

# Rapport de 2012 sur le rendement du système de lutte contre le cancer

**DÉCEMBRE 2012**



# Rapport de 2012 sur le rendement du système de lutte contre le cancer

**DÉCEMBRE 2012**

La rédaction de ce document a été rendue possible grâce à une contribution 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 (2012). *Rapport de 2012 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. 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.partnershipagainstcancer.ca/fr/](http://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/)

**Also available in English under the title:**  
*The 2012 Cancer System Performance Report*

## Remerciements

L'équipe responsable de l'élaboration du présent rapport est dirigée par la D<sup>re</sup> Heather Bryant, vice-présidente, Lutte contre le cancer. Voici les membres de l'équipe du rendement du système et de la surveillance : Rami Rahal, directeur; Julie Klein-Geltink, gestionnaire de programmes; Carolyn Sandoval et Tonia Forte, chargées de recherche; Wendy Flores, assistante administrative; Gina Lockwood, chef des analystes et biostatisticienne principale, ainsi que les analystes Sharon Fung, Dan He, Jin Niu et Julie Xu.

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

Le Conseil C<sup>17</sup>, l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein, le Réseau national de dépistage du cancer colorectal et l'Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus ont également joué un rôle de premier plan dans la collecte des données.

Le Partenariat désire aussi remercier Statistique Canada, tout particulièrement la Division de la statistique de la santé, qui lui a accordé l'accès à des données, qui en a validé d'autres et qui a fourni des projections sur l'incidence, la mortalité et la survie. Nous désirons également remercier l'Institut canadien d'information sur la santé pour les données et l'analyse qu'il nous a fournies sur le recours à la mastectomie et à la chirurgie conservatrice du sein au Canada.

### COMITÉ DIRECTEUR SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME

**D<sup>r</sup> Andy Coldman**, Vice-président, Oncologie des populations, BC Cancer Agency (Colombie-Britannique)

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

**M<sup>me</sup> Liz Dobbin**, Chef, Centre de traitement du cancer de l'Île-du-Prince-Édouard (Île-du-Prince-Édouard)

**D<sup>r</sup> Carman Giacomantonio**, Directeur médical en chef, Cancer Care Nova Scotia (Nouvelle-Écosse)

**D<sup>r</sup> Eshwar Kumar**, Cochef de la direction, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (Nouveau-Brunswick)

**D<sup>r</sup> Jean Latreille**, Direction québécoise de cancérologie (Québec)

**D<sup>re</sup> Carol Sawka**, Vice-présidente, Programmes cliniques et Initiatives sur la qualité, Action cancer Ontario (Ontario)

**D<sup>r</sup> Colum Smith**, Vice-président, Services cliniques, et médecin-hygiéniste principal, Saskatchewan Cancer Agency (Saskatchewan)

**M<sup>me</sup> Sharon Smith**, Directrice, Programme de soins contre le cancer, Eastern Health, Dr. H. Bliss Murphy Cancer Centre (Terre-Neuve-et-Labrador)

**D<sup>re</sup> Donna Turner**, Épidémiologiste et directrice provinciale, Oncologie et population, Action cancer Manitoba (Manitoba) – (intérim)

---

### COMITÉ DE TRAVAIL TECHNIQUE SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME

**M<sup>me</sup> Rebecca Anas**, Directrice, Secrétariat du contrôle de la qualité de l'Ontario (Ontario)

**D<sup>re</sup> Grlica Bolesnikov**, Coordonnatrice, Gestion de la qualité et de la responsabilisation, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (Nouveau-Brunswick)

**M<sup>me</sup> Farah McCrate**, Épidémiologiste clinique, Programme de soins contre le cancer, Eastern Health (Terre-Neuve-et-Labrador)

**M<sup>me</sup> Colleen McGahan**, Chef de la biostatistique, Surveillance du cancer et résultats, Oncologie des populations, BC Cancer Agency (Colombie-Britannique)

**M<sup>me</sup> Louise Paquet**, Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec) – (intérim)

**M. Tom Snodgrass**, Chef de section, Cancer Outcomes and Performance Measurement (COPM), Alberta Health Services – Cancer Care (Alberta)

**D<sup>r</sup> Jon Tonita**, Vice-président, Santé de la population, Saskatchewan Cancer Agency (Saskatchewan)

**D<sup>re</sup> Donna Turner**, Épidémiologiste et directrice provinciale, Oncologie et population, Action cancer Manitoba (Manitoba)

**M<sup>me</sup> Kim Vriends**, Chef, Registre sur le cancer de l'Île-du-Prince-Édouard (Île-du-Prince-Édouard)

**M. Gordon Walsh**, Épidémiologiste, Unité de surveillance et d'épidémiologie, Cancer Care Nova Scotia (Nouvelle-Écosse)

<b>Résumé</b>	2	<b>Traitement</b>	76
Principaux résultats	3	<b>Radiothérapie</b>	
Perspectives d'avenir	6	Temps d'attente en radiothérapie	79
		L'utilisation et la capacité de la radiothérapie	83
<b>Introduction</b>	7	Radiothérapie préopératoire pour les cas de cancer du rectum au stade II et III	85
À propos du Partenariat	8	Motifs justifiant l'absence de recommandation et de traitement	91
Pourquoi un rapport sur le rendement du système?	9	Radiothérapie adjuvante pour les cas de cancer du sein au stade I et II	95
Évaluation du rendement du système fondée sur la collaboration	10	<b>Thérapie générale</b>	
Autres rapports sur le rendement du système	10	Chimiothérapie adjuvante pour les cas de cancer du côlon au stade III	98
Structure du présent rapport	11	Chimiothérapie adjuvante pour les cas de cancer du poumon « non à petites cellules », au stade II et IIIA	103
		Motifs justifiant l'absence de recommandation et de traitement	108
<b>Prévention</b>	15	<b>Interventions chirurgicales</b>	
Prévalence du tabagisme	20	Mastectomie/chirurgie conservatrice du sein	111
Abandon du tabagisme	22	Prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions pour les résections du cancer du côlon	114
Exposition à la fumée secondaire	25		
Consommation d'alcool	29	<b>Expérience des patients et soins en fin de vie</b>	118
Excès de poids et obésité chez les adultes	31	Dépistage de la détresse	120
Utilisation d'équipement de bronzage artificiel	34	Satisfaction des patients par rapport aux soins	125
Participation aux programmes d'immunisation contre le virus du papillome humain (VPH)	37	Lieu du décès	130
Infection par le virus de l'hépatite B	40		
Infection par le virus de l'hépatite C	44	<b>Recherche</b>	134
		Participation aux essais cliniques	137
<b>Dépistage</b>	47	Les investissements dans la recherche	144
Dépistage du cancer du col de l'utérus	50		
Dépistage du cancer du sein	54		
Dépistage du cancer colorectal	57		
<b>Diagnostic</b>	63		
Saisie de données sur le stade du cancer	65		
Diagnostic de cancer du sein : temps d'attente entre une mammographie anormale et une résolution du diagnostic	70		
Diagnostic de cancer colorectal : temps d'attente entre une analyse de selles anormale et une coloscopie	74		

---

<b>Résultats à long terme</b>	145
<b>Incidence, mortalité et survie relative pour les quatre cancers les plus courants</b>	
Cancer du sein	148
Cancer du poumon	151
Cancer colorectal	156
Cancer de la prostate	159
<b>Tendances relatives aux cancers émergents</b>	
Cancer du pancréas	163
Lymphome non hodgkinien	166
Cancer de la thyroïde	168
Cancer du foie	171
Mélanome	174
Cancer de la tête et du cou et cancer oropharyngé	177

---

<b>Perspectives d'avenir</b>	182
------------------------------	-----

---

<b>Bibliographie</b>	184
----------------------	-----

---

<b>Annexe technique</b>	194
-------------------------	-----

# Résumé

**Le Rapport de 2012 est le quatrième rapport annuel portant sur le rendement du système canadien de lutte contre le cancer que rédige le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) en collaboration avec ses partenaires provinciaux et nationaux. Outre le rapport annuel, l'initiative sur le rendement du système du Partenariat produit divers rapports, notamment des rapports thématiques spéciaux et des rapports techniques d'étude spéciale.**

**Les rapports annuels examinent les indicateurs de rendement qui couvrent les aspects du continuum de la lutte contre le cancer, les types de cancer et la population canadienne.**

Le Rapport de 2012 comporte quelques nouveaux indicateurs, dont l'incidence de l'hépatite B, le taux de mastectomie en présence de cancer du sein et l'investissement dans la recherche sur le cancer, ainsi qu'un certain nombre de nouveaux types de cancer dans le cadre des résultats à long terme (incluant le cancer du pancréas, le lymphome non hodgkinien, le cancer de la thyroïde, le cancer du foie, le cancer de la tête et du cou et le mélanome). Autre nouveauté : le Rapport de 2012 présente les résultats d'une étude spéciale portant sur l'examen rétrospectif des dossiers médicaux pour expliquer le non respect des directives thérapeutiques sur le traitement du cancer du poumon et le cancer du rectum.

**Les indicateurs cités dans le présent rapport sont le fruit des activités menées de concert avec de nombreux partenaires nationaux, provinciaux ou territoriaux.** Le travail effectué repose également sur des consultations menées auprès de nombreux experts et chefs de file du savoir dans le domaine de la lutte contre le cancer. Les organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer ont fourni des données détaillées pour faciliter le calcul de nombreux indicateurs présentés dans le rapport. À l'échelle nationale, le Partenariat travaille en étroite collaboration avec Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS) et le Conseil C<sup>17</sup> des programmes d'oncologie pédiatrique du Canada afin de générer divers indicateurs.

**Comme dans les années passées, les résultats (lorsqu'ils sont significatifs) sont comparés selon la province et le territoire, le groupe d'âge des patients ou de la population et le sexe.** Des analyses explicatives, notamment des résultats selon le lieu de résidence et le statut socioéconomique, seraient dorénavant présentées dans les rapports thématiques spéciaux. À l'instar des rapports antérieurs, le rapport de cette année est structuré en fonction des divers aspects du continuum de la lutte contre le cancer, soit : *prévention, dépistage, diagnostic, traitement, expérience des patients et soins de fin de vie, recherche et résultats à long terme.*

## Principaux résultats

Sur **le plan de la prévention**, l'analyse de la prévalence du tabagisme indique que 20 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus disaient avoir fumé au cours de l'année précédente. Le plus faible pourcentage de fumeurs était de 15,8 % en Colombie-Britannique. De toutes les personnes de 12 ans et plus qui fumaient récemment, 18 % ont déclaré avoir cessé de fumer au cours des deux dernières années. Le taux d'abandon le plus élevé était de 26,7 % à Terre-Neuve-et-Labrador. L'exposition à la fumée secondaire des Canadiens de 12 ans et plus était de 12,6 % dans les lieux publics. Moins élevée, l'exposition à bord des véhicules et à la maison était de 5,5 % et de 6,7 %, respectivement. Cette dernière était la plus faible en Colombie-Britannique (2,4 % à bord des véhicules et 4,6 % à la maison), alors que l'exposition dans les lieux publics était moins importante au Yukon (4,6 %).

En 2011, 19,7 % des Canadiens âgés de 18 ans et plus n'avaient pas consommé d'alcool au cours de l'année précédente. Les pourcentages les plus élevés étaient de 23,5 % au Nunavut et de 22,9 % au Nouveau-Brunswick. À l'opposé, 11 % des adultes de Terre-Neuve-et-Labrador déclarent une consommation d'alcool excédant les directives de la Société canadienne du cancer en la matière. Au Canada, 52 % des adultes de 18 ans et plus avaient un excès de poids ou étaient considérés comme obèses. La Colombie-Britannique a enregistré le taux le moins élevé de ce chapitre (47 %). En 2006, 10,5 % des Canadiens âgés de 16 à 64 ans ont dit avoir utilisé un appareil de bronzage artificiel sur une période d'un an. Chez les femmes de 16 à 24 ans, ce taux était de 27 %.

Depuis 2010, l'ensemble des provinces et des territoires se sont dotés d'un programme organisé d'immunisation contre le virus de papillome humain en milieu scolaire. Au cours de l'année scolaire 2008 à 2009, les taux de participation à ces programmes variaient de 52 % au Manitoba à 88 % au Terre-Neuve-et-Labrador. En 2008, le taux déclaré d'infection aiguë par le virus de

l'hépatite B (VHB) était de 1,7 personne sur 100 000. Les provinces et les territoires disposent tous d'un programme d'immunisation universelle contre le VHB. En 2009, le taux déclaré d'infection par le virus de l'hépatite C était de 33,7 personnes sur 100 000.

Sur **le plan du dépistage**, le taux de participation aux tests de dépistage du cancer du col de l'utérus était relativement comparable d'une province à l'autre, allant de 64 % en Saskatchewan à 76 % en Alberta chez les femmes ayant subi au moins un test Pap au cours de la période de trois ans (de 2006 à 2008). Une fois corrigé en fonction de l'hystérectomie, le taux de participation s'établissait à 72 % en Ontario (rectifié selon l'âge) et à 80 % en Colombie-Britannique.

La participation aux programmes organisés de dépistage du cancer du sein variait selon la province, allant de 6 % en Alberta à 56 % au Québec. Selon les données autodeclarées, ces programmes rejoignent un nombre de plus en plus élevé de femmes : 72 % d'entre elles ont déclaré avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes, allant de 58 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 75 % au Nouveau-Brunswick.

En 2011, le pourcentage de Canadiens qui déclarent avoir subi régulièrement des tests de dépistage du cancer colorectal allait de 22 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 64 % au Manitoba.

Sur **le plan du diagnostic**, neuf registres provinciaux sur dix renfermaient des données sur le stade d'au moins 90 % des cas des quatre types de cancer les plus courants en 2010. L'objectif de l'Initiative nationale de stadification du cancer a donc été atteint. De 2007 à 2010, la saisie du stade du cancer pour tous les types de cancer a connu une hausse constante. En 2010, aucune des provinces ayant fourni des données n'avait atteint les temps d'attente cibles entre une mammographie anormale et une résolution à un diagnostic de cancer. Les patientes qui n'ont

pas à subir de biopsie demeurent plus susceptibles de faire l'objet d'un diagnostic dans les délais cibles que celles qui ont besoin d'une biopsie pour résoudre leur diagnostic. Les données sur les temps d'attente entre un test fécal anormal et une coloscopie sont communiqués pour la toute première fois, et sont disponibles pour quatre provinces pour 2009 à 2010. Des efforts seront consentis pour que le nombre de provinces qui déclarent des données dans le cadre des prochains rapports soit plus élevé pour cet important indicateur de dépistage.

Sur le **plan du traitement**, neuf provinces sur les dix pour lesquelles des données étaient disponibles en 2011 avaient atteint l'objectif de traiter 90 % des patients avec la radiothérapie à l'intérieur du délai de référence nationale de 28 jours. La Saskatchewan et l'Ontario affichaient le temps d'attente du 90<sup>e</sup> centile le plus court, soit 18 jours. L'utilisation de la radiothérapie variait légèrement d'une province à l'autre et d'une année à l'autre. C'est en Colombie-Britannique que ce taux d'utilisation était le plus élevé (33 %).

Le pourcentage des personnes atteintes d'un cancer du rectum au stade II et III qui subissent une radiothérapie préopératoire suivant les directives thérapeutiques fondées sur des données probantes a augmenté au fil des ans; toutefois, ce pourcentage est beaucoup moins élevé chez les patients âgés de 80 ans et plus comparativement aux personnes de moins de 60 ans. En 2009, la province affichant le taux de traitement le plus conforme aux directives thérapeutiques était la Saskatchewan (56,6 %). La présence de comorbidités était le motif le plus souvent invoqué pour justifier l'absence de recommandation en radiothérapie des personnes atteintes de cancer du rectum au stade II et III, alors que le fait de ne pas être examiné par un radio-oncologue expliquait le plus souvent l'absence de traitement.

On observe un écart d'une province à l'autre dans le pourcentage des patientes atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce qui subissent une radiothérapie suivant les directives thérapeutiques. Le taux de traitement chute de beaucoup chez les patientes de 80 ans et plus. En 2009, la province affichant le taux de traitement le plus conforme aux directives thérapeutiques était Terre-Neuve-et-Labrador (93,4 %).

On observe un écart d'une province à l'autre dans le pourcentage des patients atteints d'un cancer du côlon au stade III ayant subi une résection qui reçoivent une chimiothérapie adjuvante. Le taux de traitement chute de beaucoup selon l'âge du patient, et il est considérablement plus bas chez les femmes âgées que chez les hommes âgés. En 2009, la province affichant le taux de traitement le plus conforme aux directives thérapeutiques était la Saskatchewan (81,8 %).

Le pourcentage des personnes atteintes d'un cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II et IIIA qui reçoivent une chimiothérapie postopératoire suivant les directives thérapeutiques varie d'une province à l'autre, et il est beaucoup moins élevé chez les patients plus âgés. En 2009, la province affichant le taux de traitement le plus conforme aux directives thérapeutiques était l'Ontario (58 %). Un examen des dossiers médicaux permet de constater que la présence de comorbidités était le motif le plus souvent invoqué pour justifier l'absence de recommandation en chimiothérapie des personnes atteintes de cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II et IIIA, et aussi le motif le plus souvent invoqué pour l'absence de traitement.

En 2007 à 2009, un peu moins de 40 % des résections effectuées en cas de cancer du sein étaient des mastectomies, mais les taux variaient grandement selon la province. Chez les femmes de moins de 40 ans et de plus de 80 ans, les taux de mastectomie étaient de 10 % à 15 % plus élevés que chez les femmes de 40 à 79 ans.

La province ayant le moins recours à la mastectomie était le Québec (26,5 %).

On observe un écart d'une province à l'autre dans le pourcentage de résections du côlon ayant permis de prélever au moins 12 ganglions lymphatiques, comme le recommandent les directives thérapeutiques. Aucune différence selon l'âge et le sexe n'a été décelée. Selon les dernières données disponibles, l'Ontario est la province comportant le pourcentage le plus élevé de cas où au moins 12 ganglions lymphatiques ont pu être prélevés (89,4 %).

**Sur le plan de l'expérience des patients et des soins de fin de vie**, la mise en œuvre d'outils normalisés de dépistage des symptômes n'est pas constante à l'échelle du pays. Ainsi, en 2012, sept provinces utilisent un outil normalisé de dépistage des symptômes, à tout le moins chez une portion des patients dans certains ou tous les centres anticancéreux provinciaux. Il est possible que les autres provinces utilisent également un tel outil, mais elles ne tiennent aucune donnée provinciale à ce sujet.

Le degré de satisfaction globale à l'égard des soins visant le bien être physique, mesuré à l'aide du questionnaire normalisé *Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey* (AOPSS) de NRC Picker, variait de 76 % à 84 % dans les sept provinces qui compilent des données à ce sujet (date du sondage varient selon la province). Des cinq mesures liées au bien être physique, les patients se disent le moins satisfaits de la gestion et du contrôle de la douleur, ainsi que de l'inconfort. Le degré de satisfaction globale à l'égard des soins visant le soutien émotionnel allait de 40 % à 59 % dans les sept provinces. Des neuf mesures liées au soutien émotionnel, les patients disent surtout faire confiance à la discrétion des fournisseurs de soins quant à leurs renseignements personnels, mais aiment moins le fait d'être dirigés vers un professionnel pour des problèmes d'anxiété et de peur pendant les dernières six mois.

En 2009, 71 % des décès par cancer au Canada sont survenus à l'hôpital. Le pourcentage des patients décès par cancer décédés à l'extérieur de l'hôpital variait de 11 % à 47 % selon la province. La plupart des patients qui se savaient condamnés par le cancer préfèrent mourir à la maison ou dans un lieu semblable.

**Sur le plan de la recherche**, le ratio des patients adultes qui participaient à des essais cliniques et des patients nouvellement inscrits dans des centres anticancéreux variait de 0,02 à 0,10 parmi les sept provinces qui ont fourni des données en 2011, et de 0,04 à 0,08 pour tous les types de cancer dans les six provinces ayant fourni des données. On n'observe aucune tendance uniforme entre les ratios de 2009, de 2010 et de 2011. Chez les patients pédiatriques, ce ratio variait de 0,12 à 0,47 parmi les huit provinces disposant de centres anticancéreux pour enfants. On n'observe aucune tendance uniforme entre les ratios de 2009, de 2010 et de 2011.

Proportionnellement au fardeau (incidence et mortalité) que représente chaque type de cancer, la répartition du financement de la recherche selon les types particuliers de cancer en 2009 montre que le cancer du sein était allouée une plus grande part des fonds de recherche, alors que le cancer du poumon en reçut moins.

**Sur le plan des résultats à long terme**, les taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge et le ratio de survie relative pour les cancers les plus courants et des autres cancers sélectionnés sont présentés (lorsqu'ils sont significatifs) selon la province, le sexe et l'année pour cerner des tendances significatives et des écarts d'une province à l'autre, mais aussi pour permettre l'évaluation de l'incidence qu'ont eu les initiatives de lutte contre le cancer sur la réduction du fardeau que représente le cancer.

## Perspectives d'avenir

À l'avenir, on prévoit définir et évaluer d'autres indicateurs afin d'examiner des aspects du rendement qui ne sont encore que peu ou pas du tout mesurés. On envisage notamment de mesurer des indicateurs portant sur l'*efficacité du système* de lutte contre le cancer et élargir les indicateurs liés à l'*expérience des patients et aux résultats qu'ils déclarent*. En outre, en 2013, un rapport thématique spécial permettra d'examiner plus attentivement l'incidence du *statut socioéconomique* (revenu et niveau de scolarité) et de mettre en lumière les enjeux liés au lieu de résidence des patients (soit les *collectivités rurales, éloignées et nordiques*) et aux *nouveaux immigrants*.

Les efforts qui seront déployés en 2013 et dans les années suivantes viseront également l'élaboration de *cibles et modèles* de rendement pour un certain nombre d'indicateurs mesurés. Cette élaboration se fera dans le cadre d'une démarche consensuelle fondée sur les données probantes disponibles. Les cibles et modèles permettront de déterminer l'orientation et l'ampleur des améliorations à apporter en fonction des résultats liés à chaque indicateur.

Le travail d'évaluation du rendement du système consiste également à mener des *études spéciales* qui permettent de mieux comprendre certains aspects concernant les résultats liés à chaque

indicateur. En 2013, on mènera une étude spéciale sur l'utilisation des appareils de tomographie par émission de positrons (TEP) dans le diagnostic et le traitement du cancer du poumon « non à petites cellules ». Ainsi, il sera plus facile de déterminer les possibilités d'utiliser cette technologie exigeant de nombreuses ressources de manière cohérente et éprouvée à l'échelle du pays.

En collaboration avec les partenaires provinciaux, l'équipe du rendement du système a instauré une stratégie concertée de *transfert et d'échange de connaissances (TEC)* visant à rehausser la portée et l'incidence des données liées au rendement du système sur divers publics cibles parmi les systèmes canadiens de lutte contre le cancer. Les efforts de TEC et les autres améliorations apportées au travail d'évaluation du rendement du système sont le fruit d'*évaluations indépendantes* effectuées à partir des rapports de 2010 et de 2011. L'évaluation du rapport de 2012 devrait avoir lieu au printemps de 2013, et les résultats serviront à poursuivre les efforts en vue d'améliorer la facilité d'utilisation et l'utilité des données et des analyses sur le rendement du système.

# Introduction

---

## À propos du Partenariat

P. 8

---

## Pourquoi un rapport sur le rendement du système?

P. 9

---

## Évaluation du rendement du système fondée sur la collaboration

P. 10

---

## Autres rapports sur le rendement du système

P. 10

---

## Structure du présent rapport

P. 11



# Introduction

*Le Rapport de 2012 est le quatrième rapport annuel portant sur le rendement du système canadien de lutte contre le cancer que rédige le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) en collaboration avec ses partenaires provinciaux et nationaux. Outre le rapport annuel, l'initiative sur le rendement du système du Partenariat produit divers rapports, notamment des rapports thématiques spéciaux et des rapports techniques d'étude spéciale.*

**Les rapports annuels examinent les indicateurs** de rendement qui couvrent les dimensions du continuum de la lutte contre le cancer, les types de cancer et la population canadienne. Les premiers rapports annuels sur le rendement du système étaient de nature « opportuniste », en ce sens qu'ils portaient sur certains indicateurs qu'il était possible de calculer à cette époque, compte tenu des données disponibles, ainsi que sur des indicateurs approximatifs qui permettaient une mesure plus significative mais non vérifiable. Dans le Rapport de 2011, l'accent est davantage mis sur un ensemble défini d'indicateurs « sentinelles » pour lesquels il existe des cibles de rendement, ou un plan pour en établir, ou encore sur des indicateurs qui permettent d'obtenir des renseignements clés facilitant la surveillance du rendement du système.

En plus de suivre cette nouvelle orientation, le Rapport de 2012 comporte de nouveaux indicateurs, dont l'incidence de l'hépatite B, le taux de mastectomie en présence de cancer du sein et l'investissement dans la recherche sur le cancer, ainsi que quelques nouveaux types de cancer dans le cadre des résultats à long terme (incluant le cancer du pancréas, lymphome non hodgkinien, cancer de la thyroïde, cancer du foie, cancer de la tête et du cou et cancer de la peau avec présence de mélanome). Autre nouveauté : le Rapport de 2012 présente les résultats d'une étude spéciale ayant nécessité l'examen rétrospectif des dossiers médicaux pour comprendre pourquoi les directives thérapeutiques sur le traitement du cancer du poumon et du cancer du rectum n'avaient pas été suivies.

## À propos du Partenariat

Le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) est une organisation indépendante, financée par Santé Canada, qui vise à intensifier les efforts de lutte contre le cancer pour l'ensemble de la population canadienne. Le Partenariat regroupe des spécialistes du cancer, des organismes caritatifs, des gouvernements, des patients et

des survivants, tous déterminés à apporter un changement dans le domaine de la lutte contre le cancer. Nous travaillons conjointement afin de favoriser la production de nouvelles connaissances et d'accélérer la mise en application des connaissances actuelles au sujet de la lutte contre le cancer à l'échelle du Canada.

La vision du Partenariat est d'intensifier la lutte contre le cancer au Canada en agissant comme catalyseur, au moyen d'une intervention coordonnée qui permettra :

- de réduire le risque de cancer;
- d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes du cancer;
- de réduire le risque de succomber à un cancer dans la population canadienne;
- d'améliorer l'efficacité et l'efficience de la lutte contre le cancer.

À l'appui de cette vision, l'un des principaux mandats du Partenariat est de mesurer la qualité des soins prodigués dans le domaine de la lutte contre le cancer et d'en faire état. Le Partenariat a déterminé que l'analyse du rendement du système et la production de rapports constituent l'un de ses principaux rôles dans le cadre de son nouveau mandat de cinq ans (de 2012 à 2017). Pour ce faire, le Partenariat a élaboré un plan multidimensionnel qui vise à approfondir davantage la compréhension du rendement du système au Canada.

## Pourquoi un rapport sur le rendement du système?

Depuis un certain temps déjà, la norme veut qu'on ait recours à des données factuelles pour la planification, la gestion et l'élaboration de politiques visant à faire évoluer le système des soins de santé au Canada. Bien que la planification et le financement de la prestation des services de lutte contre le cancer relèvent surtout de la compétence des provinces et des territoires, il est utile de comparer des indicateurs de rendement normalisés à l'échelle nationale pour déterminer les améliorations pouvant être apportées au système pancanadien. Par ricochet, cet exercice favorise l'échange et l'adoption de pratiques exemplaires, ce qui permet d'améliorer la qualité des soins dans tout le pays. En outre, l'évaluation et la comparaison entre les provinces permettent l'élaboration et l'adoption de cibles et de références nationales en matière de rendement.

Pour que les comparaisons interprovinciales du rendement du système puissent avoir un sens, il faut adopter une stratégie coordonnée pour uniformiser les définitions, les analyses et les interprétations. Le programme de surveillance du rendement du système mis sur pied par le Partenariat est une activité menée à l'échelle nationale dans le but de déterminer les aspects du système de lutte contre le cancer qui doivent être mesurés, de définir et de recueillir des données valides et comparables pour effectuer cette mesure, puis de présenter les résultats dans un rapport intégré qui permet de synthétiser les résultats et d'interpréter les tendances de manière à pouvoir appuyer les stratégies d'amélioration de la qualité.

## Évaluation du rendement du système fondée sur la collaboration

Les indicateurs cités dans le présent rapport sont le fruit des activités menées de concert avec de nombreux partenaires nationaux, provinciaux ou territoriaux. Le travail effectué repose également sur des consultations menées auprès de nombreux experts et chefs de file du savoir dans le domaine de la lutte contre le cancer.

À l'échelle provinciale, le Comité directeur sur le rendement du système et le Comité de travail technique sur le rendement du système, qui se composent tous deux de représentants des dix provinces nommés à l'échelon local, ont orienté la planification et l'élaboration du présent rapport du début à la fin. Les organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer ont également fourni des données détaillées pour faciliter le calcul de nombreux indicateurs présentés dans le rapport, particulièrement en ce qui concerne le dépistage, le diagnostic, le traitement, la recherche et l'expérience des patients. Des paramètres et méthodes de calcul liés à ces données détaillées ont été établis, puis utilisés lors de la collecte et de l'analyse des données auprès des organismes provinciaux de lutte contre le cancer afin d'assurer l'uniformité et la comparabilité des données entre les provinces.

À l'échelle nationale, le Partenariat travaille en étroite collaboration avec Statistique Canada. Cet

organisme est l'administrateur des sondages et le responsable des données pour l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Il recueille des données sur l'état de santé, l'utilisation des soins de santé et les déterminants de la santé dans la population canadienne, données qui ont servi à l'élaboration du présent rapport. Statistique Canada héberge également le Registre canadien du cancer (RCC) et la Base de données sur l'état civil, qui ont permis d'obtenir les principales mesures liées aux résultats à long terme, comme l'incidence du cancer, ainsi que les taux de mortalité et de survie. La tenue à jour du RCC repose sur les données soumises annuellement par les 13 registres provinciaux et territoriaux du cancer. Le Partenariat travaille également avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) à élaborer des indicateurs sur les interventions chirurgicales liées au cancer selon les données nationales d'hospitalisation que détient l'ICIS. L'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS) a fourni des renseignements sur les pratiques de dépistage du cancer du sein qu'adoptent les programmes provinciaux organisés de mammographie. Le Conseil C<sup>17</sup> des programmes d'oncologie pédiatrique du Canada a fourni des données pour calculer l'indicateur sur la participation aux essais cliniques pédiatriques.

## Autres rapports sur le rendement du système

Outre les rapports annuels sur le rendement du système, le Partenariat produit des rapports thématiques spéciaux qui examinent certains indicateurs plus à fond, ainsi que des rapports supplémentaires qui offrent de plus amples renseignements permettant de contextualiser et d'expliquer le rendement d'un des aspects de la lutte contre le cancer à l'échelle pancanadienne. Parmi les derniers rapports que le Partenariat a

publiés, mentionnons *Lutte contre le cancer du sein au Canada : rapport thématique spécial sur le rendement du système* en septembre 2012, ainsi que *Cancer du poumon au Canada : rapport supplémentaire sur le rendement du système* en juillet 2011. À l'avenir, il est également possible que des rapports d'étude spéciale explorant les résultats de certains indicateurs à l'aide d'autres données recueillies soient publiés.

## Structure du présent rapport

Tout comme dans les rapports antérieurs, outre les comparaisons provinciales et territoriales, de nombreux indicateurs sur les patients et la population sont présentés selon le groupe d'âge et le sexe. L'évolution des tendances au fil des ans est présentée lorsque des données pluriannuelles sont disponibles. Contrairement aux rapports annuels antérieurs, les indicateurs ne sont plus présentés selon le lieu de résidence (urbain, rural, éloigné) et le statut socioéconomique. Ces types d'analyses explicatives seront dorénavant présentés dans les rapports thématiques spéciaux. À l'avenir, il sera possible de consulter les résultats enrichis dans un outil en ligne.

Comme dans les années passées depuis 2009, la présentation du rapport de cette année tient compte des divers aspects du continuum de la lutte contre le cancer, soit : *prévention, dépistage, diagnostic, traitement, expérience des patients et soins de fin de vie, recherche et résultats à long terme*.

La structure des chapitres ressemble à celle du Rapport de 2011. En effet, tous les chapitres commencent par une introduction qui présente une toile de fond, une mise en contexte, une description des sources de données et d'autres renseignements pertinents à propos des indicateurs contenus dans le chapitre en question. Des graphiques et des tableaux présentent les résultats des indicateurs, lesquels sont analysés en fonction des questions suivantes (qui ne sont pas nécessairement toutes présentes à chaque chapitre) :

- **Pourquoi le mesure-t-on?** Présentation des motifs d'inclusion de l'indicateur et de renseignements pertinents sur le fardeau de la maladie ou les répercussions de l'activité de lutte contre le cancer évaluée.
  - **Que peut-on conclure des résultats?** Description des résultats mettant en lumière un courant ou une tendance notable et, au besoin, suggestion de quelques interprétations utiles. Présentation des cibles, références, normes ou comparaisons internationales établies ou prévues qui peuvent être utiles pour évaluer le niveau de rendement mesuré.
  - **Que fait-on à ce sujet?** Survol de quelques-unes des principales activités que le Partenariat et ses collaborateurs prévoient mener ou mènent actuellement pour améliorer le rendement du système dans le domaine évalué. Description des mesures à poursuivre pour obtenir de meilleurs résultats.
  - **Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?** Aperçu de tout enjeu connu concernant le calcul des données ou des indicateurs qui peut être pertinent pour l'interprétation des résultats de l'indicateur. Tout comme dans les rapports antérieurs, une annexe technique renfermant des explications détaillées sur les données et la méthodologie liées à chacun des indicateurs se trouve à la fin du rapport.
- Le tableau suivant énumère les indicateurs en fonction des divers aspects du continuum de la lutte contre le cancer.
- **Que mesure-t-on?** Description des indicateurs présentés.

TABLEAU 1

## Indicateurs présentés dans le Rapport de 2012

Continuum de la lutte contre le cancer	Indicateur	Source des données		Mise à jour	Inchangé en 2012	Nouvelle ou enrichie en 2012
		Organismes de lutte contre le cancer ou équivalents	Autre			
Prévention	Prévalence du tabagisme		✓	✓		
	Abandon du tabagisme		✓	✓		
	Exposition à la fumée secondaire		✓	✓		
	Consommation d'alcool		✓	✓		
	Excès de poids et obésité chez les adultes		✓	✓		
	Utilisation d'équipement de bronzage artificiel		✓			✓
	Immunisation contre le virus du papillome humain	✓ (réseau de dépistage)			✓	
	Infection par le virus de l'hépatite B		✓			✓
	Infection par le virus de l'hépatite C		✓			✓
Dépistage	Dépistage du cancer du col de l'utérus (programmes structurés)	✓ (réseau de dépistage)			✓	
	Dépistage du cancer du sein (programmes structurés)	✓ (réseau de dépistage)	✓		✓	
	Dépistage du cancer colorectal	✓ (réseau de dépistage)				✓

TABLEAU 1

**Indicateurs présentés dans le Rapport de 2012 (suite)**

Continuum de la lutte contre le cancer	Indicateur	Source des données		Mise à jour	Inchangé en 2012	Nouvelle ou enrichie en 2012
		Organismes de lutte contre le cancer ou équivalents	Autre			
<b>Diagnostic</b>	Saisie de données sur le stade du cancer	✓				✓
	Temps d'attente entre une mammographie anormale et une résolution du diagnostic	✓		✓		
	Temps d'attente entre une analyse de selles anormale et une coloscopie		✓			✓
<b>Traitement</b>	Temps d'attente en radiothérapie	✓		✓		
	L'utilisation et la capacité de la radiothérapie	✓		✓		
	Radiothérapie préopératoire pour les cas de cancer du rectum au stade II ou III	✓				✓
	Radiothérapie adjuvante pour les cas de cancer du sein au stade I et II	✓		✓		
	Chimiothérapie adjuvante pour les cas de cancer du côlon au stade III	✓				✓
	Chimiothérapie adjuvante pour les cas de cancer du poumon « non à petites cellules », au stade II ou IIIA	✓				✓
	Mastectomie		✓			✓
	Prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions pour les résections du cancer du côlon	✓		✓		

TABLEAU 1

**Indicateurs présentés dans le Rapport de 2012 (suite)**

Continuum de la lutte contre le cancer	Indicateur	Source des données		Mise à jour	Inchangé en 2012	Nouvelle ou enrichie en 2012
		Organismes de lutte contre le cancer ou équivalents	Autre			
Expérience des patients et soins en fin de vie	Dépistage de la détresse	✓		✓		
	Satisfaction des patients	✓				✓
	Lieu du décès		✓	✓		
Recherche	Participation aux essais cliniques chez les adultes	✓		✓		
	Participation aux essais cliniques chez les enfants	✓ (C <sup>17</sup> )		✓		
	Les investissements dans la recherche		✓			✓
Résultats à long terme	Taux d'incidence normalisé selon l'âge		✓			✓*
	Taux de mortalité normalisé selon l'âge		✓			✓*
	Survie relative		✓			✓*

\*Nouveaux types de cancer couverts en 2012.

# Prévention

---

## Prévalence du tabagisme

P. 20

---

## Abandon du tabagisme

P. 22

---

## Exposition à la fumée secondaire

P. 25

---

## Consommation d'alcool

P. 29

---

## Excès de poids et obésité chez les adultes

P. 31

---

## Utilisation d'équipement de bronzage artificiel

P. 34

---

## Participation aux programmes d'immunisation contre le virus du papillome humain (VPH)

P. 37

---

## Infection par le virus de l'hépatite B

P. 40

---

## Infection par le virus de l'hépatite C

P. 44



# Prévention

*La prévention est au cœur de la lutte contre le cancer. De nombreux facteurs viennent influencer le risque de cancer que court une personne, et le fait de comprendre le rôle de ces facteurs de risque et leur prévalence au sein de la population permet de mieux orienter les efforts de prévention. Bon nombre de ces facteurs de risque peuvent être atténués en adoptant de saines habitudes de vie (comme cesser de fumer) ou en améliorant les milieux de vie (comme supprimer la fumée secondaire), en se faisant vacciner (notamment contre le VPH), mais plusieurs ne peuvent être modifiés (comme l'âge et la constitution génétique). Les indicateurs présentés dans ce chapitre portent sur les facteurs de risque modifiables.*

**Le Rapport de 2012 présente de l'information** actualisée sur plusieurs facteurs de risque liés aux habitudes de vie pour lesquels des données pancanadiennes sont aisément disponibles. Il renferme également des mises à jour sur le tabagisme (prévalence, abandon et exposition à la fumée secondaire), la consommation d'alcool et l'obésité. Pour la toute première fois cette année, le rapport présente des données pancanadiennes sur l'utilisation des appareils de bronzage artificiel, l'incidence de l'hépatite B et les politiques d'immunisation, ainsi que l'incidence de l'hépatite C.

## **L'adoption de saines habitudes de vie peut prévenir de nombreux types de cancers.**

La prévention offre une stratégie à long terme efficace pour réduire le fardeau du cancer. Selon le Fonds mondial de recherche contre le cancer, l'abstinence au tabagisme pourrait prévenir environ le tiers des cas de cancer, alors que l'adoption d'une saine alimentation et de saines habitudes de vie, comme la

consommation d'alcool avec modération, la pratique régulière d'une activité physique et le maintien d'un poids santé, pourrait prévenir un autre tiers des cas de cancer.<sup>1</sup>

## **Des cibles nationales permettent de fixer la norme en matière de saines habitudes de vie.**

Les cibles liées à la prévention, lorsqu'il y en a, sont fixées à l'échelle municipale, provinciale ou fédérale. Les énoncés suivants sont des exemples de cibles ou de directives en matière de prévention à l'échelle canadienne :

- La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains propose une série de cibles liées à une saine alimentation, à l'activité physique et au maintien d'un poids santé. Ces cibles prévoient une amélioration de la santé de 20 % d'ici 2015 par rapport aux données de référence obtenues dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) en 2003.<sup>2</sup>

- La Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme a dégagé des cibles en matière de prévalence du tabagisme, d'abandon du tabagisme et d'exposition à la fumée secondaire.<sup>3</sup> Selon ces cibles, la prévalence du tabagisme devrait passer de 19 % en 2003 à 12 % en 2011. Pour sa part, le pourcentage des personnes exposées à la fumée secondaire, qui s'élevait à 28 % en 2006, devrait être de 20 % en 2011, alors que le nombre d'adultes qui ont cessé de fumer à pareille date devrait être de 1,5 million.<sup>3</sup> Ces cibles se fondent sur les données de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC).
- Aucune cible n'a été fixée en matière de consommation d'alcool, même si certaines directives de consommation d'alcool à faible risque font l'objet d'un large consensus. À l'heure actuelle, la Société canadienne du cancer recommande au plus deux consommations par jour pour les hommes et une consommation par jour pour les femmes afin de réduire le risque de cancer.<sup>4</sup>
- À la suite de la Déclaration politique des Nations Unies concernant la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a instauré un plan d'action mondial de lutte contre ces maladies pour la période allant de 2013 à 2020 (le Plan d'action 2013 à 2020). Le but premier de ce plan d'action est d'atteindre une cible mondiale, soit une baisse relative de 25 % de la mortalité prématurée attribuable aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète et aux maladies respiratoires chroniques d'ici 2025. Les États membres fourniront les données nécessaires pour mesurer l'atteinte des cibles de l'OMS en matière de système de santé.<sup>5</sup>

### **Le Partenariat, en collaboration avec ses partenaires, appuie de nombreuses initiatives en matière de prévention du cancer et en fait la promotion.**

Le portefeuille en prévention primaire du Partenariat travaille en collaboration avec divers partenaires au Canada dans le but est de faciliter la mise en œuvre de nouvelles stratégies de prévention et de promouvoir l'adoption des initiatives existantes. Parmi les principales initiatives, mentionnons le projet COALITION (Connaissances et actions liées pour une meilleure prévention). Ce projet vise à améliorer la santé des Canadiens en réunissant divers organismes multisectoriels provinciaux et territoriaux et en formant des coalitions afin d'intégrer la prévention du cancer aux stratégies visant à prévenir d'autres maladies chroniques.<sup>6</sup>

Le répertoire des politiques de prévention (<http://www.vuesurlecancer.ca/politiquesprevention>) est une autre initiative de ce genre. Il s'agit d'un outil en ligne gratuit qui contient des renseignements à jour sur les politiques canadiennes liées à la prévention du cancer et des maladies chroniques. Cet outil permet d'accéder directement aux documents de politiques et aux instruments juridiques ou à des résumés concernant les facteurs de risque modifiables du cancer et des maladies chroniques.<sup>7</sup>

**La plupart des données sur la prévention proviennent d'enquêtes menées auprès de la population, surtout l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).**

Les données présentées dans la section du rapport portant sur la prévention proviennent surtout de l'ESCC. Cette enquête transversale est menée tous les ans par Statistique Canada depuis 2007. De 2001 à 2005, les données de l'ESCC ont été recueillies tous les deux ans sur une période d'un an auprès de quelque 130 000 personnes; depuis 2007, les données de l'ESCC sont recueillies chaque année auprès d'environ 65 000 personnes. Pendant ces deux périodes, environ la moitié des entrevues menées étaient des interviews sur place assistées par ordinateur (IPAQ), alors que les autres étaient des interviews téléphoniques assistées par ordinateur (ITAO). Sont exclus de

la base d'échantillonnage les personnes vivant dans les réserves indiennes et sur les terres publiques, les pensionnaires d'un établissement institutionnel, les membres à plein temps des Forces canadiennes et les habitants de certaines régions éloignées.<sup>8</sup> Chaque cycle d'enquête comporte un certain nombre de questions prédéterminées, alors que d'autres questions peuvent être facultatives ou varier d'un cycle à l'autre. L'ESCC est une précieuse source de données pour suivre, au fil des ans, les comportements de la population canadienne en matière de santé. Cela dit, au moment de comparer les taux canadiens à ceux observés dans d'autres pays, il est important d'interpréter ces données avec prudence, puisque la définition des indicateurs, l'échantillonnage de la population et la méthode de collecte des données ne sont pas nécessairement les mêmes et peuvent avoir une incidence sur les résultats.

<b>Indicateur de prévention</b>	<b>Résumé des résultats (en 2011, sauf indication contraire)</b>	<b>Tendances (depuis 2003, sauf indication contraire)</b>
<b>Prévalence du tabagisme</b>	20 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus fumaient. Le plus faible pourcentage de fumeurs était de 15,8 % en Colombie-Britannique.	La prévalence du tabagisme, qui était de 23 % en 2003, a diminué petit à petit.
<b>Abandon du tabagisme</b>	18 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus qui fumaient récemment ont déclaré avoir cessé de fumer au cours des deux dernières années. Le taux d'abandon le plus élevé était de 26,7 % à Terre-Neuve-et-Labrador.	Le pourcentage des personnes qui fumaient récemment et qui ont cessé de fumer, qui était de 22 % en 2003, a diminué.
<b>Exposition à la fumée secondaire</b>	L'exposition à la fumée secondaire des Canadiens de 12 ans et plus était de 12,6 % dans les lieux publics. Moins élevée, l'exposition à bord des véhicules et à la maison était de 6,7 % et de 5,5 %, respectivement. Cette dernière était la plus faible en Colombie-Britannique (4,6 % à bord des véhicules et 2,4 % à la maison), alors que l'exposition dans les lieux publics était moins importante au Yukon (4,6 %).	Bien que l'exposition à la fumée secondaire à bord des véhicules et à la maison ait diminué, l'exposition dans les lieux publics augmente depuis 2009, année où elle a atteint son plus bas niveau (10 %).

Indicateur de prévention	Résumé des résultats (en 2011, sauf indication contraire)	Tendances (depuis 2003, sauf indication contraire)
<b>Consommation d'alcool</b>	En 2011, 19,7 % des Canadiens âgés de 18 ans et plus n'avaient pas consommé d'alcool au cours de l'année précédente. Les pourcentages les plus élevés étaient de 23,5 % au Nunavut et de 22,9 % au Nouveau-Brunswick. À l'opposé, la consommation d'alcool de 11 % des Canadiens dépassait les directives de la Société canadienne du cancer en la matière.	Le pourcentage des adultes qui n'ont pas consommé d'alcool au cours de l'année précédente est demeuré le même. À l'opposé, le pourcentage des adultes qui consomment une quantité d'alcool supérieure aux directives sur la consommation d'alcool à faible risque a légèrement augmenté.
<b>Obésité chez les adultes</b>	52 % des Canadiens âgés de 18 ans et plus avaient un excès de poids ou étaient considérés comme obèses. La Colombie-Britannique a enregistré le taux le moins élevé à ce chapitre (47 %).	Le pourcentage des adultes ayant un excès de poids ou étant considérés comme obèses a augmenté de 3 % entre 2003 et 2011.
<b>Utilisation des appareils de bronzage artificiel</b>	En 2006, 10,5 % des Canadiens âgés de 16 à 64 ans ont dit avoir utilisé un appareil de bronzage artificiel sur une période d'un an. Chez les femmes de 16 à 24 ans, ce taux était de 27 %.	Au Canada, le pourcentage global des adultes qui utilisent des appareils de bronzage artificiel a augmenté depuis 1996, année où ce taux était de 7,7 %.
<b>Participation aux programmes d'immunisation contre le virus du papillome humain (VPH)</b>	Depuis 2010, l'ensemble des provinces et des territoires se sont mis en œuvre d'un programme organisé d'immunisation contre le VPH en milieu scolaire. En 2008 à 2009, les taux d'immunisation variaient de 52 % au Manitoba à 88 % au Terre-Neuve-et-Labrador.	Les premiers programmes provinciaux d'immunisation contre le VPH ont été mis en œuvre en 2007.
<b>Infection par le virus de l'hépatite B</b>	En 2008, le taux déclaré d'infection aiguë par le virus de l'hépatite B était de 1,7 personne sur 100 000.	Bien que le taux déclaré d'infection aiguë par le virus de l'hépatite B au Canada soit relativement stable depuis 2003, le taux déclaré d'infection chronique semble s'accroître.
<b>Infection par le virus de l'hépatite C</b>	En 2009, le taux déclaré d'infection par le virus de l'hépatite C était de 33,7 personnes sur 100 000.	Le taux déclaré d'infection par le virus de l'hépatite C a diminué par rapport aux 40,5 personnes sur 100 000 en 2005.

## Prévalence du tabagisme

### Que mesure-t-on?

*Cet indicateur examine le pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus déclarant avoir fumé tous les jours ou à l'occasion au cours de l'année précédente.*

### Pourquoi le mesure-t-on?

*Il est prouvé que le tabagisme est l'une des principales causes évitables de cancer et de décès par cancer au Canada.<sup>9</sup>*

- Le Fonds mondial de recherche contre le cancer, organisme international à but non lucratif voué à la prévention du cancer, estime que le tiers de tous les cancers pourrait être évité par l'abandon du tabagisme.<sup>1</sup>
- Chaque année, le tabagisme serait à l'origine de 30 % de tous les décès par cancer au Canada. Il est responsable de 85 % de tous les décès par cancer du poumon, lequel est la première cause de mortalité par cancer chez les Canadiens, hommes et femmes confondus.<sup>9</sup>

L'établissement de rapports sur les habitudes liées au tabagisme au sein d'une population donnée, pratique adoptée par de nombreux pays du monde conformément à la *Convention-cadre pour la lutte antitabac* de l'Organisation mondiale de la Santé,<sup>10</sup> permet de suivre les progrès de la lutte au tabagisme et de dégager de nouvelles avenues pour intensifier les efforts de prévention.

### Que peut-on conclure des résultats?

*Parmi les Canadiens âgés de 12 ans et plus, un sur cinq déclare avoir fumé tous les jours ou à l'occasion en 2011 (figure 1).*

- Le pourcentage des Canadiens adultes qui déclarent avoir fumé en 2011 est semblable à celui déclaré aux États-Unis. Le dernier taux déclaré de tabagisme (malgré certaines différences dans les tranches d'âge) aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie était de 21 %, 20 % et 19 % respectivement.<sup>a</sup>

*On observe un écart selon la province ou le territoire et selon le sexe dans le taux de tabagisme des Canadiens âgés de 12 ans et plus (figure 2).*

- Le pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus déclarant avoir fumé tous les jours ou à l'occasion en 2011 variait de 16 % en Colombie-Britannique à 60 % au Nunavut. La moyenne était 20 % à l'échelle nationale. Les trois territoires affichaient les taux de tabagisme les plus élevés au Canada.
- Les hommes étaient plus nombreux que les femmes à déclarer qu'ils fumaient tous les jours (17 % par rapport à 14 %), qu'ils fumaient à l'occasion (6 % par rapport à 4 %) ou qu'ils avaient déjà fumé (41 % par rapport à 34 %). Par contre, les femmes qui n'ont jamais fumé étaient plus nombreuses (37 % de non-fumeurs chez les hommes par rapport à 48 % chez les femmes).

L'un des objectifs de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme de Santé Canada était de faire passer la prévalence du tabagisme, telle que définie dans l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), de 19 % en 2006 à 12 % en 2011.<sup>3</sup> Selon les données contenues dans le présent rapport, les provinces et territoires n'ont pas réussi à atteindre cet objectif.

a) Aux États-Unis, selon les données de 2011 du Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), 21,2 % des répondants de 18 ans et plus ont dit avoir fumé 100 cigarettes et plus au cours de leur vie et fument encore tous les jours ou certains jours.<sup>11</sup> Selon les données d'un sondage général sur le mode de vie effectué en 2010 en Grande-Bretagne, 20 % de la population adulte (16 ans ou plus) de ce pays fumaient la cigarette.<sup>12</sup> Aucune mise à jour de ces données n'est disponible. Selon les données d'une enquête, la prévalence du tabagisme chez les Australiens de 18 ans et plus en 2007 à 2008 était de 19 %.<sup>13</sup> Aucune mise à jour de ces données n'est disponible.

### Que fait-on à ce sujet?

Le financement de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme, qui vise à réduire les décès et les maladies liés au tabagisme par la prévention et l'abandon du tabagisme, la protection du public et la réglementation du produit, a changé de cible au début de 2012. Ainsi, au lieu de viser à réduire le tabagisme au sein de la population en général, la Stratégie vise dorénavant à réduire le tabagisme parmi les segments de la population affichant les taux de tabagisme les plus élevés, comme les populations autochtones.<sup>14</sup> Cela dit, beaucoup d'efforts ont été ou sont encore consentis à l'échelle provinciale et municipale pour réduire la prévalence du tabagisme dans toute la population.<sup>7</sup>

Le projet BETTER (Existing Tools to Improve Chronic Disease Prevention and Screening in Family Practice), initiative du projet COALITION financée jusqu'en 2014, porte sur la lutte antitabac auprès des gens ou des collectivités. Ce projet vise à cerner et à examiner les outils fondés sur des données probantes qui existent déjà pour

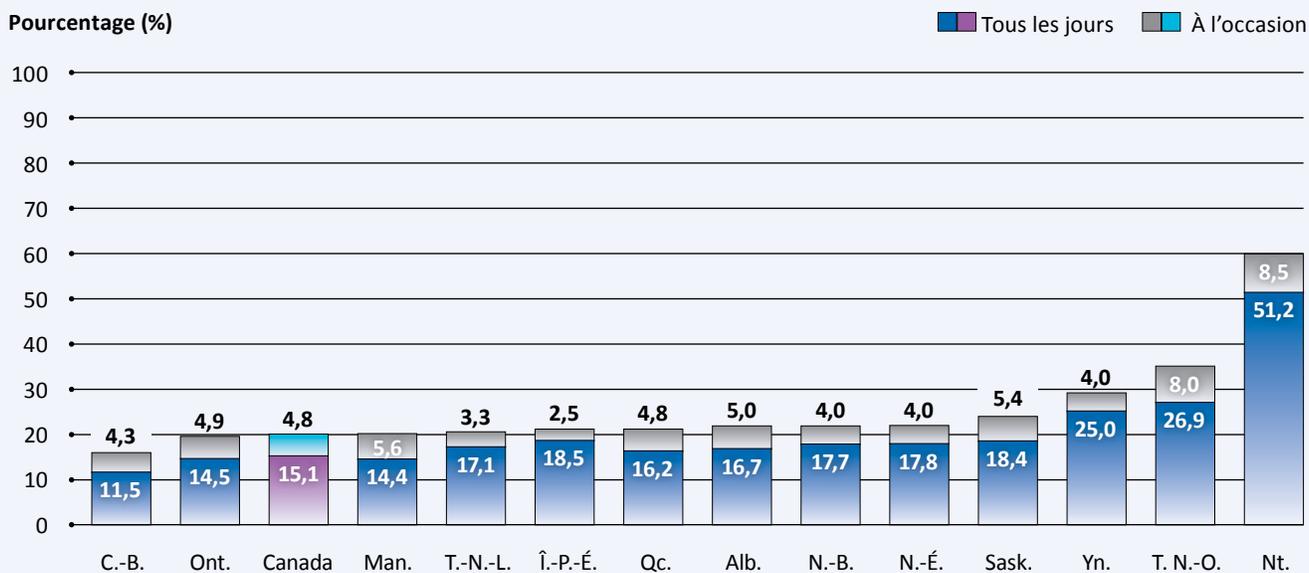
prévenir et dépister les maladies chroniques, puis à élaborer et à évaluer une intervention à volets multiples qui permet d'adapter ces stratégies à la médecine familiale. Deux autres initiatives menées dans le cadre du projet COALITION, financées jusqu'en septembre 2012, portent également sur la lutte au tabagisme, mais dans différents milieux, particulièrement les collectivités des Premières Nations et les écoles. Il convient de souligner l'apport du programme *Les jeunes excellent*, qui a élaboré un ensemble d'indicateurs sur les habitudes de tabagisme et créé des mécanismes de collaboration entre les chercheurs, les responsables de l'élaboration des politiques, les cliniciens et les collectivités afin d'évaluer et d'orienter les politiques et les programmes axés sur les facteurs de risque, dont le tabagisme.<sup>15</sup>

### Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?

L'annexe technique (voir la page 194) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

FIGURE 1

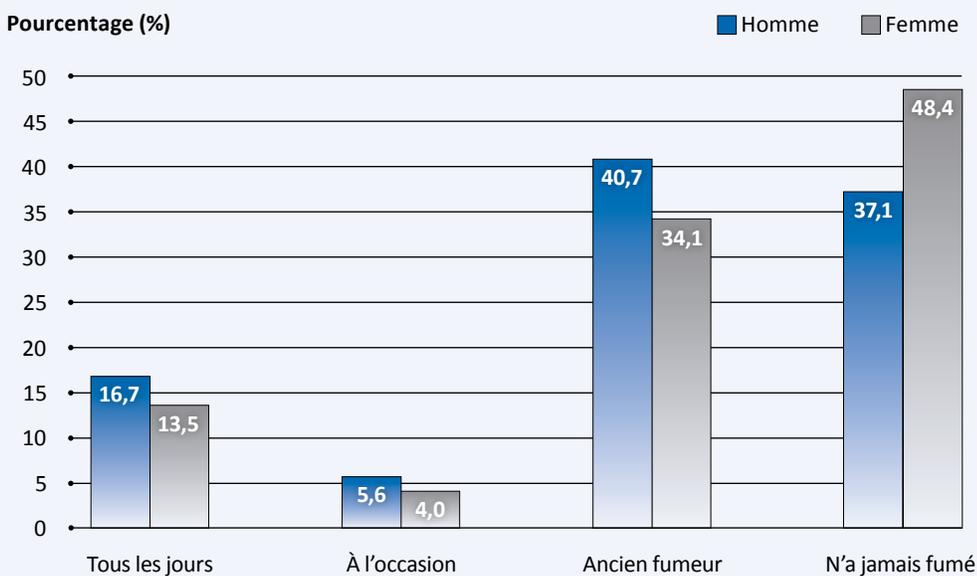
### Pourcentage de la population (≥ 12 ans) déclarant fumer tous les jours ou à l'occasion selon la province ou le territoire – ESCC, 2011



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

FIGURE 2

### Pourcentage de la population ( $\geq 12$ ans) selon les habitudes de tabagisme et le sexe – ESCC, 2011



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

## Abandon du tabagisme

### Que mesure-t-on?

*Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes âgées de 20 ans ou plus qui fumaient récemment (tous les jours ou à l'occasion), mais qui ont déclaré avoir cessé de fumer au cours des deux dernières années et qui sont actuellement des non-fumeurs.*

### Pourquoi le mesure-t-on?

Selon des modèles internationaux, le facteur ayant le plus d'influence à moyen terme sur la mortalité par cancer est l'abandon du tabagisme.<sup>1</sup> Des études démontrent également que le risque de

contracter un cancer du poumon attribuable au tabagisme est réduit de plus de 90 % lorsque l'abandon du tabagisme survient avant qu'un fumeur n'atteigne l'âge moyen.<sup>16</sup> Cela dit, l'abandon du tabagisme à tout âge entraîne toujours des bienfaits. Le risque cumulatif de décès par cancer du poumon jusqu'à l'âge de 75 ans est de 15,9 % chez les hommes fumeurs; en cessant de fumer à 50 ans, ce risque cumulatif baisse à 6 %.<sup>16</sup>

L'établissement de rapports sur les taux d'abandon du tabagisme à l'échelle du pays permet de suivre les progrès de la lutte au tabagisme, alors que la comparaison de la prévalence et du taux d'abandon du tabagisme permet d'évaluer

plus facilement les répercussions des efforts de prévention et de cerner de nouvelles avenues d'intervention.<sup>10</sup>

### Que peut-on conclure des résultats?

***On observe un écart selon la province dans le pourcentage des personnes qui fumaient récemment, mais qui ont cessé de fumer au cours des deux dernières années (figure 3).***

- Le pourcentage des personnes qui fumaient récemment, mais qui ont cessé de fumer au cours des deux dernières années (mesuré en 2011) variait de 14 % en Saskatchewan à 27 % à Terre-Neuve-et-Labrador. La moyenne était de 18 % à l'échelle nationale.
- En 2010, 6,2 % des Américains âgés de 18 ans et plus qui fumaient couramment depuis au moins deux ans et qui sont d'anciens fumeurs ayant cessé de fumer au cours de la dernière année ont déclaré avoir cessé de fumer au cours de la dernière année et ne pas avoir fumé depuis au moins six mois avant l'entrevue. Ces données correspondent aux résultats de la National Health Interview Survey.<sup>17</sup> Des méthodes de collecte des données différentes peuvent expliquer l'écart du pourcentage de fumeurs récents qui ont dit avoir cessé de fumer au cours des deux dernières années qui existe entre les États-Unis et le Canada.

***On observe un écart selon l'âge, mais pas selon le sexe, dans le pourcentage des personnes qui fumaient récemment, mais qui ont cessé de fumer au cours des deux dernières années (figure 4).***

- Le taux d'abandon était le plus élevé chez les personnes âgées de 20 à 34 ans (21 %), suivi de celui des personnes âgées de 65 ans et plus (20 %). Le taux d'abandon était le plus faible chez les personnes âgées de 45 à 64 ans (15 %).
- Aux États-Unis, il semble y avoir une corrélation entre l'âge et l'abandon du tabagisme, selon les

données de 2010. Les personnes âgées de 18 à 24 ans sont plus susceptibles de cesser de fumer (8,2 %), suivies de celles âgées de 25 à 44 ans (7,1 %).<sup>17</sup>

L'un des objectifs de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer était de faire en sorte que 1,5 million d'adultes au Canada aient arrêté de fumer.<sup>3</sup> Cette cible se fonde sur l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC).

### Que fait-on à ce sujet?

Les professionnels de la santé, dont les médecins, disposent de lignes directrices cliniques fondées sur des données probantes, ainsi que de ressources et d'outils, qui ont été élaborés et diffusés par le Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme fondées sur l'expérience clinique.<sup>18</sup>

Le Dr Andrew Pipe et son équipe de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa ont élaboré le Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac, qui cible particulièrement l'intervention dans les hôpitaux.<sup>19</sup> À l'heure actuelle, le modèle est utilisé dans 144 hôpitaux du Canada.

Consultez « Que fait-on à ce sujet? » dans la section qui traite de l'indicateur sur la prévalence du tabagisme.

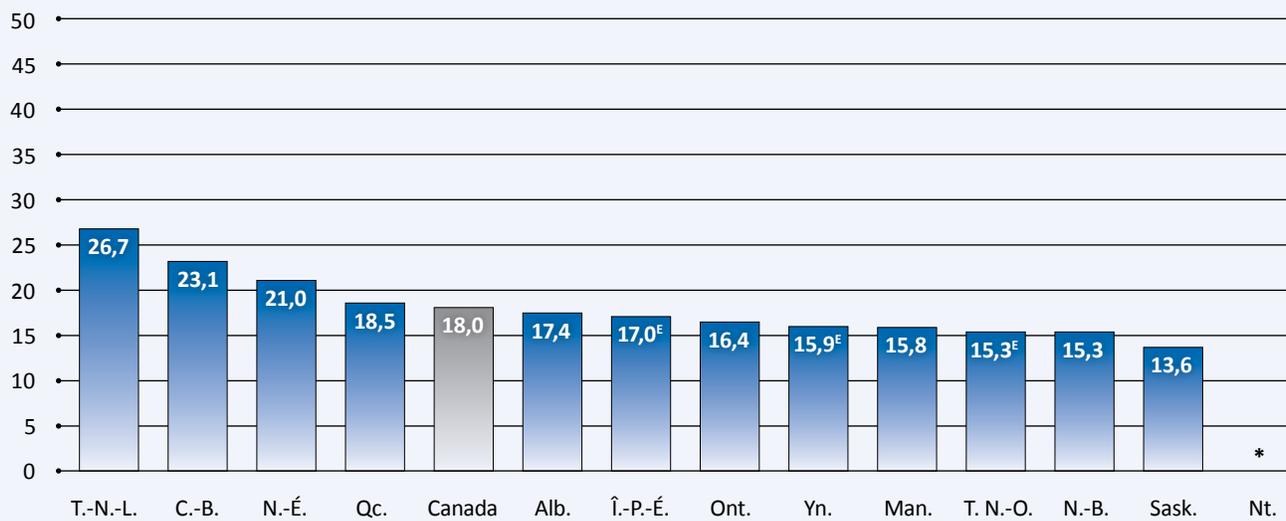
### Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?

L'annexe technique (voir la [page 194](#)) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

FIGURE 3

**Pourcentage des personnes qui fumaient récemment ( $\geq 20$  ans), mais qui ont cessé de fumer au cours des deux dernières années selon la province ou le territoire – ESCC, 2011**

Pourcentage (%)



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

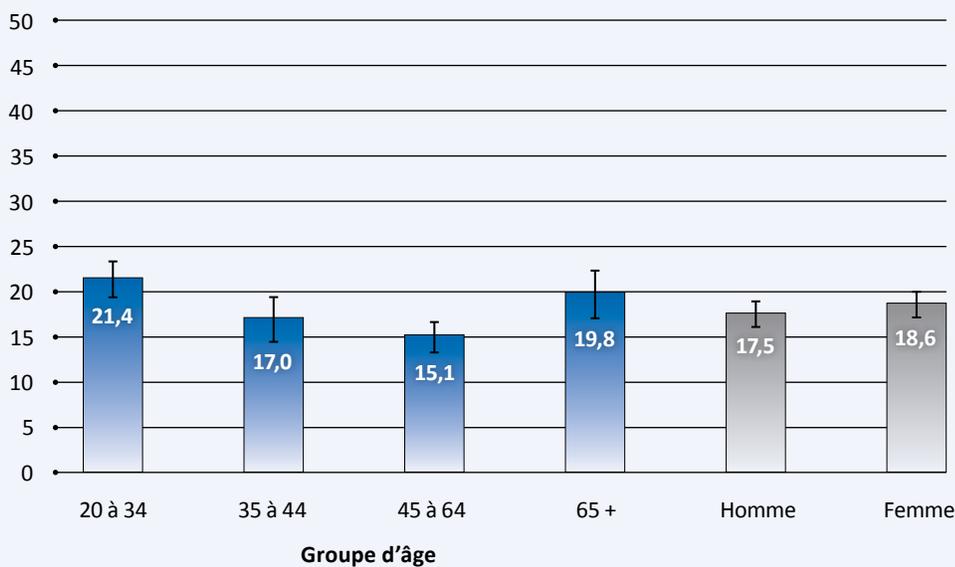
<sup>§</sup> À interpréter avec prudence en raison de l'ampleur de la variation dans l'estimation. Consulter l'annexe technique pour en savoir plus de détails.

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

FIGURE 4

### Pourcentage des personnes qui fumaient récemment ( $\geq 20$ ans), mais qui ont cessé de fumer au cours des deux dernières années selon l'âge et le sexe, Canada – ESCC, 2011

Pourcentage (%)



Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

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

## Exposition à la fumée secondaire

### Que mesure-t-on?

*Cet indicateur examine le pourcentage des non-fumeurs âgés de 12 ans et plus déclarant avoir été exposés à la fumée secondaire à la maison, à bord d'un véhicule ou dans un lieu public, tous les jours ou presque tous les jours, au cours de l'année précédente.*

### Pourquoi le mesure-t-on?

La Société canadienne du cancer estime que 1 000 Canadiens non-fumeurs meurent chaque année de la fumée secondaire.<sup>20</sup>

Parmi les résultats pour la santé des personnes exposées à la fumée secondaire, mentionnons un risque accru de cancer du poumon, puisque la fumée secondaire figure au deuxième rang des causes de cancer du poumon, après le tabagisme.<sup>21</sup> Selon le rapport de 2006 du chirurgien général aux États-Unis, plus de 50 études épidémiologiques se sont penchées sur l'association entre l'exposition à la fumée secondaire et le risque de cancer du poumon chez les non-fumeurs à vie.<sup>22</sup> Des données groupées tirées de ces études laissent croire que le risque de contracter un cancer du poumon attribuable à la fumée secondaire est de 20 % à 30 % plus élevé chez les personnes qui vivent avec un fumeur.<sup>22</sup>

Au Canada, de nombreux gouvernements provinciaux ont adopté des lois pour limiter l'exposition à la fumée secondaire. Ils font également le suivi de cette exposition pour s'assurer qu'elle diminue, ce qui permet d'évaluer l'incidence de ces mesures à l'échelle nationale.

### Que peut-on conclure des résultats?

***Malgré une diminution générale de l'exposition à la fumée secondaire entre 2003 et 2011, on observe un écart considérable selon la province et le groupe d'âge dans le pourcentage des non-fumeurs âgés de 12 ans et plus déclarant avoir été exposés à la fumée secondaire à la maison, à bord d'un véhicule ou dans un lieu public.***

- La [figure 5](#) indique que le taux d'exposition est particulièrement élevé dans les foyers du Nunavut, de l'Île-du-Prince-Édouard et du Québec, comparativement au taux observé dans les autres provinces (11 % au Nunavut et 9 % à l'Î.-P.-É. et au Québec par rapport à 3 % en Colombie-Britannique), alors que le taux d'exposition dans les lieux publics est plus élevé au Manitoba, en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec (13 % dans ces quatre provinces par rapport à 5 % au Yukon et 6 % au Nunavut).
- La [figure 6](#) démontre que, malgré la chute du taux d'exposition des non-fumeurs à la fumée secondaire dans les lieux publics observé en 2009, ce taux s'est accru depuis (diminution de 20 % entre 2003 et 2009, suivie d'une remontée à 13 % en 2011). On observe cependant une réduction de l'exposition à la fumée secondaire à la maison et à bord des véhicules qui est passée de 11 % en 2003 à environ 6 % en 2011.
- La [figure 7](#) indique que l'exposition des non-fumeurs à la fumée secondaire, que ce soit à la maison, à bord des véhicules ou dans les lieux publics, semble la plus importante chez les jeunes de 16 à 19 ans (13 %, 15 % et 25 %, respectivement) et la moins importante chez les adultes de plus de 65 ans (3 %, 3 % et 5 %, respectivement).

L'un des objectifs de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme était de réduire la

prévalence de l'exposition quotidienne des Canadiens à la fumée secondaire, soit de 28 %, en 2006, à 20 %, en 2011.<sup>3</sup> Selon les données présentées dans le présent rapport, cet objectif a été atteint pour tous les groupes d'âge, peu importe le lieu de l'exposition, à l'exception des jeunes âgés de 12 à 15 ans et de 16 à 19 ans exposés dans les lieux publics.

Aux États-Unis, l'enquête NHANES (enquête nationale d'examen sur la nutrition et la santé) a été menée en personne auprès d'un échantillon de l'ensemble de la population. Cette enquête, qui comprenait également un examen physique, a permis de constater que de tous les non-fumeurs de l'échantillon (enfants et adultes confondus), 40,4 % avaient été exposés à la fumée secondaire en 2007 et 2008, dont 53,6 % étaient de jeunes enfants de 3 à 11 ans et 36,7 %, des adultes de 20 ans et plus. Cela dit, l'étude ne précise pas le lieu d'exposition, et aucune mise à jour de ces données n'est disponible.<sup>23</sup>

### Que fait-on à ce sujet?

Au Canada, le gouvernement fédéral ainsi que bon nombre de gouvernements provinciaux et d'administrations municipales ont adopté des lois pour réduire l'exposition à la fumée secondaire dans divers lieux, notamment les milieux de travail, les bars et restaurants et les véhicules transportant des enfants, mais aussi les immeubles résidentiels et certains espaces extérieurs.<sup>15, 24</sup> Depuis 2007, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Québec, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador ont adopté des règlements interdisant l'usage du tabac dans les lieux publics.<sup>25</sup> Des lois interdisant l'usage du tabac dans les véhicules transportant des enfants ont été adoptées en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, au Yukon et à Terre-Neuve-et-Labrador.<sup>24, 26-27</sup> En outre, l'ensemble des provinces et des territoires interdisent l'usage du tabac dans les véhicules de transport collectif.<sup>24</sup> La question de faire des immeubles résidentiels des lieux

sans fumée commence à se faire sentir dans la politique de lutte contre le tabagisme au Canada; plusieurs gouvernements se dotent de politiques pour interdire l'usage du tabac dans ces immeubles.<sup>24</sup>

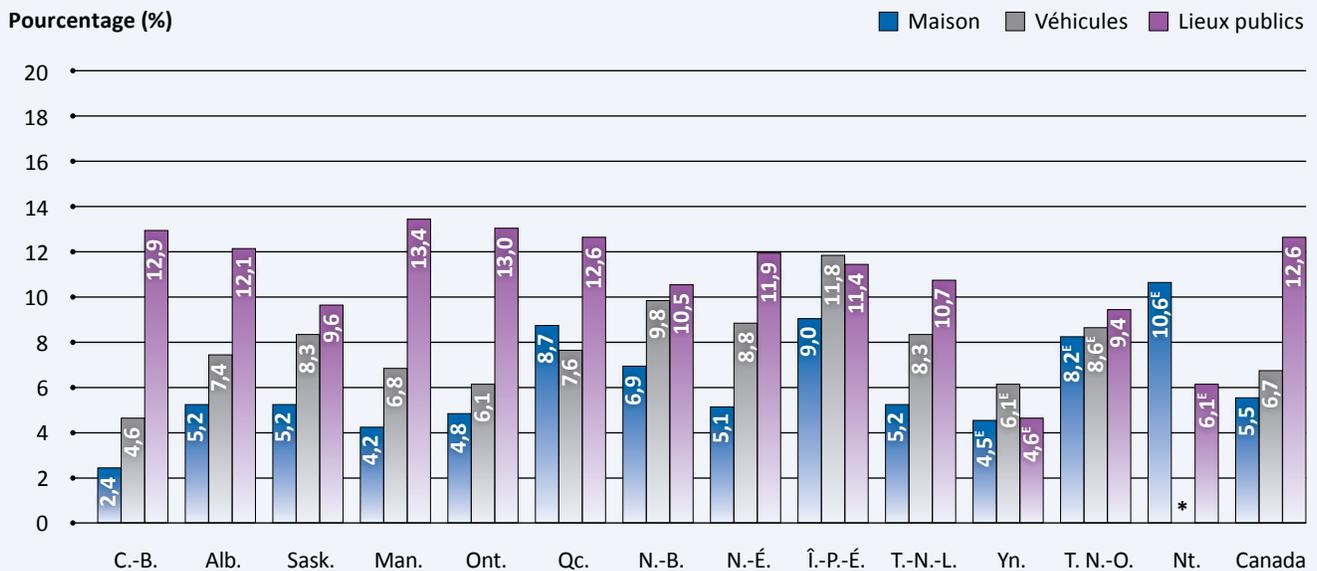
Consultez « Que fait-on à ce sujet? » dans la section qui traite de l'indicateur sur la prévalence du tabagisme.

### Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?

L'annexe technique (voir la page 194) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

FIGURE 5

### Pourcentage de non-fumeurs (≥ 12 ans) déclarant être exposés à la fumée secondaire selon le lieu d'exposition, la province ou le territoire – ESCC, 2011



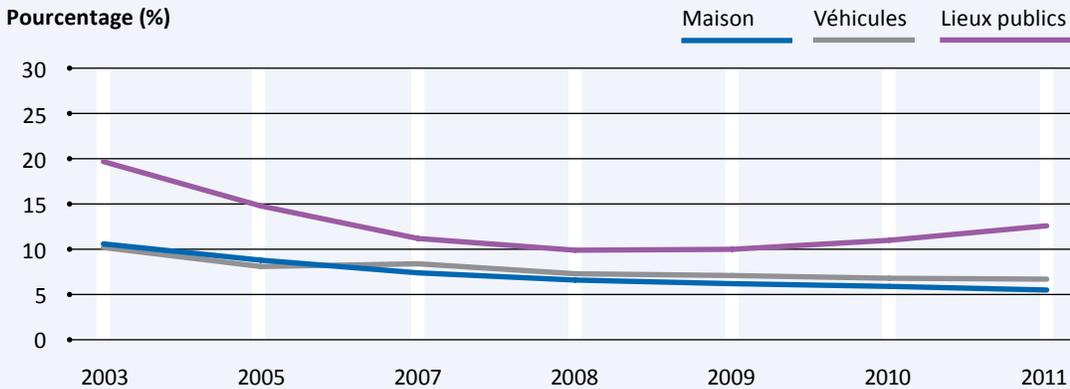
\* Données supprimées en raison de l'incertitude statistique causée par les petits nombres.

<sup>†</sup> À interpréter avec prudence en raison de l'ampleur de la variation dans l'estimation. Consulter l'annexe technique pour en savoir plus de détails.

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

FIGURE 6

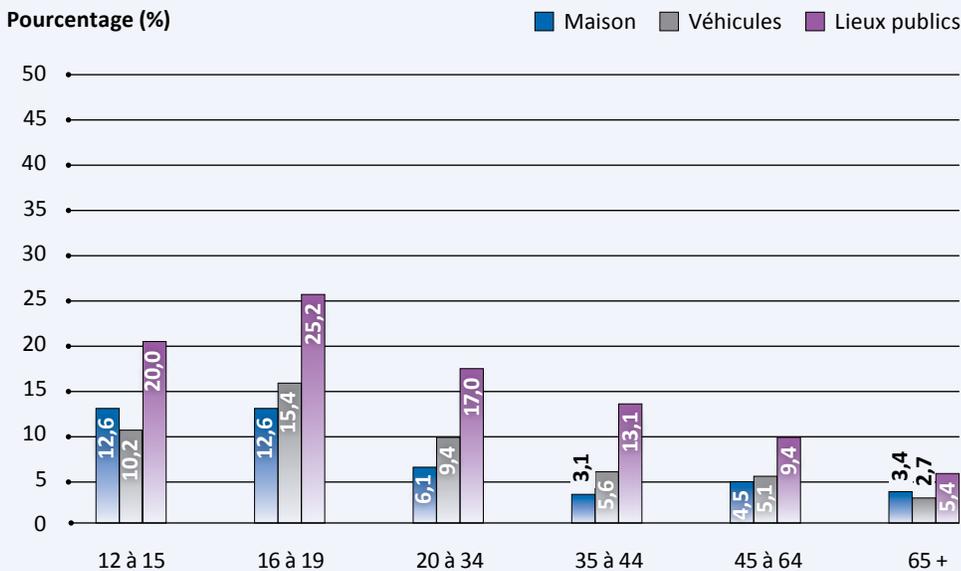
### Pourcentage de non-fumeurs ( $\geq 12$ ans) déclarant être exposés à la fumée secondaire selon le lieu d'exposition et l'âge, Canada – ESCC, 2011



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

FIGURE 7

### Pourcentage de non-fumeurs ( $\geq 12$ ans) déclarant être exposés à la fumée secondaire selon le lieu d'exposition, Canada – ESCC, 2011



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

## Consommation d'alcool

### Que mesure-t-on?

**Cet indicateur mesure le pourcentage des adultes âgés de 18 ans et plus qui disent avoir les habitudes de consommation d'alcool suivantes :**

- aucune consommation d'alcool au cours des douze derniers mois,
- consommation moyenne supérieure à deux verres d'alcool par jour pour les hommes et à un verre d'alcool par jour pour les femmes (directives de la Société canadienne du cancer (SCC)).

### Pourquoi le mesure-t-on?

Selon certaines données probantes convaincantes, la consommation d'alcool augmente le risque de contracter un cancer de l'œsophage, de la bouche, de la gorge (pharynx et larynx), du sein (avant et après la ménopause) et, chez les hommes, du côlon et du rectum. Selon d'autres données probantes, la consommation d'alcool augmenterait le risque de cancer du foie chez les hommes et les femmes, et le risque de cancer colorectal chez les femmes.<sup>1</sup>

D'autres données probantes tout aussi convaincantes indiquent qu'une consommation excessive d'alcool provoque la cirrhose du foie, laquelle prédisposerait certaines personnes au cancer du foie. Cela dit, il est très important de noter que, chez les personnes qui consomment beaucoup d'alcool, il est possible que les effets de l'alcool soient confondus avec d'autres comportements à risque. Par exemple, les buveurs excessifs peuvent avoir une alimentation déficiente en nutriments reconnus pour prévenir le cancer.<sup>1</sup>

Afin de réduire le risque de cancer, la Société canadienne du cancer et le Fonds mondial de recherche contre le cancer (FMRC) recommandent au plus deux consommations par jour pour les hommes et au plus une consommation pour les femmes.<sup>1,4</sup> On commence à mesurer le pourcentage des Canadiens qui dépassent les diverses directives de consommation d'alcool

à faible risque afin de cerner plus facilement ceux qui courent le plus grand risque de contracter le cancer et d'autres maladies liées à la consommation d'alcool.

### Que peut-on conclure des résultats?

**En 2011, on observait un léger écart selon la province ou le territoire dans le pourcentage des adultes déclarant ne pas consommer d'alcool (figure 8). De la même façon, les données fournies par les provinces pour calculer le pourcentage des adultes dépassant les directives de consommation variaient légèrement (figure 9).**

- Le pourcentage des adultes qui dépassaient les directives de consommation d'alcool à faible risque de la Société canadienne du cancer variait de 9 % en Saskatchewan à 11 % à Terre-Neuve-et-Labrador (selon les données fournies par seulement cinq provinces).

La définition de faible risque varie d'un pays à l'autre.

- En Australie, la consommation d'alcool à faible risque est définie comme étant deux verres d'alcool par jour tant chez les hommes que chez les femmes. Les statistiques d'un sondage mené à l'échelle du pays en 2007 et 2008 indiquent que 21 % des adultes âgés de 18 ans et plus dépassaient les directives de consommation d'alcool à faible risque. Ces données ne sont pas réparties selon l'âge et le sexe.<sup>29</sup>

La Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains de 2005 ne fixe aucune cible concernant la consommation d'alcool.<sup>2</sup>

### Que fait-on à ce sujet?

Le projet BETTER, l'une des initiatives du projet COALITION, aborde la consommation d'alcool en tant que facteur de risque de maladie chronique. Il comprend des stratégies cliniques

de prévention des maladies chroniques qui visent à réduire la consommation d'alcool chez les patients examinés par les omnipraticiens.<sup>15</sup>

Selon le répertoire des politiques de prévention tenu à jour par le Partenariat, de nombreux gouvernements ont établi, au cours des dernières années, des politiques, des exposés de position et des directives pour favoriser de politiques de santé publique qui visent à réduire la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues et les dommages qu'ils causent, ainsi qu'à bâtir des collectivités plus sécuritaires.<sup>7</sup> Mentionnons, à titre d'exemple, le document d'orientation sur la prévention du mésusage de substances publié par le ministère de la Promotion de la Santé de l'Ontario,<sup>30</sup> le guide d'élaboration des politiques sur la toxicomanie et le jeu compulsif à l'intention des écoles albertaines d'Alberta Health Services<sup>31</sup> et le programme général modèle sur la prévention des dommages causés par la toxicomanie du ministère du Mode de vie sain et du Sport de la Colombie-Britannique.<sup>32</sup>

### Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?

La moyenne quotidienne a été calculée en fonction du nombre total de consommations que le répondant a déclaré avoir pris dans la semaine qui a précédé l'entrevue menée dans le cadre de l'ESCC, divisée par sept jours.

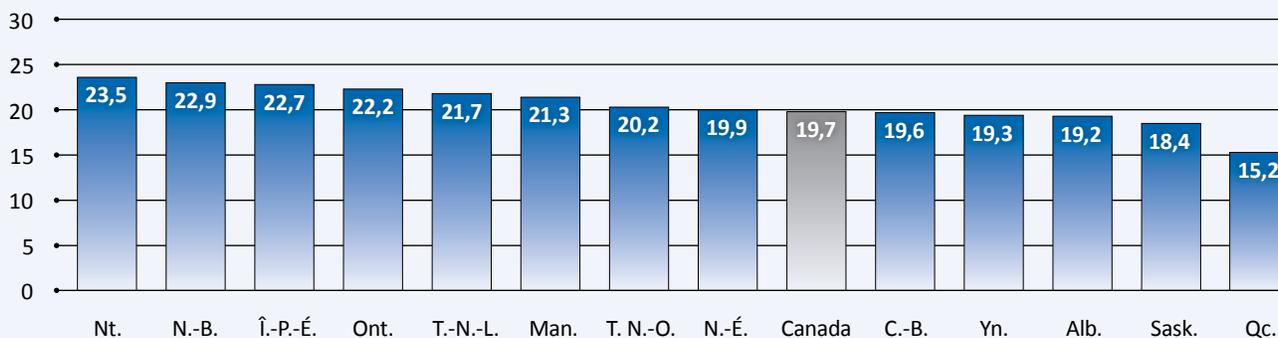
Le présent rapport utilise les directives de consommation d'alcool de la SCC et du FMRC en vue de réduire le risque de cancer; le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies utilise d'autres directives de consommation d'alcool à faible risque pour la population en général.<sup>28</sup>

L'annexe technique (voir la [page 195](#)) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

FIGURE 8

### Pourcentage d'adultes (≥ 18 ans) déclarant ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois selon la province ou le territoire – ESCC 2011

Pourcentage (%)

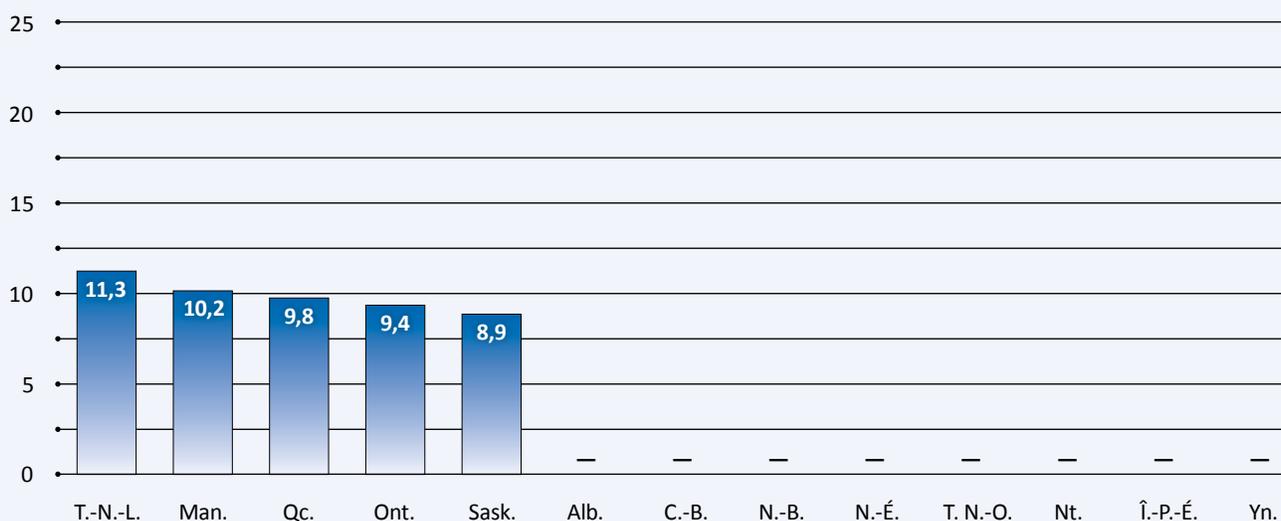


Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

FIGURE 9

**Pourcentage des adultes ( $\geq 18$  ans) dépassant la limite des recommandations sur la consommation d'alcool\* à faible risque par province ou territoire – ESCC, 2011**

Pourcentage (%)



« — » Données non disponibles pour l'Alb., la C.-B., le N.-B., la N.-É., le T. N.-O., le Nt., l'Î.-P.-É. et le Yn.

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

\* Les directives de consommation d'alcool de la Société canadienne du cancer.

## Excès de poids et obésité chez les adultes

### Que mesure-t-on?

*Cet indicateur mesure le pourcentage de la population âgée de 18 ans ou plus pour laquelle l'indice de masse corporelle (IMC), soit le rapport entre la taille et le poids déclarés, est égal ou supérieur à 25 kg/m<sup>2</sup>, ce qui représente le seuil d'embonpoint, et est égal ou supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup>, ce qui représente le seuil d'obésité.*

### Pourquoi le mesure-t-on?

Il s'est avéré que l'obésité accroît le risque de développer un certain nombre de cancers. Selon une étude récente du *World Cancer Research Fund*, des données probantes démontrent de manière convaincante que l'excès de graisse

corporelle augmente le risque de cancer du côlon, du rectum, du sein (chez les femmes post ménopausiques), de l'endomètre, de l'œsophage, du pancréas ou du rein.<sup>1</sup>

La prévalence de l'obésité est en hausse au Canada, tant chez les enfants que chez les adultes.<sup>33</sup> La déclaration des taux et des tendances de l'excès de poids et de l'obésité partout au Canada et au fil du temps permet de suivre la progression des efforts visant à encourager les modes de vie sains et de cerner les sous-populations à risque.

### Que peut-on conclure des résultats?

***Selon les données autodéclarées sur la taille et le poids, 52 % des Canadiens sondés font partie***

**des catégories de personnes souffrant d'un excès de poids ou d'obésité (34 % souffrent d'un excès de poids et 18 % d'obésité) (figure 10).**

- Selon les estimations récemment diffusées fondées sur les résultats du *National Health and Nutrition Examination Survey*, le taux d'obésité relevé aux É.-U. chez les adultes de 20 ans ou plus s'établissait à 37 % en 2009 à 2010.<sup>34</sup>
- Selon l'IMC mesuré, le Canada vient au quatrième rang au chapitre de la prévalence de l'obésité parmi les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), derrière les É.-U., le Mexique et la Nouvelle-Zélande. Si l'on se fie aux données autodéclarées pour le Canada, notre pays occupe le 10<sup>e</sup> rang parmi les 30 pays de l'OCDE.<sup>35</sup>
- C'est en Colombie-Britannique et au Québec qu'ont été enregistrés les plus faibles pourcentages de population souffrant d'un excès de poids ou d'obésité, soit 47 % et 50 % respectivement. La Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador continuent d'afficher des pourcentages d'habitants souffrant d'un excès de poids ou d'obésité qui sont parmi les plus élevés, soit 61 % et 69,3 % respectivement.

**En règle générale, parmi les répondants, plus d'hommes souffraient d'un excès de poids ou d'obésité, tandis qu'un plus grand nombre de femmes faisaient partie de la catégorie des personnes dont le poids est insuffisant. Les écarts étaient moins prononcés dans l'intervalle normal de l'IMC (figure 11).**

La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains vise une augmentation de 20 %, par rapport à 2003, du nombre de Canadiens ayant un poids corporel « normal » (IMC entre 18,5 kg/m<sup>2</sup> et 24,9 kg/m<sup>2</sup>) d'ici 2015. Ce qui signifie que 56,0 % d'entre eux se classeraient dans la catégorie du poids « normal » soit une

hausse comparativement à 46,7 % en 2003.<sup>2</sup>

### Que fait-on à ce sujet?

La Déclaration sur la prévention et la promotion de la part des ministres canadiens de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain a été adoptée en 2010 afin de miser sur les principes fondamentaux de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains. Outre qu'elle propose un cadre d'action, cette stratégie vise à réduire les facteurs de risque, entre autres l'inactivité physique, les mauvaises habitudes alimentaires et les poids malsains.<sup>2</sup> La Déclaration mise sur ces éléments et affirme que « la promotion de la santé et la prévention des maladies, des incapacités et des blessures sont prioritaires et nécessaires à la viabilité du système de santé ».<sup>36</sup>

Trois initiatives COALITION, soit le PACOE, Bâtir un Canada en santé et le projet BETTER, ont été renouvelées jusqu'à la fin de 2014 et comportent certains volets traitant des facteurs de risque en matière d'excès de poids et d'obésité, y compris l'activité physique, la nutrition, le cadre bâti, les déterminants sociaux de la santé et le dépistage de l'excès de poids et de l'obésité par les spécialistes des soins primaires.<sup>15</sup>

Le *Rapport sur les investissements dans la recherche sur l'obésité au Canada* présente les tendances et les écarts des investissements en recherche conformément aux données disponibles les plus récentes sur les investissements au titre de la recherche sur l'obésité des organismes canadiens de financement de la recherche. Il renferme les conditions de base de la planification et du suivi des prochains investissements dans la recherche sur l'obésité.<sup>37</sup>

### Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?

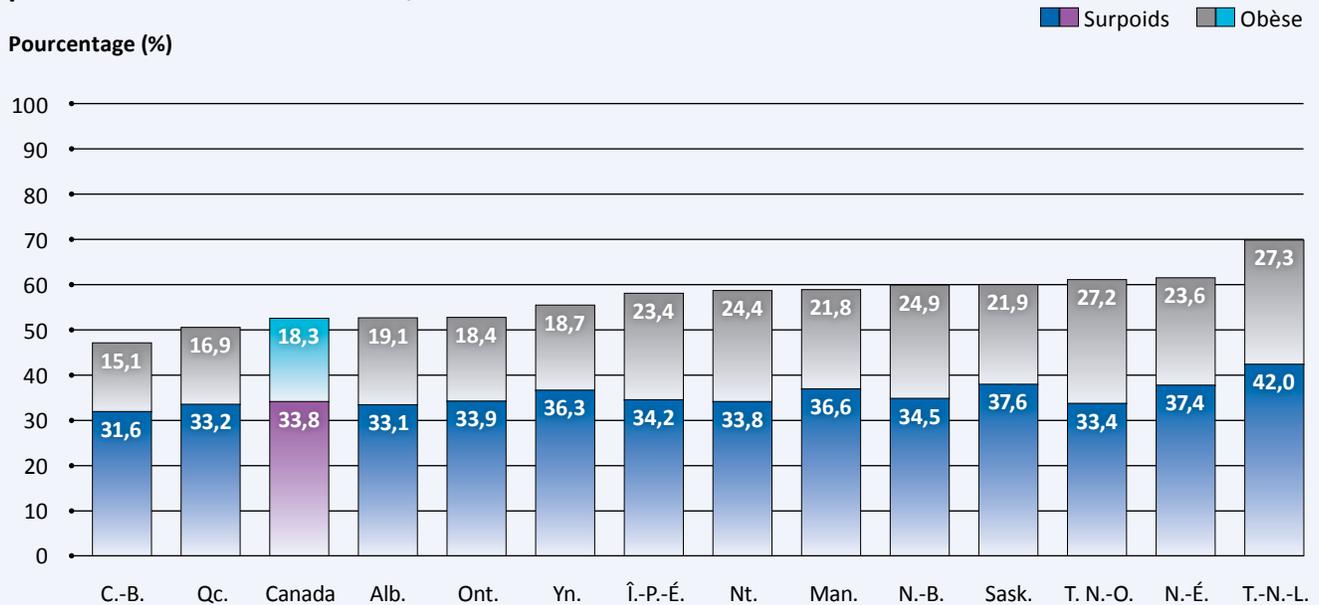
L'IMC a été calculé à l'aide de données personnelles sur la taille et le poids déclarées par les répondants. Les études canadiennes fondées sur des mesures montrent que la prévalence de l'obésité est supérieure à celle mesurée dans le cadre de sondages d'autodéclaration (24,3 % pour la période allant de 2007 à 2009 selon l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé).<sup>38</sup>

Les répondants dont l'IMC se situe entre 25 kg/m<sup>2</sup> et 29,9 kg/m<sup>2</sup> étaient considérés comme des personnes souffrant d'un excès de poids; ceux dont l'IMC dépasse 30 kg/m<sup>2</sup> étaient considérés comme des personnes obèses.<sup>39-40</sup>

L'annexe technique expose en détail les méthodes de calcul (voir la [page 195](#)).

FIGURE 10

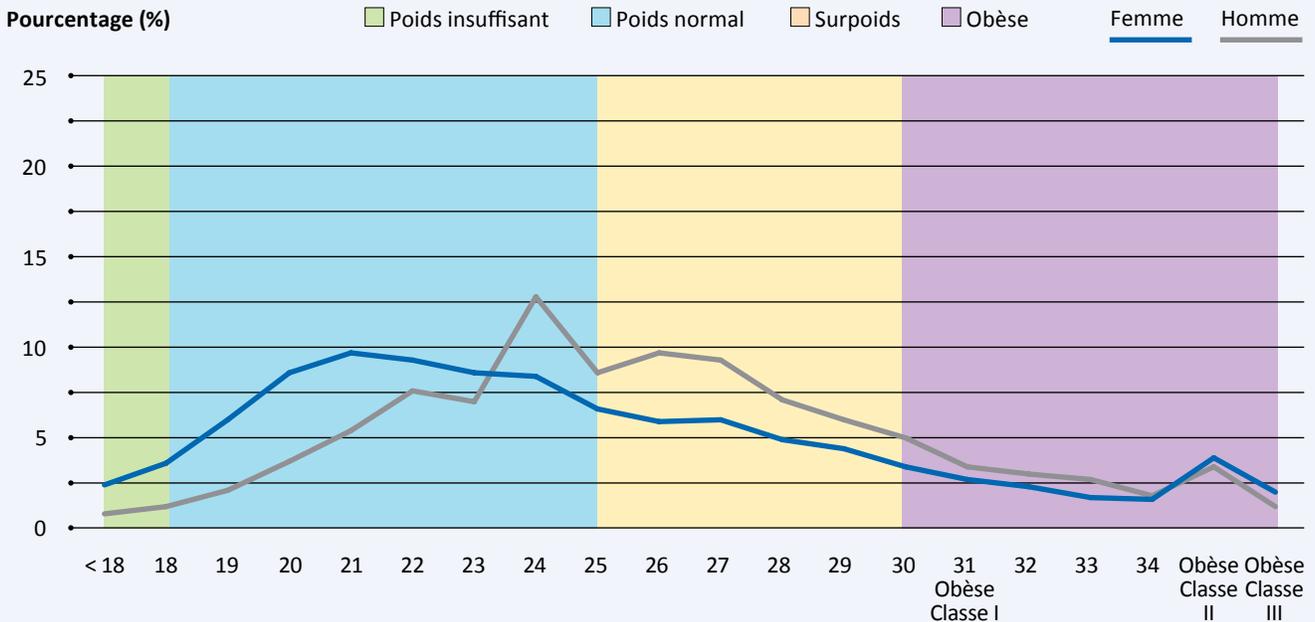
### Pourcentage des adultes (≥ 18 ans) ayant un excès de poids ou considérés comme obèses selon la province ou le territoire – ESCC, 2011



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

FIGURE 11

### Courbes de répartition de l'indice de masse corporelle chez les adultes (≥ 18 ans) selon le sexe, Canada – ESCC, 2011



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

## Utilisation d'équipement de bronzage artificiel

### Que mesure-t-on?

*Cet indicateur présente la proportion des adultes qui utilisent de l'équipement de bronzage artificiel, selon le sexe et le groupe d'âge.*

### Pourquoi le mesure-t-on?

L'exposition aux rayons UV est néfaste pour la peau et peut provoquer le cancer de la peau. Le cancer le plus fréquent au Canada est le cancer de la peau sans présence de mélanome (y compris le carcinome basocellulaire et le carcinome squameux). Les taux d'incidence déclarés du cancer sans présence de mélanome sont sous-estimés, car la plupart des organismes de lutte contre le

cancer ne recueillent pas systématiquement de données sur l'incidence de ce type de cancer.<sup>41</sup> Le mélanome est le cancer de la peau le plus grave et les taux d'incidence sont en hausse au Canada, en particulier chez les jeunes adultes (pour de plus amples renseignements sur le mélanome, voir la [page 174](#)).

Il est reconnu que l'utilisation d'équipement de bronzage artificiel, y compris les lits et les lampes de bronzage, augmente le risque de développer un cancer de la peau, en particulier dans le cas des personnes qui commencent à utiliser cet équipement avant l'âge de 35 ans.<sup>42</sup> L'exposition accrue aux rayons UV durant l'enfance et l'adolescence augmente le risque de développer un cancer de la peau plus tard au cours de la vie.<sup>43</sup>

Selon une méta-analyse récente, les personnes qui utilisent des lits de bronzage courent un risque relatif de 1,20, comparativement à celles qui n'ont jamais utilisé ces lits (intervalle de confiance (IC) à 95 %, soit entre 1,08 et 1,34).<sup>42</sup>

Les études publiées ont également montré que l'utilisation de l'équipement de bronzage artificiel augmente le risque de développer un cancer de la peau sans présence de mélanome, en particulier chez les personnes qui ont été exposées à un plus jeune âge.<sup>44</sup>

### Que peut-on conclure des résultats?

***Il y a plus de chances que les femmes utilisent de l'équipement de bronzage, en particulier celles qui ont moins de 25 ans.***

- Selon l'étude nationale réalisée en 2006, plus d'un quart (27 %) des femmes de 16 à 24 ans ont déclaré avoir utilisé de l'équipement de bronzage artificiel sur une période d'un an (figure 12).

***Les jeunes déclarent utiliser de l'équipement de bronzage artificiel et bon nombre d'entre eux ont été initiés au bronzage par leurs parents.***

- Selon une étude récente menée par Ipsos Reid pour la Société canadienne du cancer réalisée en Ontario auprès de 1 476 étudiants de 12 à 17 ans de niveaux intermédiaire et secondaire de l'Ontario, 8 % d'entre eux utilisaient de l'équipement de bronzage, soit une hausse par rapport au pourcentage de 5 % dont il était question dans un sondage similaire mené en 2006.<sup>45</sup> Seize pour cent des étudiants de 11<sup>e</sup> et de 12<sup>e</sup> année utilisaient un équipement de bronzage, soit une hausse par rapport à 7 % en 2006. Vingt quatre pour cent des étudiants qui ont déclaré utiliser de l'équipement de bronzage ont été initiés à cette pratique par leurs parents.

***Le nombre global de Canadiens ayant déclaré avoir eu recours à de l'équipement de bronzage a sensiblement augmenté, passant de 7,7 % (IC à 95 % de 6,8 à 8,7) en 1996 à 10,5 % (IC à 95 % de 9,0 à 12,0) en 2006.<sup>46</sup> Aux États-Unis, le***

***pourcentage normalisé selon l'âge des adultes qui ont déclaré avoir eu recours au bronzage artificiel au cours des 12 derniers mois était de 5,6 %, les taux étant plus élevés chez les Caucasiennes de 18 à 25 ans.<sup>47</sup>***

### Que fait-on à ce sujet?

Plusieurs organismes, dont l'Association canadienne de dermatologie, l'American Academy of Dermatology, l'Organisation mondiale de la Santé, l'Association médicale canadienne et la Société canadienne du cancer, ont publié des rapports à l'appui de l'interdiction pour les jeunes de fréquenter des salons de bronzage artificiel.<sup>48-52</sup>

À l'heure actuelle quatre provinces (Nouvelle-Écosse, Colombie-Britannique, Terre-Neuve-et-Labrador et Québec) ont adopté des mesures législatives interdisant aux personnes de moins de 18 ou 19 ans d'utiliser des lits de bronzage.<sup>53-56</sup> L'Ontario a également proposé récemment une interdiction similaire, et le ministère de la Santé et du Bien-être de l'Île-du-Prince-Édouard prévoit réglementer l'utilisation des lits de bronzage dans le cas des personnes de moins de 18 ans étant donné qu'une vérification a révélé que les exploitants de salon de bronzage ne respectaient pas les directives visant à restreindre l'utilisation de ces lits pour les personnes faisant partie de ce groupe d'âge.<sup>57-59</sup> En 2012, la ville d'Oakville et la région de Peel en Ontario ont adopté des lois interdisant l'utilisation des lits de bronzage dans le cas des personnes de moins de 18 ans.<sup>60-61</sup> Au Québec, toute publicité directe en faveur du bronzage artificiel expressément destinée aux personnes mineures est également interdite.<sup>54</sup> Pour obtenir un complément d'information sur les politiques municipales, consultez le Répertoire des politiques de prévention à l'adresse : [www.vuesurlecancer.ca/politiquesprevention](http://www.vuesurlecancer.ca/politiquesprevention).

Aux États-Unis, la Californie et le Vermont ont interdit l'utilisation des lits de bronzage dans le cas des personnes de 18 ans et moins, tandis que 34 autres États ont imposé des restrictions à l'utilisation de ces lits par les jeunes.<sup>48</sup> Plusieurs autres pays, dont l'Écosse, l'Allemagne,

la France et cinq États d'Australie, ont adopté des interdictions visant à réduire l'utilisation chez les jeunes (la définition de ce terme varie selon le pays).<sup>49</sup>

En juillet 2010, les États-Unis ont imposé une taxe d'accise fédérale de 10 % sur les services de bronzage artificiel. Selon une analyse récemment effectuée en Illinois, 80 % des salons visés ont répercuté cette taxe sur leurs clients, mais seulement 26 % ont déclaré une diminution du nombre de clients à la suite de l'imposition de celle-ci.<sup>62</sup>

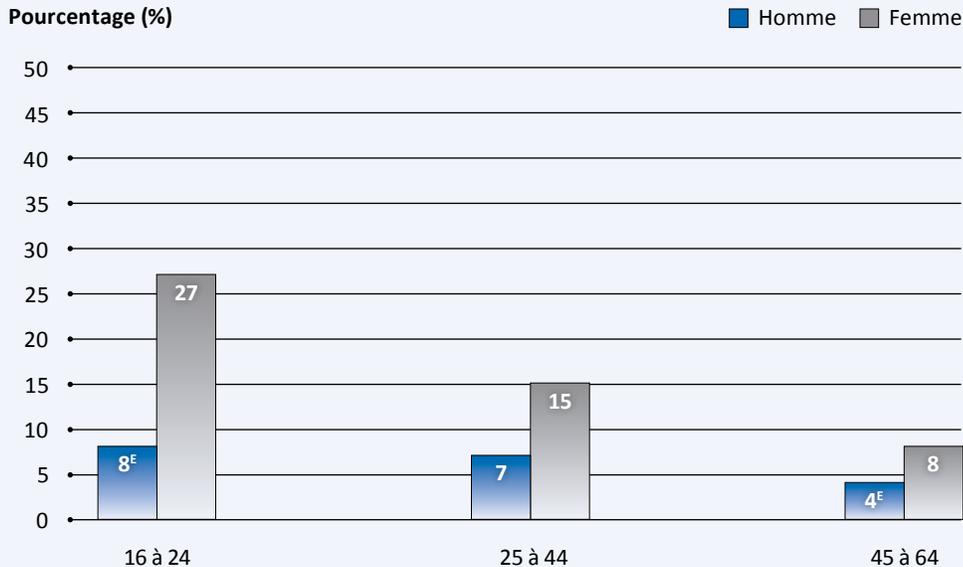
### Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?

La Deuxième Enquête nationale sur l'exposition au soleil a été menée en 2006 auprès de 7 121 Canadiens de 16 ans et plus. La population visée par l'étude comprenait les habitants de toutes les provinces mais non pas ceux des territoires. Des entrevues ont été réalisées au cours de la période allant du 2 août au 22 novembre 2006.<sup>46</sup>

Pour de plus amples détails, consulter la [page 195](#) de l'annexe technique.

FIGURE 12

### Pourcentage d'adultes ayant déclaré qu'ils utilisaient de l'équipement de bronzage, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada – 2006



<sup>É</sup> À interpréter avec prudence en raison de l'ampleur de la variation dans l'estimation. Consulter l'annexe technique pour en savoir plus de détails.

Source de données : Deuxième Enquête nationale sur l'exposition au soleil de 2006.

## Participation aux programmes d'immunisation contre le virus du papillome humain (VPH)

### Que mesure-t-on?

*Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes de la cohorte ciblée qui ont reçu la première dose du vaccin contre le virus du papillome humain (VPH). Font partie de la cohorte ciblée les personnes de sexe féminin (de certains niveaux scolaires et groupes d'âge) qui fréquentent des écoles ayant offert le programme provincial d'immunisation contre le VPH.*

### Pourquoi le mesure-t-on?

L'infection par le VPH est à l'origine de presque tous les cancers du col de l'utérus et d'un grand nombre de cancers anogénitaux.<sup>63</sup> Le VPH est également lié au cancer oropharyngé dont l'incidence s'est accrue au Canada au cours des dernières années (voir la figure 30 à la [page 179](#)).

Au Canada, les cancers du col de l'utérus représentaient 60 % des cancers attribuables au VPH.<sup>64</sup>

Les vaccins contre le VPH assurent une protection contre les types de VPH à haut risque (soit le VPH 16 et le VPH 18), qui sont responsables de plus de 70 % des cancers du col de l'utérus.<sup>63</sup>

En 2007, le Comité consultatif national de l'immunisation a diffusé des recommandations au sujet du vaccin contre le VPH,<sup>65</sup> et plus tard cette même année, le gouvernement fédéral a annoncé l'octroi de subventions aux provinces et aux territoires en vue de la mise en œuvre de programmes d'immunisation contre le VPH. Tous les programmes provinciaux ne visent que les femmes.

La mesure et la déclaration de la participation aux programmes provinciaux d'immunisation contre le VPH permettent de cerner les écarts en matière de rendement et de mettre en lumière les possibilités de redoubler d'efforts dans les activités de prévention.

### Que peut-on conclure des résultats?

*Les taux de participation<sup>b</sup> aux programmes organisés d'immunisation contre le VPH varient selon la province ou le territoire (figure 13).*

- Dans les provinces qui sont en mesure de présenter des données sur cet indicateur, le pourcentage de la population cible visée par les programmes d'immunisation pendant l'année scolaire 2008 à 2009 et ayant reçu la première dose du vaccin s'échelonnait entre 88 % à Terre-Neuve-et-Labrador et 52 % au Manitoba.
- N'ayant pas été en mesure de fournir des données réelles, les Territoires du Nord-Ouest et l'Île-du-Prince-Édouard ont présenté une estimation des taux de participation. Ces estimations sont du même ordre que les données réelles transmises par les autres provinces ou territoires.

### Variation selon les pays de la participation aux programmes d'immunisation contre le VPH.

- Selon l'étude sur la couverture vaccinale des adolescentes de 13 à 17 ans contre le VPH, réalisée en 2011 aux États-Unis par les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), 53 % des jeunes filles avaient reçu au moins une dose de vaccin contre le VPH, alors que 35 % d'entre elles en avaient reçu au moins trois doses.<sup>66</sup>

b) Le dénominateur du taux de participation déclaré en l'occurrence est le nombre d'étudiantes des niveaux scolaires ciblés (ces niveaux variant d'une province à l'autre) qui fréquentaient des écoles ayant offert le programme provincial d'immunisation contre le VPH. Il ne s'agit pas de l'ensemble de la population de sexe féminin faisant partie de l'intervalle d'âge ciblé pour la province.

- Au Royaume-Uni et en Australie, la participation aux programmes d'immunisation contre le VPH tout juste mis en œuvre a été importante. Au Royaume-Uni, les responsables du programme national d'immunisation contre le VPH ont déclaré un taux de participation de 88 % au cours de la première année de mise en œuvre (septembre 2008).<sup>67</sup> En Australie, le programme organisé d'immunisation contre le VPH a été mis en œuvre pour la première fois en 2007. Environ 73 % des jeunes filles de 12 ou 13 ans vaccinées dans le cadre d'un programme scolaire d'immunisation ont reçu les trois doses, alors que 83 % d'entre elles n'ont reçu qu'une seule dose.<sup>68</sup>

---

### Que fait-on à ce sujet?

Toutes les provinces et tous les territoires ont mis en œuvre un programme d'immunisation contre le VPH. En 2007, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador et l'Île-du-Prince-Édouard ont été les premières provinces à mettre en œuvre des programmes d'immunisation contre le VPH en milieu scolaire. D'autres provinces leur ont emboîté le pas en 2008. En 2010, toutes les provinces et tous les territoires avaient mis en œuvre un programme d'immunisation en milieu scolaire ([tableau 1](#)).

Les populations visées par les programmes d'immunisation varient d'une province ou d'un territoire à l'autre, le groupe le plus jeune étant formé d'élèves de quatrième année (de huit à dix ans) et le groupe le plus âgé, d'étudiants de huitième ou neuvième année (13 à 15 ans environ). Des cohortes de rattrapage ont été formées dans dix des 13 provinces ou territoires afin d'offrir le vaccin à des groupes d'étudiants plus âgés. Les cohortes de rattrapage sont d'ordinaire formées d'étudiants d'une à quatre années au-dessus de la population visée. Le programme de rattrapage a été étendu à toutes les femmes de moins de 18 ans au Québec et à celles de moins de 22 ans dans les Territoires du Nord-Ouest. La mise en œuvre des programmes provinciaux et territoriaux se poursuit, ce qui permet d'offrir à un plus grand nombre de femmes appartenant à l'intervalle d'âge ciblé la possibilité de se faire vacciner.

En 2012, le Comité consultatif national sur l'immunisation a mis à jour ses recommandations afin d'inclure des sous-groupes de garçons.<sup>69</sup> Les programmes provinciaux ou territoriaux continuent toutefois de ne cibler que les femmes.

En collaboration directe avec l'Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, la Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie de l'Agence de la santé publique du Canada est en voie d'élaborer des indicateurs de la qualité de l'immunisation contre le VPH et d'évaluer la capacité de mesurer ces indicateurs pour l'ensemble des provinces. Ces activités visent l'établissement de rapports ultérieurs portant sur une série d'indicateurs de base en matière de lutte contre le cancer du col de l'utérus.

---

### Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?

Le vaccin contre le VPH est administré en trois doses sur une période de six mois. Cet indicateur donne à voir le pourcentage de la population visée ayant reçu la première des trois doses (sauf indication contraire).

Les données de l'Alberta et de l'Ontario indiquent le pourcentage de la population visée ayant reçu les trois doses du vaccin; en ce qui concerne leurs résultats, on peut s'attendre à ce que le nombre de personnes ayant reçu la première dose soit plus élevé que celui qui est indiqué.

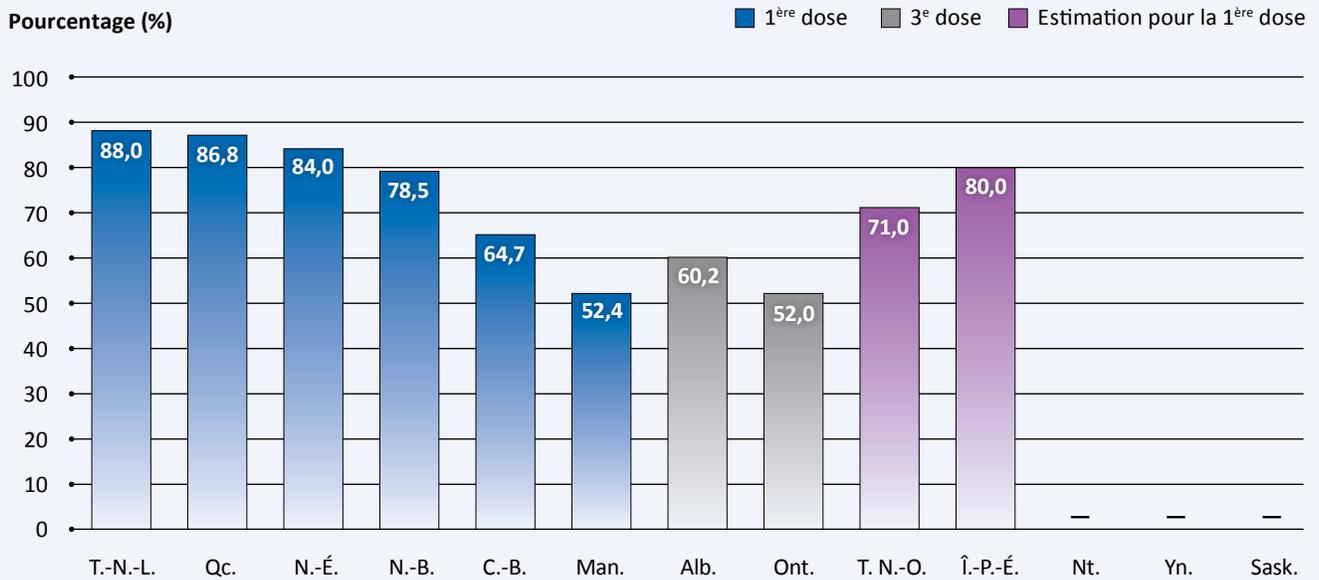
Les programmes provinciaux ou territoriaux diffèrent quant aux populations cibles, aux plans de mise en œuvre et aux étapes connexes. À mesure que les provinces poursuivent la mise en œuvre de leurs programmes d'immunisation respectifs, il serait normal que les pourcentages augmentent et que la variation interprovinciale s'amenuise.

Les Territoires du Nord-Ouest et l'Île-du-Prince-Édouard n'ont pu fournir que des estimations du nombre de personnes vaccinées et ces chiffres doivent être interprétés avec prudence.

L'annexe technique expose en détail les méthodes de calcul (voir la [page 196](#)).

FIGURE 13

### Pourcentage de la cohorte ayant reçu\* la première dose du vaccin contre le VPH selon la province – année scolaire 2008 à 2009



« — » Données non disponibles pour le Nt., le Yn., et la Sask.

Les données de l'Alb. et de l'Ont. sont celles de la 3<sup>e</sup> dose.

Les données de T. N.-O. et de l'Î.-P.-É. sont des estimations.

\* La cohorte ayant reçu la première dose ne s'applique qu'à la province et à l'étape de mise en œuvre. Elle ne regroupe que les écoles et les années scolaires où les programmes sont offerts.

Source des données : Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.

TABLEAU 1

**Mise en œuvre des programmes organisés d'immunisation contre le VPH, selon la province ou le territoire**

	Date de la première mise en œuvre	Groupe d'âge visé / cohorte de filles immunisées	Programme de rattrapage	Détails du programme de rattrapage
<b>C.-B.</b>	Sept. 2008	6 <sup>e</sup> année	Oui*	9 <sup>e</sup> année
<b>Alb.</b>	Sept. 2008	6 <sup>e</sup> année	Oui	9 <sup>e</sup> année
<b>Sask.</b>	Sept. 2008	6 <sup>e</sup> année	Oui	7 <sup>e</sup> année
<b>Man.</b>	Sept. 2008	6 <sup>e</sup> année	Non	S. O.
<b>Ont.</b>	Sept. 2007	8 <sup>e</sup> année	Non**	S. O.
<b>Qc.</b>	Sept. 2008	4 <sup>e</sup> pr., sec. 3 (4 <sup>e</sup> année, 9 <sup>e</sup> année)	Oui	< 18 ans
<b>N.-B.</b>	Sept. 2008	7 <sup>e</sup> année	Oui	8 <sup>e</sup> année
<b>N.-É.</b>	2007	7 <sup>e</sup> année	Non	S. O.
<b>Î.-P.-É.</b>	2007	6 <sup>e</sup> année	Oui	9 <sup>e</sup> année
<b>T.-N.-L.</b>	Sept. 2007	7 <sup>e</sup> année	Oui	9 <sup>e</sup> année
<b>T. N.-O.</b>	Sept. 2009	5 <sup>e</sup> année	Oui	Toutes les filles/femmes < 22 ans
<b>Yn.</b>	Nov. 2009	6 <sup>e</sup> année	Oui	7 <sup>e</sup> année, 8 <sup>e</sup> année
<b>Nt.</b>	2010	6 <sup>e</sup> année ou ≥ 9 ans	Non	S. O.

\* Le programme de rattrapage vient de se terminer en C.-B. À compter de 2011 à 2012, le vaccin ne sera plus offert aux filles de 9<sup>e</sup> année.

\*\* L'Ont. offre une admissibilité prolongée aux étudiantes de la 9<sup>e</sup> année qui ont reçu au moins une dose en 8<sup>e</sup> année.

## Infection par le virus de l'hépatite B

### Que mesure-t-on?

*Cet indicateur rend compte de l'incidence de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) au Canada.*

### Pourquoi le mesure-t-on?

À l'échelle planétaire, 80 % des cas de cancer du foie sont causés par une infection chronique par le VHB.

Environ 10 % des adultes infectés par le VHB deviendront porteurs de ce dernier et développeront la forme chronique de l'hépatite

B. Plus la personne est infectée par le virus de l'hépatite B est jeune, plus elle court le risque de développer une infection chronique.<sup>70</sup> Même si la forme chronique de l'hépatite B peut être traitée, le virus est transmissible et les sujets porteurs présentent un risque élevé de développer des complications, y compris la cirrhose et le cancer du foie.

L'infection chronique par le virus de l'hépatite B est fort répandue dans certains pays, en particulier dans les pays d'Asie.<sup>70</sup> Bien qu'elle soit assez faible au Canada, l'incidence du cancer du foie augmente depuis quelques années (voir la figure 23 à la [page 172](#)).

Le dépistage systématique des sujets porteurs du VHB susceptibles de souffrir d'un cancer du foie ou d'une cirrhose peut déboucher sur la détection et le traitement précoces de ces personnes.

L'immunisation permet de prévenir l'infection aiguë par le virus de l'hépatite B.

### Que peut-on conclure des résultats?

*En dépit de la diminution des cas d'infection aiguë par le virus de l'hépatite B, il semble que le pourcentage de Canadiens souffrant d'une infection chronique par le VHB soit en hausse.*

- En 2008, le taux déclaré d'infection aiguë par le virus de l'hépatite B s'établissait à 1,7 par 100 000 Canadiens (figure 14). Dans les années 2000, le taux est demeuré assez stable après avoir connu des diminutions spectaculaires depuis 1990, année au cours de laquelle le taux était de 10,8 par 100 000 personnes.
- De 2004 à 2008, le taux déclaré d'infections chroniques par le VHB a augmenté, passant de 0,2 par 100 000 personnes à 4,3 par 100 000 personnes (figure 15).
- Des diminutions similaires de l'incidence de l'infection aiguë par le VHB ont été observées aux États-Unis depuis les années 1990.<sup>71</sup>

Les diminutions du nombre de cas d'infection aiguë par le VHB peuvent être attribuées en majeure partie à l'introduction de programmes systématiques d'immunisation contre le VHB, comme le recommandait le Comité consultatif national sur l'immunisation.<sup>72</sup> L'incidence de l'infection aiguë par le VHB chez les enfants de 10 à 19 ans a diminué de façon spectaculaire depuis l'adoption de programmes d'immunisation universelle.<sup>73</sup>

Même si la réduction du nombre de cas d'infection aiguë signifie que moins de gens sont susceptibles de souffrir d'une infection chronique par le VHB, il faudra attendre un certain temps avant d'observer des réductions des taux d'infection chronique. De surcroît, les taux d'infection aiguë par le VHB chez les adultes n'ont pas subi de replis aussi

spectaculaires que ceux enregistrés parmi les populations plus jeunes en raison de l'augmentation du nombre d'immigrants en provenance de pays où le VHB est endémique.

Bien qu'il existe de nombreux facteurs de risque connus pour le cancer du foie, si le taux d'incidence des infections aiguës par le VHB continue de chuter et que le taux d'infection chronique par le VHB finit par suivre la même tendance, l'incidence du cancer du foie peut également chuter à son tour.

### Que fait-on à ce sujet?

Depuis les années 1990, toutes les provinces et tous les territoires ont mis en œuvre des programmes d'immunisation universelle contre le VHB (tableau 2). En Colombie-Britannique, au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard, les programmes d'immunisation visent les enfants en bas âge, tandis que ceux des autres provinces ou territoires ciblent les enfants et les adolescents. Le taux d'immunisation global était de 17 % en 2007 et a augmenté pour s'établir à 70 % en 2011.<sup>74</sup> Toutefois, des taux de l'ordre de 95 % ont été signalés dans certaines provinces.<sup>73</sup>

Depuis 2001, année au cours de laquelle la Colombie-Britannique a commencé à offrir un programme d'immunisation universelle pour les enfants en bas âge et les adolescents, l'incidence déclarée de l'infection aiguë par le VHB a continué de fléchir, comparativement aux autres provinces où les taux semblent s'être stabilisés.<sup>75</sup>

Selon la province, des programmes d'immunisation ont également été offerts à des populations à haut risque, y compris les hémophiles, les patients qui subissent des hémodialyses, les personnes ayant subi une greffe, les utilisateurs de drogues injectables et les membres de certains groupes professionnels (p. ex. les travailleurs de la santé), pour n'en nommer que quelques-uns. Selon l'enquête commandée par l'Agence de la santé publique du Canada en 2006, environ 30 % de la population adulte est vaccinée contre le VHB. Dans le cas des personnes les plus à risque, les taux déclarés sont supérieurs à 50 %.<sup>76</sup>

L'Organisation mondiale de la Santé ayant recommandé l'immunisation universelle des enfants en bas âge contre le VHB, plus de 170 pays un peu partout dans le monde ont inclus le vaccin contre le VHB dans leurs programmes nationaux. Dans les pays de l'OCDE ayant adopté des programmes nationaux, 95 % des enfants de plus de deux ans sont immunisés contre le VHB.<sup>77</sup>

Aux États-Unis, tous les enfants sont systématiquement vaccinés depuis 1991.<sup>71</sup>

### Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?

Depuis 1969, l'hépatite B est une maladie infectieuse qui doit être signalée au moyen du Système canadien de surveillance des maladies

à déclaration obligatoire (SSMDO). Les pratiques de déclaration peuvent toutefois varier d'une province ou d'un territoire à l'autre. Même si toutes les provinces et tous les territoires signalent les cas d'infection aiguë par le VHB, seul(e)s quelques un(e)s font de même pour les cas d'infection chronique par le VHB.

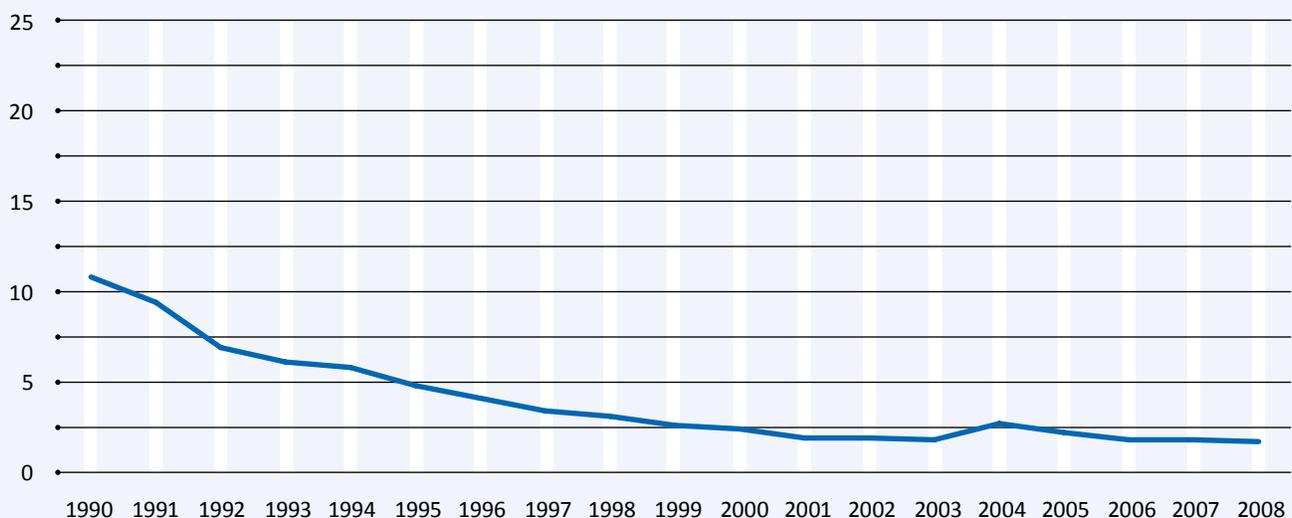
Les cas d'infection chronique par le VHB qui sont signalés touchent des personnes chez qui la présence du VHB ou d'antigène anti VHB a été détectée pendant plus de six mois.<sup>78</sup>

L'annexe technique expose en détail les méthodes de calcul (voir la [page 196](#)).

FIGURE 14

### Taux déclaré d'infection aiguë/indéterminée par le virus de l'hépatite B, Canada – de 1990 à 2008

Taux par 100 000 personnes



Données en date d'avril 2011.

Source de données : Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, Agence de la santé publique du Canada.

FIGURE 15

**Taux déclaré d'infection chronique par le virus de l'hépatite B/des porteurs de ce virus, Canada – de 2004 à 2008**

Taux par 100 000 personnes



Données en date d'avril 2011.

Source de données pour les cas d'infection par le VHB : Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, Agence de la santé publique du Canada.

Source de données sur la population : tableau 051-0001 – estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1<sup>er</sup> juillet, provinces et territoires, Canada, annuel, Statistique Canada.

TABLEAU 2

### Programmes provinciaux et territoriaux d'immunisation des enfants et des adolescents contre le virus de l'hépatite B

Province ou territoire	Âge ou année scolaire
Comité consultatif national sur l'immunisation	Recommandation : enfant en bas âge (3 doses) ou préadolescent/adolescent (de 2 à 3 doses)
Colombie-Britannique	Administration du vaccin aux enfants de 2, 4 et 6 mois et aux étudiants de 6 <sup>e</sup> année visés par le programme de rattrapage
Alberta	5 <sup>e</sup> année
Saskatchewan	6 <sup>e</sup> année
Manitoba	4 <sup>e</sup> année
Ontario	7 <sup>e</sup> année
Québec	4 <sup>e</sup> année
Nouveau-Brunswick	Administration du vaccin à 0, 2 et 6 mois
Nouvelle-Écosse	7 <sup>e</sup> année
Île-du-Prince-Édouard	Administration du vaccin à 2, 4 et 15 mois
Terre-Neuve-et-Labrador	18 mois
Territoires du Nord-Ouest	Administration du vaccin à 12 et 18 mois
Yukon	Administration du vaccin à 12 et 18 mois
Nunavut	Administration du vaccin aux enfants de 12 et 18 mois et aux étudiants de 12 <sup>e</sup> année visés par le programme de rattrapage

Source : Agence de la santé publique du Canada [Internet]. Programmes d'immunisation subventionnés par l'État au Canada – Calendrier d'immunisation systématique des nourrissons et des enfants incluant les programmes de rappel (en date de juin 2012). Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2012 (cité le 7 sept 2012). Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/im/ptimprog-progimpt/table-1-fra.php>.

## Infection par le virus de l'hépatite C

### Que mesure-t-on?

*Cet indicateur rend compte de l'incidence de l'infection par l'hépatite C au Canada.*

### Pourquoi le mesure-t-on?

L'infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) est associée au cancer du foie. De 75 % à 85 % environ des personnes infectées par le VHC développeront la forme chronique de la maladie et celle-ci peut être à l'origine d'un cancer

ou d'une cirrhose du foie.<sup>79</sup> L'infection par le VHC est la principale raison d'effectuer une transplantation hépatique.

Même si l'incidence du cancer du foie est assez faible au Canada, des augmentations ont été observées à ce chapitre au cours des dernières années (voir la figure 23 à la [page 172](#)).

Pour l'instant, il n'existe pas de vaccin contre le VHC, mais des traitements médicamenteux permettent de juguler les symptômes de la maladie.<sup>80</sup>

## Que peut-on conclure des résultats?

### ***Une diminution des cas déclarés d'infection par le VHC a été observée au cours des dernières années.***

- De 2005 à 2009, le taux déclaré d'infection par le virus de l'hépatite C a diminué au Canada, passant de 40,5 par 100 000 personnes en 2005 à 33,7 par 100 000 personnes en 2009 ([figure 16](#)).

### ***Les adultes de sexe masculin présentent le risque le plus élevé d'infection par le VHC.***

- En 2009, le taux déclaré d'infection par le VHC chez les hommes était de 43,2 par 100 000 personnes, alors qu'il était de 23,6 par 100 000 personnes chez les femmes. Le taux d'infection par le VHC le plus élevé, s'établissant à 83,1 par 100 000 personnes, a été enregistré dans le cas des hommes âgés de 40 à 59 ans ([figure 17](#)).

Selon les estimations, 16 000 nouveaux cas d'infection aiguë par le VHC ont été enregistrés aux États-Unis en 2009. Les infections aiguës par le VHC sont rarement signalées étant donné que bon nombre de personnes qui en souffrent sont asymptomatiques.<sup>79</sup> En revanche, plus de 11 000 cas d'infection par le VHC (tant aiguë que chronique) ont été déclarés au Canada au cours de la même année.

En 2007, la prévalence du VHC au Canada était de 0,7 %.<sup>81</sup> Aux États-Unis, ce taux était compris, selon les estimations, entre 1,3 % et 1,9 %.<sup>79</sup> Dans la plupart des pays européens, la prévalence déclarée s'échelonne entre 0,5 % et 2,0 %.<sup>82</sup>

Bien qu'il existe de nombreux facteurs de risque connus pour le cancer du foie, si le taux d'incidence du VHC continue de chuter, l'incidence du cancer du foie peut également chuter à son tour.

---

## Que fait-on à ce sujet?

Compte tenu du grand nombre de cas d'infection asymptomatique par le VHC, il est recommandé que les personnes appartenant à des groupes à risque élevé subissent des examens. Récemment, aux États-Unis, les *Centers for Disease Control and Prevention* ont recommandé que les personnes qui sont nées au cours de la période allant de 1945 à 1965 se soumettent à des tests de dépistage du VHC.<sup>83</sup>

---

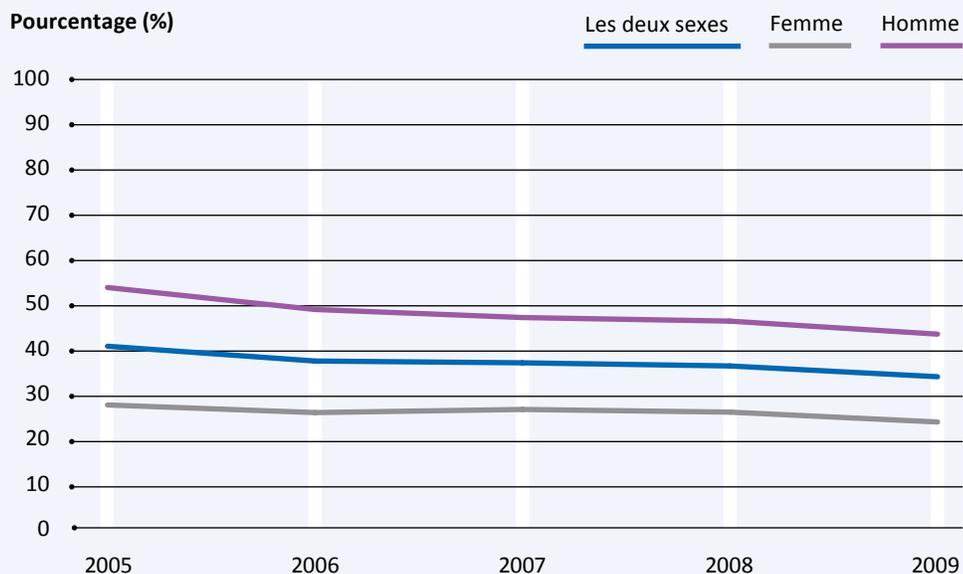
## Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?

L'hépatite C est une maladie qui doit être signalée au moyen du Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (SSMDO). Les pratiques de déclaration peuvent toutefois varier d'une province ou d'un territoire à l'autre. Dans les taux déclarés, il n'est pas fait de distinction entre les infections aiguës et les infections chroniques.

L'annexe technique expose en détail les méthodes de calcul (voir la [page 196](#)).

FIGURE 16

### Taux déclaré d'infection par le virus de l'hépatite C, selon le sexe, Canada – de 2005 à 2009

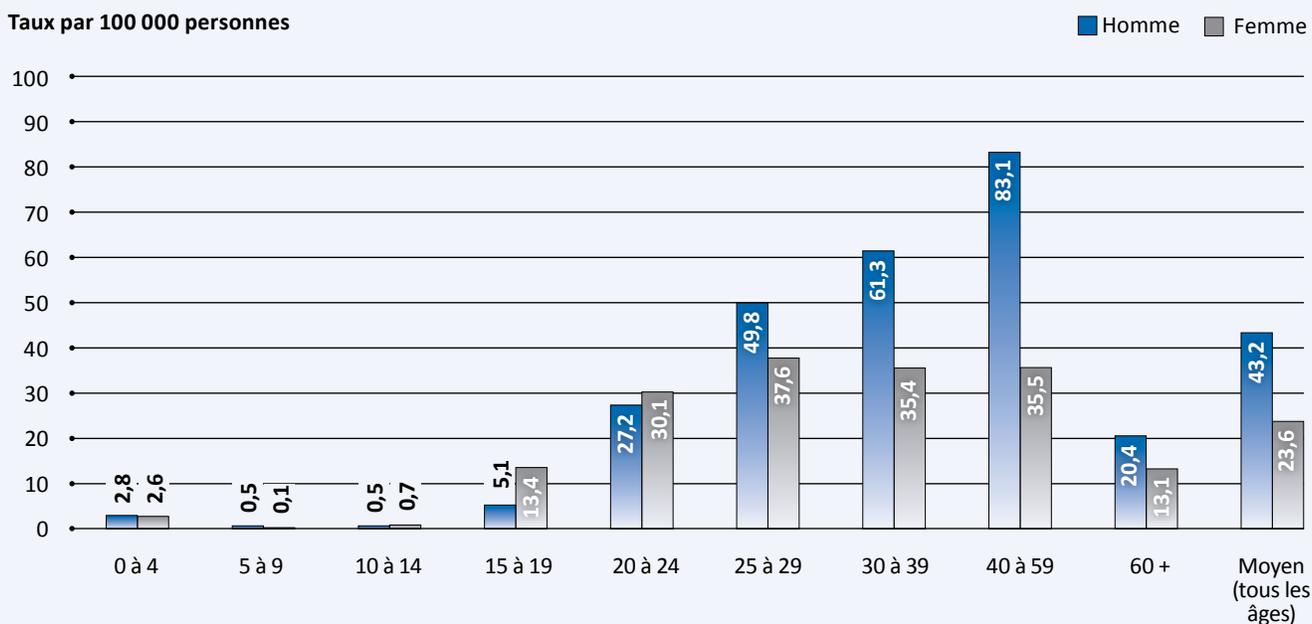


Ne fait pas de distinction entre l'infection aiguë et chronique par le virus de l'hépatite C.

Source de données : Section de la surveillance et de l'épidémiologie, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2010.

FIGURE 17

### Taux déclaré d'infection par le virus de l'hépatite C, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada – 2009



Ne fait pas de distinction entre l'infection aiguë et chronique par le virus de l'hépatite C.

Source de données : Section de la surveillance et de l'épidémiologie, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2010.

# Dépistage

---

**Dépistage du cancer du col  
de l'utérus**

P. 50

---

**Dépistage du cancer du sein**

P. 54

---

**Dépistage du cancer colorectal**

P. 57



# Dépistage

*Il a été démontré que le dépistage réduit à la fois la mortalité et l'incidence du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal de même que la mortalité du cancer du sein.*

*Le dépistage systématique est reconnu comme une stratégie efficace de réduction de la mortalité du cancer du col de l'utérus, du cancer colorectal et du cancer du sein grâce à la détection précoce de ceux-ci, d'où une plus grande efficacité des traitements. Par exemple, des données probantes tirées d'essais cliniques et d'études documentaires systématiques démontrent que le dépistage peut réduire l'incidence et la mortalité du cancer colorectal grâce à la détection précoce des polypes précancéreux.<sup>84-87</sup> Aux fins de la concrétisation de ces résultats, une large proportion de la population cible doit avoir accès à des tests de dépistage de qualité supérieure.*

**Cette section du rapport présente les indicateurs** liés au dépistage du cancer du col de l'utérus, du cancer du sein et du cancer colorectal.

Puisque la mise à jour des données sur les taux de participation aux programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus n'est prévue qu'en 2013, ces taux de même que ceux de fidélisation des participantes figurant dans le *Rapport de 2011 sur le rendement du système de lutte contre le cancer* sont de nouveau diffusés dans le rapport de la présente année. Les données présentées en l'occurrence sont tirées du rapport *Cervical Cancer Screening in Canada: Monitoring Program Performance 2006 to 2008* (rapport national sur la surveillance du rendement des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada), rédigé par l'Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, et le groupe de travail sur le rendement des programmes de surveillance.

Pour ce qui est du cancer du sein, les taux de participation aux tests de dépistage du cancer du sein dans le cadre d'un programme organisé qui sont présentés proviennent des programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein. Sont également présentées des données additionnelles autodéclarées sur les tests de dépistage du cancer du sein, y compris ceux qui font partie d'un programme organisé (dépistage programmatique) ou d'un programme opportuniste (dépistage non programmatique).

Pour ce qui est du cancer colorectal (CCR), le rapport de la présente année présente les données autodéclarées sur le dépistage du cancer colorectal tirées de l'*Enquête sur le cancer du côlon au Canada*.<sup>5</sup> Les prochains *Rapports sur le rendement du système de lutte contre le cancer* montreront la participation aux programmes organisés de dépistage du cancer

colorectal dans toutes les régions du pays. En date de 2012, toutes les provinces ont annoncé des programmes organisés ou des programmes pilotes de dépistage du cancer colorectal ou ont adopté de tels programmes.

**En collaboration avec ses partenaires, le Partenariat s'efforce de créer une infrastructure qui permettra de surveiller, d'évaluer et, en fin de compte, d'améliorer le dépistage au Canada.**

Trois réseaux nationaux, le Réseau national de dépistage du cancer colorectal, l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein et l'Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus s'affairent à promouvoir et à faire progresser le dépistage des types de cancer dont ils se préoccupent. Chacun de ces réseaux mesure une gamme d'indicateurs de la qualité qui permettent de suivre et d'évaluer les progrès réalisés et de cerner les possibilités d'amélioration.

Indicateur de dépistage	Résumé de la situation à l'échelle nationale	Tendances
<b>Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus</b>	Le taux de participation aux programmes de dépistage était plus ou moins comparable dans l'ensemble des provinces, allant de 64 % en Saskatchewan à 76 % en Alberta, pour les femmes ayant subi au moins un test Pap au cours de la période de trois ans (de 2006 à 2008). Une fois corrigé en fonction de l'hystérectomie, le taux de participation s'établissait à 72 % en Ontario (rectifié selon l'âge) et à 80 % en Colombie-Britannique.	Les données de référence sur le taux de participation aux tests de dépistage laissent entendre que la couverture est élevée, comme cela a toujours été le cas si l'on fie aux déclarations des intéressés. <sup>88</sup>
<b>Taux de dépistage du cancer du sein</b>	La participation aux programmes organisés de dépistage du cancer du sein varie d'une province à l'autre, s'échelonnant entre 6 % en Alberta et 56 % au Québec, Manitoba et Nouveau-Brunswick. Selon les données fondées sur les déclarations des intéressés, la couverture est bien plus élevée car 72 % des femmes déclarent avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années, allant de 58 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 75 % au Nouveau-Brunswick.	Les taux de participation sur deux ans aux programmes de dépistage du cancer du sein montrent une augmentation dans la plupart des provinces pour les années 2003 à 2004, 2005 à 2006, 2007 à 2008. <sup>89</sup>
<b>Taux de dépistage du cancer colorectal autodéclarés</b>	En 2011, le pourcentage des Canadiens qui étaient à jour dans leurs tests de dépistage du cancer colorectal (établi en fonction des déclarations des intéressés) allait de 22 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 64 % au Manitoba.	La proportion des Canadiens de 50 à 74 ans présentant un risque moyen qui ont déclaré être à jour dans leurs tests de dépistage du cancer colorectal a augmenté au cours de la période de 2009 à 2011, passant de 38 % à 43 %.

c) L'Enquête sur le dépistage du cancer du côlon du Canada a été commandée par le Réseau national de dépistage du cancer colorectal du Partenariat canadien contre le cancer. Il a été menée auprès de Canadiens de 45 à 74 ans et visait à comprendre leur perception et leurs attitudes quant à l'importance de se soumettre à des tests de dépistage du cancer du côlon. Réalisée en 2011 par la firme Ipsos Reid au nom du Partenariat canadien contre le cancer (PCCC), cette enquête tire parti des résultats d'un sondage connexe effectué en 2009. L'enquête de 2011 a été menée à l'aide d'une combinaison de méthodes de sondage téléphonique et en ligne et la marge d'erreur associée à la variabilité d'échantillonnage était de plus ou moins 1,5 point de pourcentage, 19 fois sur 20. Les données ont été pondérées pour garantir que la composition régionale et la composition âge/sexe/scolarité de l'échantillon sont représentatives de la population canadienne selon les données du recensement.

## Dépistage du cancer du col de l'utérus

### Que mesure-t-on?

**Les deux indicateurs présentés examinent les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus enregistrés dans le contexte des programmes provinciaux de dépistage. Ils comprennent :**

- le pourcentage des femmes de 20 à 69 ans qui ont subi au moins un test Pap au cours d'une période de trois ans, également désigné sous le nom de « taux de participation »; et
- le pourcentage des femmes de 20 à 69 ans qui ont subi un test Pap dans les trois années suivant l'obtention d'un résultat négatif pour ce test, connu sous le nom de « taux de fidélisation ».

### Pourquoi le mesure-t-on?

Tous les ans au Canada, 1 300 femmes environ reçoivent un diagnostic de cancer du col de l'utérus, dont le taux de létalité est supérieur à 25 %.<sup>90</sup>

L'infection par des types de VPH à haut risque est à l'origine de presque tous les cas de cancer du col de l'utérus, 70 % de ceux-ci étant attribuables aux VPH de types 16 et 18.<sup>62</sup>

L'adoption de méthodes de dépistage du cancer du col de l'utérus à l'aide de la cytologie du col utérin (test Pap) est la principale raison du déclin de l'incidence et de la mortalité du cancer du col de l'utérus au Canada et dans d'autres pays développés.<sup>91-92</sup>

Le dépistage du cancer du col de l'utérus permet de détecter de manière précoce des lésions précancéreuses avant qu'elles ne se transforment en cancer invasif du col de l'utérus; d'où la réduction de l'incidence et de la mortalité du cancer du col de l'utérus.<sup>93-94</sup>

Le défaut de se soumettre dans les délais recommandés aux examens de dépistage du cancer du col de l'utérus est un facteur de risque important de développer ce cancer.<sup>95</sup>

Selon une méta-analyse, 53,8 % en moyenne des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer invasif du col de l'utérus avaient des antécédents douteux en matière de dépistage et, de ce nombre, 41,5 % n'avaient jamais subi de test de dépistage.<sup>94</sup>

### Que peut-on conclure des résultats?

**Le pourcentage moyen de femmes de 20 à 69 ans qui, dans une période de trois ans, soit de 2006 à 2008, ont subi au moins un test Pap dans le cadre d'un programme provincial (le « taux de participation ») était de 70 % (74 % après correction pour l'hystérectomie).**

- Le pourcentage de femmes qui, au cours de la période de trois ans susmentionnée, ont subi au moins un test Pap variait, allant de 64 % en Saskatchewan à 76 % en Alberta. Une fois corrigé en fonction de l'hystérectomie, le taux de participation s'établissait à 72 % en Ontario (rectifié selon l'âge) et à 80 % en Colombie-Britannique (figure 1). En ce qui a trait à l'Ontario, les données disponibles pour 2008 à 2010 n'indiquent aucune fluctuation du taux de participation (72 %).<sup>96</sup>
- À ce jour, aucun objectif national n'a été fixé quant aux taux de participation aux programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus ou de fidélisation des participantes.
- Tout en gardant à l'esprit qu'il est possible que les groupes d'âge ciblés, les délais de dépistage et les critères d'admissibilité varient d'un pays à l'autre, mentionnons que les taux de participation à des programmes provinciaux de dépistage du cancer du col de l'utérus sont comparables à ceux enregistrés dans d'autres pays, allant de 71 % à 79 %, en Australie, en Finlande, en Norvège, au Royaume-Uni et en Islande.<sup>97-98</sup>

### **La participation aux tests de dépistage du cancer du col de l'utérus diminue avec l'âge.**

- Parmi les femmes de 20 à 29 ans, 80,7 % ont subi, durant une période de trois ans, au moins un test Pap, comparativement à 50,6 % des femmes de 60 à 69 ans. Toutefois, cela peut être attribuable au fait qu'un plus grand nombre de femmes âgées n'ont plus à subir de test de dépistage du cancer du col de l'utérus étant donné qu'elles ont eu une hystérectomie.
- Une fois corrigés en fonction de l'hystérectomie, les taux de participation varient peu d'un groupe d'âge à l'autre, le plus faible étant toujours celui observé chez les femmes de 60 à 69 ans (figure 2). Les lignes directrices provinciales ou territoriales recommandent d'interrompre les tests de dépistage chez les femmes de 69 ans (ou à un âge ultérieur dans certaines provinces); celles élaborées par le *United States Preventative Services Task Force (USPSTF)* recommandent de l'interrompre dans le cas des femmes de plus de 65 ans, à condition que celles-ci aient récemment subi des examens satisfaisants et que les résultats des tests Pap aient été normaux.<sup>99</sup>

### **Le pourcentage des femmes de 20 à 69 ans qui, trois ans après avoir subi un test Pap dont les résultats avaient été négatifs, ont subi un test Pap dans le contexte d'un programme provincial (le « taux de fidélisation ») était de 79,6 % (figure 3).**

- Le taux de fidélisation s'échelonnait entre 75 % en Saskatchewan et 87 % en Alberta.
- Le taux de fidélisation a également décru avec l'âge. Le taux de fidélisation était de 82 % chez les femmes de 20 à 29 ans et de 72 % chez les femmes de 60 à 69 ans (ces données ne sont pas fournies).

### **Que fait-on à ce sujet?**

Les lignes directrices nationales sur le dépistage du cancer du col de l'utérus sont en voie d'être révisées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. En outre, les lignes directrices provinciales ont récemment été mises à jour ou font actuellement l'objet d'un

examen. Dans l'ensemble des provinces, les lignes directrices révisées recommandent que le dépistage débute à 21 ans, et non plus à 18 ans comme cela était le cas auparavant.

L'Initiative pancanadienne de dépistage du cancer du col utérin (IPDCCU), qui a tenu sa première réunion en juin 2009, offre une tribune nationale de discussion et d'action en vue d'intensifier la lutte contre le cancer du col de l'utérus. Entre autres participants à cette initiative, mentionnons des représentants des gouvernements et des programmes de lutte contre le cancer provinciaux ou territoriaux, l'Agence de la santé publique du Canada, la Société canadienne du cancer, des organismes non gouvernementaux et des organisations professionnelles connexes.

Le rapport intitulé « *Cervical Cancer Screening in Canada: Monitoring Performance 2006 to 2008* » (dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada : surveillance du rendement des programmes de 2006 à 2008) est le fruit d'une stratégie initiale de l'Initiative. Diffusé en 2011, ce rapport sur les résultats, qui est le premier du genre au Canada, visait à fournir des données sur le rendement des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus de toutes les régions du pays, évalué en fonction d'une série normalisée d'indicateurs de la qualité, en vue de faciliter les comparaisons entre les régions et de cerner les lacunes dans la disponibilité des données.

Selon les prévisions, le deuxième rapport sur les résultats doit être publié au début de 2013 et renfermera des données agrégées pour la période allant de 2009 à 2011.

Les programmes de dépistage du VPH et d'immunisation contre ce virus mis en œuvre un peu partout au pays peuvent avoir une incidence sur les lignes directrices sur le dépistage du cancer du col de l'utérus. À mesure qu'elle progresse, l'IPDCCU continuera d'encourager la mise en œuvre et le perfectionnement continu des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus et de mettre l'accent sur l'intégration du dépistage aux initiatives axées sur le dépistage et la surveillance du VPH et l'immunisation contre ce dernier.

### Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?

Les données alimentant cet indicateur proviennent du rapport « *Cervical Cancer Screening in Canada: Monitoring Program Performance 2006 to 2008* ». <sup>100</sup>

Les données sur les femmes de 20 à 69 ans recueillies pour 2006, 2007 et 2008 ont été fournies par les programmes provinciaux de dépistage de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse, de l'Ontario, du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique.

Pour l'Ontario et la Colombie-Britannique, le taux de participation a été corrigé pour tenir compte des femmes ayant subi une hystérectomie totale. Étant donné que les femmes ayant subi une hystérectomie totale n'ont pas besoin de se soumettre à des tests de dépistage du cancer du col de l'utérus, la correction en fonction de l'hystérectomie fournit une estimation plus précise de la participation. Dans les deux provinces, ces corrections ont été apportées grâce à des méthodes quelque peu différentes. L'Ontario a procédé à la correction en fonction de l'hystérectomie en excluant du numérateur et du dénominateur les femmes qui avaient déjà subi une telle intervention. La Colombie-Britannique a rajusté le dénominateur pour tenir compte des taux historiques d'hystérectomies effectuées dans la province.

En ce qui a trait à l'indicateur du taux de participation, Terre-Neuve-et-Labrador a présenté des données pour la période allant de 2005 à 2007 et l'Alberta a fourni des données pour deux régions sanitaires (environ 40 % de la population).

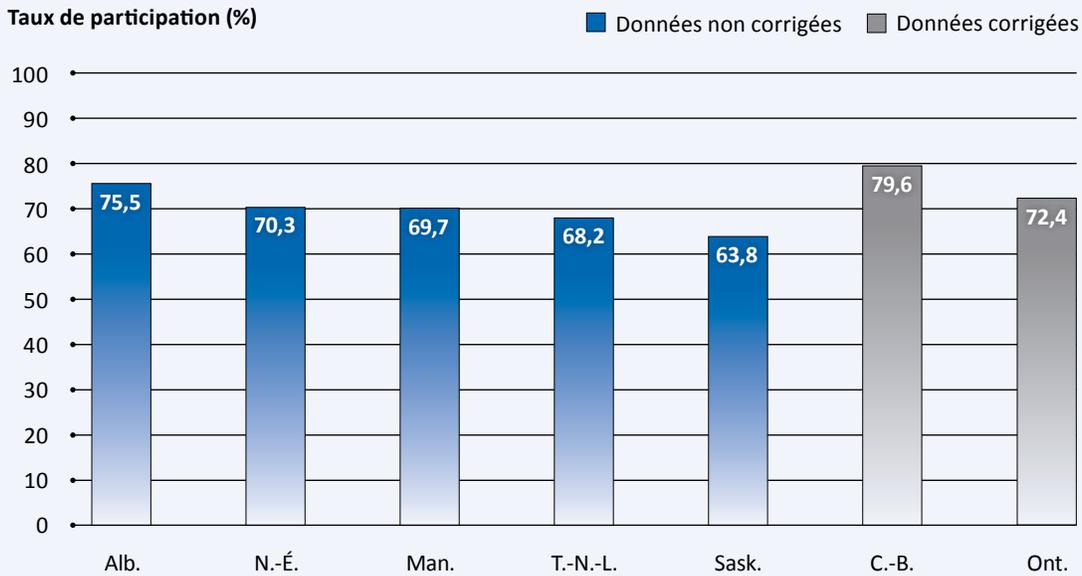
En ce qui concerne l'indicateur du taux de fidélisation, Terre-Neuve-et-Labrador a présenté des données pour 2004 et l'Alberta a fourni des données pour deux régions sanitaires (approximativement 40 % de la population). Compte tenu de la possibilité que des femmes aient subi un test Pap dans une région non visée de la province, les taux de fidélisation pourraient avoir été sous-estimés en Alberta.

Notons l'absence de programme organisé de dépistage du cancer du col de l'utérus au Québec. Pour cette province, les données les plus récentes sur le dépistage du cancer du col de l'utérus proviennent de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2008. Selon ces données, le pourcentage de Québécoises de 18 à 69 ans qui ont déclaré avoir subi un test Pap au cours des trois années précédentes s'établissait à 74,1 %, alors que la moyenne canadienne était de 78,5 %.

L'annexe technique expose en détail les méthodes de calcul (voir la [page 197](#)).

FIGURE 1

**Pourcentage de femmes (de 20 à 69 ans) ayant subi au moins un test Pap au cours d'une période de trois ans, selon la province – de 2006 à 2008**



Notes : Les données de l'Ont. et de la C.-B. sont corrigées pour tenir compte des femmes ayant subi une hystérectomie.

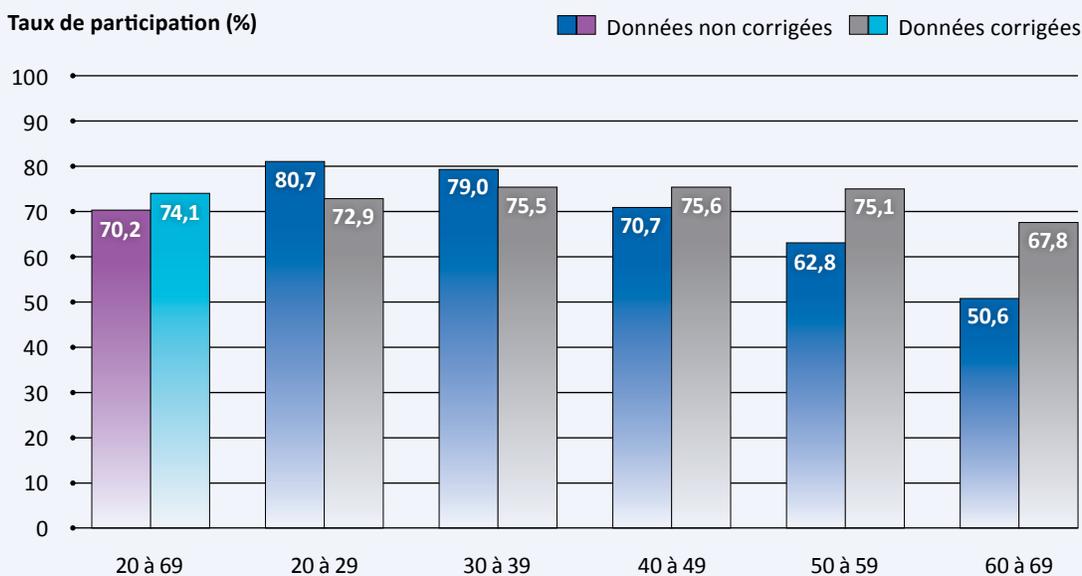
Les données de T.-N.-L. sont celles de 2005 à 2007.

Les données de l'Alb. couvrent les régions dotées de programmes organisés au cours de ces années (environ 40 % de la population).

Source de données : Programmes provinciaux de dépistage et Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.

FIGURE 2

**Pourcentage de femmes ayant subi au moins un test Pap au cours d'une période de trois ans, selon le groupe d'âge, toutes provinces confondues – de 2006 à 2008**



Notes : Données de la Sask., de T.-N.-L., de la N.-É., du Man. et de l'Alb. (données non corrigées pour tenir compte des cas d'hystérectomie), ainsi que de l'Ont. et de la C.-B. (données corrigées pour tenir compte des cas d'hystérectomie).

Les données de T.-N.-L. sont celles de 2005 à 2007.

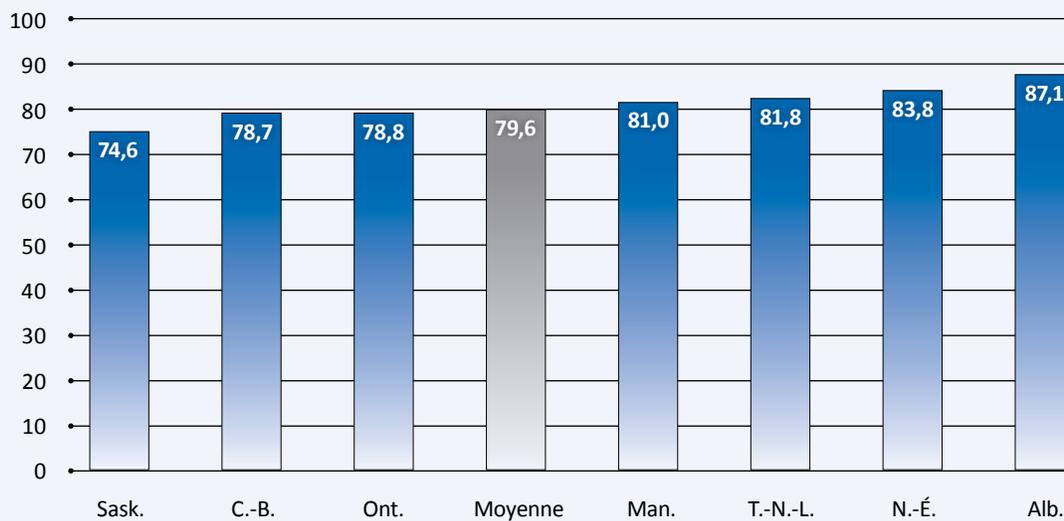
Les données de l'Alb. couvrent les régions dotées de programmes organisés au cours de ces années (environ 40 % de la population).

Source de données : Programmes provinciaux de dépistage et Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.

FIGURE 3

### Pourcentage de femmes (de 20 à 69 ans) qui ont subi un test Pap dans les trois ans qui ont suivi l'obtention d'un résultat négatif à un test Pap selon la province – de 2004 à 2005

Taux de participation (%)



Les données de l'Ont. sont celles de 2003 à 2006 (environ 85 % des tests Pap effectués dans la province).

Les données de T.-N.-L. sont celles de 2004.

Les données de l'Alb. couvrent les régions dotées de programmes organisés au cours de ces années (environ 40 % de la population).

Source de données : Programmes provinciaux de dépistage et Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.

## Dépistage du cancer du sein

### Que mesure-t-on?

*Cet indicateur mesure le pourcentage de femmes de 50 à 69 ans qui ont subi, au cours des deux dernières années, un test de dépistage du cancer du sein dans le cadre d'un programme provinciale organisé de dépistage du cancer du sein, également connu sous le nom de « taux de participation ».*

### Pourquoi le mesure-t-on?

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les Canadiennes, intervenant pour plus d'un

quart (25,6 %) des nouveaux cas de cancer chez les femmes et pour 14 % des décès attribuables au cancer parmi les femmes en 2012.

L'adoption largement répandue du dépistage par mammographie a contribué à une diminution de la mortalité du cancer du sein.<sup>101</sup>

Selon les résultats d'essais cliniques, une importante diminution des décès attribuables au cancer du sein a été observée chez les femmes sélectionnées au hasard pour subir un dépistage, comparativement à celles ayant fait l'objet des soins usuels.<sup>102-107</sup>

Des programmes organisés de dépistage du cancer du sein ont été mis en œuvre dans toutes les régions du pays afin de détecter rapidement la maladie chez les femmes asymptomatiques.

À l'heure actuelle, toutes les provinces et tous les territoires, sauf le Nunavut, offrent des programmes organisés de dépistage du cancer du sein.

### Que peut-on conclure des résultats?

**La participation aux programmes organisés de dépistage varie selon la province.**

- Le pourcentage de femmes de 50 à 69 ans qui, au cours de la période la plus récente disponible (s'échelonnant entre 2008 et 2010), ont subi un test de dépistage dans le cadre d'un programme provincial organisé de dépistage était compris entre 6 % en Alberta et 56 % au Québec, au Nouveau-Brunswick et au Manitoba ([figure 4](#)).
- Le taux de participation pour l'Alberta est fondé uniquement sur le nombre de femmes ayant pris part au *Screen Test Program*, un programme organisé dans le cadre duquel ont été effectuées de 10 % à 12 % des mammographies de dépistage dans la province, dont 65 % ont été exécutées dans des unités mobiles sillonnant les régions rurales.
- En Alberta, environ 90 % des mammographies ont été pratiquées par la *Alberta Society of Radiologists* (ASR). Le taux de participation, comprenant les données de l'ASR et du *Screen Test Program*, est de 57,3 %.
- En 2006, l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS) a établi une série de mesures et d'objectifs qualitatifs permettant de suivre et d'évaluer le rendement des programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada. La participation adéquate aux programmes organisés de dépistage du cancer du sein étant indispensable au succès de ces programmes dont l'objectif est de réduire la mortalité du cancer du sein, un taux de participation cible de 70 % des femmes de 50 à 69 ans sur une période de deux ans a été fixé.<sup>108</sup>

**Le nombre global de tests de dépistage du cancer du sein, y compris ceux effectués dans le cadre d'un dépistage programmatique ou d'un dépistage opportuniste, peut être estimé à partir des données d'enquête autodéclarées.**

- En 2008, 72 % des Canadiennes de 50 à 69 ans satisfaisant aux critères du dépistage ont déclaré avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes.
- Les taux de dépistage du cancer du sein autodéclarés étaient compris entre 58 % à l'Île-du-Prince-Édouard et 75 % au Nouveau-Brunswick ([figure 5](#)).

### Que fait-on à ce sujet?

Les lignes directrices nationales sur le dépistage du cancer du sein diffusées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, ont récemment fait état de révisions et recommandent désormais que les femmes de 50 à 74 ans présentant un risque moyen de cancer du sein subissent systématiquement une mammographie de dépistage tous les deux ou trois ans.<sup>109</sup>

### Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?

Dans une étude récente, des comparaisons étaient établies entre les taux de participation à des tests de dépistage du cancer du sein faisant ou non partie de programmes organisés et les taux de dépistage autodéclarés tirés de l'ESCC. L'analyse révèle que les taux de dépistage du cancer du sein autodéclarés tirés de l'ESCC se rapprochent beaucoup du taux global de dépistage effectué dans le cadre d'un programme organisé et d'un programme opportuniste.<sup>110</sup>

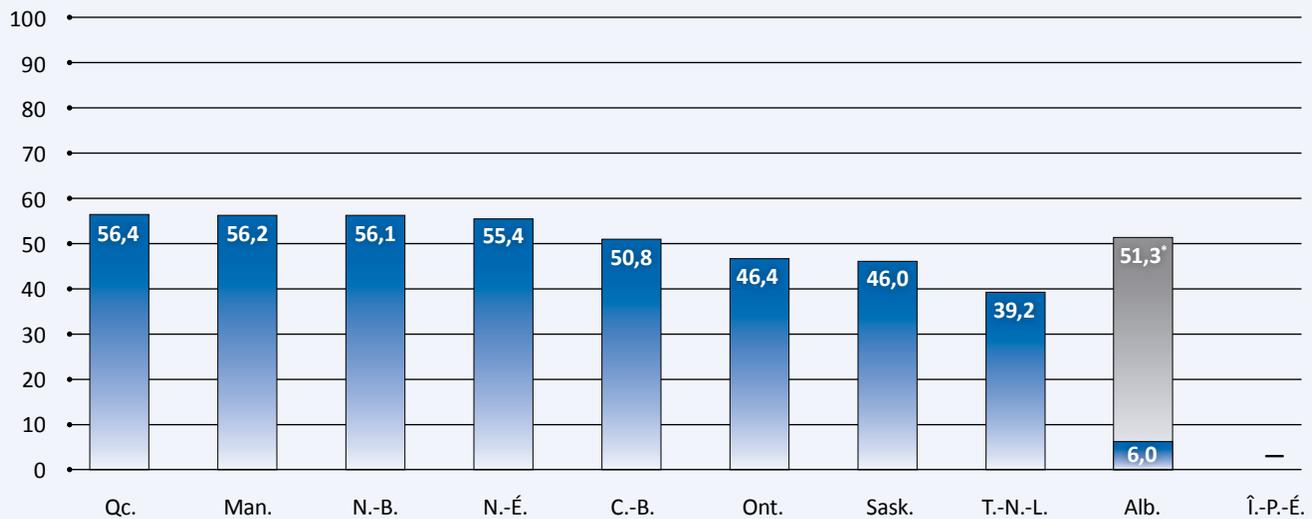
L'Île-du-Prince-Édouard offre un programme organisé de dépistage du cancer du sein mais n'a pas été en mesure de fournir des données aux fins du présent rapport.

L'annexe technique expose en détail les méthodes de calcul (voir la [page 197](#)).

FIGURE 4

### Pourcentage de femmes (de 50 à 69 ans) qui ont participé à un programme organisé de dépistage du cancer du sein au cours des deux années précédentes selon la province – de 2009 à 2010

Pourcentage (%)



Remarques : Les données du Man. sont celles d'avril 2008 à mars 2010. Les données du Qc. sont celles de 2009. Les données de l'Ont. sont celles de 2008 à 2009.

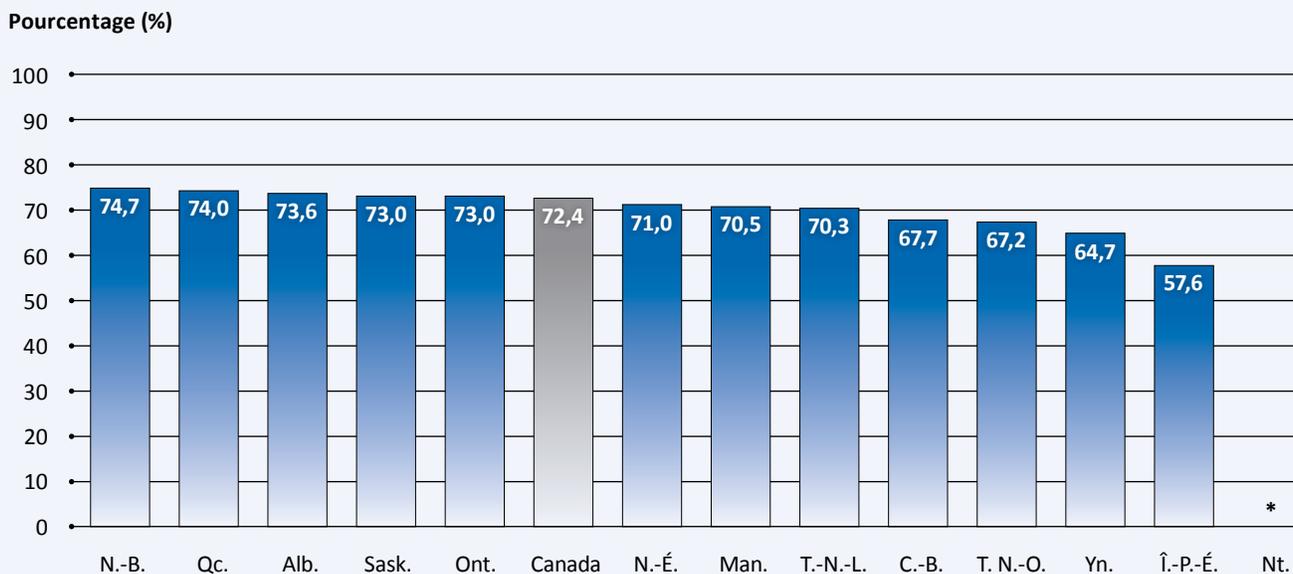
\* En Alberta, le taux de participation de 6 % est celui du Screen Test Program. Le graphique indique également la contribution au dépistage par l'Alberta Society of Radiologists (ASR), qui porte le taux global de participation à 57,3 % en 2009 à 2010.

« — » Les données ne sont pas disponibles pour l'Î.-P.-É.

Source des données : Programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein.

FIGURE 5

**Pourcentage des femmes admissibles (de 50 à 69 ans) déclarant avoir subi au mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes selon la province ou le territoire – ESCC, 2008**



Remarque : Une femme était jugée « admissible » à une mammographie de dépistage si la mammographie n'était PAS effectuée pour l'une des raisons suivantes : l'étude d'une masse ou d'un problème mammaire décelés antérieurement, le suivi d'un traitement contre le cancer du sein.

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

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

## Dépistage du cancer colorectal

### Que mesure-t-on?

*Cet indicateur étudie le pourcentage des membres de la population âgée de 50 à 74 ans qui sont à jour dans leur test de dépistage du cancer colorectal (CCR) effectué pour des raisons asymptomatiques, selon les données autodéclarées dans le cadre du sondage sur le Dépistage du cancer du côlon au Canada réalisé en 2009 et en 2011.*

*L'expression « à jour » signifie que la personne a subi soit une analyse de selles au cours des deux années qui ont précédé, soit une*

*coloscopie ou une sigmoïdoscopie au cours des cinq dernières années. Les analyses de selles comprennent des tests au gâïac et des tests immunochimiques des selles (TIS).*

*Le sondage sur le Dépistage du cancer du côlon au Canada a été réalisé pour le compte du Réseau national de dépistage du cancer colorectal du Partenariat canadien contre le cancer en vue de déterminer les connaissances et les attitudes des Canadiens et des Canadiennes concernant le dépistage du CCR.*

## Pourquoi le mesure-t-on?

En 2011, il est estimé que 13 000 Canadiens et 10 300 Canadiennes recevront un diagnostic de CCR et que 9 200 d'entre eux succomberont à cette maladie, ce qui en fait la deuxième cause de décès attribuable au cancer au Canada, juste après le cancer du poumon.<sup>111</sup>

Le dépistage effectué à partir d'analyses de selles réduit la mortalité attribuable au CCR et l'incidence globale de ce cancer (par la détection des polypes cancéreux).<sup>84-87</sup>

La coloscopie et la sigmoïdoscopie font aussi partie des tests de dépistage et à ce titre, elles jouent un rôle dans les données déclarées concernant l'indicateur relatif au « caractère à jour » des tests.

## Que peut-on conclure des résultats?

### **Les taux de dépistage autodéclarés du CCR ont augmenté au Canada.**

- En 2011, les résultats indiquent que 43 % des Canadiens âgés de 50 à 74 ans sont à jour dans leur test de dépistage du CCR (figure 6). Cela représente une augmentation par rapport au résultat du même sondage en 2009, dans lequel 38 % des Canadiens étaient à jour.
- Bien que les taux de dépistage du CCR autodéclarés s'améliorent, ils sont encore inférieurs à ceux d'autres types de cancer. Par exemple, selon les données sur le dépistage autodéclaré issues de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, en 2008, 72 % des femmes âgées de 50 à 69 ans ont signalé qu'elles avaient subi une mammographie de dépistage au cours des deux années antérieures et 79 % des femmes âgées de 18 à 69 ans ont dit avoir subi un test Pap au cours des trois années précédentes.<sup>89</sup>
- Le pourcentage de Canadiens à jour dans leur test de dépistage du CCR variait considérablement entre les provinces, allant de 22 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 64 % au Manitoba en 2011.
- Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'être à jour dans leur test de dépistage du CCR (45 % comparativement à 41 %), et cette probabilité augmentait avec l'âge. Parmi les personnes âgées de 50 à 59 ans, 35 % étaient à jour par comparaison à 52 % chez les personnes âgées de 60 à 69 ans et à 56 % chez celles âgées de 70 à 74 ans (ces données ne sont pas fournies).

---

### **Le test le plus courant chez les Canadiens qui étaient à jour dans leur dépistage du CCR et qui ont dit avoir subi un test à cette fin était l'analyse de selles.**

- Dans l'ensemble, 67 % des Canadiens ont mentionné avoir subi une analyse de selles pour le dépistage du CCR tandis que 51 % des Canadiens ont dit avoir subi une coloscopie ou une sigmoïdoscopie aux fins du dépistage du CCR (figure 7).
- Le type de test effectué pour le dépistage du CCR variait d'une province à l'autre chez les Canadiens qui étaient à jour dans leur test de dépistage du CCR. Les résidents du Québec qui étaient à jour dans leur test de dépistage du CCR étaient moins susceptibles de mentionner avoir subi une analyse de selles à cette fin au cours des deux années précédentes tandis que les résidents du Manitoba qui étaient à jour étaient plus susceptibles de dire qu'ils avaient subi cette analyse, soit 49 % et 91 %, respectivement.
- Le pourcentage de Canadiens à jour dans leur test de dépistage du CCR ayant dit avoir subi une endoscopie au cours des cinq années précédentes aux fins de ce dépistage variait d'une province à l'autre, se situant à 25 % au Manitoba jusqu'à 65 % au Québec.
- Au Québec, au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve-et-Labrador, l'endoscopie comme test de dépistage du CCR était plus courante que l'analyse de selles. Dans le reste des provinces et des territoires, on a observé l'inverse.

**Seule une minorité de Canadiens (32 %) ont signalé que leur médecin avait amorcé une conversation sur le dépistage du CCR.**

- Le pourcentage de Canadiens ayant affirmé que leur médecin avait abordé la question du dépistage du CCR variait beaucoup selon les provinces : il était le plus faible au Nouveau-Brunswick (17 %) et au Québec (22 %) et le plus élevé en Ontario (41 %) et au Manitoba (38 %) ([figure 8](#)).

---

### Que fait-on à ce sujet?

Le Réseau national de dépistage du cancer colorectal (RNDCCR) a été créé en 2007 dans le but d'offrir un forum national pour examiner les préoccupations ou les questions d'intérêt commun relativement à la mise en œuvre de programmes organisés de dépistage du cancer colorectal, et y donner suite.<sup>112</sup> Ce réseau a contribué à accélérer l'élaboration de programmes organisés de dépistage dans toutes les provinces.

En 2010, le RNDCCR a lancé la campagne « Côlonversation », qui a pour objet de faire la promotion des tests de dépistage du CCR. Le site Web [Colonversation.ca](http://Colonversation.ca) a été créé dans le but d'encourager les débats, de renseigner le public et de faire augmenter le taux de participation aux tests de dépistage.

Le RNDCCR a également créé une démarche qui permet de produire des rapports sur les indicateurs de la qualité à l'échelle nationale. En 2011, les résultats préliminaires ont été partagés entre les programmes provinciaux et territoriaux. Ce rapport initial comprend les premiers résultats concernant les taux de participation aux programmes, la positivité, l'adoption de la coloscopie de suivi, la valeur prédictive positive, le temps d'attente pour une coloscopie, le temps d'attente pour un diagnostic, et les complications. Les résultats présentés dans un deuxième rapport, qui a été rédigé à des fins d'analyse en 2012, renferme plusieurs indicateurs supplémentaires de la qualité.

Le RNDCCR a aussi entrepris des démarches dans le but de fixer des cibles nationales pour le dépistage du cancer colorectal.

Les taux de participation aux programmes organisés de dépistage du CCR n'ont pas encore été partagés à l'échelle nationale car la mise en œuvre de ces programmes se poursuit à l'échelle des provinces. Il est prévu de produire un rapport national aux fins de publication en 2013.

---

### Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?

Les données tiennent compte des personnes qui ont déclaré avoir subi soit un test de dépistage par analyse de selles au cours des deux années qui ont précédé, soit une sigmoïdoscopie ou une coloscopie au cours des cinq années qui ont précédé. La portée de cet indicateur n'est pas restreinte aux programmes organisés de dépistage.

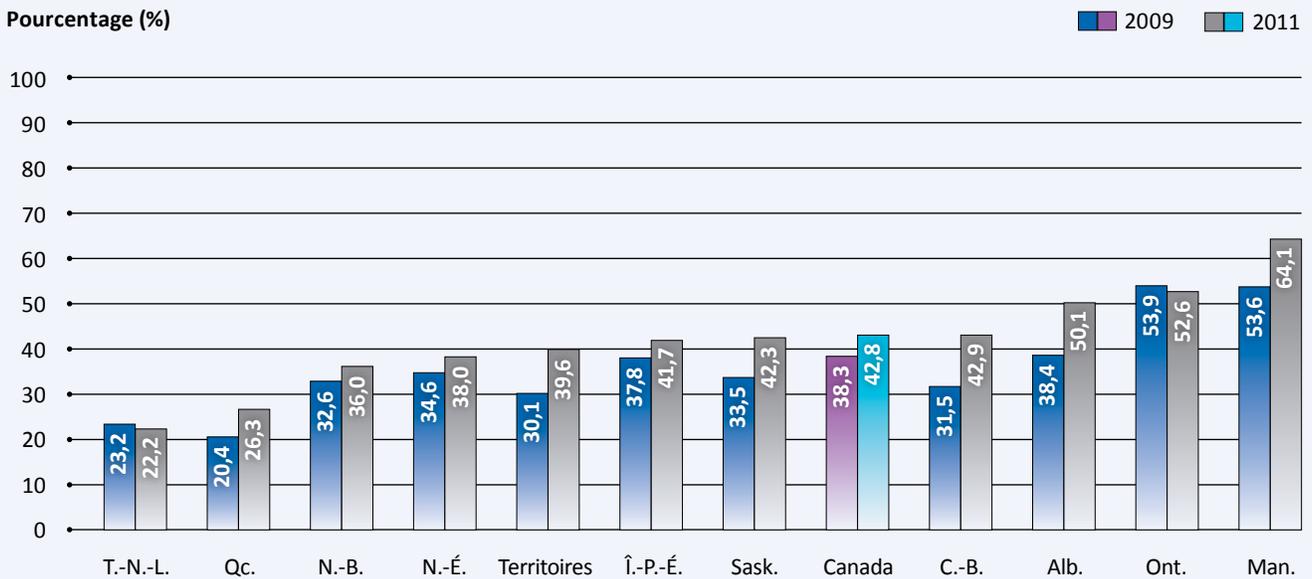
Puisque les données du sondage ne font pas de distinction entre l'intervalle de la coloscopie et celui de la sigmoïdoscopie, on s'est fondé sur la période de cinq ans pour les deux modalités. Les lignes directrices des États-Unis recommandent de procéder à la coloscopie de dépistage tous les dix ans.<sup>113</sup>

Les données tiennent compte des Canadiens qui courent un risque moyen d'être atteints d'un CCR et excluent donc ceux qui ont reçu un diagnostic de maladie de Crohn, de colite, de polypes ou de polypose adénomateuse familiale (PAF), ou dont certains membres de la famille biologique immédiate sont atteints d'un CCR. Les personnes ayant déjà reçu un diagnostic de CCR ont été prises en compte dans l'analyse car on ne savait pas si ce diagnostic a été posé à la suite du plus récent examen de dépistage. Lorsque l'analyse a été effectuée sans tenir compte des personnes ayant déjà reçu un diagnostic de CCR, les résultats sont demeurés pratiquement inchangés.

L'annexe technique (voir la [page 198](#)) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

FIGURE 6

**Pourcentage de Canadiens (de 50 à 74 ans) à risque moyen de cancer colorectal déclarant avoir subi une analyse de selles au cours des deux dernières années ou une sigmoïdoscopie ou une coloscopie au cours des cinq dernières années selon la province ou le territoire – 2009 et 2011**

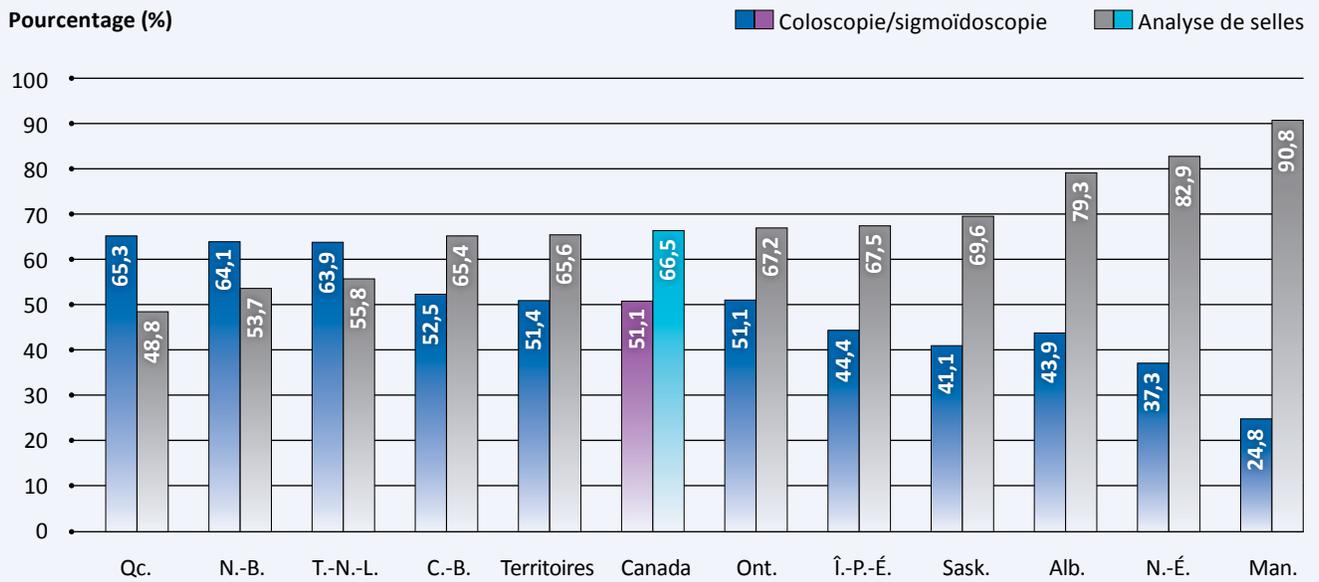


Remarque : La catégorie de risque moyen comprend les personnes âgées de 50 à 74 ans et qui n'ont pas reçu de diagnostic de colite, maladie de Crohn, de polypes ni de polyposse adénomateuse familiale (PAF), et dont aucun membre de la famille biologique immédiate n'est atteint d'un CCR.

Source de données : Sondage sur le dépistage du cancer du côlon au Canada réalisé en 2009 et Sondage sur le dépistage du cancer du côlon au Canada réalisé en 2011.

FIGURE 7

**Type de test subi pour dépister le cancer colorectal chez les Canadiens (de 50 à 74 ans) à risque moyen de cancer colorectal déclarant avoir subi une analyse de selles au cours des deux dernières années ou une sigmoïdoscopie ou une coloscopie au cours des cinq dernières années selon la province ou le territoire**



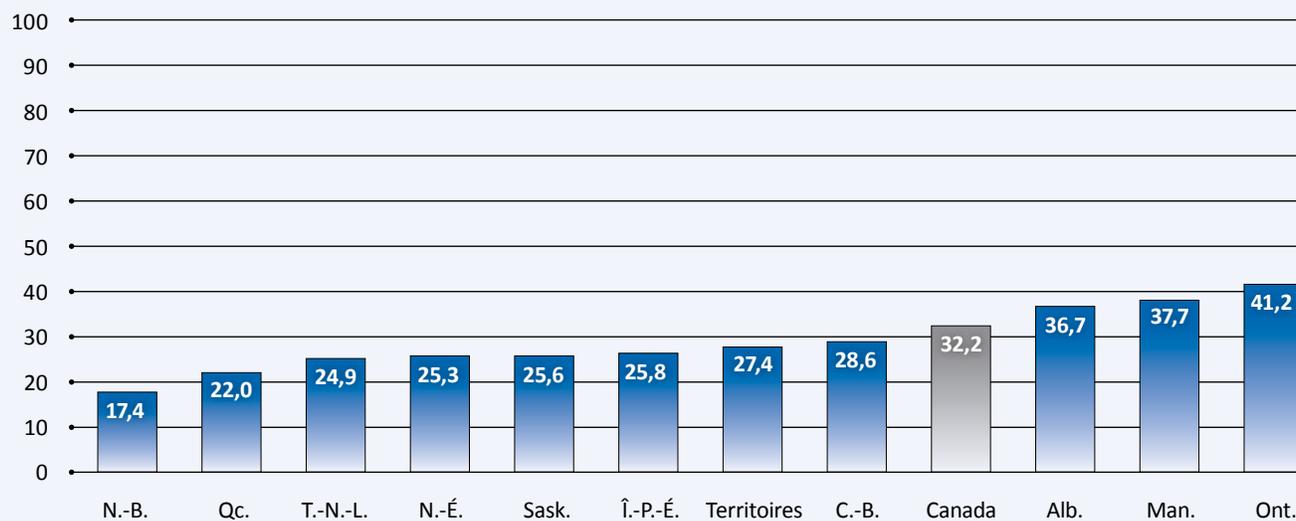
Remarque : Les pourcentages n'égalent pas 100 % puisque les participants ont pu subir les deux tests.

Source de données : Sondage sur le dépistage du cancer du côlon au Canada réalisé en 2011.

FIGURE 8

**Pourcentage de Canadiens (de 50 à 74 ans) ayant déclaré que leur médecin avait amorcé une conversation sur le dépistage du CCR selon la province ou le territoire – 2011**

Pourcentage (%)



Source de données : Sondage sur le dépistage du cancer du côlon au Canada réalisé en 2011.

# Diagnostic

**Saisie de données sur le stade du cancer**

P. 65

**Diagnostic de cancer du sein : temps d'attente entre une mammographie anormale et une résolution du diagnostic**

P. 70

**Diagnostic de cancer colorectal : temps d'attente entre une analyse de selles anormale et une coloscopie**

P. 74



# Diagnostic

*Une démarche diagnostique plus rapide et plus efficace peut améliorer l'expérience et les résultats pour les patients.*

*L'établissement d'un diagnostic rapide et précis est essentiel à une résolution hâtive pour les patients qui ne sont pas atteints de cancer et à un traitement efficace pour les patients qui reçoivent un diagnostic de cancer. Ainsi, toute mesure qui permet d'améliorer la démarche diagnostique contribue à accélérer la prestation des soins appropriés ou la prise en charge des patients, ainsi qu'à réduire l'anxiété des patients tout au long de leur expérience de la maladie.*

**Le Rapport de 2012 présente des données** concernant trois marqueurs de choix de la démarche diagnostique, soit : la saisie de données sur le stade du cancer comme élément clé pour orienter et évaluer la lutte contre le cancer, ainsi que le temps d'attente entre une mammographie anormale et une résolution et le temps d'attente entre une analyse de selles anormale et une coloscopie comme mesures de l'accès opportun aux services de diagnostic.

---

***En collaboration avec ses partenaires, le Partenariat s'affaire à mettre sur pied une infrastructure pour surveiller, évaluer et finalement améliorer les services de diagnostic au Canada.***

Le Partenariat a mis sur pied l'Initiative nationale de stadification du cancer dans le but de faciliter la collecte de données sur le stade du

cancer auprès de la population. Ces données, qui portent sur les quatre types de cancers les plus courants, sont recueillies sous forme électronique par neuf provinces. Ainsi, les données sur le stade du cancer recueillies auprès de la population pour les diagnostics établis en 2010 nous offrent, entre autres avantages, de mieux comprendre les modèles utilisés pour établir un diagnostic de cancer. Le Partenariat appuie également l'adoption des rapports synoptiques d'anatomopathologie à l'échelle nationale, car ceux-ci contribuent grandement à accroître notre capacité d'évaluer les modèles de diagnostic anatomopathologique ainsi que les directives et normes en matière de diagnostic qui y sont associées au Canada. Une utilisation encore plus poussée de ces nouvelles sources de données s'inscrira dans le cadre des efforts à venir pour mesurer les indicateurs de diagnostic.

Indicateur de diagnostic	Résumé des résultats
<b>Saisie de données sur le stade du cancer</b>	Pour l'année 2010, neuf des dix registres provinciaux du cancer renfermaient des données portant sur le stade du cancer d'au moins 90 % des cas des quatre types de cancer les plus courants, ce qui permet d'atteindre l'objectif de l'Initiative nationale de stadification du cancer. De 2007 à 2010, on a observé une tendance constante à la hausse de la saisie de données sur le stade pour tous les types de cancer.
<b>Temps d'attente entre une mammographie anormale et une résolution</b>	En 2010, aucune des provinces ayant fourni des données n'avait atteint les temps d'attente cibles pour cet indicateur. Les patientes qui n'ont pas à subir de biopsie demeurent plus susceptibles de faire l'objet d'un diagnostic dans les délais cibles que celles qui ont besoin d'une biopsie pour résoudre leur diagnostic.
<b>Temps d'attente entre une analyse de selles anormale et une coloscopie</b>	On constate un écart considérable entre les temps d'attente signalés par les quatre provinces ayant fourni ces données. Les efforts de mesure et d'analyse à venir permettront de mieux comprendre cet important indicateur.

## Saisie de données sur le stade du cancer

### Que mesure-t-on?

*Cet indicateur mesure le pourcentage de nouveaux cas de cancer à l'échelle provinciale, tant pour l'ensemble des cancers invasifs que pour les quatre types de cancer les plus courants (cancer du sein, cancer de la prostate, cancer colorectal et cancer du poumon), pour lesquels des données sur le stade du cancer au moment de l'établissement du diagnostic sont disponibles et ont été recueillies par les organismes provinciaux de lutte contre le cancer de 2007 à 2010.*

*Le Rapport de 2012 fait état pour la toute première fois du pourcentage des cas de cancer diagnostiqués en 2010 dont le stade est inconnu selon la province (pour les quatre types de cancer les plus courants et tous les cancers invasifs).*

### Pourquoi le mesure-t-on?

Le stade du cancer au moment de l'établissement du diagnostic est un important facteur pronostique qui a une grande importance sur le plan clinique.

De plus, l'accès aux données sur le stade du cancer prélevées auprès de la population par les registres provinciaux permet de calculer des indicateurs qui ont une plus grande influence sur le rendement du système. Ces indicateurs permettent d'approfondir l'interprétation des mesures quant aux résultats à long terme, comme l'incidence, la mortalité et la survie, et des indicateurs de traitement, comme la conformité aux directives thérapeutiques. Le stade du cancer est également très utile pour évaluer l'incidence du dépistage et de la détection précoce sur la réduction du pourcentage de cas de cancer qui font l'objet d'un diagnostic à un stade avancé.

L'objectif de l'Initiative sur la stadification du cancer du Partenariat est de saisir les données sur le stade du cancer pour 90 % des patients qui ont fait l'objet d'un diagnostic en 2010, et au cours des années subséquentes, pour les quatre types de cancer les plus courants (cancer du sein, cancer colorectal, cancer du poumon et cancer de la prostate).

Dans certains cas, le stade du cancer est considéré comme inconnu lorsque les renseignements

contenus dans tous les dossiers médicaux disponibles du patient ne fournissent pas les données minimales nécessaires pour déterminer ce stade avec certitude. Cela dit, un pourcentage anormalement élevé de cas dont le stade est inconnu peut révéler un problème dans le processus de stadification concertée.

### Que peut-on conclure des résultats?

**Concernant les diagnostics établis en 2010, les neuf provinces participantes disposaient de données sur le stade du cancer d'au moins 90 % des cas des quatre types de cancer les plus courants.**

- L'Initiative nationale sur la stadification du cancer vise à ce qu'on dispose de données sur le stade du cancer de 90 % des nouveaux cas des quatre types de cancer les plus courants pour les diagnostics établis en 2010. Les neuf provinces qui ont présenté des données sur le stade du cancer pour les diagnostics établis en 2010 disposaient de données pour plus de 90 % de tous les cas de cancer pour les quatre types de cancer les plus courants, alors que seulement cinq provinces avaient saisi de telles données en 2007 ([figure 1](#)). Pour tous les cancers invasifs, six des neuf provinces ont déclaré disposer des données sur le stade de plus de 90 % des nouveaux cas diagnostiqués en 2010 ([figure 2](#)).
- Le pourcentage des cas des quatre types de cancer les plus courants dont le stade a une valeur de « inconnu » était de moins de 4 % pour huit des neuf provinces ayant fourni des données, mais il était de 18,4 % pour la Colombie-Britannique, ce qui est un taux considérablement plus élevé que celui qu'on s'attendrait à avoir dans le cadre de la stadification habituelle ([figure 3](#)). La majorité des cas de cancer dont le stade est inconnu en C.-B. concerne le cancer de la prostate (non illustré dans les figures). Pour tous les cancers invasifs, le pourcentage de cas dont le stade est inconnu allait de 1,3 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 6,3 % en Alberta ([figure 4](#)). Aux États-Unis, la base de données SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results) renferme 2 % de cas de cancer dont le stade est inconnu.<sup>114</sup> Les

données SEER proviennent d'un échantillon d'établissements anticancéreux situés dans 18 régions géographiques (englobant dix États) des États-Unis.

### Que fait-on à ce sujet?

Statistique Canada travaille à intégrer les nouvelles données recueillies auprès de la population sur le stade des cas de cancer diagnostiqués en 2010 dans le Registre canadien du cancer. À compter de 2013, il sera possible de faire l'analyse des cas selon le stade pour neuf des dix provinces (comparativement à quelques-unes seulement au cours des années passées).

Au Québec, on est à préparer la saisie de données sur le stade de cancer dans le Registre québécois du cancer à venir.

Le Conseil canadien des registres du cancer poursuit ses efforts en vue d'améliorer la qualité des données consignées, y compris celles sur le stade du cancer et sur la prévalence de cas de cancer dont le stade est inconnu.

### Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?

Même s'il est admis que presque tous les cliniciens établissent le stade du cancer de leurs patients dans le cadre de l'évaluation pronostique et de la planification du traitement, c'est la collecte et le stockage centralisé des données sur le stade du cancer dans un registre du cancer qui sont mesurés par cet indicateur.

Le taux de saisie de données sur le stade du cancer englobe les données issues de la stadification concertée (et certaines peuvent découler de la classification TNM de l'AJCC).

Un stade inconnu est attribué lors de la stadification concertée lorsque les éléments de données résumant les renseignements contenus dans le dossier médical des patients ne permettent pas de déterminer avec certitude le stade définitif du cas dans le registre provincial. Par exemple, lorsque le siège du cancer est inaccessible et

qu'aucun examen de ganglions n'est inscrit au dossier, une valeur clinique Nx (état des ganglions lymphatiques régionaux inconnu) est attribuée, ou encore dans les cas où le stade est déterminé uniquement par le certificat de décès. Il faut cependant distinguer les cas dont le stade est inconnu des cas dont le stade n'a pas été déterminé. Dans ces derniers cas, soit qu'aucun effort n'a été consenti pour recueillir les données sur le stade du cancer, soit que les responsables de la stadification n'ont pas eu accès à toute la documentation en raison de contraintes logistiques (p. ex., dossiers non disponibles à l'extérieur des centres ou cliniques anticancéreux).

Les cas dont le stade n'a pas été déterminé (non stadifiés) sont inclus dans le dénominateur, mais exclus du numérateur.

Plusieurs provinces ont intégré de manière rétroactive des données sur le stade du cancer pour des cas ayant fait l'objet d'un diagnostic antérieur. Par conséquent, le taux de cas de cancer stadifiés correspondant à une année donnée pourrait être plus précis à l'avenir.

L'annexe technique (voir la [page 199](#)) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

FIGURE 1

**Pourcentage des nouveaux cas pour lesquels des données sur le stade de cancer ont été recueillies dans les registres provinciaux – les quatre types de cancer\* les plus courants selon la province – diagnostics établis entre 2007 et 2010**



\* Les quatre types de cancer les plus courants sont le cancer du sein invasif, le cancer de la prostate, le cancer colorectal et le cancer du poumon.

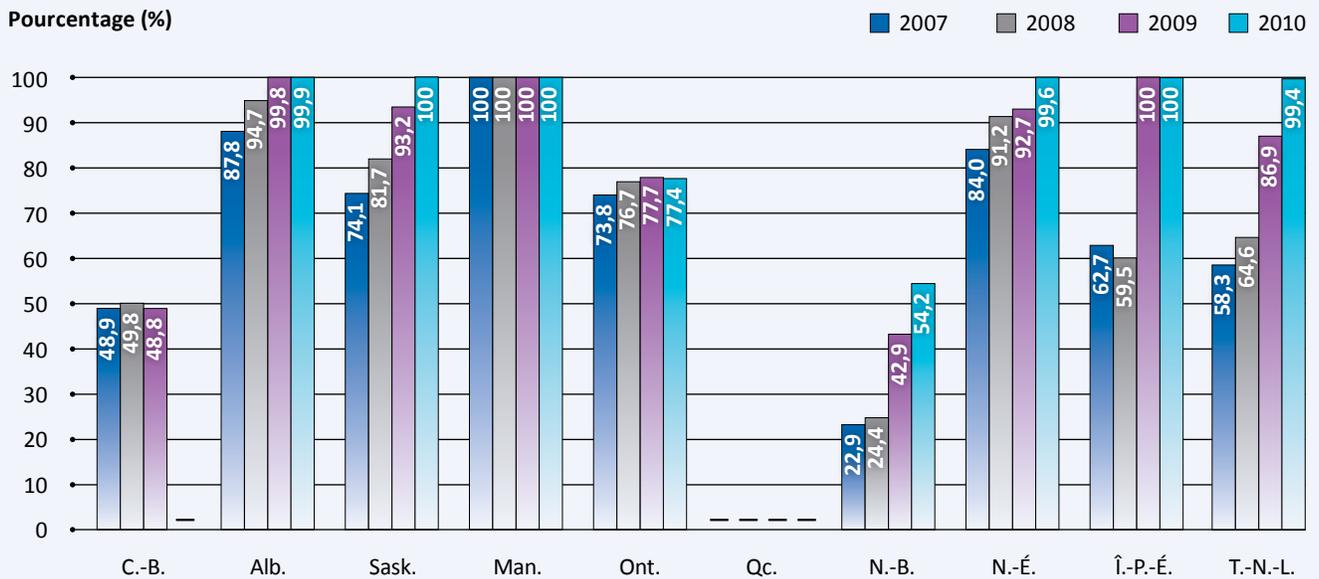
« — » Données non disponibles pour le Qc. (de 2007 à 2010).

Les données de la C.-B. sur la stadification des cas de cancer en 2010 renferment un taux trop élevé de cas dont le stade est inconnu (surtout pour le cancer de la prostate). Voir le graphique Stade inconnu qui suit.

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

FIGURE 2

**Pourcentage des nouveaux cas pour lesquels des données sur le stade de cancer ont été recueillies dans les registres provinciaux – tous les cancers invasifs selon la province – diagnostics établis entre 2007 et 2010**



« - » Données non disponibles pour le Qc. (de 2007 à 2010) et le C.-B. (2010).

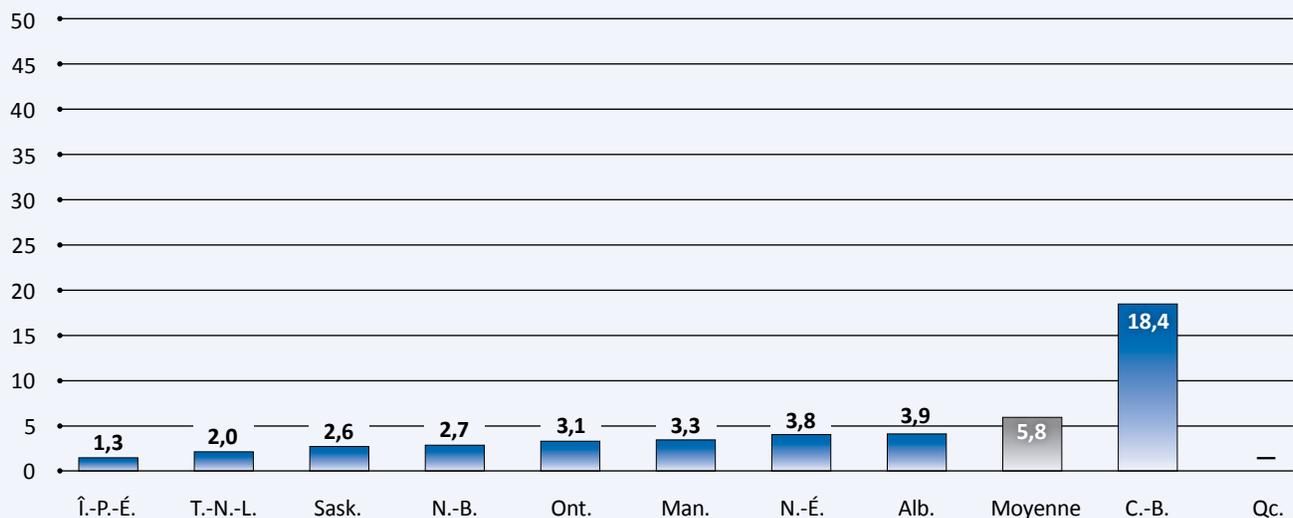
Au moment d'élaborer ce graphique, la C.-B. était toujours à valider les données de 2010 sur le stade de plusieurs types de cancer; ces données sont donc exclues du graphique pour 2010.

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

FIGURE 3

### Pourcentage de nouveaux cas de cancer pour lesquels le stade est inconnu\* – les quatre types de cancer les plus courants\*\* selon la province – diagnostics établis en 2010

Pourcentage (%)



\* Un stade inconnu est attribué lors de la stadification concertée lorsque les éléments de données résumant les renseignements contenus dans le dossier médical des patients ne permettent pas de déterminer avec certitude le stade définitif du cas dans le registre provincial.

\*\* Les quatre types de cancer les plus courants sont le cancer du sein invasif, le cancer de la prostate, le cancer colorectal et le cancer du poumon.

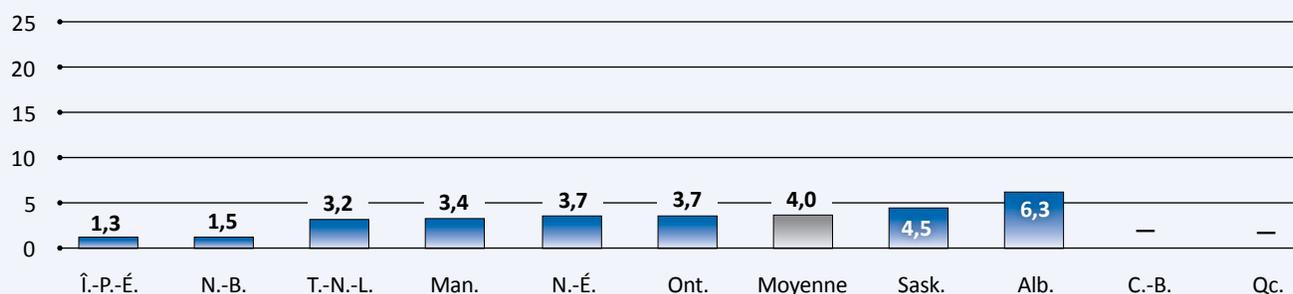
« — » Données non disponibles pour le Qc.

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

FIGURE 4

### Pourcentage de nouveaux cas de cancer pour lesquels le stade est inconnu\* – tous les cancers invasifs selon la province – diagnostics établis en 2010

Pourcentage (%)



\* Un stade inconnu est attribué lors de la stadification concertée lorsque les éléments de données résumant les renseignements contenus dans le dossier médical des patients ne permettent pas de déterminer avec certitude le stade définitif du cas dans le registre provincial.

« — » Données non disponibles pour le Qc. et la C.-B.

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

## Diagnostic de cancer du sein : temps d'attente entre une mammographie anormale et une résolution du diagnostic

### Que mesure-t-on?

*Cet indicateur examine le temps d'attente entre l'obtention d'un résultat positif à une mammographie et la résolution du diagnostic, par l'intermédiaire d'une biopsie ou d'un autre mode d'établissement du diagnostic, selon la province. L'indicateur présente le pourcentage des cas traités dans les délais cibles, ainsi que le temps d'attente médian et du 90<sup>e</sup> centile chez les femmes âgées de 50 à 69 ans qui ne présentaient aucun symptôme et qui ont participé aux programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein en 2010.*

### Pourquoi le mesure-t-on?

La résolution rapide d'une anomalie décelée lors d'un examen clinique et, le cas échéant, d'une biopsie définitive accélère l'enclenchement du traitement et l'éventuelle amélioration des résultats pour les patients.

L'évaluation et la comparaison des temps d'attente d'une province à l'autre entre une mammographie anormale et la résolution permettent de déceler les écarts qui pourraient être amoindris par l'adoption de stratégies d'amélioration de la qualité.

En 2000, le Groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein a présenté des directives qui proposent des délais cibles entre une mammographie anormale et la résolution.<sup>115</sup> Ainsi, le temps

d'attente recommandé est de sept semaines chez les femmes qui ont besoin d'une biopsie et de cinq semaines chez les femmes nécessitant un autre mode d'établissement du diagnostic. Ces directives s'appliquent aux femmes âgées de 50 à 69 ans qui n'ont aucun symptôme et qui n'ont jamais reçu de diagnostic de cancer du sein.

### Que peut-on conclure des résultats?

*Les patientes qui n'avaient pas besoin d'une biopsie tissulaire sont plus susceptibles de faire l'objet d'un diagnostic dans les délais cibles (suivant une mammographie anormale) que celles qui avaient besoin d'une biopsie pour résoudre leur diagnostic.*

- D'une province à l'autre, le temps d'attente médian varie de 2 à 5,1 semaines, alors que le temps d'attente du 90<sup>e</sup> centile varie de 5,3 à 10 semaines chez les femmes qui n'ont pas besoin d'une biopsie tissulaire pour résoudre leur diagnostic. Pour celles qui nécessitent une biopsie, le temps d'attente médian et du 90<sup>e</sup> centile varie entre 5 et 7 semaines et entre 11,9 et 22 semaines, respectivement (figures 5 et 6).
- Le pourcentage de femmes inscrites à un programme de dépistage dont le diagnostic a été résolu dans les délais cibles suivant une mammographie anormale variait de 50 % à 89 % lorsqu'une biopsie n'était pas requise (figure 5) et de 52 % à 71 % lorsqu'une biopsie était nécessaire (figure 6).

- Aucune des provinces ayant fourni des données pour cet indicateur n'est parvenue à respecter les délais cibles de 5 semaines ou moins (sans biopsie) et de 7 semaines ou moins (avec biopsie) entre une mammographie anormale et une résolution pour 90 % des femmes, bien que deux provinces, soit la Saskatchewan et le Manitoba, y soient presque arrivées dans le cas des femmes n'ayant pas besoin de biopsie.

---

### Que fait-on à ce sujet?

Tous les deux ans, le Comité national de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein surveille et évalue le rendement des programmes de dépistage au Canada. Les premières enquêtes portaient sur les temps d'attente dans les provinces et les territoires qui ont présenté des données.<sup>116</sup>

Toujours dans le cadre de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein, un groupe de travail a également été mis sur pied pour examiner des stratégies visant à réduire les temps d'attente entre une mammographie anormale et une résolution. Les premières mesures prises par ce groupe de travail ont été d'examiner les pratiques et les programmes d'évaluation en vigueur dans tout le pays, puis d'analyser les données actualisées sur ces activités. Les principales constatations seront communiquées à l'ensemble des provinces et des territoires pour qu'ils puissent tirer profit des stratégies efficaces.

### Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?

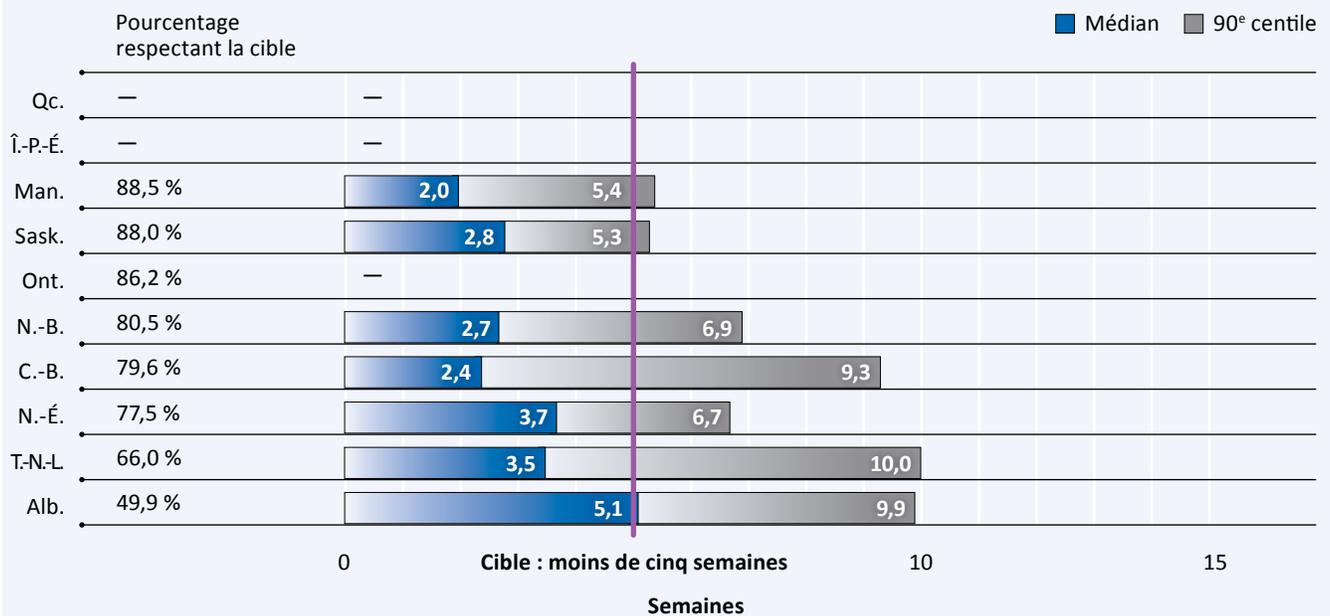
Les données recueillies pour cet indicateur ne portent que sur les femmes qui ont subi une mammographie ou des examens cliniques des seins dans le cadre d'un programme provincial organisé de dépistage du cancer du sein. Puisque le taux de participation à ces programmes varie grandement d'une province à l'autre (de 6 % en Alberta à 56 % au Québec, au Manitoba et au Nouveau-Brunswick en 2009 et 2010), il faut en tenir compte dans l'analyse des résultats. Pour en savoir davantage sur les taux de participation aux programmes provinciaux organisés de dépistage du cancer du sein, il faut consulter la section sur le dépistage.

Un examen plus approfondi de cet indicateur et des taux de participation aux programmes de dépistage du cancer du sein en général se trouve dans le document intitulé *Lutte contre le cancer du sein au Canada : rapport thématique spécial sur le rendement du système* publié par le Partenariat en 2012.

L'annexe technique (voir la [page 201](#)) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

FIGURE 5

### Médian et 90<sup>e</sup> centile du temps d'attente jusqu'à la résolution d'une mammographie anormale chez les femmes (de 50 à 69 ans) qui n'avaient pas besoin d'une biopsie selon la province – 2010



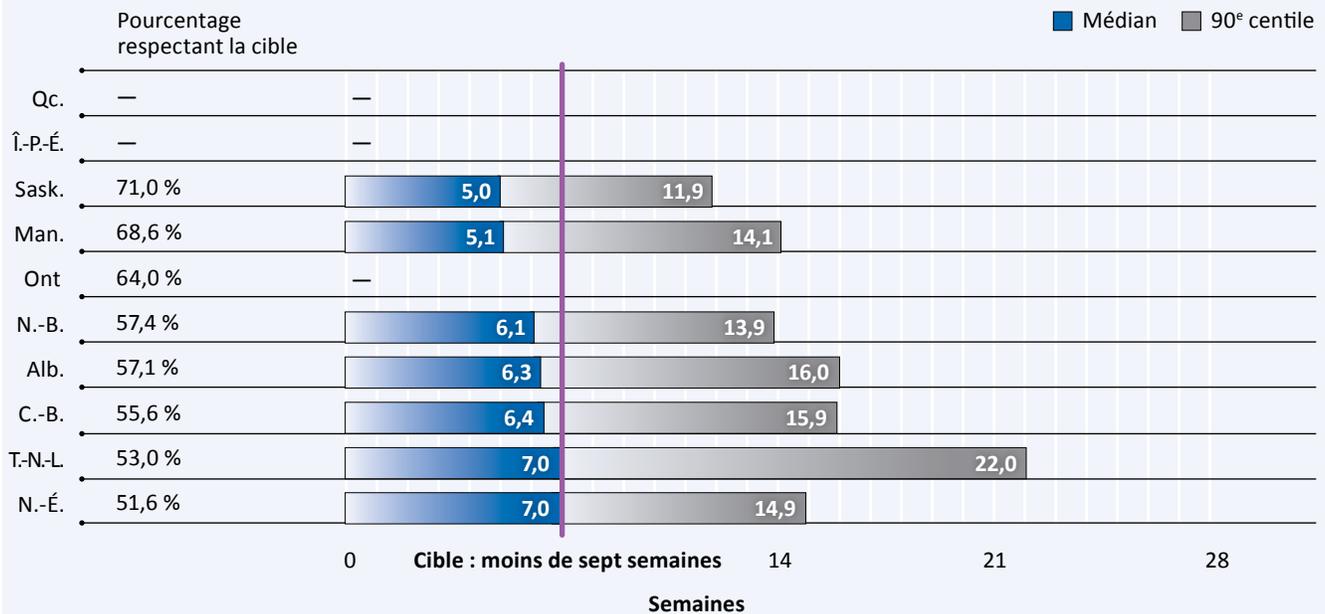
Remarque : Les données fournies par l'Alberta sur les temps d'attente ne proviennent que du Screen Test Program; il s'agit d'un programme organisé qui effectue approximativement 10 % à 12 % des mammographies de dépistage réalisées dans la province. Environ 65 % de ces mammographies sont faites dans des unités de dépistage mobiles en milieu rural.

« — » Les données du Qc. et de l'Î.-P.-É. ne sont pas disponibles. Pour l'Ont., le médian et le 90<sup>e</sup> centile ne sont pas disponibles.

Source des données : Programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein.

FIGURE 6

### Médian et 90<sup>e</sup> centile du temps d'attente entre une mammographie anormale et la résolution chez les femmes (de 50 à 69 ans) qui avaient besoin d'une biopsie selon la province – 2010



Remarque : Les données fournies par l'Alberta sur les temps d'attente ne proviennent que du Screen Test Program; il s'agit d'un programme organisé qui effectue approximativement 10 % à 12 % des mammographies de dépistage réalisées dans la province. Environ 65 % de ces mammographies sont faites dans des unités de dépistage mobiles en milieu rural.

« — » Les données du Qc. et de l'Î.-P.-É. ne sont pas disponibles. Pour l'Ont., le médian et le 90<sup>e</sup> centile ne sont pas disponibles.

Source des données : Programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein.

## Diagnostic de cancer colorectal : temps d'attente entre une analyse de selles anormale et une coloscopie

### Que mesure-t-on?

*Cet indicateur mesure le nombre de jours médian et du 90<sup>e</sup> centile qui s'écoulent entre l'obtention d'un résultat positif à une analyse de selles pour dépister le cancer colorectal et une coloscopie de suivi. Les temps d'attente médian et du 90<sup>e</sup> centile sont comparés selon la province et concernent les tests menés entre janvier 2009 et décembre 2010 (période de deux ans).*

*Les provinces participantes ne sont pas précisées pour cet indicateur puisque, au moment de la publication de ce rapport, les résultats n'avaient pas encore été publiés par le Réseau national de dépistage du cancer colorectal.*

### Pourquoi le mesure-t-on?

L'accès rapide aux soins requis est au cœur d'un système de santé très performant. La résolution en temps opportun d'un test anormal dans le cadre du dépistage du cancer apporte la paix d'esprit aux personnes qui reçoivent un diagnostic négatif de cancer (ne sont pas atteintes de cancer), ainsi qu'une détection hâtive et une meilleure issue du traitement pour les personnes qui reçoivent un diagnostic de cancer.

En 2012, toutes les provinces s'étaient dotées ou étaient sur le point de se doter d'un programme de dépistage qui fait appel à la recherche de sang occulte dans les selles (test au gâïac ou test immunochimique) en guise de test de dépistage initial et recommandaient que toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen passent ce test (voir la section sur le dépistage). Sur dix personnes ayant une analyse de selles anormale, une recevra un diagnostic de cancer colorectal. Il est démontré, dans un certain nombre d'études importantes, que la détection hâtive de ce type de cancer grâce à un dépistage opportun et précis permet d'améliorer les résultats pour la santé.<sup>84</sup>

La coloscopie est le test diagnostique généralement recommandé comme test de suivi à une analyse de selles anormale.

L'Association canadienne de gastroentérologie (ACG) recommande qu'une coloscopie soit effectuée dans les deux mois (60 jours) suivant une analyse de selles anormale, selon les temps d'attente médicalement acceptables faisant consensus dans tout le Canada.<sup>117</sup>

### Que peut-on conclure des résultats?

***Selon les données fournies par quatre provinces, les temps d'attente varient énormément.***

- Seules quatre provinces ont fourni des données adéquates pour faire état des temps d'attente. Le temps d'attente médian entre une analyse de selles anormale et une coloscopie de suivi va de 37 à 96 jours. Deux provinces sur quatre indiquent un temps d'attente médian inférieur au délai de référence de 60 jours recommandé par l'ACG, alors qu'aucune n'a fait état d'un temps d'attente du 90<sup>e</sup> centile moindre que le délai de référence. Le temps d'attente du 90<sup>e</sup> centile varie entre 64 et 151 jours ([figure 7](#)).
- L'écart entre le temps d'attente médian et le temps d'attente du 90<sup>e</sup> centile, lequel indique le degré de dispersion dans les temps d'attente prévalant dans chaque province, va de 27 à 67 jours.

Les programmes de dépistage du cancer colorectal en sont encore à leurs tout débuts dans la plupart des provinces, surtout durant la période de mesure de cet indicateur. Bon nombre de ces programmes disposent de stratégies et de mécanismes pour réduire le temps d'attente d'une coloscopie de suivi. Le recours à des intervenants pivots en est un exemple.

**Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?**

Les résultats devraient être interprétés avec prudence en raison du degré variable de mise en œuvre des programmes de dépistage du cancer colorectal à l'échelle du pays, puisque l'accès à un suivi peut être limité.

Cet indicateur ne tient pas compte des patients qui subissent une coloscopie plus de six mois suivant une analyse de selles anormale.

Les résultats obtenus par cet indicateur se fondent sur les données fournies par les programmes provinciaux de dépistage du cancer colorectal par l'entremise du Réseau national de dépistage du cancer colorectal.

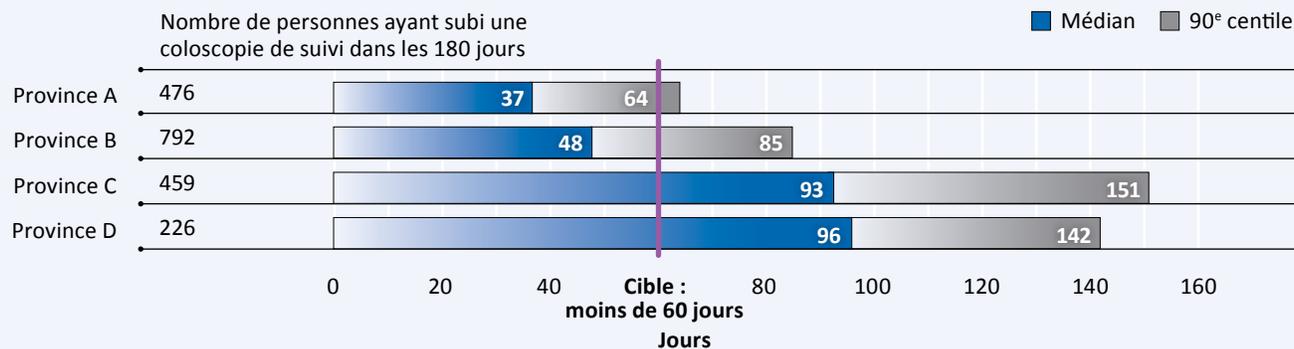
Les coloscopies qui sont effectuées à l'extérieur des cliniques financées par les programmes provinciaux de dépistage ou associées d'une façon ou d'une autre à ces programmes ne sont pas prises en considération.

Le temps d'attente pour une coloscopie de suivi peut découler du choix personnel du patient de reporter à plus tard le premier rendez-vous disponible pour subir ce test.

L'annexe technique (voir la [page 201](#)) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

FIGURE 7

**Médian et 90<sup>e</sup> centile du temps d'attente entre une analyse de selles anormale et une coloscopie de suivi selon la province – de janvier 2009 à décembre 2010**



Le temps d'attente pour subir une coloscopie de suivi varie selon la province. Ne comprend que les personnes présentant une RSOS anormale qui ont subi une coloscopie dans les 180 jours suivant le résultat de la RSOS. Source de données : Réseau national de dépistage du cancer colorectal.

# Traitement

---

**Temps d'attente en radiothérapie**

P. 79

---

**L'utilisation et la capacité de la radiothérapie**

P. 83

---

**Radiothérapie préopératoire pour les cas de cancer du rectum au stade II et III**

P. 85

---

**Motifs justifiant l'absence de recommandation et de traitement**

P. 91

---

**Radiothérapie adjuvante pour les cas de cancer du sein au stade I et II**

P. 95

---

**Chimiothérapie adjuvante pour les cas de cancer du côlon au stade III**

P. 98

---

**Chimiothérapie adjuvante pour les cas de cancer du poumon « non à petites cellules », au stade II et IIIA**

P. 103

---

**Motifs justifiant l'absence de recommandation et de traitement**

P. 108

---

**Mastectomie/chirurgie conservatrice du sein**

P. 111

---

**Prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions pour les résections du cancer du côlon**

P. 114



# Traitement

*Le traitement contre le cancer accapare la majorité des ressources du système de lutte contre le cancer. Il regroupe la prestation d'une foule de services, tels que la chirurgie, les traitements systémiques et la radiothérapie.*

## **Tout traitement vise à :**

- éliminer la ou les tumeurs primaires et toute propagation régionale;
- prévenir la récurrence locale;
- prévenir la récurrence éloignée;
- prolonger la survie ou prévenir le décès;
- réduire les symptômes et atténuer le plus possible les effets indésirables.

Le Rapport de 2012 renferme un certain nombre d'indicateurs sur le traitement contre le cancer, dont des comparaisons entre la capacité et l'utilisation, les temps d'attente et les modalités thérapeutiques et les directives thérapeutiques fondées sur des données probantes. Pour la toute première fois cette année, le rapport fait état des taux de mastectomie en cas de cancer du sein et explique les motifs qui

justifient un traitement non conforme aux directives thérapeutiques pour le cancer du rectum et le cancer du poumon « non à petites cellules » découlant d'un examen récent des dossiers médicaux.

Certains indicateurs ne sont mesurés que pour un sous-groupe de provinces, qui ont été en mesure de fournir les données requises. Alors que, pour les années passées, les résultats provinciaux qui s'éloignaient quelque peu de la méthodologie de mesure des indicateurs préétablie étaient inclus dans les graphiques (quoique présentés séparément), les résultats de cette année n'incluent que les provinces qui correspondent en tous points aux définitions et paramètres convenus.

Indicateur de traitement	Résumé des résultats
<b>Temps d'attente en radiothérapie</b>	En 2011, neuf des dix provinces ayant fourni des données ont atteint l'objectif de traiter 90 % des patients à l'intérieur du délai de référence national de 28 jours. La Saskatchewan et l'Ontario affichaient le temps d'attente du 90 <sup>e</sup> centile le plus court, soit 18 jours.
<b>L'utilisation et la capacité de la radiothérapie</b>	L'utilisation de la radiothérapie variait légèrement d'une province à l'autre et d'une année à l'autre. C'est en Colombie-Britannique que ce taux d'utilisation était le plus élevé (33 %).
<b>Radiothérapie préopératoire pour les cas de cancer du rectum au stade II et III ayant fait l'objet d'une résection (et motifs justifiant l'absence de recommandation ou de traitement)</b>	<p>Le pourcentage des personnes atteintes d'un cancer du rectum au stade II et III qui doivent subir une radiothérapie préopératoire a augmenté au fil des ans; toutefois, ce pourcentage est beaucoup moins élevé chez les patients âgés de 80 ans et plus comparativement aux personnes de moins de 60 ans. En 2009, la province affichant le taux de traitement le plus conforme aux directives thérapeutiques était la Saskatchewan (56,6 %).</p> <p>La présence de comorbidités était le motif le plus souvent invoqué pour justifier l'absence de recommandation en radiothérapie des personnes atteintes de cancer du rectum au stade II et III, alors que le fait que le patient n'était pas examiné par un radio-oncologue expliquait le plus souvent l'absence de traitement.</p>
<b>Radiothérapie adjuvante pour les cas de cancer du sein au stade I et II</b>	On observe un écart d'une province à l'autre dans le pourcentage des patientes atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce qui subissent une radiothérapie. Le taux de traitement chute de beaucoup chez les patientes de 80 ans et plus. En 2009, la province affichant le taux de traitement le plus conforme aux directives thérapeutiques était Terre-Neuve-et-Labrador (93,4 %).
<b>Chimiothérapie adjuvante pour les cas de cancer du côlon au stade III ayant fait l'objet d'une résection complète</b>	On observe un écart d'une province à l'autre dans le pourcentage des patients atteints d'un cancer du côlon au stade III ayant subi une résection qui reçoivent une chimiothérapie adjuvante. Le taux de traitement chute de beaucoup selon l'âge du patient, et il est considérablement plus bas chez les femmes âgées que les hommes âgés. En 2009, la province affichant le taux de traitement le plus conforme aux directives thérapeutiques était la Saskatchewan (81,8 %).
<b>Chimiothérapie adjuvante pour les cas de cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II ou IIIA (et motifs justifiant l'absence de recommandation ou de traitement)</b>	<p>Le pourcentage des personnes atteintes d'un cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II et IIIA qui doivent subir une chimiothérapie postopératoire varie d'une province à l'autre, et il est beaucoup moins élevé chez les patients plus âgés. En 2009, la province affichant le taux de traitement le plus conforme aux directives thérapeutiques était l'Ontario (58 %).</p> <p>La présence de comorbidités était le motif le plus souvent invoqué pour justifier l'absence de recommandation en chimiothérapie des personnes atteintes de cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II et IIIA, et aussi le motif le plus souvent invoqué pour l'absence de traitement.</p>
<b>Mastectomie et chirurgie conservatrice du sein</b>	En 2007 à 2009, un peu moins de 40 % des résections effectuées en cas de cancer du sein étaient des mastectomies, mais les taux variaient grandement selon la province. Chez les femmes de moins de 40 ans et de plus de 80 ans, les taux de mastectomie étaient de 10 % à 15 % plus élevés que chez les femmes de 40 à 79 ans. La province ayant le moins recours à la mastectomie était le Québec (26,5 %).

Indicateur de traitement	Résumé des résultats
<b>Résections du côlon avec ablation et examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques</b>	On observe un écart d'une province à l'autre dans le pourcentage de résections du côlon ayant permis de prélever au moins 12 ganglions lymphatiques. Aucune différence selon l'âge et le sexe n'a été décelée. En 2009, l'Ontario est la province comportant le pourcentage le plus élevé de cas où au moins 12 ganglions lymphatiques ont pu être prélevés (89,4 %).

## Radiothérapie

### Temps d'attente en radiothérapie

#### Que mesure-t-on?

*Cet indicateur mesure le temps d'attente en radiothérapie entre le moment où le patient est « prêt à traiter » et le début des traitements (de 2008 à 2011), soit le pourcentage des patients traités à l'intérieur du délai cible (28 jours) ainsi qu'à l'intérieur du temps d'attente médian et du temps d'attente du 90<sup>e</sup> centile exprimés en jours.*

#### Pourquoi le mesure-t-on?

L'accès rapide à la radiothérapie est un des éléments clés d'un système de lutte contre le cancer de grande qualité.

La réduction du temps d'attente en radiothérapie pour les patients atteints de cancer est une priorité nationale en soins de santé. Des délais cibles nationaux ont été établis, et des mécanismes provinciaux visant à réduire les temps d'attente ont été instaurés.

#### Que peut-on conclure des résultats?

En décembre 2005, les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé ont établi un délai de référence pour accéder à la radiothérapie en cas de cancer, et toutes les provinces se sont dotées de mécanismes pour mesurer et améliorer ce temps d'attente.<sup>118</sup>

Selon le délai cible national, les patients devraient commencer leur radiothérapie dans les quatre semaines (28 jours) suivant le moment où ils sont prêts à être traités. Les provinces visaient une réduction du temps d'attente qui permet à 90 % des patients de commencer leur traitement dans un délai inférieur à cette cible nationale.

Des délais cibles plus courts ont également été proposés, notamment par l'Association canadienne des radio oncologues, qui a fixé ce délai à 10 jours ouvrables (14 jours civils), de la date de la consultation ou de la demande au début du traitement.<sup>119</sup>

**En 2011, neuf des dix provinces avaient atteint l'objectif de traiter 90 % des patients à l'intérieur du délai de référence national (figure 1).**

- En 2011, le temps d'attente du 90<sup>e</sup> centile le moins élevé était de 18 jours, en Saskatchewan et en Ontario.
- Entre 2008 et 2011, le pourcentage des patients traités en radiothérapie à l'intérieur du délai cible s'est accru dans la plupart des provinces (figure 2).

**Pour les quatre types de cancer les plus courants, le temps d'attente du 90<sup>e</sup> centile affichant l'écart le plus important entre les provinces était celui que devaient subir les patients atteints du cancer de la prostate (31 jours entre le temps d'attente du 90<sup>e</sup> centile le plus court et le plus**

long), tandis que les patients atteints du cancer du poumon étaient ceux qui subissaient un temps d'attente plus semblable (écart de seulement 14 jours) (figure 3). L'âge du patient et le stade du cancer (taille de la tumeur primaire) sont des facteurs de risque qui peuvent influencer grandement les temps d'attente en radiothérapie pour les cas de cancer de la prostate,<sup>120</sup> ce qui peut expliquer ces tendances.

### Que fait-on à ce sujet?

Toutes les provinces ont instauré des mécanismes pour réduire le temps d'attente et surveiller les écarts sur leur territoire.

### Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?

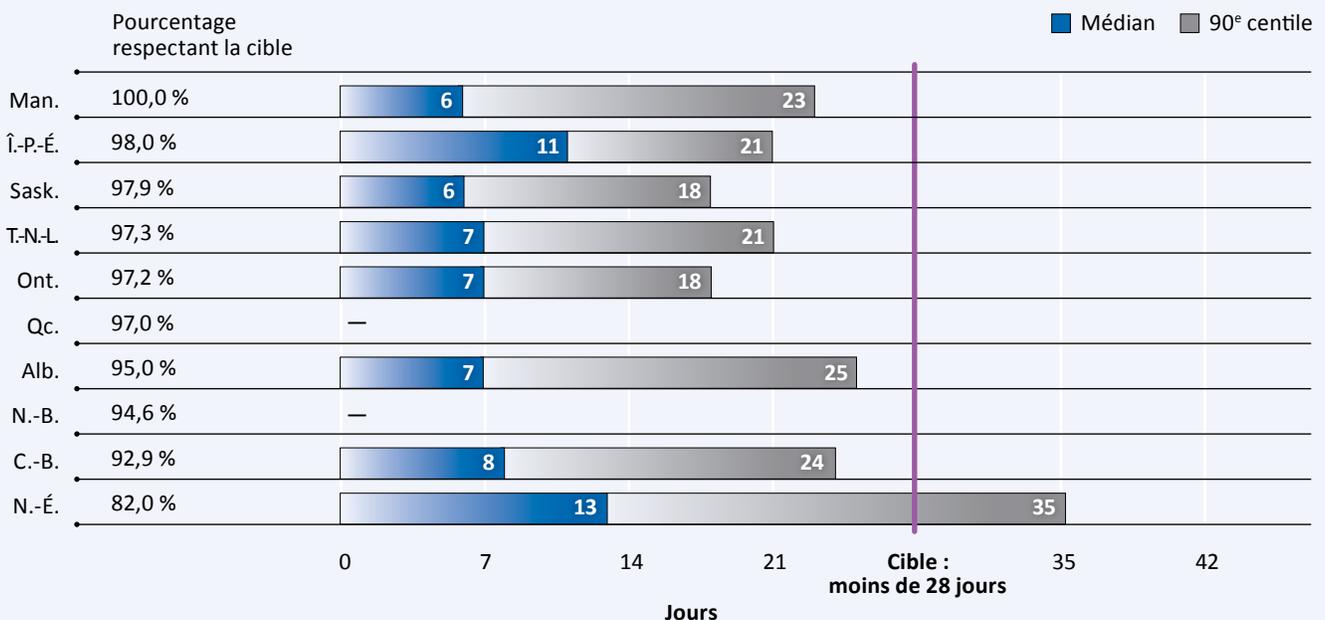
La désignation « prêt à traiter » marque le point de départ de l'évaluation du temps d'attente. Bien que des efforts considérables aient été consacrés à l'élaboration et à l'adoption de définitions normalisées dans ce domaine, il est toujours possible d'observer des écarts d'une province à l'autre.

La Nouvelle-Écosse n'a commencé à mesurer et à surveiller le temps d'attente en fonction de cette norme, soit entre la désignation « prêt à traiter » et le début des traitements, qu'en 2010.

L'annexe technique (voir la page 201) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

FIGURE 1

### Les temps d'attente en radiothérapie pour tous les types de cancer : Médian et 90<sup>e</sup> centile par province selon l'année de prestation du traitement – 2011



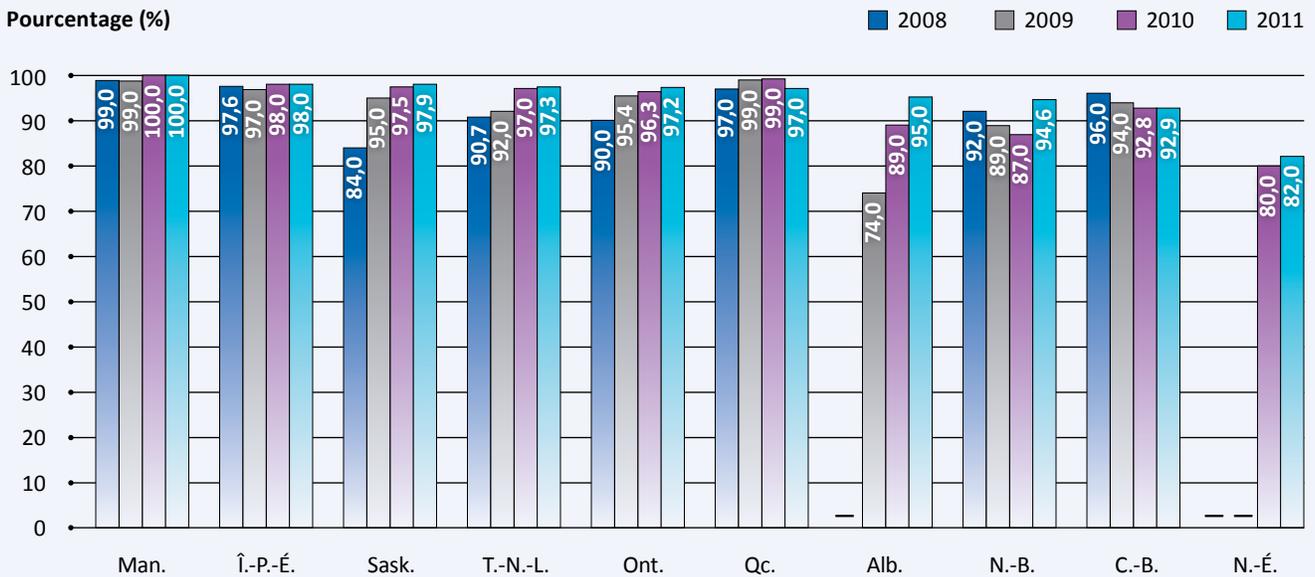
« — » Données pour le N.-B. et le Qc. sont non disponibles pour le médian et 90<sup>e</sup> centile du temps d'attente.

La N.-É. a lancé la collecte des données sur les patientes « prêtes à être traitées » (PET) en 2010. Selon la vérification des procédures d'établissement des temps d'attente en radiothérapie en N.-É. récemment effectuée, les dates se rapportant aux patientes PET ne sont pas systématiquement mises à jour lorsque des retards sont prévus. Par conséquent, les estimations ci-dessus ne brossent pas un tableau parfaitement fidèle de l'accessibilité ou de la capacité du système, mais surestiment quelque peu la longueur des temps d'attente avant que les patientes puissent recevoir le service. Cet effet se fait surtout sentir en ce qui concerne l'estimation pour le 90<sup>e</sup> centile.

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

FIGURE 2

**Les temps d'attente en radiothérapie pour tous les types de cancer : Pourcentage de personnes atteintes d'un cancer ayant été traitées dans l'intervalle cible\* par province – selon l'année de prestation du traitement (2008 à 2011)**



\* L'intervalle cible entre le moment où le patient est prêt à être traité et le début des traitements est de quatre semaines.

« — » Données non disponibles pour l'Alb. (2008) et le N.-É. (2008 à 2009).

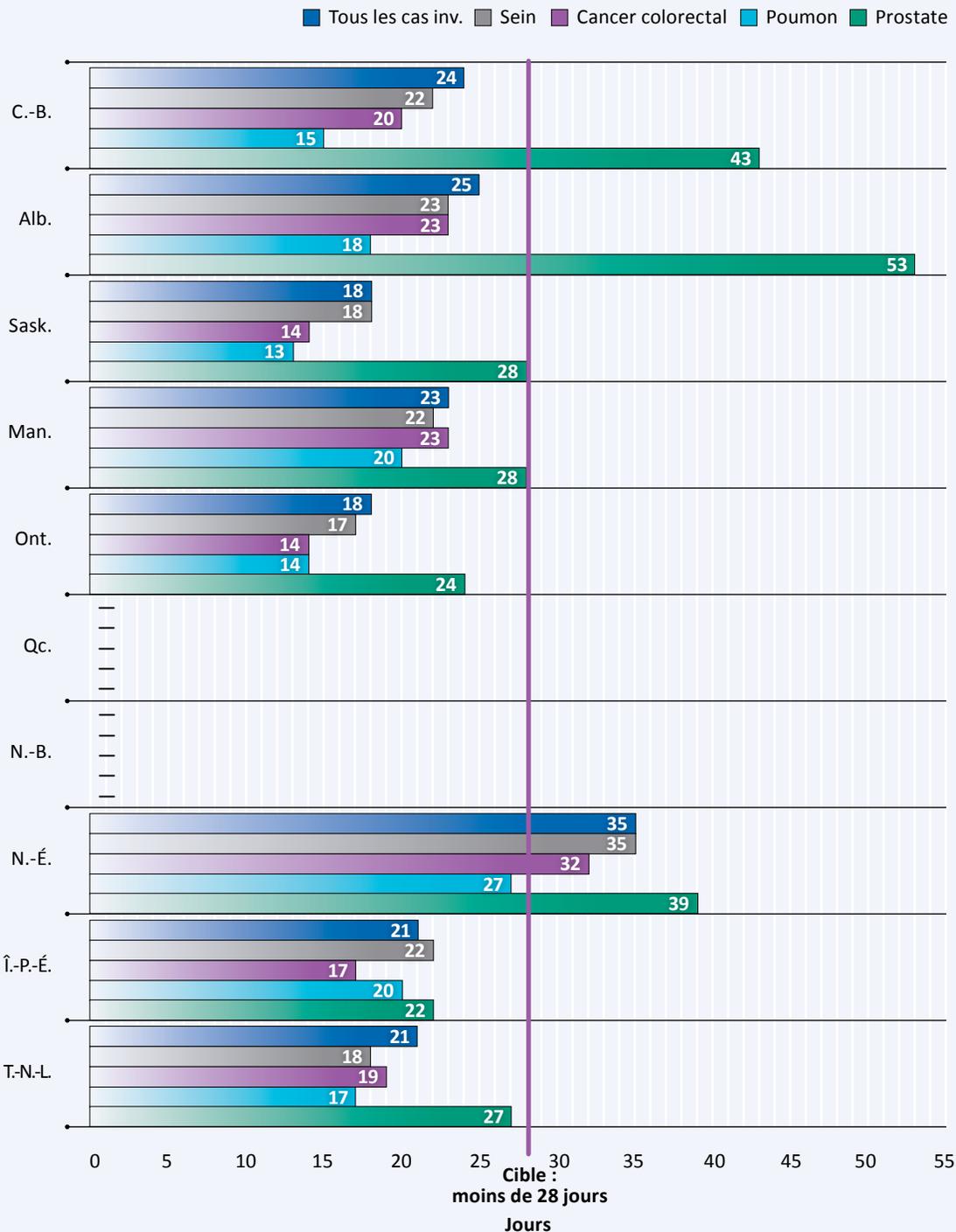
Les données pour le Qc. sont du 1<sup>er</sup> avril 2011 au 31 mars 2012.

La N.-É. a lancé la collecte des données sur les patientes « prêtes à être traitées » (PET) en 2010. Selon la vérification des procédures d'établissement des temps d'attente en radiothérapie en N.-É. récemment effectuée, les dates se rapportant aux patientes PET ne sont pas systématiquement mises à jour lorsque des retards sont prévus. Par conséquent, les estimations ci-dessus ne brossent pas un tableau parfaitement fidèle de l'accessibilité ou de la capacité du système, mais surestiment quelque peu la longueur des temps d'attente avant que les patientes puissent recevoir le service. Cet effet se fait surtout sentir en ce qui concerne l'estimation pour le 90<sup>e</sup> centile.

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

FIGURE 3

**Temps d'attente en radiothérapie selon le type de cancer : 90<sup>e</sup> centile selon la province – traitement reçu en 2011**



« — » Données non disponibles pour le N.-B. et le Qc. Remarque : la N.-É. a lancé la collecte des données sur les patientes « prêtes à être traitées » (PET) en 2010.

Selon la vérification des procédures d'établissement des temps d'attente en radiothérapie en N.-É. récemment effectuée, les dates se rapportant aux patientes PET ne sont pas systématiquement mises à jour lorsque des retards sont prévus. Par conséquent, les estimations au gauche ne brossent pas un tableau parfaitement fidèle de l'accessibilité ou de la capacité du système, mais surestiment quelque peu la longueur des temps d'attente avant que les patientes puissent recevoir le service. Cet effet se fait surtout sentir en ce qui concerne l'estimation pour le 90<sup>e</sup> centile.

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

## L'utilisation et la capacité de la radiothérapie

### Que mesure-t-on?

*Cet indicateur mesure le pourcentage de nouveaux cas qui reçoivent une radiothérapie, peu importe le but, dans les deux ans suivant le diagnostic. Les taux d'utilisation de la radiothérapie sont comparés selon la province pour les diagnostics établis au cours des trois années pour lesquelles les données sont les plus récentes.*

*La capacité des services de radiothérapie selon la province est également présentée. Cette capacité est déterminée en fonction du nombre d'accélérateurs linéaires par million d'habitants.*

### Pourquoi le mesure-t-on?

Comme la chirurgie et les traitements systémiques, la radiothérapie constitue l'essence même des services de traitement contre le cancer. Un patient peut recevoir une radiothérapie préopératoire (néoadjuvant), postopératoire (adjuvant), comme traitement unique (sans chirurgie ou autre traitement) ou avec une chimiothérapie (chimioradiation).<sup>121</sup>

La garantie d'accès aux services de radiothérapie à tous les patients atteints de cancer qui en ont besoin est une priorité absolue dans le cadre de la planification des services de traitement du cancer. Un taux relativement faible d'utilisation de radiothérapie dans une province, combiné à une capacité relativement faible des accélérateurs linéaires, peut indiquer la présence de certains obstacles à l'accès.

### Que peut-on conclure des résultats?

*Le recours à la radiothérapie varie légèrement selon la province et l'année.*

- Le pourcentage des nouveaux cas de cancer faisant l'objet d'une radiothérapie dans les deux ans suivant le diagnostic (établi en 2009) variait de

25 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 33 % en Colombie-Britannique (figure 4).

- On constate peu d'écart entre le taux d'utilisation de la radiothérapie de 2009 et celui de 2011 dans la plupart des provinces (à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, où le petit nombre de cas peut entraîner une plus grande fluctuation).

*Au Canada, le nombre moyen d'accélérateurs linéaires par habitant s'est accru au cours des trois années de l'étude.*

En 2011, le nombre d'accélérateurs linéaires allait de 5,1 par million d'habitants en Alberta à 13,7 par million d'habitants à l'Île-du-Prince-Édouard, alors que la moyenne canadienne se situait à 6,6 par million d'habitants. En 2011, la capacité moyenne par habitant représente donc une hausse de 6,1 accélérateurs linéaires par million d'habitants par rapport à 2009 (figure 5). La référence internationale la plus souvent citée en matière d'utilisation de la radiothérapie pour les cas de cancer porte sur la radiothérapie reçue à une étape ou à l'autre de la vie des patients.<sup>122-123</sup> Comme on le fait ailleurs dans le monde,<sup>124</sup> on prévoit élaborer une méthodologie pour calculer le taux (modélisé) d'utilisation à vie. Les résultats de ce calcul seront publiés dans les prochains rapports sur le rendement du système pour qu'on puisse les comparer aux taux de référence internationaux. Cette mesure de l'utilisation de la radiothérapie tiendra compte de tous les buts de traitement, notamment les traitements de deuxième et de troisième intention ainsi que la gestion des symptômes.

### Que fait-on à ce sujet?

Le projet Mise en œuvre des initiatives en matière de qualité du Partenariat se sert, entre autres données, des résultats obtenus pour chaque indicateur du rendement du système pour déterminer s'il est opportun d'adopter des stratégies visant à améliorer la qualité de la

pratique clinique. Le Partenariat canadien pour la qualité en radiothérapie (PCQR) a été financé dans le cadre de ce projet pour planifier et mettre en œuvre un programme national de qualité en radiothérapie.<sup>125</sup> Ce programme pourrait comprendre des normes plus précises pour les appareils de radiothérapie et la prestation des soins, l'élaboration d'une taxonomie commune et uniforme pour évaluer le respect des normes et la divulgation des incidents, ainsi que la mise à l'essai d'un outil de vérification conçu pour mesurer le respect des normes et d'un outil pour divulguer les quasi-incidents et les incidents graves.

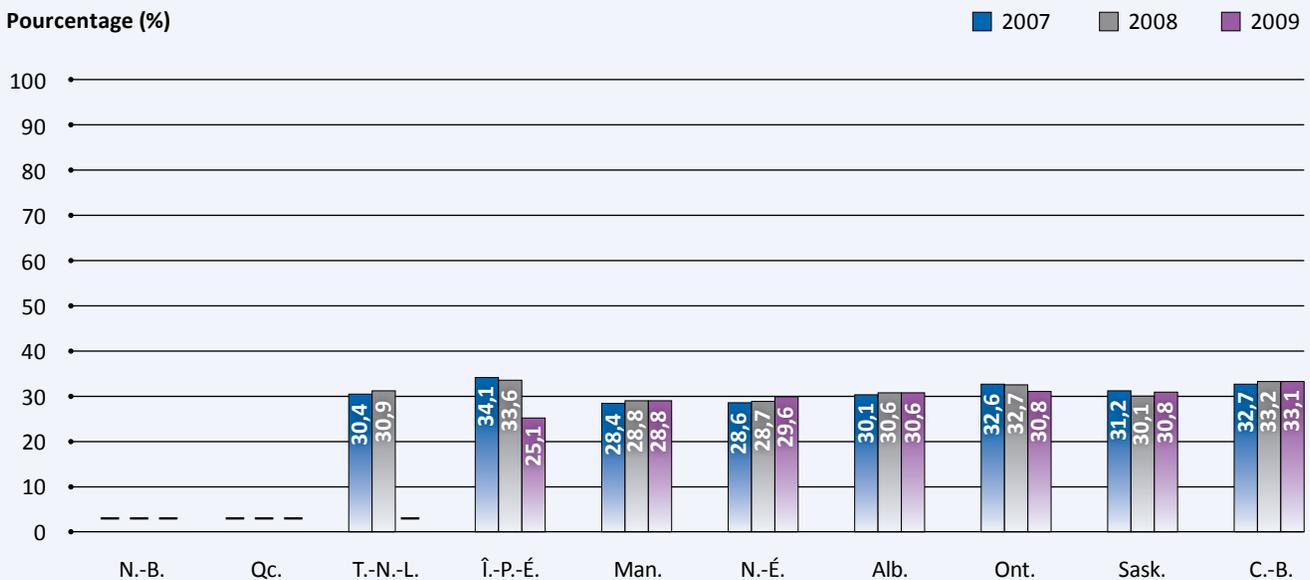
### Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?

Le délai de deux ans (du diagnostic au début du traitement) a été choisi pour couvrir principalement les traitements primaires (néoadjuvant, adjuvant ou curatif), bien que des soins de radiothérapie palliative soient prodigués pour plusieurs types de cancer pendant cette période. En raison des contraintes inhérentes à la méthodologie et aux données, il n'a pas été possible de calculer le taux de radiothérapie à vie dans le cadre du présent rapport. Des modèles de calcul de ce taux seront élaborés en vue des prochains rapports.

L'annexe technique (voir la [page 202](#)) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

FIGURE 4

### L'utilisation de la radiothérapie : Pourcentage de patients atteints d'un cancer qui ont subi une radiothérapie moins de deux ans après l'établissement du diagnostic selon la province – diagnostics établis entre 2007 et 2009

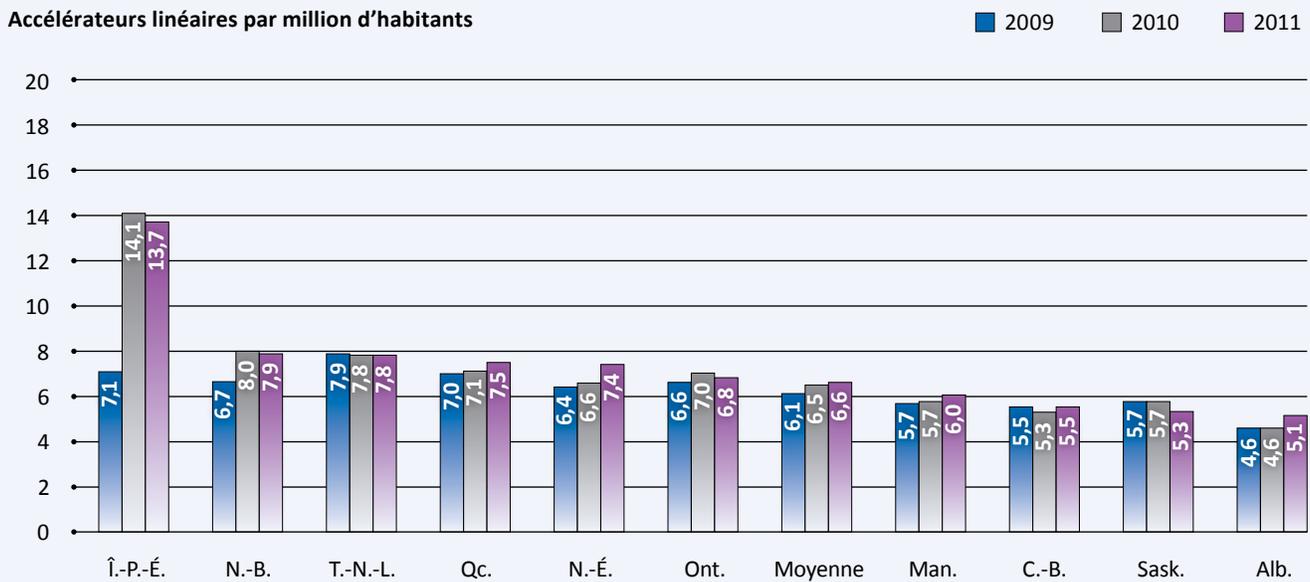


« — » Données non disponibles pour le N.-B. (2007 à 2009), T.-N.-L. (2009) et le Qc. (2007 à 2009).

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

FIGURE 5

**La capacité de la radiothérapie : Accélérateurs linéaires par million d'habitants selon la province, 2009 à 2011**



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

**Radiothérapie préopératoire pour les cas de cancer du rectum au stade II et III**

**Que mesure-t-on?**

Cet indicateur mesure le pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum au stade II ou III qui ont fait l'objet d'une résection et qui reçoivent une radiothérapie préopératoire conformément aux directives thérapeutiques largement diffusées.<sup>126-127</sup> L'indicateur de cette année compare les résultats qui ont été observés chez des patients dont le diagnostic a été établi en 2007, en 2008 et en 2009. Il examine les tendances selon l'âge et le sexe, tout en comparant des données d'une province à l'autre.

*Un examen des dossiers médicaux a été réalisé en 2011 afin d'examiner les motifs justifiant l'absence de traitement, ainsi que le recours à la radiothérapie postopératoire plutôt qu'à la radiothérapie préopératoire. Les résultats de cet examen sont analysés à la fin de la présente section.*

**Pourquoi le mesure-t-on?**

Tous les ans, plus de 9 000 personnes succombent à un cancer colorectal (CCR) au Canada.<sup>41</sup> Environ 20 % des cas de CCR sont des tumeurs rectales.<sup>128</sup> D'après les analyses groupées portant sur trois essais menés en Amérique du

Nord, la survie relative à cinq ans à un cancer du rectum au stade II ou III varie de 78 %, pour le stade IIA, à 31 %, pour le stade IIIC. Le taux de récurrence locale peut s'élever jusqu'à 22 % pour les cas de cancer au stade III.<sup>129</sup>

Il a été démontré que la prestation d'une radiothérapie avant une résection chirurgicale (c.-à-d. préopératoire) améliore l'issue de l'intervention chirurgicale et le contrôle localisé chez les patients atteints d'un cancer du rectum au stade II ou III.<sup>129</sup> C'est particulièrement le cas chez les patients présentant une grosse tumeur dont l'ablation est difficile.<sup>130</sup> Des données d'essais cliniques laissent également entendre que la prestation de courtes séances de radiothérapie préopératoire améliore la survie relative sans maladie par rapport à la radiothérapie postopératoire.<sup>131</sup>

L'évaluation des tendances à l'échelle nationale par rapport à cette directive thérapeutique permet de repérer les écarts et de contribuer à les amoindrir, grâce à l'adoption de stratégies d'amélioration de la qualité.

### Que peut-on conclure des résultats?

***Les taux de radiothérapie préopératoire ont augmenté de manière constante au cours de la période de trois ans, conformément aux directives.***

- On observe un écart considérable d'une province à l'autre dans le pourcentage de cas de cancer du rectum au stade II ou III qui font l'objet d'une résection et qui reçoivent une radiothérapie préopératoire. Les taux dans les sept provinces qui ont présenté des données relativement à cet indicateur pour les cas relevés en 2009 varient de 42 % à 57 % (figure 6). Parmi les cinq provinces qui ont présenté des données au cours de 2007, 2008 et 2009, le taux de prestation du traitement a augmenté d'une année à l'autre. Cette augmentation était considérable dans certains cas. Le taux moyen de prestation du traitement a augmenté dans ces cinq provinces, passant de 40 % en 2007, à 45 % en 2008 et à 49 % en 2009. On observe également un écart

d'une province à l'autre dans le pourcentage de patients qui ont subi une résection chirurgicale dans un délai d'un an.

Le pourcentage de patients atteints d'un cancer du rectum qui reçoivent une radiothérapie préopératoire est comparable à celui observé aux États-Unis, mais les taux sont inférieurs à ceux de l'Europe. Aux États-Unis, 42 % des patients atteints d'un cancer du rectum qui ont subi une intervention chirurgicale ont reçu un traitement préopératoire entre 2002 et 2005<sup>132</sup> tandis qu'en Suède, ce pourcentage s'établissait à un peu moins de 70 % en 2009.<sup>130</sup> Dans le Sud-Ouest de la France, 84 % des patients présentant un cancer du rectum avec atteinte ganglionnaire en 2003 à 2004 qui ont subi une intervention chirurgicale ont reçu une radiothérapie préopératoire.<sup>133</sup>

***Le taux de prestation de la radiothérapie préopératoire est considérablement moins élevé chez les patients plus âgés.***

- On observe une baisse du taux moyen de prestation d'une radiothérapie préopératoire, celui-ci passant de 56 % chez les patients âgés de 60 ans ou moins à 25 % chez les patients âgés de 80 ans ou plus (figure 7).
- Il ne semble pas y avoir une grande différence entre le taux de prestation du traitement enregistré chez les hommes et celui observé chez les femmes (figure 8).

***On devrait envisager de recourir à la radiothérapie préopératoire dans la plupart des cas de cancer du rectum au stade II ou III pouvant faire l'objet d'une résection. Il n'existe toutefois aucune cible officielle de rendement à l'échelle canadienne pour évaluer le taux réel de prestation de ce traitement.***

Il se peut que la radiothérapie préopératoire ne soit pas administrée pour diverses raisons dans certaines situations. Dans un tel cas, on recommande fortement d'administrer une radiothérapie postopératoire.<sup>126</sup> On ne connaît pas la fréquence des cas pour lesquels une radiothérapie préopératoire est contre-indiquée,

mais on ne croit pas qu'elle varie considérablement d'une province à l'autre. L'examen des dossiers médicaux (voir la [page 91](#)) permet d'apporter un certain éclairage sur ces questions.

---

### Que fait-on à ce sujet?

Le Partenariat a procédé à un examen rétrospectif du dossier médical des patients atteints d'un cancer du rectum qui ont subi une résection dans cinq provinces. Cet examen a pour objet d'approfondir la compréhension des modèles de recommandation et de traitement et de cerner les motifs qui justifient les décisions prises par rapport à la radiothérapie. La prochaine section fait état des résultats de cet examen et décrit les mesures qui en découlent.

---

### Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?

Comme dans les rapports antérieurs, les résultats de la Colombie-Britannique ne sont pas présentés

et ne sont pas inclus dans la moyenne générale parce qu'ils ne tiennent compte que des données portant sur les cas recommandés aux soins des centres anticancéreux provinciaux (jusqu'à l'année de diagnostic 2009).

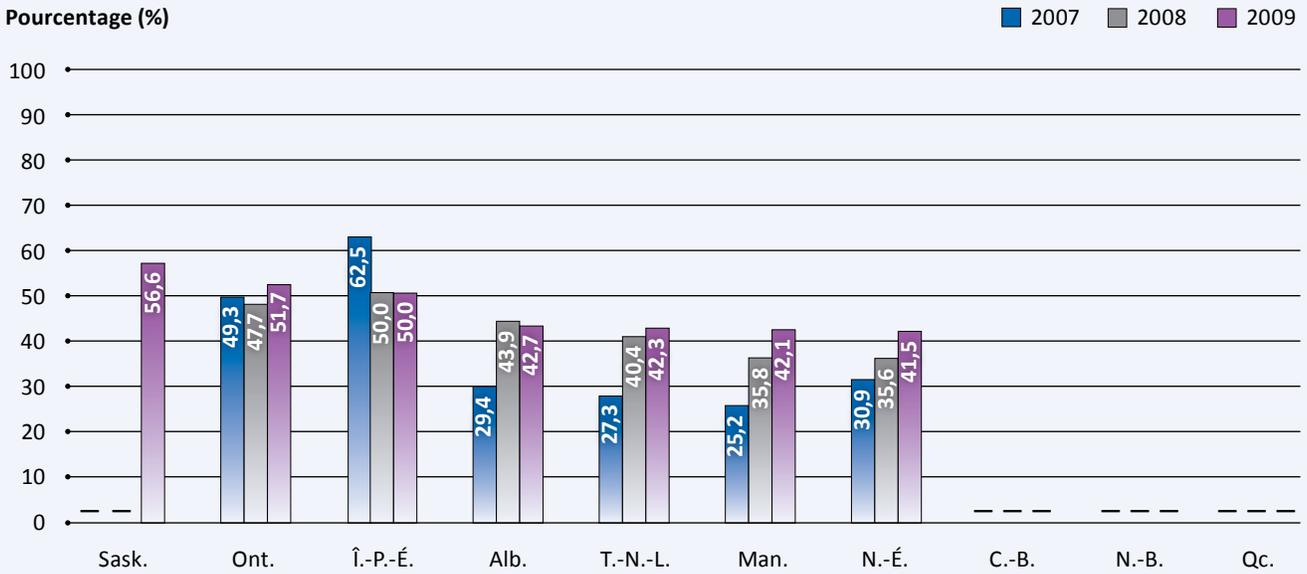
Les résultats de l'Île-du-Prince-Édouard proviennent d'examen du dossier médical de patients (alors que les résultats des autres provinces reposent sur l'analyse de données administratives).

Dans le passé, il a été constaté que plusieurs provinces signalaient une augmentation substantielle du nombre de cas de cancer du rectum au stade II et III pris en compte dans le calcul de l'indicateur d'une année à l'autre. Cette augmentation pourrait être attribuable aux améliorations apportées dans la capacité de repérer les cas cibles à partir de données administratives, mais elle peut aussi refléter des tendances réelles.

L'annexe technique (voir la [page 203](#)) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

FIGURE 6

**Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum au stade II ou III qui ont subi une radiothérapie avant une résection chirurgicale selon la province – diagnostics établis entre 2007 et 2009**



**Pourcentage de patients atteints d'un cancer du rectum au stade II ou III qui ont subi une résection chirurgicale selon la province – diagnostics établis entre 2007 et 2009**

2007	—	77,0	94,1	93,9	73,3	82,7	94,2	—	—	—
2008	—	70,2	90,9	92,5	74,6	78,3	89,4	—	—	—
2009	80,5	73,5	90,0	91,2	92,9	83,8	93,9	—	—	—

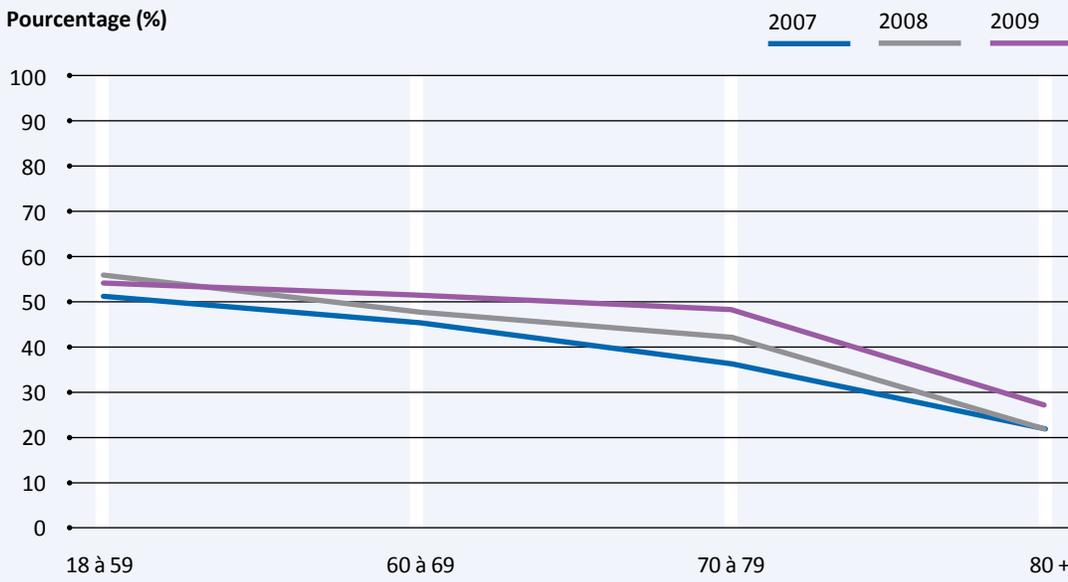
« — » Données non disponibles pour la C.-B. (2007 à 2009), le N.-B. (2007 à 2009), le Qc. (2007 à 2009) et la Sask. (2007 à 2008).

Couvre les traitements de radiothérapie commencés jusqu'à 120 jours avant la chirurgie.

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

FIGURE 7

**Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum au stade II ou III qui ont subi une radiothérapie avant une résection chirurgicale selon l'âge, Canada – diagnostics établis entre 2007 et 2009**



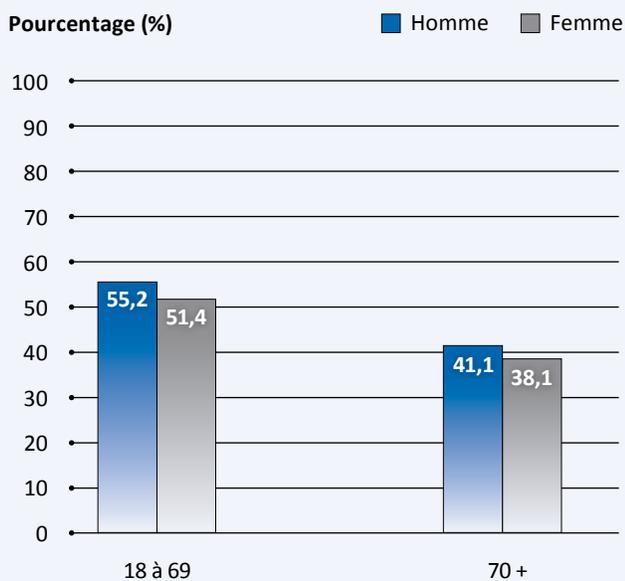
La moyenne comprend l'Alb., le Man., T.-N.-L., la N.-É., l'Î.-P.-É. et l'Ont. (provinces ayant soumis des données comparables pour les trois années).

Couvre les traitements de radiothérapie commencés jusqu'à 120 jours avant la chirurgie.

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

FIGURE 8

**Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum au stade II ou III qui ont subi une radiothérapie avant une résection chirurgicale selon l'âge et le sexe, Canada – diagnostics établis en 2009**



Inclut l'Alb., le Man., T.-N.-L., l'Ont., la N.-É., l'Î.-P.-É. et la Sask.

Couvre les traitements de radiothérapie commencés jusqu'à 120 jours avant la chirurgie.

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

# Examen des dossiers médicaux portant sur la radiothérapie préopératoire pour les cas de cancer du rectum au stade II et III : Motifs justifiant l'absence de recommandation et de traitement

## ÉTUDE SPÉCIALE SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME

**Les rapports sur le rendement du système ont fait ressortir des écarts considérables entre les provinces lors de l'étude du pourcentage de patients atteints d'un cancer du rectum au stade II ou III qui reçoivent une radiothérapie préopératoire avant de subir une résection chirurgicale, conformément à la directive fondée sur des données probantes relatives au traitement du cancer du rectum. Bien qu'on se soit assuré que toutes les provinces utilisaient les mêmes méthodes pour extraire les données, il se peut que ces écarts soient en partie attribuables à des différences méthodologiques. Cela dit, les écarts relevés entre les provinces relativement au pourcentage de patients traités conformément aux directives, qui ont été établies pour assurer de meilleurs soins, peuvent découler d'un certain nombre de facteurs, propres aux patients et propres aux pratiques. La compréhension de ces facteurs permettrait de clarifier la mesure dans laquelle la non concordance peut être expliquée à partir de motifs clairement documentés justifiant l'absence de recommandation ou de traitement, comme la présence d'affections concomitantes, l'indice de performance, d'autres contre indications au traitement liées au patient, l'âge du patient, le choix exprimé par le patient ou sa famille, le jugement du clinicien, etc.**

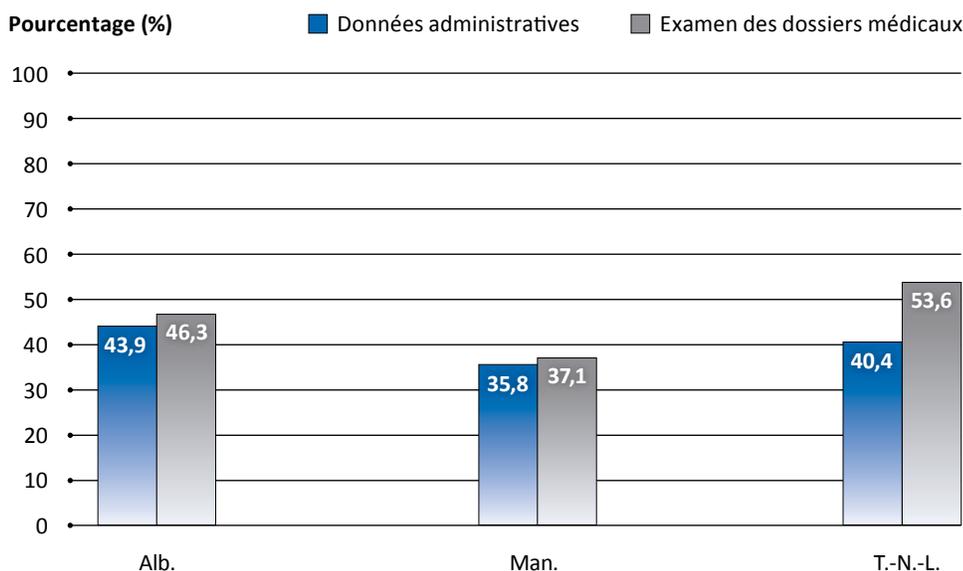
Le Partenariat a lancé une étude en 2011 en collaboration avec ses partenaires provinciaux afin d'examiner les facteurs qui pourraient contribuer à expliquer la différence entre le taux de concordance calculé et le taux « prévu », qui est établi en fonction d'études publiées et de l'expérience clinique. Cinq provinces ont participé à l'examen des dossiers médicaux : l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Île-du-Prince-Édouard et

Terre-Neuve-et-Labrador. L'examen a porté sur un échantillon aléatoire composé de 383 patients. Les données ont été extraites des dossiers médicaux des patients par deux registraires formés à cet égard dans chacune des provinces. Les analyses des données visaient à évaluer les caractéristiques démographiques des patients faisant partie de l'échantillon à l'étude, le pourcentage de cas ayant fait l'objet d'une recommandation en matière de traitement et qui ont été traités conformément aux directives, dans l'ensemble et selon certaines caractéristiques démographiques des patients (âge, sexe et stade), ainsi que les motifs justifiant l'absence de traitement ou de recommandation.

Trois provinces (l'Alberta, le Manitoba et Terre-Neuve-et-Labrador) disposaient de renseignements sur le pourcentage de patients recevant une radiothérapie préopératoire, qui provenaient à la fois des données administratives et de l'examen des dossiers médicaux. Le pourcentage de patients ayant reçu une radiothérapie préopératoire d'après les données administratives (qui sont notamment issues de sources de données sur les traitements reliées au registre du cancer) n'était pas disponible pour 2008 en ce qui concerne la Saskatchewan et l'Île-du-Prince-Édouard. Les données de l'Alberta et du Manitoba ont révélé une cohérence entre les données administratives et les résultats de l'examen des dossiers médicaux quant au pourcentage de patients ayant reçu une radiothérapie préopératoire ([figure 1](#)). Les prochaines démarches consisteront à étudier les raisons expliquant l'écart entre les résultats issus des deux sources de données en ce qui a trait à Terre-Neuve-et-Labrador.

FIGURE I

**Comparaison des résultats de l'examen des dossiers médicaux et des données contenues dans les registres sur le cancer : pourcentage de patients atteints d'un cancer du rectum au stade II ou III qui ont subi dans l'année suivant le diagnostic une radiothérapie avant une résection chirurgicale, 2008**



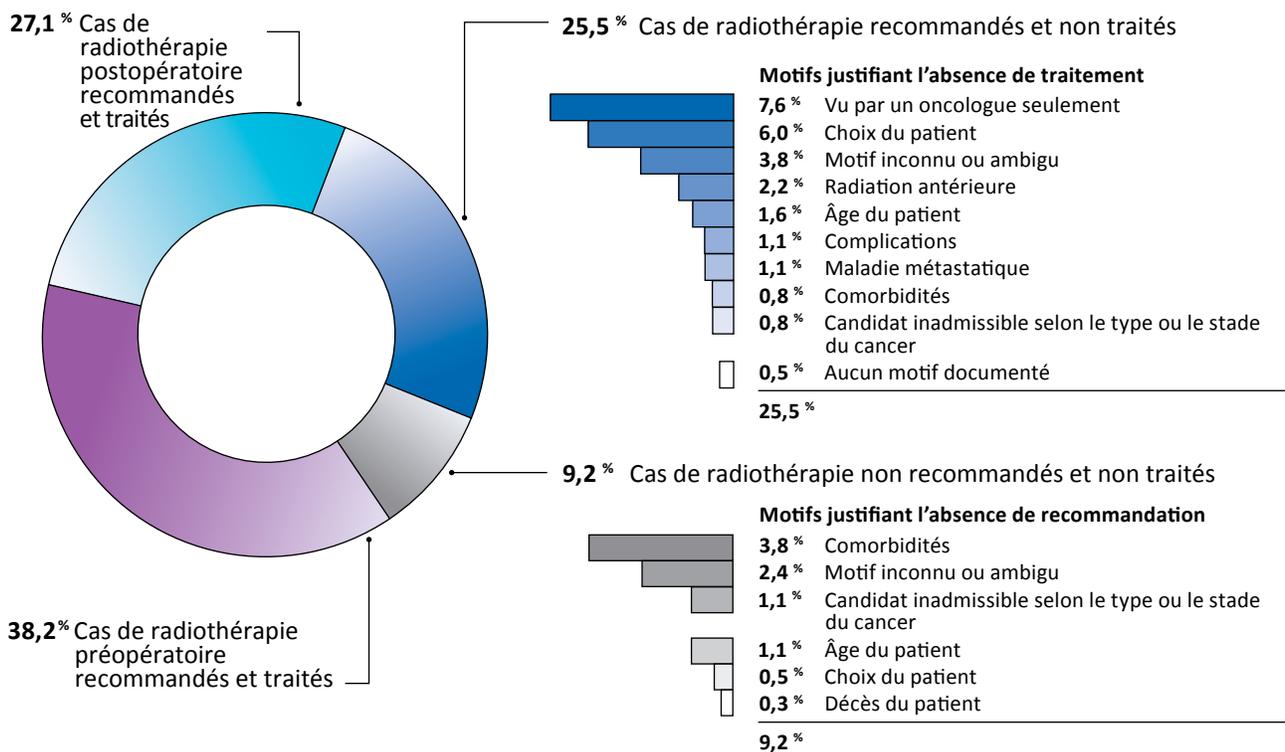
Source des données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

Trois des 383 patients ont été exclus lors de l'examen des motifs justifiant l'absence de recommandation et de traitement, car il a été constaté qu'il s'agissait de patients de cancer autres que le cancer du rectum au stade II ou III. Les patients ont été classés en fonction de catégories décrivant les motifs justifiant l'absence de recommandation ou de traitement à partir de l'examen de la documentation contenue dans les dossiers médicaux des patients. Un algorithme hiérarchique a été utilisé pour attribuer un motif lorsque plusieurs motifs étaient documentés.

Dans les cinq provinces participantes, 88 % des patients ayant reçu un diagnostic de cancer du rectum au stade II ou III ont été recommandés aux soins d'un oncologue médical ou d'un radio-oncologue par un chirurgien, tandis que les autres, soit 12 %, ne l'ont pas été ([figure II](#)).

FIGURE II

**Recommandations découlant de l'examen des dossiers médicaux : recours à la radiothérapie avant ou après une résection chirurgicale chez les patients atteints d'un cancer du rectum au stade II ou III, y compris les motifs justifiant l'absence de recommandation ou de traitement**



N = 369.

Les données proviennent de l'Alb., de la Sask., du Man., de l'Î.-P.-É. et de T.-N.-L.

Recommandation du chirurgien ayant effectué la résection vers un centre de radiothérapie.

Source de données : Examen des dossiers médicaux et organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

Des données sur les motifs justifiant l'absence de recommandation étaient disponibles pour 34 des 45 patients<sup>d</sup> (figure II). Le motif le plus couramment invoqué pour justifier l'absence de recommandation était la présence d'affections concomitantes (41 % des patients non recommandés dont le motif est documenté, ou 3,8 % de tous les patients à l'étude). Il a été déterminé que douze pour cent (12 %) des patients n'étaient pas admissibles à une recommandation aux soins d'un oncologue, que 11,8 % des patients n'ont pas fait l'objet d'une telle recommandation en raison de leur âge et que dans 6 % des patients n'ayant pas fait l'objet d'une recommandation (ou 0,5 % de tous les patients à l'étude), le choix exprimé par le patient est le motif qui a été documenté concernant l'absence de recommandation. Dans 27 % des patients n'ayant pas fait l'objet d'une recommandation (ou 2,4 % de tous les patients à l'étude), aucun motif clair n'était documenté dans les dossiers médicaux afin de justifier la décision prise à cet égard.

Parmi les patients qui ont été recommandés aux soins d'un oncologue par leur chirurgien, 42 % (ou 27,1 % de tous les patients à l'étude) ont reçu une radiothérapie préopératoire, 30 % (ou 38,2 % de tous les patients à l'étude) ont reçu une radiothérapie postopératoire et 28 % (ou 25,5 % de tous les patients à l'étude) n'ont reçu aucune radiothérapie. Parmi les patients qui n'ont pas reçu de traitement, le motif le plus couramment documenté pour justifier l'absence de traitement était que le patient n'a pas été suivi par un radio-oncologue (il a été suivi uniquement par un oncologue médical) (30 %, ou 7,6 % de tous les patients à l'étude), suivi du choix exprimé par le patient (23 %, ou 6,0 % de tous les patients à l'étude). Parmi 15 % des cas non traités (ou 3,8 % de tous les patients à l'étude), la décision de n'administrer aucun traitement n'était pas clairement documentée dans le dossier médical.

L'annexe technique expose en détail les méthodes de calcul (voir la [page 217](#)).

d) Onze (11) cas ont été exclus de l'analyse car le radio-oncologue responsable de l'étude n'a pas examiné les dossiers médicaux s'y rapportant et que nous ne disposions pas de données à leur sujet.

## Radiothérapie adjuvante pour les cas de cancer du sein au stade I et II

### Que mesure-t-on?

*Cet indicateur mesure le pourcentage des patientes atteintes d'un cancer du sein au stade I ou II qui ont reçu une radiothérapie adjuvante après avoir subi une chirurgie conservatrice du sein (CCS), conformément aux directives thérapeutiques largement diffusées. L'indicateur de cette année compare les résultats qui ont été observés chez des patientes dont le diagnostic a été établi en 2007, en 2008 et en 2009. Il examine les tendances selon l'âge, tout en comparant des données d'une province à l'autre.*

### Pourquoi le mesure-t-on?

Il a été démontré que le taux de récurrence à cinq ans des cas de cancer du sein à un stade précoce (stade I et II) augmente de plus de 25 % en l'absence de normes thérapeutiques.<sup>134</sup>

La plupart des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein non métastatique sont des candidates pour la chirurgie, soit la CCS ou la mastectomie.<sup>135</sup> La CCS suivie d'une radiothérapie (ce qu'on appelle le traitement conservateur du sein ou TCS) est moins invasive que la mastectomie, est associée à une morbidité moindre, présente plus d'avantages sur le plan esthétique et du point de vue psychologique, mais les taux de récurrence et de survie sont comparables.<sup>136</sup>

### Que peut-on conclure des résultats?

*On observe un écart d'une province à l'autre dans le pourcentage des patientes atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce qui subissent une radiothérapie à la suite d'une chirurgie conservatrice du sein.*

- Six provinces ont présenté les données requises pour calculer le taux de prestation du traitement conformément aux directives thérapeutiques

en 2009 (c.-à-d. après une chirurgie conservatrice du sein). Dans ces provinces, le taux de prestation du traitement variait de 76 %, au Manitoba, à 93 %, à Terre-Neuve-et-Labrador en 2009 (figure 9).

- Des études basées sur une population peuvent permettre de replacer ces conclusions canadiennes dans leur contexte. Selon une étude menée aux États-Unis, 94 % des femmes âgées de 66 à 70 ans avaient suivi une radiothérapie adjuvante pour traiter un cancer du sein au stade précoce après avoir subi une CCS au cours de la période allant de 2000 à 2002.<sup>137</sup> D'après une étude nationale réalisée en Suisse, le taux de radiothérapie adjuvante s'établissait à 92 % dans le cas des femmes de moins de 80 ans atteintes d'un cancer du sein au stade I à III.<sup>138</sup> Certains taux provinciaux déclarés en l'occurrence sont légèrement inférieurs à ces résultats; cependant, les années visées par les analyses de même que les méthodes d'étude (en particulier les exclusions en fonction de l'âge) diffèrent, ce qui rend ardu l'établissement de comparaisons précises.

***Le taux de prestation du traitement est considérablement moins élevé chez les patientes âgées de 70 ans ou plus.***

- Au cours de toutes les années visées, le taux moyen de prestation d'une radiothérapie adjuvante a diminué chez les patientes âgées de 70 ans ou plus, et plus particulièrement chez les patientes âgées de 80 ans ou plus (figure 10). La diminution de la prestation du traitement prévu par les directives thérapeutiques chez les patientes plus âgées pourrait être fondée en partie sur des données probantes. Plusieurs essais cliniques semblent indiquer que la prestation d'une radiothérapie à une patiente âgée de 70 ans ou plus, qui est atteinte d'un cancer du sein au stade I avec récepteurs d'estrogènes et qui a subi une chirurgie conservatrice du sein, n'offre que des bienfaits marginaux par rapport à la récurrence et à la survie.<sup>139</sup>

On devrait envisager de recourir à la radiothérapie adjuvante chez la plupart des patientes atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce qui subissent une chirurgie conservatrice du sein. Il n'existe toutefois aucune cible officielle de rendement à l'échelle canadienne pour évaluer le taux réel de prestation de ce traitement. Chez certaines patientes, les risques associés à la radiothérapie pourraient être plus grands que les avantages associés à ce traitement (p. ex. les patientes atteintes d'une maladie qui affecte les tissus conjonctifs ou celles qui ont déjà subi une radiothérapie au même endroit).<sup>140</sup> Dans un tel cas, une mastectomie peut s'avérer être une meilleure option.

Des travaux sont en cours, dans le cadre de l'initiative sur le rendement du système établie par le Partenariat, pour élaborer des points de référence et des cibles relativement à cet indicateur et à d'autres indicateurs en vue des prochains rapports.

### **Que fait-on à ce sujet?**

En octobre 2012, le Partenariat a collaboré avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) afin de publier un rapport thématique spécial sur les tendances en matière de recours aux interventions chirurgicales pour traiter les cas de cancer du sein à l'échelle du pays.<sup>141</sup> Les différences relatives des taux d'utilisation de la mastectomie et de la chirurgie conservatrice du sein ont été signalées par rapport aux taux de radiothérapie en vue de cerner des corrélations qui pourraient expliquer les résultats exposés dans le présent Rapport.

---

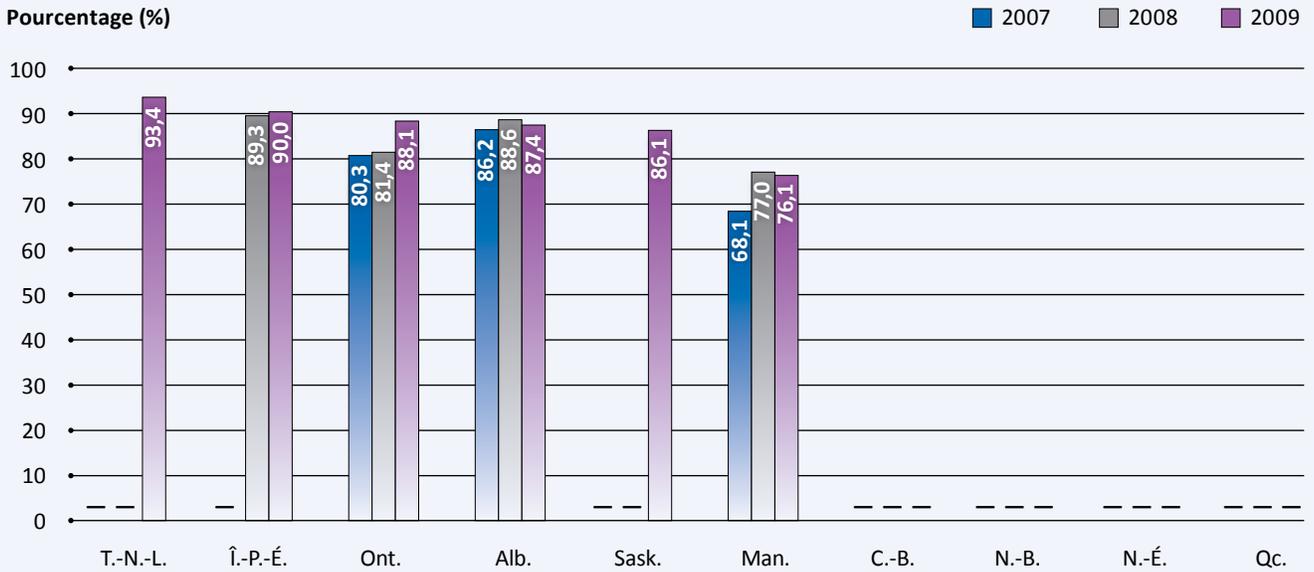
### **Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?**

Les résultats de la Colombie-Britannique ne sont pas présentés parce qu'ils ne tiennent compte que des données portant sur les cas recommandés aux soins des centres anticancéreux provinciaux (jusqu'à l'année de diagnostic 2009).

L'annexe technique (voir la [page 204](#)) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

FIGURE 9

**Pourcentage des patientes atteintes d'un cancer du sein au stade I ou II qui ont subi une radiothérapie après une chirurgie conservatrice du sein selon la province – diagnostics établis entre 2007 et 2009**



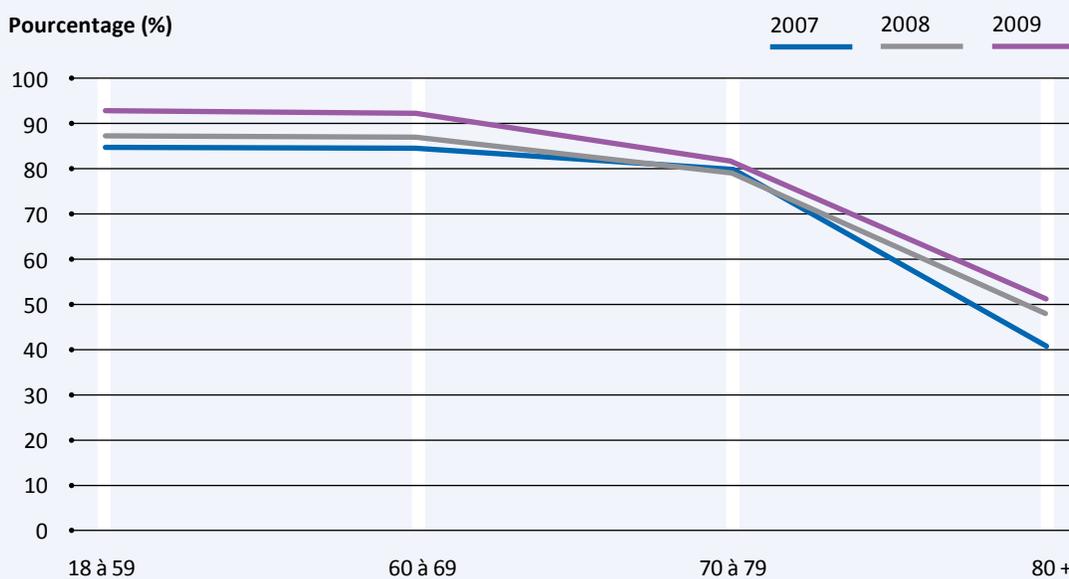
« — » Données non disponibles pour la C.-B. (2007 à 2009), le N.-B. (2007 à 2009), T.-N.-L. (2007 à 2008), la N.-É. (2007 à 2009), le Qc. (2007 à 2009), l'Î.-P.-É. (2007) et la Sask. (2007 à 2008).

Couvre les traitements de radiothérapie commencés jusqu'à 270 jours après la chirurgie.

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

FIGURE 10

### Pourcentage des patientes atteintes d'un cancer du sein au stade I ou II qui ont subi une radiothérapie après une chirurgie conservatrice du sein selon l'âge – diagnostics établis entre 2007 et 2009



La moyenne comprend l'Alb., le Man. et l'Ont. (provinces ayant soumis des données comparables pour les trois années).

Couvre les traitements de radiothérapie commencés jusqu'à 270 jours après la chirurgie.

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

## Thérapie générale

### Chimiothérapie adjuvante pour les cas de cancer du côlon au stade III

#### Que mesure-t-on?

*Cet indicateur mesure le pourcentage des patients atteints d'un cancer du côlon au stade III qui reçoivent une chimiothérapie adjuvante à la suite d'une résection. L'indicateur de cette année compare les résultats qui ont été observés chez des patients dont le diagnostic a été établi en 2007, en 2008 et en 2009. Il examine également les tendances selon l'âge et le sexe, tout en comparant des données d'une province à l'autre.*

#### Pourquoi le mesure-t-on?

Le rôle de la chimiothérapie adjuvante chez les patients présentant un cancer du côlon au stade III ayant fait l'objet d'une résection chirurgicale a été clairement établi. Plusieurs essais de grande envergure, avec répartition aléatoire, ont démontré que la prestation d'une chimiothérapie à la suite d'une intervention chirurgicale améliore l'issue du traitement.<sup>142-144</sup>

Les directives thérapeutiques recommandent la prestation d'une chimiothérapie adjuvante à la

suite d'une intervention chirurgicale chez les patients atteints d'un cancer du côlon au stade III.<sup>145</sup>

L'évaluation des tendances à l'échelle nationale par rapport à cette directive thérapeutique permet de repérer les écarts et autres variations et de contribuer à les amoindrir, grâce à l'adoption de stratégies d'amélioration de la qualité.

### Que peut-on conclure des résultats?

***On observe un écart d'une province à l'autre dans le pourcentage des patients atteints d'un cancer du côlon au stade III qui reçoivent une chimiothérapie adjuvante à la suite d'une résection.***

- Les données de 2009 indiquent que le pourcentage des patients atteints d'un cancer du côlon au stade III qui reçoivent une chimiothérapie adjuvante à la suite d'une résection allait de 55,7 %, au Manitoba, à 81,8 %, en Saskatchewan (figure 11).
- Cet écart entre les provinces est supérieur à celui qui peut être attribué aux différences dans la composition des cas et pourrait en fait être lié au pourcentage de patients atteints d'un cancer du côlon au stade III qui subissent une résection. Parmi les cinq provinces qui ont présenté des données pour 2009, le pourcentage des patients qui ont subi une résection chirurgicale dans l'année qui a suivi l'établissement du diagnostic variait de 43 %, en Saskatchewan, à 100 %, à Terre-Neuve-et-Labrador (figure 11).
- Bien que le taux de prestation du traitement semble avoir été à la baisse de 2007 à 2009 dans trois de ces provinces, les données actuellement disponibles sont insuffisantes pour déterminer s'il s'agit d'une véritable tendance.

***Le taux de traitement est considérablement plus bas chez les patients âgés et pourrait être plus faible chez les femmes âgées comparativement aux hommes âgés.***

- Le taux de prestation d'une chimiothérapie adjuvante est passé de 90 % des patients, chez les personnes âgées de 60 ans ou moins, à 20 % chez les patients âgés de 80 ans ou plus (figure 12).

Le taux de prestation du traitement chez les patients âgés de 70 ans ou plus est de 38 % chez les femmes, comparativement à 46 % chez les hommes (figure 13).

- On devrait envisager de recourir à une chimiothérapie adjuvante dans la plupart des cas de cancer du côlon au stade III à la suite d'une résection. Il n'existe toutefois aucune cible officielle de rendement à l'échelle canadienne pour évaluer le taux réel de prestation de ce traitement. Chez certains patients, les répercussions négatives de la chimiothérapie pourraient être plus grandes que les avantages associés à ce traitement. On ne connaît pas la fréquence de ces cas mais elle ne devrait toutefois pas varier de manière significative d'une province à l'autre.
- Une étude portant notamment sur des patients atteints d'un cancer du côlon recensés dans tous les centres anticancéreux dans le Sud-Ouest de la France en 2003 à 2004, c'est-à-dire au cours de l'année ayant suivi la mise en œuvre de directives régionales fondées sur des données probantes pour la prise en charge des cas de CCR, a permis de constater que 26 % des patients atteints d'un cancer du côlon au stade II et 71 % des patients présentant un cancer du côlon au stade III ont reçu une chimiothérapie postopératoire.<sup>133</sup> Dans les deux cas, il a été constaté que le recours à la chimiothérapie était associé de façon significative au fait d'avoir moins de 75 ans, après avoir pris en compte d'autres facteurs confusionnels possibles.

### Que fait-on à ce sujet?

Les résultats de cet indicateur seront communiqués à des oncologues médicaux ainsi qu'aux programmes provinciaux de médicaments oncologiques et à leurs équivalents afin de tenter de cerner les facteurs contribuant aux écarts relevés. Il pourrait être nécessaire de réaliser des analyses supplémentaires pour dégager les facteurs déterminants, y compris par exemple l'utilisation de la chimiothérapie administrée par voie orale et la mesure dans laquelle ce traitement est pris en compte dans les données.

**Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?**

Les résultats de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse ne sont pas présentés parce qu'ils s'écartent des exigences de l'indicateur, ce qui influe sur leur comparabilité à ceux des autres provinces. Les résultats de la Colombie-Britannique et ceux de la Nouvelle-Écosse ne portent que sur les cas qui ont été

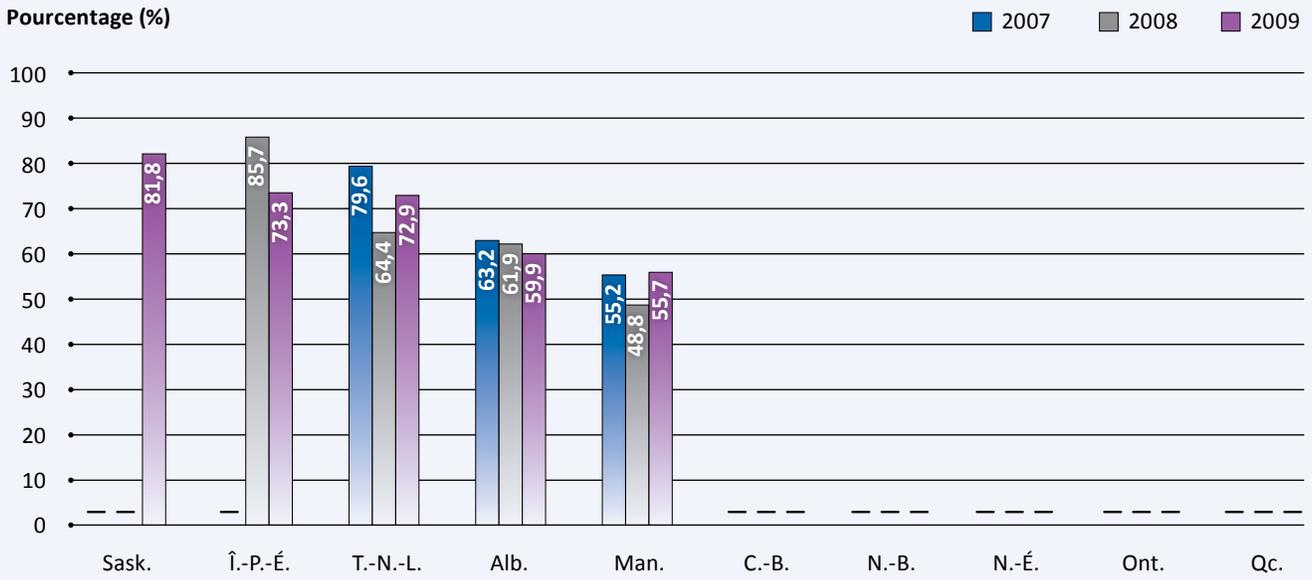
recommandés aux soins des centres anticancéreux provinciaux.

Les résultats de l'Île-du-Prince-Édouard proviennent d'examen du dossier médical de patients (alors que les résultats des autres provinces reposent sur l'analyse de données administratives).

L'annexe technique (voir la [page 204](#)) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

FIGURE 11

**Pourcentage des patients atteints d'un cancer du côlon au stade III qui ont subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale selon la province – diagnostics établis entre 2007 et 2009**



**Pourcentage de patients atteints d'un cancer du côlon au stade III qui ont subi une résection chirurgicale selon la province – diagnostics établis entre 2007 et 2009**

2007	—	—	81,8	98,9	85,9	—	—	—	—	—
2008	—	91,3	83,1	96,8	87,4	—	—	—	—	—
2009	43,1	93,8	100,0	98,6	87,1	—	—	—	—	—

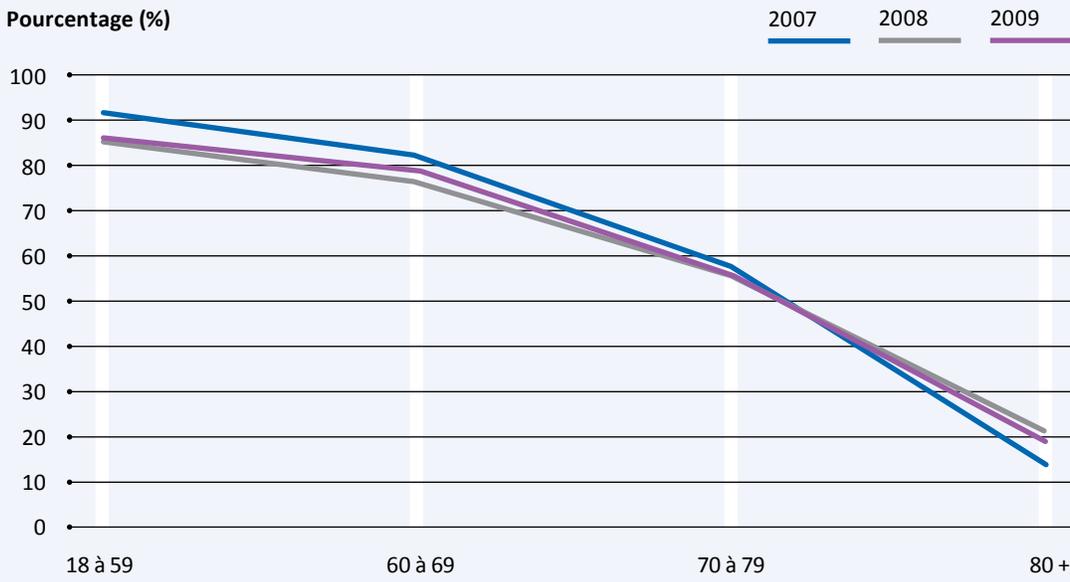
« — » Données non disponibles pour la C.-B. (2007 à 2009), le N.-B. (2007 à 2009), la N.-É. (2007 à 2009), l'Ont. (2007 à 2009), le Qc. (2007 à 2009), l'Î.-P.-É. (2007) et la Sask. (2007 à 2008).

Couvre les traitements de chimiothérapie commencées jusqu'à 120 jours après la chirurgie.

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

FIGURE 12

**Pourcentage des patients atteints d'un cancer du côlon au stade III qui ont subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale selon l'âge, Canada – diagnostics établis entre 2007 et 2009**



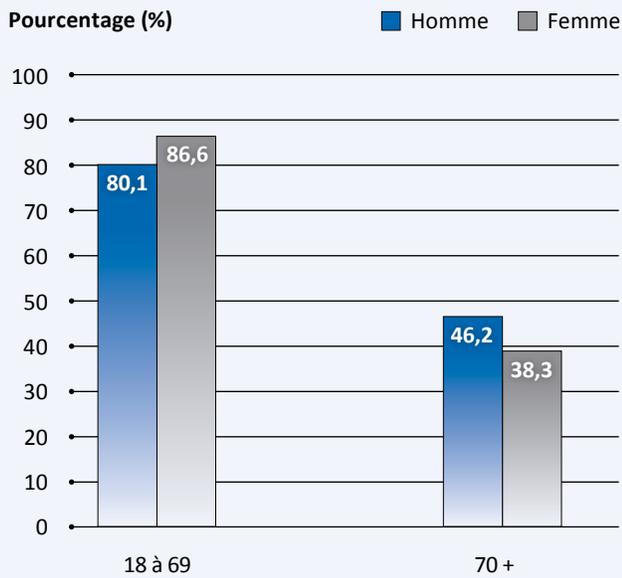
La moyenne comprend l'Alb., le Man., T.-N.-L. (provinces ayant soumis des données comparables pour les trois années).

Couvre les traitements de chimiothérapie commencés jusqu'à 120 jours après la chirurgie.

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

FIGURE 13

**Pourcentage des patients atteints d'un cancer du côlon au stade III qui ont subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale, selon l'âge et le sexe, Canada – diagnostics établis en 2009**



Inclut l'Alb., le Man., T.-N.-L., l'Î.-P.-É. et la Sask.

Couvre les traitements de chimiothérapie commencés jusqu'à 120 jours après la chirurgie.

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

## Chimiothérapie adjuvante pour les cas de cancer du poumon « non à petites cellules », au stade II et IIIA

### Que mesure-t-on?

*Cet indicateur mesure le pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules », au stade II ou IIIA, ayant subi une résection et qui ont reçu une chimiothérapie adjuvante (postopératoire), conformément aux directives thérapeutiques largement diffusées.*

*Cet indicateur porte sur les patients dont le diagnostic a été établi en 2007, en 2008 et en 2009. Il examine les tendances en matière de traitement selon la province, le groupe d'âge et le sexe.*

*Un examen des dossiers médicaux a été effectué en 2011 en vue d'étudier les motifs justifiant l'absence de traitement, y compris un faible indice de performance, la présence d'affections concomitantes, le choix exprimé par le patient, et d'autres facteurs. Les résultats de cet examen, qui permettent de déterminer la possibilité réelle d'améliorer la concordance avec les directives, sont analysés à la fin de la présente section.*

### Pourquoi le mesure-t-on?

Tous les ans, plus de 20 000 personnes succombent à un cancer du poumon au Canada. Ce type de cancer tue plus de personnes que les quatre autres types de cancer les plus mortels réunis.<sup>41</sup>

D'après les données sur les stades au Canada, de 2007 à 2008, près de la moitié des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer du poumon (47,9 %) ont reçu ce diagnostic à un stade avancé de la maladie (stade IV) suivi de la maladie au stade III (27,4 %).<sup>146</sup>

La survie médiane à un cancer du poumon « non à petites cellules » est de 47 mois chez les personnes atteintes d'un cancer au stade IIA, de 24 mois chez celles qui sont atteintes d'un cancer au stade IIB et de 17 mois chez celles qui sont atteintes d'un cancer au stade IIIA (d'après des données internationales tirées de la base de données de l'International Association for the Study of Lung Cancer [IASLC]).<sup>147</sup>

Il a été démontré que la prestation d'une chimiothérapie après une résection améliore la durée de vie sans maladie et la survie globale chez les patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » sans envahissement (stade II et IIIA).<sup>148</sup> Une étude observationnelle menée récemment à partir de registres en Ontario a révélé que chez les patients âgés atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules », la survie à quatre ans était nettement supérieure dans cette province chez ceux ayant reçu une chimiothérapie après avoir subi une résection chirurgicale.<sup>149</sup>

L'évaluation des tendances à l'échelle nationale par rapport à cette directive thérapeutique permet de repérer les écarts et autres variations et de contribuer à les amoindrir, grâce à l'adoption de stratégies d'amélioration de la qualité.

### Que peut-on conclure des résultats?

*On observe un écart d'une province à l'autre dans le pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules », au stade II et IIIA, ayant subi une résection qui reçoivent une chimiothérapie adjuvante.*

- Les taux de prestation d'une chimiothérapie adjuvante chez les patients qui ont subi une intervention chirurgicale dans les cinq provinces

ayant présenté des données qui respectent les exigences de l'indicateur pour les patients dont le diagnostic a été établi en 2009 variaient de 44 % à 58 %<sup>e</sup> (figure 14). Le pourcentage de cas de patients qui ont subi une résection variait aussi de l'une à l'autre des cinq provinces ayant présenté des données, soit de 27 % à 47 %. Les taux de prestation d'une chimiothérapie adjuvante chez les patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II ou IIIA, sans égard au fait qu'ils aient ou non subi une résection, variaient de 38 % à 45 % (ces données ne sont pas illustrées). Les données à l'échelon du pays sur le pourcentage de patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II ou III qui reçoivent une chimiothérapie adjuvante sont rares, mais une étude réalisée à partir des données du registre du cancer des Pays-Bas a révélé que 24 % des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II qui avaient moins de 75 ans ont reçu ce traitement recommandé dans les directives.<sup>150</sup>

***Le taux de prestation du traitement chez les patients âgés de 70 ans ou plus est presque la moitié du taux observé chez les patients plus jeunes; le taux de prestation du traitement semble plus élevé chez les patientes âgées que chez les patients âgés.***

- Le taux de prestation d'une chimiothérapie adjuvante est d'approximativement 70 % en moyenne chez les personnes âgées de 70 ans ou moins. Il n'est cependant que de 30 % environ chez les patients âgés de 70 ans ou plus (figure 15).
- Le taux de prestation du traitement chez les femmes âgées de 70 ans ou plus est de 30 % comparativement à 37 % chez les hommes du même groupe d'âge. Cette différence doit faire l'objet d'une étude plus poussée (figure 16).

***On devrait envisager de recourir à une chimiothérapie adjuvante chez la plupart des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules », au stade II ou IIIA, qui ont subi une résection. Il n'existe toutefois pas de points de référence ni de cibles officiels de rendement à l'échelle canadienne pour évaluer le taux de prestation de ce traitement.***

- Des facteurs, tels que l'indice de performance du patient et la présence d'affections concomitantes, entre autres facteurs, jouent un rôle dans la décision d'administrer une chimiothérapie.

### Que fait-on à ce sujet?

En 2011, on a procédé à un examen de dossiers médicaux portant sur des cas de patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » qui ont subi une résection chirurgicale (conformément à la directive thérapeutique mesurée par cet indicateur), afin d'étudier les tendances en matière de recommandation et de traitement. Un rapport des résultats de l'examen des dossiers médicaux est présenté à la page 108.

Les résultats de cet indicateur sont actuellement communiqués à des cliniciens, des chercheurs et des décideurs à l'échelle du pays et font l'objet de discussions avec eux dans le but de comprendre les tendances et de cerner toute possibilité d'améliorer la pratique clinique.

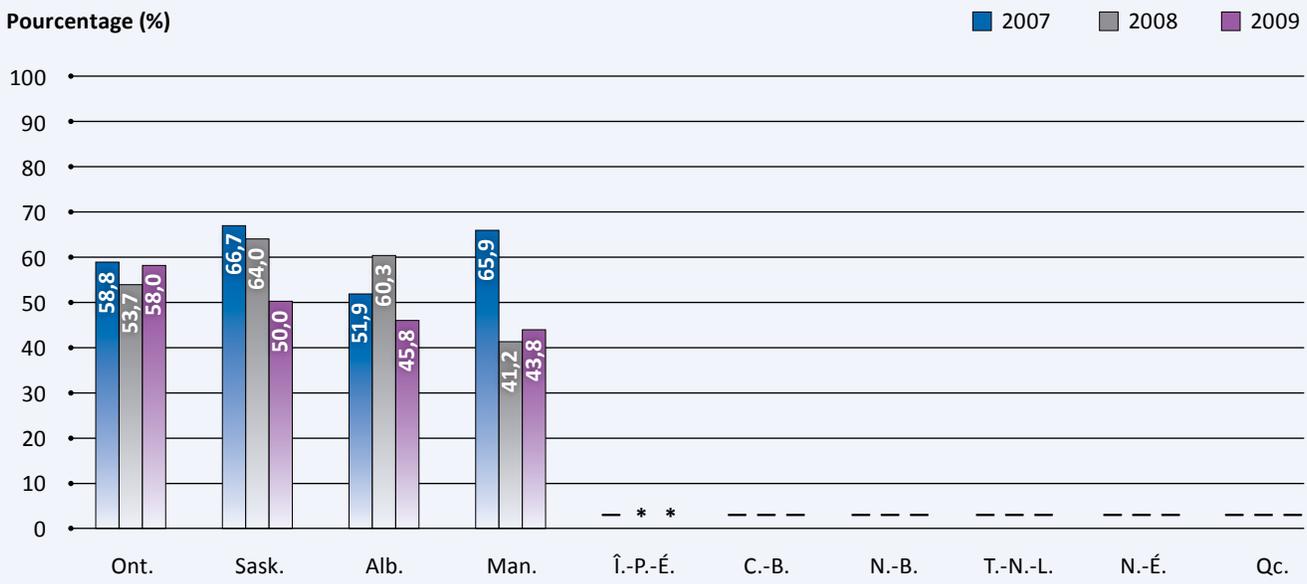
### Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?

L'annexe technique (voir la page 204) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

e) L'Î.-P.-É. a présenté des données mais les résultats de cette province ont été supprimés en raison des petits nombres.

FIGURE 14

**Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II ou IIIA qui ont subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale, selon la province – diagnostics établis entre 2007 et 2009**



**Pourcentage de patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II ou IIIA qui ont subi une résection, selon la province – diagnostics établis entre 2007 et 2009**

Année	Ont.	Sask.	Alb.	Man.	Î.-P.-É.	C.-B.	N.-B.	T.-N.-L.	N.-É.	Qc.
2007	40,6	36,0	31,0	42,7	—	—	—	—	—	—
2008	36,6	38,5	34,3	41,0	*	—	—	—	—	—
2009	36,2	26,9	36,0	47,1	*	—	—	—	—	—

\* Les données ont été supprimées en raison des petits nombres.  
 « — » Données non disponibles pour la C.-B., le N.-B., T.-N.-L., la N.-É., le Qc., l'Î.-P.-É. (2007).  
 Couvre les traitements de chimiothérapie commencées jusqu'à 120 jours après la chirurgie.  
 Source des données : Organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

FIGURE 15

**Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II ou IIIA qui ont subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale, selon l'âge, Canada – diagnostics établis entre 2007 et 2009**



Données supprimées en raison du petit nombre de représentants du groupe d'âge des 80 ans et plus.

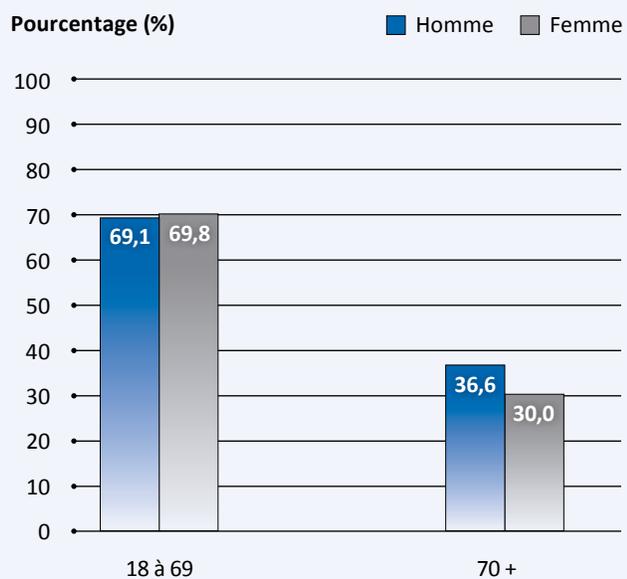
La moyenne comprend l'Alb., le Man., l'Ont. et la Sask. (provinces ayant soumis des données comparables pour les trois années).

Couvre les traitements de chimiothérapie commencés jusqu'à 120 jours après la chirurgie.

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

FIGURE 16

**Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II ou IIIA qui ont subi une chimiothérapie après la resection chirurgicale, selon l'âge et le sexe, Canada – diagnostics établis entre 2007 et 2009**



Inclut l'Alb., le Man., l'Ont., la Sask. et l'Î.-P.-É.

Couvre les traitements de chimiothérapie commencées jusqu'à 120 jours après la chirurgie.

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

# Examen des dossiers médicaux portant sur la chimiothérapie adjuvante pour les cas de cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II et IIIA : Motifs justifiant l'absence de recommandation et de traitement

## ÉTUDE SPÉCIALE SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME

**Les rapports sur le rendement du système qui ont été publiés au cours des quelques dernières années ont fait ressortir des écarts considérables entre les provinces quant au pourcentage de patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules », au stade II ou IIIA qui reçoivent une chimiothérapie adjuvante. Il se peut que ces écarts soient en partie attribuables à des différences méthodologiques, mais les écarts relevés entre les provinces relativement au pourcentage de patients traités conformément aux directives peuvent découler d'un certain nombre de facteurs, propres aux patients et propres aux pratiques. La compréhension de ces facteurs permettrait de clarifier la mesure dans laquelle la non-concordance peut être expliquée à partir de motifs clairement documentés justifiant l'absence de recommandation ou de traitement, comme la présence d'affections concomitantes, l'indice de performance, d'autres contre-indications au traitement liées au patient, l'âge du patient, le choix exprimé par le patient ou sa famille, le jugement du clinicien, etc.**

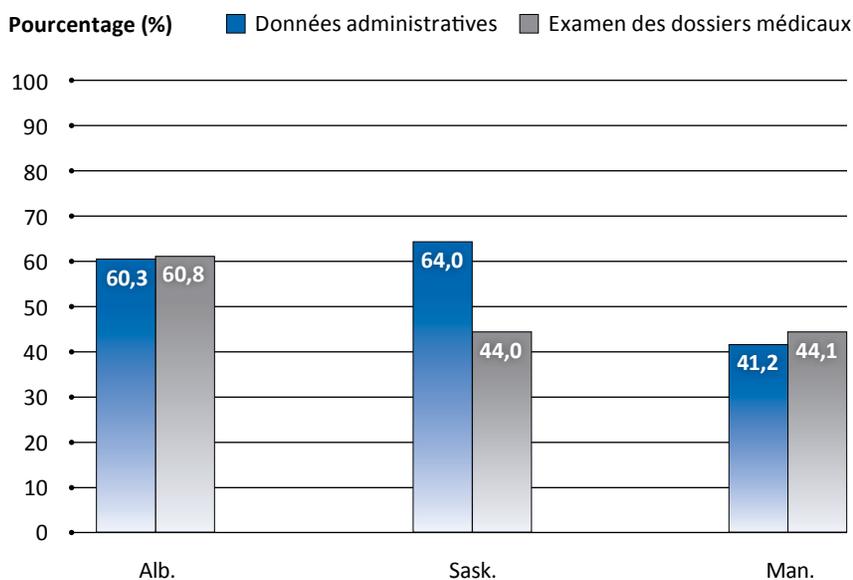
Comme nous l'avons mentionné antérieurement (à la [page 91](#)), une étude a été lancée en 2011 afin d'examiner les facteurs qui pourraient contribuer à expliquer les écarts relevés entre les provinces. Quatre provinces ont participé au volet consacré au cancer du poumon « non à petites cellules » dans le cadre de l'examen des dossiers médicaux, à savoir : l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, et l'Île-du-Prince-Édouard. Cette sous-étude a porté sur un échantillon aléatoire composé de 113 patients. Les données ont été extraites des dossiers médicaux des patients par

deux registraires formés à cet égard dans chacune des provinces. Les analyses des données visaient à évaluer les caractéristiques démographiques des patients faisant partie de l'échantillon à l'étude, le pourcentage de cas ayant fait l'objet d'une recommandation en matière de traitement et qui ont été traités conformément aux directives, dans l'ensemble et selon certaines caractéristiques démographiques (âge, sexe et stade), ainsi que les motifs justifiant l'absence de traitement ou de recommandation.

L'examen des dossiers médicaux a révélé qu'en 2008, 52 % des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules », au stade II ou III, ont reçu une chimiothérapie adjuvante ([figure III](#)). À l'échelon provincial, il a été possible de comparer les taux de traitement relevés dans le cadre de l'examen des dossiers médicaux à ceux calculés à partir des données administratives (qui sont notamment issues de sources de données sur les traitements reliées au registre du cancer) seulement pour trois des provinces participant à l'étude. Les taux provenant des deux autres sources de données étaient presque identiques en ce qui concerne l'Alberta et très similaires pour ce qui est du Manitoba, mais en ce qui a trait à la Saskatchewan, il y avait une différence de vingt (20) points de pourcentage entre les deux sources. La Saskatchewan est à revoir ses méthodes de collecte de données et de mesure d'indicateurs pour en améliorer la qualité et la cohérence, le cas échéant.

FIGURE III

**Comparaison des résultats de l'examen des dossiers médicaux et des données contenues dans les registres sur le cancer : pourcentage de patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II ou IIIA qui ont subi dans l'année suivant le diagnostic une chimiothérapie après une résection chirurgicale, 2008**



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

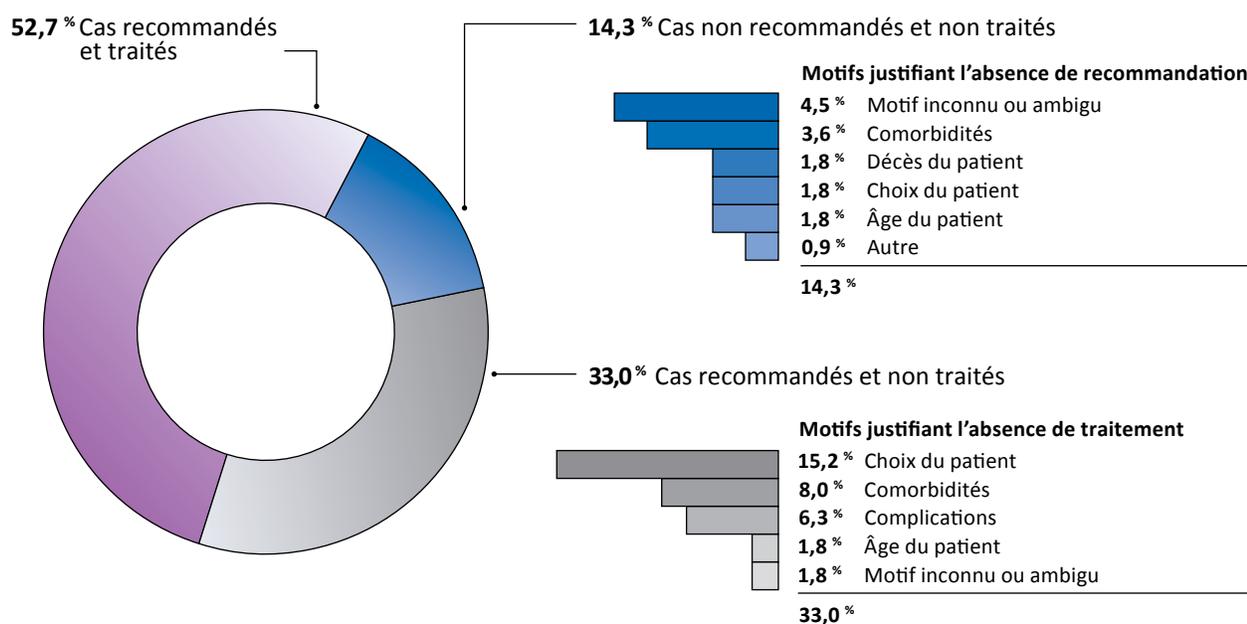
Un (1) des 113 cas a été exclu lors de l'examen des motifs justifiant l'absence de recommandation et de traitement car il a été constaté qu'il ne s'agissait pas d'un cas de cancer du poumon « non à petites cellules », au stade II ou IIIA. Les cas ont été classés en fonction de catégories décrivant les motifs justifiant l'absence de recommandation ou de traitement à partir de l'examen de la documentation contenue dans les dossiers médicaux des patients. Un algorithme hiérarchique a été utilisé pour attribuer un motif lorsque plusieurs motifs étaient documentés.

Dans les quatre provinces participantes, 86 % des patients ayant reçu un diagnostic de cancer du poumon « non à petites cellules », au stade II ou IIIA, ont été recommandés aux soins d'un oncologue médical ou d'un radio-oncologue par un chirurgien, tandis que les autres, soit 14 %, ne l'ont pas été (figure IV).



FIGURE IV

### Recommandations découlant de l'examen des dossiers médicaux : recours à la chimiothérapie après une résection chirurgicale chez les patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II ou IIIA, y compris les motifs justifiant l'absence de recommandation ou de traitement



N = 112.

Les données proviennent de l'Alb., de la Sask., du Man. et de l'Î.-P.-É.

Recommandation du chirurgien ayant effectué la résection vers un oncologue médical.

Source de données : Examen des dossiers médicaux et organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

Des données sur les motifs justifiant l'absence de recommandation étaient disponibles pour tous les patients n'ayant pas fait l'objet d'une recommandation (figure IV). Le motif le plus couramment invoqué pour justifier l'absence de recommandation était la présence d'affections concomitantes (25 %, ou 3,6 % de tous les patients à l'étude). Il a été déterminé que treize pour cent (13 %) des patients (ou 1,8 % de tous les patients à l'étude) n'ont pas fait l'objet d'une recommandation parce qu'ils sont décédés, que 13 % des patients (ou 1,8 % de tous les patients à l'étude) ont décidé de ne pas suivre le traitement recommandé dans les directives, et que parmi 12 % des patients (ou 1,8 % de tous les patients à l'étude), le motif invoqué pour justifier l'absence de recommandation était l'âge du patient. Pour 31 % des patients n'ayant pas fait l'objet d'une

recommandation (ou 5,3 % de tous les patients à l'étude), aucun motif clair n'était documenté dans les dossiers médicaux afin de justifier la décision prise à cet égard.

Le motif le plus couramment invoqué pour justifier la non-prestation d'une chimiothérapie adjuvante était le choix exprimé par le patient. Ce motif représentait 46 % (ou 5,2 % de tous les patients à l'étude) des patients non traités, et était suivi de la présence d'affections concomitantes et de complications. Pour 11 % des patients non traités (ou 1,8 % de tous les patients à l'étude), aucun motif clair n'était documenté dans les dossiers médicaux afin de justifier la décision de ne pas administrer de traitement.

L'annexe technique expose en détail les méthodes de calcul (voir la [page 217](#)).

## Interventions chirurgicales

### Mastectomie/chirurgie conservatrice du sein

#### Que mesure-t-on?

*Cet indicateur mesure le pourcentage de mastectomies parmi les résections de tumeurs du sein effectuées chez des femmes présentant un cancer du sein invasif unilatéral.*

*L'indicateur de cette année examine les cas de patientes présentant un cancer du sein qui ont fait l'objet d'une résection initiale (en premier lieu) entre avril 2007 et mars 2010 et compare les résultats d'une province à l'autre et selon l'âge.<sup>f</sup>*

*Le graphique interprovincial illustre le taux indicé, qui comprend les femmes ayant subi en premier lieu une mastectomie, et le taux final, qui comprend également les femmes qui ont subi une mastectomie à la suite d'une chirurgie conservatrice du sein (CCS).*

#### Pourquoi le mesure-t-on?

La plupart des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein non métastatique sont des candidates pour la chirurgie, soit la CCS ou la mastectomie.<sup>135</sup>

La CCS vise l'excision complète de la tumeur du sein et d'une marge de tissu sain; la mastectomie est l'ablation de tout le sein.

La CCS suivie d'une radiothérapie (ce qu'on appelle le traitement conservateur du sein ou TCS) est moins invasive que la mastectomie, est associée à une morbidité moindre et présente plus d'avantages sur le plan esthétique et du point de vue psychologique mais la mortalité est équivalente. Par conséquent, le TCS est d'ordinaire recommandé pour la plupart des

femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein au stade I ou II.<sup>136</sup>

#### Que peut-on conclure des résultats?

*Au Canada, un peu moins de 40 % des résections en cas de cancer du sein sont des mastectomies, mais les taux provinciaux varient fortement.*

Dans l'ensemble, 39,5 % des femmes atteintes d'un cancer du sein et ayant fait l'objet d'une résection ont subi une mastectomie (60 % d'entre elles ont eu une chirurgie conservatrice du sein) (figure 17).

- Le taux final de mastectomie varie, allant de 26,5 %, au Québec, à 68,7 %, à Terre-Neuve-et-Labrador, ce qui semble indiquer une forte divergence des pratiques d'une province à l'autre. La variation interprovinciale est évidente lorsqu'on compare les taux indicé et final. La différence entre les deux taux indique la proportion de mastectomies effectuées à la suite d'une CCS qui a échoué par opposition aux mastectomies qui constituent le premier choix en matière de résection chirurgicale. Étant donné que le codage actuel des interventions ne fait pas la différence entre la biopsie par excision et la CCS, cette différence peut, du moins en partie, s'expliquer par le fait que le taux de biopsies par excision est plus élevé dans certaines provinces que dans d'autres.
- On devrait envisager de recourir au TCS chez la plupart des patientes atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce. Il n'existe toutefois aucune cible officielle de rendement à l'échelle canadienne pour évaluer le taux réel de

f) Pour une analyse plus détaillée des facteurs qui influent sur les taux de mastectomie, consulter les publications suivantes du Partenariat : *Lutte contre le cancer du sein au Canada : Rapport thématique spécial sur le rendement du système* et le rapport produit conjointement avec l'Institut canadien d'information sur la santé, intitulé *Chirurgies pour le traitement du cancer du sein au Canada, 2007-2008 à 2009-2010*, qui sont tous deux disponibles à l'adresse [www.vuesurlecancer.ca/rapportsurlerendementdusysteme](http://www.vuesurlecancer.ca/rapportsurlerendementdusysteme).

prestation de ce traitement. L'accès restreint à la radiothérapie (p. ex. chez les patientes qui habitent loin du centre de radiothérapie le plus proche) influe sur ce taux.<sup>151-155</sup> Le choix de recourir à la CCS plutôt qu'à la mastectomie doit être fait par la patiente atteinte d'un cancer du sein, en toute connaissance des risques, des avantages, et des considérations d'ordre pratique associés à chaque choix.

Des travaux sont en cours, dans le cadre de l'initiative sur le rendement du système établie par le Partenariat, pour élaborer des points de référence et des cibles relativement à cet indicateur et à d'autres indicateurs en vue des prochains rapports.

---

***Pour les femmes de moins de 40 ans et celles de 80 ans et plus, les taux de mastectomie sont supérieurs de 10 à 15 points de pourcentage à ceux des femmes de 40 à 79 ans (figure 18).***

- Chez les femmes de 18 à 39 ans, 51,5 % des femmes qui ont subi une résection ont eu une mastectomie. Ce taux était de 49,6 % chez les femmes de 80 ans et plus.
- Les données des États-Unis indiquent que les femmes plus jeunes (âgées de moins de 50 ans) préfèrent avoir une mastectomie plutôt qu'une CCS.<sup>156</sup> On ne sait pas clairement, cependant, si cette tendance reflète un sentiment d'anxiété concernant la radiothérapie, l'insuffisance de l'information fournie par le prestataire de soins au sujet de la CCS, ou d'autres facteurs.<sup>156</sup>

---

### Que fait-on à ce sujet?

Le Partenariat et l'institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ont collaboré à l'analyse des tendances en matière du recours aux interventions chirurgicales pour traiter les cas de cancer du sein, et à la production de

rapports correspondants. Le rapport conjoint qu'ils ont publié en octobre 2012<sup>141</sup> porte sur le recours aux interventions chirurgicales pour traiter les cas de cancer du sein et souligne les écarts et les autres tendances susceptibles d'offrir la possibilité de mener des analyses plus poussées et d'apporter d'éventuelles améliorations au système.

---

### Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?

Les données utilisées pour cet indicateur sont extraites des bases de données hospitalières maintenues par l'ICIS ou qui lui sont fournies. Comme celles-ci ne sont pas reliées aux registres du cancer, il se peut que les données comprennent les femmes dont la maladie est un cas de récurrence (bien que l'on ait tenté de réduire cette possibilité au minimum au moyen des critères de sélection des cas).

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

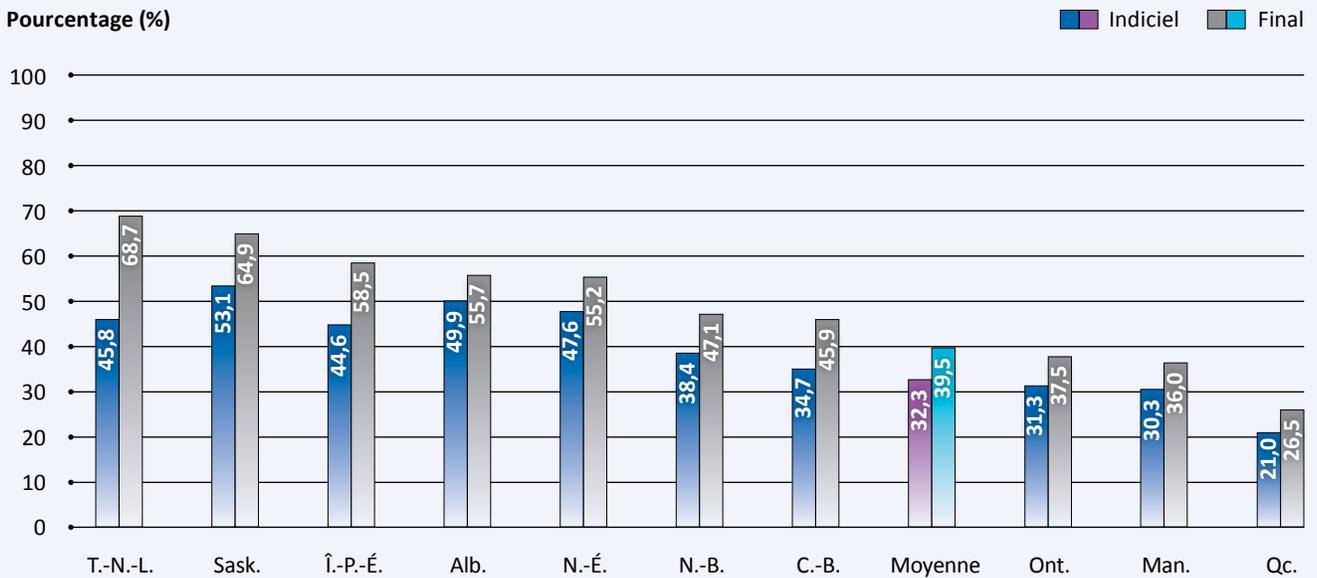
Les données comprennent les femmes atteintes d'un cancer du sein envahissant unilatéral qui ont subi une chirurgie entre avril 2007 et mars 2010.

Les codes d'intervention utilisés ne font pas la différence entre les biopsies par excision et la CCS. Par conséquent, les patientes qui subissent des biopsies par excision suivies d'une mastectomie sont prises en compte dans les résultats concernant les patientes qui subissent d'abord une CCS et ensuite une mastectomie.

L'annexe technique (voir la [page 205](#)) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

FIGURE 17

**Pourcentage de résections pratiquées pour un cancer du sein qui sont des mastectomies\* par province – pour la période globale de 2007 à 2009**



\*Sont incluses dans les données relatives à la mastectomie les femmes qui subissent d'abord une mastectomie (taux indiciel) de même que celles qui, au cours d'une période d'un an, subissent d'abord une chirurgie conservatrice du sein et, ensuite, une mastectomie (taux final).

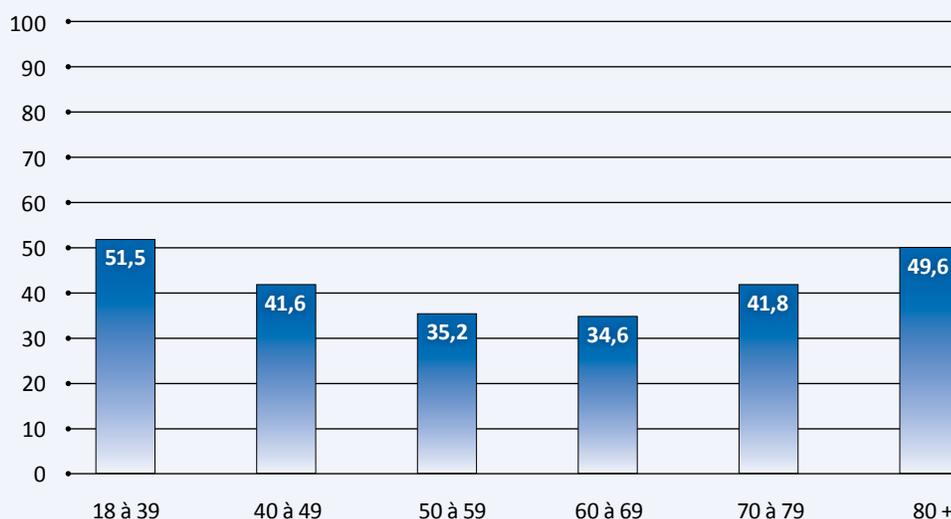
Comprend les femmes atteintes d'un cancer du sein unilatéral invasif ayant subi une chirurgie entre avril 2007 et mars 2010.

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

FIGURE 18

### Pourcentage de résections pratiquées pour un cancer du sein qui sont des mastectomies\* selon le groupe d'âge – pour la période globale de 2007 à 2009

Pourcentage (%)



\* Sont incluses dans les données relatives à la mastectomie les femmes qui subissent d'abord une mastectomie (taux indiciel) de même que celles qui, au cours d'une période d'un an, subissent d'abord une chirurgie conservatrice du sein et, ensuite, une mastectomie (taux final).

Comprend les femmes atteintes d'un cancer du sein unilatéral invasif ayant subi une chirurgie entre avril 2007 et mars 2010.

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

## Prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions pour les résections du cancer du côlon

### Que mesure-t-on?

*Cet indicateur mesure le pourcentage des cas de cancer du côlon comportant une résection au terme de laquelle au moins 12 ganglions ont été prélevés et examinés pour déterminer le degré de propagation du cancer. Les résultats sont présentés pour les cas qui ont fait l'objet d'une résection en 2007, en 2008 et en 2009. L'indicateur compare les taux selon la province, le groupe d'âge et le sexe.*

### Pourquoi le mesure-t-on?

Il a été démontré que le nombre de ganglions prélevés et examinés au terme d'une résection joue un rôle prépondérant pour déterminer

correctement le stade d'un cancer, ce qui permet par la suite de planifier le traitement qui sera prodigué.<sup>157</sup>

La plupart des directives cliniques recommandent de prélever au moins 12 ganglions pour déterminer de manière plus précise le stade N<sup>158</sup> (qui indique le degré de propagation ganglionnaire du cancer). Cette recommandation s'explique par le fait que l'examen de 12 ganglions réduit à un niveau acceptable le risque d'établir un diagnostic faussement négatif.

La mesure des tendances provinciales en matière de traitement par rapport à ces directives cliniques peut orienter les améliorations qualitatives à l'échelon provincial.

## Que peut-on conclure des résultats?

***Le pourcentage de résections du côlon comportant le prélèvement et l'examen d'au moins 12 ganglions varie considérablement d'une province à l'autre.***

Le pourcentage varie de 59 % à 89 % dans les huit provinces participantes ([figure 19](#)). Dans l'ensemble, les taux sont légèrement plus élevés que ceux signalés dans d'autres provinces et territoires dans le cadre d'autres études, où les taux signalés varient de 65 % à 77 %.<sup>130, 133, 159</sup>

- On n'observe qu'un écart relativement faible selon le groupe d'âge et aucune tendance manifeste entre les données de 2007 à 2009 ([figure 20](#)).

***On n'observe qu'un écart relativement faible selon le groupe d'âge et le sexe des patients***

([figure 21](#)). Cela correspond généralement aux résultats des autres provinces et territoires, bien que des tendances plus marquées liées à l'âge (des taux plus élevés chez les patients âgés que chez les patients plus jeunes) aient été observées dans des études effectuées récemment.<sup>160-161</sup>

Il n'existe actuellement pas de cible ni de point de référence à l'échelle nationale concernant cet indicateur. Des démarches sont en cours, dans le cadre de l'initiative sur le rendement du système, pour élaborer des cibles relativement à un certain nombre d'indicateurs, y compris celui-ci, aux fins d'inclusion dans les prochains rapports.

## Que fait-on à ce sujet?

L'initiative nationale sur la stadification du Partenariat permettra de jeter un nouvel éclairage sur les prélèvements ganglionnaires visant à combattre le cancer du côlon (et d'autres types de cancer). Une expérience faite récemment a démontré un lien entre la qualité des rapports synoptiques et l'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux et pathologiques.<sup>161</sup>

Des rapports ultérieurs sur le rendement du système pourraient comparer la répartition des stades (particulièrement le stade N) en rapport avec les cas de cancer du côlon ayant fait l'objet d'un prélèvement et de l'examen d'au moins 12 ganglions, afin d'étudier les liens qui sont susceptibles d'exister d'après la documentation.<sup>133</sup>

---

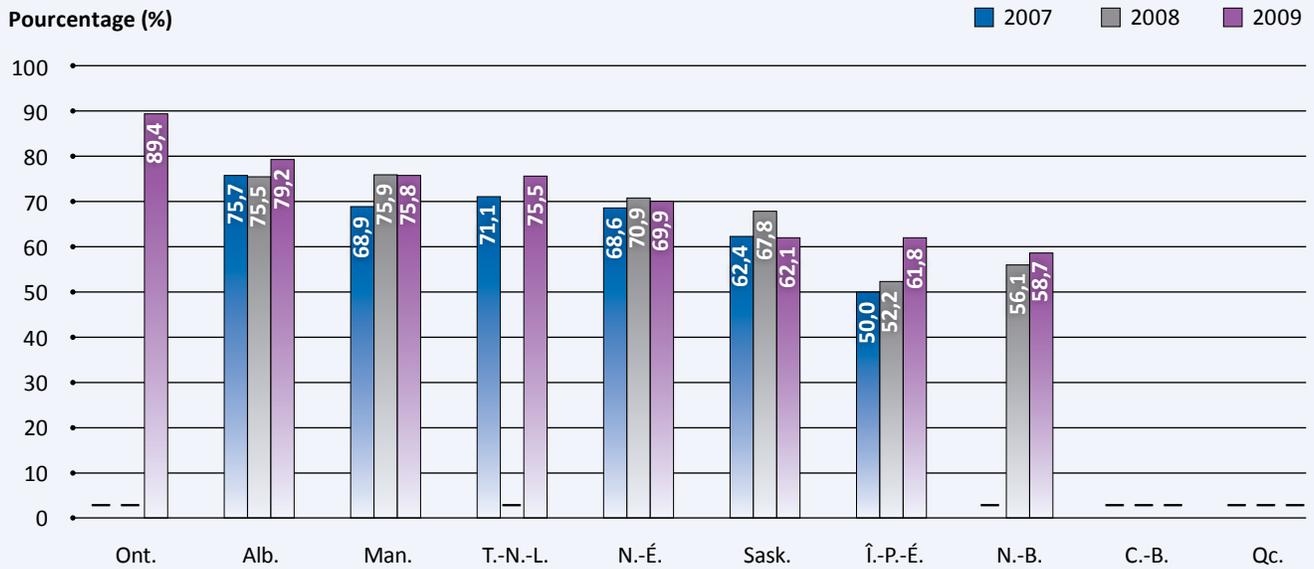
## Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?

Les taux de l'Ontario reflètent les données publiées dans l'Indice de qualité du réseau de cancérologie (IQRC), qui utilise les sources de données des rapports synoptiques d'anatomopathologie du Système de gestion de l'information en matière de pathologie (SGIP) pour extraire des données sur les ganglions. Les données se rapportent à 2010.

L'annexe technique (voir la [page 206](#)) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

FIGURE 19

### Pourcentage de résections du côlon avec examen ou exérèse d'au moins 12 ganglions selon la province – diagnostics établis entre 2007 et 2009



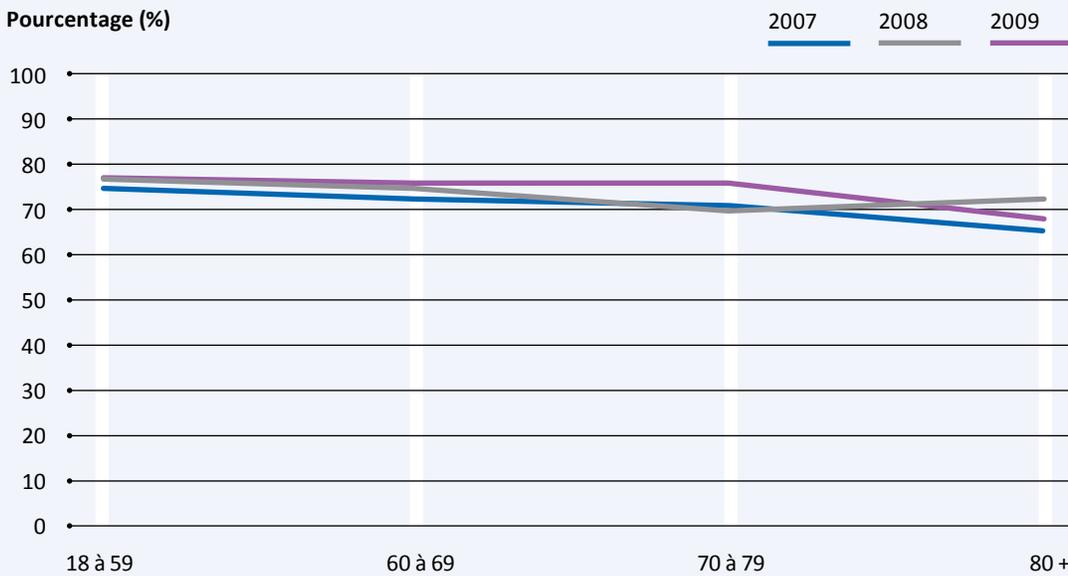
« — » Données non disponibles pour la C.-B. (2007 à 2009), le N.-B. (2007), T.-N.-L. (2008), l'Ont. (2007 à 2008) et le Qc. (2007 à 2009).

Les données pour l'Ont. sont pour 2010 à 2011.

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

FIGURE 20

**Pourcentage de résections du côlon avec examen ou exérèse d'au moins 12 ganglions selon l'âge, Canada – diagnostics établis entre 2007 et 2009**

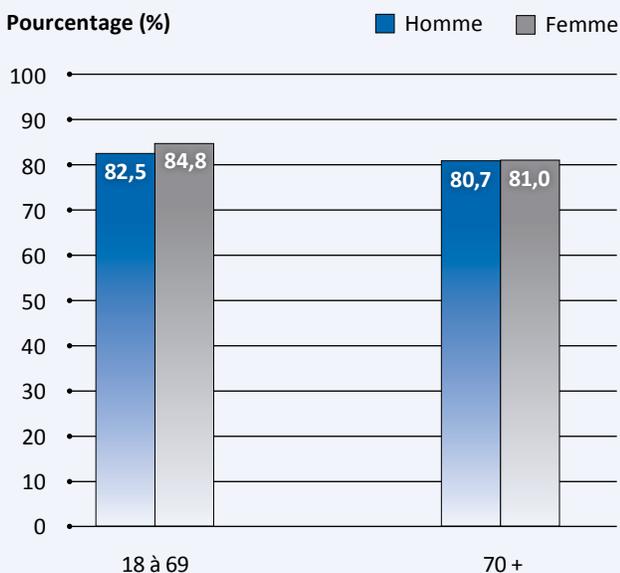


Inclut l'Alb., le Man., la N.-É., l'Î.-P.-É. et la Sask. (provinces ayant soumis des données comparables pour les trois années).

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

FIGURE 21

**Pourcentage de résections du côlon avec examen ou exérèse d'au moins 12 ganglions selon l'âge et le sexe, Canada – diagnostics établis en 2009**



Inclut l'Alb., le Man., le N.-B., T.-N.-L., la N.-É., l'Ont., l'Î.-P.-É. et la Sask.

Les données pour l'Ont. sont pour 2010 à 2011.

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

# Expérience des patients et soins en fin de vie

---

## Dépistage de la détresse

P. 120

---

## Satisfaction des patients par rapport aux soins

P. 125

---

## Lieu du décès

P. 130



# Expérience des patients et soins en fin de vie

*Cette section présente trois indicateurs pour lesquels des données pancanadiennes sont actuellement disponibles pour décrire l'expérience des patients et les soins en fin de vie : dépistage de la détresse, satisfaction des patients à l'égard de certains aspects des soins, et lieu du décès.*

**Tout au long de l'expérience globale du cancer,** les patients font face à divers défis sur les plans physique, social, émotionnel et pratique. Une mesure importante de la qualité du système de lutte contre le cancer est la mesure dans laquelle il fournit des soins centrés sur la personne grâce auxquels les gens reçoivent un appui et des soins pendant qu'ils relèvent ces défis.

Les personnes qui œuvrent dans le domaine de la lutte contre le cancer reconnaissent la nécessité d'élaborer des mesures normalisées pour évaluer l'expérience des patients tout au long de l'expérience globale du cancer et contribuer à accélérer l'amélioration des soins et des résultats. Il est également essentiel de déterminer les besoins de soins des survivants et ceux des personnes en fin de vie ainsi que la

mesure dans laquelle le système comble ces besoins. Cet aspect continue de représenter un domaine de recherche émergent, et il reste du travail à faire pour recueillir des données pancanadiennes utiles.

Les trois indicateurs permettent de comprendre dans une certaine mesure l'expérience des patients atteints de cancer et constituent un autre pas en avant pour aborder cet aspect de la lutte contre le cancer pour lequel les données disponibles sont encore déficientes. Il est prévu que les prochains rapports sur le rendement du système feront état d'indicateurs de plus en plus détaillés des résultats déclarés par les patients, de la survie, et des soins en fin de vie ou des soins palliatifs.

Indicateur	Résumé des résultats
<b>Dépistage de la détresse</b>	Il existe des différences à l'échelle du pays au niveau de la mise en œuvre d'outils normalisés de dépistage. En 2012, sept provinces utilisent un outil normalisé de dépistage des symptômes chez au moins une partie des patients dans les centres anticancéreux provinciaux; il se peut que des outils de dépistage soient utilisés dans d'autres provinces, mais les données sur leur utilisation ne sont pas disponibles au niveau provincial.
<b>Satisfaction des patients par rapport aux soins axés sur le bien-être physique et le soutien émotionnel</b>	La satisfaction globale par rapport aux soins axés sur le bien-être physique, qui est mesurée au moyen du sondage normalisé intitulé <i>Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey</i> produit par NRC Picker, allait de 76 % à 84 % dans les sept provinces pour lesquelles des résultats sont disponibles. Parmi les cinq mesures ayant trait au bien-être physique, les patients ont attribué la cote la plus faible aux éléments liés à la prise en charge et à la maîtrise de la douleur et de l'inconfort.  La satisfaction globale par rapport aux soins axés sur le soutien émotionnel allait de 40 % à 59 % dans les sept provinces. Parmi les neuf mesures ayant trait au soutien émotionnel, les patients ont attribué la cote la plus élevée au fait de pouvoir communiquer des renseignements confidentiels en toute confiance aux prestataires de soins, et la cote la plus faible à la recommandation à un prestataire de soins pour la prise en charge de problèmes liés à l'anxiété et aux craintes pendant les dernières six mois.
<b>Lieu du décès</b>	En 2009, 71 % des décès liés au cancer au Canada sont survenus à l'hôpital. Le pourcentage de patients qui sont décédés à domicile allait de 11 % à 47 % selon la province. La plupart des patients qui se savaient condamnés par le cancer préfèrent mourir à la maison ou dans un lieu semblable.

## Dépistage de la détresse

### Que mesure-t-on?

*Cet indicateur mesure le degré de mise en place, par les provinces et leurs programmes de lutte contre le cancer, d'outils normalisés pour dépister les symptômes déclarés par les patients comme la détresse émotionnelle et physique (y compris la douleur).*

### Pourquoi le mesure-t-on?

Des recherches ont démontré que de 35 % à 40 % des patients atteints de cancer ressentent une détresse suffisamment intense pour justifier le recours à des services d'aide professionnelle.<sup>162</sup> La détresse ressentie par les personnes atteintes de cancer s'inscrit dans un continuum allant des

sentiments courants et normaux de vulnérabilité, de tristesse et de crainte, jusqu'à des troubles pouvant devenir invalidants tels que la dépression, l'anxiété, la panique, l'isolement social et la crise existentielle ou spirituelle.<sup>163</sup> Les conséquences négatives associées à une détresse intense comprennent une observance moins étroite des recommandations thérapeutiques,<sup>164</sup> un degré de satisfaction moins élevé par rapport aux soins<sup>165</sup> et une moins bonne qualité de vie.<sup>166</sup>

Le dépistage systématique de la détresse, que l'on décrit comme le sixième signe vital,<sup>167</sup> permet de détecter un problème à ses débuts et d'offrir les services appropriés d'évaluation, d'intervention et de recommandation à des services de soutien en vue de répondre aux besoins particuliers des patients.

Les outils de dépistage les plus couramment utilisés au Canada sont l'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EES) combinée à la liste canadienne de problèmes. La collecte de données sur l'utilisation de ces outils ou d'outils normalisés similaires pour le dépistage de la détresse à intervalles réguliers permet d'en surveiller le déploiement et la couverture à l'échelle nationale.

Le Canada, l'Australie,<sup>168</sup> le Royaume-Uni<sup>169</sup> et les États-Unis<sup>170</sup> ont recommandé de procéder au dépistage de la détresse dans le cadre des soins oncologiques standard, et des normes sont en voie d'être adoptées à cet égard ou l'ont été.

### Que peut-on conclure des résultats?

**Toutes les provinces disent utiliser des outils normalisés de dépistage dans une certaine mesure, mais il existe des différences entre les provinces quant à l'utilisation de ces outils et à la présentation de rapports connexes au sein des centres anticancéreux provinciaux et des autres établissements de soins liés au cancer (tableau 1).**

La Colombie-Britannique, l'Ontario, la Saskatchewan et la Nouvelle-Écosse utilisent un outil normalisé de dépistage des symptômes chez au moins une partie des patients dans tous les centres anticancéreux provinciaux et rendent compte des résultats de manière centralisée. La plupart des nouveaux patients font l'objet d'un dépistage, mais leur proportion réelle varie d'une province à l'autre.

L'Alberta, le Manitoba et l'Île-du-Prince-Édouard ont entrepris le dépistage normalisé des symptômes chez au moins une partie des patients traités dans certains centres anticancéreux provinciaux et procèdent actuellement au déploiement d'un outil normalisé de dépistage à l'échelle provinciale.

Dans les autres provinces, aucun outil normalisé n'a été mis en place à l'échelle provinciale et on ne procède pas à la collecte centralisée de données; toutefois, certains centres anticancéreux utilisent des outils de dépistage des symptômes à l'échelon local mais ils ne présentent pas de données de manière centralisée.

- Le Québec utilise présentement divers outils de dépistage, comme l'EES, dans les établissements de traitement dans la plupart des régions, y compris la ville de Québec, mais la collecte de données n'est pas centralisée au niveau provincial.
- Le Nouveau-Brunswick en est aux premières étapes de la planification de l'utilisation d'un outil normalisé de dépistage dans l'ensemble de la province, mais les centres anticancéreux provinciaux ne procèdent pas au dépistage normalisé des symptômes à l'heure actuelle et les données ne sont pas centralisées au niveau provincial.
- Terre-Neuve-et-Labrador utilise l'EES aux fins de certaines évaluations des soins palliatifs et de la prise en charge des symptômes, mais elle n'est pas utilisée de façon systématique dans l'ensemble de la province.

De nombreuses provinces ont entrepris la mise en œuvre à l'échelle provinciale, mais elles n'ont pas établi de cibles officielles concernant les taux de dépistage des symptômes et de la détresse émotionnelle; en 2009, toutefois, le groupe national de mise en œuvre du dépistage de la détresse, qui représentait huit provinces, a convenu d'une cible consistant à procéder au dépistage chez 90 % des patients dans le cadre de leurs démarches de déploiement. En Ontario, la cible provinciale relative au dépistage de la gravité des symptômes chez tous les patients traités dans un centre anticancéreux régional est de 70 %.<sup>171</sup>

Les prochains rapports comprendront le pourcentage des patients atteints de cancer qui font l'objet d'un dépistage au moyen d'un outil normalisé de dépistage et par la suite, ces rapports feront état des résultats de dépistage et d'évaluation, et des mesures d'évaluation, d'intervention et de suivi.

Des cibles et des points de référence pourront être élaborés lorsque la collecte de données pancanadiennes sera effectuée.

### Que fait-on à ce sujet?

En 2008, Agrément Canada et cinq organismes regroupant des professionnels et des patients ont reconnu l'importance du dépistage de la détresse. Au printemps de 2009, le Partenariat a approuvé un ensemble minimal de données pour le dépistage de la détresse (symptômes et détresse émotionnelle). Les éléments de données définis dans le cadre de cet ensemble minimal de données sont contenus dans l'échelle d'évaluation de l'EESE et la liste canadienne de problèmes.<sup>172</sup> La [figure 1](#) présente un échantillon de l'EESE et de cette liste.

Le Partenariat a récemment collaboré avec les organismes de lutte contre le cancer et les centres de traitement de huit provinces à la mise en œuvre du dépistage de la détresse à l'aide de l'EESE et de la liste canadienne de

problèmes et des directives de pratique clinique en matière d'évaluation de la détresse et d'autres symptômes.

L'amélioration de la capacité de mesurer les résultats des soins axés sur le patient et les résultats déclarés par les patients fait partie des priorités du Partenariat. Un comité national d'orientation sur les résultats déclarés par les patients a été formé en 2012 en vue de cerner et de mettre en œuvre un ensemble élargi d'indicateurs de rendement à ce sujet.

---

### Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?

L'annexe technique (voir la [page 206](#)) contient des renseignements détaillés à ce sujet.

TABLEAU 1

**L'usage d'outils uniformisés pour l'évaluation des symptômes dans l'ensemble des cliniques des organismes provinciaux de lutte contre le cancer**

Province	Mise en œuvre à l'échelle provinciale (coordonnée à l'échelle provinciale et données recueillies de façon centralisée)	Mise en œuvre partielle (coordonnée à l'échelle provinciale)	Non coordonnée à l'échelle provinciale (usage local possible)
C.-B.	X		
Alb.		X	
Sask.	X		
Man.		X	
Ont.	X		
Qc.			X
N.-B.			X
N.-É.	X		
Î.-P.-É.		X	
T.-N.-L.			X

**Outil de dépistage des symptômes** : tout instrument normalisé servant à dépister la détresse, et non nécessairement l'EESE ou la CPC.

**Mise en œuvre à l'échelle provinciale** : dépistage normalisé des symptômes entrepris à tout le moins auprès d'une portion des patients de chaque centre anticancéreux provincial et des données recueillies de façon centralisée.

**Mise en œuvre partielle (coordonnée à l'échelle provinciale)** : dépistage normalisé des symptômes entrepris à tout le moins auprès d'une portion des patients de certains centres anticancéreux provinciaux.

**Non coordonnée à l'échelle provinciale (usage local possible)** : aucun dépistage des symptômes géré à l'échelle provinciale; toutefois, certains centres ou certaines régions utilisent un outil de dépistage, mais ne font pas rapport des données à l'échelle provinciale.

FIGURE 1

**Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EES) et liste canadienne de vérification des problèmes****Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton**

Date : \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_

Veuillez encercler le chiffre décrivant le mieux ce que vous ressentez :

**Rempli par :**

- Patient  
 Famille  
 Professionnel de la santé  
 Avec l'aide de la famille ou d'un professionnel de la santé

<b>Aucune douleur</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pire douleur possible
<b>Aucune fatigue</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pire fatigue possible
<b>Aucune nausée</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pires nausées possibles
<b>Aucune dépression</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pire dépression possible
<b>Aucune anxiété</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pire anxiété possible
<b>Aucune somnolence</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pire somnolence possible
<b>Très bon appétit</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pire appétit possible
<b>Meilleure sensation de bien-être</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pire sensation de mal-être possible
<b>Aucun essoufflement</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pire essoufflement possible
<b>Autre problème</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

**Liste canadienne de vérification des problèmes :**

Parmi les éléments ci-dessous, veuillez cocher tous ceux qui ont été une source de préoccupation ou un problème pour vous au cours de la semaine écoulée, incluant aujourd'hui :

**Aspect émotionnel :**

- Peurs/inquiétudes  
 Tristesse  
 Colère/frustration  
 Changement d'apparence  
 Intimité/sexualité

**Aspect spirituel :**

- Me questionner sur le sens ou le but de ma vie  
 Me sentir ébranlé(e) dans mes croyances

**Aspect pratique :**

- Travail/études  
 Finances  
 Se rendre aux rendez-vous  
 Logement

**Aspect social/familial :**

- Me sentir comme un fardeau  
 Préoccupations envers la famille/les amis  
 Me sentir seul(e)

**Information :**

- Comprendre la maladie et les traitements  
 Communiquer avec l'équipe soignante  
 Prendre une décision face aux traitements  
 Connaître les ressources disponibles

**Physique :**

- Concentration/mémoire  
 Sommeil  
 Poids

Source : Partenariat canadien contre le cancer, Groupe d'action pour l'expérience globale du cancer. *Guide d'implantation du dépistage de la détresse, le 6<sup>ème</sup> signe vital – Vers des soins centrés sur la personne. Partie A : Contexte, recommandations et implantation.* Toronto: Partenariat canadien contre le cancer; 2009.

## Satisfaction des patients par rapport aux soins

### Que mesure-t-on?

*Cet indicateur étudie les cotes de satisfaction des patients dans les sept provinces qui ont mis en place le questionnaire de sondage intitulé Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey (AOPSS) produit par NRC Picker. Les résultats de ce sondage sont répartis en fonction de plusieurs aspects de l'expérience des patients. Les rapports antérieurs sur le rendement du système font état des résultats relatifs à la satisfaction globale et aux aspects de l'intégration et de la continuité des soins. Le présent rapport fait état des taux de satisfaction global des patients, et par rapport à deux autres aspects : le soutien émotionnel et le bien-être physique.*

### Pourquoi le mesure-t-on?

La mesure dans laquelle les patients atteints de cancer estiment qu'ils sont bien soutenus et soignés tout au long de leur expérience globale du cancer est une exigence essentielle d'un système de lutte contre le cancer de grande qualité.<sup>173-174</sup>

Les difficultés d'accès à des services de soins de soutien peuvent accroître la détresse des patients atteints d'un cancer et compromettre leur capacité à s'adapter aux changements provoqués par le cancer.<sup>175</sup> Parmi tous les aspects abordés dans le cadre de l'AOPSS, la satisfaction des patients était le plus faible à l'égard du soutien émotionnel.

### Que peut-on conclure des résultats?

*Parmi tous les aspects abordés dans le cadre du sondage, les patients ont attribué la cote de satisfaction la plus faible au soutien émotionnel dans toutes les provinces déclarantes (figure 2).*

- Il existe des variations quant à la façon dont les patients de différentes provinces ont coté leur satisfaction par rapport aux aspects des soins abordés dans le cadre du sondage.
- Le « respect des préférences des patients » et le « bien-être physique » ont reçu les cotes de satisfaction les plus élevées, mais dans deux provinces, la plus haute cote de satisfaction globale a été attribuée à « l'accès aux soins ». Le « soutien émotionnel » a reçu les cotes de satisfaction les plus faibles dans toutes les provinces, le taux de satisfaction allant de 40,0 %, en Saskatchewan à 58,6 %, en Nouvelle-Écosse.
- En très grande majorité, les patients ont indiqué pouvoir transmettre en toute confiance des renseignements confidentiels à leur prestataire de soins (approximativement 90 % dans l'ensemble des provinces); cependant, les résultats concernant la satisfaction exprimée en réponse à de nombreuses autres questions liées à cet aspect étaient inférieurs à 50 % (figure 3). Les questions ayant trait à la prestation d'une aide permettant de surmonter l'anxiété et les craintes, et de renseignements sur les changements au niveau des relations ont reçu la cote la plus faible, allant de 20,4 % à 46,4 % et 25,6 % à 44,4 %, respectivement.

***Dans l'ensemble, les patients de toutes les provinces étaient satisfaits à l'égard de l'aspect renvoyant au bien-être physique par rapport aux autres aspects.***

- La cote attribuée en réponse à la plupart des questions liées à cet aspect était au moins 74 % dans chaque province, atteignant parfois 90 % dans certains cas. Toutefois, les cotes attribuées en réponse à la question demandant si le personnel avait fait tout ce qu'il pouvait pour soulager la douleur ou l'inconfort étaient le plus faibles dans toutes les provinces, allant de 66 % à 76 % (figure 4).

Dans le cadre d'une enquête nationale menée au Royaume-Uni sur l'expérience du cancer, les patients atteints de cancer hospitalisés ont exprimé un taux de satisfaction très élevé (approximativement 85 %) par rapport aux mesures prises par le personnel hospitalier pour les aider à soulager leurs douleurs et les effets secondaires de la radiothérapie et de la chimiothérapie.<sup>176</sup>

Il n'existe actuellement pas de cibles ni de points de référence à l'échelon national pour évaluer les taux de satisfaction des patients en fonction de l'AOPSS. Des démarches sont en cours pour élaborer de tels cibles et points de référence se rapportant aux indicateurs des rapports sur le rendement du système, y compris éventuellement la satisfaction des patients.

---

### **Que fait-on à ce sujet?**

Le Partenariat collabore avec les organismes provinciaux de lutte contre le cancer et NRC Picker pour obtenir des données à partir des

sondages sur la satisfaction des patients afin d'élaborer des indicateurs plus utiles qui seront intégrés aux prochains rapports sur le rendement du système.

Les provinces et les territoires du Canada poursuivent la mise en œuvre de programmes locaux, provinciaux et territoriaux sur mesure visant à orienter les patients atteints de cancer et les membres de leur famille vers des professionnels et des bénévoles spécialement formés pour les aider de manière proactive et pratique à s'y retrouver plus facilement dans le dédale de traitements et de services qui parsèment l'expérience globale du cancer. Une trousse d'outils pour les soins axés sur la personne est disponible sur le site [vuesurlecancer.ca](http://vuesurlecancer.ca) et comprend des outils et des ressources pour la mise en œuvre de programmes de dépistage de la détresse et d'orientation.

---

### **Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?**

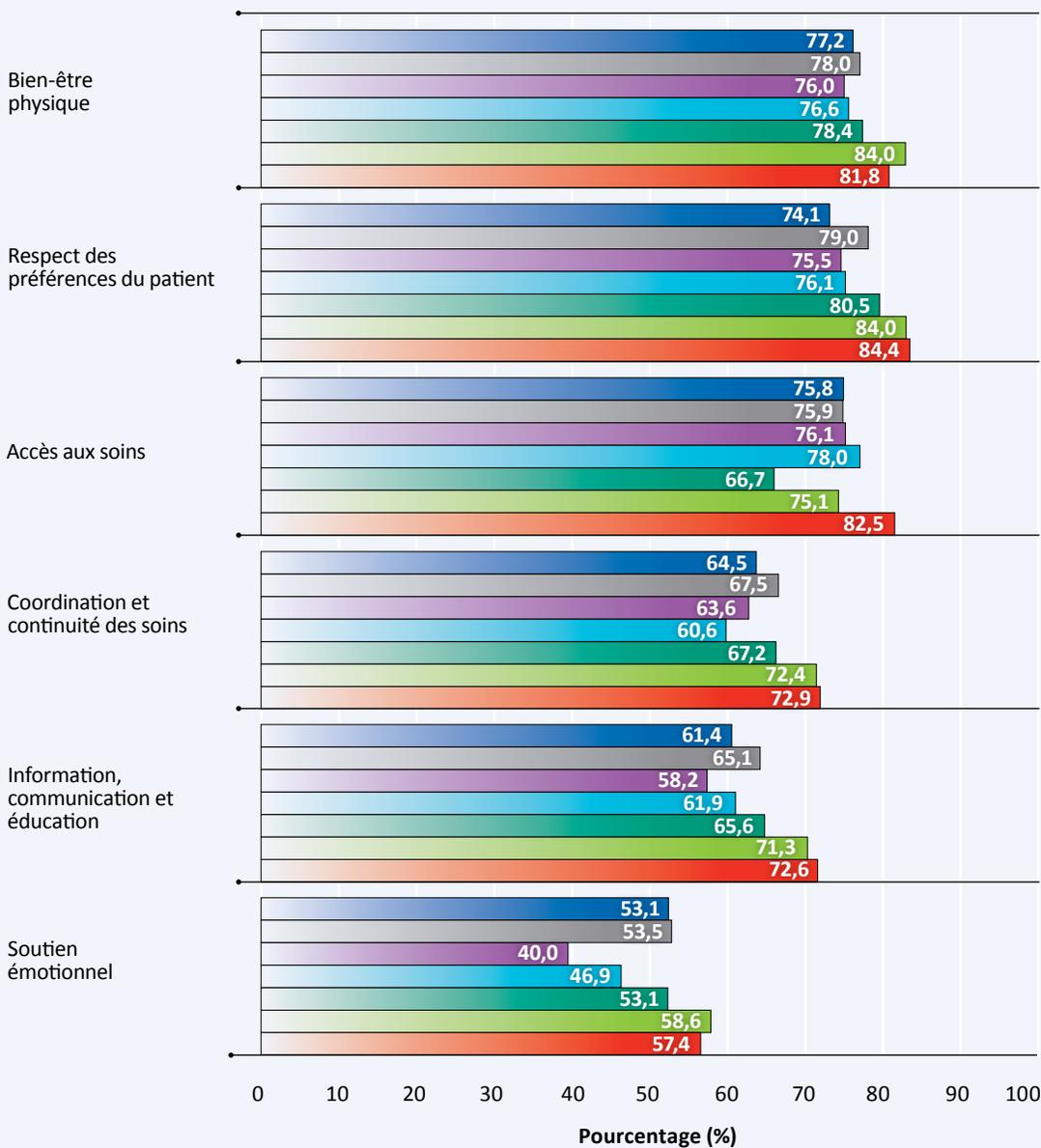
Bien que tous les sondages provinciaux qui ont été effectués pour évaluer le degré de satisfaction des patients s'inspirent du questionnaire AOPSS produit par NCR Picker, on observe des écarts en ce qui a trait à la méthodologie d'utilisation de cet outil d'une province à l'autre. De plus, les résultats dont le présent Rapport fait état sont tirés des derniers sondages qui ont été effectués dans chacune des provinces, mais les années au cours desquelles ces sondages ont eu lieu varient d'une province à l'autre.

L'annexe technique (voir la [page 207](#)) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

FIGURE 2

**Pourcentage de patients qui se déclarent satisfaits, très satisfaits ou extrêmement satisfaits dans tous les domaines de soins selon la province – de 2006 à 2011**

- C.-B.
- Alb.
- Sask.
- Man.
- Ont.
- N.-É.
- Î.-P.-É.



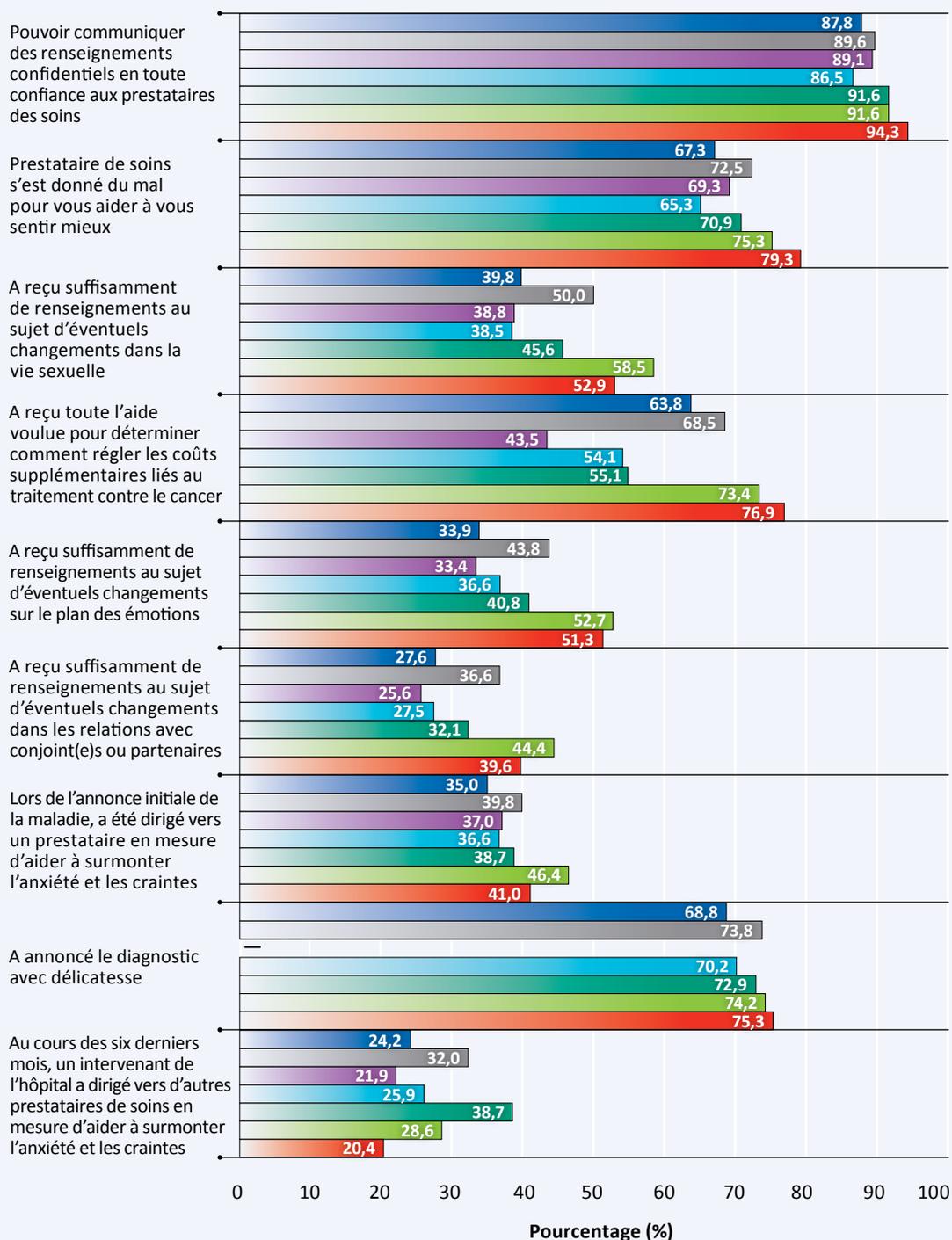
La date de sondage varie selon la province. Le sondage a été mené entre 2006 et 2011.

Source de données : Résultats du NRC Picker Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey.

Les données proviennent de chacun des organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

FIGURE 3

### Soutien émotionnel : pourcentage de patients qui se déclarent satisfaits, très satisfaits ou extrêmement satisfaits selon les caractéristiques des soins et la province – de 2006 à 2011



■ C.-B.  
 ■ Alb.  
 ■ Sask.  
 ■ Man.  
 ■ Ont.  
 ■ N.-É.  
 ■ Î.-P.-É.

« — » Pour la question « A annoncé le diagnostic avec délicatesse », les données ne sont pas disponibles pour la Sask.

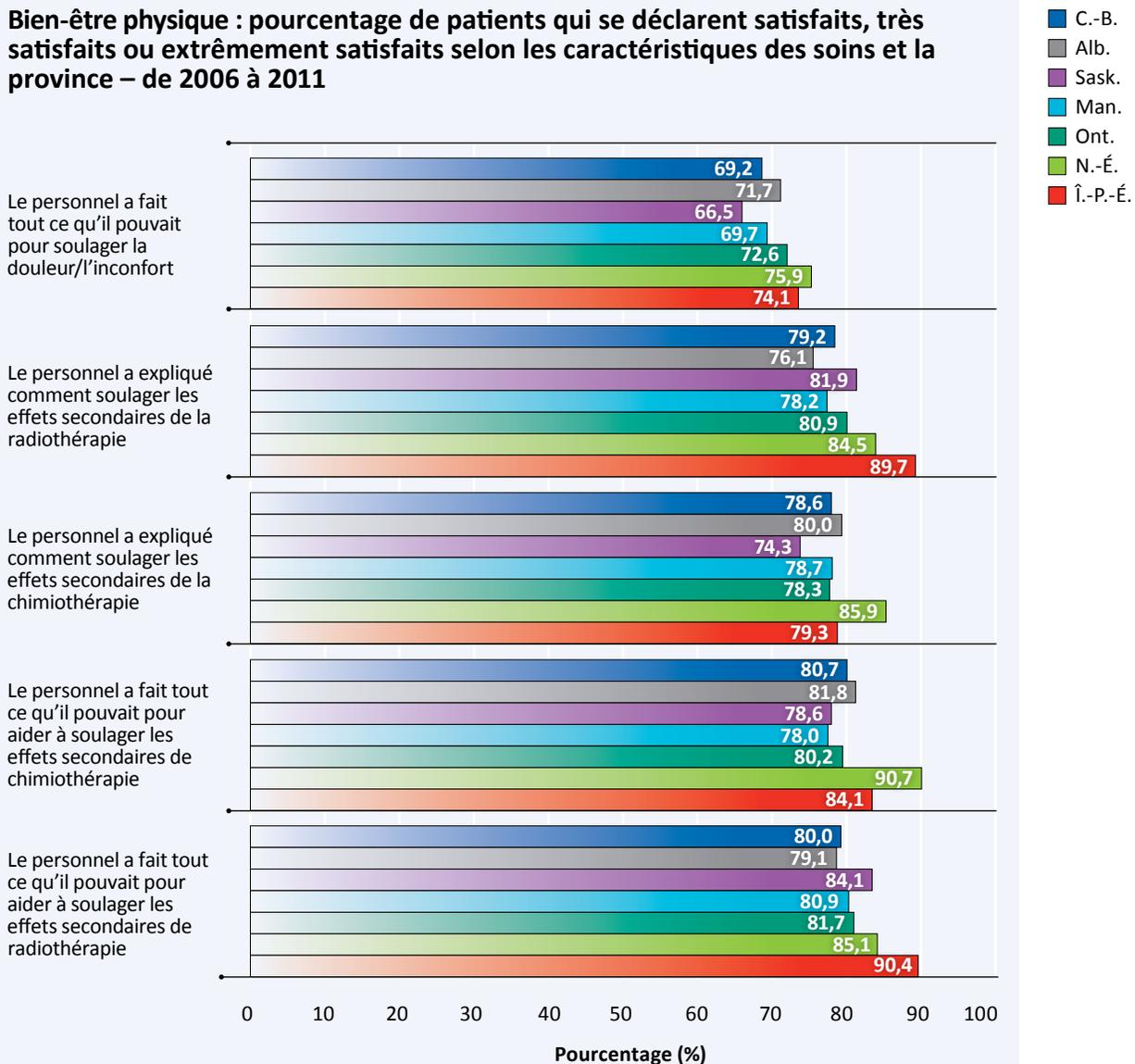
La date de sondage varie selon la province. Le sondage a été mené entre 2006 et 2011.

Source de données : Résultats du NRC Picker Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey.

Les données proviennent de chacun des organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

FIGURE 4

**Bien-être physique : pourcentage de patients qui se déclarent satisfaits, très satisfaits ou extrêmement satisfaits selon les caractéristiques des soins et la province – de 2006 à 2011**



La date de sondage varie selon la province. Le sondage a été mené entre 2006 et 2011.

Source de données : Résultats du NRC Picker Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey.

Les données proviennent de chacun des organismes provinciaux de lutte contre le cancer.

## Lieu du décès

### Que mesure-t-on?

*Cet indicateur étudie le pourcentage de patients atteints de cancer qui meurent à l'hôpital comparativement à d'autres lieux d'après la base canadienne de données sur l'état civil.*

### Pourquoi le mesure-t-on?

Les résultats de nombreux sondages laissent entendre que les patients qui sont atteints de cancer et qui savent qu'ils sont en train d'en mourir préféreraient mourir à la maison ou dans un milieu semblable, tel qu'un centre de soins palliatifs ou un autre établissement de type résidentiel.<sup>90</sup>

Dans une section spéciale sur les soins en fin de vie, le rapport *Statistiques canadiennes sur le cancer de 2010* confirme que des mesures doivent encore être prises pour améliorer les systèmes de soins en fin de vie et aborder le problème de l'accès inégal aux services rattachés aux soins en fin de vie tant au sein des provinces que parmi elles.<sup>90, 177</sup>

Il s'agit d'une mesure approximative, mais l'indicateur présenté dans cette section permet de cerner les lacunes possibles qui pourraient être étudiées plus à fond en procédant à la collecte et à l'analyse de données de façon plus détaillée.

### Que peut-on conclure des résultats?

*Les données laissent entendre que la majorité des patients atteints d'un cancer meurent à l'hôpital dans toutes les provinces.*

- Selon les données disponibles de la statistique de l'état civil des dix provinces, le pourcentage des patients atteints de cancer qui meurent à l'hôpital varie de 53,0 % à 88,8 % (figure 5). On observe toutefois un manque de cohérence dans l'attribution du lieu du décès d'une base de données provinciale à l'autre.

*Au Canada, de 2005 à 2009, approximativement 70 % des patients qui ont succombé à un cancer sont décédés à l'hôpital (figure 6).*

- Une analyse des tendances observées de 2005 à 2009 révèle que les fluctuations sont fort probablement attribuables à l'adoption de différentes méthodologies de déclaration du lieu du décès d'une année à l'autre, plutôt qu'à une tendance réelle dans le mode de prestation de soins aux patients. Aux États-Unis, selon le Dartmouth Atlas of Healthcare, le pourcentage de décès liés au cancer qui surviennent à l'hôpital était de 28 % en 2007, et variait selon l'État entre 38 % à New York et 17 % en Utah,<sup>178</sup> ce qui est beaucoup plus faible que le pourcentage ayant été déclaré pour le Canada pour la même année; toutefois, les États-Unis disposent d'un programme officiel dans le cadre duquel les soins palliatifs sont couverts.<sup>179</sup>

*Au Canada, de 2005 à 2009, approximativement 11 % des patients qui ont succombé à un cancer sont décédés à la maison (figure 6).*

- Certaines observations découlant d'autres études portent à croire que les décès liés au cancer surviennent de plus en plus souvent ailleurs que dans un hôpital. Par exemple, en Nouvelle-Écosse, parmi les adultes en phase terminale de cancer, les décès ailleurs que dans un hôpital ont augmenté, passant de 19,8 % en 1992 à 30,2 % en 1997 (soit une hausse de 52 %).<sup>180</sup> En Ontario, cependant, le pourcentage de décès liés au cancer survenant ailleurs que dans un hôpital est demeuré assez constant de 2000 à 2006 (56 % et 55 %, respectivement).<sup>181</sup>
- Une analyse des certificats de décès de plusieurs pays européens a révélé que le pourcentage de décès liés au cancer survenant à la maison allait jusqu'à 45,4 % (Pays-Bas).<sup>182</sup>

Le Partenariat a établi le Canadian Hospice Palliative End-of-Life (HPEOL) Care Surveillance Team Network (réseau de surveillance des soins palliatifs et de fin de vie des centres canadiens de soins palliatifs) en 2009 en vue d'améliorer

la qualité et l'utilisation des données existantes afin de mieux comprendre les caractéristiques des patients atteints d'un cancer en phase terminale.<sup>183</sup> Cette initiative a donné lieu à l'élaboration de nouvelles méthodes d'évaluation de l'utilisation des soins palliatifs et de production de rapports dans ce domaine à partir de données de la Colombie-Britannique.

Le Partenariat appuie de nombreuses autres initiatives, notamment le programme *Education in Palliative and End-of-Life Care for Oncology* (EPEC™-O Canada), qui offre une formation sur les soins palliatifs et les soins en fin de vie dans le domaine de l'oncologie; la campagne « Parlons-en » de l'Association canadienne de soins palliatifs, qui traite de la planification préalable des soins; et le site *Portail canadien en soins palliatifs*, qui offre des ressources en ligne destinées aux personnes prodiguant des soins aux patients, et aux professionnels de la santé.

Le Partenariat a récemment entrepris une nouvelle initiative sur les soins palliatifs et les soins en fin de vie, qui permettra de faire avancer et d'accélérer les initiatives des provinces et des territoires et d'appuyer la coordination de la planification pancanadienne dans ce domaine important.

### **Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?**

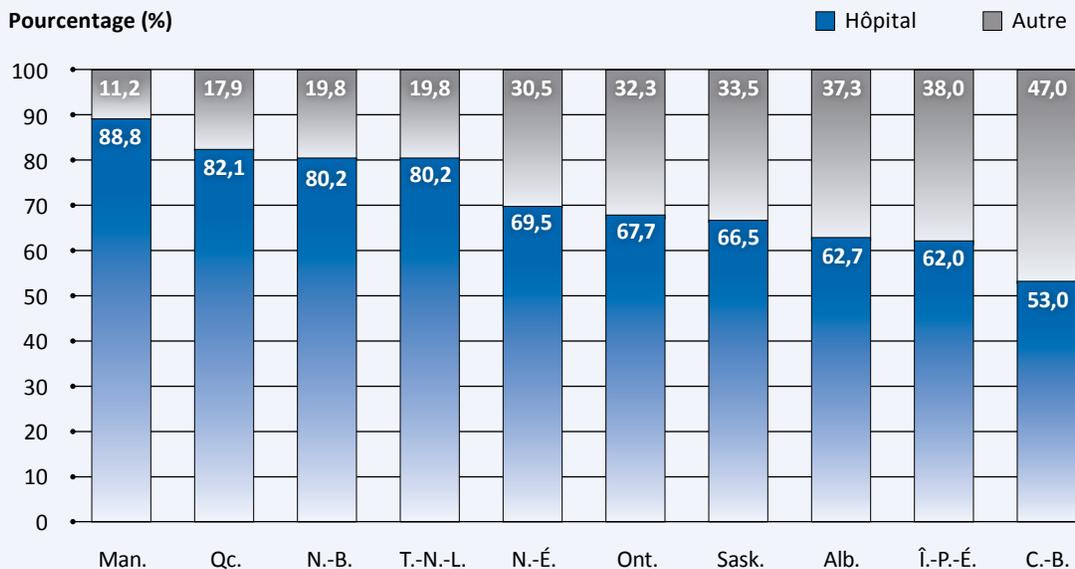
Les données relatives à cet indicateur sont présentées par les provinces à Statistique Canada. La base de données sur l'état civil comprend un élément de données indiquant le lieu de décès en fonction des catégories suivantes : hôpital, autre type d'établissement de soins de santé (p. ex. un établissement de soins de longue durée ou un centre de soins infirmiers), résidence privée, autre lieu déterminé, ou endroit inconnu.

Tout comme il en a déjà été question, on observe certaines divergences sur le plan des données de l'état civil qui sont utilisées pour calculer ces indicateurs, particulièrement en ce qui a trait à l'interprétation des catégories de lieux décrites ci-dessus. Par exemple, les centres de soins palliatifs sont parfois considérés comme un « autre type d'établissement de soins de santé », alors que dans d'autres cas ils sont considérés comme un « autre lieu déterminé ». On espère que la production de rapports sur ces résultats servira d'incitatif pour améliorer la qualité et l'uniformisation des données prélevées.

L'annexe technique (voir la [page 208](#)) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

FIGURE 5

## Lieu du décès des personnes atteintes d'un cancer, selon la province – 2009

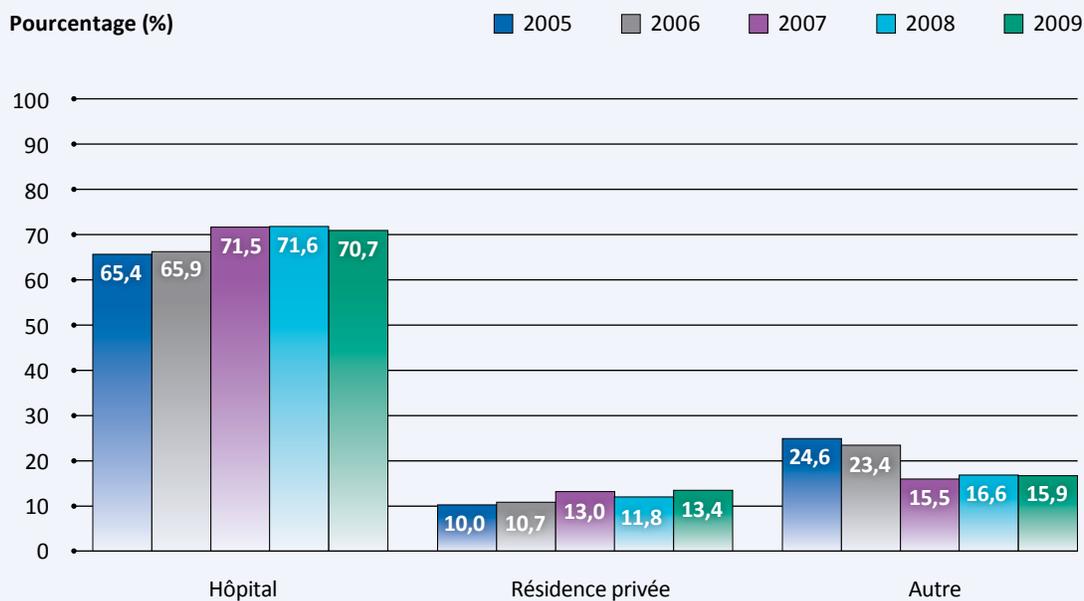


« Autre » comprend « autre établissement de santé », « autre localité précisée » et les « résidences privées » (exclut « lieu inconnu »).

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

FIGURE 6

**Lieu du décès des personnes atteintes d'un cancer tendance temporelle par lieu du décès, Canada – de 2005 à 2009**



« Autre » comprend « autre établissement de santé », « autre localité précisée », et « lieu inconnu ».

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

# Recherche

---

## Participation aux essais cliniques

P. 137

---

## Les investissements dans la recherche

P. 144



# Recherche

*Au Canada, le milieu de la recherche sur le cancer est dynamique, mais la capacité de mesurer le rendement et l'incidence de l'activité de recherche sur le cancer est restreinte par l'absence de données facilement disponibles mesurant le processus, l'extrait et le résultat de l'activité de recherche clinique à l'échelon pancanadien (p. ex., l'incidence sur les résultats cliniques). Cette section présente des données se rapportant à deux indicateurs qui peuvent être considérés comme des indicateurs substitutifs du rendement du système en ce qui a trait à l'activité de recherche sur le cancer : les ratios cumulatifs des essais cliniques liés aux cancers chez les adultes et chez les enfants, et la répartition du financement de la recherche sur le cancer selon le type de cancer. Ce dernier indicateur repose sur les renseignements sur les dépenses consacrées à la recherche qui sont communiqués à l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (ACRC).<sup>184</sup>*

***La recherche qui évalue l'innocuité et l'efficacité des traitements émergents ouvre la voie vers l'adoption de pratiques exemplaires.***

Les essais cliniques sont essentiels pour évaluer l'innocuité et l'efficacité des nouveaux traitements et des nouveaux protocoles de lutte contre le cancer. Par conséquent, la participation de la population de patients aux essais cliniques pourrait permettre d'élaborer des traitements axés sur des pratiques exemplaires et de les perfectionner, en plus d'offrir aux patients de meilleures options de traitement qui, à leur tour, pourraient améliorer l'issue du traitement

chez les patients à l'avenir. Un certain nombre d'études ont démontré que l'issue des traitements offerts dans les centres de traitement qui participent à des essais cliniques est généralement meilleure (sur les plans de la survie et de la qualité de la vie) que celle des traitements offerts dans des centres qui ne participent pas à de tels essais; cette situation pourrait être attribuable à une corrélation entre une forte participation à des essais cliniques et l'observation rigoureuse des directives thérapeutiques fondées sur des données probantes.<sup>185-187</sup>

---

L'ACRC est le fruit d'une collaboration entre 33 organismes canadiens de financement de la recherche et de partenaires affiliés qui travaillent de concert dans le cadre du Partenariat canadien contre le cancer afin d'entreprendre, de coordonner et de documenter des activités de recherche à l'échelle pancanadienne.

Puisqu'il n'existe pas de données permettant de calculer le taux réel de participation à des essais cliniques ou le taux cumulatif de participation de l'ensemble des Canadiens atteints d'un cancer, un indicateur substitutif est présenté pour mesurer le ratio entre le nombre total de tous les patients nouvellement inscrits à des essais cliniques de phase I à IV (essais thérapeutiques ou études de recherche clinique liés au cancer) en 2011 et le total de tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués dans les centres anticancéreux au cours de la même année. Ce ratio est calculé pour chacun des patients adultes et pédiatriques. Aux fins de l'enregistrement, un essai clinique sur le cancer est une étude de recherche axée sur le cancer qui affecte de façon prospective des

participants humains à une intervention liée à la santé afin d'en évaluer les effets sur la santé. Les données incluent les essais cliniques de phase I à IV et excluent les inscriptions aux études biologiques. Voir l'annexe technique pour en savoir davantage à propos des données présentées par chaque province.

Le financement adéquat des activités de recherche et la répartition équilibrée de celui-ci entre les divers types de cancer sont essentiels à la réussite du milieu de la recherche. Un autre indicateur permet d'estimer le niveau et la répartition du financement de la recherche sur le cancer en 2009 d'après l'information sur les dépenses consacrées à la recherche qui est communiquée à l'ACRC.

Indicateur sur la recherche	Résumé des résultats
<b>Participation aux essais cliniques chez les adultes</b>	Chez les adultes, le ratio des patients inscrits à des essais cliniques par rapport aux patients nouvellement inscrits dans un centre anticancéreux variait de 0,02 à 0,10 d'une province à l'autre en 2011, et de 0,04 à 0,08 d'un type de cancer à l'autre. On n'observe aucune tendance uniforme entre le ratio global de 2009 et celui de 2011.
<b>Participation aux essais cliniques chez les enfants</b>	Chez les enfants, le ratio des patients inscrits à des essais cliniques par rapport aux patients nouvellement inscrits dans un centre anticancéreux variait de 0,13 à 0,47 en 2011 dans les huit provinces dotées d'un centre anticancéreux pédiatrique. On n'observe aucune tendance uniforme entre le ratio de 2009 et celui de 2011.
<b>Répartition du financement de la recherche selon le type particulier de cancer</b>	La part du financement consacré à la recherche selon le type particulier de cancer qui est allouée à la recherche sur le cancer du sein est proportionnellement supérieure par rapport au fardeau que représente cette maladie (incidence et mortalité), tandis que celle allouée à la recherche sur le cancer du poumon est proportionnellement inférieure.

***Le Partenariat appuie la coordination et le maintien du financement de la recherche sur le cancer au Canada.***

L'ACRC, une alliance financée par le Partenariat, est une coalition regroupant 33 organismes de financement de la recherche sur le cancer et de partenaires affiliés représentant la majorité des deniers publics et des dons qui sont investis dans des recherches qui mèneront à de meilleures méthodes de prévention, de diagnostic et de traitement du cancer et qui permettront d'améliorer les résultats pour les

personnes ayant survécu à un cancer. L'ACRC a élaboré la Stratégie pancanadienne pour la recherche sur le cancer dans le but d'optimiser l'impact du financement ciblé dans la recherche sur le cancer et d'accélérer la progression de la lutte contre le cancer au profit ultime des Canadiens et des Canadiennes touchés par le cancer. Cette stratégie est le fruit de la collaboration entre 33 organismes membres qui coordonnent les efforts consacrés à d'importantes initiatives de recherche et à d'autres activités conjointes. Cette initiative est la première du genre au Canada.

## Participation aux essais cliniques

### Que mesure-t-on?

*La participation à des essais cliniques relatif aux adultes est mesurée comme étant le ratio du nombre total de tous les patients âgés de 19 ans ou plus qui ont été nouvellement inscrits à des essais thérapeutiques ou à des études de recherche clinique liés au cancer en 2009, 2010 et 2011 par rapport au nombre total de cas de cancer chez des patients âgés de 19 ans ou plus dont le cas a été nouvellement recommandé à un centre anticancéreux provincial en 2009, 2010 et 2011. Le ratio est également calculé en fonction du type de cancer.*

*L'indicateur relatif aux enfants examine le même ratio que chez les adultes mais concerne les patients âgés de 18 ans ou moins.*

### Pourquoi le mesure-t-on?

La participation à des essais cliniques de phase I à IV joue un rôle prépondérant dans l'élaboration et l'évolution des pratiques exemplaires en matière de traitement, ce qui pourrait contribuer à améliorer le traitement et son issue. Il a également été démontré que l'issue du traitement chez les patients qui reçoivent des soins dans un centre qui participe à des essais cliniques est meilleure que celle des centres qui ne participent pas à de tels essais. Cette situation est probablement attribuable au fait que les centres qui participent à ces essais respectent de manière plus stricte les directives thérapeutiques.<sup>185-187</sup>

Les types de cancer qui surviennent chez les enfants et les adolescents ne sont pas les mêmes que chez les adultes. Par conséquent, la recherche sur les causes et le développement de ces types de cancer chez les enfants est de toute première importance pour comprendre comment les prévenir et en freiner la progression au sein de cette population. Les résultats des essais cliniques menés chez les enfants ont

donné lieu à des améliorations spectaculaires du taux de survie chez les enfants atteints d'un cancer, qui est passé de moins de 10 % au cours des années 1950 à près de 80 % à l'heure actuelle.<sup>188</sup>

La comparaison du pourcentage des patients inscrits à des essais cliniques à l'échelle du pays pourrait faire ressortir des possibilités d'intensifier les efforts visant à encourager une plus grande participation aux essais cliniques. Compte tenu des limites des données actuelles, on a eu recours à un paramètre de substitution pour estimer ce pourcentage, soit le ratio des inscriptions des patients à des essais cliniques par rapport aux patients nouvellement inscrits dans des centres anticancéreux.

### Que peut-on conclure des résultats?

*On observe un écart dans la participation aux essais cliniques chez les adultes et les enfants d'une province à l'autre et de l'un des quatre principaux types de cancer à l'autre.*

- En 2011, le ratio des patients adultes qui participaient à des essais cliniques par rapport aux patients nouvellement inscrits dans des centres anticancéreux variait de 0,02, à l'Île-du-Prince-Édouard, à 0,10, en Alberta. La moyenne générale était de 0,05 dans les huit provinces qui ont présenté des données pour 2011. On n'observe aucune tendance uniforme entre le ratio de 2009 et celui de 2011 ([figure 1](#)).
- Le ratio de participation aux essais cliniques chez les adultes en 2011 pour les quatre principaux types de cancer variait de 0,03, pour le cancer du poumon, à 0,08, pour le cancer de la prostate ([figure 2](#)). Dans l'ensemble, le ratio est demeuré relativement constant de 2009 à 2011. En ce qui a trait au cancer du sein, le ratio a augmenté de 2009 à 2011, et pour ce qui est du cancer du poumon, le ratio a diminué au cours des trois dernières années ([figure 3](#)).

Il n'existe actuellement pas de cibles ni de points de référence à l'échelon national concernant la participation aux essais cliniques. Des efforts sont présentement déployés dans le cadre de l'initiative sur le rendement du système en vue d'élaborer des cibles concernant un certain nombre d'indicateurs, y compris celui-ci, aux fins d'inclusion dans les prochains rapports.

Les normes établies par la commission sur le cancer de l'American College of Surgeons concernant les programmes de traitement contre le cancer exigent un taux agrégé minimal de 4 % à 6 % (des cas analysés annuellement) de participation aux essais cliniques.<sup>189</sup> Il y a plus de dix ans, un objectif plus ambitieux a été adopté au Royaume-Uni pour le taux agrégé de participation à des essais cliniques sur le cancer. Cette initiative a donné lieu à la création du National Cancer Research Network en 2001; en 2011, ce réseau a signalé que 23 % des patients ayant nouvellement reçu un diagnostic de cancer participaient à des études sur le cancer.<sup>190</sup>

Aux États-Unis, les rapports produits par le National Cancer Institute indiquent que moins de 5 % des adultes ayant fait l'objet d'un diagnostic de cancer participent à des essais cliniques.<sup>191</sup>

- En 2011, le ratio des patients pédiatriques qui participaient à des essais cliniques par rapport aux patients nouvellement inscrits dans des centres anticancéreux pédiatriques variait de 0,12, en Saskatchewan, à 0,46, au Manitoba. Le ratio moyen global était de 0,27 dans les huit provinces qui ont présenté des données en 2011 (figure 4). Au Manitoba, le ratio a augmenté depuis 2009; toutefois, dans plusieurs des autres provinces, le ratio a diminué tandis qu'on n'a observé aucune tendance constante dans les autres provinces.

Les données compilées par le groupe de coopération du National Cancer Institute (NCI) aux États-Unis démontrent que 50 % des enfants âgés de zéro à 14 ans qui ont reçu des traitements contre le cancer de 1998 à 1999 étaient inscrits à un essai clinique.<sup>192</sup> En outre, plus de 90 % des enfants ayant reçu un diagnostic de cancer aux

États-Unis sont traités au sein d'organismes faisant partie du Children's Oncology Group (COG). Le COG, qui reçoit l'appui du NCI, a été créé en 2000 lors de la fusion de quatre organismes nationaux de recherche sur le cancer chez les enfants.<sup>193</sup>

Au Royaume-Uni, 70 % de tous les enfants qui ont fait l'objet d'un diagnostic de cancer sont présentement inscrits à des essais cliniques. Ces essais sont coordonnés par le United Kingdom Children's Cancer Study Group (UKCCSG) [tumeurs solides] ou le Medical Research Council (leucémie).<sup>194</sup>

---

### Que fait-on à ce sujet?

Le rapport sur l'état des essais cliniques sur le cancer au Canada (*Report on the State of Cancer Clinical Trials in Canada*) rédigé par le Groupe de travail sur les essais cliniques de l'ACRC recommande la création d'un programme d'infrastructure pancanadien qui tient compte des points forts des groupes d'essais cliniques existants et les met à profit afin d'appuyer les essais cliniques sur le cancer.<sup>195</sup> En réponse à cette recommandation, le Partenariat a ouvert la voie en établissant une vision pour une initiative canadienne sur les essais cliniques sur le cancer visant à combler les lacunes actuelles afin d'accroître le taux agrégé de participation des patients dans le cadre d'un portefeuille de plus en plus vaste d'essais cliniques sur le cancer élaboré par le secteur de l'oncologie du milieu universitaire. Cette initiative pancanadienne pluriannuelle nécessitera la participation d'un consortium de partenaires financiers. Des organismes intéressés ont été repérés et les démarches visant à lancer l'initiative au cours de l'exercice 2012 à 2013 se poursuivent.

En 2009, l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer et le Partenariat ont publié un rapport qui dévoile que pour trente dollars investis dans la recherche sur le cancer au Canada, un seul dollar est consacré au cancer chez les enfants et les adolescents. Ce rapport

démontre également que les investissements annuels dans la recherche sur le cancer chez les enfants et les adolescents sont passés de 12,4 millions de dollars en 2005, à 13,2 millions de dollars en 2007.<sup>187, 196</sup>

Le réseau de recherche C<sup>17</sup> organise deux fois par année un concours de subventions à deux étapes évalué par des pairs pour financer la recherche sur le cancer, sur les maladies hématologiques graves et sur la greffe de la moelle osseuse chez les enfants, y compris toutes les phases des essais cliniques.<sup>197</sup>

En mars 2010, un atelier sur le cancer chez les adolescents et les jeunes adultes a eu lieu à Toronto (Ontario) sous le thème de l'amélioration des résultats au Canada. Le groupe de travail sur les adolescents et les jeunes adultes a pour objet d'améliorer les résultats et la qualité de vie associée à la santé chez les adolescents et les jeunes adultes atteints d'un cancer et chez les adolescents et les jeunes adultes qui ont survécu à un cancer. Ce groupe de travail a élaboré des recommandations en matière de soins et des stratégies de définition et de mise en œuvre des priorités de recherche pour chacun de ces groupes.<sup>198</sup>

Le Consortium canadien sur le génome des cancers pédiatriques, qui est financé par Génome Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et des partenaires, a fourni 2,8 millions de dollars en 2011 pour l'étude des quatre types de cancer infantiles les plus difficiles à traiter.<sup>199</sup>

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et leurs partenaires ont financé quatre subventions d'équipe en octobre 2011 dans le cadre de l'initiative sur les séquelles des traitements contre le cancer infantile, accordant au total 12 millions de dollars sur cinq ans. Les recherches ainsi financées visent à prévenir ou à atténuer les séquelles biologiques des traitements contre le cancer chez les enfants et les adolescents.<sup>200</sup>

### **Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?**

Pour l'indicateur se rapportant aux adultes et celui concernant les enfants, le numérateur est le nombre total de cas ( $\geq 19$  ans chez les adultes,  $\leq 18$  ans chez les enfants), soit les nouveaux cas et les cas dont le diagnostic a été posé antérieurement, nouvellement inscrits à des essais cliniques thérapeutiques dans des centres anticancéreux provinciaux ou dans des centres anticancéreux pédiatriques de 2009 à 2011. Le dénominateur est le nombre total des cas de cancer traités dans des centres, soit les nouveaux cas et les cas dont le diagnostic a été posé antérieurement, nouvellement inscrits dans des centres anticancéreux provinciaux ou dans des centres anticancéreux pédiatriques en 2009, en 2010 et en 2011.

Le dénominateur, soit les nouveaux cas recommandés aux soins d'un centre anticancéreux, a été expressément choisi comme mesure de substitution pour les patients recevant un traitement actif seulement, et à ce titre, il exclut les patients inscrits sur la liste du centre anticancéreux qui ne recevaient pas de traitement actif, et qui, par définition, ne seraient pas admissibles à participer à des essais cliniques thérapeutiques.

Des données ont été fournies sur les ratios de participation à des essais cliniques chez les enfants en 2011 par les huit provinces dotées de centres anticancéreux pédiatriques au Canada qui prodiguent des soins à des enfants âgés de 14 ans ou moins ainsi qu'à de nombreux enfants âgés de 15 à 18 ans. On sait que la taille des programmes pédiatriques de lutte contre le cancer varie d'une province à l'autre. On sait également que certains programmes sont affiliés à des groupes coopératifs internationaux multicentriques d'envergure supérieure menant des essais cliniques chez les enfants. Ces groupes coordonnent la majorité des essais cliniques en oncologie pour les enfants. Cette situation explique peut-être en partie l'écart observé entre les provinces quant à la portion des patients inscrits à des essais cliniques pédiatriques.

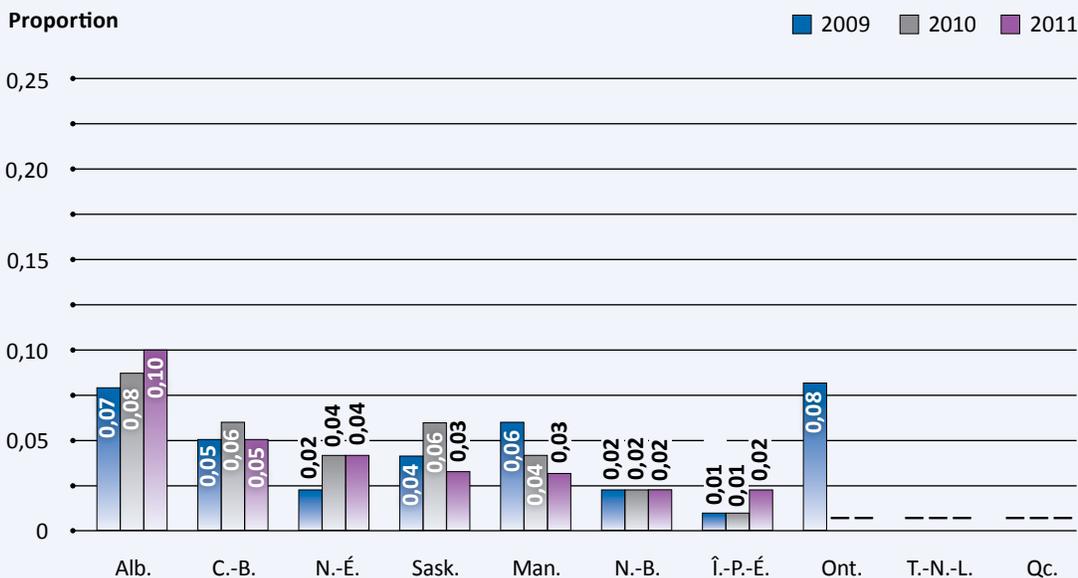
Les adolescents (âgés de 15 à 18 ans) sont généralement traités dans des centres pédiatriques ou dans des centres de soins pour adultes en fonction de leurs besoins médicaux, des profils locaux de recommandation, et de la disponibilité générale des services. On sait que la proportion des adolescents atteints de cancer qui reçoivent des traitements dans des centres pédiatriques varie d'une province à l'autre et que les chances qu'un adolescent soit inscrit à un essai clinique sont plus élevées dans les centres pédiatriques. Cela dit, selon le Programme

canadien de surveillance et de lutte contre le cancer chez les enfants, on sait que jusqu'à 80 % des adolescents qui ont fait l'objet d'un diagnostic de cancer au Canada de 1995 à 2000 ne participaient pas à un essai clinique.<sup>201</sup>

Le Tableau 1 de l'annexe technique (consulter la page 209) décrit en détail la méthodologie qui a été utilisée pour inclure ou exclure les données présentées par les provinces.

FIGURE 1

### Ratio des patients qui participaient à des essais cliniques et des patients nouvellement inscrits dans des centres anticancéreux selon la province – adultes dont le cas a été observé dans des centres anticancéreux provinciaux entre 2009 et 2011



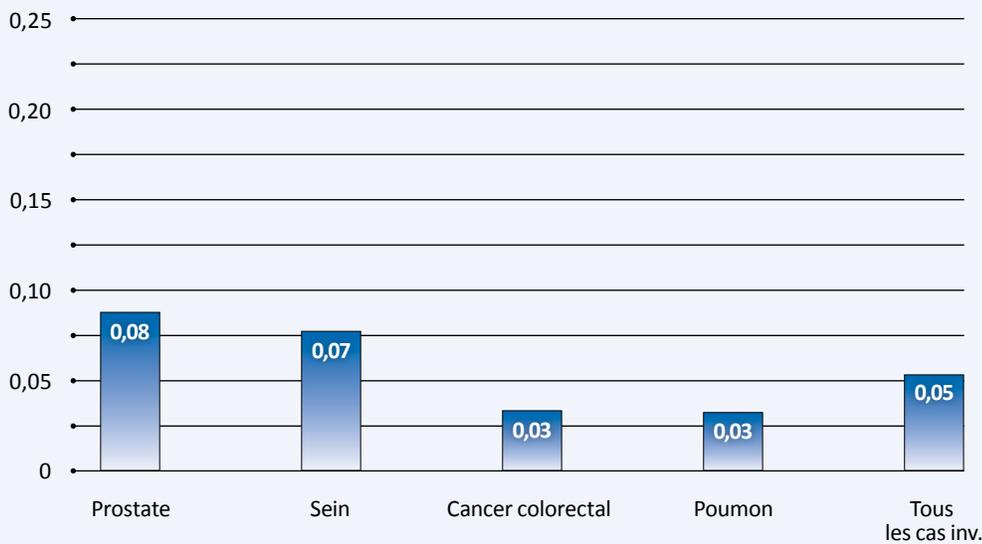
« — » Données non disponibles pour T.-N.-L. (2009 à 2011), l'Ont. (2010 à 2011) et le Qc. (2009 à 2011).

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

FIGURE 2

**Ratio des patients qui participaient à des essais cliniques et des patients nouvellement inscrits dans des centres anticancéreux selon le type de cancer, toutes provinces confondues – adultes dont le cas a été observé dans des centres anticancéreux provinciaux en 2011**

Proportion



Il s'agit d'une mesure approximative de la participation aux essais cliniques.

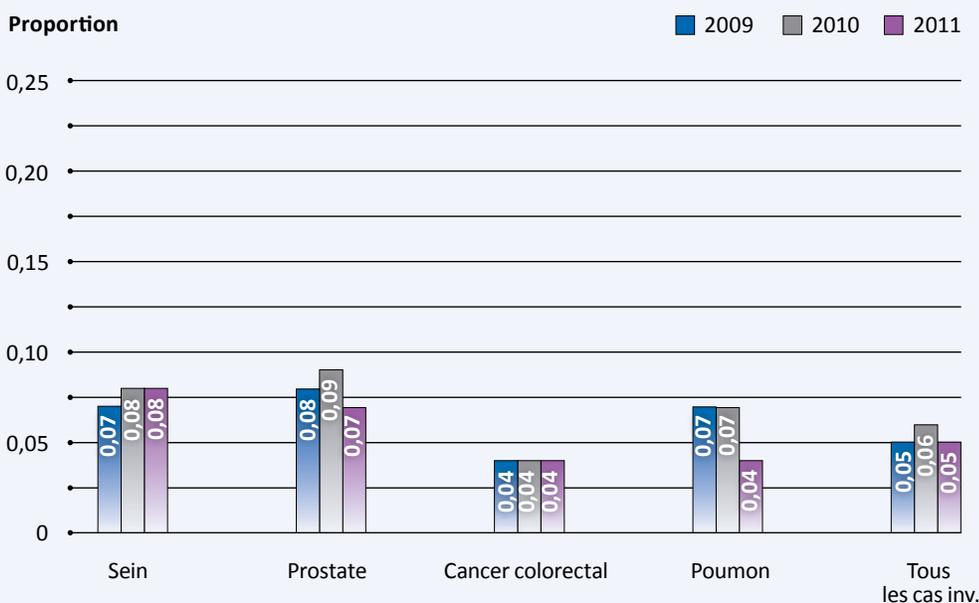
Sont inclus tous les essais cliniques ayant trait au cancer (toutes les phases et tous les types d'intervention).

Moyenne des provinces ayant soumis des données comparables pour les trois années (les provinces suivantes sont incluses dans la ventilation des types de cancer : Alb., C.-B., Man., N.-B., N.-É., Sask.; les provinces suivantes sont incluses dans la catégorie de tous les cancers invasifs : Alb., C.-B., Man., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., Sask.).

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

FIGURE 3

**Ratio des patients qui participaient à des essais cliniques et des patients nouvellement inscrits dans des centres anticancéreux selon le type de cancer, toutes provinces confondues – adultes dont le cas a été observé dans des centres anticancéreux provinciaux entre 2009 et 2011**



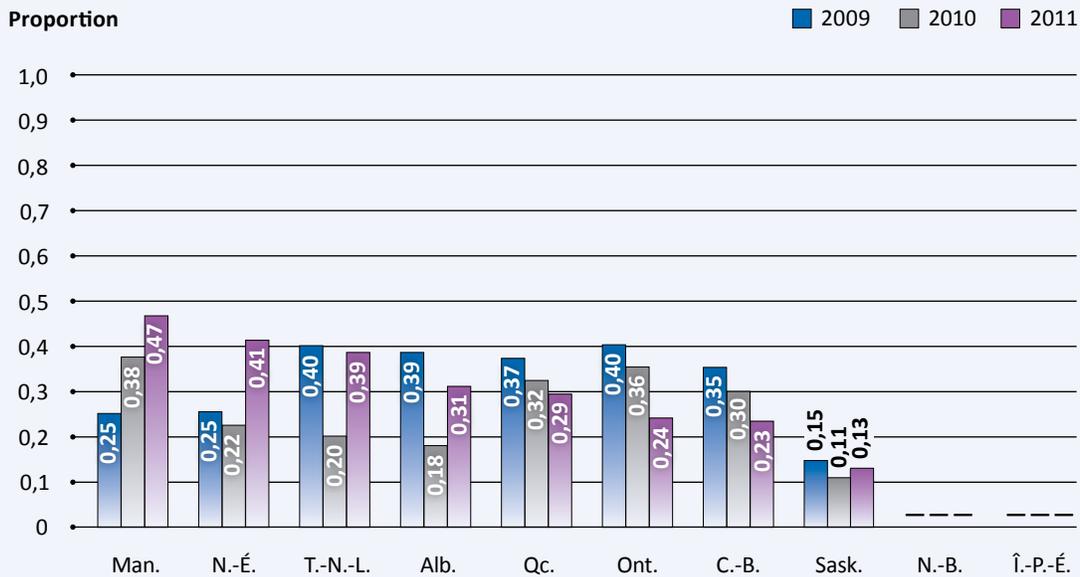
Les ratios de 2011 diffèrent de ceux de la figure précédente parce qu'ils ne comprennent que les données des provinces ayant présenté des données comparables pour les trois années (Alb., N.-É., Sask.).

Les provinces suivantes sont incluses dans la ventilation des sièges de la maladie : Alb., N.-É., Sask.; les provinces suivantes sont incluses dans la catégorie de tous les cancers invasifs : Alb., C.-B., Man., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., Sask.

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

FIGURE 4

**Ratio des patients qui participaient à des essais cliniques et des patients nouvellement inscrits dans des centres anticancéreux, selon la province – cas observés dans des centres anticancéreux pédiatriques entre 2009 et 2011**



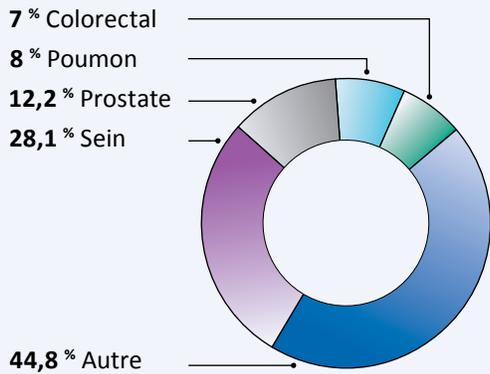
« — » Données non disponibles pour le N.-B. (2009 à 2011) et l'Î.-P.-É. (2009 à 2011).

Source des données : Données recueillies en septembre 2012 par le Conseil C<sup>17</sup>.

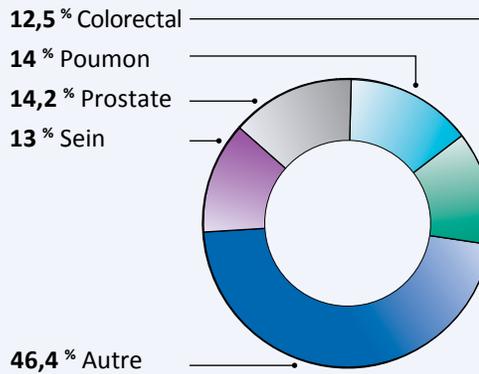
FIGURE 5

### Répartition des investissements en recherche sur le cancer (2009), des nouveaux cas de cancer (2007) et des décès par cancer (2007) selon le type de cancer au Canada

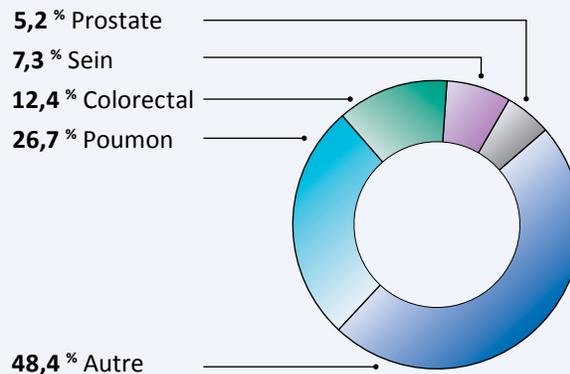
% d'investissements axés sur un type de cancer précis



% de nouveau cas



% de décès



Source des données sur les investissements dans la recherche sur le cancer : base de données de l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer.

Source des données sur les nouveaux cas de cancer : tableau 103-0550 de CANSIM, Nouveaux cas pour les sièges primaires de cancer de la CIM-O-3, (fichier de juillet 2010 du RCC), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel. Registre canadien du cancer – 3207.

Source des données sur les décès attribuables au cancer : tableau 102-0522 de CANSIM, Décès, selon la cause, chapitre II : Tumeurs (C00 à D48), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre), Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès – 3223.

#### ENCADRÉ A

La répartition des investissements dans la recherche sur des types particuliers de cancer varie de l'un des quatre principaux types de cancer à l'autre.

Les investissements dans la recherche varient selon le type de cancer, atteignant 28,1 % en ce qui a trait au cancer du sein et 7,0 % en ce qui concerne le cancer colorectal (figure 5); tandis que la répartition des nouveaux cas de cancer selon le type de cancer est plus similaire, soit 12,5 % pour ce qui est de cancer colorectal et 14,2 % en ce qui a trait au cancer de la prostate. La répartition des décès attribuables au cancer selon le type de cancer varie aussi, se situant à 26,7 % pour le cancer du poumon et à 7,3 % pour le cancer du sein.

# Résultats à long terme

---

**Incidence, mortalité et survie relative pour les quatre cancers les plus courants**

P. 148

---

**Cancer du sein**

P. 148

---

**Cancer du poumon**

P. 151

---

**Cancer colorectal**

P. 156

---

**Cancer de la prostate**

P. 159

---

**Tendances relatives aux cancers émergents**

P. 162

---

**Cancer du pancréas**

P. 163

---

**Lymphome non hodgkinien**

P. 166

---

**Cancer de la thyroïde**

P. 168

---

**Cancer du foie**

P. 171

---

**Mélanome**

P. 174

---

**Cancer de la tête et du cou et cancer oropharyngé**

P. 177



# Résultats à long terme

*Les statistiques sur la surveillance du cancer contribuent à approfondir notre compréhension du fardeau du cancer.*

*La plupart des travaux entrepris dans le domaine de la lutte contre le cancer ont pour objet d'améliorer les résultats à long terme, qui sont principalement mesurés des points de vue de la réduction de l'incidence et de la mortalité, et de l'amélioration de la survie. Ces résultats sont mesurés au moyen des indicateurs suivants, qui ont été définis aux fins du présent Rapport :*

- Le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) représente le nombre de cas de cancer nouvellement diagnostiqués par 100 000 personnes, qui surviendraient dans une région ou une province ou un territoire particuliers si la population avait la même répartition d'âge que la population type de référence.<sup>202</sup>
- Le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) représente le nombre de décès attribuables au cancer par 100 000 personnes, qui surviendraient dans une région ou une province ou un territoire particuliers si la population avait la même répartition d'âge que la population type de référence.<sup>202</sup>
- La survie relative représente le rapport entre la survie observée chez un groupe de personnes ayant reçu un diagnostic de maladie précis et la survie prévue chez les membres de la population

générale exposés aux mêmes facteurs principaux (comme l'âge, le sexe et le lieu de résidence) affectant la survie que les personnes atteintes de la maladie.<sup>202</sup>

Comme dans les rapports antérieurs, cette section présente des statistiques sur l'incidence, la mortalité, et la survie relative pour les quatre principaux types de cancer, c'est-à-dire le cancer du poumon, le cancer du sein, le cancer de la prostate et le cancer colorectal. Cette année cependant, cette section comprend des résultats à long terme concernant un certain nombre de cancers qui ont affiché des tendances notables sur le plan de l'incidence ou de la mortalité au cours des deux dernières décennies, à savoir : le cancer du pancréas, de la thyroïde, du foie, de l'oropharynx, de la tête et du cou, ainsi que le lymphome non hodgkinien, et le mélanome.

## ENCADRÉ A

Pour comprendre les indicateurs présentés dans ce chapitre, il faut tenir compte d'un certain nombre de détails techniques.

**Incidence et mortalité**

Les tendances des taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) (1992 à 2007) et des taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) (1992 à 2009) observées au Canada ont été décrites grâce à l'analyse de régression linéaire par segments. Les tendances résultantes sont déterminées à l'aide de la variation annuelle en pourcentage (VAP); la VAP positive, ou négative, correspondant respectivement à une tendance à la hausse, ou à la baisse, relevée au cours de la plupart des dernières années.

Aux fins des analyses provinciales, les statistiques ayant trait à l'incidence et à la mortalité ont été calculées sur la base de plusieurs années de données afin d'obtenir des taux plus stables. Pour ce qui est de l'incidence, les années visées vont de 2007 à 2009 (2007 pour le Québec). En ce qui concerne la mortalité, la période étudiée va de 2007 à 2009 dans le cas des quatre principaux cancers et de 2005 à 2009 dans celui des cancers émergents.

Les TINA et les TMNA mentionnés dans la présente section sont des taux normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991. Étant donné qu'elle supprime l'effet de la structure par âge de la population sur les estimations du taux, la normalisation selon l'âge permet d'établir des comparaisons entre les provinces et au fil du temps.<sup>203</sup> Les taux normalisés selon l'âge ne sont pas « réels » et ne doivent pas être utilisés aux fins de la planification des ressources; ils servent à l'établissement de comparaisons interprovinciales ou territoriales.

Les taux d'incidence peuvent être calculés de manière différente dans les autres rapports des diverses instances, tant au Canada qu'à l'étranger, et la normalisation selon l'âge peut être fondée sur des populations de référence différentes. D'où la possibilité que des comparaisons directes ne puissent être établies entre les taux du Canada et ceux d'autres pays ou régions, à moins que celles-ci ne soient partie intégrante d'une étude dans le cadre de laquelle les taux de tous les pays ont été normalisés en fonction de la même population. Par conséquent, sont présentées en l'occurrence, non pas ces statistiques pour

d'autres pays ou régions, mais bien plutôt des données sur les tendances, dans les cas où de telles données sont disponibles, en vue de donner une idée du contexte et de l'orientation.

**Survie relative**

La survie relative est le rapport entre la survie observée dans un groupe de patients et la survie qui serait attendue dans la population générale ayant les mêmes caractéristiques, par exemple l'âge et le sexe. Le ratio de survie relative (RSR) peut être interprété comme l'estimation de la proportion des patients qui sont en vie après un certain nombre d'années dans la situation hypothétique dans laquelle les cancers visés sont l'unique cause possible de décès.

Tant l'analyse par cohorte que celle par période ont été utilisées aux fins de l'établissement des estimations de la survie relative. Dans le premier cas, les estimations décrivent l'expérience de survie d'une cohorte bien définie de patients. La méthode d'analyse par période permet d'obtenir les prévisions à jour de la survie qui seraient observées pour une cohorte hypothétique de patients qui était réellement à risque durant la période définie.

Dans le présent rapport, le RSR pour le « Canada » comprend toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec (cette province ayant été exclue en raison des limites des données). Les personnes de moins de 15 ans et de plus de 74 ans au moment du diagnostic ont été exclues de l'analyse de la survie relative du cancer du poumon, du cancer colorectal, du cancer du pancréas, du cancer de la thyroïde, du cancer du foie, du cancer de la tête et du cou, du lymphome non hodgkinien et du mélanome. Aux fins du calcul des taux de survie du cancer du sein, les femmes de moins de 15 ans et de plus de 79 ans au moment du diagnostic ont été exclues. Les personnes âgées ont été exclues parce que, dans certaines provinces, la survie était particulièrement élevée dans ce groupe, ce qui semble indiquer que ces données pourraient être biaisées en

raison de la saisie incomplète des données relatives aux décès. L'inclusion des personnes âgées aurait pour effet d'exagérer les estimations de la survie relative dans l'ensemble du pays et de réduire la comparabilité des données sur la survie d'une province à l'autre. L'analyse de la survie comprend les données sur tous les cas de cancer primitifs ayant fait l'objet d'un diagnostic (c.-à-d. que si le patient souffre de plusieurs cancers primitifs, chaque cancer est inclus).

Toute comparaison interprovinciale de la survie relative aux cancers dont le taux de mortalité est très élevé (cancer du pancréas et du foie notamment) doit être faite avec prudence. Il est déjà arrivé que, dans certaines provinces,

une constatation de décès incomplète et des sources manquantes sur la situation d'immigration et d'émigration mènent à une surestimation de la survie puisque les patients qui ne se font pas suivre sont présumés vivants à la date butoir. Ce fait aura davantage d'incidence sur les estimations portant sur les jeunes et les personnes d'âge moyen.

Les RSR par province dont il est question dans cette section ne sont pas normalisés selon l'âge. Les RSR normalisés selon l'âge sont cependant indiqués dans l'annexe technique. Veuillez noter que des RSR normalisés selon l'âge n'ont pas été calculés pour toutes les provinces et tous les cancers car l'insuffisance des données dans certains groupes d'âge aurait entraîné une instabilité de ces taux.

## Incidence, mortalité et survie relative pour les quatre cancers les plus courants

### Cancer du sein

#### Pourquoi le mesure-t-on?

*Le cancer du sein est celui qui est le plus souvent diagnostiqué chez les femmes, intervenant pour plus d'un quart des cas nouveaux prévus pour les femmes en 2012.*<sup>41, 114, 204</sup>

#### Que peut-on conclure des résultats?

*Le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) du cancer du sein a fléchi au Canada au cours de la période de 1992 à 2007 (figure 1), tandis que le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) de ce même cancer est demeuré stable.*

- Le TINA a oscillé autour de 100 cas par 100 000 femmes au cours de la période visée. Une étude internationale portant sur les taux d'incidence et de mortalité mondiaux normalisés selon l'âge (moyenne mobile sur trois ans) pour la période de 1985 à 2005, a révélé que, contrairement au Canada, le taux d'incidence du cancer du sein a augmenté au Royaume-Uni et en Australie.<sup>205</sup> Aux États-Unis, les données semblent indiquer que les taux d'incidence du cancer du sein ont diminué au cours de la période allant de 1999 à 2005 et qu'ils se sont stabilisés depuis.<sup>206</sup>

Le TMNA a fléchi, passant de 30,4 décès par 100 000 cas en 1992 à 21,7 décès par 100 000 cas en 2007 (variation annuelle en pourcentage (VAP) = -2,4 % pour la période comprise entre 1992 et 2009, la valeur de p étant inférieure à 0,01). Cela tient vraisemblablement aux améliorations des taux de dépistage par mammographie à l'origine des réductions de l'incidence au stade tardif et de l'efficacité accrue des diagnostics et des traitements au cours de cette période. Il a été démontré que les taux de mortalité du cancer du sein sont en baisse aux États-Unis,<sup>206</sup> en Australie et au Royaume-Uni.<sup>205</sup>

#### *Le TINA et le TMNA du cancer invasif du sein varient selon la province.*

- Au cours de la période de 2007 à 2009, le TINA global pour le Canada s'établissait à 99 cas par 100 000 femmes et était compris entre 87,3 cas par 100 000 femmes à Terre-Neuve-et-Labrador et 100,6 cas par 100 000 femmes en Ontario (figure 2).
- Au cours de la période de 2007 à 2009, le TMNA global pour le Canada s'établissait à 21 décès par 100 000 femmes et s'échelonnait entre 18,7 décès

par 100 000 femmes en Colombie-Britannique et 22,8 décès par 100 000 femmes au Manitoba (figure 3).

- En règle générale, il existe une corrélation entre le classement des provinces en fonction des taux d'incidence et de mortalité; celle-ci n'était toutefois pas constante. Ainsi, en Nouvelle-Écosse, le taux d'incidence est supérieur à la moyenne mais le taux de mortalité est inférieur à la moyenne.

**Au Canada, le ratio brut de survie relative (RSR) à cinq ans du cancer du sein n'a pas beaucoup varié d'une province à l'autre, au cours de la période comprise entre 2005 et 2007, et il a augmenté dans tous les groupes d'âge au cours de celle allant de 1992 à 1994.**

- Au Canada (excluant le Québec), le RSR à cinq ans s'établissait à 89 % et allait de 87 % à l'Île-du-Prince-Édouard, à Terre-Neuve-et-

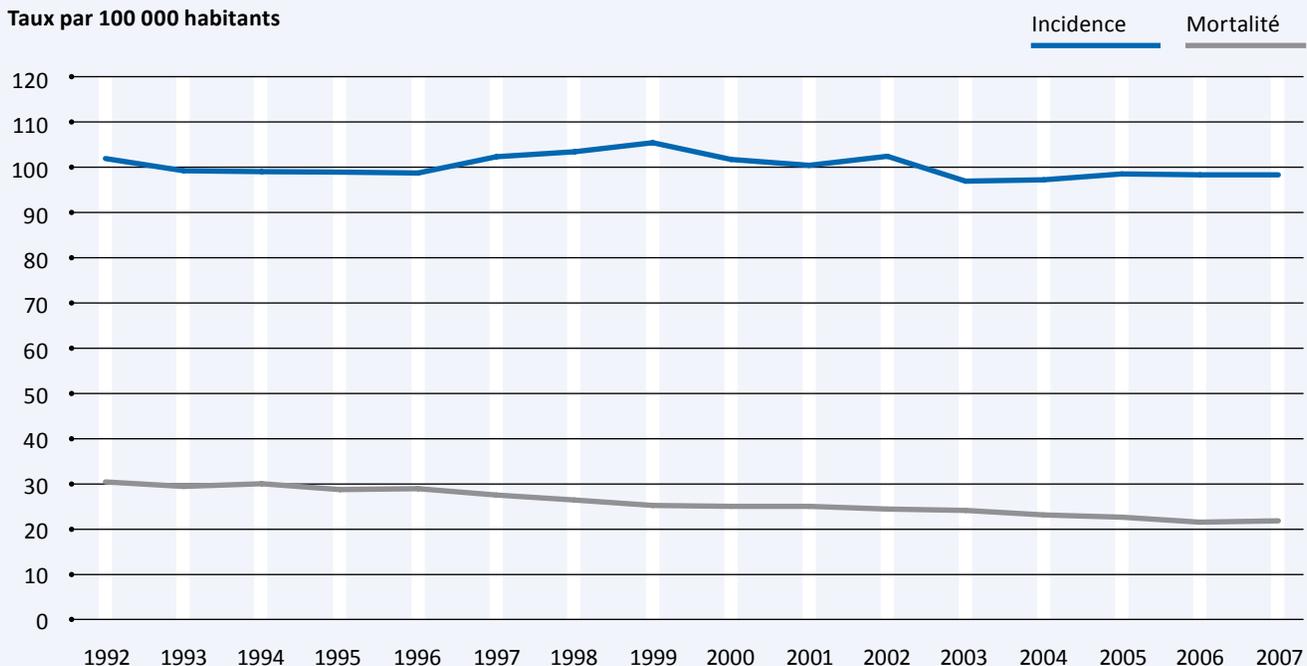
Labrador, en Nouvelle-Écosse et au Manitoba à 90 % au Nouveau-Brunswick (figure 4).

- Aux États-Unis, le RSR à cinq ans a augmenté, passant de 75 % en 1975 à 90 % en 2003.<sup>207</sup> Selon les résultats d'une analyse des tendances selon l'âge, réalisée au Canada sur une période plus brève, le RSR à cinq ans s'est accru au cours de la période allant de 1992 à 1994 à 2005 à 2007 pour l'ensemble des groupes d'âge, l'augmentation la plus forte, comprise entre 75 % et 85 %, ayant été enregistrée dans le cas des personnes de 15 à 39 ans et la plus faible, comprise entre 83 % et 87 %, ayant été observée chez celles de 70 à 79 ans (consulter la page 214 de l'annexe technique).
- À l'avenir, les rapports faisant état du rendement du système présenteront les taux de survie relative selon le stade atteint au moment du diagnostic.

FIGURE 1

**Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge du cancer du sein chez les femmes, Canada, de 1992 à 2007**

Taux par 100 000 habitants

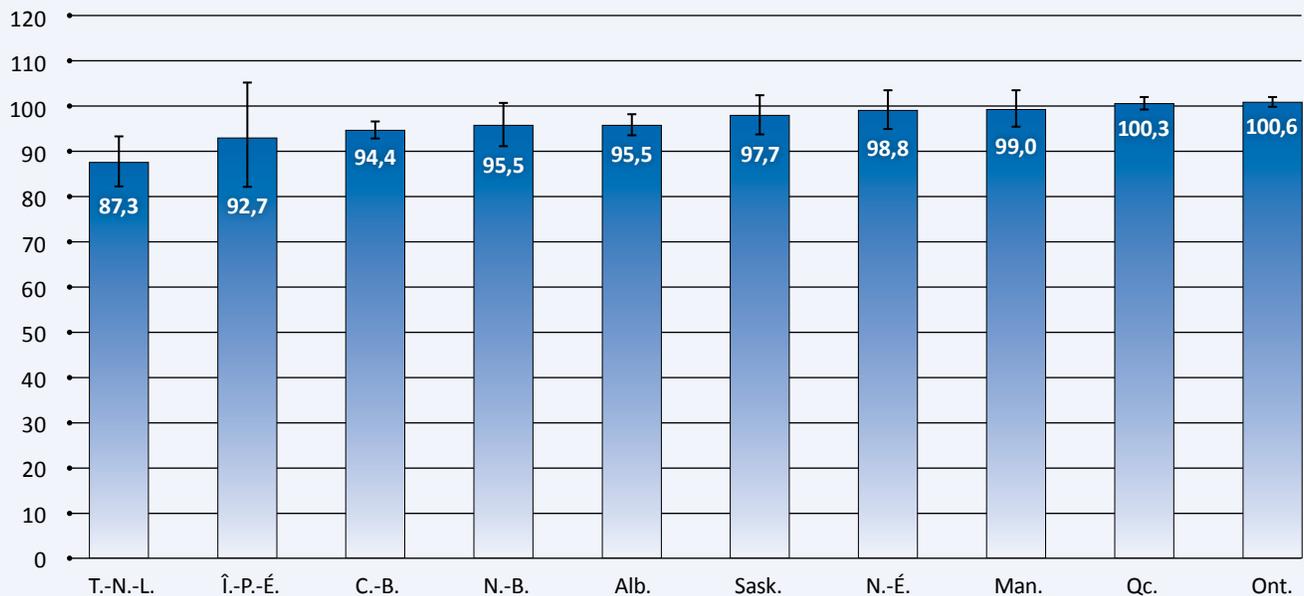


Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès.

FIGURE 2

**Taux d'incidence selon l'âge du cancer du sein chez les femmes selon la province/le territoire, de 2007 à 2009**

Taux par 100 000 habitants



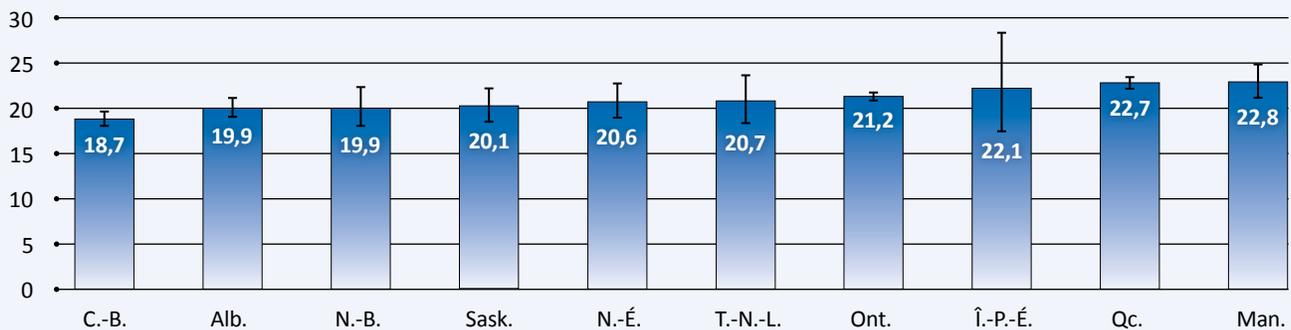
Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure. Les données du Qc. sont celles de 2007.

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

FIGURE 3

**Taux de mortalité selon l'âge du cancer du sein chez les femmes selon la province/le territoire, de 2007 à 2009**

Taux par 100 000 habitants



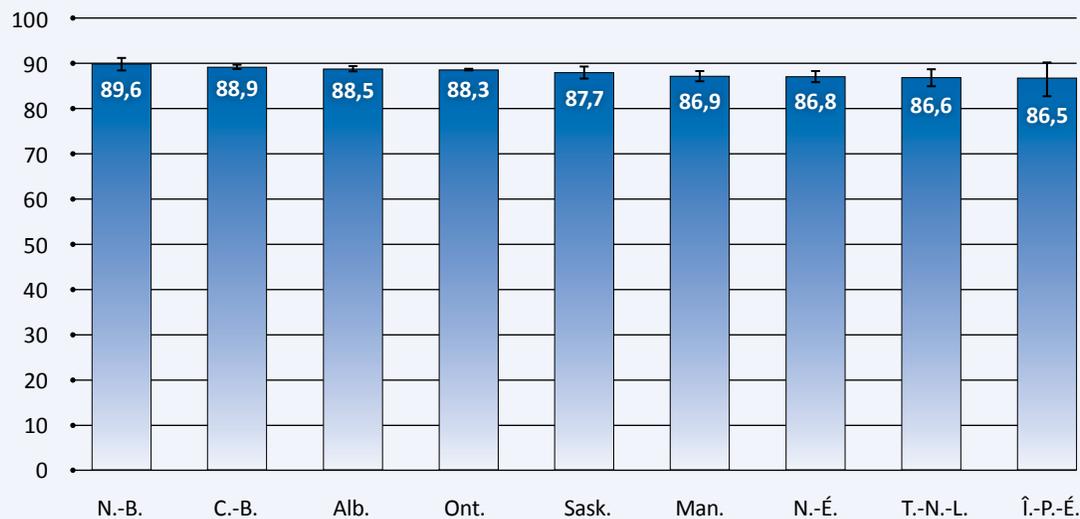
Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

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

FIGURE 4

**Ratios de survie relative à cinq ans (de 15 à 79 ans) du cancer du sein chez les femmes selon la province – de 2005 à 2007**

Survie relative (%)



Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

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

## Cancer du poumon

### Pourquoi le mesure-t-on?

*Chez les Canadiens adultes, le cancer du poumon est la principale cause de décès attribuable au cancer et le deuxième cancer le plus souvent diagnostiqué; en 2012, on prévoit 25 600 nouveaux cas et 20 100 décès.<sup>41</sup> Au Canada, le nombre de décès attribuables au cancer du poumon est supérieur à celui des décès associés au cancer de la prostate, au cancer du sein et au cancer colorectal pris ensemble.<sup>41</sup>*

### Que peut-on conclure des résultats?

*Au Canada, le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) du cancer du poumon (de 1992 à 2007) et le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) de ce même cancer (de 1992 à 2009) ont diminué de façon constante chez les hommes, mais ont continué d'augmenter chez les femmes, ce qui est vraisemblablement attribuable aux divergences des tendances en matière de tabagisme entre les sexes.*

- Au Canada, le TINA du cancer du poumon a considérablement fléchi chez les hommes, passant d'environ 90 cas par 100 000 en 1992 à environ 68 cas par 100 000 en 2007 (variation annuelle en pourcentage (VAP) = -1,9 %, la valeur de p étant inférieure à 0,05), tandis qu'il a augmenté de façon appréciable chez les femmes, passant d'environ 40 cas par 100 000 en 1992 à environ 47 cas par 100 000 en 2007 (VAP = 1,32 %, la valeur de p étant inférieure à 0,01) au cours de la même période (figure 5).
- Au Canada, le TMNA pour le cancer du poumon a considérablement fléchi chez les hommes, passant d'environ 78 décès par 100 000 en 1992 à environ 54 décès par 100 000 en 2009 (VAP = -2,18 %, la valeur de p étant inférieure à 0,01), tandis qu'il a augmenté de façon appréciable chez les femmes, passant d'environ 30 décès par 100 000 en 1992 à environ 36 décès par 100 000 en 2009, une hausse plus marquée ayant été enregistrée pour la période de 1992 à 1999 (VAP = 1,93 %, la valeur de p étant inférieure à 0,01) que pour celle de 1999 à 2009 (VAP = 0,53, la valeur de p étant inférieure à 0,01) (figure 5).
- Les écarts frappants entre les tendances de l'incidence et de la mortalité de ce cancer chez les hommes et les femmes sont certainement attribuables aux divergences des tendances des taux de tabagisme selon le sexe observées au cours des dernières 50 années à peu près. Le tabagisme a commencé à diminuer chez les hommes au milieu des années 1960, soit grosso modo une vingtaine d'années avant la baisse des taux de cancer du poumon. Chez les femmes, ce n'est toutefois qu'au milieu des années 1980 que le tabagisme a commencé à fléchir.<sup>41</sup>
- Les données recueillies par le programme étatsunien SEER (*Surveillance Epidemiology and End Results*) autorisent à penser que les tendances relatives à l'incidence du cancer du poumon observées chez les hommes et les femmes aux États-Unis sont semblables à celles enregistrées au Canada; les taux étant en voie de déclin chez les hommes au fil du temps alors qu'ils fluctuent chez les femmes.<sup>208</sup>

- Les données relatives aux tendances diffusées partout dans le monde semblent indiquer que les taux d'incidence et de mortalité du cancer du poumon ont atteint un sommet et amorcent désormais un déclin parmi les hommes dans bon nombre de pays, y compris aux États-Unis, au Canada, en Angleterre, au Danemark, en Australie, en Finlande et dans les Pays-Bas.<sup>204, 209</sup> Chez les femmes, les taux poursuivent leur montée et n'ont pas encore atteint un point culminant dans la plupart des pays, sauf aux États-Unis où, selon des données probantes, les taux sont en voie de fléchissement.<sup>204, 210</sup>

---

***Au Canada, les divergences interprovinciales des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge du cancer du poumon, observées de 2007 à 2009, pourraient correspondre aux diverses tendances en matière de tabagisme d'une province ou d'un territoire à l'autre.***

- Dans l'ensemble et d'une province à l'autre, le TINA était plus élevé chez les hommes que chez les femmes, dans des proportions variées. Il est possible que cela aille de pair avec les écarts plus ou moins considérables entre les provinces en ce qui a trait au taux de tabagisme et aux tendances connexes relevées chez les hommes et les femmes (figure 6).
- Le TMNA était compris entre 33 décès par 100 000 personnes en Colombie-Britannique et 56 décès par 100 000 personnes au Nouveau-Brunswick et au Québec (figure 7).

---

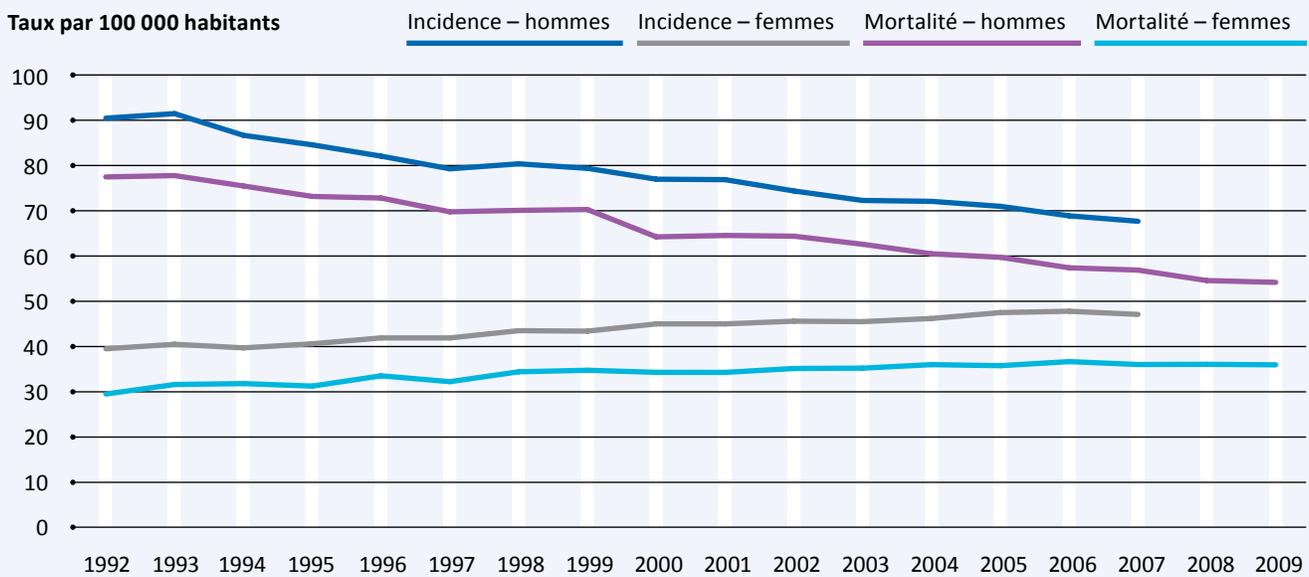
***Au Canada (excluant le Québec), le ratio brut de survie relative (RSR) à cinq ans du cancer du poumon était de 18,4 % au cours de la période de 2005 à 2007 et était compris entre 15,5 % en Nouvelle-Écosse et 20,4 % au Manitoba (figure 8).***

- Le ratio de survie global à cinq ans du cancer du poumon s'établit en moyenne à 18,4 % au Canada (excluant le Québec). La survie au cancer du poumon reste un défi dans tous les pays. Selon les données provenant des États-Unis, le RSR à cinq ans des personnes ayant reçu leur diagnostic en 2008 était de 17 % et il est en hausse depuis la fin des années 1970.<sup>208</sup>

- Selon une analyse comparative des registres des cancers de plusieurs pays, le taux de survie relative à cinq ans du cancer du poumon était plus élevé en Australie et au Canada et moins élevé au Danemark et au Royaume-Uni.<sup>211</sup>
- Les données montrent que le RSR à cinq ans du cancer du poumon a augmenté au cours de la période de 1992-1994 à 2005-2007 dans tous les groupes d'âge, en particulier dans celui des personnes 15 à 44 ans pour lesquelles une hausse de 30,4 % a été observée (consulter la page 214 de l'annexe technique).

FIGURE 5

**Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge du cancer du poumon selon le sexe, Canada – de 1992 à 2009**



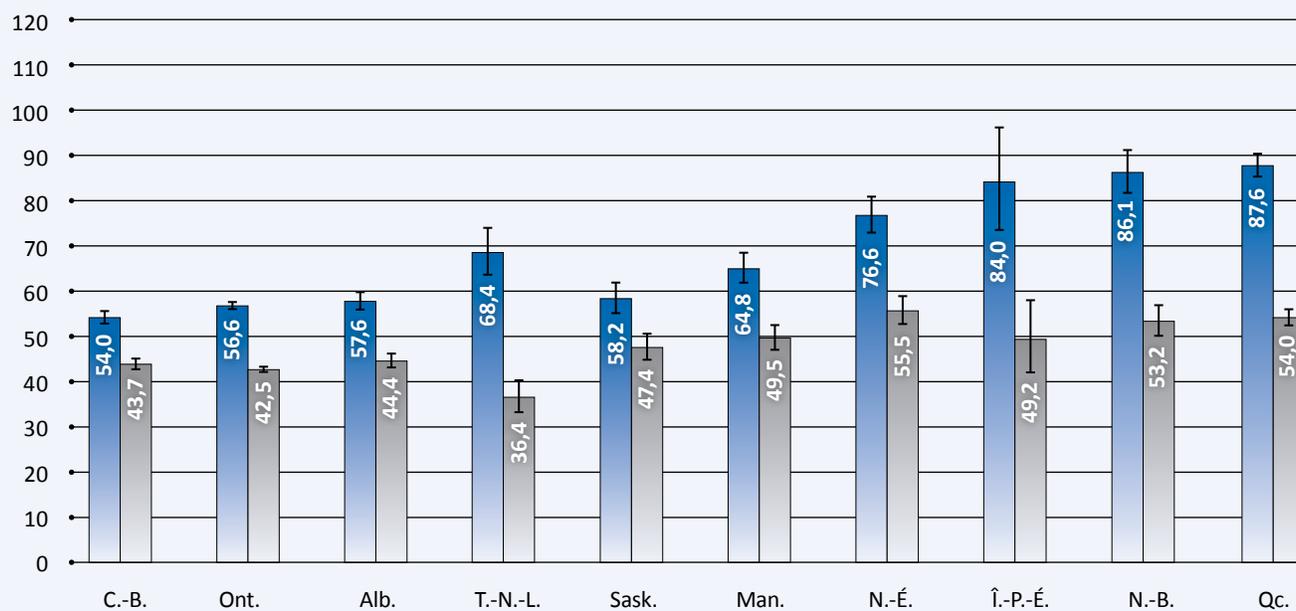
Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès.

FIGURE 6

### Taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer du poumon selon la province et le sexe – de 2007 à 2009

Taux par 100 000 habitants

■ Homme ■ Femme



Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

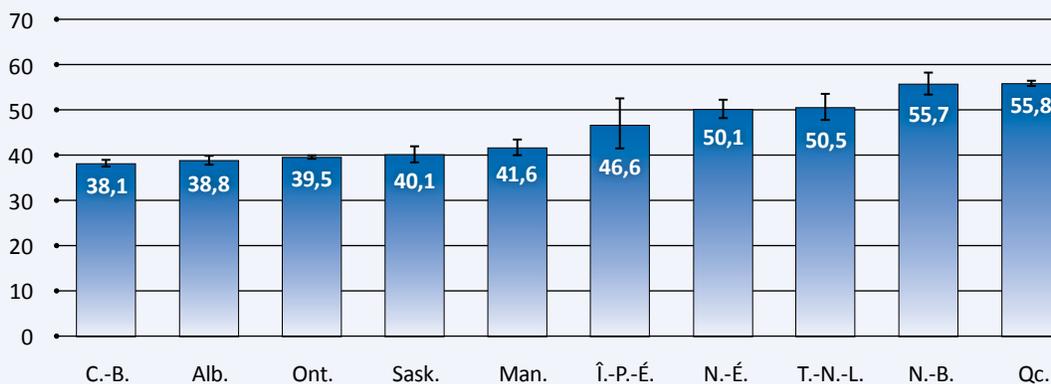
Les données du Qc. sont celles de 2007.

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

FIGURE 7

**Taux de mortalité normalisés selon l'âge du cancer du poumon selon la province – de 2007 à 2009**

Taux par 100 000 habitants



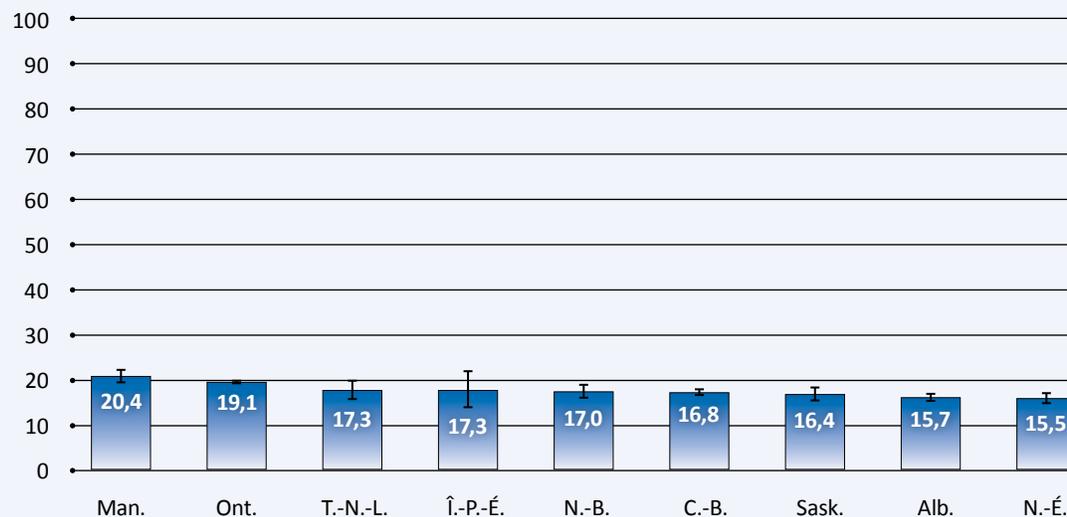
Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

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

FIGURE 8

**Ratios de survie relative à cinq ans (de 15 à 74 ans) du cancer du poumon selon la province – de 2005 à 2007**

Survie relative (%)



Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

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

## Cancer colorectal

### Pourquoi le mesure-t-on?

**Le cancer colorectal est la deuxième principale cause de décès par cancer et le troisième cancer le plus souvent diagnostiqué au Canada, avec un nombre de décès estimé à 9 200 et un nombre de nouveaux cas estimé à 23 300 en 2012.**<sup>41</sup>

Le dépistage du cancer colorectal peut réduire à la fois l'incidence (en permettant de cerner et d'enlever les polypes précancéreux) et la mortalité du cancer colorectal. En date de 2012, toutes les provinces ont mis en œuvre des programmes organisés de dépistage du cancer colorectal ou ont annoncé de tels programmes.

### Que peut-on conclure des résultats?

**Le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) du cancer colorectal était assez stable au Canada, tant pour les hommes que pour les femmes, au cours de la période allant de 1992 à 2007, en dépit de l'existence d'indications d'une tendance à la baisse du taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) (figure 9).**

- De 1992 à 2007, le TINA du cancer colorectal au Canada n'a pas changé de manière significative chez les hommes, se situant à peu près autour de 60 cas par 100 000 habitants, et il a subi une diminution, à peine significative cependant, chez les femmes (variation annuelle en pourcentage (VAP) = -0,26 %, la valeur de p = 0,05), passant de 43 à 41 cas par 100 000 habitants.
- Entre-temps, le TMNA du cancer colorectal a diminué parmi les hommes au Canada, de 1992 à 2004, passant d'environ 31 à 27 décès par 100 000 habitants (VAP = -1,19 %, la valeur de p étant inférieure à 0,01). De 2004 à 2009, il a accusé un recul plus marqué s'établissant, en 2009, à 23 décès par 100 000 habitants (VAP = -2,53 %, la valeur de p étant inférieure à 0,01). Le TMNA

a également diminué chez les femmes, passant d'environ 20 décès par 100 000 en 1992 à approximativement 15 décès par 100 000 en 2009 (VAP = -1,69 %, la valeur de p étant inférieure à 0,01) (figure 9).

**Une diminution de la mortalité du cancer colorectal a également été observée aux États-Unis, pays dans lequel les taux d'incidence sont également en baisse, tant chez les hommes que chez les femmes.**

- Les données étasuniennes montrent que les taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge du cancer colorectal a diminué de 1999 à 2008, tant chez les hommes que chez les femmes.<sup>206</sup>
- Comparativement aux données recueillies dans d'autres pays développés, celles provenant du projet GLOBOCAN pour 2008 montrent que les taux de mortalité du cancer colorectal sont d'ordinaire moins élevés en Amérique du Nord, y compris au Canada et aux États-Unis, qu'en Australie et en Nouvelle-Zélande.<sup>204</sup>

**De 2007 à 2009, le taux d'incidence du cancer colorectal le moins élevé, tant chez les hommes que chez les femmes, a été enregistré en Colombie-Britannique (à égalité avec l'Alberta chez les femmes).**

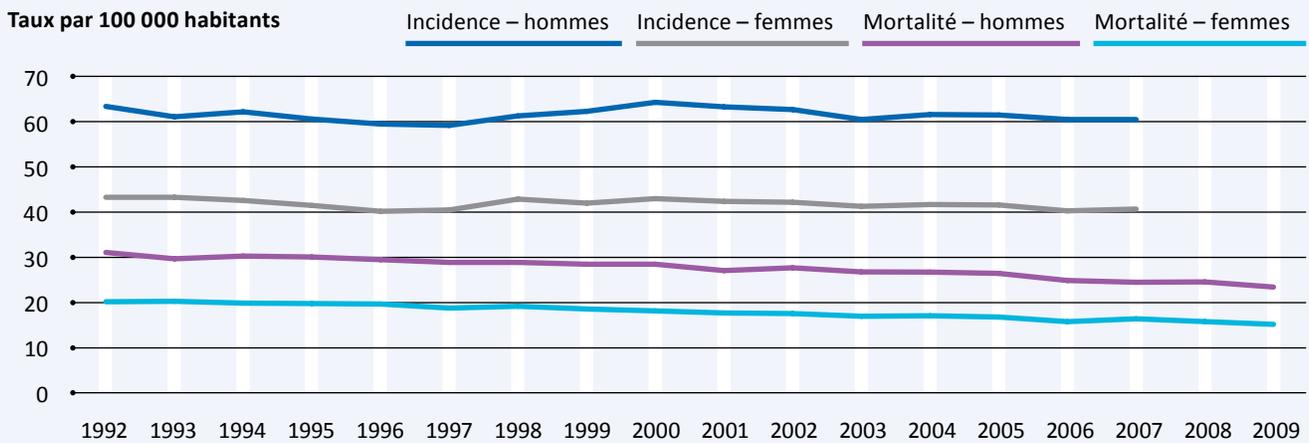
- Le TINA du cancer colorectal chez les hommes allait de 53,0 par 100 000 en Colombie-Britannique à 83,7 par 100 000 à Terre-Neuve-et-Labrador. Pour les femmes, la fourchette était comprise entre 36,0 et 53,5 par 100 000, respectivement en Colombie-Britannique et à Terre-Neuve-et-Labrador (figure 10).
- Les TMNA du cancer colorectal s'échelonnaient de 17 par 100 000 personnes en Alberta et en Colombie-Britannique à 30,6 par 100 000 personnes à Terre-Neuve-et-Labrador (figure 11).

**Le ratio brut de survie relative (RSR) à cinq ans du cancer colorectal n'a pas beaucoup varié d'une province à l'autre, au cours de la période comprise entre 2005 et 2007, et il a augmenté dans tous les groupes d'âge au cours de celle allant de 1992 à 1994.**

- Le ratio global de survie relative était de 66,5 % au Canada (excluant le Québec) et s'échelonnait de 62,9 % en Saskatchewan à 66,7 % en Ontario (figure 12).
- Les données montrent que le RSR du cancer colorectal a progressé au cours la période de 1992 à 1994 à 2005 à 2007 dans tous les groupes d'âge, en particulier chez les personnes de 55 à 64 ans pour lesquelles une augmentation du RSR a observée, variant de 57 % entre 1992 à 1994 à 67 % entre 2005 à 2007 (consulter la [page 214](#) de l'annexe technique).

FIGURE 9

**Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge du cancer colorectal selon le sexe, Canada – de 1992 à 2009**



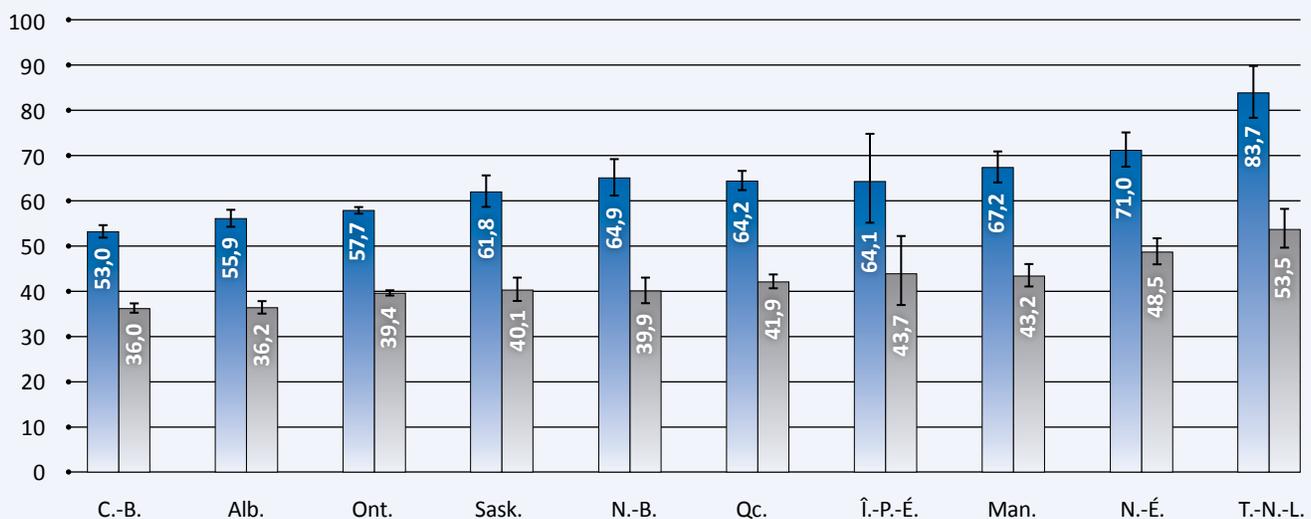
Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès.

FIGURE 10

## Taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer colorectal selon la province – de 2007 à 2009

Taux par 100 000 habitants

■ Homme ■ Femme



Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

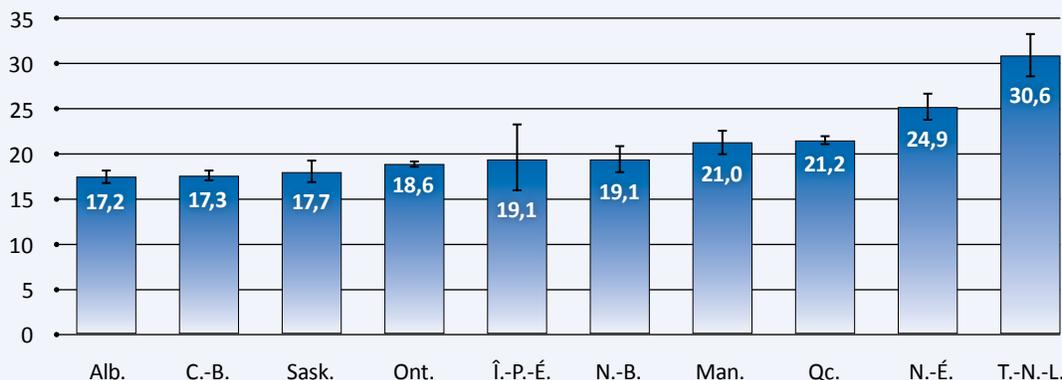
Les données du Qc. sont celles de 2007.

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

FIGURE 11

## Taux de mortalité normalisés selon l'âge du cancer colorectal selon la province – de 2007 à 2009

Taux par 100 000 habitants



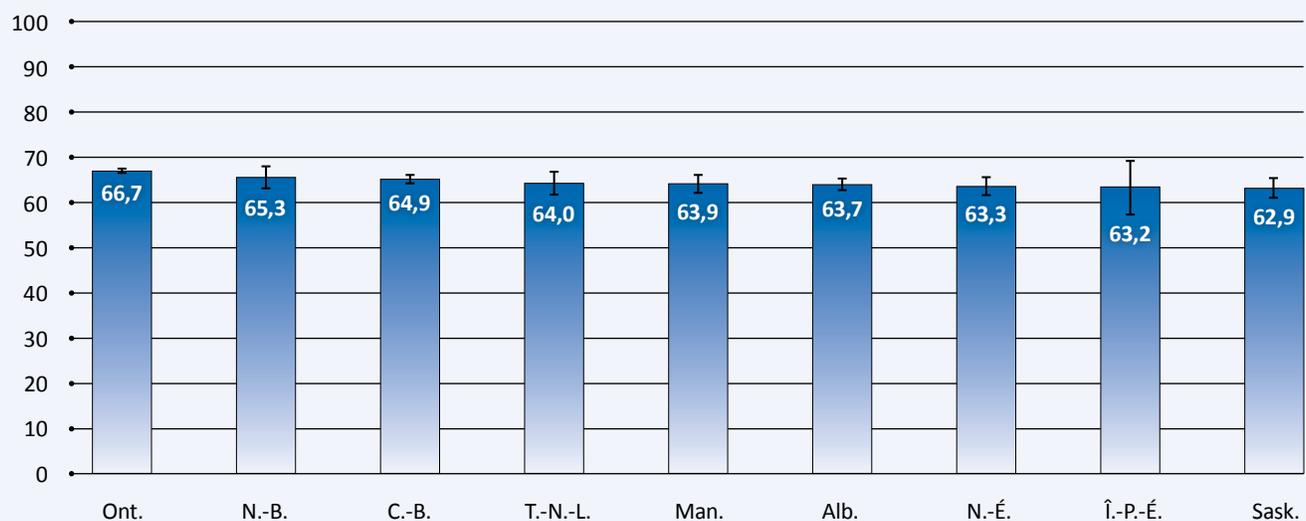
Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

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

FIGURE 12

**Ratios de survie relative à cinq ans (de 15 à 74 ans) du cancer colorectal selon la province – de 2005 à 2007**

Survie relative (%)



Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

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

## Cancer de la prostate

### Pourquoi le mesure-t-on?

*Le cancer de la prostate est celui qui est le plus souvent diagnostiqué chez les hommes au Canada, intervenant pour plus d'un quart de tous les nouveaux cas de cancer prévus parmi les hommes en 2012.<sup>41</sup>*

### Que peut-on conclure des résultats?

*Le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) du cancer de la prostate n'a pas varié de manière significative de 1992 à 2009 au Canada, tandis que le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) a diminué lentement mais de façon constante.*

- Le TINA du cancer de la prostate est demeuré stable s'établissant à environ 125 cas par 100 000 hommes, tandis que le TMNA a diminué de façon significative, passant de 31 à 20 décès par 100 000 hommes (variation annuelle en pourcentage (VAP) = -2,2 % pour la période allant de 1992 à 2001, la valeur de p étant inférieure à 0,01; VAP = -3,9 % pour la période allant de 2001 à 2009, la valeur de p étant inférieure à 0,01) (figure 13).
- La recherche semble indiquer que les augmentations antérieures de l'incidence étaient probablement attribuables à l'introduction et, par la suite, à l'utilisation du test de dépistage de l'APS aux fins du dépistage précoce du

cancer de la prostate. Dans les pays où le taux d'utilisation du test de dépistage de l'APS est élevé, entre autres aux États-Unis, au Canada et en Australie, les tendances relatives à l'incidence ont suivi une évolution similaire et ont été à la hausse à peu près au moment où le test a été introduit.<sup>212-213</sup> Entre-temps, au Royaume-Uni et au Japon, les taux ont progressé plus lentement au fil du temps. Au Royaume-Uni, cette situation est probablement attribuable au recours moins fréquent au test de dépistage de l'APS, comparativement à d'autres pays comme les États-Unis et le Canada. Entre 1979 et 2005, des réductions statistiquement significatives de la mortalité ont été observées chez les hommes de 50 à 79 ans dans 15 pays développés sur 24.<sup>212</sup>

***En ce qui a trait au cancer de la prostate, au cours de la période de 2007 à 2009, l'écart en pourcentage entre les niveaux extrêmes (du plus faible au plus fort) était de 71 % pour ce qui est du taux d'incidence normalisé selon l'âge et de 65 % en ce qui concerne le taux de mortalité normalisé selon l'âge.***

- Il existe une différence notable entre les provinces du point de vue de l'incidence du cancer de la prostate (et, par conséquent, de la mortalité). Là encore, les taux d'incidence élevés coïncident vraisemblablement avec les taux d'utilisation élevés du test de dépistage de l'APS. Le TINA du cancer de la prostate était compris entre 92,6 par 100 000 hommes au Québec et 158,1 par 100 000 hommes au Manitoba (figure 14).<sup>g</sup>

- Le TMNA global était de 20 décès par 100 000 hommes au Canada et s'échelonnait entre 17 décès par 100 000 hommes au Québec et 28 décès par 100 000 hommes en Saskatchewan (figure 15).<sup>g</sup>

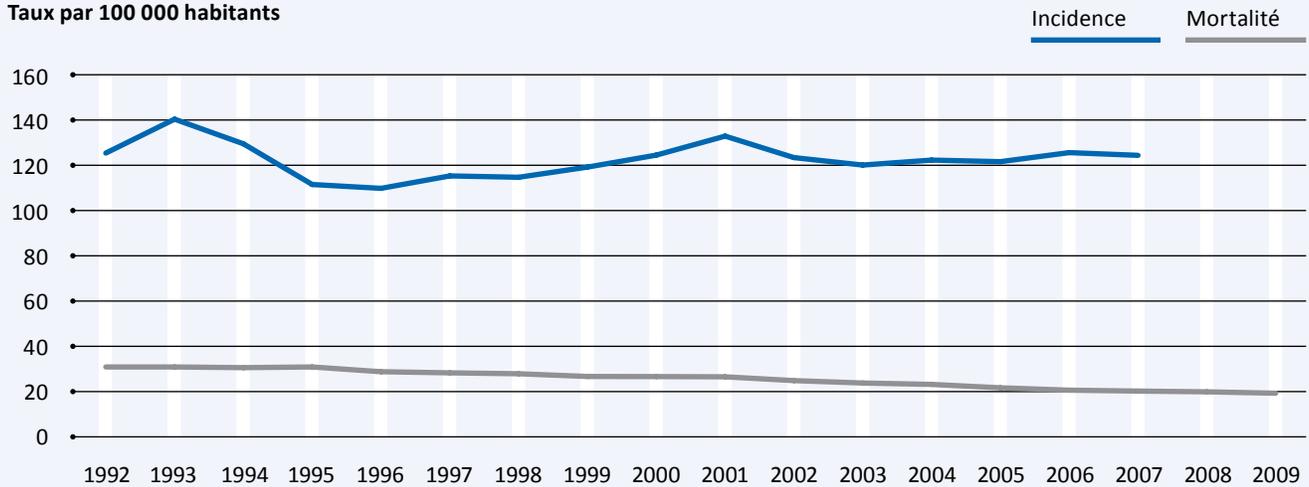
La diminution des taux de mortalité de même que l'amélioration de la survie sont vraisemblablement le reflet de l'amélioration des traitements plutôt que de l'intensification du dépistage précoce.<sup>212</sup> Un groupe d'experts en science par anticipation, formé par le Partenariat en 2009, a publié une trousse d'outils sur l'APS qui renferme des renseignements généraux sur le dosage de l'APS et le test de dépistage du cancer de la prostate (dépistage opportuniste, recherche de cas et tests ponctuels). On y traite également des modalités de dépistage dont il faut tenir compte et de celles qui doivent être évitées. Le groupe d'experts en est venu à la conclusion que l'expansion des pratiques de dépistage par le dosage de l'APS au-delà de ce qui existe actuellement ne se justifie pas et qu'elle pourrait en fait engendrer plus d'effets indésirables que de bénéfices.<sup>214</sup> Le *United States Preventive Services Task Force* recommande de renverser la recommandation voulant que les Américains de tous âges subissent un test de dépistage du cancer de la prostate de l'APS, puisqu'il est prouvé qu'il comporte très peu d'avantages potentiels et d'importants désavantages potentiels.<sup>215</sup>

g) Le Québec a cerné certains problèmes de données qui peuvent compromettre la comparabilité de ses taux d'incidence et de mortalité pour cette période.

FIGURE 13

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge du cancer de la prostate, Canada – de 1992 à 2009

Taux par 100 000 habitants

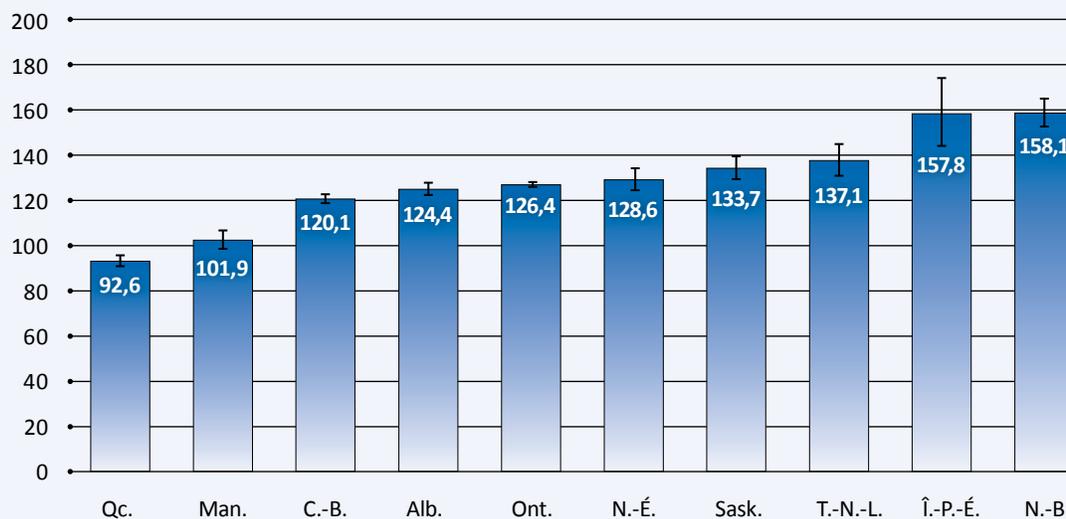


Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès.

FIGURE 14

Taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer de la prostate selon la province – de 2005 à 2007

Taux par 100 000 habitants



Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

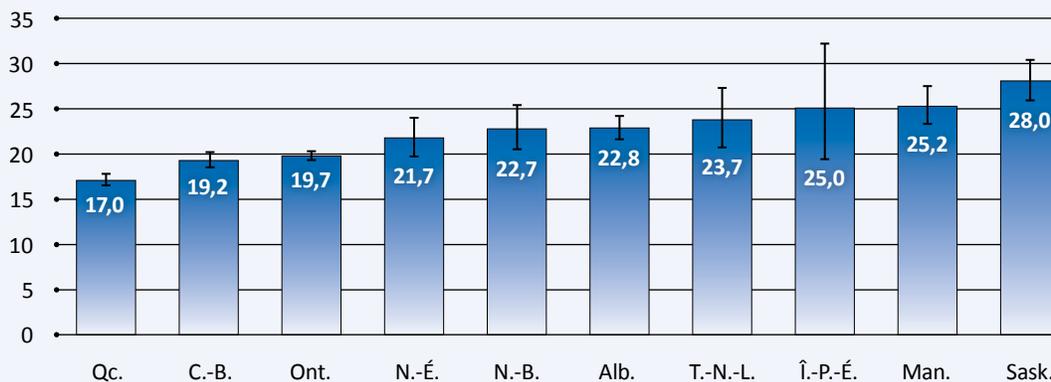
Les données du Qc. sont celles de 2007.

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

FIGURE 15

### Taux de mortalité normalisés selon l'âge du cancer de la prostate selon la province – 2007 à 2009

Taux par 100 000 habitants



Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

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

## Tendances relatives aux cancers émergents

À l'inverse de la tendance à la baisse, ou stable, de l'incidence normalisée selon l'âge des cancers les plus fréquents au Canada (cancer du poumon, cancer du sein et cancer colorectal), des augmentations notables des taux d'incidence de certains autres cancers et sous-types de cancer ont été enregistrées au cours des deux dernières décennies. Les raisons de la croissance des taux d'incidence ne sont pas toujours bien comprises même si l'évolution au fil du temps des méthodes de diagnostic ou de la prévalence des facteurs de risque, ou les deux, peuvent être à l'origine d'une partie du moins de la hausse des taux d'incidence de certains cancers.

La section suivante présente le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA), le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) et le taux de survie du cancer du pancréas, du cancer de la thyroïde, du cancer foie, du cancer oropharyngé, du cancer de la tête et du cou, du lymphome non hodgkinien et du mélanome. De surcroît, il renferme une

discussion des raisons possibles des tendances observées ainsi que des comparaisons avec les tendances relevées dans d'autres pays.

Les sections suivantes présentent les ratios de survie relative (RSR) selon la province, non normalisés (c.-à-d. bruts) de même que les tendances de la survie relative selon l'âge, pour la période allant de 1992 à 1994 à 2005 à 2007. Veuillez vous reporter à l'annexe technique (consulter les pages 215 et 216) pour prendre connaissance du RSR normalisé selon l'âge et du RSR à partir du moment où le diagnostic est posé (pour le cancer du pancréas, le cancer de la thyroïde, le cancer du foie, le lymphome non hodgkinien et le mélanome). Veuillez noter que les RSRs normalisés selon l'âge n'ont pas été calculés pour tous les cancers dans toutes les provinces parce que l'insuffisance des données dans certains groupes d'âge se serait traduite par l'instabilité de ces taux. Veuillez consulter l'encadré A de la [page 147](#) qui renferme

d'autres détails techniques pertinents pour la compréhension des indicateurs dont il est question dans cette section.

Il est possible que les prochains rapports sur le rendement du système présentent des indicateurs qui éclaireraient davantage les facteurs qui sous-tendent les tendances notables associées à ces cancers et à d'autres encore.

## Cancer du pancréas

### Pourquoi le mesure-t-on?

*Le cancer du pancréas arrive au 12<sup>e</sup> rang des cancers les plus courants au Canada, avec quelque 4 600 nouveaux cas attendus.<sup>41</sup> Il s'agit de la quatrième cause de décès par cancer et on estime qu'il y aura environ 4 000 décès en 2012.<sup>41</sup>*

*Les données pour le Canada coïncident avec les mesures relevées par d'autres pays laissant supposer que les tendances relatives à l'incidence du cancer du pancréas sont en voie d'évolution.<sup>216</sup> Les taux d'incidence, de mortalité et de survie du cancer du pancréas sont fournis en l'occurrence aux fins d'évaluation de l'incidence de ce cancer et de sa contribution au fardeau global du cancer au Canada.*

### Que peut-on conclure des résultats?

*De 1992 à 2007, le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) et le taux de mortalité selon l'âge (TMNA) ont diminué de façon significative chez les hommes mais sont demeurés assez stables chez les femmes.*

- Au Canada, le TINA du cancer du pancréas chez les hommes a considérablement diminué, passant de 11,2 cas par 100 000 en 1992 à 10,5 cas par 100 000 en 2007 (variation annuelle en pourcentage (VAP) = -0,46 %, la valeur de p étant égale à 0,01) (figure 16). Au cours de la même période, aucune tendance importante n'a été observée relativement au

TINA du cancer chez les femmes, qui a oscillé autour de 8,5 cas par 100 000. Par contre, aux États-Unis, les données de la North American Association of Central Cancer Registries, utilisées aux fins d'examen des tendances relatives aux taux d'incidence au cours de la période de 1999 à 2008, montrent une augmentation statistiquement importante du cancer du pancréas, tant chez les hommes que chez les femmes (la VAP moyenne observée de 1999 à 2008 était de 0,8 % chez les hommes et de 0,9 % chez les femmes, la valeur de p étant inférieure à 0,05).<sup>216</sup>

- Le tabagisme, l'obésité, le diabète et la prédisposition génétique sont tous des facteurs de risque connus du cancer du pancréas.<sup>41</sup> Même si les causes des augmentations de l'incidence du cancer du pancréas observées aux États-Unis sont inconnues, les chercheurs estiment que la progression de l'obésité joue vraisemblablement un rôle important.<sup>216</sup> L'obésité est également en hausse au Canada;<sup>33</sup> toutefois, l'incidence du cancer du pancréas est en déclin au Canada.
- Au Canada, le TMNA des cancers du pancréas a diminué de façon significative chez les hommes (la valeur de p étant inférieure à 0,01), au cours de la période de 1992 à 2009 (VAP = -0,61 %) et il est demeuré assez stable chez les femmes au cours de cette même période (VAP = -0,2 %).
- La létalité de ce cancer était supérieure à 89 % chez les femmes et à 94 % chez les hommes entre 1992 et 2007.

**Les TINA du cancer du pancréas ont varié d'une province à l'autre, étant compris entre 6,1 cas par 100 000 à Terre-Neuve-et-Labrador et 10,4 cas par 100 000 à l'Île-du-Prince-Édouard.**

**Pour ce qui est du cancer du pancréas, au cours de la période de 2007 à 2009, l'écart en pourcentage entre les deux niveaux extrêmes du taux provincial de mortalité normalisé selon l'âge (du plus faible au plus fort) était de 26 %.**

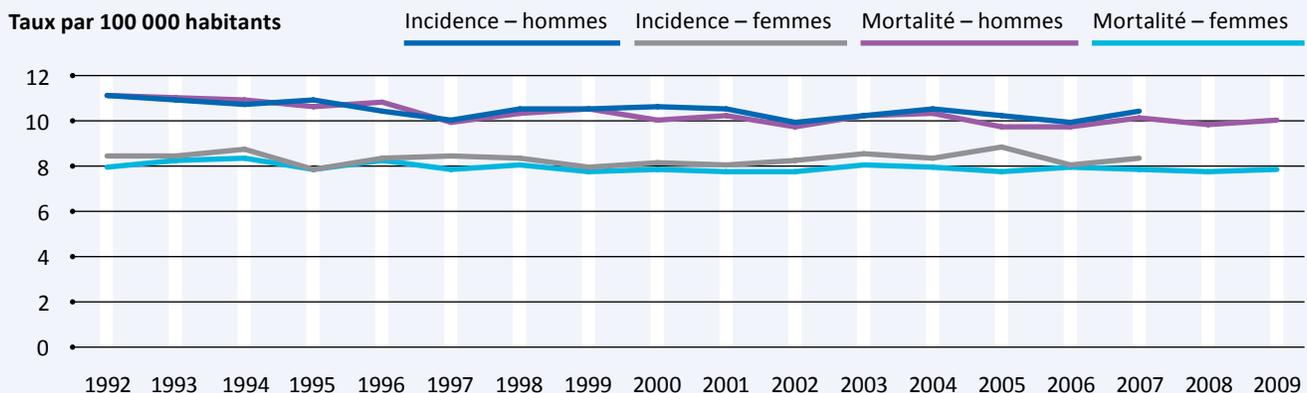
- Au Canada, le TMNA global était de 9 par 100 000 cas et était compris entre 8,0 décès par 100 000 cas à Terre-Neuve-et-Labrador et 10,1 décès par 100 000 cas au Nouveau-Brunswick (figure 17).

**Au Canada, les ratios bruts de survie relative (RSR) du cancer du pancréas ont varié selon la province, au cours de la période de 2005 à 2007, et ils ont augmenté depuis la période de 1992 à 1994 pour l'ensemble des groupes d'âge.**

- Au Canada (excluant le Québec), le RSR à cinq ans était de 9 % et s'échelonnait entre 3 % au Manitoba et 12 % au Terre-Neuve-et-Labrador (figure 18). La normalisation selon l'âge des taux a modifié la fourchette des RSR qui est désormais comprise entre 5 % en Nouvelle-Écosse et 11 % en Ontario; les RSR normalisés selon l'âge étant indisponibles pour l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick et le Manitoba (consulter la page 211 de l'annexe technique). Aux États-Unis, les taux de survie du cancer du pancréas sont également faibles.<sup>216</sup>
- Cela dit, le RSR à cinq ans a progressé au cours de la période de 1992 à 1994 à 2005 à 2007 et pour l'ensemble des groupes d'âge, l'augmentation la plus forte (63 %) ayant été observée chez les personnes de 45 à 54 ans et la plus faible (40 %) chez celles de 70 à 79 ans (consulter la page 214 de l'annexe technique).

FIGURE 16

### Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge du cancer du pancréas selon de sexe, Canada – 1992 à 2009

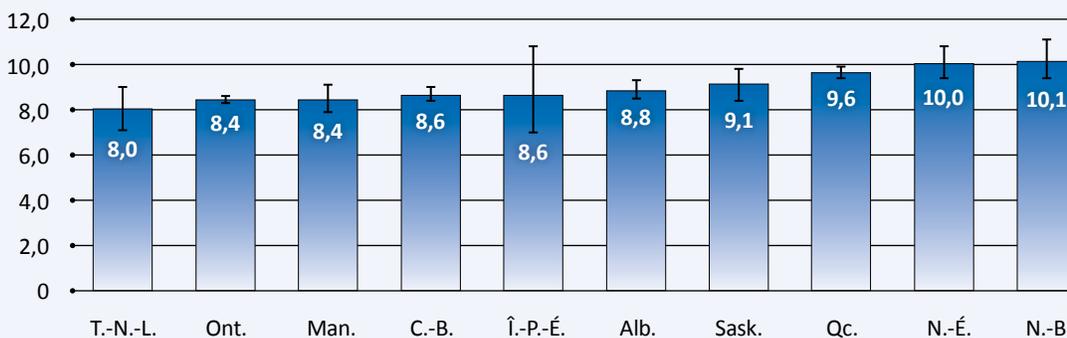


Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès.

FIGURE 17

**Taux de mortalité normalisés selon l'âge du cancer du pancréas selon la province – de 2005 à 2009**

Taux par 100 000 habitants



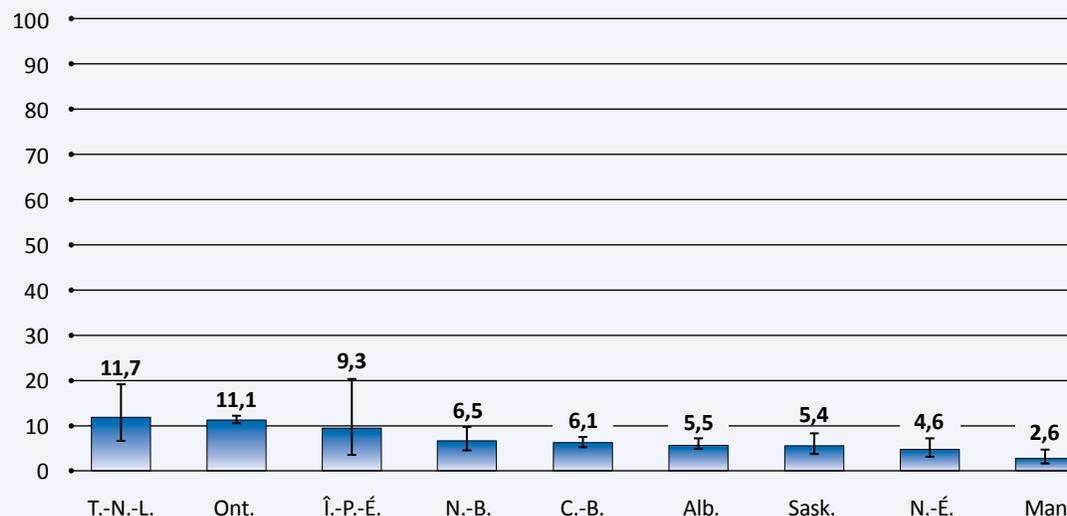
Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

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

FIGURE 18

**Ratios de survie relative à cinq ans (de 15 à 74 ans) du cancer du pancréas selon la province – de 2005 à 2007**

Survie relative (%)



Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

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

## Lymphome non hodgkinien

### Pourquoi le mesure-t-on?

*Le lymphome non hodgkinien se classe au 5<sup>e</sup> rang des cancers les plus courants au Canada, avec quelque 7 800 nouveaux cas en 2012, et au 6<sup>e</sup> rang des causes les plus fréquentes de décès par cancer, avec quelque 2 800 décès en 2012.<sup>41</sup>*

*Au cours des quatre dernières décennies, l'incidence et la mortalité du lymphome non hodgkinien ont été en hausse en Europe et aux États-Unis. Cependant, certaines études indiquent que cette tendance s'est désormais modifiée.<sup>217</sup> L'obtention d'un portrait actuel des tendances de l'incidence, de la mortalité et de la survie du lymphome non hodgkinien permettra aux professionnels de la santé publique de comprendre l'importance relative de cette maladie du point de vue du fardeau global du cancer.*

### Que peut-on conclure des résultats?

*De 1992 à 2007, le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) a considérablement augmenté pour les deux sexes et le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) s'est nettement replié pour les deux sexes.*

- Au Canada, le TINA du lymphome non hodgkinien (LNH) a progressé de façon significative (la valeur de  $p$  étant inférieure à 0,001) pour les deux sexes, passant de 17,2 cas par 100 000 en 1992 à 20,4 cas par 100 000 en 2007 (variation annuelle en pourcentage (VAP) = 0,81 %) chez les hommes, et de 12,5 cas par 100 000 en 1992 à 13,9 cas par 100 000 en 2007 (VAP = 0,73 %) chez les femmes (figure 19).
- La hausse de l'incidence du LNH au fil du temps peut être en partie attribuable à l'amélioration du diagnostic et de l'accès aux soins médicaux.<sup>218</sup> Toutefois, plusieurs facteurs de risque ont été cernés pour les divers sous-types de LNH qui pourraient également expliquer la hausse de l'incidence de ce cancer.<sup>219</sup> Pourtant, les causes

de la plupart des LNH sont en majeure partie inconnues.<sup>217</sup> De surcroît, l'introduction, dans les années 1990, des antirétroviraux pour traiter le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a été invoquée comme motif du déclin de l'incidence du LNH attribuable à l'infection par le VIH.<sup>41</sup>

- Pour ce qui est des LNH, le TMNA a baissé de façon significative dans l'ensemble du Canada pour les deux sexes. Pour la période de 1992 à 2009, la VAP était de -0,75 % (la valeur de  $p$  étant inférieure à 0,01) chez les hommes et de -1,07 % (la valeur de  $p$  étant inférieure à 0,01) chez les femmes. Dans le cas des femmes, le TMNA a quelque peu augmenté de 1992 à 2000 mais la tendance globale était en baisse (figure 19). Le taux de mortalité du LNH, calculé à l'aide des données figurant sur les certificats de décès établis dans les pays européens pour la période de 1980 à 2004, a accusé un repli dans bon nombre de ces pays au cours de la dernière décennie visée.<sup>217</sup> Dans l'ensemble de l'UE, les taux ont diminué, passant de 4,3 par 100 000 à 4,1 parmi les hommes et de 2,7 par 100 000 à 2,5 parmi les femmes, pour la période allant de la fin des années 1990 à 2004. Aux États-Unis, les taux se sont également repliés, passant de 6,5 par 100 000 à 5,5 chez les hommes et de 4,2 par 100 000 à 3,5 chez les femmes.

*Le TINA du LNH a quelque peu varié d'une province à l'autre, étant compris entre 14,4 à l'Île-du-Prince-Édouard et 17,5 en Ontario.*

*Pour ce qui est du LNH, au cours de la période de 2007 à 2009, l'écart en pourcentage entre les niveaux extrêmes des TMNA provinciaux (du plus faible au plus fort) était de 38 %.*

- Le TMNA global pour le Canada (excluant le Québec) était de 6 décès par 100 000 cas et s'échelonnait entre 5 décès par 100 000 cas à Terre-Neuve-et-Labrador et 7 décès par 100 000 cas en Nouvelle-Écosse (figure 20).

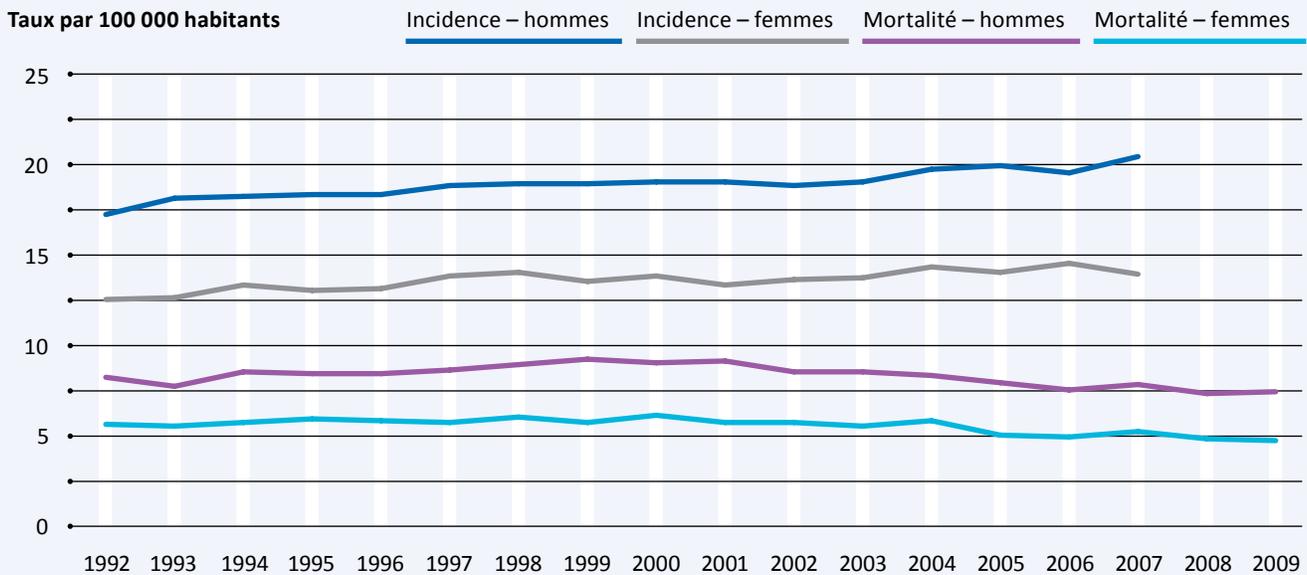
**Au Canada, le ratio brut de survie relative (RSR) à cinq ans du LNH variait d'une province à l'autre entre 2005 et 2007.**

- Pour le Canada, le RSR à cinq ans était de 71 % et était compris entre 62 % à l'Île-du-Prince-Édouard et 74 % au Nouveau-Brunswick

(données non fournies). Le perfectionnement des traitements, par l'exemple l'introduction de l'immunothérapie, a été invoqué comme motif de l'amélioration de la survie chez les patients ayant reçu un diagnostic de LNH.<sup>41</sup>

FIGURE 19

**Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge du lymphome non hodgkinien selon le sexe, Canada – de 1992 à 2009**

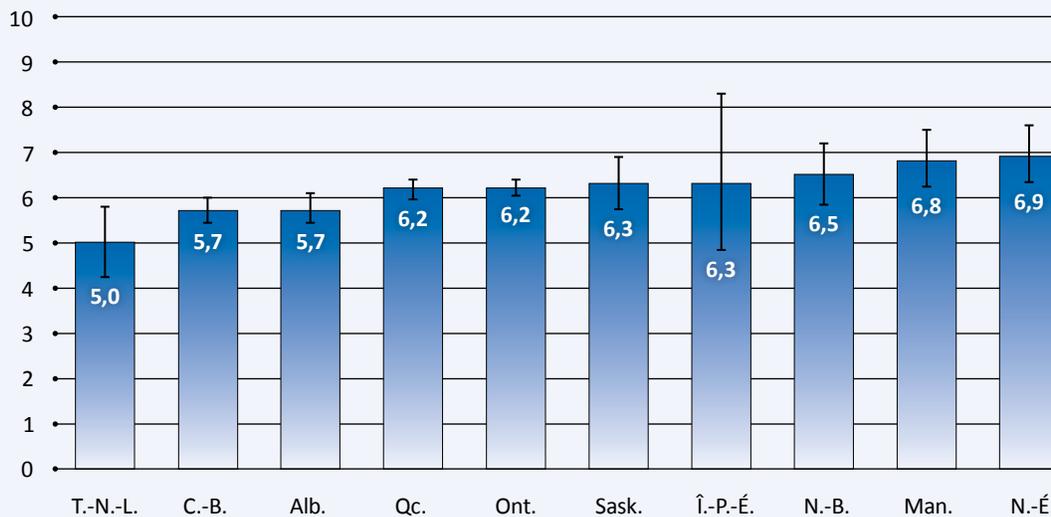


Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès.

FIGURE 20

### Taux de mortalité normalisés selon l'âge du lymphome non hodgkinien selon la province – de 2005 à 2009

Taux par 100 000 habitants



Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

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

## Cancer de la thyroïde

### Pourquoi le mesure-t-on?

*Au cours des dernières années, le cancer de la thyroïde est l'un de ceux ayant progressé le plus rapidement (du point de vue de l'incidence) au Canada, puisqu'on estime qu'il y aura 5 600 nouveaux cas en 2012.<sup>41</sup>*

### Que peut-on conclure des résultats?

*De 1992 à 2007, le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) a augmenté de façon significative chez les deux sexes (figure 21) et le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) a diminué considérablement parmi les femmes mais il est demeuré assez stable chez les hommes (données non fournies).*

- Au Canada, le TINA du cancer de la thyroïde a connu une progression notable (la valeur de  $p$  étant inférieure à 0,001) pour les deux sexes; passant de deux cas par 100 000 en 1992 à 5,2 cas par 100 000 en 2007 (variation annuelle en pourcentage (VAP) = 5,94 %) chez les hommes, et de 6,8 cas par 100 000 en 1992 à 17,9 cas par 100 000 en 2007 (VAP = 7,53 %) chez les femmes. En particulier de 1998 à 2002, une hausse spectaculaire a été enregistrée et la VAP s'établissait à 12,2 % (figure 21).
- Dans l'ensemble du pays, le TMNA des cancers de la thyroïde a décliné sensiblement dans le cas des femmes (la valeur de  $p$  étant de 0,01) (VAP = -1,82 %), la mortalité globale associée au cancer de la thyroïde est faible. Pour ce qui

est des hommes, une légère hausse du TMNA a été observée (VAP = 0,61) de 1992 à 2009 (données non fournies).

***Le TINA du cancer de la thyroïde a varié d'une province à l'autre, les taux les plus faibles étant enregistrés en Saskatchewan et en Colombie-Britannique et les plus forts, en Ontario et au Nouveau-Brunswick.***

- Pour la période combinée allant de 2007 à 2009, le TINA du cancer de la thyroïde s'échelonnait de 6,0 cas par 100 000 en Saskatchewan à 16,3 cas par 100 000 en Ontario (figure 22).

***Compte tenu des faibles chiffres disponibles, les taux de mortalité selon la province n'ont pas été diffusés.***

***Au Canada (excluant le Québec), le ratio brut de survie relative (RSR) à cinq ans des patients atteints du cancer de la thyroïde entre 2005 et 2007 s'établissait à 98,5 % et était assez constant d'une province à l'autre, allant de 99,9 % en Saskatchewan à 95,5 % au Nouveau-Brunswick (données non fournies).***

- Les données montrent que le RSR du cancer de la thyroïde a augmenté au cours de la période de 1992 à 1994 à 2005 à 2007 pour l'ensemble des groupes d'âge, en particulier pour les groupes des personnes âgées, le taux s'étant accru de 8,9 % dans le cas des personnes de 55 à 64 ans et de 10,7 % chez celles de 65 à 74 ans (consulter la page 214 de l'annexe technique).

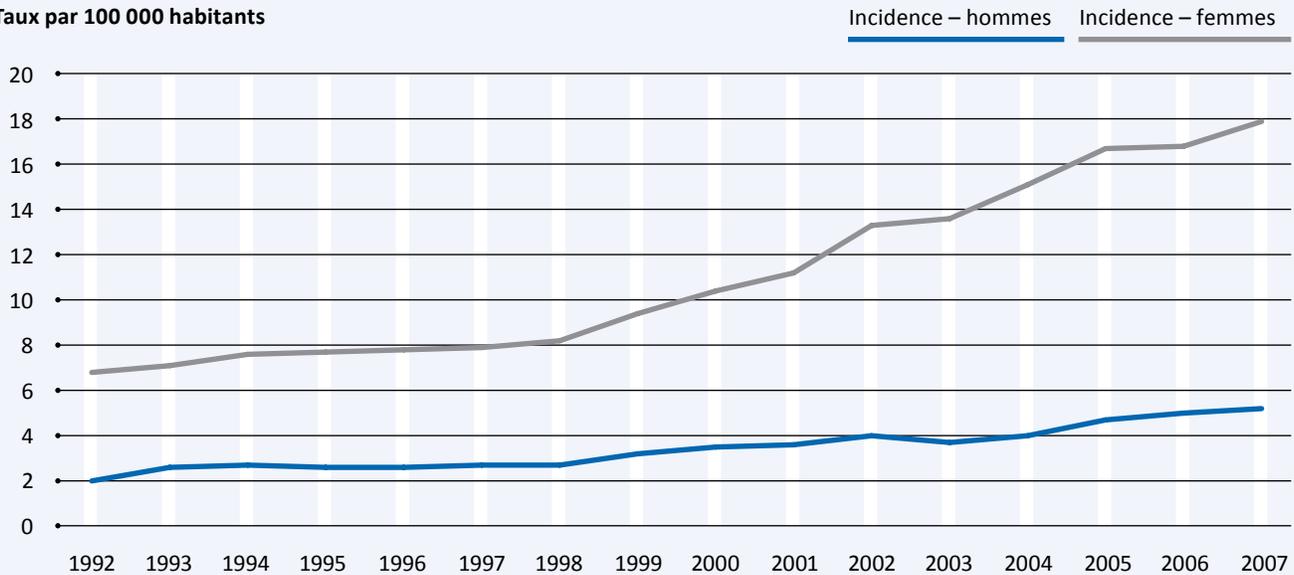
***Des hausses de l'incidence du cancer de la thyroïde ont également été observées dans d'autres pays développés, même si l'on peut supposer que ces nouvelles augmentations sont en majeure partie attribuables au nombre accru de tests effectués et à l'utilisation de technologies plus récentes.***

- L'incidence accrue du cancer de la thyroïde a été signalée partout dans le monde.<sup>220</sup> Aux États-Unis, des augmentations importantes du TINA ont également été observées.<sup>208</sup> De 1997 à 2009, la VAP globale était de 6,6 %. Chez les femmes et chez les hommes, la VAP s'établissait respectivement à 7,0 % et à 5,9 % et ces deux résultats correspondaient à de fortes hausses.
- Pour ce qui est du cancer de la thyroïde, il existe des facteurs de risque génétiques et environnementaux connus et soupçonnés, y compris l'exposition aux éthers diphenyliques polybromés (utilisés dans les produits ignifuges), l'exposition aux rayons X dans le cadre d'exams de la tête ou du cou à des fins diagnostiques, la carence en iode et l'obésité.<sup>221</sup> Cependant, il a été suggéré que la majorité des nouveaux cas additionnels découlent de l'augmentation du nombre de tests visant à diagnostiquer des masses thyroïdiennes et de l'utilisation de techniques plus perfectionnées et plus accessibles, y compris l'aspiration à l'aiguille et les ultrasons, qui ont favorisé le dépistage des cancers à un stade beaucoup plus précoce lorsque la taille de la tumeur est plus réduite.<sup>222-225</sup>
- L'existence du cancer de la thyroïde à l'état subclinique ayant été démontré, il a été estimé que l'examen de la glande thyroïde, même de plus petites parties de celle-ci, permettrait d'en arriver à un diagnostic de cancer de la thyroïde dans pratiquement tous les cas.<sup>226</sup>
- Cependant, il a signalé récemment que la hausse de l'incidence ne peut être totalement expliquée par l'augmentation du nombre de petites tumeurs détectées. Plusieurs études ont indiqué qu'un plus grand nombre de tumeurs plus importantes sont diagnostiquées.<sup>220, 227-228</sup>

FIGURE 21

Taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer de la thyroïde (selon le sexe), Canada – de 1992 à 2007

Taux par 100 000 habitants

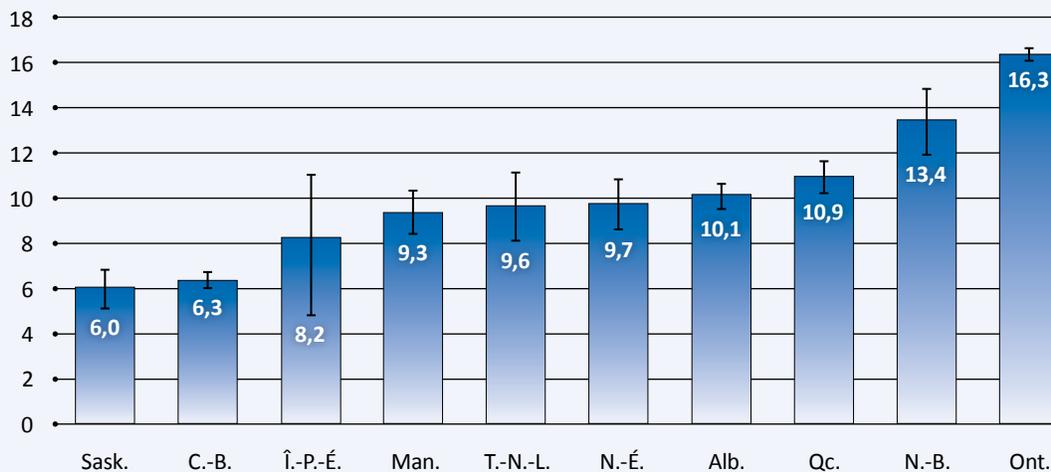


Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer.

FIGURE 22

Taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer de la thyroïde selon la province – de 2007 à 2009

Taux par 100 000 habitants



Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

Les données du Québec sont celles de 2007.

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

## Cancer du foie

### Pourquoi le mesure-t-on?

*Au cours des dernières années, une hausse de l'incidence du cancer du foie a été observée au Canada, en particulier chez les hommes. On estime qu'il y a eu en tout 2 000 nouveaux cas et 900 décès au Canada en 2012.<sup>41</sup>*

### Que peut-on conclure des résultats?

*Le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) a augmenté de façon significative entre 1992 et 2007, tout comme le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) entre 1992 et 2009, et ce pour les deux sexes (figure 23).*

- Au Canada, le TINA du cancer du foie a beaucoup progressé (la valeur de p étant inférieure à 0,01) pour les deux sexes; passant de 3,5 cas par 100 000 en 1992 à 6,2 cas par 100 000 en 2007 (variation annuelle en pourcentage (VAP) = 3,38 %) chez les hommes et de 1,3 cas par 100 000 en 1992 à 1,7 cas par 100 000 en 2007 (VAP = 2,14 %) chez les femmes.
- Même si, dans l'ensemble, le TMNA des cancers du foie a subi une hausse notable chez les deux sexes, au cours de la période de 1992 à 2009 (la valeur de p étant inférieure à 0,01), cette augmentation n'était pas aussi importante que celle de l'incidence. De 1992 à 2009, la VAP du taux de mortalité était de 1,4 % chez les femmes et de 2,3 % chez les hommes.
- La létalité s'échelonnait entre 44 % et 70 % parmi les femmes et 48 % et 62 % parmi les hommes, pour la période de 1992 à 2007.

*De 2007 à 2009, des variations interprovinciales du TINA du cancer du foie ont été relevées.*

- Le TINA global du cancer du foie était compris entre 1,9 cas par 100 000 personnes à Terre-Neuve-et-Labrador et 4,4 cas par 100 000 en Colombie-Britannique (données non fournies).

- Pour l'ensemble des provinces, le TINA était beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Parmi les hommes, le TINA variait, allant de 3,0 cas par 100 000 au Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador à 6,9 cas par 100 000 en Colombie-Britannique. Dans le cas des femmes, le TINA s'échelonnait entre 0,9 à Terre-Neuve-et-Labrador et 2,2 en Colombie-Britannique (figure 24).

*De 2005 à 2009, des variations interprovinciales du TMNA du cancer du foie ont été relevées.*

- Pour ce qui du cancer du foie, le TMNA combiné varie de 0,8 cas par 100 000 personnes en Saskatchewan à 2,1 cas par 100 000 en Colombie-Britannique (figure 25).

*Au Canada (excluant le Québec), le ratio brut de survie relative (RSR) à cinq ans des patients atteint du cancer du foie entre 2005 et 2007 s'établissait à 22,1 % et s'échelonnait entre 26,8 % en Ontario et 7,3 % à Terre-Neuve-et-Labrador et Manitoba (figure 26). En outre, ce taux a progressé dans l'ensemble des groupes d'âge depuis la période allant de 1992 à 1994.*

- Les données montrent une hausse considérable du RSR du cancer du foie au cours de la période de 1992 à 1994 à 2005 à 2007 dans l'ensemble des groupes d'âge, en particulier dans celui des personnes de 15 à 44 ans pour lesquelles le taux a grimpé de 164,7 % (consulter la page 214 de l'annexe technique).

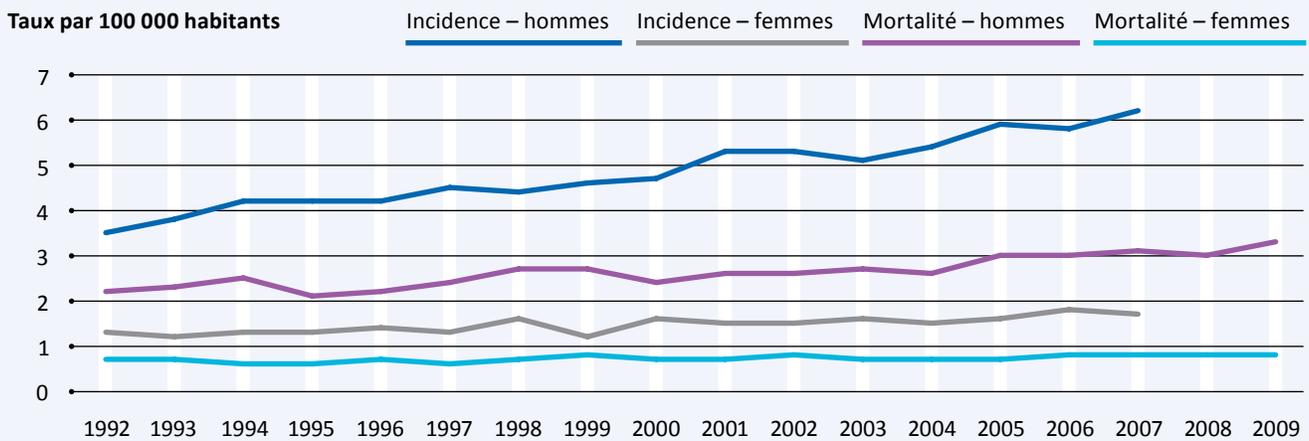
*Diverses raisons peuvent être à l'origine de la hausse de l'incidence, qui a également été observée aux États-Unis, y compris les taux plus élevés d'infection chronique par le virus de l'hépatite B et par le virus de l'hépatite C et l'augmentation du nombre d'immigrants en provenance de pays dans lesquels l'hépatite est endémique.*

- À l'échelon planétaire, le cancer du foie est le cinquième type de cancer le plus fréquent chez les hommes; toutefois, son incidence est assez faible dans les pays plus développés.<sup>204</sup>
- Plusieurs facteurs ont été associés au cancer du foie, par exemple l'infection chronique par le virus de l'hépatite B ou par celui de l'hépatite C, la cirrhose d'origine alcoolique et l'obésité. L'augmentation du nombre d'immigrants en

provenance de pays dans lesquels l'infection par le virus de l'hépatite B est endémique et la plus forte exposition aux aflatoxines peuvent également expliquer, en partie, la hausse de l'incidence.<sup>41, 216</sup> Même si les facteurs susmentionnés et d'autres encore peuvent être associés à la hausse récente du cancer du foie, des données nous parviennent toujours et d'autres études doivent être menées.

FIGURE 23

### Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge du cancer du foie selon le sexe, Canada – de 1992 à 2009



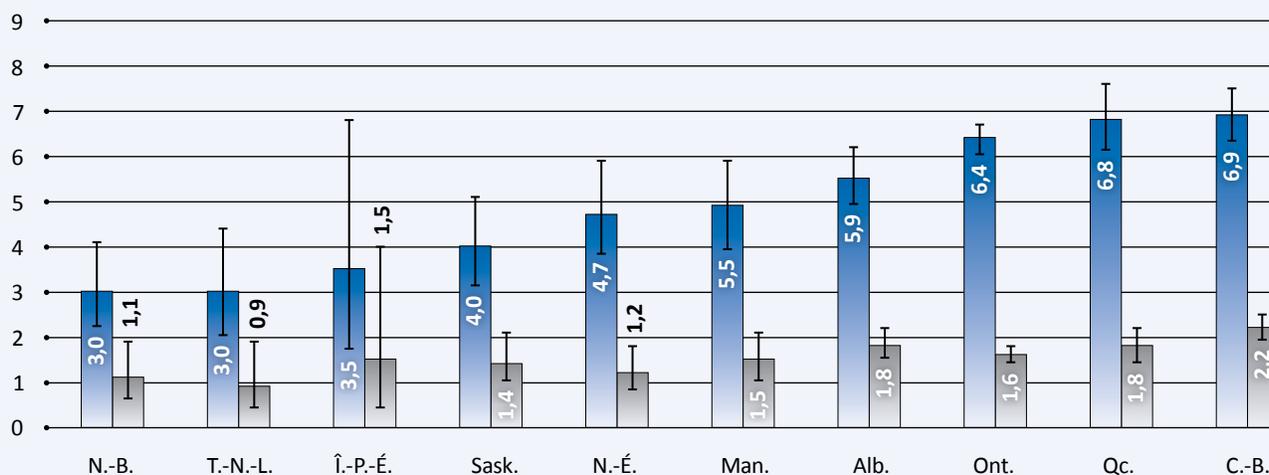
Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès.

FIGURE 24

Taux d'incidence normalisés selon l'âge du cancer du foie selon la province et le sexe – de 2007 à 2009

Taux par 100 000 habitants

■ Homme ■ Femme



Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

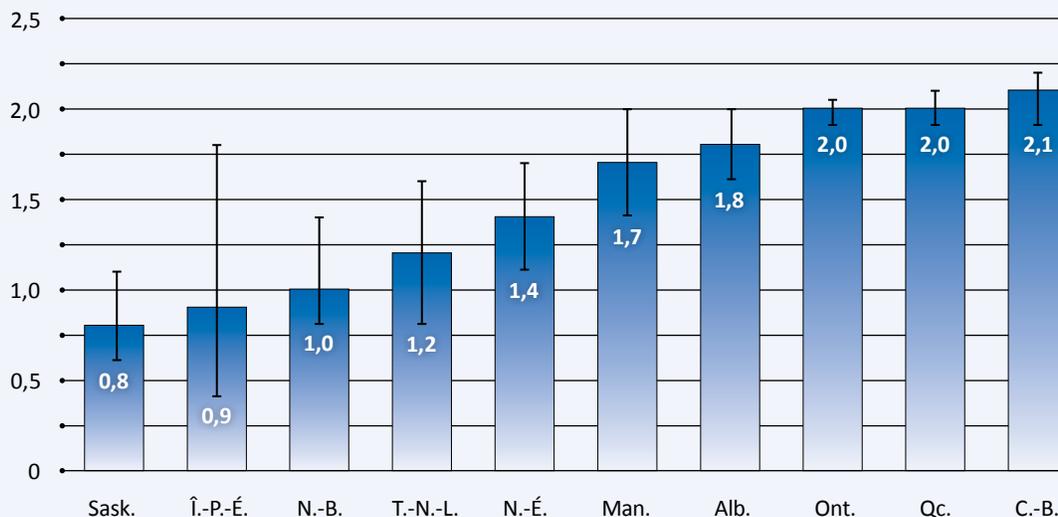
Les données du Qc. sont celles de 2007.

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

FIGURE 25

Taux de mortalité normalisés selon l'âge du cancer du foie selon la province – 2005 à 2009

Taux par 100 000 habitants



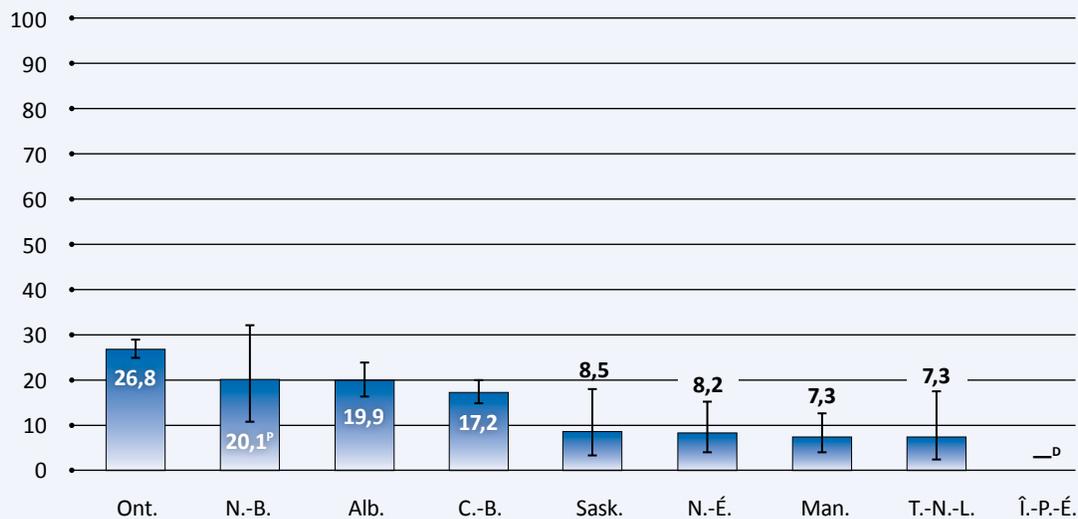
Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

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

FIGURE 26

### Ratio de survie relative à cinq ans (de 15 à 74 ans) du cancer du foie selon la province – de 2005 à 2007

Survie relative (%)



<sup>p</sup> Le ratio peut fluctuer.

<sup>d</sup> Tous les patients sont décédés avant le suivi après 5 ans.

Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

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

## Mélanome

### Pourquoi le mesure-t-on?

*Le mélanome malin est le sixième cancer le plus fréquent au Canada; le nombre de nouveaux cas étant estimé à 5 800 et celui des décès, à 970 en 2012.<sup>41</sup>*

*Le principal facteur de risque de mélanome est l'exposition aux rayons ultraviolets (rayons UV), y compris les ultraviolets A et B. L'exposition aux rayons UV émis par le soleil et les lits de bronzage est l'une des principales causes du*

*mélanome<sup>229</sup> (consulter la page 34 du présent rapport pour en savoir plus sur l'utilisation de l'équipement de bronzage artificiel au Canada).*

*Selon le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC), un nombre suffisant d'études ont conclu que les rayons UV sont cancérigènes pour les humains et sont à l'origine de mélanome et d'autres cancers de la peau.<sup>230</sup>*

### Que peut-on conclure des résultats?

**De 1992 à 2007, le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) du mélanome a augmenté de façon significative chez les deux sexes.**

- Le TINA du mélanome a augmenté, passant de 10,4 cas par 100 000 en 1992 à 13,7 cas par 100 000 en 2007 (variation annuelle en pourcentage (VAP) = 1,82 %, la valeur de p étant inférieure à 0,01) chez les hommes, et de 8,7 cas par 100 000 en 1992 à 11,3 cas par 100 000 en 2007 (VAP = 1,5 %) chez les femmes. De 2000 à 2003, le TINA a légèrement progressé dans le cas des femmes ([figure 27](#)).

**Le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) du mélanome s'est accru considérablement chez les hommes et est demeuré assez stable chez les femmes.**

- De 1992 à 2009, le TMNA du mélanome a progressé de façon significative chez les hommes (la valeur de p étant inférieure à 0,01) (VAP = 0,91 %), alors qu'il est demeuré stable chez les femmes (données non fournies).

**De 2007 à 2009, le TINA et le TMNA du mélanome ont varié selon la province au Canada.**

- De 2007 à 2009, le TINA du mélanome s'échelonnait entre 6,5 cas par 100 000 personnes au Québec et 19,3 cas par 100 000 en Nouvelle-Écosse ([figure 28](#)). Il est connu que le mélanome est largement sous-déclaré au Québec, d'où la nécessité de faire preuve de prudence dans l'interprétation des chiffres s'y rapportant.<sup>231</sup>
- Des variations interprovinciales du TMNA du mélanome ont également été observées au cours de la même période, étant comprises entre 1,7 par 100 000 au Québec et 2,7 par 100 000 en Nouvelle-Écosse ([figure 29](#)).

**Au Canada (excluant le Québec), le ratio brut de survie relative (RSR) à cinq ans du mélanome était de 90,3 %; la variation en points de pourcentage d'une province à l'autre étant de dix points entre le taux le plus faible et le taux le plus fort, au cours de la période de 2005 à 2007.**

- Dans l'ensemble du Canada (excluant le Québec), le RSR était de 90,3 % pour la période de 2005 à 2007 et s'échelonnait entre 85,4 % à Terre-Neuve-et-Labrador et 95,4 % à l'Île-du-Prince-Édouard (données non fournies).
- Le ratio de survie relative du mélanome a augmenté au cours de la période de 1992–1994 à 2005–2007 dans tous les groupes d'âge, en particulier dans le groupe des personnes plus âgées (de 65 à 74 ans) pour lesquelles le RSR s'est accru, passant de 81 % à 87 % au cours de la période de 1992 à 1994 à 2005 à 2007 respectivement (consulter la [page 214](#) de l'annexe technique).

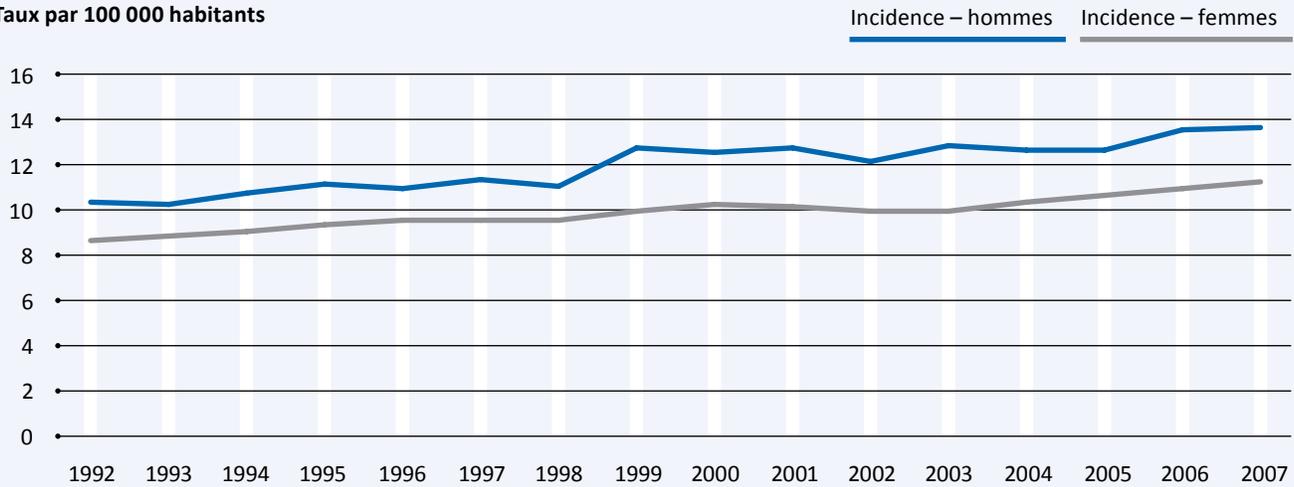
**L'incidence déclarée du mélanome est beaucoup plus élevée aux États-Unis et en Australie qu'au Canada.**

- Le classement mondial de l'incidence et de la mortalité du mélanome, normalisé selon l'âge en fonction de la population mondiale, montre que le Canada vient derrière l'Australie, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis quant à l'incidence du mélanome, tant chez les hommes que chez les femmes. Une tendance similaire a été observée pour ce qui est de la mortalité.<sup>232</sup>

FIGURE 27

## Taux d'incidence normalisés selon l'âge du mélanome selon le sexe, Canada – de 1992 à 2007

Taux par 100 000 habitants

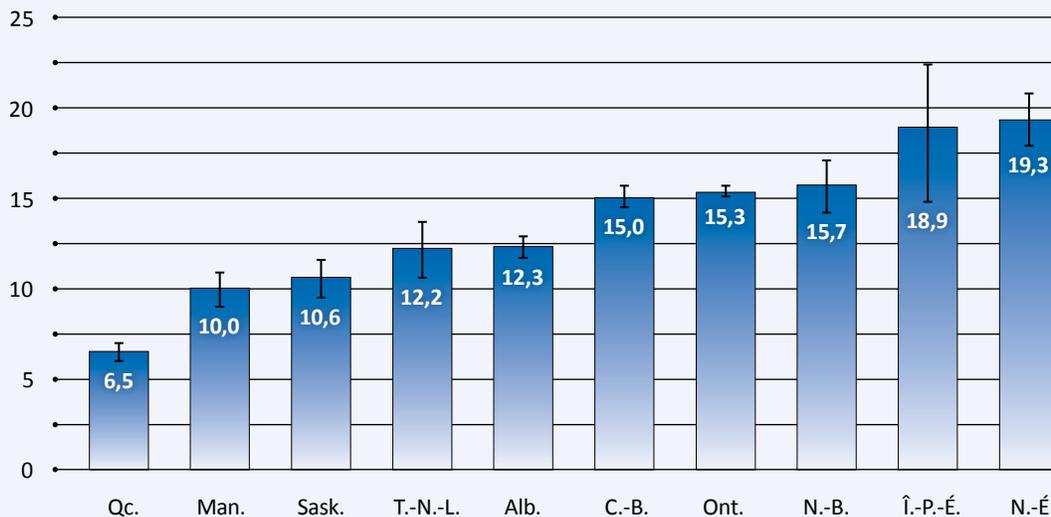


Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer.

FIGURE 28

## Taux d'incidence normalisés selon l'âge du mélanome selon la province – de 2007 à 2009

Taux par 100 000 habitants



Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

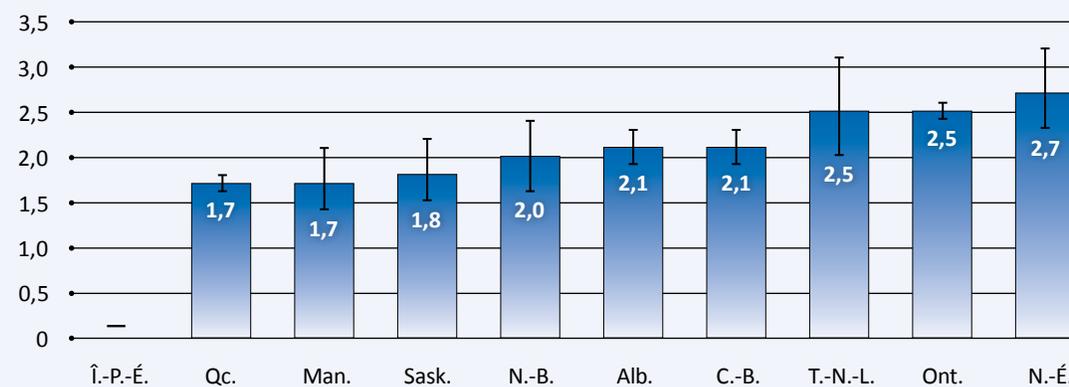
Les données du Qc. sont celles de 2007.

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

FIGURE 29

**Taux de mortalité normalisés selon l'âge du mélanome selon la province – de 2005 à 2009**

Taux par 100 000 habitants



Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

Les données de l'Î.-P.-É. ont été supprimées en raison de la faible numération cellulaire.

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

**Cancer de la tête et du cou et cancer oropharyngé****Pourquoi le mesure-t-on?**

*Le cancer de la tête et du cou comprend les tumeurs du tube aérodigestif supérieur, dont la cavité buccale, l'oropharynx, le larynx et l'hypopharynx.*

*En 2011, le cancer de la tête et du cou était le treizième cancer le plus fréquent au Canada; 3 600 nouveaux cas et 1 150 décès ayant été estimés.<sup>111</sup>*

*Il y a de plus en plus de données probantes qui semblent indiquer qu'il existe un lien de cause à effet entre le virus du papillome humain (VPH),*

*qui est l'agent responsable du cancer du col de l'utérus,<sup>62</sup> et un sous-ensemble de cancers de la tête et du cou. Nous les avons désignés sous le vocable de cancer oropharyngé.*

*En 2007, le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) a reconnu que le VPH, de même que le tabagisme et la consommation d'alcool, était un facteur de risque de cancer de la tête et du cou,<sup>233</sup> en particulier les carcinomes squameux touchant les amygdales, la racine de la langue et l'oropharynx (regroupés ci-après sous le vocable cancer oropharyngé).*

### Que peut-on conclure des résultats?

**De 1992 à 2007, le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) du cancer de la tête et du cou a diminué de façon significative chez les hommes et il est demeuré stable chez les femmes (figure 30).**

- Parmi les hommes, le TINA du cancer de la tête et du cou a décliné, passant de 16,8 cas par 100 000 en 1992 à 12,8 cas par 100 000 en 2007 (variation annuelle en pourcentage (VAP) = -1,93 %, la valeur de p étant inférieure à 0,01).
- Aucune tendance significative n'a été observée en ce qui a trait au TINA du cancer de la tête et du cou chez les femmes.
- La diminution marquée de l'incidence du cancer de la tête et du cou relevée chez les hommes, mais non pas chez les femmes, peut être le reflet des divergences antérieures des tendances relatives au tabagisme, celui-ci accusant un recul plus important chez les hommes que chez les femmes à partir des années 1960.<sup>24</sup>

**De 1992 à 2007, le TINA de certains cancers oropharyngés a augmenté de façon significative pour les deux sexes (figure 30).**

- Le TINA du cancer oropharyngé s'est accru, passant de 2,5 cas par 100 000 en 1992 à 3,9 cas par 100 000 en 2007 (VAP = 2,55, la valeur de p étant inférieure à 0,01) chez les hommes, et de 0,71 par 100 000 en 1992 à 1,09 par 100 000 en 2007 chez les femmes (VAP = 2,05, la valeur de p étant de 0,01).
- L'augmentation la plus spectaculaire de l'incidence de certains cancers oropharyngés est relevée chez les personnes de 50 à 59 ans.<sup>234</sup>

**Le cancer de la tête et du cou et de certains cancers oropharyngés affichent des tendances divergentes quant à l'incidence.**

- Les systèmes de déclaration des cas de cancer placent d'ordinaire de certains cancers oropharyngés dans le même groupe que les autres cancers de la région de la tête et du cou.<sup>41, 114, 204</sup> Les tendances divergentes de leur incidence semblent indiquer que certains cancers oropharyngés doivent être étudiés séparément des autres cancers de la région de la tête et du cou.<sup>234</sup>

**Le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) du cancer de la tête et du cou a diminué de façon significative chez les deux sexes (figure 30).**

- Pour ce qui est du cancer de la tête et du cou, la VAP du TMNA était de -2,3 % (la valeur de p étant inférieure à 0,01) chez les hommes, et de -1,2 % chez les femmes (la valeur de p étant de 0,01) (données non fournies).
- Il n'a pas été possible de calculer la mortalité des cancers oropharyngés en tant que cause de décès. Dans Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès, le codage est effectué d'après la CIM-10 et l'analyse histologique nécessaire aux fins du classement des cancers oropharyngés n'est pas précisée.

**De 2005 à 2009, le TMNA du cancer de la tête et du cou et celui de certains cancers oropharyngés ont varié d'une région du pays à l'autre (figure 31).**

- Le TINA du cancer de la tête et du cou s'échelonnait entre 7,4 cas par 100 000 personnes en Saskatchewan et 12 cas par 100 000 à l'Île-du-Prince-Édouard.
- Le TINA du cancer oropharyngé associé au VPH était compris entre 2,1 cas par 100 000 personnes en Saskatchewan et 3,4 cas par 100 000 en Nouvelle-Écosse.

**De 2005 à 2009, certaines variations interprovinciales du TMNA du cancer de la tête et du cou ont été observées (figure 32).**

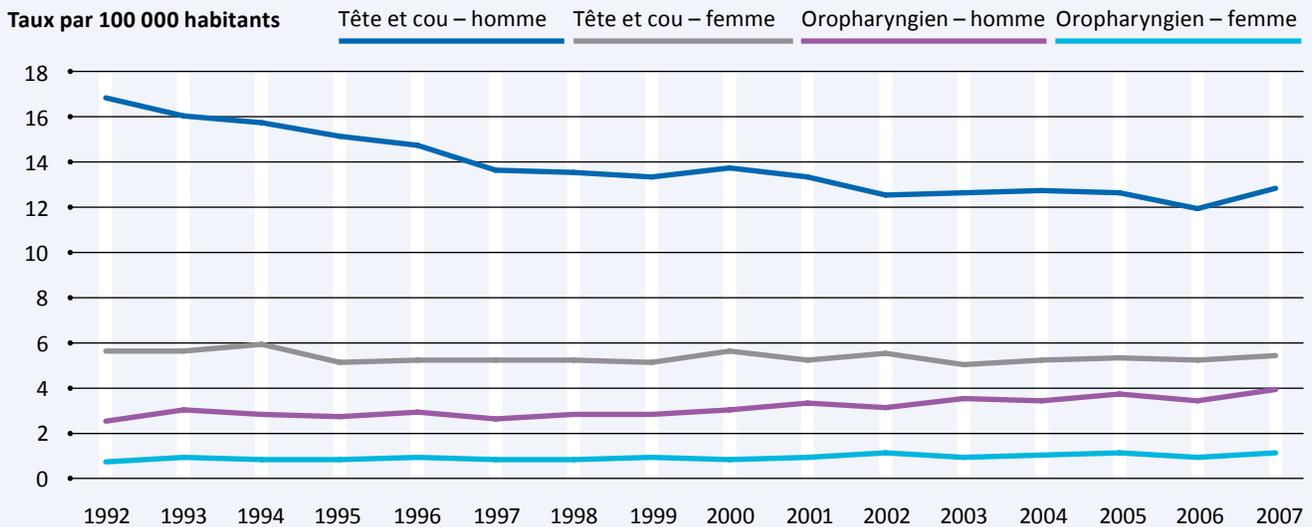
- Le TMNA du cancer de la tête et du cou variait de 2,0 cas par 100 000 personnes en Saskatchewan à 2,9 cas par 100 000 à l'Île-du-Prince-Édouard.

**Des hausses de l'incidence du cancer oropharyngé, en particulier le cancer amygdalien, ont également été observées dans d'autres pays.**

- Les données provenant des États-Unis, de l'Écosse, de la Suède, du Royaume-Uni, des Pays-Bas, de la Finlande et de l'Australie<sup>235-243</sup> montrent également une hausse du sous-ensemble des cancers de la tête et du cou associés à l'infection par le VPH.

FIGURE 30

**Taux d'incidence normalisé selon l'âge – cancer de la tête et du cou et cancer oropharyngé selon le sexe, Canada – de 1992 à 2007**



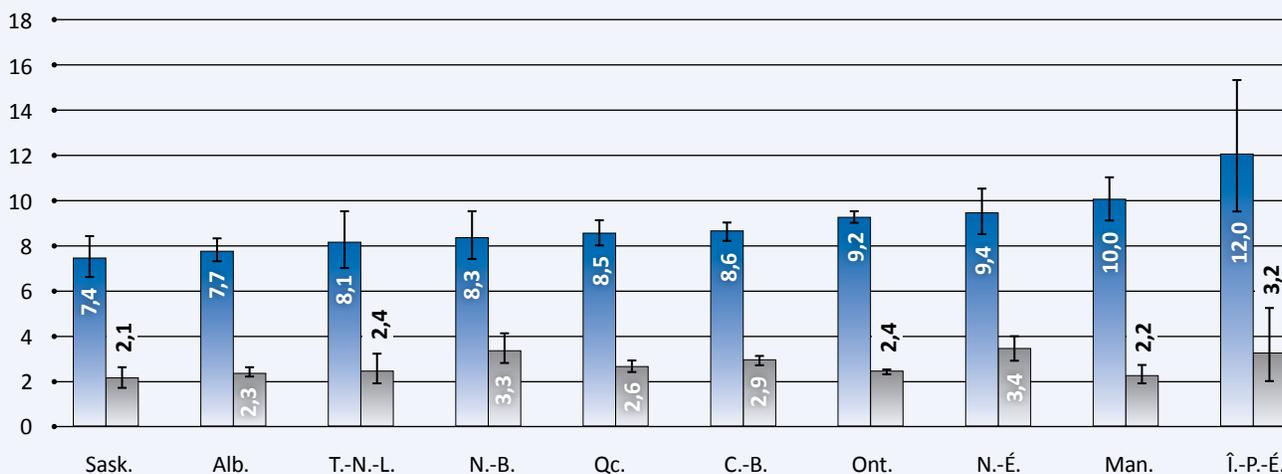
Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer.

FIGURE 31

**Taux d'incidence normalisé selon l'âge – cancer de la tête et du cou et cancer oropharyngé selon la province – de 2007 à 2009**

Taux par 100 000 habitants

■ Tête et cou ■ Oropharyngien



Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

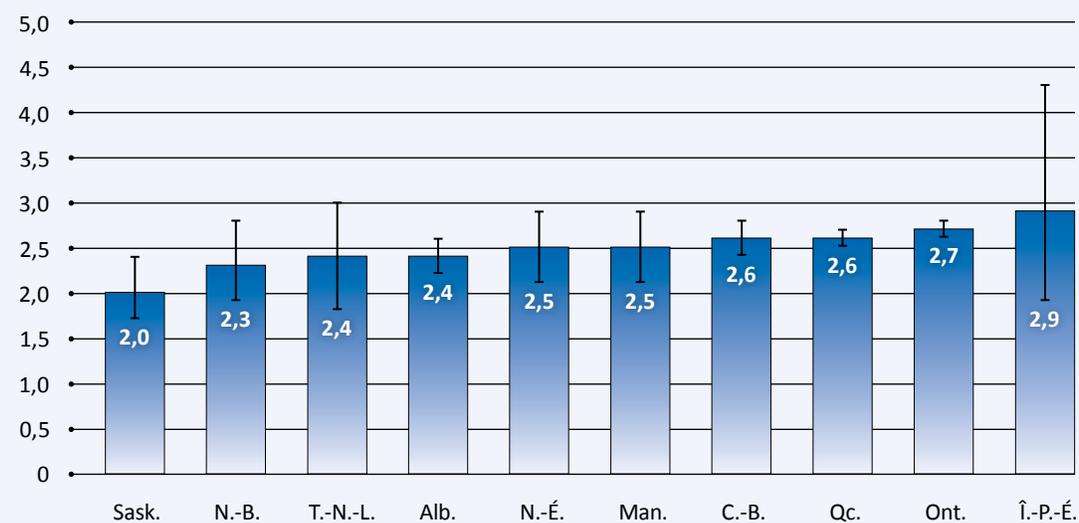
Les données du Qc. sont celles de 2007.

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

FIGURE 32

**Taux de mortalité normalisé selon l'âge – cancer de la tête et du cou selon la province – de 2005 à 2009**

Taux par 100 000 habitants



Des intervalles de confiance de 95 % sont indiqués sur la figure.

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

# Perspectives d'avenir

*Le Rapport de 2012 sur le rendement du système canadien de lutte contre le cancer est la quatrième compilation annuelle des indicateurs qui permettent de mesurer le rendement du système canadien de lutte contre le cancer. Il représente une nouvelle avancée des efforts que le Partenariat déploie depuis 2008 et qui visent à fournir des renseignements utiles pour orienter les améliorations du rendement au niveau du système à l'échelle du pays. Comme toujours, les rapports et les analyses ont été produits en collaboration étroite avec des partenaires provinciaux et nationaux, et reposent sur des consultations menées auprès d'experts et de chefs de file dans le domaine du savoir de partout au Canada.*

**Pour préparer l'avenir, des plans ont été adoptés** pour élargir l'élaboration d'indicateurs et la production de rapports connexes afin d'aborder des aspects du rendement qui ne font pas l'objet d'une évaluation ou pour lesquels les paramètres d'évaluation sont déficients. Il s'agira des indicateurs suivants :

**Indicateurs permettant de mesurer l'efficacité du système de lutte contre le cancer, qui pourraient comprendre :**

- des indicateurs sur la rentabilité et l'utilité (p. ex. coût moyen des nouveaux médicaments homologués, par année de vie ajustée par la qualité);
- la surutilisation des services (p. ex. recours excessif au dépistage, diagnostics redondants ou répétés, traitement radical au cours des dernières semaines de la vie, etc.); et
- l'efficacité opérationnelle (p. ex. recours à la chirurgie d'un jour plutôt qu'à des interventions nécessitant une hospitalisation, utilisation d'appareils, y compris des appareils de tomographie par émission de positons (TEP), des accélérateurs linéaires, etc.).

**Indicateurs élargis sur l'expérience des patients et les résultats déclarés par les patients. Ces indicateurs pourraient comprendre :**

- des mesures supplémentaires de la satisfaction des patients fondées sur les données recueillies au moyen du sondage intitulé *Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey* produit par NRC Picker;
- des indicateurs examinant le pourcentage de patients ayant fait l'objet d'un dépistage au moyen d'outils d'évaluation des symptômes et, peut-être, les taux de suivi.

De plus, en 2013, un rapport thématique spécial évaluera plus étroitement les répercussions du statut socioéconomique (revenu et niveau de scolarité) et fera ressortir des questions touchant le lieu de résidence des patients (notamment les *collectivités rurales, éloignées et nordiques*) et les *nouveaux immigrants*. L'examen de ces thèmes se poursuivra dans le cadre d'études et d'analyses subséquentes et les résultats de celles-ci seront présentés dans les prochains rapports sur le rendement du système.

Les efforts qui seront déployés en 2013 et au delà porteront également sur l'élaboration de *cibles et de points de référence* en matière de rendement relativement à un certain nombre d'indicateurs faisant l'objet de rapports. Ces démarches reposeront sur un processus consensuel tenant compte des données probantes disponibles. Les cibles et les points de référence en question permettront de définir l'orientation et l'envergure des améliorations possibles en fonction des résultats des indicateurs.

Un autre volet des travaux sur le rendement du système consiste à procéder à des *études spéciales* permettant de faire la lumière sur des aspects se rapportant aux résultats des indicateurs. En 2012, un examen des dossiers médicaux a été réalisé afin d'expliquer les décisions prises en matière de recommandation et de traitement qui font ressortir les résultats relatifs au taux de conformité aux directives thérapeutiques. En 2013, une étude spéciale sera effectuée sur l'utilisation d'appareils de TEP dans le diagnostic et le traitement du cancer du poumon « non à petites cellules ». Cette étude aidera à cerner des possibilités de faire en sorte que cette technologie exigeant beaucoup de ressources soit utilisée d'une manière plus uniforme et davantage axée sur des données probantes à l'échelle du pays.

En dernier lieu, l'équipe du rendement du système a lancé, en collaboration avec les partenaires provinciaux, une stratégie concertée sur *l'échange et l'application des connaissances (EAC)* visant à accroître la portée et l'incidence de l'information sur le rendement du système auprès d'un vaste éventail d'auditoires cibles au sein du système canadien de lutte contre le cancer. Les démarches à cet égard comprennent la diffusion à plus grande échelle des constatations sur le rendement du système dans des revues scientifiques et médicales ainsi que dans le cadre d'exposés de conférence connexes. Toutefois, ces démarches comprennent également des stratégies destinées à renforcer, grâce à une formation, à des outils d'analyse et à d'autres mesures d'appui, la capacité des organismes provinciaux à utiliser les données sur le rendement du système de manière à orienter les améliorations du système. Les efforts en matière d'EAC et les autres mesures d'amélioration du rendement du système sont éclairés par des *évaluations indépendantes* qui ont été menées sur les rapports de 2010 et de 2011; une évaluation du présent rapport de 2012 est prévue au printemps 2013.

*Si vous souhaitez participer à l'évaluation du présent rapport, ou si vous désirez formuler des commentaires ou des suggestions, veuillez communiquer avec nous par courrier électronique à l'adresse : [sp-info@partnershipagainstcancer.ca](mailto:sp-info@partnershipagainstcancer.ca).*

# Bibliographie

- World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. *Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective*. Washington (DC): The Institute; 2007. Accessible à : <http://eprints.ucl.ac.uk/4841/1/4841.pdf> (en anglais seulement).
- Agence de la santé publique du Canada. *Cadre de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada; 2005. Accessible à : [www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/ld-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/ld-fra.php).
- Santé Canada [Internet]. *La stratégie fédérale de lutte contre la tabagisme (SFLT) : Un cadre d'action*. Ottawa: Santé Canada; 2009 [cité le 2012 oct 3]. Accessible à : [www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/ffa-ca/index-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/ffa-ca/index-fra.php).
- Société canadienne du cancer [Internet]. *Alcool*. Toronto: Société canadienne du cancer; 2011 [cité le 2012 oct 3]. Accessible à : [http://www.cancer.ca/Canada-wide/Prevention/Alcohol.aspx?sc\\_lang=fr-CA](http://www.cancer.ca/Canada-wide/Prevention/Alcohol.aspx?sc_lang=fr-CA).
- Organisation mondiale de la Santé [Internet]. *WHO global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020* [about 1 page]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2012 [cité le 2012 oct 3]. Accessible à : [http://www.who.int/nmh/events/2012/ncd\\_discussion\\_paper/en/index.html](http://www.who.int/nmh/events/2012/ncd_discussion_paper/en/index.html) (en anglais seulement).
- Partenariat canadien contre le cancer. *Analyse environnementale des activités de prévention primaire au Canada : Partie 1 – Politiques et lois*. Toronto: Partenariat canadien contre le cancer; 2009. Accessible à : [http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/3.2.1.1.1-Analyse\\_environnementale\\_activites\\_de\\_prevention\\_Partie1\\_FR.pdf](http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/3.2.1.1.1-Analyse_environnementale_activites_de_prevention_Partie1_FR.pdf).
- Partenariat canadien contre le cancer [Internet]. *Répertoire des politiques de prévention* [multiple pages]. Toronto: Partenariat canadien contre le cancer; 2012 [cité le 2012 oct 3]. Accessible à : [http://www.cancerview.ca/cv/portal/Home/PreventionAndScreening/PSProfessionals/PSPrevention/PreventionPoliciesDirectory?\\_afLoop=417123300492000&lang=fr&\\_afWindowMode=0&\\_adf.ctrl-state=t5nkh1dla\\_4](http://www.cancerview.ca/cv/portal/Home/PreventionAndScreening/PSProfessionals/PSPrevention/PreventionPoliciesDirectory?_afLoop=417123300492000&lang=fr&_afWindowMode=0&_adf.ctrl-state=t5nkh1dla_4).
- Statistique Canada [Internet]. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ECSS)* [about 1 page]. Ottawa: Statistique Canada; 2011 [cité le 2012 sept 10]. Accessible à : [http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2](http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2).
- Société canadienne du cancer [Internet]. *Fiche d'information médias: les faits sur le tabagisme*. Toronto: Société canadienne du cancer; 2012 [cité le 2012 sept 10]. Accessible à : [http://www.cancer.ca/Canada-wide/About%20us/Media%20centre/CW-Media%20releases/CW-2012/Backgrounder%20Facts%20on%20tobacco.aspx?sc\\_lang=fr-ca](http://www.cancer.ca/Canada-wide/About%20us/Media%20centre/CW-Media%20releases/CW-2012/Backgrounder%20Facts%20on%20tobacco.aspx?sc_lang=fr-ca).
- Organisation mondiale de la Santé. *WHO REPORT on the global TOBACCO epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2011. Accessible à : [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2011/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/) (en anglais seulement).
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey Data*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2011 [cité le 2012 sept 10]. Accessible à : <http://apps.nccd.cdc.gov/brfss/> (en anglais seulement).
- Office for National Statistics. *General Lifestyle Survey Overview: A report on the 2010 General Lifestyle Survey*. Newport: Office for National Statistics; 2012. Accessible à : <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/ghs/general-lifestyle-survey/2010/general-lifestyle-survey-overview-report-2010.pdf> (en anglais seulement).
- Australian Bureau of Statistics. *National Health Survey, Summary of Results: 2007-2008*. Canberra: Australian Bureau of Statistics; 2009. Accessible à : <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/4364.0/> (en anglais seulement).
- Santé Canada. *Déclaration de l'honorable Leona Aglukkaq, ministre de la Santé sur la lutte contre le tabagisme*. Ottawa: Santé Canada; 2012 [cité le 2012 sept 10]. Accessible à : [http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/\\_2012/2012-55-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2012/2012-55-fra.php).
- Partenariat canadien contre le cancer [Internet]. *Au sujet du projet COALITION*. Toronto: Partenariat canadien contre le cancer; 2012 [cité le 2012 sept 10]. Accessible à : [http://www.cancerview.ca/cv/portal/Home/PreventionAndScreening/PSProfessionals/PSPrevention/CLASP?\\_afLoop=417779965164000&lang=fr&\\_afWindowMode=0&\\_adf.ctrl-state=t5nkh1dla\\_345](http://www.cancerview.ca/cv/portal/Home/PreventionAndScreening/PSProfessionals/PSPrevention/CLASP?_afLoop=417779965164000&lang=fr&_afWindowMode=0&_adf.ctrl-state=t5nkh1dla_345).
- Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ*. 2000;321(7257):323-9.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Quitting Smoking Among Adults - United States, 2001-2010*. *MMWR Morb and Mortal Wkly Rep*. 2011;60(44):1513-1519.
- The Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment [Internet]. *About Us* [about 1 page]. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 2011 [cité le 2012 oct 10]. Accessible à : <https://www.nicotinedependenceclinic.com/English/CANADAPTT/Pages/About/About%20Us.aspx> (en anglais seulement).
- Ottawa Model for Smoking Cessation [Internet]. *About OMSC* [about 1 page]. Ottawa: Champlain CVD Prevention Network; 2011 [cité le 2012 oct 10]. Accessible à : [http://ottawamodel.ca/en\\_about.php](http://ottawamodel.ca/en_about.php) (en anglais seulement).
- Société canadienne du cancer [Internet]. *La fumée secondaire est nocive*. Toronto: Société canadienne du cancer; 2011 [cité le 2012 sept 10]. Accessible à : [http://www.cancer.ca/Canada-wide/Prevention/Smoking%20and%20tobacco/Second-hand%20smoke.aspx?sc\\_lang=fr-ca](http://www.cancer.ca/Canada-wide/Prevention/Smoking%20and%20tobacco/Second-hand%20smoke.aspx?sc_lang=fr-ca).
- Association pulmonaire du Canada [Internet]. *Fumée secondaire*. Ottawa: Association pulmonaire du Canada; 2011 [cité le 2012 sept 10]. Accessible à : [http://www.poumon.ca/protect-protegez/tobacco-tabagisme/second-secondaire/hurts-nuit\\_f.php](http://www.poumon.ca/protect-protegez/tobacco-tabagisme/second-secondaire/hurts-nuit_f.php).

22. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2006 Accessible à : <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/secondhandsmoke/index.html> (en anglais seulement).
23. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. *Fact Sheet – Second hand Smoke Facts*. 2011 [cité le 2011 juin 16]. Accessible à : [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/secondhand\\_smoke/general\\_facts/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/general_facts/index.htm) (en anglais seulement).
24. Reid J, Hammond D. *Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends, 2012 Edition (Supplement: Tobacco Control Policies in Canada)*. Waterloo (ON): Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo; 2012 [cité le 2012 Oct 11] (en anglais seulement).
25. Santé Canada [Internet]. *Interdictions de fumer dans les lieux publics par province et territoire*. Ottawa: Santé Canada ; 2007 [cité le 2012 sept 11]. Accessible à : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/res/news-nouvelles/ban-interdiction-public-fra.php>.
26. Société canadienne du cancer [Internet]. *Smoke-free vehicles carrying children* [about 1 page]. Toronto: Société canadienne du cancer; 2011 [cité le 2012 sept 11]. Accessible à : [http://www.cancer.ca/Alberta-NWT/How%20you%20can%20help/AB-Take%20action/Advocacy%20in%20Alberta-NWT/Smoke-free%20legislation%20in%20Alberta-NWT/Smoke-free%20vehicles.aspx?sc\\_lang=en](http://www.cancer.ca/Alberta-NWT/How%20you%20can%20help/AB-Take%20action/Advocacy%20in%20Alberta-NWT/Smoke-free%20legislation%20in%20Alberta-NWT/Smoke-free%20vehicles.aspx?sc_lang=en) (en anglais seulement).
27. Campaign for a Smoke-Free Alberta [Internet]. *Smoke-free vehicles carrying children* [about 1 page]. Edmonton: Campaign for a Smoke-Free Alberta; 2012 [cité le 2012 Sept 11]. Accessible à : <http://www.smokefreealberta.com/issues/sfv.html> (en anglais seulement).
28. Butt P, Beirness D, Cesa F, Gliksmann L, Paradis C, Stockwell T. *L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque*. Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; 2011. Accessible à : <http://www.ccsa.ca/2011%20CCSA%20Documents/2011-Summary-of-Evidence-and-Guidelines-for-Low-Risk%20Drinking-fr.pdf>.
29. Australian Bureau of Statistics [Internet]. *Alcohol Consumption in Australia: A Snapshot, 2007-08* [about 7 pages]. Canberra: Australian Bureau of Statistics, 2012 [cité le 2012 Oct 3]. Accessible à : <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Latestproducts/4832.0.55.001Main%20Features12007-08?opendocument&tabname=Summary&prodno=4832.0.55.001&issue=2007-08&num=&view=> (en anglais seulement).
30. Gouvernement de l'Ontario. *Prévention du mésusage de substances*. Toronto: Gouvernement de l'Ontario; 2010. Accessible à : <http://www.mhp.gov.on.ca/fr/healthy-communities/public-health/guidance-docs/PreventionOfSubstanceMisuse-FR.PDF>.
31. Alberta Health Services. *Developing substance use and gambling policies for Alberta schools*. Edmonton: Alberta Health Services; 2009. Accessible à : <http://www.albertahealthservices.ca/AddictionsSubstanceAbuse/if-tch-school-policy-manual.pdf> (en anglais seulement).
32. Ministry of Health Living and Sport. *Model Core Program paper: Prevention of Harms Associated with Substances*. Victoria: BC Ministry of Healthy Living and Sport; 2009. Accessible à : [http://www.phabc.org/pdfcore/Prevention\\_of\\_Harms\\_Associated\\_with\\_Substances-Model\\_Core\\_Program\\_Paper.pdf](http://www.phabc.org/pdfcore/Prevention_of_Harms_Associated_with_Substances-Model_Core_Program_Paper.pdf) (en anglais seulement).
33. Partenariat canadien contre le cancer. *L'obésité et le cancer au Canada*. Toronto: Partenariat canadien contre le cancer; 2011. Accessible à : [http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/rl\\_snapshot6\\_fr\\_final.pdf](http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/rl_snapshot6_fr_final.pdf).
34. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. *Prevalence of Obesity in the United States, 2009–2010*. NCHS Data Brief. 2012; 82. Accessible à : <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db82.pdf>.
35. Institut canadien d'information sur la santé et l'Agence de la santé publique du Canada. *Obésité au Canada*. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada; 2011. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/ref-fra.php>.
36. Agence de la santé publique du Canada. *Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité*. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada; 2010. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/declaration/pdf/dpp-fra.pdf>.
37. Partenariat canadien contre le cancer. *Canadian Obesity Research Investment (2006-2008) Report*. Toronto: The Partnership; 2012. Accessible à : [http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/CORI\\_Report\\_FINAL\\_EN-2.pdf](http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/CORI_Report_FINAL_EN-2.pdf) (en anglais seulement).
38. Statistique Canada. *Enquête canadienne sur les mesures de la santé : tableaux de données du cycle 1*. Ottawa: Statistics Canada; 2010. Accessible à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-623-x/82-623-x2010002-fra.pdf>.
39. Douketis JD, Paradis G, Keller H, Martineau C. Canadian guidelines for body weight classification in adults: application in clinical practice to screen for overweight and obesity and to assess disease risk. *CMAJ*. 2005;172(8):995.
40. Organisation mondiale de la Santé. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic - Report on a WHO consultation*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2000. Accessible à : [http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_894/en/index.html](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/index.html) (en anglais seulement).
41. Comité directeur de la Société canadienne du cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2012*. Toronto: Société canadienne du cancer ; 2012. Accessible à : [http://www.cancer.ca/Canada-wide/About%20cancer/~/\\_media/CCS/Canada%20wide/Files%20List/liste%20de%20fichiers/PDF%20-%20Policy%20-%20Canadian%20Cancer%20Statistics%20-%20French/Canadian%20Cancer%20Statistics%202012f.ashx](http://www.cancer.ca/Canada-wide/About%20cancer/~/_media/CCS/Canada%20wide/Files%20List/liste%20de%20fichiers/PDF%20-%20Policy%20-%20Canadian%20Cancer%20Statistics%20-%20French/Canadian%20Cancer%20Statistics%202012f.ashx).
42. Boniol M, Autier P, Boyle P, Gandini S. Cutaneous melanoma attributable to sunbed use: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012;345: e4757.
43. International Agency for Research on Cancer Working Group on Artificial Ultraviolet (UV) Light and Skin Cancer. The association of use of sunbeds with cutaneous malignant melanoma and other skin cancers: A systematic review. *Int J Cancer*. 2007;120(5):1116-22.
44. Wehner MR, Shive ML, Chren M, Han J, Qureshi AA, Linos E. Indoor tanning and non-melanoma skin cancer: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012; 345:e5909 doi: 10.1136/bmj.e5909.

45. Ipsos Reid [Internet]. *Despite Warnings, More Youth in Ontario Using Tanning Beds*. Toronto: Ipsos Reid; 2012 [cité le 2012 Oct 3]. Accessible à : <http://www.ipsos-na.com/download/pr.aspx?id=11582> (en anglais seulement).
46. Comité national de prévention du cancer de la peau. *Exposition au soleil et protection solaire au Canada*. Toronto: Partenariat canadien contre le cancer, 2010. Accessible à : <http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/Exposition-au-soleil-et-protection-solaire-au-Canada.pdf>.
47. Centers for Disease Control and Prevention. Use of Indoor Tanning Devices by Adults – United States, 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012;61(18):323-326.
48. American Academy of Dermatology [Internet]. *Indoor Tanning* [about 1 page]. Schaumburg: American Academy of Dermatology; 2012 [cité le 2012 sept 24]. Accessible à : <http://www.aad.org/media-resources/stats-and-facts/prevention-and-care/indoor-tanning> (en anglais seulement).
49. Association médicale canadienne [Internet]. *Dossier d'information en santé publique*. Ottawa: Association médicale canadienne; 2010 [cité le 2012 sept 24]. Accessible à : [http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside\\_cma/Office\\_Public\\_Health/HealthPromotion/TanningBeds-IssueBriefing\\_fr.pdf](http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Office_Public_Health/HealthPromotion/TanningBeds-IssueBriefing_fr.pdf).
50. Société canadienne du cancer [Internet]. *Le bronzage artificiel – notre position*. Toronto: Société canadienne du cancer; 2012 [cité le 2012 sept 24]. Accessible à : [http://www.cancer.ca/Canada-wide/Prevention/Sun%20and%20UV/Indoor%20tanning/Indoor%20tanning%20our%20position.aspx?sc\\_lang=fr-ca](http://www.cancer.ca/Canada-wide/Prevention/Sun%20and%20UV/Indoor%20tanning/Indoor%20tanning%20our%20position.aspx?sc_lang=fr-ca).
51. Association canadienne de dermatologie [Internet]. *Énoncé de principe sur l'utilisation des appareils de bronzage artificiel*. Ottawa: Association canadienne de dermatologie; 2009 [cité le 2012 sept 24]. Accessible à : <http://www.dermatology.ca/wp-content/uploads/2012/04/Postion-Statement-Indoor-Tannin2009FR.pdf>.
52. Organisation mondiale de la Santé [Internet]. *Sunbeds, tanning and UV exposure* [about 1 page]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2010 [cité le 2012 sept 24]. Accessible à : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs287/en/index.html> (en anglais seulement).
53. BC Government Newsroom [Internet]. *Province to ban young people from tanning beds* [about 1 page]. Victoria: BC Government; 2012 [cité le 2012 Sept 24]. Accessible à : <http://www.newsroom.gov.bc.ca/2012/03/province-to-ban-young-people-from-tanning-beds.html> (en anglais seulement).
54. Assemblée nationale. *La Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel* (2012, chapitre 16). Québec : Éditeur officiel du Québec; 2012 [sanctionnée le 2012 juin 6; cité le 2012 sept 10]. Accessible à : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2012C16F.PDF>.
55. La presse canadienne [Internet]. *Newfoundland and Labrador moves to ban teen tanning*. CTV News. 2012 Jun 10 [cité le 2012 sept 24]. Accessible à : <http://www.ctvnews.ca/health/newfoundland-and-labrador-moves-to-ban-teen-tanning-1.821835#ixzz270sDqgyu> (en anglais seulement).
56. Nova Scotia Health and Wellness [Internet]. *Tanning Bed Use Restricted in Nova Scotia* (news release). Halifax: Nova Scotia Health and Wellness; 2011 [cité le 2012 sept 24]. Accessible à : <http://novascotia.ca/news/release/?id=20110531007> (en anglais seulement).
57. La presse canadienne [Internet]. *Teen tanning-bed ban proposed under Ontario MPP's bill*. CBC News. 2012 Apr 26 [cité le 2012 sept 24]. Accessible à : <http://www.cbc.ca/news/canada/toronto/story/2012/04/26/toronto-tanning-bill.html> (en anglais seulement).
58. La presse canadienne [Internet]. *P.E.I. to regulate tanning bed use for teens under 18*. CTV News. 2012 Jun 30 [cité le 2012 sept 24]. Accessible à : <http://www.ctvnews.ca/canada/p-e-i-to-regulate-tanning-bed-use-for-teens-under-18-1.860781> (en anglais seulement).
59. Prince Edward Island Department of Health and Wellness [Internet]. *Prince Edward Island to regulate tanning bed use for under 18*. [cité le 2012 oct 19] Accessible à : <http://www.gov.pe.ca/health/index.php3?number=news&dept=&newsnumber=8457&lang=E> (en anglais seulement).
60. Region of Peel [Internet]. *Peel Region Adopts By-law Protecting Minors From Harmful Effects of Indoor Tanning* (news release). Brampton: Region of Peel; 2012 [released 2012 sept 28; cité le 2012 oct 3]. Accessible à : <http://www.peelregion.ca/news/archivitem.asp?year=2012&month=8&day=28&file=2012828.xml>.
61. CTV Toronto [Internet]. *Oakville bans teens from using tanning beds*. 2012 Aug 14 [cité le 2012 Sept 24]. Accessible à : <http://toronto.ctvnews.ca/oakville-bans-teens-from-using-tanning-beds-1.912216> (en anglais seulement).
62. Jain NJ, Rademaker A, Robinson JK. Implementation of the Federal Excise Tax on Indoor Tanning Services in Illinois. *Arch Dermatol* 2012; 148(1): 122-123.
63. Parkin DM, Bray F. Chapter 2: The burden of HPV-related cancers. *Vaccine*. 2006;24 Suppl 3:S3/11-25.
64. Partenariat canadien contre le cancer. *The HPV Vaccine and Cervical Cancer*. Toronto: Partenariat canadien contre le cancer; 2011. Accessible à : <http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/cpac019293.pdf> (en anglais seulement).
65. Agence de la santé publique du Canada. *Déclaration sur le vaccin contre le virus du papillome humain*. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada; 2007. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/07vol33/acs-02/index-fra.php>.
66. Centers for Disease Control and Prevention. National and State Vaccination Coverage Among Adolescents Aged 13 Through 17 Years - United States, 2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012;61(34):671-677.
67. Kumar V, Whyne D. Explaining variation in the uptake of HPV vaccination in England. *BMC Public Health*. 2011;11(1):172.

68. Australian Government Department of Health and Ageing. *Immune Australia Program: Human Papillomavirus (HPV) vaccination program*. 2011 Apr 4 [cité le 2012 Oct 2]. Accessible à : <http://www.immunise.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/immunise-hpv>.
69. Comité consultatif national de l'immunisation. Une déclaration d'un comité consultatif : Mise à jour sur les vaccins contre le virus du papillome humain (VPH). *RMTC*. 2012;38. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/12vol38/acs-dcc-1/index-fra.php>.
70. Organisation mondiale de la Santé [Internet]. *Hepatitis B (fact sheet no. 204)* [about 1 page]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2012 [cité le 2012 sept 24]. Accessible à : [www.who.int/csr/disease/hepatitis/en/](http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/en/) (en anglais seulement).
71. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. *Viral Hepatitis Statistics and Surveillance* [about 1 page]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2012 [cité le 2012 sept 24]. Accessible à : <http://www.cdc.gov/hepatitis/Statistics/index.htm> (en anglais seulement).
72. Agence de la santé publique du Canada. *Guide canadien d'immunisation Septième édition – 2006. Partie 4 - Agents d'immunisation active Vaccin contre l'hépatite B*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-hepb-fra.php>.
73. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sommaire L'hépatite B au Canada*. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada; 2012. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hep/pdf/report-rapport-hepb-fra.pdf>.
74. Organisation mondiale de la Santé et l'UNICEF. *Canada: OMS and UNICEF estimates of immunization coverage: 2011 revision*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2012. Accessible à : [http://www.who.int/immunization\\_monitoring/data/can.pdf](http://www.who.int/immunization_monitoring/data/can.pdf) (en anglais seulement).
75. Mackie CO, Buxton JA, Tadwalkar S, Patrick DM. Hepatitis B immunization strategies: timing is everything. *CMAJ*. 2009;180(2):196-202.
76. Environics Research Group. *Canadian Adult National Immunization Coverage (Adult NICS) Survey – 2006*. Ottawa: Environics Research Group; 2006 [cité le 2012 sept 24]. Accessible à : <http://resources.cpha.ca/immunize.ca/data/544e.pdf> (en anglais seulement).
77. Organisation de Coopération et de Développement Économiques [Internet]. *Childhood vaccination programmes, in Health at a Glance 2011: OECD Indicators* [about 1 page]. Paris: OCDE; 2011 [cité le 2012 sept 24]. Accessible à : [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-50-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-50-en) (en anglais seulement).
78. Agence de la santé publique du Canada. Hépatite B: Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale 2008. *RMTC*. 2009;35S2. Accessible à : [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/09vol35/35s2/Hep\\_B-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/09vol35/35s2/Hep_B-fra.php).
79. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. *Hepatitis C Information for Health Professionals* [about 1 page]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2012 [cité le 2012 sept 24]. Accessible à : <http://www.cdc.gov/hepatitis/HCV/HCVfaq.htm#section1> (en anglais seulement).
80. Agence de la santé publique du Canada [Internet]. *Hépatite C*. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada; 2012 [cité le 2012 sept 24]. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/index-fra.php>.
81. Agence de la santé publique du Canada. *L'hépatite C au Canada : Rapport de surveillance de 2005-2010*. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada; 2012 [cité le 2012 Sept 24]. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/hepc/surv-fra.php>.
82. Organisation mondiale de la Santé [Internet]. *Hepatitis C*. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2012 [cité le 2012 sept 24]. Accessible à : <http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/whocdscsrlyo2003/en/index4.html> (en anglais seulement).
83. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for the Identification of Chronic Hepatitis C Virus Infection Among Persons Born During 1945–1965. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012;61(RR04);1-18.
84. Hewitson P, Glasziou P, Watson E, Towler B, Irwig L. Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): an update. *Am J Gastroenterol*. 2008;103(6):1541-9.
85. Jørgensen OD, Kronborg O, Fenger C. A randomised study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds. *Gut*. 2002;50(1):29.
86. Mandel JS, Church TR, Bond JH, Ederer F, Geisser MS, Mongin SJ, et al. The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. *N Engl J Med*. 2000;343(22):1603-7.
87. Mandel JS, Church TR, Ederer F, Bond JH. Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. *J Natl Cancer Inst*. 1999;91(5):434-7.
88. Machii R, Saito H. Time Trends in Cervical Cancer Screening Rates in the OECD Countries. *Jpn J Clin Oncol*. 2011;41(5):731.
89. Partenariat canadien contre le cancer. *Rapport de 2010 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. Toronto: Partenariat canadien contre le cancer; 2010.
90. Comité directeur de la Société canadienne du cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2010*. Toronto: Société canadienne du cancer; 2010.
91. Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. *J Clin Onc*. 2006;24(14):2137-50.
92. Miller AB, Chamberlain J, Day NE, Hakama M, Prorok PC. Report on a Workshop of the UICC Project on Evaluation of Screening for Cancer. *Int J Cancer*. 1990;46(5):761-9.
93. Ng E, Wilkins R, Fung MFK, Berthelot JM. Cervical cancer mortality by neighbourhood income in urban Canada from 1971 to 1996. *CMAJ*. 2004;170(10):1545.

94. Spence AR, Goggin P, Franco EL. Process of care failures in invasive cervical cancer: systematic review and meta-analysis. *Prev Med.* 2007;45(2-3):93-106.
95. Andrae B, Kemetli L, Sparen P, Silfverdal L, Strander B, Ryd W, et al. Screening-preventable cervical cancer risks: evidence from a nationwide audit in Sweden. *J Natl Cancer Inst.* 2008;100(9):622-9.
96. Secrétariat du contrôle de la qualité de l'Ontario. *Cancer System Quality Index (CSQI) 2012: Cervical Cancer Screening (Pap Test) Participation.* Toronto: Cancer Care Ontario; 2012 [cité le 2012 oct 3]; Accessible à : <http://www.csqi.on.ca/cms/One.aspx?portalId=126935&pageId=127854> (en anglais seulement).
97. Australian Institute of Health and Welfare. *Cervical screening in Australia 2007-2008: data report.* Cancer series no. 54. Cat. no. CAN 50. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2010.
98. Bastos J, Peleteiro B, Gouveia J, Coleman MP, Lunet N. The state of the art of cancer control in 30 European countries in 2008. *Int J Cancer.* 2010;126(11):2700-15.
99. Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for cervical cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2012;156(12):880-91, W312.
100. Partenariat canadien contre le cancer, l'Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, et le groupe de travail sur le rendement des programmes de surveillance. *Cervical Cancer Screening in Canada: Monitoring Performance 2006 to 2008.* Toronto: Partenariat canadien contre le cancer; 2011; Accessible à : [http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/CPAC\\_Cervical\\_CS\\_Report\\_E\\_WEB\\_Final.pdf](http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/CPAC_Cervical_CS_Report_E_WEB_Final.pdf) (en anglais seulement).
101. Harris R, Yeatts J, Kinsinger L. Breast cancer screening for women ages 50 to 69 years a systematic review of observational evidence. *Prev Med.* 2011;53(3):108-14.
102. Alexander FE, Anderson TJ, Brown HK, Forrest AP, Hepburn W, Kirkpatrick AE, et al. The Edinburgh randomised trial of breast cancer screening: results after 10 years of follow-up. *Br J Cancer.* 1994;70(3):542-8.
103. Bjurstam N, Bjorneld L, Warwick J, Sala E, Duffy SW, Nystrom L, et al. The Gothenburg Breast Screening Trial. *Cancer.* 2003;97(10):2387-96.
104. Moss SM, Cuckle H, Evans A, Johns L, Waller M, Bobrow L, et al. Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years' follow-up: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2006;368(9552):2053-60.
105. Nystrom L, Rutqvist LE, Wall S, Lindgren A, Lindqvist M, Ryden S, et al. Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. *Lancet.* 1993;341(8851):973-8.
106. Shapiro S, Venet W, Strax P, Venet L, Roeser R. Ten- to fourteen-year effect of screening on breast cancer mortality. *J Natl Cancer Inst.* 1982;69(2):349-55.
107. Tabar L, Fagerberg G, Chen HH, Duffy SW, Smart CR, Gad A, et al. Efficacy of breast cancer screening by age. New results from the Swedish Two-County Trial. *Cancer.* 1995;75(10):2507-17.
108. Agence de la santé publique du Canada. *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada - Rapport sur la performance des programmes en 2005 et en 2006.* Ottawa: Agence de la santé publique du Canada; 2011. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/cancer/obcsp-podcs05/3-fra.php>.
109. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, Tonelli M, Gorber SC, Joffres M, Dickinson J, Singh H, et al. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. *CMAJ.* 2011;183(17):1991-2001. Accessible à : <http://canadiantaskforce.ca/fr/guidelines/2011-breast-cancer/>.
110. Doyle GP, Major D, Chu C, Stankiewicz A, Harrison ML, Pogany L, et al. A review of screening mammography participation and utilization in Canada. *Chronic Dis Inj Can.* 2011;31(4):152-6.
111. Comité directeur de la Société canadienne du cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2011.* Toronto: Société canadienne du cancer; 2011.
112. Vue sur le cancer. *Stratégies et composantes du Programme de lutte contre le cancer du col de l'utérus.* 2010. Accessible à : [http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/screen\\_colorec\\_elements\\_dec10.pdf](http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/screen_colorec_elements_dec10.pdf). [en anglais seulement]
113. U. S. Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2008 Nov 4;149(9):627-37.
114. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Waldron W (eds.) et al. [Internet]. *SEER Cancer Statistics Review, 1975-2008, based on November 2010 SEER data submission* [multiple pages]. Bethesda: National Cancer Institute; 2011 [cité le 2012 sept 11]. Accessible à : [http://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2008/](http://seer.cancer.gov/csr/1975_2008/) (en anglais seulement).
115. Working group on the integration of screening and diagnosis of the Canadian Breast Cancer Screening Initiative. *Waiting for a diagnosis after an abnormal breast screen in Canada.* Ottawa, 2000 (en anglais seulement).
116. Limburg H, Onysko J. *Organized Screening Monitoring and Evaluation Program: Canadian Breast Cancer Screening Initiative.* Accessible à : [http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/hr\\_symp\\_post\\_osmeval.pdf](http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/hr_symp_post_osmeval.pdf) (en anglais seulement).
117. Paterson GP, Depew WT, Paré P, Petrunia D, Switzer C, Veldhuyzen van Zanten SJ, et al. Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care. *Can J Gastroenterol.* 2006;20(6):411-23.
118. Santé Canada. *Rapport final du conseiller fédéral sur les temps d'attente.* Ottawa: Santé Canada ; 2006. Accessible à : [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2006-wait-attente/index-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2006-wait-attente/index-fra.pdf).
119. Canadian Association of Radiation Oncologists [Internet]. *Recommendations of the Manpower and Standards of Care in Radiation Oncology Committee on wait times for radiation therapy, 2001* [about 1 screen]. Ottawa: CARO; 2011 [cité le 2012 oct 3]. Accessible à : [www.caro-acro.ca/](http://www.caro-acro.ca/)(en anglais seulement).

120. Stevens C BS, Loblaw DA. Wait times in prostate cancer diagnosis and radiation treatment. *Can Urol Assoc J* 2010;4(4):243-8.
121. National Cancer Institute [Internet]. *Radiation therapy for cancer* [about 1 screen]. Bethesda: NCI; 2010 [cité le 2012 Oct 30]. Accessible à : <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Therapy/radiation> (en anglais seulement).
122. Delaney G, Jacob S, Featherstone C, Barton M. The role of radiotherapy in cancer treatment. *Cancer*. 2005;104(6):1129-37.
123. Newman L. Australian report urges nationwide radiation therapy plan. *J Natl Cancer Inst*. 2001;93(20):1516-7.
124. Zhang-Salomons J, Mackillop WJ. Estimating the lifetime utilization rate of radiotherapy in cancer patients: the multicohort current utilization table (MCUT) method. *Comput Methods Programs Biomed*. 2008;92(1):99-108.
125. Partenariat canadien contre le cancer [Internet]. *Partenariat canadien pour la qualité en radiothérapie*. Toronto: Partenariat canadien contre le cancer; 2012 [cité le 2012 oct 30]. Accessible à : <http://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/priorities/2007-2012-initiatives/strategic-initiatives/Canadian-partnership-for-quality-radiotherapy/>.
126. National Comprehensive Cancer Network. *NCCN guidelines version 4.2011: Rectal Cancer*. Fort Washington (PA): NCCN; 2011a. Accessible à : [www.NCCN.org](http://www.NCCN.org) (en anglais seulement).
127. Wong R, Berry S, Spithoff K, Simunovic M, Chan K, Agboola O, et al. *Preoperative or postoperative therapy for the management of patients with stage II or III rectal cancer*. Toronto (ON): Action cancer Ontario; 2008 Jul 15 [révision 2011 Sep]. Program in Evidence-based Care Evidence-based Series No.: 2-4.
128. Gunderson LL, Sargent DJ, Tepper JE, et al. Impact of T and N substage on survival and disease relapse in adjuvant rectal cancer: a pooled analysis. *Int J Rad Oncol Biol Phys*. 2002;54(2):386-396.
129. Hoffe SE, Shridhar R, Biagioli MC. Radiation therapy for rectal cancer: current status and future directions. *Cancer Control*. 2010;17(1):25.
130. Swedish Association of Local Authorities and Regions and Swedish National Board of Health and Welfare. *Quality and Efficiency in Swedish Cancer Care: Regional Comparisons 2011*. Stockholm: Swedish Association of Local Authorities and Regions; Swedish National Board of Health and Welfare; 2012. Accessible à : <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18641/2012-3-15.pdf> (en anglais seulement).
131. Sebag-Montefiore D, Stephens RJ, Steele R, et al. Preoperative radiotherapy versus selective postoperative chemoradiotherapy in patients with rectal cancer (MRC CR07 and NCIC-CTG C016): a multicentre, randomised trial. *Lancet*. 2009;373(9666):811-820.
132. Lin C, Charlton M, Meza J, Enke C, Loberiza Jr F. Temporal and regional variations in the use of preoperative radiation therapy for rectal cancer. *Am J Clin Oncol*. 2010;33(5):443.
133. Mathoulin-Pelissier S, Bécouarn Y, Belleannée G, Pinon E, Jaffré A, Coureau G et al. Quality indicators for colorectal cancer surgery and care according to patient-, tumor-, and hospital-related factors. *BMC Cancer*. 2012;12(1):297.
134. Clarke M, Collins R, Darby S, Davies C, Elphinstone P, Evans E, 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;366(9503):2087.
135. National Comprehensive Cancer Network. *NCCN guidelines version 1.2012: Breast cancer*. Fort Washington (PA): NCCN; 2012. Accessible à : [www.NCCN.org](http://www.NCCN.org) (en anglais seulement).
136. Whelan T, Olivetto I, Levine M. Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: breast radiotherapy after breast-conserving surgery (summary of the 2003 update). *CMAJ*. 2003;168(4):437-9.
137. Smith BD, Smith GL, Roberts KB, Buchholz TA. Baseline utilization of breast radiotherapy before institution of the Medicare practice quality reporting initiative. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2009;74(5):1506-12.
138. Ess S, Savidan A, Bouchardy C, Bordoni A, Konzelmann I, Jundt G, et al. *Patterns of Care of Breast Cancer Patients in Switzerland: A Population Based Study*. St Gallen: Krebsforschung Schweiz. 2009.
139. Hughes KS, Schnaper LA, Berry D, Cirrincione C, McCormick B, Shank B, et al. Lumpectomy plus tamoxifen with or without irradiation in women 70 years of age or older with early breast cancer. *N Engl J Med*. 2004;351(10):971-7.
140. Whelan TJ. Use of conventional radiation therapy as part of breast-conserving treatment. *J Clin Oncol*. 2005;23(8):1718-25.
141. Institut canadien d'information sur la santé et le Partenariat canadien contre le cancer. *Chirurgies pour le traitement du cancer du sein au Canada, 2007-2008 à 2009-2010*. Toronto: Institut canadien d'information sur la santé, 2012.
142. Moertel CG, Fleming TR, Macdonald JS, Haller DG, Laurie JA, Goodman PJ, et al. Levamisole and fluorouracil for adjuvant therapy of resected colon carcinoma. *N Engl J Med*. 1990;322(6):352-8.
143. Wolmark N, Rockette H, Fisher B, Wickerham DL, Redmond C, Fisher ER, et al. The benefit of leucovorin-modulated fluorouracil as postoperative adjuvant therapy for primary colon cancer: results from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project protocol C-03. *J Clin Oncol*. 1993;11(10):1879-87.
144. Efficacy of adjuvant fluorouracil and folinic acid in colon cancer. International Multicentre Pooled Analysis of Colon Cancer Trials (IMPACT) investigators. *Lancet*. 1995;345(8955):939-44.
145. Benson AB, Choti MA, Cohen AM, Doroshow JH, Fuchs C, Kiel K, et al. NCCN Practice Guidelines for Colorectal Cancer. *Oncology* (Williston Park). 2000;14(11A):203-12.
146. Partenariat canadien contre le cancer. *Rapport de 2011 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. Toronto: Partenariat canadien contre le cancer 2011.

147. Goldstraw P, Crowley J, Chansky K, et al. The IASLC Lung Cancer Staging Project: proposals for the revision of the TNM stage groupings in the forthcoming (seventh) edition of the TNM Classification of malignant tumours. *J Thorac Oncol* 2007;2(8):706.
148. National Comprehensive Cancer Network. *NCCN guidelines version 3.2011: Non-Small Cell Lung Cancer*. Fort Washington (PA): NCCN; 2011c. Accessible à : [www.NCCN.org](http://www.NCCN.org) (en anglais seulement).
149. Li G, Kong W, et al. Adjuvant chemotherapy for non-small-cell lung cancer in the elderly: a population-based study in Ontario, Canada. *J Clin Oncol*. 2012;30(15):1813-21.
150. van der Drift MA, Karim-Kos HE, Siesling S, Groen HJ, Wouters MW, Coebergh JW et al. Progress in Standard of Care Therapy and Modest Survival Benefits in the Treatment of Non-small Cell Lung Cancer Patients in the Netherlands in the Last 20 Years. *J Thorac Oncol*. 2012;7(2):291-8.
151. Nattinger AB, Kneusel RT, Hoffmann RG, Gilligan MA. Relationship of distance from a radiotherapy facility and initial breast cancer treatment. *J Natl Cancer Inst*. 2001;93(17):1344-6.
152. Athas WF, Adams-Cameron M, Hunt WC, Amir-Fazli A, Key CR. Travel distance to radiation therapy and receipt of radiotherapy following breast-conserving surgery. *J Natl Cancer Inst*. 2000 Feb 2;92(3):269-71.
153. Celaya MO, Rees JR, Gibson JJ, Riddle BL, Greenberg ER. Travel distance and season of diagnosis affect treatment choices for women with early-stage breast cancer in a predominantly rural population (United States). *Cancer Causes Control*. 2006;17(6):851-6.
154. Schroen AT, Brenin DR, Kelly MD, Knaus WA, Slingluff CL, Jr. Impact of patient distance to radiation therapy on mastectomy use in early-stage breast cancer patients. *J Clin Oncol*. 2005;23(28):7074-80.
155. Partenariat canadien contre le cancer. *Lutte contre le cancer du sein au Canada : Rapport thématique spécial sur le rendement du système*. Toronto: Partenariat canadien contre le cancer; 2012.
156. Gomez SL, Lichtensztajn D, Kurian AW, Telli ML, Chang ET, Keegan THM, et al. Increasing mastectomy rates for early-stage breast cancer? Population-based trends from California. *J Clin Oncol*. 2010;28(10):e155-e7.
157. Shen SS, Haupt BX, Ro JY, Zhu J, Bailey HR, Schwartz MR. Number of lymph nodes examined and associated clinicopathologic factors in colorectal carcinoma. *Arch Pathol Lab Medicine* 2009;133(5):781-786.
158. National Comprehensive Cancer Network. *NCCN guidelines version 3.2011: Colon Cancer*. Fort Washington (PA). Accessible à : [www.NCCN.org](http://www.NCCN.org) (en anglais seulement).
159. Kahn KL, Adams JL, Weeks JC, et al. Adjuvant chemotherapy use and adverse events among older patients with stage III colon cancer. *JAMA*. 2010;303(11):1037.
160. Jessup JM, Stewart A, Greene FL, Minsky BD. Adjuvant chemotherapy for stage III colon cancer: implications of race/ethnicity, age, and differentiation. *JAMA*. 2005;294(21):2703.
161. Moore M, Gibbs P. Adjuvant Chemotherapy Use Among Older Patients With Stage III Colon Cancer. *JAMA*. 2010;303(23):2353.
162. Zabora J, Brintzenhofesoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001;10(1):19-28.
163. National Comprehensive Cancer Network. *NCCN guidelines version 3.2012: distress management*. Fort Washington (PA): NCCN; 2012. Accessible à : [www.NCCN.org](http://www.NCCN.org) (en anglais seulement).
164. Kennard BD, Stewart SM, Olvera R, et al. Nonadherence in adolescent oncology patients: preliminary data on psychological risk factors and relationships to outcome. *J Clin Psychol Med Settings* 2004;11(1):31-39.
165. Von Essen L, Larsson G, Oberg K, Sjöden P. Satisfaction with care: associations with health-related quality of life and psychosocial function among Swedish patients with endocrine gastrointestinal tumours. *Eur J Cancer Care (Engl.)* 2002;11(2):91-99
166. Skarstein J, Aass N, Fosså SD, Skovlund E, Dahl AA. Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *J Psychosom Res*. 2000;49(1):27-34.
167. Bultz BD, Carlson LE. Emotional distress: the sixth vital sign in cancer care. *J Clin Oncol*. 2005;23(26):6440.
168. National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative. 2003. *Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer*. Camperdown (NSW): National Breast Cancer Centre; 2003 (en anglais seulement).
169. National Institute for Health and Clinical Excellence. *How to Change Practice: Understand, identify and overcome barriers to change*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007 (en anglais seulement).
170. Holland JC, Andersen B, Breitbart WS, et al. Distress management. *J Natl Compr Canc Netw* 2010;8(4):448.
171. Action cancer Ontario [Internet]. *Programme ontarien de traitement collaboratif des symptômes du cancer*. Toronto: Action cancer Ontario; 2012 [cité le 2012 Oct 19]. Accessible à : <https://fr.cancercare.on.ca/ocs/qpi/ocsmc/>.
172. Partenariat canadien contre le cancer, Groupe d'action pour l'expérience globale du cancer. *Guide d'implantation du dépistage de la détresse, le 6ième signe vital Vers des soins centrés sur la personne. Partie A : Contexte, recommandations et implantation*. Toronto: Partenariat canadien contre le cancer; 2009.
173. Institute of Medicine. *Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs*. Washington (DC): The National Academies Press; 2008 (en anglais seulement).
174. Jacobsen PB, Shibata D, Siegel EM, Lee JH, Alemany CA, Brown R, et al. Initial evaluation of quality indicators for psychosocial care of adults with cancer. *Cancer Control* 2009;16(4):328-334.
175. Cox A, Jenkins V, Catt S, Langridge C, Fallowfield L. Information needs and experiences: an audit of UK cancer patients. *Eur J Oncol Nurs*. 2006;10(4):263-72.

176. NHS Department of Health. *National Cancer Patient Experience Survey Programme: 2010 National Survey Report*. R-U: Department of Health; 2010. Accessible à : <http://www.quality-health.co.uk/images/stories/pdfs/NCPES4.pdf>.
177. Leeb K, Morris K, Kasman N. Dying of Cancer in Canada's Acute Care Facilities. *Healthc Q*. 2005;8:26–28.
178. Dartmouth Atlas of Health Care [Internet]. *End of Life Care*. Lebanon (NH): Dartmouth College; 2012 [cité le 2012 août 19]. Accessible à : <http://www.dartmouthatlas.org/data/topic/topic.aspx?cat=18> (en anglais seulement).
179. Warren JL, Barbera L, Bremner KE, Yabroff KR, Hoch JS, Barrett MJ, et al. End-of-life care for lung cancer patients in the United States and Ontario. *J Natl Cancer Inst*. 2011;103(11):853–62.
180. Burge F, Lawson B, Johnston G. Trends in the place of death of cancer patients, 1992–1997. *CMAJ*. 2003;168(3):265–70.
181. Barbera L, Sussman J, Viola R, Husain A, Howell D, Librach SL, et al. Factors associated with end-of-life health service use in patients dying of cancer. *Healthcare Policy*. 2010;5(3):e125–e43.
182. Cohen J, Houttekier D, Onwuteaka-Philipsen B, Miccinesi G, Addington-Hall J, Kaasa S, et al. Which patients with cancer die at home? A study of six European countries using death certificate data. *J Clin Oncol*. 2010;28(13):2267.
183. Canadian Hospice Palliative End-of-Life Care Surveillance Team Network [Internet]. *About us* [about 2 screens]. Vancouver: The Network; 2012 [cité le 2012 Aug 19]. Accessible à : <https://hpeol.phsa.ca/AboutUs/index.php> (en anglais seulement).
184. Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer [Internet]. *À propos de l'ACRC*. Toronto: Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer; 2012 [cité le 25 Sept 2012]. Accessible à : [http://www.ccrca-acrc.ca/aboutus\\_fr.htm](http://www.ccrca-acrc.ca/aboutus_fr.htm).
185. Du Bois A, Rochon J, Lamparter C, Pfisterer J, AGO Organkommission OVAR Pfisterer. Pattern of care and impact of participation in clinical studies on the outcome of ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2005;15:183–191.
186. Majumdar SR, Roe MT, Peterson ED, Chen AY, Gibler WB, Armstrong PW. Better Outcomes for Patients Treated at Hospitals That Participate in Clinical Trials. *Arch Intern Med*. 2008;168(6):657–662.
187. du Bois A, Reuss A, Pujade Lauraine E, Harter P, Ray Coquard I, Pfisterer J. Role of surgical outcome as prognostic factor in advanced epithelial ovarian cancer: A combined exploratory analysis of 3 prospectively randomized phase 3 multicenter trials. *Cancer*. 2009;115(6):1234–1244.
188. O'Leary M, Krailo M, Anderson JR, Reaman GH; Children's Oncology Group. Progress in Childhood Cancer: 50 Years of Research Collaboration, a Report From the Children's Oncology Group. *Semin Oncol*. 2008;35(5):484–93.
189. American College of Surgeons. *Commission on Cancer Cancer Program Standards 2009 Revised Edition*. Chicago: American College of Surgeons; 2009. Accessible à : <http://www.facs.org/cancer/coc/programstandards.html> (en anglais seulement).
190. National Cancer Research Institute [Internet]. *Celebrating a decade of progress through partnership in cancer research*. Londres: NCRI; 2011 [cité le 2012 sept 5]. Accessible à : [http://www.ncri.org.uk/includes/Publications/reports/NCRI\\_NCRN\\_Decade\\_Web.pdf](http://www.ncri.org.uk/includes/Publications/reports/NCRI_NCRN_Decade_Web.pdf) (en anglais seulement).
191. National Cancer Institute [Internet]. *Clinical Trials* [about 7 pages]. Bethesda: National Cancer Institute; 2012 [cité le 2012 sept 5]. Accessible à : <http://www.cancer.gov/clinicaltrials> (en anglais seulement).
192. Bond MC, Pritchard S. Understanding clinical trials in childhood cancer. *Paediatr Child Health*. 2006;11(3):148–50.
193. Children's Oncology Group [Internet]. *About Us* [about 5 pages]. Arcadia: Children's Oncology Group; 2012 [cité le 25 sept 2012]. Accessible à : <http://www.childrensoncologygroup.org/index.php/about> (en anglais seulement).
194. Ablett S, Pinkerton CR; United Kingdom Children's Cancer Study Group (UKCCSG). Recruiting children into cancer trials—role of the United Kingdom Children's Cancer Study Group (UKCCSG). *Br J Cancer*. 2003;88(11):1661–5.
195. Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer. *Report on the State of Cancer Clinical Trials in Canada*. Toronto: Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer; 2011 (en anglais seulement).
196. Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer. *Investment in Research on Childhood and Adolescent Cancers, 2005–2007: A Special Report from the Canadian Cancer Research Alliance's Survey of Government and Voluntary Sector Investment in Cancer Research*. Toronto: Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer; 2009 (en anglais seulement).
197. Council of Canadian Pediatric Hematology/Oncology Directors (C<sup>17</sup>). *C<sup>17</sup> Research Network: Annual Report, 2008–2009*. Edmonton: C<sup>17</sup> Council; 2009. Accessible à : <http://www.c17.ca/index.php> (en anglais seulement).
198. Vue sur le cancer [Internet]. *Adolescents et jeunes adultes atteints de cancer*. Toronto: Canadian Task Force on Adolescents and Young Adults with Cancer; 2012 [cité le 2012 sept 5]. Accessible à : [http://www.cancerview.ca/cv/portal/Home/TreatmentAndSupport/TSPProfessionals/AdolescentsYoungAdults/AYA\\_cancer\\_ca?\\_afLoop=436543395635000&lang=fr&\\_afrWindowMode=0&\\_adf.ctrl-state=1ag9ahiddz\\_4](http://www.cancerview.ca/cv/portal/Home/TreatmentAndSupport/TSPProfessionals/AdolescentsYoungAdults/AYA_cancer_ca?_afLoop=436543395635000&lang=fr&_afrWindowMode=0&_adf.ctrl-state=1ag9ahiddz_4).
199. BC Cancer Agency [Internet]. *The Canadian Pediatric Cancer Genome Consortium*. BC: BC Cancer Agency; 2011 [cité le 2012 oct 15]. Accessible à : <http://www.bcgsc.ca/about/news/the-canadian-pediatric-cancer-genome-consortium> (en anglais seulement).
200. Instituts de recherche en santé du Canada [Internet]. *Initiative sur les séquelles des traitements contre le cancer infantile - Fiche de renseignements*. Ottawa: IRSC; 2012 (cité le 2012 oct 15). Accessible à : <http://www.cihir-irsc.gc.ca/fi/45223.html>.
201. Klein-Geltink J, Shaw A, Morrison H, Barr R, Greenberg M. Use of paediatric versus adult oncology treatment centres by adolescents 15–19 years old: the Canadian Childhood Cancer Surveillance and Control Program. *Eur J Cancer*. 2005;41(3):404–10.
202. Last JM ed. *Dictionary of Epidemiology, 4th edition*. New York: Oxford University Press; 2000.

203. Bray F. Chapter 8 Age Standardization. In: Parkin DM WS, Ferlay J et al (Eds), editor. *Cancer Incidence in Five Continents: IARC Scientific Publication No. 155* (en anglais seulement).
204. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, C M, DM. P. *GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10*. Lyon, France: Centre international de Recherche sur le Cancer; 2010; Accessible à : <http://globocan.iarc.fr>. (en anglais seulement)
205. Bray F, McCarron P, Parkin DM. The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. *Breast Cancer Res*. 2004;6(6):229-39.
206. Ehemann C, Henley SJ, Ballard-Barbush R, Jacobs EJ, Schymura MJ, Noone AM, et al. Annual Report to the Nation on the status of cancer, 1975-2008, featuring cancers associated with excess weight and lack of sufficient physical activity. *Cancer*. 2012;118(9):2338-66.
207. National Cancer Institute [Internet]. *Fast Stats: An interactive tool for access to SEER cancer statistics* [multiple pages]. Bethesda: National Cancer Institute; 2012 [cité le 2012 sept 10]; Accessible à : <http://seer.cancer.gov/faststats> (en anglais seulement).
208. Howlader N, Noone A, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Altekruse S, et al. (Eds.) [Internet]. *SEER Cancer Statistics Review, 1975-2009 (Vintage 2009 Populations), based on November 2011 SEER data submission* [multiple pages]. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2012 [cité le 2012 sept 21] (en anglais seulement).
209. Devesa SS, Bray F, Vizcaino AP, Parkin DM. International lung cancer trends by histologic type: male: female differences diminishing and adenocarcinoma rates rising. *Int J Cancer*. 2005;117(2):294-9.
210. Kohler BA, Ward E, McCarthy BJ, Schymura MJ, Ries LA, Ehemann C, et al. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2007, Featuring Tumors of the Brain and Other Nervous System. *J Natl Cancer Inst*. 2011 Mar 31.
211. Coleman M, Forman D, Bryant H, Butler J, Rachet D, Maringe C, et al. Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995-2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership): an analysis of population-based cancer registry data. *Lancet*. 2011;377(9760):127-38.
212. Baade PD, Youlten DR, Krnjacki LJ. International epidemiology of prostate cancer: geographical distribution and secular trends. *Mol Nutr Food Res*. 2009;53(2):171-84.
213. Hsing AW, Tsao L, Devesa SS. International trends and patterns of prostate cancer incidence and mortality. *Int J Cancer*. 2000;85(1):60-7.
214. Partenariat canadien contre le cancer. *PSA Toolkit: PSA Screening and Testing for Prostate Cancer*. Toronto: Partenariat canadien contre le cancer; 2009 (en anglais seulement).
215. U.S. Preventive Services Task Force. *Screening for Prostate Cancer: Current Recommendation*. Rockville: U.S. Preventive Services Task Force; 2012; Accessible à : <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/prostatecancer/screening.htm> (en anglais seulement).
216. Simard E, Ward E, Siegel R, Jemal A. Cancers With Increasing Incidence Trends in the United States: 1999 Through 2008. *CA Cancer J Clin*. 2012;62:118-28.
217. Bosetti C, Levi F, Ferlay J, Lucchini F, Negri E, La Vecchia C. Incidence and mortality from non-Hodgkin lymphoma in Europe: The end of an epidemic? *Int J Cancer*. 2008;123(8):1917-23.
218. Evans AM WJ, Gordon LI, Chiu BCH, Tsang R, Rosen ST. *Non-Hodgkin Lymphoma. Cancer Management 14th Edition*. New York: UBM Medica LLC; 2010.
219. Bassig BA LQ, Rothman N, Zhang Y, Zheng T. Current understanding of lifestyle and environmental factors and risk of non-hodgkin lymphoma: an epidemiological update. *J Cancer Epidemiol*. 2012;2012:978930.
220. Kilfoy B, Zheng T, Holford T, Han X, Ward M, Sjodin A, et al. International patterns and trends in thyroid cancer incidence, 1973-2002. *Cancer Causes Control*. 2009;20(5):525-31.
221. McNally R, Blakey K, James P, Gomez Pozo B, Basta N, Hale J. Increasing incidence of thyroid cancer in Great Britain, 1976-2005: age-period-cohort analysis. *Eur J Epidemiol*. 2012;27(8):615-22.
222. Davies L, Welch HG. Increasing incidence of thyroid cancer in the United States, 1973-2002. *JAMA*. 2006;295(18):2164-7.
223. Kent W, Hall S, Isotalo P, Houlden R, George R, Groome P. Increased incidence of differentiated thyroid carcinoma and detection of subclinical disease. *CMAJ*. 2007;177(11):1357-61.
224. Verkooijen HM FG, Pache JC, Franceschi S, Raymond L, Schubert H, et al. Diagnostic changes as a reason for the increase in papillary thyroid cancer incidence in Genève, Switzerland. *Cancer Causes Control* 2003 Feb;14(1):13-7.
225. Leenhardt L BM, Boin-Pineau MH, Conte Devolx B, Maréchaud R, Niccoli-Sire P NM, Orgiazzi J, et al. Advances in diagnostic practices affect thyroid cancer incidence in France. *Eur J Endocrinol*. 2004;150(2):133-9.
226. Harach HR FK, Wasenius VM. Occult papillary carcinoma of the thyroid. A "normal" finding in Finland. A systematic autopsy study. *Cancer*. 1985;56(3):531-8.
227. Enewold L, Zhu K, Ron E, Marrogi A, Stojadinovic A, Peoples G, et al. Rising thyroid cancer incidence in the United States by demographic and tumor characteristics, 1980-2005. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2009;18(3):784-91.
228. Morris L, Myssiorek D. Improved detection does not fully explain the rising incidence of well-differentiated thyroid cancer: a population-based analysis. *Am J Surg*. 2010;200(4):454-61.
229. Gallagher RP, Lee TK, Bajdik CD, Borugian M. Ultraviolet radiation. *Chronic Dis Can*. 2010;29 Suppl 1:51-68.
230. Centre international de Recherche sur le Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Solar and ultraviolet radiation. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum*. 1992;55:1-316.

231. Brisson J, Major D, Pelletier É. *Évaluation de l'exhaustivité du Fichier des Tumeurs du Québec*. Québec: Institut National de Santé Publique du Québec; 2003. Contract No.: ISBN:2-550-41520-5.
232. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) & Australasian Association of Cancer Registries (AACR). *Cancer in Australia 2001, AIHW cat. no. CAN 23*. Canberra: AIHW2004 (en anglais seulement).
233. Centre international de Recherche sur le Cancer. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, vol 90. Human Papillomaviruses*. Lyon: CIRC; 2007 (en anglais seulement).
234. Forte T, Niu J, Lockwood GA, Bryant HE. Incidence trends in head and neck cancers and human papillomavirus (HPV)-associated oropharyngeal cancer in Canada, 1992-2009. *Cancer Causes Control*. 2012; 23(8):1343-8.
235. Braakhuis BJ, Visser O, Leemans CR. Oral and oropharyngeal cancer in The Netherlands between 1989 and 2006: Increasing incidence, but not in young adults. *Oral Oncol*. 2009 Sep;45(9):e85-9.
236. Chaturvedi AK, Engels EA, Anderson WF, Gillison ML. Incidence trends for human papillomavirus-related and -unrelated oral squamous cell carcinomas in the United States. *Clin Oncol*. 2008;26(4):612-9.
237. Conway DI, Stockton DL, Warnakulasuriya KA, Ogden G, Macpherson LM. Incidence of oral and oropharyngeal cancer in United Kingdom (1990-1999) - recent trends and regional variation. *Oral Oncol*. 2006;42(6):586-92.
238. Frisch M, Hjalgrim H, Jaeger AB, Biggar RJ. Changing patterns of tonsillar squamous cell carcinoma in the United States. *Cancer Causes Control*. 2000;11(6):489-95.
239. Hammarstedt L, Lindquist D, Dahlstrand H, Romanitan M, Dahlgren LO, Joneberg J, et al. Human papillomavirus as a risk factor for the increase in incidence of tonsillar cancer. *Int J Cancer*. 2006;119(11):2620-3.
240. Hocking JS, Stein A, Conway EL, Regan D, Grulich A, Law M, et al. Head and neck cancer in Australia between 1982 and 2005 show increasing incidence of potentially HPV-associated oropharyngeal cancers. *Br J Cancer*. 2011;104(5):886-91.
241. Robinson KL, Macfarlane GJ. Oropharyngeal cancer incidence and mortality in Scotland: are rates still increasing? *Oral Oncol*. 2003;39(1):31-6.
242. Shiboski CH, Schmidt BL, Jordan RC. Tongue and tonsil carcinoma: increasing trends in the U.S. population ages 20-44 years. *Cancer*. 2005;103(9):1843-9.
243. Syrjanen S. HPV infections and tonsillar carcinoma. *J Clin Pathol*. 2004;57(5):449-55.

# Annexe technique

## Prévention

### Indicateur : Prévalence du tabagisme

#### Définition :

Pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus dans chaque groupe précisé – fumeurs quotidiens ou occasionnels, anciens fumeurs ou personnes n'ayant jamais fumé

#### Numérateur :

Nombre de fumeurs quotidiens ou occasionnels, d'anciens fumeurs ou de personnes n'ayant jamais fumé, chez les personnes âgées de 12 ans ou plus

#### Dénominateur :

Ensemble de la population âgée de 12 ans et plus

#### Source des données :

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

#### Disponibilité des données :

2003 (ESCC, Cycle 2.1); 2011 (ESCC, 2011)

#### Variables de l'ESCC :

- A fumé au moins 100 cigarettes de son vivant
- A déjà fumé une cigarette en entier
- Genre de fumeur en ce moment
- A déjà fumé quotidiennement

#### Variables de stratification :

Province ou territoire, âge, sexe

#### Provinces et territoires qui ont présenté des données :

Toutes les provinces et tous les territoires

#### Remarques :

1. Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif qui a ensuite été extrapolé pour évoquer l'ensemble de la population.

### Indicateur : Abandon du tabagisme

#### Définition :

Pourcentage de personnes âgées de 20 ans ou plus qui fumaient récemment, mais qui ont cessé de fumer au cours des deux années précédentes

#### Numérateur :

Personnes qui ont abandonné le tabagisme récemment : personnes âgées de 20 ans ou plus qui ne fumaient plus au moment du sondage et qui avaient cessé de fumer au cours des deux années précédentes

#### Dénominateur :

Personnes âgées de 20 ans ou plus qui ont abandonné le tabagisme récemment en plus des fumeurs actuels (celles qui fument tous les jours ou à l'occasion)

#### Source des données :

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

#### Disponibilité des données :

2003 (ESCC, Cycle 2.1); 2011 (ESCC, 2011)

#### Variables de l'ESCC :

- Usage du tabac à l'heure actuelle
- Nombre d'années écoulées depuis que la personne a cessé de fumer tous les jours
- Nombre d'années écoulées depuis que la personne a complètement cessé de fumer

#### Variables de stratification :

Province ou territoire, âge, sexe

#### Provinces et territoires qui ont présenté des données :

Toutes les provinces et tous les territoires

#### Remarques :

1. Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif qui a ensuite été extrapolé pour évoquer l'ensemble de la population.

### Indicateur : Exposition à la fumée secondaire

#### Définition :

Pourcentage des non-fumeurs âgés de 12 ans ou plus régulièrement exposés à la fumée secondaire à la maison, dans un véhicule ou dans un lieu public

#### Numérateur :

- Nombre de non-fumeurs qui ont déclaré que quelqu'un fumait à tous les jours ou presque tous les jours dans leur domicile

- Nombre de non-fumeurs qui ont déclaré avoir été exposé à la fumée secondaire fumait à tous les jours ou presque tous les jours dans un véhicule particulier au cours du mois qui a précédé

- Nombre de non-fumeurs qui ont déclaré avoir été exposé à la fumée secondaire fumait à tous les jours ou presque tous les jours dans un lieu public au cours du mois qui a précédé.

#### Dénominateur :

Non-fumeurs âgés de 12 ans ou plus

#### Sources des données :

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

#### Disponibilité des données :

2003 (ESCC, Cycle 2.1); 2005 (ESCC, Cycle 3.1); 2007 (ESCC, 2007), 2008 (ESCC, 2008), 2009 (ESCC, 2009), 2010 (ESCC 2010), 2011 (ESCC 2011)

#### Variables de l'ESCC :

- En comptant les personnes qui habitent à votre domicile et les visiteurs réguliers, y a-t-il quelqu'un qui fume à l'intérieur de votre domicile, tous les jours ou presque à tous les jours?
- Au cours du dernier mois, avez-vous été exposé à la fumée secondaire, tous les jours ou presque à tous les jours, dans une automobile ou dans un autre véhicule particulier?
- Au cours du dernier mois, avez-vous été exposé à la fumée secondaire tous les jours ou presque à tous les jours dans un lieu public?

#### Variables de stratification :

Province ou territoire, âge

#### Provinces et territoires qui ont présenté des données :

Toutes les provinces et tous les territoires

#### Remarque :

1. Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif qui a ensuite été extrapolé pour évoquer l'ensemble de la population.

2. Quand le coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 % (denoté par <sup>f</sup> dans le figure), ce signifie que la variation relative est importante; alors l'estimation doit être interpréter avec caution.

### Indicateur : Consommation d'alcool – recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque

#### Définition :

Pourcentage d'adultes âgés de 18 ans ou plus qui ont déclaré avoir consommé plus d'alcool que les recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque décrites ci-dessous :

*Recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque : Pas plus de deux verres par jour chez les hommes EN MOYENNE et pas plus d'un verre par jour chez les femmes EN MOYENNE.* La moyenne quotidienne a été calculée en fonction de la quantité totale de verres que le répondant a déclaré avoir consommé dans la semaine qui a précédé l'entrevue réalisée dans le cadre de l'ESCC, divisée par sept jours.

#### Numérateur :

Nombre d'adultes âgés de 18 ans ou plus qui ont déclaré dépasser les recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque

#### Dénominateur :

Ensemble de la population âgée de 18 ans ou plus

#### Source des données :

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

#### Disponibilité des données :

2003 (ESCC, Cycle 2.1); 2011 (ESCC 2011)

#### Variables de l'ESCC :

- Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez bu un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée?
- En pensant à la dernière semaine, est-ce que vous avez bu de la bière, du vin, un spiritueux ou toute autre boisson alcoolisée?
- Combien de verres avez-vous bu tous les jours au courant de la dernière semaine?

#### Variables de stratification :

Province ou territoire

#### Provinces et territoires qui ont présenté des données :

T.-N.-L., Qc., Ont., Man., Sask.

#### Remarques :

1. Un « verre » d'alcool correspond au contenu d'une bouteille ou d'une cannette de bière, d'un verre de bière, d'un verre de vin ou de punch, ou d'un coquetel contenant 1,5 once d'alcool.
2. Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif qui a ensuite été extrapolé pour évoquer l'ensemble de la population.

### Indicateur : Consommation d'alcool – Abstinence d'alcool

#### Définition :

Pourcentage des adultes âgés de 18 ans ou plus qui ont déclaré ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 12 mois qui ont précédé

#### Numérateur :

Nombre de personnes âgées de 18 ans ou plus qui ont déclaré ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 12 mois qui ont précédé

#### Dénominateur :

Ensemble de la population âgée de 18 ans ou plus

#### Source des données :

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

#### Disponibilité des données :

2003 (ESCC, Cycle 2.1); 2011 (ESCC, 2011)

#### Variables de l'ESCC :

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris un verre de bière, de vin, d'alcool ou de toute autre boisson alcoolisée?

#### Variables de stratification :

Province ou territoire

#### Provinces et territoires qui ont présenté des données :

Toutes les provinces et tous les territoires

#### Remarques :

1. Un « verre » d'alcool correspond au contenu d'une bouteille ou d'une cannette de bière, d'un verre de bière, d'un verre de vin ou de punch, ou d'un coquetel contenant 1,5 once d'alcool.
2. Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif qui a ensuite été extrapolé pour évoquer l'ensemble de la population.

### Indicateur : Taux d'excès de poids ou d'obésité chez les adultes

#### Définition :

Pourcentage d'adultes âgés de 18 ans ou plus à chaque valeur de l'indice de masse corporelle (IMC) et dans les groupes d'IMC – poids insuffisant (IMC < 18,50); poids normal (IMC 18,50 à 24,99); excès de poids (IMC 25,00 à 29,99); obèse (IMC 30,00 ou plus); obèse II (IMC 35,00 à 39,99); ou obèse III (IMC 40,00 ou plus).

#### Numérateur :

Nombre d'adultes âgés de 18 ans ou plus à chaque valeur de l'IMC et dans chaque groupe d'IMC – poids insuffisant, poids normal, excès de poids ou obèse

#### Dénominateur :

Nombre total des adultes âgés de 18 ans ou plus qui ont donné des réponses valables quant à leur taille et leur poids

#### Source des données :

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

#### Disponibilité des données :

2003 (ESCC, Cycle 2.1); 2011 (ESCC, 2011)

#### Variables de l'ESCC :

- Poids divulgué par l'intéressé (kg)
- Taille divulgué par l'intéressé (m)
- Valeurs de l'IMC calculées :  $IMC = \text{poids}/(\text{taille})^2$

#### Variables de stratification :

Province et territoire, sexe

#### Provinces et territoires qui ont présenté des données :

Toutes les provinces et tous les territoires

#### Remarques :

1. Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif qui a ensuite été extrapolé pour évoquer l'ensemble de la population.
2. Exclut les femmes enceintes, femmes qui allaitaient, personnes qui mesuraient moins de trois pieds ou plus de six pieds et onze pouces.

### Indicateur : Utilisation des appareils de bronzage artificiel

#### Définition :

Pourcentage de Canadiens qui ont déclaré avoir utilisé un appareil de bronzage au cours de la dernière année

#### Numérateur :

Répondants qui ont déclaré avoir utilisé un appareil de bronzage au cours de la dernière année

**Dénominateur :**

Nombre total de répondants à l'enquête

**Source des données :**

Deuxième Enquête nationale sur l'exposition au soleil (EES2) 2006

**Disponibilité des données :**

Du 2 août au 22 novembre 2006

**Variables de l'EES2 :**

À quelle fréquence avez-vous utilisé des méthodes artificielles de bronzage au cours des douze derniers mois?

**Variables de stratification :**

Sexe, âge

**Remarques :**

1. La deuxième Enquête nationale sur l'exposition au soleil a été menée auprès de 7 121 Canadiens âgés de 16 ans et plus. Parmi les répondants, 1 437 adultes ont aussi fait état de l'exposition au soleil de l'un de leurs enfants (1 an à 12 ans). La population cible de l'enquête ne comprenait pas les résidents des Territoires, les personnes vivant en établissement, les personnes qui ne parlent pas couramment l'anglais ou le français, et les personnes qui n'avaient pas de ligne téléphonique (terrestre ou cellulaire). Le taux de réponse était de 63 %.
2. Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne de 2001.
3. La population cible a inclus toutes les provinces et a exclu tous les territoires.
4. Quand le coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 % (denoté par <sup>e</sup> dans la figure), ce signifie que la variation relative est importante; alors l'estimation doit être interprétée avec caution.

## Indicateur : Participation aux programmes d'immunisation contre le virus du papillome humain

**Définition :**

La proportion des femmes appartenant à la cohorte visée qui ont reçu la première des 3 doses du vaccin contre le virus du papillome humain

**Numérateur :**

Nombre de femmes qui ont reçu la première dose du vaccin contre le virus du papillome humain dans le cadre d'un programme d'immunisation provincial ou territorial

**Dénominateur :**

Nombre de femmes appartenant à l'année scolaire ou au groupe d'âge visé qui fréquentent des écoles où le programme d'immunisation contre le virus du papillome humain est offert

**Source des données :**

Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus

**Disponibilité des données :**

Année scolaire 2008/2009 (approximativement du 1<sup>er</sup> septembre 2008 au 31 août 2009)

**Variables de stratification :**

Province ou territoire

**Provinces et territoires qui ont présenté des données :**

Alb., C.-B., Man., N.-B., T.-N.-L., N.-É., T. N.-O., Ont., Î.-P.-É., Qc., Sask.

**Remarques concernant certaines provinces :**

Alb. : Les données sont celles de la 3<sup>e</sup> dose.

Î.-P.-É. : Les données reposent sur des projections.

Ont. : Les données sont celles de la 3<sup>e</sup> dose.

T. N.-O. : Les données reposent sur des projections.

**Remarques générales :**

1. La population visée, les plans et les étapes de déploiement et de mise en œuvre varient d'une province ou d'un territoire à l'autre.
2. À mesure que les provinces avancent dans la mise en œuvre de ces programmes d'immunisation, on s'attend à ce que ces pourcentages augmentent et que les écarts interprovinciaux diminuent.

## Indicateur : Infection par le virus de l'hépatite B

**Définition :**

1. Taux signalé d'infection aiguë ou indéterminée par le virus de l'hépatite B (VHB) au Canada

2. Taux signalé d'infection chronique ou du porteur par le VHB au Canada

**Numérateur :**

1. Cas signalés d'infection aiguë ou indéterminée par le VHB

2. Cas signalés d'infection chronique ou du porteur par le VHB

**Dénominateur :**

Ensemble de la population canadienne

**Sources des données :**

Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, Agence de la santé publique du Canada – Données datant du mois d'avril 2011. Agence de la santé publique du Canada (2011)

Données sur la population tirées du tableau 051-0001 du Système canadien d'information socio économique (CANSIM), estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1<sup>er</sup> juillet, provinces et territoires, Canada, annuel, Statistique Canada

**Disponibilité des données :**

1. Cas d'infection aiguë ou indéterminée : 1990 à 2008
2. Cas d'infection chronique ou du porteur : 2004 à 2008

**Remarques :**

1. Tous les cas d'infection par le VHB qui sont cliniquement diagnostiqués, et ceux qui sont confirmés en laboratoire, sont officiellement signalés aux autorités de santé publique dans toutes les provinces et tous les territoires. Les données agrégées sont envoyées à l'Agence de la santé publique du Canada.
2. Les pratiques de déclaration varient d'une province et d'un territoire à l'autre du fait que certaines provinces et certains territoires ne déclarent que les cas aigus d'infection, tandis que d'autres signalent aussi bien les cas aigus qu'indéterminés d'infection.
3. Les cas d'infection chronique sont signalés par certaines provinces et certains territoires depuis 2004.
4. Les efforts consentis pour éliminer les déclarations en double varient d'une province et d'un territoire à l'autre (Agence de la santé publique du Canada. Mise à jour épidémiologique, Rapport sommaire : Infection par le virus de l'hépatite B au Canada. 2011. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/32s3/4epi-fra.php>).

## Indicateur : Infection par le virus de l'hépatite C

**Définition :**

Taux signalé d'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) au Canada.

**Numérateur :**

Cas signalés d'infection par le VHC

**Denominateur :**  
Ensemble de la population canadienne

**Sources des données :**  
Section de la surveillance et de l'épidémiologie sur l'hépatite C et les infections transmises sexuellement (ITS), Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2010.

Estimations démographiques fournies par Statistique Canada (Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques, estimations de la population pour juillet, estimations intercensitaires définitives de 1997 à 2005, estimations postcensitaires définitives de 2006, estimations postcensitaires mises à jour de 2007 à 2008, estimations postcensitaires préliminaires de 2009.)

**Disponibilité des données :**  
2005 à 2009

**Variables de stratification :**  
Sexe, âge

**Remarques :**

1. Ne fait pas de distinction entre infection aiguë et chronique pour l'hépatite C.
2. Les données de 2009 sont préliminaires et l'on s'attend à ce qu'elles changent. L'Agence de la santé publique du Canada a vérifié les données en collaboration avec les provinces et les territoires en novembre 2010.

## Dépistage

### Indicateur : Participation aux programmes de dépistage du col de l'utérus

**Définition :**

Pourcentage des femmes âgées de 20 à 69 ans qui ont passé au moins 1 test de Papanicolau (Pap) de 2006 à 2008

**Numérateur :**

Nombre de femmes âgées de 20 à 69 ans qui ont passé au moins 1 test de Papanicolau au cours des trois années qui ont précédé

**Dénominateur :**

Nombre total de femmes âgées de 20 à 69 ans au cours de la deuxième année.

**Source des données :**

Programmes de dépistage du cancer du col utérin au Canada : Surveillance du rendement des programmes 2006 – 2008

**Disponibilité des données :**

2006 à 2008

**Variables de stratification :**

Province, âge, données corrigées pour tenir compte des femmes ayant subi une hystérectomie

**Provinces qui ont présenté des données :**

Alb., Man., T.-N.-L., N.-É. et Sask. (données non-corrigées); C.-B. et Ont. (données corrigées)

**Remarques concernant certaines provinces :**

Alb. : L'Alb. a présenté des données qui couvrent les régions dotées de programmes structurés au cours de ces années (approximativement 40 % de la population).

C.-B. : La C.-B. a exclu les tous les tests cytologiques non vaginaux (p. ex. les tests du dôme vaginal) et ajusté le dénominateur pour tenir compte du taux d'hystérectomies effectuées dans la province.

T.-N.-L. : T.-N.-L. a présenté des données historiques de 2005 à 2007.

Ont. : L'Ont. a présenté des taux de participation corrigés qui tiennent compte des femmes ayant subi une hystérectomie. Le taux de participation a été ajusté à l'aide d'une méthodologie reposant sur des données administratives permettant de déminer les femmes qui avaient déjà subi une hystérectomie et sur les taux d'hystérectomie déjà publiés.

**Remarques concernant certaines provinces :**

Alb. : L'Alb. a présenté des données qui couvrent les régions dotées de programmes structurés au cours de ces années (≈ 40 % de la population).

T.-N.-L. : T.-N.-L. a présenté des données historiques de 2005 à 2007.

Ont. : Les données de l'Ont. sont celles de 2003 et de 2006. Elles représentent approximativement 85 % de tous les tests de Pap effectués dans la province.

### Indicateur : Dépistage du cancer du col de l'utérus – Fidélisation

**Définition :**

Pourcentage des femmes âgées de 20 à 69 ans qui ont subi un test de Pap moins de 3 ans après avoir obtenu un résultat négatif à un test de Pap en 2004 ou en 2005

**Numérateur :**

Nombre de femmes qui ont subi un test de Pap moins de 3 ans après avoir obtenu un résultat négatif à un test de Pap

**Dénominateur :**

Nombre de femmes âgées de 20 à 69 ans qui ont obtenu un résultat négatif à un test de Pap au cours des dernières 12 mois.

**Source des données :**

Programmes de dépistage du cancer du col utérin au Canada : Surveillance du rendement des programmes 2006 – 2008

**Disponibilité des données :**

2004 et 2005

**Variables de stratification :**

Province

**Provinces qui ont présenté des données :**

Sask., C.-B., Ont., Man., T.-N.-L., N.-É., Alb.

### Indicateur : Dépistage du cancer du sein dans le cadre de programmes — Participation

**Définition :**

Pourcentage de femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont participé à un programme organisé de dépistage du cancer du sein à l'échelle du Canada au cours des deux années précédentes selon le rappel biennal.

**Numérateur :**

Femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont subi un dépistage du cancer du sein dans le cadre d'un programme organisé en 2009 et 2010.

**Dénominateur :**

Femmes âgées de 50 à 69 ans au Canada

**Source des données :**

Fichiers de population du programme provincial de dépistage du cancer du sein

**Disponibilité des données :**

2009 et 2010

**Variables de stratification :**

Province

**Provinces/territoires qui présentent des données :**

Alb., Qc, Man., N.-B., N.-É., C.-B., Sask., T.-N.-L., Ont.

Les données de l'Ont. sont tirées de l'indice de qualité du système de lutte contre le cancer

**Remarques concernant certaines provinces :**  
Man. : Les données sont celles de 2008 – 2010.  
Qc. : Les données sont celles de 2009.

**Remarques :**

1. Les valeurs du dénominateur sont légèrement différentes par rapport aux dénominateurs utilisés dans les rapports publiés précédemment, et par conséquent, les taux de participation ne sont pas identiques à ceux qui ont été publiés.

## Indicateur : Dépistage du cancer du sein autodéclaré – Asymptomatique

**Définition :**

Pourcentage de femmes asymptomatiques âgées de 50 à 69 ans qui ont subi une mammographie au cours des deux années précédentes par année d'âge qui ont subi une mammographie au cours de la dernière année, lorsque le qualificatif « asymptomatique » est défini comme suit :

Asymptomatiques : Les répondantes qui ont indiqué avoir subi une mammographie pour l'une des raisons suivantes :

- antécédents familiaux; dépistage ou examen systématique; âge; traitement hormonal substitutif (THS)
- Et non pour les raisons suivantes :
- présence d'une masse; problème aux seins; suivi d'un traitement contre le cancer du sein; autre

**Numérateur :**

Femmes asymptomatiques âgées 50 à 69 ans qui ont indiqué avoir subi une mammographie au cours des deux années précédentes.

**Dénominateur :**

Nombre total de femmes asymptomatiques âgées de 50 à 69 ans

**Source des données :**

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

**Disponibilité des données :**  
2008 (ESCC 2008)

**Variables de l'ESCC :**

- Déjà subi une mammographie

- Raisons pour subir une mammographie (indiquer toutes les options qui s'appliquent) : antécédents familiaux, dépistage de routine; âge; THS; présence d'une masse; suivi d'un traitement contre le cancer; problème aux seins; autre
- La dernière fois qu'une femme avait subi une mammographie

**Variables de stratification :**

Province/territoire

**Provinces/territoires qui présentent des données :**

Toutes les provinces et tous les territoires

**Remarques :**

1. Cet indicateur tient compte des données de 2008 puisque des données plus récentes ne sont pas disponibles pour toutes les provinces ou tous les territoires.
2. Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif qui a ensuite été extrapolé pour évoquer l'ensemble de la population.

## Indicateur : Dépistage du cancer colorectal autodéclaré – Risque moyen

**Définition :**

Pourcentage de Canadiens âgés de 50 à 74 ans présentant un risque moyen de cancer colorectal (CCR) qui ont déclaré avoir subi soit un test de recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) au cours des deux années qui ont précédé, soit une sigmoïdoscopie ou une coloscopie au cours des cinq dernières années, selon la province/territoire.

**Risque moyen :**

La catégorie de risque moyen comprend les personnes âgées de 50 à 74 ans qui n'ont pas reçu de diagnostic de colite, de maladie de Crohn, de polypes ni de polypose adénomateuse familiale (PAF), et dont aucun membre de la famille biologique immédiate n'est atteint d'un CCR.

**Numérateur :**

Nombre de personnes âgées de 50 à 74 ans présentant un risque moyen qui ont déclaré avoir subi soit un test de RSOS au cours des deux dernières années, soit une coloscopie ou une sigmoïdoscopie au cours des cinq dernières années

**Dénominateur :**

Nombre total de personnes âgées de 50 à 74 ans présentant un risque moyen

**Source des données :**

Sondage sur le dépistage du cancer du côlon au Canada réalisé en 2009 et

Sondage sur le dépistage du cancer du côlon au Canada réalisé en 2011 pour le compte du Réseau national de dépistage du cancer colorectal du Partenariat canadien contre le cancer

**Disponibilité des données :**  
2009 et 2011

**Variables d'enquête :**

- Avez-vous déjà subi un test de RSOS? À quand remonte la dernière fois?
- Avez-vous déjà subi une coloscopie ou une sigmoïdoscopie? À quand remonte la dernière fois?

**Variables de stratification :**

Province/territoire

**Provinces et territoires pour lesquels des données sont disponibles :**  
Toutes les provinces et tous les territoires

**Remarques :**

1. Les données ont été pondérées pour que la composition de l'échantillon selon le lieu de résidence, l'âge, le sexe et le niveau de scolarité soit le reflet des données démographiques qui correspondent aux résultats du recensement sur la population canadienne le plus récent.
2. Le terme « test de RSOS » englobe les tests au gaiac et les tests immunochimiques des selles (TIS).
3. Puisque les données du sondage ne font pas de distinction entre l'intervalle de la coloscopie et celui de la sigmoïdoscopie, on s'est fondé sur la période de cinq ans.
4. Les personnes ayant déjà reçu un diagnostic de CCR ont été prises en compte dans l'analyse car on ne savait pas si ce diagnostic avait été posé à la suite du plus récent examen de dépistage. Lorsque l'analyse a été effectuée sans tenir compte des personnes ayant déjà reçu un diagnostic de CCR, les résultats sont demeurés pratiquement inchangés.

## Indicateur : Dépistage du cancer colorectal — Type de test

**Définition :**

Type de test cité concernant le dépistage du CCR effectué chez les Canadiens âgés de 50 à 74 ans qui ont déclaré avoir subi soit un test de RSOS au cours des deux dernières années, soit une sigmoïdoscopie ou une coloscopie au cours des cinq dernières années, par province/territoire.

**Numérateur :**

Nombre de personnes âgées de 50 à 74 ans présentant un risque moyen qui ont déclaré avoir subi : 1) un test de RSOS au cours des deux dernières années; 2) une coloscopie ou une sigmoïdoscopie au cours des cinq dernières années.

**Dénominateur :**

Nombre total de personnes âgées de 50 à 74 ans présentant un risque moyen qui étaient à jour dans leur test de dépistage du CCR, c'est-à-dire qu'elles ont déclaré avoir subi soit un test de RSOS au cours des deux dernières années, soit une coloscopie ou une sigmoïdoscopie au cours des cinq dernières années

**Source des données :**

Sondage sur le dépistage du cancer du côlon au Canada réalisé en 2011 pour le compte du Réseau national de dépistage du cancer colorectal du Partenariat canadien contre le cancer

**Disponibilité des données :**  
2011**Variables d'enquête :**

- Quels tests avez vous subis?

**Variables de stratification :**

Province/territoire

**Provinces et territoires pour lesquels des données sont disponibles :**

Toutes les provinces et tous les territoires

**Remarques :**

1. Les données ont été pondérées pour que la composition de l'échantillon selon le lieu de résidence, l'âge, le sexe et le niveau de scolarité soit le reflet des données démographiques qui correspondent aux résultats du recensement sur la population canadienne le plus récent.

2. Le terme « test de RSOS » englobe les tests au gaïac et les tests immunochimiques des selles (TIS).

3. Puisque les données du sondage ne font pas de distinction entre l'intervalle de la coloscopie et celui de la sigmoïdoscopie, on s'est fondé sur la période de cinq ans pour les deux modalités.

4. Les personnes ayant déjà reçu un diagnostic de CCR ont été prises en compte dans l'analyse car on ne savait pas si ce diagnostic avait été posé à la suite du plus récent examen de dépistage. Lorsque l'analyse a été effectuée sans tenir compte des personnes ayant déjà reçu un diagnostic de CCR, les résultats sont demeurés pratiquement inchangés.

### Indicateur : Conversation amorcée par le médecin sur le dépistage du CCR (selon les déclarations des patients)

**Définition :**

Pourcentage de Canadiens âgés de 50 à 74 ans qui ont déclaré que leur médecin avait amorcé une conversation sur le dépistage du CCR

**Numérateur :**

Nombre de personnes âgées de 50 à 74 ans qui ont déclaré que leur médecin avait amorcé une conversation sur le dépistage du CCR

**Dénominateur :**

Nombre total de personnes âgées de 50 à 74 ans

**Source des données :**

Sondage sur le dépistage du cancer du côlon au Canada réalisé en 2011 pour le compte

du Réseau national de dépistage du cancer colorectal du Partenariat canadien contre le cancer

**Disponibilité des données :**  
2011**Variables d'enquête**

- Qui a soulevé la question du dépistage du cancer colorectal, vous ou votre médecin?

**Variables de stratification :**

Province/territoire

**Provinces et territoires pour lesquels des données sont disponibles :**

Toutes les provinces et tous les territoires

**Remarques :**

1. Les données ont été pondérées pour que la composition de l'échantillon selon le lieu de résidence, l'âge, le sexe et le niveau de scolarité soit le reflet des données démographiques qui correspondent aux résultats du recensement sur la population canadienne le plus récent.
2. Le terme « test de RSOS » englobe les tests au gaïac et les tests immunochimiques des selles (TIS).
3. Puisque les données du sondage ne font pas de distinction entre l'intervalle de la coloscopie et celui de la sigmoïdoscopie, on s'est fondé sur la période de cinq ans pour les deux modalités.
4. Les personnes ayant déjà reçu un diagnostic de CCR ont été prises en compte dans l'analyse car on ne savait pas si ce diagnostic avait été posé à la suite du plus récent examen de dépistage. Lorsque l'analyse a été effectuée sans tenir compte des personnes ayant déjà reçu un diagnostic de CCR, les résultats sont demeurés pratiquement inchangés.

## Diagnostic

### Indicateur : Saisie de données sur le stade

**Définition :**

Pourcentage de nouveaux cas stadifiables pour lesquels des données de stadification sont disponibles dans les registres provinciaux du cancer

**Numérateur :**

Nombre de nouveaux cas stadifiables pour lesquels des données de stadification sont disponibles dans le registre provincial du cancer

**Dénominateur :**

Nombre total de nouveaux cas stadifiables

**Source des données :**

Déclarées par des organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer au Partenariat canadien contre le cancer

**Disponibilité des données :**

Diagnostics établis en 2007, en 2008, en 2009, et en 2010.

**Variables de stratification :**

Province, type de cancer :

1. Tous types de cancer invasifs
2. Cancer du sein
3. Cancer colorectal
4. Cancer du poumon
5. Cancer de la prostate

**Provinces qui ont présenté des données :**

Alb., C.-B., Man., N.-B., T.-N.-L., N.-É., Ont., Î.-P.-É., Sask.

**Remarques concernant certaines provinces :**

N.-B. : Les données présentées sur le stade ne tiennent compte que des cas de cancer de la prostate qui ont fait l'objet d'une ablation complète de la prostate.

C.-B. : Les données sur le stade relatives à l'ensemble des cancers invasifs pour 2010 ne sont pas disponibles actuellement pour ce qui est de la C.-B.

Alb. : Les données pour le cancer du sein incluent uniquement les femmes. Les données concernant les femmes de moins de 18 ans sont exclues.

Man. : Les données pour le cancer du sein incluent uniquement les femmes.

Ont. : Avant l'année de diagnostic 2010, c'est-à-dire en 2007, en 2008 et en 2009, l'information sur le stade comprenait des données issues de la méthode TNM (tumeur, nodule, métastases) et de la stadification concertée. Depuis l'année de diagnostic 2010, les données issues de la méthode TNM ne sont plus incluses et l'information sur le stade comprend uniquement les données issues de la stadification concertée.

#### Remarques générales :

1. Les données de source utilisées pour cet indicateur ont été fournies par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer selon les définitions données par le Partenariat canadien contre le cancer.
2. Les nouveaux cas de cancer invasif qui sont stadifiables selon la 7<sup>e</sup> édition du Cancer Staging Manual de l'AJCC sont inclus dans le dénominateur. Les données présentées par certaines provinces comprennent les nouveaux cas qui sont stadifiables selon la 6<sup>e</sup> édition du Cancer Staging Manual de l'AJCC (la 7<sup>e</sup> édition n'ayant été publiée que le 1<sup>er</sup> janvier 2010). Les cas dont le stade est inconnu sont inclus dans le numérateur. Les nouveaux cas qui peuvent être stadifiés mais qui ne l'ont pas été parce que le codage était incomplet ou parce que les données n'étaient pas disponibles sont inclus dans le dénominateur (c.-à-d. non disponibles).
3. L'indicateur repose sur les données déclarées directement par les provinces pour les besoins du présent rapport. Aucune validation ou vérification distincte des données fournies n'a été effectuée.
4. La stadification peut s'inspirer de la stadification selon la classification TNM de l'AJCC déclarée directement par les cliniciens ou s'appuyer sur la méthodologie de stadification concertée. Les données qui proviennent d'autres systèmes ou normes de stadification n'ont pas été incluses comme un stade valable dans l'indicateur.

5. Le Partenariat a lancé une initiative afin de favoriser l'adoption d'un programme concerté sur la stadification du cancer à l'échelle du pays. À la fin de cette initiative, des données complètes sur le stade du cancer devraient être disponibles dans les provinces qui participent à cette initiative pour les quatre principaux types de cancer, soit le cancer du sein, le cancer de la prostate, le cancer du poumon et le cancer colorectal.
6. Tous les types de cancer (sauf le cancer du sein) comprennent les cas au stade 0.

## Indicateur : Stade inconnu

### Définition :

Pourcentage de nouveaux cas stadifiables qui sont inscrits sous « stade inconnu » dans le registre provincial du cancer.

### Numérateur :

Nombre de nouveaux cas stadifiables qui sont inscrits sous « stade inconnu » dans le registre provincial du cancer.

### Dénominateur :

Nombre total de nouveaux cas stadifiables

### Source des données :

Déclarées par des organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer au Partenariat canadien contre le cancer

### Disponibilité des données :

Diagnostics établis en 2010

### Variables de stratification :

- Province, type de cancer :
1. Tous types de cancer invasifs
  2. Cancer du sein
  3. Cancer colorectal
  4. Cancer du poumon
  5. Cancer de la prostate

### Provinces qui ont présenté des données :

Alb., C.-B., Man., N.-B., T.-N.-L., N.-É., Ont., Î.-P.-É., Sask.

### Remarques concernant certaines provinces :

N.-B. : Les données présentées sur le stade ne tiennent compte que des cas de cancer de la prostate qui ont fait l'objet d'une ablation complète de la prostate.

C.-B. : Aucune donnée n'était disponible sur le pourcentage de nouveaux cas dont le stade est inconnu relativement aux types de cancer autres que les quatre principaux types de cancer pour l'année de diagnostic 2010.

Alb. : Les données pour le cancer du sein incluent uniquement les femmes. Les données concernant les femmes de moins de 18 ans sont exclues.

Man. : Les données pour le cancer du sein incluent uniquement les femmes.

Ont. : Avant l'année de diagnostic 2010, c'est-à-dire en 2007, en 2008 et en 2009, l'information sur le stade comprenait des données issues de la méthode TNM (tumeur, nodule, métastases) et de la stadification concertée. Depuis l'année de diagnostic 2010, les données issues de la méthode TNM ne sont plus incluses et l'information sur le stade comprend uniquement les données issues de la stadification concertée.

#### Remarques générales :

1. Les données de source utilisées pour cet indicateur ont été fournies par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer selon les définitions données par le Partenariat canadien contre le cancer.
2. Les nouveaux cas de cancer invasif qui sont stadifiables selon la 7<sup>e</sup> édition du Cancer Staging Manual de l'AJCC sont inclus dans le dénominateur. Les données présentées par certaines provinces comprennent les nouveaux cas qui sont stadifiables selon la 6<sup>e</sup> édition du Cancer Staging Manual de l'AJCC (la 7<sup>e</sup> édition n'ayant été publiée que le 1<sup>er</sup> janvier 2010). Les cas dont le stade est inconnu sont inclus dans le numérateur. Les nouveaux cas qui peuvent être stadifiés mais qui ne l'ont pas été parce que le codage était incomplet ou parce que les données n'étaient pas disponibles sont inclus dans le dénominateur (c.-à-d. non disponibles).
3. L'indicateur repose sur les données déclarées directement par les provinces pour les besoins du présent rapport. Aucune validation ou vérification distincte des données fournies n'a été effectuée.
4. La stadification peut s'inspirer de la stadification selon la classification TNM de l'AJCC déclarée directement par les cliniciens ou s'appuyer sur la méthodologie de stadification concertée. Les données qui proviennent d'autres systèmes ou normes de stadification n'ont pas été incluses comme un stade valable dans l'indicateur.
5. Le Partenariat a lancé une initiative afin de favoriser l'adoption d'un programme concerté sur la stadification du cancer à l'échelle du pays. À la fin de cette initiative, des données complètes sur le stade du cancer devraient être disponibles dans les provinces qui participent à cette initiative pour les quatre principaux types de cancer, soit le cancer du sein, le cancer de la prostate, le cancer du poumon et le cancer colorectal.
6. Tous les types de cancer (sauf le cancer du sein) comprennent les cas au stade 0.

## Indicateur : Temps d'attente entre une mammographie anormale et la résolution

### Définition :

1. Délai (en semaines) entre une mammographie anormale et la résolution (date du test d'établissement du diagnostic définitif)
2. Le pourcentage de femmes pour lesquels le temps d'attente ci-dessus a été dans les délais cibles.

### Population :

Femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont participé à un programme de dépistage du cancer du sein et qui ont obtenu un résultat anormal (mammographie ou examen clinique des seins) :

1. Exigeant une biopsie
2. N'exigeant pas de biopsie

### Paramètres :

- 1a. Temps d'attente médian (en semaines)
  - 1b. Temps d'attente du 90<sup>e</sup> centile (en semaines)
2. Pourcentage de résolution dans le délai d'attente cible, c'est-à-dire sept semaines, chez les femmes qui ont besoin d'une biopsie, et cinq semaines, chez les femmes qui n'ont pas besoin d'une biopsie

### Source des données :

Programmes provinciales de dépistage du cancer du sein

### Disponibilité des données :

2010

### Données présentées :

Alb., C.-B., Man., N.-B., T.-N.-L., N.-É., Sask., Ont.

### Remarques concernant certaines provinces :

Alb. : Les données incluses proviennent uniquement du programme de dépistage Screen Test. Ce programme provincial effectue approximativement 10–12 % des mammographies réalisées dans la province. Environ 65 % de ces mammographies sont faites dans des unités mobiles.

Ont. : Le médian et 90<sup>e</sup> centile ne sont pas disponibles.

### Remarques générales :

1. L'indicateur exclut les examens réalisés au delà de six mois après le dépistage.
2. Le temps écoulé avant l'établissement du diagnostic est fondé sur la date d'obtention du résultat de la première biopsie pathologique indiquant la présence d'un cancer du sein (à l'exclusion des ponctions à l'aiguille fine et de toutes les procédures non concluantes) ou sur la date du dernier examen ou de la dernière biopsie pathologique ayant indiqué un résultat bénin.
3. Le diagnostic définitif d'un cancer est le résultat du premier examen d'une biopsie par forage ou chirurgicale ouverte qui confirme la présence d'un cancer. En de rares occasions, une biopsie par ponction à l'aiguille fine peut aussi être utilisée pour poser un diagnostic définitif de cancer. Le diagnostic définitif d'un cas bénin est le dernier test bénin après un délai maximum de six mois suivant un dépistage ayant révélé un résultat anormal.
4. Les biopsies tissulaires comprennent la biopsie ouverte et la biopsie par forage à l'aiguille.
5. Les temps d'attente présentés doivent être évalués dans le contexte de la participation globale aux programmes organisés de dépistage du cancer du sein.

## Indicateur : Temps d'attente entre l'obtention d'un résultat d'analyse de selles anormal et une coloscopie

### Définition :

Temps écoulé (en jours) entre l'obtention d'un résultat anormal lors d'une analyse de selles effectuée à des fins de dépistage du cancer colorectal (CCR), et une coloscopie de dépistage de suivi

### Population :

Personnes ayant obtenu un résultat anormal lors d'une analyse de selles (effectuée à des fins de dépistage du CCR) qui ont ensuite subi une coloscopie dans les 180 jours suivant l'obtention de ce résultat.

### Mesures :

1. Temps d'attente médian (en jours)
2. Temps d'attente du 90<sup>e</sup> centile (en jours)
3. Nombre de personnes ayant subi une coloscopie de suivi dans les 180 jours

### Source des données :

Données communiquées par les programmes provinciaux de dépistage du cancer colorectal par l'intermédiaire du Réseau national de dépistage du cancer colorectal.

### Disponibilité des données :

Examens réalisés entre janvier 2009 et décembre 2010 (période de deux ans)

### Données présentées :

L'anonymat des quatre provinces participantes est préservé pour cet indicateur parce que le réseau de dépistage du cancer colorectal n'avait toujours pas publié ces résultats au moment de la diffusion du présent rapport.

### Remarques générales :

1. Cinq provinces ont fourni des données, mais le nombre de cas recensés dans l'une d'entre elles était trop faible pour que les résultats soient significatifs et cette province a donc été exclue.
2. Cet indicateur ne comprend pas les patients qui ont subi une coloscopie plus de six mois après avoir obtenu un résultat d'analyse de selles anormal.
3. La coloscopie peut avoir eu lieu dans le cadre du programme ou hors de celui-ci mais comprend uniquement les personnes dont l'analyse de selles ayant donné un résultat anormal a été réalisée dans le cadre du programme de dépistage.

## Traitement

### Indicateur : Temps d'attente en radiothérapie

#### Définition :

1. Le médian et le 90<sup>e</sup> centile du temps écoulé entre le moment où le patient est

déclaré « prêt à traiter » jusqu'au début de la radiothérapie, mesuré en jours

2. Le pourcentage de cas de radiothérapie pour lesquels le temps d'attente ci-dessus a été dans les délais cibles.

#### Population incluse :

Toutes les personnes atteintes d'un cancer qui ont subi une radiothérapie pour lesquelles on a recueilli les temps d'attente conformément aux spécifications de cet indicateur.

**Paramètres :**

- 1a. Temps d'attente médian (en jours)
- 1b. Temps d'attente du 90<sup>e</sup> centile (en jours)
2. Pourcentage des patients ayant commencé un traitement dans le délai cible (4 semaines après la désignation « prêt à traiter »)

**Source des données :**

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

**Disponibilité des données :**

Années de traitement 2008, 2009, 2010 et 2011

**Variables de stratification :**

Province, type de cancer (du prostate, du poumon, colorectal, du sein)

**Provinces qui ont présenté des données :**

Alb., C.-B., Man., N.-B., T.-N.-L., N.-É., Ont., Québec, Î.-P.-É., Sask.

**Remarques concernant certaines provinces :**

Alb. : La province a commencé à déclarer des données en 2009.

Québec : Les données du médian et du 90<sup>e</sup> centile ne sont pas disponibles.

N.-B. :

- Les données du médian et du 90<sup>e</sup> centile ne sont pas disponibles.
- Les rapports du Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick pour la radiothérapie couvrent les domaines suivants : cancer du cerveau et du système nerveux central, cancer du sein, cancer gastro-intestinal, cancer génito-urinaire, cancer gynécologique, cancer de la tête ou du cou, leucémie, cancer du poumon, lymphome, mélanome malin, sarcome, cancer de la peau, cancer bénin.

N.-É. : Avant 2010, la N.-É. ne recueillait pas de données sur les patients « prêts à traiter ». Les temps d'attente déclarés pour les années 2008 et 2009 reposent sur une mesure de substitution mise au point par la province.

**Remarques générales :**

1. Tous les codes de comportement sont inclus.
2. Les cas ayant été traités en 2011 sont inclus.
3. Les données de source utilisées pour cet indicateur ont été fournies par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer selon les définitions données par le Partenariat canadien contre le cancer.
4. À noter, si la province obtient ces données à partir d'une base de données sur les temps d'attente par opposition à un registre, les cas de cancer du sein

doivent être inclus en fonction de la définition fournie dans la base de données.

5. On observe des divergences dans le mode d'évaluation du temps d'attente d'une province à l'autre. L'une des principales divergences tient au fait que les provinces définissent différemment la notion « prêt à traiter ». Des efforts sont en cours pour normaliser cette définition. La section suivante présente les définitions utilisées par les différentes provinces.

**Définitions de la notion « prêt à traiter » aux fins de l'indicateur du temps d'attente pour une radiothérapie**

Alb. : La date à laquelle le patient est physiquement prêt à commencer le traitement.

C.-B. : La date à laquelle l'oncologue et le patient conviennent que le traitement peut commencer. La désignation « prêt à traiter » exige que tous les tests diagnostiques et toutes les procédures nécessaires pour évaluer la pertinence, les indications et la capacité de subir la radiothérapie aient été effectués.

Man. : La date à laquelle une décision a été prise par le radio-oncologue et que le patient convient que la radiothérapie est appropriée et devrait commencer, ET qu'il est médicalement prêt à commencer le traitement ET le patient est disposé à commencer le traitement.

N.-B. : La date à laquelle tous les délais anticipés ont pris fin et à laquelle le patient est prêt à commencer le traitement du point de vue social, personnel et médical.

T.-N.-L. : La date à laquelle les examens préalables au traitement et tous les retards anticipés ont pris fin et à laquelle le patient est prêt à commencer le traitement du point de vue social, personnel et médical.

N.-É. : La date à laquelle les examens préalables au traitement et tous les retards anticipés ont pris fin et à laquelle le patient est prêt à commencer le traitement du point de vue social, personnel et médical. La Nouvelle-Écosse n'avait pas de date « prêt à traiter » avant février 2010; une date de substitution était utilisée auparavant.

Ont. : La période de temps qui s'écoule entre le moment où le spécialiste est convaincu que le patient peut commencer un traitement et le moment où il reçoit le traitement.

Î.-P.-É. : La date à laquelle les examens préalables au traitement et tous les délais anticipés ont pris fin et à laquelle le patient est prêt à commencer le traitement du point de vue social, personnel et médical.

Québec : Pendant la consultation, le radio-oncologue inscrit entre sur un formulaire de demande de traitement la date à laquelle le patient pourra commencer ses traitements.

Sask. : La date à laquelle le patient est prêt à recevoir un traitement, en tenant compte des facteurs cliniques et de ses préférences. Dans le cas de la radiothérapie, les activités préparatoires (par exemple, la simulation, la planification du traitement, les soins dentaires) ne retardent pas la date « prêt à traiter ».

**Indicateur : Capacité des accélérateurs linéaires****Définition :**

Accès à un accélérateur nucléaire par habitant

**Numérateur :**

Nombre d'accélérateurs linéaires pouvant être utilisés (à des fins de radiothérapie) dans une province

**Dénominateur :**

Population totale de la province

**Source des données :**

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

Population tirée du tableau CANSIM 051-0001 – Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe le 1<sup>er</sup> juillet, au Canada, selon la province ou le territoire et l'année (personnes) tirées de [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca)

**Disponibilité des données :**

Exercices 2009, 2010 et 2011

**Variables de stratification :**

Province

**Provinces qui ont présenté des données :**

Alb., C.-B., Man., N.-B., T.-N.-L., N.-É., Ont., Î.-P.-É., Québec, Sask.

**Remarques concernant certaines provinces :**

Man. : Les données pour le 2009 et le 2010 sont celles de l'exercice 2010-2011.

**Remarques générales :**

1. Les accélérateurs linéaires sont répartis proportionnellement pour tenir compte d'une disponibilité partielle.

## Indicateur : Utilisation de la radiothérapie

### Définition :

Pourcentage de cas ayant reçu une radiothérapie dans les 2 ans qui ont suivi l'établissement du diagnostic

### Numérateur :

Nombre total de nouveaux cas de cancer dont le diagnostic a été établi pendant l'année en cours qui ont reçu une radiothérapie dans les deux ans qui ont suivi l'établissement du diagnostic

### Dénominateur :

Nombre total de nouveaux cas de cancer dont le diagnostic a été établi pendant l'année en cours

### Dénominateurs exclus :

- Cas de cancer in situ
- Cancer de la peau non mélanique

### Source des données :

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

### Disponibilité des données :

Diagnostics établis en 2007, en 2008, et en 2009

### Variables de stratification :

Province

### Provinces qui ont présenté des données :

Alb., C.-B., Man., T.-N.-L., N.-É., Ont., Î.-P.-É., Sask.

### Remarques concernant certaines provinces :

Alb. : Le lieu de l'administration du traitement ne peut pas être confirmé (les traitements qui précèdent l'administration de la radiothérapie et qui y font suite ont tous été administrés dans les délais cibles).

N.-É. : Pour 2007 and 2008, les cas provenant de la Régie régionale de la santé de Cumberland ont été exclus, car les traitements ont pu être administrés dans un centre situé au Nouveau-Brunswick, et que la Nouvelle-Écosse ne dispose pas de données sur les traitements administrés à l'extérieur de la province. Pour 2009, les cas signalés par la Régie régionale de la santé Cumberland sont inclus en dépit du fait qu'un grand nombre des personnes concernées sont susceptibles d'être traitées à l'extérieur de la province et que cette information n'est pas prise en compte dans le numérateur.

Les cas recensés d'après le certificat de décès seulement (CDS) ont été retirés du dénominateur.

Man. : Le traitement n'était pas limité au siège primaire de la tumeur.

### Remarques générales :

1. Les traitements associés au traitement de curiethérapie sont inclus.
2. Un « nouveau cas » désigne un patient ou une maladie primaire, tel que défini par le Registre canadien du cancer. Une même personne ayant deux maladies primaires distinctes sera traitée comme deux nouveaux cas (selon les règles RCC/NAACCR applicables; Référence : Thornton M, ed. *Standards for Cancer Registries Volume II Data Standards and Data Dictionary, 17th Edition*. Springfield: North American Association of Central Cancer Registries; 2012 [cité le 2012 oct 25]. Assesible à : <http://www.naacrr.org/Applications/ContentReader/Default.aspx?c=3>).
3. Les cas des patients âgés de 18 ans ou moins ont été exclus.

## Indicateur : Radiothérapie préopératoire administrée à des personnes atteintes d'un cancer du rectum au stade II ou III

### Définition :

Pourcentage des personnes atteintes d'un cancer du rectum au stade II ou III qui ont fait l'objet d'une résection et qui ont subi une radiothérapie préopératoire (néoadjuvante)

### Numérateur :

Cas de cancer du rectum au stade II ou III dont le diagnostic a été établi au cours de l'année et qui ont subi une radiothérapie ans dans les 120 jours qui ont précédé la résection

### Dénominateur :

Cas de cancer du rectum au stade II ou III dont le diagnostic a été établi dans la province au cours de l'année et qui ont subi une résection rectale dans l'année qui a suivi l'établissement du diagnostic

### Source des données :

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

### Disponibilité des données :

Diagnostics établis en 2007, en 2008 et an 2009

### Variables de stratification :

Province, âge et sexe

Provinces qui ont présenté des données : Alb., Man., T.-N.-L., N.-É., Ont., Î.-P.-É., Sask.

### Remarques concernant certaines provinces :

Alb. : Les résections ne sont pas nécessairement restreintes aux types précisés (rectum complet)

Man. : La radiothérapie n'était pas limitée au siège primaire de la tumeur.

Ont. : La radiothérapie n'était pas limitée au siège primaire de la tumeur.

N.-É. :

- Pour 2007 and 2008, les cas provenant de la Régie régionale de la santé de Cumberland ont été exclus, car les traitements ont pu être administrés dans un centre situé au Nouveau-Brunswick, et que la Nouvelle-Écosse ne dispose pas de données sur les traitements administrés à l'extérieur de la province. Pour 2009, les cas signalés par la Régie régionale de la santé Cumberland sont inclus.
- Dans le cas de tumeurs primaires synchrones, l'analyse se limite à une seule maladie.

T.-N.-L. : Un filtre concernant l'intention de traitement a été utilisé.

Î.-P.-É. : Un filtre concernant l'intention de traitement a été utilisé.

### Remarques générales :

1. Les cas de cancer du rectum qui correspondent aux codes CIM-O-3: C19.9 ou C20.9, stade du groupe AJCC au moment de l'établissement du diagnostic = II ou III. Les codes de lymphome ont été exclus : (M-95 à M-98).
2. Les cas de cancer de résection rectale correspondent aux codes 1NQ59, 1NQ87 ou 1NQ89.
3. Les cas qui ont fait l'objet d'une résection ont été inclus sans égard à la marge (en raison des contraintes inhérentes aux données).
4. Date de la dernière résection (si plusieurs) – date d'établissement du diagnostic ≤ 365 jours
5. Les cas concernant des personnes âgées de 18 ans ou moins ont été exclus.

### Indicateur : Radiothérapie adjuvante administrée après une chirurgie conservatrice du sein chez des patientes atteintes d'un cancer du sein au stade I ou II

#### Définition :

Pourcentage des patientes atteintes d'un cancer du sein au stade I ou II qui ont subi une radiothérapie après une chirurgie conservatrice du sein

#### Numérateur :

Cas de cancer du sein au stade I ou II dont le diagnostic a été établi au cours de l'année et pour lesquels la radiothérapie a commencé dans les 270 jours qui ont suivi une chirurgie conservatrice du sein

#### Dénominateur :

Cas de cancer du sein au stade I ou II dont le diagnostic a été établi dans la province au cours de l'année et qui ont reçu une radiothérapie après avoir subi une chirurgie conservatrice du sein

#### Exclusions :

Cas ayant reçu une mastectomie

#### Source des données :

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

#### Disponibilité des données :

Diagnostics établis en 2007, en 2008, et en 2009.

#### Variables de stratification :

Province et âge

#### Provinces qui ont présenté des données :

Alb., Man., Ont., T.-N.-L., Î.-P.-É., Sask.

#### Remarques concernant certaines provinces :

Alb. : Les exérèses segmentaires ont été incluses comme une lumpectomie.

Ont. : La radiothérapie n'était pas limitée au siège primaire de la tumeur.

T.-N.-L. : Un filtre concernant l'intention de traitement a été utilisé.

Î.-P.-É. : Un filtre concernant l'intention de traitement a été utilisé.

Sask. : La date de la chirurgie n'était pas disponible pour les cas avec un diagnostic établi en 2009.

#### Remarques générales :

1. Les cas de cancer du sein correspondent aux codes CIM-O-3 : C50.0 à C50.9; stade du groupe AJCC au moment de l'établissement du diagnostic = I ou II.

Les codes de lymphome ont été exclus : (M-95 à M-98).

2. Les chirurgies conservatrices du sein sont identifiées utilisant les codes CCI : 1YM87 ou 1YM88.
3. Les cas ayant fait l'objet d'une mastectomie ultérieure dans l'année suivant une lumpectomie sont exclus, au moyen des codes CCI 1YM89 à 1YM92 au cours de la période précisée.
4. Les cas qui ont fait l'objet d'une résection ont été inclus sans égard à la marge (en raison des contraintes inhérentes aux données).
5. Période visée : Date de la dernière résection (si plusieurs) - date d'établissement du diagnostic  $\leq$  365 jours.
6. Les cas concernant des personnes âgées de 18 ans ou moins ont été exclus.

### Indicateur : Chimiothérapie adjuvante administrée à des personnes atteintes d'un cancer du côlon au stade III

#### Définition :

Pourcentage des cas de cancer du côlon au stade III ayant reçu une chimiothérapie après avoir subi une résection chirurgicale

#### Numérateur :

Cas de cancer du côlon au stade III dont le diagnostic a été établi au cours de l'année et qui ont reçu une chimiothérapie adjuvante dans les 120 jours qui ont suivi une chirurgie

#### Dénominateur :

Cas de cancer du côlon au stade III dont le diagnostic a été établi dans la province au cours de l'année et qui ont subi une résection du côlon moins d'un an après l'établissement du diagnostic

#### Source des données :

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer

#### Disponibilité des données :

Diagnostics établis en 2007, en 2008, et en 2009

#### Variables de stratification :

Province, âge et sexe

#### Provinces qui ont présenté des données :

Alb., Man., T.-N.-L., Sask., Î.-P.-É.

#### Remarques concernant certaines provinces :

Man. : Les médicaments administrés par voie orale au sein d'Action cancer Manitoba sont inclus; toutefois, il se peut que les données déclarées ne tiennent pas compte des patients qui reçoivent une chimiothérapie par voie orale délivrée sur ordonnance (c. à d. exécutée dans les pharmacies communautaires).

Ont. : La plupart des données concernant la chimiothérapie administrée par voie orale ont été exclues, parce qu'elles ne sont pas déclarées de manière systématique à Action cancer Ontario.

T.-N.-L. : Un filtre concernant l'intention de traitement a été utilisé.

Î.-P.-É. : Un filtre concernant l'intention de traitement a été utilisé.

Alb. : Les résections ne sont pas nécessairement restreintes aux types précisés (colectomie)

#### Remarques générales :

1. Aucun filtre concernant l'intention de traitement n'a été utilisé, sauf indication contraire par la province.
2. Les cas de cancer du côlon correspondent aux codes CIM-O-3 : de C18.0 à C18.9; stade du groupe AJCC au moment de l'établissement du diagnostic = III. Les codes de lymphome ont été exclus : (M-95 à M-98).
3. Les résections du côlon correspondent aux codes de l'ICC : 1NM87 ou 1NM89 ou 1NM91.
4. Les cas qui ont fait l'objet d'une résection ont été inclus sans égard à la marge (en raison des contraintes inhérentes aux données).
5. Date de la dernière résection (si plusieurs) — date d'établissement du diagnostic  $\leq$  365 jours.
6. Les cas concernant des personnes âgées de 18 ans ou moins ont été exclus.

### Indicateur : Chimiothérapie adjuvante administrée à des personnes atteintes d'un cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II ou IIIA

#### Définition :

Pourcentage des personnes atteintes d'un cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II ou IIIA qui ont reçu une chimiothérapie après avoir subi une résection chirurgicale

**Numérateur :**

Cas de cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II ou IIIA dont le diagnostic a été établi au cours de l'année et qui ont reçu une chimiothérapie adjuvante dans les 120 jours qui ont suivi une chirurgie

**Dénominateur :**

Cas de cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II ou IIIA dont le diagnostic a été établi dans la province au cours de l'année et qui ont reçu une résection moins d'un an après l'établissement du diagnostic

**Source des données :**

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

**Disponibilité des données :**

Diagnostics établis en 2007, en 2008, et en 2009

**Variables de stratification :**

Province, âge et sexe

**Provinces qui ont présenté des données :**

Alb., Man., Ont., Sask., Î.-P.-É.

**Remarques concernant certaines provinces :**

Alb. : Les résections ne sont pas nécessairement restreintes aux types précisés (lobectomie, pneumonectomie ou segmentectomie).

Î.-P.-É. : Un filtre concernant l'intention de traitement a été utilisé.

Ont. : La plupart des données concernant la chimiothérapie administrée par voie orale ont été exclues, parce qu'elles ne sont pas déclarées de manière systématique à Action cancer Ontario.

Man. : Les médicaments administrés par voie orale au sein d'Action cancer Manitoba sont inclus; toutefois, il se peut que les données déclarées ne tiennent pas compte des patients qui reçoivent une chimiothérapie par voie orale délivrée sur ordonnance (c. à d. exécutée dans les pharmacies communautaires).

**Remarques générales :**

1. Les cas de cancer du poumon « non à petites cellules » correspondent aux codes CIM-O-3 : C34.0 à C34.9. Les codes d'histologie ont été exclus : 8002, 8041, 8043, 8044, 8045, 8073, 8803. Les codes de lymphome ont été exclus : (M-95 à M-98).
2. Stade du groupe AJCC au moment de l'établissement du diagnostic = II ou IIIA.
3. Les résections correspondent aux codes : 1GR87, 1GR89, 1GR91, 1GT59, 1GT87, 1GT89 ou 1GT91.

4. Les cas qui ont fait l'objet d'une résection ont été inclus sans égard à la marge (en raison des contraintes inhérentes aux données).
5. Les cas inclus correspondent à la date de la dernière résection (si plusieurs) – date d'établissement du diagnostic  $\leq$  365 jours.
6. Aucun filtre concernant l'intention de traitement n'a été utilisé, sauf indication contraire par la province.
7. Les cas concernant des personnes âgées de 18 ans ou moins ont été exclus.

**Indicateur : Mastectomie/ chirurgie conservatrice du sein****Définition :**

Pourcentage de mastectomies parmi les résections chirurgicales effectuées chez des femmes présentant un cancer du sein invasif unilatéral

**Numérateur :**

Femmes faisant partie du dénominateur qui ont subi une mastectomie en premier lieu ainsi que les femmes qui ont subi une chirurgie conservatrice du sein (CCS) en premier lieu et qui ont ensuite subi une mastectomie dans l'année qui a suivi

**Dénominateur :**

Femmes présentant un cancer du sein envahissant unilatéral qui ont subi une chirurgie conservatrice du sein et/ou une mastectomie entre avril 2007 et mars 2010

**Source des données :**

Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS); Système national d'information sur les soins ambulatoires de l'Institut canadien d'information sur la santé, ICIS; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; Alberta Ambulatory Care Reporting System, Alberta Health and Wellness

**Disponibilité des données :**

L'analyse comprend l'exercice financier 2006–2007 à 2010–2011

Les données portent sur les patientes qui ont fait l'objet d'une intervention initiale entre 2007–2008 et 2009–2010

**Variables de stratification :**

Province, âge (18 à 39 ans, 40 à 49 ans, 50 à 59 ans, 60 à 69 ans, 70 à 79 ans, 80 ans et plus), quintile de revenu du quartier, durée du trajet en minutes (à l'aller ou au retour seulement) entre le lieu de résidence et le centre anticancéreux le plus près.

**Remarques générales :**

1. Les codes chirurgicaux et diagnostiques suivants, qui sont documentés dans les dossiers d'hospitalisation des patients et déclarés à l'ICIS, ont été utilisés pour déterminer les diagnostics et les procédures en fonction de ce qui suit :
  - a. Afin de déterminer un diagnostic de cancer du sein, les codes suivants de la CIM-10-CA ont été utilisés : C50.00, C50.01, C50.09, C50.10, C50.11, C50.19, C50.20, C50.21, C50.29, C50.30, C50.31, C50.39, C50.40, C50.41, C50.49, C50.50, C50.51, C50.59, C50.60, C50.61, C50.69, C50.80, C50.81, C50.89, C50.90, C50.91, C50.99. Cette analyse portait sur les femmes atteintes d'un cancer du sein invasif unilatéral (représentant 98 % des femmes atteintes d'un cancer du sein invasif).
  - b. Pour indiquer une mastectomie, les codes chirurgicaux suivants ont été utilisés conformément à la CCI : 1.YM.89 à 1.YM.92
  - c. Les codes suivants de la CCI ont été utilisés pour indiquer une chirurgie conservatrice du sein : 1.YM.87, 1.YM.88
2. Les interventions chirurgicales initiales et les épisodes de traitement subséquents ont été recensés selon les étapes suivantes :
  - a. Sélectionner tous les dossiers hospitaliers et de chirurgie d'un jour de 2006–2007 à 2010–2011 qui correspondent aux critères d'inclusion/exclusion relatifs au traitement chirurgical du cancer du sein.
  - b. Relier les dossiers afin de repérer tous les dossiers hospitaliers et de chirurgie d'un jour associés aux patientes individuelles.
  - c. Déterminer la chirurgie initiale de la patiente. Trier les dossiers en fonction des éléments suivants : procédure, lieu de prestation des soins (hôpital, chirurgie d'un jour), date d'admission, date du congé.
    - i. Lorsque plusieurs procédures sont codées dans un même dossier, la priorité est accordée à la mastectomie plutôt qu'à la CCS.
    - ii. Lorsque plusieurs procédures du même type ont été effectuées le même jour dans différents lieux de prestation de soins, la priorité a été accordée aux dossiers hospitaliers plutôt qu'aux dossiers de chirurgie d'un jour.
- d. Retirer les patientes qui ne remplissent pas les critères relatifs au premier traitement :

- i. Exclure les patientes ayant reçu leur congé au cours de l'exercice financier 2006–2007.
- ii. Exclure les patientes dont le dossier lié au premier congé fait état d'antécédents de cancer du sein.
- e. Sélectionner tous les dossiers initiaux à partir des épisodes de traitement.
  - i. Le dossier initial contient des renseignements sur la première intervention chirurgicale de chaque patiente en ce qui concerne un cancer du sein.
- f. Extraire tous les dossiers reliés à la patiente de référence qui comprennent la date de la chirurgie initiale ou des dates d'admission postérieures à la date de la chirurgie initiale.
- g. Exclure les dossiers indiquant des dates de congé obtenu plus de 365 jours après la date du congé lié à la chirurgie initiale.

établi au cours de l'année et qui ont subi une résection comportant l'ablation et l'examen d'au moins 12 ganglions au cours de l'année qui a suivi l'établissement du diagnostic

**Dénominateur :**

Tous les cas de cancer du côlon dont le diagnostic a été établi dans la province au cours de l'année et qui ont subi une résection dans les 12 mois qui ont suivi l'établissement du diagnostic

**Exclusions :**

Les cas pour lesquels le nombre de ganglions enlevés et examinés est inconnu ont été exclus du numérateur et du dénominateur.

**Source des données :**

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport, généralement sous la forme de données issues de la stadification concertée.

**Disponibilité des données :**

Diagnostics établis en 2007, en 2008, et en 2009

**Variables de stratification :**

Province, âge et sexe

**Provinces qui ont présenté des données :**

Alb., Man., N.-B., N.-É., T.-N.-L., Ont., Î.-P.-É., Sask.

**Remarques concernant certaines provinces :**

Alb. : Les données ne portent pas uniquement sur les résections complètes (colectomie).

T.-N.-L. : Les données ne portent pas uniquement sur les résections complètes (colectomie).

Ont. : Les données sont produites au moyen de la méthodologie de l'Indice de qualité du réseau de cancérologie (IQRC). Les données se rapportent à 2010 – 2011.

Î.-P.-É. : Les résections correspondent au code d'évaluation de l'élargissement CS (= 3) qui a été utilisé pour se conformer aux critères pathologiques de l'AJCC en matière de stadification du cancer.

**Remarques générales :**

1. Les cas de cancer du côlon correspondent aux codes CIM-O-3 : de C18.0 à C18.9. Les codes de lymphome ont été exclus : (M-95 à M-98).
2. Les résections du côlon correspondent aux codes CCI : 1NM87 ou 1NM89 ou 1NM91.
3. Les cas qui ont fait l'objet d'une résection ont été inclus sans égard à la marge (en raison des contraintes inhérentes aux données).
4. Date de la dernière résection (si plusieurs) – date d'établissement du diagnostic ≤ 365 jours.
5. Les cas concernant des personnes âgées de 18 ans ou moins ont été exclus.

### Indicateur : Résections avec examen ou exérèse d'au moins 12 ganglions chez des personnes atteintes d'un cancer du côlon

**Définition :**

Le nombre de personnes atteintes d'un cancer du côlon chez lesquelles 12 ganglions ou plus sont enlevés et examinés

**Numérateur :**

Cas de cancer du côlon dont le diagnostic a été

## Expérience des patients et soins de fin de vie

### Indicateur : Dépistage de la détresse

**Définition :**

Mesure dans laquelle les organismes provinciaux de lutte contre le cancer entreprennent une cueillette centralisée des résultats du dépistage de la détresse. Des exemples de tels outils comprennent l'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EES), la liste de contrôle des problèmes CPC, et le Psychosocial Screen for Cancer (PSSCAN).

**Informations demandées :**

- Déterminer si des centres provinciaux de lutte contre le cancer province ont adopté des outils de dépistage normalisés de la

détresse au moment de la demande de données (février 2012).

- Déterminer le nombre total de patients qui ont été fait l'objet d'une évaluation individuelle à l'aide de tels outils.
- Déterminer le nombre total d'évaluations effectuées.
- Décrire le rôle de l'organisme provincial de lutte contre le cancer dans la prise en charge et la mise en œuvre des outils normalisés d'évaluation des symptômes et de dépistage de la détresse.
- Déterminer le nombre de centres dans chaque province qui ont eu recours à une démarche normalisée de dépistage,

c'est-à-dire uniquement les cas pour lesquels un outil a été adopté de manière centralisée au nom de l'organisme provincial de lutte contre le cancer.

- Déterminer qui est visé par le dépistage, et combien de patients ont fait l'objet d'un dépistage.
- Déterminer la fréquence du dépistage.

**Source des données :**

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport ainsi que ceux du groupe consultatif sur l'expérience globale du cancer du Partenariat canadien contre le cancer.

**Disponibilité des données :**

Les données ont été recueillies au cours d'entretiens informels portant sur les questions générales susmentionnées. Les provinces étaient libres de choisir une période à leur gré.

**Provinces qui ont présenté des données :** C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., Québec, N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L.

La plupart des provinces ont fourni des informations descriptives, mais non numériques.

## Indicateur : Résultats déclarés par les patients – Satisfaction par rapport aux soins

**Définition :**

Sondage AOPSS (*Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey*) produit par NRC Picker (données autodéclarées) – pourcentage de cotes positives au niveau provincial (pourcentage des répondants admissibles qui ont répondu « bonne », « très bonne » ou « excellente ») – Indicateur sommaire des aspects examinés :

1. Bien-être physique
2. Respect des préférences du patient
3. Accès aux soins
4. Coordination et continuité des soins
5. Information, communication et éducation

**Source des données :**

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

**Disponibilité des données :**

Année la plus récente disponible (voir ci-dessous)

**Remarques concernant certaines provinces :** (Date de l'enquête)

Alb. 2008  
C. B. 2006  
Î.-P.-É. 2009  
Man. 2008  
N.-É. 2009  
Ont. 2011  
Sask. 2011

**Remarques :**

1. Un indicateur sommaire se rapportant expressément à la dimension interventions chirurgicales a été inclus dans certaines versions du sondage; comme la majorité des provinces ne disposaient pas de résultats sur cet aspect, toutefois, il a été exclu de ce rapport.

## Indicateur : Résultats déclarés par les patients – Bien-être physique

**Définition :**

Sondage AOPSS (*Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey*) produit par NRC Picker (données autodéclarées) – pourcentage de cotes positives au niveau provincial (pourcentage des répondants admissibles qui ont répondu « bonne », « très bonne » ou « excellente ») relativement aux cinq aspects du bien-être physique :

1. Estimez-vous que le personnel a fait tout ce qu'il pouvait pour soulager votre douleur ou votre inconfort?
2. Vous a-t-on expliqué comment soulager les effets secondaires de la radiothérapie?
3. Vous a-t-on expliqué comment soulager les effets secondaires de la chimiothérapie?
4. Estimez-vous que le personnel a fait tout ce qu'il pouvait pour vous aider à soulager les effets secondaires de votre chimiothérapie?
5. Estimez-vous que le personnel a fait tout ce qu'il pouvait pour vous aider à soulager les effets secondaires de votre radiothérapie?

**Source des données :**

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

**Provinces qui ont présenté des données :** Alb., C.-B., Man., N.-É., Ont., Î.-P.-É., Sask.**Remarques concernant certaines provinces :** (Date de l'enquête)

Alb. 2008  
C.-B. 2006  
Î.-P.-É. 2009  
Man. 2008  
N.-É. 2009  
Ont. 2011  
Sask. 2011

## Indicateur : Résultats déclarés par les patients – Soutien émotionnel

**Définition :**

Sondage AOPSS (*Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey*) produit par NRC Picker (données autodéclarées) – pourcentage de cotes positives au niveau provincial (pourcentage des répondants admissibles qui ont répondu « bonne », « très bonne » ou « excellente ») relativement aux neuf aspects du soutien émotionnel :

1. Aviez-vous le sentiment de pouvoir communiquer des renseignements confidentiels en toute confiance aux personnes qui vous prodiguent des soins?
2. Un prestataire de soins s'est-il donné du mal pour vous soutenir ou vous aider à vous sentir mieux?
3. Avez-vous reçu suffisamment de renseignements au sujet d'éventuels changements dans votre vie sexuelle?
4. Avez-vous reçu toute l'aide voulue pour déterminer comment régler les coûts supplémentaires liés à votre traitement contre le cancer?
5. Avez-vous reçu suffisamment de renseignements au sujet d'éventuels changements sur le plan de vos émotions?
6. Avez-vous reçu suffisamment de renseignements au sujet d'éventuels changements dans votre relation avec votre conjoint(e) ou partenaire?
7. Lors de l'annonce initiale de votre maladie, vous a-t-on dirigé vers un prestataire en mesure de vous aider à surmonter votre anxiété et vos craintes?
8. Vous a-t-on annoncé le diagnostic avec délicatesse?
9. Au cours des six derniers mois, un intervenant de l'hôpital Alpha vous a-t-il dirigé vers d'autres prestataires de soins en mesure de vous aider à surmonter votre anxiété et vos craintes?

**Source des données :**

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

**Disponibilité des données :**

Année la plus récente disponible (voir ci-dessous)

**Provinces qui ont présenté des données :** Alb., C.-B., Man., N.-É., Ont., Î.-P.-É., Sask.**Remarques concernant certaines provinces :** (Date de l'enquête)

Alb. 2008  
C.-B. 2006  
Î.-P.-É. 2009  
Man. 2008  
N.-É. 2009  
Ont. 2011  
Sask. 2011

## Indicateur : Lieu du décès

### Définition :

Pourcentage de décès de patients atteints de cancer, selon le lieu : hôpital, autre établissement de santé, résidence privée, ou autre lieu

### Numérateur :

1. Par province, le nombre de décès attribuables au cancer survenus à l'hôpital; ou un autre lieu.
2. Pour Canada, le nombre de décès attribuables au cancer survenus à l'hôpital; dans une résidence privée; ou un autre lieu.

### Dénominateur :

Nombre de décès attribuables au cancer

### Sources des données :

Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès (fichier annuel)

### Disponibilité des données :

2005 à 2009

### Variables de stratification :

Province

### Remarques :

1. Tous les décès survenus en Colombie-Britannique en 2005 et en 2006 ont été enregistrés en tant que lieu inconnu.

2. Dans la figure, Lieu du décès des personnes atteintes d'un cancer, selon la province – 2009, les décès survenus dans un lieu inconnu ont été exclus. « Autre » comprend « autre établissement de santé », « autre localité précisée » et les « résidences privées ».
3. Dans la figure, Lieu du décès des personnes atteintes d'un cancer, Canada – 2005 à 2009, « Autre » comprend « autre établissement de santé », « autre localité précisée », et « lieu inconnu ».
4. Inclut les données de toutes les provinces et tous les territoires.

## Recherche

### Indicateur : Ratio de participation aux essais cliniques chez les adultes

#### Définition :

Le ratio du nombre total de tous les patients (≥ 19 ans) inscrits dans des essais thérapeutiques ou des études de recherche clinique liés au cancer en 2011 par rapport au nombre total de nouveaux cas de cancer (≥ 19 ans) nouvellement inscrits dans des centres anticancéreux en 2011.

#### Numérateur :

Nombre de personnes atteintes d'un cancer (≥ 19 ans), qu'elles aient été de nouveaux cas ou des cas dont le diagnostic avait été établi antérieurement, nouvellement inscrites dans des essais cliniques thérapeutiques dans les centres anticancéreux provinciaux au cours de l'année.

#### Dénominateur :

Nombre de patients fréquentant un centre anticancéreux, qu'ils soient de nouveaux cas ou des cas dont le diagnostic a été établi antérieurement, inscrits pour la première fois des centres anticancéreux provinciaux au cours de l'année.

#### Source des données :

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

#### Disponibilité des données :

Exercices 2009, 2010, et 2011

#### Variables de stratification :

Province, type de cancer :

1. Tous les cancers invasifs
2. Cancer du sein
3. Cancer colorectal
4. Cancer du poumon
5. Cancer de la prostate

#### Exclusions :

Voir le tableau ci-dessous

#### Provinces qui ont présenté des données :

Tous les cancers invasifs :  
2010 et 2011 : Alb., C.-B., Man., N.-B., N.-É., Sask.  
2009 : Alb., C.-B., Man., N.-B., N.-É., Ont., Î.-P.-É., Sask

#### Par type de cancer :

2011 : Alb., C.-B., Man., N.-B., N.-É., Sask.  
2009 et 2010 : Alb., N.-É., Sask

#### Remarques concernant certaines provinces :

- Alb. :
- Une nouvelle méthodologie de déclaration centralisée a été utilisée en ce qui concerne les volumes déclarés en 2011. Elle diffère de la méthodologie de déclaration des types qui a été utilisée en 2010.
  - Données de 2010 : Les regroupements par types de cancer de 2009 ne correspondent pas nécessairement à ceux de 2010, parce qu'ils reposaient sur des regroupements par types de tumeur (c.-à-d. GI, GU, etc.), alors que les données de 2010 reposent uniformément sur les regroupements de l'AJCC.

- Données de 2009 : Les données incluses proviennent uniquement de deux centres de soins tertiaires. La compilation des essais cliniques ne se fait généralement pas dans les centres anticancéreux provinciaux.

- Pour ce qui est du cancer du sein, les hommes et les femmes sont inclus dans le numérateur et le dénominateur.

Man. :

- Plusieurs patients participaient à plus d'un essai clinique. Ces patients ont été comptés pour chaque essai auquel ils participaient.

- Les essais sur les cas de cancer in situ ont été exclus, à l'exception d'un essai qui regroupe un grand nombre de patients atteints d'un cancer in situ et de patients atteints d'un cancer avec envahissement.

N.-É. :

- Les données de la Nouvelle-Écosse ne tiennent compte que des centres de traitement contre le cancer.

Î.-P.-É. :

- Les données par type de cancer ne sont pas disponibles.

Sask. :

- Les données pour tous les cancers invasifs incluent les patients atteints d'un cancer du sein, d'un cancer colorectal, d'un cancer du poumon, d'un cancer de la prostate, d'un cancer du cerveau, d'un mélanome, d'un cancer du sein, d'un cancer du sang, d'un cancer du cou ou de la tête.
- Comprend les essais portant sur la prise en charge des symptômes.

#### Remarques générales :

Voir le tableau pour connaître les indicateurs inclus et exclus selon la province.

TABLEAU 1

**Indicateurs inclus et exclus selon la province pour le ratio de participation aux essais cliniques chez les adultes**

	Alb.	C.-B.	Man.	N.-B.	T.-N.-L.	N.-É.	Î.-P.-É.	Sask.
<b>Numérateur</b> : Les cas de cancer (≥ 19 ans), qu'ils soient de nouveaux cas ou des cas dont le diagnostic a été établi antérieurement, nouvellement inscrits dans des essais cliniques thérapeutiques dans les centres provinciaux de lutte contre le cancer au cours de l'année								
Les cas participants à des études non thérapeutiques ont été EXCLUS de ce numérateur.	Oui (sauf que certaines études IGAR semblent avoir un volet interventionniste)	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Les cas qui font l'objet d'un suivi à long terme ont été EXCLUS de ce numérateur.	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Les études par questionnaires ou par entrevues qui ne comportent pas un volet interventionniste ont été EXCLUES.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Les cas recensés, mais qui ne comportaient pas un volet interventionniste en 2010, ont été EXCLUS.	Oui (Les patients qui avaient donné leur consentement, mais qui n'avaient pas été répartis aléatoirement, ont été exclus.)	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Les personnes qui N'ONT PAS FAIT L'OBJET d'un diagnostic de cancer ont été EXCLUES de ce numérateur.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Les personnes qui étaient atteintes d'une tumeur marginale ont été EXCLUES de ce numérateur.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Les personnes qui étaient atteintes d'un cancer <i>in situ</i> ont été EXCLUES de ce numérateur.	Oui	Oui	Oui (sauf pour l'inscription à un essai clinique réunissant des cas de cancer <i>in situ</i> et des cas de cancer avec envahissement)	Non <sup>†</sup>	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Dénominateur</b> : Patients fréquentant un centre de traitement contre le cancer, qu'ils soient de nouveaux cas ou des cas dont le diagnostic a été établi antérieurement, inscrits pour la première fois des centres provinciaux de lutte contre le cancer au cours de l'année								
Les personnes qui N'ONT PAS FAIT L'OBJET d'un diagnostic de cancer ont été EXCLUES de ce numérateur.	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui
Les personnes qui étaient atteintes d'une tumeur marginale ont été EXCLUES de ce numérateur.	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non*	Non	Oui
Les personnes qui étaient atteintes d'un cancer <i>in situ</i> ont été EXCLUES de ce numérateur.	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non*	Non	Oui

<sup>†</sup> 2 des 3 centres ont exclu de ce numérateur les personnes atteintes d'un cancer *in situ*.

\*En cas d'incertitude, la réponse affichée est « Non » (c.-à-d. aucune démarche d'exclusion n'a été entreprise).

## Indicateur : Ratio de participation aux essais cliniques chez les enfants

### Définition :

Le ratio du nombre total de tous les patients ( $\leq 18$  ans) inscrits dans des essais thérapeutiques ou des études de recherche clinique liés au cancer en 2011 par rapport au nombre total de nouveaux cas de cancer ( $\leq 18$  ans) dont le diagnostic a été établi dans les centres pédiatriques anticancéreux en 2011

### Numérateur :

Tous les patients ( $\leq 18$  ans) nouvellement inscrits dans des essais thérapeutiques ou des études de recherche clinique liés cancer au cours de l'année

### Dénominateur :

Nouveaux cas de cancer ( $\leq 18$  ans) nouvellement inscrits dans des essais thérapeutiques dans des centres pédiatriques anticancéreux au cours de l'année

### Source des données :

Présentées au Partenariat canadien contre le cancer par le Conseil C<sup>17</sup>, données recueillies en septembre 2012

### Disponibilité des données :

Exercices 2009, 2010, et 2011

### Provinces qui ont présenté des données :

Alb., C.-B., Man., T.-N.-L., N.-É., Ont., Qc., Sask.

### Remarques :

1. Aux fins de l'enregistrement, un essai clinique est une étude de recherche concernant le cancer qui affecte de façon prospective des participants humains à une intervention liée à la santé afin d'évaluer les effets sur la santé.
2. Les données excluent les inscriptions dans les études de biologie. Elles incluent toutefois les essais cliniques de phase I à IV.

## Indicateur : Financement de la recherche

### Définition :

1. Proportion du financement total de la recherche sur des types particuliers de cancer qui a été consacré à la recherche sur le cancer du sein au cours de l'année civile 2009, selon les déclarations de 33 organismes et programmes au Canada.
2. Répartition des nouveaux cas de cancer au Canada
3. Répartition des décès attribuables au cancer au Canada

### Numérateur :

1. Financement total de la recherche sur des types particuliers de cancer qui a été consacré à la recherche sur le cancer du sein au cours de l'année civile 2009.
2. Nombre totale de nouveaux cas des types particuliers de cancer en 2007.
3. Nombre totale de décès attribuables aux types particuliers de cancer en 2007.

### Dénominateur :

1. Financement total consacré à la recherche sur des types particuliers de cancer au cours de l'année civile 2009.
2. Nombre totale de nouveaux cas de cancer en 2007.
3. Nombre totale de décès attribuables au cancer en 2007.

### Variables de stratification :

Types de cancer

### Exclusions :

L'analyse tient uniquement compte du financement de projets de recherche sur des types particuliers de cancer, qui représente 50 % du financement consacré à la recherche sur le cancer en 2009. Par conséquent, le financement de la recherche ne portant pas sur un type particulier de cancer n'est pas pris en compte dans les chiffres présentés.

### Source des données :

Investissements en matière de recherche sur le cancer : Enquête sur la recherche canadienne sur le cancer (ERCC)

Nouveaux cas de cancer : tableau 103-0550 de CANSIM, Nouveaux cas pour les sièges primaires de cancer de la CIM-O-3 (d'après

le fichier des totalisations du Registre canadien du cancer [RCC] de juillet 2010), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel, Registre canadien du cancer – 3207

Décès attribuables au cancer : Tableau 102-0522 de CANSIM, Décès, selon la cause, chapitre II : Tumeurs (C00 à D48), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre), Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès – 3223

### Disponibilité des données :

Investissements en matière de recherche sur le cancer : 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 31 décembre 2009

Nouveaux cas de cancer : 2007

Décès attribuables au cancer : 2007

### Provinces qui présentent des données :

Financement de la recherche : Trente-trois (33) organismes et programmes répartis dans l'ensemble des provinces et des territoires

### Remarques générales :

1. L'ERCC comprend des données sur les principaux subventionnaires de la recherche sur le cancer, mais elle ne comprend pas de données sur le financement provenant des sources suivantes :
  - a. organismes gouvernementaux fédéraux (p. ex. Fondation canadienne pour l'innovation, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie [CRSNG], Conseil de recherches en sciences humaines du Canada [CRSH]);
  - b. autres organismes non gouvernementaux et du secteur bénévole (p. ex. Association canadienne de radio oncologie [ACRO], Rethink Breast Cancer);
  - c. fondations d'hôpitaux (p. ex. Fondation de l'Hôpital Princess Margaret);
  - d. organismes gouvernementaux provinciaux (p. ex. Change Foundation, Saskatchewan Health Research Foundation);
  - e. organisations de l'extérieur du Canada qui financent des chercheurs installés au Canada, comme le National Cancer Institute (NCI);
  - f. entreprises et industrie.

## Résultats à long terme

### Indicateur : Taux d'incidence normalisés selon l'âge

#### Définition :

Taux d'incidence que l'on aurait observé si la répartition selon l'âge au sein de la population visée était la même que celle de la norme, lorsque le taux d'incidence est défini comme le nombre de cas de cancer (néoplasmes malins) dont le diagnostic a été nouvellement établi au cours d'une année, par 100 000 habitants à risque

#### Nomérateur :

Nombre de nouveaux cas de cancer (tous les âges confondus)

1. Cancer du sein (chez la femme)
2. Cancer colorectal
3. Cancer du poumon
4. Cancer de la prostate (chez l'homme)
5. Cancer du pancréas
6. Cancer du lymphome non hodgkinien
7. Cancer de la thyroïde
8. Cancer du foie
9. Mélanome
10. Cancer de la tête et du cou
11. Cancer oropharyngien

#### Dénominateur :

1. Prévisions démographiques annuelles de la population féminine en centaines de milliers
- 2 – 11 (sauf 4.) Prévisions démographiques annuelles en centaines de milliers
4. Prévisions démographiques annuelles de la population masculine en centaines de milliers

#### Normalisation selon l'âge :

Méthode directe en prenant pour référence le recensement de la population canadienne de 1991

#### Sources des données :

Base de données du Registre canadien du cancer (RCC) (fichier annuel) – données sur l'incidence de cancer

Division de la démographie de Statistique Canada – prévisions démographiques

#### Disponibilité des données :

Tendances générales, Canada – 1992 à 2007

Par province : Pour ce qui est du cancer du sein, du cancer colorectal, du cancer du poumon et du cancer de la prostate : données regroupées sur trois ans (2007 à 2009), sauf pour le Québec (2007 seulement)

#### Variables de stratification :

Province, sexe

#### Remarques :

1. La troisième édition (CIM-O-3) de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les règles du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) pour déterminer les multiples types primaires de cancer ont été utilisés : cancer colorectal (CIM-O-3 C18.0 à C18.9, C19.9, C20.9, C26.0), cancer du poumon et cancer des bronches (CIM-O-3 C34.0 à C34.9), cancer du sein chez la femme (CIM-O-3 C50.0 à C50.9) et cancer de la prostate (CIM-O-3 C61.9), cancer du pancréas (CIM-O-3: C25.0-C25.9), cancer du lymphome non hodgkinien (CIM-O-3: M-9590 à M-9596, M-9670 à M-9719, M-9727 à M-9729; M-9823, tous les sites sauf C42.0, C42.1, C42.4; M-9827), cancer de la thyroïde (CIM-O-3: C73.9), cancer du foie (CIM-O-3: C22.0), mélanome (CIM-O-3: C44.0-C44.9, M-8720-M-8790), cancer de la tête et du cou (CIM-O-3: C00.0-C14.8) et cancer oropharyngien (CIM-O-3: C1.9, C2.4, C9.0-C9.9, C10.0-C10.9, C14.2 avec histologie 8085-8076, 8078, 8083, 8084, 8094). Les quatre catégories sauf lymphome non hodgkinien excluent les types morphologiques M.9050 à M.9055, M.9140 et M.9590 à M.9989.

### Indicateur : Taux de mortalité normalisés selon l'âge

#### Définition :

Taux de mortalité que l'on aurait observé si la répartition selon l'âge au sein de la population visée était la même que celle de la norme, lorsque le taux de mortalité est défini comme le nombre de décès attribuables à un cancer (néoplasmes malins) au cours d'une année, par 100 000 habitants à risque

#### Nomérateur :

Nombre de décès attribuables à un cancer (tous les âges)

1. Cancer du sein (chez la femme)
2. Cancer colorectal
3. Cancer du poumon
4. Cancer de la prostate (chez l'homme)
5. Cancer du pancréas
6. Cancer du lymphome non hodgkinien

7. Cancer de la thyroïde
8. Cancer du foie
9. Mélanome
10. Cancer de la tête et du cou

#### Dénominateur :

1. Prévisions démographiques annuelles de la population féminine en centaines de milliers
2. – 10 (sauf 4.) : Prévisions démographiques annuelles en centaines de milliers
4. Prévisions démographiques annuelles de la population masculine en centaines de milliers

#### Normalisation selon l'âge :

Méthode directe en prenant pour référence le recensement de la population canadienne de 1991

#### Sources des données :

Statistique de l'état civil du Canada – Base de données sur les décès (fichier annuel) – données sur la mortalité attribuable au cancer, sauf pour ce qui est des données de 1992 à 1999 concernant le cancer colorectal, qui sont tirées des Statistiques canadiennes sur le cancer 2012.

Division de la démographie de Statistique Canada – estimations de la population

#### Disponibilité des données :

Tendances générales, Canada – 1992 à 2009

#### Par province :

Cancer du sein, cancer colorectal, cancer du poumon et cancer de la prostate : données regroupées sur trois ans (2007 à 2009); Autres cancers : Par province : données regroupées sur cinq ans (2005 à 2009)

#### Variables de stratification :

Province, sexe

#### Remarques :

1. Jusqu'en 1999, les causes de décès étaient codées selon la neuvième révision (CIM-9) de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : cancer colorectal (CIM-9 153-154), cancer du poumon (CIM-9 162), cancer du sein chez la femme (CIM-9 : 174) et cancer de la prostate (CIM-9 : 185), pancréas (CIM-9 : 157), lymphome non hodgkinien (CIM-9 : 200, 202), thyroïde (CIM-9 : 193), mélanome (CIM-9 : 172), du foie (CIM-9 : 1550), et de la tête et du cou (CIM-9 : 140-149).

2. Depuis 1999, les causes de décès sont codées selon la dixième révision (CIM-10) de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : cancer colorectal (CIM-10 : C18 à C20, C26), cancer du poumon (CIM-10 : C34), cancer du sein chez la femme (CIM-10 : C50) et cancer de la prostate (CIM-10 : C61), pancréas (CIM-10 : C25), lymphome non hodgkinien (CIM-10 : C82 à C85), thyroïde (CIM-10 : C73), mélanome (CIM-10 : C43), du foie (CIM-10 : C22.0, C22.2 à C22.7), et de la tête et du cou (CIM-10 : C00.0 à C14.8).
3. Il a été impossible de calculer la mortalité attribuable au cancer de l'oropharynx, car la cause de décès indiquée dans la Base de données sur les décès de la Statistique de l'état civil du Canada est classée en fonction de la CIM-10 (classification internationale des maladies), qui ne fournit pas les données histologiques nécessaires à la classification des cancers de l'oropharynx.
4. Les cellules dont le dénombrement était minime ont été supprimées ainsi que toute cellule susceptible d'entraîner la divulgation d'une cellule éliminée antérieurement à l'aide du total des colonnes ou des rangées. Si les variables qui définissaient les rangées et les colonnes étaient la province et le groupe d'âge, alors le programme supprimait les dénombrements négligeables en premier dans chaque province. S'il n'y avait qu'une seule cellule supprimée dans une province, le nombre suivant le plus faible obtenu dans cette province a été supprimé.

## Indicateur : Ratios de survie relative

### Définition :

Ratio de survie relative observée chez un groupe de patients atteints d'un cancer (néoplasmes malins) par rapport à la survie projetée chez les membres de l'ensemble de la population (population de référence) dont la survie est modifiée par les mêmes facteurs principaux (sexe, âge, lieu de résidence).

### Numérateur :

Pour la méthode de l'analyse par période (2005 à 2007) :

Probabilités cumulées de survie observées chez des patients atteints de cancer, suivant l'établissement du diagnostic pour les patients ayant fait l'objet d'un suivi de 2005 à 2007.

Pour la méthode de l'analyse de cohorte (1992 à 1994) :

Probabilités cumulées de survie observées chez des patients atteints de cancer dont le diagnostic a été établi de 1992 à 1994.

1. Cancer du sein (chez les femmes âgées de 15 à 79 ans)
2. Cancer colorectal
3. Cancer du poumon
4. Cancer du pancréas
5. Cancer du lymphome non hodgkinien
6. Cancer de la thyroïde
7. Cancer du foie
8. Mélanome

### Dénominateur :

Survie anticipée chez la population de référence qui était en vie après un, deux, trois, quatre et cinq ans et qui ont fait l'objet d'un suivi de 2005 à 2007.

1. Femmes
- 2 – 8. Les deux sexes

### Populations exclues :

- Les sujets âgés de 15 ans ou moins ou de 74 ans ou plus au moment de l'établissement du diagnostic pour tous les cas de cancer énumérés ci-dessus, sauf le cancer du sein (sujets âgés de 15 ans ou moins ou de 79 ans ou plus)
- Les sujets dont le diagnostic n'a été établi qu'au moment de l'autopsie ou sur le certificat de décès
- Sujets pour lesquels la date est invalide et les séquences des dates de naissance, de diagnostic et de décès sont invalides.

### Sources des données :

Registre canadien du cancer (fichier annuel, 2011)  
Les tables provinciales de survie (provient de Statistique Canada, 2012)

### Disponibilité des données :

Pour la méthode de l'analyse par période, les patients qui ont fait l'objet d'un suivi de 2005 à 2007. Pour la méthode de l'analyse de cohorte, les patients ont établi leur diagnostic de 1992 à 1994.

### Variables de stratification :

Province, âge

### Remarques :

1. La troisième édition (CIM-O-3) de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les règles du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) pour déterminer les multiples types primaires de cancer ont été utilisés : cancer colorectal (CIM-O-3 C18.0 à C18.9, C19.9, C20.9, C26.0), cancer du poumon et cancer des bronches (CIM-O-3 C34.0 à C34.9), cancer du sein chez la femme (CIM-O-3 C50.0 à C50.9) et cancer de la prostate (CIM-O-3 C61.9), cancer du pancréas (CIM-O-3: C25.0-C25.9), cancer du lymphome non hodgkinien (CIM-O-3: M-9590 à M-9596, M-9670 à M-9719, M-9727 à M-9729; M-9823, tous les sites sauf C42.0, C42.1, C42.4; M-9827), cancer de la thyroïde (CIM-O-3: C73.9), cancer du foie (CIM-O-3: C22.0), mélanome (CIM-O-3: C44.0-C44.9, M-8720-M-8790). Les quatre catégories sauf lymphome non hodgkinien excluent les types morphologiques M.9050 à M.9055, M.9140 et M.9590 à M.9989

2. Tous les cas de cancer primaire sont pris en compte dans l'analyse. Les patients âgés de plus de 75 ans (de plus de 80 ans dans le cas du cancer du sein) ont été exclus de l'analyse à cause de facteurs empiriques démontrant un biais systématique dans les estimations provinciales de survie chez les patients âgés.
3. Le « Canada » représente toutes les provinces et tous les territoires, à l'exclusion du Québec. Les données du Québec ont été partiellement exclues, parce que la méthode employée pour déterminer la date d'établissement d'un diagnostic de cancer diffère de celle utilisée dans d'autres registres et à cause des difficultés éprouvées pour déterminer correctement le statut vital des cas.
4. L'analyse a été effectuée au moyen des méthodes d'analyse de cohorte et d'analyse par période (Référence : Brenner H, Gefeller O. An alternative approach to monitoring cancer patient survival. *Cancer* 1996; 78 : 2004–2010).
5. Les proportions de survie anticipée proviennent la version intégrale des tables provinciales de survie selon le sexe réalisées par Statistique Canada en faisant appel à la méthode Ederer II. (Référence : Ederer F, Heise H. *The effect of eliminating deaths from cancer on general population survival rates (methodological note 11, End Results Evaluation section)*. National Cancer Institute; août 1959).
6. Les patients âgés de plus de 75 ans (de plus de 80 ans dans le cas du cancer du sein) ont été exclus de l'analyse à cause de facteurs empiriques démontrant un biais systématique dans les estimations provinciales de survie chez les patients âgés.
7. Les patients âgés plus de 75 ans (plus de 80 ans dans le cas du cancer du sein) ont été exclus de l'analyse à cause de facteurs empiriques démontrant un biais systématique dans les projections provinciales de survie chez les patients âgés.

TABLEAU 2

**Ratio estimatifs de survie relative à cinq ans (%) selon l'âge pour certains cancers – de 1992 à 1994 et de 2005 à 2007**

Type de cancer	Survie relative (%), 1992 à 1994				Survie relative (%), 2005 à 2007			
	Groupe d'âge (années)				Groupe d'âge (années)			
	15 à 44	45 à 54	55 à 64	65 à 74	15 à 44	45 à 54	55 à 64	65 à 74
Colorectal	60	60	57	57	68	66	67	66
Foie	17	17	13	8	45	26	22	16
Poumon	23	19	16	14	30	21	19	16
Mélanome	90	87	86	81	93	91	89	87
Lymphome non hodgkinien	62	63	55	49	80	78	73	60
Pancréas	18	8	5	5	28	13	8	7
Thyroïde	99	97	90	84	100	99	98	93

Type de cancer	1992 à 1994					2005 à 2007				
	Groupe d'âge (années)					Groupe d'âge (années)				
	15 à 39	40 à 49	50 à 59	60 à 69	70 à 79	15 à 39	40 à 49	50 à 59	60 à 69	70 à 79
Sein	75	83	83	84	83	85	90	89	90	87

L'analyse par période a été utilisée pour estimer les taux de survie des cas diagnostiqués de 2005 à 2007. Les ratios de survie relative relevés de 1992 à 1994 ont été calculés au moyen de l'analyse de cohorte.

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

TABLEAU 3

**Ratio estimatifs de survie relative à cinq ans selon l'âge pour les cancers les plus courants et les nouveaux cancers selon la province – de 2005 à 2007**

Type de cancer	Canada	Alb.	C.-B.	Man.	N.-B.	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Î.-P.-É.	Sask.
Sein % (IC 95 %)	88,5 (88,1-88,8)	88,5 (87,7-89,3)	88,9 (88,2-89,5)	87,0 (85,6-88,3)	89,4 (87,8-90,9)	86,5 (84,2-88,5)	86,7 (85,2-88,1)	88,3 (87,9-88,7)	86,6 (82,5-90,1)	87,7 (86,2-89,2)
Colorectal % (IC 95 %)	66,5 (65,8-67,1)	63,6 (62,1-65,1)	64,9 (63,7-66,1)	63,6 (61,4-65,8)	65,0 (62,3-67,6)	63,9 (61,1-66,7)	63,2 (61,0-65,4)	66,7 (66,0-67,4)	63,2 (56,9-68,9)	62,8 (60,4-65,2)
Foie % (IC 95 %)	21,7 (20,0-23,5)	19,3 (15,5-23,4)	17,2 (14,5- 20,1)	7,5 (3,6-13,4)	.	.	.	26,0 (23,9-28,1)	.	.
Poumon % (IC 95 %)	18,4 (18,0-18,9)	15,8 (14,8-16,8)	16,9 (16,1-17,8)	20,5 (18,9-22,1)	17,2 (15,6-18,8)	17,4 (15,1-19,8)	15,6 (14,2-17,0)	19,1 (18,6-19,6)	.	16,7 (15,0-18,5)
Mélanome % (IC 95 %)	90,2 (89,5-90,9)	88,4 (86,6-90,1)	92,2 (90,9-93,3)	90,9 (87,6-93,7)	92,8 (89,7-95,3)	85,6 (80,1-90,1)	93,0 (90,5-95,0)	89,5 (88,6-90,3)	96,1 (88,9-100,0)	85,9 (82,1-89,1)
Lymphome non hodgkinien % (IC 95 %)	70,8 (69,9-71,7)	71,0 (68,8-73,1)	70,2 (68,4-71,9)	64,6 (61,1-67,9)	72,5 (68,4-76,2)	71,8 (65,9-77,1)	69,6 (65,9-73,0)	68,8 (67,7-69,8)	63,5 (53,0-72,6)	69,0 (65,2-72,5)
Pancréas % (IC 95 %)	9,1 (8,3-10,0)	5,5 (4,1-7,2)	6,2 (4,9-7,7)	.	.	9,2 (4,9-15,0)	4,7 (2,8-7,2)	10,9 (9,9-12,0)	.	5,9 (3,6-8,9)
Prostate % (IC 95 %)	97,6 (97,2-97,9)	96,0 (95,2-96,8)	95,5 (94,8-96,1)	95,4 (93,8-96,8)	98,7 (97,1-100,0)	96,0 (93,7-98,1)	97,8 (96,4-99,2)	98,4 (98,0-98,7)	98,0 (94,5-100,0)	94,5 (93,0-95,9)
Thyroïde % (IC 95 %)	98,5 (98,1-98,9)	97,2 (96,0-98,3)	95,7 (94,2-96,9)	97,9 (95,2-99,7)	95,4 (91,8-97,7)	97,2 (92,8-99,7)	96,9 (93,7-99,0)	99,0 (98,6-99,4)	97,2 (84,7-100,0)	99,8 (97,1-100,0)

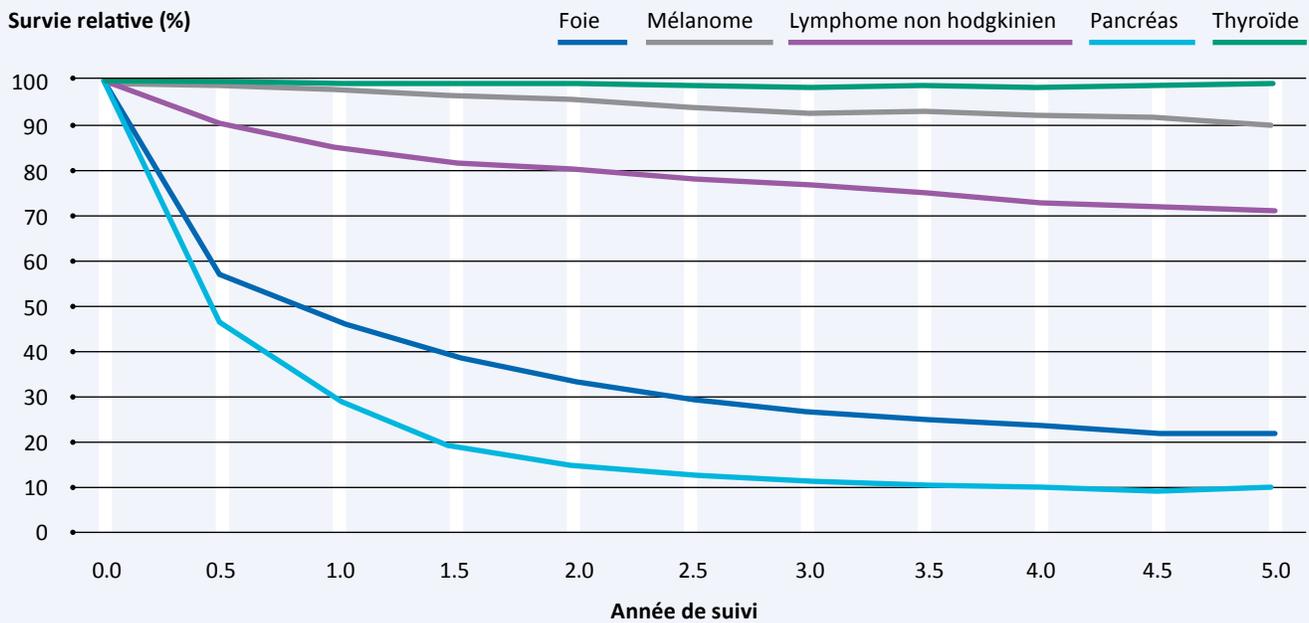
IC = intervalle de confiance

. En ce qui concerne les cancers au sujet desquels il existe peu de données relativement à certains des groupes d'âge, les ratios de survie relative normalisés selon l'âge ne sont pas présentés étant donné que les estimations seraient instables.

Les limites de confiance supérieures des ratios de survie relative normalisés selon l'âge ont été tronquées à 100 %.

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

FIGURE 1

**Ratio de survie relative (de 15 à 74 ans) selon l'année de suivi – de 2005 à 2007**

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

## Méthodologie de l'examen des dossiers médicaux axé sur l'étude des motifs justifiant l'absence de recommandation et de traitement

### Sélection des patients

En vue de la sélection des cas à examiner aux fins de cette étude, chaque province participante a fourni une liste complète des patients faisant partie de la population à l'étude dans sa province.

1. La population atteinte d'un cancer du rectum comprend tous les patients présentant un cancer du rectum au stade II ou III qui ont reçu ce diagnostic dans les provinces participantes au cours de l'année civile 2008 et qui ont subi une résection chirurgicale de la tumeur primitive au cours de l'année qui a suivi le diagnostic. Les cas de cancer du rectum correspondaient aux codes de type CIMO-3 C19.9 ou C20.9 et au stade II ou III du groupe AJCC au moment de l'établissement du diagnostic.
2. La population atteinte d'un cancer du poumon comprend tous les patients présentant un cancer du poumon « non à petites cellules », au stade II ou IIIA, qui ont reçu ce diagnostic dans les provinces participantes au cours de l'année civile 2008 et qui ont subi une résection chirurgicale de la tumeur primitive au

cours de l'année qui a suivi le diagnostic. Les cas de cancer du poumon « non à petites cellules » correspondaient aux codes CIMO-3 de C34.0 à C34.9 et au stade II ou IIIA du groupe AJCC au moment de l'établissement du diagnostic.

Les cas suivants ont été exclus : les cas où la dernière résection a eu lieu au cours d'une période égale ou supérieure à 365 jours suivant la date du diagnostic; les cas où les patients ont moins de 18 ans; les cas correspondant aux codes histologiques CIMO-3 de M-95 à M-98 (lymphome); et, en ce qui concerne le cancer du poumon, les cas correspondant aux codes histologiques CIMO-3 8002, 8041, 8043, 8044, 8045, 9073 et 8803.

Les provinces qui n'étaient pas en mesure de déterminer les cas ayant fait l'objet d'une résection à partir des données administratives disponibles ont relevé les résections dans le cadre de l'examen des dossiers médicaux. Seuls les cas ayant fait l'objet d'une résection ont été pris en compte lors de la phase de l'extraction complète.

À la suite de la sélection des cas, les provinces participantes ont envoyé au

Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) une liste identifiant les patients à l'étude et le Partenariat a sélectionné un échantillon aléatoire. L'équipe du Partenariat a calculé le nombre estimatif de dossiers médicaux à inclure dans l'échantillon provincial en ce qui concerne le cancer du rectum et le cancer du poumon. La taille de l'échantillon a été quelque peu modifiée aux fins de la mise en œuvre finale, comme le démontre le tableau ci-dessous (tableau 4). Les chiffres fournis ci-dessous sont précis à  $\pm 5\%$  à un intervalle de confiance (IC) de 95 %.

Une fois que le Partenariat a établi un échantillon aléatoire, une liste identifiant les patients à l'étude a été renvoyée aux provinces participantes afin que les cas sélectionnés puissent être identifiés et que l'extraction puisse débuter.

En ce qui concerne les provinces qui n'étaient pas en mesure de déterminer les cas ayant fait l'objet d'une résection à partir des données administratives, une liste de tous les cas a été fournie au Partenariat et celui-ci l'a utilisée pour sélectionner un suréchantillon en tenant compte de la proportion prévue des cas n'ayant pas fait l'objet d'une résection.

TABLEAU 4

**Taille estimée de l'échantillon et nombre réel de cas extraits pour chaque province participant à l'examen de dossiers médicaux se rapportant à des cas de cancer du rectum et de cancer du poumon**

Province	Taille de l'échantillon précise à 5 % à un IC de 95 %			Nombre réel de cas extraits		
	Rectum	Poumon	Total	Rectum	Poumon	Total
Alb.	157	48	205	175	51	226
Sask.	59	26	85	81	25	106
Man.	89	34	127	89	34	123
Î.-P.-É.	9	4	13	10	3	13
T.-N.-L.	22	13	34	28	-	28
<b>Total</b>	<b>336</b>	<b>125</b>	<b>464</b>	<b>383</b>	<b>113</b>	<b>496</b>

## Collecte des données

L'examen des dossiers médicaux exigeait la consultation de dossiers qui étaient susceptibles de renfermer des renseignements sur les décisions en matière de recommandation et de traitement. Les méthodes de consultation des dossiers médicaux variaient selon la province et selon la trajectoire de traitement du patient.

Le Partenariat a fourni une formation à deux registraires dans chaque province sur la marche à suivre pour saisir des données dans l'outil de collecte de données, et on a vérifié la fiabilité inter-évaluateurs en soumettant les mêmes dix cas à une extraction de données indépendante.

L'information extraite des dossiers médicaux portait sur les caractéristiques démographiques des patients (l'âge, le sexe et, de façon facultative, la région de tri d'acheminement [RTA] du code postal de la résidence du patient) et sur les détails relatifs au traitement, tels que le lieu et les dates de prestation du traitement. Les provinces peuvent avoir saisi les données démographiques ainsi que les données de diagnostic et de stadification à partir de leurs données administratives, mais par mesure de prudence, les données ont été vérifiées en raison de l'existence possible d'écart entre l'information contenue dans le registre et celle figurant dans les dossiers médicaux (p. ex. un évaluateur peut constater, en examinant soigneusement les dossiers médicaux, que le patient a en fait reçu le diagnostic à l'extérieur de la province il y a cinq ans et que le traitement que celui-ci a reçu découlait d'une récidive de la maladie, même si le registre indiquait que le diagnostic avait été posé en 2008). Dans les cas où il n'a pas été recommandé que le patient reçoive le traitement prévu dans les directives, les motifs de l'absence de recommandation à cet égard ont été recueillis. De même, dans les cas où il a été recommandé que le patient reçoive le traitement prévu dans les directives mais ne l'a pas suivi, les motifs de l'absence de traitement ont été recueillis.

Dans de nombreux cas, l'information nécessaire était consignée dans les notes explicatives documentées par le clinicien afin de préciser les motifs ou les circonstances justifiant la décision prise en matière de recommandation ou de traitement (p. ex. « le patient présente un indice de performance faible, y compris une perte de poids considérable et n'est donc pas candidat à la chimiothérapie. Il a obtenu son congé de l'hôpital et fera l'objet d'un suivi dans deux mois. »).

Des données devaient être recueillies et tenues à jour sur les dates (au moins le mois et l'année, et, de façon facultative, le jour, le mois et l'année) dans les bases de données provinciales, mais les bases de données transmises au Partenariat ne mentionnaient que l'intervalle en jours entre les dates importantes (p. ex. le nombre de jours entre une intervention chirurgicale et le début d'une chimiothérapie).

Des directives précises ont été fournies sur l'utilisation de l'outil de collecte de données, sous la forme d'un dictionnaire de données détaillé décrivant avec précision chaque élément de donnée qui devait être recueilli.

## Analyse des données

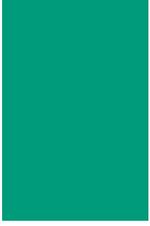
Il se peut que les registraires aient sélectionné plusieurs motifs dans l'outil d'extraction de données et que des renseignements supplémentaires aient été consignés dans les champs de texte libre pour justifier l'absence de recommandation ou de traitement dans le cas d'un patient donné, mais un clinicien a examiné tous les renseignements à la fin de la phase d'extraction et a attribué un motif pour expliquer l'absence de recommandation chez les patients n'ayant pas fait l'objet d'une recommandation, et un motif pour expliquer l'absence de traitement chez les patients qui ont fait l'objet d'une recommandation de traitement mais qui n'ont pas été traités. Parmi les motifs définitifs possibles de l'absence de

recommandation, mentionnons les suivants : le patient atteint d'un cancer du rectum a été suivi uniquement par un oncologue médical (aux fins de la sous-étude sur le cancer du rectum), le choix exprimé par le patient, l'âge du patient, la présence de complications, le caractère métastatique de la maladie, la présence d'affections concomitantes, le fait que le patient ne soit pas candidat à un traitement en raison du type de cancer dont il est atteint ou du stade de la maladie, et l'absence de motif, ou l'indication d'un motif imprécis. Parmi les motifs définitifs possibles de l'absence de traitement, mentionnons les suivants : le choix exprimé par le patient, l'âge du patient, le décès du patient, la présence d'affections concomitantes, le fait que le patient ne soit pas candidat à un traitement en raison du type de cancer dont il est atteint ou du stade de la maladie, et l'absence de motif, ou l'indication d'un motif imprécis.

On a vérifié la fiabilité inter-évaluateurs et la qualité des données afin de s'assurer que les ensembles de données étaient de grande qualité. On a communiqué avec les responsables de l'extraction des données au sein de la province afin de vérifier toutes les données qui semblaient être hors limites.

Les analyses de données ont été effectuées à l'aide de la version 9.2 du logiciel SAS (SAS Institute, Cary [Caroline du Nord]) afin d'évaluer les caractéristiques démographiques des patients faisant partie de l'échantillon à l'étude, le pourcentage de cas ayant fait l'objet d'une recommandation de traitement et qui ont été traités conformément aux directives, dans l'ensemble et selon certaines caractéristiques démographiques des patients (âge, sexe et stade), ainsi que les motifs justifiant l'absence de traitement ou de recommandation.





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

Tél : 416.915.9222

Sans frais d'appel : 1.877.360.1665

[www.partnershipagainstcancer.ca/fr/](http://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/)

*Orienter les améliorations en  
matière de lutte contre le cancer*