



# Examen des disparités en matière de lutte contre le cancer au Canada - Compte rendu des écarts, des possibilités et des réussites

FAITS SAILLANTS  
DU RAPPORT

FÉVRIER 2014



# Examen des disparités en matière de lutte contre le cancer au Canada - Compte rendu des écarts, des possibilités et des réussites

## FAITS SAILLANTS DU RAPPORT

FÉVRIER 2014

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

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

Citation suggérée : Partenariat canadien contre le cancer (2014). Examen des disparités en matière de lutte contre le cancer au Canada - Compte rendu des écarts, des possibilités et des réussites : Faits Saillants du Rapport. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer.

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

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

Tél. : 416.915.9222  
Sans frais d appel : 1.877.360.1665

[www.partenariatcontrelecancer.ca](http://www.partenariatcontrelecancer.ca)

Also available in English under the title:  
Examining disparities in cancer control across Canada – A story of gaps, opportunities and successes: Report Highlights

## L'écart dans le taux de survie

Un rapport mesurant le rendement du système canadien de lutte contre le cancer fait ressortir des disparités potentiellement importantes quant aux soins et aux résultats liés au cancer que les Canadiens obtiennent selon leur revenu, leur lieu de résidence, et le fait qu'ils soient de nouveaux immigrants ou d'origine canadienne. Dans l'ensemble, le rapport indique que les résidents des quartiers urbains les plus pauvres sont moins susceptibles de survivre au cancer par comparaison aux résidents des quartiers urbains les plus riches, et que cette situation pourrait s'expliquer en partie par les inégalités dans l'accès aux services de diagnostic et de traitement.

Ce rapport thématique spécial du Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat), un organisme sans but lucratif financé par le gouvernement fédéral qui est chargé de mettre en œuvre la stratégie nationale de lutte contre le cancer en collaboration avec des partenaires, révèle que les résidents les mieux nantis des régions urbaines ont 73 % de chances de survivre au cancer cinq ans après le diagnostic (par rapport aux autres membres de la population générale de mêmes âge, sexe et niveau de revenu) par comparaison à 61 % chez les personnes vivant dans les quartiers urbains les plus pauvres. L'écart dans le taux de survie persiste (bien qu'il soit de moindre importance) et ce, même lorsqu'on exclut le cancer du poumon (qui est plus répandu chez les populations à faible revenu/rurales) et le cancer de la prostate (qui est plus répandu chez les populations à revenu élevé/urbaines).

Des études antérieures indiquent que les Canadiens à faible revenu et ceux vivant en région rurale risquent davantage de développer certains types de cancer et d'en mourir parce qu'ils présentent des taux de tabagisme et d'obésité supérieurs. Toutefois, les écarts dans les taux de survie tendent à refléter des différences en matière de diagnostic et de traitement plutôt que des différences sur le plan du risque d'être atteint d'un cancer. Le rapport révèle pour la première fois que, selon les données de la plupart des provinces, les personnes vivant dans des collectivités à faible revenu et des collectivités rurales et éloignées n'ont peut-être pas toujours accès aux meilleurs soins liés au cancer. Ces segments de la population accusent peut-être un retard à toutes les étapes du parcours de soins liés au cancer et ce, qu'il s'agisse du dépistage, de l'utilisation de la radiothérapie, de la chirurgie ou de la participation à des essais cliniques.

Les nouvelles ne sont cependant pas toutes mauvaises. Les résultats présentés dans le rapport laissent entendre qu'il existe des inégalités, mais ils fournissent également des exemples des progrès réalisés en vue d'éliminer les écarts au moyen d'interventions particulières qui visent notamment à améliorer l'accès au dépistage du cancer du sein dans les collectivités éloignées en ayant recours à des unités mobiles de mammographie. Les réussites accomplies à cet égard signifient que les Canadiens n'ont pas à se résigner au statut quo des inégalités d'ordre socioéconomique et géographique. En fait, le présent rapport et les autres rapports sur le rendement du système que le Partenariat produit ont pour objet de déterminer les pratiques exemplaires qui peuvent être adoptées d'une façon plus générale pour améliorer la lutte contre le cancer à l'échelle du pays.

Il est important de souligner que ce rapport ne traite pas en particulier des **peuples métis, inuits et des Premières nations** en raison des limites des données, même si ces peuples sont partiellement représentés dans les données fournies par les collectivités provinciales éloignées ou rurales et les territoires. L'avancement de la lutte contre le cancer chez les peuples métis, inuits et des Premières nations avec leur collaboration fait partie des priorités de l'organisme, comme en témoigne la mise en œuvre du Plan d'action de lutte contre le cancer chez les Premières nations, les Inuits et les Métis, tout comme le soutien à un certain nombre d'initiatives locales visant à réduire le fardeau du cancer chez ces peuples. Pour obtenir un complément d'information, consultez le site <http://vuesurlecancer.ca/cv/portal/Home/FirstNationsInuitAndMetis>

## Les lacunes

Prenant appui sur des renseignements provenant de plusieurs sources, telles que les bases de données des hôpitaux, les enquêtes nationales sur les ménages, et les registres provinciaux du cancer, ce rapport examine les taux d'incidence de divers types de cancer et présente une estimation du stade particulier auquel les cancers les plus fréquents au Canada sont décelés chez les populations à faible revenu et les populations rurales et éloignées. Le rapport fait en outre état des tendances liées à la chirurgie du cancer, du nombre de patients qui subissent une radiothérapie, de la mesure dans laquelle ils doivent attendre pour subir la radiothérapie recommandée le cas échéant, et des patients qui participent à des essais cliniques; il met ainsi en lumière les tendances qu'il y aurait lieu d'examiner plus à fond et des domaines d'intervention.

Le dépistage précoce du cancer peut souvent améliorer les chances de survie à cette maladie, mais les résultats présentés dans le rapport laissent entendre que les Canadiens provenant des ménages à faible revenu sont moins susceptibles que ceux issus des ménages à revenu élevé de subir un dépistage du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus. De plus, les femmes à faible revenu qui subissent une mammographie de dépistage dont le résultat est anormal attendent plus longtemps que les femmes à revenu élevé pour obtenir les tests de suivi nécessaires à la résolution des résultats. En dépit des taux inférieurs de dépistage toutefois, les données relatives à la mortalité n'indiquent pas que les femmes des quartiers à faible revenu risquent davantage que celles des collectivités à revenu élevé de mourir du cancer du sein.

Le rapport indique également que les nouveaux immigrants, dont un grand nombre vivent aussi dans un ménage à faible revenu en milieu urbain selon les statistiques canadiennes, sont moins susceptibles que les personnes nées au Canada et les immigrants vivant au Canada depuis au moins une décennie de déclarer avoir subi un dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal.

Le temps de déplacement vers les centres de traitement, qui sont habituellement situés dans de grands centres urbains, peut faire obstacle à l'accès aux traitements pour les Canadiens vivant dans des collectivités rurales et éloignées. Les temps de déplacement de longue durée,

conjugués aux perturbations de la vie personnelle occasionnées par le fait d'être loin de la maison pendant de longues périodes, peuvent contribuer à expliquer la faible utilisation de certains services par les résidents des collectivités rurales et éloignées. Par exemple, le rapport montre que les personnes habitant à plus de 40 minutes en voiture d'un centre de traitement du cancer sont un peu moins susceptibles de subir une radiothérapie après avoir obtenu un diagnostic de cancer. Les personnes vivant dans des régions rurales et éloignées sont également plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du poumon à un stade plus avancé que les résidents des régions urbaines. Cela peut indiquer l'existence d'obstacles à l'accès à certaines parties du système de soins de santé qui sont essentielles à un diagnostic précoce. Veuillez consulter le rapport pour obtenir des renseignements sur la corrélation entre la distance à parcourir en voiture et l'accès aux traitements, qui est disponible à l'adresse suivante : [www.vuesurlecancer.ca/rapportsurlerendementdusysteme](http://www.vuesurlecancer.ca/rapportsurlerendementdusysteme).

Les personnes vivant dans des quartiers à faible revenu et celles vivant dans des collectivités éloignées sont aussi les moins susceptibles de participer à des essais cliniques portant sur les plus récents traitements contre le cancer. Les essais cliniques sont le moteur de l'amélioration dans le domaine du traitement contre le cancer, mettant l'innovation scientifique réalisée en laboratoire à la disposition des patients dans les hôpitaux. Les données contenues dans le rapport montrent que les patients atteints de cancer qui vivent dans les quartiers ayant le revenu le plus élevé sont 1,8 fois plus susceptibles de participer à un essai clinique que les patients provenant des quartiers ayant le revenu le plus faible. Le lieu de résidence influe aussi sur la participation, les patients vivant en régions urbaines étant 1,3 fois plus susceptibles que ceux vivant dans des collectivités éloignées de participer à un essai clinique.

Les tendances indiquent que les patients provenant de régions éloignées et de quartiers à faible revenu sont moins susceptibles d'avoir accès à des traitements qui pourraient améliorer leurs chances de survie. Elles peuvent aussi laisser entrevoir la possibilité que les résultats des essais cliniques ne puissent s'appliquer à l'ensemble de la population si certains segments de cette population qui pourraient réagir différemment aux traitements mis à l'essai ne sont pas bien représentés dans ces essais.

## Bonnes nouvelles au sujet des temps d'attente

En plus de l'absence de disparités mentionnée antérieurement en ce qui concerne l'accès au dépistage du cancer du sein dans les collectivités rurales et éloignées, le rapport fait aussi état de constatations rassurantes au sujet des temps d'attente, un indicateur clé du point de vue du public et des patients. Par exemple, le rapport ne fait ressortir aucune différence quant aux temps d'attente en radiothérapie (à l'issue de l'examen de tous les cancers combinés), selon le lieu de résidence et ce, que celui-ci soit situé en région urbaine, rurale ou éloignée, ou selon le revenu ou le statut d'immigrant.

## Défis possibles en matière d'accès à certaines chirurgies du cancer

En ce qui a trait aux chirurgies liées au cancer du rectum, le rapport indique que les patients vivant dans des collectivités éloignées sont un peu plus susceptibles que les résidents des régions urbaines de subir une colostomie. Une colostomie permanente, qui consiste à retirer le sphincter anal en entier et à rediriger l'écoulement des matières fécales vers une poche externe fixée à l'abdomen, est généralement associée à une détérioration de la qualité de vie chez les patients concernés. Bien que la colostomie soit nécessaire dans certaines situations, les chirurgiens et les patients s'efforcent en général d'éviter cette intervention. D'autres facteurs peuvent jouer un rôle, mais les résultats exposés dans le rapport peuvent être expliqués, du moins en partie, par des études antérieures ayant révélé que les taux de colostomie sont supérieurs dans les hôpitaux de petite taille où l'on réalise moins de chirurgies rectales. Les patients des régions rurales et éloignées sont peut-être plus susceptibles de subir ces chirurgies dans des hôpitaux qui traitent moins de cas de cancer du rectum.

Les niveaux de revenu et le lieu de résidence semblent être associés au type d'intervention chirurgicale que subissent les femmes présentant un cancer du sein à un stade précoce. Les mastectomies sont moins nombreuses chez les femmes à revenu élevé et celles vivant en région urbaine que chez les femmes à faible

revenu et celles vivant dans des collectivités rurales et éloignées, car les premières optent plutôt pour une chirurgie conservatrice du sein (CCS). Lors d'une CCS, la tumeur est retirée mais une bonne partie des tissus mammaires sont conservés, ce qui donne de meilleurs résultats sur le plan esthétique; contrairement à la plupart des mastectomies, cependant, la CCS est généralement suivie d'une radiothérapie. La CCS est une option moins radicale et moins effractive, et elle est considérée aussi efficace que la mastectomie sur le plan de la survie.

Les constatations peuvent indiquer que les femmes des régions rurales et celles à faible revenu préfèrent recourir à une mastectomie plutôt qu'au traitement conservateur du sein, mais il se peut aussi que les frais de déplacement et le temps requis pour obtenir la radiothérapie nécessaire à la suite d'une chirurgie conservatrice du sein rendent le choix de cette option de traitement plus difficile pour les femmes qui habitent loin des centres de radiothérapie.

Le rapport révèle également que les taux de mastectomie et de colostomie sont inférieurs dans les régions du pays qui sont considérées comme présentant une forte densité d'immigrants et qu'ils peuvent refléter le fait que les personnes immigrantes au Canada ont tendance à s'établir dans des régions urbaines offrant un meilleur accès aux services, dont ceux de centres de radiothérapie et ceux de centres de chirurgie à haut volume.

## Situations où les disparités en matière de soins liés au cancer n'entraînent pas nécessairement des résultats différents

Les tendances de l'incidence et de la mortalité du cancer de la prostate donnent une idée des situations où la détection plus précoce n'entraîne pas nécessairement de meilleurs résultats. Les hommes des quartiers à revenu élevé présentent un taux d'incidence du cancer de la prostate supérieur à celui des hommes des quartiers à faible revenu, et ils reçoivent souvent un diagnostic à des stades plus précoces. Ces résultats cadrent avec les données d'enquête disponibles qui indiquent que les hommes à revenu élevé sont plus nombreux à subir des tests de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) pour le dépistage du cancer de la prostate. En dépit du taux de détection supérieur, les hommes à revenu élevé ne sont pas moins susceptibles de mourir du cancer de la prostate. Ces constatations, qui doivent être confirmées par des recherches plus poussées, laissent entendre que la détection précoce au moyen du dépistage de l'APS augmente le taux d'incidence chez les hommes à revenu élevé mais ne réduit pas le risque de développer un cancer de la prostate à un stade avancé ou de mourir de ce cancer. En fait, les données contenues dans le rapport donnent à penser que les taux de cancer de la prostate à un stade avancé sont légèrement plus élevés chez les hommes à revenu élevé que chez les hommes à revenu faible.

Pour obtenir des renseignements sur l'incidence du cancer du sein, du cancer du poumon et du cancer colorectal, ainsi que sur le diagnostic par stade de ces cancers chez différentes populations, veuillez consulter le rapport disponible à l'adresse suivante : [www.vuesurlecancer.ca/rapportsurlerendementdusysteme](http://www.vuesurlecancer.ca/rapportsurlerendementdusysteme).

## Situations de risque et au-delà de celles-ci

De nombreux facteurs peuvent contribuer à expliquer les disparités mentionnées dans le présent rapport, et les constatations issues de recherches antérieures auxquelles il fait écho. Il peut être tentant d'attribuer ces

disparités aux profils de risque distincts des différents groupes, comme les taux supérieurs de tabagisme chez les populations à faible revenu ou les taux supérieurs d'obésité chez les résidents des régions rurales et éloignées. Ce tableau serait toutefois incomplet.

Les facteurs de risque constituent des mesures cruciales qui témoignent à la fois de la prévention et de l'incidence de la maladie. Toutefois, au-delà du profil de risque distinct de tout groupe de population, l'âge, l'emploi, le niveau de scolarité, la sensibilisation générale, et les croyances personnelles en matière de santé sont tous des variantes qui déterminent le parcours de la personne concernée au sein du système de lutte contre le cancer ou la possibilité qu'elle évite un diagnostic de cancer. La lutte contre le cancer ne relève pourtant pas seulement de la responsabilité individuelle. Les ressources en santé publique, les médecins de famille, les spécialistes, les centres de traitement contre le cancer, les hôpitaux et les administrations publiques ont tous un rôle à jouer pour aider à prévenir la maladie et à intégrer les pratiques exemplaires en vue d'améliorer les résultats des traitements.

Nous espérons que ce rapport thématique spécial contribuera à éclairer la pratique clinique et l'élaboration de politiques en faisant ressortir les domaines et les services qui nécessitent des efforts supplémentaires pour éliminer les disparités, et en assurant que tous les Canadiens ont facilement accès aux meilleurs services de prévention, de dépistage et de soins liés au cancer et ce, sans égard au moment de leur arrivée au pays, à leur revenu ou à leur lieu de résidence. Le cancer ne fait aucune discrimination et nous devons nous assurer qu'il n'y a pas non plus de discrimination dans le système de soins de santé au Canada.

# Remerciements

---

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

## Comité directeur sur le rendement du système et Comité de travail technique sur le rendement du système

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

D<sup>re</sup> Monica Behl, vice-présidente, Services médicaux et médecin principal, Saskatchewan Cancer Agency

D<sup>re</sup> Grlica Bolesnikov, coordonnatrice, Gestion de la qualité et responsabilisation, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick – Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick

D<sup>r</sup> Andy Coldman, vice-président, services d'oncologie à la population, BC Cancer Agency

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

M<sup>me</sup> Angela Eckstrand, analyste adjointe des programmes, Alberta Health Services

D<sup>r</sup> Carman Giacomantonio, directeur médical en chef, Cancer Care Nova Scotia

D<sup>r</sup> Eshwar Kumar, cochef de la direction, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick – Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick

D<sup>r</sup> Jean Latreille, direction québécoise du cancer

D<sup>r</sup> Ethan Laukkanen, radio oncologue, Programme de radio oncologie de l'Île du-Prince-Édouard

M<sup>me</sup> Farah McCrate, épidémiologiste clinique, Programme de soins contre le cancer, Eastern Health

M<sup>me</sup> Colleen McGahan, chef de la biostatistique, Surveillance du cancer et résultats, services d'oncologie à la population, BC Cancer Agency

D<sup>re</sup> Sri Navaratnam, présidente et directrice générale, Action cancer Manitoba

M<sup>me</sup> France Paquette, conseillère à la direction québécoise de cancérologie, ministère de la Santé et des Services sociaux

D<sup>r</sup> Jon Tonita, vice-président, Santé de la population, Saskatchewan Cancer Agency

D<sup>re</sup> Donna Turner, épidémiologiste et directrice provinciale, services d'oncologie à la population, Action cancer Manitoba

M<sup>me</sup> Kim Vriends, directrice, Registre du cancer de l'Île du-Prince-Édouard

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

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

M<sup>me</sup> Elaine Warren, directrice, Programme de soins contre le cancer, Eastern Health, Dr. H. Bliss Murphy Cancer Centre

---

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

## Membres du groupe de travail

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

M<sup>me</sup> Sheila Carter, directrice, Health & Wellness Department, Metis Health Knowledge Authority, Manitoba Metis Federation

D<sup>re</sup> Kami Kandola, médecin hygiéniste en chef adjointe, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

D<sup>re</sup> Arminée Kazanjian, professeure, Département des soins de santé et de l'épidémiologie, faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique

D<sup>r</sup> Eshwar Kumar, cochef de la direction, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick – Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick

M<sup>me</sup> Joanne Lucarz-Simpson, chargée de liaison en matière de savoir et de participation, Lutte contre le cancer chez les Premières nations, les Inuits et les Métis, Partenariat canadien contre le cancer

M<sup>me</sup> Maureen MacIntyre, directrice, Unité de surveillance et d'épidémiologie, Cancer Care Nova Scotia

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

M<sup>me</sup> Alison McMullen, directrice des services de prévention et de dépistage, Thunder Bay Regional Health Sciences Centre, Ontario

D<sup>r</sup> David L. Mowat, médecin hygiéniste, Services de santé de la région de Peel, Ontario

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

D<sup>re</sup> Julianne Sanguins, gestionnaire de programme de recherche, Health & Wellness Department, Metis Health Knowledge Authority, Manitoba Metis Federation

D<sup>re</sup> Donna Turner, épidémiologiste et directrice provinciale, services d'oncologie à la population, Action cancer Manitoba

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



1, avenue University, bureau 300  
Toronto (Ontario) Canada M5J2P1

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

[www.partenariatcontrecancer.ca](http://www.partenariatcontrecancer.ca)



Orienter les améliorations en  
matière de lutte contre le cancer