



Lutte contre le cancer de la prostate au Canada :

RAPPORT CIBLE SUR LE
RENDEMENT DU SYSTÈME

NOVEMBRE 2015

Lutte contre le cancer de la prostate au Canada

RAPPORT CIBLE SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME

NOVEMBRE 2015

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

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

Citation suggérée :

PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. Lutte contre le cancer de la prostate au Canada : Rapport cible sur le rendement du système. Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer; novembre 2015.

Téléchargeable à :

rendementdusysteme.ca

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

Tél : 416.915.9222

Sans frais : 1.877.360.1665

partenariatcontrecancer.ca

Pour obtenir de plus amples renseignements sur cette publication, veuillez envoyer un courriel à l'adresse suivante : info@systemperformance.ca

Pour les demandes de renseignements de la part des médias, veuillez communiquer avec : media@partnershipagainstcancer.ca

Also available in English under the title:

Prostate Cancer Control in Canada: A System Performance Spotlight Report

Remerciements

La rédaction du présent rapport est 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** (voir la liste à la fin de cette section), ainsi que des efforts de collecte et d'analyse de données que consent le personnel des organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer et des registres connexes. Nous souhaitons également remercier le **Groupe d'experts sur le cancer de la prostate** (voir la liste à la fin de cette section) de son orientation et de ses conseils spécialisés. Ce groupe est composé de cliniciens, d'épidémiologistes et de chercheurs, ainsi que de survivants du cancer de la prostate et de membres de leur famille provenant de tout le pays. Nous remercions également l'**Institut canadien d'information sur la santé** pour les données fournies et l'analyse effectuée concernant les indicateurs liés aux interventions chirurgicales dans le présent rapport. Enfin, nous remercions **Statistique Canada**, en particulier la Division des statistiques sur la santé, **National Research Corporation Canada** et l'**Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer** d'avoir fourni les données ou l'accès aux données utilisées dans le présent rapport. Et nous souhaitons remercier **Cancer de la prostate Canada** de ses contributions et de son soutien aux groupes de discussion composés de patients et de survivants, ainsi que de ses conseils sur les versions préliminaires du rapport.

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

Nous remercions également les programmes de lutte contre le cancer du Partenariat, qui nous ont fourni leurs connaissances en la matière et leurs conseils spécialisés, de leur précieuse collaboration. Nous remercions plus particulièrement les personnes suivantes : **Deb Keen**, **D' Jon Kerner** et **Michelle Halligan**, Prévention; **D^{re} Verna Mai**, Dépistage et détection précoce; **D^{re} Mary Argent-Katwala**, **Gunita Mitera** et **D' Geoff Porter**, Diagnostic et soins cliniques; **Esther Green**, **D^{re} Deb Dudgeon**, **D^{re} Marg Fitch**, **Ruth Barker** et **Anubha Prashad**, Approche axée sur la personne; ainsi que **D' Robin Harkness**, **D' Jacques Magnan** et **Kim Badovinac**, Recherche.

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

Nous souhaitons également remercier Ipsos Reid et les animateurs des groupes de discussion, qui ont joué un rôle essentiel dans le rassemblement des expériences des patients atteints de cancer de la prostate et des survivants à l'échelle du pays. Les animateurs comprenaient **D^{re} Anne Katz**, professeure auxiliaire, Faculté des sciences de la santé, École des soins infirmiers, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba); **D' Andrew Matthew**, Service d'oncologie psychosociale et de soins palliatifs, Hôpital Princess Margaret, Toronto (Ontario); **D^{re} Deborah McLeod**, professeure adjointe, École de soins infirmiers, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse); **D^{re} Christine Maheu**, professeure adjointe, École de soins infirmiers Ingram, Université McGill, Montréal (Québec); **D^{re} Janet Rush**, infirmière autorisée, Hamilton (Ontario); et **Scott Secord**, ancien directeur, Approche axée sur la personne, Partenariat canadien contre le cancer, Toronto (Ontario).

Enfin et surtout, nous tenons à exprimer notre gratitude aux **47 hommes et au petit groupe des membres de leur famille qui se sont portés volontaires pour participer aux groupes de discussion**. Leur bonne volonté à faire part de leurs expériences et de leurs perspectives enrichit l'approche axée sur la personne tout au long du présent rapport sur le rendement du système.

GROUPE D'EXPERTS SUR LE CANCER DE LA PROSTATE

D^r Robert Bristow, chercheur, Centre de cancérologie de l'Hôpital Princess Margaret

D^r Peter Chung, professeur adjoint et directeur du Programme de bourses d'études supérieures, Département d'onco-radiologie, Université de Toronto

D^r James Dickinson, professeur, Médecine familiale et sciences de la santé communautaire, Université de Calgary

D^r Neil Fleshner, chef de la Division d'urologie, Hôpital Princess Margaret

D^r Martin Gleave, directeur, Vancouver Prostate Centre

M. Winston Isaac, patient atteint de cancer de la prostate

M^{me} Leah Jamnicky, infirmière autorisée, Association des infirmières et infirmiers du Canada

D^{re} Anne Katz, professeure auxiliaire, Faculté des sciences de la santé, École de soins infirmiers, Université du Manitoba

D^{re} Verna Mai, responsable experte, Santé de la population et oncologie, Partenariat canadien contre le cancer

D^r Andrew Matthew, psychologue clinique, Service d'oncologie psychosociale et de soins palliatifs, Hôpital Princess Margaret

D^r Anthony Miller, directeur adjoint et professeur, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto

M^{me} Wanda Miller, membre de la famille d'un patient atteint de cancer de la prostate

D^r Tom Pickles, professeur et radio-oncologue, Onco-radiologie, BC Cancer Agency

D^r Fred Saad, professeur et chef du Service d'urologie, directeur du Service d'oncologie génito-urinaire, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

D^r Rob Siemens, professeur et chef du Département d'urologie, Université Queen's

D^r John Srigley, chef du service de médecine de laboratoire, Hôpital Credit Valley

M. Jim Sullivan, patient atteint de cancer de la prostate

D^r Kiril Trpkov, professeur agrégé et pathologiste, Département de pathologie et de médecine de laboratoire, Calgary Laboratory Services et Université de Calgary

D^r Peter Venner, oncologue médical, Université de l'Alberta

D^r Richard Wassersug, patient atteint de cancer de la prostate et professeur auxiliaire, Département des sciences urologiques, Université de la Colombie-Britannique

COMITÉ DIRECTEUR SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME

(comprend les anciens membres* et les membres actuels)

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

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

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

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

D^r Marc Kerba, radio-oncologue, Tom Baker Cancer Centre, Alberta

D^r Hagen Kennecke, oncologue médical et directeur de la pratique professionnelle, BC Cancer Agency

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

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

D^{re} Robin McLeod, vice-présidente, Programmes cliniques et initiatives sur la qualité, Action Cancer Ontario

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

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

COMITÉ DE TRAVAIL TECHNIQUE SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME

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

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

M^{me} Élise Cabanne, agente de recherche et de planification socioéconomique, Direction québécoise de cancérologie, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

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

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

D^{re} Lorraine Shack, directrice, Surveillance et rapport, Alberta Health Services

M^{me} Heather Stuart-Panko, directrice, Registre sur le cancer, Saskatchewan Cancer Agency

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

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

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

Table des matières

Résumé	7	4. Approche axée sur la personne	77
Faits saillants des résultats	8	Satisfaction des patients concernant les soins	84
Perspectives d'avenir	11	Accès à la radiothérapie palliative	93
		Lieu du décès	96
À propos du Partenariat canadien contre le cancer	13	Note particulière : Réflexions de Canadiens atteints de cancer de la prostate	101
À propos du présent rapport	15	5. Recherche	114
Pourquoi un rapport sur le cancer de la prostate?	17	Investissements en recherche sur le cancer	116
Rédaction du rapport	18	Participation aux essais cliniques	126
Structure du rapport	19	Perspectives d'avenir	131
1. Fardeau et résultats	20	Références	133
Résultats à long terme	24		
Facteurs de risque	29		
Utilisation du test de l'APS	31		
2. Diagnostic et stadification	36		
Incidence propre au stade	40		
Profil de risque	43		
3. Traitement	49		
Temps d'attente pour une intervention chirurgicale	54		
Temps d'attente pour une radiothérapie	57		
Modèles de soins : Radiothérapie et traitement chirurgical	62		
Prostatectomie radicale : Comparaison entre la chirurgie ouverte et la chirurgie laparoscopique	72		

Liste des figures et tableaux

Figure 1.1	Taux d'incidence et de mortalité du cancer de la prostate (hommes âgés de ≥ 35 ans), Canada, normalisés selon l'âge en fonction de la population de 2011 – de 1992 à 2011	25	Figure 2.2	Taux d'incidence du cancer de la prostate non métastatique (hommes âgés de ≥ 35 ans), par province, par catégorie de risque, normalisés selon l'âge en fonction de la population de 2011 – année de diagnostic de 2012	46
Figure 1.2	Taux d'incidence du cancer de la prostate (hommes âgés de ≥ 35 ans), par province, normalisés selon l'âge en fonction de la population de 2011 – années 2008 à 2010 combinées	26	Figure 2.3	Répartition des cas de cancer de la prostate non métastatique (hommes âgés de ≥ 35 ans), par catégorie de risque, par groupe d'âge – année de diagnostic de 2012	47
Figure 1.3	Taux de mortalité du cancer de la prostate (hommes âgés de ≥ 35 ans), par province, normalisés selon l'âge en fonction de la population de 2011 – années 2009 à 2011 combinées	26	Figure 3.1	Temps d'attente médian et du 90 ^e percentile entre la date de prise de rendez-vous et la date de l'intervention pour le cancer de la prostate, par province – 2014	55
Figure 1.4	Taux d'incidence et de mortalité du cancer de la prostate (hommes âgés de ≥ 35 ans), par groupe d'âge, au Canada, normalisés selon l'âge en fonction de la population de 2011 – années 2008 à 2010 combinées et années 2009 à 2011 combinées	27	Figure 3.2	Temps d'attente du 90 ^e percentile pour la radiothérapie entre la date où le patient est prêt à être traité et le début de la radiothérapie contre le cancer de la prostate, par province – année de traitement 2013	59
Tableau 1.1	Facteurs de risque connus du cancer de la prostate	30	Figure 3.3	Temps d'attente médians et du 90 ^e percentile entre la date à laquelle le patient est prêt à être traité et le début de la radiothérapie contre le cancer de la prostate, par province, par catégorie de risque – année de traitement 2013	60
Figure 1.5	Pourcentage d'hommes (âgés de ≥ 35 ans) qui déclarent avoir subi au moins un test de dépistage de l'APS au cours de l'année écoulée, des deux dernières années ou de leur vie, par province/territoire – années de rapport 2010 à 2013 combinées	33	Figure 3.4	Pourcentage de patients atteints de cancer de la prostate (hommes âgés de ≥ 35 ans) recevant divers types de traitement, par catégorie de risque, par province – année de diagnostic 2010	65
Figure 1.6	Pourcentage d'hommes (âgés de ≥ 35 ans) qui déclarent avoir subi au moins un test de dépistage de l'APS au cours de l'année écoulée, des deux dernières années ou de leur vie, par groupe d'âge – années de rapport 2010 à 2013 combinées	34	Figure 3.5	Pourcentage de patients atteints de cancer de la prostate recevant divers types de traitement, chez les hommes âgés de moins de 75 ans, par catégorie de risque, par province – année de diagnostic 2010	66
Figure 2.1	Taux d'incidence propre au stade du cancer de la prostate (hommes âgés de ≥ 35 ans), par province, normalisés selon l'âge en fonction de la population de 2011 – année de diagnostic 2010	42	Figure 3.6	Pourcentage de patients atteints de cancer de la prostate recevant divers types de traitement, chez les hommes âgés de plus de 75 ans, par catégorie de risque, par province – année de diagnostic 2010	67
Tableau 2.1	Critères d'attribution des catégories de risque pour les cas de cancer de la prostate non métastatique basés sur la définition énoncée par l'association Genitourinary Radiation Oncologists of Canada	44	Figure 3.7	Pourcentage de patients atteints de cancer de la prostate (hommes âgés de ≥ 35 ans) recevant divers types de radiothérapie, par catégorie de risque, par province – année de diagnostic 2010	68
			Figure 3.8	Pourcentage de patients atteints de cancer de la prostate recevant une prostatectomie radicale, par voie d'abord, par province – exercice 2013-2014	74

Figure 4.1	Pourcentage des patients atteints de cancer de la prostate qui déclarent une évaluation d'expérience négative dans tous les aspects des soins, par province – de 2011 à 2013	87	Figure 5.1	Répartition des investissements dans la recherche sur le cancer (2012), des nouveaux cas de cancer (2010) et des décès attribuables au cancer (2011) selon le siège de la maladie, Canada	120
Figure 4.2	Aspect du soutien émotionnel : Pourcentage des patients atteints de cancer de la prostate qui déclarent une évaluation d'expérience négative, par province – de 2011 à 2013	88	Figure 5.2	Répartition des investissements dans la recherche sur le cancer de la prostate par domaine de recherche pour les cinq principaux commanditaires, Canada – 2005 et 2012	120
Figure 4.3	Aspect de l'information, de la communication et de l'éducation : Pourcentage de patients atteints de cancer de la prostate qui déclarent une évaluation d'expérience négative, par province – de 2011 à 2013	89	Tableau 5.3	Codes du résumé scientifique commun (CSO)	121
Figure 4.4	Pourcentage d'hommes atteints du cancer de la prostate recevant une radiothérapie dans l'année qui précède leur décès, par province – 2011	94	Figure 5.3	Investissement par habitant (population masculine) dans la recherche sur le cancer de la prostate, par province – 2005 et 2012	122
Figure 4.5	Pourcentage de décès dus au cancer de la prostate survenus à l'hôpital, au domicile privé ou ailleurs, par province – 2011	98	Figure 5.4	Ratio entre les patients adultes atteints de cancer de la prostate inscrits à des essais cliniques et le nombre de nouveaux cas, par siège de la maladie, pour les quatre types de cancer les plus courants et pour tous les cancers – année d'inscription 2013	127
Figure 4.6	Pourcentage de décès dus au cancer de la prostate, au cancer du sein, au cancer du poumon et au cancer colorectal survenus à l'hôpital, au domicile privé ou ailleurs, Canada – 2011	99	Figure 5.5	Ratio entre les patients adultes atteints de cancer de la prostate inscrits à des essais cliniques et le nombre de nouveaux cas, par province – année d'inscription 2013	127
Tableau 4.i	Participants aux groupes de discussion et aux entrevues : données démographiques	104			
Tableau 5.1	Investissements dans la recherche sur le cancer de la prostate par les cinq principaux commanditaires – 2012	119			
Tableau 5.2	Investissements dans la recherche sur le cancer de la prostate par les cinq principaux commanditaires – 2005	119			

Résumé

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les hommes au Canada. Cette maladie est diagnostiquée chez un homme sur huit au cours de la vie¹. Les hommes qui reçoivent un diagnostic de cancer de la prostate sont en proie à une anxiété considérable, en particulier en ce qui concerne leurs options de traitement. Cette situation est aggravée par le fait que, même si bon nombre de tumeurs cancéreuses de la prostate connaissent une croissance lente et ne nécessitent pas nécessairement un traitement immédiat, d'autres peuvent être plutôt agressives et requérir une intervention rapide, qui peut inclure la chirurgie ou la radiothérapie et la thérapie générale.

C'est pour cette raison, entre autres, qu'il est difficile de soigner les hommes atteints de cancer de la prostate. Même si l'intervention chirurgicale, la chimiothérapie, la radiothérapie et l'hormonothérapie peuvent toutes être efficaces pour cibler la tumeur, les effets secondaires potentiels du traitement, comme l'incontinence urinaire et la dysfonction sexuelle, peuvent avoir des répercussions significatives sur la qualité de vie des hommes, même s'ils survivent à la maladie.

La recherche permet de mieux comprendre les facteurs qui contribuent à des choix de traitement éclairés. Les cliniciens parviennent à mieux prédire la probabilité de la réponse d'un cancer particulier au traitement et à mieux déterminer le risque de récurrence de la maladie chez les hommes après le traitement. Toutefois, malgré ces progrès, le cancer de la prostate reste la troisième cause de décès attribuable au cancer au Canada¹.

Jusqu'à présent, il n'existe que peu d'informations pancanadiennes comparables sur le rendement des systèmes de lutte contre le cancer dans le pays du point de vue du diagnostic, du traitement et de la prestation de soins de suivi et de soutien aux patients atteints de cancer de la prostate. Le document *Lutte contre le cancer de la prostate au Canada : Rapport cible sur le rendement du système* de 2015 fait la lumière sur certains sujets précis se rapportant à la lutte contre le cancer de la prostate et à sa prise en charge dans tout le pays. Il comprend également la note particulière *Réflexions de Canadiens atteints de cancer de la prostate*, et tient compte de l'approche axée sur la personne dans tous les aspects de la lutte contre le cancer, du diagnostic et du traitement à la survie et aux soins palliatifs.

Ce rapport est structuré en fonction des divers aspects de la lutte contre le cancer. En règle générale, les résultats liés aux indicateurs sont comparés selon la province ou le territoire, le groupe d'âge et le sexe. Le cas échéant, les comparaisons avec d'autres pays sont analysées, ce qui permet de souligner les pratiques exemplaires et les cibles qui pourraient être reproduites. Des observations sur les études ou données probantes qui émergent au pays ou à l'étranger sont également présentées.

Le rapport est rédigé en étroite collaboration avec les partenaires nationaux, provinciaux et territoriaux. Les organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer ont fourni les données nécessaires à l'élaboration et au calcul de nombreux indicateurs inclus dans le rapport. Nos partenaires nationaux à Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, National Research Corporation Canada et l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer ont également fourni des données ou des analyses.

L'expertise en la matière était assurée par le Groupe d'experts sur le cancer de la prostate, composé de cliniciens, d'épidémiologistes et de chercheurs spécialisés dans divers aspects du cancer de la prostate, de la santé de la population à la pathologie, et de la radio-

oncologie à l'urologie et à la psychologie. Plusieurs survivants du cancer de la prostate et membres de leur famille de l'ensemble du Canada ont apporté leurs propres expériences et perspectives uniques aux délibérations du groupe d'experts.

Faits saillants des résultats

Fardeau et résultats

- Les taux d'incidence du cancer de la prostate semblent légèrement chuter depuis 1992, même si ce déclin n'est pas significatif sur le plan statistique. L'incidence du cancer de la prostate est la plus élevée chez les hommes âgés de 65 à 79 ans, ce qui peut refléter des taux de test de l'antigène prostatique spécifique (APS) plus importants chez les hommes de ce groupe d'âge.
- Les taux de mortalité, en revanche, baissent fortement depuis 1992. La mortalité est la plus élevée chez les hommes âgés de plus de 80 ans.
- Les causes du cancer de la prostate ne sont pas bien comprises. Jusqu'à ce jour, les seuls facteurs de risque bien établis sont l'âge, les antécédents familiaux et l'origine ethnique.
- À l'heure actuelle, il n'existe aucun consensus concernant le rôle du test de l'APS dans la réduction de la mortalité due au cancer de la prostate, et l'interprétation des données probantes existantes varie beaucoup. De ce fait, il n'existe aucun programme de dépistage du cancer de la prostate dans la population au Canada. Des tests aléatoires sont souvent offerts. Plusieurs organismes canadiens recommandent l'utilisation d'un processus décisionnel éclairé en ce qui concerne le test

de l'APS, qui tient compte des préférences et du profil de risque de chaque homme; ce dernier prend une décision éclairée en fonction des torts et des bienfaits potentiels.

- Les résultats de la dernière enquête laissent entendre que, selon la province ou le territoire, entre 15,8 % et 35,5 % des hommes âgés de 35 ans et plus déclarent avoir subi un test de l'APS au cours de l'année précédente. Le test de l'APS est plus courant chez les hommes âgés de 65 à 79 ans. Dans ce groupe d'âge, 50,4 % des hommes déclarent avoir subi un test de l'APS au cours de l'année précédente, par rapport à 34,2 % des hommes âgés de 50 à 64 ans.

Diagnostic et stadification

- Le cancer de la prostate est diagnostiqué le plus couramment au stade II et le moins souvent au stade IV.
- La plupart des hommes atteints de cancer de la prostate appartiennent à la catégorie de risque faible ou modéré, selon les lignes directrices de stratification des risques. Dans l'ensemble, la proportion d'hommes atteints de cancer de la prostate localisé dont la maladie présente un risque élevé au moment du diagnostic augmente avec l'âge au moment du diagnostic.

La plupart (72,0 %) des hommes âgés de plus de 80 ans appartiennent à la catégorie de risque élevé, par rapport à un bien plus petit pourcentage (12,0 %) des hommes du groupe d'âge de 35 à 49 ans.

- On constate des variations interprovinciales dans les taux d'incidence normalisés selon l'âge par niveau de risque. Les taux d'incidence de la maladie à faible risque vont de 22,2 cas en Colombie-Britannique à 124,6 cas (par 100 000 hommes) à l'Île-du-Prince-Édouard. En ce qui concerne la maladie à risque élevé, les taux d'incidence vont de 44,5 cas au Nouveau-Brunswick à 88,5 cas (par 100 000 hommes) au Manitoba. Une partie au moins de ces variations peut s'expliquer par des incohérences entre les provinces dans les données pronostiques utilisées pour obtenir le risque.

Traitement

- Au cours de l'année de diagnostic 2010, la résection chirurgicale par prostatectomie radicale est le traitement le plus couramment utilisé chez les hommes atteints de cancer de la prostate à faible risque suivie par la radiothérapie.
- En raison de la nature souvent indolente du cancer de la prostate et du potentiel d'effets secondaires débilissants causés par le traitement, le milieu de la lutte contre le cancer se préoccupe toujours plus du surdiagnostic et du surtraitement². Les solutions de rechange au traitement immédiat, notamment la surveillance active et l'attente vigilante jusqu'à l'évolution de la maladie ou l'aggravation des symptômes, sont de plus en plus utilisées²⁻⁵. Les données montrent que, selon la province, entre 41,5 % et 76,4 % des patients à faible risque n'ont aucun dossier de traitement, et l'on peut supposer qu'ils font l'objet d'une surveillance active ou d'une attente vigilante.
- En 2014, on observe une grande variation interprovinciale dans les temps d'attente pour les interventions chirurgicales et la radiothérapie de traitement du cancer de la prostate. Le temps d'attente du 90^e percentile pour les interventions chirurgicales (de la date de la prise du rendez-vous jusqu'à la date de l'intervention) va de 59 jours au Nouveau-Brunswick à 105 jours en Saskatchewan. Le temps d'attente du 90^e percentile pour la radiothérapie (de l'état de préparation au traitement au début du traitement) va de 18 jours en Ontario à 40 jours en Colombie-Britannique. Les patients atteints de cancer de la prostate attendent plus longtemps avant de subir une radiothérapie que les patients atteints de cancer du sein, de cancer colorectal ou de cancer du poumon dans toutes les provinces déclarantes.
- La prostatectomie radicale est l'un des traitements standard pour les patients atteints de cancer localisé; elle peut être effectuée soit par chirurgie ouverte, soit par abord laparoscopique. On constate une grande variation interprovinciale dans la voie d'abord utilisée chez les hommes atteints de cancer de la prostate. En Saskatchewan et en Alberta, la plupart des prostatectomies radicales sont effectuées par abord laparoscopique, alors qu'en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Ontario, au Québec et en Colombie-Britannique, la plupart des prostatectomies radicales sont effectuées par chirurgie ouverte. À l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador, toutes les prostatectomies radicales sont effectuées par chirurgie ouverte. Le choix de l'intervention,

ainsi que le niveau d'expérience qu'a le chirurgien du type d'intervention, peuvent avoir des implications pour les résultats de l'intervention et du patient.

Approche axée sur la personne

- Les résultats de l'enquête Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey de plusieurs provinces indiquent que de nombreux patients atteints de cancer de la prostate peuvent avoir des besoins non satisfaits dans le domaine du soutien émotionnel et de l'obtention de renseignements suffisants sur leurs soins. Les réponses aux questions concernant ces aspects laissent entendre que les patients atteints de cancer de la prostate n'obtiennent pas toujours les recommandations nécessaires pour obtenir de l'aide afin de surmonter leur anxiété et leurs craintes, et ne reçoivent pas toujours des renseignements suffisants sur les effets secondaires physiques, émotionnels et pratiques possibles.
- Même si de nombreux hommes atteints de cancer de la prostate sont des survivants à long terme, certains présentent une maladie au stade avancé et ressentent des douleurs causées par des métastases osseuses. Les données concernant l'utilisation de la radiothérapie en fin de vie chez les hommes qui décèdent du cancer de la prostate donnent à penser que la radiothérapie palliative administrée pour prendre les symptômes en charge (y compris la douleur) pourrait être sous-utilisée au Canada. Parmi les hommes qui décèdent du cancer de la prostate en 2011, moins de 40 % reçoivent une radiothérapie au cours de la dernière année de vie, dans toutes les provinces déclarantes.

NOTE PARTICULIÈRE

Réflexions de Canadiens atteints de cancer de la prostate

La note particulière qui figure dans le chapitre *Approche axée sur la personne* du présent rapport contient les faits saillants d'une série de conversations qui se sont déroulées avec des Canadiens provenant de six provinces, ayant reçu un diagnostic de cancer de la prostate et un traitement à cet effet. Plusieurs membres de la famille, qui ont apporté un soutien à leur être cher tout au long de cette expérience, ont également participé aux discussions.

Les participants parlent de ce qu'ils ont ressenti lorsqu'ils ont reçu le diagnostic de cancer de la prostate et de ce qu'ils ont vécu lorsqu'ils ont subi un traitement, comme une intervention chirurgicale, une radiothérapie ou une hormonothérapie. Leurs commentaires, qui figurent dans la note particulière ainsi que tout au long du présent rapport, couvrent un vaste éventail de sujets, notamment ce qu'ils ressentent lorsqu'ils prennent des décisions concernant leur traitement, des exemples de rapports utiles et peu utiles avec leurs prestataires de soins, une discussion sur les difficultés qu'il y a à vivre avec les effets physiques et émotionnels du traitement, et le fait qu'ils auraient aimé recevoir un soutien plus présent pour eux et les membres de leur famille tout au long de leur parcours face au cancer de la prostate.

- Même si de nombreux hommes atteints de cancer de la prostate préfèrent mourir à la maison entourés d'un soutien adéquat, parmi ceux qui décèdent, seule une minorité le fait à la maison. Les données montrent que la proportion des décès attribuables au cancer de la prostate qui ont lieu à la maison varie considérablement d'une province à l'autre, allant de 0 % à 30,4 %. Même si certaines questions de définition des données peuvent entrer en jeu, l'ampleur des différences entre les provinces laisse entendre l'existence potentielle de besoins non satisfaits. Il est possible d'en faire davantage pour s'assurer que les hommes en voie de mourir du cancer de la prostate disposent de ressources et de soutiens adéquats afin de pouvoir passer les derniers jours de leur vie dans le milieu de leur choix.

Recherche

- L'offre d'un soutien adéquat aux recherches axées sur certains cancers particuliers contribue aux progrès scientifiques et accélère la transformation des découvertes en bienfaits pour les patients. En 2012, 541,6 millions de dollars sont investis dans la recherche sur le cancer au Canada; sur cette somme, plus de la

moitié (286,2 millions de dollars) est investie dans la recherche propre à certains types de cancer, dont 37,9 millions de dollars (13,2 %) investis directement auprès des scientifiques qui étudient le cancer de la prostate. Même si cet investissement est proportionnellement inférieur à l'investissement dans la recherche propre au type du cancer du sein (26,5 %), il est deux fois plus élevé que l'investissement dans la recherche sur le cancer du poumon (6,7 %) et sur le cancer colorectal (6,7 %). Les principaux investissements concernent la recherche liée au domaine *Détection précoce, diagnostic et pronostic*, ainsi qu'au domaine *Traitement*; ils représentent 55,1 % du financement global provenant des cinq principaux commanditaires en 2012.

- En 2013, le ratio entre les patients inscrits à des essais cliniques et les nouveaux cas de cancer de la prostate est de 0,032. Chez les adultes dont le siège de la maladie est l'un des quatre sièges les plus courants, le même ratio va de 0,012 pour le cancer du poumon à 0,050 pour le cancer du sein. À l'échelle provinciale, le ratio de participation aux essais cliniques sur le cancer de la prostate va de 0,019 en Nouvelle-Écosse à 0,052 en Saskatchewan.

Perspectives d'avenir

Au cours de la planification et de la préparation du présent rapport cible sur la lutte contre le cancer de la prostate au Canada, nous avons trois objectifs en tête : faire le point sur les connaissances au sujet de la lutte contre le cancer de la prostate tout au long du parcours face au cancer; mesurer le rendement des systèmes de soins de santé canadiens dans la satisfaction des besoins des patients atteints de cancer de la prostate et de leur famille; et examiner les

expériences et les perspectives des Canadiens touchés par le cancer de la prostate.

Comme le cancer de la prostate est le plus souvent diagnostiqué à un âge avancé, et attendu que la génération du baby-boom au Canada approche de la soixante-dizaine et de la quatre-vingtaine, nous nous attendons à ce que le nombre de cas de cancer de la prostate augmente fortement au cours des années à venir. La Société canadienne

du cancer projeté qu'en 2030, le nombre de cas de cancer de la prostate diagnostiqués chaque année passe à 42 000, par rapport à 24 000 actuellement. Le système de soins de santé doit commencer à se préparer à relever ce défi dès maintenant. Mais tout en nous préparant à en faire davantage, nous devons également en faire moins, là où les données probantes montrent que les interventions sont inutiles ou nuisibles.

Des progrès dans le diagnostic et le traitement du cancer de la prostate sont accomplis sur plusieurs fronts, en particulier grâce à l'amélioration des connaissances sur cette maladie :

- on recherche et on élabore de nouvelles méthodes et de nouveaux modèles pour orienter la détection précoce du cancer de la prostate. Par exemple, on étudie si certains algorithmes mathématiques peuvent servir à orienter la prise de décision des cliniciens concernant le risque posé par le cancer de la prostate;
- plusieurs initiatives menées ou financées par le Partenariat canadien contre le cancer sont en cours pour améliorer la manière dont les systèmes de lutte contre le cancer reconnaissent les besoins d'information et de soutien émotionnel des patients atteints de cancer de la prostate et y répondent. Par exemple, l'étude Expériences des patients atteints de cancer en transition nous aidera à mieux comprendre les difficultés que rencontrent les personnes atteintes de cancer, y compris le cancer de la prostate, à la fin du traitement principal, et à étudier les améliorations relatives au système que l'on pourrait apporter pour surmonter ces difficultés;
- enfin, une nouvelle base de données d'information sur la santé et d'échantillons biologiques bâtie au moyen du Projet de partenariat canadien Espoir pour demain permettra aux chercheurs d'étudier comment les facteurs comme la génétique, le

comportement, le milieu et le mode de vie contribuent à l'apparition du cancer et d'autres maladies chroniques. Nous espérons que les connaissances acquises grâce à cette étude à long terme donneront lieu à de nouvelles interventions visant à prévenir le cancer de la prostate et d'autres cancers.

Les cancers de la prostate vont des cancers à croissance lente qui ne mettent pas la vie en danger à des cancers agressifs et fatals. Mais puisque la maladie et ses stratégies de prise en charge fondées sur les données probantes sont diverses, nous devons mieux comprendre la raison pour laquelle nous constatons un niveau d'incohérence élevé dans les expériences des patients atteints de cancer de la prostate, en particulier lorsque le stade et le niveau de risque du cancer sont similaires.

En qualité d'intendants d'un système de soins de santé canadien qui accorde une valeur élevée à des soins équitables de haute qualité, nous devons mieux comprendre ces incohérences et écouter plus attentivement les patients et leur famille, qui ne demandent pas mieux que de faire part de leurs expériences de première main. Cela nous permettra d'élaborer des stratégies visant à veiller à ce que tous les hommes atteints de cancer de la prostate reçoivent des soins de diagnostic, de traitement et de suivi appropriés et fondés sur des données probantes, quels que soient leur lieu de résidence et leur prestataire de soins.

Le Partenariat canadien contre le cancer continuera de collaborer avec le milieu et les partenaires de la lutte contre le cancer dans tout le pays afin de réduire l'incidence du cancer de la prostate, de diminuer la probabilité que les hommes meurent de la maladie et de favoriser des changements du système qui amélioreront la qualité de vie des patients avant, pendant et après le traitement.

À propos du Partenariat canadien contre le cancer

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

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

À propos de l'Initiative sur le rendement du système

L'Initiative sur le rendement du système du Partenariat est un effort collectif consenti à l'échelle nationale en vue de déterminer les divers aspects de la lutte contre le cancer qui doivent être mesurés, ou qui ne sont que peu mesurés, de définir des indicateurs de rendement, de recueillir et d'analyser des données valides et comparables, puis de présenter les résultats dans un rapport intégré qui permet de faire la synthèse des résultats et d'interpréter les tendances en vue d'orienter les changements systémiques.

Les conclusions sont publiées dans une série de rapports à l'intention du milieu de la lutte contre le cancer, en particulier les organismes provinciaux qui se consacrent à cette lutte, les ministères provinciaux de la Santé, les cliniciens, les chercheurs, ainsi que les patients atteints de cancer et leur famille. La publication d'articles évalués par des pairs, la présentation d'exposés et l'offre d'ateliers dans le cadre de conférences et, plus récemment, une application Web spécialisée, permettent également de diffuser l'information

sur le rendement du système pancanadien. Ces renseignements visent à aider les décideurs, les planificateurs des services de santé, les chercheurs et les cliniciens à cerner les pratiques exemplaires et les mesures à prendre pour améliorer la qualité de la lutte contre le cancer à l'échelle du Canada.

Les renseignements sur le rendement du système, y compris les rapports antérieurs, peuvent être consultés à l'adresse suivante : rendementdusysteme.ca.

À propos du présent rapport

Pourquoi un rapport sur le
cancer de la prostate?

17

Rédaction du rapport

18

Structure du rapport

19



À propos du présent rapport

*Le document **Lutte contre le cancer de la prostate au Canada : Rapport cible sur le rendement du système** présente les données pancanadiennes les plus récentes sur le fardeau du cancer de la prostate, ainsi que les constatations concernant les facteurs de risque, la détection précoce, le diagnostic, le traitement, la recherche et les résultats à long terme.*

Le rapport contient un chapitre sur l'approche axée sur la personne, qui présente de nouvelles données sur la satisfaction des patients concernant les soins contre le cancer de la prostate, ainsi que la note particulière *Réflexions de Canadiens atteints de cancer de la prostate*. Cette note particulière contient les conclusions de plusieurs groupes de discussion organisés dans tout le pays à la fin de l'année 2014 pour demander aux Canadiens atteints de cancer de la prostate et à leur famille de faire part de leurs expériences de la maladie et du système de soins de santé. Ces conclusions, accompagnées de citations directes, sont également incorporées dans les chapitres du rapport en guise de complément aux données quantitatives.

Le présent rapport suit deux rapports cibles sur le rendement du système antérieurs, qui sont axés sur le cancer du sein (2012) et sur le cancer du poumon (2011), et une note particulière sur le cancer colorectal paru dans notre Rapport de 2010 sur le rendement du système de lutte contre le cancer. Ces rapports peuvent être consultés à l'adresse rendementdusysteme.ca.

Pourquoi un rapport sur le cancer de la prostate?

Il suffit de jeter un coup d'œil aux statistiques pour comprendre les véritables répercussions qu'a et que continuera d'avoir le cancer de la prostate sur les Canadiens et sur notre système de soins de santé :

- quatre mille Canadiens meurent chaque année du cancer de la prostate;
 - plus de 176 000 hommes, qui sont des pères, des maris, des frères, des fils, des amis, des voisins et des collègues, ont déjà reçu un diagnostic de cancer de la prostate et vivent actuellement avec cette maladie;
 - même si l'incidence du cancer de la prostate chute légèrement au cours des quatre dernières années, il s'agit encore du cancer qui touche les hommes le plus fréquemment au Canada; il devrait représenter 24 % des nouveaux cas de cancer et 10 % des décès attribuables au cancer chez les hommes en 2015. Cela se traduit par environ 24 000 nouveaux cas par année, chiffre que l'on s'attend à voir passer à plus de 42 000 nouveaux cas par année d'ici à 2030¹.
- Le rapport est préparé et publié dans le contexte de ces statistiques. Il fournit des données sur plusieurs sujets qui se rapportent au diagnostic et à la prise en charge du cancer de la prostate, notamment :
- les variations des taux de test de l'APS par province et la comparaison de ces variations avec l'incidence et la répartition du risque propres au stade, ce qui aide à évaluer les répercussions du test de l'APS sur les soins de suivi et les résultats subséquents;
 - les modèles de traitement du cancer de la prostate à l'échelle du pays, stratifiés en fonction du stade, du risque, de l'âge, et particulièrement du taux de surveillance active ou d'attente vigilante par rapport au traitement curatif;
 - les variations des modèles de soins chirurgicaux du cancer de la prostate à l'échelle du pays, ainsi que les comparaisons avec les résultats, fourniront d'importantes données d'évaluation sur les diverses méthodes de traitement;
 - reconnaissant au sein du système de lutte contre le cancer le mouvement croissant visant à s'assurer que les soins sont motivés par les besoins et les circonstances des patients eux-mêmes et centrés sur ces derniers, ce rapport présente les conclusions d'une série de groupes de discussion organisés au début de l'année dans plusieurs provinces canadiennes, où des hommes atteints de cancer de la prostate et leur famille étaient invités à faire part de leurs expériences et de leurs perspectives concernant la maladie et le système de soins de santé.

Rédaction du rapport

Le rapport est produit en collaboration étroite avec les partenaires à l'échelle nationale, provinciale et territoriale. Il repose également sur des consultations menées auprès d'experts et chefs de file du savoir dans ce domaine au Canada.

Cela comprend un Groupe d'experts sur le cancer de la prostate consacré à la rédaction du présent rapport. Ce groupe consultatif est composé de cliniciens, d'épidémiologistes et de chercheurs spécialisés dans divers aspects du cancer de la prostate, de la santé de la population à la pathologie, et de la radio-oncologie à l'urologie et à la psychologie. Plusieurs survivants du cancer de la prostate et membres de leur famille de l'ensemble du Canada apportent leurs propres expériences et perspectives aux délibérations du groupe d'experts. Le groupe d'experts est consulté au sujet de la méthodologie et de l'interprétation des résultats (voir la section *Remerciements* pour consulter la liste des membres).

À l'échelle provinciale, le Comité directeur sur le rendement du système et le Comité de travail technique sur le rendement du système, qui se composent tous deux de représentants des dix provinces nommés à l'échelon local, orientent la planification et l'élaboration du rapport. Les organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer fournissent les données relatives à leur province nécessaires à l'établissement et au calcul de la plupart des indicateurs présentés dans le rapport, particulièrement en ce qui concerne le diagnostic, le traitement, la recherche et l'approche axée sur la personne. Des paramètres et méthodes de calcul détaillés sont établis, puis utilisés lors de la collecte et de l'analyse des données à l'échelon des organismes de lutte

contre le cancer provinciaux, afin d'assurer l'uniformité et la comparabilité des données entre les provinces.

À l'échelle nationale, le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) travaille avec des données tenues à jour par Statistique Canada, y compris le Registre sur le cancer, la Base canadienne de données sur l'état civil et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Le Partenariat collabore également avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) afin de pouvoir accéder aux données sur les taux de prostatectomie et l'utilisation d'interventions chirurgicales ouvertes, laparoscopiques et robotiques, et de les analyser.

National Research Corporation Canada nous donne accès aux résultats de l'enquête Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey, qui orientent les indicateurs liés à la satisfaction des patients en ce qui concerne l'approche axée sur la personne et les soins de fin de vie. Les données sur l'investissement dans la recherche sur le cancer de la prostate sont fournies par l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (ACRC) qui, en collaboration avec le Partenariat, dirige la coordination et la poursuite du financement de la recherche sur le cancer au Canada.

Cancer de la prostate Canada a offert des commentaires et son soutien aux groupes de discussion et aux entrevues qui ont eu lieu à l'automne 2014 avec des résidents de six provinces canadiennes. Les groupes de discussion ont pour but d'obtenir un aperçu des expériences des patients atteints de cancer de la prostate et des survivants tout au long de leur parcours face au cancer, du diagnostic et du traitement aux soins postérieurs au cancer et à la survie.

Structure du rapport

Le rapport traite des domaines clés se rapportant au cancer de la prostate. Tous les chapitres commencent par une introduction qui met en contexte le domaine traité, présente les sources de données utilisées et fournit tout autre renseignement pertinent. Cette introduction est suivie de citations choisies d'hommes canadiens qui prennent part à une série de groupes de discussion organisés à l'automne 2014 pour recueillir leurs expériences et perspectives concernant la maladie et le système de soins de santé. Les données de chaque indicateur sont présentées dans le corps du texte et accompagnées de conclusions exprimées soit graphiquement, soit sous forme de tableau, voire les deux. Chaque chapitre comprend les éléments communs suivants :

- **Que mesure-t-on, et pourquoi?** Cette section décrit chaque indicateur et les raisons d'en faire rapport. Des renseignements contextuels pertinents sont également présentés, s'il y a lieu. Des explications détaillées sur les données et la méthode de calcul utilisées pour chacun des indicateurs se trouvent sur le site Web Rendement du système du Partenariat (rendementdusysteme.ca).
- **Quels résultats a-t-on obtenus?** Cette section décrit les résultats en mettant en lumière un courant ou une tendance notable. Elle suggère également certains aspects méthodologiques à considérer au moment d'interpréter les figures et les tableaux.
- **Que peut-on conclure des résultats?** Cette section analyse les tendances et les courants observés, plus précisément ce qu'ils signifient pour les publics visés et les résultats des patients. S'il y a lieu, la section présente des paramètres similaires d'autres pays et mentionne les cibles nationales ou internationales établies par rapport à ces indicateurs.
- **Que sait-on d'autre?** Le rapport fournit des renseignements et des commentaires pertinents concernant les résultats de l'indicateur ou le domaine du cancer traité, qui peuvent contribuer à élargir le contexte des résultats de l'indicateur. Ces détails proviennent de sources régionales, nationales ou internationales.
- **Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs** Cette section analyse les faits pertinents concernant les sources de données et les facteurs méthodologiques généraux (p. ex., les limitations) dont les lecteurs doivent tenir compte lorsqu'ils évaluent et interprètent les figures.

Note particulière : Réflexions de Canadiens atteints du cancer de la prostate Figurant dans le chapitre *Approche axée sur la personne*, cette section contient les faits saillants d'une série de conversations qui se déroulent dans six provinces avec des Canadiens ayant reçu un diagnostic de cancer de la prostate et un traitement à cet effet. Plusieurs membres de la famille, qui apportent un soutien à leur être cher tout au long de cette expérience, participent également aux conversations.

1. Fardeau et résultats

Résultats à long terme

24

Facteurs de risque

29

Utilisation du test
de l'APS

31



1. Fardeau et résultats

Le cancer de la prostate est le cancer le plus couramment diagnostiqué chez les hommes au Canada, comme en témoignent les 24 000 nouveaux cas attendus en 2015; c'est la troisième cause de décès attribuable au cancer chez les hommes. Cette maladie est diagnostiquée chez un homme sur huit au cours de la vie¹.

Les seuls facteurs de risque bien établis du cancer de la prostate ne sont pas modifiables; il s'agit de l'âge, des antécédents familiaux et de l'origine ethnique⁶. À une époque où de plus en plus d'hommes canadiens passent aux groupes d'âge plus élevés, l'on s'attend à voir le nombre de cas de cancer de la prostate augmenter¹. Mais de nouvelles données probantes laissent entendre que le maintien d'un poids santé pourrait réduire le risque de cancer de la prostate au stade avancé et que des niveaux d'activité physique accrus pourraient avoir des répercussions sur la survie et réduire la mortalité chez les hommes qui reçoivent un diagnostic de cancer de la prostate^{7,8}. Même si de nombreuses données probantes contradictoires sont publiées concernant les facteurs de risque modifiables du cancer de la prostate, des recherches plus poussées sont nécessaires pour établir ces liens et relever d'autres facteurs de risque possibles.

Il n'existe au Canada aucun programme organisé de dépistage axé sur la population pour le cancer de la prostate; cependant, de nombreux médecins continuent à recommander aux patients le test de l'antigène prostatique spécifique (APS), souvent conjointement avec un examen rectal digital (ERD), au cas par cas. Le test de l'APS est couramment utilisé pour dépister le cancer de la prostate depuis le début des années 1990. À l'heure actuelle, il n'existe aucun consensus concernant le rôle du test de l'APS dans la réduction de la mortalité due au cancer de la prostate, et l'interprétation des données probantes existantes varie beaucoup. Cela donne lieu à de multiples lignes directrices

très différentes publiées par divers organismes canadiens, notamment le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, Cancer de la prostate Canada et l'Association des urologues du Canada, indiquant si et quand les hommes doivent subir un test.

Même si aucun de ces organismes ne demande un programme de dépistage axé sur la population à l'aide du test de l'APS, l'absence de consensus est centrée sur l'utilisation ou non du test de l'APS pour établir un risque de référence du cancer de la prostate chez les hommes dans la quarantaine et pour surveiller les hommes qui courent un risque élevé de cancer de la prostate⁹⁻¹¹. Les données du présent rapport montrent que, selon la province ou le territoire, entre 15,8 % et 35,5 % des hommes âgés de 35 ans et plus déclarent avoir subi au moins un test de l'APS au cours de l'année précédente (figure 1.5).

Ce chapitre présente les taux d'incidence et de mortalité, normalisés en fonction de l'âge, du cancer de la prostate au Canada, les renseignements sur les facteurs de risque de cette maladie et les taux autodéclarés de test de l'APS. Les données présentées ne concernent que les hommes âgés de 35 ans et plus, car le cancer de la prostate est extrêmement rare chez les hommes de moins de 35 ans. Le chapitre commence par quelques réflexions d'hommes atteints de cancer de la prostate au sujet du début de leur parcours et du rôle particulier du test de l'APS et de l'ERD dans leur diagnostic.

Réflexions d'hommes atteints de cancer de la prostate

Cette section présente les thèmes communs qui se dégagent des groupes de discussion et des entrevues menés dans tout le Canada auprès de patients atteints de cancer de la prostate, de survivants et de soignants concernant leur expérience du cancer de la prostate. Les citations reproduites ici visent à illustrer les opinions et les expériences des participants aux groupes de discussion en fonction de questions précises qui leur ont été posées; il ne faut pas les prendre pour des conclusions généralisées. Bon nombre de ces hommes ont été recrutés par le biais de leur participation antérieure à des groupes de soutien pour les patients atteints de cancer de la prostate. Les perspectives des hommes qui ont reçu un diagnostic de cancer de la prostate, mais aucun traitement, ne sont pas représentées ici³.

Pour la majeure partie des hommes qui ont pris part aux groupes de discussion et aux entrevues sur le cancer de la prostate, le parcours face au cancer commence par un test de l'APS ou un ERD.

« *[Pendant de nombreuses années] je subissais (...) des examens annuels, qui comprenaient le test de l'APS, et tout cela était de la routine, normal. L'APS [était] toujours bas, aux environs de 1 ou 2, ce type de niveau, de cet ordre-là. Personne ne s'est jamais demandé si l'APS était préoccupant ou non. Et en 2012, j'ai passé mon examen annuel et le médecin de famille a effectué l'examen digital, et il a dit : " Il y a quelque chose là qu'à mon avis, vous devriez faire vérifier ".* » participant au groupe de discussion du Manitoba

Même si plusieurs des participants sont au courant de la controverse qui entoure le test de l'APS, de nombreux hommes désirent discuter de la valeur d'une surveillance précoce et systématique. Certains d'entre eux indiquent qu'ils regrettent de n'avoir pas pris davantage l'initiative et discuté plus tôt des tests avec leur médecin. Comme tous les participants ont reçu un diagnostic de cancer de la prostate et recevaient un traitement pour cette maladie, ces perspectives reflètent naturellement leur expérience personnelle (en d'autres termes, le test de l'APS joue un rôle essentiel dans le diagnostic de leur cancer).

« *Les omnipraticiens hésitent à effectuer un test de l'APS ou un ERD, en particulier les jeunes (...) [Mais] c'est ce que nous avons pour le moment (...) Jusqu'à ce que nous ayons mieux, nous devons nous assurer que davantage de gens sensibles à la maladie subissent des tests précoces.* » province non indiquée

« *Si je pouvais revenir en arrière, je demanderais au médecin de faire ce test, et je ne m'attendrais pas simplement à ce qu'il le fasse.* » du Québec

« *Essayez simplement de vous informer et de prendre l'initiative avec vos médecins.* » province non indiquée

³ Pour obtenir une description plus complète des conclusions et des méthodes utilisées, veuillez lire la note particulière au chapitre 4 : *Approche axée sur la personne.*

Peu d'hommes prenant part aux groupes de discussion parlent de la prévention et des facteurs de risque du cancer de la prostate, car on ne leur a pas posé de questions précises sur ce sujet. Mais pour plusieurs, des antécédents familiaux de cancer rendent leur propre diagnostic moins surprenant.

« J'ai un frère qui est mort relativement jeune du cancer de la prostate, alors je ne suis pas surpris, j'ai 74 ans. Je sais que cette maladie (...) est simplement un jeu de probabilité. Et les probabilités finissent par vous rattraper. Et alors... je peux honnêtement dire que je n'étais pas du tout bouleversé. » du Manitoba

La plupart des participants parlent de leurs discussions avec leurs médecins, qui leur ont dit qu'ils avaient très probablement de nombreuses années devant eux et que selon toute probabilité, ils allaient mourir de quelque chose qui n'avait absolument aucun rapport avec le cancer de la prostate.

« (...) Il a dit [en fait] : " Vous avez encore de belles années devant vous, vous êtes un homme jeune, et il est probable que vous mourrez de quelque chose d'autre. " Alors je ne m'en fais pas. » de l'Ontario

« Je dirais [aux autres hommes] de ne pas paniquer. Je connais des gens qui ont reçu leur diagnostic il y a 25 ans [et] qui sont en parfaite santé aujourd'hui (...) Ce n'est pas la fin du monde, il y a beaucoup de choses qui vous donnent beaucoup d'espoir et une bonne raison d'être optimiste. » du Manitoba

« [Lorsque j'ai reçu mon diagnostic], mon urologue m'a dit : " Dans l'état dans lequel vous êtes maintenant, avec tous les renseignements dont nous disposons, vous pourriez prendre un CPG à 10 ans et être encore là pour l'encaisser. " Je lui ai dit : " Je vous prends au mot. " » du Nouveau-Brunswick

Résultats à long terme

Que mesure-t-on, et pourquoi?

Cette section présente les taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge du cancer de la prostate chez les hommes âgés de 35 ans et plus dans la population générale. Les conclusions sont présentées au fil du temps, par âge et par province.

- Le nombre annuel de nouveaux cas de cancer de la prostate au Canada devrait presque doubler au cours des quinze prochaines années, passant de 24 000 à plus de 42 000 d'ici à 2028-2032, ce qui s'explique principalement par l'évolution du profil démographique canadien et le vieillissement de la population canadienne. Le cancer de la prostate continuera d'être l'un des quatre types principaux de cancers au Canada au cours de cette période (en compagnie du cancer du sein, du cancer du poumon et du cancer colorectal)¹. Même si les données démographiques ont des répercussions sur le nombre total de cas diagnostiqués, les *taux d'incidence normalisés selon l'âge* nous permettent de déterminer si la proportion des hommes qui reçoivent un diagnostic de cancer change, en tenant compte de l'âge et de la taille de la population masculine.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- Entre 1992 et 2010, on constate une légère diminution non significative du taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) du cancer de la prostate chez les hommes canadiens âgés de 35 ans et plus, qui passe de 296,1 cas par 100 000 hommes en 1992 à 251,4 cas par 100 000 hommes en 2010 (variation annuelle en pourcentage = -0,45) [figure 1.1].
- L'incidence du cancer de la prostate culmine fortement en 1993 (329,7 cas par 100 000 hommes) et à nouveau en 2001 (313,6 cas par 100 000 hommes) [figure 1.1].

- L'écart relatif de TINA (pour les hommes âgés de 35 ans et plus) entre la province affichant le taux le plus faible et la province affichant le taux le plus élevé est de 56,8 %. Le TINA va de 218,7 cas par 100 000 hommes au Québec à 343,0 cas par 100 000 hommes au Nouveau-Brunswick (en fonction des données de 2008 à 2010) [figure 1.2].
- Le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) du cancer de la prostate chez les hommes âgés de 35 ans et plus chute significativement, passant de 79,0 décès par 100 000 hommes en 1992 à 48,1 décès par 100 000 hommes en 2011 (variation annuelle en pourcentage = -2,69) [figure 1.1].

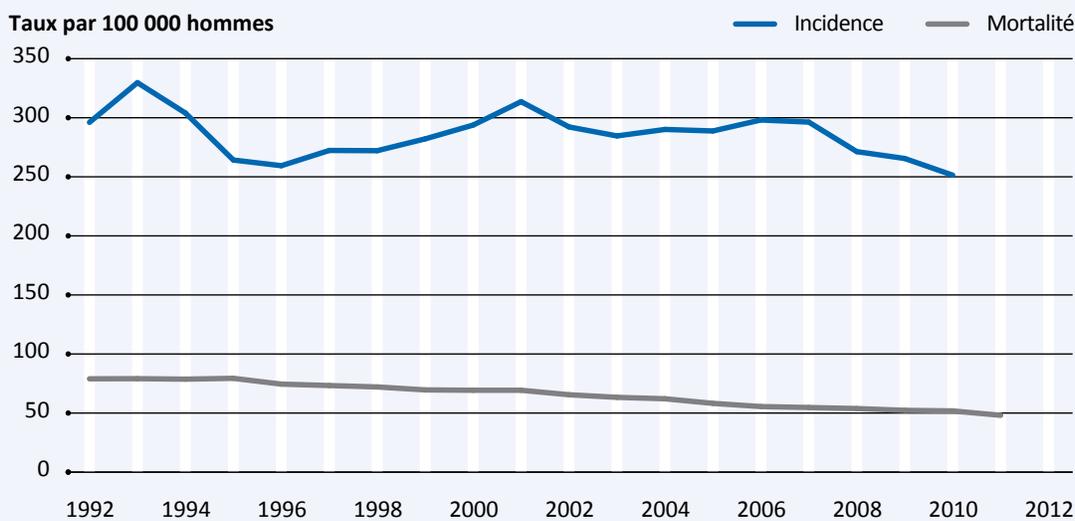
Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA)/taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA)* : Les taux bruts d'incidence et de mortalité du cancer de la prostate sont calculés pour les hommes âgés de 35 ans et plus, normalisés selon la structure par âge de la population canadienne de 2011 (âgée de ≥ 35 ans).
- Les données sur l'incidence et la mortalité par groupe d'âge sont également normalisées selon l'âge afin de tenir compte de toute différence potentielle due à la grande diversité des âges au sein de chaque groupe d'âge.
- Les tableaux de données relatifs à cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul détaillée, présentés dans l'annexe technique complète peuvent être consultés à l'adresse rendementdusysteme.ca.

- Le TMNA chez les hommes âgés de 35 ans et plus va de 45,9 décès par 100 000 hommes au Québec à 64,6 décès par 100 000 hommes en Saskatchewan, un écart relatif de 40,7 % (en fonction des données de 2009 à 2011) [figure 1.4].
- Le TINA du cancer de la prostate augmente considérablement avec l'âge, passant de 12,9 cas par 100 000 hommes dans le groupe d'âge de 35 à 49 ans à 662,5 cas par 100 000 hommes dans le groupe d'âge de 65 à 79 ans (en fonction des données de 2008 à 2010). On observe un léger déclin du TINA dans le groupe d'âge de 80 ans et plus. En revanche, le TMNA est le plus élevé dans le groupe d'âge de 80 ans et plus, représentant 468,9 décès par 100 000 hommes (figure 1.4).

FIGURE 1.1

Taux d'incidence et de mortalité du cancer de la prostate (hommes âgés de ≥ 35 ans), Canada, normalisés selon l'âge en fonction de la population de 2011 – de 1992 à 2011



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

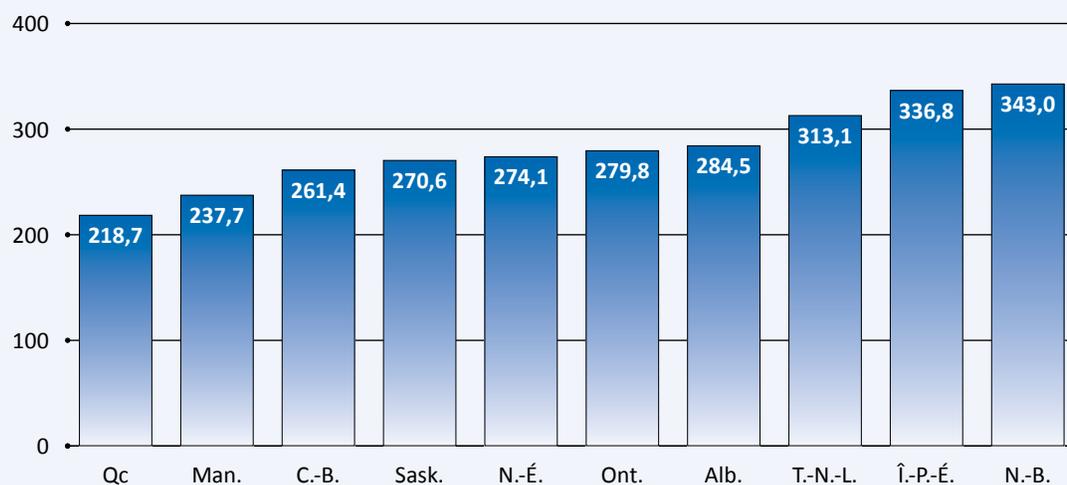
Les sommets du taux d'incidence du cancer de la prostate

- Au Canada, l'incidence du cancer de la prostate culmine en 1993 et à nouveau en 2001. Le sommet de 1993 est probablement dû à l'introduction du test de l'antigène prostatique spécifique, qui devient largement utilisé au début des années 1990 et augmente la détection du cancer de la prostate; le sommet de 2001 est peut-être dû à une sensibilisation accrue et à l'augmentation des activités de test de l'APS¹²⁻¹⁴. En outre, l'introduction d'une pratique de biopsie renforcée (où le nombre d'échantillons par biopsie passe de 6-8 à 10 ou plus), qui survient aux alentours de l'année 2000, peut également contribuer au deuxième sommet de détection du cancer de la prostate¹⁵.
- On constate des sommets similaires du taux d'incidence à l'échelle internationale. Les taux aux États-Unis (au début des années 1990 et au début des années 2000) et en Australie (au début des années 1990 seulement) sont plus élevés que les sommets observés au Canada; cependant, les pays européens n'atteignent pas les taux d'incidence du Canada à ces moments particuliers^{16,17}.

FIGURE 1.2

Taux d'incidence du cancer de la prostate (hommes âgés de ≥ 35 ans), par province, normalisés selon l'âge en fonction de la population de 2011 – années 2008 à 2010 combinées

Taux par 100 000 hommes

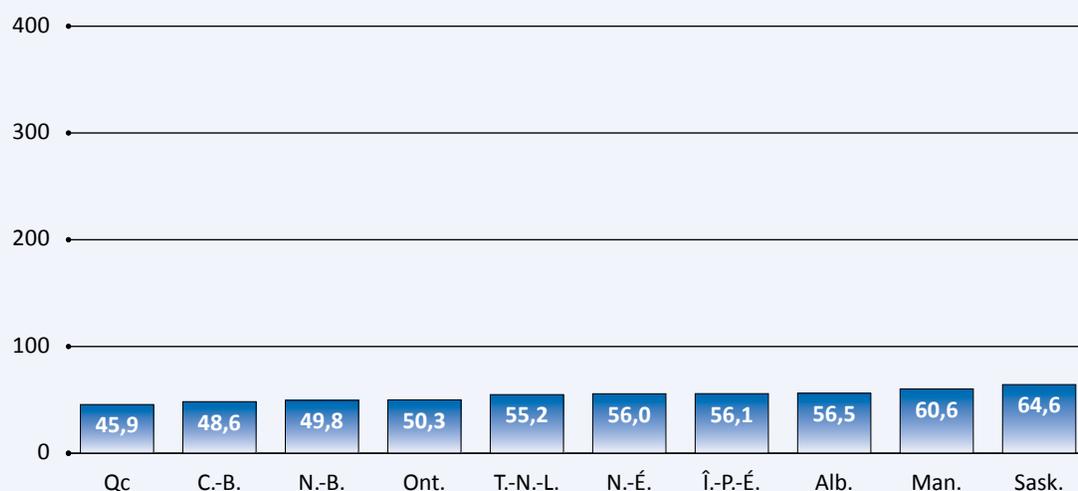


Source des données :
Statistique Canada,
Registre canadien
du cancer.

FIGURE 1.3

Taux de mortalité du cancer de la prostate (hommes âgés de ≥ 35 ans), par province, normalisés selon l'âge en fonction de la population de 2011 – années 2009 à 2011 combinées

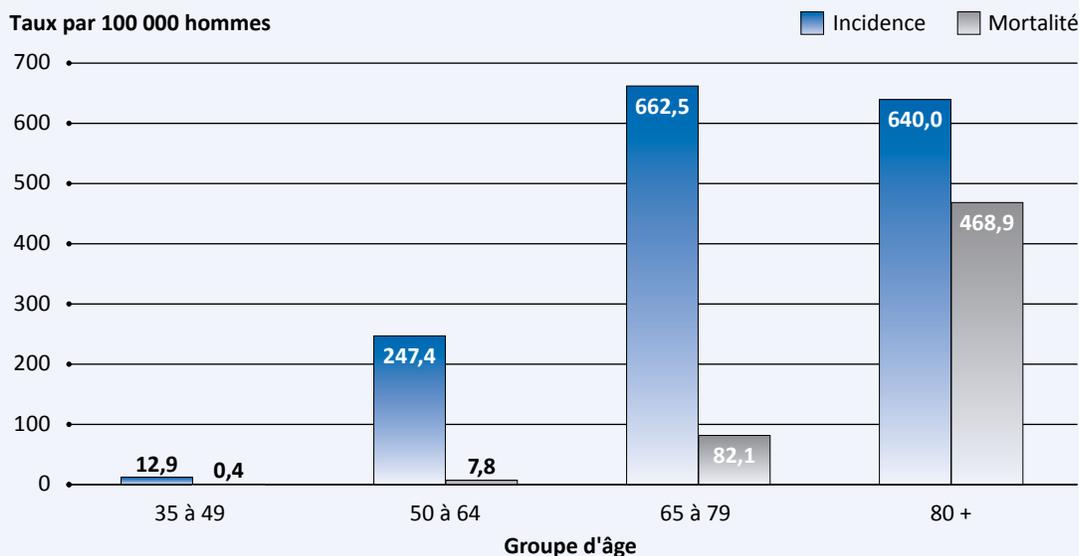
Taux par 100 000 hommes



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

FIGURE 1.4

Taux d'incidence[†] et de mortalité^{††} du cancer de la prostate (hommes âgés de ≥ 35 ans), par groupe d'âge, au Canada, normalisés selon l'âge en fonction de la population de 2011 – années 2008 à 2010 combinées et années 2009 à 2011 combinées



† Données sur l'incidence : années 2008 à 2010 combinées.

†† Données sur la mortalité : années 2009 à 2011 combinées.

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

Que peut-on conclure des résultats?

- Les taux d'incidence du cancer de la prostate chez les hommes âgés de 35 ans et plus semblent décliner légèrement au Canada après avoir connu une hausse spectaculaire à la fin des années 1980 et au début des années 1990, une tendance également observée aux États-Unis et en Australie. Toutefois, les taux augmentent au Royaume-Uni et dans d'autres pays d'Europe. Cela s'explique probablement par les différences de pratiques de test de l'APS et par l'adoption plus progressive du test de l'APS au Royaume-Uni et en Europe^{12, 18}.
- Comme il n'existe actuellement aucun programme organisé de dépistage du cancer de la prostate au Canada, le financement des tests de l'APS varie d'une province et d'un territoire à l'autre¹⁹. Les différences qui en résultent dans les pratiques de test de l'APS peuvent avoir des répercussions sur les taux d'incidence

provinciaux. Cela est dû au fait qu'il est clairement démontré que ce test augmente la détection du cancer de la prostate au stade précoce ou à faible risque qui n'a pas nécessairement des conséquences sur la santé des hommes s'il n'est pas traité^{20, 21}. Ce test entraîne également une réduction des cancers au stade avancé, ce dont rendent compte des TINA plus faibles pour la maladie de stade III et de stade IV par rapport aux stades antérieurs, comme le signale le chapitre *Diagnostic et stadification* du présent rapport.

- Les taux d'incidence du cancer de la prostate sont les plus élevés chez les hommes âgés de 65 à 79 ans, ce qui reflète les taux élevés de test autodéclaré de l'APS chez les hommes de ce groupe d'âge et la détection du cancer de la prostate qui en résulte (veuillez consulter la section *Utilisation du test de l'APS* du présent chapitre). En revanche, le taux de mortalité du cancer de la prostate est considérablement plus important dans le groupe d'âge de 80 ans et plus

- que dans les groupes d'âge moins élevés. Cela s'explique probablement par le fait que le cancer de la prostate est souvent un cancer à croissance lente qui peut ne pas évoluer jusqu'au stade symptomatique chez les hommes jeunes²²⁻²⁴.
- Les taux de mortalité sont considérablement plus faibles que les taux d'incidence, car le pronostic des patients après le diagnostic est habituellement bon et les taux de survie sont généralement plutôt élevés. Selon les données de l'étude CONCORD-2, la survie nette à cinq ans pour le cancer de la prostate au Canada est de 91,7 % pour les cancers diagnostiqués entre 2005 et 2009²⁵.
 - Les études d'autopsie (portant sur des hommes qui sont morts d'autres causes que le cancer de la prostate) montrent que la prévalence du cancer de la prostate augmente avec l'âge^{24, 26}. Par exemple, chez les hommes âgés de 40 à 49 ans, le taux de détection à l'autopsie monte environ à 40 %; ce taux fait un bond à 70 % chez les hommes âgés de 70 à 79 ans et à 80 % chez les hommes âgés de 90 ans et plus^{9, 27}. Ces études montrent une nouvelle fois que de nombreux hommes meurent souvent en étant atteints du cancer de la prostate, mais pas du cancer de la prostate.
 - Le déclin de la mortalité due au cancer de la prostate indiqué ici est probablement attribuable à une combinaison de facteurs. Les améliorations du traitement de cancer de la prostate contribuent probablement dans une grande part à la réduction de la mortalité observée. Même si le dépistage et la détection précoce peuvent également expliquer ce déclin, la recherche ne permet pas de former un consensus évident sur l'ampleur de leur rôle^{9, 28}. Certaines études récentes, notamment l'étude Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial (États-Unis), montrent que la détection précoce du cancer de la prostate grâce au test de l'APS semble n'avoir aucun effet sur le taux de mortalité en baisse^{29, 30}. D'autres études, notamment l'étude European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (Europe), montrent que le test de l'APS présente un avantage pour la mortalité³¹ (pour obtenir de plus amples renseignements sur les deux études, veuillez consulter la section *Utilisation du test de l'APS* du présent chapitre).
 - Dans l'ensemble, les taux de mortalité du cancer de la prostate diminuent dans de nombreux pays, y compris l'Amérique du Nord, l'Océanie, l'Europe occidentale et certaines parties de l'Europe du Nord³². Cela correspond à la tendance observée au Canada entre 1992 et 2011.

Que sait-on d'autre?

- Dans sa publication de 2014, intitulée *Examen des disparités en matière de lutte contre le cancer*, le Partenariat signale que, malgré des taux de test de l'APS plus importants, les hommes affichant des revenus élevés présentent des taux de cancer de la prostate au stade avancé (stades III et IV) légèrement supérieurs aux hommes affichant des revenus faibles³³.
- Récemment, l'Agence de la santé publique du Canada a publié la *Répartition géographique de l'incidence du cancer au Canada* pour les années 2000 à 2006³⁴. Cette monographie a pour but de présenter la variation spatiale de l'incidence du cancer au Canada, y compris le cancer de la prostate, en comparant les taux d'incidence globaux normalisés selon l'âge pour chaque région sanitaire avec le taux du Canada dans son ensemble. De faibles taux de cancer de la prostate sont signalés à Terre-Neuve-et-Labrador, au Québec, au Manitoba, en Colombie-Britannique et au Nunavut, alors qu'on observe des taux élevés à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, en Ontario, en Saskatchewan et en Alberta. Ces tendances diffèrent légèrement des données présentées ici, en particulier pour Terre-Neuve Labrador, ce qui pourrait s'expliquer par les différences de période visée par le rapport. La *Répartition géographique de l'incidence du cancer au Canada* présente des données antérieures (2000 à 2006), alors que le présent rapport contient les données d'incidence pour la période allant de 2008 à 2010.

Facteurs de risque

- Dans l'ensemble, la prévention est une stratégie clé de lutte contre le cancer; toutefois, quand il s'agit du cancer de la prostate, les causes de la maladie restent mal comprises.
- La plupart des données probantes existantes sur les facteurs de risques modifiables du cancer de la prostate ont tendance à être faibles, peu concluantes et souvent contradictoires. À l'heure actuelle, les seuls facteurs de risque établis du cancer de la prostate ne sont pas modifiables et comprennent l'âge, les antécédents familiaux et l'origine ethnique (tableau 1.1)^{6, 35, 36}.
- En 2014, le Fonds mondial de recherche contre le cancer a publié un rapport sur l'alimentation, la nutrition, l'activité physique et le cancer de la prostate⁸. Même s'il n'existe aucune donnée probante concluante sur le rôle que jouent l'alimentation, la nutrition et l'activité physique dans l'incidence générale du cancer de la prostate, le rapport conclut qu'une adiposité élevée (marquée par un IMC, un tour de taille et un rapport taille/hanches élevés) affiche probablement une corrélation avec le cancer de la prostate au stade avancé.
- De nouvelles recherches donnent également à penser que des niveaux d'activité physique accrus pourraient avoir des répercussions sur la survie et réduire la mortalité chez les hommes qui ont reçu un diagnostic de cancer de la prostate⁷.
- D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer de façon absolue les facteurs de risques modifiables du cancer de la prostate.

TABLEAU 1.1

Facteurs de risque connus du cancer de la prostate

Facteur de risque	Effet sur le cancer de la prostate
Âge	<ul style="list-style-type: none"> Le risque de cancer de la prostate augmente avec l'âge. Le cancer de la prostate est rare avant l'âge de 50 ans, la plupart des diagnostics étant posés après l'âge de 65 ans³⁷. Les taux d'incidence canadiens révèlent la tendance de l'augmentation du risque avec l'âge. Les taux sont bien plus élevés chez les hommes âgés de 65 à 79 ans (662,5 cas par 100 000) et chez les hommes âgés de 80 ans et plus (640,0 cas par 100 000) que chez les hommes âgés de 35 à 49 ans et de 50 à 64 ans (respectivement 12,9 et 247,4 cas par 100 000) [figure 1.4]. Cette augmentation du risque avec l'âge est plus spectaculaire pour le cancer de la prostate que pour les autres cancers. Les données de comparaison reçues de Statistique Canada montrent que l'incidence du cancer de la prostate chez les hommes âgés de 70 à 74 ans est environ 23 fois plus élevée que chez les hommes âgés de 45 à 49 ans. Par comparaison, l'incidence du cancer du sein est environ deux fois plus élevée chez les femmes âgées de 70 à 74 ans que chez les femmes âgées de 45 à 49 ans. L'incidence du cancer colorectal est environ six fois plus élevée chez les hommes âgés de 70 à 74 ans que chez les hommes âgés de 50 à 55 ans¹⁴.
Antécédents familiaux	<ul style="list-style-type: none"> Le cancer de la prostate peut se répéter dans les familles. Si un parent au premier degré (c'est-à-dire père ou frère) présente des antécédents de cancer de la prostate, le propre risque de contracter la maladie est plus élevé. Ce risque augmente avec le nombre de parents au premier degré qui affichent des antécédents de cancer de la prostate^{6, 36, 38}. Les hommes dont le frère est atteint de cancer de la prostate sont plus susceptibles de contracter la maladie que ceux dont le père est le seul membre de la famille affichant ces antécédents^{6, 36, 38}.
Origine ethnique	<ul style="list-style-type: none"> On sait que les taux d'incidence de mortalité du cancer de la prostate sont les plus faibles dans les populations asiatiques^{17, 37}. L'incidence est généralement la plus élevée chez les hommes d'origine africaine; elle est d'environ 60 % supérieure à celle des hommes blancs. Chez ces hommes, on constate une tendance à un diagnostic posé à un âge plus jeune et à des tumeurs plus agressives³⁷. Les raisons de ces différences sont inconnues, même si la susceptibilité génétique ou les facteurs liés au mode de vie peuvent jouer un rôle^{22, 39}.

Utilisation du test de l'APS

Que mesure-t-on, et pourquoi?

Cet indicateur mesure le pourcentage des hommes âgés de 35 ans et plus qui déclarent avoir subi au moins un test de l'antigène prostatique spécifique (APS) au courant de l'année écoulée, des deux dernières années ou de leur vie. L'indicateur est présenté par province et par groupe d'âge pour les données combinées de 2010 à 2013 et repose sur les données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

- Le test de l'APS peut détecter le cancer de la prostate entre cinq et douze ans avant que les hommes ne présentent des symptômes, ce qui permet un suivi et un traitement précoces⁴⁰. Cependant, le test de l'APS entraîne une augmentation de la fréquence de diagnostic des cancers de la prostate latents ou au stade précoce qui ne devraient pas nuire aux patients ou provoquer la mort. Des données provenant d'essais contrôlés à répartition aléatoire ont servi à estimer que jusqu'à 60 % des cancers de la prostate détectés grâce à l'APS sont surdiagnostiqués^{b, 42, 43}. Le traitement subséquent peut avoir des répercussions négatives sur la qualité de vie des hommes, en raison d'une dysfonction urinaire, intestinale et sexuelle permanente qui n'est pas accompagnée de l'avantage d'une mortalité réduite⁴⁴.
- Les lignes directrices canadiennes ne s'entendent pas sur l'à-propos du test de l'APS chez les hommes, sur le rôle de ce test dans l'établissement de niveaux de risque de référence et sur l'utilisation du test de l'APS pour surveiller les hommes qui courent un risque élevé^c de cancer de la prostate. Par exemple, trois organismes canadiens ont publié

Quels tests de dépistage sont actuellement administrés en vue de la détection précoce du cancer de la prostate?

- Test de l'antigène prostatique spécifique (APS) :**
Analyse de sang effectuée pour détecter les niveaux de l'antigène prostatique spécifique (une protéine). Des niveaux élevés de l'APS dans le sang peuvent indiquer le développement d'un cancer de la prostate; cependant, de nombreuses pathologies peuvent causer une élévation du niveau de l'APS, notamment une prostate hypertrophiée, une inflammation ou de récents tests médicaux sur la prostate⁴⁵.
- Examen rectal digital (ERD) :**
Examen physique servant à étudier les anomalies de la prostate et à détecter le cancer de la prostate tôt. L'intervention est effectuée par un prestataire de soins de santé qui insère un doigt ganté dans le rectum⁴⁶.

des recommandations; l'un est contre le test de l'APS, alors que les deux autres sont pour :

- Le groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP), 2014 recommande de ne pas procéder au dépistage du cancer de la prostate dans la population générale à l'aide de l'APS (c'est-à-dire chez les hommes qui n'ont jamais reçu de diagnostic de cancer de la prostate), en raison du risque accru de préjudice entraîné par le dépistage et les

^b Le terme *surdiagnostic* fait référence à la détection d'un cancer qui ne devrait pas se manifester cliniquement (c'est-à-dire causer des symptômes) chez la personne en question au cours de sa vie⁴¹.

^c On considère que les hommes qui présentent des antécédents familiaux de cancer de la prostate ou qui sont d'origine africaine courent un risque plus élevé de contracter le cancer de la prostate^{10,11}. Voir la section sur les *facteurs de risque* pour obtenir de plus amples renseignements.

tests actifs, y compris les résultats faussement positifs, le surdiagnostic, les biopsies et les traitements inutiles, et de faibles avantages⁹;

- *Cancer de la prostate Canada*, en 2013, indique que les hommes dans la quarantaine devraient établir un niveau de l'APS de référence. Toute décision concernant le dépistage du cancer de la prostate doit être prise par chaque homme individuellement et par son médecin. Plus particulièrement, les hommes qui courent un risque élevé de cancer de la prostate devraient entamer cette conversation plus tôt, avant l'âge de 40 ans¹¹;
- *L'Association des urologues du Canada (AUC)*, en 2011, recommande d'offrir le test de l'APS aux hommes âgés de plus de 50 ans dont l'espérance de vie est d'au moins dix ans, et de cesser le test après l'âge de 75 ans. L'établissement d'un niveau de référence de l'APS chez les hommes âgés de 40 à 49 ans pourrait être bénéfique. Il faudrait offrir le test de l'APS aux hommes à haut risque à partir de 40 ans¹⁰. L'Association des urologues du Canada a renforcé ses lignes directrices après la publication des nouvelles lignes directrices du GECSSP en 2014⁴⁷.
- Aucun de ces organismes ne recommande l'utilisation du test de l'APS comme outil de dépistage axé sur la population chez les hommes qui courent un risque moyen, en raison de l'absence de données probantes fiables sur les avantages d'une telle utilisation du test de l'APS. *Cancer de la prostate Canada*, l'AUC et la Société canadienne du cancer appuient un processus décisionnel éclairé, où les hommes prennent la décision de subir un test de l'APS en fonction de leurs caractéristiques et de leurs besoins individuels. Pour ce faire, ils parlent à leur médecin du risque personnel de contracter le cancer de la prostate, discutent des avantages et risques du test de l'APS et des étapes suivantes de surveillance et de traitement si une anomalie est découverte^{11, 45, 47}. De nombreuses provinces, y compris la Colombie-Britannique, l'Alberta et la Nouvelle-Écosse, appuient ce processus décisionnel éclairé⁴⁸⁻⁵⁰. Le GECSSP reconnaît également la valeur du processus décisionnel éclairé pour les hommes du groupe d'âge de 55 à 69 ans⁹.

Quels résultats a-t-on obtenus?

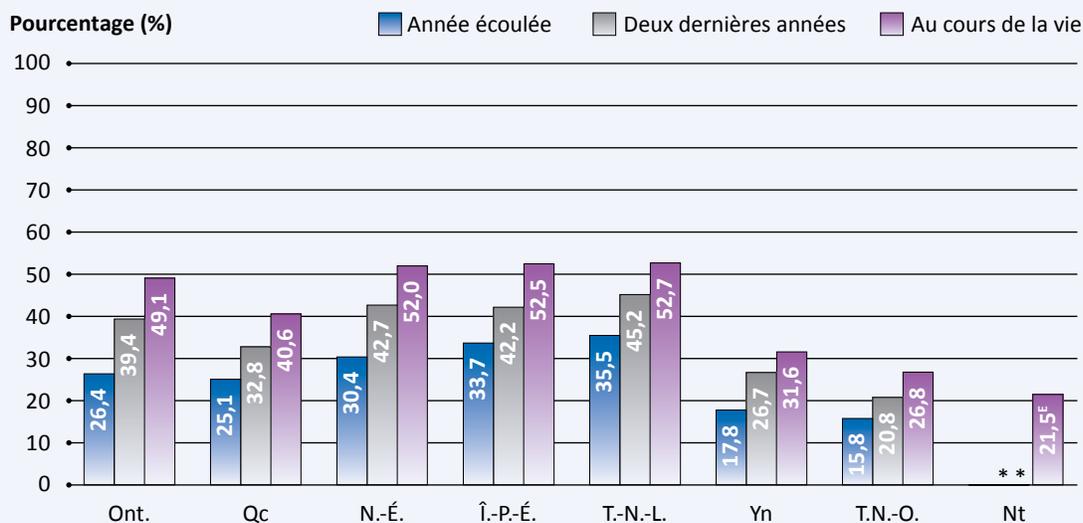
- Le pourcentage des hommes âgés de 35 ans et plus qui déclarent avoir subi un test de l'APS au cours de l'année écoulée va de 15,8 % dans les Territoires du Nord-Ouest à 35,5 % à Terre-Neuve-et-Labrador. Le pourcentage des hommes qui déclarent avoir subi un test de l'APS au cours des deux dernières années va de 20,8 % dans les Territoires du Nord-Ouest à 45,2 % à Terre-Neuve-et-Labrador. Le pourcentage des hommes qui déclarent avoir subi un test de dépistage de l'APS au cours de leur vie va de 21,5 % au Nunavut à 52,7 % à Terre-Neuve-et-Labrador (figure 1.5).
- Les hommes du groupe d'âge de 65 à 79 ans présentent le pourcentage de déclaration du test de l'APS au cours de l'année écoulée le plus élevé (50,4 %), par rapport à ceux du groupe d'âge de 50 à 64 ans (34,2 %) et à ceux du groupe d'âge de 80 ans et plus (34,1 %). On observe une tendance similaire chez les hommes qui déclarent avoir subi un test de l'APS au cours des deux dernières années : le groupe d'âge de 65 à 79 ans déclare la mise en œuvre du test la plus élevée; la plus faible se retrouve dans le groupe d'âge de 35 à 49 ans. On observe le pourcentage le plus élevé des hommes qui déclarent avoir subi un test de l'APS au cours de leur vie dans le groupe d'âge de 65 à 79 ans (78,8 %). Comme on peut s'y attendre, les hommes du groupe d'âge de 35 à 49 ans affichent le pourcentage le plus faible (18,7 %) [figure 1.6].

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les données recueillies pour cet indicateur reposent sur des répondants âgés de 35 ans et plus ceux qui déclarent avoir subi un test de l'APS pour l'une des raisons suivantes : antécédents familiaux, contrôle régulier, test systématique, âge ou origine ethnique. L'indicateur exclut le test effectué pour le suivi d'un problème, pour le suivi d'un traitement contre le cancer de la prostate et pour toute autre raison.
- Cet indicateur comprend des données tirées de quatre années combinées (2010 à 2013). Cela s'explique par le fait que les questions concernant le cancer de la prostate dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes sont facultatives (en d'autres termes, les autorités de la santé sélectionnent le contenu en fonction des priorités régionales ou provinciales). Il en découle une taille d'échantillon plus importante et des résultats plus valides.
- Les tableaux de données relatifs à cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul détaillée, présentés dans l'annexe technique complète peuvent être consultés à l'adresse rendementdusysteme.ca.

FIGURE 1.5

Pourcentage d'hommes (âgés de ≥ 35 ans) qui déclarent avoir subi au moins un test de l'APS[†] au cours de l'année écoulée, des deux dernières années ou de leur vie, par province/territoire – années de rapport 2010 à 2013 combinées



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

* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

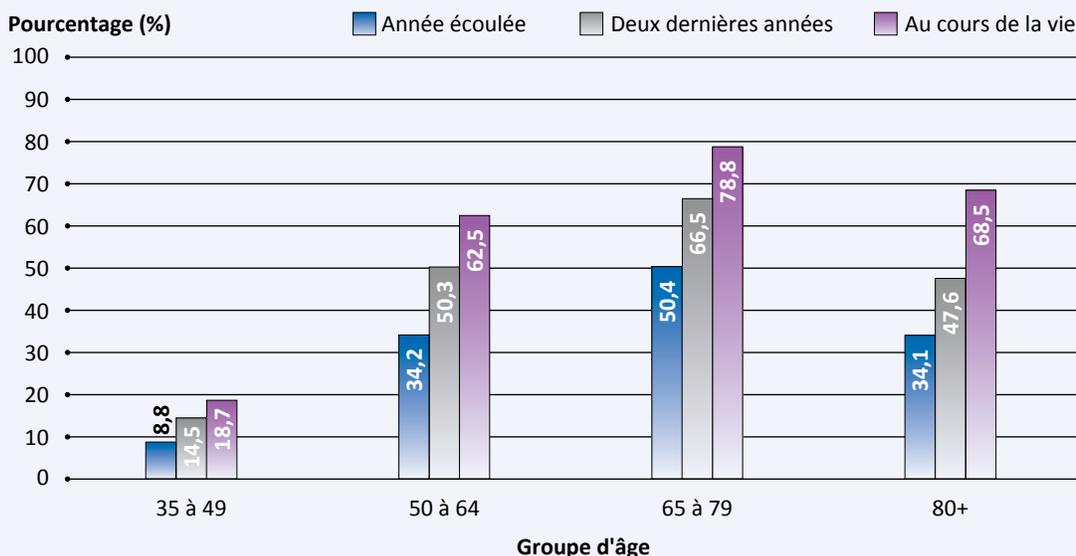
^E À interpréter avec prudence en raison de la grande variabilité des estimations.

Les données comprennent : Ont. (2011, 2012), Qc (2013), N.-É. (2010, 2011, 2012), Î.-P.-É. (2010), T.-N.-L. (2010), Yn (2010, 2013), T.N.-O. (2010, 2011, 2012, 2013), Nt (2011).

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

FIGURE 1.6

Pourcentage d'hommes (âgés de ≥ 35 ans) qui déclarent avoir subi au moins un test de l'APS[†] au cours de l'année écoulée, des deux dernières années ou de leur vie, par groupe d'âge – années de rapport 2010 à 2013 combinées



† Exclut les tests effectués en présence de symptômes.

Les données comprennent : Ont. (2011, 2012), Qc (2013), N.-É. (2010, 2011, 2012), Î.-P.-É. (2010), T.-N.-L. (2010), Yn (2010, 2013), T.N.-O. (2010, 2011, 2012, 2013), Nt (2011).

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

Que peut-on conclure des résultats?

- À l'heure actuelle, il n'existe aucun programme organisé de dépistage du cancer de la prostate axé sur la population dans aucune province canadienne, en raison de l'absence de données probantes fiables sur l'efficacité du test de l'APS axé sur la population dans la réduction de la mortalité due au cancer de la prostate. Le financement du test de l'APS varie d'une province à l'autre¹⁹. Par exemple, l'Ontario et la Colombie-Britannique ne financent pas les tests de l'APS pour les hommes qui ne manifestent aucun symptôme de cancer de la prostate⁵¹. Cela peut contribuer à la variabilité des taux de test observée dans les résultats à l'échelle du pays.
- Les différences des taux de test de l'APS d'une province et d'un territoire à l'autre peuvent également refléter la diversité des données démographiques. La structure de la population

par âge varie entre les provinces et les territoires. Par exemple, la population des provinces atlantiques est la plus vieille du pays, et affiche la plus haute proportion de personnes âgées de plus de 65 ans. Ces provinces ont également les plus hauts taux autodéclarés de test de l'APS. En revanche, les territoires, qui affichent les taux de test de l'APS les plus faibles, comprennent quelques-unes des populations les plus jeunes du Canada⁵².

- L'adoption plus élevée du test de l'APS déclarée par les hommes âgés de plus de 65 ans est prévisible, puisque le risque de cancer de la prostate augmente avec l'âge et le diagnostic survient le plus fréquemment après l'âge de 65 ans³⁷. Ces résultats sont comparables aux taux de test de l'APS selon l'âge relevés dans d'autres pays, y compris l'Australie et les États-Unis^{53, 54}.

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

- L'Alberta, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, le Québec, la Saskatchewan et les Territoires du Nord-Ouest ont adopté ou élaborent des lignes directrices ou des politiques concernant le financement, l'utilisation et la prestation du test de l'APS¹⁹.
- En 2009, le Partenariat publie une Trousse d'outils sur l'APS qui fournit des renseignements sur le test de l'APS. La trousse explique les principes du test de l'APS, les risques et les avantages potentiels, ainsi que les avenues de recherche et d'amélioration. Sur la base des données probantes existantes, le groupe d'experts qui dirige la préparation du rapport suggère de ne pas étendre le test de l'APS au-delà des pratiques actuelles²⁷.

Que sait-on d'autre?

- Deux essais contrôlés à répartition aléatoire de grande envergure ont été menés pour étudier les effets du test de l'APS annuel sur la mortalité due au cancer de la prostate : l'étude Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial (PLCO, États-Unis) et l'étude European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC, Europe). Les deux études tirent des conclusions différentes au sujet des avantages du test de l'APS, nourrissant ainsi la diversité des données probantes pouvant être interprétées. Alors que l'étude ERSPC conclut que le test de l'APS peut réduire le risque de décès attribuable au cancer de la prostate jusqu'à 21 %⁴⁰, l'étude PLCO établit que le test de l'APS n'a aucun effet sur la mortalité due au cancer de la prostate³⁰.
- L'ERD est souvent effectué conjointement avec le test de l'APS. Des données supplémentaires provenant du Partenariat (non illustrées dans le présent rapport) montrent le niveau d'utilisation de l'ERD au Canada. Le pourcentage des hommes âgés de 35 ans et plus qui déclarent avoir subi un ERD au cours de l'année écoulée va de 15,6 % dans les Territoires du Nord-Ouest à 30,0 % à l'Île-du-Prince-Édouard. On observe le pourcentage le plus élevé des hommes qui déclarent avoir subi un ERD au cours de l'année écoulée dans le groupe d'âge de 65 à 79 ans (43,1 %), suivi par le groupe d'âge de 50 à 64 ans (30,5 %).
- On étudie si certains algorithmes mathématiques peuvent servir à orienter la prise de décision des cliniciens concernant le risque posé par le cancer de la prostate. Les modèles combinent plusieurs variables, comme l'ERD, l'APS, l'âge, l'ethnie, les antécédents familiaux de cancer de la prostate et les données génétiques, afin de déterminer le risque du patient de contracter le cancer de la prostate⁵⁵⁻⁵⁷.

2. Diagnostic et stadification

Incidence propre au stade 40

Profil de risque

43



2. Diagnostic et stadification

Comme c'est le cas de la plupart des autres cancers, le diagnostic du cancer de la prostate peut comporter de nombreuses étapes. Premièrement, on découvre un problème potentiel. Il peut s'agir d'un changement des habitudes urinaires, de sang dans l'urine, d'une valeur élevée ou à la hausse de l'antigène prostatique spécifique (APS) et des constatations anormales à la suite d'un examen rectal digital (ERD). Ensuite, il faut établir le diagnostic afin de pouvoir déterminer un plan de traitement dès que possible en cas de confirmation du cancer. Ce processus fait appel à plusieurs analyses et interventions. Ces dernières comprennent habituellement une biopsie par forage conventionnelle guidée par imagerie visant à déterminer si le patient est atteint de cancer de la prostate. Les analyses et interventions de suivi comportent certains risques pour le patient.

Une fois que le pathologiste a analysé les tissus prélevés au cours de la biopsie par forage et établi un diagnostic de cancer de la prostate, on effectue la stadification et l'évaluation du niveau de risque. Même si le stade du cancer est un indicateur important de la maladie, on tient désormais compte de plusieurs autres facteurs pronostiques dans le pronostic et la planification du traitement. Les systèmes de catégorisation des risques les plus couramment utilisés reposent sur une combinaison du stade clinique T^d, des valeurs de l'APS et du score de Gleason^f.

Dans le cadre de la surveillance du système et de la mesure du rendement, le suivi des taux d'incidence du cancer de la prostate par stade et par niveau de risque peut donner un aperçu du déploiement et des répercussions potentielles des efforts de détection précoce, y compris le test de l'APS. Ces renseignements peuvent également être utiles pour déterminer les modèles de soins et les résultats des traitements.

Le présent chapitre présente des données sur l'incidence du cancer de la prostate par stade au moment du diagnostic (I, II, III et IV) et par niveau de risque (faible, modéré et élevé).

^d Les constatations concernant le stade clinique T découlent de l'examen rectal digital (ERD) ou de l'échographie transrectale (qui peut comprendre l'analyse microscopique des tissus). La stadification clinique T aide également à déterminer si le patient est un bon candidat pour certains traitements, comme la prostatectomie radicale (ablation chirurgicale de la glande prostatique), la radiothérapie externe, la curiethérapie, la cryochirurgie ou l'hormonothérapie avant le traitement.

^e L'antigène prostatique spécifique (APS) est une protéine produite à l'intérieur de la glande prostatique et sécrétée dans le sperme. L'APS se trouve principalement dans le sperme, mais il est normal de retrouver une petite quantité de l'APS dans le sang. Le test de l'APS mesure la quantité de l'APS dans le sang. Une valeur de l'APS élevée peut indiquer la présence d'un cancer au stade précoce, mais peut également mener à des analyses et à des traitements inutiles. C'est pourquoi les médecins tiennent compte des autres facteurs de risque avant de recommander un traitement précis ou une autre solution.

^f Le score de Gleason rend compte du grade de la tumeur, en particulier de l'aspect au microscope des cellules prélevées par biopsie. Un score de 2 à 6 laisse entendre un cancer de la prostate peu sévère, susceptible de connaître une croissance lente; les scores de 2 à 5 sont rarement attribués. Un score de 7 correspond à une tumeur de grade intermédiaire qui connaîtra une croissance modérée. Un score de 8 à 10 indique un cancer de grade élevé susceptible de connaître une croissance rapide.

Réflexions d'hommes atteints de cancer de la prostate

Cette section présente les thèmes communs qui se dégagent des groupes de discussion et des entrevues menés dans tout le Canada auprès de patients atteints de cancer de la prostate, de survivants et de soignants concernant leur expérience du cancer de la prostate. Les citations reproduites ici visent à illustrer les opinions et les expériences des participants aux groupes de discussion en fonction de questions précises qui leur ont été posées; il ne faut pas les prendre pour des conclusions généralisées. Bon nombre de ces hommes ont été recrutés par le biais de leur participation antérieure à des groupes de soutien pour les patients atteints de cancer de la prostate. Les perspectives des hommes qui ont reçu un diagnostic de cancer de la prostate, mais aucun traitement, ne sont pas représentées ici⁸.

La présence ou l'absence d'un niveau de l'APS élevé ou de constatations anormales à la suite d'un ERD semble préparer certains hommes participant aux groupes de discussion à recevoir un diagnostic de cancer de la prostate.

« Je m'y attendais un peu (...) L'urologue a décidé de faire passer une petite caméra pour [vérifier] tout ça (...) Avec l'analyse de sang (l'APS) qui était assez élevée, elle a décidé d'effectuer une biopsie, et c'est à ce moment-là qu'elle m'a dit que j'avais le cancer de la prostate, mais je m'y attendais un peu. »
participant au groupe de discussion du Québec

« J'étais bouleversé d'avoir reçu un diagnostic de cancer de la prostate. Je manifestais toutes sortes de symptômes, mais l'examen manuel [examen rectal digital] avait donné des résultats négatifs, et je ne pensais donc pas que je l'avais. Les résultats de la biopsie ont montré deux taches. » de la Nouvelle-Écosse

⁸ Pour obtenir une description plus complète des conclusions et des méthodes utilisées, veuillez lire la note particulière dans le chapitre 4 : *Approche axée sur la personne.*

Les hommes se souviennent de leurs réactions émotionnelles en apprenant la nouvelle qu'ils avaient le cancer de la prostate.

« Ça m'a porté un coup terrible lorsque j'ai reçu les résultats. » du Manitoba

« Je pensais que j'étais prêt au pire, mais lorsque le cancer a été confirmé, j'ai eu l'impression de recevoir mon arrêt de mort. Je me suis demandé ce que j'allais faire, comment j'allais le dire à ma famille, à mes amis, etc. Que faire ensuite? Où puis-je trouver de plus amples renseignements? » de l'Ontario

« Nous étions tout simplement bouleversés. Il avait 48 ans... Et tout à coup, pan, vous avez le cancer. » du Nouveau-Brunswick

« C'est le diagnostic qui est difficile (...) Vous êtes en colère, vous êtes déprimé, vous êtes triste, vous êtes anxieux, vous éprouvez toutes sortes d'émotions. Mais cela finit par se calmer, et vous vous concentrez sur le traitement. Et là, mon médecin était très rassurant. » du Québec

Même si de nombreux participants disent qu'ils ont vécu des expériences positives avec leurs prestataires de soins de santé, un homme estime que la manière dont certains cliniciens communiquent un diagnostic de cancer pourrait être améliorée.

« Je pense que les travailleurs de la santé, les travailleurs de première ligne qui doivent dire aux patients qu'ils ont le cancer (...) devraient peut-être voir moins de patients par journée, pour qu'ils ne soient pas stressés et puissent prendre le temps d'annoncer la nouvelle avec douceur. Parce qu'enfin, c'est vraiment un choc terrible, et je me souviendrai toute ma vie du moment où j'ai appris cela. » du Québec

Incidence propre au stade

Que mesure-t-on, et pourquoi?

Cet indicateur examine les taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer de la prostate non métastatique par stade au moment du diagnostic (I, II, III et IV). Seuls les hommes âgés de 35 ans et plus sont inclus, car le cancer de la prostate est extrêmement rare chez les hommes de moins de 35 ans.

- En 2010, on dispose de données sur le stade tumoral à l'échelle de la population dans neuf des 10 provinces canadiennes pour les quatre cancers les plus courants, y compris le cancer de la prostate. L'existence de ces données offre de nouvelles possibilités : on peut les utiliser pour appuyer la surveillance systémique des tendances du cancer, pour mieux mesurer le rendement du système et pour évaluer les répercussions des différences d'efforts de détection précoce et de dépistage à l'échelle du pays, en particulier sur les résultats des patients.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- Au cours de l'année de diagnostic 2010, le stade II est le stade le plus courant du cancer de la prostate dans toutes les provinces, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, où le taux d'incidence normalisé selon l'âge du stade I est le plus élevé.
- L'incidence du cancer de la prostate au stade I affiche une grande variation dans tout le pays au cours de l'année de diagnostic 2010, allant de 12,9 cas par 100 000 hommes en Colombie-Britannique à 141,0 cas par 100 000 hommes à l'Île-du-Prince-Édouard.
- L'incidence du cancer de la prostate de stade II va de 75,8 cas par 100 000 hommes en Colombie-Britannique à 164,7 cas par 100 000 hommes à Terre-Neuve-et-Labrador.

- L'incidence du cancer de la prostate au stade IV est la plus faible dans la plupart des provinces, allant de 15,3 cas par 100 000 hommes au Colombie-Britannique à 36,3 cas par 100 000 en Saskatchewan.

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Taux d'incidence normalisé selon l'âge : Les taux bruts d'incidence du cancer de la prostate sont calculés pour les hommes âgés de 35 ans et plus, normalisés selon la structure par âge de la population canadienne de 2011 (âgée de ≥ 35 ans).
- Les taux d'incidence propre au stade mesurent le nombre de diagnostics par 100 000 hommes au moment du diagnostic à chaque stade de la maladie pour un type de cancer précis.
- Lorsqu'un cas reçoit la mention *stade inconnu*, cela signifie que le diagnostic pathologique ou clinique n'est pas terminé ou que les renseignements figurant dans le dossier du patient ne suffisent pas pour déterminer le stade. Dans les données de 2010 sur l'incidence propre au stade utilisées pour cet indicateur, les cas portant la mention *stade inconnu* sont particulièrement nombreux en Colombie-Britannique : 54,9 cas par 100 000 hommes, par rapport à une fourchette de 1,4 à 16,3 cas par 100 000 hommes dans les autres provinces (cela s'explique au moins partiellement par l'absence de tout document donnant des renseignements

sur l'APS et le score de Gleason des patients qui ne sont pas envoyés à la BC Cancer Agency). Le taux élevé de *stades inconnus* peut prévenir la comparaison des taux d'incidence propre au stade entre les provinces.

- Un *stade vide* signifie que l'algorithme de stadification concertée (SC)^h n'a pas été utilisé ou a produit une erreur.
- Plusieurs facteurs peuvent expliquer la variation interprovinciale importante des taux d'incidence du stade I. Dans la 7^e édition du *Cancer Staging Manual* de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), l'ajout de l'APS et du score de Gleason a modifié la manière de stadifier le cancer de la prostate, entraînant ainsi un plus grand nombre de cas de cancer au stade I. Il est possible que certaines provinces utilisent encore la 6^e édition du *Cancer Staging Manual* de l'AJCC, et affichent donc une moindre incidence de la maladie au stade I. En outre, les provinces dans lesquelles le test de l'APS est plus fréquent devraient afficher une incidence plus élevée du cancer de la prostate au stade I.
- Les tableaux de données relatifs à cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul détaillée, présentés dans l'annexe technique complète peuvent être consultés à l'adresse rendementdusysteme.ca.

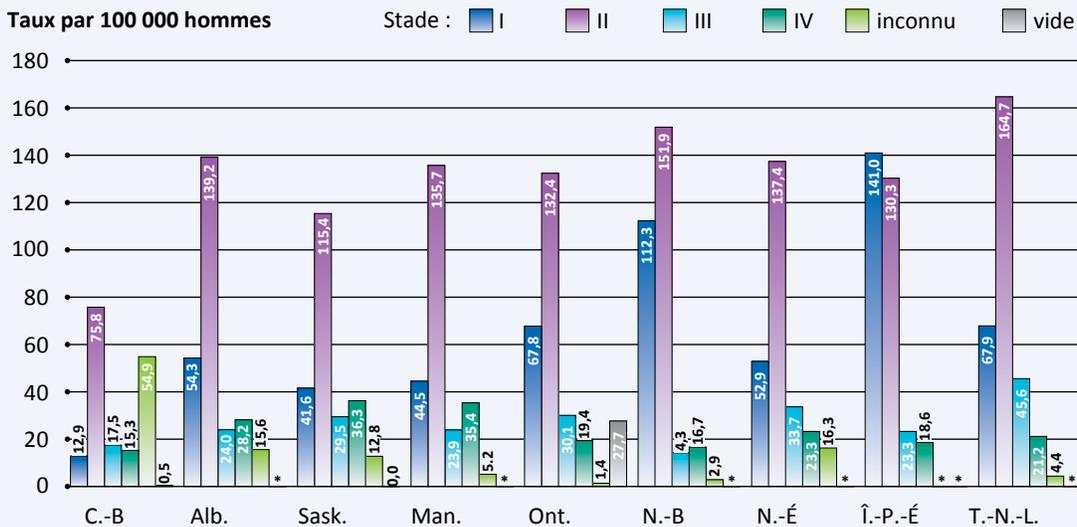
Que peut-on conclure des résultats?

- La variation interprovinciale des taux d'incidence propre au stade pourrait refléter des différences dans l'utilisation du test de l'APS d'une province à l'autre ou des problèmes liés aux données de stadification (voir *Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs*). Les provinces dont le taux de l'APS est plus élevé devraient afficher une incidence plus importante de cancer de la prostate au stade précoce. Pour pouvoir relier de façon fiable les tendances de l'incidence propre au stade aux différences des taux de test de l'APS à l'échelle du pays, nous avons besoin de données fiables sur les taux de test de l'APS pour toutes les provinces; or, ces données n'existent pas.

^h **Système de collecte de données de stadification concertée (SC)** Grâce à une méthodologie informatique précise, des codeurs formés, appelés registraires en oncologie (le titre américain est Certified Tumor Registrar), reçoivent l'accès à tous les dossiers de patients qui contiennent des constatations cliniques, ainsi qu'à tous les résultats des analyses pathologiques (c'est-à-dire des analyses de cellules ou de tissus tumoraux). Le registraire reçoit et examine les données, attribue un code et saisit les données dans les champs pertinents. Un ordinateur génère le stade approprié, mais permet également l'inclusion d'autres facteurs pronostiques. Ces renseignements sont recueillis et conservés dans les registres provinciaux du cancer.

FIGURE 2.1

Taux d'incidence propre au stade du cancer de la prostate (hommes âgés de ≥ 35 ans), par province, normalisés selon l'âge en fonction de la population de 2011 – année de diagnostic 2010



* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

Qc : Données sur le stade tumoral non disponibles en 2010.

Inconnu : Les données saisies dans l'algorithme SC ne suffisent pas à déterminer le stade.

Vide : L'algorithme SC n'a pas été utilisé ou a produit une erreur.

Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer; organismes provinciaux de lutte contre le cancer (C.-B. et Sask.)

Que sait-on d'autre?

- Il est préférable de calculer l'incidence propre au stade (c'est-à-dire le taux d'incidence de chaque stade de cancer) plutôt que d'utiliser la mesure plus commune de la distribution des stades (c'est-à-dire le pourcentage de patients qui reçoivent un diagnostic de cancer précis à chaque stade de la maladie). Cela est dû au fait que le surdiagnostic du cancer au stade précoce n'est pas toujours facilement identifiable à l'examen des données sur la distribution des stades, ce qui peut en fait nous rassurer faussement concernant la maladie au stade avancé. Par exemple, le surdiagnostic peut entraîner une réduction apparente de la proportion des cancers au stade avancé, même si les taux d'incidence réels de la maladie au stade avancé n'ont pas changé. Ce problème peut être particulièrement préoccupant pour les cancers, comme le cancer de la prostate et le cancer du sein, pour lesquels les niveaux de détection précoce et les activités de dépistage sont élevés. Si nous interprétons mal les constatations, nous pourrions nous retrouver incapables de comprendre les répercussions réelles des différences sur les efforts de lutte contre le cancer. Les taux d'incidence propre au stade ne sont pas sujets à ce type de biais d'interprétation potentiel.

Profil de risque

Que mesure-t-on, et pourquoi?

Cet indicateur examine les taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer de la prostate non métastatique par catégorie de risque (faible, modéré et élevé). L'indicateur examine également la répartition des profils de risque du cancer de la prostate par groupe d'âge. Seuls les hommes âgés de 35 ans et plus sont inclus, car le cancer de la prostate est extrêmement rare chez les hommes de moins de 35 ans.

- Même si le stade figure parmi les outils les plus utiles pour déterminer le pronostic du cancer de la prostate et les options de traitement, les systèmes de catégorisation des risques sont couramment utilisés pour évaluer les patients atteints de cancer de la prostate localisé (c'est-à-dire dont le cancer ne s'est pas propagé), car ils permettent de clarifier le pronostic et d'orienter les décisions de traitement chez ce type de patients. Les systèmes de catégorisation des risques les plus couramment utilisés pour le cancer de la prostate reposent sur une combinaison de facteurs pronostiques préalables au traitement fondés sur des données cliniques, soit la valeur de l'APS, le score de Gleason obtenu par biopsie et le stade clinique T.
- Ces trois facteurs pronostiques, qui sont combinés en une catégorie de risque plus générale pour chaque patient atteint de cancer de la prostate localisé, peuvent contribuer au suivi et à l'évaluation des modèles de soins généraux (veuillez consulter l'indicateur *Modèles de soins* dans le chapitre 3, *Traitement*).
- La catégorisation des risques peut prédire la probabilité de la réponse d'un cancer particulier au traitement et aider à déterminer le risque de récurrence de la maladie après le traitement⁵⁸.
- Pour le présent rapport, les patients atteints de cancer de la prostate non métastatique sont répartis dans trois catégories de risque en

fonction de la définition consensuelle de l'association Genitourinary Radiation Oncologists of Canada (GUROC). Le tableau 2.1 donne la liste des caractéristiques pronostiques de chaque catégorie de risque en fonction des lignes directrices de GUROC⁵⁹. (Remarque : Tous les cas de cancer de la prostate ne sont pas saisis, car les données de l'un ou de plusieurs des trois facteurs pronostiques utilisés pour calculer le risque étaient incomplètes. Veuillez consulter la section *Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs* suivante pour obtenir de plus amples renseignements.)

Quels résultats a-t-on obtenus?

- La figure 2.2 montre que la plupart des patients atteints de cancer appartiennent à la catégorie de risque faible ou modéré, mais les données laissent entendre des différences considérables dans la répartition des catégories de risque entre les provinces. Les taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer de la prostate à faible risque vont de 22,2 cas (Colombie-Britannique) à 124,6 cas (Île-du-Prince-Édouard) par 100 000 hommes. En ce qui concerne la maladie à risque modéré, les taux d'incidence vont de 57,8 cas (Colombie-Britannique) à 157,8 cas (Nouveau-Brunswick) par 100 000 hommes. En ce qui concerne le cancer de la prostate à risque élevé, les taux d'incidence sont considérablement plus faibles, allant de 44,5 cas (Nouveau-Brunswick) à 88,5 cas (Manitoba) par 100 000 hommes. On constate des variations interprovinciales moins importantes dans les taux d'incidence de la maladie à risque élevé. Cela peut s'expliquer par le fait que les variations des profils de test de l'APS ont tendance à correspondre à des différences de taux d'incidence du cancer de la prostate au stade précoce.

TABLEAU 2.1

Critères d'attribution des catégories de risque pour les cas de cancer de la prostate non métastatique basés sur la définition énoncée par l'association Genitourinary Radiation Oncologists of Canada

Catégorie de risque	Valeur de l'APS	Score de Gleason	Stade clinique T
Faible (doit afficher toutes les caractéristiques)	≤ 10 ng/mL	≤ 6	T1-T2a
Modéré (doit afficher toutes les caractéristiques si le risque n'est pas faible)	≤ 20 ng/mL	7	T1/T2
Élevé (n'importe quelle caractéristique suffit)	> 20 ng/mL	8-10	T3a-T4

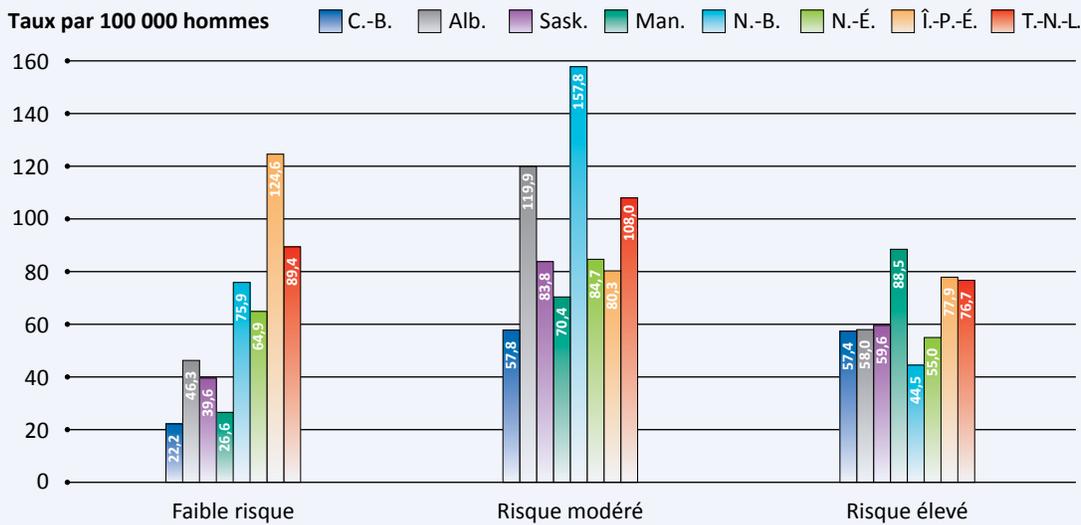
- Le Nouveau-Brunswick déclare une incidence élevée de cancer de la prostate à faible risque et à risque modéré et une faible incidence de cancers à risque élevé. L'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador déclarent les taux d'incidence de cancer à faible risque les plus élevés, mais également quelques-uns des taux d'incidence de cancer à risque élevé les plus importants (figure 2.2).
- L'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba déclarent des taux d'incidence de cancer de la prostate à faible risque relativement bas et des taux d'incidence de cancer à risque élevé relativement importants (figure 2.2). D'autres analyses sont nécessaires pour relier ces profils de façon plus définitive aux différences de taux de test de l'APS et à d'autres tests diagnostiques.
- Dans l'ensemble, la proportion de patients atteints de cancer de la prostate localisé dont la maladie présente un risque élevé au moment du diagnostic augmente avec l'âge au moment du diagnostic. La plupart (72,0 %) des hommes âgés de plus de 80 ans appartiennent à la catégorie de risque élevé, par rapport à un bien plus petit pourcentage (12,0 %) des hommes du groupe d'âge de 35 à 49 ans (figure 2.3). Il est important de noter que le cancer de la prostate est rare chez les hommes jeunes. (Veuillez consulter le chapitre 1, *Fardeau et résultats* pour obtenir des renseignements détaillés sur les taux d'incidence normalisés selon l'âge par groupe d'âge.)

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Taux d'incidence normalisé selon l'âge : Les taux bruts d'incidence du cancer de la prostate sont calculés pour les hommes âgés de 35 ans et plus, normalisés selon la structure par âge de la population canadienne de 2011 (âgée de ≥ 35 ans).
- Les patients atteints de cancer de la prostate sont regroupés dans trois catégories selon les catégories de risque consensuelles de GUROC : un faible risque fait référence à un cancer qui ne devrait pas croître ou se propager avant de nombreuses années; un risque modéré fait référence à un cancer qui ne devrait pas croître ou se propager pendant quelques années; et un risque élevé fait référence à un cancer qui devrait croître ou se propager en l'espace de quelques années⁶⁰.
- Les critères d'attribution du risque comprennent les patients atteints de cancer non métastatique seulement; par conséquent, les patients atteints de cancer métastatique sont exclus de cette analyse. Le cancer métastatique représente une petite proportion de la population totale des patients atteints de cancer de la prostate⁶¹.
- L'indicateur des facteurs de risque utilise les données de stadification concertée tirées des registres provinciaux du cancer. Trois éléments de données de stadification concertée sont utilisés pour obtenir la catégorie de risque : le facteur propre au siège 1 (valeur de l'APS), le facteur propre au siège 8 (score de Gleason) et l'extension de la stadification concertée (stade clinique T). Tous les cas ne sont pas saisis, car les données de l'un ou de plusieurs des trois facteurs pronostiques utilisés pour calculer le risque étaient incomplètes. Par exemple, 38 % des cas en Colombie-Britannique n'appartiennent à aucune catégorie de risque en raison de l'absence de renseignements sur l'APS ou le score de Gleason pour les patients qui n'ont pas été envoyés à la BC Cancer Agency. Des efforts sont actuellement entrepris en Colombie-Britannique pour régler ce problème.
- La faible incidence des cas de cancer de la prostate à faible risque dans certaines provinces pourrait être liée au nombre de cas dont le risque n'est pas déterminé dans ces provinces. Cette corrélation pourrait concerner tout particulièrement les cas à faible risque, car les données sur les trois facteurs pronostiques sont nécessaires pour attribuer un cas à la catégorie de faible risque. Toutefois, les données de l'un des trois facteurs pronostiques seulement suffisent pour attribuer un cas à la catégorie de risque élevé. Il est donc possible que la taille de la population à faible risque dans ces provinces soit sous-déclarée.
- Les tableaux de données relatifs à cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul détaillée, présentés dans l'annexe technique complète peuvent être consultés à l'adresse rendementdusysteme.ca.

FIGURE 2.2

Taux d'incidence du cancer de la prostate non métastatique (hommes âgés de ≥ 35 ans)[†], par province, par catégorie de risque, normalisés selon l'âge en fonction de la population de 2011 – année de diagnostic de 2012



Impossible à classer

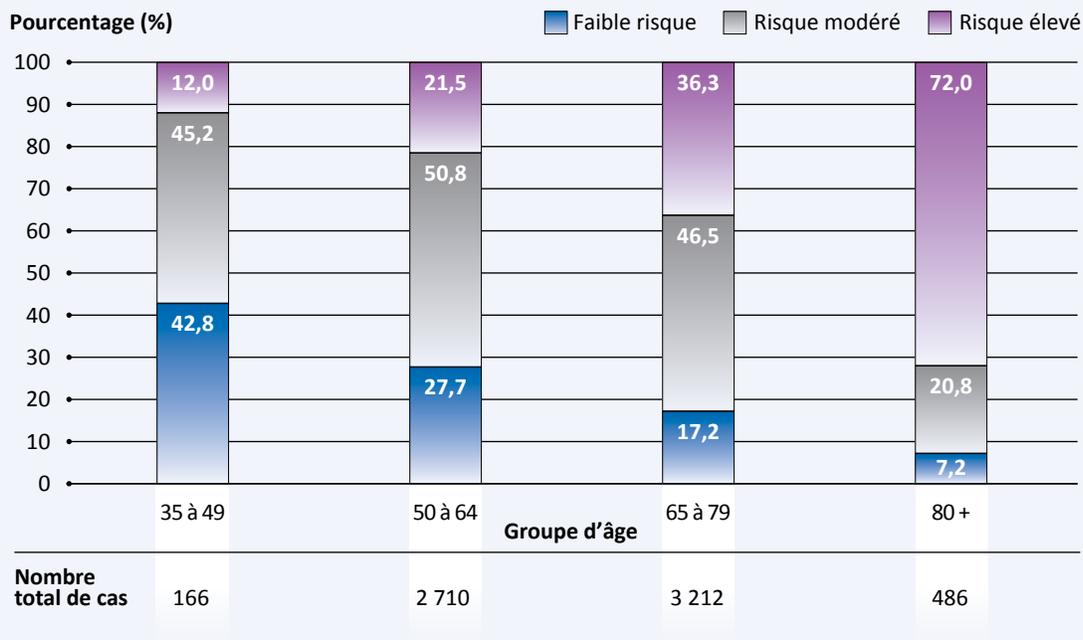
Province	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
Taux par 100 000 hommes	84,2	14,6	14,9	38,0	5,1	36,7	28,7	13,5

[†] Estimés à l'aide des données sur les catégories de risque de l'année de diagnostic 2012 et les taux d'incidence normalisés selon l'âge de 2010; veuillez consulter l'annexe technique à l'adresse rendementdusysteme.ca pour obtenir de plus amples renseignements.

Au total, 93,9 % des hommes sont atteints de cancer non métastatique; 6,1 % des cas sont métastatiques et sont exclus de l'analyse.

Source des données : Registres provinciaux du cancer et Statistique Canada, Registre canadien du cancer.

FIGURE 2.3

Répartition des cas de cancer de la prostate non métastatique (hommes âgés de ≥ 35 ans), par catégorie de risque, par groupe d'âge – année de diagnostic de 2012

Les données incluent les provinces suivantes : C.-B., Alb., Sask., Man., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L.

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

Que peut-on conclure des résultats?

- À l'année de diagnostic 2010, la stadification concertée des cas de cancer de la prostate est mise en œuvre dans neuf des 10 provinces. Comme la stadification concertée comprend plus de points de données que le système de stadification habituel anatomique « tumeur, ganglion lymphatique et métastase » (TNM, mis pour l'anglais Tumeur-Node-Metastasis), l'analyse des facteurs pronostiques importants comme l'APS et le score de Gleason devient possible. Comme ces facteurs servent à déterminer les stratégies de traitement appropriées à l'échelle du patient, l'analyse à l'échelle de la population peut permettre d'obtenir des renseignements précieux au sujet des profits de traitement généraux et des résultats des patients. Par exemple, dans la figure 2.3, l'observation selon laquelle les hommes âgés sont plus susceptibles d'appartenir à la catégorie de risque élevé peut

aider à planifier les services de soins en oncologie pour ces patients. (Il est important de noter que l'exhaustivité des données permettant d'attribuer les catégories de risque aux patients varie d'une province à l'autre; par conséquent, il est possible que les tendances observées reflètent certains problèmes liés à la qualité des données.).

- La variation interprovinciale des taux d'incidence du cancer de la prostate par catégorie de risque pourrait refléter des différences dans l'utilisation du test de l'APS d'une province à l'autre. Les provinces dont le taux de l'APS est plus élevé devraient afficher une incidence plus importante de cancer de la prostate à faible risque. Pour pouvoir relier de façon fiable les profils des catégories de risque aux différences des taux de l'APS à l'échelle du pays, nous avons besoin de données fiables sur les taux de l'APS pour toutes les provinces; or, ces données n'existent pas. (Veuillez consulter le chapitre 1, *Fardeau et*

résultats pour obtenir des renseignements détaillés sur la variation interprovinciale du financement du test de l'APS et des recommandations à cet égard.) Entre-temps, il faudrait continuer à surveiller les tendances des taux d'incidence du cancer de la prostate normalisés selon l'âge par catégorie de risque. Cela permettra de voir si un nombre plus important de patients reçoivent un diagnostic de cancer à faible risque et si cela s'accompagne d'une diminution des taux de mortalité.

- Les patients âgés sont plus susceptibles de recevoir un profil de risque élevé au moment du diagnostic (figure 2.3). Ces résultats sont comparables aux profils de risque propre à l'âge dans d'autres pays, y compris les États-Unis⁶².

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

- Les catégories de risque sont importantes pour évaluer l'utilisation appropriée des examens diagnostiques comme la scintigraphie osseuse et l'imagerie pelvienne à l'échelle du système.

Choisir avec soin^{MC}, une campagne visant à réduire les examens, les traitements et les interventions inutiles, recommande d'éviter l'utilisation systématique de l'imagerie pelvienne chez les patients atteints de cancer de la prostate à faible risque. Cette recommandation s'explique par le fait que la probabilité des métastases est faible et par le tort que peut causer aux patients les résultats faussement positifs et l'exposition aux rayonnements⁶³. Les efforts nationaux de la Suède pour réduire l'utilisation systématique de l'imagerie diagnostique chez les hommes atteints de cancer de la prostate à faible risque sont couronnés de succès, et cette expérience pourrait orienter les décisions dans d'autres pays.⁶⁴

- En Ontario, une initiative appelée *Prostate Cancer Risk Stratification Proof of Concept* vise à élaborer une stratégie de collecte systématique des éléments de données nécessaires pour stratifier les cas de cancer de la prostate selon le risque. L'objectif consiste à fournir des données complètes de haute qualité au niveau du système, qui peuvent servir à orienter les modèles de traitement et les besoins en matière de services d'oncologie à l'avenir⁶⁵.

Que sait-on d'autre?

- Il existe plusieurs autres systèmes de stratification du risque qui utilisent les trois facteurs pronostiques abordés dans le présent rapport (niveau de l'APS, score de Gleason après biopsie et stade clinique T). En 1998, D'Amico et coll. proposent le système à trois groupes basé sur l'échec biochimique après le traitement principal (en d'autres termes, le niveau de l'APS des patients augmente au lieu de chuter)⁵⁸. Par la suite, l'association Genitourinary Radiation Oncologists of Canada (GUROC) publie une déclaration consensuelle et redéfinit les catégories de risque de cancer de la prostate. Les organismes de lutte contre le cancer et d'urologie, comme le National Comprehensive Cancer Network (NCCN, États-Unis), le National Institute for Health and Care Excellence (NICE, Royaume-Uni), l'American Urological Association (AUA, États-Unis) et l'Association européenne d'urologie (AEU) ont également élaboré des systèmes de stratification. Les lignes directrices du NICE s'accordent sur le système de GUROC; toutefois, l'AUA et l'AEU souscrivent au système de D'Amico⁶⁶.
- A l'avenir, il est probable que le système de stratification de GUROC sera réexaminé afin de veiller à ce qu'il soit mis à jour au moyen des données probantes les plus récentes, à ce qu'il soit pertinent sur le plan clinique et à ce qu'il reflète les pratiques en cours. Les modifications apportées au système de stratification existant peuvent rendre compte de nouvelles valeurs limites de l'APS, du nombre d'échantillons de biopsie positifs, du regroupement pronostique des grades et de l'ajout d'autres facteurs pronostiques^{66, 67}.

3. Traitement

Temps d'attente pour une intervention chirurgicale 54

Temps d'attente pour une radiothérapie 57

**Modèles de soins :
Radiothérapie et traitement chirurgical** 62

**Prostatectomie radicale :
Comparaison entre la chirurgie ouverte et la chirurgie laparoscopique** 72



3. Traitement

Ce chapitre présente les indicateurs qui mesurent les aspects importants du parcours de traitement des hommes atteints de cancer de la prostate. Nous examinons les temps d'attente pour les interventions chirurgicales et la radiothérapie, les modèles de traitement par catégorie de risque et les diverses voies d'abord utilisées pour la prostatectomie radicale, l'un des traitements les plus courants du cancer de la prostate localisé.

Une fois le diagnostic de cancer de la prostate posé, un homme se voit souvent offrir plusieurs options de traitement. Ces options sont évaluées en fonction de divers facteurs, notamment le stade et le profil de risque de sa maladie, son âge, la présence de troubles comorbides et ses préférences personnelles et considérations liées à la qualité de vie.

Le traitement du cancer de la prostate non métastatique est administré dans l'intention de le guérir. Il peut également être administré pour maîtriser les symptômes et soulager la douleur (palliation) chez les hommes atteints d'un cancer au stade avancé. Même si l'intervention chirurgicale et la radiothérapie visent à éliminer le cancer, ces traitements peuvent parfois entraîner d'autres problèmes, comme l'incontinence et la dysfonction érectile. Les effets secondaires peuvent être éphémères ou durables et peuvent avoir des répercussions négatives sur la qualité de vie des hommes.

En raison de la croissance souvent lente du cancer de la prostate et du potentiel d'effets secondaires débilissants causés par le traitement, le milieu de la lutte contre le cancer se préoccupe toujours plus du surdiagnostic et du surtraitement². Ainsi, de plus en plus, les cliniciens n'administrent un traitement définitif aux patients à faible risque que si la maladie évolue ou les symptômes s'aggravent; ces traitements comprennent les démarches appelées « surveillance active » et « attente vigilante »²⁻⁵. Veuillez consulter l'encadré *À propos de la surveillance active et de l'attente vigilante* pour obtenir de plus amples renseignements.

En général, les options de traitement recommandées par les lignes directrices pour les hommes atteints de cancer de la prostate à faible risque comprennent la surveillance active, la radiothérapie ou l'intervention chirurgicale (l'ablation de la glande prostatique par prostatectomie). Les options de traitement pour les hommes atteints de cancer de la prostate à risque modéré ou élevé comprennent l'intervention chirurgicale, la radiothérapie ou l'hormonothérapie; la surveillance active n'est pas recommandée chez ces groupes à risque élevé.

À propos de la *surveillance active* et de l'*attente vigilante*

Un nombre croissant d'hommes atteints de cancer de la prostate à faible risque sont pris en charge à l'aide de la **surveillance active**. Cette dernière comprend la surveillance des niveaux de l'antigène prostatique spécifique (APS) dans le sang tous les quelques mois, ainsi que des biopsies périodiques de la prostate et des examens rectaux, jusqu'à l'apparition de tout signe d'évolution du cancer. À ce stade, un traitement définitif est souvent instauré.

Il s'agit de l'option désormais privilégiée pour les hommes atteints de cancer de la prostate à faible risque dont l'espérance de vie est *égale* ou *supérieure à 10 ans* au moment du diagnostic². Cette option signifie que le patient évite le traitement immédiat d'une tumeur indolente (à croissance lente) tant que la maladie n'évolue pas^{3, 68}.

L'**attente vigilante**ⁱ (également appelée observation) est une autre option pour les patients dont l'espérance de vie est *inférieure à 10 ans*, principalement en raison de leur âge au moment du diagnostic (c'est-à-dire les hommes qui reçoivent le diagnostic à la fin de la soixante-dizaine ou dans la quatre-vingtaine)^{4, 5}. Cette méthode comprend une surveillance moins intensive et n'inclut pas de biopsies de surveillance. En présence de signes d'évolution de la maladie ou de symptômes, un traitement palliatif est instauré pour prendre les symptômes en charge et assurer le confort du patient. Il s'agit de l'option privilégiée pour les hommes atteints de troubles comorbides susceptibles de l'emporter sur le cancer de la prostate; en d'autres termes, il est peu probable que le cancer de la prostate entraîne une mortalité ou une morbidité importante.

Ces méthodes ont pour avantage d'éviter les effets secondaires liés au traitement, ou à tout le moins de les retarder. Les complications physiques qui peuvent découler du traitement principal comprennent l'incontinence urinaire, la dysfonction érectile et les problèmes rectaux, qui peuvent s'atténuer ou non avec le temps⁶⁹.

Les désavantages de la surveillance active et de l'attente vigilante comprennent l'anxiété du patient à l'idée de ne pas obtenir de traitement après un diagnostic confirmé de cancer, le fardeau des multiples visites de suivi, et la possibilité que le traitement à un stade ultérieur de la maladie soit plus complexe et cause davantage d'effets secondaires².

Au Canada, une grande proportion des patients atteints de cancer de la prostate subissent une intervention chirurgicale ou une radiothérapie. L'application des résultats des recherches menées dans d'autres pays au contexte canadien laisse entendre qu'environ la moitié de ces patients ne nécessitaient probablement pas un traitement immédiat et auraient pu être pris en charge en toute sécurité grâce à la surveillance active ou à l'attente vigilante^{70, 71}. Il s'agit là d'une prise de conscience importante, car la prise en charge des complications (le cas échéant) postérieures au traitement initial du cancer de la prostate peut avoir des répercussions durables sur la vie des patients. Elle impose également un fardeau considérable au système de soins de santé⁷².

ⁱ Il convient de noter que tous les organismes ou tous les médecins ne s'entendent pas sur les définitions des termes utilisés ci-dessus. Dans certains cas, la « surveillance active » et l'« attente vigilante » sont utilisées de façon interchangeable^{2, 5}. Toutefois, dans le présent rapport, nous utilisons les définitions publiées par Cancer de la prostate Canada et par l'American Cancer Society.

Réflexions d'hommes atteints de cancer de la prostate

Cette section présente les thèmes communs qui se dégagent des groupes de discussion et des entrevues menés dans tout le Canada auprès de patients atteints de cancer de la prostate, de survivants et de soignants concernant leur expérience du cancer de la prostate. Les citations reproduites ici visent à illustrer les opinions et les expériences des participants aux groupes de discussion en fonction de questions précises qui leur ont été posées; il ne faut pas les prendre pour des conclusions généralisées. Bon nombre de ces hommes ont été recrutés par le biais de leur participation antérieure à des groupes de soutien pour les patients atteints de cancer de la prostate. Les perspectives des hommes qui ont reçu un diagnostic de cancer de la prostate, mais aucun traitement, ne sont pas représentées ici.

Certains hommes participant aux groupes de discussion et aux entrevues estiment qu'en s'informant au sujet du cancer de la prostate, on a des sentiments plus positifs au sujet de ses perspectives.

« Recueillez des renseignements au sujet de cette maladie, car plus vous en lisez sur le sujet, plus vous êtes rassuré sur l'évolution du cancer de la prostate. » participant au groupe de discussion du Québec

Du point de vue des temps d'attente pour le traitement du cancer de la prostate, certains hommes n'attendent pas longtemps, alors que d'autres subissent des retards entre le diagnostic et le traitement. Les temps d'attente vont de plusieurs semaines à plusieurs mois.

« Nous avons choisi une intervention chirurgicale, qui a eu lieu cinq semaines après le diagnostic. » de l'Ontario

« [Cela m'a pris] six mois (...) Je me demande si la tumeur a évolué rapidement pendant que j'attendais mon traitement. Après cela, tout était fantastique. » de la Nouvelle-Écosse

Les participants conseillent aux hommes qui vivent des situations similaires de s'assurer de bien comprendre les différentes modalités de traitement. Les conseils prodigués comprennent l'examen de toutes les options de traitement, la compréhension des effets secondaires du traitement, la participation au processus décisionnel et le fait de s'assurer que la décision finale concernant le traitement reflète le choix du patient.

« Assurez-vous d'étudier toutes les options [de traitement] et d'en découvrir les conséquences, et ne les sous-estimez pas. » du Manitoba

« Effectuez des recherches au sujet de vos options, il y en a tant, et c'est votre choix. Vous pouvez suivre les indications de certains de vos médecins, [mais] en fin de compte, c'est à vous de décider, alors assurez-vous de faire un choix qui vous satisfera. » du Manitoba

¹ Pour obtenir une description plus complète des conclusions et des méthodes utilisées, veuillez lire la note particulière au chapitre 4 : *Approche axée sur la personne*.

Les hommes font part d'expériences mitigées en ce qui concerne le niveau de connaissances au sujet des effets secondaires potentiels à court et à long terme de leur traitement.

« Selon mon expérience, je n'ai vraiment pris connaissance des effets secondaires ou de quoi que ce soit d'autre qu'après le traitement. Alors j'ai l'impression d'avoir été trompé, en quelque sorte. On ne m'a pas offert, vous savez, des renseignements tout de suite, avant que je reçoive le traitement. » du Manitoba

« J'ai trouvé que les effets secondaires se passaient d'explication. La discussion que nous avons eue après l'opération m'a aidé à prendre la bonne décision. J'ai guéri plus vite parce qu'on m'a enlevé ma prostate. Les rayonnements m'ont fait perdre mon énergie. » du Manitoba

Certains hommes donnent des détails au sujet des effets du traitement sur leur bien-être mental, physique et émotionnel.

« Le traitement vous perturbe vraiment (...) l'esprit; il vous jette dans les ténèbres. » du Manitoba

« J'ai terminé la radiothérapie depuis quelques mois, maintenant, mais la fatigue est vraiment difficile à gérer. » du Québec

« Je prends une pilule hormonale. En ce qui concerne l'aspect sexuel, c'est à peu près fini. » de la Nouvelle-Écosse

« J'ai éprouvé une immense peur que le cancer ne revienne. J'ai 82 ans aujourd'hui (...) Si j'ai mal au genou, je pense immédiatement, est-ce que c'est le cancer? Et c'est très difficile de savoir ce qui signifie un cancer et ce qui n'en est pas. » de l'Ontario

Temps d'attente pour une intervention chirurgicale

Que mesure-t-on, et pourquoi?

Cet indicateur mesure le temps d'attente pour les hommes atteints de cancer de la prostate entre la date de prise de rendez-vous pour l'intervention chirurgicale jusqu'à la date à laquelle cette dernière se déroule. On considère que la date de prise de rendez-vous représente le point auquel le patient et le médecin conviennent que l'intervention chirurgicale est le traitement de choix et que le patient est prêt à la subir. Les résultats sont présentés pour les interventions chirurgicales survenant en 2014.

- En raison de la croissance lente de la plupart des cancers de la prostate, les temps d'attente de quelques semaines pour recevoir un traitement ne sont souvent pas susceptibles d'influer sur les résultats. Toutefois, un retard prolongé entre le soupçon de cancer et le traitement est stressant et peut mener à une anxiété excessive chez les patients et les membres de leur famille^{73,74}. Pour les gestionnaires du système et les planificateurs des soins de santé, il est essentiel de disposer de données fiables sur les temps d'attente pour les interventions chirurgicales afin d'évaluer la capacité et la demande du système et de gérer l'utilisation des ressources.
 - L'intervention chirurgicale effectuée pour supprimer le cancer de la prostate s'appelle une prostatectomie radicale (PR), qui comprend l'ablation de la glande prostatique, des tissus en avoisinants et des vésicules séminales. La principale intention de la PR est curative. Une lymphadénectomie pelvienne, qui comprend l'ablation des ganglions lymphatiques pelviens, peut également être effectuée pour améliorer le pronostic.
- La prostatectomie transurétrale (PT), où le tissu de la prostate est retiré par l'urètre, peut être effectuée en intervention palliative chez les hommes atteints de cancer de la prostate au stade avancé afin de soulager les symptômes liés à la miction².

Quels résultats a-t-on obtenus?

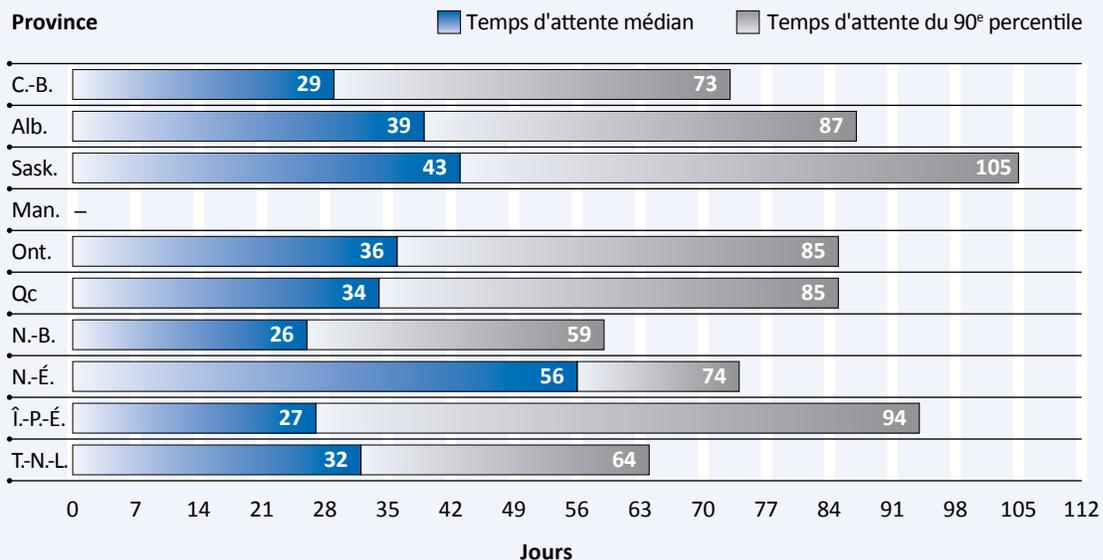
- Les temps d'attente médians entre la date de prise de rendez-vous et le jour de l'intervention vont de 26 jours au Nouveau-Brunswick à 56 jours en Nouvelle-Écosse (figure 3.1).
- On observe également une importante variation interprovinciale dans le temps d'attente du 90^e percentile (défini comme le nombre de jours après lesquels 90 % des hommes ont subi l'opération). Au Nouveau-Brunswick, 90 % des hommes subissent leur intervention dans les 59 jours de la date de prise de rendez-vous, par rapport à 105 jours en Saskatchewan.

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les résultats présentés ici reposent sur des données fournies par les provinces à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les données comprennent les hommes âgés de 18 ans et plus atteints de cancer de la prostate confirmé ou soupçonné (nouveau, récurrent, métastatique) qui subissent une intervention chirurgicale pour traiter ou prendre en charge le cancer de la prostate. Elles excluent les patients qui ne subissent qu'une biopsie, qui ne reçoivent qu'une thérapie néoadjuvante (c'est-à-dire administrée avant le traitement principal) et qui sont des cas d'urgence.
- Les définitions du cas de cancer de la prostate, de la chirurgie du cancer et de la date de début peuvent varier d'une province à l'autre. Veuillez consulter les notes en bas de page des figures et le site Web sur les temps d'attente de l'ICIS (<http://tempsdattente.icis.ca/All/prostate#year>) pour obtenir de plus amples renseignements.

FIGURE 3.1

Temps d'attente médian et du 90^e percentile entre la date de prise de rendez-vous et la date de l'intervention pour le cancer de la prostate, par province – 2014



«—» Données non disponibles.

Alb. : Inclut les biopsies comme seules interventions; inclut les jours d'indisponibilité du patient; inclut la thérapie néoadjuvante.

Sask. : N'inclut que les cas de prostatectomie radicale.

Ont. : Inclut les cas d'endoscopie.

Qc : La date de début est la date à laquelle le chirurgien signe la demande d'intervention.

Î.-P.-É. : Inclut les cas d'urgence; inclut les jours d'indisponibilité du patient.

T.-N.-L. : Exclut les cas soupçonnés.

Source des données : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Que peut-on conclure des résultats?

- Les temps d'attente peuvent être influencés par divers facteurs, notamment la catégorie de risque du cancer, l'administration ou non d'une thérapie néoadjuvante et les retards causés par le patient. Toutefois, ces facteurs ne devraient pas afficher une grande variation entre les provinces. La majorité des variations interprovinciales dans les temps d'attente pour l'intervention chirurgicale de traitement du cancer de la prostate est probablement liée aux différences de la capacité du système en ce qui concerne ces interventions (c'est-à-dire le nombre d'urologues et la disponibilité des salles d'opération et des lits de chirurgie).
- Un rapport récent publié par ICIS montre que le temps d'attente pour les interventions chirurgicales de traitement du cancer de la prostate en 2013 et en 2014 est plus long que pour le cancer de la vessie, le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du poumon⁷⁵. En raison de la croissance lente du cancer de la prostate localisé, il se peut que l'intervention chirurgicale ne soit pas considérée comme aussi urgente qu'elle l'est pour les autres cancers; par conséquent, les ressources du système pourraient être intentionnellement organisées de sorte que les interventions chirurgicales contre le cancer de la prostate soient prévues plus tard dans le temps. Cela pourrait expliquer en partie les temps d'attente plus longs.
- Il est important de noter que la période mesurée ici n'est qu'une phase du parcours du patient; d'autres points clés (par exemple, le temps écoulé entre le soupçon de cancer et le diagnostic, le temps écoulé entre le diagnostic et la décision de traiter) sont également importants lorsque l'on évalue les soins axés sur la personne et l'efficacité du système.

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

- Il n'existe actuellement aucune cible nationale relative aux temps d'attente pour l'intervention chirurgicale de traitement du cancer de la prostate, même si quelques provinces ont établi une démarche précise qui comprend des objectifs de réduction des temps d'attente. Au Manitoba, ces objectifs sont précisés pour le cancer de la tête et du cou seulement. En Ontario et en Saskatchewan, des temps d'attente cibles sont précisés pour différents niveaux de priorité (c'est-à-dire en fonction du caractère urgent). En Ontario, le 90^e percentile cible du temps d'attente pour une chirurgie du cancer est 84 jours⁷⁶.
- L'on s'efforce d'informer les patients des temps d'attente actuels pour le traitement du cancer dans leur province ou leur territoire. De nombreuses provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Ontario, Québec, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador) affichent les données sur les temps d'attente pour l'intervention chirurgicale de traitement du cancer de la prostate sur leur site Web. Par exemple, le site Web du Nouveau-Brunswick donne aux patients les renseignements sur les temps d'attente actuels dans les hôpitaux de la province tous les trimestres⁷⁷. Le site Web de la Colombie-Britannique peut afficher les temps d'attente par spécialiste⁷⁸.
- En Australie, le temps d'attente nationale moyen pour l'intervention chirurgicale de traitement du cancer de la prostate est de 42 jours; cependant, on constate des écarts importants d'un hôpital à l'autre⁷⁹. Le public peut également consulter les informations sur les temps d'attente par hôpital en ligne⁸⁰.

Temps d'attente pour une radiothérapie

Que mesure-t-on, et pourquoi?

Cet indicateur mesure les temps d'attente à compter du moment où les hommes atteints de cancer de la prostate sont prêts à être traités par radiothérapie jusqu'au début réel du traitement (en 2013). Cette mesure est exprimée sous forme de pourcentage de patients atteints de cancer de la prostate traités dans les temps d'attente cibles nationaux (28 jours), ainsi que dans les temps d'attente du 90^e percentile en jours. L'indicateur examine également les temps d'attente médians et du 90^e percentile par catégorie de risque des patients (conformément à la définition consensuelle de GUROC).

- Un retard prolongé entre le soupçon de cancer et le traitement est stressant et peut mener à une anxiété excessive chez les patients et les membres de leur famille^{73, 81}. Des temps d'attente cibles nationaux sont établis et des mécanismes provinciaux visant à réduire les temps d'attente instaurés⁸².
- Selon les lignes directrices fondées sur des données probantes, la radiothérapie est l'une des principales modalités de traitement pour les hommes atteints de cancer de la prostate à faible risque, à risque modéré et à risque élevé. Elle est couramment utilisée après une intervention chirurgicale (thérapie adjuvante) pour réduire le risque de récurrence et lorsque les rapports pathologiques indiquent des marges chirurgicales positives (en d'autres termes, des cellules cancéreuses se trouvaient au bord de la tumeur supprimée)⁸³.

- De nombreuses études montrent que les patients atteints de cancer de la prostate attendent plus longtemps avant d'obtenir une radiothérapie que les patients atteints d'autres types de cancer⁸¹. On peut s'attendre à des temps d'attente plus longs en raison de la nature du cancer de la prostate; chez de nombreux hommes, le cancer de la prostate affiche une croissance lente, de sorte que le traitement peut être considéré comme étant moins urgent que pour les autres cancers.
- L'analyse des temps d'attente pour la radiothérapie par profil de risque du cancer de la prostate peut contribuer à déterminer s'il existe des retards. Cela peut ensuite soutenir les efforts visant à optimiser les temps d'attente pour le traitement. Il est important de noter que tous les patients ne doivent pas recevoir une radiothérapie avec la même urgence.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- Les patients atteints de cancer de la prostate attendent plus longtemps pour subir une radiothérapie que les patients atteints de cancer du sein, de cancer colorectal ou de cancer du poumon dans toutes les provinces déclarantes (données non illustrées).
- Au cours de l'année de traitement 2013, le temps d'attente du 90^e percentile en Ontario pour la radiothérapie (18 jours) contre le cancer de la prostate est le plus court du pays; le temps d'attente du 90^e percentile en Colombie-Britannique est le plus long (40 jours) [figure 3.2].

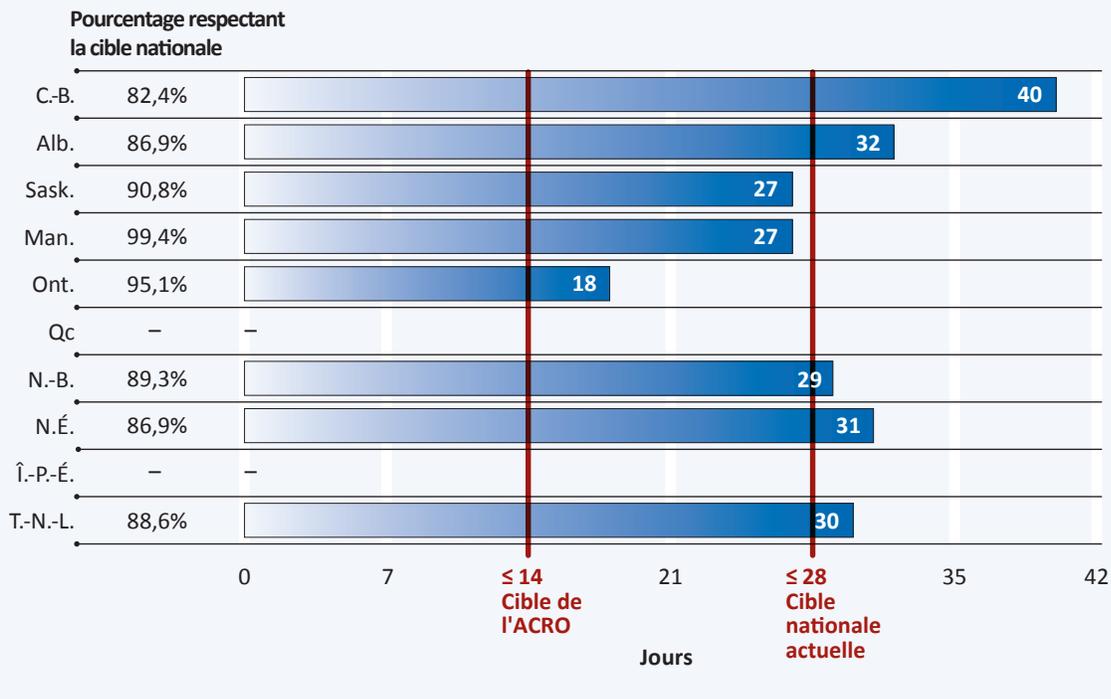
- Le pourcentage de patients atteints de cancer de la prostate traités dans les temps d'attente de référence nationaux (28 jours à compter de la date où le patient est prêt pour le traitement) va de 82,4 % à 99,4 %. Trois des huit provinces déclarantes respectent le temps d'attente cible (figure 3.2).
- Les temps d'attente du 90^e percentile de la Colombie-Britannique montrent que les priorités du calendrier de radiothérapie peuvent être basées sur les niveaux de risque des patients : les patients à risque élevé attendent moins longtemps pour commencer la radiothérapie que les patients dont le risque est jugé plus faible (figure 3.3). Toutefois, sur les cinq provinces déclarantes, la Colombie-Britannique affiche les temps d'attente du 90^e percentile les plus longs pour les patients à risque modéré et à faible risque, alors que ces temps d'attente sont les plus courts en Saskatchewan.

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les critères d'attribution du risque en fonction de la définition consensuelle de GUROC n'incluent que les patients atteints de cancer non métastatique. Cela signifie que les patients atteints de cancer métastatique sont exclus de l'analyse montrant les temps d'attente par catégorie de risque (figure 3.3). Dans les autres analyses des temps d'attente pour la radiothérapie, tous les patients atteints de cancer de la prostate (non métastatique et métastatique) sont inclus (figure 3.2).
- L'indicateur qui examine les temps d'attente médians et du 90^e percentile par catégorie de risque incluent les données sur les patients qui reçoivent un traitement au siège du cancer primitif seulement (la glande prostatique) [figure 3.3]. Les données relatives à l'indicateur des temps d'attente du 90^e percentile (pas classés par catégorie de risque) correspondent à la définition des temps d'attente provinciale, ce qui signifie qu'ils peuvent être déclarés par siège du cancer primitif (glande prostatique) ou par site de traitement (foyer métastatique) [figure 3.2].
- La désignation « prêt à traiter » marque le point de départ de l'évaluation du temps d'attente. Bien que des efforts considérables aient été consacrés à l'élaboration et à l'adoption de définitions normalisées dans ce domaine, il est toujours possible d'observer des écarts d'une province à l'autre.
- Les temps d'attente pour la radiothérapie comprennent les temps d'attente pour la radiothérapie externe ou la curiethérapie, le cas échéant.
- L'Association canadienne de radio-oncologie (ACRO) a établi une cible de 10 jours ouvrables (14 jours civils) entre le jour de la consultation ou de la demande de traitement et le début de la radiothérapie pour tous les patients atteints de cancer⁸⁴. Cette cible est illustrée dans les figures, accompagnée de la cible nationale de 28 jours.
- Les tableaux de données relatifs à cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul détaillée, présentés dans l'annexe technique complète peuvent être consultés à l'adresse rendementdusysteme.ca.

FIGURE 3.2

Temps d'attente du 90^e percentile pour la radiothérapie entre la date où le patient est prêt à être traité et le début de la radiothérapie contre le cancer de la prostate, par province – année de traitement 2013



«—» Données non disponibles.

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

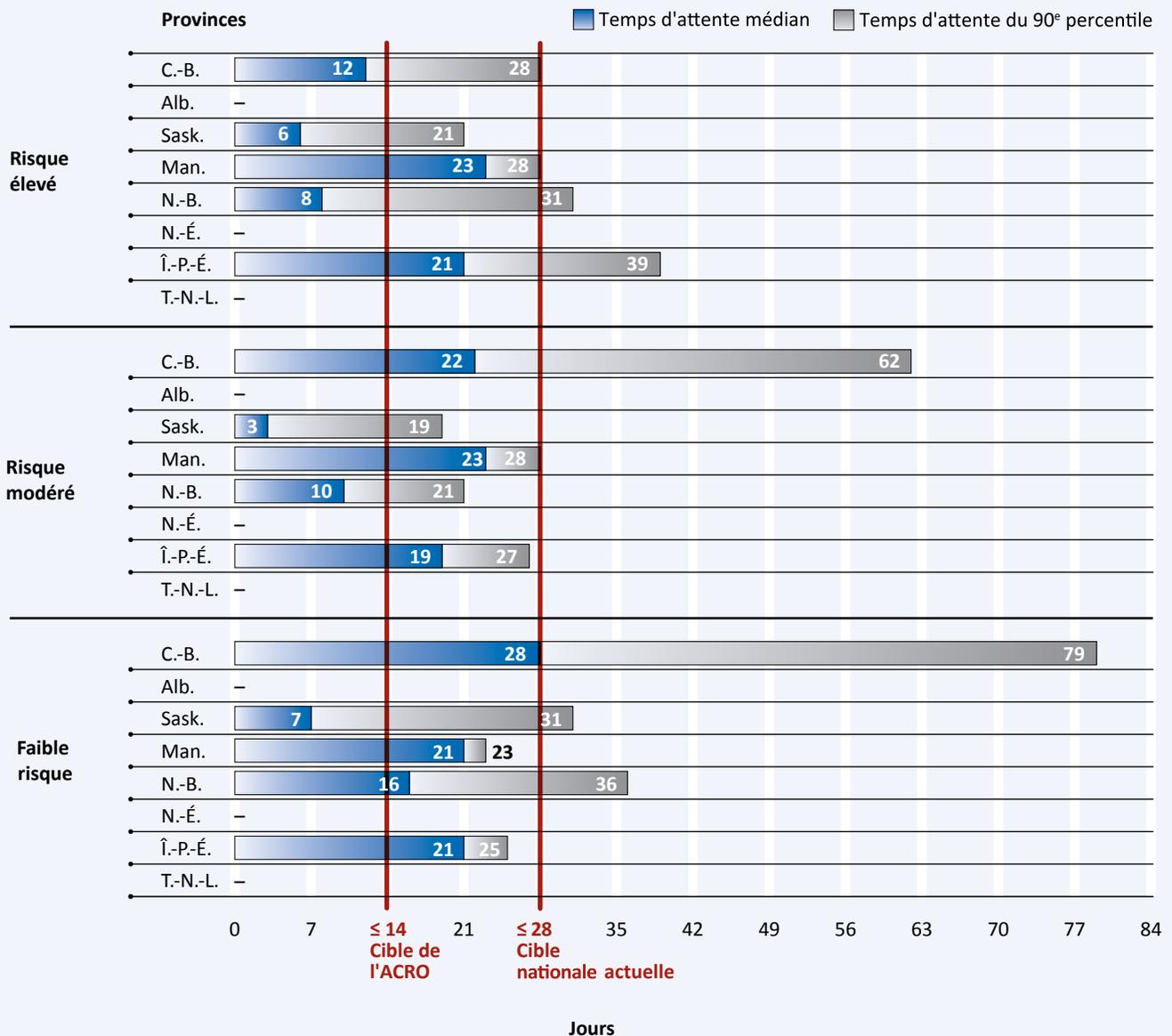
L'Association canadienne de radio-oncologie (ACRO) a établi une cible de 14 jours civils (10 jours ouvrables) entre le jour de la consultation et la première fraction de radiothérapie.

Selon la cible nationale, 90 % des patients doivent recevoir la radiothérapie dans les 28 jours à compter du moment où ils sont prêts à commencer le traitement.

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

FIGURE 3.3

Temps d'attente médians et du 90^e percentile entre la date à laquelle le patient est prêt à être traité et le début de la radiothérapie contre le cancer de la prostate, par province, par catégorie de risque – année de traitement 2013



«—» Données non disponibles.

Alb. : Il est impossible d'attribuer le groupe de risque à plus de 55 % des patients.

N.-É. : Les données sont non disponibles, en raison de renseignements incomplets sur la maladie pour les cas de 2013.

L'Association canadienne de radio-oncologie (ACRO) a établi une cible de 14 jours civils (10 jours ouvrables) entre le jour de la consultation et la première fraction de radiothérapie.

Selon la cible nationale, 90 % des patients doivent recevoir la radiothérapie dans les 28 jours à compter du moment où ils sont prêts à commencer le traitement.

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

Que peut-on conclure des résultats?

- L'examen des temps d'attente entre les provinces peut contribuer à déterminer des références potentielles. Seules trois des huit provinces déclarantes atteignent la cible de traiter 90 % des patients par radiothérapie en respectant le temps d'attente de référence national de 28 jours à compter du moment où le patient est prêt à recevoir le traitement.
- L'urgence du traitement semble être un facteur clé des temps d'attente. Une étude a été entreprise pour déterminer les retards dans le processus menant du diagnostic à la radiothérapie chez les patients atteints de cancer de la prostate qui ont reçu une radiothérapie curative à l'Odette Cancer Centre à Toronto, en Ontario⁸¹. Cette étude établit que l'intervalle de temps entre le diagnostic et l'administration de la première fraction de radiothérapie est convenablement plus court pour les patients à risque modéré et élevé (124 jours) que pour les patients du groupe à faible risque (178 jours).

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

- Le Comité directeur sur le rendement du système reconnaît que l'adoption d'une approche plus axée sur la personne pour évaluer les temps d'attente est utile; en d'autres termes, il faut aller au-delà de la mesure du temps écoulé entre le moment où le patient est prêt à être traité et le début du traitement. Le comité examine deux options : mesurer le temps écoulé entre la consultation d'un oncologue et le début du traitement, et mesurer le temps écoulé entre le diagnostic et le début du traitement. Cela nous permettrait de couvrir un segment plus étendu du parcours du patient et de relever les possibilités d'amélioration du processus. Ces options pourraient être étudiées plus à fond dans les futurs travaux sur le rendement du système.
- En 2011, une initiative de recherche commence à examiner les répercussions des temps d'attente prolongés sur le traitement des patients atteints de cancer de la prostate à risque modéré et élevé. L'étude rétrospective évalue l'effet du temps écoulé entre la biopsie de la prostate et le début du traitement sur les résultats des patients⁸⁵.

Modèles de soins : Radiothérapie et traitement chirurgical

Que mesure-t-on, et pourquoi?

Cet indicateur mesure le pourcentage de patients atteints de cancer de la prostate non métastatique, âgés de 35 ans et plus, qui reçoivent diverses formes de traitement principal, par catégorie de risque (conformément à la définition consensuelle de GUROC). Il compare les résultats de patients dont le diagnostic est posé en 2010 dans les provinces participantes. En outre, les modèles de traitement par âge du patient au moment du diagnostic (≤ 75 ans et > 75 ans) sont comparés par catégorie de risque.

- L'évaluation des modèles de soins par catégorie de risque permet aux provinces d'examiner leurs pratiques cliniques par rapport à celles d'autres provinces. Ces connaissances peuvent également aider les provinces à améliorer leur harmonisation avec les lignes directrices cliniques.
- Le type de traitement reçu par les hommes atteints de cancer de la prostate non métastatique dépend de leur catégorie de risque individuelle (risque faible, modéré ou élevé) et d'autres caractéristiques du patient, comme l'âge au moment du diagnostic, conformément aux lignes directrices du National Comprehensive Cancer Network (NCCN) [veuillez consulter la section *Profil de risque* du chapitre 2, *Diagnostic et stadification* pour lire une description des catégories de risque du cancer de la prostate]⁸³. L'analyse à l'échelle de la population peut aider à évaluer les modèles de traitement et les résultats.
- Les patients atteints de cancer de la prostate non métastatique peuvent subir un traitement principal curatif. Il peut s'agir d'une prostatectomie radicale (ablation de la glande prostatique et des tissus avoisinants) ou d'une radiothérapie, administrée avec ou sans traitement antiandrogénique (TAA)⁸³. Certains patients peuvent subir une intervention chirurgicale en association avec une radiothérapie adjuvante (c'est-à-dire administrée après l'opération). On utilise deux types de radiothérapie : la radiothérapie externe et la curiethérapie interstitielle de la prostate. Les patients atteints de cancer de la prostate peuvent également faire l'objet d'une surveillance active ou d'une attente vigilante, ce qui leur permet de retarder ou même d'éviter le traitement (veuillez consulter la rubrique *À propos de la surveillance active et de l'attente vigilante*, au début du présent chapitre).
- On sait que certains facteurs augmentent le risque de récurrence du cancer après l'ablation chirurgicale de la prostate. Ces derniers comprennent des marges de résection positives (où des cellules cancéreuses se trouvent sur les bords extérieurs de la tumeur réséquée). Les taux de marges positives chez les hommes qui subissent une intervention chirurgicale contre le cancer de la prostate vont de 10 % à 36 %^{86,87}. Les hommes qui présentent encore des marges positives après l'opération peuvent bénéficier d'une radiothérapie adjuvante. La radiothérapie peut être administrée peu de temps après l'intervention chirurgicale (dans l'année qui suit) dans le cas d'une thérapie adjuvante, ou au moment de l'élévation des niveaux de l'APS, ce que l'on appelle thérapie de sauvetage (en général plus d'une année après l'opération).

Quels résultats a-t-on obtenus?

- Les modèles de traitement principal chez les hommes atteints de cancer de la prostate non métastatique varient à l'échelle du pays, selon la catégorie de risque. Dans la plupart des provinces, la prostatectomie radicale est le traitement le plus couramment utilisé chez les hommes atteints de cancer de la prostate à faible risque (figure 3.4); la modalité de traitement principal la plus fréquente pour les patients à faible risque à l'Île-du-Prince-Édouard et en Colombie-Britannique est la radiothérapie.
- Pour les hommes du groupe à risque élevé, les modèles de traitement sont relativement différents : la radiothérapie est la modalité de traitement la plus courante.
- Chez une proportion considérable de patients à faible risque (de 41,5 % à 76,4 %) et à risque élevé (de 26,7 % à 56,6 %), les données ne comprennent aucune mention de traitement chirurgical ou de radiothérapie. Cette observation est faite principalement chez les patients à faible risque au Manitoba et à l'Île-du-Prince-Édouard et chez les patients à risque élevé au Manitoba et en Nouvelle-Écosse (figure 3.4).
- Dans l'ensemble, parmi les hommes qui subissent une intervention chirurgicale, seule une petite proportion reçoit une radiothérapie adjuvante (figure 3.4).
- Les figures 3.5 et 3.6 décrivent les modèles de traitement principal par âge du patient au moment du diagnostic et par catégorie de risque, et montrent la mesure dans laquelle l'âge du patient influe sur les décisions de traitement. En général, la plupart des hommes âgés de plus de 75 ans n'ont aucun dossier de traitement chirurgical ou de radiothérapie dans toutes les catégories de risque (figure 3.6). On constate quelques exceptions :

par exemple, la Colombie-Britannique déclare un pourcentage relativement élevé de patients âgés de plus de 75 ans qui reçoivent une forme ou une autre de traitement dans tous les groupes de risque. Ces constatations peuvent refléter un problème lié à la qualité des données sur la stadification concertée (veuillez consulter la section Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs pour obtenir de plus amples renseignements sur la manière dont les profils de risque sont obtenus).

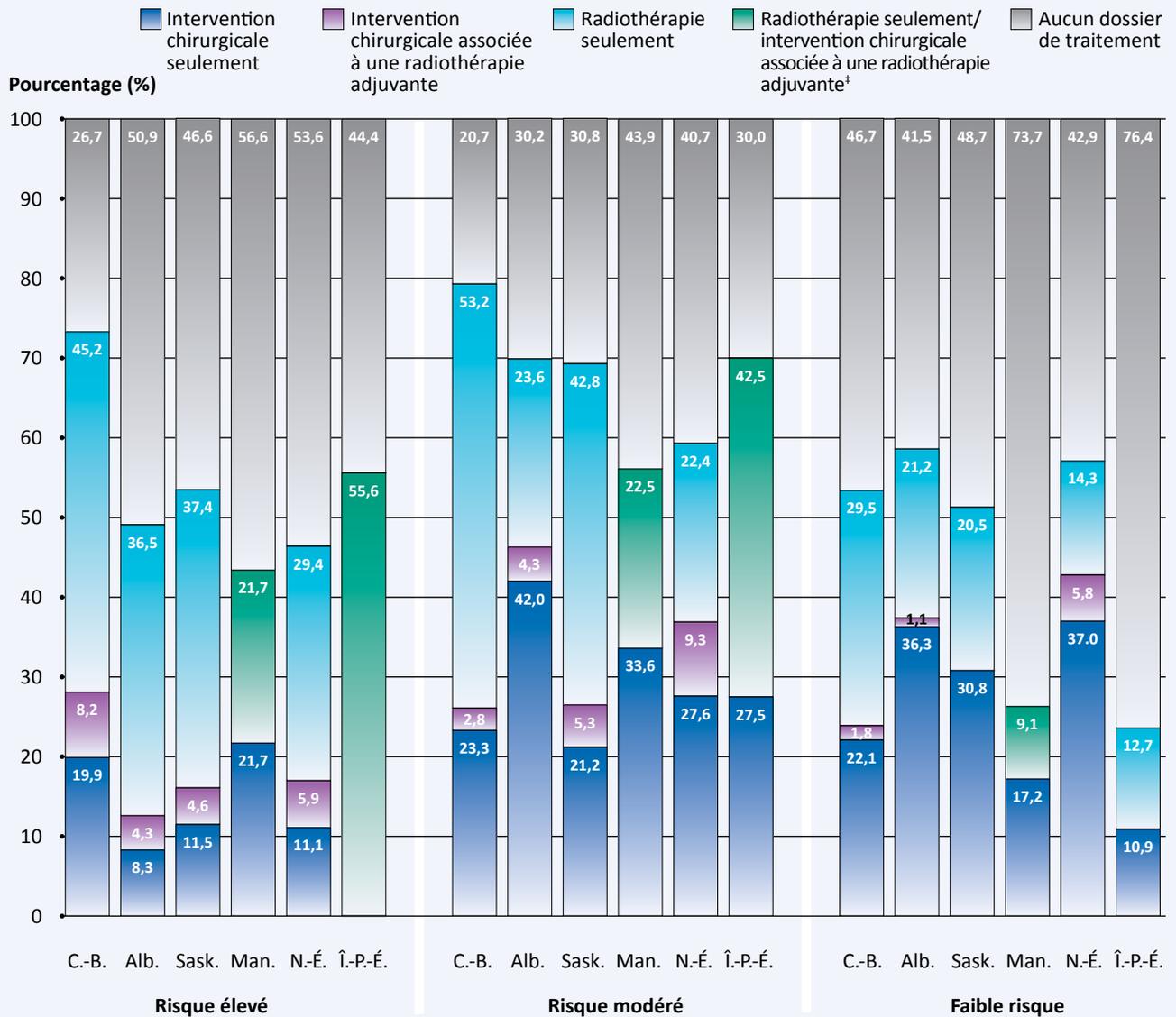
- Par rapport aux hommes des catégories de risque modéré et élevé, une proportion supérieure d'hommes à faible risque âgés de 75 ans et moins n'ont aucun dossier de traitement. L'Île-du-Prince-Édouard et le Manitoba déclarent le pourcentage le plus élevé (respectivement de 72,9 % et de 71,1 %) [figure 3.5].
- Parmi les hommes qui reçoivent une radiothérapie, les patients atteints de cancer de la prostate à faible risque sont plus susceptibles de recevoir une curiethérapie seule que les patients à risque modéré et élevé (figure 3.7). Ces constatations sont similaires aux résultats d'études antérieures⁷². On constate l'usage proportionnel le plus élevé de la curiethérapie dans le groupe à faible risque en Colombie-Britannique et le moins élevé en Saskatchewan (les données laissent entendre qu'aucun patient ne reçoit de curiethérapie en Nouvelle-Écosse pendant la période visée par cette analyse, même s'il est possible que certains patients se déplacent à l'extérieur de la province pour avoir accès à ce traitement). Presque tous les patients à risque élevé reçoivent une radiothérapie externe seule (figure 3.7).

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les modèles de traitement sont examinés pour les patients atteints de cancer de la prostate âgés de 35 ans et plus à l'aide de données recueillies par les organismes provinciaux de lutte contre le cancer.
- Les patients atteints de cancer de la prostate métastatique sont exclus de l'analyse des modèles de soins, car les catégories de risque de GUROC ne concernent que la maladie localisée.
- Les provinces ne recueillent pas de données sur les profils de risque des hommes atteints de cancer de la prostate; on a donc pris la décision de les déduire par voie statistique. Pour ce faire, on a examiné trois types de données pronostiques contenues dans divers ensembles de données administratives : le facteur propre au siège 1 (valeur de l'APS), le facteur propre au siège 8 (score de Gleason) et l'extension de la stadification concertée (stade clinique T). L'indicateur des facteurs de risque utilise les données de stadification concertée tirées des registres provinciaux du cancer. Ces renseignements sont extraits des dossiers médicaux des patients, offrant un profil de risque contemporain des patients atteints de cancer de la prostate au Canada. Tous les cas ne sont pas saisis, car les données de l'un ou de plusieurs des trois facteurs pronostiques utilisés pour calculer le risque étaient incomplètes. Dans l'ensemble, environ 2 % à 17 % des cas sont exclus en raison de données incomplètes.
- Cet indicateur examine les modèles de traitement dans l'année qui suit le diagnostic et dans l'année qui suit l'intervention chirurgicale en ce qui concerne la radiothérapie adjuvante. Cette période est plus susceptible de différencier la surveillance active du traitement principal et de saisir les patients qui reçoivent une radiothérapie adjuvante pour la première fois par rapport à ceux qui subissent une thérapie de sauvetage (c'est-à-dire un traitement administré après que le cancer n'a pas répondu à d'autres traitements).
- Conformément aux renseignements présentés dans le chapitre *Diagnostic et stadification* du présent rapport, la Colombie-Britannique présente un haut pourcentage de cas portant la mention « stade inconnu ». Il peut être impossible de déterminer la catégorie de risque de ces cas. Cela peut influencer sur la comparabilité de l'analyse des modèles de soins par catégorie de risque.
- Nous ne disposons pas des données systématiquement existantes nécessaires pour pouvoir examiner l'utilisation du traitement antiandrogénique (TAA), une forme d'hormonothérapie. De même, aucune donnée systématique n'existe concernant les démarches d'observation (c'est-à-dire la surveillance active et l'attente vigilante) ou d'autres options de traitement comme la chimiothérapie. Seules les données sur la radiothérapie externe, la curiethérapie et l'intervention chirurgicale sont disponibles pour l'indicateur des modèles de soins. Il est donc possible que les hommes qui reçoivent un diagnostic en 2010 et n'ont pas de dossier de traitement dans l'année qui suit le diagnostic soient des candidats admissibles à la surveillance active ou à l'attente vigilante; ils peuvent avoir été traités par cryothérapie ou par ultrasons focalisés de haute intensité (UFHI); on peut leur avoir prescrit la TAA seule, ou la TAA en vue d'une intervention chirurgicale ou d'une radiothérapie après une année. Il est également possible que ces hommes aient choisi de ne pas subir de traitement à cette époque.
- Les tableaux de données relatifs à cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul détaillée, présentés dans l'annexe technique complète peuvent être consultés à l'adresse rendementdusysteme.ca.

FIGURE 3.4

Pourcentage de patients atteints de cancer de la prostate (hommes âgés de ≥ 35 ans) recevant divers types de traitement[†], par catégorie de risque, par province – année de diagnostic 2010



[†] Cet indicateur examine les modèles de traitement dans l'année qui suit le diagnostic et dans l'année qui suit l'intervention chirurgicale en ce qui concerne la radiothérapie adjuvante.

[‡] Les catégories « Radiothérapie seulement » et « Intervention chirurgicale avec radiothérapie » sont combinées en raison des petits chiffres et pour éviter la divulgation par recoupement.

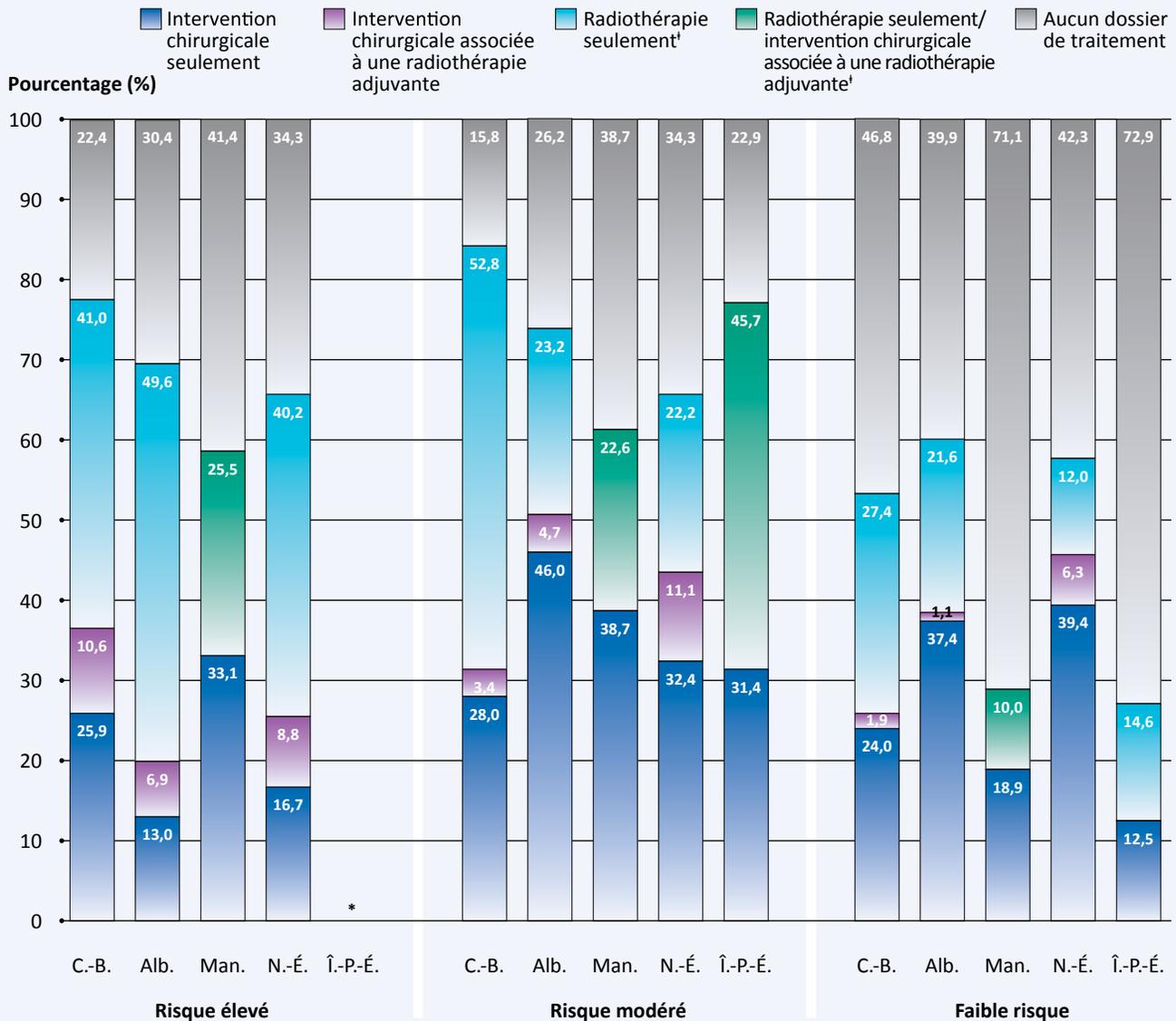
Aucun dossier de traitement peut comprendre, mais sans s'y limiter, les interventions chirurgicales autres que la prostatectomie radicale, la surveillance active, l'attente vigilante, l'hormonothérapie, la chimiothérapie et le refus de traitement du patient.

La radiothérapie inclut la radiothérapie externe et la curiethérapie. L'intervention chirurgicale comprend la prostatectomie radicale.

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

FIGURE 3.5

Pourcentage de patients atteints de cancer de la prostate recevant divers types de traitement[†], chez les hommes âgés de moins de 75 ans, par catégorie de risque, par province – année de diagnostic 2010



[†] Cet indicateur examine les modèles de traitement dans l'année qui suit le diagnostic et dans l'année qui suit l'intervention chirurgicale en ce qui concerne la radiothérapie adjuvante.

[‡] Les catégories « Radiothérapie seulement » et « Intervention chirurgicale associée à une radiothérapie adjuvante » sont combinées en raison des petits chiffres et pour éviter la divulgation par recoupement.

* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

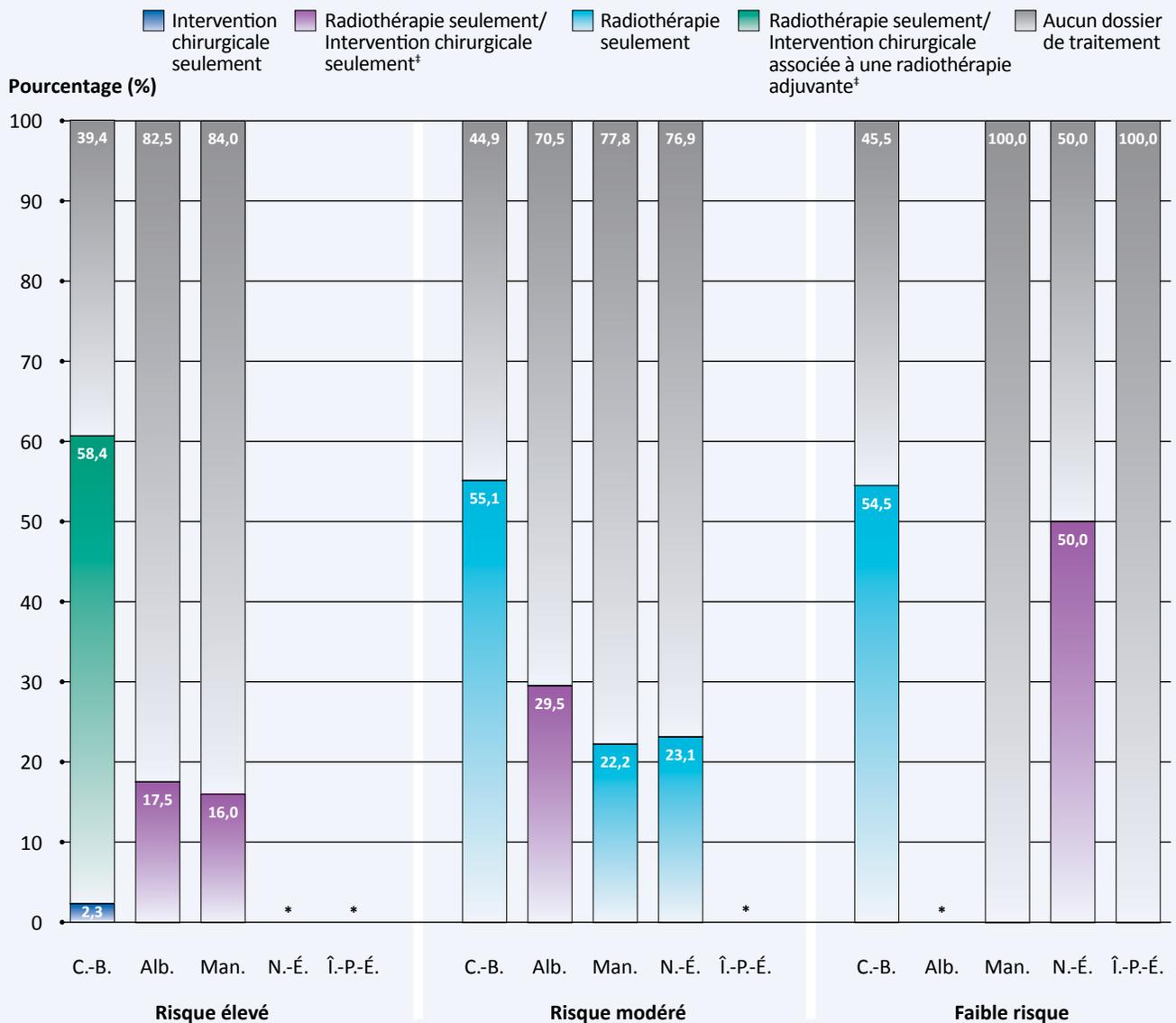
La radiothérapie inclut la radiothérapie externe et la curiethérapie. L'intervention chirurgicale comprend la prostatectomie radicale.

Aucun dossier de traitement peut comprendre, mais sans s'y limiter, les interventions chirurgicales autres que la prostatectomie radicale, la surveillance active, l'attente vigilante, l'hormonothérapie, la chimiothérapie et le refus de traitement du patient.

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

FIGURE 3.6

Pourcentage de patients atteints de cancer de la prostate recevant divers types de traitement[†], chez les hommes âgés de plus de 75 ans, par catégorie de risque, par province – année de diagnostic 2010



[†] Cet indicateur examine les modèles de traitement dans l'année qui suit le diagnostic et dans l'année qui suit l'intervention chirurgicale en ce qui concerne la radiothérapie adjuvante.

[‡] Les catégories « Radiothérapie seulement » et « Intervention chirurgicale associée à une radiothérapie adjuvante » sont combinées en raison des petits chiffres et pour éviter la divulgation par recoupement. Les catégories « Radiothérapie seulement » et « Intervention chirurgicale seulement » sont combinées pour la même raison.

* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

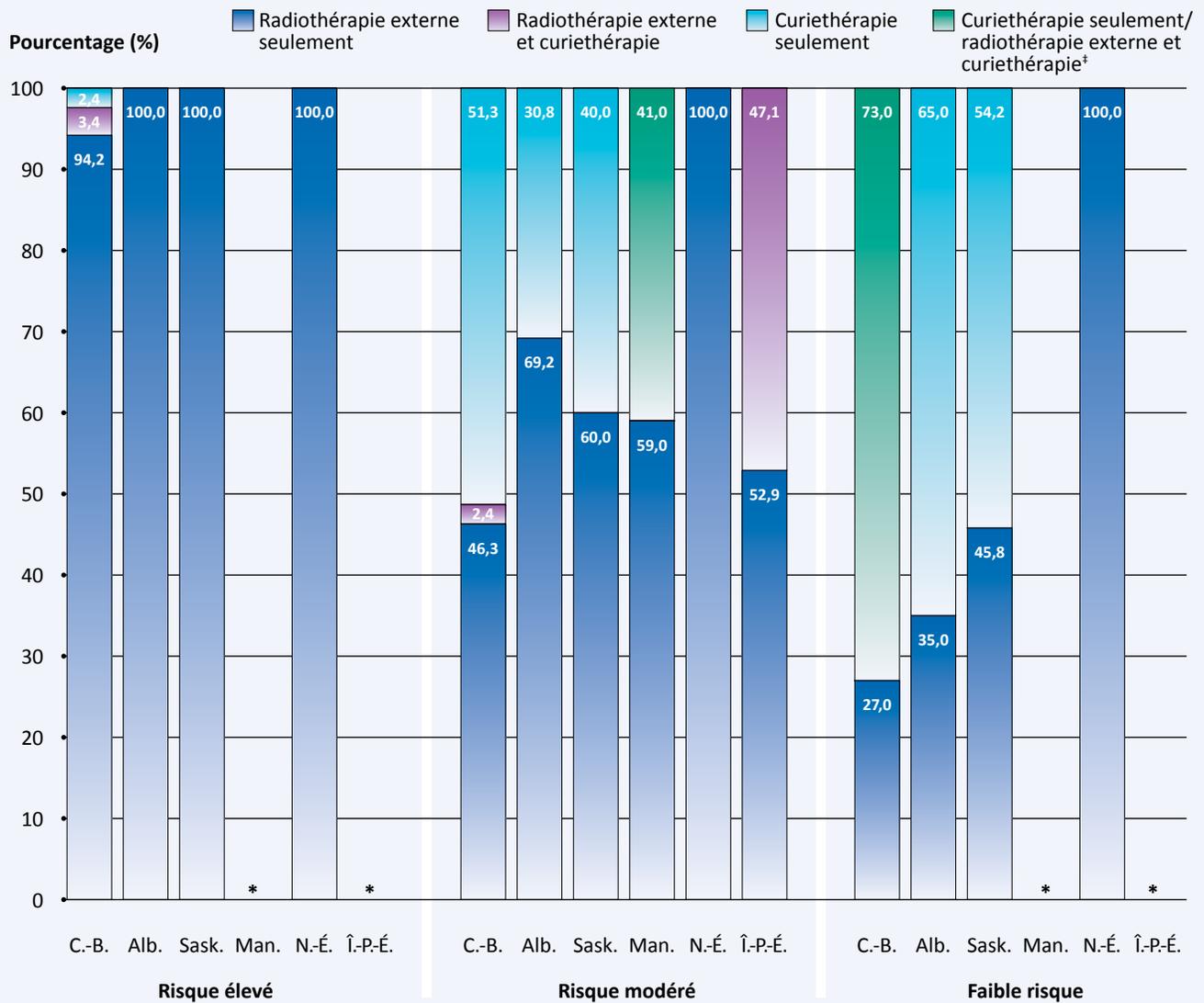
La radiothérapie inclut la radiothérapie externe et la curiethérapie. L'intervention chirurgicale comprend la prostatectomie radicale.

Aucun dossier de traitement peut comprendre, mais sans s'y limiter, les interventions chirurgicales autres que la prostatectomie radicale, la surveillance active, l'attente vigilante, l'hormonothérapie, la chimiothérapie et le refus de traitement du patient.

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

FIGURE 3.7

Pourcentage de patients atteints de cancer de la prostate (hommes âgés de ≥ 35 ans) recevant divers types de radiothérapie[†], par catégorie de risque, par province – année de diagnostic 2010



[†] Cet indicateur examine les modèles de traitement dans l'année qui suit le diagnostic et dans l'année qui suit l'intervention chirurgicale en ce qui concerne la radiothérapie adjuvante.

[‡] Les catégories « Curieithérapie seulement » et « Radiothérapie externe et curiethérapie » sont combinées en raison des petits chiffres et pour éviter la divulgation par recoupement.

* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

N.-É. : Au cours de la période visée par cette analyse, il est possible que certains patients se déplacent à l'extérieur de la province pour avoir accès à ce service.

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

Que peut-on conclure des résultats?

- Les modèles de traitement principal chez les hommes atteints de cancer de la prostate non métastatique varient selon la catégorie de risque. Les hommes atteints de cancer à faible risque sont le plus couramment traités par prostatectomie radicale, alors que les hommes atteints de cancer à risque élevé sont le plus couramment traités par radiothérapie. Ces constatations sont comparables à un examen systématique mené par Sanyal et coll. en 2013. Leur étude conclut que les patients dont le profil de risque est faible ou modéré reçoivent une prostatectomie radicale, alors que les patients dont le profil de risque est élevé reçoivent une radiothérapie⁷². Il faudrait continuer à surveiller cette variabilité des modèles de traitement chez les hommes atteints de cancer de la prostate afin d'optimiser les résultats.

PROSTATECTOMIE RADICALE

- Les taux de prostatectomie radicale varient selon la catégorie de risque du patient et l'âge au moment du diagnostic (figures 3.4, 3.5 et 3.6). Les taux de chirurgie sont les plus élevés chez les hommes de la catégorie de risque modéré (âgés de 75 ans et moins). Les taux de chirurgie sont faibles (inférieurs à 7,1 %) chez les hommes âgés de plus de 75 ans (données non illustrées).
- Des études antérieures concluent à une relation entre le volume d'interventions chirurgicales et les résultats des patients; les chirurgiens qui effectuent un nombre plus élevé de prostatectomies radicales par année sont associés à des résultats améliorés, comme des taux inférieurs de marges chirurgicales positives⁸⁸. On suggère des seuils de volume minimal annuel de prostatectomies radicales d'après la longue courbe d'apprentissage en chirurgie (il est prouvé qu'un chirurgien doit effectuer au moins 250 prostatectomies radicales pour atteindre le plateau de la courbe d'apprentissage et maximiser la lutte contre le cancer) et la nécessité d'une pratique suivie⁸⁹.

Par exemple, on propose des seuils annuels de 20 et de 50 prostatectomies radicales, mais seule une petite proportion de chirurgiens aux États-Unis et en Europe atteignent ces chiffres^{90,91}.

AUCUN DOSSIER DE TRAITEMENT (POTENTIELLEMENT SURVEILLANCE ACTIVE OU ATTENTE VIGILANTE)

- Selon les données indiquées dans le présent rapport, la plupart des hommes âgés de plus de 75 ans n'ont aucun dossier de traitement dans toutes les catégories de risque. Ce fait est le plus prononcé dans le groupe à faible risque (figure 3.6). On constate que l'âge de 75 ans est une approximation de l'espérance de vie de 10 ans; d'après les données probantes, il s'agirait du critère de traitement curatif⁸³. Cela peut expliquer le haut pourcentage de patients âgés de plus de 75 ans qui n'ont aucun dossier de traitement.
- Ces résultats sont comparables aux modèles de traitement propre à l'âge observés dans d'autres pays, y compris les États-Unis. Une récente étude américaine montre que 61 % des hommes âgés de 75 ans et plus qui reçoivent un diagnostic de cancer de la prostate ne subissent ni intervention chirurgicale ni radiothérapie⁹².
- Même s'il était impossible de saisir le pourcentage réel des patients atteints de cancer de la prostate sous surveillance active ou attente vigilante et de le reproduire ici, nous pouvons supposer qu'au moins une partie des patients atteints de cancer de la prostate à faible risque sans dossier de traitement font l'objet d'une surveillance active ou d'une attente vigilante. De même, nous pouvons supposer qu'une partie des patients à risque élevé reçoivent un TAA seul, et par conséquent apparaissent dans les données sous la rubrique « aucun dossier de traitement ». Le TAA est une thérapie générale principale pour les hommes atteints de cancer de la prostate au stade avancé; il est également utilisé comme thérapie néoadjuvante, concomitante ou adjuvante en association avec la radiothérapie chez les hommes atteints de cancer non métastatique².

RADIOTHÉRAPIE ADJUVANTE

- L'association GUROC recommande que les hommes qui subissent une prostatectomie radicale consultent un radio-oncologue peu après l'opération pour discuter des bienfaits et des risques de la radiothérapie adjuvante. Si la thérapie est jugée appropriée (les indications comprennent les marges chirurgicales positives, un score de Gleason de 8 à 10, l'extension extraprostatique ou l'invasion des vésicules séminales), la radiothérapie devrait commencer dans les six mois de l'intervention chirurgicale^{2,93}.
- Selon les résultats indiqués dans le présent rapport, seul un petit pourcentage de patients reçoit une radiothérapie adjuvante (figure 3.4). Si ces données reflètent fidèlement la pratique clinique, elles peuvent donner à penser que les chirurgiens n'envoient pas systématiquement les patients chez le radio-oncologue à la suite de l'intervention.

UTILISATION DE LA CURIETHÉRAPIE

- La curiethérapie fait appel à la pose d'une matière radioactive dans la glande prostatique, ce qui permet la libération lente et ciblée des rayonnements. L'usage de la curiethérapie varie entre les provinces participantes (figure 3.7). Cela peut rendre compte de différences dans les critères d'admissibilité d'une province à l'autre (c'est-à-dire par catégorie de risque des patients) pour le financement de curiethérapie.

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

- En Ontario, une initiative appelée *Prostate Cancer Patterns of Care Project* est en cours. Elle a pour objectif d'encourager des recommandations appropriées pour les patients atteints de cancer de la prostate, ce qui leur permet de prendre des décisions éclairées au sujet de leur traitement⁶⁵. Cela inclut l'instauration des recommandations avant le traitement et les discussions précoces sur l'à-propos des thérapies adjuvantes.
- *Choisir avec soin*^{MC} est une campagne qui vise à aider les médecins et les patients à engager la conversation au sujet des tests, des traitements et des interventions inutiles. Elle recommande aux prestataires de soins de discuter de l'option de surveillance active avant d'instaurer un traitement chez les hommes atteints de cancer de la prostate à faible risque^{95,96}. L'étude Prostate Cancer Intervention Versus Observation Trial (PIVOT) montre que la prostatectomie radicale ne présente aucun avantage par rapport à la surveillance active chez les patients atteints de cancer de la prostate à faible risque répartis aléatoirement pour recevoir soit une prostatectomie radicale, soit une surveillance active. Les taux de mortalité propres au cancer de la prostate sont de 5,8 % (chirurgie) et de 8,4 % (surveillance active). (On ne considère pas cette différence comme étant significative sur le plan statistique.)⁹⁷.
- Même si certains programmes provinciaux de curiethérapie offrent la méthode à dose intense, d'autres villes canadiennes envisagent de commencer à utiliser cette méthode, notamment St. John's, Halifax, Edmonton, Calgary et Saskatoon⁹⁴.
- *L'Initiative de production de rapports synoptiques de pathologie électroniques (IPRSPE)* financée par le Partenariat vise à faciliter la mise en œuvre de la production de rapports synoptiques électroniques concernant certains cancers, dont le cancer de la prostate. L'utilisation d'un modèle normalisé pour la production de rapports peut fournir des renseignements supplémentaires qui se révéleront utiles pour comprendre les pratiques chirurgicales, comme les variations interprovinciales des taux de marges de résection positives. À ce jour, l'IPRSPE est en place dans deux provinces (Ontario et Nouveau-Brunswick); le déploiement est effectué progressivement à certains sites de quatre autres provinces (Colombie-Britannique, Manitoba, Île-du-Prince-Édouard et Nouvelle-Écosse).

Traitement antiandrogénique (TAA)

- Aucune donnée n'est systématiquement recueillie pour permettre un examen pancanadien de l'utilisation du traitement antiandrogénique (TAA). Cette section résume une partie des connaissances actuelles au sujet de l'usage du TAA au Canada.
- Les patients atteints de cancer de la prostate au stade avancé ou métastatique sont généralement traités par TAA (hormonothérapie) et par chimiothérapie. Le TAA peut être administré avant, pendant et après la radiothérapie chez les hommes atteints de cancer de la prostate non métastatique à risque modéré et élevé afin d'améliorer les résultats par rapport à la radiothérapie administrée seule. Chez les hommes atteints de cancer métastatique, le TAA est considéré comme le traitement « de référence »⁸³.
- Dans la plupart des cas, le TAA fait appel à l'administration de médicaments (castration chimique). Plus rarement, les hommes atteints de cancer au stade avancé subissent une intervention chirurgicale appelée orchidectomie, l'ablation chirurgicale des deux testicules. Cela cesse pratiquement toute production de l'hormone mâle dont le cancer de la prostate a généralement besoin pour continuer de se développer.
- L'utilisation efficace de la radiothérapie avec l'ajout du TAA chez les patients à risque modéré et élevé est étayée par les résultats des études contrôlées à répartition aléatoire, qui montrent un bienfait clinique⁹⁸. On n'observe aucun avantage pour la survie tiré de l'association de la radiothérapie et du TAA en cas de cancer de la prostate à faible risque, de sorte qu'il faut éviter de recommander le TAA comme option de traitement à ces hommes⁸³.
- Selon un récent examen des dossiers médicaux des centres de radiothérapie pour les personnes atteintes de cancer, plus de la moitié des patients atteints de cancer de la prostate à risque élevé (54 %) et une proportion de patients à risque modéré (39 %) reçoivent un TAA⁹⁹. On estime que la majorité des hommes atteints de cancer de la prostate métastatique suivent un TAA pour ses avantages liés à la survie.
- En général, les patients atteints de cancer de la prostate répondent initialement au TAA, mais après quelques années, le traitement peut devenir insuffisant. À ce stade, on dit que le patient est « résistant à la castration ». L'étape suivante peut consister à lui faire subir une hormonothérapie ou une chimiothérapie de la nouvelle génération pour améliorer la survie et prévenir ou maîtriser la douleur¹⁰⁰.

Que sait-on d'autre?

- La thérapie focale est une option de traitement relativement nouvelle pour le cancer de la prostate, et les lignes directrices la considèrent encore comme étant « expérimentale »¹⁰¹. Comme la lumpectomie dans le cas du cancer du sein, la thérapie focale ne traite qu'une partie de la glande prostatique chez les hommes atteints de cancer de la prostate à risque faible ou modéré. Les méthodes comme la cryothérapie, la curiethérapie, les ultrasons focalisés de haute intensité et d'autres modalités sont en cours de développement pour être utilisées avec imagerie par IRM, qui guidera ces interventions focalisées. La thérapie focale pourrait s'avérer une bonne option et s'inscrire entre la surveillance active et les traitements radicaux. Cependant, l'on s'inquiète que l'utilisation de la thérapie focale contribue au surtraitement, en particulier chez les hommes qui auraient été admissibles aux démarches de prise en charge par observation (surveillance active ou attente vigilante)¹⁰².

Prostatectomie radicale : Comparaison entre la chirurgie ouverte et la chirurgie laparoscopique

Que mesure-t-on, et pourquoi?

Cet indicateur mesure le pourcentage de prostatectomies radicales par voie d'abord et par province pour l'exercice 2013-2014. La prostatectomie radicale peut être effectuée par chirurgie ouverte ou par abord laparoscopique.

- En d'autres termes, elle se déroule soit par chirurgie ouverte (le chirurgien pratique une incision dans la région de l'abdomen ou du périnée pour atteindre la glande prostatique) ou par abord laparoscopique (la glande est retirée par plusieurs petites incisions à l'aide d'instruments chirurgicaux spécialisés, et le chirurgien est dirigé par une caméra spécialisée).
- L'abord laparoscopique est une intervention plus complexe sur le plan technique, mais moins invasive pour le patient. Certaines interventions sont assistées par robot (à l'aide d'un robot Da Vinci). On appelle également cette intervention une prostatectomie laparoscopique assistée par robot (PLAR). Une telle assistance robotique donne au chirurgien une vue haute définition en trois dimensions de la zone chirurgicale, offrant un meilleur grossissement et un contrôle amélioré^{103, 104}. Cependant, la PLAR reste sujette à controverse, car il n'existe aucune donnée probante indiquant qu'elle permet de mieux lutter contre le cancer que la prostatectomie radicale par chirurgie ouverte, moins coûteuse.

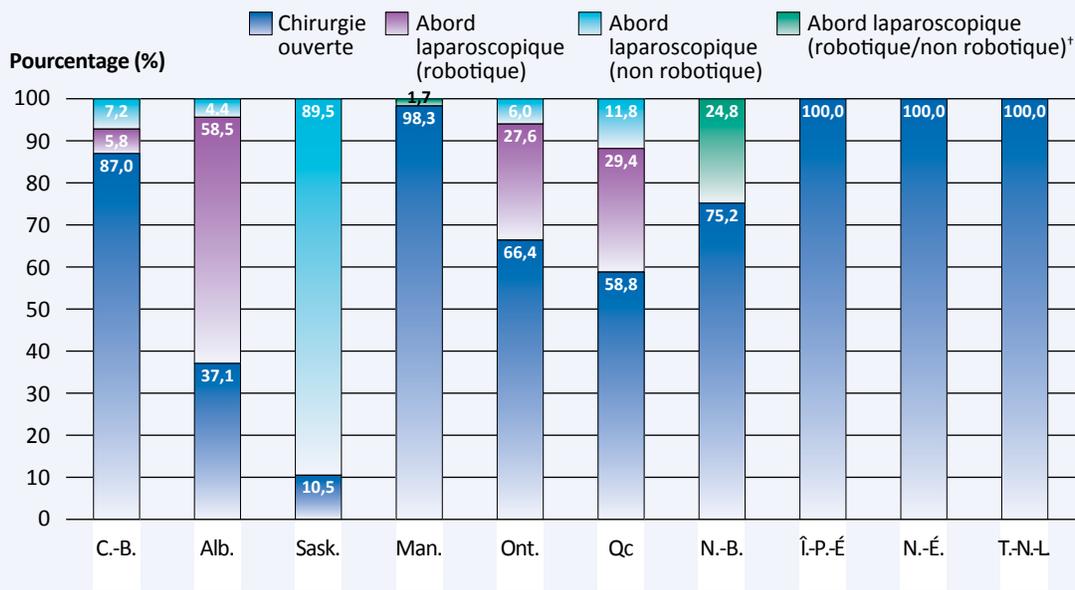
Quels résultats a-t-on obtenus?

- On constate une grande variation interprovinciale dans la voie d'abord utilisée (figure 3.8). En Saskatchewan et en Alberta, la plupart des prostatectomies radicales sont effectuées par abord laparoscopique, alors qu'en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Ontario, au Québec et en Nouveau-Brunswick, la plupart des prostatectomies radicales sont effectuées par chirurgie ouverte. À l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador, toutes les prostatectomies radicales sont effectuées par chirurgie ouverte.
- On constate également des différences marquées entre le type de technique laparoscopique utilisée (figure 3.8). Parmi les provinces qui effectuent des prostatectomies radicales laparoscopiques, l'utilisation déclarée de la technologie robotique varie. Presque toutes les prostatectomies radicales laparoscopiques effectuées en Alberta sont assistées par robot, alors que l'utilisation de cette technique varie dans les autres provinces.
- Le nombre de prostatectomies radicales effectuées par les provinces au cours de la période visée par l'étude va de 17 interventions à l'Île-du-Prince-Édouard à 2 418 interventions en Ontario.

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les résultats de l'indicateur présentés ici sont fournis par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Ils sont obtenus à partir des dossiers chirurgicaux de soins en hôpital et ambulatoires de 2013-2014 des hommes dont le diagnostic de cancer de la prostate est documenté et qui ont subi une intervention indiquant l'ablation de la prostate.
- Les résultats provinciaux sont basés sur le lieu où l'intervention chirurgicale s'est déroulée, et non pas sur le lieu de résidence du patient à ce moment.
- Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie, veuillez consulter les notes techniques du rapport Prostatectomie radicale pour le traitement du cancer de la prostate de l'ICIS (http://www.cihi.ca/web/resource/fr/prostate_surgery_technotes_fr.pdf).

FIGURE 3.8

Pourcentage de patients atteints de cancer de la prostate recevant une prostatectomie radicale, par voie d'abord, par province – exercice 2013-2014**Nombre de prostatectomies radicales effectuées, par province – exercice 2013-2014**

Total	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	Î.-P.-É.	N.-É.	T.-N.-L.
1 000	684	181	179	2 418	1 701	117	17	200	125	

* Les catégories « Laparoscopique (robotique) » et « Laparoscopique (non robotique) » sont combinées en raison des petits chiffres et pour éviter la divulgation par recoupement au N.-B. et au Man.

Source des données : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Que peut-on conclure des résultats?

- Il est évident que la technique utilisée pour la prostatectomie radicale dépend de la province dans laquelle l'intervention est effectuée. La variation indiquée ici peut s'expliquer par des différences dans les ressources du système ainsi que par les préférences du chirurgien et du patient.
- Au Canada, il semble qu'une certaine incertitude plane encore au sujet de la nécessité de préférer l'abord laparoscopique à la chirurgie ouverte. Même s'il n'existe aucune étude publiée sur les préférences des chirurgiens canadiens concernant la prostatectomie radicale, une enquête auprès de 56 résidents canadiens en urologie suivant un cours de formation en 2010 révèle que la

plupart d'entre eux ne considèrent pas la prostatectomie radicale laparoscopique comme la méthode de référence; près de la moitié de ces résidents ne sont pas certains de l'avenir de la laparoscopie assistée par robot¹⁰⁵. Cela tient peut-être au fait que les données probantes indiquent que le taux des complications associées à la prostatectomie radicale par chirurgie ouverte, lorsqu'elle est effectuée par un chirurgien chevronné, est relativement faible¹⁰⁶.

- La PLAR est associée à de forts coûts d'investissement et de fonctionnement. Un examen systématique et une méta-analyse indiquent que la PLAR coûte en moyenne 3 860 \$ de plus par patient que la chirurgie ouverte et 4 625 \$ de plus par patient que la

chirurgie laparoscopique autre que la PLAR¹⁰⁷. Parmi les provinces qui offrent la prostatectomie radicale laparoscopique, il se peut que les patients des provinces dans lesquelles la technologie assistée par robot est couverte par l'assurance maladie provinciale soient plus susceptibles de subir une PLAR. En fait, pour l'exercice 2013-2014, la province qui utilise la PLAR le plus est l'Alberta, où la prostatectomie radicale est couverte quelle que soit la voie d'abord. D'un autre côté, en Colombie-Britannique, la prostatectomie radicale assistée par robot n'est pas couverte; l'utilisation de cette méthode se révèle faible dans cette province, même si la technologie y est disponible.

- La décision d'un hôpital ou d'une province d'utiliser la technologie chirurgicale robotique a des implications sur les coûts du système, qui ont probablement influé sur les résultats provinciaux observés ici. L'achat du robot est associé à un coût d'investissement initial élevé et à des coûts d'entretien annuel importants. La rentabilité du robot Da Vinci dépend du volume des interventions chirurgicales; les résultats indiqués ici montrent que de nombreuses provinces effectuent moins de 200 interventions au total par année. Ces chiffres peuvent se stabiliser ou diminuer au fur et à mesure que la recommandation de la surveillance active chez les hommes atteints de cancer de la prostate à faible risque devient plus répandue.

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

- En 2011, il existe 11 systèmes chirurgicaux assistés par robot dans 11 hôpitaux de soins tertiaires situés dans six villes canadiennes; quatre de ces systèmes se trouvent en Alberta^{108, 109}. Le London Health Sciences Centre à London, en Ontario, est le seul centre de formation en chirurgie robotique au Canada¹¹⁰.
- En 2012, l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) publie

un rapport qui compare les données probantes actuelles sur la technologie assistée par robot pour différentes interventions, y compris la prostatectomie radicale. Le rapport comprend une évaluation de l'impact budgétaire pour les provinces et les territoires qui adoptent la technologie robotique¹⁰⁷. Même si le rapport affirme que la technologie pourrait avoir des répercussions cliniques positives sur les résultats des patients (c'est-à-dire une réduction de la perte de sang et des taux de transfusion, des séjours à l'hôpital plus courts et une réduction des marges chirurgicales positives par rapport à la prostatectomie par chirurgie ouverte), il ajoute qu'il faut surveiller la rentabilité, étant donné le coût élevé de l'achat et de l'entretien des robots¹⁰⁷.

- En 2014, le Comité consultatif ontarien des technologies de la santé de Qualité des services de santé Ontario commandite à l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) une analyse qui compare les résultats liés aux hôpitaux en Ontario à la suite d'une PLAR et d'autres types de prostatectomie radicale. L'analyse montre que les patients qui subissent une PLAR reçoivent moins de transfusions sanguines ($\leq 0,8\%$ par rapport à $11,4\%$), manifestent moins de complications liées au rétrécissement et à la contracture du col vésical (4% par rapport à $12,1\%$) et font des séjours à l'hôpital plus courts que les patients qui subissent d'autres types de prostatectomie radicale¹¹¹. Le groupe recommande la mise sur pied d'un comité directeur provincial sur les interventions chirurgicales minimalement invasives assistées par robot, chargé de prodiguer des conseils sur la collecte systématique des données liées aux résultats, de produire des rapports sur les indicateurs de rendement associés à la PLAR et de recommander la formation des chirurgiens à l'utilisation de la PLAR¹¹¹. Cependant, il faut tirer les conclusions concernant l'efficacité de la PLAR avec prudence, étant donné l'absence d'essais à répartition aléatoire et les études dont les constatations sont contradictoires.

Que sait-on d'autre?

- Selon les données des hôpitaux présentées ici, la prostatectomie radicale est de plus en plus centralisée dans les régions, mais aucune province n'a de politique en vigueur dans ce domaine. Les hôpitaux qui effectuent de grands volumes de prostatectomies radicales (de n'importe quel type) affichent des séjours hospitaliers plus courts, des taux de complications postopératoires moins élevés, des taux de problèmes urinaires à long terme autodéclarés plus bas et des taux de marges positives moins importants¹¹². Au Canada, une analyse récente menée par ICIS indique que les hôpitaux qui effectuent les plus grands volumes de prostatectomie radicale représentent plus de 60 % de ces interventions dans le pays¹¹³.
- Les études qui comparent les résultats des patients après une prostatectomie radicale par chirurgie ouverte et après une prostatectomie radicale laparoscopique établissent que les résultats sont similaires pour les deux voies d'abord^{106, 114, 115}; toutefois, des études plus récentes menées aux États-Unis montrent que l'utilisation de la prostatectomie radicale laparoscopique produit de meilleurs résultats périopératoires et postopératoires, comme une réduction de la perte de sang, des taux de transfusion sanguine moins élevés et des séjours à l'hôpital plus courts. Mais ce groupe de patients affiche également des taux d'incontinence et de dysfonction érectile postopératoires plus élevés que les patients qui subissent une prostatectomie radicale par chirurgie ouverte¹¹⁶⁻¹¹⁸.
- Il s'avère que la PLAR et la prostatectomie par chirurgie ouverte donnent des résultats comparables (du point de vue des complications postopératoires, de la réadmission à l'hôpital et du besoin de thérapies anticancéreuses additionnelles); cependant, la PLAR est également associée à un risque diminué de transfusion sanguine, à un séjour à l'hôpital plus court, à une amélioration du rétablissement de la continence urinaire et à une meilleure récupération de la fonction sexuelle, même si l'on constate également que la durée de l'opération est plus longue^{108, 116, 119-122}.
- Plusieurs études récentes révèlent de meilleurs résultats postopératoires chez les patients qui subissent une PLAR que chez les patients qui subissent d'autres interventions de prostatectomie radicale^{103, 104, 111, 123-125}. Comme l'utilisation de la technologie robotique pour la prostatectomie radicale est encore une méthode relativement nouvelle, il conviendra d'étudier les résultats à long terme.
- L'utilisation de la PLAR pourrait se traduire par des économies du point de vue des séjours hospitaliers plus courts, du nombre réduit d'interventions et du moindre besoin de médicaments liés aux complications postopératoires¹⁰³. Cependant, on est encore en droit de se demander si l'assistance robotique est rentable, même si les séjours hospitaliers sont plus courts, étant donné que chaque PLAR coûte quelques milliers de dollars de plus que l'intervention moyenne de prostatectomie radicale par chirurgie ouverte^{126, 127}.

4. Approche axée sur la personne

Satisfaction des patients concernant les soins 84

Accès à la radiothérapie palliative 93

Lieu du décès 96

Note particulière :
Réflexions de Canadiens atteints de cancer de la prostate 101



4. Approche axée sur la personne

Le diagnostic de cancer de la prostate a des répercussions significatives sur la vie d'un homme. Tout au long de son parcours face au cancer, il peut rencontrer un éventail de difficultés physiques, sociales, émotionnelles, psychologiques et pratiques, et certains effets à long terme peuvent persister des années après la fin du traitement.

Le nombre d'hommes au Canada qui ont actuellement ou ont eu le cancer de la prostate est en hausse. Cela s'explique largement par le vieillissement de la population canadienne, mais également par le fait que de nombreux hommes atteints du cancer de la prostate continuent à vivre pendant des années après le diagnostic de leur maladie. Compte tenu de ces facteurs, l'axe des soins a changé : en plus de porter attention à la qualité des soins prodigués aux hommes atteints de cancer de la prostate pendant la phase de traitement, on met de plus en plus l'accent sur la recherche de la meilleure qualité de vie possible à la suite du traitement, pendant la rémission, tout au long de la phase de survie et en fin de vie¹³⁰.

L'évaluation de la qualité des soins comprend traditionnellement des mesures d'accessibilité, de pertinence et d'efficacité des services. Mais la qualité de notre système de lutte contre le cancer dépend également de la prestation de soins centrés sur la personne et du soutien aux patients et à leur famille pendant qu'ils font face aux difficultés posées par le cancer. Parallèlement, nous ne devons pas oublier l'« équilibre entre le traitement médical optimal et les soins adaptés au patient »¹³¹.

Cette section présente les indicateurs pour lesquels des données sont disponibles, et qui peuvent nous indiquer si le système apporte des soins centrés sur la personne et s'il existe des possibilités d'amélioration.

Nous examinons premièrement les constatations tirées d'une enquête sur la satisfaction des patients, qui met l'accent sur les aspects des soins liés au soutien émotionnel, ainsi que sur les besoins d'information et de communication.

Nous présentons ensuite deux indicateurs qui évaluent les soins à l'approche de la fin de vie et en fin de vie. L'un des indicateurs est un indicateur indirect du pourcentage de patients atteints de cancer de la prostate qui reçoivent une radiothérapie palliative; l'autre examine le lieu du décès (à la maison ou à l'hôpital).

Enfin, nous présentons les conclusions de plusieurs groupes de discussion organisés pour incorporer la voix des patients au présent rapport cible sur le cancer de la prostate. Les groupes étaient composés de 47 hommes provenant de six provinces, qui avaient reçu un diagnostic de cancer de la prostate localisé ou métastatique et étaient traités pour cette maladie. Nous avons également organisé un groupe de discussion composé de trois membres de la famille des patients et leur avons demandé de raconter ce qu'ils ont vécu en voyant un parent ou un être cher recevoir un diagnostic de cancer de la prostate et un traitement à cet effet. Les citations de ces participants, qui apparaissent au début de chaque chapitre, sont incorporées ici pour rendre compte de quelques-unes des émotions et des expériences des personnes touchées par le cancer de la prostate.

Que sont les soins centrés sur la personne?

- On tente depuis quelque temps de transformer le système de santé d'un modèle qui prodigue des soins axés sur la maladie ou le prestataire à un modèle plutôt axé sur la personne¹²⁸. De tels soins sont fondés et axés sur les besoins, les valeurs et les priorités de la personne qui reçoit les soins, en respectant les paramètres de la qualité et des données probantes.
- Les principales composantes des soins centrés sur la personne sont la dignité et le respect, la communication et l'échange d'information, la collaboration et la participation¹²⁹.
- Parmi les exemples de soins centrés sur la personne, citons les examens et les rendez-vous prévus à une date et à un endroit commodes pour le patient, ainsi que la conception et l'exécution d'un plan de traitement orienté par les préférences éclairées du patient et les considérations liées à la qualité de vie.
- L'incorporation de l'approche axée sur la personne dans le système de lutte contre le cancer fait appel à la planification et à la prestation délibérées de soins qui respectent les expériences et les perspectives des personnes touchées par le cancer.

Réflexions d'hommes atteints de cancer de la prostate

Cette section présente les thèmes communs qui se dégagent des groupes de discussion et des entrevues menés dans tout le Canada auprès de patients atteints de cancer de la prostate, de survivants et de soignants concernant leur expérience du cancer de la prostate. Les citations reproduites ici visent à illustrer les opinions et les expériences des participants aux groupes de discussion en fonction de questions précises qui leur ont été posées; il ne faut pas les prendre pour des conclusions généralisées. Bon nombre de ces hommes ont été recrutés par le biais de leur participation antérieure à des groupes de soutien pour les patients atteints de cancer de la prostate. Les perspectives des hommes qui ont reçu un diagnostic de cancer de la prostate, mais aucun traitement, ne sont pas représentées ici^k.

L'un des thèmes communs qui se dégagent de bon nombre des hommes qui ont pris part aux groupes de discussion et aux entrevues est le fait que le diagnostic de cancer de la prostate touche la personne dans son ensemble. L'impact ne se limite pas aux effets physiques du traitement, mais comprend également des effets secondaires émotionnels et des changements dans les relations. Même si les participants reconnaissent que chaque homme a sa propre histoire qui devrait être entendue et respectée, bon nombre d'entre eux indiquent également qu'ils partagent certaines expériences communes.

« *Nous en sommes tous à un point différent, que nous soyons divorcés, mariés, pas intéressés (...), [mais] vous recommencez à zéro.* »
participant au groupe de discussion du Québec

Les soins centrés sur la personne reconnaissent également les besoins des familles et en tiennent compte, en particulier lorsque les membres de la famille, y compris les épouses ou les conjointes, assument le rôle de soignante. Nombreux sont les participants qui soulignent le fait que, même si le diagnostic de cancer a d'énormes répercussions sur la personne qui le reçoit, l'effet sur les membres de la famille est également très fort.

« *Et j'ai vu des hommes qui, sans leur [épouse], seraient morts, là, comme ça. C'est leur [épouse] qui prend soin d'eux.* » du Québec

« *La vie dans la chambre à coucher est indéniablement différente (...). J'ai la chance, à bien des égards, d'avoir une épouse très compréhensive et accommodante, et nous nous débrouillons.* » de l'Ontario

« *J'avais tellement de peine pour moi et [mon épouse] à cause de la perte de notre vie sexuelle (...). Nous étions si jeunes (...). J'avais l'impression que je ne pouvais pas partager ma peine avec [mon épouse] (...). C'était très profond (...) d'un jour à l'autre, cette partie de nos vies était perdue (...). Je me suis dit, où est-ce que je vais bien pouvoir trouver de l'aide, parce que mes amis ne comprennent pas?* » province non indiquée

^k Pour obtenir une description plus complète des conclusions et des méthodes utilisées, veuillez lire la note particulière figurant dans le présent chapitre.

Bon nombre des participants ayant reçu un diagnostic de cancer de la prostate parlent également du besoin et de l'effet du soutien apporté par les prestataires, la famille et les pairs. Le soutien est important au moment du diagnostic et pendant et après le traitement, mais il est parfois difficile de savoir comment trouver du soutien, en particulier au début.

« Je pensais que j'étais prêt au pire, mais lorsque le cancer a été confirmé, j'ai eu l'impression de recevoir mon arrêt de mort. Je me suis demandé ce que j'allais faire, comment j'allais le dire à ma famille, à mes amis, etc. Que faire ensuite? Où puis-je trouver de plus amples renseignements? Comment vais-je aller de l'avant? » de l'Ontario

« Dans le groupe de soutien local, j'ai rencontré des gens qui avaient vécu la même expérience. Certains n'en étaient qu'un peu plus loin que moi, mais beaucoup de possibilités (...) Je n'avais jamais rencontré ces gens et je n'aurais jamais fait leur connaissance sans le diagnostic de cancer de la prostate. » du Nouveau-Brunswick

« (...) Je n'ai jamais eu l'impression d'être seul sur mon parcours, et je ne l'ai toujours pas. » de l'Ontario

La communication efficace et l'échange d'information entre les patients, les familles et les prestataires de soins au sein du système de santé sont un autre aspect important des soins centrés sur la personne. Certains hommes indiquent combien il était important pour eux de pouvoir s'adresser à des prestataires de soins lorsqu'ils avaient des questions ou des préoccupations importantes pendant et après le traitement.

« L'oncologue (...) continuait d'expliquer les choses d'une manière que je ne comprenais pas. » de l'Ontario

« [Le médecin] a pris le temps de me donner une explication détaillée sur ce dont je souffrais, de me décrire les différentes options de traitement, et j'étais rassuré. » du Québec

« Le premier oncologue que j'ai vu était évasif, [il] n'avait aucune empathie, il manquait d'organisation (...) mais le radio-oncologue m'a dit la vérité, nous avons eu un bon rapport, et nous avons pris les décisions ensemble. » de l'Ontario

Certains participants aux groupes de discussion indiquent que la coordination et la continuité des soins sont importantes à leurs yeux, en particulier parce que le patient est souvent traité dans plus d'un centre et que plus d'un professionnel de la santé participe à la prise en charge de ses effets secondaires (s'il y a lieu).

« J'ai reçu une brochure et un numéro de téléphone, et je suis arrivé à la maison (...) La brochure disait que mon équipe soignante allait prendre soin de moi (...) [Lorsque j'ai commencé à éprouver des douleurs], j'ai essayé d'appeler [l'infirmière], mais elle était en vacances. Finalement, ils m'ont rappelé, mais [cela a pris] des jours et des jours (...) J'étais réduit à faire le suivi auprès de mon équipe soignante, personne ne m'a appelé pour effectuer un suivi après l'opération. (...) J'ai pris l'initiative d'appeler mon omnipraticien (...) C'était vraiment très frustrant. » de la Nouvelle-Écosse

« Je pense que les soins de suivi sont importants et doivent être renforcés un peu plus. Je n'ai pas obtenu le numéro du résident jusqu'à ce que j'insiste et que je le demande. Lorsqu'un nouvel urologue a commencé à s'occuper de moi, on m'a dit que je recevrais un [rendez-vous] lorsque l'urologue voudra me voir. » de la Nouvelle-Écosse

« Il semble que si je voulais parler à un médecin de quelque chose, il fallait que ce soit sur un sujet précis. Il m'examinait pour ma prostate, et ne parlait de rien d'autre. Un médecin aurait dû me dire : "Monsieur, quels problèmes avez-vous ces jours-ci? Pourquoi demandez-vous à subir une coloscopie maintenant, que vous n'avez pas eue depuis deux ans?" Personne ne regarde le tableau complet. » de la Nouvelle-Écosse

Lorsqu'on leur pose des questions sur les soins palliatifs et les soins en fin de vie, de nombreux hommes et les membres de leur famille estiment que ce sujet ne les concerne pas immédiatement, et qu'ils doivent se concentrer principalement sur leur traitement. Certains participants disent que leurs médecins leur ont indiqué que les taux de survie chez les hommes atteints de cancer de la prostate sont élevés; par conséquent, bon nombre d'entre eux estiment que la conversation au sujet des options de soins palliatifs est prématurée.

Ces commentaires reflètent probablement le fait qu'une petite proportion des participants seulement était atteinte de cancer de la prostate métastatique. Bon nombre d'entre eux avaient terminé le traitement et étaient en relativement bonne santé au moment des entrevues. Il convient de noter que ces points de vue sont ceux des participants, et ne reflètent pas forcément la pratique recommandée (c'est-à-dire les discussions initiales au sujet des soins palliatifs au début du processus).

« [Avec le cancer de la prostate], il y a bien des chances que vous mourriez de quelque chose d'autre. Alors je ne m'inquiète pas, je fais avec comme ça vient, et c'est un peu l'approche que j'adopte, comme quelques-uns des autres hommes. Il faut juste [garder] l'esprit positif et aller de l'avant. »

de l'Ontario

« Je ne pense pas que cela serait utile dans notre cas. » province non indiquée

« Je pense que cela aurait été effrayant. »
province non indiquée

Satisfaction des patients concernant les soins

Que mesure-t-on, et pourquoi?

Lorsque l'on prodigue des soins centrés sur la personne, il est important de reconnaître et de comprendre les besoins, les attentes et les préférences des patients et d'évaluer et de surveiller dans quelle mesure le système y répond.

Cet indicateur correspond aux scores de « satisfaction concernant les soins » déclarés par les patients (atteints de cancer de la prostate selon l'analyse des renseignements tirés de l'enquête) provenant de sept provinces dans l'enquête Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey (AOPSS). Les patients qui répondent à l'enquête ont reçu un traitement ambulatoire dans un centre de cancérologie ou un hôpital.

- Les résultats sont présentés sous forme de pourcentage d'évaluations négatives à chaque question pour chaque aspect de l'enquête. Ces aspects comprennent *le confort physique, l'information, la communication et l'éducation, la coordination et la continuité des soins, le soutien émotionnel et la qualité générale des soins*. Les résultats détaillés des aspects du *soutien émotionnel* et de *l'information, la communication et l'éducation* sont également présentés.
- Les résultats sont indiqués par évaluation négative (comme indicateur indirect de l'insatisfaction) afin de souligner les besoins non satisfaits des patients. L'intention consiste à encourager les gens à mettre l'accent sur les domaines qui présentent des possibilités d'amélioration de l'expérience du patient. L'évaluation négative est tirée de la mise en correspondance des réponses à choix multiples de l'enquête avec une catégorie « négative » (par opposition aux catégories « neutre » et « positive »). Le calcul du taux de réponse négative est expliqué dans l'annexe technique, que vous pouvez consulter à l'adresse rendementdusysteme.ca.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- Selon l'enquête AOPSS, les patients atteints de cancer de la prostate qui répondent à l'enquête sont satisfaits dans l'ensemble de la qualité générale des soins reçus au cours de leur visite; toutefois, on relève certaines préoccupations concernant des aspects précis des soins.
- L'aspect du *soutien émotionnel* reçoit l'évaluation la plus négative de tous les aspects inclus dans ce rapport. Les évaluations négatives, c'est-à-dire la proportion d'hommes qui répondent négativement à la question, vont de 8,5 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 22,9 % en Alberta (figure 4.1).
- Dans presque toutes les provinces déclarantes, l'aspect lié à *l'information, la communication et l'éducation* affiche la deuxième évaluation négative par ordre d'importance. Les résultats vont de 6,7 % en Ontario à 12,7 % en Colombie-Britannique.
- Les trois autres aspects, soit *la coordination et la continuité des soins, le confort physique et la qualité générale des soins*, obtiennent dans l'ensemble des évaluations positives dans toutes les provinces.
- Au sein de l'aspect du *soutien émotionnel*, les questions individuelles qui peuvent justifier les plus vives préoccupations sont les deux questions qui concernent la recommandation du patient à un autre prestataire pour obtenir de l'aide afin de surmonter leur anxiété et leurs craintes (figure 4.2). Parmi les répondants qui déclarent éprouver de l'anxiété et des craintes au moment du diagnostic, 15,0 % en Saskatchewan indiquent qu'ils n'ont pas été recommandés à un prestataire pour obtenir de l'aide; ce pourcentage s'établit à 70,5 % en Colombie-Britannique. Parmi les répondants qui déclarent éprouver de l'anxiété et des craintes plus tard (et au cours des six mois écoulés), bien plus de 50 % des répondants qui éprouvent de

Qu'est-ce que l'AOPSS?

- L'enquête Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey (AOPSS) est un outil d'enquête rétrospective qui évalue l'expérience générale des patients atteints de cancer qui ont reçu des services de soins contre le cancer aux centres de cancérologie ou aux hôpitaux participants, en soins ambulatoires, trois à six mois avant de répondre à l'enquête. Cet outil, qui a recours à un ensemble de questions normalisées, a été élaboré et est administré par National Research Corporation Canada (NRCC). Ce rapport comprend des données provenant de provinces qui paient NRCC pour ce service et ont consenti à fournir leurs données au Partenariat.

l'anxiété et des craintes déclarent qu'ils n'ont pas été envoyés chez un autre prestataire en vue de recevoir un soutien émotionnel; cette proportion va de 57,3 % en Ontario à 77,6 % en Alberta.

- Seuls environ 5 % des hommes atteints de cancer de la prostate qui répondent à l'enquête AOPSS disent que le diagnostic ne leur a pas été annoncé avec sensibilité. De même, parmi toutes les provinces déclarantes, le pourcentage des répondants indiquant que le personnel de l'hôpital ne s'est pas évertué à les aider à se sentir mieux pendant leur visite est inférieur à 6 %. Les résultats de nombreuses provinces sont ici supprimés, ce qui rend compte du petit nombre de réponses négatives à cette question.
- En ce qui concerne le sentiment d'être informé, en particulier concernant les changements possibles de l'état émotionnel et des relations au cours du traitement contre le cancer de la prostate et du rétablissement, dans de nombreuses provinces, plus de 20 % d'hommes donnent une évaluation négative (même si l'on constate une certaine variation dans les résultats d'une province à l'autre). De nombreux hommes affirment également qu'on ne les a pas beaucoup aidés à trouver comment s'en sortir pour payer les coûts supplémentaires liés aux soins en oncologie.
- Dans l'aspect de *l'information, de la communication et de l'éducation*, la question qui suscite les préoccupations les plus vives demande si un membre de l'équipe soignante a expliqué pourquoi le patient doit attendre son premier rendez-vous de consultation avec un spécialiste. Plus de 30 % des répondants de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse indiquent qu'ils n'ont reçu aucune explication (figure 4.3).
- Même si les résultats varient considérablement, dans certaines provinces, plus de 15 % des répondants déclarent qu'ils n'ont pas reçu des renseignements suffisants au sujet des changements possibles dans leur apparence physique, leur travail et leurs activités habituelles, leur niveau d'énergie et de fatigue et leurs besoins nutritionnels (figure 4.3).

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les patients qui répondent à l'enquête Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey (AOPSS) sont priés d'indiquer leur type de cancer primitif en le sélectionnant dans une liste qui regroupe le cancer de la prostate et le cancer des testicules. Dans les résultats présentés ici, nous n'incluons que les enquêtes dans lesquelles les répondants mentionnent qu'ils sont âgés de 50 ans et plus¹. Ce faisant, il est plus probable que la vaste majorité des répondants dont les données sont incluses ici ont reçu un diagnostic de cancer de la prostate.
- En raison des différences de méthode de collecte des données entre le Manitoba et la Colombie-Britannique, les résultats présentés ici pour ces deux provinces n'incluent que les hommes dont le diagnostic est certainement un diagnostic de cancer de la prostate (en d'autres termes, il n'est pas possible que l'enquête qui leur a été envoyée concerne le traitement du cancer des testicules).
- Même si toutes les enquêtes provinciales utilisées pour évaluer le degré de satisfaction des patients s'inspirent de l'outil de l'enquête AOPSS, les critères d'inclusion des patients peuvent varier d'une province à l'autre. Même si des progrès ont été accomplis, il reste du travail à faire pour s'assurer que les critères d'inclusion et d'exclusion sont uniformes dans tous les hôpitaux et toutes les provinces. Ce point est important si l'on souhaite comparer les résultats avec exactitude au sein des provinces et d'une province à l'autre. Veuillez consulter le site rendementdusysteme.ca pour obtenir une description de tout écart par rapport à ces critères; il faut en tenir compte pour interpréter les résultats.
- Selon la province, les enquêtes sont administrées à une fréquence différente. Les résultats présentés dans ce rapport sont tirés des enquêtes menées entre 2011 et 2013; il faut faire preuve d'une certaine prudence lorsque l'on fait des comparaisons interprovinciales. Veuillez consulter le site rendementdusysteme.ca pour obtenir de plus amples renseignements.
- Les résultats provinciaux combinent les réponses de patients qui reçoivent différentes modalités de traitement (par exemple, intervention chirurgicale, radiothérapie, chimiothérapie). Même s'il est possible que les patients qui reçoivent différents types de traitement passent par des expériences différentes en ce qui concerne leurs soins, les résultats n'en tiennent pas compte.
- Tous les répondants effectuent l'enquête dans les trois à six mois de leur traitement en milieu de soins ambulatoires. Au Manitoba, en Ontario, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard, les répondants reçoivent un traitement orienté par la maladie dans les trois mois de la période de l'enquête, alors qu'en Colombie-Britannique, en Alberta et en Saskatchewan, ils sont traités dans les six mois de l'enquête.
- L'enquête recueille systématiquement des données sur les patients qui reçoivent une radiothérapie. Cependant, comme l'endroit du traitement par chimiothérapie varie d'une province à l'autre, la collecte des données concernant les patients traités par chimiothérapie

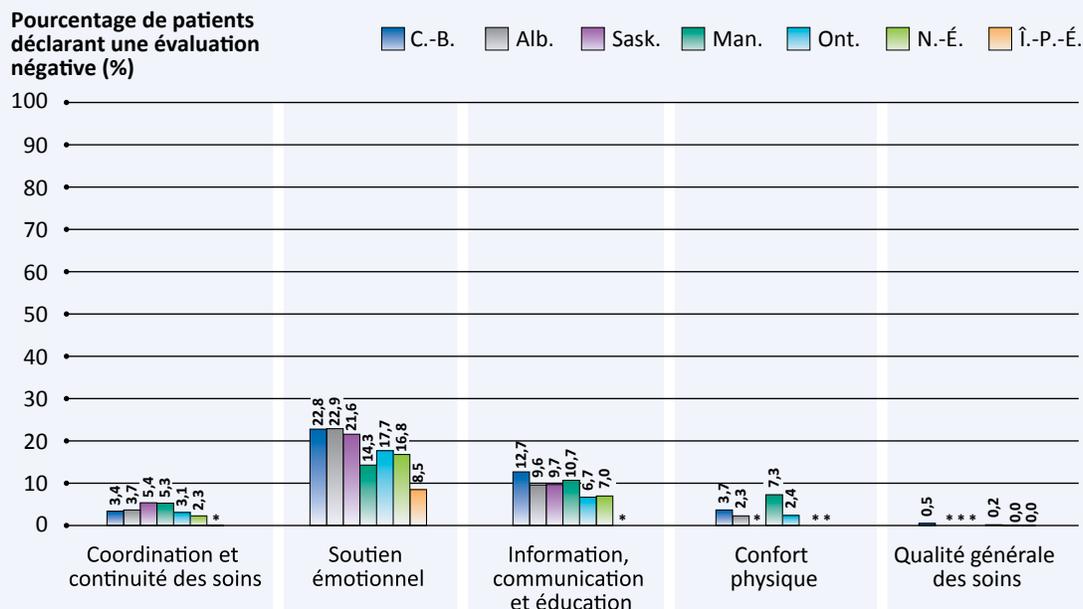
¹ Les données sur l'incidence du cancer liée à l'âge provenant du Canada et du Royaume-Uni montrent que 98 % des hommes atteints de cancer de la prostate sont âgés de 50 ans et plus, alors que 10 % seulement des hommes atteints de cancer des testicules le sont¹³²⁻¹³⁴. Étant donné que le taux d'incidence du cancer des testicules est relativement faible par rapport à celui du cancer de la prostate, le nombre réel de cas âgés de plus de 50 ans est bien très faible.

peut également varier par province. Par exemple, certaines provinces ne déclarent que les chimiothérapies intraveineuses, alors que d'autres incluent également les patients qui reçoivent une chimiothérapie par voie orale. Veuillez consulter le site rendementdusysteme.ca pour obtenir de plus amples renseignements.

- Les méthodologies utilisées pour analyser les résultats de l'enquête AOPSS peuvent varier d'une province à l'autre, de sorte que les résultats publiés ailleurs peuvent différer de ceux qui sont présentés ici.
- Ces derniers incluent des réponses tirées d'environ 2 000 enquêtes auprès des patients. Le nombre de réponses au sein de chaque province varie considérablement par aspect et par question. Les tableaux de données relatifs à cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul détaillée, présentés dans l'annexe technique complète peuvent être consultés à l'adresse rendementdusysteme.ca.

FIGURE 4.1

Pourcentage des patients atteints de cancer de la prostate qui déclarent une évaluation d'expérience négative dans tous les aspects des soins, par province – de 2011 à 2013



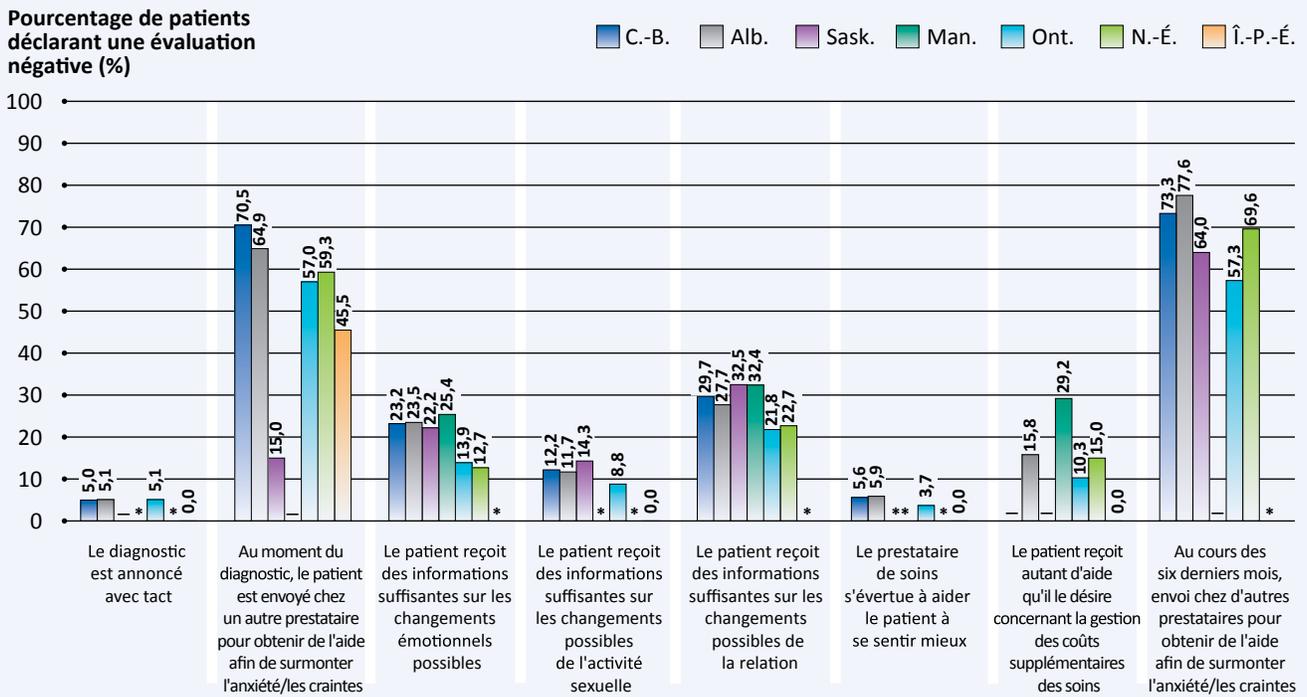
* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

C.-B. : de juin à décembre 2012; Alb. : de février à août 2012; Sask. : d'avril à juin 2011; Man. : de juin à octobre 2011; Ont. : d'avril à juin 2012; N.-É. : de juin à septembre 2012; Î.-P.-É. : de novembre 2012 à janvier 2013.

Source des données : Résultats de l'Outpatient Oncology Patient Satisfaction Survey du National Research Corporation Canada, avec la permission de chaque organisme provincial de lutte contre le cancer.

FIGURE 4.2

Aspect du soutien émotionnel : Pourcentage des patients atteints de cancer de la prostate qui déclarent une évaluation d'expérience négative, par province – de 2011 à 2013



* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

«—» Données non disponibles, car cette question n'est pas posée.

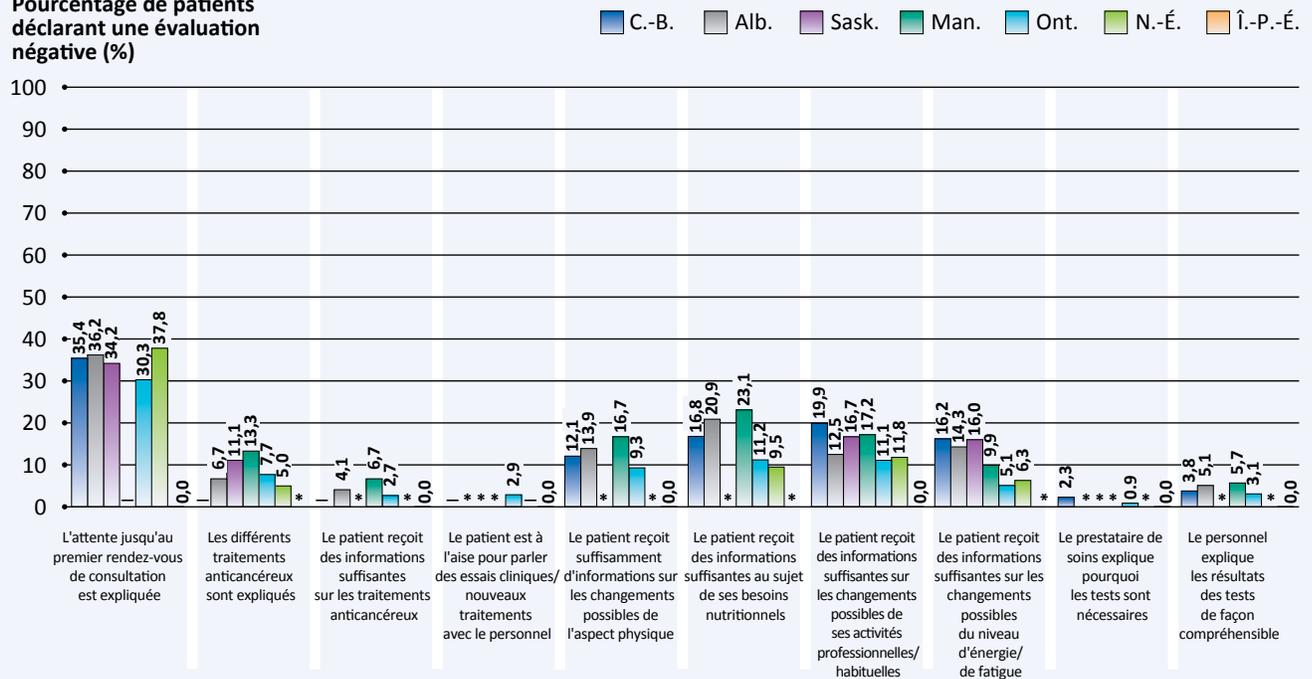
C.-B. : de juin à décembre 2012; Alb. : de février à août 2012; Sask. : d'avril à juin 2011; Man. : de juin à octobre 2011; Ont. : d'avril à juin 2012; N.-É. : de juin à septembre 2012; Î.-P.-É. : de novembre 2012 à janvier 2013.

Source des données : Résultats de l'Outpatient Oncology Patient Satisfaction Survey du National Research Corporation Canada, avec la permission de chaque organisme provincial de lutte contre le cancer.

FIGURE 4.3

Aspect de l'information, de la communication et de l'éducation : Pourcentage de patients atteints de cancer de la prostate qui déclarent une évaluation d'expérience négative, par province – de 2011 à 2013

Pourcentage de patients déclarant une évaluation négative (%)



* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

«—» Données non disponibles, car cette question n'est pas posée.

C.-B. : de juin à décembre 2012; Alb. : de février à août 2012; Sask. : d'avril à juin 2011; Man. : de juin à octobre 2011; Ont. : d'avril à juin 2012; N.-É. : de juin à septembre 2012; Î.-P.-É. : de novembre 2012 à janvier 2013.

Source des données : Résultats de l'Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey du National Research Corporation Canada, avec la permission de chaque organisme provincial de lutte contre le cancer.

Que peut-on conclure des résultats?

- Les conclusions de l'enquête montrent que certains hommes atteints de cancer de la prostate estiment qu'ils avaient besoin de plus de renseignements sur les changements émotionnels, sexuels et relationnels qui pouvaient survenir à la suite du diagnostic et du traitement du cancer de la prostate. Ces résultats évoquent les constatations des recherches publiées¹³⁵⁻¹³⁷. Par exemple, les patients atteints de cancer de la prostate se disent insatisfaits de l'information et du soutien reçus de la part de leur équipe médicale concernant les changements liés au bien-être sexuel¹³⁰. Plus précisément, les renseignements insuffisants ou trompeurs donnés par les médecins peuvent faire naître des sentiments de frustration. D'un autre côté, certaines études montrent que même si les cliniciens communiquent l'information, certains patients ne se souviennent pas de l'avoir reçue, en partie ou en totalité¹³⁸⁻¹⁴⁰.
- Les données provenant des provinces participantes laissent entendre que de nombreux patients atteints de cancer de la prostate reçoivent des renseignements au sujet des différents traitements et options. D'autres recherches concluent que les hommes atteints de cancer de la prostate qui participent davantage au processus décisionnel concernant leurs soins signalent des niveaux de satisfaction et de qualité de vie plus élevés (veuillez consulter l'encadré suivant *Participation au processus décisionnel*)^{131, 141}.
- Les conclusions présentées ici donnent à penser que certains patients souhaitent que leur équipe soignante communique mieux avec eux. Cela se remarque aux évaluations négatives relativement nombreuses liées à l'explication donnée ou non aux hommes qui viennent de recevoir le diagnostic concernant la raison de leur attente jusqu'à leur premier rendez-vous de consultation; cependant, on ne

Participation au processus décisionnel

- Certaines données probantes montrent que les patients qui se sentent inclus dans le processus décisionnel affichent des niveaux de satisfaction plus élevés au sujet des soins et éprouvent moins de regrets concernant leurs choix^{131, 143, 144}. Comme les options de traitement du cancer de la prostate localisé ont des résultats similaires, mais des degrés d'effets secondaires divers, il est important que le patient et sa conjointe ou sa famille prennent part activement au processus décisionnel. L'objectif consiste à s'assurer que l'option de traitement choisie s'harmonise avec leurs besoins, désirs et préférences.
- Certaines études montrent que, si le patient ne participe pas au processus décisionnel, les médecins spécialistes recommandent généralement le traitement qu'ils se sont spécialisés à offrir¹⁴⁵. Comme les soins sont de plus en plus centrés sur la personne, les médecins doivent tenir compte non seulement de l'aspect curatif du traitement, mais également de ses répercussions sur la qualité de vie du patient et des membres de sa famille.
- Le matériel éducatif, les calculateurs de risque et les documents d'aide à la décision sont des outils que les patients et les médecins peuvent utiliser pour orienter leurs conversations concernant les options de traitement. Les documents d'aide à la décision présentent des renseignements faciles à comprendre sur les bienfaits, les risques et les résultats associés à chaque option. Ils permettent aux hommes de se demander quelle influence leurs besoins, leurs désirs et leurs préférences exercent sur leur décision de traitement¹⁴⁴. Les documents d'aide à la décision semblent améliorer efficacement les connaissances des patients, faciliter la communication entre les patients et les médecins, favoriser la participation des patients et encourager des décisions plus éclairées¹⁴⁵⁻¹⁴⁷.

4. Approche axée sur la personne

sait pas exactement si les patients estiment que l'attente est trop longue ou s'ils n'ont simplement pas reçu d'explication pour l'attente.

- De nombreux patients atteints de cancer de la prostate éprouvent de l'anxiété et des craintes à un stade ou à un autre de leur parcours face au cancer; la plupart d'entre eux, lorsqu'on le leur demande, souhaitent obtenir de l'aide pour les surmonter¹⁴². Au sein de l'aspect du soutien émotionnel, les questions qui révèlent les besoins les plus pressants sont liées au fait de ne pas recevoir de recommandation pour obtenir de l'aide afin de surmonter l'anxiété et les craintes, soit au moment du diagnostic, soit dans les six derniers mois^m.
- La recherche montre que les niveaux d'anxiété des patients ont tendance à être les plus élevés au moment du diagnostic¹³⁷. Une petite étude qualitative menée en Australie, qui porte sur des patients atteints de cancer de la prostate qui se sont adressés à des groupes de soutien, établit qu'un peu plus de 40 % d'entre eux ont été recommandés en vue d'obtenir un soutien psychosocial au moment de leur diagnostic. Ces résultats sont comparables à ceux qui sont présentés ici pour certaines provinces.
- Les hommes qui ne reçoivent pas de recommandation en vue d'obtenir un soutien émotionnel ne sont pas toujours au courant de l'existence de telles ressources; d'autres choisissent de ne pas y avoir recours; et d'autres encore estiment qu'ils n'ont pas besoin de soutien à ce moment-là. Toutefois, la recherche laisse entendre que ceux qui demandent un soutien psychosocial ont souvent l'impression qu'il est utile¹³⁷.
- L'état de santé de référence (préalable au traitement) et les changements de la qualité de vie survenus après le traitement du cancer de la prostate ont des répercussions sur l'opinion d'un patient concernant ses soins et le niveau de satisfaction qu'il déclare à leur sujet. D'autres recherches donnent à penser que les patients atteints de cancer de la prostate dont l'état de santé de référence est assez mauvais et dont la qualité de vie liée à la santé ou l'état de santé postérieurs au traitement sont peu élevés courent des risques accrus d'insatisfaction¹⁴⁸. Même si nous n'examinons pas l'état de santé de référence dans la présente analyse, des rapports antérieurs sur le rendement du système indiquent que les répondants dont l'état de santé est moins bon déclarent plus d'évaluations négatives en réponse aux questions de l'enquête AOPSS. C'est particulièrement le cas dans l'aspect du soutien émotionnel (pour tous les types de cancer)¹⁴⁹.
- De telles conclusions soulignent à quel point il est important pour les cliniciens de mener des évaluations minutieuses, au cours de la discussion concernant les options de traitement avec les patients atteints de cancer de la prostate et avant de commencer le traitement. Elles indiquent également la valeur d'une méthode systématique de collecte des résultats et de l'évaluation des expériences déclarés par les patients afin d'établir un moyen de répondre rapidement et adéquatement aux besoins des patients.

^m Les patients qui ne déclarent pas avoir éprouvé de l'anxiété et des craintes à ces deux moments (au moment du diagnostic ou dans les six derniers mois) répondent « Je n'éprouvais pas d'anxiété ou de craintes ». Ces résultats ne font pas partie du dénominateur dans la présente analyse.

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

- Le Service d'information sur le cancer de la prostate (SICP) a été lancé en 2014 pour offrir des ressources et du soutien aux patients et aux autres personnes touchées par le cancer de la prostate. Les services comprennent le soutien par téléphone et par courriel, ainsi que les recommandations aux programmes de soutien et les renseignements sur la santé¹⁵⁰. Le SICP est offert par Cancer de la prostate Canada, en partenariat avec la Société canadienne du cancer. Cancer de la prostate Canada a une série complète de renseignements sur la santé fondés sur des données probantes dans divers formats, notamment des vidéos d'expert, des webinaires, des brochures et un contenu Web. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez vous rendre à l'adresse prostatecancer.ca.
- Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a récemment lancé un programme de soins de soutien contre le cancer de la prostate à l'intention des patients atteints de cancer de la prostate et de leur conjointe¹⁵¹. Le programme aborde les sujets liés aux besoins physiques et psychologiques. Les centres d'intérêt comprennent les options de traitement, la prise en charge du mode de vie et le fonctionnement sexuel.
- Cancer de la prostate Canada, grâce à un financement de la part de la Fondation Movember, lance des programmes pilotes au sein du programme de survie Collaboration du Cancer de la Prostate Pan Canadienne¹⁵².

Ce projet rassemble un réseau de dirigeants, de décideurs, d'experts, de survivants et de soignants clés et répond aux préoccupations d'ordre physique et psychosocial dans tous les aspects des soins contre le cancer de la prostate. Les membres du réseau collaborent à l'élaboration de propositions d'intervention dans divers domaines, comme les programmes d'intervenants pivots, les programmes éducatifs destinés aux patients et les programmes de soutien à l'intention des survivants et des soignants. Le projet est une collaboration entre les organismes membres de l'ensemble du Canada qui ont de l'expérience dans les domaines de la survie, y compris le milieu universitaire, le monde clinique, le secteur privé et les partenaires communautaires. Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements à l'adresse prostatecancer.ca/TrueNTH.

- CancerChatCanada offre aux patients et à leur famille l'accès à des groupes de soutien en ligne dirigés par des animateurs professionnels¹⁵³. Cette initiative est largement financée par le Partenariat; son administration centrale se trouve au sein du Provincial Psychosocial Oncology Program de la BC Cancer Agency, qui la soutient. En 2013, un groupe pilote axé sur les patients destiné aux couples touchés par un diagnostic de cancer de la prostate est mis sur pied (Prostate Cancer Couples Study). On prévoit également d'organiser des groupes de patients spécialement à l'intention des patients atteints de cancer de la prostate dans un avenir proche.

Accès à la radiothérapie palliative

Que mesure-t-on, et pourquoi?

Même si la radiothérapie joue un rôle important dans le traitement curatif du cancer de la prostate non métastatique, on peut également l'utiliser comme option de thérapie palliative efficace chez les patients atteints de cancer au stade avancé qui éprouvent des douleurs et d'autres gênes, en particulier chez les hommes dont le cancer s'est propagé dans les os^{83, 154, 155}. L'un des aspects importants des soins de qualité consiste à s'assurer que les hommes atteints de cancer de la prostate au stade terminal ont accès à la radiothérapie palliative lorsqu'ils en ont besoin.

- Étant donné les importantes répercussions des douleurs débilantes sur la qualité de vie, il est important de surveiller l'accès aux traitements qui peuvent contribuer à prendre en charge les symptômes physiques et émotionnels pénibles. Il est également important de comprendre pourquoi ces traitements sont peut-être utilisés différemment d'une province à l'autre.
- Comme aucune donnée fiable sur l'intention de traitement n'est systématiquement recueillie dans les sources de données provinciales, nous examinons l'utilisation de la

radiothérapie palliative indirectement. Pour ce faire, nous mesurons le pourcentage de patients atteints de cancer de la prostate qui reçoivent une radiothérapie dans l'année qui précède leur décès attribuable à ce cancer. L'utilisation de cette période augmente la probabilité que la radiothérapie soit administrée dans une intention palliative. Les données (lorsqu'elles existent) sont fournies par les organismes provinciaux de lutte contre le cancer et incluent les hommes qui décèdent du cancer de la prostate en 2011.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- Parmi les hommes qui décèdent du cancer de la prostate en 2011, moins de 40 % reçoivent une radiothérapie au cours de la dernière année de vie (figure 4.4).
- On constate une certaine variation entre les provinces déclarantes dans l'utilisation de la radiothérapie au cours de la dernière année de vie chez les hommes qui décèdent du cancer de la prostate. Les taux d'utilisation vont de 17,1 % au Manitoba à 38,4 % en Alberta.

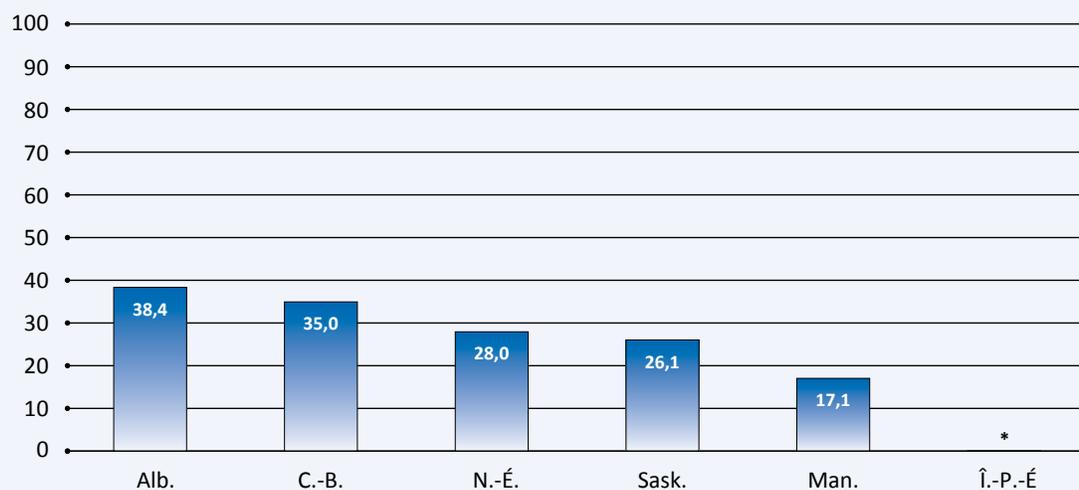
Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Cet indicateur ne donne qu'un aperçu de la proportion d'hommes qui reçoivent une radiothérapie palliative au cours de la période visée par l'étude. Il ne quantifie pas la période pendant laquelle ils reçoivent le traitement, le nombre de fractions administrées ou l'intervalle de temps écoulé depuis la dernière radiothérapie palliative.
- Nous ne pouvons pas déduire la raison du traitement par radiothérapie des données soumises. Nous ne pouvons pas confirmer qu'un tel traitement est entrepris à des fins palliatives; cependant, il est probable que la plupart des hommes atteints de cancer de la prostate qui reçoivent une radiothérapie au cours de la dernière année de vie la subissent à des fins palliatives (c'est-à-dire pour soulager la douleur).
- Les tableaux de données relatifs à cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul détaillée, présentés dans l'annexe technique complète peuvent être consultés à l'adresse rendementdusysteme.ca.

FIGURE 4.4

Pourcentage d'hommes atteints du cancer de la prostate recevant une radiothérapie dans l'année qui précède leur décès, par province – 2011

Pourcentage (%)



* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

Alb. : Les données incluent les patients décédés dont l'adresse résidentielle se trouve en Alberta. Les données sur les patients qui reçoivent une radiothérapie à l'extérieur de la province ne sont pas incluses.

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

Que peut-on conclure des résultats?

- La sous-utilisation de la radiothérapie palliative, en dépit des preuves de son efficacité dans la prise en charge de la douleur, est bien documentée dans la littérature scientifique^{156, 157}. Les résultats présentés ici peuvent étayer ces conclusions.
- Il s'avère que les pratiques des médecins en matière de recommandation sont l'un des facteurs les plus influents de l'adoption de la radiothérapie palliative. Pour les hommes atteints de cancer de la prostate métastatique, le médecin qui rédige la recommandation peut être un radio-oncologue, un oncologue médical, un spécialiste en soins palliatifs ou un médecin de premier recours. Plusieurs facteurs influent sur la décision du médecin de recommander une telle radiothérapie pour un patient. Ils comprennent l'âge du patient, le type et le stade de son cancer de la prostate, la présence d'autres troubles comorbides, la préférence personnelle du patient et la proximité du patient avec le centre de

radiothérapie^{154, 156, 157}. À cela peut s'ajouter le fait que le médecin sache et comprenne ou non que la radiothérapie palliative peut être une manière efficace de prendre la douleur en charge¹⁵⁸.

- D'autres recherches concluent que les hommes âgés atteints de cancer de la prostate sont moins susceptibles de recevoir une radiothérapie palliative que les hommes jeunes¹⁵⁹. Dans les provinces dont la population est vieillissante, les hommes pourraient être moins susceptibles d'être envoyés pour subir une radiothérapie palliative; toutefois, selon les renseignements démographiques de 2011, l'Alberta et le Manitoba sont les provinces où résident le moins d'hommes âgés de 65 ans, ce qui n'empêche pas le fait que, comme indiqué ici, ces provinces affichent respectivement les taux de radiothérapie palliative les plus élevés et les plus bas¹⁶⁰.
- Les provinces qui offrent des programmes régionaux de radiothérapie palliative rapide peuvent également afficher des taux

d'utilisation plus élevés. Ces services offrent un accès simplifié à la radiothérapie : les patients peuvent obtenir rapidement des rendez-vous de consultation et de traitement. Par exemple, l'Alberta a un tel programme en place au Cross Cancer Institute à Edmonton¹⁶¹; cela pourrait expliquer l'utilisation relativement élevée de la radiothérapie palliative en Alberta signalée ici.

- Une étude menée en Nouvelle-Écosse conclut que moins de 30 % des hommes qui décèdent du cancer de la prostate entre 2000 et 2005 reçoivent une radiothérapie palliative¹⁵⁷, ce qui est similaire au taux de 28 % pour la Nouvelle-Écosse présenté dans ce rapport.

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

- Des efforts ont été déployés pour augmenter la sensibilisation aux modèles de recommandation de la radiothérapie palliative. Par exemple, les médecins de famille reçoivent une formation médicale continue sur la radiothérapie, et les centres de cancérologie s'efforcent de promouvoir les programmes de radiothérapie à recommandation rapide qu'ils offrent¹⁵⁶.

Que sait-on d'autre?

- Plusieurs études laissent entendre que l'une des raisons majeures de l'adoption relativement lente de la radiothérapie palliative est le fait que les médecins de famille ne savent pas que cette thérapie soulage efficacement la douleur. Certains de ces médecins ne connaissent peut-être pas le nombre de traitements nécessaires pour obtenir l'atténuation des symptômes^{156, 157, 161, 164, 165}. De solides données probantes indiquent qu'une seule fraction de radiothérapie peut être tout aussi efficace que plusieurs fractions pour prendre en charge les symptômes de la douleur¹⁶². L'exploitation de ce fait peut contribuer à augmenter l'adoption de la radiothérapie palliative, en particulier pour les patients qui résident à une grande distance d'un centre de radiothérapie.
- Les médecins de famille qui traitent des patients nécessitant un soulagement palliatif de la douleur ne savent peut-être pas qu'ils peuvent directement recommander ces patients en vue d'une radiothérapie palliative ou qu'il existe des programmes spécialisés permettant d'obtenir une radiothérapie palliative « rapide » à proximité. En 2012, une enquête auprès des médecins de famille d'Ottawa, dont la presque totalité traitent des patients atteints de cancer, révèle que seuls 56 % d'entre eux recommandent les patients en vue d'une radiothérapie palliative¹⁵⁶. En outre, moins de 20 % de ces médecins de famille connaissent l'existence d'un programme de radiothérapie palliative rapide dans leur collectivité. Il est possible que l'ignorance de ces programmes influe sur les décisions de recommandation en vue d'une radiothérapie palliative¹⁶⁶.
- On estime que deux tiers des hommes qui décèdent du cancer de la prostate présentent des métastases osseuses¹⁶⁶. Toutefois, on ne sait pas combien de patients saisis dans ces données, décédés du cancer de la prostate, présentaient des symptômes qui auraient bénéficié d'une radiothérapie palliative. De nombreux patients peuvent être asymptomatiques.
- Des opioïdes ou des bisphosphonates peuvent également être recommandés pour une prise en charge efficace de la douleur; de tels médicaments sont administrés à domicile¹⁶⁷.
- Pour certains patients atteints de cancer de la prostate métastatique hormono-résistant, une chimiothérapie peut être administrée en intention palliative¹⁶⁸.

- Certaines études montrent qu'une seule fraction de radiothérapie peut être aussi efficace que de multiples fractions¹⁶² tout en tenant également compte de l'avantage supplémentaire de la commodité pour le patient et le soignant. À ce titre, dans le cadre de la campagne *Choisir avec soin*^{MC}, l'Association canadienne de radio-oncologie recommande d'utiliser dans la mesure du possible une fraction unique au lieu de

fractions multiples lorsque la radiothérapie palliative est administrée pour soulager la douleur due aux métastases osseuses. On espère réduire ainsi la nécessité pour le patient de se déplacer plusieurs fois jusqu'au centre de radiothérapie, ce qui peut être un obstacle pour certains patients¹⁶³. (La campagne *Choisir avec soin*^{MC} vise à susciter la conversation entre les médecins et les patients concernant les tests, des traitements et les interventions inutiles.)

Lieu du décès

Que mesure-t-on, et pourquoi?

Cet indicateur mesure le pourcentage des décès attribuables au cancer de la prostate qui se produisent en milieu hospitalier, à domicile ou ailleurs. Les constatations sont basées sur les renseignements contenus dans la Base canadienne de données sur l'état civil pour 2011 (par province). Les résultats nationaux indiquant le lieu des décès attribuables au cancer de la prostate, au cancer du sein, au cancer du poumon et au cancer colorectal en pourcentages sont également présentés.

- Les conclusions de plusieurs enquêtes canadiennes montrent que, s'ils ont le choix, de nombreux patients atteints de cancer préfèrent mourir à domicile ou dans un centre de soins palliatifs plutôt qu'à l'hôpital^{169, 170}. Cependant, la méconnaissance des ressources ou des services de soins palliatifs appropriés à domicile (par exemple, pour assurer une prise en charge efficace des symptômes) peut rendre le décès à la maison moins réalisable¹⁷¹.
- Il est important de savoir où meurent les patients atteints de cancer de la prostate pour deux raisons : premièrement, cela nous permet de mieux comprendre la répartition des ressources du système de santé, et deuxièmement, cela peut nous donner des indices sur le degré d'harmonisation entre

l'utilisation du système de soins de santé en fin de vie et les préférences des patients. Les catalyseurs stratégiques du décès à domicile peuvent comprendre la couverture de la livraison des médicaments antidouleur à domicile par le régime d'assurance maladie provincial.

- Même si les résultats présentés ici offrent une évaluation relativement rudimentaire, ils peuvent souligner les possibilités de planification de la fin de vie et montrer comment mieux utiliser la collecte et l'analyse des données à l'appui des améliorations du système de santé.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- On constate une grande variation interprovinciale concernant le lieu où décèdent les hommes qui meurent du cancer de la prostate : au Manitoba, les données laissent entendre que 90,0 % des décès se produisent à l'hôpital, par rapport à 33,3 % des décès à l'Île-du-Prince-Édouard (figure 4.5). Le pourcentage déclaré de décès au domicile privé varie aussi considérablement, allant de 30,4 % des hommes en Nouvelle-Écosse à 0,0 % en Saskatchewan et à l'Île-du-Prince-Édouard. Il est important de noter l'existence de variations provinciales concernant la

catégorisation du lieu du décès sur le certificat de décès, ainsi que le nombre de milieux différents (c'est-à-dire la désignation des centres de soins palliatifs hospitaliers ou des unités de soins palliatifs). Le Manitoba indique, par exemple, que bon nombre des décès à l'hôpital enregistrés dans les données de l'état civil de la province se produisent effectivement dans des centres ou des unités de soins

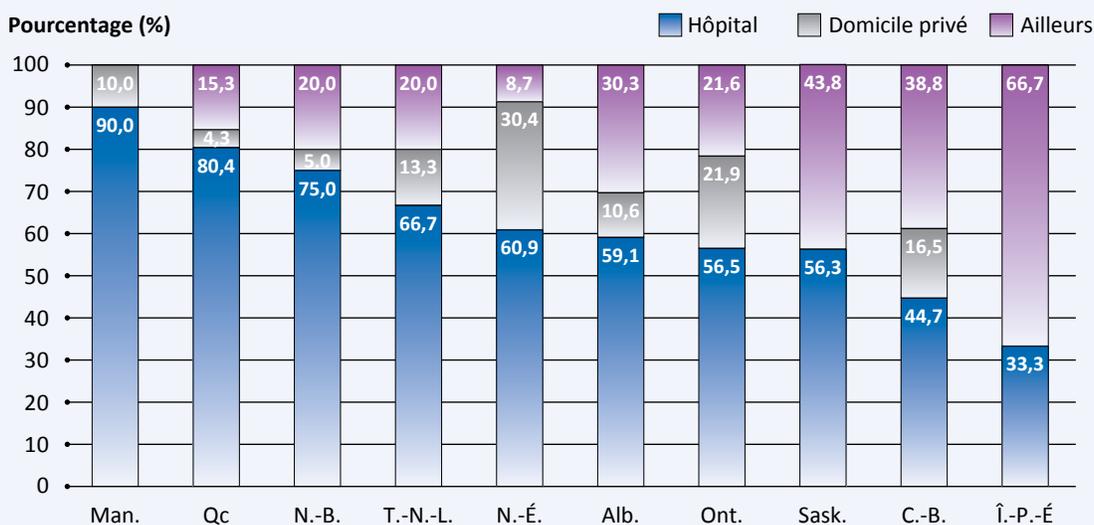
palliatifs hospitaliers, plutôt que dans des unités de soins intensifs de courte durée.

- Dans les données déclarées pour 2011, un pourcentage légèrement plus faible d'hommes décédés du cancer de la prostate meurent à l'hôpital par rapport aux patients qui meurent du cancer du sein, du cancer du poumon ou du cancer colorectal (figure 4.6).

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les données de cet indicateur sont recueillies par les provinces en fonction des renseignements consignés dans l'enregistrement officiel du décès. Les données sont ensuite soumises à Statistique Canada en vue de leur inclusion dans la Base canadienne de données sur l'état civil. Cette base de données contient des éléments de données qui déterminent la cause et le lieu du décès. Le « lieu » est groupé dans les catégories suivantes : hôpital, autre établissement de soins de santé (par exemple, établissement de soins de longue durée ou unité pour les maladies chroniques), domicile privé ou autre lieu précisé, ou « inconnu ». Selon la province, un centre de soins palliatifs peut appartenir à la catégorie « autre établissement de soins de santé » ou « autre lieu précisé ou inconnu ». (Aux fins de la présente analyse, nous regroupons les catégories « ailleurs ».)
- La définition de la catégorie « hôpital » varie d'une province à l'autre. Au Québec, cette catégorie comprend les maisons de repos et les établissements de soins de longue durée. Au Manitoba, les unités de soins palliatifs désignées sont incluses dans la catégorie « hôpital » dans la collecte de données, alors que dans d'autres provinces, ce type de lit peut être considéré comme faisant partie des soins de longue durée, ce qui le place dans la catégorie « ailleurs » dans les tableaux présentés ici¹⁷². Par conséquent, les pourcentages de décès à l'hôpital au Québec et au Manitoba peuvent sembler élevés par rapport aux autres provinces, mais n'indiquent pas nécessairement une différence réelle dans la prestation des services.
- On observe également une variation interprovinciale dans la manière dont les lits de soins palliatifs sont conçus dans les hôpitaux. On n'en connaît pas les répercussions sur les variations déclarées de décès survenus à l'hôpital¹⁷². D'autres études sont nécessaires pour en déterminer la véritable influence sur les résultats présentés ici.
- Le codage sur le certificat de décès varie également d'une province à l'autre. En Saskatchewan et à l'Île-du-Prince-Édouard, une très petite proportion des décès est enregistrée à domicile, ce qui donne à penser que la plupart des décès à la maison peuvent être enregistrés dans la catégorie « ailleurs » (Statistique Canada, communication personnelle).
- Cet indicateur n'examine que le lieu où se trouve le patient au moment du décès, et ne tient pas compte du temps passé dans d'autres milieux au cours des semaines précédant le décès. De ce fait, il ne rend pas pleinement compte de l'utilisation des ressources du système de santé par le patient à la fin de sa vie.
- Les tableaux de données relatifs à cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul détaillée, présentés dans l'annexe technique complète peuvent être consultés à l'adresse rendementdusysteme.ca.

FIGURE 4.5

Pourcentage de décès dus au cancer de la prostate survenus à l'hôpital, au domicile privé ou ailleurs, par province – 2011

« Ailleurs » comprend tout autre lieu précisé et tout autre établissement de soins de santé (exclut les lieux inconnus).

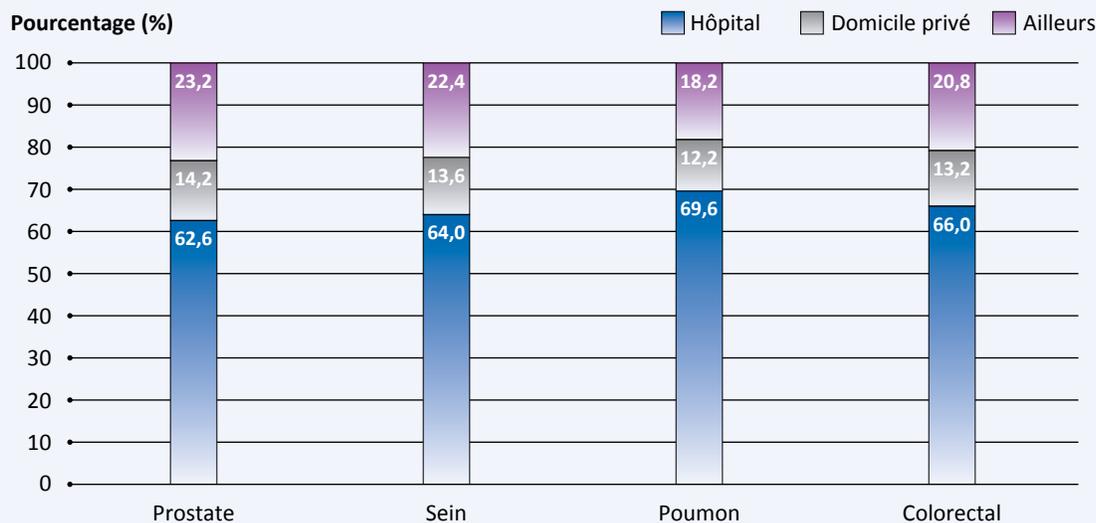
Source des données : Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès.

Que peut-on conclure des résultats?

- Les constatations selon lesquelles certaines provinces affichent une proportion inférieure de décès à l'hôpital peuvent rendre compte de l'existence d'un nombre d'options de soins communautaires accru (par exemple, soins à domicile, centre de soins palliatifs) dans ces provinces. Il se peut qu'elles offrent également davantage de ressources à l'appui des soins en fin de vie à domicile. Par exemple, certaines provinces couvrent le coût de la livraison des médicaments antidouleur à domicile, alors que d'autres ne le couvrent pas. Certaines provinces peuvent également avoir élaboré davantage d'initiatives stratégiques de planification préalable des soins.
- Les préférences des patients et des familles peuvent également jouer un rôle dans le lieu où décèdent les patients. Même si les enquêtes auprès des patients indiquent que l'hôpital est le cadre le moins souhaitable pour les soins en fin de vie, d'autres facteurs, comme l'offre des services et des ressources en santé, peuvent influencer sur ce qui se produit effectivement. Dans la réalité, les ressources de prise en charge des symptômes, le soutien émotionnel des soignants ou des êtres chers ou les ressources financières nécessaires au décès à domicile n'existent pas toujours ou ne sont pas toujours réalisables à domicile. Il est important de se rendre compte que les préférences ou les besoins des patients et des soignants peuvent également changer au fil du temps en raison de difficultés cliniques,

FIGURE 4.6

Pourcentage de décès dus au cancer de la prostate, au cancer du sein, au cancer du poumon et au cancer colorectal survenus à l'hôpital, au domicile privé ou ailleurs, Canada – 2011



« Ailleurs » comprend tout autre lieu précisé et tout autre établissement de soins de santé (exclut les lieux inconnus).

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

psychologiques ou pratiques. Pour certaines personnes, le cadre de fin de vie souhaité peut finir par être l'hôpital ou le milieu hospitalier.

- Le cours de la maladie du cancer de la prostate a tendance à être plus long que celui des autres cancers, ce qui donne à penser que les équipes soignantes ont de nombreuses occasions de lancer la discussion sur les soins palliatifs et de prendre les dispositions nécessaires pour obtenir des soins en centre de soins palliatifs. Aux États-Unis, l'utilisation déclarée des centres de soins palliatifs par les hommes atteints de cancer de la prostate va de 18 % à 53 %¹⁷³, au fil du temps¹⁷⁴. Une étude récente conclut que l'utilisation de ces services au cours des dernières semaines ou des derniers mois de la vie augmente au fil du temps¹⁷⁴.
- Une étude portant sur les services de soins palliatifs dans le pays de Galles montre que les patients atteints de cancer de la prostate affichent un nombre inférieur d'admissions à l'hôpital pour soins palliatifs par année que les patients atteints de cancer du sein, de cancer du poumon et de cancer colorectal¹⁷⁵. Toutefois, une fois admis à l'hôpital, les patients atteints de cancer de la prostate y passent le séjour le plus long. D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer les raisons de l'admission initiale à l'hôpital et expliquer pourquoi ils y restent.
- Une analyse effectuée par l'Institut canadien d'information sur la santé montre que, chez 53 % des patients atteints de cancer (de tous les types) qui décèdent dans des hôpitaux de soins actifs, les soins palliatifs sont la principale raison de l'hospitalisation documentée¹⁷². Même si certains de ces patients peuvent être pris en charge dans des unités de soins palliatifs désignées, la plupart ne le sont pas.

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

- Il se peut que tous les Canadiens n'aient pas un accès égal aux ressources et au soutien nécessaires pour mourir confortablement chez eux. C'est pour cette raison que d'autres solutions que l'hôpital et la résidence privée, comme les résidences de soins palliatifs, ont vu le jour. Il s'agit de résidences autonomes qui offrent des services de soins palliatifs et peuvent être financées par des subventions provinciales et des dons¹⁷⁶.
- Des efforts nationaux sont en cours pour intégrer les soins palliatifs et de fin de vie aux systèmes de santé en augmentant le soutien et l'accès à l'information et en améliorant la prestation des services cliniques. Même si ces efforts ne visent pas spécifiquement les patients atteints de cancer de la prostate, cette population bénéficiera de ces initiatives. Citons comme exemple Aller de l'avant, une initiative financée par le gouvernement fédéral qui a élaboré un cadre national de soutien aux soins palliatifs communautaires intégrés, afin que les patients puissent accéder aux ressources et aux services de soins palliatifs au moment et à l'endroit où ils en ont besoin¹⁷⁷. Ce travail est dirigé par la Coalition pour des soins de fin de vie de qualité et par l'Association canadienne de soins palliatifs. Un autre exemple, l'initiative sur la planification préalable des soins du projet True NTH, élabore des ressources en ligne et imprimées à l'intention des hommes atteints de cancer de la prostate, de leur conjointe, de leur famille et de leurs soignants. Elle a pour but de les encourager à participer à leur diagnostic et à leurs plans de traitement, afin d'augmenter la probabilité que leurs préférences et leurs souhaits en matière de soins soient pris en compte à toutes les étapes de leur parcours¹⁷⁸.
- Le Partenariat soutient le Palliative and End of Life Care National Network (PEOLC NN) dans la mobilisation des représentants des ministères et des organismes et programmes de lutte contre le cancer de chaque province et territoire, des représentants des patients et des familles, et des organismes clés comme l'Association médicale canadienne, le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, le Portail canadien en soins palliatifs, la Société canadienne des médecins de soins palliatifs, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et l'Association canadienne de soins palliatifs. Le PEOLC NN a pour objectif de travailler en collaboration pour améliorer les soins palliatifs et les soins de fin de vie, ainsi que les résultats pour les patients et les familles. Ses priorités pour les deux prochaines années mettent l'accent sur quatre domaines clés : l'éducation des professionnels de la santé, l'intégration des soins palliatifs, les buts de la planification et de la planification préalable des soins, et la mesure des indicateurs liés aux soins palliatifs et aux soins de fin de vie à l'échelle nationale.
- Les efforts actuellement menés par le Partenariat pour recueillir davantage de données pancanadiennes sur les soins palliatifs et les soins de fin de vie visent à élaborer une série de mesures de soins palliatifs et de soins de fin de vie qui permettront de mieux comprendre les expériences palliatives et en fin de vie des Canadiens atteints de cancer et de relever les possibilités d'amélioration du système.

Note particulière : Réflexions de Canadiens atteints de cancer de la prostate

Introduction

En 2015, le cancer de la prostate sera diagnostiqué chez plus de 24 000 hommes canadiens, et plus de 4 100 hommes en mourront¹. Les statistiques de prévalence les plus récentes laissent entendre que plus de 175 000 hommes actuellement en vie ont reçu un diagnostic de cancer de la prostate à un moment donné¹.

Mais même si les statistiques sont utiles, elles ne donnent pas une image complète des répercussions du cancer de la prostate au Canada. Même si les hommes ayant reçu un diagnostic de cancer de la prostate peuvent partager certaines expériences, chacun de ces 175 000 hommes a également une histoire bien à lui à raconter au sujet de son expérience du cancer de la prostate. Il est impossible d'envisager un examen complet de la lutte contre le cancer de la prostate au Canada sans s'efforcer de donner une voix à quelques-unes de ces histoires.

Les rapports sur le rendement du système ont tendance à reposer fortement sur des indicateurs statistiques et d'autres mesures quantitatives. Dans cette note particulière préparée pour notre rapport cible sur le cancer de la prostate, nous reproduisons quelques exemples de l'expérience du cancer de la prostate vécue par un groupe d'hommes au Canada qui ont reçu un diagnostic de cette maladie et ont reçu un traitement à cet effet. Ces expériences sont présentées sous forme de thèmes communs qui se dégagent des souvenirs de ces patients ou survivants du cancer de la prostate et de quelques membres de leur famille, illustrés par quelques citations choisies. Ces perspectives sont obtenues dans le cadre de groupes de discussion organisés à l'automne

2014 avec des résidents de six provinces canadiennes. En incluant ici ces points de vue, nous complétons les résultats des paramètres de rendement traditionnels figurant dans le reste du présent rapport et nous donnons la possibilité de voir les résultats d'un regard plus centré sur la personne.

Cette note particulière offre un résumé des thèmes communs associés, dans les réflexions des participants aux groupes de discussion, à chaque domaine de la lutte contre le cancer décrit dans les chapitres du rapport (*Fardeau et résultats, Diagnostic, Traitement et Approche axée sur la personne*), ainsi qu'une description plus approfondie de plusieurs thèmes importants qui ne sont pas exposés de manière exhaustive dans les chapitres. Les voici : *processus décisionnel informé et partagé; survie et vie avec les effets du traitement; et soutien aux soignants.*

L'approche adoptée

À PROPOS DES GROUPES DE DISCUSSION

Les groupes de discussion et l'analyse subséquente du contenu ont pour but d'obtenir un aperçu des expériences des patients atteints de cancer de la prostate et des survivants tout au long de leur parcours face au cancer, du diagnostic et du traitement aux soins postérieurs au cancer et à la survie.

Trois méthodes sont utilisées pour recueillir les expériences de ces patients. Ces méthodes comprennent quatre groupes de discussion en personne, quatre groupes de discussion dirigée en ligne et au téléphone, et huit entrevues individuelles.

Afin d'obtenir une perspective pancanadienne, nous avons invité des hommes et des membres de la famille de tout le pays à participer. Les séances en personne se déroulent à Winnipeg, à Montréal et à Halifax. Des participants de la région du Grand Toronto, d'autres villes du Québec et de la Colombie-Britannique, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse participent à d'autres séances.

Au total, 50 personnes participent aux séances (47 hommes et 3 membres de la famille). Le Partenariat mandate l'entreprise d'études de marché canadienne Ipsos Reid pour planifier et coordonner l'exécution des groupes de discussion et l'analyse des résultats.

À PROPOS DES PARTICIPANTS (VOIR LE TABLEAU 4.i)

- Les participants habitent dans six provinces. La plupart d'entre eux proviennent de l'Ontario, du Québec et de la Nouvelle-Écosse. À l'heure actuelle, ils vivent principalement dans des centres urbains.
- Tous les participants sont âgés de plus de 45 ans. Quarante pour cent des participants sont âgés de 45 à 65 ans, et un peu plus de 50 % sont âgés de 66 à 80 ans.
- La moitié des hommes ont reçu un diagnostic de cancer de la prostate entre 45 et 65 ans; un peu plus d'un quart d'entre eux ont reçu un diagnostic entre 66 et 80 ans.
- Même si quelques participants indiquent qu'ils ont été initialement pris en charge par surveillance active^a, ils ont tous fini par subir un traitement définitif.
- La plupart des hommes ont subi une intervention chirurgicale ou une radiothérapie. Plusieurs d'entre eux ont été traités par hormonothérapie (traitement antiandrogénique) ou par chimiothérapie. Certains participants ont reçu quelques-unes de ces modalités de traitement, voire toutes, en association.
- Vingt-six pour cent des participants ont été traités au cours des trois dernières années; 42 % l'ont été au cours des quatre à six dernières années.
- Au moment du recrutement des participants, certaines caractéristiques sont recueillies (c'est-à-dire l'âge actuel, l'âge au moment du diagnostic, le lieu de résidence et les types de traitement reçus). Toutefois, nous ne sommes pas en mesure de déterminer de façon standard si chaque homme est atteint de cancer de la prostate métastatique ou localisé. En outre, nous ne recueillons aucune autre caractéristique démographique, comme le statut socioéconomique et l'origine ethnique; par conséquent, nous ne pouvons pas évaluer les répercussions de ces facteurs sur leurs réponses.
- Chaque citation est suivie de la province de résidence du participant (lorsqu'elle est connue). Ces renseignements sont tirés des enregistrements des séances et sont confirmés à l'aide du questionnaire de présélection; cependant, dans quelques cas, nous n'avons pas pu déterminer la province de résidence avec exactitude, ou nous ne l'avons pas indiquée pour des raisons de protection des renseignements personnels et de confidentialité.
- Il convient également de noter que la présente étude n'est pas conçue pour recueillir des renseignements complets au sujet de la trajectoire de soins ou du profil de risque de cancer de la prostate de chaque patient. Même si nous recueillons des données comme l'âge au moment du diagnostic et si nous avons une idée générale du stade de la maladie et du type de traitement reçu, l'ajout d'autres données démographiques et cliniques comme qualificatifs de chaque citation aurait entraîné dans bien des cas d'autres limitations liées à la protection des renseignements personnels et à la confidentialité.

^a Veuillez consulter le chapitre 3 : *Traitement* pour obtenir de plus amples renseignements sur la surveillance active.

MÉTHODES

Les animateurs des séances ont été recrutés par le Partenariat et comprennent des chercheurs et des prestataires de soins de santé qui ont de l'expérience dans la recherche qualitative, la recherche psychosociale, les soins centrés sur la personne ou l'expérience du patient dans le domaine des soins en oncologie^o. L'intervieweur des discussions individuelles qui se sont déroulées à Toronto, recommandé par Ipsos Reid, possède également une expérience clinique et une expérience en méthodes de recherche. L'approbation du comité d'éthique de la recherche a été obtenue auprès des universités ou des centres ou hôpitaux d'enseignement des sciences de la santé affiliés aux animateurs des séances individuelles. Les participants ont reçu une petite incitation d'ordre pécuniaire.

Les participants ont été recrutés pour les séances selon diverses méthodes. Pour les séances individuelles, le recrutement était effectué par l'entremise des animateurs aux centres anticancéreux de leur affiliation universitaire. Pour les séances en ligne et par téléphone et les entrevues individuelles, les hommes étaient recrutés par Cancer de la prostate Canada (CPC). Pour la séance en ligne offerte en français, le recrutement était assuré par Ipsos Reid.

Le guide de discussion pour les séances a été préparé en fonction des chapitres et des indicateurs dont l'inclusion dans le rapport était proposée. Il a également été examiné et annoté par tous les animateurs des séances. Tous les intervieweurs ont collaboré dans leur méthode d'entrevue avec les participants et ont utilisé un scénario de questions ouvertes semi-structurées afin que la collecte de données soit uniforme. Pour s'assurer de recueillir les perspectives avec exactitude, les principaux points de chaque séance de discussion ont été examinés avec les participants.

Une fois les séances terminées, on a procédé à l'analyse du contenu; ce processus comprenait la recherche de thèmes, de termes et de messages communs dans les transcriptions des séances. On a dégagé les thèmes prédominants retrouvés à toutes les étapes du parcours, ainsi que les concepts clés liés aux aspects de la lutte contre le cancer sur tout le parcours face au cancer de la prostate et les conseils adressés aux autres hommes par les participants.

Pour obtenir des renseignements au sujet des points forts et des limitations de la démarche, veuillez vous reporter à la fin de cette note particulière.

^o Veuillez consulter la rubrique *Remerciements* au début du présent rapport.

TABLEAU 4.i

**Participants aux groupes de discussion et aux entrevues :
données démographiques**

	nombre (%)		nombre (%)
Province		Âge au moment du diagnostic	
Colombie-Britannique	2 (4)	De 45 à 65 ans	25 (50)
Manitoba	7 (14)	De 66 à 80 ans	14 (28)
Ontario	15 (30)	Plus de 80 ans	1 (2)
Québec	12 (24)	Nombre d'années écoulées depuis le diagnostic	
Nouveau-Brunswick	3 (6)	Moins de 1 an	2 (4)
Nouvelle-Écosse	11 (22)	De 1 à 3 ans	12 (24)
Situation géographique		De 4 à 6 ans	21 (42)
Urbaine	39 (78)	Plus de 7 ans	5 (10)
Semi-urbaine	6 (12)	Type de traitement	
Rurale	5 (10)	Intervention chirurgicale/ radiothérapie	32 (64)
Âge actuel		Hormonothérapie/ chimiothérapie	10 (20)
De 45 à 65 ans	20 (40)	Autre	5 (10)
De 66 à 80 ans	26 (52)	Inconnu	10 (20)
Plus de 80 ans	2 (4)		

En ce qui concerne l'âge au moment du diagnostic, l'âge actuel et le nombre d'années écoulées depuis le diagnostic, le total indiqué est inférieur à 50; cela s'explique par le fait que certains participants n'ont pas fourni ces renseignements. En ce qui concerne le type de traitement, le total est supérieur à 50, car certains hommes ont indiqué avoir subi plus d'un type de traitement.

Ce que nous avons entendu**THÈMES GLOBAUX**

Au cours des diverses séances et entrevues, les participants sont invités à parler de leurs expériences du diagnostic, de la prise de décisions de traitement ou de la gestion du traitement et de la vie avec les effets du traitement et des soins de suivi. Les thèmes prédominants suivants se dégagent de toutes les étapes du parcours face au cancer :

- le soutien personnel des prestataires de soins de santé et des pairs est très important;
- les patients, les conjointes et les membres de la famille souhaitent avoir le pouvoir de prendre des mesures personnelles avant, pendant et après le traitement, afin d'avoir l'impression de maîtriser quelque peu la situation;
- un homme atteint de cancer de la prostate est une personne à part entière et ne devrait pas être défini par sa tumeur; le traitement n'est pas « universel », et il est important que les prestataires de soins de santé donnent des informations et des communications claires;

- la plupart des hommes atteints de cancer de la prostate survivent à la maladie. Il est essentiel que les acteurs du système de lutte contre le cancer et du système de soins de santé en général entendent leur voix.

FAITS SAILLANTS AU COURS DU PARCOURS FACE AU CANCER

Les thèmes communs relevés dans les domaines choisis de la lutte contre le cancer par les participants aux groupes de discussion sont présentés tout au long du rapport, accompagnés de quelques citations qui donnent un ou deux exemples entendus directement des participants.

- **Détection précoce** De nombreux hommes parlent de l'utilisation du test de l'antigène prostatique spécifique (APS). Malgré la controverse qui entoure le dépistage du cancer de la prostate, la plupart des participants affirment qu'ils pensent que le test de l'APS est utile. Il convient de noter que ces groupes de discussion ne comprennent que des hommes ayant reçu un diagnostic de cancer; par conséquent, ils n'incluent pas d'hommes dont le test de l'APS a donné des résultats faussement positifs (c'est-à-dire un test qui donne à penser que la personne a le cancer de la prostate, ce qui entraîne d'autres interventions qui permettent de finalement conclure que la personne n'a pas le cancer).
- **Diagnostic** De nombreux hommes parlent de leurs réactions émotionnelles au diagnostic. Même si de nombreux participants disent qu'ils ont vécu des expériences positives avec leurs prestataires de soins de santé, certains estiment que ces derniers doivent améliorer la façon dont ils communiquent un diagnostic de cancer au patient.
- **Traitement** De nombreux participants indiquent qu'en ayant davantage de renseignements au sujet du cancer de la prostate, ils ont adopté une perspective plus positive. Ils font part d'expériences mitigées en ce qui concerne le niveau de connaissances au sujet des effets secondaires potentiels à court et à long terme de leur traitement. Quelques-uns estiment n'avoir pas reçu une information suffisante au sujet des effets secondaires du traitement. De nombreux hommes parlent des effets négatifs du traitement sur leur bien-être mental, physique et émotionnel.
- **Approche axée sur la personne** Bon nombre des participants parlent de la nécessité des soins centrés sur la personne, qui tiennent également compte des répercussions de la maladie sur leur famille. Les participants mentionnent qu'une communication et un échange d'information efficaces entre les patients, leur famille et leurs prestataires sont importants, ainsi qu'une meilleure communication et un meilleur échange d'information entre divers cliniciens et autres prestataires de soins qui participent à la prise en charge des hommes atteints de cancer de la prostate. De nombreux participants indiquent que leur médecin les a conseillés au sujet des résultats à long terme, disant qu'ils mourraient probablement de quelque chose qui n'a rien à voir avec le cancer de la prostate. Par conséquent, en réponse aux questions concernant les soins palliatifs et la planification de la fin de vie, de nombreux participants estiment que ce genre de discussion avec leurs prestataires n'était pas nécessaire à ce moment-là. Ces commentaires reflètent probablement le fait que bon nombre d'entre eux ont terminé le traitement et sont relativement en bonne santé au moment des entrevues. En outre, selon les discussions, il semble qu'une grande proportion de participants aient été traités pour un cancer de la prostate non métastatique.

**THÈME PRIORITAIRE 1 : PROCESSUS DÉCISIONNEL
INFORMÉ ET PARTAGÉ**

La responsabilisation du patient est l'une des marques d'un système de santé axé sur la personne; le patient est ainsi un participant actif et indispensable aux décisions concernant ses soins. Pour cela, il faut que la personne comprenne vraiment les risques et les bienfaits associés aux différentes options de soins; elle doit également prendre des décisions qui s'harmonisent avec ses circonstances personnelles, ses valeurs et ses préférences en matière de qualité de vie, dans la mesure du possible.

La plupart des participants aux groupes de discussion indiquent qu'ils auraient souhaité être informés sur divers sujets :

- le processus et les délais entre le diagnostic et le début du traitement;
- les différentes options de traitement qui leur sont offertes;
- les effets secondaires potentiels et la façon de les prendre en charge;
- les modifications du mode de vie, comme les adaptations de l'alimentation, les programmes d'exercice et d'autres stratégies qui les assistent dans leur rétablissement.

Les hommes qui prennent part aux groupes de discussion mentionnent un vaste éventail de ressources consultées pour obtenir des renseignements au sujet de leur maladie. Le soutien des pairs, soit en personne, soit en ligne, est relevé comme étant une ressource particulièrement utile. Internet est une source d'information très courante, même si les participants conviennent qu'il leur fallait choisir leurs ressources en ligne avec précaution pour s'assurer de consulter des renseignements fiables. De nombreux participants désignent les prestataires (en particulier les urologues et les oncologues) comme les meilleures et les pires sources d'information, selon l'expérience personnelle de chaque homme.

Mais au-delà d'être bien informés, la plupart des participants aux groupes de discussion sont convaincus que le fait d'être traités par des cliniciens qui les encouragent à participer de manière significative aux décisions concernant leurs soins est très important.

« Assurez-vous d'étudier toutes les options et d'en découvrir les conséquences, et ne les sous-estimez pas. » participant au groupe de discussion du Manitoba

Plusieurs hommes estiment que leurs cliniciens ont fait un effort particulier pour veiller à ce qu'ils soient bien informés concernant leur maladie et participent pleinement aux décisions concernant leurs soins.

« J'avais plusieurs options. Et j'ai eu beaucoup de chance, parce que j'ai pu faire un choix. L'urologue était très respectueux et n'a pas tenté de m'influencer. Il m'a dit très clairement que j'ai absolument le droit de choisir. C'est votre décision. [Il a dit] " Je respecterai cette décision ". Et il m'a donné tous les faits concernant les résultats et les pourcentages et les effets secondaires. Je savais tout simplement, instinctivement, que je ne voulais pas subir une intervention chirurgicale. Je voulais une radiothérapie. » du Québec

Mais tous les hommes ne sont pas du même avis; certains pensent que leurs cliniciens ne les a pas fait participer au processus, ou qu'ils ne savaient même pas qu'ils avaient des options. Plusieurs d'entre eux affirment qu'on leur a simplement indiqué le traitement qu'ils recevraient, et qu'ils ont subi ce traitement-là. Ce n'est qu'après coup qu'ils se sont rendu compte qu'on aurait pu leur présenter des choix. D'autres indiquent qu'ils ont dû vraiment insister pour que leurs cliniciens tiennent compte de leurs préférences.

« On m'a envoyé chez un oncologue. Il m'a dit qu'il fallait prendre une décision. Je voulais avoir des UFHI; il ne les recommandait pas. Alors j'ai dit, bon, je veux subir une curiethérapie. Alors il a signé la prescription et est parti. J'avais l'impression d'être traité comme l'acheteur potentiel d'une voiture. C'était juste une impression qu'on me forçait à acheter une certaine voiture, ou un certain traitement, sans me permettre de réfléchir. Je ne veux pas qu'on me force pour ce genre de choses. Je veux être capable de prendre une décision rationnelle concernant la marche à suivre. » de la Nouvelle-Écosse

Certains hommes reconnaissent que dans certains cas, en raison de comorbidités (autres maladies) ou d'autres facteurs, ils n'avaient pas toujours le choix du traitement. Mais ils ajoutent que, même dans ces cas-là, ils voulaient tout de même être informés au sujet de leur maladie et de ce à quoi ils devaient s'attendre. Certains participants font remarquer qu'il était important pour eux de se sentir respectés en tant que personne et rassurés en tant que patient tout au long de ce parcours.

THÈME PRIORITAIRE 2 : SOUTIEN ÉMOTIONNEL

Dans les pages précédentes de ce rapport, nous présentons des données tirées d'une enquête sur la satisfaction des patients portant sur des hommes atteints du cancer de la prostate qui reçoivent des soins ambulatoires (voir la section *Satisfaction des patients concernant les soins*, au début du présent chapitre). Les constatations tirées de plusieurs provinces montrent que les patients atteints du cancer de la prostate qui participent à l'enquête donnent les réponses les plus négatives dans le domaine du soutien émotionnel au moment du diagnostic, pendant le traitement et au cours des soins de suivi.

Dans la ligne droite de ces constatations, les participants aux groupes de discussion passent un temps considérable à parler du besoin de soutien émotionnel de la part de leur équipe soignante et d'autres personnes. Cela comprend le soutien qui leur est apporté, mais également celui qui est offert aux membres de leur famille. Même s'ils expriment un besoin évident de soutien émotionnel tout au long du parcours face au cancer, bon nombre d'entre eux indiquent que ce soutien est le plus indispensable au moment du diagnostic. De nombreux participants disent qu'ils avaient besoin de temps pour gérer leurs propres réactions émotionnelles au diagnostic (et celles de leur conjointe ou des membres de leur famille) avant de se sentir prêts à recueillir des informations et à prendre des décisions concernant le traitement.

*« C'est le diagnostic qui est difficile. C'est comme... un deuil. Vous êtes en colère, vous êtes déprimé, vous êtes triste, vous êtes anxieux, vous éprouvez toutes sortes d'émotions. Mais cela finit par se calmer, et vous vous concentrez sur le traitement. »
du Québec*

*« Ce qu'il y avait de difficile pour moi, sur le plan émotionnel, [c'était] de dire à ma femme et à mes enfants, j'ai le cancer. »
du Manitoba*

Au cours de la phase de traitement, de nombreux participants estiment que le soutien par les pairs est particulièrement important, alors qu'ils cherchent à gérer leurs difficultés physiques et émotionnelles. Ce sentiment de communauté et de partage des expériences leur a apporté information et espoir. Certains hommes soulignent le rôle important qu'a joué leur épouse ou leur conjointe, qui leur a apporté un soutien émotionnel et pratique (c'est-à-dire les a conduits au lieu de traitement et ramenés à la maison, leur ont rendu visite pendant leur séjour à l'hôpital).

« Dans le groupe de soutien local, j'ai rencontré des gens qui avaient vécu la même expérience. Certains n'en étaient qu'un peu plus loin que moi, mais beaucoup de possibilités (...) Je n'avais jamais rencontré ces gens et je n'aurais jamais fait leur connaissance sans le diagnostic de cancer de la prostate. »
du Nouveau-Brunswick

De nombreux hommes indiquent qu'il était très important de recevoir un soutien à la fin de leur traitement, alors qu'ils géraient les répercussions émotionnelles et relationnelles des effets secondaires physiques du traitement, en particulier la dysfonction sexuelle. Ils sont nombreux à dire qu'ils ne connaissaient aucun programme ou service officiel qui pouvait les aider à gérer les problèmes liés aux changements sexuels ou relationnels. En fait, la dysfonction sexuelle causée par l'intervention chirurgicale de traitement du cancer de la prostate est un thème commun des séances des groupes de discussion; certains hommes affirment qu'il s'agissait du facteur déterminant dans leurs réflexions au sujet du traitement, même s'il n'était pas toujours possible d'éviter l'intervention chirurgicale.

« [La dysfonction sexuelle] est stressante, elle cause de l'anxiété émotionnelle et tout cela, mais à nouveau, il faut passer par-dessus, et nous avons eu de la chance, nous avons pu faire le pas et nous débrouiller, et nous allons de l'avant. » de l'Ontario

De nombreux participants indiquent qu'ils ont demandé conseil à d'autres personnes concernant les effets secondaires potentiels; ils ne demandent qu'à faire part de leurs luttes, de leurs succès et des expériences qu'ils continuent à vivre. Des thèmes similaires se dégagent au cours de la séance avec les soignants (femmes et enfants d'hommes atteints de cancer de la prostate). Certains hommes ajoutent que l'aide qu'ils ont reçue d'autres hommes dans le cadre des groupes de soutien les a poussés à aider plus activement les autres. Toutefois, certains participants ont eu au début de la difficulté à trouver du soutien.

« Je fais partie d'un groupe privé sur Facebook destiné aux patients atteints de cancer de la prostate seulement, et cela m'a énormément aidé. Je l'ai consulté tous les jours, et c'est juste un endroit où les hommes peuvent se laisser aller, aucun sujet n'est mis de côté. Il y a de l'humour, et nous partageons nos joies et nos peines. C'est ce que nous appelons une "camaraderie malgré soi". »
du Nouveau-Brunswick

« Certaines de mes difficultés (...) vous ne pouvez pas vraiment en parler à un ami (...) [Il y a] ces émotions que je ressens. Vous savez, il se passe d'autres choses dans ma vie qui entrent aussi en ligne de compte, et voilà où j'en suis, et vous savez, simplement, une oreille attentive qui m'aurait écouté et à qui j'aurais pu parler [m'aurait aidé]. Quelque chose comme ça. » de la Nouvelle-Écosse

Certains participants disent qu'à leur avis, le soutien émotionnel offert aux hommes comporte des lacunes (c'est-à-dire qu'il n'est pas facile à obtenir, ou qu'ils ne savaient pas qu'il était offert), principalement à l'échelle des prestataires ou du système. Cela se confirme particulièrement chez les participants traités à une grande distance de leur lieu de résidence.

D'autres participants indiquent que le soutien émotionnel de la part des prestataires individuels ou au sein d'une équipe soignante n'est pas uniforme. Par exemple, certains d'entre eux décrivent des expériences positives avec l'un des prestataires de leur équipe soignante, mais des expériences négatives avec d'autres. Même si certains participants indiquent que leur médecin de famille ou leur spécialiste était la meilleure source de soutien, d'autres estiment avoir été traités sans aucun tact ou avec indifférence, en particulier au moment du diagnostic ou de l'orientation.

THÈME PRIORITAIRE 3 : SURVIE ET VIE AVEC LES EFFETS SECONDAIRES DU TRAITEMENT

Parallèlement au vieillissement de la population, l'on s'attend à ce que le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate augmente. Comme le recours à la surveillance active comme prise en charge de certains cancers de la prostate est également à la hausse et que les traitements s'améliorent, un nombre d'hommes toujours croissant vit pendant de nombreuses années après un diagnostic de cancer de la prostate. C'est pour cette raison que la survie est une phase importante et continue du parcours.

Dans le cadre des groupes de discussion, les hommes font part de leurs expériences postérieures au traitement, qu'elles soient physiques ou émotionnelles. Bon nombre d'entre eux expriment de la frustration à l'égard de quelques-uns des effets secondaires persistants, alors que d'autres indiquent qu'ils se sont adaptés à la « nouvelle normalité » de la vie avec ou sans ces répercussions. Leurs expériences sont mitigées en ce qui concerne le niveau de connaissances au sujet de ces effets secondaires à court terme, des résultats à long terme et de l'étendue des diverses difficultés rencontrées après le traitement.

« Je ne suis pas satisfait des choix que j'ai faits. J'avais l'impression qu'on ne m'a pas dit toute la vérité au sujet de l'intervention. Physiquement, je ne peux plus faire ce que je faisais lorsque j'étais en bonne santé. Et je ne sais pas si c'est à cause de la curiethérapie [qui] me donne une attitude négative. »

de la Nouvelle-Écosse

« Le traitement vous perturbe vraiment (...) l'esprit; il vous jette dans les ténèbres. »

du Manitoba

« Vous devez faire des plans, rester impliqué, prendre le risque de réserver quelque chose pour l'avenir [comme un voyage] et à chaque année qui s'écoule, vous dire " J'ai eu une année de plus ". »

de l'Ontario

Même si la plupart des participants avaient reçu un traitement par intervention chirurgicale ou radiothérapie, d'autres avaient reçu une hormonothérapie, une chimiothérapie ou une association de différents traitements. Les effets secondaires physiques du traitement les plus fréquemment mentionnés sont la dysfonction sexuelle, la fatigue et l'incontinence. Certains participants font remarquer les difficultés émotionnelles qui accompagnent ces effets secondaires physiques, y compris une perception de perte de masculinité chez certains.

Les participants, patients et soignants, notent certains écarts entre les effets secondaires qu'ils s'attendaient à voir et ceux qui se sont effectivement produits. Certains participants indiquent qu'une communication claire peut aider à gérer les attentes et à soulager le stress et l'anxiété, car les patients et les familles sont mieux préparés à ce qui peut se produire.

« J'ai besoin de bien plus de sommeil qu'avant le cancer (...) Aussi, [je fais] de la rétention d'urine, [ce qui fait que] j'emmène des cathéters et des fournitures avec moi chaque fois que je sors. » de la Nouvelle-Écosse

« La fonction sexuelle au complet – c'est problématique et c'est très personnel. Vous avez encore votre libido. Alors cela s'ajoute à la détresse, dans un sens (...) C'est un double stress, parce que vous avez le désir, mais pas la capacité. »
du Québec

« Les hommes ne veulent pas parler de dysfonction érectile, même à leur médecin, alors j'en parle [dans les groupes de soutien]. » de l'Ontario

Pour bien des participants, la crainte de la récurrence du cancer est un autre problème persistant, et plusieurs d'entre eux indiquent qu'il s'agit de l'effet du diagnostic de cancer le plus difficile à gérer.

« Je pense que nous avons tous cette peur-là. La plus petite douleur, c'est une métastase. » de l'Ontario

Certains commentaires généraux concernent les difficultés d'accès aux soins postérieurs au traitement et la nécessité de renforcer le suivi et la postobservation. De nombreux participants mentionnent des expériences positives concernant les soins coordonnés entre les prestataires et les établissements, mais plusieurs d'entre eux parlent d'un processus décousu entre

les praticiens et d'une confusion concernant la personne à qui s'adresser pour obtenir de l'aide, en cas de besoin.

Certains participants indiquent qu'ils étaient frustrés de ne pouvoir prendre rendez-vous chez leur chirurgien ou leur oncologue que si leur question était spécifiquement liée à leur traitement. Sinon, ils ne recevaient aucune option de soutien.

« J'aurais vraiment aimé avoir le numéro de téléphone de ressources à l'hôpital, où j'aurais pu dire " Je passe une mauvaise journée " [et obtenir du soutien], au lieu de " Bof! " et tout le monde disparaît. »

de la Nouvelle-Écosse

Même si ces discussions sont principalement axées sur les effets physiques et émotionnels du traitement, de nombreux participants mentionnent également d'autres difficultés pratiques postérieures aux soins (par exemple, la manière d'obtenir les rendez-vous de suivi, les charges financières).

THÈME PRIORITAIRE 4 : SOUTIEN AUX SOIGNANTS

Les soins centrés sur la personne offerts aux hommes atteints de cancer de la prostate doivent également tenir compte des besoins, des valeurs et des points de vue des membres de la famille, puisqu'ils sont également touchés par le diagnostic de cancer de la prostate.

Même si de nombreux participants indiquent que leur femme ou conjointe était incluse dans toutes les conversations avec les médecins, la plupart d'entre eux ne savaient pas que des moyens de soutien officiels étaient offerts à leur conjointe par le système de soins de santé. Un tel soutien, principalement l'accès à des renseignements

concernant l'état et les soins de leur être cher, permettrait aux membres de la famille d'être des membres à part entière de l'équipe soignante. Les renseignements au sujet des besoins des conjointes en tant que soignantes, y compris la façon de prendre soin d'elles-mêmes, seraient également utiles. Les hommes et les membres de la famille indiquent que cette absence de ressources à l'intention des conjointes ou des soignants (ou la méconnaissance de ces ressources) est une lacune.

Certains participants à la séance des soignants indiquent que les groupes de soutien entre pairs ou les forums de patients ont tendance à donner la priorité aux hommes atteints de cancer dans leur liste de membres et leur contenu, accordant une place limitée aux conjointes et aux autres membres de la famille. Cependant, plusieurs patients participants indiquent que leur propre groupe de soutien était exceptionnel à cet égard et font remarquer les avantages d'inclure les conjointes dans la liste de membres. Par exemple, un sentiment de famille naît entre ceux qui partagent des expériences difficiles. Certains participants indiquent que cela les a énormément aidés tout au long de leur parcours, y compris bien après la fin du traitement.

« Dans notre groupe, les femmes participent tout autant que nous les hommes. Nous avons quelques personnes qui ont perdu leur conjoint, et elles sont tout à coup (...) perdues, alors c'est une des choses qu'en groupe nous essayons de faire, être là pour elles. C'est une grande famille. » de l'Ontario

En bref

Les indicateurs de rendement du système, comme celui qui compare le nombre d'hommes atteints de cancer de la prostate qui subissent une prostatectomie d'une province à l'autre, peuvent fournir des renseignements utiles sur les modèles de pratique oncologique. Mais il est également important de comprendre ce que ressentent les hommes qui doivent prendre une décision concernant le traitement à subir, et cela offre une meilleure image de la qualité des soins offerts. Les hommes qui ont subi une prostatectomie comprenaient-ils les risques et les bienfaits potentiels de l'intervention? Leur a-t-on offert d'autres options?

De même, la mesure de résultats comme les taux d'incidence normalisés selon l'âge et les taux de survie relative est un paramètre de surveillance important qui nous aide à évaluer nos efforts d'amélioration de la lutte contre le cancer au Canada. Mais un tableau bien plus riche émerge lorsque les taux de survie sont présentés accompagnés de commentaires sur le vif de survivants qui expliquent les répercussions physiques, émotionnelles et sociales du cancer sur leur vie.

En incluant des réflexions de patients et de survivants concernant leur parcours à la suite du traitement, ce rapport ouvre une petite fenêtre sur les expériences de quelques hommes qui ont achevé le traitement et en sont actuellement à la phase tout aussi difficile de la survie dans leur parcours. Cela est particulièrement important, étant donné que le cancer de la prostate est le cancer qui touche les hommes canadiens le plus fréquemment.

Qu'avons-nous donc appris en les écoutant? Premièrement, même si certains participants aux groupes de discussion disent qu'ils avaient l'impression d'avoir été complètement informés au sujet des choix de traitement qui s'offraient à eux et avaient participé activement aux décisions concernant leurs soins, bien d'autres se sentaient tenus dans l'ignorance au sujet de leurs options. Quelques participants disent qu'ils se sont précipités vers une intervention chirurgicale ou une radiothérapie sans connaître tout l'éventail des effets secondaires possibles.

Nous avons appris que l'un des plus grands besoins non satisfaits est le besoin de soutien émotionnel, en particulier au moment où les hommes avec lesquels nous nous sommes entretenus devaient gérer leur diagnostic initial de cancer, puis se débattre avec les effets physiques du traitement, en particulier la dysfonction érectile et l'incontinence.

Enfin, nous avons appris que les épouses et d'autres membres de la famille estiment qu'ils auraient pu recevoir un meilleur soutien grâce à des renseignements qui leur auraient permis de prendre mieux soin de leur être cher au cours du traitement et de la phase postérieure au traitement. Nous avons entendu que les membres de la famille profiteraient également d'en savoir davantage au sujet de l'offre de services de soutien émotionnel, ce qui leur permettrait de faire partie de groupes, soit seuls, soit en compagnie de leur conjoint.

Cependant, même si nous avons certainement entendu parler des épreuves et des difficultés causées par le cancer de la prostate, nous avons également entendu quelques participants raconter les expériences inspirantes qu'ils ont vécues avec des cliniciens qui ont pris le temps d'apprendre à connaître leur patient et de les faire pleinement participer à chaque aspect de leurs soins. Nous avons entendu parler du rôle important joué par les épouses, les conjointes et les membres de la famille des hommes, en particulier lorsqu'ils disposaient de l'information et du soutien dont ils avaient besoin.

Nous sommes également impressionnés et touchés par le courage des hommes qui se sont portés volontaires pour prendre part aux groupes de discussion et aux autres séances. Bon nombre d'entre eux disent qu'ils veulent parler ouvertement de leurs expériences souvent difficiles. Ils disent espérer que les informations contribueront à améliorer l'expérience des milliers d'hommes canadiens qui recevront un diagnostic de cancer de la prostate à l'avenir, et à informer les prestataires de soins et les décideurs qui participeront à la satisfaction de leurs besoins.

Points forts et limitations

Voici les points forts de la démarche suivie pour ces consultations :

- des méthodes multiples de collecte de données et des représentants de plusieurs provinces;
- la collaboration avec des chercheurs qualitatifs à Ipsos Reid et avec nos animateurs experts;
- la récurrence d'expressions similaires de la part des participants d'une séance à l'autre, ce qui laisse entendre que la taille de l'échantillon est suffisante pour obtenir une gamme raisonnable de perspectives en réponse aux questions précises posées.

Nous reconnaissons quelques limitations :

- les conclusions représentent les points de vue de 47 hommes et de 3 soignants membres de la famille qui ont répondu à des questions précises concernant leurs expériences^p;
- pour être inclus, les hommes devaient avoir été traités contre le cancer de la prostate; par conséquent, les points de vue et les expériences des hommes qui n'ont pas reçu de traitement ne sont pas saisis;
- tous les participants étaient des volontaires. Même si les volontaires qui participent aux recherches s'impliquent souvent beaucoup, sont informés et disposés à parler de leurs perspectives, ils ne reflètent pas nécessairement les points de vue des autres membres de la population visée;
- de nombreux participants ont été recrutés par l'intermédiaire de groupes et de réseaux de soutien liés au cancer de la prostate, ce qui signifie que bon nombre d'entre eux avaient déjà l'habitude de faire part de leurs réflexions en groupe, principalement de manière positive et constructive, et se sentaient à l'aise pour le faire. En outre, les hommes qui ont décidé de rechercher de l'aide auprès des groupes de soutien peuvent avoir ressenti des effets secondaires plus prononcés que ceux qui ne l'ont pas fait;
- seul un petit nombre de membres de la famille ont participé; toutefois, nos animateurs ont confirmé que les thèmes principaux qui se sont dégagés sont des thèmes qu'ils retrouvent fréquemment dans leurs propres pratique ou recherche.

^p Le guide d'entrevue peut être consulté dans l'annexe technique, à l'adresse rendementdusysteme.ca.

5. Recherche

**Investissements en
recherche sur le cancer**

116

**Participation aux essais
cliniques**

126



5. Recherche

Le milieu de la recherche sur le cancer de la prostate au Canada est actif. Plusieurs organismes canadiens soutiennent la recherche sur le cancer de la prostate, notamment les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), Cancer de la prostate Canada (CPC), la Fondation Terry Fox (FTF) et la Société canadienne du cancer (SCC). Malgré cela, notre capacité à évaluer le rendement et l'impact des activités de recherche sur le cancer est limitée par le manque de données facilement accessibles.

Surtout, nous ne sommes pas en mesure d'évaluer et de suivre le processus et les résultats des activités de recherche clinique à l'échelle pancanadienne (par exemple, les répercussions de la recherche sur le cancer de la prostate sur les résultats cliniques).

Ce chapitre présente quelques données sur trois indicateurs qui peuvent produire des renseignements utiles au sujet des activités de recherche sur le cancer de la prostate et son rôle dans le système de lutte contre le cancer :

- une ventilation du financement de la recherche sur le cancer par type de cancer par rapport au fardeau relatif de chacun d'entre eux;
- la répartition du financement dans les divers domaines de la recherche sur le cancer de la prostate;
- les ratios de participation aux essais cliniques sur le cancer de la prostate par rapport aux autres cancers.

Les deux premiers indicateurs reposent sur les renseignements concernant les dépenses consacrées à la recherche qui sont communiqués à l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (ACRC). Comme il n'existe aucune donnée permettant de calculer la participation réelle aux essais cliniques ou le pourcentage de patients admissibles inscrits à divers essais cliniques, nous présentons un « indicateur indirect » largement utilisé. Cet indicateur mesure le ratio entre le nombre total de patients atteints de cancer de la prostate adultes nouvellement inscrits à des essais cliniques de phase I à IV (essais thérapeutiques ou études de recherche clinique liés au cancer) en 2013 et le nombre de nouveaux cas de cancer durant la même année.

Investissements en recherche sur le cancer

Que mesure-t-on, et pourquoi?

Cet indicateur sert à évaluer la répartition des montants estimatifs du financement de la recherche en fonction des types de cancer, en ce qui concerne le cancer du sein, le cancer colorectal, le cancer du poumon et le cancer de la prostate, à partir de renseignements sur les dépenses de recherche déclarés à l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (ACRC) en 2012. Ces renseignements permettent de faire des comparaisons entre les fonds consacrés à chacun de ces types de cancer et leur fardeau relatif respectif, établi selon le taux d'incidence (2010) et le taux de mortalité (2011). Cette section présente également des données provenant des cinq principaux commanditaires de la recherche sur le cancer de la prostate au Canada et examine la répartition de leur investissement dans divers domaines de la recherche sur cette maladie en 2005 et en 2012. L'investissement provincial par habitant dans la recherche sur le cancer de la prostate en 2005 et en 2012 est également étudié pour toutes les provinces.

- L'offre d'un soutien adéquat aux recherches axées sur certains cancers particuliers contribue aux progrès scientifiques et accélère la transformation des découvertes en bienfaits pour les patients. Les priorités de la recherche sur le cancer de la prostate comprennent la mise au point de tests diagnostiques précis, la découverte de nouveaux biomarqueurs et de nouvelles technologies d'imagerie qui permettent de faire la distinction entre la maladie indolente et la maladie agressive, la réduction des toxicités liées au traitement, et

l'élaboration de lignes directrices visant à identifier les hommes atteints de cancer de la prostate qui pourraient être admissibles à la surveillance active ou à l'attente vigilante (plutôt qu'à un traitement immédiat).

- Le chapitre examine également des données regroupées provenant des cinq principaux commanditaires de la recherche au Canada et étudie la répartition de leur investissement par rapport au résumé scientifique commun (Common Scientific Outline, CSO) en 2005 et en 2012. Le CSO comprend sept catégories visant à couvrir un vaste éventail de domaines de recherche (voir le tableau 5.3)¹⁷⁹.

Quels résultats a-t-on obtenus?

- En 2012, 541,6 millions de dollars sont investis dans la recherche sur le cancer au Canada; sur cette somme, 286,2 millions de dollars sont investis dans la recherche propre à certains types de cancer, dont 37,9 millions de dollars (13,2 %) investis dans la recherche sur le cancer de la prostate. Cet investissement est proportionnellement inférieur à l'investissement dans la recherche propre au type du cancer du sein (26,5 %), mais deux fois plus élevé que l'investissement dans la recherche sur le cancer du poumon (6,7 %) et sur le cancer colorectal^{6,7} [figure 5.1].
- Le cancer de la prostate représente 5,3 % des décès attribuables au cancer au Canada au cours de cette année et reçoit 13,2 % des fonds de recherche propre au type de cancer en 2012 (figure 5.1).

- Les cinq principaux commanditaires de la recherche sur le cancer de la prostate en 2012 représentent 72,5 % de la recherche totale sur cette maladie en 2012 (tableau 5.1). En 2005 comme en 2012, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) consentent l'investissement le plus élevé, qui représente respectivement 17,7 % et 28,7 % de l'investissement total dans la recherche sur le cancer de la prostate (tableaux 5.1 et 5.2). Cancer de la prostate Canada est le deuxième investisseur en 2012, ce qui représente une augmentation supérieure à 7 fois par rapport à 2005. Même si la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI) était le deuxième investisseur en 2005, elle se place au huitième rang en 2012 (tableau 5.2; données non illustrées). L'Institut ontarien de recherche sur le cancer (IORC) est le sixième commanditaire en 2005 et le troisième investisseur en 2012, en raison de son investissement majeur dans le Canadian Prostate Cancer Genome Network (CPC-GENE) [données non illustrées/tableau 5.1]. Le projet CPC-GENE vise à décoder le génome du cancer de la prostate, puis à mettre au point des thérapies personnalisées contre le cancer à l'intention des patients, ce qui pourrait diminuer le surtraitement. Cancer de la prostate Canada investit également de grandes sommes dans le projet CPC-GENE.
- La figure 5.2 montre l'évolution de la répartition des investissements dans la recherche sur le cancer par domaine scientifique en 2005 et en 2012 pour les cinq principaux organismes de financement de la recherche sur le cancer de la prostate. Même si la répartition des investissements dans les domaines de la recherche sur le cancer de la prostate change au cours de ces sept ans, le montant de l'investissement augmente dans tous les domaines de recherche définis par le CSO, sauf dans le domaine *Lutte contre le cancer, survie et résultats*. Dans ce domaine, le financement chute d'environ 884 000 \$ (7,2 %) en 2005 à 630 000 \$ (2,3 %) en 2012 (figure 5.2).
- Les principaux investissements au cours de la période de sept ans concernent la recherche liée au domaine *Détection précoce, diagnostic et pronostic*, ainsi qu'au domaine *Traitement*; ils représentent 55,1 % du financement global provenant des cinq commanditaires principaux en 2012 (figure 5.2).
- La variation de pourcentage la plus élevée constatée dans la répartition des investissements entre les cinq principaux commanditaires de 2005 à 2012 concerne la recherche dans le domaine *Détection précoce, diagnostic et pronostic*; le financement passe de 19,3 % en 2005 à 35,8 % en 2012. L'investissement dans la recherche sur le domaine *Étiologie* augmente également de 8,2 % entre 2005 et 2012 (figure 5.2).
- L'investissement par habitant dans la recherche sur le cancer de la prostate en 2005 et en 2012 est également étudié sous l'angle de la population masculine canadienne de chaque province. En 2012, l'investissement le plus important a lieu en Colombie-Britannique (4,18 \$ par homme); le plus bas est en Saskatchewan à 0,09 \$ par homme (figure 5.3).
- Les investissements par habitant en Alberta, au Manitoba, en Ontario, au Québec, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador sont plus élevés en 2012 qu'en 2005; en Colombie-Britannique et en Saskatchewan, ils baissent entre 2005 et 2012 (figure 5.3).

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les données proviennent de l'Étude canadienne sur la recherche sur le cancer (ECRC), menée par l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (ACRC). En 2012, l'enquête recueille des données sur le financement auprès de 42 organismes, y compris le secteur gouvernemental et le secteur du bénévolat, dans tout le Canada.
- L'ECRC recueille les données relatives aux investissements en recherche effectués par les organismes et programmes fédéraux, les organismes des gouvernements provinciaux et les organismes bénévoles; cependant, elle ne recueille pas de données sur les investissements des fondations hospitalières (par exemple, la British Columbia Cancer Foundation, la Fondation de l'Hôpital Princess Margaret) et des organisations étrangères qui financent des activités de recherche au Canada (par exemple, le National Cancer Institute aux États-Unis) ni sur les activités de recherche-développement financées par l'industrie. Les estimations issues de cette enquête représentent au moins 65 % des investissements totaux dans la recherche sur le cancer.
- Dans cette analyse, les investissements dans les recherches qui peuvent s'appliquer à tous les types de cancer ou qui ne ciblent pas un type particulier de cancer sont exclus. En d'autres termes, seuls les projets ou les subventions dans lesquels la part du cancer de la prostate est supérieure à 1 % sont inclus.
- Les domaines de recherche sont basés sur les codes du résumé scientifique commun (CSO). Lorsque plus d'un code du CSO est attribué à un projet de recherche, l'investissement est réparti à parts égales entre les codes.
- Le fardeau de la maladie (défini par l'incidence et la mortalité) n'est qu'une façon parmi d'autres d'évaluer les investissements en recherche; de nombreux autres indicateurs sont utilisés pour évaluer le fardeau dans le domaine de la santé. Pour les besoins du présent rapport, toutefois, seules l'incidence et la mortalité sont prises en compte.
- Les équivalents de projets (figure 5.3) renvoient à la somme des projets pondéré en fonction de leur degré de pertinence concernant le cancer. Par exemple, en Colombie-Britannique, il y a 53 projets au total en 2005. Après avoir pris en compte leur degré de pertinence avec le cancer, le nombre de projets chute légèrement, à 47,7.
- Les tableaux de données relatifs à cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul détaillée, présentés dans l'annexe technique complète peuvent être consultés à l'adresse rendementdusysteme.ca.

TABLEAU 5.1

Investissements dans la recherche sur le cancer de la prostate par les cinq principaux commanditaires – 2012

Cinq principaux commanditaires en 2012	Secteur	Investissement en 2012	Pourcentage de l'investissement total
Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)	Gouvernement : fédéral	10,86 millions de dollars	28,69 %
Cancer de la prostate Canada (CPC)	Bénévolat	7,08 millions de dollars	18,69 %
Institut ontarien de recherche sur le cancer (IORC)	Gouvernement : provincial	4,48 millions de dollars	11,83 %
Fondation Terry Fox (FTF)	Bénévolat	2,55 millions de dollars	6,74 %
Société canadienne du cancer (SCC)	Bénévolat	2,48 millions de dollars	6,54 %
CINQ PRINCIPAUX COMMANDITAIRES		27,45 millions de dollars	72,49 %
TOTAL : TOUS LES COMMANDITAIRES		37,87 millions de dollars	100 %

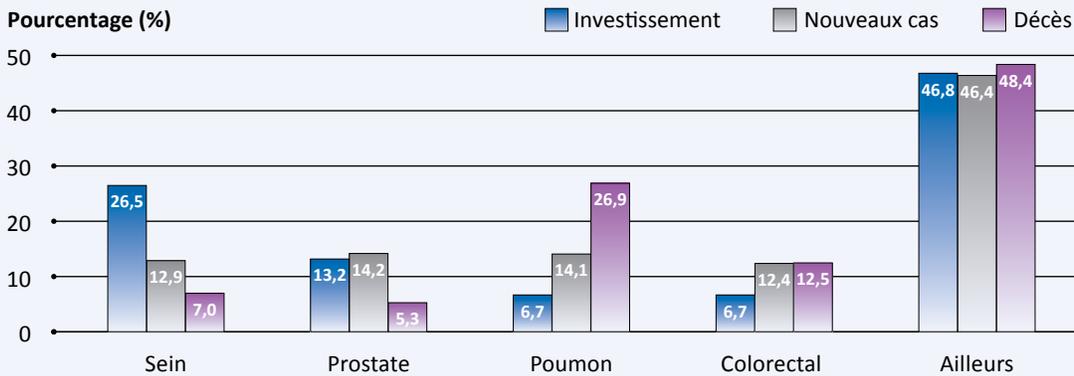
TABLEAU 5.2

Investissements dans la recherche sur le cancer de la prostate par les cinq principaux commanditaires – 2005

Cinq principaux commanditaires en 2005	Secteur	Investissement en 2005	Pourcentage de l'investissement total
Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)	Gouvernement : fédéral	3,79 millions de dollars	17,66 %
Fondation canadienne pour l'innovation (FCI)	Gouvernement : fédéral	2,86 millions de dollars	13,31 %
Société canadienne du cancer (SCC)	Bénévolat	2,55 millions de dollars	11,87 %
Fondation Terry Fox (FTF)	Bénévolat	2,16 millions de dollars	10,05 %
Cancer de la prostate Canada (CPC)	Bénévolat	901 647 \$	4,20 %
CINQ PRINCIPAUX COMMANDITAIRES		12,27 millions de dollars	57,09 %
TOTAL : TOUS LES COMMANDITAIRES		21,48 millions de dollars	100 %

FIGURE 5.1

Répartition des investissements dans la recherche sur le cancer (2012), des nouveaux cas de cancer (2010) et des décès attribuables au cancer (2011) selon le siège de la maladie, Canada



« Autres » renvoie aux autres types de cancer primitif énumérés dans le CIM-O-3. Sont inclus tous les autres types de cancer envahissants et le cancer de la vessie in situ.

Source des données sur les investissements dans la recherche sur le cancer : Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer, Étude canadienne sur la recherche sur le cancer.

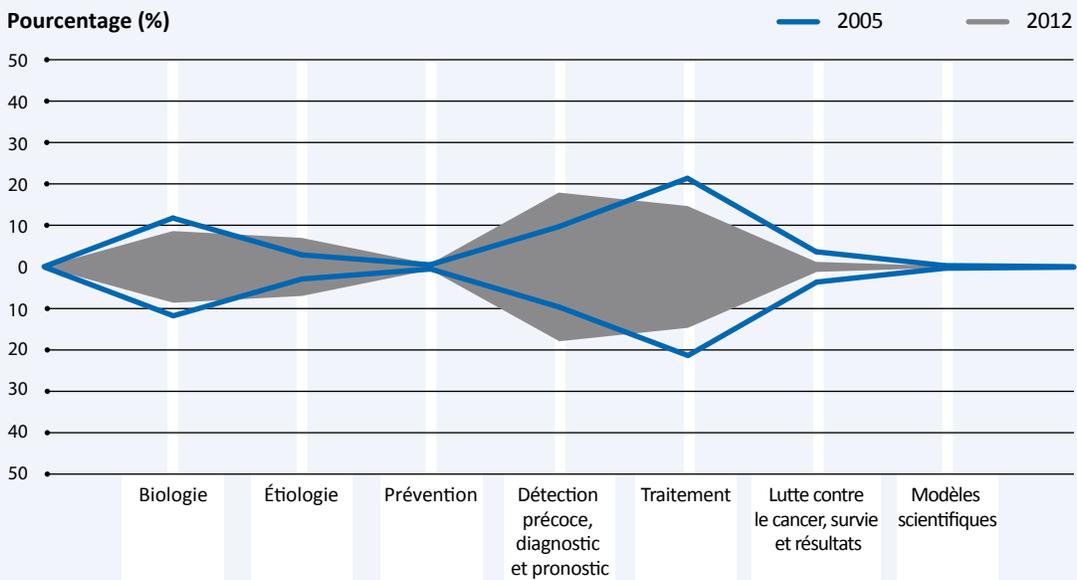
Source des données sur les nouveaux cas de cancer : Statistique Canada, Registre canadien du cancer.

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

Source : Tableau 103-0553 de CANSIM pour les cas de cancer cases, tableau 102-0552 de CANSIM pour les décès attribuables au cancer.

FIGURE 5.2

Répartition des investissements dans la recherche sur le cancer de la prostate par domaine de recherche pour les cinq principaux commanditaires, Canada – 2005 et 2012



Les domaines de recherche sont basés sur les codes du résumé scientifique commun (CSO) (voir le tableau 5.3).

Source des données : Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer, Étude canadienne sur la recherche sur le cancer.

TABLEAU 5.3

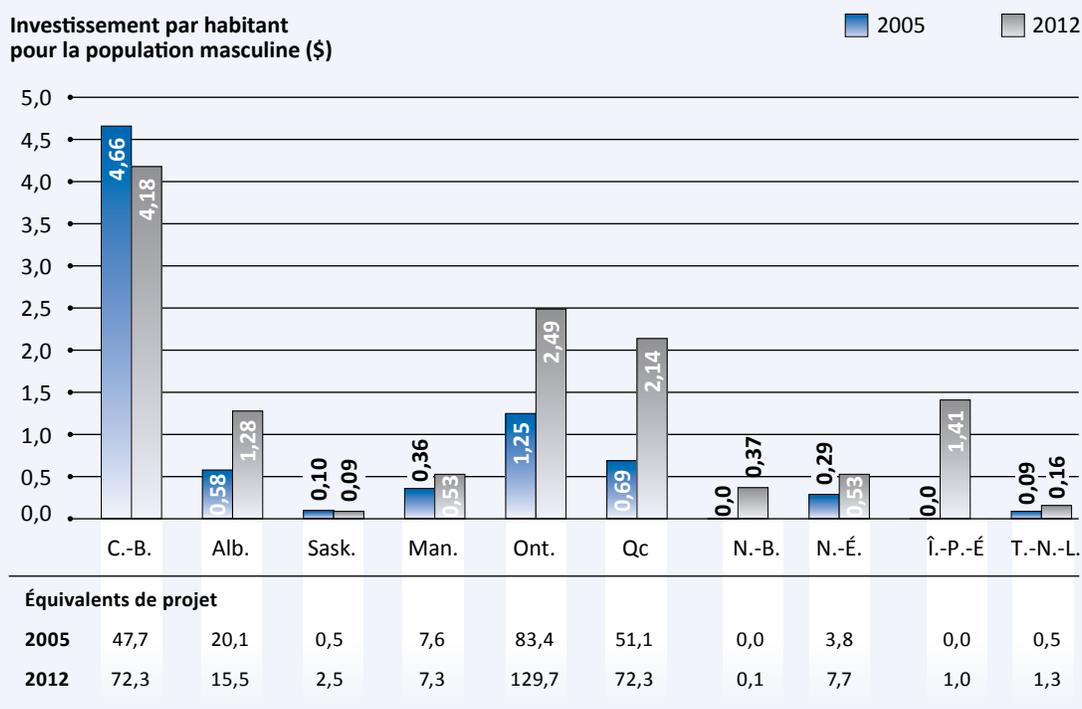
Codes du résumé scientifique commun (CSO)

Code du résumé scientifique commun (CSO)	Description
Biologie	Manière dont le cancer apparaît et évalué, ainsi que biologie normale se rapportant à ces processus (par exemple, épigénétique, récepteurs du facteur de croissance).
Étiologie	Causes ou origines du cancer, comme la génétique, le milieu et le mode de vie, et rapports entre ces facteurs (par exemple, tabagisme, infection par le papillomavirus, mutation BRCA1).
Prévention	Détermination des interventions qui réduisent le risque en diminuant l'exposition aux risques de cancer et en augmentant les facteurs de protection. Les interventions peuvent viser le mode de vie (c'est-à-dire l'activité physique, la nutrition, l'exposition au soleil) ou peuvent faire appel à des médicaments ou à des vaccins.
Détection précoce, diagnostic et pronostic	Détermination et essai de marqueurs du cancer et de méthodes d'imagerie qui peuvent détecter et diagnostiquer le cancer (par exemple, assurance de la qualité, biomarqueurs).
Traitement	Détermination et essais de traitements (comme la radiothérapie, l'intervention chirurgicale, la chimiothérapie) et de traitements non conventionnels (suppléments, ingrédients médicinaux). Comprend les essais cliniques.
Lutte contre le cancer, survie et résultats de la recherche	Soins aux patients et prise en charge de la douleur, suivi des cas de cancer dans la population, résultats cliniques, croyances et attitudes qui influent sur le comportement lié à la lutte contre le cancer, méthodes d'éducation destinées aux patients et aux professionnels, soins de soutien et de fin de vie, prestation des soins de santé du point de vue de la qualité et de la rentabilité.
Modèles scientifiques	Élaboration de nouveaux modèles animaux, de cultures cellulaires et de simulations informatiques et leur application à d'autres études de recherche sur le cancer.

Le CSO est un cadre organisé en sept grands domaines d'intérêt scientifique. Il a été élaboré et est utilisé par l'International Cancer Research Partnership (ICRP). L'ICRP est un partenariat composé de commanditaires de la recherche sur le cancer aux États-Unis, au Canada, au Royaume-Uni, en France, aux Pays-Bas, en Australie et au Japon.

Source : International Cancer Research Partnership¹⁷⁹.

FIGURE 5.3

Investissement par habitant (population masculine) dans la recherche sur le cancer de la prostate, par province – 2005 et 2012

Les équivalents de projets renvoient à la somme des projets pondérée en fonction de leur degré de pertinence concernant le cancer.

La population masculine comprend les hommes de tous âges.

Source des données : Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer, Étude canadienne sur la recherche sur le cancer.

Que peut-on conclure des résultats?

- L'évaluation du financement de la recherche par rapport au fardeau de la maladie aide les commanditaires de la recherche sur le cancer à déterminer les lacunes et les domaines importants pour lesquels un financement en recherche supplémentaire pourrait être nécessaire.
- Le National Cancer Research Institute (NCRI) du Royaume-Uni signale que les niveaux de financement les plus élevés sont accordés à la recherche sur le cancer du sein, par rapport aux dépenses en recherche sur d'autres types de cancer. En 2011, le Royaume-Uni (contrairement au Canada) accorde un financement inférieur (7,7 % du financement propre au type de cancer) à la recherche sur le cancer de la prostate qu'à la recherche sur le cancer colorectal¹⁸⁰.
- Le National Cancer Institute (NCI) des États-Unis accorde 255,6 millions de dollars à la recherche sur le cancer de la prostate en 2013. Selon les codes CSO, la majorité de la recherche sur le cancer de la prostate financée par le NCI appartient au domaine *Biologie* (24 %), suivi du domaine *Traitement* (23 %) et du domaine *Détection précoce, diagnostic et pronostic* (18%)¹⁸¹.
- Au Canada, nous constatons que la répartition du financement a largement évolué en faveur du domaine *Détection précoce, diagnostic et pronostic*. Quelques différences parmi les cinq principaux commanditaires se dégagent, en particulier l'Institut ontarien de recherche sur le cancer (IORC) et Cancer de la prostate Canada (CPC). Ces organismes de recherche investissent une proportion importante de leur financement dans le domaine *Détection précoce, diagnostic et pronostic*. Cela reflète probablement l'inauguration d'un projet conjoint entre l'IORC et CPC, le projet Canadian Prostate Cancer Genome Network (CPC-GENE).

Comme nous l'avons déjà expliqué, le projet CPC-GENE vise à décoder le génome du cancer de la prostate, afin de mettre au point des thérapies personnalisées contre le cancer à l'intention des patients et de diminuer le surtraitement¹⁸². L'investissement accru dans le domaine *Étiologie* rend également compte de l'important investissement dans le projet CPC-GENE.

- Un autre projet qui a probablement contribué à l'évolution de l'investissement dans ce domaine est le réseau d'essais cliniques en imagerie médicale du Canada (Medical Imaging Trial Network of Canada, MITNEC), un projet financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Ce réseau facilite les essais cliniques multicentriques qui mènent à l'approbation de nouveaux produits radio-pharmaceutiques par Santé Canada et à leur adoption par la suite dans la pratique clinique¹⁸³. Même si plusieurs provinces participent déjà au projet MITNEC, le chercheur principal nommé se trouve au Québec¹⁸³.
- Des projets en cours ont des répercussions sur l'important investissement par habitant dans la recherche sur le cancer de la prostate au Québec. Citons parmi eux le Programme de recherche québécois pour la prévention du cancer de la prostate, administré par la Société de recherche sur le cancer; son financement provient de la Société de recherche sur le cancer et du gouvernement du Québec¹⁸⁴.
- Un nombre considérable d'hommes canadiens (estimé à 176 361 en 2009) vivent avec le cancer de la prostate ou y ont survécu¹⁸⁵. Cependant, l'investissement dans le domaine de recherche *Lutte contre le cancer, survie et résultat* diminue en 2012. Il est important de déterminer quels types de recherche sur la survie répondraient le plus probablement aux besoins insatisfaits liés au cancer de la prostate.

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

- Le projet de partenariat canadien Espoir pour demain est une importante initiative de recherche à long terme conçue pour étudier comment les facteurs tels que la génétique, le comportement, le milieu et le mode de vie contribuent à l'apparition du cancer et d'autres maladies chroniques. Le projet est financé par le Partenariat et des organismes partenaires et comprend plus de 300 000 Canadiens âgés de 35 à 69 ans. Le projet de partenariat canadien Espoir pour demain est particulièrement conçu pour étudier l'étiologie des maladies, dont le cancer. Nous espérons que les connaissances acquises grâce à cette étude à long terme donneront lieu à de nouvelles interventions visant à prévenir le cancer de la prostate et d'autres cancers.
- Un plan stratégique quinquennal de recherche sur le cancer (2015-2020) est en cours d'élaboration par l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (ACRC). L'une des priorités proposées consiste à mettre en place un cadre de recherche sur la survie qui aidera à déterminer les lacunes importantes dans la recherche, qui pourraient bénéficier d'un financement stratégique¹⁸⁶.
- À l'avenir, d'autres indicateurs liés à la recherche sur le cancer de la prostate pourraient être étudiés dans les rapports sur le rendement du système du Partenariat, y compris le nombre de publications et les principaux chercheurs dans le domaine du cancer de la prostate au Canada, ainsi que leur envergure internationale.

Que sait-on d'autre?

- Les investissements dans la recherche sur le cancer de la prostate ont mené à des découvertes décisives dans tous les aspects de la lutte contre le cancer, de la biologie fondamentale du cancer à la survie au cancer. Quelques-unes des études de recherche en cours sont analysées ci-après.
- La Fondation Terry Fox, avec le soutien du Partenariat, participe à l'Initiative pancanadienne sur les biomarqueurs du cancer (2010 à 2016). Ce projet vise à mettre au point de nouveaux outils pronostiques qui permettront aux cliniciens de stratifier les tumeurs de bas grade qui nécessitent un traitement immédiat et celles qui peuvent être prises en charge sans danger au moyen de la surveillance active. Il a également pour objectif de définir les biomarqueurs des patients qui courent un risque accru d'évolution ou de récurrence de la maladie et qui pourraient bénéficier de thérapies néoadjuvantes ou adjuvantes¹⁸⁷.
- En 2014, Cancer de la prostate Canada lance une nouvelle initiative de recherche nationale. Appelé Movember Translation Acceleration Grants (TAG), ce programme de financement vise à faire la distinction entre les hommes qui doivent être traités de façon dynamique et ceux qui n'ont pas besoin de traitement agressif. Trois principales équipes de recherche à Edmonton, en Alberta, à Toronto, en Ontario et à Sherbrooke, au Québec, ont reçu près de 5 millions de dollars pour les projets visant à prévenir le surtraitement du cancer de la prostate¹⁸⁸.
- L'IORC finance l'étude Active Surveillance Magnetic Resonance Imaging Study Trial (ASIST). Son objectif consiste à examiner si l'IRM, associée à une biopsie guidée par échographie transrectale, peut servir à déterminer si une tumeur de la prostate est indolente ou agressive¹⁸⁹.
- Selon un rapport de Cancer de la prostate Canada, un important investissement dans la recherche sur le traitement du cancer de la prostate a été affecté au financement initial (ressources et infrastructure) de l'initiative Prostate Centre's Translational Research Initiative for Accelerated Discovery and Development (PC-TRiADD). L'initiative PC-TRiADD est axée sur la mise au point d'outils thérapeutiques ciblés, d'outils d'imagerie et d'outils robotiques visant à améliorer les résultats des patients atteints de cancer de la prostate. L'initiative PC-TRiADD a reçu le soutien de la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI), de la Fondation Michael Smith pour la recherche en santé (FMSRS) et d'autres ressources du gouvernement de la Colombie-Britannique¹⁹⁰. En outre, l'initiative PC-TRiADD est soutenue à titre de centre d'excellence en commercialisation et en recherche (CECR) par le Programme des réseaux de centres d'excellence jusqu'en 2018.

Participation aux essais cliniques

Que mesure-t-on, et pourquoi?

Cet indicateur examine la participation des adultes aux essais cliniques sur le cancer de la prostate par rapport à d'autres principaux types de cancer (cancer du sein, cancer du poumon et cancer colorectal). Les taux de participation des adultes sont exprimés sous forme de ratio entre les patients atteints de cancer âgés de 19 ans et plus nouvellement inscrits à des essais cliniques thérapeutiques ou à des études de recherche clinique en 2013 et le nombre de nouveaux cas de cancer durant la même année.

- Les essais cliniques sont essentiels à la mise au point de nouvelles méthodes et de nouveaux traitements fondés sur des données probantes. Ils introduisent de nouvelles thérapies efficaces dans la pratique clinique et peuvent réduire l'utilisation de thérapies inefficaces ou nuisibles. Le critère d'évaluation espéré est l'amélioration des résultats pour les patients.
- Des données provenant d'autres sources laissent entendre que le système des essais cliniques sur le cancer au Canada fait face à certaines difficultés, pour plusieurs raisons. Ces dernières comprennent la complexité croissante des essais cliniques, un milieu réglementaire de plus en plus onéreux et une augmentation progressive de la charge de travail des comités d'éthique de la recherche. En outre, même si le nombre d'essais cliniques sur le cancer lancés par année reste le même ou augmente entre 2000 et 2010, l'inscription des patients par année a atteint un plateau ou diminué.
- L'incertitude entourant les options de traitement appropriées pour les patients atteints de cancer de la prostate est due partiellement au manque d'essais contrôlés à répartition aléatoire sur les bienfaits de ces différentes options de traitement¹⁹¹. Des études sont nécessaires pour produire des recommandations et des lignes directrices qui permettront de

désigner les hommes admissibles à la surveillance active et ceux qui devraient subir un traitement principal. Cependant, quelques essais importants, qui pourraient modifier la pratique clinique, ont été menés jusqu'à ce jour (veuillez consulter la section « *Que sait-on d'autre?* » pour en lire davantage au sujet de la recherche par essais cliniques pivots).

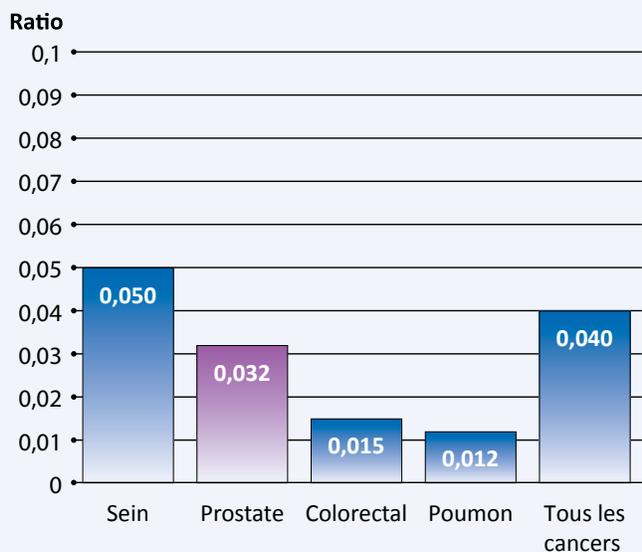
- Le National Comprehensive Cancer Network (NCCN) déclare dans son guide de pratique clinique en oncologie que la meilleure prise en charge des patients atteints de cancer peut s'obtenir dans le cadre d'un essai clinique. La participation aux essais cliniques est particulièrement encouragée auprès des hommes atteints de cancer de la prostate au stade avancé⁸³. Selon le modèle Gestion des voies pathologiques (GVP) d'Action Cancer Ontario, il convient d'envisager des essais cliniques pour les hommes atteints de cancer de la prostate à tous les stades du parcours de traitement (c'est-à-dire lorsque les essais existent que les patients répondent aux critères d'admissibilité)¹⁹².

Quels résultats a-t-on obtenus?

- En 2013, le ratio de participation des adultes à des essais cliniques pour les quatre types de cancer les plus fréquents varie d'un minimum de 0,012 pour le cancer du poumon à un maximum de 0,050 pour le cancer du sein (figure 5.4). Le ratio d'essais cliniques pour le cancer de la prostate s'élève à 0,032.
- On observe des variations interprovinciales dans la participation des adultes aux essais cliniques portant sur le cancer de la prostate. En 2013, le ratio entre les patients adultes inscrits à des essais cliniques et les nouveaux cas de cancer (parmi les six provinces déclarantes) varie entre 0,019 en Nouvelle-Écosse et 0,052 en Saskatchewan (figure 5.5).

FIGURE 5.4

Ratio entre les patients adultes atteints de cancer de la prostate inscrits à des essais cliniques et le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate, par siège de la maladie, pour les quatre types de cancer les plus courants et pour tous les cancers[†] – année d’inscription 2013



† Tous les cancers peuvent comprendre les patients atteints de cancer de la peau de type non mélanome.

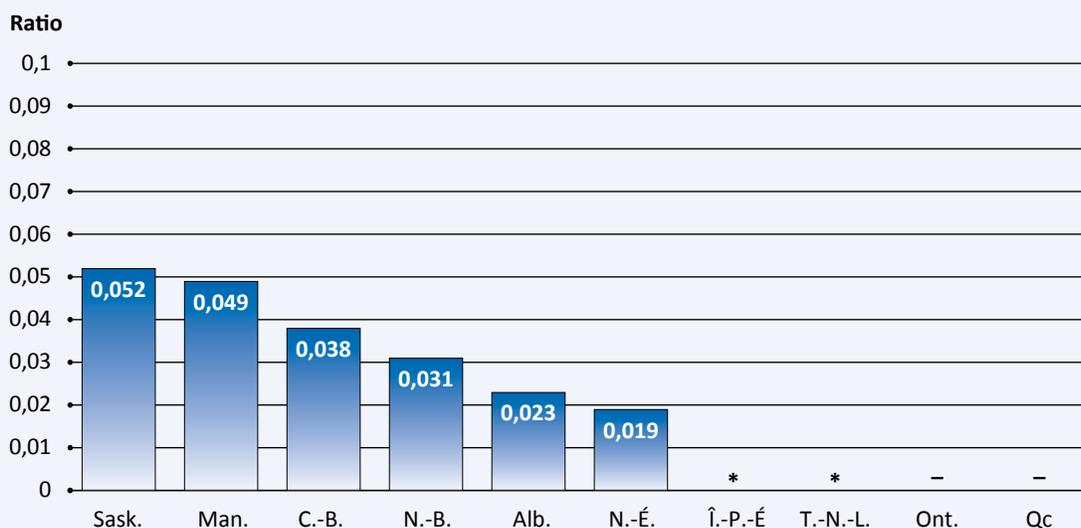
Les cas généraux en essais cliniques et les nouveaux cas incluent les provinces suivantes : C.-B., Alb., Sask., Man., N.-B., N.-É., Î.-P.-É. et T.-N.-L.

Les nouveaux cas en 2013 sont estimés à partir des Statistiques canadiennes sur le cancer de la Société canadienne du cancer.

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

FIGURE 5.5

Ratio entre les patients adultes atteints de cancer de la prostate inscrits à des essais cliniques et le nombre de nouveaux cas, par province – année d’inscription 2013



* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

« - » Données non disponibles.

Les nouveaux cas en 2013 sont estimés à partir des Statistiques canadiennes sur le cancer de la Société canadienne du cancer;

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

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- L'indicateur des essais cliniques pour adultes est un ratio, pas un taux. Ainsi, le numérateur n'est pas un sous-ensemble complet du dénominateur. Les cas inclus dans le numérateur peuvent avoir été diagnostiqués au cours d'années antérieures et peuvent être des cas récurrents. Le numérateur est le nombre total de patients adultes (âgés de 19 ans et plus) nouvellement inscrits à toutes les phases des essais cliniques thérapeutiques ou des études de recherche (essais de radiothérapie, essais systémiques et essais chirurgicaux uniquement – soins curatifs, adjuvants/néoadjuvants ou palliatifs) dans les centres anticancéreux provinciaux en 2013. Le dénominateur est le nombre de nouveaux cas de cancer en 2013. Le nombre de nouveaux cas de cancer déclaré par la Société canadienne du cancer (SCC) est utilisé pour cet indicateur indirect uniquement; il ne faut pas comparer ce nombre au nombre de nouveaux cas utilisés dans le contexte des résultats à long terme.
- Des patients vivant hors de l'Alberta sont également inclus dans la base de données Alberta Clinical Trials (ACCT), pour autant qu'ils aient été inscrits à un essai clinique se déroulant en Alberta.
- Les tableaux de données relatifs à cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul détaillée, présentés dans l'annexe technique complète peuvent être consultés à l'adresse rendementdusysteme.ca.

Que peut-on conclure des résultats?

- Les taux de participation des adultes aux essais cliniques au Canada sont faibles. Cette situation se trouve dans d'autres pays du monde entier, y compris les États-Unis; moins de 3 % des patients américains atteints de cancer participent à des essais cliniques¹⁹³. En revanche, au Royaume-Uni, le taux de participation aux essais cliniques sur le cancer est élevé : en 2007-2008, 12 % des adultes ayant reçu un diagnostic de cancer participent à des essais¹⁹⁴.
- Plusieurs obstacles à l'inscription aux essais cliniques sur le cancer de la prostate et plusieurs catalyseurs des inscriptions ont fait l'objet de recherches. Une étude canadienne est la première à examiner en détail les

facteurs qui influent sur l'inscription¹⁹⁵. Cette étude établit que les patients jeunes sont plus susceptibles de s'inscrire aux essais. La recommandation de la participation à un essai clinique de la part du médecin, ainsi que le désir d'aider ceux qui contracteront le cancer de la prostate à l'avenir, sont deux des catalyseurs importants de l'inscription mentionnés. En ce qui concerne les obstacles, les hommes expriment leurs préoccupations concernant la répartition aléatoire dans les essais cliniques (c'est-à-dire qu'ils pourraient recevoir un placebo au lieu du traitement à l'étude, et n'en retirer ainsi aucun avantage). Les hommes mentionnent également qu'ils s'inquiètent du temps à consacrer à la participation.

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

- Le National Cancer Research Network est établi en 2001 par le ministère de la Santé du Royaume-Uni afin de fournir au Service national de la santé (National Health Service, NHS) l'infrastructure nécessaire pour prendre en charge les essais cliniques sur le cancer et améliorer le recrutement pour les essais. Grâce à cette initiative, l'accroissement global des inscriptions aux essais cliniques au Royaume-Uni était passé de 4 % à 14 % en 2006. En 2010, le recrutement des patients dans les études du National Cancer Research Network au Royaume-Uni avait quadruplé depuis 2001, passant de 1 patient sur 26 à 1 patient sur 6¹⁹⁶.
- Le Réseau canadien d'essais cliniques sur le cancer (RCECC) a été formé à titre de centre de coordination national des centres d'essais cliniques. Le centre de coordination, hébergé par l'Institut ontarien de recherche sur le cancer (IORC) à Toronto, en Ontario, est désormais lancé grâce au financement de soutien de l'IORC, du Partenariat canadien contre le cancer, de la Fondation canadienne du cancer du sein (FCCS), d'Action cancer Manitoba, de la BC Cancer Foundation, de l'Alberta Cancer Foundation, de la

Fondation de la recherche en santé du Nouveau-Brunswick et de la Nova Scotia Health Research Foundation. Cette initiative a pour but d'améliorer l'accès des patients aux essais cliniques universitaires, d'améliorer le rendement du site des essais cliniques universitaires, d'améliorer l'environnement des essais où se déroulent des essais cliniques universitaires grâce à la collaboration et à la facilitation d'importantes initiatives d'essais nationales, et de montrer les répercussions du réseau et des essais universitaires sur le système de santé canadien.

- Le réseau European Clinical Research Infrastructures Network a lancé la Journée internationale des essais cliniques le 20 mai 2005 pour sensibiliser le public à l'importance des essais cliniques pour les progrès de la médecine et de la santé humaine. Au Canada, la Journée internationale des essais cliniques a été célébrée pour la première fois en 2006¹⁹⁷.
- À l'avenir, d'autres indicateurs pourraient être étudiés dans les rapports sur le rendement du système, y compris un indicateur de l'activité, comme le nombre d'essais ouverts et le nombre d'essais fermés.

Que sait-on d'autre?

- Les essais cliniques à répartition aléatoire ont donné lieu à plusieurs progrès dans la recherche sur le cancer de la prostate. Quelques essais importants, qui pourraient modifier la pratique clinique, ont été menés, y compris des essais sur la détection précoce. Par exemple, l'étude Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial (PLCO) montre que le dépistage organisé du cancer de la prostate par test de l'APS ne fait pas diminuer le nombre total de décès dus à cette maladie¹⁹⁸. L'étude European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) établit que le test de l'APS fait baisser le nombre de décès dus au cancer de la prostate de 20 %. Cependant, le nombre d'hommes qui devraient faire l'objet d'un test et d'un traitement pour sauver une vie est extrêmement élevé, et il faut tenir compte des désavantages de la détection précoce (par exemple, l'augmentation du surdiagnostic du cancer de la prostate)¹⁹⁹. En octobre 2014, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) met à jour sa recommandation d'éviter le dépistage du cancer de la prostate à l'aide de l'APS dans la population générale, affirmant que les données probantes montrent encore que les torts du dépistage l'emportent sur les avantages⁹.
- L'essai Selenium and Vitamin E Cancer Prevention Trial (SELECT), auquel se sont inscrits plus de 35 000 hommes âgés de 50 ans et plus (y compris quelques hommes canadiens), commencé en 2001, aurait dû se prolonger jusqu'en 2011. L'essai a été interrompu en 2008, lorsque les chercheurs ont conclu que les compléments de sélénium n'apportaient aucun bienfait et que les données laissaient entendre que la vitamine E augmente le risque de cancer²⁰⁰. Quelques hommes font encore l'objet d'un suivi, et de nouvelles données continueront à paraître.
- L'étude Prostate Cancer Intervention Versus Observation Trial (PIVOT) montre que les hommes qui reçoivent un traitement actif n'en bénéficient pas du point de vue de la survie par rapport aux hommes faisant l'objet d'une surveillance active. L'exception à cette constatation concerne les hommes atteints de cancer à risque élevé²⁰¹.
- L'étude Radiotherapy and Androgen Deprivation in Combination After Local Surgery (RADICALS) est un essai canadien qui examine le moment de l'administration de la radiothérapie adjuvante et le rôle du traitement antiandrogénique postérieur à l'intervention chirurgicale. L'inscription à cet essai ne se terminera pas avant 2015-2016²⁰².
- L'essai Prostate Testing for Cancer and Treatment (ProTECT) comparera la surveillance active, la prostatectomie radicale et la radiothérapie chez les hommes atteints de cancer de la prostate au stade précoce. Son but est de déterminer les bienfaits de la surveillance. L'inscription restera ouverte jusqu'en 2015²⁰³.

Perspectives d'avenir

Le cancer de la prostate reste le cancer le plus couramment diagnostiqué et la troisième cause de décès attribuable au cancer chez les hommes au Canada¹. Cependant, la mortalité due au cancer de la prostate au Canada chute légèrement depuis quelques années.

Comme le cancer de la prostate est le plus souvent diagnostiqué à un âge avancé, et attendu que la génération du baby-boom au Canada approche de la soixante-dizaine et de la quatre-vingtaine, le nombre de cas de cancer de la prostate devrait fortement augmenter au cours des années à venir. La Société canadienne du cancer projette que, d'ici à 2030, le nombre de patients atteints de cancer de la prostate recevant leur diagnostic chaque année passe à 42 000, par rapport à 24 000 actuellement¹. Le système de soins de santé doit commencer à se préparer à relever ce défi dès maintenant. Toutefois, tout en nous préparant à en faire davantage, nous devons également en faire moins, là où les données probantes montrent que les interventions sont inutiles ou nuisibles.

Voici quelques développements récents dans le domaine du cancer de la prostate, qu'il vaut la peine de suivre :

Détection précoce

On recherche et élabore de nouvelles méthodes et de nouveaux modèles pour orienter le dépistage du cancer de la prostate. Par exemple, les modèles mathématiques qui tiennent compte de variables comme l'examen rectal digital (ERD), l'antigène prostatique spécifique (APS), l'âge, l'origine ethnique et les antécédents familiaux, ainsi que les données génétiques, pourraient nous aider à déterminer le risque du patient de contracter le cancer de la prostate⁵⁵⁻⁵⁷.

Le financement et l'utilisation du test de l'APS pour la détection précoce du cancer de la prostate varient d'une province à l'autre au Canada. La surveillance des taux de test de l'APS et des lignes directrices provinciales concernant le dépistage du cancer de la prostate au fil du temps pourrait nous aider à évaluer de manière plus approfondie les répercussions du test de l'APS sur les résultats, y compris ceux qui sont liés aux torts causés par le surdiagnostic.

Traitement

Choisir avec soin^{MC} est une campagne nationale visant à repérer les interventions cliniques de faible valeur, inutiles ou potentiellement nuisibles qui pourraient être fréquemment pratiquées au Canada. En 2014, dix recommandations propres à l'oncologie sont élaborées; l'une d'entre elles suggère aux prestataires de soins d'éviter d'instaurer un traitement chez les hommes atteints de cancer de la prostate à faible risque avant d'avoir discuté de l'option de la surveillance active^{95,96}. Le Partenariat, grâce à une collaboration avec ses partenaires provinciaux, a élaboré des indicateurs de rendement qui seront utilisés pour évaluer dans quelle mesure la pratique clinique se conforme à un sous-ensemble des recommandations fondées sur des données probantes de *Choisir avec soin*^{MC}. Les résultats des indicateurs serviront de référence à la surveillance future et orienteront les possibilités d'amélioration.

Approche axée sur la personne

Plusieurs initiatives sont en cours au Partenariat pour soutenir la collecte systématique de mesures des résultats et des expériences déclarés par les patients. Ces renseignements peuvent servir à apporter des améliorations à la manière dont les systèmes de lutte contre le cancer reconnaissent les besoins des patients atteints de cancer de la prostate et y répondent. Par exemple, une étude sur les expériences des patients atteints de cancer en transition nous aidera à mieux comprendre les difficultés que rencontrent les patients atteints de cancer de la prostate, entre autres, au cours de la période de survie immédiate, et la manière dont les différents secteurs du système de soins de santé peuvent être mieux coordonnés afin d'aider les patients à surmonter ces difficultés.

Recherche

La recherche sur les causes du cancer de la prostate se poursuit au Canada et ailleurs, et pourrait produire de nouvelles données qui amélioreront la prise en charge de la maladie. Par exemple, le projet de partenariat canadien *Espoir pour demain* est une importante initiative de recherche à long terme conçue pour étudier comment les facteurs tels que la génétique, le comportement, le milieu et le mode de vie contribuent à l'apparition du cancer et d'autres maladies chroniques. Le projet est financé par le Partenariat et des organismes partenaires. Ce projet a été particulièrement conçu pour examiner les causes fondamentales du cancer, dans l'espoir que les connaissances acquises donneront lieu à de nouvelles interventions visant à prévenir le cancer de la prostate et d'autres cancers.

En bref

Les cancers de la prostate vont des cancers à croissance lente qui ne mettent pas la vie en danger à des cancers agressifs et fatals. La nature diverse de cette maladie nécessite l'adoption d'une démarche de prise en charge ciblée. Mais puisque si la maladie et ses stratégies de prise en charge fondées sur les données probantes sont diverses, nous comprenons que nous constatons un manque d'uniformité dans la manière dont les mêmes types de cas sont pris en charge d'une province à l'autre ou d'un prestataire à l'autre. Et nous comprenons également que nous observons un tel niveau de variation dans les expériences des patients atteints de cancer de la prostate, dont le stade de la maladie et le niveau de risque peuvent être similaires, mais qui signalent des différences marquées dans les soins qu'ils reçoivent et dans leur participation à ces soins.

Les données du présent rapport, ainsi que les perspectives des hommes qui ont participé aux groupes de discussion, laissent entendre que le manque d'uniformité dans les soins et les expériences est omniprésent. En qualité d'intendants d'un système de soins de santé canadien qui accorde une valeur élevée à des soins équitables de haute qualité, nous devons comprendre les raisons qui se cachent derrière ces variations et élaborer des stratégies efficaces afin de veiller à ce que tous les hommes atteints de cancer de la prostate reçoivent des soins appropriés et fondés sur des données probantes, quels que soient leur lieu de résidence et leur prestataire de soins.

Le Partenariat continuera de collaborer avec le milieu et les partenaires de la lutte contre le cancer dans tout le pays afin de réduire l'incidence du cancer de la prostate, de diminuer la probabilité que les hommes meurent de la maladie et de favoriser des changements du système qui amélioreront la qualité de vie des patients avant, pendant et après le traitement.

Références

1. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, Comité de consultation des Statistiques canadiennes sur le cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2015. Toronto (Ont.), Société canadienne du cancer; mai 2015, 150 pages.
2. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Prostate Cancer Version 1.2015. Chicago (IL), 2015.
3. MORASH C., R. TEY, C. AGBASSI, L. KLOTZ, T. MCGOWAN, J. SRIGLEY, A. EVANS, et THE ACTIVE SURVEILLANCE GUIDELINE DEVELOPMENT GROUP. A Quality Initiative of the Program in Evidence-Based Care (PEBC), Cancer Care Ontario (CCO): Active Surveillance for the Management of Localized Prostate Cancer. Toronto (Ont.), le 10 déc. 2014. Rapport de 60 pages, Evidence-Based Series 17-9.
4. AMERICAN CANCER SOCIETY. Expectant management, watchful waiting, and active surveillance for prostate cancer [Internet]. 2015 [mis à jour le 12 mars 2015]. Consulté le 23 mars 2015 à l'adresse : <http://www.cancer.org/cancer/prostatecancer/detailedguide/prostate-cancer-treating-watchful-waiting>
5. CANCER DE LA PROSTATE CANADA. Surveillance Active [Internet]. [date inconnu] Consulté en mars 2015 à l'adresse : <http://www.prostatecancer.ca/Prostate-Cancer/Treatment/Active-Surveillance?lang=fr-CA#VbKdk7NViko>
6. GRONBERG H. « Prostate cancer epidemiology ». *Lancet*. le 8 mars 2003; vol. 361(9360), p. 859-64.
7. BONN S.E., A. SJOLANDER, Y.T. LAGERROS, F. WIKLUND, P. STATTIN, E. HOLMBERG et coll. « Physical Activity and Survival among Men Diagnosed with Prostate Cancer ». *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. le 19 déc. 2014; vol. 24(1), p. 57-64.
8. WORLD CANCER RESEARCH FUND INTERNATIONAL/ AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. Continuous Update Project Report: Diet, Nutrition, Physical Activity, and Prostate Cancer. London (UK), World Cancer Research Fund International; 2014, 52 pages.
9. BELL N., S. CONNOR GORBER, A. SHANE, M. JOFFRES, H. SINGH, J. DICKINSON et coll. « Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test ». *Journal de l'Association médicale canadienne*. 2014; vol. 186(16), p.1225-34.
10. IZAWA J.I., L. KLOTZ, D.R. SIEMENS, W.KASSOUF W, A. SO, J. JORDAN, et coll. « Prostate cancer screening: Canadian guidelines 2011 ». *J Assoc Urol Can*. août 2011; vol. 5(4), p. 235-40.
11. CANCER DE LA PROSTATE CANADA. Cancer de la prostate Canada : recommandation concernant l'APS Connaissez votre taux. Toronto (Ont.), Cancer de la prostate Canada; 2013. 4 pages.
12. NEUTEL C.I., R.N. GAO, P.A. BLOOD, et L.A. GAUDETTE. « The changing age distribution of prostate cancer in Canada ». *La revue canadienne de santé publique*. janv.- févr. 2007; vol. 98(1), p. 60-4.
13. FRADET Y., L. KLOTZ, J. TRACHTENBERG et A. ZLOTTA. « The burden of prostate cancer in Canada ». *La revue canadienne de santé publique*. juin 2009; vol. 3 (3 Suppl 2): S92-S100.
14. NAVANEELAN T. et T. JANZ. Le cancer au Canada : cancers du poumon, du côlon et du rectum, du sein et de la prostate [Internet]. Ottawa (Ont.), Statistique Canada; 2011. Consulté le 8 déc. 2014 à l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2011001/article/11596-fra.htm>
15. BABAIAAN R.J., A. TOI, K. KAMOI, P. TRONCOSO, J. SWEET, R. EVANS et coll. « A comparative analysis of sextant and an extended 11-core multisite directed biopsy strategy ». *J Urol*. janv. 2000; vol. 163(1), p. 152-7.
16. QUINN M. et P. BABB. « Patterns and trends in prostate cancer incidence, survival, prevalence and mortality. Part I: international comparisons ». *BJU Int*. juillet 2002; vol. 90(2), p. 162-73.
17. CENTRE INTERNATIONAL DE RECHERCHE SUR LE CANCER. Prostate Cancer Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 [Internet]. Lyon (France): Centre international de recherche sur le cancer; 2012. Consulté le 12 sept. 2014 à l'adresse : http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx.
18. JEMAL A., M.M. CENTER, C. DESANTIS, et E.M. WARD. « Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends ». *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. août 2010; vol. 19(8), p. 1893-907.
19. CANCERVIEW.CA. Prostate Cancer Screening Guidelines Across Canada: Environmental Scan. Toronto (Ont.), Partenariat canadien contre le cancer; avril 2014, 9 pages.
20. KLOTZ L. « Prostate cancer overdiagnosis and overtreatment ». *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. juin 2013; vol. 20(3): p. 204-9.
21. MOYER V.A., U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. « Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement ». *Ann Intern Med*. 17 juillet 2012; vol. 157(2), p. 120-34.
22. AMERICAN CANCER SOCIETY. Prostate Cancer Early Detection [Internet]. Atlanta (Ge): American Cancer Society; 2013. Consulté le 4 sept. 2014 à l'adresse : <http://www.cancer.org/cancer/prostatecancer/moreinformation/prostatecancerearlydetection/prostate-cancer-early-detection-toc>

23. FEIGHTNER J.W. « Dépistage du cancer de la prostate ». Un Guide canadien de médecine clinique préventive préparé par le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. Ottawa: Santé Canada; 1994. p. 916-930.
24. BELL K.J., C. DEL MAR, G. WRIGHT, J. DICKINSON et P. GLASZIOU. « Prevalence of incidental prostate cancer: A systematic review of autopsy studies ». *Int J Cancer*. le 26 mars 2015.
25. ALLEMANI C., H.K. WEIR, H. CARREIRA, R. HAREWOOD, D. SPIKA, X.S. WANG et coll. « Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2) ». *Lancet*. le 26 nov. 2014 ; vol. 385(9972), p. 977-1010.
26. STAMATIOU K., A. ALEVIZOS, E. AGAPITOS et F. SOFRAS. « Incidence of impalpable carcinoma of the prostate and of non-malignant and precarcinomatous lesions in Greek male population: an autopsy study ». *Prostate*. le 1^{er} sept. 2006; vol. 66(12), p. 1319-28.
27. GROUPE D'ACTION SUR LE DÉPISTAGE. Trousse d'outils sur l'APS: Dosage de l'APS et dépistage du cancer de la prostate. Toronto (Ont.), Partenariat canadien contre le cancer. juill. 2009. 39 pages.
28. ETZIONI R., A. TSDIKOV, A. MARIOTTO, A. SZABO, S. FALCON, J. WEGELIN et coll. « Quantifying the role of PSA screening in the US prostate cancer mortality decline ». *Cancer Causes Control*. mars 2008; vol. 19(2), p. 175-81.
29. COLDMAN A.J., N. PHILLIPS et T.A. PICKLES. « Trends in prostate cancer incidence and mortality: an analysis of mortality change by screening intensity ». *Journal de l'Association médicale canadienne*. le 7 janv. 2003; vol. 168(1), p. 31-5.
30. ANDRIOLE G.L., E.D. CRAWFORD, R.L. GRUBB RL, 3RD, S.S. BUYS, D. CHIA, T.R. CHURCH et coll. « Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up ». *J Natl Cancer Inst*. le 18 janv. 2012; vol. 104(2), p. 125-32.
31. ROOBOL M.J., M. KERKHOF, F.H. SCHRODER, J. CUZICK, P. SASIENI, M. HAKAMA et coll. « Prostate cancer mortality reduction by prostate-specific antigen-based screening adjusted for nonattendance and contamination in the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) ». *Eur Urol*. oct. 2009; vol. 56(4), p. 584-91.
32. CENTER M.M., A. JEMAL, J. LORTET-TIEULENT, E. WARD, J. FERLAY, O. BRAWLEY et coll. « International variation in prostate cancer incidence and mortality rates ». *Eur Urol*. juin 2012; vol. 61(6), p. 1079-92.
33. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. Examen des disparités en matière de lutte contre le cancer : Rapport thématique spécial sur le rendement du système. Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer; févr. 2014, 99 pages.
34. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. Répartition géographique de l'incidence du cancer au Canada - Volume 2, 2000-2006 Ottawa (Ont.): Agence de la santé publique du Canada; 2014.
35. MANDAIR D., R.E. ROSSI, M. PERICLEOUS, T. WHYAND et M.E. CAPLIN. « Prostate cancer and the influence of dietary factors and supplements: a systematic review ». *Nutr Metab (Lond)*. 2014; vol. 11:30.
36. HEIDENREICH A., P.J. BASTIAN, J. BELLMUNT, M. BOLLA, S. JONIAU, T. VAN DER KWAST et coll. « EAU guidelines on prostate cancer. Part II: Treatment of advanced, relapsing, and castration-resistant prostate cancer ». *Eur Urol*. févr. 2014; vol. 65(2), p. 467-79.
37. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. Facteurs de risque du cancer de la prostate [Internet]. Toronto (Ont.): Société canadienne du cancer; 2014 [consulté le 4 sept. 2014]. Disponible à l'adresse : <https://www.cancer.ca/en/cancer-information/cancer-type/prostate/risks/?region=on#mutations#ixzz3BmlonzD7>
38. HEMMINKI K. « Familial risk and familial survival in prostate cancer ». *World J Urol*. avril 2012; vol. 30(2), p. 143-8.
39. BOSTWICK D.G., H.B. BURKE, D. DJAKIEW, S. EULING, S.M.HO, J. LANDOLPH et coll. « Human prostate cancer risk factors ». *Cancer*. le 15 nov. 2004; 101(10 Suppl), p. 2371-490.
40. SCHRODER F.H., J. HUGOSSON, M.J. ROOBOL, T.L. TAMMELA, S. CIATTO, V. NELEN et coll. « Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up ». *N Engl J Med*. le 15 mars 2012; vol. 366(11), p. 981-90.
41. MILLER A.B. « Conundrums in screening for cancer ». *Int J Cancer*. le 1^{er} mars 2010; vol. 126(5): p. 1039-46.
42. WELCH H.G. et W.C. BLACK. « Overdiagnosis in cancer ». *J Natl Cancer Inst*. le 5 mai 2010; vol. 102(9), p. 605-13.
43. CARTER J.L., R.J. COLETTI, et R.P. HARRIS. « Quantifying and monitoring overdiagnosis in cancer screening: a systematic review of methods ». *BMJ*. 2015; 350:g7773.
44. SANDA M.G., R.L. DUNN, J.MICHALSKI, H.M. SANDLER, L. NORTHOUSE, L.HEMBROFF et coll. « Quality of life and satisfaction with outcome among prostate-cancer survivors ». *N Engl J Med*. le 20 mars 2008; vol. 358(12), p. 1250-61.
45. Société canadienne du cancer. Test de l'antigène prostatique spécifique (APS) [Internet]. Toronto (Ont.), Société canadienne du cancer; 2014. Consulté le 10 sept. 2014 à l'adresse : <http://www.cancer.ca/en/cancer-information/diagnosis-and-treatment/tests-and-procedures/prostate-specific-antigen-psa/?region=on>
46. Société canadienne du cancer. Toucher rectal (TR) [Internet]. Toronto (Ont.), Société canadienne du cancer; 2014. Consulté le 10 sept. 2014 à l'adresse : <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/tests-and-procedures/digital-rectal-examination/?region=on>

47. KASSOUF W. CUA responds to recommendations by the Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) on prostate cancer screening [l'AUC répond aux recommandations fournies par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) au sujet du dépistage du cancer de la prostate] [Internet]. Montréal (QC): PR Newswire Association LLC; 2014. Consulté le 27 mai 2015 à l'adresse : <http://www.prnewswire.com/news-releases/cua-responds-to-recommendations-by-the-canadian-task-force-on-preventive-health-care-ctfphc-on-prostate-cancer-screening-281649721.html>
48. ALBERTA HEALTH SERVICES. Primary Care Guide to Evaluation and Referral for Prostate Cancer [Internet]. Edmonton (AB): Alberta Health Services; 2010. Consulté le 3 sept. 2014 à l'adresse : <http://www.topalbertadoctors.org/download/276/Prostate%20Cancer%20Guideline%20Eval%20&%20Referr.pdf>
49. BC CANCER AGENCY. Patient Information Document: Screening for Prostate Cancer with PSA - Recommendations [Internet]. Vancouver (BC): BC Cancer Agency; 2012. Consulté le 3 sept. 2014 à l'adresse : <http://www.bccancer.bc.ca/health-professionals/professional-resources/cancer-management-guidelines/genitourinary/prostate#Patient-Information-Document>
50. CANCER CARE NOVA SCOTIA. Prostate Cancer Screening—Position Statement [Internet]. Halifax (N.-É.) : Cancer Care Nova Scotia; 2012. Consulté le 10 sept. 2014 à l'adresse : <http://www.cancercare.ns.ca/site-cc/media/cancercare/Position%20Statement%20on%20Early%20Detection%20of%20Prostate%20Cancer%20FINAL.pdf>
51. CANCER DE LA PROSTATE CANADA. Questions Fréquentes [Internet] Toronto (Ont.) : Cancer de la prostate Canada; 2013. Consulté le 10 sept. 2014 à l'adresse : <http://www.prostatecancer.ca/Prostate-Cancer/About-Prostate-Cancer/FAQs#.VbVwSLNvIkp>
52. STATISTIQUE CANADA. Estimations démographiques annuelles : Canada, provinces et territoires. Ottawa (Ont.), Statistique Canada; sept. 2014, 192 pages. No. 91-215-X au catalogue, no. 2.
53. AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE. Prostate cancer in Australia. Cancer series no. 79. Cat. no. CAN 76. Canberra (Australia), Australian Institute of Health and Welfare; 2013. 73 pages.
54. PRASAD S.M., M.W. DRAZER, D. HUO, J.C. HU et S.E. EGGNER. 2008 US Preventive Services Task Force recommendations and prostate cancer screening rates. JAMA. le 25 avril 2012; vol. 307(16), p. 1692-4.
55. HERMAN M.P., P. DORSEY, M. JOHN, N. PATEL, R. LEUNG et A. TEWARI. « Techniques and predictive models to improve prostate cancer detection ». Cancer. le 1^{er} juillet 2009; vol. 115(13 Suppl), p. 3085-99.
56. NAM R.K., W.W. ZHANG, J. TRACHTENBERG, A. SETH, L.H. KLOTZ, A. STANIMIROVIC et coll. « Utility of incorporating genetic variants for the early detection of prostate cancer ». Clin Cancer Res. le 1^{er} mars 2009; vol. 15(5), p. 1787-93.
57. ROOBOL M.J., E.W. STEYERBERG, R. KRANSE, T. WOLTERS, R.C. VAN DEN BERGH, C.H. BANGMA et coll. « A risk-based strategy improves prostate-specific antigen-driven detection of prostate cancer ». Eur Urol. janv. 2010; vol. 57(1), p. 79-85.
58. D'AMICO A.V., R. WHITTINGTON, S.B. MALKOWICZ, D. SCHULTZ, K. BLANK et G.A. BRODERICK. « Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam radiation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer ». JAMA. le 16 sept. 1998; vol. 280(11), p. 969-74.
59. LUKKA H., P. WARDE, T. PICKLES, G. MORTON, M. BRUNDAGE ET L. SOUHAMI. « Controversies in prostate cancer radiotherapy: consensus development ». Can J Urol. août 2001; vol. 8(4), p. 1314-22.
60. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines for Patients: Prostate Cancer Version 1.2014. 2014.
61. SALINAS C.A., A. TSOIKOV, M. ISHAK-HOWARD et K.A. COONEY. « Prostate cancer in young men: an important clinical entity ». Nat Rev Urol. juin 2014; vol. 11(6), p. 317-23.
62. SHAO Y.H., K. DEMISSIE, W. SHIH, A.R. MEHTA, M.N. STEIN, C.B. ROBERTS et coll. « Contemporary risk profile of prostate cancer in the United States ». J Natl Cancer Inst. le 16 sept. 2009; vol. 101(18), p. 1280-3.
63. CHOISIR AVEC SOIN CANADA. Urologie : Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger [Internet] 2014. Mis à jour le 29 oct. 2014 et consulté le 22 mai 2015 à l'adresse : <http://www.choosingwiselycanada.org/recommendations/urology/>
64. MAKAROV D.V., S. LOEB, D. ULMERT, L. DREVIN, M. LAMBE et P. STATIN. « Prostate cancer imaging trends after a nationwide effort to discourage inappropriate prostate cancer imaging ». J Natl Cancer Inst. le 4 sept. 2013; vol. 105(17), p. 1306-13.
65. Action Cancer Ontario. Prostate Cancer Disease Pathway Management Priorities for Action Report. Toronto (Ont.) : Action Cancer Ontario; 2013. 23 pages.
66. RODRIGUES G., P. WARDE, T. PICKLES, J. CROOK, M. BRUNDAGE, L. SOUHAMI et coll. « Pre-treatment risk stratification of prostate cancer patients: A critical review ». J Assoc Urol Can. 2012; vol. 6(2), p. 121-7.
67. PIERORAZIO P.M., P.C. WALSH, A.W. PARTIN et J.I. EPSTEIN. « Prognostic Gleason grade grouping: data based on the modified Gleason scoring system ». BJU Int. mai 2013; vol. 111(5), p. 753-60.
68. KLOTZ L. « Active Surveillance: The Canadian Experience With an "Inclusive Approach" ». J Natl Cancer Inst Monogr. 2012; vol. (45), p. 234-41.
69. American Urological Association. Guideline for the Management of Clinically Localized Prostate Cancer: 2007 Update. 2007. 254 pages.

70. VAN LEEUWEN P.J., D. CONNOLLY, A. GAVIN, M.J. ROOBOL, A. BLACK, C.H. BANGMA et coll. « Prostate cancer mortality in screen and clinically detected prostate cancer: estimating the screening benefit ». *Eur J Cancer*. janv. 2010; vol 46(2), p. 377-83.
71. ANDRIOLE G.L., E.D. CRAWFORD, R.L. GRUBB, III, S.S. BUYS, D. CHIA, T.R. CHURCH et coll. « Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial ». *N Engl J Med*. le 26 mars 2009; vol. 360(13), p. 1310-19.
72. SANYAL C., A.G. APRIKIAN, S. CHEVALIER, F.L. CURY et A. DRAGOMIR. « Direct cost for initial management of prostate cancer: a systematic review. ». *Curr Oncol*. déc. 2013; vol. 20(6): e522-31.
73. DALE W., P. BILIR, M. HAN et D. MELTZER. « The role of anxiety in prostate carcinoma: a structured review of the literature ». *Cancer*. le 1^{er} août 2005; vol. 104(3), p. 467-78.
74. GRAY R.E, M.I. FITCH, C. PHILLIPS, M. LABRECQUE et L. KLOTZ. « Presurgery experiences of prostate cancer patients and their spouses ». *Cancer Pract*. mai-juin 1999; vol. 7(3), p.130-5.
75. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. Les temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada 2015 Ottawa (Ont.): ICIS; avril 2015, 22 pages.
76. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE DE L'ONTARIO. Résultats pour les chirurgies et les examens par imagerie diagnostique : tendances provinciales relatives aux temps d'attente [Internet] Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario; 2014 [mis à jour le 20 avril 2010; consulté le 8 sept. 2014 à l'adresse : http://www.ontariowaittimes.com/SurgeryDI/fr/wt_trend.aspx
77. NOUVEAU BRUNSWICK CANADA. Délais d'attente pour la chirurgie [Internet]. Gouvernement du Nouveau Brunswick; 2015 [mis à jour le 12 janv. 2015 et consulté le 16 mars 2015 à l'adresse : <http://www1.gnb.ca/0217/surgicalwaittimes/Reports/Index-e.aspx?gp=29&tab=0>
78. BRITISH COLUMBIA MINISTRY OF HEALTH. Surgical Wait Times [Internet]. British Columbia Ministry of Health; 2015. Consulté le 8 sept. 2014 à l'adresse : <https://swt.hlth.gov.bc.ca/>
79. « Men with prostate cancer wait longer for surgery than women with breast cancer » [Internet]. News Corp Australia; 2014. Consulté le 18 sept. 2014 à l'adresse : <http://www.news.com.au/lifestyle/health/men-with-prostate-cancer-wait-longer-for-surgery-than-women-with-breast-cancer/story-fneuzlbd-1226841284233>
80. NATIONAL HEALTH PERFORMANCE AUTHORITY. MyHospitals [Internet]. National Health Performance Authority; 2015. Consulté le 18 sept. 2014 à l'adresse : <http://www.myhospitals.gov.au/>
81. STEVENS C., S.J. BONDY, et D.A. LOBLAW. « Wait times in prostate cancer diagnosis and radiation treatment ». *J Assoc Urol Can*. août 2010 Aug; vol. 4(4), p. 243-8.
82. SANTÉ CANADA. Rapport final du conseiller fédéral sur les temps d'attente. Ottawa (Ont.), Santé Canada; 2006. 76 pages.
83. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Prostate Cancer Version 2.2014. Chicago (IL): American Joint Committee on Cancer; 2014. 98 pages.
84. ASSOCIATION CANADIENNE DE RADIO-ONCOLOGIE. Recommendations on the manpower and standards of care in radiation oncology committee on wait times for radiation therapy [environ 1 écran] [Internet]. Association canadienne de radio-oncologie; 2001. Consulté le 12 oct. 2013 à l'adresse : <http://www.caro-acro.ca/Assets/Newsletters/Feb+2001+CARO+eNews.pdf?method=1>
85. ASSOCIATION CANADIENNE DE RADIO-ONCOLOGIE. \$200,000 to Nine Recipients: Canadian Association of Radiation Oncology announces Abbott Oncology ACURA Uro-Oncologic Radiation Awards [Internet]. Ottawa (ON) : Association canadienne de radio-oncologie; 2011 [mis à jour le 19 avril 2011]. Disponible à l'adresse : <http://www.caro-acro.ca/AssetFactory.aspx?did=864>
86. HAN M., A.W. PARTIN, D.Y. CHAN et P.C. WALSH. « An evaluation of the decreasing incidence of positive surgical margins in a large retropubic prostatectomy series ». *J Urol*. janv. 2004; vol. 171(1), p. 23-6.
87. TYLDESLEY S., M. PEACOCK, J.W. MORRIS, A. SO, C. KIM-SING, J. QUIRT et coll. « The need for, and utilization of prostate-bed radiotherapy after radical prostatectomy for patients with prostate cancer in British Columbia ». *J Assoc Urol Can*. 2012; vol. 6(2), p. 89-94.
88. TRINH Q-D, A. BJARTELL, S.J. FREEDLAND, B.K. HOLLENBECK, J.C. HU, S.F. SHARIAT, et coll. « A Systematic Review of the Volume–Outcome Relationship for Radical Prostatectomy ». *Eur Urol*. 2013; vol. 64(5), p. 786-98.
89. STEINSVIK E.A., K. AXCRONA, A. ANGELSEN, C. BEISLAND, A. DAHL, L.M. ERI et coll. « Does a surgeon's annual radical prostatectomy volume predict the risk of positive surgical margins and urinary incontinence at one-year follow-up? Findings from a prospective national study ». *Scand J Urol*. avril 2013; vol. 47(2):92-100.
90. SAVAGE C.J. et A.J. VICKERS. « Low annual caseloads of United States surgeons conducting radical prostatectomy ». *J Urol*. déc. 2009; vol. 182(6), p. 2677-9.
91. VESEY S.G., J.E. MCCABE, L. HOUNSOME et S. FOWLER. « UK radical prostatectomy outcomes and surgeon case volume: based on an analysis of the British Association of Urological Surgeons Complex Operations Database ». *BJU Int*. févr. 2012; vol. 109(3): 346-54.
92. AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer Treatment & Survivorship Facts & Figures 2014-2015. Atlanta (Ge), American Cancer Society; 2014. 48 pages.
93. PICKLES T., S. MORGAN, G. MORTON, L. SOUHAMI, P. WARDE et H. LUKKA. « Adjuvant radiotherapy following radical prostatectomy: Genito-Urinary Radiation Oncologists of Canada Consensus Statement ». *J Assoc Urol Can*. avril 2008; vol. 2(2):95-9.

94. KEYES M., J. CROOK, W.J. MORRIS, G. MORTON, T. PICKLES, N. USMANI et coll. « Canadian prostate brachytherapy in 2012 ». *J Assoc Urol Can.* janv.-févr. 2013; vol. 7(1-2), p. 51-8.
95. CHOISIR AVEC SOIN CANADA. *Oncologie : Les dix examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger 2014* Mis à jour le 29 oct. 2014. Consulté le 22 mai 2015 à l'adresse : <http://www.choisiravecsoin.org/recommendations/lassociation-canadienne-de-radio-oncologie-2/>
96. MITERA G., C. EARLE, S. LATOSINSKY, C. BOOTH, A. BEZJAK, C. DESBIENS et coll. « Choosing Wisely Canada cancer list: ten low-value or harmful practices that should be avoided in cancer care ». *J Oncol Pract.* mai 2015; vol. 11(3):e296-303.
97. WILT T.J., M.K. BRAWER, K.M. JONES, M.J. BARRY, W.J. ARONSON, S. FOX et coll. « Radical prostatectomy versus observation for localized prostate cancer ». *N Engl J Med.* le 19 juill. 2012; vol. 367(3), p. 203-13.
98. KEYES M., J. CROOK, G. MORTON, E. VIGNEAULT, N. USMANI et W.J. MORRIS. « Treatment options for localized prostate cancer ». *Can Fam Physician.* déc. 2013; vol. 59(12):1269-74.
99. BRUNDAGE M., B. DANIELSON, R. PEARCEY, B. BASS, T. PICKLES, J.P. BAHARY et coll. « A criterion-based audit of the technical quality of external beam radiotherapy for prostate cancer ». *Radiother Oncol.* juin 2013; vol. 107(3), p. 339-45.
100. SAAD F., S. HOTTE, C. CATTON, D. DRACHENBERG, A. FINELLI, N. FLESHNER N et coll. « CUA-CUOG guidelines for the management of castration-resistant prostate cancer (CRPC): 2013 update ». *J Assoc Urol Can.* juillet-août 2013; vol. 7(7-8), p. 231-7.
101. TEFEKLI A. et M. TUNC. « Future prospects in the diagnosis and management of localized prostate cancer ». *ScientificWorldJournal.* 2013;2013:1-9.
102. GIANNARINI G., G. GANDAGLIA, F. MONTORSI, et A. BRIGANTI. « Will focal therapy remain only an attractive illusion for the primary treatment of prostate cancer? ». *J Clin Oncol.* le 1^{er} mai 2014; vol. 32(13), p. 1299-301.
103. PATEL V.R. et A. SIVARAMAN. « Current status of robot-assisted radical prostatectomy: progress is inevitable ». *Oncology.* juillet 2012; vol. 26(7), p. 616-19, 22.
104. THOLOMIER C., M. BIENZ, P.A. HUEBER, Q.D. TRINH, A.E. HAKIM, N. ALHATHAL et coll. « Oncological and functional outcomes of 722 robot-assisted radical prostatectomy (RARP) cases: The largest Canadian 5-year experience ». *J Assoc Urol Can.* mai 2014; vol. 8(5-6), p. 195-201.
105. PRESTON M.A., B.D. BLEW, R.H. BREAU, D. BEIKO, S.J. OAKE et J.D. WATTERSON. « Survey of senior resident training in urologic laparoscopy, robotics and endourology surgery in Canada ». *J Assoc Urol Can.* févr. 2010; vol. 4(1), p. 42-6.
106. FICARRA V., G. NOVARA, W. ARTIBANI, A. CESTARI, A. GALFANO, M. GRAEFEN et coll. « Retropubic, laparoscopic, and robot-assisted radical prostatectomy: a systematic review and cumulative analysis of comparative studies ». *Eur Urol.* mai 2009; vol. 55(5), p. 1037-63.
107. HO C., E. TSAKONAS, K. TRAN, K. CIMON, M. SEVERN, M.C. MIERZWINSKI-URBAN et coll. *Robot-Assisted Surgery Compared with Open Surgery and Laparoscopic Surgery: Clinical Effectiveness and Economic Analyses.* Ottawa (Ont.), Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé; 2012. 298 pages.
108. HO C., E. TSAKONAS, K. TRAN, K. CIMON, M. SEVERN, M. MIERZWINSKI-URBAN et coll. *Robot-Assisted Surgery Compared with Open Surgery and Laparoscopic Surgery: Clinical Effectiveness and Economic Analyses.* Ottawa (Ont.) : L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé; 2011. 298 pages. No. 137 au catalogue
109. ALBERTA HEALTH SERVICES. *Robots part of health team* [Internet]. Alberta Health Services; 2010. Mis à jour le 20 août 2010 et consulté le 16 mars 2015 à l'adresse : <http://www.albertahealthservices.ca/2409.asp>
110. LONDON HEALTH SCIENCES CENTRE. *London Health Sciences Centre designated as Canada's national training centre for robotic surgery* [Internet]. London (Ont.): London Health Sciences Centre; 2013. Mis à jour le 30 janv. 2013 et consulté le 18 mars 2015 à l'adresse : http://www.lhsc.on.ca/About_Us/LHSC/Publications/Homepage/National-Training-Centre.htm
111. COMITÉ CONSULTATIF ONTARIEN DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ. « Robotic-assisted minimally invasive prostatectomy: OHTAC recommendation ». Toronto (Ont.), Qualité des services de santé Ontario; 2014. 11 pages.
112. JOUDI F.N. et B.R. KONETY. « The impact of provider volume on outcomes from urological cancer therapy ». *J Urol.* août 2005; vol. 174(2), p. 432-8.
113. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Prostatectomie radicale pour le traitement du cancer de la prostate.* Ottawa, Ont., Institut canadien d'information sur la santé; 2014.
114. DAHL D.M., M.J. BARRY, F.J. MCGOVERN, Y. CHANG, E. WALKER-CORKERY et W.S. MCDUGAL. « A prospective study of symptom distress and return to baseline function after open versus laparoscopic radical prostatectomy ». *J Urol.* sept. 2009; vol. 182(3), p. 956-65.
115. JACOBSEN N.E., K.N. MOORE, E. ESTEY et D. VOAKLANDER. « Open versus laparoscopic radical prostatectomy: a prospective comparison of postoperative urinary incontinence rates ». *J Urol.* févr. 2007; vol. 177(2), p. 615-9.
116. HU J.C., X. GU, S.R. LIPSITZ, M.J. BARRY, A.V. D'AMICO, A.C. WEINBERG et coll. « Comparative effectiveness of minimally invasive vs open radical prostatectomy ». *JAMA.* le 14 oct. 2009; vol. 302(14), p. 1557-64.

117. CARAS R.J., M.B. LUSTIK MB, S.Q. KERN, J.R. STERBIS et L.P. MCMANN. « Laparoscopic radical prostatectomy demonstrates less morbidity than open radical prostatectomy: an analysis of the American College of Surgeons-National Surgical Quality Improvement Program database with a focus on surgical trainee involvement ». *J Endourol.* mars 2014; vol. 28(3), p. 298-305.
118. KOWALCZYK K.J., J.M. LEVY, C.F. CAPLAN, S.R. LIPSITZ, H.Y. YU, X. GU et coll. « Temporal national trends of minimally invasive and retropubic radical prostatectomy outcomes from 2003 to 2007: results from the 100% Medicare sample ». *Eur Urol.* avril 2012; vol. 61(4), p. 803-9.
119. GANDAGLIA G., J.D. SAMMON, S.L. CHANG, T.K. CHOUERI, J.C. HU, P.I. KARAKIEWICZ et coll. « Comparative effectiveness of robot-assisted and open radical prostatectomy in the postdissemination era ». *J Clin Oncol.* le 10 mai 2014; vol. 32(14), p. 1419-26.
120. FICARRA V., G. NOVARA, R.C. ROSEN, W. ARTIBANI, P.R. CARROLL, A. COSTELLO et coll. « Systematic review and meta-analysis of studies reporting urinary continence recovery after robot-assisted radical prostatectomy ». *Eur Urol.* sept. 2012 ; vol. 62(3), p. 405-17.
121. PARSONS J.K. et J.L. BENNETT. « Outcomes of retropubic, laparoscopic, and robotic-assisted prostatectomy ». *Urology.* août 2008; vol. 72(2), p. 412-6.
122. FICARRA V., G. NOVARA, T.E. AHLERING, A. COSTELLO, J.A. EASTHAM, M. GRAEFEN et coll. « Systematic review and meta-analysis of studies reporting potency rates after robot-assisted radical prostatectomy ». *Eur Urol.* sept. 2012; vol. 62(3), p. 418-30.
123. PLOUSSARD G., A. DE LA TAILLE, M. MOULIN, D. VORDOS, A. HOZNEK, C.C. ABBOU et coll. « Comparisons of the perioperative, functional, and oncologic outcomes after robot-assisted versus pure extraperitoneal laparoscopic radical prostatectomy ». *Eur Urol.* mars 2014; vol. 65(3), p. 610-19.
124. SILBERSTEIN J.L., D. SU, L. GLICKMAN, M. KENT, G. KEREN-PAZ, A.J. VICKERS et coll. « A case-mix-adjusted comparison of early oncological outcomes of open and robotic prostatectomy performed by experienced high volume surgeons ». *BJU Int.* févr. 2013; vol. 111(2), p. 206-12.
125. TRINH Q.D., J. SAMMON, M. SUN, P. RAVI, K.R. GHANI, M. BIANCHI et coll. « Perioperative outcomes of robot-assisted radical prostatectomy compared with open radical prostatectomy: results from the nationwide inpatient sample ». *Eur Urol.* avril 2012; vol. 61(4), p. 679-85.
126. LOWRANCE W.T., J.A. EASTHAM, D.S. YEE, V.P. LAUDONE, B. DENTON, P.T. SCARDINO et coll. « Costs of medical care after open or minimally invasive prostate cancer surgery: a population-based analysis ». *Cancer.* 15 juin 2012; vol. 118(12), p. 3079-86.
127. STITZENBERG K.B., Y.N. WONG, M.E. NIELSEN, B.L. EGLESTON et R.G. UZZO. « Trends in radical prostatectomy: centralization, robotics, and access to urologic cancer care ». *Cancer.* le 1^{er} janv. 2012; vol. 118(1), p. 54-62.
128. COMITÉ CONSULTATIF SUR LA PERSPECTIVE CENTRÉE SUR LA PERSONNE et M. FITCH. *Intégration approche centrée sur la personne dans la lutte contre le cancer.* Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer; 2015, 13 pages.
129. INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE. *Advancing the Practice of Patient- and Family-Centered Care: How to Get Started.* Bethesda (MD), Institute for Family-Centered Care; 2008, 28 pages.
130. LETTS C., K. TAMLYN, et E.S. BYERS. « Exploring the impact of prostate cancer on men's sexual well-being ». *J Psychosoc Oncol.* 2010; vol. 28(5), p. 490-510.
131. DENIS L, S. JONIAU, A. BOSSI, E. BASKIN-BEY et J.M. FITZPATRICK. « PCA: prostate cancer, patient-centred approach or both? ». *BJU Int.* juill. 2012; vol. 110(1), p. 16-22.
132. STATISTIQUE CANADA. *Registre canadien du cancer.* 2008.
133. CANCER RESEARCH UK. *Prostate Cancer Incidence Statistics: By Age [Internet].* Londres (Angleterre): Cancer Research UK; 2014. Mis à jour le 5 juill. 2014 et consulté le 6 oct. 2014 à l'adresse : <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/cancerstats/types/prostate/incidence/uk-prostate-cancer-incidence-statistics#age>
134. CANCER RESEARCH UK. *Testicular Cancer Incidence Statistics: By Age [Internet].* Londres (Royaume-Uni), Cancer Research UK; 2014 [mis à jour le 5 juillet 2014; consulté le 6 oct. 2014]. Disponible à l'adresse : <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/cancerstats/types/testis/incidence/>
135. WHITE K., N. D'ABREW, P. KATRIS, M. O'CONNOR et L. EMERY. « Mapping the psychosocial and practical support needs of cancer patients in Western Australia ». *Eur J Cancer Care (Angleterre).* janv. 2012; vol. 21(1), p. 107-16.
136. COCKLE-HEARNE J. et S. FAITHFULL. « Self-management for men surviving prostate cancer: a review of behavioural and psychosocial interventions to understand what strategies can work, for whom and in what circumstances ». *Psycho-Oncology.* sept. 2010; vol. 19(9), p. 909-22.
137. HANLY N., S. MIRESKANDARI et I. JURASKOVA. « The struggle towards 'the New Normal': a qualitative insight into psychosexual adjustment to prostate cancer ». *BMC Urol.* 2014;14:56.
138. KESSELS R.P. « Patients' memory for medical information ». *J R Soc Med.* mai 2003; vol. 96(5), p.219-22.
139. MARTY H., Y. BOGENSTATTER, G. FRANCO, F. TSCHAN et H. ZIMMERMANN. « How well informed are patients when leaving the emergency department? comparing information provided and information retained ». *Emerg Med J.* janv. 2013; vol. 30(1), p. 53-7.

140. SELIC P., I. SVAB, M. REPOLUSK et N.K. GUCEK. « What factors affect patients' recall of general practitioners' advice? ». *BMC Fam Pract.* 2011; vol. 12:141.
141. FELDMAN-STEWART D., M.D. BRUNDAGE, B.A. MCCONNELL, et W.J. MACKILLOP. « Practical issues in assisting shared decision-making ». *Health Expect.* mars 2000; vol. 3(1), p. 46-54.
142. SHARPLEY C.F., V. BITSIKA et D.R. CHRISTIE. « 'Why I feel bad': refinement of the Effects of Prostate Cancer Upon Lifestyle Questionnaire and an initial exploration of its links with anxiety and depression among prostate cancer patients ». *Psycho-Oncology.* août 2010; vol. 19(8), p. 839-46.
143. FISCHER M., A. VISSER, B. VOERMAN, B. GARSSEN, G. VAN ANDEL et J. BENSING. « Treatment decision making in prostate cancer: patients' participation in complex decisions ». *Patient Educ Couns.* nov. 2006; vol. 63(3), p. 308-13.
144. ANING J.J., R.J. WASSERSUG et S.L. GOLDENBERG. « Patient preference and the impact of decision-making aids on prostate cancer treatment choices and post-intervention regret ». *Curr Oncol.* déc. 2012; vol. 19(Suppl 3): S37-44.
145. LIN G.A., D.S. AARONSON, S.J. KNIGHT, P.R. CARROLL et R.A. DUDLEY. « Patient decision aids for prostate cancer treatment: a systematic review of the literature ». *CA Cancer J Clin.* nov.-déc. 2009; vol. 59(6), p. 379-90.
146. STACEY D., F. LÉGARÉ, N.F. COL, C.L. BENNETT, M.J. BARRY, K.B. EDEN et coll. « Decision aids for people facing health treatment or screening decisions ». *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;1:CD001431.
147. HOLMES-ROVNER M., S. STABLEFORD, A. FAGERLIN, J.T. WEI, R.L. DUNN, J. OHENE-FREMPPONG et coll. « Evidence-based patient choice: a prostate cancer decision aid in plain language ». *BMC Med Inform Decis Mak.* 2005; vol. 5:16.
148. RESNICK M.J., T.J. GUZZO, J.E. COWAN, S.J. KNIGHT, P.R. CARROLL et D.F. PENSON. « Factors associated with satisfaction with prostate cancer care: results from Cancer of the Prostate Strategic Urologic Research Endeavor (CaPSURE) ». *BJU Int.* févr. 2013; vol. 111(2), p. 213-20.
149. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. Examen des disparités en matière de lutte contre le cancer : rapport thématique spécial sur le rendement du système. Toronto (Ont.): Partenariat canadien contre le cancer; févr. 2014. 170 pages.
150. Cancer de la prostate Canada et la Société canadienne du cancer. Soutien offert à toutes les personnes touchées par un cancer de la prostate [Internet]. Toronto (ON): Société canadienne du cancer; 2014. Mis à jour le 28 janv. 2014 et consulté le 6 oct. 2014 à l'adresse : <http://www.cancer.ca/fr-ca/about-us/for-media/media-releases/national/2014/pcis/?region=on#ixzz3h47JP9KN>
151. SPECIALIST SERVICES COMMITTEE. « Improving patient-centred care ». *BC Medical Journal.* mai 2014; vol. 56(4).
152. CANCER DE LA PROSTATE CANADA. About True NTH [Internet]. Toronto (Ont.), Cancer de la prostate Canada; 2014. Consulté le 21 nov. 2014 à l'adresse : <http://www.prostatecancer.ca/Support/Current-Programs/A-Survivorship-Action-Partnership/About-ASAP#.VHMuGN5quFI>
153. CANCER CHAT CANADA. Professionally-led online support for Canadians affected by cancer [Internet]. Abbotsford (BC): Provincial Health Services Authority; 2014 [consulté le 18 déc. 2014]. Disponible à l'adresse : <https://www.cancerchatcanada.ca/>
154. HUANG J., S. ZHOU, P. GROOME, S. TYLDESLEY, J. ZHANG-SOLOMANS et W.J. MACKILLOP. « Factors affecting the use of palliative radiotherapy in Ontario ». *J Clin Oncol.* 1^{er} janvier 2001; vol. 19(1), p. 137-44.
155. BOYER M.J., J.K. SALAMA, et W.R. LEE. « Palliative radiotherapy for prostate cancer ». *Oncology (Williston Park).* avril 2014; vol. 28(4), p. 306-12.
156. SAMANT R.S., E. FITZGIBBON, J. MENG, et I.D. GRAHAM. « Barriers to palliative radiotherapy referral: a Canadian perspective ». *Acta Oncol.* 2007; vol. 46(5), p. 659-63.
157. LAVERGNE M.R., G.M. JOHNSTON, J. GAO, T.J. DUMMER, D.E. RHEAUME. « Variation in the use of palliative radiotherapy at end of life: examining demographic, clinical, health service, and geographic factors in a population-based study ». *Palliat Med.* mars 2011; vol. 25(2), p. 101-110.
158. GILLAN C., K. BRIGGS, A.G. PAZOS, M. MAURUS, N. HARNETT, P. CATTON et coll. « Barriers to accessing radiation therapy in Canada: a systematic review. ». *Radiat Oncol.* 2012; vol. 7:167.
159. WONG J., B. XU, H.N. YEUNG, E.J. ROELAND, M.E. MARTINEZ, Q.T. LE et coll. « Age disparity in palliative radiation therapy among patients with advanced cancer ». *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* le 1^{er} sept. 2014; vol. 90(1), p. 224-30.
160. STATISTIQUE CANADA. La population canadienne en 2011 : âge et sexe. Ottawa (Ont.) : Ministre de l'Industrie; mai 2012. 28 pages. No. 98-311-X2011001 au catalogue
161. FAIRCHILD A., E. PITUSKIN, B. ROSE, S. GHOSH, J. DUTKA, A. DRIGA et coll. « The rapid access palliative radiotherapy program: blueprint for initiation of a one-stop multidisciplinary bone metastases clinic ». *Support Care Cancer.* févr. 2009; vol. 17(2), p. 163-70.
162. LUTZ S., L. BERK, E. CHANG, E. CHOW, C. HAHN, P. HOSKIN P, et coll. « Palliative radiotherapy for bone metastases: an ASTRO evidence-based guideline ». *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* le 15 mars 2011 Mar; vol. 79(4), p. 965-76.
163. CHOISIR AVEC SOIN CANADA. Les dix examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger [Internet] Toronto (Ont.) : Choisir avec soin Canada.; Consulté le 6 oct. 2014 à l'adresse : <http://www.choosingwiselycanada.org/recommendations/oncology/>

164. FITZGIBBON E.J., R. SAMANT, J. MENG et I.D. GRAHAM. « Awareness and use of the Rapid Palliative Radiotherapy Program by family physicians in Eastern Ontario: a survey ». *Curr Oncol.* févr. 2006; vol. 13(1), p. 27-32.
165. THAVARAJAH N., L. ZHANG, K. WONG, G. BEDARD, E. WONG, M. TSAO et coll. « Patterns of practice in the prescription of palliative radiotherapy for the treatment of bone metastases at the Rapid Response Radiotherapy Program between 2005 and 2012 ». *Curr Oncol.* oct. 2013; vol. 20(5): e396-405.
166. SMALL E.J., M.R. SMITH, J.J. SEAMAN, S. PETRONE ET M.O. KOWALSKI. « Combined analysis of two multicenter, randomized, placebo-controlled studies of pamidronate disodium for the palliation of bone pain in men with metastatic prostate cancer ». *J Clin Oncol.* 1^{er} déc. 2003; vol. 21(23), p. 4277-84.
167. THOMPSON J.C., J. WOOD, D. FEUER. « Prostate cancer: palliative care and pain relief ». *Br Med Bull.* 2007; vol. 83:341-54.
168. Weill Cornell Medical College. *Metastatic Prostate Cancer and Chemotherapy* [Internet]. New York (N.Y.): Cornell University. Consulté le 6 oct. 2014 à l'adresse : <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/cancerstats/types/prostate/incidence/uk-prostate-cancer-incidence-statistics#age>
169. COMITÉ DIRECTEUR DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER : Statistiques canadiennes sur le cancer 2010. Toronto : Société canadienne du cancer, 2010. 135 pages.
170. MURRAY M.A., V. FISET, S. YOUNG, et J. KRYWORUCHKO. « Where the dying live: a systematic review of determinants of place of end-of-life cancer care ». *Oncol Nurs Forum.* janv. 2009; vol. 36(1), p. 69-77.
171. ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS PALLIATIFS. Normes de référence pancanadiennes en matière de soins palliatifs à domicile : vers l'accès équitable à des soins palliatifs et de fin de vie à domicile de qualité. Ottawa (Ont.), Association canadienne de soins palliatifs; 2006. 23 pages.
172. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. Soins hospitaliers en fin de vie pour les patients atteints du cancer. Ottawa (Ont.) : Institut canadien d'information sur la santé; 2013. 30 pages.
173. BERGMAN J., L. KWAN, A. FINK, S.E. CONNOR et M.S. LITWIN. « Hospice and emergency room use by disadvantaged men dying of prostate cancer ». *J Urol.* mai 2009; vol. 181(5), p. 2084-9.
174. BERGMAN J., C.S. SAIGAL, K.A. LORENZ, J. HANLEY, D.C. MILLER, J.L. GORE JL et coll. « Hospice use and high-intensity care in men dying of prostate cancer ». *Arch Intern Med.* le 14 févr. 2011; vol. 171(3), p. 204-10.
175. GREEN J.S. « An investigation into the use of palliative care services by patients with prostate cancer ». *Am J Hosp Palliat Care.* juillet-août 2002; vol. 19(4), p. 259-62.
176. PRIEST L. « Where quality of death can enhance quality of life ». *The Globe and Mail.* le 17 mars 2012. Consulté le 17 oct. 2014 à l'adresse : <http://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/where-quality-of-death-can-enhance-quality-of-life/article534641/?page=all>
177. ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS PALLIATIFS ET COALITION POUR DES SOINS DE FIN DE VIE DE QUALITÉ DU CANADA. *Aller de l'avant : À propos* [Internet]. Ottawa (Ont.), Association canadienne de soins palliatifs; Consulté le 6 oct. 2014 à l'adresse : <http://www.integrationdessoinspalliatifs.ca/%C3%A0-propos.aspx>
178. ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS PALLIATIFS. *La planification préalable des soins : appuyer les hommes atteints du cancer de la prostate, leur partenaire, leurs proches et leurs aidants* Ottawa (Ont.), Association canadienne de soins palliatifs; 2015. Consulté le 10 juin 2015 à l'adresse : <http://www.planificationprealable.ca/pr%C3%A9parer-un-plan/cancer-de-la-prostate.aspx>
179. INTERNATIONAL CANCER RESEARCH PARTNERSHIP. *Common Scientific Outline* [Internet]. International Cancer Research Partnership; 2012 [mis à jour le 2 déc. 2014 et consulté le 4 sept. 2014 à l'adresse : <https://www.icrpartnership.org/CSO.cfm>
180. NATIONAL CANCER RESEARCH INSTITUTE. *Cancer research spend in the UK 2002-2011: An overview of the research funded by NCRI Partners.* Institute NCR; 2013. 54 pages.
181. NATIONAL CANCER INSTITUTE. *A Snapshot of Prostate Cancer* [Internet]. National Cancer Institute; 2013. Mis à jour le 5 nov. 2014 et consulté en 2014. Disponible à l'adresse : <http://www.cancer.gov/researchandfunding/snapshots/prostate>
182. INSTITUT ONTARIEN DE RECHERCHE SUR LE CANCER. *International Cancer Genome Consortium announces \$20 million Canadian research project to decode the prostate cancer genome* [Internet]. Toronto (Ont.) : Institut ontarien de recherche sur le cancer; 2011. Mis à jour le 15 févr. 2011 et consulté le 4 sept. 2011 à l'adresse : https://oicr.on.ca/files/public/icgc_nr_february152011.pdf
183. INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA. *Application en milieu clinique : Réseau d'essais cliniques en imagerie médicale du Canada (MITNEC)* [Internet]. Ottawa (Ont.), Instituts de recherche en santé du Canada; 2012 [mis à jour le 17 juill. 2012; consulté le 19 sept. 2014]. Disponible à l'adresse : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/45577.html>
184. SOCIÉTÉ DE RECHERCHE SUR LE CANCER. *Programme de recherche québécois pour la prévention du cancer de la prostate* [Internet] Société de recherche sur le cancer; [consulté le 4 sept. 2014] Disponible à l'adresse : <http://www.crs-src.ca/page.aspx?pid=1427>
185. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, Comité de consultation des Statistiques canadiennes sur le cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2013.* Toronto (Ont.), Société canadienne du cancer; 2013. 121 pages.

186. ALLIANCE CANADIENNE POUR LA RECHERCHE SUR LE CANCER. Communication personnelle. 2014.
187. INSTITUT DE RECHERCHE TERRY FOX. Translational Research [Internet]. Institut de recherche Terry Fox.; 2014. Consulté le 4 sept. 2014 à l'adresse : <http://www.tfri.ca/en/research/translational-research.aspx>
188. CNW. New research to determine low-risk from high-risk prostate cancer [Internet]. CNW; 2014 [mis à jour le 29 avril 2014; consulté en 2014 à l'adresse : <http://www.newswire.ca/en/story/1346387/-r-e-p-e-a-t-free-video-b-roll-available-via-cnw-new-research-to-determine-low-risk-from-high-risk-prostate-cancer>
189. INSTITUT ONTARIEN DE RECHERCHE SUR LE CANCER. OICR funds prostate cancer study to identify aggressive vs. non-aggressive disease [Internet]. Toronto (Ont.) : Institut ontarien de recherche sur le cancer; 2012. Mis à jour le 17 févr. 2012 et consulté le 4 sept. 2014 à l'adresse : https://oicr.on.ca/files/public/OICR%20news%20release%20ASIST%20February%2017%202012_0.pdf
190. CANCER DE LA PROSTATE CANADA. Environmental Scan of Prostate Cancer Research in Canada 2005-2011. 2012.
191. GROVER S.A., L. COUPAL, H. ZOWALL, R. RAJAN R, J. TRACHTENBERG, M. ELHILALI M et coll. « The economic burden of prostate cancer in Canada: forecasts from the Montreal Prostate Cancer Model ». *Journal de l'Association médicale canadienne*. 4 avril 2000; vol. 162(7), p. 987-92.
192. ACTION CANCER ONTARIO. Prostate Cancer Treatment Pathway Version 2012.11 [Internet]. Action Cancer Ontario; 2012. Consulté le 4 sept. 2014 à l'adresse : <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=298448>
193. SINHA G. « United Kingdom becomes the cancer clinical trials recruitment capital of the world ». *J Natl Cancer Inst*. 2007; vol. 99(6), p. 420.
194. STEAD M., D. CAMERON, N. LESTER, M. PARMAR, R. HAWARD, R. KAPLAN et coll. « Strengthening clinical cancer research in the United Kingdom ». *Br J Cancer*. le 10 mai 2011; vol. 104(10), p. 1529-34.
195. DAVISON B.J., A. SO, S.L. GOLDENBERG, J. BERKOWITZ, et M.E. GLEAVE. « Measurement of factors influencing the participation of patients with prostate cancer in clinical trials: a Canadian perspective ». *BJU Int*. avril 2008; vol. 101(8), p. 982-7.
196. CANCER ADVOCACY COALITION OF CANADA. Report card on cancer in Canada, 2010-2011. Toronto (Ont.), Cancer Advocacy Coalition of Canada; 2011. 44 pages.
197. Institut ontarien de recherche sur le cancer. International Clinical Trials Day [Internet]. Toronto (Ont.), Institut ontarien de recherche sur le cancer; 2014. Consulté le 27 avril 2015 à l'adresse : <http://oicr.on.ca/oicr-programs-and-platforms/translation-programs/high-impact-clinical-trials/high-impact-clinical--3>
198. NATIONAL CANCER INSTITUTE. Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial (PLCO) [Internet]. National Cancer Institute; Consulté le 4 sept. 2014 à l'adresse : <http://prevention.cancer.gov/plco>
199. SCHRODER F.H. « Screening for prostate cancer (PC)--an update on recent findings of the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) ». *Urol Oncol*. sept.-oct. 2008; vol. 26(5), p. 533-41.
200. NATIONAL CANCER INSTITUTE. Selenium and Vitamin E Cancer Prevention Trial (SELECT) [Internet]. National Cancer Institute; 2014. Consulté le 19 sept. 2014 à l'adresse : <http://www.cancer.gov/newscenter/qa/2008/selectqa>
201. CHENG J.Y. « The Prostate Cancer Intervention Versus Observation Trial (PIVOT) in Perspective ». *J Clin Med Res*. août 2013; vol. 5(4), p. 266-8.
202. WARDE P., M. MASON, K. DING, P. KIRKBRIDE, M. BRUNDAGE, R. COWAN et coll. « Combined androgen deprivation therapy and radiation therapy for locally advanced prostate cancer: a randomised, phase 3 trial ». *Lancet*. le 17 déc. 2011; vol. 378(9809), p. 2104-11.
203. U.S. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Active Surveillance, Radical Prostatectomy, or Radiation Therapy in Treating Patients With Localized Prostate Cancer [Internet]. U.S. National Institutes of Health; 2012. Consulté le 4 sept. 2014 à l'adresse : <http://www.clinicaltrials.gov/show/NCT00632983>