analyse, les données démontrent que les gens vivant dans des collectivités éloignées sont moins enclins à participer à un essai clinique que ceux des régions urbaines et rurales (non éloignées). Le ratio des participants par rapport aux nouveaux cas de cancer est de 3,1 % et de 3,4 % parmi les habitants des régions rurales et urbaines, respectivement, alors qu'il est de 2,1 % chez les habitants des régions rurales très éloignées du pays (figure 2.31). La constatation de ces disparités offre une occasion d'examiner de plus près les obstacles à la participation, comme l'absence d'essais disponibles dans la région, l'incapacité de revenir selon les intervalles prévus au protocole, la prise en charge à distance des effets secondaires du traitement, les coûts liés au transport et au déplacement vers le centre de recherche.

Les données disponibles donnent à penser que les personnes des collectivités à densité d'immigrants élevée et modérée présentent

un ratio de participation à des essais cliniques plus élevé que celles vivant dans les régions où la densité d'immigrants est la plus faible (figure 2.31). Cette constatation peut cependant être confondue avec le fait que les immigrants, y compris les nouveaux immigrants, ont tendance à s'établir dans les grands centres urbains du Canada¹⁴⁶. Cela dit, ces résultats ne peuvent être considérés comme définitifs en raison de la petite taille de l'échantillon attribuable au nombre limité de provinces en mesure de fournir des données.

Il faut mener d'autres études pour mieux comprendre les facteurs précis qui engendrent des écarts de participation au sein des populations sous-représentées. Cette compréhension est importante si on veut s'assurer que toutes les populations visées sont représentées dans les essais cliniques menés et profitent des bienfaits des nouvelles options de traitement.

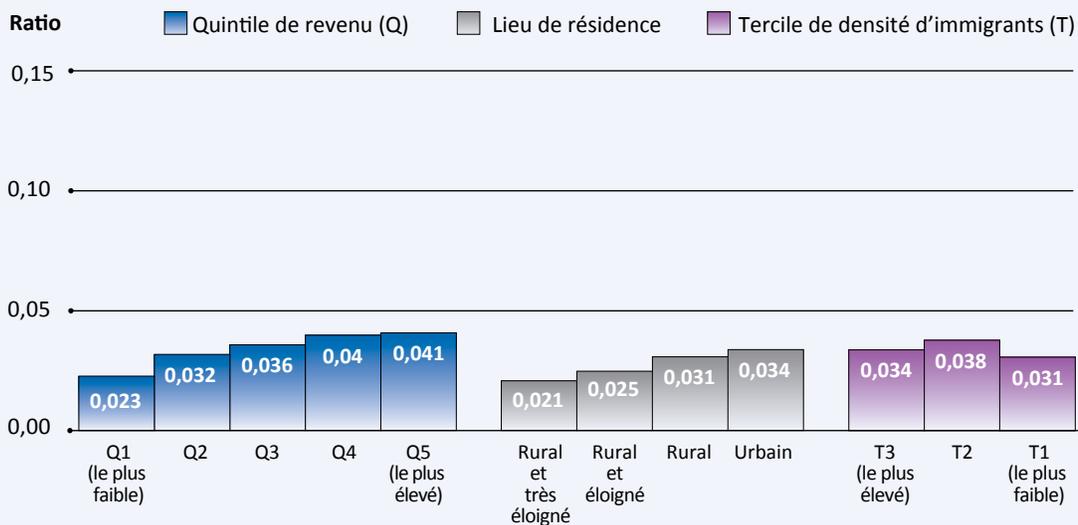
Ces disparités offrent une occasion d'examiner de plus près les obstacles à la participation.

Notes méthodologiques

- Il est important de noter que les essais cliniques visent à la fois la gestion des nouveaux cas de cancer et des cas récurrents/métastatiques. Cependant, l'indicateur disponible dans le cadre de cette analyse ne se fonde que sur les nouveaux cas de cancer.
- Le revenu du quartier et le lieu de résidence sont très corrélés, et même si une seule de ces variables s'avérait des plus importantes pour la participation aux essais cliniques, les données disponibles ne permettent pas de faire cette distinction.
- Il est important de noter que cet indicateur repose sur les données de six provinces seulement, ce qui représente environ 30 % de la population des patients atteints de cancer¹⁴⁷.

FIGURE 2.31

Ratio des patients adultes qui participaient à des essais cliniques par rapport aux nouveaux cas selon le quintile de revenu du quartier (population urbaine), le lieu de résidence et la densité d'immigrants – 2012

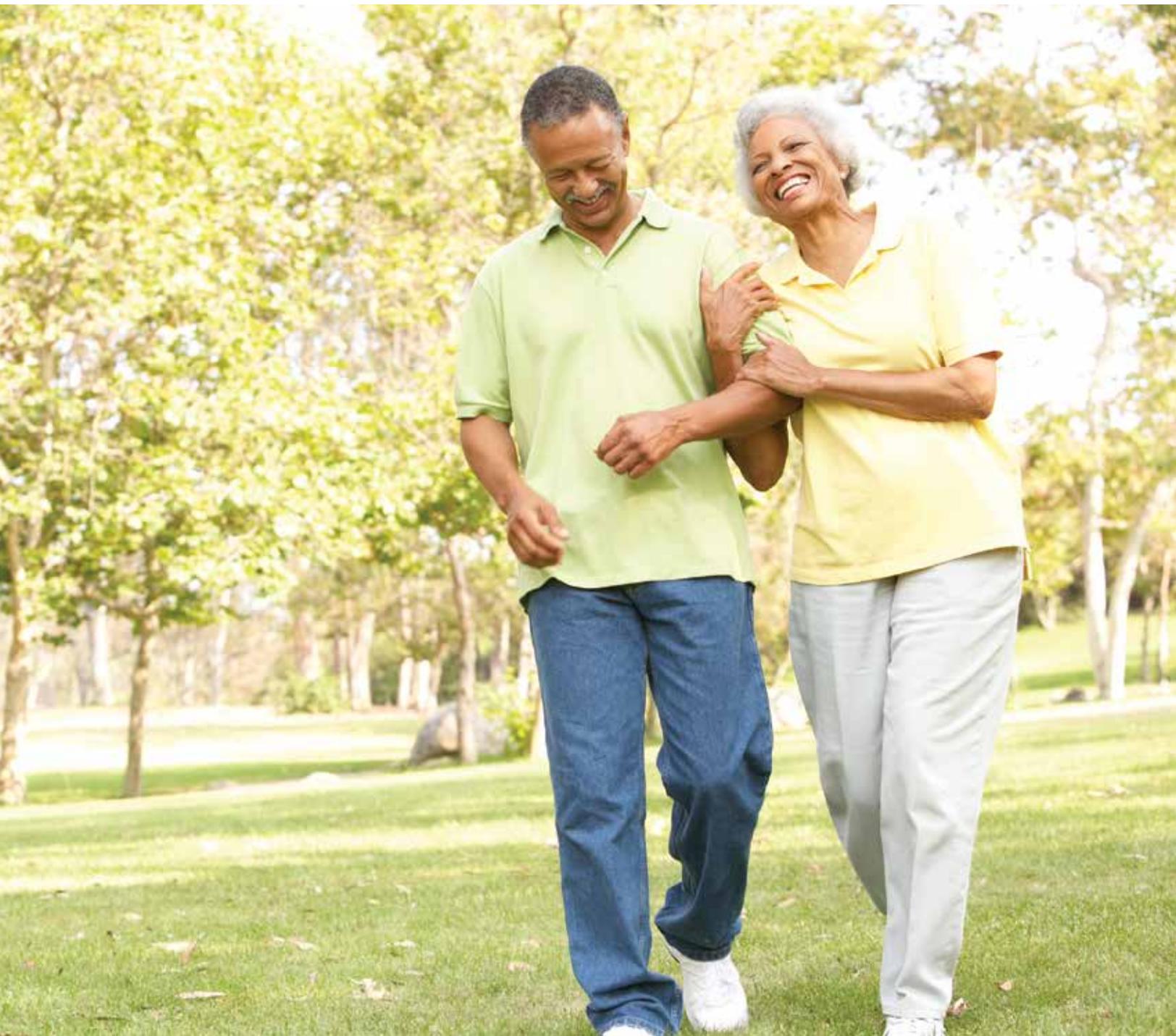


Comprend l'Alb., la C.-B., le Man., le N.-B., l'Î.-P.-É. et la Sask.

Le numérateur comprend uniquement les essais cliniques portant sur le traitement du cancer, et le dénominateur comprend tous les nouveaux cas de cancer chez les personnes âgées de 18 ans ou plus

Source des données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer

3. Aperçu de la survie au cancer selon le revenu



3. Aperçu de la survie au cancer selon le revenu

Le présent rapport s'est surtout attardé aux disparités liées au risque du cancer et à l'accès aux services de lutte contre le cancer. L'analyse a brièvement examiné les résultats en comparant les taux d'incidence et de mortalité par stade du cancer. Cette section permet de comparer la survie relative au quintile de revenu pour tous les cancers, puis pour tous les cancers sauf le cancer de la prostate et du poumon. La survie est un important indicateur de résultat dans les cas de cancer et elle est le principal indicateur de résultat pour ce qui est de l'efficacité du traitement et des autres approches thérapeutiques. En matière de survie, les différences socioéconomiques peuvent refléter les différences dans l'accès au traitement.

Pourquoi fait-on rapport sur ce sujet?

Le taux de survie relative (TSR) est le ratio qui compare la survie observée chez un groupe de personnes atteintes de cancer (néoplasmes malins) à la survie prévue pour les personnes dans l'ensemble de la population qui présentent les mêmes caractéristiques touchant la survie (sexe, âge, lieu de résidence) que les personnes atteintes de cancer (appelées population de comparaison).

Deux analyses distinctes sont présentées. La première examine la survie relative selon le niveau de revenu du quartier (quintile) pour tous les cancers combinés, alors que la seconde examine la survie relative pour tous les cancers sauf celui de la prostate et du poumon. Cette dernière analyse a été effectuée parce qu'on sait que le cancer du poumon présente un TSR de moins de cinq ans et que l'incidence est

fortement liée au revenu, le risque étant le plus élevé chez les habitants des quartiers à plus faible quintile de revenu¹⁴⁸. Dans le même ordre d'idées, on sait également que le cancer de la prostate a un TSR de plus de cinq ans et que les hommes des quartiers à revenu élevé sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cette maladie¹⁴⁹.

Plusieurs facteurs viennent influencer la probabilité de survie au cancer, notamment le stade de la maladie au moment du diagnostic, la disponibilité du dépistage précoce, ainsi que l'accès et le recours aux services de diagnostic et de traitement. La détermination des populations ayant de bonnes ou de moins bonnes chances de survie peut refléter l'accès aux soins et la qualité des soins et ainsi permettre de cerner les facteurs importants qui sous-tendent les disparités dans le taux de survie.

La détermination des populations ayant de bonnes ou de moins bonnes chances de survie peut refléter l'accès aux soins et la qualité des soins et ainsi permettre de cerner les facteurs importants qui sous-tendent les disparités dans le taux de survie.

Notes méthodologiques

Cette section du rapport se fonde sur les données provenant du Registre canadien du cancer de Statistique Canada, liées à celles de la Base de données sur les décès de l'état civil, afin de calculer le taux de survie relative de cinq ans selon le revenu. Les tables de survie selon le quintile de revenu du quartier ont servi à calculer le TSR pour tous les cancers, comprenant toutes les personnes de 15 à 74 ans ayant reçu un diagnostic de cancer au cours des années 2004, 2005 et 2006. Cette analyse se limite au Canada urbain parce qu'aucune table de survie selon le statut socioéconomique n'existe pour le Canada rural ou les autres populations examinées dans le présent rapport.

Que sait-on déjà?

Selon les données canadiennes, le TSR de cinq ans des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer entre 2004 et 2006 est de 62 % pour tous les cancers combinés, et il varie selon le type de cancer¹⁵⁰. Une méta-analyse comparant la survie des Canadiennes atteintes du cancer du sein aux Américaines souffrant de la même maladie a permis de constater que même si le revenu du quartier semble être fortement et constamment lié à la survie des Américaines au cancer du sein, les données canadiennes indiquent au contraire que les femmes atteintes de cancer du sein habitant les quartiers les plus pauvres ne sont que très peu ou pas du tout défavorisées par rapport à celles des quartiers les mieux nantis.

À l'opposé, des données provenant de l'Australie, pays doté d'une couverture complète en matière de soins de santé, à l'instar du Canada, révèlent certains écarts dans le TSR de cinq ans selon le statut socioéconomique et le lieu de résidence. À titre d'exemple, les hommes vivant en région rurale et éloignée présentent un TSR inférieur à la moyenne nationale en cas de cancer du poumon, de la prostate et de mélanome, alors que les femmes présentent un TSR inférieur à la moyenne nationale en cas de cancer du poumon et du col de l'utérus¹⁵¹. Le même rapport indique cependant une meilleure survie relative des personnes vivant dans les régions à statut socioéconomique élevé plutôt que dans les régions à faible statut socioéconomique. Ainsi, les hommes habitant une région dont le statut socioéconomique figure parmi les meilleurs présentent une survie relative de cinq ans plus élevée en cas de cancer du poumon et de la

prostate. Les femmes des mêmes régions ont une meilleure survie en cas de cancer du sein.

Que révèlent les résultats?

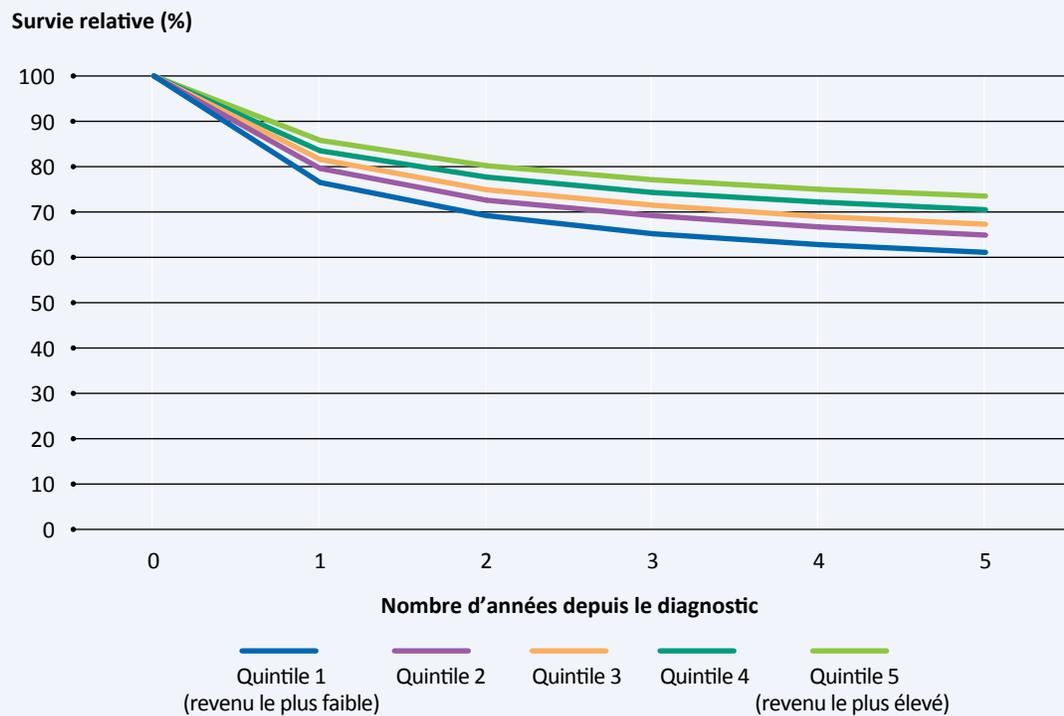
Selon les données, la survie relative au sein du Canada urbain suit une tendance marquée selon le revenu : on constate un écart de 12,4 % dans le taux de survie de cinq ans entre les quartiers les mieux nantis et les plus défavorisés (figure 3.1). Le TSR de cinq ans des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer de tout type est de 61,1 % dans le quartier le plus pauvre et de 73,5 % dans le quartier le plus riche. En excluant le cancer du poumon et de la prostate (puisque l'on sait que le cancer du poumon présente un TSR de moins de cinq ans et une incidence fortement liée au revenu, et que le cancer de la prostate présente un TSR de plus de cinq ans et une incidence tout aussi liée au revenu), le TSR de cinq ans est de 63,7 % dans le quartier le plus pauvre et de 72,0 % dans le quartier le plus riche, soit un écart légèrement supérieur à huit points de pourcentage (figure 3.2).

La réduction de près de 4,1 % de l'écart dans le taux de survie une fois le cancer de la prostate et du poumon exclus signifie que ces deux sièges de la maladie (qui tendent à entraîner un écart plus important dans le fardeau selon le revenu) contribuent grandement à la différence du taux de survie. Cependant, le fait qu'il reste un écart de 8,3 % dans le taux de survie selon le revenu même une fois le cancer de la prostate et du poumon exclus soulève la possibilité qu'il existe encore plus de disparités dans les résultats de la lutte contre le cancer chez les Canadiens selon leur revenu.

Le TSR de cinq ans des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer entre 2004 et 2006 est de 62 % pour tous les cancers combinés.

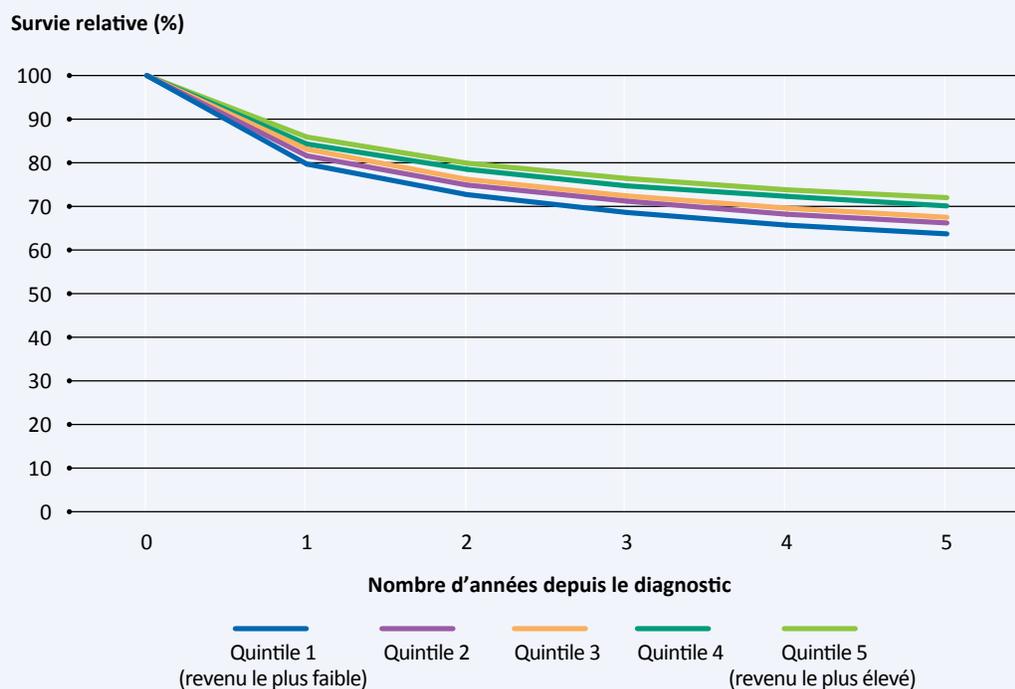
On constate un écart de 12,4 % dans le taux de survie de cinq ans entre les quartiers les mieux nantis et les plus défavorisés.

FIGURE 3.1

Ratio de survie relative dans les régions urbaines du Canada pour tous les cancers, selon le quintile de revenu du quartier – Canada – 2004–2006

Les données se rapportent uniquement aux personnes vivant dans des centres urbains tels que définis par Statistique Canada
Exclut le QC.
Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

FIGURE 3.2

Ratios de survie relative dans les régions urbaines du Canada pour tous les cancers sauf ceux du poumon et de la prostate, selon le quintile de revenu du quartier, Canada, 2004–2006

Les données se rapportent uniquement aux personnes vivant dans des centres urbains tels que définis par Statistique Canada
Exclut le QC.
Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

Annexe

Membres du Groupe de travail sur la méthodologie

La méthodologie ayant servi à calculer les indicateurs liés au temps de déplacement vers les centres de radiothérapie et au temps d'attente a été élaborée par le Groupe de travail sur la méthodologie, qui se compose des membres suivants.

Vickey Bu, biostatisticienne, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick

Jeremy Hamm, analyste de la biostatistique, Surveillance du cancer et résultats, BC Cancer Agency

Anthony Karosas, analyste de la surveillance, Alberta Health Services

Colleen McGahan, chef de la biostatistique, Surveillance du cancer et résultats, BC Cancer Agency

Jin Niu, analyste, Partenariat canadien contre le cancer

Todd Norwood, conseiller scientifique, Action cancer Ontario

Tyler Pittman, analyste principal des statistiques, Alberta Health Services

Nathalie St-Jacques, épidémiologiste, Cancer Care Nova Scotia

Gordon Walsh (président), épidémiologiste, Cancer Care Nova Scotia

Ryan Woods, directeur scientifique, BC Cancer Registry, BC Cancer Agency

Références

- Parlement du Canada. *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral (rapport final)*, Volume Six : Recommandations en vue d'une réforme, Partie VIII : La Loi canadienne sur la santé, chapitre dix-sept : La Loi canadienne sur la santé. Ottawa (Ontario) 2002 [sept. 2013]. Consulté à l'adresse : <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/372/soci/rep/repoct02vol6part7-f.htm>
- Santé Canada. Rapport sur les plans et les priorités 2013–2014. Ottawa : Santé Canada; 2013 [janvier 2014]. Consulté à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/estim-previs/plans-prior/2013-2014/index-fra.php>
- The Legatum Institute. *The 2012 Legatum prosperity index: A unique global inquiry into wealth and well-being*. Londres, R.-U. 2012 [22 août 2013]. Consulté à l'adresse : <http://www.prosperity.com/>.
- Statistique Canada. *Profil de la santé*, janvier 2013. Produit no 82-228-XWF au catalogue de Statistique Canada. Ottawa 2013 [31 mai 2013]. Consulté à l'adresse : <http://www12.statcan.gc.ca/health-sante/82-228/details/page.cfm?Lang=F&Tab=1&Geo1=PR&Code1=01&Geo2=PR&Code2=35Data=Rate&SearchText=&SearchType=Contains&SearchPR=01&B1=All&Custom=>.
- Partenariat canadien contre le cancer. *Rapport de 2012 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. Toronto : Partenariat canadien contre le cancer, 2012.
- Alberg A.J., Brock M.V., Samet J.M. « Epidemiology of lung cancer: looking to the future ». *J Clin Oncol*. 10 mai 2005;23(14):3175-85.
- Comité directeur des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2012*. Toronto : Société canadienne du cancer, 2012. Consulté à l'adresse : <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2012---French.pdf>.
- Pong R.W., Pitblado J.R. *Répartition géographique des médecins au Canada : Au-delà du nombre et du lieu*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé 2005.
- Coughlin S.S., Leadbetter S., Richards T., Sabatino S.A. « Contextual analysis of breast and cervical cancer screening and factors associated with health care access among United States women, 2002 ». *Soc Sci Med*. Janvier 2008;66(2):260-75.
- Nguyen T.T., McPhee S.J. « Patient-provider communication in cancer screening ». *J Gen Intern Med*. mai 2003;18(5):402-3.
- Schoueri-Mychasiw N., Campbell S., Mai V. « Increasing screening mammography among immigrant and minority women in Canada: a review of past interventions ». *J Immigr Minor Health*. février 2013;15(1):149-58.
- Statistique Canada. *Les seuils de faible revenu*. Ottawa : Statistique Canada; 2012 [cité le 6 août 2013]. Consulté à l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/pub/75f0002m/2012002/lico-sfr-fra.htm>.
- Ressources humaines et Développement des compétences Canada. Indicators of Well-being in Canada, *Sécurité financière - Incidence du faible revenu*. Ottawa 2013 [cité le 31 mai 2013]. Consulté à l'adresse : <http://www4.rhdcc.gc.ca/3nd.3c.1t.4r@-fra.jsp?iid=23>.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada*. Toronto : Institut canadien d'information sur la santé, 2008.
- Subramanian SV., Kawachi I. « Income inequality and health: what have we learned so far? » *Epidemiol Rev*. 2004;26:78-91.
- Wilkinson R.G., Pickett K.E. « Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence ». *Soc Sci Med*. avril 2006;62(7):1768-84.
- Wilkins R., Berthelot J., Ng E. « Trends in mortality by neighbourhood income in urban Canada from 1971 to 1996 ». *Health Rep*. 2002;13, Suppl:1-27.
- Organisation mondiale de la Santé. Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblent le fossé en une génération - Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*. Genève : OMS 2008.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé 2006.
- Kirby M., LeBreton M., Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *La santé des Canadiens - Le rôle du gouvernement fédéral*. Volume deux : Tendances actuelles et défis futurs. Ottawa : Parlement du Canada, 2002 [cité le 25 mai 2013]. Consulté à l'adresse : <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/371/soci/rep/repjan01vol2-f.htm>.
- Santé Canada. « Les gens, les lieux, la santé ». *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*. 2007; novembre(14).

22. Gillan C., Briggs K., Pazos A.G., Maurus M., Harnett N., Catton P., et al. « Barriers to accessing radiation therapy in Canada: a systematic review ». *Radiat Oncol.* 2012;7:167.
23. Partenariat canadien contre le cancer. *Lutte contre le cancer du sein au Canada : rapport thématique spécial sur le rendement du système*. Toronto : Partenariat canadien contre le cancer 2012.
24. DesMeules M., Gold J., Kazanjian A., Manuel D., Payne J., Vissandee B. et al. « New approaches to immigrant health assessment ». *Can J Public Health.* 2004 Mai-juin;95(3):122-6.
25. Statistique Canada. *Recensement de 2006 : Immigration au Canada : un portrait de la population née à l'étranger, Recensement de 2006 : faits saillants*. Ottawa 2009 [cité en mai 2013]. Consulté à l'adresse : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-557/p1-fra.cfm>.
26. Gushulak B.D., Pottie K., Hatcher Roberts J., Torres S., DesMeules M., au nom de Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health. « Migration and health in Canada: health in the global village ». *CMAJ.* 6 sept. 2011;183(12):E952-8.
27. Hyman I. *Immigration and health: Reviewing evidence of the healthy immigrant effect in Canada*. Document de travail du CERIS n° 55. 2007.
28. Perez C. « Health status and health behaviour among immigrants ». *Health Rep.* 2002;13(suppl.):1-12.
29. Kerner J.F., Dusenbury L., Mandelblatt J.S. « Poverty and cultural diversity: challenges for health promotion among the medically underserved ». *Annu Rev Public Health.* [Revue]. 1993;14:355-77.
30. Taylor R.W., Gold E., Manning P., Goulding A. « Gender differences in body fat content are present well before puberty ». *Int J Obes Relat Metab Disord.* [Étude comparative]. Nov. 1997;21(11):1082-4.
31. Anderson L.M., Scrimshaw S.C., Fullilove M.T., Fielding J.E., Normand J., Task Force on Community Preventive S. « Culturally competent healthcare systems. A systematic review ». *Am J Prev Med.* Avril 2003;24(3 Suppl.):68-79.
32. Sanmartin C., Ross N. « Experiencing difficulties accessing first-contact health services in Canada: Canadians without regular doctors and recent immigrants have difficulties accessing first-contact healthcare services ». *Rapports sur les difficultés d'accès aux soins selon l'âge, le sexe et la région. Healthc Policy.* Janvier 2006;1(2):103-19.
33. Vissandjee B., Desmeules M., Cao Z., Abdool S., Kazanjian A. « Integrating Ethnicity and Migration As Determinants of Canadian Women's Health ». *BMC Womens Health.* 25 août 2004;4 Suppl. 1:S32.
34. Statistique Canada. Fichier de conversion des codes postaux (FCCP). Ottawa : Statistique Canada; 2013 [6 août 2013]. Consulté à l'adresse : <http://www5.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=92F0153X&lang=fra>.
35. Wilkins R., Peters P. *FCCP + Version 5K*, Guide de l'utilisateur*. Ottawa : Division de l'analyse de la santé, Statistique Canada 2012.
36. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008 : S'attaquer aux inégalités en santé*. Ottawa (Ontario) : ASPC 2008.
37. Reid J.L., Hammond D., Boudreau C., Fong G.T., Siahpush M. « Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: findings from the International Tobacco Control Four Country Survey ». *Nicotine & tobacco research.* 2010;12(suppl. 1):S20-S33.
38. Partenariat canadien contre le cancer. *Rapport sur le rendement du système de 2011*. Toronto (Ontario) : Partenariat canadien contre le cancer 2011.
39. Australian Institute of Health and Welfare. « Rural, regional and remote health: indicators of health system performance ». *Rural Health Series no. 10*. N° PHE 103 au catalogue. Canberra : Australian Institute of Health and Welfare 2008.
40. Action cancer Ontario. *Education and neighbourhood income affect drinking behaviour linked to cancer* : Action cancer Ontario 2011.
41. Partenariat canadien contre le cancer. *La santé de la population des grandes villes canadiennes : Rapport cible sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. Toronto 2013.
42. Ward H., Tarasuk V., Mendelson R. « Socioeconomic patterns of obesity in Canada: modeling the role of health behaviour ». *Appl Physio, Nutri, and Metab.* 2007;32(2):206-16.
43. Bruce Newbold K., Neligan D. « Disaggregating Canadian immigrant smoking behaviour by country of birth ». *Soc Sci Med.* 2012;75(6):997-1005.
44. Ali J.S., McDermott S., Gravel R.G. « Recent research on immigrant health from statistics Canada's population surveys ». *Can J Public Health.* 2004;95(3):19.
45. Setia M.S., Quesnel-Vallée A., Abrahamowicz M., Tousignant P., Lynch J. « Convergence of body mass index of immigrants to the Canadian-born population: evidence from the National Population Health Survey (1994–2006) ». *European journal of epidemiology.* 2009;24(10):611-23.

46. Papas M.A., Alberg A.J., Ewing R., Helzlsouer K.J., Gary T.L., Klassen A.C. « The built environment and obesity ». *Epidemiologic reviews*. 2007;29(1):129-43.
47. Stratton J., Mowat D., Wilkins R., Tjepkema M. « Disparités d'espérance de vie selon le revenu dans la ville de Toronto et dans la région de Peel, en Ontario ». *Maladies chroniques et blessures au Canada*. 2012;32(4):208-15.
48. Comité directeur des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer*. Toronto (Ontario).
49. Laara E., Day N.E., Hakama M. « Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. *Lancet*. 30 mai 1987;1(8544):1247-9.
50. Christopherson W.M., Lundin F.E. Jr., Mendez W.M., Parker J.E. « Cervical cancer control: a study of morbidity and mortality trends over a twenty-one-year period ». *Cancer*. Sept. 1976;38(3):1357-66.
51. Miller A.B., Lindsay J., Hill G.B. « Mortality from cancer of the uterus in Canada and its relationship to screening for cancer of the cervix ». *Int J Cancer*. 15 mai 1976;17(5):602-12.
52. Johannesson G., Geirsson G., Day N. « The effect of mass screening in Iceland, 1965-74, on the incidence and mortality of cervical carcinoma ». *Int J Cancer*. 15 avril 1978;21(4):418-25.
53. Hewitson P., Glasziou P., Watson E., Towler B., Irwig L. « Cochrane Systematic Review of Colorectal Cancer Screening Using the Fecal Occult Blood Test (hemoccult): An Update ». *Am J Gastroenterol* 2008;103(6):1541-9.
54. Jorgensen O.D., Kronborg O., Fenger C. « A randomised study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: Results after 13 years and seven biennial screening rounds ». *Gut*. janv. 2002;50(1):29-32.
55. Mandel J.S., Church T.R., Bond J.H., Ederer F., Geisser M.S., Mongin S.J., et al. « The Effect of Fecal Occult-blood Screening on the Incidence of Colorectal Cancer ». *N Engl J Med*. 30 nov. 2000;343(22):1603-7.
56. Mandel J.S., Church T.R., Ederer F., Bond J.H. « Colorectal cancer mortality: Effectiveness of biennial screening for fecal occult blood ». *J Natl Cancer Inst*. 3 mars 1999;91(5):434-7.
57. Moss S.M., Cuckle H., Evans A., Johns L., Waller M., Bobrow L., et al. « Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years' follow-up: A randomised controlled trial ». *Lancet*. 9 déc. 2006;368(9552):2053-60.
58. Alexander F.E., Anderson T.J., Brown H.K., Forrest A.P., Hepburn W., Kirkpatrick A.E., et al. « The Edinburgh randomised trial of breast cancer screening: Results after 10 years of follow-up ». *Br J Cancer*. sept. 1994;70(3):542-8.
59. Bjurstam N., Bjorneld L., Warwick J., Sala E., Duffy S.W., Nystrom L., et al. « The Gothenburg Breast Screening Trial ». *Cancer*. 15 mai 2003;97(10):2387-96.
60. Frisell J., Lidbrink E., Hellstrom L., Rutqvist L.E. « Followup after 11 years—update of mortality results in the Stockholm mammographic screening trial ». *Breast Cancer Res Treat*. sept. 1997;45(3):263-70.
61. Nystrom L., Rutqvist L.E., Wall S., Lindgren A., Lindqvist M., Ryden S., et al. « Breast Cancer Screening with Mammography: Overview of Swedish Randomised Trials ». *Lancet*. 17 avril 1993;341(8851):973-8.
62. Shapiro S., Venet W., Strax P., Venet L., Roeser R. « Ten-to fourteen-year effect of screening on breast cancer mortality ». *J Natl Cancer Inst*. août 1982;69(2):349-55.
63. Lofters A.K., Hwang S.W., Moineddin R., Glazier R.H. « Cervical cancer screening among urban immigrants by region of origin: a population-based cohort study ». *Prev Med*. déc. 2010;51(6):509-16.
64. Maxwell C.J., Bancej C.M., Snider J., Vik S.A. « Factors important in promoting cervical cancer screening among Canadian women: findings from the 1996-97 National Population Health Survey (NPHS) ». *Can J Public Health*. Mars-avril 2001;92(2):127-33.
65. Katz SJ, Hofer TP. Socioeconomic disparities in preventive care persist despite universal coverage. Breast and cervical cancer screening in Ontario and the United States. *JAMA*. 1994 Aug 17;272(7):530-4.
66. Snider J.A., Beauvais J.E. « Pap smear utilization in Canada: estimates after adjusting the eligible population for hysterectomy status ». *Chronic Dis Can*. 1998;19(1):19-24.
67. Gordon-Dseagu V. « Cancer and health inequalities: An introduction to current evidence ». Londres : Cancer Research UK 2006.
68. McDonald J.T., Sherman A. « Determinants of mammography use in rural and urban regions of Canada ». *Can J Rural Med*. printemps 2010;15(2):52-60.
69. Qi V., Phillips S.P., Hopman W.M. « Determinants of a healthy lifestyle and use of preventive screening in Canada ». *BMC public health*. 2006;6:275.
70. Gupta S., Roos L.L., Walld R., Traverse D., Dahl M. « Delivering equitable care: comparing preventive services in Manitoba ». *Am J Public Health*. déc. 2003;93(12):2086-92.

71. Maxwell C.J., Bancej C.M., Snider J. « Predictors of mammography use among Canadian women aged 50–69: findings from the 1996/97 National Population Health Survey ». *CMAJ*. 2001;164(3):329-34.
72. McDonald J.T., Kennedy S. « Cervical cancer screening by immigrant and minority women in Canada ». *J Immigr Minor Health*. Oct. 2007;9(4):323-34.
73. Woltman K.J., Newbold K.B. « Immigrant women and cervical cancer screening uptake: a multilevel analysis ». *Can J Public Health*. Nov.-déc. 2007;98(6):470-5.
74. Assemblée des Premières Nations. *Le dépistage du cancer et les Premières Nations* : Assemblée des Premières Nations 2009.
75. South Riverdale Community Health Centre MSH, Toronto Public Health. *Engaging Seldom or Never Screened Women in Cancer Screening: A compendium of pan-Canadian best and promising practices*. Toronto : South Riverdale Community Health Centre 2010.
76. Partenariat canadien contre le cancer. *Le rapport de 2012 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. Toronto : Partenariat canadien contre le cancer 2012.
77. Cole A.M., Jackson J.E., Doescher M. « Urban-rural disparities in colorectal cancer screening: cross-sectional analysis of 1998-2005 data from the Centers for Disease Control's Behavioral Risk Factor Surveillance Study ». *Cancer Med*. déc. 2012;1(3):350-6.
78. Lebrun L.A. « Effects of length of stay and language proficiency on health care experiences among immigrants in Canada and the United States ». *Soc Sci Med*. avril 2012;74(7):1062-72.
79. Beckstead D., Brown W., Guo Y., Newbold K. *Villes et croissance : niveaux de gains selon les régions urbaines et rurales au Canada : le rôle du capital humain* - No 11-622-M au catalogue — No 020. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada 2010.
80. Sun Z., Xiong H., Kearney A., Zhang J., Liu W., Huang G., et al. « Breast cancer screening among Asian immigrant women in Canada ». *Cancer Epidemiol*. fév. 2010;34(1):73-8.
81. Austin L.T., Ahmad F., McNally M.J., Stewart D.E. « Breast and cervical cancer screening in Hispanic women: a literature review using the health belief model ». *Womens Health Issues*. Mai-juin 2002;12(3):122-8.
82. Shahidi N.C., Homayoon B., Cheung W.Y. « Factors Associated With Suboptimal Colorectal Cancer Screening in US Immigrants ». *Am J Clin Oncol*. 24 mai 2012;36(4):381-7.
83. Richards M.A., Westcombe A.M., Love S.B., Littlejohns P., Ramirez A.J. « Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review ». *Lancet*. 3 avril 1999;353(9159):1119-26.
84. Wujcik D., Fair A.M. « Barriers to diagnostic resolution after abnormal mammography: a review of the literature ». *Cancer Nurs*. Sept. oct. 2008;31(5):E16-30.
85. Groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein. *Attente d'un diagnostic après le dépistage d'une anomalie au sein au Canada*. Ottawa 2000.
86. Kerlikowske K. « Timeliness of follow-up after abnormal screening mammography ». *Breast Cancer Res Treat*. 1996;40(1):53-64.
87. Schootman M., Myers-Geadelmann J., Fuortes L. « Factors associated with adequacy of diagnostic workup after abnormal breast cancer screening results ». *J Am Board Fam Pract*. Mars-avril 2000;13(2):94-100.
88. Allen J.D., Shelton R.C., Harden E., Goldman R.E. « Follow-up of abnormal screening mammograms among low-income ethnically diverse women: findings from a qualitative study ». *Patient Educ Couns*. août 2008;72(2):283-92.
89. Partenariat canadien contre le cancer. *Rapport sur le rendement du système de 2010*. Toronto : Partenariat canadien contre le cancer 2010.
90. Borugian M.J., Spinelli J.J., Abanto Z., Xu C.L., Wilkins R. « Breast cancer incidence and neighbourhood income ». *Health Rep*. juin 2011;22(2):7-13.
91. Ng E., Wilkins R., Fung M.F., Berthelot J.M. « Cervical cancer mortality by neighbourhood income in urban Canada from 1971 to 1996 ». *CMAJ*. 11 mai 2004;170(10):1545-9.
92. Lagacé C., Desmeules M., Pong R.W., Heng D. « Non-communicable disease and injury-related mortality in rural and urban places of residence: a comparison between Canada and Australia ». *Can J Public Health*. Juillet-août 2007;98 Suppl 1:S62-9.
93. Mandelblatt J., Andrews H., Kerner J., Zauber A., Burnett W. « Determinants of late stage diagnosis of breast and cervical cancer: the impact of age, race, social class, and hospital type ». *Am J Public Health*. Mai 1991;81(5):646-9.
94. Singh G.K., Miller B.A., Hankey B.F., Edwards B.K. « Persistent area socioeconomic disparities in U.S. incidence of cervical cancer, mortality, stage, and survival, 1975-2000 ». *Cancer*. 1^{er} sept. 2004;101(5):1051-7.
95. Baade P.D., Dasgupta P., Aitken J., Turrell G. « Geographic remoteness and risk of advanced colorectal cancer at diagnosis in Queensland: a multilevel study ». *Br J Cancer*. 27 sept. 2011;105(7):1039-41.

96. Byers T.E., Wolf H.J., Bauer K.R., Bolick-Aldrich S., Chen V.W., Finch J.L., et al. « The impact of socioeconomic status on survival after cancer in the United States : findings from the National Program of Cancer Registries Patterns of Care Study ». *Cancer*. 1^{er} août 2008;113(3):582-91.
97. Clegg L.X., Reichman M.E., Miller B.A., Hankey B.F., Singh G.K., Lin Y.D., et al. « Impact of socioeconomic status on cancer incidence and stage at diagnosis: selected findings from the surveillance, epidemiology, and end results: National Longitudinal Mortality Study ». *Cancer Causes Control*. Mai 2009;20(4):417-35.
98. Yu X.Q. « Socioeconomic disparities in breast cancer survival: relation to stage at diagnosis, treatment and race ». *BMC Cancer*. 2009;9:364.
99. Henry K.A., Sherman R., Farber S., Cockburn M., Goldberg D.W., Stroup A.M. « The joint effects of census tract poverty and geographic access on late-stage breast cancer diagnosis in 10 US States ». *Health Place*. 28 février 2013;21C:110-21.
100. Schwartz K.L., Crossley-May H., Vigneau F.D., Brown K., Banerjee M. « Race, socioeconomic status and stage at diagnosis for five common malignancies ». *Cancer Causes Control*. Oct. 2003;14(8):761-6.
101. Greenlee R.T., Howe H.L. « County-level poverty and distant stage cancer in the United States ». *Cancer Causes Control*. Août 2009;20(6):989-1000.
102. Risser D.R., Miller E.A. « Cancer in relation to socioeconomic status: stage at diagnosis in Texas, 2004-2008 ». *South Med J*. Oct. 2012;105(10):508-12.
103. Olson R.A., Nichol A., Caron N.R., Olivotto I.A., Speers C., Chia S., et al. « Effect of community population size on breast cancer screening, stage distribution, treatment use and outcomes ». *Can J Public Health*. Janvier-février 2012;103(1):46-52.
104. Lengerich E.J., Tucker T.C., Powell R.K., Colsher P., Lehman E., Ward A.J., et al. « Cancer incidence in Kentucky, Pennsylvania, and West Virginia: disparities in Appalachia ». *J Rural Health*. Hiver 2005;21(1):39-47.
105. Monroe A.C., Ricketts T.C., Savitz L.A. « Cancer in rural versus urban populations: a review ». *J Rural Health*. Été 1992;8(3):212-20.
106. Gomez S.L., Clarke C.A., Shema S.J., Chang E.T., Keegan T.H., Glaser S.L. « Disparities in breast cancer survival among Asian women by ethnicity and immigrant status: a population-based study ». *Am J Public Health*. Mai 2010;100(5):861-9.
107. Kouri E.M., He Y., Winer E.P., Keating N.L. « Influence of birthplace on breast cancer diagnosis and treatment for Hispanic women ». *Breast Cancer Res Treat*. Juin 2010;121(3):743-51.
108. Barrett R.E., Cho Y.I., Weaver K.E., Ryu K., Campbell R.T., Dolecek T.A., et al. « Neighborhood change and distant metastasis at diagnosis of breast cancer ». *Ann Epidemiol*. Janvier 2008;18(1):43-7.
109. Cho Y.I., Johnson T.P., Barrett R.E., Campbell R.T., Dolecek T.A., Warnecke R.B. « Neighborhood changes in concentrated immigration and late stage breast cancer diagnosis ». *J Immigr Minor Health*. Février 2011;13(1):9-14.
110. Huang B., Dignan M., Han D., Johnson O. « Does distance matter? Distance to mammography facilities and stage at diagnosis of breast cancer in Kentucky ». *J Rural Health*. Automne 2009;25(4):366-71.
111. Hedeem A.N., White E. « Breast cancer size and stage in Hispanic American women, by birthplace: 1992-1995 ». *Am J Public Health*. Janvier 2001;91(1):122-5.
112. Tracey E.A., Roder D.M., Currow D.C. « What factors affect the odds of NSW cancer patients presenting with localised as opposed to more advanced cancer? ». *Cancer Causes Control*. Février 2012;23(2):255-62.
113. Maxwell A.E., Bastani R., Warda U.S. « Demographic predictors of cancer screening among Filipino and Korean immigrants in the United States ». *Am J Prev Med*. Janvier 2000;18(1):62-8.
114. Lofters A.K., Moineddin R., Hwang S.W., Glazier R.H. « Predictors of low cervical cancer screening among immigrant women in Ontario, Canada ». *BMC Womens Health*. 2011;11:20.
115. Goel M.S., Wee C.C., McCarthy E.P., Davis R.B., Ngo-Metzger Q., Phillips R.S. « Racial and ethnic disparities in cancer screening: the importance of foreign birth as a barrier to care ». *J Gen Intern Med*. Déc. 2003;18(12):1028-35.
116. Esserman L.J., Thompson I.M. Jr., Reid B. « Overdiagnosis and overtreatment in cancer: an opportunity for improvement ». *Jama*. 28 août 2013;310(8):797-8.
117. Welch H.G., Black W.C. « Overdiagnosis in cancer ». *J Natl Cancer Inst*. 5 mai 2010;102(9):605-13.
118. Bleyer A., Welch H.G. « Effect of three decades of screening mammography on breast-cancer incidence ». *N Engl J Med*. 22 nov. 2012;367(21):1998-2005.
119. Maddison A.R., Asada Y., Urquhart R. « Inequity in access to cancer care: a review of the Canadian literature ». *Cancer Causes Control*. Mars 2011;22(3):359-66.
120. Santé Canada. *Rapport final du conseiller général sur les temps d'attente*. Ottawa : Santé Canada 2006.
121. Fortin B., Goldberg M.S., Mayo N.E., Valois M.F., Scott S.C., Hanley J. « Temps d'attente pour la radiothérapie chez les femmes atteintes de cancer du sein au Québec de 1992 à 1998 ». *Politiques de santé*. Janvier 2006;1(2):152-67.

122. Saint-Jacques N., Younis T., Dewar R., Rayson D. « Wait times for breast cancer care ». *Br J Cancer*. 15 janvier 2007;96(1):162-8.
123. Williams M.V., Summers E.T., Drinkwater K., Barrett A. « Radiotherapy dose fractionation, access and waiting times in the countries of the UK in 2005 ». *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. Juin 2007;19(5):273-86.
124. Tyldesley S., McGahan C. « Utilisation of radiotherapy in rural and urban areas in British Columbia compared with evidence-based estimates of radiotherapy needs for patients with breast, prostate and lung cancer ». *Clinical Oncology*. 2010;22(7):526-32.
125. Dunscombe P., Roberts G. « Radiotherapy service delivery models for a dispersed patient population ». *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2001;13(1):29-37.
126. Barbera L., Zhang-Salomons J., Huang J., Tyldesley S., Mackillop W. « Defining the need for radiotherapy for lung cancer in the general population: a criterion-based, benchmarking approach ». *Med Care*. Sept. 2003;41(9):1074-85.
127. Fisher B., Anderson S., Bryant J., Margolese R.G., Deutsch M., Fisher E.R., et al. « Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer ». *N Engl J Med*. 2002;347(16):1233-41.
128. Hodgson D.C., Zhang W., Zaslavsky A.M., Fuchs C.S., Wright W.E., Ayanian J.Z. « Relation of hospital volume to colostomy rates and survival for patients with rectal cancer ». *J Natl Cancer Inst*. 21 mai 2003;95(10):708-16.
129. Pachler J., Wille-Jorgensen P. « Quality of life after rectal resection for cancer, with or without permanent colostomy ». *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12:CD004323.
130. Sauer R., Becker H., Hohenberger W., Rodel C., Wittekind C., Fietkau R., et al. « Preoperative versus postoperative chemoradiotherapy for rectal cancer ». *N Engl J Med*. 21 oct. 2004;351(17):1731-40.
131. Institut canadien d'information sur la santé et Partenariat canadien contre le cancer. *Chirurgies pour le traitement du cancer du sein au Canada, 2007-2008 à 2009-2010*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé 2012.
132. Gorey K.M., Luginaah I.N., Holowaty E.J., Fung K.Y., Hamm C. « Wait times for surgical and adjuvant radiation treatment of breast cancer in Canada and the United States: greater socioeconomic inequity in America ». *Clin Invest Med*. 2009;32(3):E239-49.
133. Ford J.G., Howerton M.W., Lai G.Y., Gary T.L., Bolen S., Gibbons M.C., et al. « Barriers to recruiting underrepresented populations to cancer clinical trials: a systematic review ». *Cancer*. 15 janvier 2008;112(2):228-42.
134. Baquet C.R., Ellison G.L., Mishra S.I. « Analysis of Maryland cancer patient participation in national cancer institute-supported cancer treatment clinical trials ». *J Clin Oncol*. 10 juillet 2008;26(20):3380-6.
135. Gross C.P., Filardo G., Mayne S.T., Krumholz H.M. « The impact of socioeconomic status and race on trial participation for older women with breast cancer ». *Cancer*. 1^{er} février 2005;103(3):483-91.
136. Sateren W.B., Trimble E.L., Abrams J., Brawley O., Breen N., Ford L., et al. « How sociodemographics, presence of oncology specialists, and hospital cancer programs affect accrual to cancer treatment trials ». *J Clin Oncol*. 15 avril 2002;20(8):2109-17.
137. Unger J.M., Hershman D.L., Albain K.S., Moinpour C.M., Petersen J.A., Burg K., et al. « Patient income level and cancer clinical trial participation ». *J Clin Oncol*. 10 février 2013;31(5):536-42.
138. Mohd Noor A., Sarker D., Vizor S., McLennan B., Hunter S., Suder A., et al. « Effect of patient socioeconomic status on access to early-phase cancer trials ». *J Clin Oncol*. 10 janvier 2013;31(2):224-30.
139. Baquet C.R., Commiskey P., Daniel Mullins C., Mishra S.I. « Recruitment and participation in clinical trials: socio-demographic, rural/urban, and health care access predictors ». *Cancer Detect Prev*. 2006;30(1):24-33.
140. Sabesan S., Burgher B., Buettner P., Piliouras P., Otty Z., Varma S., et al. « Attitudes, knowledge and barriers to participation in cancer clinical trials among rural and remote patients ». *Asia Pac J Clin Oncol*. Mars 2011;7(1):27-33.
141. Vanderpool R.C., Kornfeld J., Mills L., Byrne M.M. « Rural-urban differences in discussions of cancer treatment clinical trials ». *Patient Educ Couns*. Nov. 2011;85(2):e69-74.

142. Guadagnolo B.A., Petereit D.G., Helbig P., Koop D., Kussman P., Fox Dunn E., et al. « Involving American Indians and medically underserved rural populations in cancer clinical trials ». *Clin Trials*. Déc. 2009;6(6):610-7.
143. Langford A., Resnicow K., An L. « Clinical trial awareness among racial/ethnic minorities in HINTS 2007: sociodemographic, attitudinal, and knowledge correlates ». *J Health Commun*. 2010;15 Suppl 3:92-101.
144. Wallington S.F., Luta G., Noone A.M., Caicedo L., Lopez-Class M., Sheppard V., et al. « Assessing the awareness of and willingness to participate in cancer clinical trials among immigrant Latinos ». *J Community Health*. Avril 2012;37(2):335-43.
145. Lin J.S., Finlay A., Tu A., Gany F.M. « Understanding immigrant Chinese Americans' participation in cancer screening and clinical trials ». *J Community Health*. Déc. 2005;30(6):451-66.
146. Statistique Canada. *Immigration et diversité ethnoculturelle au Canada*. 2011 [cité le 5 novembre 2013]. Consulté à l'adresse : <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-010-x/99-010-x2011001-fra.cfm>.
147. Comité directeur de la Société canadienne du cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2011*. Toronto : Société canadienne du cancer 2011.
148. Mackillop W., Zhang-Salomons J., Boyd C., Groome P. « Associations between community income and cancer incidence in Canada and the United States ». *Cancer*. 2000;89(4):901.
149. Mao Y., Hu J., Ugnat A.M., Semenciw R., Fincham S. « Socioeconomic status and lung cancer risk in Canada ». *Int J Epidemiol*. 2001;30(4):809-17.
150. Ellison L.F., Wilkins K. « An update on cancer survival ». *Health Rep*. Sept. 2010;21(3):55-60.
151. Australian Institute of Health and Welfare and Australasian Association of Cancer Registries (AACR). *Cancer survival in Australia 1992-1997: geographic categories and socioeconomic status*. AIHW cat. no. CAN 17. Canberra : Australian Institute of Health and Welfare (Cancer Series no. 22) 2003.



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

Téléphone : 416-915-9222
Sans frais d'appel : 1-877-360-1665

www.partenariatcontrecancer.ca



Orienter les améliorations en
matière de lutte contre le cancer