



RÉSUMÉ

Rendement du système de lutte contre le cancer

Rapport de 2018





Examen des progrès axé sur les patients

Rendement du système de lutte contre le cancer au cours de leur expérience

Le *Rapport de 2018 sur le rendement du système de lutte contre le cancer* est le dernier d'une série de rapports qui mettent en lumière certains domaines du système canadien de lutte contre le cancer – depuis la prévention et le dépistage jusqu'au traitement, à la survie et aux soins de fin de vie. Il indique les secteurs clés où des progrès sont nécessaires afin de favoriser des changements en matière de politiques et de pratiques pour améliorer la prestation de services liés au cancer et l'expérience du patient.

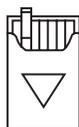
La prévention est la stratégie la plus importante pour réduire le fardeau du cancer chez les générations actuelles et futures. La minimisation des facteurs de risque de cancer – en particulier le tabagisme, l'inactivité physique et la consommation excessive d'alcool – pourrait nous aider à prévenir jusqu'à un tiers des cas de cancer¹. Ce n'est pas une tâche facile. Par exemple, nous savons depuis longtemps que 85 %

des cas de cancer du poumon sont attribuables au tabagisme, et c'est la raison pour laquelle ce dernier a été et demeure une préoccupation centrale dans les efforts entrepris en matière de prévention². Récemment, le Canada a fixé l'objectif de réduire les taux de tabagisme de la population à 5 % d'ici 2035³. Bien que les taux de tabagisme aient chuté de plus de la moitié depuis les années 1970, le taux à l'échelle nationale est de 17,4 %. Cependant, les taux à l'échelle du pays varient entre 14,1 % et 62,1 %, selon la province ou le territoire. Il est clair qu'il reste beaucoup à faire, mais si nous parvenons à atteindre la cible nationale en matière de tabagisme d'un bout à l'autre du pays, d'ici 2035 nous pourrions enregistrer une baisse de 31 000 diagnostics de cancer du poumon et de 20 000 décès des suites d'un cancer du poumon.

Les provinces et les territoires canadiens affichent également des résultats variables en matière de

La minimisation des facteurs de risque de cancer

Tabagisme



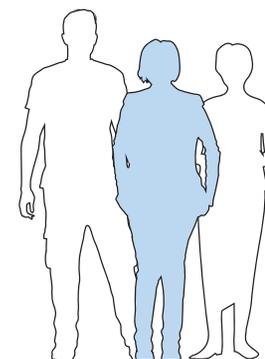
Inactivité physique



Consommation excessive d'alcool



pourrait nous aider à **prévenir** jusqu'à **un tiers des cas de cancer**

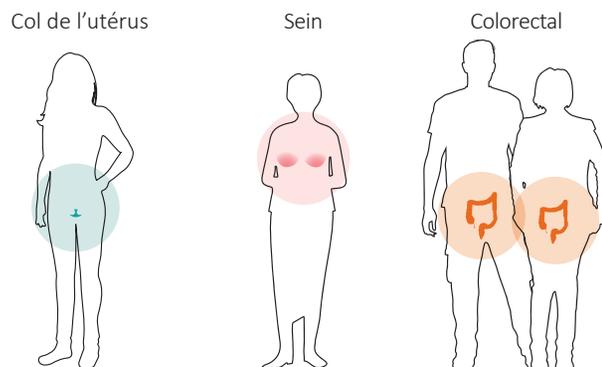


facteurs de risque, y compris l'inactivité physique (de 31,8 % à 50,3 %, selon la province ou le territoire). La consommation excessive d'alcool est également un problème, avec un pourcentage variant de 7,2 % à 16,2 %, selon la province ou le territoire. Ces chiffres se traduisent par de grandes différences dans l'incidence du cancer ainsi que par la nécessité d'élargir efficacement les efforts de prévention pour toucher l'ensemble de la population canadienne.

Malgré la réussite des efforts de prévention entrepris jusqu'ici, un Canadien sur deux recevra un diagnostic de cancer au cours de sa vie⁴. Pour ces Canadiens, notre objectif consiste à **réduire le pourcentage de diagnostics de cancer à un stade avancé, lorsque le traitement n'est plus aussi efficace**. Pour ce faire, nous allons augmenter la détection précoce et le dépistage axé sur la population, ce qui veut dire que l'on va effectuer des tests de dépistage du cancer chez des personnes appartenant à un groupe cible exposé à un risque moyen de cancer (par exemple, mammographies de dépistage tous les deux à trois ans effectuées chez les femmes à risque moyen âgées de 50 à 69 ans).

À l'heure actuelle, le Canada a mis en place des programmes de dépistage axés sur la population pour le cancer colorectal, le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein⁵. Le lancement et l'expansion des programmes de dépistage permettent de diminuer la proportion de diagnostics de cancers à un stade avancé⁶. Le dépistage du cancer du sein a commencé il y a plus de 20 ans et compte un taux de participation national déclaré par les personnes intéressées de 72 %. On diagnostique actuellement 8,8 fois plus de cancers du sein au stade I qu'au stade IV. Il faut comparer ce résultat à celui des programmes de dépistage du cancer colorectal, qui a débuté après 2007. Seuls 51 % des Canadiens dans le groupe d'âge cible se soumettent à un dépistage, et le cancer du côlon est toujours le plus fréquemment diagnostiqué au stade III dans un grand nombre des provinces et des territoires ayant fourni

Le Canada a mis en place des programmes de dépistage axés sur la population pour les cancers suivants :



des données, avec 1,3 fois plus de patients recevant un diagnostic de cancer de stade III comparativement au stade I. Nous prévoyons que la proportion de cancers colorectaux de stade avancé diagnostiqués va diminuer à l'avenir à mesure que les programmes actuels évoluent et que de nouveaux programmes seront mis en œuvre dans deux territoires de compétence supplémentaires. À mesure de l'implantation de ces changements, nous nous attendons à ce que l'incidence du dépistage du cancer colorectal avoisine celle du dépistage du cancer du sein et mène à une amélioration notable des taux de survie.

Le dépistage gagne en efficacité au niveau de la population lorsqu'il respecte les lignes directrices fondées sur des données probantes. En se concentrant sur les populations cibles telles que définies dans les lignes directrices, on augmente la probabilité de détecter un cancer à temps et on diminue la probabilité d'obtenir des résultats faux positifs, lesquels peuvent

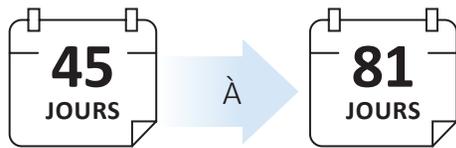
À mesure que les programmes de dépistage évoluent et que la participation au dépistage augmente

la proportion de cancers diagnostiqués à un stade avancé diminue.

mener à la réalisation de tests et d'interventions de suivi inutiles, voire nocifs. Pour cette raison, on ne recommande pas le dépistage systématique par mammographie chez les femmes à risque moyen âgées de 40 à 49 ans : par rapport aux femmes plus âgées, les avantages d'un dépistage – la réduction du nombre de cas de cancer et de décès – sont inférieurs pour ce groupe d'âge, tandis que le risque d'obtention de résultats faux positifs est supérieur⁷.

On estime que **chaque année au Canada, 450 000 mammographies sont réalisées chez des femmes de 40 à 49 ans dans des conditions non conformes aux lignes directrices**. Si nous pouvions réduire ce chiffre de 15 % seulement, on pourrait éviter l'anxiété et les effets nuisibles potentiels liés aux tests supplémentaires effectués à la suite de l'obtention de résultats faux positifs chez 7 500 femmes, et on pourrait réaffecter environ 6,6 millions de dollars à d'autres services de soins de santé.

Les temps d'attente médians entre un résultat de test fécal anormal et une coloscopie de suivi demeurent longs dans l'ensemble du pays, soit de



selon la province ou le territoire

À la suite d'un dépistage du cancer, certaines personnes se font dire que le résultat de leur test est anormal et justifie des examens complémentaires. **Les patients vivent alors l'une des périodes les plus angoissantes de leur vie en attendant les résultats des tests de suivi**, et la situation est encore pire pour ceux qui attendent plusieurs semaines ou plusieurs mois avant de recevoir un diagnostic – ce qui est le cas d'un trop grand nombre de personnes⁸. Selon la province ou le territoire, seulement de 28,8 % à 76,4 % des personnes concernées effectuent une coloscopie de suivi dans les 60 jours suivant l'obtention d'un résultat de test fécal anormal, ce qui signifie qu'il reste encore beaucoup de chemin à faire avant d'atteindre la cible de 90 % de coloscopies de suivi effectuées dans les 60 jours. Nous devons redoubler d'efforts pour coordonner le dépistage et le diagnostic du cancer, afin que les Canadiens passent moins de temps à vivre dans l'incertitude et l'anxiété de ne pas savoir s'ils ont un cancer.

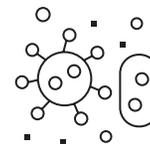
Outre la rapidité du diagnostic, la détermination exacte du stade du cancer est essentielle pour les patients, car elle influe sur le choix d'un traitement approprié. Le contrôle de la propagation du cancer aux ganglions

lymphatiques constitue un élément important de la stadification et est réalisé par un pathologiste qui recherche la présence de cellules cancéreuses dans les ganglions lymphatiques à partir d'échantillons de tissu prélevés par le chirurgien. Si le volume ou la qualité de l'échantillon prélevé sont insuffisants, il n'est pas toujours possible de déterminer de manière définitive si le cancer s'est propagé. Les lignes directrices fondées sur des données probantes recommandent l'examen d'au moins 12 ganglions pour établir la propagation d'un cancer du côlon aux ganglions lymphatiques⁹. Le Canada affiche de bons résultats à cet égard : huit patients atteints d'un cancer du côlon sur dix se font retirer 12 ganglions lymphatiques ou plus, lesquels sont ensuite examinés par un pathologiste (les pourcentages varient de 71,4 % à 91,0 % à l'échelle du pays).

L'investissement dans la recherche novatrice et la participation des patients aux essais cliniques sont essentiels pour la mise au point de nouveaux traitements visant à améliorer l'efficacité des soins en oncologie. Cependant, peu de Canadiens prennent part aux essais, et la participation des adultes venant de recevoir un diagnostic de cancer varie de moins de 1 % à 5,8 %, selon l'endroit où ils vivent. Nous devons redoubler d'efforts pour augmenter le nombre d'essais cliniques sur le cancer au Canada ainsi que la sensibilisation et la participation des patients à ces essais.

Les données probantes issues des essais cliniques sont également utilisées pour élaborer des lignes directrices sur le diagnostic et le traitement du cancer. **Au Canada, la conformité aux lignes directrices fondées sur des données probantes est relativement élevée, mais elle pourrait être meilleure.** Par exemple, le pourcentage de patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III qui reçoivent une radiothérapie préopératoire comme le recommandent les lignes directrices demeure à 54,8 % (il varie de 52,5 % à 64,7 % selon la province ou le territoire)¹⁰. Les données indiquent que certains des patients qui reçoivent un diagnostic de cancer du rectum ne sont pas aiguillés vers un oncologue par leur chirurgien pour suivre une radiothérapie préopératoire¹¹. Un autre exemple concerne le pourcentage de patients atteints d'un cancer du poumon localement avancé qui reçoivent la chimiothérapie postopératoire préconisée par les lignes directrices, qui stagne à 46,4 % et a même diminué chez les patients de 18 à 59 ans. Cependant, il ne faut pas oublier que même si les lignes directrices sont importantes, les cliniciens prennent en compte d'autres facteurs lorsqu'ils discutent des options de traitement avec leurs patients. Les préférences des patients, l'existence d'autres maladies et la capacité de tolérer le schéma thérapeutique envisagé constituent toutes des raisons justifiant la décision de ne pas administrer un traitement recommandé par les lignes directrices.

Après le traitement, les patients sont confrontés à diverses difficultés d'ordre physique, émotionnel et pratique, comme :



la peur de la récurrence du cancer

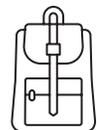


les problèmes d'intimité sexuelle

Pour les patients plus jeunes



les préoccupations liées à la fertilité



le retour à l'école ou au travail

Le pourcentage de patients atteints de cancer décédés à l'hôpital a baissé de



Les ressources et mécanismes de soutien pour les soins de fin de vie comprennent :



la maîtrise de la douleur



l'offre de soins de soutien à domicile

Le système de soins liés au cancer et le système de soins de santé général doivent s'assurer que des ressources et des mécanismes de soutien pour les soins de fin de vie sont disponibles pour les patients atteints de cancer qui choisissent de rester à la maison.

Un système de soins liés au cancer de grande qualité est un système qui ne se concentre pas uniquement sur le traitement de la tumeur, mais qui prend également soin de la personne dans sa globalité. Outre leurs symptômes physiques, les personnes atteintes de cancer ont des préoccupations d'ordre émotionnel et pratique avant, pendant et après le traitement. Les professionnels de la santé ne peuvent répondre à ces besoins que s'ils en ont conscience et s'ils possèdent les ressources et le soutien nécessaires. Les outils qui donnent aux patients la possibilité de décrire leur qualité de vie et les résultats de leur traitement (notamment l'*Edmonton Symptom Assessment System – revised*) leur permettent de rapporter régulièrement la nature et l'intensité de leurs symptômes¹². **La fatigue est le symptôme de détresse le plus courant rapporté par les patients pendant qu'ils reçoivent un traitement anticancéreux (75,6 %), et elle est suivie de l'anxiété (56,5 %).** Les fournisseurs de soins de santé peuvent utiliser ces renseignements pour recommander des ressources afin de soulager les symptômes et d'avoir des conversations ouvertes et informatives avec leurs patients.

Lorsque le traitement est terminé, les patients restent confrontés à diverses difficultés d'ordre physique, émotionnel et pratique, comme la peur de la récurrence du cancer, les problèmes d'intimité sexuelle et, pour

les patients plus jeunes, les préoccupations liées à la fertilité et au retour à l'école ou au travail⁸. Certaines personnes se sentent seules une fois le traitement anticancéreux terminé, sans voie d'accès claire à un soutien de la part du système de soins de santé général (y compris les soins communautaires et primaires). **Un tiers des personnes déclarent attendre plus d'un an pour obtenir de l'aide** pour gérer les préoccupations physiques, émotionnelles ou pratiques les plus difficiles auxquelles elles sont confrontées au terme du traitement. De toute évidence, le besoin d'améliorer les soins et l'accompagnement des patients dans leur transition vers la vie après le cancer reste important.

Dans les cas où le cancer est tellement avancé que les patients et leur famille doivent oublier la possibilité d'une guérison, leurs fournisseurs de soins et eux-mêmes doivent discuter d'options de soins avancés. Il s'agit des traitements de fin de vie dont l'objectif premier est d'offrir la meilleure qualité de vie possible en fonction des préférences et des valeurs des patients et de leur famille. **Souvent, les patients préfèrent passer les derniers jours de leur vie à la maison entourés de leurs proches, plutôt que dans un hôpital**¹³. Le pourcentage de patients atteints de cancer décédés à l'hôpital a baissé de 71,6 % en 2008 à 65,9 % en 2013. Cela évolue dans la bonne direction, mais

pour poursuivre ces progrès, les soins en oncologie et les systèmes de soins de santé au sens plus large doivent s'assurer que des ressources et des mécanismes de soutien pour les soins de fin de vie, y compris la maîtrise de la douleur et l'offre de soins de soutien à domicile, sont disponibles pour les patients atteints de cancer qui choisissent de rester à la maison.

En résumé, **le système de lutte contre le cancer au Canada a réalisé des progrès appréciables** dans la réduction du risque de cancer ainsi que dans l'amélioration de l'expérience et des résultats des soins pour les personnes touchées. Cependant, comme l'indique le rapport, **il reste encore beaucoup à faire**. Nous devons étendre la disponibilité et l'utilisation des données du système de santé et continuer à mesurer et à suivre nos progrès pour poursuivre l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la lutte contre le cancer au Canada et relever les défis qui nous attendent.