

PARTENARIAT CANADIEN
CONTRE LE CANCER



CANADIAN PARTNERSHIP
AGAINST CANCER



RAPPORTS SUR
LE RENDEMENT
DU SYSTÈME

Qualité et durabilité de la lutte contre le cancer

RAPPORT CIBLE SUR
LE RENDEMENT DU SYSTÈME

MARS 2016

Qualité et durabilité de la lutte contre le cancer

RAPPORT CIBLE SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME MARS 2016

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. Qualité et durabilité de la lutte contre le cancer : Rapport cible sur le rendement du système. Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer; mars 2016.

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:
Quality and Sustainability in Cancer Control: A System Performance
Spotlight Report

Remerciements

La rédaction du présent rapport est le fruit des efforts et du dévouement des membres du **Comité directeur 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 auxquels consent le personnel des organismes et des programmes provinciaux de lutte contre le cancer et des registres connexes. Nous souhaitons également remercier le **Groupe d'experts en oncologie** (voir la liste à la fin de cette section) d'avoir offert une orientation et des conseils spécialisés. Ce groupe comprend des oncologues médicaux, des radio-oncologues, un chirurgien et des chercheurs de tout le pays. Nous remercions également l'**Institut canadien d'information sur la santé** pour les données fournies et les analyses effectuées concernant les indicateurs liés aux unités chirurgicales et de soins intensifs contenus dans le présent rapport. Enfin, nous remercions **Statistique Canada**, en particulier la Division de la statistique de la santé, d'avoir fourni les données ou l'accès aux données utilisées dans le présent rapport.

COMITÉ DIRECTEUR SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME

Représentants provinciaux :

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

D^r David Dawe, oncologue médical, Action cancer Manitoba

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

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

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^r Larry Pan, directeur, Service provincial de radio-oncologie, Centre de traitement du cancer de l'Île-du-Prince-Édouard

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

Experts-conseils :

D^r Gregory McKinnon, chirurgien-oncologue

D^r Aynharan Sinnarajah, médecin en soins palliatifs

D^{re} Simran Tiwana, scientifique, économiste de la santé et chercheuse en santé de la population

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

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

GROUPE D'EXPERTS EN ONCOLOGIE

D^r Christopher Booth, oncologue médical, Kingston General Hospital; clinicien-chercheur, Cancer Centre of Southeastern Ontario; professeur agrégé, départements d'oncologie et de médecine, Université Queen's

D^r James Brierley, radio-oncologue, Hôpital Princess Margaret, University Health Network; professeur, département de radio-oncologie, Université de Toronto

D^r Craig Earle, oncologue médical, Odette Cancer Centre, Sunnybrook Health Sciences Centre; directeur, Action Cancer Ontario et Institut ontarien de recherche sur le cancer; chercheur principal chevronné, Institut de recherche en services de santé; professeur, département de médecine, Université de Toronto

D^r Ross Halperin, radio-oncologue, Kelowna General Hospital; vice-président intérimaire, radio-oncologie et imagerie fonctionnelle, BC Cancer Agency; professeur clinicien agrégé et directeur intérimaire, division de radio-oncologie et de radiothérapie développementale, Université de la Colombie-Britannique

M^{me} Gunita Mitera, directrice, Soutien aux programmes et à la pratique, Collège des médecins de famille du Canada

D^r Rob Olson, radio-oncologue et directeur de la recherche et des essais cliniques, BC Cancer Agency — Centre for the North; professeur adjoint, département de chirurgie, division de radio-oncologie et de radiothérapie développementale, Université de la Colombie-Britannique; directeur de la formation du corps professoral, Programme médical de l'Université de la Colombie-Britannique - Nord

D^r Geoff Porter, chirurgien-oncologue, Queen Elizabeth II Health Sciences Centre; directeur, programme de recherche sur les résultats du cancer, Régie régionale de la santé Capital/Université Dalhousie; professeur, département de chirurgie, de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Dalhousie

D^r Scott Tyldesley, radio-oncologue, BC Cancer Agency; professeur agrégé de clinique, Université de la Colombie-Britannique

Table des matières

Faits saillants	5	Et pour la suite	48
Sommaire des principales conclusions	5	Ce que nous avons appris	49
Quelle voie devrions-nous suivre?	7	Perspectives	50
À propos du présent rapport	8	Références	51
Pourquoi rendre compte de la qualité des soins liés au cancer?	9	Équipe de production et de dissémination du rapport	54
Pourquoi rendre compte de la durabilité du système de soins de santé?	9		
Qu'est-ce que Choisir avec soin Canada?	10	Liste des tableaux et des figures	
Comment quantifions-nous les répercussions sur les patients et le système de soins de santé?	10	Tableau 1	Recommandations de Choisir avec soin Canada et indicateurs de performance correspondants 11
Analyse détaillée : Choisir avec soin Canada	11	Figure 1	Pourcentage de toutes les mammographies de dépistage effectuées durant l'année passée qui ont été déclarées par des femmes âgées de 40 à 49 ans, par province ou territoire — années de déclaration 2008 à 2012 combinées 15
Résultats	13	Tableau 2	Pourcentage des mammographies de dépistage effectuées au cours de l'année passée, par groupe d'âge — années de déclaration 2008 à 2012 combinées 16
Indicateurs de Choisir avec soin Canada		Figure 2	Pourcentage de tous les tests Pap effectués au cours des trois dernières années qui ont été déclarés par des femmes dont l'âge ne se situait pas dans la fourchette recommandée de 21 à 69 ans, par province ou territoire — années de déclaration 2008 à 2012 combinées 19
Mammographies de dépistage du cancer du sein autodéclarées par des femmes âgées de 40 à 49 ans présentant un risque moyen	14	Figure 3	Pourcentage de patients atteints d'un cancer de stade IV recevant un traitement au site primaire de la tumeur, par province et par type de cancer — année de diagnostic 2013 23
Dépistage autodéclaré du cancer du col de l'utérus pour les femmes dont l'âge ne se situait pas dans la fourchette recommandée de 21 à 69 ans	18		
Traitement locorégional pour les patients atteints d'un cancer de stade IV	22		
Profils de soins pour les patients présentant un cancer de la prostate à faible risque	26		
Fractions de radiothérapie dans le cadre d'un traitement conservateur du sein pour les patientes atteintes d'un cancer du sein de stade I ou II	30		
Fractionnement de la radiothérapie palliative pour les métastases osseuses de patients atteints de cancer	33		
Utilisation de la chimiothérapie pendant les 30 derniers jours de vie	37		
Autres indicateurs			
Recours aux services de soins intensifs pendant les deux dernières semaines de vie	41		
Mastectomies effectuées en ambulatoire	44		

Figure 4	Pourcentage de patients atteints d'un cancer de stade IV recevant un traitement au site primaire de la tumeur, par type de cancer et par groupe d'âge, toutes provinces combinées — année de diagnostic 2013	24	Figure 10	Pourcentage de patients atteints de cancer recevant une chimiothérapie pendant les 30 derniers jours de vie, par province — années de décès 2012 et 2013 combinées	38
Figure 5	Pourcentage d'hommes atteints d'un cancer de la prostate à faible risque ayant reçu divers types de traitement, par province — année de diagnostic 2013	27	Figure 11	Pourcentage de patients atteints de cancer recevant une chimiothérapie pendant les 30 derniers jours de vie, par groupe d'âge, toutes provinces combinées — années de décès 2012 et 2013 combinées	39
Figure 6	Pourcentage d'hommes atteints d'un cancer de la prostate à faible risque n'ayant aucun dossier thérapeutique, par année, toutes provinces combinées — années de diagnostic 2011, 2012 et 2013	28	Figure 12	Pourcentage de patients atteints de cancer admis à l'unité de soins intensifs au cours des deux dernières semaines de leur vie et qui y sont décédés, par province ou territoires — exercices 2011-2012 à 2014-2015 combinés	42
Figure 7	Pourcentage de patientes d'un âge égal ou supérieur à 50 ans atteintes d'un cancer du sein de stade I ou II ayant reçu 16 ou 25 fractions de radiothérapie après une chirurgie mammaire conservatrice, par province — année de diagnostic 2013	31	Figure 13	Pourcentage de mastectomies pour un cancer du sein effectuées en ambulatoire, selon la province ou le territoire — exercices 2009-2010 à 2013-2014 combinés	45
Figure 8	Pourcentage de patients atteints de cancer recevant une radiothérapie palliative des os en dose fractionnée, par province — année de traitement 2013	34	Figure 14	Pourcentage de mastectomies pour un cancer du sein effectuées en ambulatoire, selon la province ou le territoire — exercices combinés 2008-2009-2010-2011 et 2011-2012-2013-2014	46
Figure 9	Pourcentage de patients atteints de cancer recevant une radiothérapie palliative des os, par nombre de fractions, toutes provinces combinées — année de traitement 2013	35			

Faits saillants

Quand il est question de soins de santé, plus n'est pas toujours mieux. Plusieurs patients atteints de cancer reçoivent des tests, des traitements et des actes médicaux qui n'ajoutent pas nécessairement de valeur à leurs soins, c'est-à-dire, des soins dont ces patients n'ont pas forcément besoin parce qu'ils offrent peu ou pas d'avantages cliniques. Les soins à valeur élevée exigent que les patients reçoivent des services qui sont fondés sur des données probantes, réellement nécessaires et centrés sur le patient, et que les ressources soient utilisées efficacement. Le concept de valeur est particulièrement important, étant donné que la croissance et le vieillissement de la population, de même que l'augmentation des coûts des traitements contre le cancer, accentuent la pression sur la durabilité du système de soins de santé.

Qualité et durabilité de la lutte contre le cancer :
Rapport cible sur le rendement du système
présente les indicateurs qui mesurent l'utilisation fondée sur des données probantes de certaines interventions réalisées au Canada dans le domaine

des soins liés au cancer, notamment celles recommandées par Choisir avec soin Canada, une campagne nationale visant à reconnaître les services à faible valeur, non nécessaires ou préjudiciables qui sont fréquemment utilisés au Canada.

Sommaire des principales conclusions

Cette section résume les conclusions du rapport en trois catégories : domaines montrant le plus grand potentiel d'amélioration, domaines pour lesquels le système fonctionne plutôt bien et domaines pour lesquels il existe de fortes variations d'une province ou d'un territoire à l'autre. Elle résume également les conséquences des résultats relatifs à l'indicateur sur les patients et le système de soins de santé.

Domaines à améliorer

- Le taux d'utilisation de traitements de radiothérapie de longue durée (p. ex. 25 fractions) dans le cadre d'un traitement conservateur du cancer du sein pour les femmes d'un âge égal ou supérieur à 50 ans qui sont atteintes d'un cancer du sein de stade I ou II est élevé (jusqu'à 37 %) dans plusieurs provinces, malgré les preuves que des traitements de radiothérapie plus courts (p. ex. 16 fractions) permettent une maîtrise de la tumeur, un résultat cosmétique et un taux de survie équivalents, qu'ils réduisent la toxicité aiguë et tardive et qu'ils sont plus commodes pour la patiente et l'aidant.
- Plus de la moitié des patients dans la plupart des provinces ayant fourni des données pour ce rapport ont reçu une radiothérapie palliative des os en dose fractionnée, malgré les preuves qu'une radiothérapie en dose unique entraîne une morbidité et un soulagement de la douleur équivalents.
- Bien qu'on constate une tendance croissante à l'utilisation de la surveillance active pour les hommes qui courent un faible risque de souffrir d'un cancer de la prostate, une grande proportion des Canadiens de certaines provinces reçoivent encore un ou plusieurs traitements présentant des effets secondaires potentiels qui pourraient être évités.

Plusieurs pratiques de lutte contre le cancer durables et de grande qualité sont déjà mises en œuvre

- Le dépistage du cancer du col de l'utérus est minimal pour les femmes dont l'âge ne se situe pas dans la fourchette recommandée de 21 à 69 ans, conformément aux recommandations préconisées au Canada; une telle observation signifie que les femmes ne sont pas soumises à des risques inutiles sans grand avantage.
- L'utilisation de soins agressifs en fin de vie (chimiothérapie pendant le dernier mois de vie et hospitalisation en unité de soins intensifs dans les deux dernières semaines de vie) est relativement faible dans la plupart des provinces, ce qui réduit les conséquences négatives sur l'expérience et la qualité de vie du patient.
- L'utilisation de la chirurgie ambulatoire pour les mastectomies augmente, ce qui pourrait signifier que plus de femmes peuvent récupérer à la maison et bénéficier de l'effet psychologique stimulant apporté par un congé précoce de l'hôpital.

Des variations substantielles existent à travers le pays

On a observé une différence d'au moins 20 points de pourcentage d'une province à l'autre entre l'utilisation signalée la plus faible et la plus élevée des pratiques de lutte contre le cancer suivantes, qui ne présentent que peu de valeur et qui pourraient s'avérer inutiles :

- mammographies de dépistage pour les femmes âgées de 40 à 49 ans qui présentent un risque moyen de cancer du sein;

Les observations laissent penser que de nombreuses pratiques de lutte contre le cancer ne présentent que peu de valeur :

- résection chirurgicale de la tumeur primaire pour les patients atteints d'un cancer colorectal ou d'un cancer du sein de stade IV.

Mesure des conséquences sur les patients et le système de soins de santé

Selon les résultats relatifs aux indicateurs associés au plus petit sous-ensemble de pratiques de lutte contre le cancer examiné dans ce rapport, le nombre de pratiques de faible valeur susceptibles d'exposer les patients à des risques inutiles pourrait dépasser les 770 000 cas estimés :

- Plus de 740 000 tests de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus ont été effectués auprès de femmes dont l'âge ne se situait pas dans les fourchettes recommandées (à savoir : 40 à 49 ans pour le dépistage du cancer du sein; moins de 21 ans ou plus de 69 ans pour le dépistage du cancer du col de l'utérus).
- Plus de 17 000 patients atteints de cancer ont reçu un traitement potentiellement inutile et de faible valeur.
- Environ 9 000 patients atteints de cancer et qui étaient en fin de vie ont été admis dans une unité de soins intensifs, un environnement qui ne permet pas de répondre de façon optimale aux besoins en soins palliatifs des patients en fin de vie.
- Environ 5 000 mastectomies ont été effectuées chez des patientes hospitalisées, même si l'intervention peut être effectuée de façon sécuritaire en ambulatoire tant qu'un système de soutien adéquat est en place.



740 000

tests de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus ont été effectués auprès de femmes dont l'âge ne se situait pas dans les fourchettes recommandées



17 000

patients atteints de cancer ont reçu un traitement qui était potentiellement de faible valeur



9 000

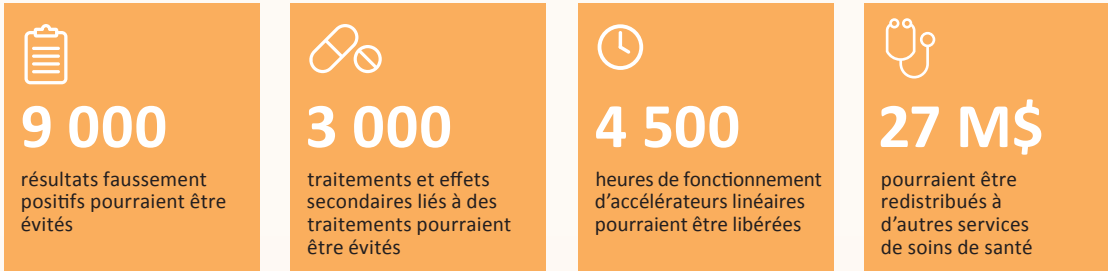
patients atteints de cancer et qui étaient en fin de vie ont reçu des soins dans une unité de soins intensifs



5 000

mastectomies ont été effectuées chez des patientes hospitalisées

Une réduction de 15 % de l'utilisation des pratiques de lutte contre le cancer mesurée dans ce rapport pourrait avoir les retombées suivantes :



Une réduction de 15 % (ou de 50 %) de l'utilisation des pratiques de lutte contre le cancer mesurée dans ce rapport pourrait avoir des retombées positives pour les patients et le système de soins de santé :

- Environ 9 000 (ou 29 000 avec une réduction de 50 %) résultats faussement positifs pourraient être évités, ce qui signifie que moins de personnes seraient soumises à des biopsies inutiles qui révèlent des résultats bénins.
- Environ 3 000 (ou 10 000 avec une réduction de 50 %) traitements pourraient être évités, ce qui

signifie que moins de personnes subiraient des effets secondaires liés à des traitements non nécessaires.

- Environ 4 500 (ou 15 000 avec une réduction de 50 %) heures de fonctionnement d'accélérateurs linéaires pourraient être libérées pour les patients qui ont besoin de ce type de traitement.
- Environ 27 millions de dollars (ou 89 millions de dollars avec une réduction de 50 %) pourraient être redistribués à d'autres services de soins de santé

Quelle voie devrions-nous suivre?

S'assurer que les patients atteints de cancer reçoivent des soins à valeur élevée conformes à leurs besoins et à leurs préférences nécessite les efforts coordonnés des patients, des cliniciens et des organisations de soins de santé. Bien que les pratiques de soins liés au cancer décrites dans le présent rapport puissent être de faible valeur et potentiellement inutiles pour un grand nombre de patients, il est important de noter qu'elles

pourraient en fait s'avérer nécessaires pour certains. D'autres études sont par conséquent nécessaires pour comprendre quels types de soins liés au cancer, dans quelles quantités, représentent une surutilisation des pratiques qui ne sont pas fondées sur des données probantes ou une sous-utilisation de pratiques qui sont fondées sur des données probantes.

À propos du présent rapport

Qualité et durabilité de la lutte contre le cancer : Rapport cible sur le rendement du système présente les indicateurs qui mesurent l'utilisation fondée sur des données probantes de certaines pratiques de soins liés au cancer à travers le Canada, particulièrement celles recommandées par Choisir avec soin Canada, qui pourraient être de faible valeur et potentiellement non nécessaires. Il est donc important de comprendre l'état actuel de ces pratiques de soins liés au cancer afin que le milieu de la lutte contre le cancer puisse cibler les occasions d'optimiser la qualité des soins tout en veillant à la durabilité future du système au moyen d'une allocation efficace des ressources en soins de santé. Le rapport fait partie de la série de Rapports cibles sur le rendement du système produite par le Partenariat canadien contre le cancer en collaboration avec des partenaires nationaux, provinciaux et territoriaux.



Pourquoi rendre compte de la qualité des soins liés au cancer?

Des pratiques de soins de faible qualité peuvent se définir comme **« [traduction] des pratiques d'efficacité connue sous-utilisées, des pratiques ayant une inefficacité connue surutilisées, des services d'une efficacité équivoque utilisés conformément aux préférences du fournisseur plutôt qu'à celles du patient¹ »**.

Les personnes atteintes de cancer disposent de plusieurs options thérapeutiques permettant de sauver ou de prolonger la vie, notamment la radiothérapie, les thérapies générales et les interventions chirurgicales. S'assurer que les patients reçoivent des traitements de qualité, appropriés et axés sur le patient exige qu'ils les reçoivent au bon moment et au bon endroit. Cependant, plusieurs patients atteints de cancer subissent des tests médicaux, des traitements

et des interventions qui ne sont pas nécessaires (p. ex. les préjudices potentiels dépassent les bienfaits) ou bien reçoivent des soins qui pourraient être administrés de façon efficace dans des environnements plus efficaces².

De plus, bien que le dépistage puisse mener à une détection précoce des cancers, on constate une sensibilisation croissante aux risques potentiels de certaines interventions de dépistage et de détection précoce, comme un surdiagnostic (p. ex. diagnostiquer une maladie qui est peu susceptible de causer le décès de la personne ou un préjudice au cours de la vie) et le surtraitement qui en découle (p. ex. suivi et intervention inutiles). Dans certains cas, ces risques peuvent dépasser les avantages du dépistage, tant pour les patients concernés que pour le taux global de mortalité due au cancer.

Pourquoi rendre compte de la durabilité du système de soins de santé?

En plus de la qualité des soins liés au cancer, la durabilité du système de soins de santé (la capacité à le soutenir à l'avenir sur le plan économique) est d'une importance vitale et repose sur le besoin de maximiser la valeur de ce système. La prestation continue de soins de grande valeur qui permettent d'obtenir les meilleurs résultats tout en utilisant les ressources de façon la plus efficace possible favorise la durabilité du système. Bien qu'il existe différentes perspectives sur la façon de hiérarchiser et de mesurer les résultats et les ressources, les patients, les cliniciens, le système de soins de santé et la société partagent la même volonté d'avoir des soins à valeur élevée. Le concept de soins à valeur

élevée est d'autant plus important que le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer devrait augmenter de 40 % dans les 15 prochaines années, ce qui exercera une pression considérable sur les ressources en soins de santé du Canada³. L'augmentation des nouveaux cas de cancer résulte principalement de l'augmentation et du vieillissement de la population canadienne; en effet, les Canadiens et les Canadiennes d'un âge égal ou supérieur à 65 ans représenteront près du quart de la population en 2032³.

Qu'est-ce que Choisir avec soin Canada?

Créée pour aider à améliorer la qualité des soins et la durabilité du système, la campagne nationale Choisir avec soin Canada (qui s'inspire de la campagne Choosing Wisely® des États-Unis⁴) vise à cibler les services à faible valeur, non nécessaires ou préjudiciables qui sont couramment utilisés au Canada². Cette campagne menée par des médecins facilite le dialogue entre les médecins et les patients au sujet des examens, des traitements et des interventions inutiles et aide les deux parties à faire des choix efficaces afin d'améliorer la qualité des soins.

En 2014, une approche de groupe organisée par le Partenariat a permis d'élaborer des recommandations propres à l'oncologie. Le groupe de travail comprenait des représentants des médecins de la Société canadienne d'oncologie chirurgicale, de l'Association canadienne des oncologues médicaux et de l'Association canadienne de radio-oncologie⁵.

Le groupe de travail a utilisé une approche itérative pour compiler une liste des pratiques à faible valeur ou préjudiciables en oncologie. Une liste finale de 10 recommandations a été créée, comprenant des pratiques oncologiques reconnues pour n'apporter que peu de valeur ou exposer le patient à des risques, qui sont fréquemment utilisées au Canada et dont la réduction permettrait de réorienter les ressources en soins de santé vers les secteurs où elles sont le plus nécessaires. Même si la possibilité de mesurer l'utilisation des ressources n'était pas un critère utilisé pour dresser la liste des recommandations, l'élaboration de ces dernières a exigé la mise en place de mesures de référence des taux d'utilisation actuels de ces pratiques au Canada.

Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter la section *Analyse détaillée : Choisir avec soin Canada* en page 11.

Comment quantifions-nous les répercussions sur les patients et le système de soins de santé?

Chaque indicateur dans ce rapport mesure l'utilisation de pratiques propres au cancer qui sont couramment utilisées au Canada, mais qui ne reposent pas forcément sur des données probantes ou qui pourraient exposer les patients à des préjudices inutiles. Ce rapport s'intéresse donc tout particulièrement aux répercussions des résultats relatifs aux indicateurs sur les patients et le système de soins de santé. D'après ces résultats, ce rapport met en lumière :

- le nombre de personnes concernées par les pratiques en oncologie;
- l'effet des pratiques en oncologie sur les résultats des patients (p. ex. les effets secondaires) et les ressources (p. ex. ressources en santé humaine, thérapies et coût);
- les répercussions d'une réduction de l'utilisation des pratiques en oncologie sur les résultats des patients et les ressources.

Pour chaque indicateur, ces renseignements sont disponibles dans la section « Quelles sont les

conséquences sur les patients et le système de soins de santé? ».

Les données permettant de mesurer ces répercussions proviennent de plusieurs sources : organismes provinciaux de lutte contre le cancer, tableaux CANSIM de Statistique Canada (base de données socio-économique), modèle de gestion des risques de cancer (MGRC) du Partenariat, barème des droits provinciaux et documentation scientifique. Un scénario de réduction de 15 % (estimation conservatrice) est comparé à un scénario de réduction de 50 % (estimation libérale) afin de souligner l'effet d'une réduction de l'utilisation de certaines pratiques en oncologie sur les résultats des patients et les ressources. Toutes les valeurs ont été arrondies.

Veuillez consulter l'annexe technique à l'adresse rendementdusysteme.ca pour connaître en détail la méthode de calcul utilisée aussi bien pour les indicateurs que pour les mesures des répercussions qui figurent dans ce rapport.

Analyse détaillée : Choisir avec soin Canada

En 2012, l'American Board of Internal Medicine Foundation a lancé la campagne Choosing Wisely afin de promouvoir le dialogue visant à éviter les tests médicaux, les traitements et les interventions qui présentent un avantage clinique minimal pour les patients⁴. La campagne a pour objectif d'encourager les discussions entre clinicien et patient au sujet des soins fondés sur des données probantes et un changement d'attitude (p. ex. en augmentant la sensibilisation au fait que plus n'est pas toujours synonyme de mieux). L'objectif est de s'assurer que les soins fournis aux patients reposent sur des données probantes, ne sont pas redondants et sont vraiment nécessaires. La documentation scientifique concernant les répercussions de la campagne commence à faire son apparition : une étude basée sur la population a démontré une diminution modeste, mais désirable de l'utilisation de certaines pratiques à faible valeur aux États-Unis⁵. À ce jour, plus de 15 pays, dont le Canada, ont élaboré des campagnes s'inspirant du modèle Choosing Wisely.

Toutes les associations médicales provinciales et territoriales ont adopté la campagne Choisir avec soin Canada afin d'aider à améliorer la qualité des soins et

la durabilité du système. La campagne a permis d'établir plus de 160 recommandations au sujet d'examen, de traitements et d'interventions que les médecins et les patients devraient remettre en question. Le tableau 1 décrit 15 recommandations pertinentes aux patients atteints de cancer. De ces 15 recommandations, 10 ont été élaborées par un groupe de travail tripartite, convoqué par le Partenariat, qui compte des représentants de la Société canadienne d'oncologie chirurgicale, de l'Association canadienne des oncologues médicaux et de l'Association canadienne de radio-oncologie. Deux recommandations ont été produites par le Forum de l'Association médicale canadienne sur les enjeux de la pratique générale et familiale et le Collège des médecins de famille du Canada. Une recommandation a été élaborée par l'Association des urologues du Canada. Enfin, deux recommandations ont été mises au point par l'Association canadienne des chirurgiens généraux. Pour chaque recommandation, le tableau indique si ce rapport inclut un indicateur permettant de mesurer l'utilisation de la pratique décrite dans la recommandation.

TABLEAU 1

Recommandations de Choisir avec soin Canada et indicateurs de performance correspondants

Spécialité	Recommandation de Choisir avec soin Canada	Indicateur inclus dans ce rapport
Médecine familiale	Ne pas effectuer de mammographie systématique de dépistage pour les femmes âgées de 40 à 49 ans présentant un risque moyen.	<input checked="" type="checkbox"/>
	Ne pas faire de dépistage par frottis cervical (test Pap) pour les femmes de moins de 21 ans ou de plus de 69 ans.	<input checked="" type="checkbox"/>
Oncologie	Ne pas effectuer systématiquement un traitement locorégional étendu dans la plupart des cas de cancer avec une maladie métastatique et des symptômes minimaux attribuables à la tumeur primaire (p. ex. cancer colorectal).	<input checked="" type="checkbox"/>
	Ne pas entreprendre de prise en charge thérapeutique pour les patients atteints d'un cancer de la prostate à faible risque (T1/T2, APS < 10 ng/ml et score de Gleason < 7) sans d'abord discuter de surveillance active.	<input checked="" type="checkbox"/>

Spécialité	Recommandation de Choisir avec soin Canada	Indicateur inclus dans ce rapport
Oncologie (suite)	Ne pas entreprendre de radiothérapie du sein entier en 25 fractions dans le cadre d'un traitement conservateur du cancer du sein pour les femmes d'un âge égal ou supérieur à 50 ans atteintes d'un cancer du sein invasif à un stade précoce sans envisager des calendriers thérapeutiques plus courts.	<input checked="" type="checkbox"/>
	Ne pas recommander de radiothérapie palliative en dose fractionnée pour les métastases osseuses douloureuses sans complication.	<input checked="" type="checkbox"/>
	Éviter la chimiothérapie et mettre plutôt l'accent sur le soulagement des symptômes et les soins palliatifs pour les patients atteints d'un cancer à un stade avancé peu susceptibles de bénéficier de la chimiothérapie (p. ex. indice de performance de 3 ou de 4).	<input checked="" type="checkbox"/>
	Ne pas demander de tests visant à détecter un cancer récurrent pour des patients asymptomatiques s'il n'y a pas lieu de croire qu'une détection précoce de la récurrence peut améliorer la survie ou la qualité de vie.	<input type="checkbox"/>
	Ne pas effectuer de dépistage systématique du cancer ou de surveillance d'un nouveau cancer primaire pour la majorité des patients atteints d'un cancer métastatique.	<input type="checkbox"/>
	Ne pas effectuer de surveillance coloscopique systématique annuelle pour les patients ayant subi une chirurgie pour un cancer du côlon; la fréquence de la surveillance devrait plutôt être basée sur les résultats de la coloscopie antérieure et les directives correspondantes.	<input type="checkbox"/>
	Ne pas retarder ou éviter les soins palliatifs pour les patients atteints d'un cancer métastatique parce qu'ils suivent un traitement ciblant spécifiquement la maladie.	<input type="checkbox"/>
	Ne pas fournir de soins (p. ex. suivi) dans un environnement dont les coûts sont élevés (p. ex. patient hospitalisé, centre de cancérologie) si ces soins peuvent être offerts tout aussi efficacement dans un environnement opérant à plus faible coût (p. ex. soins primaires).	<input type="checkbox"/>
Urologie	Ne pas demander systématiquement de scintigraphies osseuses ou de tomodensitogrammes du bassin pour les hommes présentant un faible risque de cancer de la prostate.	<input type="checkbox"/>
Chirurgie générale	Ne pas effectuer de dissection des ganglions lymphatiques axillaires pour les cancers du sein de stade I et II lorsque les ganglions lymphatiques sont cliniquement négatifs sans tenter une biopsie du ganglion sentinelle.	<input type="checkbox"/>
	Éviter le dépistage du cancer colorectal pour des patients asymptomatiques ayant une espérance de vie de moins de 10 ans sans antécédents familiaux ou personnels de néoplasie colorectale.	<input type="checkbox"/>

Ce rapport présente les indicateurs de référence mesurant les modèles de pratique actuels associés à 7 des 15 recommandations. Les huit autres

recommandations ne figurent pas dans le rapport en raison des limites ou du manque de données disponibles.

Résultats

Cette section présente sept indicateurs basés sur des recommandations visant le cancer émises par Choisir avec soin Canada. Il est important de noter que certains de ces indicateurs représentent des mesures indirectes des recommandations en raison des limites des données disponibles. De plus, le rapport présente deux indicateurs qui ne figurent pas dans les recommandations de Choisir avec soin Canada, mais qui sont pertinents pour l'évaluation de la durabilité du système : les admissions dans les unités de soins intensifs dans les deux dernières semaines de vie et les mastectomies effectuées en ambulatoire. Les conclusions serviront de points de référence pour la surveillance future et aideront le milieu de la lutte contre le cancer à déterminer dans quels domaines les soins liés au cancer peuvent être optimisés.



Mammographies de dépistage du cancer du sein autodéclarées par des femmes âgées de 40 à 49 ans présentant un risque moyen

Recommandation de Choisir avec soin Canada

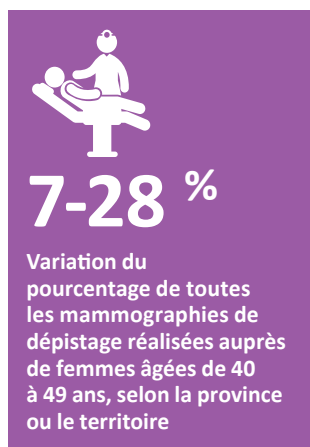
Ne pas effectuer de mammographie systématique de dépistage pour les femmes âgées de 40 à 49 ans présentant un risque moyen.

Message clé

Les pratiques actuelles de dépistage du cancer du sein au Canada font que chaque année, plus de 450 000 mammographies sont effectuées auprès de femmes âgées de 40 à 49 ans.

Définition de l'indicateur

Pourcentage de toutes les mammographies de dépistage effectuées au cours de l'année passée qui ont été déclarées par des femmes âgées de 40 à 49 ans. Les résultats sont présentés par province et territoire pour les années de déclaration 2008 à 2012 combinées^a.



Pourquoi une telle mesure?

Il a été démontré que la mammographie de dépistage permet de réduire la mortalité liée au cancer du sein et la morbidité associée à un cancer à un stade avancé, particulièrement pour les femmes de 50 à 74 ans^{7,8}. Même si les données probantes montrent l'avantage du dépistage en ce qui concerne la mortalité liée au cancer du sein, il est essentiel de trouver un équilibre entre les avantages et les dangers potentiels du dépistage, à savoir les faux positifs, le surdiagnostic, le surtraitement et les coûts financiers tant pour le système que pour les patientes^{7,9,10}. Pour les femmes de 40 à 49 ans, les avantages des mammographies de dépistage (c.-à-d. en ce qui concerne la mortalité) sont faibles et le risque de faux positifs est plus élevé que pour les femmes plus âgées¹¹. La recommandation de Choisir avec soin Canada est conforme aux autres directives publiées pour les mammographies de dépistage. Les directives du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs et celles de l'Organisation mondiale de la Santé recommandent également de ne pas faire de dépistage systématique par mammographie pour les femmes âgées de 40 à 49 ans⁹⁻¹¹.

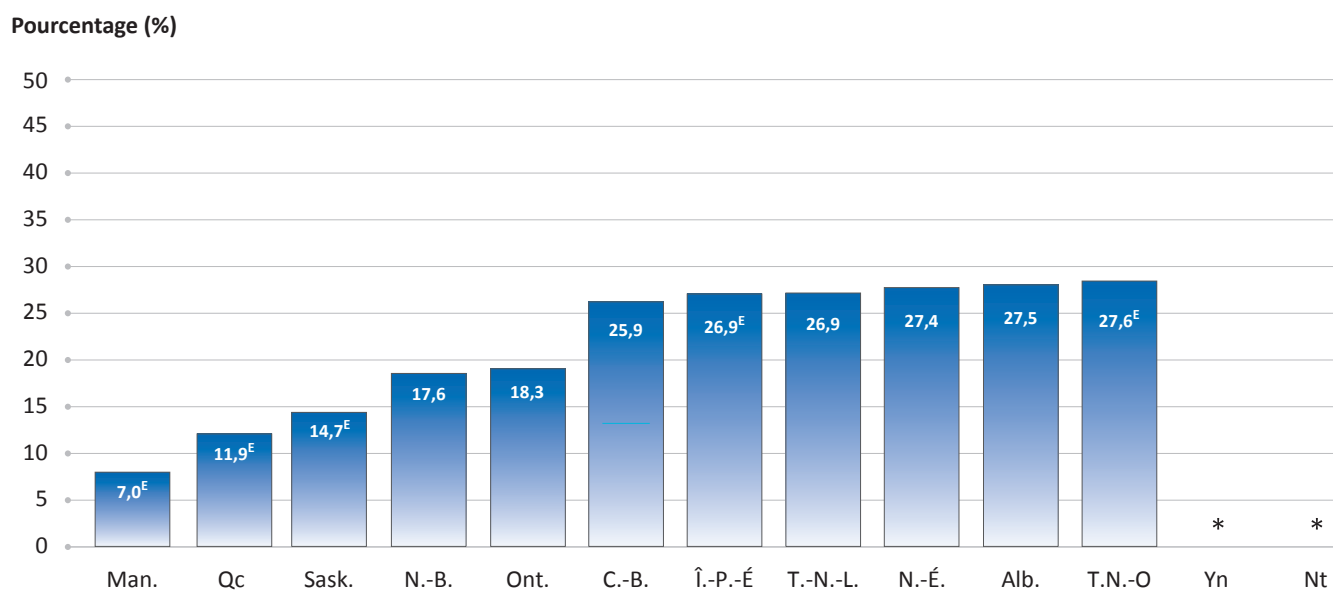
^a Résultats basés sur les déclarations des femmes signalant avoir subi une mammographie de dépistage durant l'année passée dans les Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes des années 2008 à 2012 combinées.

Quelles sont les principales conclusions?

- De toutes les mammographies de dépistage effectuées durant l'année passée, 20,8 % ont été faites auprès de femmes âgées de 40 à 49 ans et 65,6 % l'ont été auprès de femmes âgées de 50 à 69 ans (données de 2008-2012) [Tableau 2].
- Entre 7,0 % (Manitoba) et 27,6 % (Territoires du Nord-Ouest) des mammographies de dépistage réalisées au cours de l'année passée l'ont été auprès de femmes âgées de 40 à 49 ans (données de 2008-2012) [Figure 1].

FIGURE 1

Pourcentage de toutes les mammographies de dépistage[†] effectuées durant l'année passée qui ont été déclarées par des femmes âgées de 40 à 49 ans, par province ou territoire — années de déclaration 2008 à 2012 combinées[‡]



[†] Une femme est considérée comme ayant subi une mammographie de dépistage si la raison de la mammographie était l'une des suivantes : antécédents familiaux de cancer du sein, vérification régulière ou dépistage de routine, âge, utilisation actuelle d'une hormonothérapie substitutive.

[‡] L'ensemble des provinces et des territoires a fourni des données en 2008 et en 2012. Le contenu portant sur le dépistage était optionnel en 2009-2011 et les provinces et les territoires suivants ont fourni les données ci-après pour ces années : 2009 : Alb., N.-B., N.-É., T.-N.-L., T.N.-O.; 2010 : Alb., N.-B., N.-É., T.-N.-L., T.N.-O.; 2011 : Alb., Ont., T.-N.-L., Nt.

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

* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

Les femmes d'un âge égal ou supérieur à 40 ans étaient comprises dans le dénominateur pour cet indicateur.

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

TABLEAU 2

Pourcentage des mammographies de dépistage[†] effectuées au cours de l'année passée, par groupe d'âge — années de déclaration 2008 à 2012 combinées[‡]

Groupe d'âge	Pourcentage des mammographies de dépistage effectuées
40-49	20,8 %
50-59	36,2 %
60-69	29,4 %
70-74	7,9 %
75+	5,7 %

[†] Une femme est considérée comme ayant subi une mammographie de dépistage si la raison de la mammographie était l'une des suivantes : antécédents familiaux de cancer du sein, vérification régulière ou dépistage de routine, âge, utilisation actuelle d'une hormonothérapie substitutive.

[‡] L'ensemble des provinces et des territoires a fourni des données en 2008 et en 2012. Le contenu portant sur le dépistage était optionnel en 2009-2011 et les provinces et les territoires suivants ont fourni les données ci-après pour ces années : 2009 : Alb., N.-B., N.-É., T.-N.-L., T.N.-O.; 2010 : Alb., N.-B., N.-É., T.-N.-L., T.N.-O.; 2011 : Alb., Ont., T.-N.-L., Nt.

Les femmes d'un âge égal ou supérieur à 40 ans étaient comprises dans le dénominateur pour cet indicateur.

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

Pourquoi ces conclusions sont-elles importantes?

Bien qu'une proportion considérable des mammographies de dépistage soit effectuée sur des femmes âgées de 40 à 49 ans dans certaines provinces ou territoires, il existe une grande variabilité à travers le pays. Une telle variabilité pourrait être due en partie aux directives des programmes de dépistage provinciaux et territoriaux, dont les normes d'acceptation des femmes dans la quarantaine varient. Certains programmes acceptent les femmes par l'entremise d'un accès direct ou d'une recommandation du médecin ou si elles sont à haut risque; d'autres programmes peuvent ne pas les accepter du tout¹². Les femmes peuvent également avoir accès à une mammographie de façon opportuniste (p. ex. par leur médecin ou par accès direct), ce qui pourrait être régi par des directives et des conditions d'admissibilité différentes.

Les recommandations de Choisir avec soin Canada en matière de mammographie de dépistage peuvent servir de point de départ aux médecins pour leurs discussions avec les femmes dans la quarantaine, pour déterminer si le dépistage est adapté ou non à leur cas. Ces discussions permettent aux femmes de comprendre les avantages et les risques de la mammographie de dépistage, et de prendre une décision éclairée^{10,13}.

L'objectif n'est pas d'éliminer toutes les mammographies de dépistage effectuées sur les femmes dans la quarantaine, mais de s'assurer que la mammographie cible les femmes qui en ont le plus besoin, à savoir celles qui courent un risque élevé de contracter un cancer du sein. D'après les analyses antérieures effectuées par le Partenariat, le taux de participation aux mammographies de dépistage autodéclaré par les Canadiennes âgées de 40 à 49 ans était de 29 % (taux basé sur les données de l'ESCC de 2012)¹⁴, même s'il est probable que ces femmes ne courent pas toutes un risque élevé de contracter un cancer du sein. La mise en évidence des différences entre les pratiques de dépistage du cancer du sein (tant programmatiques qu'opportunistes) peut permettre de déterminer comment ces pratiques peuvent être rationalisées à travers le pays, pour qu'elles s'harmonisent mieux avec les directives et les recommandations. Une telle initiative permettrait de limiter le recours à des interventions non nécessaires et potentiellement préjudiciables. L'examen des différences pourrait permettre de cerner des occasions d'équilibrer l'allocation des ressources dans certaines provinces ou certains territoires, puisque les mammographies de dépistage inutiles pour les femmes âgées de 40 à 49 ans et les tests de suivi ultérieurs exigent beaucoup de ressources.



Quelles sont les conséquences sur les patients et le système de soins de santé^b?

Les conclusions laissent entendre que le dépistage pour les femmes âgées de 40 à 49 ans représente plus de 450 000 mammographies chaque année, sur un total de 2,6 millions de mammographies réalisées (valeurs basées sur les données de 2012). Les femmes qui subissent une mammographie de dépistage s'exposent à des risques potentiels. Par exemple, les études ont montré qu'environ 11,1 % des femmes âgées de 40 à 49 ans obtiennent des résultats de mammographies faussement positifs¹⁵⁻¹⁸, ce qui représente environ 50 000 mammographies de dépistage sur les 450 000 effectuées dans ce groupe d'âge. Les taux de faux positifs sont les plus élevés pour les femmes de moins de 50 ans¹⁵⁻¹⁸. Les préjudices supplémentaires pourraient inclure une détection accrue de cancers indolents (à croissance lente) qui présentent un risque minimal, des biopsies non nécessaires, un surtraitement et une détresse émotionnelle (p. ex. anxiété, stress)^{10,19}. De plus, le dépistage par

mammographie pour les femmes de 40 à 49 ans utilise des ressources importantes. Avec un coût approximatif de 97 \$ par mammographie (basé sur une moyenne pondérée des coûts des mammographies de dépistage indiqués dans les barèmes provinciaux de frais), les mammographies de dépistage effectuées pour les femmes dans la quarantaine coûtent 44,3 millions de dollars par année.

Si le nombre de mammographies de dépistage effectuées pour les femmes âgées de 40 à 49 ans pouvait être réduit de 15 % par an (67 000 mammographies en moins), 7 500 femmes pourraient éviter l'anxiété et les tests supplémentaires découlant de résultats faussement positifs. De plus, environ 6,6 millions de dollars pourraient être réaffectés à d'autres services de soins de santé. Une réduction de 50 % pourrait signifier plus de 220 000 mammographies en moins, 25 000 femmes évitant de recevoir des résultats faussement positifs et 22,2 millions de dollars disponibles pour d'autres services de soins de santé.

450 000

mammographies effectuées sur des femmes âgées de 40 à 49 ans

Une réduction de 15 %

pourrait signifier 67 000 mammographies en moins chaque année

Une réduction de 50 %

pourrait signifier plus de 220 000 mammographies en moins chaque année

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Cet indicateur est basé sur cinq années combinées de données de l'ESCC (2008 à 2012) afin de réduire la variabilité de l'estimation. Les questions sur le dépistage étaient obligatoires en 2008 et en 2012, années pour lesquelles toutes les provinces et tous les territoires ont fourni des données. En 2009, 2010 et 2011, les questions sur le dépistage étaient facultatives, ce qui signifie que les provinces et les territoires n'ont pas tous recueilli des données sur les mammographies de dépistage.
- Les tableaux des données relatives à cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul détaillée présentée dans l'annexe technique complète, peuvent être consultés à l'adresse rendementdusysteme.ca.

^b La méthode de calcul utilisée est décrite en détail dans l'annexe technique, consultable à l'adresse rendementdusysteme.ca.

Dépistage autodéclaré du cancer du col de l'utérus pour les femmes dont l'âge ne se situe pas dans la fourchette recommandée de 21 à 69 ans

Recommandation de Choisir avec soin Canada

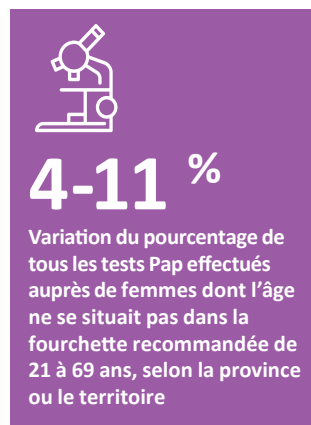
Ne pas faire de dépistage par frottis cervical (test Pap) pour les femmes de moins de 21 ans ou de plus de 69 ans.

Message clé

Au Canada, près de 300 000 tests Pap sont effectués chaque année auprès de femmes dont l'âge ne se situe pas dans la fourchette recommandée de 21 à 69 ans.

Définition de l'indicateur

Pourcentage de tous les tests Pap qui ont été déclarés par des femmes de moins de 21 ans ou de plus de 69 ans. Les résultats sont présentés par province et territoire pour les années de déclaration 2008 à 2012 combinées^c.



Pourquoi une telle mesure?

La cytologie du col de l'utérus (le test Pap), qui détecte le cancer du col de l'utérus et les lésions précancéreuses, est en grande partie responsable de la diminution de l'incidence du cancer du col de l'utérus et du taux de mortalité associée au Canada et dans les autres pays développés²⁰⁻²². Malgré cela, on a démontré qu'un dépistage précoce et fréquent était de faible valeur : le dépistage pour les femmes de moins de 21 ans ne réduit pas davantage le nombre de cas et le taux de mortalité qu'un dépistage commençant à 21 ans, et il pourrait causer plus de mal

que de bien. Le dépistage après 69 ans offre également peu ou pas d'avantages^{20,23}. Les préjudices liés au test Pap peuvent inclure des résultats faussement positifs, un suivi et un traitement inutiles, ainsi que des effets secondaires associés à ces interventions^{20,23}. Même si les femmes de moins de 21 ans ou de plus de 69 ans devraient discuter des inconvénients et des avantages du dépistage du cancer du col de l'utérus avec leurs fournisseurs de soins de santé et prendre une décision éclairée basée sur leurs situations et leurs préférences personnelles²⁰, l'adhésion aux recommandations de dépistage fondées sur des données probantes en maximise les avantages tout en diminuant les préjudices causés par des interventions inutiles associées à des résultats faussement positifs.

La recommandation de Choisir avec soin Canada est en grande partie conforme aux directives des programmes de dépistage organisé (les programmes acceptent généralement les femmes âgées de 21 à 65 ans ou de 21 à 69 ans; certains programmes acceptent aussi les femmes plus jeunes si elles sont devenues sexuellement actives avant 21 ans). Choisir avec soin Canada et le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) recommandent de ne pas effectuer de dépistage pour les femmes de plus de 69 ans qui ont eu trois tests Pap négatifs de suite, de ne pas effectuer de dépistage annuel et de ne pas faire de dépistage pour les femmes qui ont subi une hystérectomie totale. Les directives diffèrent sur l'âge auquel on doit commencer le dépistage; Choisir avec soin Canada recommande de commencer à 21 ans, tandis que le GECSSP recommande de commencer à 25 ans^{11,20}.

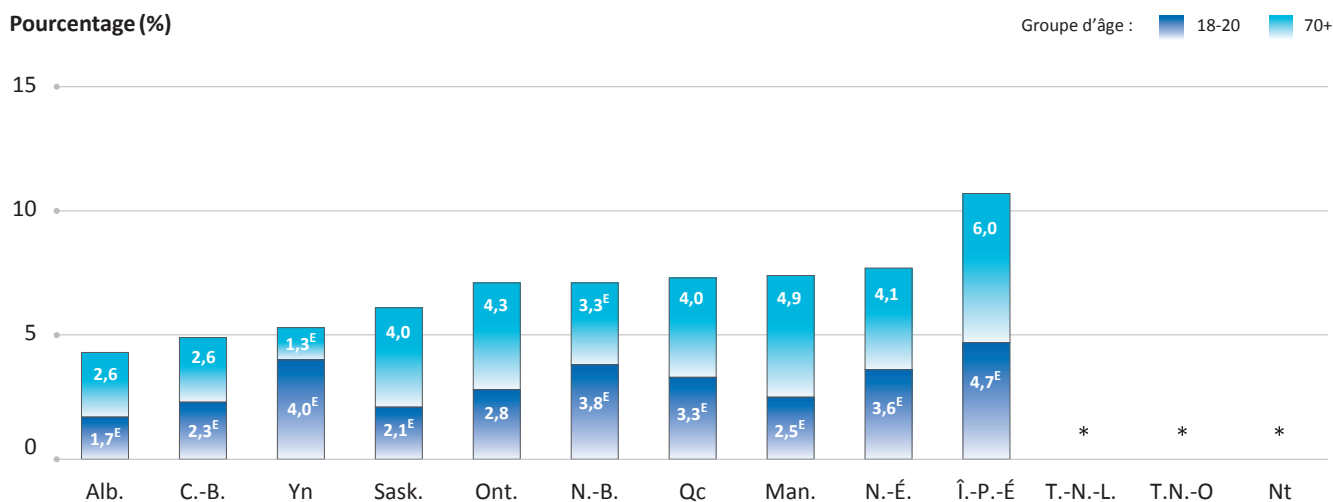
^c Résultats basés sur les déclarations des femmes signalant avoir subi un test Pap au cours des trois années passées dans les Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes des années 2008 à 2012 combinées.

Quelles sont les principales conclusions?

- De tous les tests Pap effectués au cours des trois dernières années, 6,7 % ont été faits auprès de femmes dont l'âge ne se situait pas dans la fourchette recommandée de 21 à 69 ans (2,8 % et 3,9 % des tests ont été effectués respectivement auprès de femmes de 18 à 20 ans et de plus de 70 ans) [données de 2008-2012; données non montrées].
- Entre 4,3 % (Alberta) et 10,7 % (Île-du-Prince-Édouard) des tests Pap effectués au cours des trois dernières années ont été effectués auprès de femmes dont l'âge ne se situait pas dans la fourchette recommandée (données de 2008-2012) [Figure 2].

FIGURE 2

Pourcentage de tous les tests Pap effectués au cours des trois dernières années qui ont été déclarés par des femmes dont l'âge ne se situait pas dans la fourchette recommandée de 21 à 69 ans, par province ou territoire — années de déclaration 2008 à 2012 combinées†



† L'ensemble des provinces et des territoires a fourni des données en 2008 et en 2012. Le contenu portant sur le dépistage était optionnel en 2009-2011 et les provinces et les territoires suivants ont fourni les données ci-après pour ces années : N.-É., Î.-P.-É., Yn, Nt; 2010 : N.-É., Î.-P.-É., Yn, Nt; 2011 : Ont., Nt.

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

* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

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

Pourquoi ces conclusions sont-elles importantes?

Les conclusions laissent entendre que le dépistage du cancer du col de l'utérus avant 21 ans et après 69 ans était minimal au Canada, bien qu'il existe quelques variations entre les provinces. C'est une conclusion positive, indiquant que les femmes ne sont pas soumises à des préjudices inutiles offrant peu d'avantages, que les recommandations concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus sont similaires dans tout le pays et que les ressources ne sont pas affectées à des services non nécessaires.

Au Canada, il existe deux approches de dépistage pour les femmes : programmatique (par l'intermédiaire d'un programme de dépistage provincial ou territorial organisé) et opportuniste (p. ex. par l'intermédiaire de leur médecin ou par accès direct).

Bien que les directives des programmes de dépistage organisés indiquent généralement que ces programmes acceptent les femmes de 21 à 65 ou 69 ans (avec trois tests Pap négatifs)²⁴, les femmes de tout âge peuvent accéder au dépistage de manière opportuniste et pourraient ne pas être soumises aux mêmes critères d'admissibilité (p. ex. limites d'âge).

Bien que le dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes dont l'âge ne se situe pas dans la fourchette recommandée soit faible comparativement au dépistage auprès des femmes de 21 à 69 ans, le taux de participation autodéclaré s'élevait quand même à 29 % pour les femmes de moins de 20 ans, à 49 % pour les femmes de 70 à 74 ans et à

19 % pour les femmes de plus de 75 ans (basé sur les données de l'ESCC en 2012)¹⁴. Bien que l'élimination de tous les tests Pap pour les femmes dont l'âge ne se situe pas dans la fourchette de 21 à 69 ans ne soit pas réaliste, il est important de s'assurer que les tests visent les femmes qui en ont le plus besoin, par exemple les femmes plus âgées qui n'ont pas eu trois tests Pap négatifs ou les femmes plus jeunes qui sont devenues sexuellement actives avant l'âge de 21 ans. La recommandation de Choisir avec soin Canada permet aux fournisseurs de soins de santé de discuter avec les femmes pour déterminer le bien-fondé d'un dépistage du cancer du col de l'utérus et pour leur permettre de prendre une décision éclairée, particulièrement si cette recommandation

s'accompagne d'une discussion des désavantages et des avantages du dépistage, ainsi que des modalités de suivi.

Les comparaisons entre les provinces et les territoires des tests Pap effectués auprès de femmes dont l'âge ne se situe pas dans la fourchette recommandée pourraient permettre de cerner les différences aussi bien entre les pratiques de dépistage du cancer du col de l'utérus (tant programmatiques qu'opportunistes) qu'entre les pratiques des praticiens. Une rationalisation pancanadienne de ces pratiques pourrait permettre à certaines provinces et à certains territoires d'affecter des ressources à d'autres secteurs des soins de santé.



Quelles sont les conséquences sur les patients et le système de soins de santé^d?

Si ces conclusions sont extrapolées pour observer les conséquences annuelles du dépistage du col de l'utérus au Canada, le dépistage auprès des femmes dont l'âge ne se situe pas dans la fourchette recommandée (21 à 69 ans) représente environ annuellement 290 000 tests Pap, sur un total de 5,1 millions (valeurs basées sur les données de 2012). Les femmes qui passent un test Pap s'exposent à des risques potentiels. Par exemple, le taux de faux positifs pour les tests Pap est d'environ 3,3 %²⁵. Cela équivaut à plus de 9 500 femmes dont l'âge ne se situe pas dans la fourchette recommandée qui subissent un test Pap et qui reçoivent un résultat faussement positif, et qui sont donc susceptibles de subir des tests de suivi (p. ex. examens répétés, colposcopie ou biopsie) et un traitement inutile. Ces interventions peuvent causer une anxiété, une douleur, des saignements ou des pertes, une infection, et peuvent également entraîner une interruption de grossesse ou un travail prématuré^{20,23}. De plus, le dépistage du cancer du col

de l'utérus par test Pap auprès des femmes dont l'âge ne se situe pas dans la fourchette recommandée exige beaucoup de ressources. Avec un coût de 59,49 \$ par test (chiffre basé sur les coûts de dépistage utilisés dans le modèle de gestion des risques de cancer du Partenariat), de tels tests Pap coûtent 17,5 millions de dollars par année.

Si le nombre de tests Pap effectués auprès des femmes de moins de 21 ans et de plus de 69 ans pouvait être réduit de 15 % par an (44 000 tests Pap en moins), 1 500 femmes pourraient éviter de recevoir des résultats faussement positifs et de subir ultérieurement des traitements inutiles. De plus, 2,6 millions de dollars pourraient être réaffectés à d'autres services de soins de santé. Une réduction de 50 % pourrait signifier 150 000 tests Pap en moins, 5 000 femmes évitant de recevoir des résultats faussement positifs et 8,8 millions de dollars libérés pour d'autres services de soins de santé.

290 000

tests Pap ont été effectués auprès de femmes dont l'âge ne se situait pas dans la fourchette recommandée

Une réduction de 15 %

pourrait signifier 44 000 plus de tests Pap en moins chaque année

Une réduction de 50 %

pourrait signifier 150 000 tests Pap en moins chaque année

^d La méthode de calcul utilisée est décrite en détail dans l'annexe technique, consultable à l'adresse rendementdusysteme.ca.

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Cet indicateur est basé sur cinq années combinées de données de l'ESCC (2008 à 2012) afin de réduire la variabilité de l'estimation. Les questions sur le dépistage étaient obligatoires en 2008 et en 2012, années où toutes les provinces et tous les territoires ont fourni des données. En 2009, 2010 et 2011, les questions sur le dépistage étaient facultatives, ce qui signifie que les provinces et les territoires n'ont pas tous recueilli des données sur les tests Pap.
- Entre 2008 et 2012, certaines directives des programmes provinciaux de dépistage (y compris celles de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador) acceptaient les femmes de moins de 21 ans pour les tests Pap²⁶. On s'attend à ce que le taux d'utilisation des tests Pap dans ce groupe d'âge soit encore plus faible dans ces provinces depuis quelques années, compte tenu de l'harmonisation des directives de ces provinces avec les nouvelles directives du GECSSP qui sont entrées en vigueur en 2013.
- Les tableaux des données relatives à cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul détaillée présentée dans l'annexe technique complète, peuvent être consultés à l'adresse rendementdusysteme.ca.

Traitement locorégional pour les patients atteints d'un cancer de stade IV

Recommandation de Choisir avec soin Canada

Ne pas effectuer systématiquement un traitement locorégional étendu dans la plupart des cas de cancer avec une maladie métastatique et des symptômes minimaux attribuables à la tumeur primaire.

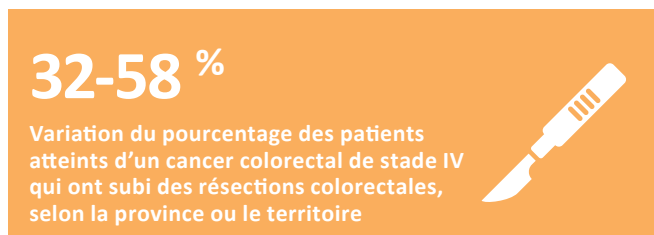
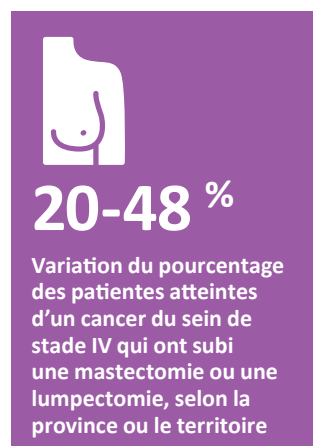
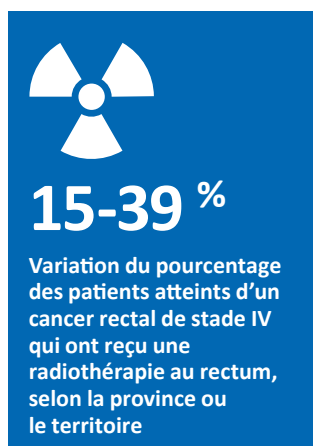
Message clé

L'utilisation de traitements locorégionaux varie fortement entre les provinces pour les personnes atteintes d'un cancer colorectal ou rectal ou d'un cancer du sein de stade IV. Une telle variation pourrait laisser penser que la chirurgie ou la radiothérapie sont surutilisées pour une partie des patients qui pourraient bénéficier davantage d'un accès en temps opportun à un traitement général, qui constitue souvent le traitement prioritaire.

Définition de l'indicateur

- Pourcentage de patients atteints d'un cancer colorectal de stade IV subissant une résection colorectale
- Pourcentage de patients atteints d'un cancer rectal de stade IV recevant une radiothérapie au rectum
- Pourcentage de patientes atteintes d'un cancer du sein de stade IV subissant une mastectomie ou une lumpectomie

Les données concernent les patients adultes (d'un âge égal ou supérieur à 18 ans) qui ont reçu un diagnostic d'une maladie de stade IV en 2013. Données rapportées par province et par groupe d'âge.



Pourquoi une telle mesure?

Habituellement, un traitement général constitue le traitement prioritaire pour les patients atteints d'une maladie métastatique découlant d'une tumeur maligne d'un organe solide et d'une tumeur primaire relativement asymptomatique²⁷⁻²⁹. Dans nombre de ces cas, les traitements locorégionaux comme la chirurgie ou la radiothérapie ne fournissent pas d'améliorations matérielles des résultats (p. ex. survie) et sont associés à une morbidité importante pour les patients atteints d'une maladie métastatique³⁰⁻³³.

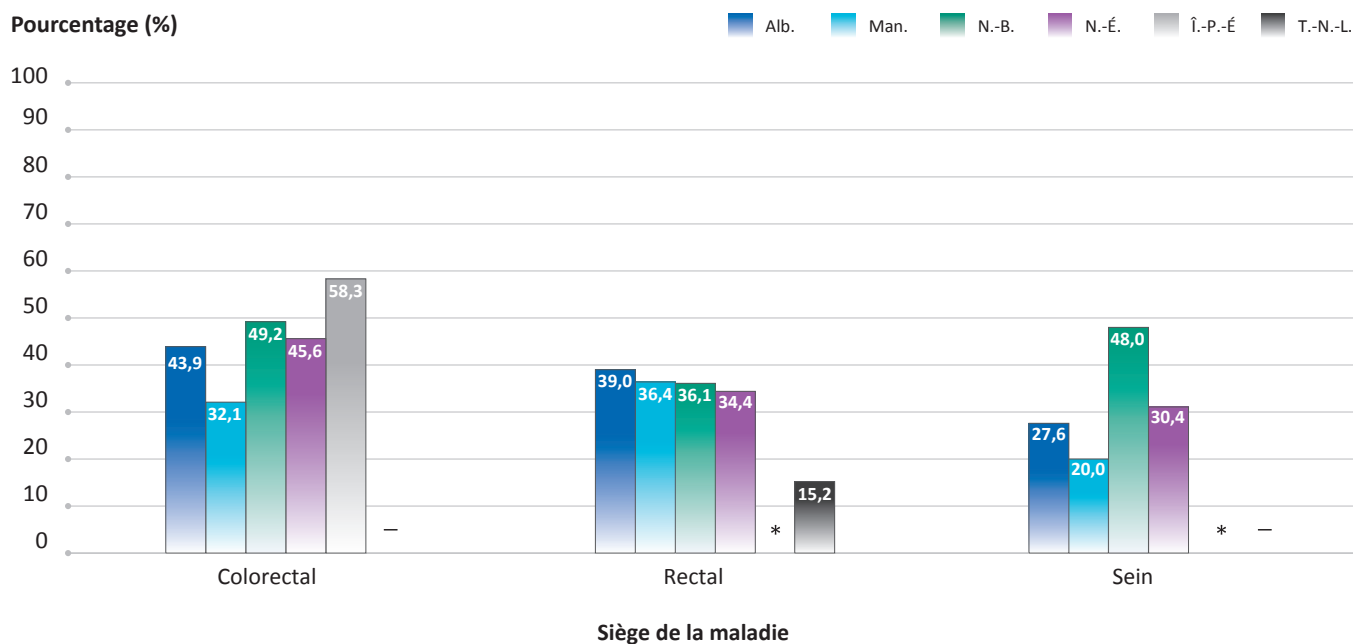
Cependant, il est important de noter que le traitement locorégional est souvent approprié et même bénéfique pour les patients atteints de maladie métastatique qui présentent des symptômes importants. La mesure des variations à travers les pays de l'utilisation des traitements locorégionaux pour les personnes atteintes d'un cancer de stade IV aide à cerner les occasions d'analyse comparative, ce qui pourrait permettre une meilleure harmonisation des pratiques avec les directives fondées sur des données probantes. Une meilleure harmonisation pourrait augmenter l'utilisation de traitements qui maximisent les avantages cliniques et améliorent la qualité de vie.

Quelles sont les principales conclusions?

- En 2013, entre 32,1 % (Manitoba) et 58,3 % (Île-du-Prince-Édouard) des patients atteints d'un cancer colorectal de stade IV ont subi des résections colorectales (cinq provinces ont soumis des données) [Figure 3].
- Entre 15,2 % (Terre-Neuve-et-Labrador) et 39 % (Alberta) des patients atteints d'un cancer rectal de stade IV ont reçu une radiothérapie au site primaire (six provinces ont soumis des données) [Figure 3].
- Entre 20 % (Manitoba) et 48 % (Nouveau-Brunswick) des patientes atteintes d'un cancer du sein de stade IV ont subi une mastectomie ou une lumpectomie (cinq provinces ont soumis des données) [Figure 3].
- Généralement, les personnes plus jeunes (âgées de 18 à 59 ans) atteintes d'un cancer colorectal ou rectal ou d'un cancer du sein de stade IV étaient plus susceptibles de recevoir un traitement ciblant le site de leur cancer primaire que celles d'un âge égal ou supérieur à 70 ans (Figure 4).

FIGURE 3

Pourcentage de patients atteints d'un cancer de stade IV recevant un traitement au site primaire de la tumeur, par province et par type de cancer — année de diagnostic 2013



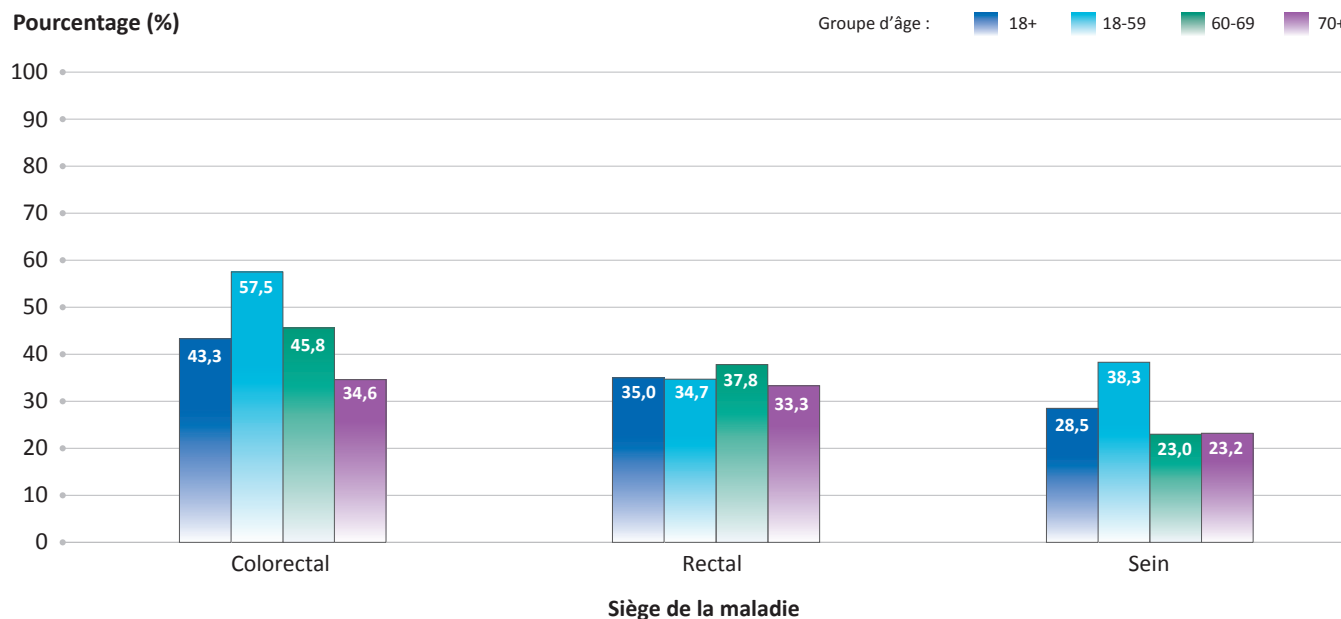
— Données non disponibles.

* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

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

FIGURE 4

Pourcentage de patients atteints d'un cancer de stade IV recevant un traitement au site primaire de la tumeur, par type de cancer et par groupe d'âge, toutes provinces combinées[†] — année de diagnostic 2013



[†] Les provinces combinées sont les suivantes : Alb., Man., N.-B., N.-É., Î.-P.-É. et T.-N.-L. pour les données sur le cancer rectal. Les données de T.-N.-L. ne figurent pas dans les données sur le cancer colorectal et le cancer du sein.

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

Pourquoi ces conclusions sont-elles importantes?

Il existe des variations importantes entre les provinces dans les taux de traitements locorégionaux (c.-à-d. chirurgie ou radiothérapie) pour les personnes atteintes d'un cancer colorectal ou rectal ou d'un cancer du sein de stade IV. Une telle variation pourrait laisser penser que la chirurgie ou la radiothérapie sont surutilisées pour une partie de ces patients qui pourraient bénéficier davantage d'un accès en temps opportun à un traitement général, qui constitue le traitement prioritaire. De plus, les personnes âgées de 18 à 69 ans semblent généralement plus susceptibles de recevoir un traitement locorégional que celles d'un âge égal ou supérieur à 70 ans. La variation liée à l'âge pourrait indiquer que les médecins sont plus enclins à offrir la chirurgie et la radiothérapie aux patients plus jeunes atteints d'une maladie métastatique.

Il est important de noter que la recommandation de Choisir avec soin Canada laisse penser que les traitements locorégionaux ne devraient pas être utilisés *systématiquement* dans la plupart des cas de cancer métastatique. Les traitements locorégionaux pour un cancer de stade IV sont nécessaires et même bénéfiques pour certains patients³¹. Dans le cas du cancer colorectal de stade IV, les patients qui présentent une tumeur primaire résecable et des métastases synchrones résecables peuvent être traités par intervention chirurgicale; la résection palliative d'une tumeur primaire peut également être envisagée en cas de risque imminent d'obstruction ou de saignement important^{27,28}.

Dans le cas du cancer du sein de stade IV, une intervention chirurgicale pourrait servir à soulager les symptômes ou à traiter des complications, comme des tumeurs du sein ulcérées ou une douleur²⁹. On pourrait s'attendre à ce que de tels scénarios cliniques soient répartis de façon relativement égale à travers le pays, mais la variation interprovinciale mise en évidence pour ces trois indicateurs donne à penser que les proportions de patients atteints d'un cancer de stade IV et qui subissent un traitement locorégional intensif diffèrent.

Les observations concernant les profils de traitements locorégionaux montrent que le taux d'utilisation de ce type de traitement est légèrement plus faible que celui observé aux États-Unis et en Europe. Des études de cohortes représentatives de la population ont démontré que 58 % des patients américains et 50 % des patients de Rotterdam (Pays-Bas) qui avaient reçu un diagnostic de cancer colorectal de stade IV ont subi une résection de la tumeur primaire; 39 % des patients américains qui avaient reçu un diagnostic de cancer rectal de stade IV ont subi une radiothérapie avec ou sans chirurgie; et 40 % des femmes américaines qui avaient reçu un diagnostic de cancer du sein de stade IV ont subi une chirurgie du site primaire³⁴⁻³⁷. D'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre l'utilisation des traitements locorégionaux pour les patients atteints d'une maladie métastatique.



Analyse détaillée : Répercussions prévues de la chirurgie du cancer colorectal de stade IV pour les patients et le système de soins de santé^e

Pour la plupart des patients atteints d'un cancer colorectal de stade IV, la chirurgie permettant de retirer la tumeur primaire n'améliore pas les résultats et peut être associée à une forte morbidité³⁰⁻³³. Mais surtout, la chirurgie de la tumeur primaire est justifiée pour un sous-groupe de patients atteints d'un cancer colorectal de stade IV lorsqu'un traitement curatif est possible : c'est le cas par exemple des patients qui présentent des métastases résécables hépatiques ou pulmonaires, ou lorsque la réponse à la chimiothérapie a permis d'obtenir des métastases résécables. De plus, la chirurgie permet d'atténuer les symptômes existants ou probables, comme des saignements ou une obstruction. Cependant, pour la plupart des patients atteints d'un cancer colorectal métastatique, le traitement prioritaire est un traitement général ayant pour but de prolonger la survie, de soulager les symptômes et d'améliorer ou de conserver la qualité de vie.

Le modèle de gestion des risques du cancer (MGRC) du Partenariat est une plateforme de modélisation en ligne d'aide à la décision qui prédit les répercussions de diverses interventions de lutte contre le cancer sur la santé de la population et l'économie du Canada. Le MGRC a servi à élaborer des scénarios de modélisation de microsimulations qui montrent les répercussions de certaines interventions de lutte contre le cancer sur le cancer colorectal.

Le MGRC a estimé qu'en 2013, plus de 4 000 patients étaient atteints d'un cancer colorectal et que 1 000 d'entre eux avaient subi des résections colorectales. Le coût total des résections

colorectales était supérieur à 38,8 millions de dollars. Si le nombre de chirurgies effectuées pour des cancers colorectaux de stade IV non résécables pouvait être réduit de 15 % par rapport au nombre effectué en 2013 et si ces patients étaient plutôt traités par chimiothérapie (le traitement prioritaire), il y aurait environ 200 interventions chirurgicales en moins. Cette réduction permettrait de diminuer le nombre de personnes souffrant d'effets secondaires liés à la chirurgie et de réaffecter plus de 4,1 millions de dollars à d'autres services de soins de santé. Une réduction de 50 % permettrait de pratiquer 650 interventions chirurgicales en moins et de libérer 13,7 millions de dollars pour d'autres services.

Le MGRC prévoit que le nombre de patients atteints d'un cancer colorectal de stade IV augmentera, passant de 4 371 en 2013 à 5 696 en 2030, soit une augmentation de 30 %. Si le nombre de résections colorectales pouvait être réduit de 15 % par rapport au nombre effectué en 2013, environ 5 000 interventions chirurgicales (nombre cumulatif) pourraient être évitées d'ici à 2030. De plus, plus de 122,2 millions de dollars pourraient être réaffectés à d'autres services de soins de santé. Ce changement pourrait également libérer plus de 43 000 jours-lits en milieu hospitalier et plus de 11 000 heures de chirurgie pour d'autres patients. Une réduction de 50 % pourrait signifier 17 000 interventions chirurgicales en moins, 407,4 millions de dollars disponibles pour d'autres services, 144 000 jours-lits libérés et une économie de 38 000 heures de chirurgie d'ici à 2030.

1 000

patients atteints d'un cancer colorectal de stade IV ont subi des résections colorectales en 2013

Une réduction de 15 %

pourrait signifier 200 interventions chirurgicales en moins chaque année

Une réduction de 50 %

pourrait signifier 650 interventions chirurgicales en moins chaque année

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- L'un des critères de la recommandation de Choisir avec soin Canada — symptômes minimes attribuables à la tumeur primaire — n'a pas été enregistré en raison des limites des données. Les patients présentant des symptômes liés à la tumeur primaire étaient par conséquent inclus dans l'analyse; une intervention chirurgicale ou une radiothérapie pourrait être nécessaire chez ces patients.
- Cet indicateur examine la chirurgie au site primaire pour le cancer colorectal et le cancer du sein dans l'année qui suit le diagnostic, et la radiothérapie au site primaire pour le cancer rectal dans l'année qui suit le diagnostic.
- Les tableaux des données relatives à cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul détaillée présentée dans l'annexe technique complète, peuvent être consultés à l'adresse rendementdusysteme.ca.

^e La méthode de calcul utilisée est décrite en détail dans l'annexe technique, consultable à l'adresse rendementdusysteme.ca.

Profils de soins pour les patients présentant un cancer de la prostate à faible risque

Recommandation de Choisir avec soin Canada

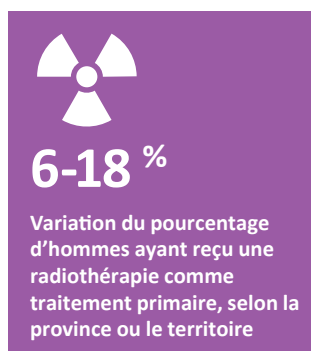
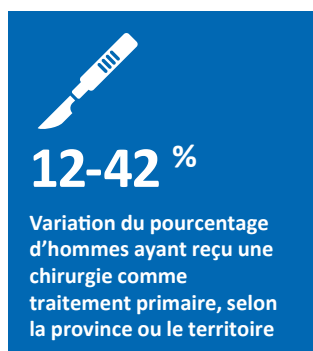
Ne pas entreprendre de prise en charge thérapeutique pour les patients atteints d'un cancer de la prostate à faible risque sans d'abord discuter de surveillance active.

Message clé

L'ère de la surveillance active est arrivée³⁸. De 2011 à 2013, il y a eu une augmentation de neuf points de pourcentage de la proportion d'hommes présentant un cancer de la prostate à faible risque qui pourraient être pris en charge au moyen d'une surveillance active — souvent l'option de prise en charge préférée.

Définition de l'indicateur

Pourcentage d'hommes présentant un cancer de la prostate non métastatique à faible risque (c.-à-d. APS \leq 10 ng/ml; score de Gleason \leq 6; T1-T2a) d'un âge égal ou supérieur à 35 ans qui ont reçu différents types de traitement primaire. Les données concernent les hommes qui ont reçu un diagnostic en 2011, 2012 ou 2013. Les résultats sont rapportés par province.



Pourquoi une telle mesure?

Les hommes atteints d'un cancer de la prostate localisé à faible risque (c.-à-d. un cancer peu susceptible de croître ou de se propager pendant plusieurs années³⁹) disposent de plusieurs options de prise en charge. Ces dernières comprennent la chirurgie (prostatectomie radicale), la radiothérapie et la surveillance active^{40,41}. De nombreux cas de cancer de la prostate progressent lentement et n'entraînent pas d'effets préjudiciables (c.-à-d. morbidité ou décès) pendant toute la vie, même en l'absence de traitement. Plusieurs cas de ce genre sont maintenant diagnostiqués grâce au dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS), ce qui suscite des préoccupations concernant le surdiagnostic et le surtraitement résultants du cancer de la prostate.

La surveillance active (c.-à-d. la surveillance étroite du patient et l'administration d'un traitement définitif uniquement si la maladie progresse) est recommandée pour de nombreux hommes atteints d'un cancer de la prostate à faible risque, afin de réduire les risques associés au surtraitement^{f,40}.

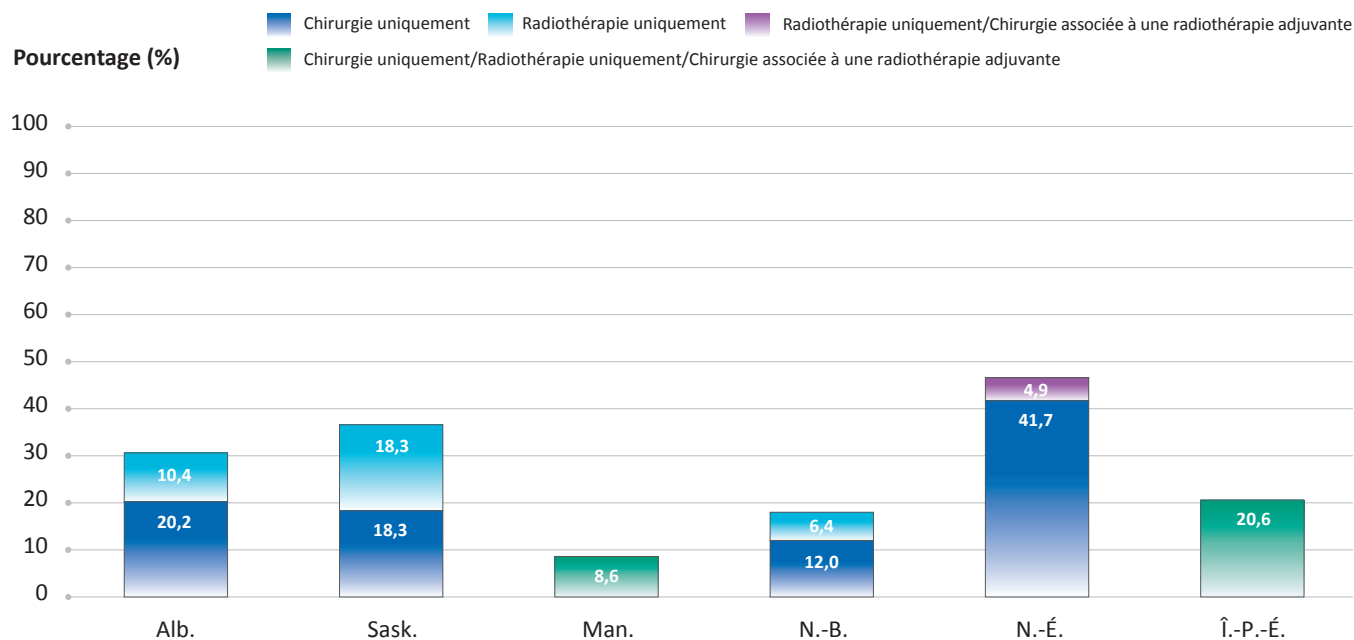
^f L'observation est une autre option pour les hommes atteints d'un cancer de la prostate à faible risque dont l'espérance de vie actuelle est inférieure à 10 ans (c.-à-d. les hommes qui reçoivent le diagnostic alors qu'ils ont près de 80 ou 90 ans). Cette approche consiste à surveiller l'évolution de la maladie et à offrir des soins palliatifs lorsque la maladie progresse ou que des symptômes font leur apparition. Il s'agit de l'option privilégiée pour les hommes qui présentent des comorbidités susceptibles d'entraîner un décès ou une forte morbidité avant que le cancer de la prostate ne le fasse.

Quelles sont les principales conclusions?

- En 2013, la chirurgie était le type de traitement primaire le plus utilisé pour les hommes présentant un cancer de la prostate à faible risque, allant de 12 % au Nouveau-Brunswick à 41,7 % en Nouvelle-Écosse (six provinces ont soumis des données) [Figure 5].
- La radiothérapie était le deuxième type de traitement primaire le plus utilisé, le taux d'utilisation allant de 6,4 % au Nouveau-Brunswick à 18,3 % en Saskatchewan (Figure 5).
- Presque aucun homme atteint d'un cancer de la prostate à faible risque n'a subi d'intervention chirurgicale accompagnée d'une radiothérapie adjuvante (Figure 5).
- Les données disponibles ne comportaient aucun dossier de chirurgie ou de radiothérapie pour 53,4 % (Nouvelle-Écosse) à 91,4 % (Manitoba) des hommes, ce qui laisse entendre un recours à la surveillance active dans de tels cas (données non montrées).
- Le pourcentage moyen d'hommes sans dossier thérapeutique s'est accru, passant de 60,7 % en 2011 à 69,9 % en 2013 (Figure 6).

FIGURE 5

Pourcentage d'hommes atteints d'un cancer de la prostate à faible risque ayant reçu divers types de traitement, par province — année de diagnostic 2013



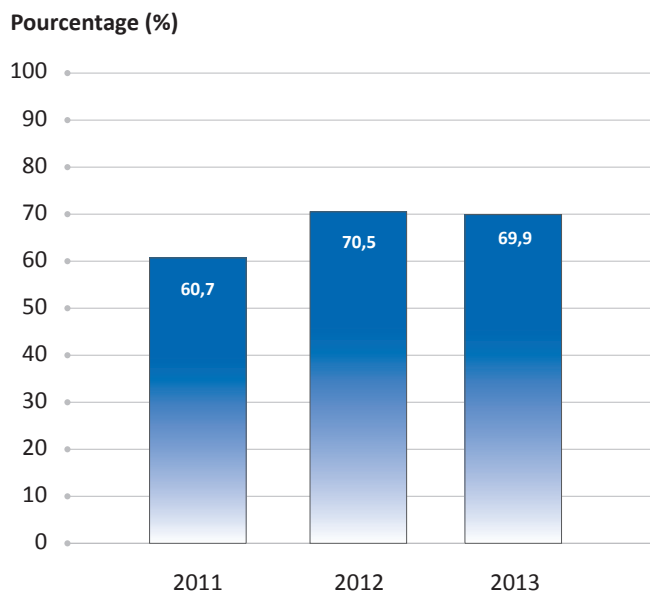
Man. et Î.-P.-É. : les catégories « Chirurgie uniquement », « Radiothérapie uniquement » et « Chirurgie associée à une radiothérapie adjuvante » ont été combinées en raison du faible nombre de cas.

N.-É. : les catégories « Radiothérapie uniquement » et « Chirurgie associée à une radiothérapie adjuvante » ont été combinées en raison du faible nombre de cas.

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

FIGURE 6

Pourcentage d'hommes atteints d'un cancer de la prostate à faible risque n'ayant aucun dossier thérapeutique, par année, toutes provinces combinées[†] — années de diagnostic 2011, 2012 et 2013



[†] Les provinces combinées sont les suivantes : Alb., Sask., Man., N.-B., N.-É., Î.-P.-É. et T.-N.-L.
N.-B. : données sur la radiothérapie disponibles depuis le 1^{er} janvier 2012.

T.-N.-L. : données non disponibles en 2013. Les données étaient disponibles pour 2011 et 2012.

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

Pourquoi ces conclusions sont-elles importantes?

Les conclusions laissent entendre que l'utilisation de la surveillance active a augmenté depuis 2011. Cette observation est importante, étant donné qu'une récente étude de cohorte représentative de la population a démontré que les deux tiers des hommes recevant un diagnostic de cancer de la prostate sont admissibles à surveillance active⁴². Depuis 2011, il y a eu une augmentation de neuf points de pourcentage de la proportion de cas de cancer de la prostate à faible risque qui n'ont aucun dossier thérapeutique, ce qui suggère un recours accru à la surveillance active. Cette tendance a également été observée dans d'autres pays, ce qui laisse entendre que les patients et les urologues font plus souvent appel à la surveillance active^{43,44}.

Il est important de noter que certains patients atteints d'un cancer de la prostate à faible risque ont besoin d'une chirurgie ou d'une radiothérapie et que ces traitements représentent effectivement des options de prise en charge recommandées par les directives.

Compte tenu du nombre d'approches de prise en charge qui existent pour le cancer de la prostate, il est important de veiller à ce que les patients soient pris en charge conformément aux directives thérapeutiques fondées sur des données probantes et que cette prise en charge soit orientée par les profils de risque des patients, leurs préférences personnelles et les considérations relatives à la qualité de vie.



Quelles sont les conséquences sur les patients et le système de soins de santé⁸?

Près de 22 000 hommes ont reçu un diagnostic de cancer de la prostate en 2013. Étant donné que 20,3 % d'entre eux ont reçu un diagnostic de cancer de la prostate à faible risque, environ 4 500 hommes seraient selon cette estimation des candidats admissibles à des approches de traitement passif, comme la surveillance active. Selon la province, les conclusions laissent entendre qu'entre 9 et 47 % des hommes ayant un cancer de la prostate à faible risque ont été traités par chirurgie ou par radiothérapie. Une extrapolation de ces conclusions à l'ensemble du pays permet d'estimer que 1 500 hommes auraient reçu un traitement contre le cancer qui n'était pas toujours nécessaire et qui pourrait avoir causé des préjudices thérapeutiques évitables, comme des complications et des effets secondaires.

Si les traitements pouvaient être réduits de 15 % et si les

patients correspondants étaient mis en surveillance active, les complications liées aux traitements (p. ex. l'incontinence, la dysfonction sexuelle) pourraient être réduites, la qualité de vie pourrait être améliorée et environ 1,7 million de dollars de frais liés aux traitements pourraient être réaffectés à d'autres soins de santé chaque année. De plus, une telle réduction pourrait permettre d'éviter environ 200 interventions chirurgicales ou traitements de radiothérapie chaque année, ce qui pourrait libérer plus de 500 heures d'occupation de salles d'opération et environ 1 000 heures de fonctionnement d'accélérateurs linéaires chaque année. Une réduction de 50 % pourrait libérer 5,8 millions de dollars pour d'autres services de santé, permettre d'éviter environ 700 interventions chirurgicales ou traitements de radiothérapie, et libérer 1 500 heures d'occupation de salles d'opération et 3 000 heures de fonctionnement d'accélérateurs linéaires chaque année.

1 500

hommes ayant un cancer de la prostate à faible risque ont reçu un traitement en 2013; certains d'entre eux étaient probablement des candidats à la surveillance active

Une réduction de 15 %

pourrait signifier 200 interventions chirurgicales ou traitements de radiothérapie en moins chaque année

Une réduction de 50 %

pourrait signifier 700 interventions chirurgicales ou traitements de radiothérapie en moins chaque année

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- La recommandation de Choisir avec soin Canada suggère de ne pas entreprendre de prise en charge thérapeutique pour les hommes atteints d'un cancer de la prostate à faible risque sans d'abord discuter de l'option de surveillance active. Les discussions sur la surveillance active entre les médecins et leurs patients n'ont pas pu être directement mesurées en raison des limites des données. À la place, la mention « aucun dossier thérapeutique » a été utilisée comme indicateur substitutif pour la surveillance active. Il est important de noter que la mention « aucun dossier thérapeutique » peut également inclure des patients qui sont pris en charge par observation (« attente vigilante ») et des patients qui ont choisi de ne pas recevoir de traitement.
- La définition du consensus canadien des radio-oncologues génito-urinaires du Canada a été utilisée pour classer les patients dans la catégorie de risque faible (c.-à-d. APS ≤ 10 ng/ml, score de Gleason ≤ 6 et T1-T2a). Trois éléments de données de stadification concertée ont servi à attribuer la catégorie de risque : le facteur 1 propre au siège (valeur de l'APS), le facteur 8 propre au siège (score de Gleason) et la variable extension (stade clinique T). Les cas n'ont pas tous été saisis, car pour certains les données de l'un ou de plusieurs de ces trois facteurs pronostiques étaient incomplètes.
- L'indicateur examine les profils 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 primaire et de cerner les patients qui reçoivent une radiothérapie adjuvante pour la première fois par rapport à ceux qui subissent un traitement de sauvetage (c.-à-d. un traitement administré lorsque le cancer n'a pas répondu à d'autres traitements).
- Les tableaux des données relatives à cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul détaillée présentée dans l'annexe technique complète, peuvent être consultés à l'adresse rendementdusysteme.ca.

⁸ La méthode de calcul utilisée est décrite en détail dans l'annexe technique, consultable à l'adresse rendementdusysteme.ca.

Fractions de radiothérapie dans le cadre d'un traitement conservateur du sein pour les patientes atteintes d'un cancer du sein de stade I ou II

Recommandation de Choisir avec soin Canada

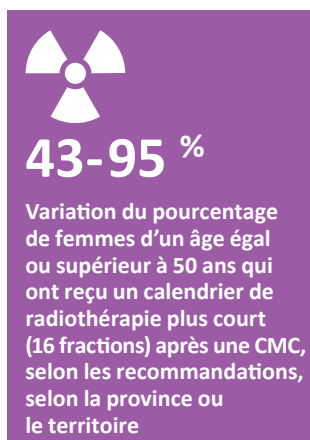
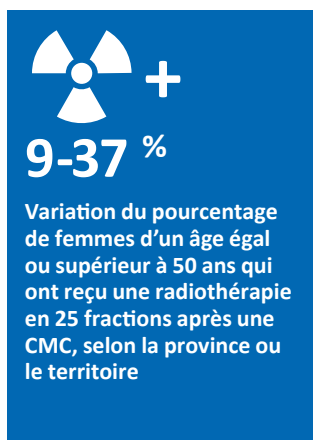
Ne pas entreprendre de radiothérapie du sein entier en 25 fractions dans le cadre d'un traitement conservateur du cancer du sein pour les femmes d'un âge égal ou supérieur à 50 ans atteintes d'un cancer du sein invasif à un stade précoce sans envisager des calendriers thérapeutiques plus courts.

Message clé

Dans toutes les provinces ayant fourni des données utilisées dans ce rapport, les femmes d'un âge égal ou supérieur à 50 ans atteintes d'un cancer du sein de stade I ou II étaient plus susceptibles de recevoir des schémas de fractionnement plus courts (16 fractions) dans le cadre d'un traitement conservateur du cancer du sein^h, ce qui indique une harmonisation des pratiques avec les recommandations fondées sur des données probantes.

Définition de l'indicateur

Pourcentage de patientes d'un âge égal ou supérieur à 50 ans qui ont eu un diagnostic de cancer du sein de stade I ou II en 2013 et qui ont reçu une radiothérapie en 16 fractions au lieu de 25 fractions après une chirurgie mammaire conservatrice (CMC). Les données sont rapportées par province et par groupe d'âge.



Pourquoi une telle mesure?

Pour les femmes atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce traité par CMC, la radiothérapie adjuvante du sein entier diminue le risque de récurrence et de décès lié au cancer^{45,46}. En Amérique du Nord, le fractionnement classique (c.-à-d. 45 à 50 Gy en 25 à

28 fractionsⁱ sur cinq semaines, avec ou sans complément d'irradiation subséquent au site primaire), était la norme pour la radiothérapie du sein entier après une CMC⁴⁷. Cependant, les données probantes semblent indiquer que des calendriers de radiothérapie plus courts (p. ex. 42,5 Gy en 16 fractions sur trois semaines, avec ou sans complément d'irradiation) permettent une maîtrise de la tumeur, un résultat cosmétique et un taux de survie équivalents, réduisent la toxicité aiguë et tardive et sont plus commodes pour les patientes, car ils réduisent le nombre de visites à un centre de traitement^{46,48}.

Par conséquent, plusieurs organisations ont recommandé que des calendriers de fractionnement plus courts soient la norme de soins pour la radiothérapie du sein entier^{46,47,49}. Une meilleure compréhension des variations d'utilisation des schémas de fractionnement classiques par rapport à des schémas plus courts peut orienter les efforts d'amélioration de la qualité, ce qui pourrait conduire à une meilleure harmonisation des pratiques avec les directives fondées sur des données probantes et à une amélioration de la qualité de vie des patientes (p. ex. en réduisant les effets secondaires liés au traitement et le fardeau de multiples visites aux centres de radiothérapie).

^h Le traitement conservateur du cancer du sein inclut la CMC (c.-à-d. la mastectomie partielle) suivie d'une radiothérapie.

ⁱ Le Gray (Gy) est l'unité de mesure de la dose absorbée lors d'une irradiation. Une dose complète de radiothérapie est habituellement divisée en plusieurs petites doses appelées fractions. Une fraction correspond à une séance de radiothérapie administrée à un patient. La dose totale de radiothérapie est habituellement administrée aux patients à raison d'une fraction par jour, 5 jours par semaine, pendant 5 à 8 semaines.

Quelles sont les principales conclusions?

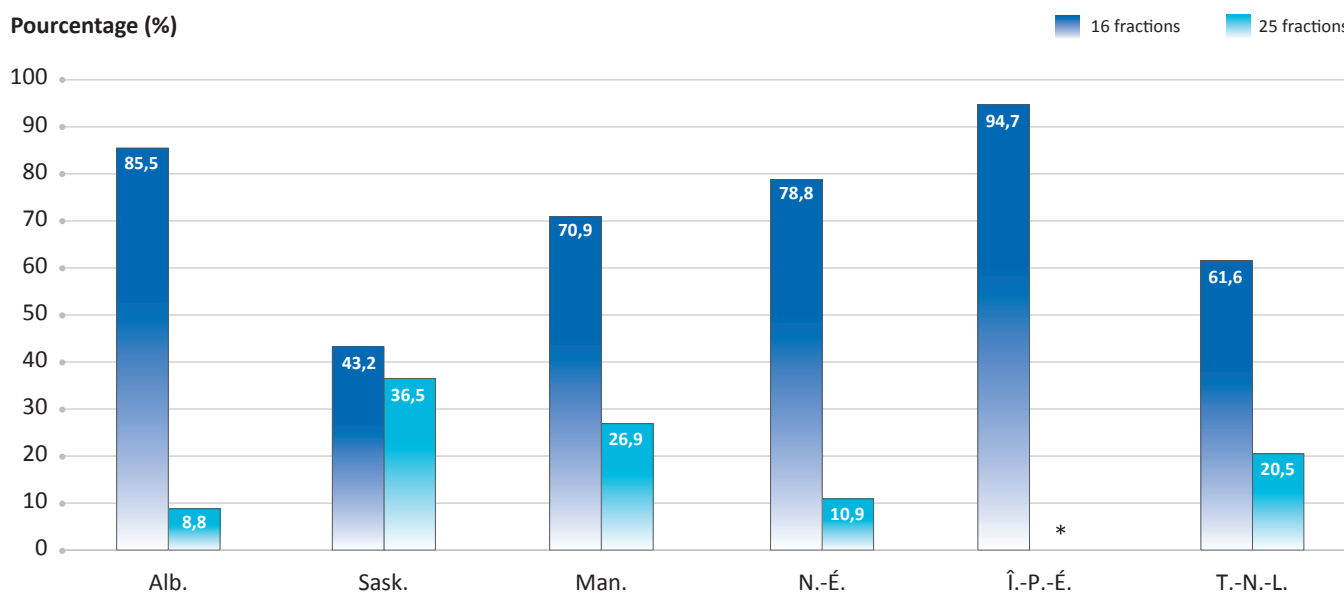
- En 2013, entre 8,8 % (Alberta) et 36,5 % (Saskatchewan) des femmes d'un âge égal ou supérieur à 50 ans ont reçu une radiothérapie selon un schéma de fractionnement plus long de 25 fractions après une CMC (six provinces ont soumis des données) [Figure 7].
- Entre 43,2 % (Saskatchewan) et 94,7 % (Île-du-Prince-Édouard) des femmes d'un âge égal ou supérieur à 50 ans ont reçu une

radiothérapie en 16 fractions après une CMC (Figure 7).

- On n'a constaté aucune variation notable due à l'âge dans l'utilisation du schéma en 16 fractions comparativement à celui en 25 fractions pour les femmes âgées de 50 à 69 ans par rapport à celles d'un âge égal ou supérieur à 70 ans (données non montrées).

FIGURE 7

Pourcentage de patientes d'un âge égal ou supérieur à 50 ans atteintes d'un cancer du sein de stade I ou II[†] ayant reçu 16 ou 25 fractions de radiothérapie après une chirurgie mammaire conservatrice[‡], par province — année de diagnostic 2013



[†] Les données ne concernent que les patientes de sexe féminin.

[‡] Les données relatives aux fractions de radiothérapie excluent les compléments d'irradiation.

* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

Man. : les données reflètent le nombre de fractions planifiées plutôt que le nombre de fractions réellement administrées.

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

Pourquoi ces conclusions sont-elles importantes?

Pour les femmes d'un âge égal ou supérieur à 50 ans atteintes d'un cancer du sein de stade I ou II qui ont reçu une radiothérapie du sein entier, les conclusions indiquent qu'il existe une variation considérable entre les provinces en ce qui concerne l'utilisation d'un schéma de fractionnement de 16 ou de 25 fractions dans le cadre d'un traitement conservateur du cancer du sein. Cependant, une grande majorité des patientes atteintes d'un cancer du sein de stade I ou II ont reçu une radiothérapie en 16 fractions (le schéma de fractionnement préféré de nombreuses patientes) dans cinq des six provinces ayant fourni des données utilisées dans ce rapport. Cette observation indique que le traitement s'harmonise avec les directives fondées sur des données

probantes qui recommandent des schémas de fractionnement plus courts (p. ex. 16 fractions) parce qu'ils permettent une maîtrise de la tumeur, un résultat cosmétique et un taux de survie équivalents, qu'ils réduisent la toxicité aiguë et tardive et qu'ils sont plus commodes pour les patientes et les aidants²⁹.

Il est important de noter que le fractionnement classique (p. ex. 25 fractions) est approprié pour certaines patientes. Par exemple, les patientes ayant des seins volumineux ou qui ont subi une reconstruction ou une augmentation mammaire obtiennent de meilleurs résultats cosmétiques avec un fractionnement classique³⁰. Cependant, on peut s'attendre à une distribution relativement égale de ces scénarios cliniques à travers le pays.



Quelles sont les conséquences sur les patients et le système de soins de santé¹?

Pour les femmes d'un âge égal ou supérieur à 50 ans atteintes d'un cancer du sein de stade I ou II qui ont reçu une radiothérapie du sein entier, les données indiquent que 9 à 37 % d'entre elles (selon la province) ont reçu une radiothérapie en 25 fractions dans le cadre d'un traitement conservateur du cancer du sein. Si on extrapole ces conclusions au pays entier, plus de 2 500 femmes auraient reçu un schéma de fractionnement plus long pour la prise en charge de leur cancer du sein. Comparés à des traitements plus longs, les cycles de radiothérapie plus courts (p. ex. 16 fractions) ont montré qu'ils offraient des résultats équivalents et une toxicité réduite, et qu'ils pouvaient être plus commodes pour les patientes et les aidants.

Si 15 % des femmes qui ont reçu 25 fractions en avaient reçu 16 pour la prise en charge de leur cancer du sein, 400 femmes de plus chaque année auraient reçu un traitement de

radiothérapie plus court. Cela pourrait ainsi entraîner globalement moins d'effets indésirables. Par exemple, environ 40 femmes de moins chaque année subiraient les effets toxiques des radiations sur la peau et les tissus sous-cutanés cinq ans après le traitement. Ce changement pourrait aussi libérer environ 1 500 heures de fonctionnement d'accélérateurs linéaires et dégager 630 000 \$ chaque année, qui pourraient être réaffectés pour fournir des soins à plus de patients. Une réduction de 50 % pourrait signifier qu'environ 1 500 femmes de plus recevraient des traitements de radiothérapie plus courts, 125 patients en moins subiraient des effets toxiques, 4 500 heures de fonctionnement d'accélérateurs linéaires seraient économisées et 2,1 millions de dollars seraient disponibles pour d'autres services de santé chaque année.

2 500

femmes auraient reçu un schéma de fractionnement plus long pour la prise en charge de leur cancer du sein; les données probantes indiquent que les cycles de radiothérapie plus courts offrent des résultats équivalents

Une réduction de 15 %

pourrait signifier 400 femmes en moins recevant un traitement de radiothérapie plus long chaque année

Une réduction de 50 %

pourrait signifier 1 500 femmes en moins recevant un traitement de radiothérapie plus long chaque année

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- L'indicateur exclut le complément d'irradiation.
- Les tableaux des données relatives à cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la

méthode de calcul détaillée présentée dans l'annexe technique complète, peuvent être consultés à l'adresse rendementdusysteme.ca.

¹ La méthode de calcul utilisée est décrite en détail dans l'annexe technique, consultable à l'adresse rendementdusysteme.ca.

Fractionnement de la radiothérapie palliative pour les métastases osseuses de patients atteints de cancer

Recommandation de Choisir avec soin Canada

Ne pas recommander de radiothérapie palliative en dose fractionnée pour les métastases osseuses douloureuses sans complication.

Message clé


Malgré les données à l'appui de la radiothérapie palliative en dose unique, environ la moitié des patients reçoivent des traitements en doses fractionnées pour leurs métastases osseuses.

Définition de l'indicateur

Pourcentage de tous les patients atteints de cancer recevant une radiothérapie palliative des os en dose fractionnée. Les données concernent les patients adultes (âge égal ou supérieur à 18 ans) traités en 2013. Les données sont rapportées par province et par nombre de fractions.



1
Dose unique : traitement le plus courant de radiothérapie des os



40-69 %
Variation du pourcentage de patients atteints de cancer qui ont reçu une radiothérapie des os en dose fractionnée, selon la province ou le territoire

Pourquoi une telle mesure?

La radiothérapie par faisceau externe est souvent un traitement efficace pour les patients atteints de cancer qui ont des métastases osseuses douloureuses⁵¹. Elle réduit la taille de la tumeur afin qu'elle n'envahisse pas le tissu normal et ne l'empêche pas de fonctionner. Jusqu'à 30 % des patients obtiennent une suppression totale de la douleur et 50 à 80 % connaissent une diminution importante de la douleur au site

traité⁵². Les données probantes indiquent que comparativement aux traitements en plusieurs fractions, la radiothérapie en dose unique (c.-à-d. une seule dose de radiothérapie, sans fractionnement) d'une métastase osseuse périphérique sans complication et préalablement non irradiée offre un soulagement équivalent de la douleur et une morbidité comparable, mais une fréquence plus élevée de reprise ultérieure du traitement^{51,53}.

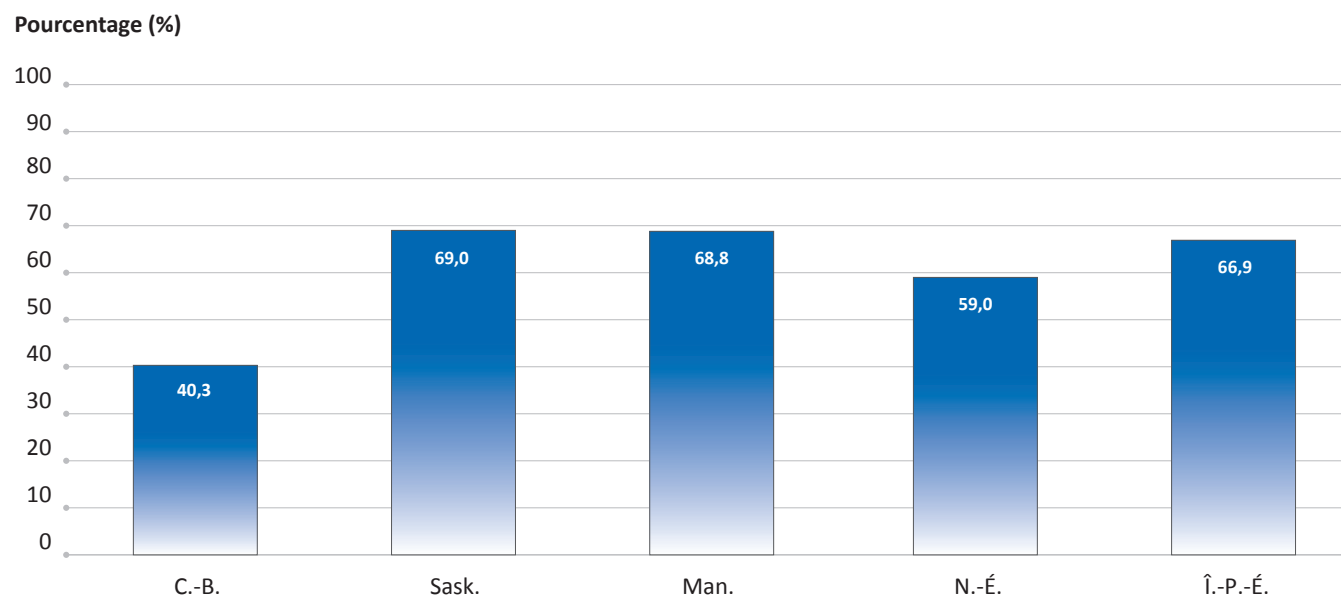
Cependant, les traitements en dose unique diminuent le fardeau pour le patient et l'aidant (p. ex. en réduisant le nombre de visites aux cliniques nécessaires pour le traitement) et un tel avantage peut souvent l'emporter sur les considérations d'efficacité à long terme pour les patients dont l'espérance de vie est limitée^{51,54,55}. Malgré les données en faveur de la radiothérapie palliative en dose unique, les résultats d'un sondage semblent indiquer que peu de radio-oncologues ont couramment recours à la radiothérapie en dose unique⁵⁵. La détermination des variations de l'utilisation de traitements en dose unique par rapport aux traitements en dose fractionnée peut aider à orienter les stratégies futures afin d'encourager l'utilisation fondée sur des données probantes de la radiothérapie pour les métastases osseuses, ce qui peut améliorer la qualité de vie et la commodité du traitement.

Quelles sont les principales conclusions?

- En 2013, entre 40,3 % (Colombie-Britannique) et 69,0 % (Saskatchewan) des patients atteints de cancer ont reçu une radiothérapie des os en dose fractionnée (cinq provinces ont soumis des données) [Figure 8].
- La radiothérapie palliative des os la plus couramment administrée était en dose unique (50,2 % des cas), suivie d'une dose en 2 à 5 fractions (41,7 % des cas) [Figure 9].

FIGURE 8

Pourcentage de patients atteints de cancer recevant une radiothérapie palliative des os en dose fractionnée, par province — année de traitement 2013

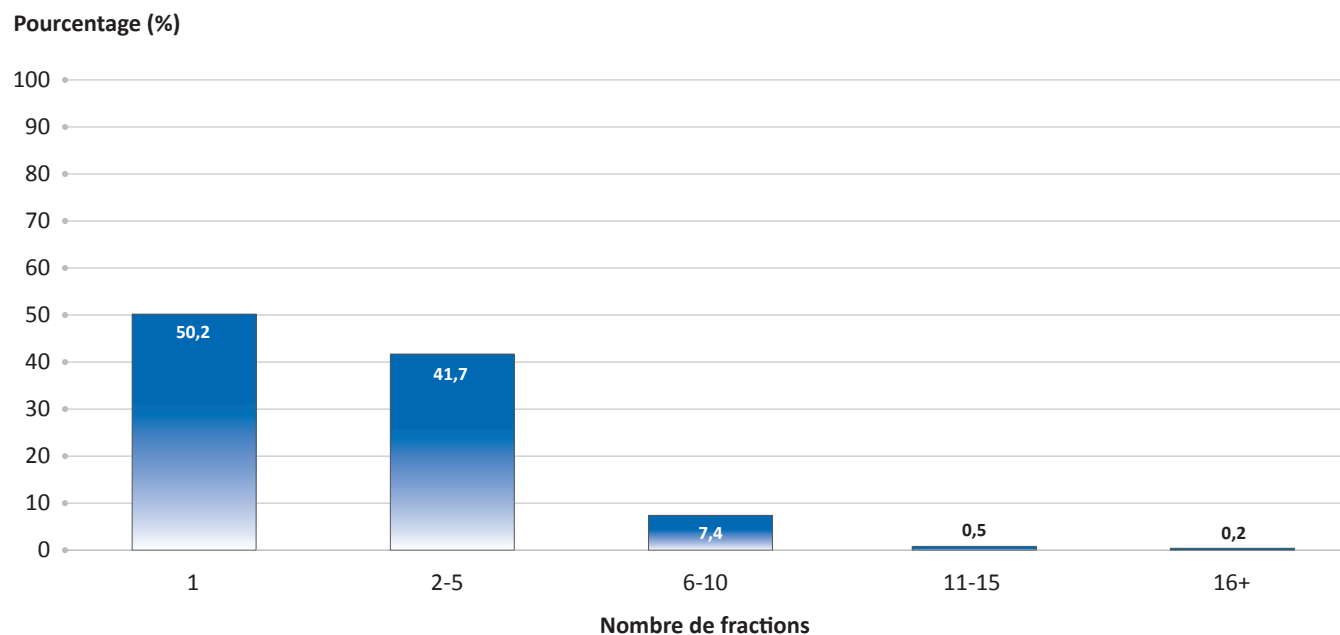


Man. : les données reflètent le nombre de fractions planifiées plutôt que le nombre de fractions réellement administrées.

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

FIGURE 9

Pourcentage de patients atteints de cancer recevant une radiothérapie palliative des os, par nombre de fractions, toutes provinces combinées[†] — année de traitement 2013



[†] Les provinces combinées sont les suivantes : C.-B., Sask., Man., N.-É. et Î.-P.-É.

Man. : les données reflètent le nombre de fractions planifiées plutôt que le nombre de fractions réellement administrées.

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

Pourquoi ces conclusions sont-elles importantes?

Les conclusions laissent entendre que la moitié de tous les patients atteints de cancer traités par radiothérapie des os ont reçu une dose unique de radiation. Cela signifie que les traitements en dose fractionnée restent largement utilisés, ce qui pourrait augmenter le fardeau pour le patient et l'aidant (p. ex. en augmentant le nombre de déplacements vers un établissement de traitement) et accroître l'utilisation des ressources du système de santé. Étant donné que les traitements en dose unique et en dose fractionnée offrent un soulagement équivalent de la douleur et une morbidité comparable, l'utilisation supplémentaire des ressources associée aux traitements en dose fractionnée pourrait n'offrir qu'un avantage clinique limité à certains patients.

L'utilisation de traitements en dose fractionnée peut être attribuable à des facteurs fixés par le médecin. Les facteurs susceptibles d'influencer le choix des radio-oncologues en ce qui concerne le schéma de fractionnement des doses incluent le pronostic, l'indice de performance et le risque de compression de la moelle épinière^{55,56}. De plus, la recommandation de Choisir avec soin Canada fait précisément référence aux métastases osseuses douloureuses sans complication; il est possible que certains patients pris en compte par cet indicateur aient présenté des métastases osseuses compliquées, comme des métastases rachidiennes ou des métastases récurrentes après un seul traitement.

Les données probantes indiquent que comparativement aux traitements en plusieurs fractions, la radiothérapie en dose unique (c.-à-d. une seule dose de radiothérapie, sans fractionnement) d'une métastase osseuse périphérique sans complication et préalablement non irradiée offre un soulagement équivalent de la douleur et une morbidité comparable.



Quelles sont les conséquences sur les patients et le système de soins de santé^k?

Les données indiquent que selon la province, 40 à 69 % des personnes ont reçu une radiothérapie palliative des os en dose fractionnée en 2013. Si on extrapole ces conclusions à l'ensemble du pays, plus de 11 000 personnes au Canada auraient reçu un schéma de radiothérapie en dose fractionnée pour traiter les métastases osseuses. Il est probable que pour un certain nombre de ces personnes, la radiothérapie palliative en dose fractionnée n'offrait qu'un avantage clinique limité et qu'ils auraient pu être traités de façon efficace avec une dose unique.

Si 15 % des personnes qui ont reçu une dose fractionnée avaient reçu une dose unique pour prendre en charge leurs métastases osseuses, environ 1 500 patients chaque année pourraient éviter de recevoir une radiothérapie à dose fractionnée. Par conséquent, moins de personnes subiraient les effets secondaires des radiations. Par exemple, environ

100 personnes en moins souffriraient de toxicité liée à la radiothérapie chaque année. Un schéma en dose unique s'avère plus commode pour le patient et l'aidant, car il leur demande un moindre investissement en temps. De plus, environ 2 000 heures de fonctionnement d'accélérateurs linéaires et 960 000 dollars pourraient être économisés chaque année pour d'autres patients ou pour réduire les temps d'attente en radiothérapie, qui sont fréquemment décrits comme un frein à l'accès à la radiothérapie⁵⁷. Une réduction de 50 % pourrait signifier 5 500 patients en moins recevant des traitements de radiothérapie en dose fractionnée, 350 patients en moins subissant des effets toxiques, 7 000 heures de fonctionnement d'accélérateurs linéaires économisées et 3,2 millions de dollars qui seraient disponibles pour d'autres services de santé chaque année.

11 000

patients auraient reçu une radiothérapie palliative des os en dose fractionnée en 2013; les données probantes montrent que la radiothérapie en dose unique offre un soulagement équivalent de la douleur et une morbidité comparable

Une réduction de 15 %

pourrait signifier 1 500 patients en moins recevant une radiothérapie à dose fractionnée chaque année

Une réduction de 50 %

pourrait signifier 5 500 patients en moins recevant une radiothérapie à dose fractionnée chaque année

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Deux critères de la recommandation de Choisir avec soin Canada n'ont pas pu être enregistrés. L'intention palliative n'a pas été enregistrée en raison des limites des données. En revanche, les cancers des os ont été exclus et la radiothérapie des os a été utilisée comme substitut à la radiothérapie palliative des métastases osseuses. La radiothérapie des métastases osseuses sans complications non préalablement irradiées n'a pas non plus été enregistrée en raison des limites des données.
- Les tableaux des données relatives à cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul détaillée présentée dans l'annexe technique complète, peuvent être consultés à l'adresse rendementdusysteme.ca.

^k La méthode de calcul utilisée est décrite en détail dans l'annexe technique, consultable à l'adresse rendementdusysteme.ca.

Utilisation de la chimiothérapie pendant les 30 derniers jours de vie

Recommandation de Choisir avec soin Canada

Éviter la chimiothérapie et mettre plutôt l'accent sur le soulagement des symptômes et les soins palliatifs pour les patients atteints d'un cancer à un stade avancé peu susceptibles de bénéficier de la chimiothérapie.

Message clé

Seul un petit pourcentage de patients atteints de cancer commencent un traitement de chimiothérapie durant leurs 30 derniers jours de vie, les personnes âgées de 18 à 59 ans étant les plus susceptibles de recevoir ce traitement.

Définition de l'indicateur

Pourcentage de tous les patients atteints de cancer qui ont commencé un nouveau traitement de chimiothérapie durant les 30 derniers jours de leur vie. Les données concernent les patients adultes (âge égal ou supérieur à 18 ans) décédés en 2012 ou en 2013. Les données sont rapportées par province et par groupe d'âge.



1 contre 5

Pourcentage des patients d'un âge égal ou supérieur à 80 ans, par rapport aux patients âgés de 18 à 59 ans, qui ont reçu une chimiothérapie dans les 30 derniers jours de leur vie



3 %

des patients ont reçu une chimiothérapie durant les 30 derniers jours de leur vie

Pourquoi une telle mesure?

En général, les traitements contre le cancer ont peu de chance d'être efficaces pour les patients atteints de tumeurs métastatiques à un stade avancé et qui sont considérablement affaiblis par leur cancer. La priorité pour ces patients devrait donc être de soulager les symptômes et de fournir des soins palliatifs visant à améliorer la qualité de vie⁵⁸. Malgré cela, des études ont démontré que nombre de personnes atteintes de cancer continuent de recevoir des soins énergiques en fin de vie, ce qui peut avoir des effets préjudiciables sur la qualité de vie⁵⁹⁻⁶¹. Plus précisément, l'utilisation de la chimiothérapie pendant les dernières semaines de vie a été associée à une baisse de la satisfaction vis-à-vis des soins, à une intervention inexistante ou très brève d'un centre de soins palliatifs et à un décès dans des services de soins de courte durée⁶⁰.

Mesurer les variations à travers le pays de l'utilisation de la chimiothérapie en fin de vie pourrait faciliter l'harmonisation des pratiques avec les directives fondées sur des données probantes, ce qui augmenterait l'utilisation des services qui offrent le plus d'avantages pour les patients et améliorerait leur qualité de vie.

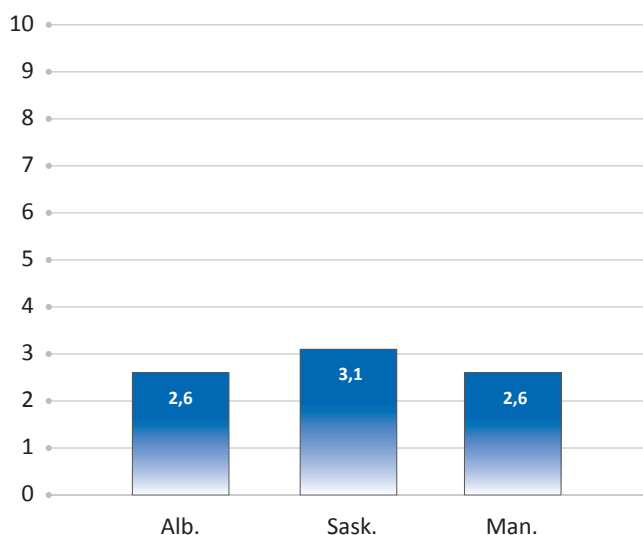
Quelles sont les principales conclusions?

- Sur les patients atteints de cancer qui sont décédés en 2012 ou en 2013, entre 2,6 % (Alberta et Manitoba) et 3,1 % (Saskatchewan) ont reçu une chimiothérapie durant les 30 derniers jours de leur vie (trois provinces ont soumis des données) [Figure 10].
- Plus les personnes sont âgées, moins il est probable qu'elles reçoivent une chimiothérapie dans les 30 derniers jours de leur vie : 5 % des personnes âgées de 18 à 59 ans ont reçu une chimiothérapie en fin de vie, comparativement à 0,7 % de celles d'un âge égal ou supérieur à 80 ans (Figure 11).

FIGURE 10

Pourcentage de patients atteints de cancer recevant une chimiothérapie[†] pendant les 30 derniers jours de vie, par province — années de décès 2012 et 2013 combinées

Pourcentage (%)



[†] L'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba ont inclus les données sur la chimiothérapie orale. Au Manitoba, les données du registre sur le cancer concernant la chimiothérapie orale n'étaient pas complètes, mais elles ont été incluses si elles existaient.

Alb. : les données concernent les patients qui ont commencé un nouveau traitement de chimiothérapie dans les 30 jours avant le décès.

Sask. : les données sur le décès n'étaient pas disponibles pour l'ensemble de l'année 2013. Les données pour 2013 concernent donc la période allant de janvier à juin. Les données concernent les patients qui ont commencé un nouveau traitement de chimiothérapie dans les 30 jours précédant le décès, indiqué par une nouvelle ordonnance de chimiothérapie.

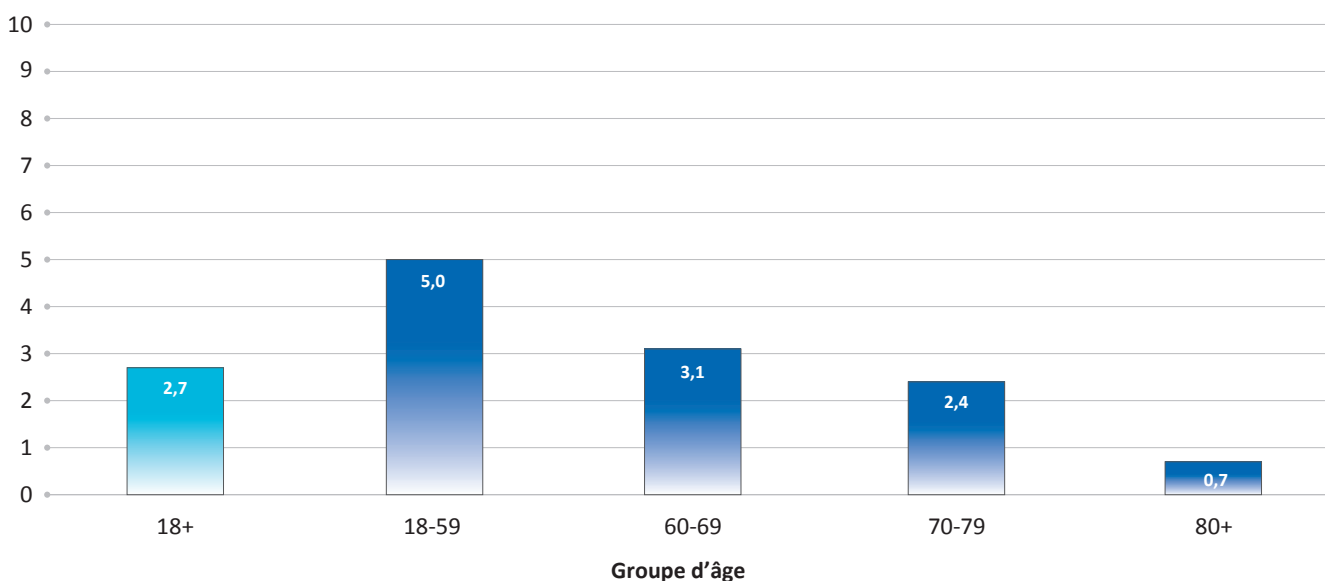
Man. : les données portent sur 2012 seulement (l'information sur la cause du décès n'était pas disponible pour 2013). Les données sur la chimiothérapie ne sont enregistrées qu'une fois par an. Par conséquent, seuls les patients ayant commencé leur premier cycle de chimiothérapie dans les 30 jours précédant le décès sont pris en compte par l'indicateur.

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

FIGURE 11

Pourcentage de patients atteints de cancer recevant une chimiothérapie[†] pendant les 30 derniers jours de vie, par groupe d'âge, toutes provinces combinées[‡] — années de décès 2012 et 2013 combinées

Pourcentage (%)



[†] L'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba ont inclus les données sur la chimiothérapie orale. Au Manitoba, les données du registre sur le cancer concernant la chimiothérapie orale n'étaient pas complètes, mais elles ont été incluses si elles existaient.

[‡] Les données concernent les provinces suivantes : Alb., Sask. et Man.

Alb. : les données concernent les patients qui ont commencé un nouveau traitement de chimiothérapie dans les 30 jours précédant le décès.

Sask. : les données sur le décès n'étaient pas disponibles pour l'ensemble de l'année 2013. Les données pour 2013 concernent donc la période allant de janvier à juin. Les données concernent les patients qui ont commencé un nouveau traitement de chimiothérapie dans les 30 jours précédant le décès, indiqué par une nouvelle ordonnance de chimiothérapie.

Man. : les données portent sur 2012 seulement (l'information sur la cause du décès n'était pas disponible pour 2013). Les données sur la chimiothérapie ne sont enregistrées qu'une fois par an. Par conséquent, seuls les patients qui ont commencé leur premier cycle de chimiothérapie dans les 30 jours précédant le décès sont pris en compte par l'indicateur.

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

Pourquoi ces conclusions sont-elles importantes?

Les variations observées de l'utilisation de la chimiothérapie durant les 30 derniers jours de vie étaient liées à la province et à l'âge. Les données (basées sur trois provinces) indiquent qu'en 2012 et 2013, environ 3 % des patients ont reçu une chimiothérapie pendant leur dernier mois de vie. Ces taux sont beaucoup plus faibles que ceux observés dans d'autres pays⁶². Par exemple, une étude de cohorte représentative de la population en Suède a déterminé que le quart des patients atteints de cancer en phase terminale ont reçu une chimiothérapie durant leur dernier mois de vie⁶³. Les conclusions de 2012 et de 2013 indiquent également qu'un âge plus avancé était associé à une moins grande

probabilité de recevoir une chimiothérapie en fin de vie. La documentation scientifique étaye la variation liée à l'âge de l'utilisation de la chimiothérapie^{60,64}.

Les variations dans l'utilisation de la chimiothérapie pourraient être expliquées par les différences d'accès aux ressources en soins palliatifs, les différences dans les protocoles de soins et les facteurs liés au patient^{62,64}. Les données probantes montrent que de nombreuses personnes atteintes d'un cancer à un stade avancé ne comprennent pas clairement l'intention de la chimiothérapie (c.-à-d. qu'elles ne comprennent pas que la chimiothérapie a peu de chances de guérir leur cancer)⁶⁵. Il est important que les

cliniciens améliorent la façon dont les patients comprennent les risques et les avantages liés au traitement, pour que ces derniers puissent prendre des décisions éclairées en accord avec leurs préférences et leurs considérations personnelles.

Une approche de soins palliatifs efficace et axée sur la personne peut aider les patients dans leur processus de prise de décision thérapeutique, augmenter l'utilisation des services qui offrent le

plus d'avantages aux patients et améliorer leur qualité de vie^{66,67}. Il est important de noter que dans certains cas, la chimiothérapie en fin de vie pourrait être justifiée. Par exemple, certains patients qui ont reçu une chimiothérapie durant leur dernier mois de vie étaient censés vivre plus longtemps, mais ils sont décédés de complications imprévues.



Quelles sont les conséquences sur les patients et le système de soins de santé?

Les données indiquent qu'environ 3 % des personnes atteintes de cancer ont reçu une chimiothérapie pendant les 30 derniers jours de leur vie. Si on extrapole ces conclusions à l'ensemble du pays, environ 1 500 personnes auraient reçu une chimiothérapie en fin de vie; il est probable que pour certaines d'entre elles, les soins de soutien auraient été mieux adaptés. Les soins de soutien peuvent considérablement améliorer la qualité de vie des patients atteints d'un cancer à un stade avancé.

Une réduction de 15 % de l'utilisation de la chimiothérapie dans le dernier mois de vie se traduirait par environ

250 personnes en moins recevant une chimiothérapie en fin de vie. De plus, environ 200 personnes en moins souffriraient de fatigue liée à la chimiothérapie. Ainsi, moins de personnes seraient hospitalisées en raison d'effets secondaires liés à la chimiothérapie et moins de personnes connaîtraient une détérioration de leur capacité physique et de leur capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne. Une réduction de 50 % de l'utilisation de la chimiothérapie en fin de vie pourrait faire en sorte que 900 patients en moins reçoivent ce traitement et que 800 patients en moins connaissent les effets préjudiciables de la chimiothérapie.

1 500

patients auraient reçu une chimiothérapie en fin de vie; pour certains d'entre eux, les soins de soutien auraient été mieux adaptés

Une réduction de 15 %

pourrait signifier 250 patients en moins recevant une chimiothérapie en fin de vie chaque année

Une réduction de 50 %

pourrait signifier 900 patients en moins recevant une chimiothérapie en fin de vie chaque année

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- L'un des critères de la recommandation de Choisir avec soin Canada — un indice de performance de 3 ou de 4 — n'a pas été enregistré en raison des limites des données. Les données pourraient également inclure un sous-ensemble de patients qui bénéficieraient de la chimiothérapie, comme ceux atteints de maladies particulières (p. ex. cancer des cellules germinales) ou présentant des caractéristiques (comme des mutations) qui pourraient indiquer une probabilité élevée de réponse à la chimiothérapie.
- Seules trois provinces ont été en mesure de fournir des données sur cet indicateur. Les autres provinces n'ont pas pu le faire en raison des limites des données.
- Les tableaux des données relatives à cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul détaillée présentée dans l'annexe technique complète, peuvent être consultés à l'adresse rendementdusysteme.ca.

¹ La méthode de calcul utilisée est décrite en détail dans l'annexe technique, consultable à l'adresse rendementdusysteme.ca.

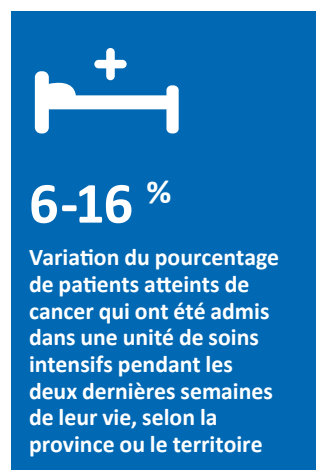
Recours aux services de soins intensifs pendant les deux dernières semaines de vie

Message clé

Jusqu'à 16 % des patients atteints de cancer ont été admis dans une unité de soins intensifs pendant les deux dernières semaines de leur vie — un environnement qui n'est pas optimal pour répondre aux besoins en soins palliatifs des patients en fin de vie.

Définition de l'indicateur

Pourcentage de patients atteints de cancer admis à l'unité de soins intensifs durant les 14 derniers jours de leur vie et pourcentage de patients atteints de cancer qui décèdent dans une unité de soins intensifs. Les données concernent les patients atteints de cancer qui ont été admis dans une unité de soins intensifs dans des hôpitaux de soins de courte durée et qui sont décédés dans cette unité entre avril 2011 et mars 2014. Les données sont rapportées par province.



Pourquoi une telle mesure?

Les personnes qui décèdent des suites d'un cancer méritent de recevoir des soins qui contribuent à soulager leurs symptômes physiques et à répondre à leurs besoins émotionnels et psychosociaux, délivrés dans un cadre confortable propice à l'accompagnement et où les perturbations sont réduites

au minimum. Bien que certains patients atteints de cancer puissent souffrir de complications nécessitant des traitements de survie offerts par les unités de soins intensifs, ces unités ne constituent pas toujours le cadre idéal pour recevoir des soins en fin de vie, comme les soins palliatifs et un traitement de soulagement des symptômes⁶⁸.

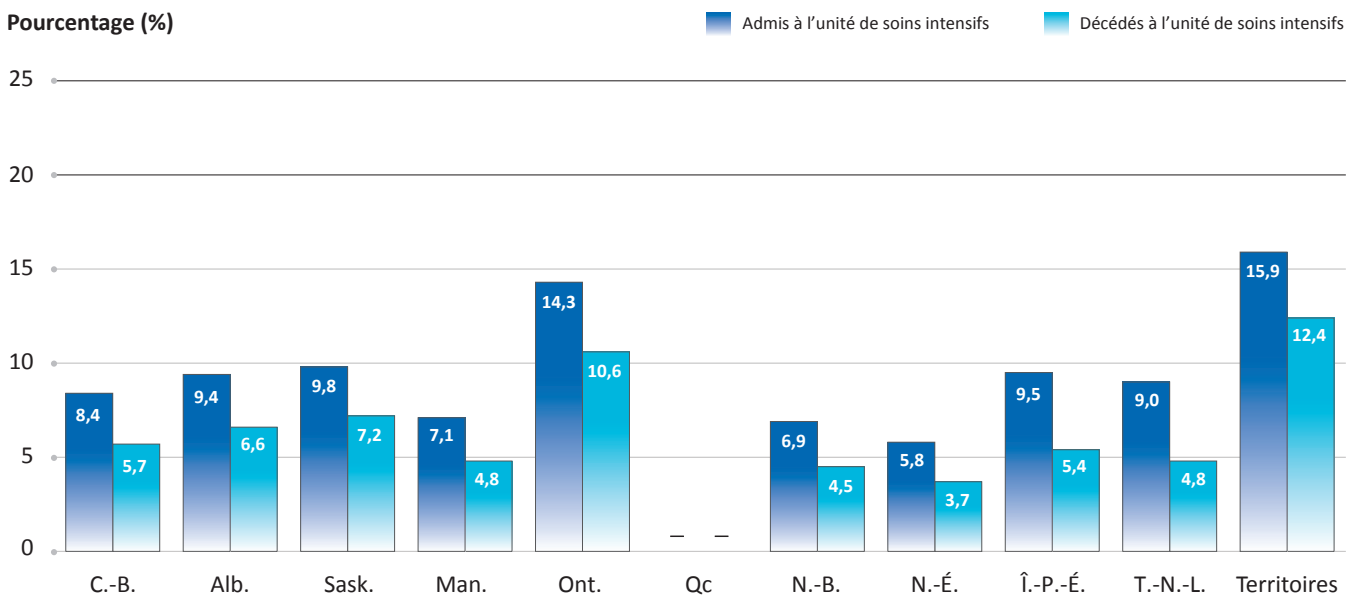
Une étude récente menée auprès de patients atteints de cancer en phase terminale a révélé que 16 % des séjours dans les unités de soins intensifs durant les 30 derniers jours de vie étaient inutiles et coûteux, en plus d'être souvent une source de souffrances pour le patient⁶⁹. Cette conclusion semble indiquer que certains séjours dans les unités de soins intensifs en fin de vie offrent peu ou pas d'avantages pour la santé des patients, et peuvent même être préjudiciables. Il est important que l'utilisation des unités de soins intensifs soit réservée aux patients qui nécessitent des soins de survie. L'examen des variations interprovinciales de l'utilisation des soins intensifs durant les deux dernières semaines de vie pourrait donner l'occasion de découvrir les stratégies utilisées par d'autres provinces ou territoires pour optimiser l'utilisation appropriée des unités de soins intensifs lorsque les patients atteints de cancer sont en fin de vie (p. ex. discussions préalables sur les objectifs des soins pour les patients atteints de cancer, consultations en soins palliatifs, centres de soins palliatifs).

Quelles sont les principales conclusions?

- Entre avril 2011 et mars 2014, entre 5,8 % (Nouvelle-Écosse) et 15,9 % (territoires) des patients atteints de cancer ont été admis dans une unité de soins intensifs pendant les deux dernières semaines de leur vie (Figure 12).
- Parmi les patients atteints de cancer admis à un hôpital de soins de courte durée durant les deux dernières semaines de leur vie, entre 3,7 % (Nouvelle-Écosse) et 12,4 % (territoires) sont décédés dans une unité de soins intensifs (Figure 12).

FIGURE 12

Pourcentage de patients atteints de cancer admis à l'unité de soins intensifs au cours des deux dernières semaines de leur vie et qui y sont décédés, par province ou territoires — exercices 2011-2012 à 2014-2015 combinés



— Données non disponibles.

Les territoires incluent le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon.

Les données sur les admissions aux unités de soins intensifs ne concernent que les établissements qui rendent compte des données sur ces unités.

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

Pourquoi ces conclusions sont-elles importantes?

Bien que l'utilisation des unités de soins intensifs soit relativement faible pour les patients atteints de cancer qui sont en fin de vie, des variations existent malgré tout entre les provinces. Compte tenu de ces variations, il est probable qu'une fraction des séjours dans les unités de soins intensifs n'aient qu'une valeur limitée et que certains patients profiteraient plus de soins palliatifs. Une étude plus approfondie des tendances au fil du temps pourrait être utile. Les résultats d'une étude de cohorte représentative de la population, qui examinait les tendances de l'agressivité des soins de fin de vie en Ontario, ont montré que les admissions aux unités de soins intensifs dans les 30 jours précédant le décès ont augmenté entre 1993 et 2004, passant de 3,1 % à 5,4 %⁶⁴. Malgré la différence dans la période de mesure avant le décès, ces

résultats pourraient indiquer que l'utilisation des soins intensifs en fin de vie est en augmentation.

Des études ont montré que les patients qui reçoivent des soins palliatifs et qui bénéficient d'une planification préalable des soins (c.-à-d. discussions sur les objectifs et les préférences quant aux soins) sont moins susceptibles d'être admis aux soins intensifs, ce qui est associé à une expérience plus positive pour le patient ainsi qu'à une réduction des coûts des soins de fin de vie⁷⁰⁻⁷². L'existence d'autres solutions au problème de la prise en charge des patients atteints de cancer et qui sont en fin de vie (p. ex. soins en centre de soins palliatifs) pourrait également réduire le nombre de visites aux services d'urgence et augmenter la proportion de personnes qui décèdent à la maison.

D'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre les raisons d'une hospitalisation en fin de vie et les préférences des patients quant aux soins. Ce type d'études est particulièrement important, compte tenu du vieillissement de la population et de la hausse des coûts des soins de fin de vie qui en découle. La mesure continue de cet indicateur permettrait de cerner les

occasions d'accroître l'utilisation d'environnements plus appropriés pour la prestation de soins de fin de vie, et d'améliorer ainsi la qualité de vie des patients et de leur famille. Les soins de qualité devraient être déterminés par les besoins des patients mourants et de leur famille, et être axés sur ces besoins.



Quelles sont les conséquences sur les patients et le système de soins de santé^m?

Les données semblent indiquer que selon la province, de 6 à 16 % des personnes atteintes de cancer ont été admises dans des unités de soins intensifs d'hôpitaux de soins de courte durée au cours de leurs deux dernières semaines de vie. Si on extrapole ces conclusions à l'ensemble du pays, environ 9 000 personnes auraient été admises aux soins intensifs d'un hôpital de soins de courte durée en fin de vie; il est probable que certaines d'entre elles auraient été mieux prises en charge dans des services de soins palliatifs, dans des centres de soins palliatifs ou à la maison. Il a été démontré que les patients en centre de soins palliatifs font moins de séjours à l'hôpital, subissent moins d'interventions effractives et sont moins nombreux à mourir à l'hôpital, ce qui pourrait entraîner une réduction des coûts hospitaliers. Fournir des soins de fin de vie dans l'environnement choisi par les patients atteints d'un cancer à un stade avancé peut également améliorer leur qualité de vie.

Une réduction de 15 % des admissions aux soins intensifs en fin de vie, remplacées par une prestation de soins palliatifs, pourrait se traduire par environ 1 500 personnes en moins recevant des soins intensifs à l'hôpital à la fin de leur vie. Cette réduction libérerait environ 2 000 jours d'hospitalisation en soins intensifs chaque année. De plus, environ 8,6 millions de dollars pourraient être réinvestis chaque année pour fournir à ces patients des traitements visant à soulager leurs symptômes ainsi que des soins palliatifs dans d'autres environnements. Une réduction de 50 % pourrait signifier 4 500 personnes en moins utilisant des services de soins intensifs, une économie de 7 000 jours d'hospitalisation en soins intensifs et 28,7 millions de dollars disponibles pour d'autres services de soins de santé.

9 000

patients atteints de cancer ont été admis dans des unités de soins intensifs d'hôpitaux de soins de courte durée au cours de leurs deux dernières semaines de vie; il est probable que certains d'entre eux auraient été mieux pris en charge dans des services de soins palliatifs, dans des centres de soins palliatifs ou à la maison

Une réduction de 15 %

pourrait signifier 1 500 personnes en moins admises dans une unité de soins intensifs en fin de vie chaque année

Une réduction de 50 %

pourrait signifier 4 500 personnes en moins admises dans une unité de soins intensifs en fin de vie chaque année

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les données et l'analyse de cet indicateur ont été fournies par l'ICIS.
- Les données sur les admissions aux soins intensifs ne concernent que les patients qui ont été admis à un hôpital de soins de courte durée. Les résultats ne reposent donc que sur une portion des admissions à l'hôpital (c.-à-d. les admissions à un hôpital communautaire ne sont pas incluses).
- Les données sur les décès en soins intensifs ne concernent que les patients qui sont décédés dans un hôpital de soins de courte durée. Les résultats ne reposent donc que sur une portion des décès liés au cancer (c.-à-d. les décès survenus dans des hôpitaux communautaires ne sont pas inclus).
- Les tableaux des données relatives à cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul détaillée présentée dans l'annexe technique complète, peuvent être consultés à l'adresse rendementdusysteme.ca.

^m La méthode de calcul utilisée est décrite en détail dans l'annexe technique, consultable à l'adresse rendementdusysteme.ca.

Mastectomies effectuées en ambulatoire

Message clé

On a constaté une différence de 38 points de pourcentage d'une province l'autre entre les pourcentages les plus faibles et les plus élevés de mastectomies effectuées en ambulatoire. Cependant, le pourcentage de mastectomies effectuées en ambulatoire a augmenté avec le temps dans toutes les provinces.

Définition de l'indicateur

Pourcentage de mastectomies effectuées pour la résection d'une tumeur cancéreuse du sein qui sont pratiquées en ambulatoire. Les données concernent les femmes atteintes d'un cancer du sein invasif unilatéral qui ont subi une intervention chirurgicale entre avril 2009 et mars 2014. Les données sont rapportées par province.



1-39 %

Variation du pourcentage de mastectomies effectuées en ambulatoire, selon la province ou le territoire; de nombreuses patientes préfèrent récupérer à la maison et bénéficient de l'effet psychologique stimulant apporté par un congé précoce de l'hôpital



8 sur 9

Nombre de provinces pour lesquelles le pourcentage de mastectomies effectuées en ambulatoire a augmenté entre 2008-2010 et 2011-2013

Pourquoi une telle mesure?

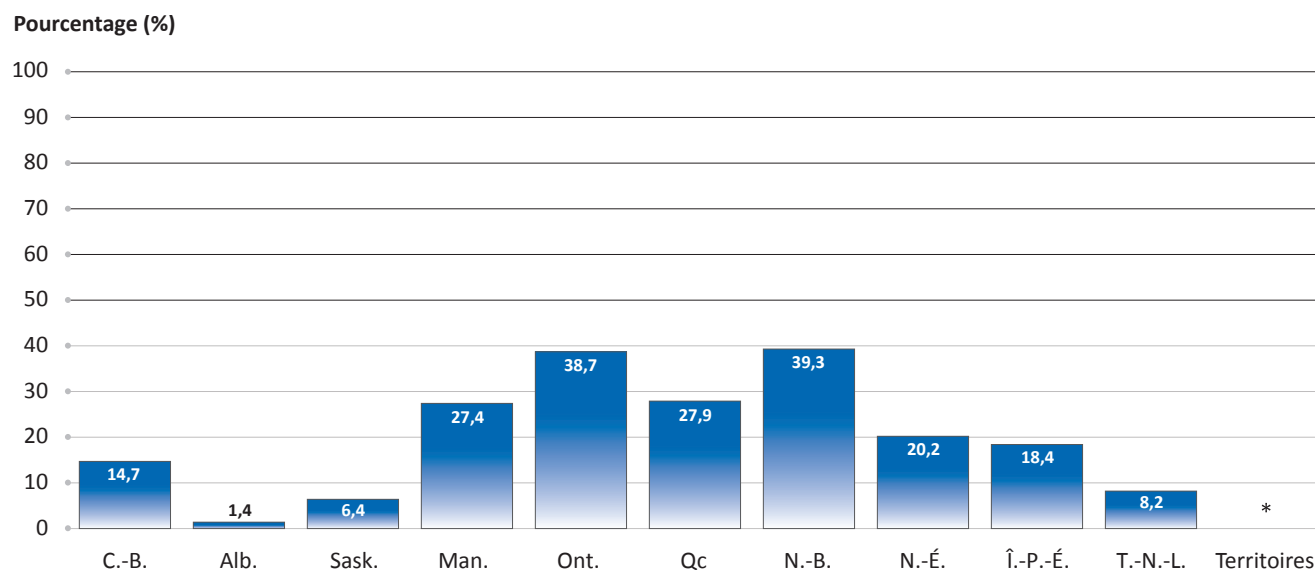
La mastectomie est l'un des traitements standards pour les femmes atteintes d'un cancer du sein résecable. Bien que la mastectomie soit une intervention relativement efficace, elle peut maintenant être effectuée de façon sûre en ambulatoire⁷³. Tant que les résultats d'une patiente sont constants ou s'améliorent, passer d'une hospitalisation à une chirurgie ambulatoire pour les femmes subissant une mastectomie pourrait mener à une réduction des coûts de fonctionnement du système et à la libération de lits d'hospitalisation. Cela pourrait accroître les capacités de prestation de soins aux patients hospitalisés, notamment en ce qui concerne les chirurgies pour d'autres cancers. La mesure du pourcentage de mastectomies effectuées en ambulatoire à travers les provinces permet de détecter les variations de pratiques, ce qui pourrait aider à cerner les occasions d'améliorer l'expérience vécue par les patientes et de réduire les coûts de fonctionnement du système en évitant d'hospitaliser des patientes qui pourraient récupérer à la maison en toute sécurité.

Quelles sont les principales conclusions?

- Entre avril 2009 et mars 2014, 1,4 % (Alberta) à 39,3 % (Nouveau-Brunswick) des mastectomies ont été effectuées en ambulatoire (Figure 13).
- Dans huit des neuf provinces ayant fourni des données utilisées dans ce rapport, le pourcentage des mastectomies effectuées en ambulatoire a augmenté entre les exercices 2008-2009–2010-2011 et les exercices 2011-2012–2013-2014 (Figure 14).
- Au Nouveau-Brunswick, le pourcentage des chirurgies en ambulatoire pour la mastectomie a augmenté, passant de 29,6 % pour les exercices 2008-2009–2010-2011 à 46,9 % pour les exercices 2011-2012–2013-2014. Il s’agit de l’augmentation la plus importante signalée par les provinces ayant fourni des données utilisées dans ce rapport (Figure 14).

FIGURE 13

Pourcentage de mastectomies pour un cancer du sein effectuées en ambulatoire, selon la province ou le territoire — exercices 2009-2010 à 2013-2014 combinés



* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

Sask. : les données sont celles de 2010-2011–2013-2014. Les données pour 2009-2010 ont été supprimées en raison des chiffres peu élevés et n’ont pas pu être utilisées pour les calculs.

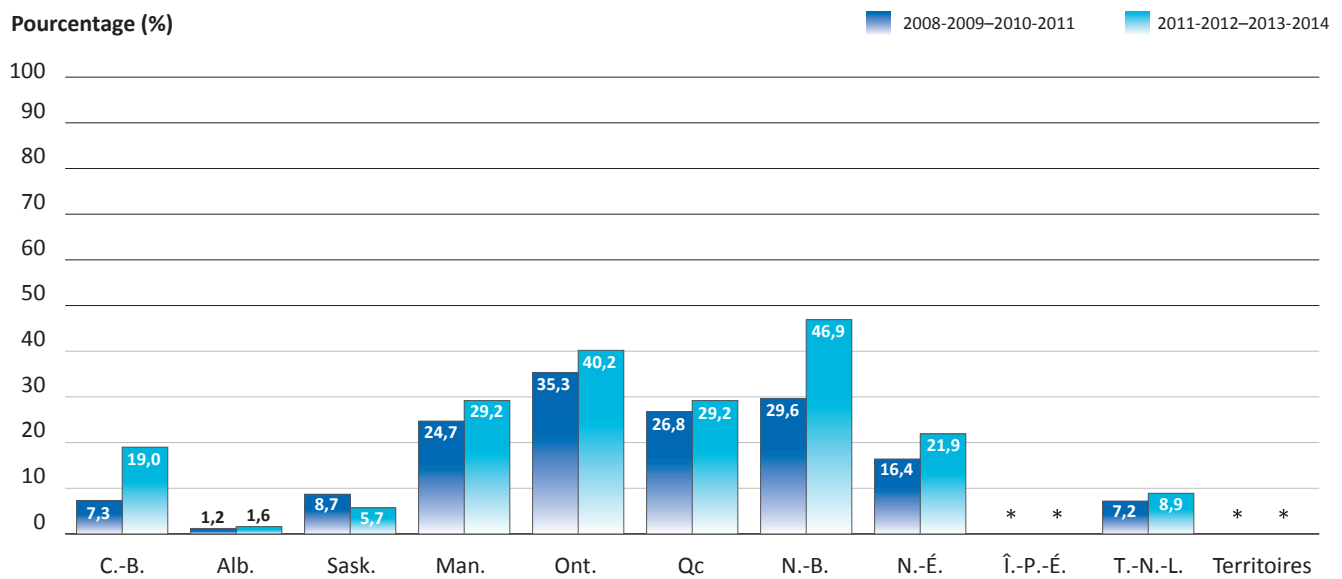
Î.-P.-É. : les données sont celles de 2013-2014. Les données pour 2009-2010–2012-2013 ont été supprimées en raison des chiffres peu élevés et n’ont pas pu être utilisées pour les calculs.

Les territoires incluent le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon.

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

FIGURE 14

Pourcentage de mastectomies pour un cancer du sein effectuées en ambulatoire, selon la province ou le territoire — exercices combinés 2008-2009–2010-2011, par rapport à 2011-2012–2013-2014



* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

Sask. : les données pour 2008-2009–2010-2011 ne comprennent que les données de 2010-2011. Les données pour 2008-2009 et 2009-2010 ont été supprimées en raison des chiffres peu élevés et n'ont pas pu être utilisées pour le calcul.

Les territoires incluent le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon.

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

Pourquoi ces conclusions sont-elles importantes?

Le pourcentage de mastectomies faites en ambulatoire variait considérablement entre les provinces (différence de 38 points entre le pourcentage le plus faible et le plus élevé de chirurgies en ambulatoire). Une telle variation semble indiquer qu'un certain nombre d'hospitalisations après une mastectomie pourraient être superflues, et que de nombreuses mastectomies avec hospitalisation pourraient être remplacées par des chirurgies en ambulatoire dans plusieurs provinces. Le fait que le Nouveau-Brunswick ait le pourcentage le plus élevé de mastectomies effectuées en ambulatoire suggère que la taille de la province n'a pas d'influence sur la capacité à fournir des chirurgies en ambulatoire. Dans plusieurs provinces canadiennes (Manitoba, Ontario, Québec et Nouveau-Brunswick), les taux de mastectomies effectuées en ambulatoire s'inscrivent entre les taux signalés aux États-Unis (22 %) et ceux observés au Royaume-Uni (42 %) ^{74,75}.

Tant que les résultats des patientes sont constants ou s'améliorent, offrir des chirurgies en ambulatoire pourrait permettre d'accroître les capacités de prestation de soins aux patients hospitalisés. Des études récentes ont également montré que les femmes qui subissent une mastectomie en ambulatoire sont susceptibles d'avoir de meilleurs résultats psychologiques après l'intervention chirurgicale. Cette amélioration pourrait être due au fait que de nombreuses patientes préfèrent récupérer à la maison et bénéficient de l'effet psychologique stimulant apporté par un congé précoce de l'hôpital ⁷⁶⁻⁷⁸. La chirurgie en ambulatoire pour le cancer du sein a également été liée à une meilleure satisfaction quant aux soins, en raison d'une meilleure continuité perçue des soins ⁷⁹. Le risque d'exposition aux infections nosocomiales pourrait être également plus faible, puisque les patientes passent moins de temps à l'hôpital.

Il est important de noter que les mastectomies ne peuvent pas toutes être effectuées en ambulatoire. La présence de comorbidités ou le manque de soutien pour la récupération à la maison pourraient rendre les mastectomies avec hospitalisation plus appropriées. Par ailleurs, des ressources ambulatoires, communautaires et de soins à domicile sont nécessaires pour garantir que les patientes qui optent pour la chirurgie en

ambulatoire reçoivent un soutien postopératoire adéquat. La mesure continue de cet indicateur et une meilleure compréhension des facteurs contribuant aux variations interprovinciales pourraient permettre d'utiliser la chirurgie en ambulatoire d'une façon qui exploite les ressources de manière plus efficace et qui axe davantage cette pratique sur le patient que dans le cas des options de soins en milieu hospitalier.



Quelles sont les conséquences sur les patients et le système de soins de santé?

Sur l'ensemble des mastectomies effectuées pendant l'exercice 2013-2014, 70 % ont concerné des patientes hospitalisées, ce qui représente environ 5 000 interventions chirurgicales. Le fait d'effectuer la mastectomie en ambulatoire a été associé à une réduction du risque d'exposition aux infections nosocomiales, à de meilleurs résultats psychologiques postopératoires et à une meilleure satisfaction à l'égard des soins⁷⁶⁻⁷⁹.

Si 15 % des mastectomies effectuées sur des patientes hospitalisées étaient effectuées en ambulatoire, environ

700 patientes atteintes d'un cancer du sein pourraient récupérer à domicile chaque année, en évitant un séjour d'une nuit à l'hôpital. Ce changement pourrait également libérer environ 1 000 jours de soins hospitaliers et 1,3 million de dollars chaque année, qui pourrait être réaffecté à d'autres services de soins de santé. Une réduction de 50 % pourrait éviter l'hospitalisation d'environ 2 500 patientes, permettre une économie de 3 500 jours de soins hospitaliers et libérer 4,4 millions de dollars pour d'autres services de soins de santé chaque année.

5 000

mastectomies ont concerné des patientes hospitalisées pendant l'exercice 2013-2014; l'intervention peut maintenant être effectuée de façon sûre en ambulatoire tant qu'un système de soutien adéquat est en place

Une réduction de 15 %

pourrait signifier 700 patientes atteintes d'un cancer du sein pouvant récupérer à domicile chaque année, en évitant un séjour d'une nuit à l'hôpital

Une réduction de 50 %

pourrait signifier 2 500 patientes atteintes d'un cancer du sein pouvant récupérer à domicile chaque année, en évitant un séjour d'une nuit à l'hôpital

Considérations relatives aux données et à la mesure des indicateurs

- Les données et l'analyse relatives à cet indicateur ont été fournies par l'ICIS.
- Les interventions chirurgicales pour les femmes ayant reçu un nouveau diagnostic de cancer du sein ont été recensées en excluant les patientes ayant des antécédents de traitement anticancéreux.
- Les tableaux des données relatives à cet indicateur (y compris les intervalles de confiance), ainsi que la méthode de calcul détaillée présentée dans l'annexe technique complète, peuvent être consultés à l'adresse rendementdusysteme.ca.

ⁿ La méthode de calcul utilisée est décrite en détail dans l'annexe technique, consultable à l'adresse rendementdusysteme.ca.

Et pour la suite



Ce que nous avons appris

Ce rapport livre les conclusions de référence pour plusieurs des indicateurs et représente un aperçu de l'état actuel de certaines pratiques de lutte contre le cancer au Canada. Il est important de noter que ces pratiques s'avèrent en réalité nécessaires pour certains patients. Des études supplémentaires sont donc nécessaires pour comprendre quelles quantités et quels types de soins liés au cancer représentent, d'après les données probantes, une surutilisation de pratiques qui ne sont pas reconnues comme efficaces ou une sous-utilisation de pratiques qui sont reconnues comme efficaces.

L'utilisation fondée sur des données probantes de certaines interventions dans le domaine des soins liés au cancer varie de manière substantielle à travers le pays. En qualité d'intendants d'un système de soins de santé canadien qui accorde une grande importance aux soins à valeur élevée, nous devons comprendre les raisons à l'origine de ces variations et élaborer des stratégies efficaces afin de veiller à ce que toutes les personnes atteintes de cancer reçoivent des soins fondés sur des données probantes et qui s'avèrent réellement nécessaires.

Plusieurs conclusions importantes semblent indiquer qu'un grand nombre de pratiques de lutte contre le cancer, durables et de qualité, sont déjà mises en œuvre. Dans le domaine du dépistage, celui du cancer du col de l'utérus est minimal pour les femmes dont l'âge se situe en dehors de la fourchette recommandée, ce qui signifie que les femmes ne sont pas soumises à des risques inutiles sans qu'elles en tirent un grand avantage. Pour ce qui est des traitements, l'utilisation de soins agressifs en fin de vie (utilisation de la chimiothérapie pendant le dernier mois de vie et admission à l'unité des soins intensifs dans les deux dernières semaines de vie) est relativement faible

dans la plupart des provinces, ce qui entraîne des répercussions positives sur l'expérience et la qualité de vie du patient. De plus, il existe également une tendance croissante à utiliser la chirurgie en ambulatoire pour les mastectomies, ce qui pourrait signifier que plus de femmes peuvent récupérer à domicile et bénéficier de l'effet psychologique stimulant apporté par un congé précoce de l'hôpital.

Les réductions de l'utilisation de pratiques de lutte contre le cancer à faible valeur peuvent permettre d'améliorer les résultats et la qualité de vie du patient tout en optimisant l'allocation des ressources du système afin de répondre adéquatement aux besoins. Dans les faits, une réduction de 15 % des pratiques de lutte contre le cancer mesurées dans ce rapport pourrait permettre d'éviter environ 9 000 résultats faussement positifs ainsi que 3 000 traitements et leurs effets secondaires, de libérer 4 500 heures de fonctionnement d'accélérateurs linéaires pour d'autres patients et de rediriger 27 millions de dollars vers d'autres services de soins de santé. Une réduction de 50 % pourrait signifier 29 000 résultats faussement positifs et 10 000 traitements en moins, 15 000 heures de fonctionnement d'accélérateurs linéaires libérées et 89 millions de dollars qui seraient disponibles pour d'autres services de santé.

Le fait de s'assurer que les patients ne reçoivent que les soins qui leur sont les plus bénéfiques, et pas plus que ce dont ils ont besoin, peut avoir des retombées positives sur la qualité des soins et la durabilité du système de soins de santé au Canada. Le Partenariat continuera à collaborer avec ses partenaires nationaux, provinciaux et territoriaux afin d'encourager les changements qui permettront au système d'offrir des soins de meilleure qualité à la valeur optimisée.

Perspectives

Fournir régulièrement des soins liés au cancer à valeur élevée conformes aux besoins et aux préférences des patients nécessite les efforts coordonnés des patients, des cliniciens et des organisations de soins de santé. Des progrès remarquables ont déjà été effectués à l'échelle nationale avec la campagne Choisir avec soin Canada, qui a permis de faire progresser le dialogue national au sujet des pratiques à faible valeur et inutiles que les médecins et les patients devraient remettre en question. L'initiative encourage les patients, les cliniciens, y compris les oncologues et les médecins de famille, ainsi que les organisations de soins de santé à mettre en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité afin de réduire l'utilisation de pratiques à faible valeur.

Choisir avec soin Canada s'efforce également d'ancrer la mentalité « plus n'est pas toujours mieux » chez les stagiaires en médecine, qui représentent la future génération de cliniciens. La campagne « Étudiants sensibilisés pour l'optimisation de l'intendance des ressources

en santé » est conçue pour augmenter la sensibilisation des étudiants en médecine à la campagne Choisir avec soin et plusieurs projets sont en cours à cette fin (p. ex. campagnes dans les médias sociaux, intégration du matériel de Choisir avec soin Canada dans les programmes d'études). De plus, de nombreuses autres organisations (notamment des partenaires de la lutte contre le cancer) offrent des projets visant à mieux faire connaître les besoins en soins à valeur élevée, à modifier les pratiques cliniques afin de réduire l'utilisation de soins présentant une faible valeur ou à améliorer la capacité à mesurer et à signaler l'utilisation de pratiques à faible valeur.

La qualité et la durabilité ont été reconnues comme étant les thèmes majeurs des futures activités des partenaires nationaux, provinciaux et territoriaux. Ce travail aidera à continuer de mettre l'accent sur la prestation de soins à valeur élevée qui sont reconnus comme efficaces et qui peuvent améliorer les résultats et la qualité de vie des patients, tout en aidant à assurer la durabilité du système de soins de santé du Canada.

Références

- National Cancer Policy Board. Ensuring quality cancer care. Washington (DC): National Academy Press; 1999.
- Choisir avec soin Canada. À propos de [Internet]. Toronto (Ont.) : Association médicale canadienne; [cité le 6 nov. 2015]. Accessible en ligne à : <http://www.choosingwiselycanada.org/>.
- Comité consultatif de la Société canadienne du cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2015. Toronto (Ont.) : Société canadienne du cancer; mai 2015.
- Choosing Wisely. About [Internet]. Philadelphia (PA): ABIM Foundation; 2015 [cité le 6 nov. 2015]. Accessible en ligne à : <http://www.choosingwisely.org/>.
- Mitera G, Earle C, Latosinsky S, Booth C, Bezjak A, Desbiens C, et al. Choosing Wisely Canada cancer list: ten low-value or harmful practices that should be avoided in cancer care. *J Oncol Pract*. 2015 May;11(3):e296-303.
- Rosenberg A, Agiro A, Gottlieb M, Barron J, Brady P, Liu Y, et al. Early trends among seven recommendations from the Choosing Wisely campaign. *JAMA Intern Med*. 2015 Oct 12:1-9.
- Lauby-Secretan B, Scocciati C, Loomis D, Benbrahim-Tallaa L, Bouvard V, Bianchini F, et al. Breast-cancer screening—viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med*. 2015 Jun 11;372(24):2353-8.
- Coldman A, Phillips N, Wilson C, Decker K, Chiarelli AM, Brisson J, et al. Pan-Canadian study of mammography screening and mortality from breast cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2014;106(11).
- World Health Organization. WHO position paper on mammography screening. Geneva (CH): WHO; 2014. 55 p.
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, Tonelli M, Connor Gorber S, Joffres M, Dickinson J, Singh H, Lewin G, et al. Recommandations sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 74 ans présentant un risque moyen. *JAMC*. 2011; DOI:10.1503/cmaj.110334.
- Choisir avec soin Canada. Médecine familiale—Les onze examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger [Internet]. Toronto (Ont.) : Choisir avec soin Canada; 2014 [mis à jour le 29 oct. 2014; cité le 12 nov. 2015]. Accessible en ligne à : <http://www.choosingwiselycanada.org/recommendations/family-medicine/>.
- vuesurlecancer.ca. Lignes directrices pour le dépistage du cancer du sein — Analyse de l'environnement. Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer; juillet 2015.
- Oeffinger KC, Fontham ET, Etzioni R, Herzig A, Michaelson JS, Shih YC, et al. Breast cancer screening for women at average risk: 2015 guideline update from the American Cancer Society. *JAMA*. 2015 Oct 20;314(15):1599-614.
- Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer au Canada : aperçu de la participation au dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et colorectal. Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer; 2015. 30 p.
- Coldman AJ, Phillips N. False-positive screening mammograms and biopsies among women participating in a Canadian provincial breast screening program. *Can J Public Health*. 2012 Nov-Dec;103(6):e420-4.
- Elmore JG, Barton MB, Mocerri VM, Polk S, Arena PJ, Fletcher SW. Ten-year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations. *N Engl J Med*. 1998 Apr 16;338(16):1089-96.
- Payne JI, Martin T, Caines JS, Duggan R. The burden of false-positive results in analog and digital screening mammography: experience of the Nova Scotia Breast Screening Program. *Can Assoc Radiol J*. 2014 Nov;65(4):315-20.
- Hubbard RA, Kerlikowske K, Flowers CI, Yankaskas BC, Zhu W, Miglioretti DL. Cumulative probability of false-positive recall or biopsy recommendation after 10 years of screening mammography: a cohort study. *Ann Intern Med*. 2011 Oct 18;155(8):481-92.
- Esserman L, Shieh Y, Thompson I. Rethinking screening for breast cancer and prostate cancer. *JAMA*. 2009 Oct 21;302(15):1685-92.
- Canadian Task Force on Preventive Health Care, Dickinson J, Tsakonas E, Conner Gorber S, Lewin G, Shaw E, Singh H, et al. Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ*. 2013;185(1):35-45.
- McGraw SL, Ferrante JM. Update on prevention and screening of cervical cancer. *World J Clin Oncol*. 2014 Oct 10;5(4):744-52.
- Fedewa SA, Sauer AG, Siegel RL, Jemal A. Prevalence of major risk factors and use of screening tests for cancer in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2015 Apr;24(4):637-52.
- Moyer VA, U. S. Preventive Services Task Force. Screening for cervical cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2012 Jun 19;156(12):880-91, W312.
- vuesurlecancer.ca. Lignes directrices pour le dépistage du cancer du col de l'utérus — Analyse de l'environnement. Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer; juillet 2015.
- Vesco KK, Whitlock EP, Eder M, Burda BU, Senger CA, Lutz K. Risk factors and other epidemiologic considerations for cervical cancer screening: a narrative review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2011 Nov 15;155(10):698-705, W216.

26. vuesurlecancer.ca. Lignes directrices pour le dépistage du cancer du col de l'utérus — Analyse de l'environnement. Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer; 2013.
27. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: rectal cancer: version 3.2015. 2015.
28. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: colon cancer: version 3.2015. 2015.
29. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: breast cancer: version 3.2015. 2015.
30. Badwe R, Parmar, V, Hawaldar R, Nair N, Kaushik R, Siddique S, et al. Abstract S2-02: Surgical removal of primary tumor and axillary lymph nodes in women with metastatic breast cancer at first presentation: a randomized controlled trial. *Cancer Res.* 2013;73(24S).
31. Kleespies A, Fuessl KE, Seeliger H, Eichhorn ME, Muller MH, Rentsch M, et al. Determinants of morbidity and survival after elective non-curative resection of stage IV colon and rectal cancer. *Int J Colorectal Dis.* 2009 Sep;24(9):1097-109.
32. Nitzkorski JR, Farma JM, Watson JC, Siripurapu V, Zhu F, Matteotti RS, et al. Outcome and natural history of patients with stage IV colorectal cancer receiving chemotherapy without primary tumor resection. *Ann Surg Oncol.* 2012 Feb;19(2):379-83.
33. Cirocchi R, Trastulli S, Abraha I, Vettoretto N, Boselli C, Montedori A, et al. Non-resection versus resection for an asymptomatic primary tumour in patients with unresectable stage IV colorectal cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;8:Cd008997.
34. Krell RW, Regenbogen SE, Wong SL. Variation in hospital treatment patterns for metastatic colorectal cancer. *Cancer.* 2015 Jun 1;121(11):1755-61.
35. van der Pool AE, Damhuis RA, Ijzermans JN, de Wilt JH, Eggermont AM, Kranse R, et al. Trends in incidence, treatment and survival of patients with stage IV colorectal cancer: a population-based series. *Colorectal Dis.* 2012 Jan;14(1):56-61.
36. Logan JK, Huber KE, Dipetrillo TA, Wazer DE, Leonard KL. Patterns of care of radiation therapy in patients with stage IV rectal cancer: a Surveillance, Epidemiology, and End Results analysis of patients from 2004 to 2009. *Cancer.* 2014 Mar 1;120(5):731-7.
37. Russell T, Axelrod D, Rescigno J. Abstract P2-18-15: Primary site surgery for metastatic breast cancer: patterns of care and cause-specific survival. *Cancer Res.* 2013;73:P2-18-5.
38. Mulcahy N. Era of active surveillance has arrived in prostate cancer [Internet]. New Orleans (LA) Medscape 2015 [mis à jour le 16 mai]. Accessible en ligne à : <http://www.medscape.com/viewarticle/844809>.
39. Cancer Research UK. Risk factors in localised prostate cancer [Internet]. London (UK): Cancer Research UK; 2014 [cité le 8 oct. 2015]. Accessible en ligne à : <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/type/prostate-cancer/treatment/types/risk-factors-in-localised-prostate-cancer>.
40. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: prostate cancer: version 1.2016. 2015.
41. Morash C, Tey R, Agbassi C, Klotz L, McGowan T, Srigley J; the Active Surveillance Guideline Development Group. Active surveillance for the management of localized prostate cancer. Toronto (ON): Cancer Care Ontario; 2015 Program in Evidence-Based Care Guideline No. 17-9.
42. Overholser S, Nielsen M, Torkko K, Cwilka D, Weaver B, Shi X, et al. Active surveillance is an appropriate management strategy for a proportion of men diagnosed with prostate cancer by prostate specific antigen testing. *J Urol.* 2015 Sep;194(3):680-4.
43. Cooperberg MR, Carroll PR. Trends in management for patients with localized prostate cancer, 1990-2013. *JAMA.* 2015 Jul 7;314(1):80-2.
44. Loeb S, Folkvaljon Y, Bratt O, Robinson D, Stattin P. MP 42-10 Expanding use of active surveillance: data from the national prostate cancer register (NPCR) of Sweden. *J Urol.* 2015;193(4S):e512.
45. Clarke M, Collins R, Darby S, Davies C, Elphinstone P, Evans V, et al. Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet.* 2005 Dec 17;366(9503):2087-106.
46. Smith BD, Bentzen SM, Correa CR, Hahn CA, Hardenbergh PH, Ibbott GS, et al. Fractionation for whole breast irradiation: an American Society for Radiation Oncology (ASTRO) evidence-based guideline. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2011 Sep 1;81(1):59-68.
47. Holloway CL, Panet-Raymond V, Olivetto I. Hypofractionation should be the new 'standard' for radiation therapy after breast conserving surgery. *Breast.* 2010 Jun;19(3):163-7.
48. Whelan TJ, Pignol JP, Levine MN, Julian JA, MacKenzie R, Parpia S, et al. Long-term results of hypofractionated radiation therapy for breast cancer. *N Engl J Med.* 2010 Feb 11;362(6):513-20.
49. Eblan MJ, Vanderwalde NA, Zeman EM, Jones E. Hypofractionation for breast cancer: lessons learned from our neighbors to the north and across the pond. *Oncology (Williston Park).* 2014 Jun;28(6):536-46.
50. National Collaborating Centre for Cancer. Early and locally advanced breast cancer: diagnosis and treatment [Internet]. Cardiff (UK): The Centre; 2009 [cité le 30 oct. 2015]. Accessible en ligne à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11634/>.

51. Chow E, Harris K, Fan G, Tsao M, Sze WM. Palliative radiotherapy trials for bone metastases: a systematic review. *J Clin Oncol*. 2007 Apr 10;25(11):1423-36.
52. Foro Arnalot P, Fontanals AV, Galceran JC, Lynd F, Latiesas XS, de Dios NR, et al. Randomized clinical trial with two palliative radiotherapy regimens in painful bone metastases: 30 Gy in 10 fractions compared with 8 Gy in single fraction. *Radiother Oncol*. 2008 Nov;89(2):150-5.
53. Lutz S, Berk L, Chang E, Chow E, Hahn C, Hoskin P, et al. Palliative radiotherapy for bone metastases: an ASTRO evidence-based guideline. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2011 Mar 15;79(4):965-76.
54. Chow E, Zeng L, Salvo N, Dennis K, Tsao M, Lutz S. Update on the systematic review of palliative radiotherapy trials for bone metastases. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2012 Mar;24(2):112-24.
55. Fairchild A, Barnes E, Ghosh S, Ben-Josef E, Roos D, Hartsell W, et al. International patterns of practice in palliative radiotherapy for painful bone metastases: evidence-based practice? *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2009 Dec 1;75(5):1501-10.
56. Fairchild A. Palliative radiotherapy for bone metastases from lung cancer: evidence-based medicine? *World J Clin Oncol*. 2014;5(5):845-57.
57. Gillan C, Briggs K, Pazos AG, Maurus M, Harnett N, Catton P, et al. Barriers to accessing radiation therapy in Canada: a systematic review. *Radiat Oncol*. 2012;7:167.
58. Peppercorn JM, Smith TJ, Helft PR, Debono DJ, Berry SR, Wollins DS, et al. American Society of Clinical Oncology statement: toward individualized care for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2011 Feb 20;29(6):755-60.
59. Earle CC, Neville BA, Landrum MB, Ayanian JZ, Block SD, Weeks JC. Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life. *J Clin Oncol*. 2004 Jan 15;22(2):315-21.
60. Earle CC, Landrum MB, Souza JM, Neville BA, Weeks JC, Ayanian JZ. Aggressiveness of cancer care near the end of life: is it a quality-of-care issue? *J Clin Oncol*. 2008 Aug 10;26(23):3860-6.
61. Hui D, Didwaniya N, Vidal M, Shin SH, Chisholm G, Roquemore J, Bruera E. Quality of end-of-life care in patients with hematologic malignancies: a retrospective cohort study. *Cancer*. 2014 May 15;120(10):1572-8.
62. Braga S. Why do our patients get chemotherapy until the end of life? *Ann Oncol*. 2011 Nov;22(11):2345-8.
63. Nappa U, Lindqvist O, Rasmussen BH, Axelsson B. Palliative chemotherapy during the last month of life. *Ann Oncol*. 2011 Nov;22(11):2375-80.
64. Ho TH, Barbera L, Saskin R, Lu H, Neville BA, Earle CC. Trends in the aggressiveness of end-of-life cancer care in the universal health care system of Ontario, Canada. *J Clin Oncol*. 2011 Apr 20;29(12):1587-91.
65. Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, Finkelman MD, Mack JW, Keating NL, et al. Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *N Engl J Med*. 2012 Oct 25;367(17):1616-25.
66. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010 Aug 19;363(8):733-42.
67. Prigerson HG, Bao Y, Shah MA, Paulk ME, LeBlanc TW, Schneider BJ, et al. Chemotherapy use, performance status, and quality of life at the end of life. *JAMA Oncol*. 2015 Sep;1(6):778-84.
68. Azoulay E, Soares M, Darmon M, Benoit D, Pastores S, Afessa B. Intensive care of the cancer patient: recent achievements and remaining challenges. *Ann Intensive Care*. 2011;1(1):5.
69. Cruz VM, Camaliente L, Caruso P. Factors associated with futile end-of-life intensive care in a cancer hospital. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015 May;32(3):329-34.
70. Gade G, Venohr I, Conner D, McGrady K, Beane J, Richardson RH, et al. Impact of an inpatient palliative care team: a randomized control trial. *J Palliat Med*. 2008 Mar;11(2):180-90.
71. Khandelwal N, Kross EK, Engelberg RA, Coe NB, Long AC, Curtis JR. Estimating the effect of palliative care interventions and advance care planning on ICU utilization: a systematic review. *Crit Care Med*. 2015;43(5):1102-11.
72. Klingler C, In der Schmitzen J, Marckmann G. Does facilitated advance care planning reduce the costs of care near the end of life? Systematic review and ethical considerations. *Palliat Med*. 2015 Aug 20.
73. Downing A, Lansdown M, West R, Thomas J, Lawrence G, Forman D. Changes in and predictors of length of stay in hospital after surgery for breast cancer between 1997/98 and 2004/05 in two regions of England: a population-based study. *BMC Health Serv Res*. 2009;9(1):202.
74. Agency for Healthcare Research and Quality. Lumpectomies and mastectomies performed in an outpatient hospital setting in 17 states, 2003 [Internet]. The Agency; 2003 [cité le 7 oct. 2015]. Accessible en ligne à : <http://archive.ahrq.gov/data/hcup/highlight2/high2fig5.htm>.
75. NHS Improvement. Delivering major breast surgery safely as a day case or one night stay (excluding reconstruction). Leicester (UK): NHS Improvement; 2011.
76. Margolese RG, Lasry JC. Ambulatory surgery for breast cancer patients. *Ann Surg Oncol*. 2000 Apr;7(3):181-7.
77. Marla S, Stallard S. Systematic review of day surgery for breast cancer. *Int J Surg*. 2009 Aug;7(4):318-23.
78. Dawe DE, Bennett LR, Kearney A, Westera D. Emotional and informational needs of women experiencing outpatient surgery for breast cancer. *Can Oncol Nurs J*. 2014 Winter;24(1):20-30.
79. Marsden J. Same day / 23 hour ambulatory surgery breast care model: is it feasible? [Internet]. King's College Hospital NHS; 2011 [cited 2015 Sept 21].

Équipe de production et de dissémination du rapport

L'équipe du rendement du système du Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) a rédigé et diffusé ce rapport. Cette équipe se compose des membres suivants : la **D^{re} Heather Bryant**, vice-présidente, Lutte contre le cancer; **Rami Rahal**, directeur; **Jose Hernandez**, gestionnaire de programme; **Kim Tran**, spécialiste et directrice du contenu pour ce rapport; **Jennifer Chadder**, spécialiste; **Carolyn Sandoval**, spécialiste; **Alexander Lim**, gestionnaire de la prestation; **Jenna Berndt**, assistante administrative. L'extraction et l'analyse des données ainsi que la production des graphiques ont été réalisées par l'équipe d'analyse, soit : **Gina Lockwood**, gestionnaire, Analytique et surveillance, et biostatisticienne principale; **Sharon Fung**, gestionnaire de programme, Analytique, et biostatisticienne; **Cheryl Louzado**, gestionnaire de programme, Capacité analytique et Initiative coordonnée d'élaboration de données; **Haroon Hasan**, analyste, Développement concerté des données et Intégration des données; **Julie Xu**, **Jin Niu** et **Jenny Liu**, analystes de données.

Les programmes de lutte contre le cancer du Partenariat ont également fourni une collaboration précieuse sous forme de connaissances en la matière et de conseils spécialisés : **Deb Keen**,

le **D^r David Mowat**, **Michelle Halligan**, **Chris Politis** et **Kendall Tisdale**, Prévention; **Pam Tobin**, la **D^{re} Verna Mai**, **Candice Anderson**, **Anna Crosskill**, **Neetu Shukla** et **Carol Irwin**, Dépistage et détection précoce; la **D^{re} Mary Argent-Katwala** et le **D^r Geoff Porter**, Diagnostic et soins cliniques; **Esther Green**, la **D^{re} Deborah Dudgeon** et la **D^{re} Margaret Fitch**, Approche axée sur la personne.

Kari Kerr, **Lesley Frey**, **Karen Palmer** et **Kenneth Tong**, de l'équipe des communications, ont encadré la participation des médias et la sensibilisation; **Annemarie Edwards**, **Kirsten Jordan**, **Louise Zitzelsberger** et **Mandy Sangha**, de l'équipe de mobilisation du savoir, ont dirigé les stratégies en ligne et de transfert et d'échange du savoir; **Andrea Reed**, **Lalaine Lacuesta Manaois** et **Colin LeFevre**, de l'équipe des stratégies, ont supervisé les politiques et les relations gouvernementales.

Nous voulons également remercier **Shelly Jamieson**, Présidente-directrice générale et **Nicole Beben**, Vice-présidente, Stratégie, pour leurs suggestions et précieux commentaires tout au long de la préparation de ce document.





1, avenue University, bureau 300
Toronto (Ontario) Canada M5J 2P1
Tél. : 416-915-9222
Sans frais : 1-877-360-1665

ISBN 978-1-988000-13-8

ISBN 978-1-988000-12-1

partenariatcontrecancer.ca

Orienter les améliorations en
matière de lutte contre le cancer

