

Rapport de 2016 sur le rendement du système de lutte contre le cancer

JUILLET 2016

Rapport de 2016 sur le rendement du système de lutte contre le cancer

JUILLET 2016

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

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

Citation suggérée :

Partenariat canadien contre le cancer. Rapport de 2016 sur le rendement du système de lutte contre le cancer. Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer; juillet 2016. 128 p.

Téléchargeable à :

rendementdusysteme.ca

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

Tél. : 416 915-9222

Sans frais : 1 877 360-1665

partenariatcontrelcancer.ca

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

Les médias peuvent faire parvenir leurs demandes à :
media@partnershipagainstcancer.ca

Also available in English under the title:
The 2016 Cancer System Performance Report

Remerciements

La rédaction du présent rapport est le fruit des efforts et du dévouement des membres du **Comité directeur sur le rendement du système et du Comité de travail technique**, ainsi que des efforts de collecte et d'analyse de données consentis par le personnel des registres provinciaux du cancer et des organismes et des programmes de lutte contre le cancer. Nous souhaitons également remercier **l'Institut canadien d'information sur la santé** pour les données et les analyses qu'il nous a fournies sur les chirurgies oncologiques, notamment les taux de mastectomies; le **Réseau national de dépistage du cancer colorectal** pour nous avoir communiqué des données sur les temps d'attentes liés au diagnostic du cancer colorectal; le **Réseau pancanadien de dépistage du cancer du col de l'utérus** pour les données fournies sur la vaccination contre le virus du papillome humain; la **Société canadienne du cancer** pour les projections des taux d'incidence; le **Conseil C¹⁷** pour les données relatives à la participation aux essais cliniques pédiatriques; ainsi que le **Programme CONCORD-2 au London School of Hygiene and Tropical Medicine** pour les données sur la survie nette en fonction du revenu. Enfin, nous remercions **Statistique Canada** pour avoir fourni des données ou un accès aux données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, la Division Statistique de l'état civil et les données du Registre canadien du cancer, que nous avons utilisées comme indicateurs dans les sections Prévention, Dépistage, Pertinence et Résultats à long terme de ce rapport.

COMITÉ DIRECTEUR SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME

Représentants provinciaux :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Experts-conseils :

D^r Gregory McKinnon, oncologue chirurgical

D^r Aynharan Sinnarajah, médecin en soins palliatifs

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

COMITÉ DE TRAVAIL TECHNIQUE SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME

(*ancien membre)

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

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

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

D^r Prithwish De, Directeur, Surveillance et registre du cancer, Action Cancer Ontario

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

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

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

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

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

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

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

Table des matières

Résumé	6	5. Perspective centrée sur la personne	65
Faits saillants des résultats	7	Dépistage de la détresse	67
Prochaines étapes de l'évaluation du rendement du système	8	Indicateur supplémentaire disponible en ligne	69
À propos du présent rapport	9	6. Recherche	70
Utilité des rapports sur le rendement du système canadien de lutte contre le cancer	9	Participation aux essais cliniques menés chez les adultes	72
Nouveautés dans ce rapport	9	Indicateurs supplémentaires disponibles en ligne	75
Disponibilité des données	10	7. Pertinence	76
À propos du Partenariat canadien contre le cancer	10	Dépistage du cancer du sein au-delà des lignes directrices	78
1. Prévention	11	Mastectomies à la suite d'un cancer du sein effectuées en chirurgie d'un jour	81
Prévalence du tabagisme	13	Indicateur supplémentaire disponibles en ligne	84
Section spéciale : Comportements tabagiques chez les patients atteints de cancer	16	8. Résultats à long terme	85
Vaccination contre le virus du papillome humain	19	Cancer du sein	87
Indicateurs supplémentaires disponibles en ligne	22	Cancer du poumon	91
2. Dépistage	23	Cancer colorectal	95
Dépistage du cancer du col de l'utérus	25	Cancer de la prostate	99
Dépistage du cancer du sein	27	Cancer du pancréas	103
Dépistage du cancer colorectal	29	Cancer de l'ovaire	107
3. Diagnostic	33	Section spéciale : Survie à cinq ans par revenu pour plusieurs cancers au Canada	111
Temps d'attente pour un diagnostic de cancer du sein	35	Résumé des résultats des indicateurs	114
Temps d'attente pour un diagnostic de cancer colorectal	38	Prochaines étapes de l'évaluation du rendement du système	120
Indicateurs supplémentaires disponibles en ligne	40	Références	121
4. Traitement	41	Équipe de production et de diffusion du rapport	126
Prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques lors d'une résection du côlon	44	À propos de l'Initiative sur le rendement du système	126
Utilisation de la chirurgie mammaire conservatrice par rapport à la mastectomie pour les résections des tumeurs cancéreuses du sein	46		
Temps d'attente pour une radiothérapie	49		
Radiothérapie préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III	53		
Chimiothérapie postopératoire pour les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade II ou IIIA	57		
Section spéciale : Chirurgies liées aux cancers qui conjuguent risques élevés et ressources importantes, et leurs approches au Canada	60		
Indicateurs supplémentaires disponibles en ligne	64		

Liste des figures et tableaux

Figure 1.1	Pourcentage de la population (≥ 12 ans) déclarant fumer tous les jours ou à l'occasion selon la province ou le territoire – année de déclaration 2014	14	Figure 3.1	Temps d'attente médian et du 90 ^e percentile jusqu'à la résolution d'une anomalie au sein dépistée sans biopsie tissulaire chez les femmes asymptomatiques (de 50 à 69 ans), selon la province — année de dépistage 2013	36
Figure 1.2	Pourcentage de la population (≥ 12 ans) selon les habitudes de tabagisme et le sexe, au Canada – année de déclaration 2014	15	Figure 3.2	Temps d'attente médian et du 90 ^e percentile jusqu'à la résolution d'une anomalie au sein dépistée par biopsie tissulaire chez les femmes asymptomatiques (de 50 à 69 ans), selon la province — année de dépistage 2013	37
Figure 1.i	Pourcentage de sujets (≥ 12 ans) déclarant fumer tous les jours ou à l'occasion selon la présence ou l'absence d'un cancer et le sexe, au Canada, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années de déclaration 2011 à 2014 combinées	17	Figure 3.3	Temps d'attente médian et du 90 ^e percentile entre un test fécal dont le résultat est anormal et la coloscopie de suivi, selon la province – première série de tests de dépistage effectuée en 2013 et 2014	39
Figure 1.3	Pourcentage de filles en âge d'être immunisées ayant complété la série de vaccins contre le virus du papillome humain, selon le calendrier de vaccination recommandé par la province ou le territoire, par province ou territoire — année de vaccination la plus récente	20	Figure 4.1	Taux de résection de tumeurs du côlon avec prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques, selon la province – années de diagnostic de 2009 à 2012	45
Figure 2.1	Pourcentage des femmes (de 25 à 69 ans) déclarant avoir subi au moins un test Pap au cours des trois dernières années, par province ou territoire, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 — année de déclaration 2012	26	Figure 4.2	Taux de résection de tumeurs cancéreuses du sein qui constituaient des chirurgies mammaires conservatrices, selon la province ou le territoire – années 2009-2010 à 2013-2014 combinées	47
Figure 2.2	Pourcentage des femmes (de 50 à 69 ans) déclarant avoir subi une mammographie pour une raison quelconque au cours des deux dernières années, par province ou territoire — année de déclaration 2012	28	Figure 4.3	Taux de résection de tumeurs cancéreuses du sein qui constituaient des chirurgies mammaires conservatrices, selon la province ou le territoire – années combinées 2008/2009-2010/2011 comparativement à 2011/2012-2013/2014	48
Figure 2.3	Pourcentage de la population (de 50 à 74 ans) déclarant avoir subi un test fécal au cours des deux dernières années et(ou) une sigmoïdoscopie/coloscopie au cours des cinq dernières années pour une raison quelconque, selon la province ou le territoire – année de déclaration 2012	30	Figure 4.4	Temps d'attente médian et du 90 ^e percentile en radiothérapie pour tous les cancers, selon la province – traitement suivi en 2014	50
Figure 2.4	Pourcentage de la population (de 50 à 74 ans) déclarant avoir subi un test fécal au cours des deux dernières années et(ou) une sigmoïdoscopie/coloscopie au cours des cinq dernières années pour une raison quelconque, au Canada – années de déclaration 2008 à 2014	31	Figure 4.5	Temps d'attente du 90 ^e percentile en radiothérapie, selon le siège de la maladie et la province – traitement suivi en 2014	51
Figure 2.5	Pourcentage de la population (de 50 à 74 ans) déclarant avoir subi un test fécal au cours des deux dernières années pour une raison quelconque, selon la province ou le territoire – année de déclaration 2012	31	Figure 4.6	Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ayant subi une radiothérapie avant la chirurgie, selon la province – diagnostic établi entre 2009 et 2012	54
			Figure 4.7	Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ayant subi une radiothérapie avant la chirurgie, selon le groupe d'âge – diagnostic établi entre 2009 et 2012	55
			Figure 4.8	Impact de l'inclusion ou de l'exclusion des cancers de la jonction rectosigmoïde : pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ayant subi une radiothérapie avant la chirurgie, selon la province – diagnostic établi en 2012	56

Figure 4.9	Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade II ou IIIA ayant subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale, selon la province – années de diagnostic 2009 à 2012	58	Figure 7.1	Pourcentage des mammographies de dépistage déclarées par les patientes, effectuées chez des femmes asymptomatiques se trouvant à l'intérieur et à l'extérieur des groupes d'âge cible recommandés pour le dépistage au cours des deux dernières années, par province ou territoire — année de déclaration 2012	79
Figure 4.10	Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade II ou IIIA ayant subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale, selon le groupe d'âge – années de diagnostic 2009 à 2012	59	Figure 7.2	Pourcentage des mastectomies dues au cancer du sein effectuées en chirurgie d'un jour, selon la province ou le territoire – années 2009-2010 à 2013-2014 combinées	82
Figure 4.i	Nombre de résections de cancers de l'œsophage, du pancréas, du foie, de l'ovaire ou du poumon par 100 000 personnes, selon la province – années 2010 à 2012 combinées	61	Figure 7.3	Pourcentage des mastectomies dues au cancer du sein effectuées en chirurgie d'un jour selon la province ou le territoire – années 2008-2009/2010-2011 contre 2011-2012/2013-2014 combinées	83
Tableau 4.i	Rang selon le nombre de résections de cancers de l'œsophage, du pancréas, du foie, de l'ovaire ou du poumon par 100 000 personnes, selon la province – années 2010 à 2012 combinées	61	Figure 8.1	Taux d'incidence et de mortalité pour le cancer du sein chez les femmes, au Canada, normalisés selon l'âge de la population canadienne en 2011 – de 1992 à 2012	88
Tableau 4.ii	Nombre de résections et d'hôpitaux effectuant des résections de cancers de l'œsophage, du pancréas, du foie, de l'ovaire ou du poumon, au Canada – année de traitement 2012	62	Figure 8.2	Taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes, par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années 2010 à 2012 combinées	89
Tableau 4.iii	Effet du volume de l'hôpital sur les résultats des chirurgies oncologiques de l'œsophage, du pancréas, du foie, de l'ovaire ou du poumon, au Canada	63	Figure 8.3	Taux de mortalité due au cancer du sein chez les femmes, par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années 2009 à 2011 combinées	89
Tableau 5.1	Étendue de l'utilisation d'outils normalisés de dépistage de la détresse par province – 2015	68	Figure 8.4	Taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes, par stade au moment du diagnostic et par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années de diagnostic 2011 à 2013 combinées	90
Figure 6.1	Ratio entre le nombre de patients adultes inscrits à des essais cliniques et le nombre de nouveaux cas, selon la province, tous les cancers – inscription en 2014	73	Figure 8.5	Taux d'incidence et de mortalité pour le cancer du poumon, par sexe, au Canada, normalisés selon l'âge de la population canadienne en 2011 – de 1992 à 2012	92
Figure 6.2	Ratio entre le nombre de patients adultes inscrits à des essais cliniques et le nombre de nouveaux cas selon le siège de la maladie, les quatre types de cancer les plus courants et tous les cancers combinés – inscription en 2014	74	Figure 8.6	Taux d'incidence du cancer du poumon, par sexe et province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années 2010 à 2012 combinées	93
			Figure 8.7	Taux de mortalité due au cancer du poumon, par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années 2009 à 2011 combinées	93

Figure 8.8	Taux d'incidence du cancer du poumon, par stade au moment du diagnostic et par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années de diagnostic 2011 à 2013 combinées	94	Figure 8.16	Taux d'incidence du cancer de la prostate, par stade au moment du diagnostic et par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années de diagnostic 2011 à 2013 combinées	102
Figure 8.9	Taux d'incidence et de mortalité pour le cancer colorectal, par sexe, au Canada, normalisés selon l'âge de la population canadienne en 2011 – de 1992 à 2012	96	Figure 8.17	Taux d'incidence et de mortalité pour le cancer du pancréas, par sexe, au Canada, normalisés selon l'âge de la population canadienne en 2011 – de 1992 à 2012	104
Figure 8.10	Taux d'incidence du cancer colorectal, par sexe et province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années 2010 à 2012 combinées	97	Figure 8.18	Taux d'incidence du cancer du pancréas, par sexe et province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années 2010 à 2012 combinées	105
Figure 8.11	Taux de mortalité due au cancer colorectal, par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années 2009 à 2011 combinées	97	Figure 8.19	Taux de mortalité due au cancer du pancréas, par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années 2009 à 2011 combinées	105
Figure 8.12	Taux d'incidence du cancer colorectal, par stade au moment du diagnostic et par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années de diagnostic 2011 à 2013 combinées	98	Figure 8.20	Taux d'incidence et de mortalité pour le cancer de l'ovaire, au Canada, normalisés selon l'âge de la population canadienne en 2011 – de 1992 à 2012	108
Figure 8.13	Taux d'incidence et de mortalité pour le cancer de la prostate, au Canada, normalisés selon l'âge de la population canadienne en 2011 – de 1992 à 2012	100	Figure 8.21	Taux d'incidence du cancer de l'ovaire, par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années 2010 à 2012 combinées	109
Figure 8.14	Taux d'incidence du cancer de la prostate, par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années 2010 à 2012 combinées	101	Figure 8.22	Taux de mortalité due au cancer de l'ovaire, par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années 2009 à 2011 combinées	109
Figure 8.15	Taux de mortalité due au cancer de la prostate, par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années 2009 à 2011 combinées	101	Figure 8.23	Taux d'incidence du cancer de l'ovaire, par stade au moment du diagnostic et par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années de diagnostic 2011 à 2013 combinées	110
			Figure 8.i	Survie nette à cinq ans par quintile de revenu du patient pour six cancers, normalisée selon l'âge — années de diagnostic 2004 à 2009	113

Résumé

Le fardeau du cancer s'alourdit au Canada et on prévoit que le nombre moyen de nouveaux cas de cancer augmentera de 40 % au cours des 15 prochaines années, principalement en raison de la croissance et du vieillissement de la population canadienne¹. Il est donc absolument essentiel de coordonner les changements apportés au système afin de réduire le nombre de cas diagnostiqués, et à terme l'incidence du cancer normalisé selon l'âge, mais également pour améliorer la qualité de vie des personnes qui en souffrent. À cette fin, les efforts de lutte contre le cancer doivent cibler tous les aspects du continuum des soins, de la prévention au traitement en passant par la survie et les soins de fin de vie.

Le *Rapport de 2016 sur le rendement du système de lutte contre le cancer* est le septième rapport publié par le Partenariat sur les indicateurs qui permettent de mesurer l'efficacité de la lutte contre le cancer au Canada. Les Rapports sur le rendement du système fournissent un échantillon représentatif des principaux indicateurs de performance disponibles à l'échelle canadienne qui permettent d'interpréter les modèles et les tendances observés afin de renseigner sur les stratégies d'amélioration globale du système. Ce rapport contient des données actualisées et propose une interprétation des résultats de chacun des 17 indicateurs analysés, ainsi qu'un résumé des principales conclusions concernant d'autres indicateurs faisant l'objet de mises à jour moins fréquentes (on peut trouver les résultats complets à l'adresse : rendementdusysteme.ca). Les indicateurs sont classés en fonction des divers aspects de la lutte contre le cancer, soit la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et la

perspective centrée sur la personne. Des chapitres sur la recherche, la pertinence (traitant de l'équilibre entre la qualité et la durabilité) et les résultats à long terme sont aussi inclus. Les résultats liés aux indicateurs sont généralement comparés selon la province ou le territoire, le groupe d'âge et le sexe.

Le rapport met aussi l'accent sur trois thèmes revêtant un intérêt particulier dans la lutte contre le cancer : les comportements tabagiques chez les patients atteints de cancer; les effets de la régionalisation des chirurgies conjuguant risques élevés et ressources importantes sur les résultats obtenus par les patients; et la survie à différents types de cancers en fonction du revenu du patient.

Comme les rapports des années antérieures, le *Rapport de 2016 sur le rendement du système de lutte contre le cancer* a été rédigé en étroite collaboration avec de nombreux partenaires nationaux, provinciaux et territoriaux. Il repose également sur des consultations menées auprès d'experts et chefs de file du savoir dans ce domaine au Canada. Les organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer ont fourni les données nécessaires à l'élaboration et au calcul de nombreux indicateurs inclus dans le rapport. À l'échelle nationale, le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) travaille en étroite collaboration avec Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé afin de compiler les renseignements concernant des indicateurs spécifiques. Sans cette collaboration étroite avec nos partenaires, nous ne pourrions mener à bien notre travail de mesure du rendement du système de lutte contre le cancer au Canada.

Faits saillants des résultats

Cette section résume certaines des tendances et des résultats marquants décrits dans le rapport qui sont classés en trois catégories : les domaines où le système a plutôt bien fonctionné au fil du temps, les domaines qui révèlent les plus grandes possibilités d'amélioration et les domaines où les disparités entre les provinces et les territoires sont importantes.

Tendances positives en matière de lutte contre le cancer

- Le pourcentage de **résections du côlon comportant le prélèvement et l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques a continué d'augmenter** entre 2009 et 2012. Cette pratique est importante pour préciser le stade de la maladie et planifier le traitement ultérieur et elle a été associée à une amélioration de la survie.
- L'utilisation de la **chirurgie conservatrice du sein a augmenté** dans six des onze provinces ou territoires examinés de 2008-2010 à 2011-2013. Cette tendance est positive car la chirurgie conservatrice du sein (suivie par une radiothérapie) est moins invasive que la mastectomie et est associée à une morbidité plus faible, ainsi qu'à une amélioration de l'apparence esthétique et des résultats psychologiques.
- Le nombre de provinces faisant rapport d'une **mise en œuvre à l'échelle provinciale d'outils normalisés de dépistage de la détresse** dans les centres de cancérologie a plus que triplé depuis 2007. Le dépistage de la détresse peut aider à déceler les préoccupations psychologiques, sociales, spirituelles, pratiques ou physiques des patients atteints de cancer.
- **La participation aux essais cliniques a augmenté** dans cinq des huit provinces déclarantes de 2013 à 2014. Les essais cliniques sont une étape essentielle dans l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des nouveaux traitements contre le cancer. Ils permettent également de mettre au jour de nouvelles méthodes de détection, de diagnostic et de réduction des risques de cancer.

- **Les taux de mortalité sont en baisse** depuis le début des années 1990 pour la plupart des cancers étudiés dans ce rapport, dont le cancer du sein, le cancer du poumon (chez les hommes), le cancer colorectal et les cancers de la prostate et du pancréas. Le taux de mortalité due au cancer du poumon chez les femmes commence notamment à se stabiliser, reflétant une réduction des taux de tabagisme au cours des trente dernières années.

Domaines nécessitant encore des améliorations

- Bien que la **prévalence du tabagisme** ait continué à diminuer, passant de 23 % en 2003 à 18 % en 2014, elle **demeure plus élevée que la cible nationale de 12 %** (établie pour s'aligner avec la cible de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme), et ce, dans toutes les provinces². L'atteinte de cette cible permettrait de réduire le fardeau des cancers liés au tabagisme dans le futur.
- Le **dépistage du cancer colorectal** étant relativement récent au Canada, les taux de dépistage (défini par un test fécal ou une coloscopie/sigmoïdoscopie effectués pour une raison quelconque) sont **faibles à l'échelle du pays**. Cependant, une augmentation de l'utilisation des tests de dépistage a été enregistré depuis 2008 et cette augmentation devrait se poursuivre à mesure que la mise en œuvre des programmes de dépistage prend de l'ampleur.
- Bien que les **temps d'attente entre un test fécal dont le résultat est anormal** et la coloscopie de suivi aient diminué depuis 2011, **aucune province n'a encore atteint les temps d'attente du 90^e percentile situés dans la cible de 60 jours**.

Domaines connaissant des disparités importantes

- Il est toujours difficile de recueillir des données sur la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) uniformément définies et pouvant être comparées à l'échelle nationale. Les données existantes indiquent que **l'adoption de la vaccination contre le VPH varie considérablement à l'échelle du pays**.
 - Bien que le **pourcentage de mastectomies effectuées dans le cadre d'une chirurgie d'un jour** ait augmenté au fil du temps dans la plupart des provinces, une **différence de 38 points de pourcentage** existe entre les provinces qui affichent le taux d'utilisation le plus faible et celles dans lesquelles ce taux est le plus élevé.
- À mesure que nous renforcerons notre collaboration dans le travail d'évaluation du rendement du système de lutte contre le cancer, nous pourrions continuer à recueillir des données cohérentes à travers le pays et à analyser les principales questions soulevées par la lutte contre le cancer. Ce travail nous permet de célébrer les progrès et de mettre l'accent sur les domaines nécessitant une amélioration avec l'objectif ultime de réduire le fardeau du cancer et d'améliorer la qualité de vie pour les Canadiens touchés par la maladie.

Prochaines étapes de l'évaluation du rendement du système

L'Initiative sur le rendement du système du Partenariat continuera à examiner un certain nombre de produits et d'activités visant à améliorer la disponibilité des connaissances et des données liées au système de lutte contre le cancer au Canada. La qualité des soins axés sur l'expérience globale du cancer pour le patient reste sous-mesurée et sous-déclarée. Afin de résoudre ce problème, l'équipe de gestion de l'Initiative sur le rendement du système travaille de concert avec les partenaires de la lutte contre le cancer à la mise au point d'un système commun et généralisé de collecte et de

rapport des résultats et des expériences signalés par le patient, afin d'élaborer des indicateurs de qualité sur les soins palliatifs et d'étudier la façon dont les patients sont réacheminés vers des soins de santé primaires à l'issue d'un traitement contre le cancer. En outre, la présentation en ligne des résultats sur le rendement du système grâce à l'application Web « Rendement du système » (rendementdusysteme.ca), qui fournit désormais la possibilité de consulter les données par province et territoire, constitue une première étape pour augmenter l'impact des produits de rendement du système.

À propos du présent rapport

Le Rapport de 2016 sur le rendement du système de lutte contre le cancer constitue le septième rapport du Partenariat sur les indicateurs de mesure de l'efficacité de la lutte contre le cancer à l'échelle du Canada. Les Rapports sur le rendement du système fournissent un échantillon représentatif pancanadien des indicateurs de performance clés couvrant tout le continuum des soins contre le cancer, soit la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et la perspective axée sur la personne. Il comporte également des chapitres sur la recherche, la pertinence et les résultats à long terme.

Utilité des rapports sur le rendement du système canadien de lutte contre le cancer

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 favoriser l'échange de connaissances et l'adoption de pratiques exemplaires entre provinces et territoires. Une telle comparaison permet de déterminer les améliorations à apporter

au système de lutte contre le cancer à l'échelle nationale, provinciale et régionale; elle permet également de cerner les aspects du système qui ne sont encore que peu ou pas du tout mesurés. De plus, l'évaluation et la comparaison entre les provinces permettent d'établir des collaborations et des partenariats clés et de prendre des décisions informées visant à améliorer la lutte contre le cancer au Canada.

Nouveautés dans ce rapport

- Format remanié avec moins de texte et plus de graphiques.
- Résumé des principaux résultats relatifs aux indicateurs de rendement du système, outre ceux concernant les 17 indicateurs du tableau de bord qui font l'objet de rapports annuels (on peut trouver des renseignements détaillés sur ces indicateurs à l'adresse : rendementdusysteme.ca).
- Indicateurs des résultats à long terme pour le cancer de l'ovaire.
- Remplacement du dépistage des personnes asymptomatiques par l'examen physique par la mammographie et les tests de dépistage du cancer colorectal effectués pour une raison quelconque.
- **Des sections spéciales sont consacrées aux facteurs suivants :**
 - comportements tabagiques des patients atteints d'un cancer;
 - effets de la régionalisation des chirurgies conjuguant risques élevés et ressources importantes sur les résultats obtenus par les patients;
 - survie par quintile de revenu pour plusieurs cancers.

On peut consulter la méthode de calcul détaillée utilisée pour chaque indicateur ainsi que les tableaux de données (y compris les intervalles de confiance)

pour tous les indicateurs à l'annexe technique disponible à l'adresse : rendementdusysteme.ca.

Disponibilité des données

Ce rapport présente pour chaque indicateur les données les plus récentes. Selon leur source, ces données couvrent la période 2009 à 2015. Pour plus

de détails, veuillez consulter l'annexe technique à l'adresse : rendementdusysteme.ca.

À propos du Partenariat canadien contre le cancer

Le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) a été créé en 2007 par le gouvernement fédéral avec l'aide financière de Santé Canada. Depuis cette date, le mandat principal du Partenariat a été de concrétiser la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer et d'en assurer le succès par l'apport de changements coordonnés à l'échelle du système visant tous les aspects des soins contre le cancer – soit la prévention, le traitement, la survie et les soins palliatifs.

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

1. Prévention

Prévalence du tabagisme 13

Vaccination contre le virus du papillome humain 19

Section spéciale : Comportements tabagiques chez les patients atteints de cancer 16

Indicateurs supplémentaires disponibles sur le site : rendementdusysteme.ca 22



1. Prévention

La prévention offre à long terme une stratégie essentielle pour réduire le fardeau du cancer au Canada. Pour mieux orienter les efforts de prévention, il est utile de comprendre le rôle des facteurs de risque et leur prévalence au sein de la population.

Jusqu'à deux tiers des cancers peuvent être prévenus par la combinaison des éléments suivants : éviter le tabagisme, améliorer sa nutrition, limiter sa consommation d'alcool, participer à une activité physique régulière et maintenir un poids santé³. Les autres facteurs qui peuvent augmenter le risque de cancer comprennent les infections (p. ex., le virus du papillome humain), les facteurs environnementaux (p. ex., l'exposition à la fumée secondaire ou aux rayons ultraviolets) et les facteurs professionnels (p.ex., le travail de nuit)⁴.

Ce chapitre présente des données sur deux indicateurs relatifs à la prévention qui font l'objet de rapports annuels, soit la prévalence du tabagisme et la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH), et comprend une section spéciale sur les comportements tabagiques chez les patients atteints de cancer.

Nous présentons aussi dans ce chapitre les principaux résultats obtenus grâce aux indicateurs suivants sur la prévention : arrêt du tabagisme, exposition à la fumée secondaire, obésité et consommation d'alcool. On peut trouver des renseignements complets sur ces autres indicateurs à l'adresse : rendementdusysteme.ca.

Indicateur	Résumé des résultats
Prévalence du tabagisme	<ul style="list-style-type: none"> • La prévalence du tabagisme (quotidien ou occasionnel) a diminué de 23 % en 2003 à 18 % en 2014. • La prévalence du tabagisme variait de 14 % en Colombie-Britannique à 62 % au Nunavut. Les trois territoires affichaient les taux de prévalence le plus élevé. Jusqu'en 2014, aucune province ni aucun territoire n'a atteint l'objectif de 12 % établi pour cet indicateur. • Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de se dire fumeurs quotidiens, fumeurs occasionnels ou anciens fumeurs. Le nombre de femmes déclarant n'avoir jamais fumé est supérieur à celui des hommes.
Vaccination contre le VPH	<ul style="list-style-type: none"> • L'adoption de la vaccination contre le VPH (schéma de vaccination complet) par l'entremise de programmes d'immunisation organisés varie considérablement selon la province et le territoire. • L'adoption de la vaccination variait de 39 % dans les Territoires du Nord-Ouest à 89 % à Terre-Neuve-et-Labrador.

Prévalence du tabagisme

Message clé

En 2014, 18 % des Canadiens âgés de 12 ans ou plus déclaraient fumer tous les jours ou à l'occasion, comparativement à 23 % en 2003. Il existe des variations entre les provinces et les territoires.

Définition de l'indicateur

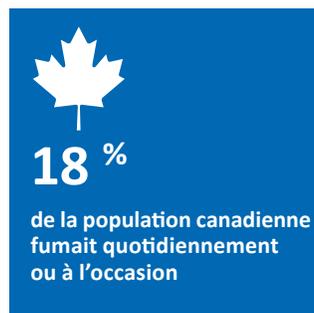
Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes de 12 ans ou plus déclarant avoir fumé tous les jours ou de façon occasionnelle au cours de l'année précédente. Les résultats sont présentés selon la province ou le territoire et le sexe à partir des données issues de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2014.

Objectif

12 %, établi pour s'aligner avec l'objectif de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme.²

Date initiale de la mesure

Rapport de 2009 sur le rendement du système de lutte contre le cancer.



Utilité de la mesure

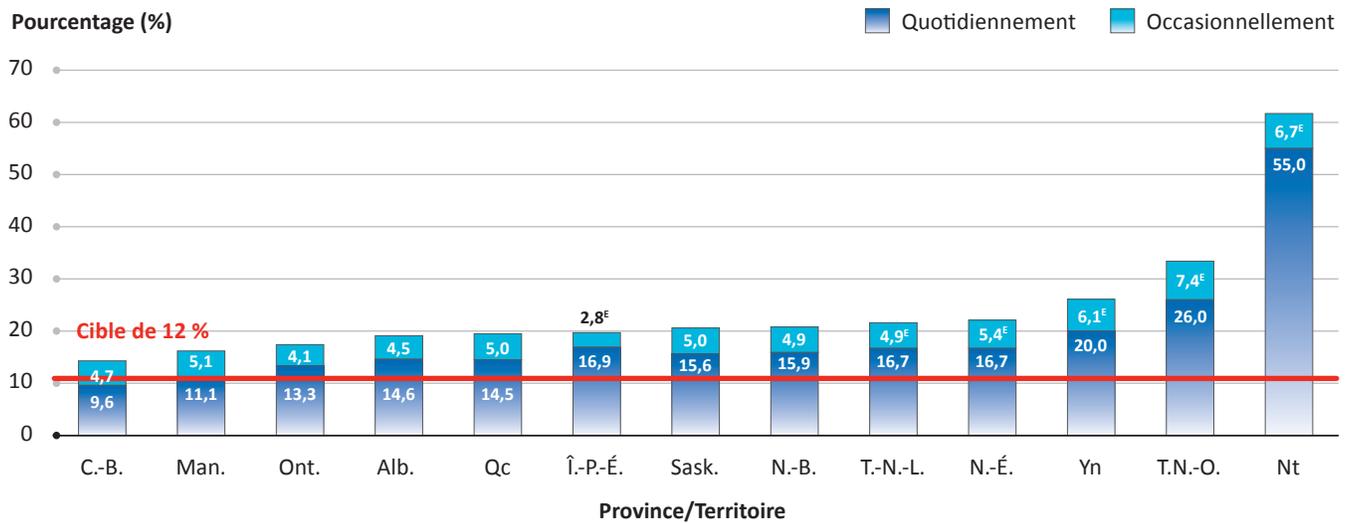
Le tabagisme demeure la principale cause évitable de maladie et de décès précoce au Canada. On estime qu'il cause 30 % de tous les décès liés au cancer^{1,5} et jusqu'à 85 % des cas de cancer du poumon. Il augmente par ailleurs le risque de développer d'autres cancers comme le cancer de la bouche et de la gorge, le cancer de la vessie, le cancer du col de l'utérus, le cancer colorectal, les cancers de l'œsophage, du rein, du larynx, du pancréas, de l'estomac, de la cavité nasale, du foie et de l'ovaire^{1,5}. Le contrôle du tabagisme est un mécanisme clé de la prévention du cancer en raison des risques élevés qui y sont associés. L'étude de l'usage du tabac au niveau de la population permet d'évaluer les stratégies de prévention et d'abandon du tabagisme qui pourraient être adoptées à l'échelle du pays.

Principaux résultats

- La prévalence actuelle du tabagisme (quotidien et occasionnel) a diminué de 23,0 % en 2003 à 18,1 % en 2014 (données non présentées).
- La prévalence du tabagisme variait de 14,3 % en Colombie-Britannique à 61,7 % au Nunavut en 2014. Les trois territoires ont enregistré les taux de tabagisme les plus élevés (Figure 1.1).
- Aucune province ni aucun territoire n'a encore atteint l'objectif de 12 % (établi à l'origine par la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme) (Figure 1.1).
- Les hommes sont plus susceptibles de se dire fumeurs quotidiens, fumeurs occasionnels ou anciens fumeurs. Les femmes sont plus susceptibles de déclarer n'avoir jamais fumé (Figure 1.2).

FIGURE 1.1

Pourcentage de la population (≥ 12 ans) déclarant fumer tous les jours ou à l'occasion selon la province ou le territoire – année de déclaration 2014

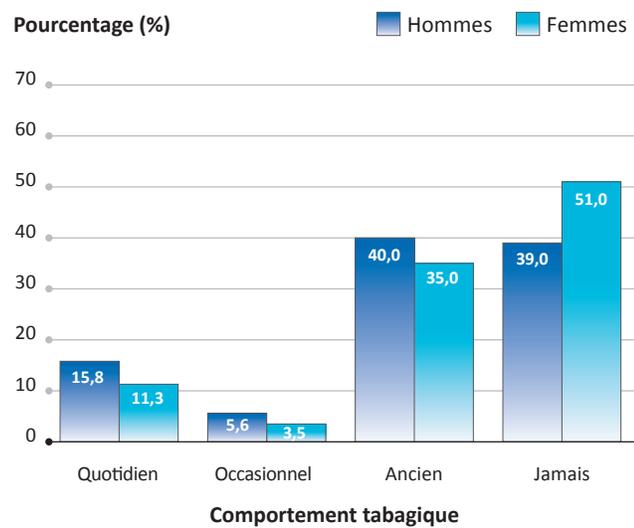


^É À interpréter avec prudence en raison de la grande variabilité des estimations.

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

FIGURE 1.2

Pourcentage de la population (≥ 12 ans) selon les habitudes de tabagisme et le sexe, au Canada – année de déclaration 2014



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

Importance de ces résultats

Puisqu'environ un Canadien sur cinq âgé de 12 ans ou plus continue d'indiquer qu'il est un fumeur quotidien ou occasionnel, les efforts de prévention et d'abandon du tabagisme sont essentiels pour parvenir à en réduire la prévalence de manière continue. La réduction de la prévalence réduira à son tour le fardeau des cancers liés au tabac au Canada. La Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme de 2007 a établi un objectif de réduction globale de la prévalence du tabagisme à 12 % avant 2011²; la cible de rendement du système national du Partenariat a été établie pour s'aligner avec cet objectif. En 2014, aucune province ni aucun territoire n'avait atteint cette cible qui représente toujours un objectif important pour motiver les efforts de réduction du tabagisme à l'échelle du pays. Pour atteindre la cible, la réduction absolue de la prévalence du tabagisme dans les provinces ou territoires devrait passer de 2,3 points de pourcentage en Colombie-Britannique à 10,1 en Nouvelle-Écosse et à 49,7 au Nunavut; il s'agit de diminutions considérables qui permettraient sans doute de réduire le fardeau du cancer au Canada dans les années à venir.

Les tabacs aromatisés (incluant le menthol) ont été bannis en Alberta, au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse, et ils le seront bientôt aussi en Ontario et au Québec⁶. Puisque l'utilisation de tabac aromatisé est courante chez les adolescents, l'élimination de ces produits pourrait prévenir l'initiation au tabagisme et aider à en réduire la prévalence à mesure que ce groupe d'âge vieillit.

Comment le Canada se compare-t-il à d'autres pays?

Il est difficile de comparer les taux de tabagisme entre différents pays car la normalisation des méthodes de mesure des habitudes de tabagisme est limitée. L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) mesure et compare les taux de tabagisme dans les pays membres; cependant, la définition de l'OCDE diffère de celle du Rendement du système (l'OCDE mesure la proportion de fumeurs quotidiens âgés de 15 ans ou plus, alors que les résultats présentés dans ce rapport concernent les fumeurs quotidiens et occasionnels âgés de 12 ans ou plus). Selon la définition de l'OCDE, le Canada se situe sous la moyenne de 20,9 % (données publiées en 2014). Cependant, on pourrait tirer des leçons des pays ayant des taux de tabagisme plus faibles, comme la Suède et l'Islande, qui affichent les taux les plus bas⁷.

Section spéciale : Comportements tabagiques chez les patients atteints de cancer

Message clé

Un patient atteint de cancer sur cinq déclare avoir été un fumeur quotidien ou occasionnel, ce qui souligne la nécessité d'intégrer les interventions et services de conseils sur l'abandon du tabac aux soins contre le cancer.

Contexte

On sait que le tabagisme est un facteur de risque pour plusieurs types de cancer (voir la section Prévalence du tabagisme pour plus de détails). Ce qu'on sait moins, cependant, est le fait que les patients atteints de cancer qui continuent de fumer risquent d'obtenir de moins bons résultats que les patients non-fumeurs.

Bien qu'un diagnostic de cancer motive souvent les fumeurs à cesser de fumer, certains patients atteints de cancer peuvent continuer de fumer après le diagnostic, ce qui peut avoir une incidence négative sur les résultats de leur traitement et leur survie⁸. Les patients qui ont arrêté de fumer au moment du diagnostic sont plus susceptibles de guérir de leur cancer que ceux qui ont continué à fumer⁹. En effet, le tabagisme réduit l'efficacité du traitement, notamment de la radiothérapie et de la chimiothérapie, et augmente le risque d'effets secondaires et de complications à la suite du traitement⁸⁻¹¹. Il augmente également le risque de développer un second cancer primaire (c.-à-d., un cancer différent de celui diagnostiqué initialement) ou de présenter une récurrence du cancer^{8, 9, 12, 13}. Cesser de fumer peut enfin aider à améliorer le pronostic d'un patient et influencer sa qualité de vie^{9, 14}.

Les rapports sur le rendement du système permettent depuis plusieurs années de recueillir des indicateurs sur la prévalence du tabagisme ainsi que d'autres indicateurs associés, tout en mettant l'accent sur la réduction de l'incidence des cancers causés par l'usage du tabac. Cette section spéciale approfondit ce travail en examinant le comportement tabagique des patients après un diagnostic de cancer. Cette perspective fournit des éléments d'information qui peuvent aider les cliniciens et les décideurs à élaborer, discuter et promouvoir des activités d'abandon du tabagisme adaptées aux patients atteints de cancer afin de diminuer ou de minimiser les issues médiocres.

Méthodes

Les données autodéclarées provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) ont été utilisées pour générer des statistiques descriptives sur les comportements tabagiques chez les patients atteints de cancer par rapport à ceux non atteints (la population de patients non atteints de cancer). Les patients atteints de cancer étaient ceux qui lors des études de 2011 à 2014 avaient déclaré souffrir de cancer. Des données portant sur plusieurs années ont été combinées pour augmenter la taille de l'échantillon de répondants correspondant aux patients atteints de cancer et réduire la variabilité des estimations. La population de patients non atteints de cancer comprend ceux qui ont signalé ne pas avoir de cancer au moment des études. Le statut de fumeur a été déterminé à partir d'un sous-ensemble de ces répondants qui ont répondu à des questions concernant le tabagisme. Les répondants âgés de 12 ans ou plus ont été inclus dans les résultats. Les estimations ont été normalisées selon l'âge de la population canadienne en 2011 afin de rendre compte des écarts dans la répartition des âges entre la population de patients atteints de cancer et la population de patients non atteints de cancer.

Les résultats portent sur les comportements tabagiques des patients qui étaient atteints de cancer au moment du sondage. Nous n'avons pas pu déterminer quels étaient les patients qui fumaient au moment où ils ont été diagnostiqués et traités contre le cancer mais qui ont cessé depuis ni ceux qui avaient fumé plus tôt dans leur vie. Les résultats ne permettent pas non plus de différencier les types de cancer.

Résultats

Cas de cancer pris en compte dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

La Société canadienne du cancer indique que la prévalence du cancer dans la population canadienne est d'environ 2,4 %, ce qui représente un peu plus de 800 000 Canadiens vivant avec un cancer diagnostiqué au cours des 10 dernières années¹. Dans l'ESCC réalisée entre 2011 et 2014, 2 % des répondants avaient indiqué être atteints d'un cancer au moment de l'enquête.

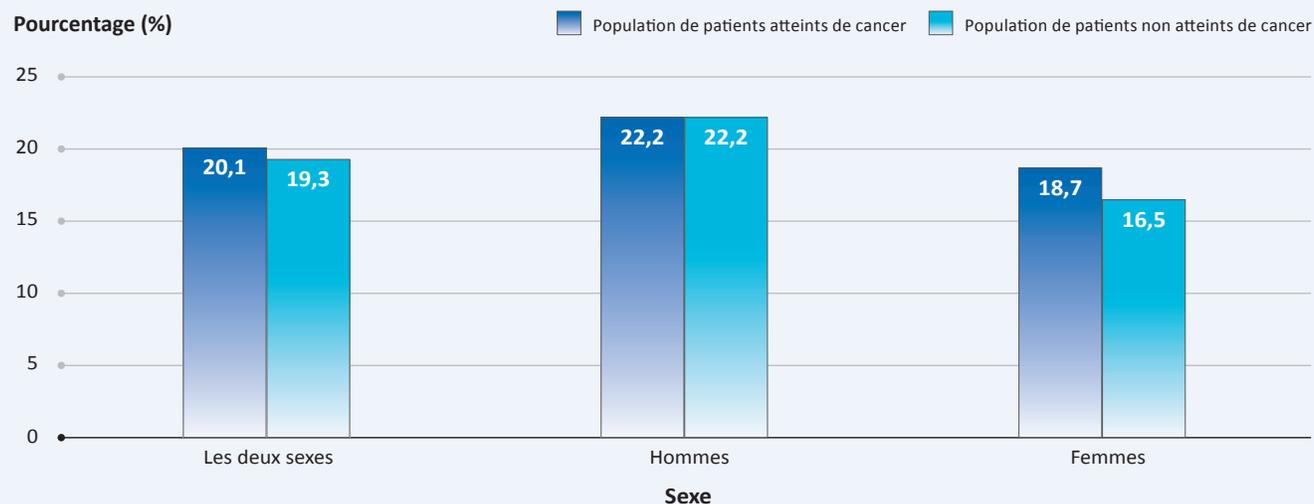
Comportements tabagiques

Environ un patient atteint de cancer sur cinq (20,1 %) déclare avoir fumé tous les jours ou à l'occasion (données de 2011 à 2014). Ce taux n'est pas statistiquement différent de celui de la population de patients non atteints de cancer; 19,3 % des répondants dans cette catégorie ont déclaré fumer tous les jours ou de façon occasionnelle (Figure 1.i).

Les hommes atteints de cancer étaient plus susceptibles de déclarer fumer tous les jours ou à l'occasion que les femmes atteintes de cancer (22,2 % contre 18,7 %), bien que cette différence ne soit pas significative (Figure 1.i).

FIGURE 1.i

Pourcentage de sujets (≥ 12 ans) déclarant fumer tous les jours ou à l'occasion selon la présence ou l'absence d'un cancer et le sexe, au Canada, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années de déclaration 2011 à 2014 combinées



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

Conclusions

Les données indiquent qu'un pourcentage étonnamment élevé de patients atteints de cancer au Canada continuent à fumer après leur diagnostic, ce qui est une conclusion préoccupante. Nos résultats concordent avec ceux d'autres recherches ayant montré que 20 à 30 % des patients continuent à fumer après le diagnostic de cancer¹⁴⁻¹⁶.

Il est possible que les patients atteints de cancer qui continuent à fumer après le diagnostic essaient d'arrêter, mais échouent, ou qu'ils pensent que l'abandon du tabac ne les aidera pas (c.-à-d., qu'ils ont déjà un cancer et que l'arrêt du tabac ne fera aucune différence)¹⁰. Il est aussi possible que le type de cancer diagnostiqué influe sur le choix de continuer ou d'arrêter de fumer. Par exemple, des études ont montré que les patients atteints d'un cancer du poumon, de la tête ou du cou sont plus susceptibles de cesser de fumer après le diagnostic^{10,15}. Ceci pourrait être lié au fait que les médecins sont plus enclins à discuter du tabagisme avec les patients qui présentent ces types de cancer ou parce

que ces derniers peuvent établir un lien de cause à effet entre le diagnostic et la dépendance à la cigarette¹⁰. Les patients atteints d'autres types de cancer (p. ex., colorectal, sein ou prostate) peuvent ne pas associer leur diagnostic à leurs habitudes de tabagisme et ainsi ne pas être incités à arrêter de fumer^{10,15}.

Compte tenu du risque de morbidité accrue, des mauvais résultats thérapeutiques et de la mortalité associés au fait de continuer à fumer, les interventions de lutte contre le tabagisme sont cruciales pour les patients atteints de cancer qui fument. De nombreux patients sont incapables d'arrêter de fumer en l'absence de soutien¹⁷. Les professionnels de la santé devraient donc proposer des services de conseils visant l'abandon du tabac, soit au moment du diagnostic ou lorsqu'ils soupçonnent la présence d'un cancer, que celui-ci soit lié ou non au tabagisme. Plus ces conseils sont donnés rapidement après le diagnostic, plus la probabilité que le patient continue à s'abstenir de fumer est grande¹⁰.

Vaccination contre le virus du papillome humain

Message clé

Il est toujours difficile de recueillir des données uniformément définies qui permettent de rendre compte d'indicateurs comparables sur la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) à l'échelle du Canada. Les données disponibles semblent indiquer l'existence de disparités importantes dans l'adoption de la vaccination contre le VPH.

Définition de l'indicateur

Cet indicateur mesure le pourcentage de filles dans le groupe d'âge (ou le niveau scolaire) ciblé pour l'immunisation qui a complété la série de vaccins contre le VPH, conformément au calendrier de vaccination recommandé par la province ou le territoire^a.

Date initiale de la mesure

Rapport de 2011 sur le rendement du système de lutte contre le cancer.

En 2016, le Partenariat a modifié la définition de l'indicateur présenté dans les Rapports sur le rendement du système de lutte contre le cancer : cet indicateur définit maintenant la série complète de vaccins contre le VPH, conformément à la définition des calendriers de vaccination provinciaux et territoriaux, et non la première dose administrée. Il s'agissait de la première année où l'ensemble des provinces et des territoires étaient en mesure de fournir ces renseignements.

Utilité de la mesure

Le VPH est une infection sexuellement transmissible fréquente. Environ 75 % des personnes sexuellement actives contractent une infection par le VPH à un moment ou un autre de leur vie, même si la plupart d'entre elles l'éliminent dans un délai de deux ans¹⁸⁻²⁰. Depuis juillet 2015, trois vaccins contre le VPH sont approuvés au Canada²¹. Tous protègent contre les types de VPH à haut risque, comme les types 16 et 18, qui sont responsables de plus de 70 % des cas de cancer du col de l'utérus, de 92 % des cancers de l'anus, de 63 % des cancers du pénis et de 89 % des cancers de la cavité buccale et des cancers oropharyngés²²⁻²⁴. Depuis 2010, l'ensemble des provinces et des territoires se sont dotés d'un programme organisé d'immunisation contre le VPH en milieu scolaire. La mesure et la déclaration de l'adoption de la vaccination contre le VPH fournissent des informations sur les possibilités de renforcer les efforts dans le domaine de la prévention.



39 à 89 %

gamme de résultats provinciaux ou territoriaux quant à l'adoption de la vaccination contre le VPH

^a Au moment de la collecte des données, la C.-B. et le Qc administraient deux doses de vaccin contre le VPH, tandis que les autres provinces et territoires administraient trois doses.

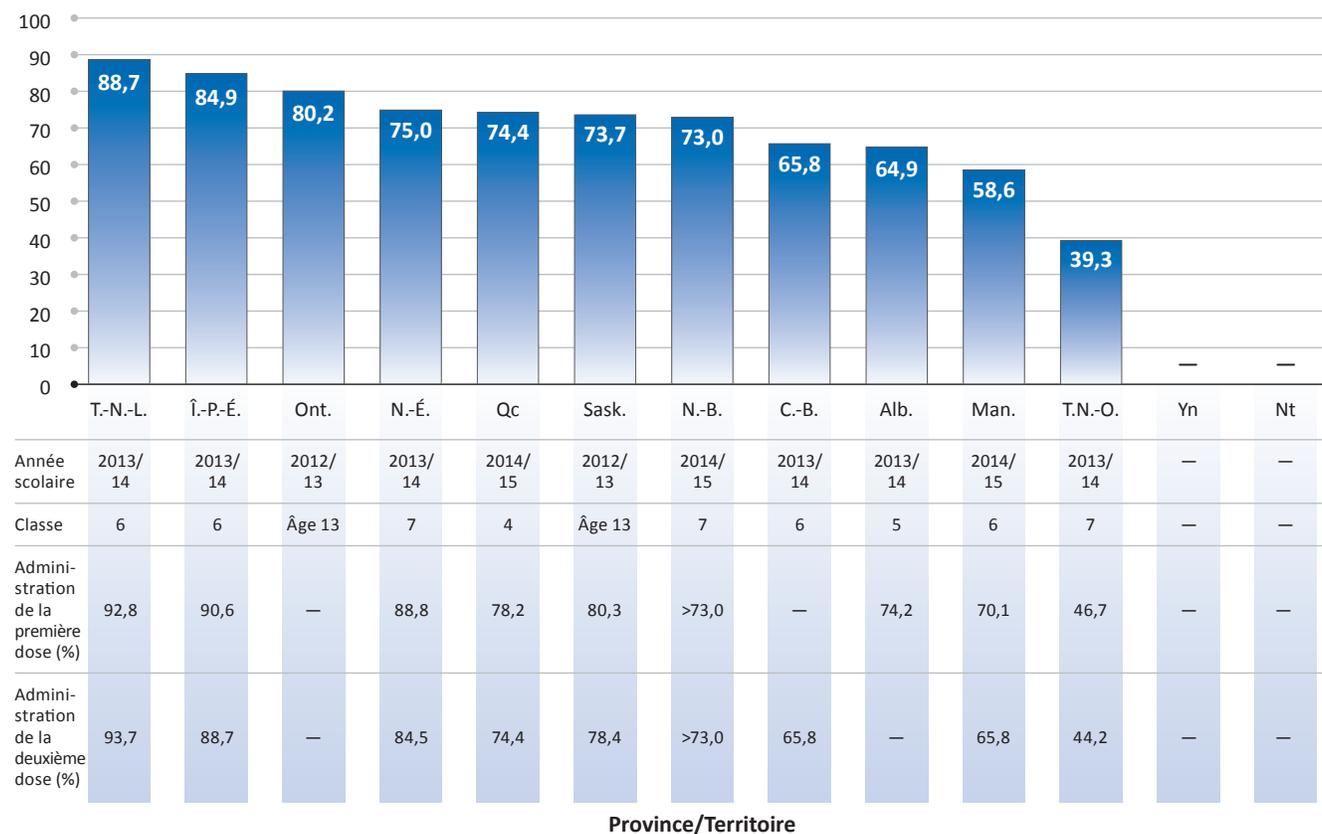
Principaux résultats

- L'adoption de la vaccination contre le VPH (schéma de vaccination complet) variait de 39,3 % dans les Territoires du Nord-Ouest à 88,7 % à Terre-Neuve-et-Labrador (Figure 1.3).
- L'adoption de la vaccination grâce à des programmes organisés d'immunisation contre le VPH varie considérablement entre les provinces et les territoires, tant sur le plan de l'adoption que de la population ciblée (c.-à-d., l'âge ou l'année scolaire des filles vaccinées).

FIGURE 1.3

Pourcentage de filles en âge d'être immunisées ayant complété la série de vaccins contre le virus du papillome humain, selon le calendrier de vaccination recommandé par la province ou le territoire[†], par province ou territoire — année de vaccination la plus récente

Adoption de la vaccination (%)



[†] Schéma complet de vaccination à deux doses en C.-B. et au Qc et à trois doses dans les autres provinces et territoires.

«—» Données non disponibles.

T.N.-O. : la vaccination est offerte de la 4e à la 6e année. L'adoption de la vaccination indiquée concerne les filles de 7e année.

Sask., Ont. : on vaccine en 6e et en 8e année, respectivement, mais les renseignements sur l'immunisation ne sont pas enregistrés par niveau scolaire. L'adoption de la vaccination est donc évaluée à l'âge de 13 ans.

Source de données : lignes directrices relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus à l'échelle du Canada : analyse de l'environnement, juillet 2015²⁵; sondage du Partenariat canadien contre le cancer sur l'immunisation contre le VPH, juillet 2015; BC Centre for Disease Control; administrateur en chef de la santé publique de l'Î.-P.-É.

Importance de ces résultats

Il apparaît clairement que les infections causées par des souches de VPH qui augmentent le risque de cancer auront une incidence sur le fardeau de plusieurs types de cancers dans le futur. Compte tenu de cela, il est essentiel de continuer à soutenir les efforts visant à optimiser l'adoption de la vaccination à l'échelle du Canada. Plusieurs pays ont déjà commencé à recueillir le bénéfice de la mise en œuvre à l'échelle nationale de programmes de vaccination contre le VPH. De tels programmes ont permis aux États-Unis, au Royaume-Uni et à l'Australie d'enregistrer une diminution substantielle de la prévalence des infections au VPH sensibles au vaccin chez les jeunes filles et les femmes²⁶⁻²⁹.

Certaines des variations notées dans l'adoption de la vaccination contre le VPH à l'échelle du pays pourraient être dues aux différences dans les dates de mise en œuvre des programmes d'immunisation et au recours à des pratiques différentes de promotion de la santé dans les provinces et territoires. Il convient également de noter qu'il est actuellement difficile de recueillir

des données uniformes et normalisées sur la vaccination contre le VPH au Canada, car les provinces et les territoires les recueillent et les déclarent de manière différente. La normalisation des processus de collecte et de déclaration des données sur la vaccination contre le VPH pourrait permettre à l'avenir de comparer plus facilement les taux d'adoption de la vaccination et d'évaluer de façon plus précise les résultats des efforts de prévention et de promotion de la santé ainsi que les effets de la vaccination sur les issues des cancers.

On peut actuellement noter deux avancées en lien avec la vaccination contre le VPH au Canada : la vaccination des hommes et le passage à un calendrier de vaccination à deux doses³⁰. Ces changements pourraient aider à réduire les infections causées par le VPH et le risque ultérieur de cancer oropharyngé, de cancers de l'anus, du col de l'utérus et du pénis.

Indicateurs supplémentaires disponibles sur le site : rendementdusysteme.ca

Comportements que nous voulons promouvoir

<p>18 %</p> <p>des fumeurs canadiens récents ont déclaré avoir cessé de fumer au cours des deux années précédentes</p> 	<p>Abandon du tabagisme</p> <ul style="list-style-type: none"> En 2014, les taux d'abandon du tabac allaient de 13,0 % au Yukon à 23,0 % en Colombie-Britannique. Les taux d'abandon du tabac étaient légèrement plus élevés chez les femmes et étaient les plus élevés chez les personnes de 20 à 34 ans et de 65 ans ou plus.
<p>20 %</p> <p>des adultes canadiens ont déclaré s'être abstenus de consommer de l'alcool au cours de l'année précédente</p> 	<p>Consommation d'alcool</p> <ul style="list-style-type: none"> En 2014, le pourcentage d'adultes qui ont déclaré ne pas consommer d'alcool variait de 15,9 % au Québec à 36,0 % au Nunavut. Le pourcentage d'adultes qui ont déclaré dépasser les limites établies par les lignes directrices du Fonds mondial de recherche contre le cancer (FMRC)^b allait de 3,6 % au Nunavut à 9,3 % au Québec.
<p>40 %</p> <p>des adultes canadiens ont consommé des fruits et légumes au moins 5 fois par jour</p> 	<p>Consommation de fruits et légumes</p> <ul style="list-style-type: none"> Le pourcentage d'adultes qui ont déclaré consommer des fruits et légumes au moins cinq fois par jour allait de 24,0 % au Nunavut à 46,0 % au Québec.

Facteurs de risque et expositions que nous désirons minimiser

<p>14 %</p> <p>des Canadiens ont déclaré avoir été exposés à la fumée secondaire en public, un pourcentage qui a augmenté au fil du temps</p> 	<p>Exposition à la fumée secondaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Taux d'exposition à la fumée secondaire en 2014 : <ul style="list-style-type: none"> Dans les foyers : de 2,1 % en Colombie-Britannique à 5,8 % dans les Territoires du Nord-Ouest. Dans les véhicules : de 3,5 % au Manitoba à 11,7 % dans les Territoires du Nord-Ouest. Dans les lieux publics : de 6,7 % au Yukon à 15,7 % en Alberta. L'exposition a été la plus élevée parmi la population de 16 à 19 ans dans toutes les catégories (exposition en public, dans un véhicule et à la maison).
<p>53 %</p> <p>des adultes canadiens étaient considérés comme en surpoids ou obèses</p> 	<p>Surpoids et obésité chez les adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> En 2014, le pourcentage des adultes considérés comme étant en surpoids ou obèses variait de 48 % en Colombie-Britannique à 67 % à Terre-Neuve-et-Labrador. Les hommes étaient plus susceptibles d'être en surpoids ou obèses que les femmes.

Source de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2014.

Pour plus de détails sur les politiques liées à ces indicateurs, veuillez consulter le répertoire des politiques de prévention du Partenariat (www.cancerview.ca/politiquesdeprevention). Le répertoire est une base de données en ligne donnant librement accès à des politiques sur la prévention du cancer et des maladies chroniques. Il permet aux utilisateurs de faire une recherche par facteur de risque, province ou territoire, emplacement et type de document et il fournit des résumés et un accès direct aux documents sur les politiques.

^b Les lignes directrices du FMRC relatives à la consommation d'alcool sont d'un maximum de deux verres par jour pour les hommes et d'un verre par jour pour les femmes³¹.

2. Dépistage

Dépistage du cancer
du col de l'utérus

25

Dépistage du cancer
du sein

27

Dépistage du cancer
colorectal

29



2. Dépistage

Sur 196 900 nouveaux cas estimés de cancers diagnostiqués au Canada en 2015, le quart (26,3 %) étaient des cas de cancer du sein, de cancer colorectal et de cancer du col de l'utérus¹, soit les types de cancer pour lesquels il existe des programmes de dépistage organisés.

On a montré qu'un dépistage régulier réduit l'incidence et les taux de mortalité pour les cancers du col de l'utérus^{32, 33} et les cancers colorectaux (certaines modalités de dépistage)^{34, 35}, ainsi que la mortalité due au cancer du sein³⁶⁻³⁹. Le dépistage peut réduire la mortalité en détectant les cancers tôt lorsque le traitement est le plus efficace et il peut aussi réduire l'incidence en détectant les précancers (c.-à-d., une croissance anormale de cellules qui pourraient devenir malignes). Toutefois, pour

tirer pleinement profit de ces résultats, il faut qu'une large proportion de la population ait accès à un dépistage de qualité.

Ce chapitre présente des données sur trois indicateurs de dépistage faisant l'objet de rapports annuels : les taux autodéclarés pour les tests de Pap, les mammographies et les tests de dépistage du cancer colorectal.

Nouveautés dans ce rapport

En 2016, nous avons modifié la définition des indicateurs du cancer du sein et du cancer colorectal présentés dans ce chapitre. Suivant la définition, ces indicateurs comprennent désormais la mammographie ou les tests de dépistage du cancer colorectal (test fécal et/ou coloscopie ou sigmoïdoscopie) effectués pour diverses raisons, plutôt que chez les personnes asymptomatiques seulement.

Cette définition permet de déterminer la proportion de la population qui a subi un test révélant la présence de ces cancers dans l'intervalle de dépistage recommandé et d'évaluer le risque de cancer au niveau de la population.

Indicateur	Résumé des résultats
Dépistage du cancer du col de l'utérus	<ul style="list-style-type: none"> En 2012, les taux de tests de Pap autodéclarés (chez les femmes de 25 à 69 ans) allaient de 72 % au Québec à 89 % à l'Île-du-Prince-Édouard. La cible de taux de participation aux tests de Pap est de 80 %. En 2012, dix provinces ou territoires ont enregistré des taux de tests de Pap supérieurs à cette cible.
Dépistage du cancer du sein	<ul style="list-style-type: none"> En 2012, les taux de mammographies autodéclarées (chez les femmes de 50 à 69 ans) allaient de 61 % à l'Île-du-Prince-Édouard et au Yukon à 74 % au Québec. La cible de taux de participation au dépistage du cancer du sein est de 70 %. En 2012, six provinces ou territoires ont enregistré des taux de mammographies supérieurs à cette cible.
Dépistage du cancer colorectal	<ul style="list-style-type: none"> En 2012, les taux de tests de dépistage du cancer colorectal autodéclarés (au moyen d'un test fécal et/ou d'une endoscopie chez des personnes de 50 à 74 ans) allaient de 22 % au Nunavut à 65 % au Manitoba. La cible de taux de participation aux tests fécaux est de 60 %. Les taux de tests fécaux étaient inférieurs à cette cible dans toutes les provinces ou territoires.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Message clé

Les taux de test de Pap autodéclarés sont élevés dans l'ensemble du Canada.

Définition de l'indicateur

Cet indicateur mesure le pourcentage de femmes de 25 à 69 ans déclarant être à jour dans leurs tests de dépistage du cancer du col de l'utérus, défini comme la pratique d'au moins un test de Pap au cours des trois années précédentes. Les résultats sont présentés pour chaque province ou territoire à partir des données issues de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012.

Objectif

80 % des femmes se soumettant à des tests de Pap. Appliqué au rapport sur le rendement du système depuis 2015 afin de s'aligner avec l'objectif de participation au programme du Réseau pancanadien de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Date initiale de la mesure

Rapport de 2009 sur le rendement du système de lutte contre le cancer.

La définition de l'indicateur a été révisée en 2016 pour mieux refléter les lignes directrices du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP), qui recommandent de commencer le dépistage à l'âge de 25 ans⁴⁰.



Utilité de la mesure

Les lignes directrices sur le dépistage du cancer du col de l'utérus formulées par le GECSSP recommandent un dépistage systématique tous les trois ans à partir de 25 ans chez les femmes asymptomatiques qui sont sexuellement actives ou qui l'ont été⁴⁰. Bien que la plupart des programmes provinciaux de dépistage commencent le dépistage du cancer du col de l'utérus à l'âge de 21 ans, cet indicateur a été défini pour montrer la proportion de la population protégée contre le cancer du col de l'utérus comme prescrit par les lignes directrices du GECSSP. Ces recommandations tentent d'équilibrer les avantages du dépistage (c.-à-d., les réductions de l'incidence du cancer du col de l'utérus et de la mortalité associée) et les inconvénients associés (p. ex., les résultats faux positifs).

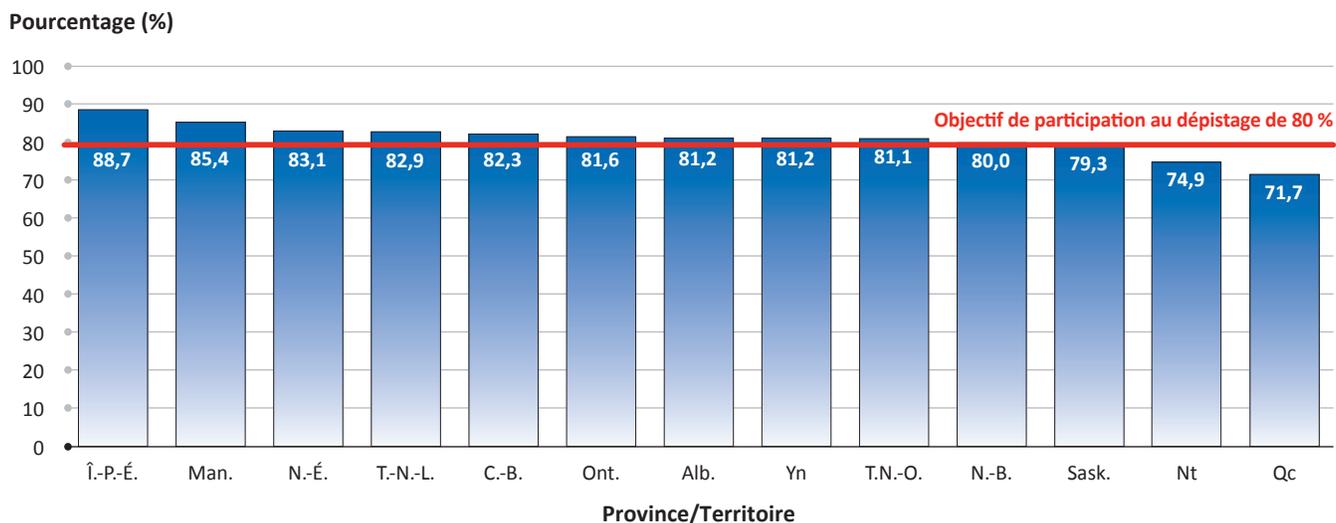
Principaux résultats

- Les taux de tests de Pap déclarés par les femmes de 25 à 69 ans allaient de 71,7 % au Québec à 88,7 % à l'Île-du-Prince-Édouard en 2012 (Figure 2.1).
- Dix provinces ou territoires (Colombie-Britannique, Alberta, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Yukon et

les Territoires du Nord-Ouest) ont enregistré des taux de test de Pap égaux ou supérieurs à l'objectif de participation de 80 % en 2012 (Figure 2.1). Lorsqu'on tient compte de la marge d'erreur statistique, seul le Québec n'a pas atteint cet objectif^c.

FIGURE 2.1

Pourcentage des femmes (de 25 à 69 ans) déclarant avoir subi au moins un test Pap au cours des trois dernières années, par province ou territoire, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 — année de déclaration 2012



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

Importance de ces résultats

On a pu déterminer que la participation autodéclarée au dépistage du cancer du col de l'utérus était élevée partout au Canada, la plupart des provinces et des territoires ayant atteint l'objectif de 80 % en 2012. Aux fins du rapport sur le rendement du système, cet objectif est comparé aux taux de dépistage autodéclarés, ce qui englobe toutes les activités de dépistage effectuées ou non dans le cadre d'un programme de dépistage (contrairement à l'objectif d'un programme qui fait uniquement référence aux activités ayant lieu dans le cadre de ce programme). En juillet 2015, les femmes pouvaient avoir accès au dépistage au moyen de programmes organisés offerts dans

toutes les provinces canadiennes à l'exception du Québec et de l'Île-du-Prince-Édouard²⁵, ou au dépistage opportuniste (sans passer par un programme organisé)⁴¹. La surveillance des taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus au niveau du système facilite l'évaluation des pratiques à l'échelle du pays, détermine la proportion de femmes qui sont protégées contre ce cancer détectable et peut aider à définir les interventions ciblées qui pourraient augmenter la proportion de la population ayant accès au dépistage et pouvant recevoir un traitement lorsqu'il est le plus efficace.

^c Pour obtenir les intervalles de confiance, visitez le site : rendementdusysteme.ca.

Dépistage du cancer du sein

Message clé

Les taux de mammographies autodéclarées varient entre 60 % et 75 % environ entre les provinces et les territoires.

Définition de l'indicateur

Cet indicateur mesure le pourcentage de femmes de 50 à 69 ans déclarant être à jour dans leurs tests de dépistage du cancer du sein. Suivant la définition, le dépistage consiste en une mammographie effectuée pour une raison quelconque au cours des deux années précédentes. Les résultats sont présentés pour chaque province ou territoire à partir des données issues de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012.

Objectif

Il n'existe aucun objectif pour les taux globaux de mammographie (mammographie effectuée pour une raison quelconque). L'objectif de participation au dépistage du programme du Réseau

canadien de dépistage du cancer du sein (70 % des femmes à risque moyen participant au dépistage du cancer du sein) a été appliqué aux taux globaux de mammographies afin de déterminer la proportion approximative de la population qui devrait subir une mammographie. L'objectif a été appliqué au rapport sur le rendement du système depuis 2015.

Date initiale de la mesure

Rapport de 2009 sur le rendement du système de lutte contre le cancer.

Cette définition de l'indicateur a été révisée en 2016 pour déclarer les mammographies effectuées pour une raison quelconque, plutôt que les mammographies effectuées uniquement chez les femmes asymptomatiques.



Utilité de la mesure

Les lignes directrices sur le dépistage du cancer du sein établies par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommandent aux femmes de 50 à 69 ans qui présentent un risque moyen de cancer du sein d'effectuer un dépistage systématique par mammographie tous les deux ou trois ans⁴², afin de maximiser les avantages du dépistage sur le plan de la mortalité en réduisant les inconvénients qui y sont associés (p. ex., faux positifs, surdiagnostic).

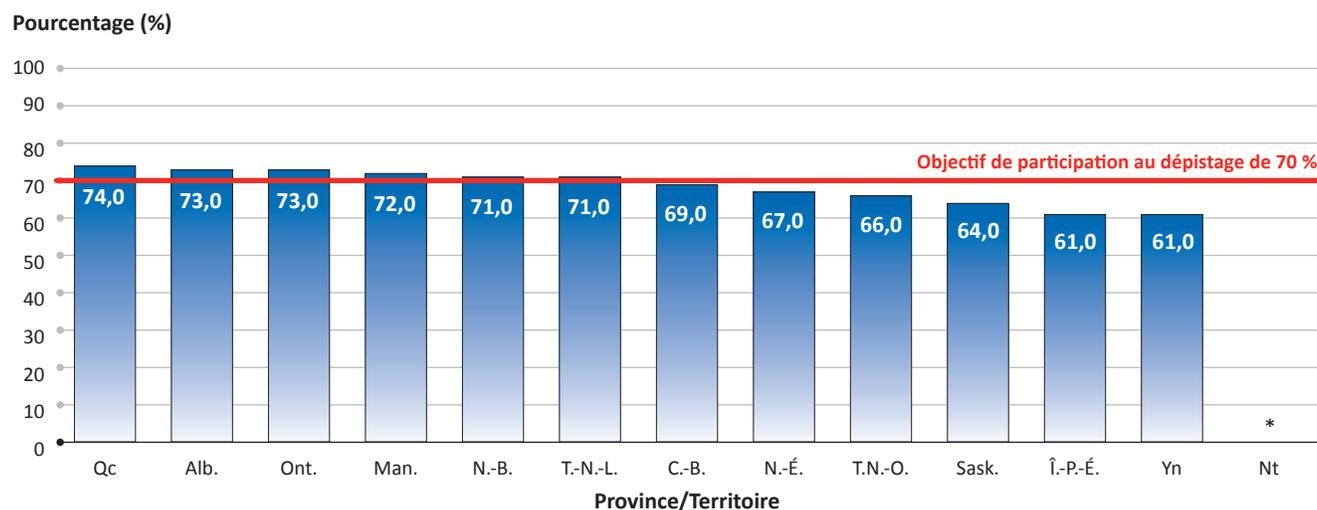
La surveillance et la déclaration des mammographies effectuées pour une raison quelconque (plutôt que celles effectuées uniquement pour des raisons asymptomatiques) permettent d'estimer la proportion de femmes qui ont subi un test de dépistage du cancer du sein à l'intérieur de l'intervalle de dépistage recommandé et d'évaluer le risque de cancer du sein au niveau de la population. Les mammographies pratiquées pour une raison quelconque ont été incluses parce que les femmes qui se soumettent à des mammographies de diagnostic ne sont pas admissibles au dépistage dans plusieurs programmes, bien qu'elles soient considérées comme étant protégées du point de vue du niveau de risque de la population.

Principaux résultats

- En 2012, les taux de mammographies autodéclarées (effectuées pour une raison quelconque) chez les femmes de 50 à 69 ans allaient de 61,0 % à l'Île-du-Prince-Édouard et au Yukon à 74,0 % au Québec (Figure 2.2).
 - Six des 13 provinces ou territoires déclarants (Alberta, Manitoba, Ontario, Québec, Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador) ont enregistré des taux de mammographie excédant l'objectif de participation de 70 % en 2012 (Figure 2.2).
- Lorsqu'on tient compte de la marge d'erreur statistique, seule la province de la Saskatchewan n'a pas atteint l'objectif^d.
- Les taux de mammographies effectuées pour une raison quelconque se situaient à moins de 0,6 à 3,6 points de pourcentage des taux de mammographies effectuées chez les femmes asymptomatiques (données non présentées; voir le *Rapport de 2015 sur le rendement du système de lutte contre le cancer* pour plus de renseignements sur le dépistage effectué chez les femmes asymptomatiques).

FIGURE 2.2

Pourcentage des femmes (de 50 à 69 ans) déclarant avoir subi une mammographie pour une raison quelconque[†] au cours des deux dernières années, par province ou territoire — année de déclaration 2012



[†] Les raisons quelconques incluent les antécédents familiaux de cancer du sein, l'examen régulier ou le dépistage systématique; l'âge; la détection préalable d'une masse, le suivi d'un traitement du cancer du sein, l'utilisation concomitante d'une hormonothérapie substitutive, la présence d'un problème mammaire ou autre.

* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

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

Importance de ces résultats

Bien que variables, les taux de mammographies autodéclarées étaient généralement élevés à travers le pays. Les femmes peuvent accéder à la mammographie de plusieurs façons, ce qui pourrait contribuer à certaines des variations observées. Les femmes asymptomatiques peuvent accéder aux mammographies par le biais des programmes organisés de dépistage du cancer du sein, qui sont offerts dans toutes les provinces et territoires à l'exception du Nunavut⁴³. Toutes les femmes peuvent, pour une raison quelconque, effectuer un dépistage opportuniste par mammographie (p. ex., par accès direct ou aiguillage par un médecin vers un hôpital ou un cabinet médical)⁴¹.

Aux fins du présent rapport sur le rendement du système, on a comparé l'objectif de participation au dépistage aux taux de

mammographies autodéclarées, ce qui englobe toutes les mammographies effectuées pour une raison quelconque (contrairement à l'objectif d'un programme de dépistage qui fait uniquement référence aux activités ayant lieu dans le cadre de ce programme). La surveillance des taux de mammographies au niveau du système facilite l'évaluation des pratiques à l'échelle du pays visant à déterminer quelle proportion de la population est protégée à un moment donné contre ce cancer détectable. La surveillance aide à cibler les interventions qui permettront d'accroître le pourcentage de la population protégée contre ce cancer et recevant un traitement au moment où il est le plus efficace, en ciblant, par exemple, les femmes à faible revenu ou les immigrantes.

^d Pour obtenir les intervalles de confiance, visitez le site : rendementdusysteme.ca.

Dépistage du cancer colorectal

Message clé

Bien que les taux autodéclarés de dépistage du cancer colorectal soient faibles à l'échelle des provinces et des territoires, ils sont en augmentation depuis 2008.

Définition de l'indicateur

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes de 50 à 74 ans déclarant être à jour dans leurs tests de dépistage du cancer colorectal, c'est-à-dire qui ont subi pour une raison quelconque, soit une analyse des selles au cours des deux années précédentes, soit une coloscopie ou une sigmoïdoscopie au cours des cinq dernières années^e. Les résultats sont présentés pour chaque province ou territoire à partir des données issues de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012.

Objectif

Il n'existe aucun objectif global fixant la fréquence à laquelle les tests de dépistage du cancer colorectal doivent être effectués pour être considérés à jour. L'objectif de participation du

programme du Réseau national de dépistage du cancer colorectal (60 % des adultes de 50 à 74 ans présentant un risque moyen et subissant une analyse des selles comme test de dépistage) a été appliqué aux taux de tests fécaux afin de déterminer la proportion approximative de la population qui devrait subir un test fécal. L'objectif a été appliqué au rapport sur le rendement du système depuis 2015.

Date initiale de la mesure

Rapport de 2009 sur le rendement du système de lutte contre le cancer.

La définition de cet indicateur a été révisée en 2016 afin de déclarer les tests de dépistage du cancer colorectal effectués pour une raison quelconque, plutôt que le dépistage effectué seulement chez des sujets asymptomatiques.



Utilité de la mesure

Les lignes directrices du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs relatives au dépistage du cancer colorectal recommandent que les personnes asymptomatiques de plus de 50 ans effectuent un dépistage du cancer colorectal au moyen d'un test fécal tous les deux ans ou d'une sigmoïdoscopie souple tous les dix ans^{45,46}. Le dépistage systématique effectué à l'aide d'un test fécal chez les personnes de 50 ans ou plus, suivi d'une coloscopie chez celles dont le résultat est anormal, peut réduire les décès attribuables au cancer colorectal³⁴.

La surveillance et la déclaration des tests de dépistage du cancer colorectal effectués pour une raison quelconque (plutôt que pour des raisons asymptomatiques) permettent d'estimer la proportion de personnes qui ont subi un dépistage à l'intérieur de l'intervalle recommandé et d'évaluer le risque de cancer colorectal au niveau de la population.

^e Le test de recherche de sang occulte dans les selles peut utiliser la méthode au gaïac (RSOS) ou un test immunochimique (TIRSOS). En 2012, la période où les données s'appliquent, l'intervalle de dépistage recommandé était de cinq ans pour la sigmoïdoscopie et de dix ans pour la coloscopie⁴⁴. Puisque l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ne fait pas de distinction entre les deux modalités (sigmoïdoscopie et coloscopie), on s'est fondé sur la période de cinq ans pour les deux modalités.

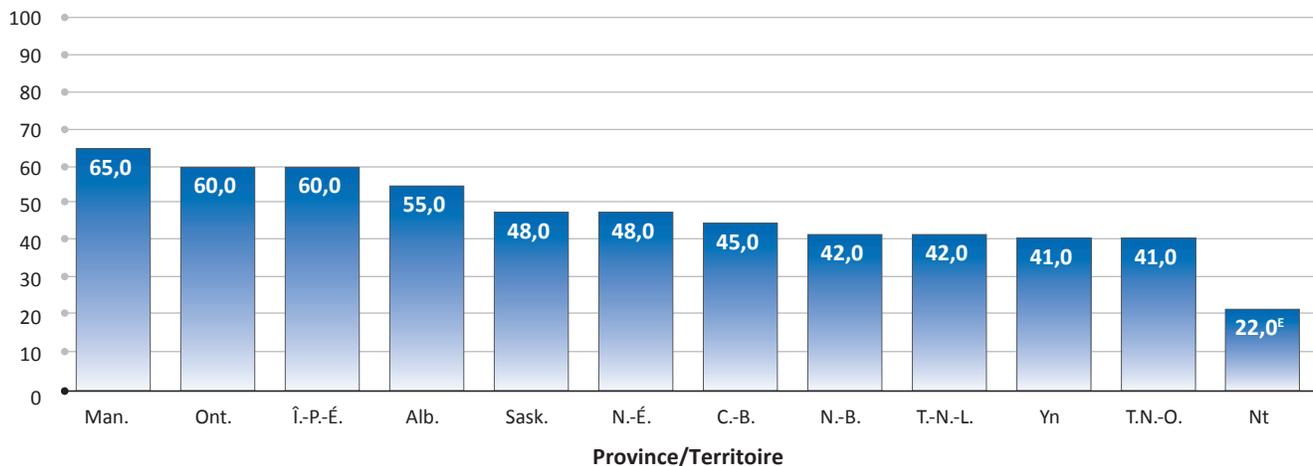
Principaux résultats

- Les taux de tests de dépistage du cancer colorectal autodéclarés (au moyen d'un test fécal et(ou) d'une sigmoïdoscopie/coloscopie effectués pour une raison quelconque) allaient de 22,0 % au Nunavut à 65,0 % au Manitoba en 2012 (Figure 2.3).
- Le dépistage du cancer colorectal a augmenté, passant de 31,0 % en 2008 à 48,0 % en 2014, selon les données fournies par sept provinces et territoires (Figure 2.4).
- Les taux de tests fécaux autodéclarés variaient de 14,5 % au Québec à 52,0 % au Manitoba en 2012. Les taux de tests fécaux dans toutes les provinces ou territoires étaient en deçà de l'objectif de participation de 60 % (Figure 2.5).
- Les taux de tests de dépistage du cancer colorectal (test fécal et(ou) sigmoïdoscopie/coloscopie effectués pour une raison quelconque) étaient plus élevés de 5 à 10 points de pourcentage lorsque le dépistage était effectué pour une raison quelconque (par rapport au dépistage effectué pour des raisons asymptomatiques uniquement). En règle générale, les taux de tests fécaux sont plus élevés lorsque le dépistage est effectué pour une raison quelconque, de 0,5 à 4 points de pourcentage (données non présentées; voir le *Rapport de 2015 sur le rendement du système de lutte contre le cancer* pour plus de renseignements sur le dépistage des personnes asymptomatiques).

FIGURE 2.3

Pourcentage de la population (de 50 à 74 ans) déclarant avoir subi un test fécal au cours des deux dernières années et(ou) une sigmoïdoscopie/coloscopie au cours des cinq dernières années pour une raison quelconque[†], selon la province ou le territoire – année de déclaration 2012

Pourcentage (%)



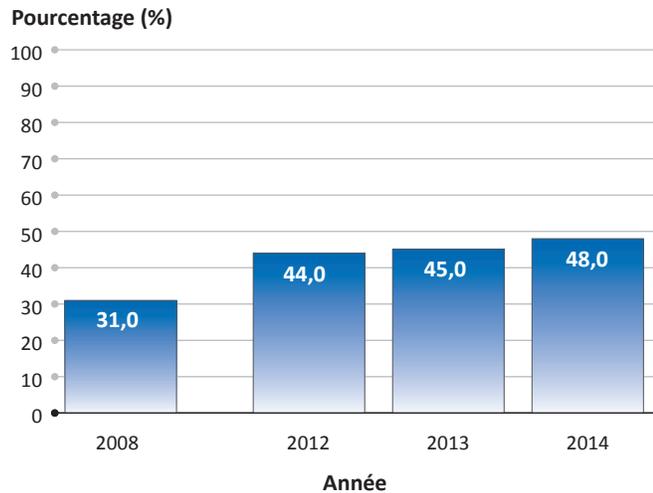
[†] Les raisons quelconques incluent les antécédents familiaux de cancer colorectal, l'examen régulier ou le dépistage systématique; l'âge, la race, le suivi d'un problème, le suivi d'un traitement du cancer colorectal ou autre.

[‡] À interpréter avec prudence en raison de la grande variabilité des estimations.

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

FIGURE 2.4

Pourcentage de la population (de 50 à 74 ans) déclarant avoir subi un test fécal au cours des deux dernières années et(ou) une sigmoïdoscopie/coloscopie au cours des cinq dernières années pour une raison quelconque[†], au Canada – années de déclaration 2008 à 2014



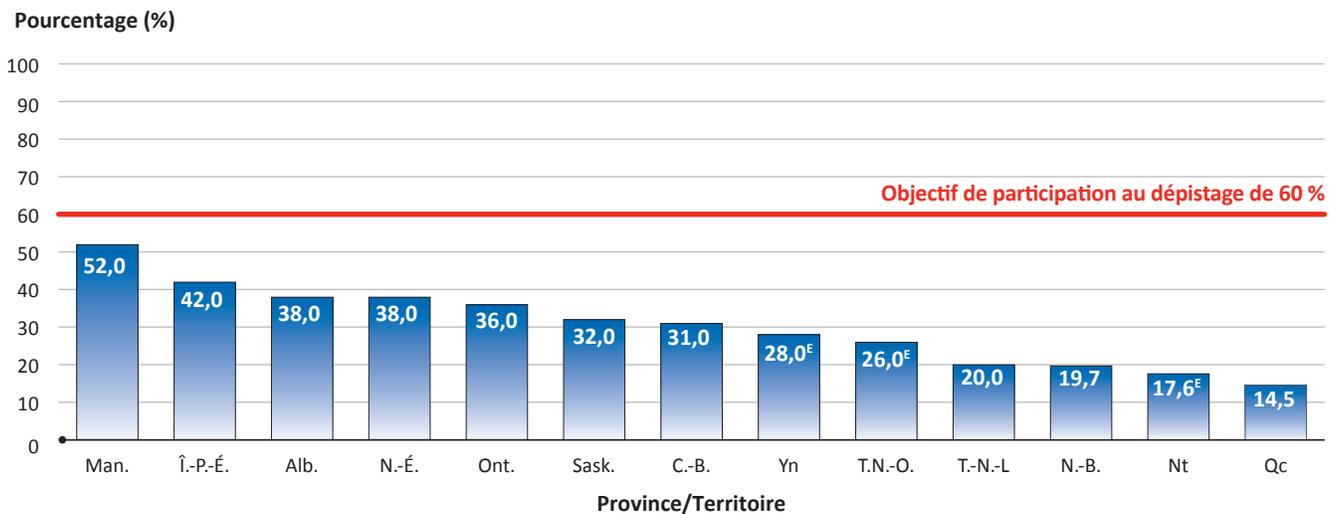
[†] Les raisons quelconques incluent les antécédents familiaux de cancer colorectal, l'examen régulier ou le dépistage systématique, l'âge, la race, le suivi d'un problème, le suivi d'un traitement du cancer colorectal ou autre.

La figure inclut les provinces et territoires qui ont fourni des données pour les quatre années présentées : Alb., Man., Qc, N.-B., Î.-P.-É, T.-N.-L. et T.N.-O.

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

FIGURE 2.5

Pourcentage de la population (de 50 à 74 ans) déclarant avoir subi un test fécal au cours des deux dernières années pour une raison quelconque[†], selon la province ou le territoire – année de déclaration 2012



[†] Les raisons quelconques incluent les antécédents familiaux de cancer colorectal, l'examen régulier ou le dépistage systématique; l'âge, la race, le suivi d'un problème, le suivi d'un traitement du cancer colorectal ou autre.

[‡] À interpréter avec prudence en raison de la grande variabilité des estimations.

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

Importance de ces résultats

Les taux de tests de dépistage du cancer colorectal autodéclarés étaient plus faibles que les taux observés pour les cancers du sein et du col de l'utérus. Cela n'est toutefois pas étonnant puisque les programmes de dépistage du cancer colorectal sont en place depuis beaucoup moins longtemps que les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein. Même si plusieurs programmes de dépistage du cancer colorectal n'existaient pas encore ou démarraient à peine en 2012, les dix provinces avaient toutes mis en place des programmes organisés à partir de l'été 2015 (à l'exception du Québec et du Nouveau-Brunswick pour lesquels les programmes ne desservent pas encore l'ensemble de la province). Les territoires ne disposaient d'aucun programme de dépistage⁴⁷. Les disparités observées dans le dépistage du cancer colorectal à l'échelle du pays pourraient refléter au moins en partie les différentes phases de l'annonce et du lancement du programme de dépistage dans les différentes provinces ou territoires. Les variations peuvent aussi être liées à l'adoption de diverses initiatives de soins primaires (p. ex., orientation vers un autre médecin) visant à accroître

le dépistage opportuniste de ce cancer dans certaines provinces ou territoires. Les différentes caractéristiques de la population susceptibles de favoriser le dépistage du cancer colorectal en l'absence de symptômes peuvent aussi jouer un rôle.

Les provinces et les territoires atteindront probablement le taux d'utilisation cible de 60 % du test fécal à la suite de l'intensification des programmes à travers le pays, des efforts visant à augmenter leur adoption et de la plus grande disponibilité de données récentes. La surveillance des taux de participation au dépistage du cancer colorectal au niveau du système facilite l'évaluation des pratiques à l'échelle du pays (notamment celles portant sur le déploiement et la mise en œuvre des programmes de dépistage ainsi que sur le dépistage opportuniste) et permet de déterminer quelle proportion de la population est protégée à un moment donné contre ce cancer détectable. La surveillance peut aider à recenser les secteurs qui présentent des lacunes en matière de couverture (p. ex., les populations sous-desservies).

3. Diagnostic

**Temps d'attente pour
un diagnostic de cancer
du sein**

35

**Temps d'attente pour
un diagnostic de cancer
colorectal**

38

**Indicateurs supplémentaires
disponibles sur le site :
rendementdusysteme.ca**

40



3. Diagnostic

Un diagnostic précoce et efficace peut mener à de meilleurs résultats en apportant un soulagement rapide aux personnes qui s'avèrent ne pas souffrir de cancer et un traitement rapide et efficace à celles qui en sont atteintes. Les mesures qui contribuent à améliorer l'efficacité et la rapidité du processus de diagnostic bénéficient aussi aux patients en permettant une prise en charge plus appropriée de la maladie et en réduisant l'anxiété des patients et des familles durant leur expérience de vie avec le cancer.

Ce chapitre présente deux indicateurs faisant l'objet de rapports annuels qui mesurent la rapidité de l'accès au diagnostic : le temps d'attente pour un diagnostic de cancer du sein et le temps d'attente pour un diagnostic de cancer colorectal.

Nous présentons également dans ce chapitre les principaux résultats obtenus grâce aux indicateurs suivants sur le diagnostic qui font l'objet de rapports périodiques : stadification et répartition des stades. On peut trouver des renseignements complets sur ces indicateurs supplémentaires à l'adresse : rendementdusysteme.ca.

Indicateur	Résumé des résultats
Temps d'attente pour un diagnostic de cancer du sein	<ul style="list-style-type: none"> En 2013, les temps d'attente du 90^e percentile jusqu'à la résolution d'une anomalie au sein dépistée sans biopsie tissulaire allaient de 4 semaines en Alberta à 8 semaines en Colombie-Britannique et à Terre-Neuve-et-Labrador (neuf provinces ont soumis des données); trois des neuf provinces ont atteint la cible de 5 semaines. Pour les femmes nécessitant une biopsie tissulaire, les temps d'attente du 90^e percentile allaient de 11 semaines à l'Île-du-Prince-Édouard à 15 semaines à Terre-Neuve-et-Labrador. Aucune des neuf provinces déclarantes n'a atteint la cible de 7 semaines. Globalement, les temps d'attente ne se sont pas sensiblement améliorés pendant les 5 années au cours desquelles ils ont été mesurés.
Temps d'attente pour un diagnostic de cancer colorectal	<ul style="list-style-type: none"> En 2013 et 2014, les temps d'attente du 90^e percentile entre le résultat d'un test fécal anormal et la coloscopie de suivi allaient de 104 jours à Terre-Neuve-et-Labrador à 151 jours à l'Île-du-Prince-Édouard (sept provinces ont soumis des données). Aucune des provinces n'a atteint un temps d'attente du 90^e percentile inférieur à la cible de 60 jours. On ne dispose pas encore de suffisamment de données historiques pour discerner des tendances significatives, même si les premières indications révèlent une diminution des temps d'attente.

Temps d'attente pour un diagnostic de cancer du sein

Message clé

Trois des neuf provinces ont atteint le délai cible de cinq semaines établi pour la résolution d'un diagnostic, sans biopsie. Aucune des provinces n'a atteint le délai de sept semaines fixé pour la résolution d'un diagnostic, avec biopsie.

Définition de l'indicateur

Cet indicateur mesure les temps d'attente médian et du 90^e percentile entre le dépistage d'une anomalie au sein et sa résolution, avec ou sans biopsie, chez les femmes asymptomatiques de 50 à 69 ans qui ont effectué un dépistage du cancer du sein dans le cadre des programmes provinciaux en 2013. Les résultats sont déclarés par province et par année.

Objectif

90 % des femmes devraient attendre moins de cinq semaines entre le moment où on dépiste une anomalie au sein et sa résolution sans biopsie et ce délai devrait être de sept semaines lorsqu'une biopsie est nécessaire. Cet objectif a été établi par le Réseau canadien de dépistage du cancer du sein⁴⁸.

Date initiale de la mesure

Rapport de 2009 sur le rendement du système de lutte contre le cancer.



3 de 9
provinces ont atteint la cible du temps d'attente de cinq semaines (aucune biopsie requise)



0 de 9
provinces ont atteint la cible du temps d'attente de sept semaines (biopsie requise)



Selon la province, 90 % des femmes qui ne nécessitaient pas de biopsie ont reçu un diagnostic (positif ou négatif) dans les **4 à 8** semaines



Les temps d'attente sont plus longs pour les femmes qui nécessitent une biopsie : 90 % de ces femmes ont reçu un diagnostic dans les **11 à 15** semaines

Utilité de la mesure

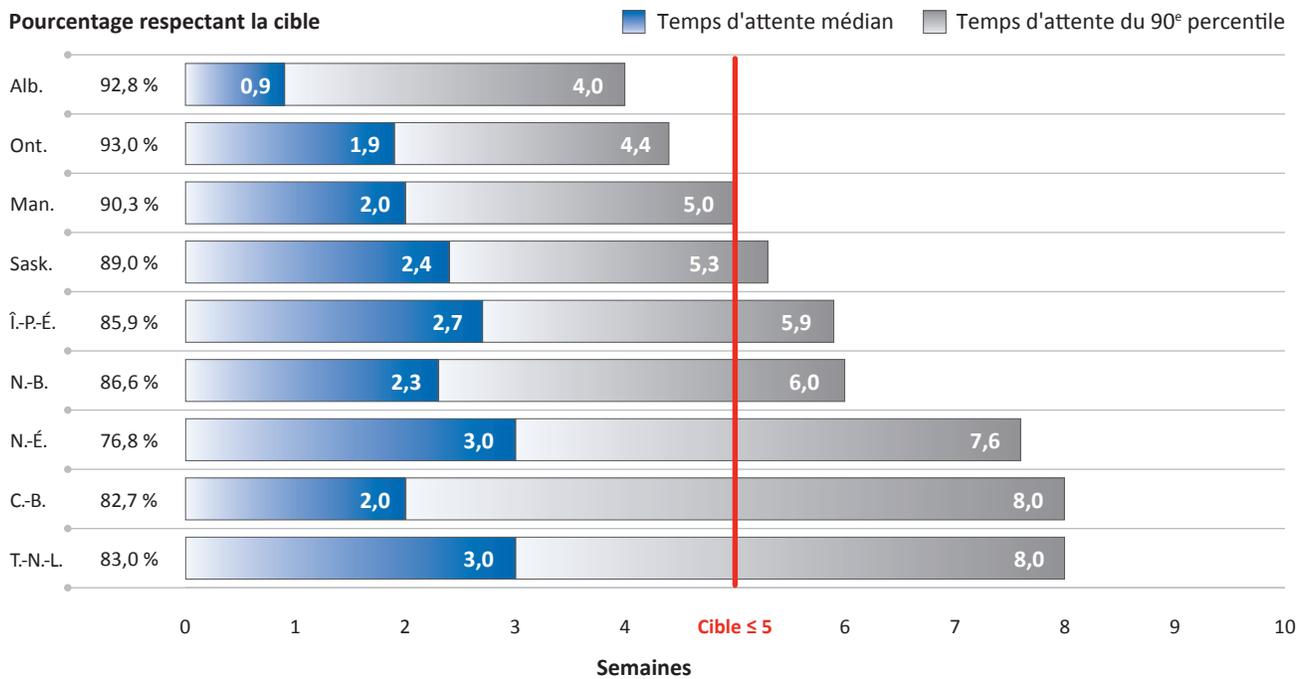
La résolution en temps voulu (positive ou négative) d'une anomalie décelée lors d'un examen clinique ou d'une biopsie (si requise) peut réduire le stress et l'anxiété inutiles pour les patients et leurs familles (p. ex., en raccourcissant le temps nécessaire pour obtenir les résultats de la biopsie), voire améliorer les résultats obtenus par les patientes (p. ex., en instaurant rapidement le traitement chez les femmes qui viennent de recevoir un diagnostic de cancer du sein)⁴⁹. En comprenant les disparités observées dans les temps d'attente pour un diagnostic de cancer du sein au Canada, on peut recenser plus facilement les domaines nécessitant une concentration des efforts pour améliorer la collaboration entre les différents services de dépistage et de diagnostic du cancer du sein et assurer la résolution rapide de résultats anormaux.

Principaux résultats

- En 2013, les temps d'attente du 90^e percentile jusqu'à la résolution d'un test de dépistage anormal chez les femmes ne nécessitant pas de biopsie tissulaire allaient de 4 semaines en Alberta à 8 semaines en Colombie-Britannique et à Terre-Neuve-et-Labrador (neuf provinces ont soumis des données) (Figure 3.1). Trois provinces, l'Alberta, le Manitoba et l'Ontario, ont atteint le délai cible de cinq semaines. En 2012, l'Alberta, l'Ontario et le Nouveau-Brunswick ont atteint le délai cible de cinq semaines (données non présentées).
- Les temps d'attente du 90^e percentile jusqu'à la résolution d'un test de dépistage anormal chez les femmes nécessitant une biopsie tissulaire allaient de 10,6 semaines à l'Île-du-Prince-Édouard à 15,0 semaines à Terre-Neuve-et-Labrador (Figure 3.2). Aucune des neuf provinces déclarantes n'a atteint le délai cible de sept semaines.

FIGURE 3.1

Temps d'attente médian et du 90^e percentile jusqu'à la résolution d'une anomalie au sein dépistée sans biopsie tissulaire chez les femmes asymptomatiques (de 50 à 69 ans), selon la province — année de dépistage 2013



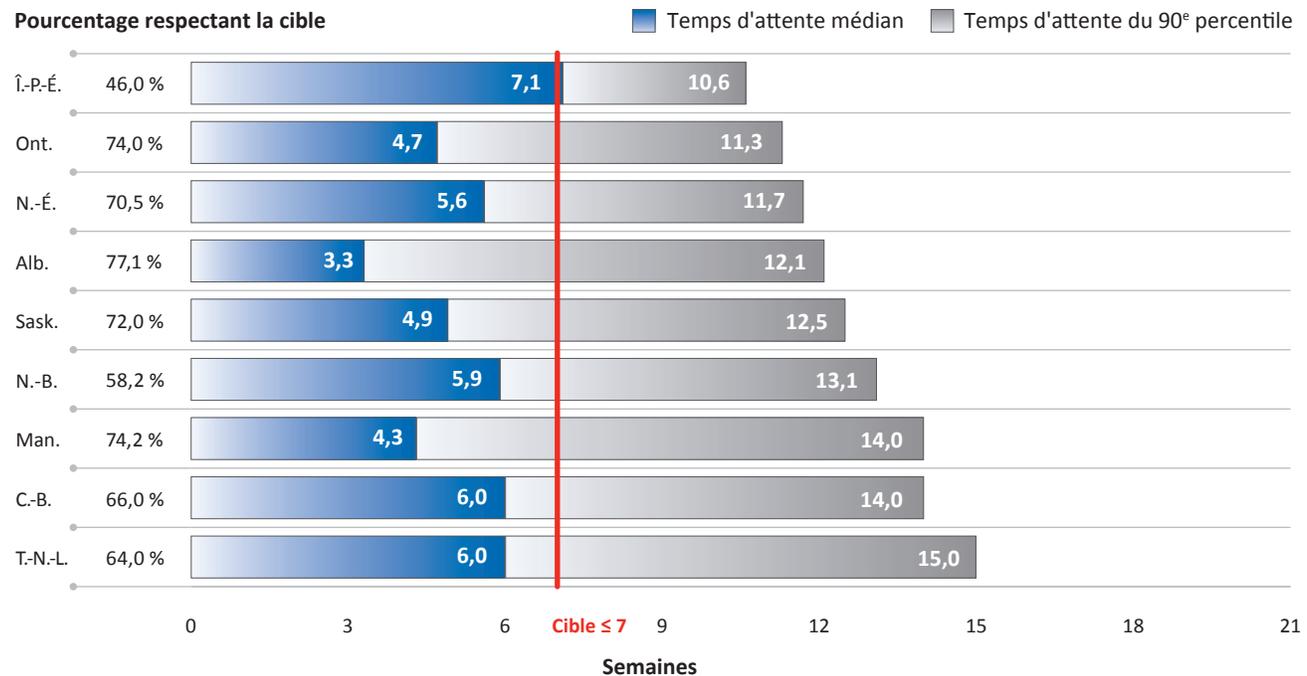
Les cas où la résolution d'un dépistage anormal a pris plus de 6 mois ont été exclus.

Ont. : les femmes pour lesquelles le résultat final du dépistage était inconnu ou qui ont été perdues de vue lors du suivi ont été exclues.

Source de données : programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein.

FIGURE 3.2

Temps d'attente médian et du 90^e percentile jusqu'à la résolution d'une anomalie au sein dépistée par biopsie tissulaire chez les femmes asymptomatiques (de 50 à 69 ans), selon la province — année de dépistage 2013



Les cas où la résolution d'un dépistage anormal a pris plus de 6 mois ont été exclus.

Ont. : les femmes pour lesquelles le résultat final du dépistage était inconnu ou qui ont été perdues de vue lors du suivi ont été exclues.

Source de données : programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein.

Importance de ces résultats

Les femmes qui présentent des mammographies anormales continuent à attendre plusieurs semaines avant d'obtenir un diagnostic (positif ou négatif), en particulier lorsqu'une biopsie tissulaire est nécessaire pour confirmer le diagnostic. La période d'attente d'un diagnostic peut être stressante pour les patientes et leurs familles. Même si des intervalles de diagnostic de quelques semaines sont peu susceptibles de modifier les résultats obtenus par les patientes (p. ex., la survie), la prise de mesures visant à réduire les temps d'attente peut améliorer l'expérience de ces dernières (p. ex., en réduisant le stress et l'anxiété)⁵⁰. Les facteurs suivants peuvent influencer sur les temps d'attente pour un diagnostic de cancer du sein :

- facteurs liés au système (p. ex., manque d'accès aux soins primaires, variabilité de l'accès aux consultations chirurgicales et du processus d'aiguillage, variabilité des services de

navigation offerts aux patients, absence de systèmes centralisés de triage et de prise de rendez-vous et faible intégration entre les prestataires de soins de santé responsables du dépistage et de l'établissement d'un diagnostic, etc.)

- facteurs liés au médecin (p. ex., les médecins peuvent accélérer les examens nécessaires en cas de forte suspicion de cancer)⁵⁰
- facteurs liés au patient (p. ex., les femmes peuvent reporter un rendez-vous de suivi jusqu'à une date leur convenant mieux)

Les nombreux intervenants du réseau de dépistage et de diagnostic du cancer du sein doivent collaborer à différents niveaux pour résoudre ces problèmes, améliorer l'efficacité des processus et réduire les temps d'attente.

Temps d'attente pour un diagnostic de cancer colorectal

Message clé

Les temps d'attente depuis le résultat d'un test fécal anormal jusqu'à la coloscopie de suivi diminuent, mais aucune province n'a encore atteint un temps d'attente du 90^e percentile situé dans la cible de 60 jours.

Définition de l'indicateur

Cet indicateur mesure les temps d'attente médian et du 90^e percentile entre un résultat de test fécal anormal et la coloscopie de suivi nécessaire à la résolution du diagnostic chez les personnes effectuant un dépistage du cancer colorectal dans le cadre des programmes provinciaux en 2013 et 2014. Les résultats sont déclarés par province.

Objectif

60 jours entre un test fécal dont le résultat est anormal et la coloscopie de suivi, selon les recommandations de l'Association canadienne de gastroentérologie⁵¹.

Date initiale de la mesure

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



0 de 7
provinces déclarantes ont atteint la cible du temps d'attente de 60 jours



Selon la province, 90 % des patients ont subi une coloscopie de suivi après un test fécal anormal dans les
104 à 151 jours

Utilité de la mesure

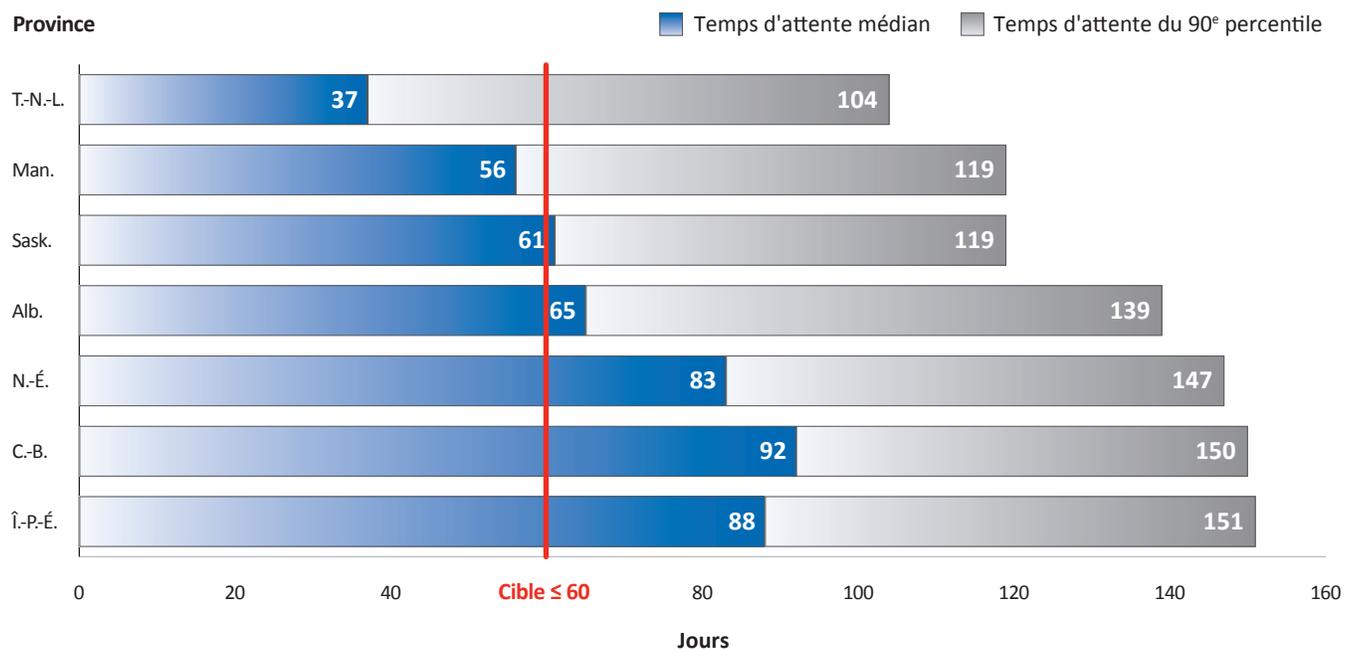
La résolution en temps voulu d'un test fécal dont le résultat est anormal permet d'écourter la période d'incertitude et d'anxiété que vivent les personnes qui reçoivent un diagnostic négatif (absence de cancer) et assure la détection hâtive et la mise en route plus rapide du traitement chez celles qui reçoivent un diagnostic positif (présence d'un cancer), ce qui peut à plus long terme améliorer les résultats thérapeutiques. Certaines études ont montré, par exemple, que la détection précoce des cancers colorectaux grâce au dépistage à l'aide de tests au gâïac de recherche de sang occulte dans les selles et à l'ablation des polypes au cours de la coloscopie de suivi (le diagnostic recommandé pour le suivi d'un test fécal anormal) permet de réduire la mortalité attribuable au cancer colorectal³⁴. Un consensus pancanadien a permis d'établir un temps d'attente cible médicalement acceptable entre l'obtention d'un résultat anormal au test fécal et la coloscopie de suivi⁵¹.

Principaux résultats

- En 2013 et 2014, les temps d'attente du 90^e percentile entre un test fécal dont le résultat est anormal et la coloscopie de suivi allaient de 104 jours à Terre-Neuve-et-Labrador à 151 jours à l'Île-du-Prince-Édouard (sept provinces ont soumis des données) (Figure 3.3). Aucune province n'a atteint un temps d'attente du 90^e percentile inférieur à la cible de 60 jours.
- De 2011-2012 à 2013-2014, les temps d'attente du 90^e percentile ont diminué dans toutes les provinces (Saskatchewan, Manitoba, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador) qui ont déclaré des données pour les deux périodes; la diminution allait de quatre jours à l'Île-du-Prince-Édouard à 55 jours à Terre-Neuve-et-Labrador (données non présentées).

FIGURE 3.3

Temps d'attente médian et du 90^e percentile entre un test fécal dont le résultat est anormal et la coloscopie de suivi, selon la province – première série de tests de dépistage effectuée en 2013 et 2014



Les données comprennent les coloscopies effectuées dans les 180 jours suivant un test fécal dont le résultat est anormal.

Cible : l'Association canadienne de gastroentérologie recommande qu'une coloscopie soit effectuée dans les 60 jours suivant un test fécal dont le résultat est anormal.

Source de données : Réseau national de dépistage du cancer colorectal.

Importance de ces résultats

Bien que les temps d'attente diminuent, nombre de personnes ayant obtenu un résultat anormal au test fécal continuent d'attendre plusieurs mois avant de passer la coloscopie de suivi nécessaire à la résolution du diagnostic. La résolution en temps voulu d'un test fécal anormal peut réduire le stress et l'anxiété que vivent les patients et leur famille. En 2012, toutes les provinces avaient élaboré ou étaient sur le point d'élaborer un programme organisé de dépistage du cancer colorectal. Il est important de noter cependant que, dans certaines provinces,

les programmes de dépistage du cancer colorectal en sont encore aux premières étapes de leur mise en œuvre. On pourrait observer des améliorations à mesure que les programmes évoluent. Pour écourter les temps d'attente pour un diagnostic de cancer colorectal, on doit bénéficier de la collaboration à plusieurs niveaux de nombreux intervenants du réseau de dépistage et de diagnostic afin d'améliorer l'efficacité des processus et de réduire ces délais au minimum.

Indicateurs supplémentaires disponibles sur le site : rendementdusysteme.ca

Saisie de données sur le stade du cancer

Pour plus de **92 %** des patients diagnostiqués avec un des 4 cancers les plus courants, des données sur le stade tumoral étaient disponibles dans les registres provinciaux



- Pour l'année de diagnostic 2013, dans les neuf provinces déclarantes, le pourcentage de patients pour lesquels les registres provinciaux du cancer disposaient de données sur le stade de la tumeur dans le cas des quatre cancers les plus courants allait de 92,0 % en Ontario à 100 % en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador. Ces provinces avaient toutes atteint la cible de 90 %.
- Le pourcentage de tous les cas de cancer pour lesquels les données sur le stade tumoral étaient disponibles dans les registres allait de 73,2 % en Ontario à 100 % au Manitoba, en Nouvelle-Écosse, et à l'Île-du-Prince-Édouard, dans les six provinces déclarantes.

Répartition des stades du cancer

70 % des patientes ont reçu un diagnostic de cancer du sein de stade I ou II



- Dans le cas du cancer du sein, en 2013, la majorité (69,6 %) des patientes avaient reçu un diagnostic de cancer de stade I ou II. Le stade I (39,9 %) était le plus fréquemment diagnostiqué, suivi par le stade II (29,7 %).

39 % des patients ont reçu un diagnostic de cancer colorectal de stade I ou II



- Dans le cas du cancer colorectal, 39,2 % des patients avaient reçu un diagnostic de cancer de stade I ou II. Le stade II (21,4 %) était le plus fréquemment diagnostiqué, suivi par le stade I (17,8 %).

70 % des patients ont reçu un diagnostic de cancer de la prostate de stade I ou II



- Dans le cas du cancer de la prostate, la majorité des hommes (70,0 %) avaient reçu un diagnostic de cancer de stade I ou II. Le stade II (50,4 %) était le plus fréquemment diagnostiqué, suivi par le stade I (19,6 %).

66 et 92 % des patients atteints de cancer du poumon « non à petites cellules » et de cancer du poumon « à petites cellules », respectivement, ont reçu un diagnostic de cancer de stade III ou IV



- Dans le cas du cancer du poumon « non à petites cellules » (CPNPC), les deux tiers (65,7 %) des patients avaient reçu un diagnostic de cancer de stade III ou IV. Le stade IV (47,3 %) était le stade le plus fréquemment diagnostiqué.
- Dans le cas du cancer du poumon « à petites cellules » (CPPC), 92,4 % des patients avaient reçu un diagnostic de cancer de stade III ou IV. Le stade IV (69,2 %) était le stade le plus fréquemment diagnostiqué.

65 % des patientes ont reçu un diagnostic de cancer de l'ovaire de stade III ou IV



- Dans le cas du cancer de l'ovaire, 64,9 % des patientes avaient reçu un diagnostic de cancer de stade III ou IV. Le stade IIIC (31,1 %) était le stade le plus fréquemment diagnostiqué, suivi par le stade IV (18,6 %).

4. Traitement

Prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques lors d'une résection du côlon	44	Chimiothérapie postopératoire pour les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade II ou IIIA	57
Utilisation de la chirurgie mammaire conservatrice par rapport à la mastectomie pour les résections des tumeurs cancéreuses du sein	46	Section spéciale : Chirurgies liées aux cancers qui conjuguent risques élevés et ressources importantes, et leurs approches au Canada	60
Temps d'attente pour une radiothérapie	49	Indicateurs supplémentaires disponibles sur le site : rendementdusysteme.ca	64
Radiothérapie préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III	53		



4. Traitement

Il existe plusieurs options de traitement qui permettent de sauver ou de prolonger la vie des personnes atteintes de cancer, notamment la radiothérapie, les traitements généraux et la chirurgie. Le traitement vise la guérison complète, la rémission ou la prise en charge des symptômes. Le type et le stade du cancer au moment du diagnostic, les caractéristiques et les préférences des patients (p ex., les comorbidités), ainsi que les considérations relatives à la qualité de vie, comptent parmi les facteurs qui ont une incidence sur les objectifs du traitement.

Ce chapitre présente cinq indicateurs de traitement faisant l'objet de rapports annuels : prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lors d'une résection du côlon, utilisation de la chirurgie mammaire conservatrice par rapport à la mastectomie pour les résections des tumeurs cancéreuses du sein, temps d'attente pour une radiothérapie, radiothérapie préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III, et chimiothérapie postopératoire pour les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade II ou IIIA (CPNPC).

Ce chapitre renferme également une section spéciale intitulée « Chirurgies liées aux cancers de l'œsophage, du pancréas, du foie et de l'ovaire qui conjuguent ressources importantes et risques élevés, et leurs approches au Canada. »

Ce chapitre présente également les principaux résultats liés aux indicateurs suivants sur le traitement qui font l'objet de rapports périodiques : taux de résection des cancers du rectum, du côlon et du CPNPC; radiothérapie postopératoire pour les cancers du sein de stade I ou II et chimiothérapie postopératoire pour le cancer du côlon de stade III. On peut trouver les renseignements complets sur ces indicateurs à l'adresse : rendementdusysteme.ca.

Indicateur	Résumé des résultats
Chirurgie	
Prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques lors d'une résection du côlon	<ul style="list-style-type: none"> • Pendant l'année de diagnostic 2012, le pourcentage de résections du côlon comportant le prélèvement et l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques allait de 71 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 83 % en Alberta. • De 2009 à 2012, le pourcentage de résections du côlon avec prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques a augmenté dans toutes les provinces déclarantes. • Il n'y avait pas de différence notable dans les modèles de traitement selon le groupe d'âge ou le sexe des patients.
Utilisation de la chirurgie mammaire conservatrice par rapport à la mastectomie pour les résections des tumeurs cancéreuses du sein	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les années 2009/10 à 2013/14 combinées, le taux d'utilisation de la chirurgie mammaire conservatrice allait de 31 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 75 % au Québec. • L'utilisation de la chirurgie mammaire conservatrice semble avoir augmenté dans six provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Ontario, Québec, Nouveau-Brunswick et Nouvelle-Écosse) pour la période de 2008/2009-2010/2011 à 2011/2012-2013/2014.

Indicateur	Résumé des résultats
Radiothérapie	
Temps d'attente pour une radiothérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Pendant l'année de traitement 2014, les temps d'attente du 90^e percentile pour la radiothérapie allaient de 19 jours au Nouveau-Brunswick à 27 jours à l'Île-du-Prince-Édouard. Les huit provinces déclarantes avaient toutes atteint l'objectif de traiter 90 % des patients dans les 28 jours à compter du moment où le patient est prêt à recevoir le traitement. • Parmi les quatre types de cancer les plus courants (sein, colorectal, poumon et prostate), les plus longs temps d'attente du 90^e percentile ont été enregistrés pour le cancer de la prostate, allant de 24 jours en Alberta à 30 jours au Nouveau-Brunswick.
Radiothérapie préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III	<ul style="list-style-type: none"> • Pour l'année de diagnostic 2012, dans les cinq provinces déclarantes, le pourcentage de patients atteint d'un cancer du rectum de stade II ou III qui avaient reçu une radiothérapie préopératoire conforme aux recommandations des lignes directrices allait de 42 % en Nouvelle-Écosse à 50 % au Manitoba. • L'utilisation de la radiothérapie préopératoire pour le cancer du rectum a diminué avec l'âge; 53 % des patients de 18 à 59 ans atteints d'un cancer du rectum ont reçu une radiothérapie préopératoire, comparativement à 30 % de ceux de 80 ans ou plus.
Traitement général	
Chimiothérapie postopératoire pour les patients atteints d'un CPNPC de stade II ou IIIA	<ul style="list-style-type: none"> • Pour l'année de diagnostic 2012, dans les quatre provinces déclarantes, le pourcentage de patients atteint d'un CPNPC de stade II ou IIIA ayant reçu une chimiothérapie postopératoire allait de 41 % en Alberta à 56 % en Ontario. • L'utilisation de la chimiothérapie postopératoire a diminué avec l'âge : 64 % des patients de 18 à 59 ans atteints d'un CPNPC ont reçu une chimiothérapie postopératoire, comparativement à 30 % de ceux âgés de 70 à 79 ans.

Chirurgie

Prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques lors d'une résection du côlon

Message clé

Entre 2009 et 2012, le pourcentage de résections de tumeurs du côlon comportant le prélèvement et l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques a continué d'augmenter, ce qui semble indiquer une adhésion plus importante aux lignes directrices fondées sur des données probantes.

Définition de l'indicateur

Pourcentage de résections du côlon avec prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques chez les patients diagnostiqués entre 2009 et 2012. Les résultats sont présentés selon la province, le groupe d'âge et le sexe.

Objectif

90 %, établi en 2014 par le Groupe de travail sur les cibles et les modèles de rendement du système du Partenariat.

Date initiale de la mesure

Rapport de 2010 sur le rendement du système de lutte contre le cancer.



0 de 7

provinces déclarantes
ont atteint la cible de 90 %



71 à 83 %

variations entre provinces
du taux de résections de
tumeurs du côlon avec
examen de 12 ganglions
lymphatiques ou plus
comme recommandé par
les lignes directrices

Utilité de la mesure

Le prélèvement et l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques est important pour déterminer le stade exact de la maladie et planifier le traitement ultérieur. Ils ont aussi été associés à une amélioration de la survie⁵²⁻⁵⁴. La plupart des lignes directrices cliniques recommandent de prélever au moins 12 ganglions et de les faire examiner par un pathologiste afin d'établir plus précisément le statut ganglionnaire du cancer — une indication du degré de propagation ganglionnaire de la maladie^{55,56}.

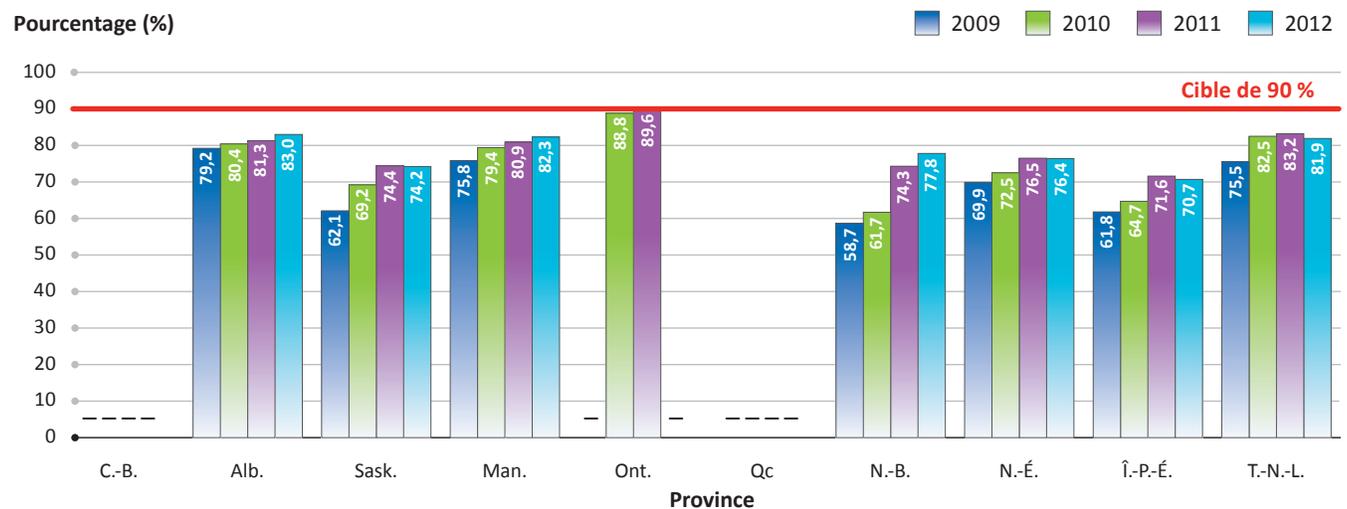
La recommandation s'explique par le fait que l'examen d'au moins 12 ganglions réduit à un niveau acceptable le risque d'établir un diagnostic faussement négatif (c.-à-d., que le test ne démontre pas que le cancer s'est réellement propagé). La mesure des tendances provinciales en matière de traitement par rapport aux lignes directrices permet d'orienter les améliorations qualitatives à l'échelon provincial.

Principaux résultats

- En 2012, le pourcentage de résections de tumeurs du côlon comportant le prélèvement et l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques allait de 70,7 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 83,0 % en Alberta; aucune des provinces déclarantes n'a atteint la cible de 90 % de résections avec examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques (Figure 4.1).
- L'Ontario a atteint la cible en 2011, mais n'a pas fourni de données pour 2012 (Figure 4.1).
- Le taux de résection de tumeurs du côlon avec examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques était légèrement supérieur chez les femmes de 18 à 69 ans que chez les hommes du même groupe d'âge (83,1 % contre 78,9 %) et aussi légèrement plus élevé chez les femmes de 70 ans ou plus que chez les hommes du même groupe d'âge (81,3 % contre 76,6 %) (données non présentées).
- Le pourcentage de résections de tumeurs du côlon avec examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques a augmenté dans toutes les provinces déclarantes pendant la période de 2009 à 2012 (Figure 4.1).

FIGURE 4.1

Taux de résection de tumeurs du côlon avec prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques, selon la province – années de diagnostic de 2009 à 2012



« — » Données non disponibles

Alb. : toutes les chirurgies codées tirées du Registre sur le cancer de l'Alberta (s'il n'y avait plus de chirurgie définitive dans le cadre du traitement initial, une polypectomie pourrait être incluse) ont été incluses en tant que résection complète du côlon. L'annexe C18.1 a été exclue en 2012.

Ont. : les données concernent les cas de cancer du côlon comportant l'examen d'au moins 12 ganglions plutôt que les cas diagnostiqués au cours de l'année correspondante.

N.-É. : l'utilisation concertée de variables de stadification a permis de recenser les résections. Les dates des résections ont été extraites manuellement des dossiers examinés.

T.-N.-L. : n'incluait pas les traitements effectués hors province pour les résidents de la province.

Source de données : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

Importance de ces résultats

Dans toutes les provinces, on a pu constater une hausse continue du taux de résection de tumeurs du côlon comportant le prélèvement et l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques comme le recommandent les lignes directrices fondées sur des données probantes. Ce modèle a des répercussions positives pour les patients, car il permet de déterminer de façon plus précise le stade du cancer et de planifier le traitement ultérieur, tout en étant associé à une amélioration de la survie⁵²⁻⁵⁴.

Plusieurs facteurs comme la diffusion de lignes directrices fondées sur des données probantes, la présentation de rapports destinés au public et la mise en œuvre d'initiatives d'amélioration de la qualité peuvent avoir contribué à la hausse constante de ces taux.

L'Initiative sur la production de rapports synoptiques électroniques d'anatomopathologie est une initiative pancanadienne d'amélioration de la qualité à laquelle participent la Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard. Cette initiative facilitera la mise en œuvre du processus de production de rapports synoptiques électroniques pour plusieurs cancers, dont le cancer colorectal, ce qui sera utile pour améliorer la qualité des rapports. Cette qualité peut augmenter l'adhésion aux lignes directrices fondées sur des données probantes (p. ex., le prélèvement et l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques), améliorer la planification des soins et les issues des patients.

Utilisation de la chirurgie mammaire conservatrice par rapport à la mastectomie pour les résections des tumeurs cancéreuses du sein

Message clé

L'utilisation de la chirurgie mammaire conservatrice semble avoir augmenté dans six provinces au cours des périodes allant de 2008/2009-2010/2011 à 2011/2012-2013/2014.

Définition de l'indicateur

Cet indicateur mesure le pourcentage de femmes ayant subi une résection de tumeur cancéreuse du sein pour lesquelles la chirurgie mammaire conservatrice (CMC) constituait la dernière chirurgie (c.-à-d., lorsque la CMC constituait la chirurgie initiale ou lorsqu'une exérèse plus importante dans le contexte d'une CMC a été effectuée dans l'année suivant la première chirurgie). Les données concernent les patientes atteintes d'un cancer du sein invasif unilatéral dont la chirurgie a eu lieu entre avril 2008 et mars 2014. Les résultats sont présentés par province et par année.

Date initiale de la mesure

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



Utilité de la mesure

La plupart des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein non métastatique sont des candidates à la chirurgie, soit une mastectomie ou une chirurgie mammaire conservatrice (CMC)^f, habituellement suivie d'une radiothérapie du sein entier (traitement conservateur du cancer du sein)⁵⁷. Le traitement conservateur du cancer du sein est moins invasif que la mastectomie et est associé à une morbidité plus faible, à un meilleur aspect esthétique et à de meilleurs résultats psychologiques. De plus, la mastectomie et le traitement conservateur du cancer du sein offrent des résultats comparables sur le plan de la survie⁵⁸⁻⁶². Puisque les deux interventions chirurgicales donnent des résultats comparables, le choix de subir une mastectomie ou une chirurgie mammaire conservatrice devrait être fait par la patiente et se fonder sur une bonne compréhension des risques, des avantages et des considérations en matière de qualité de vie associés à chaque choix.

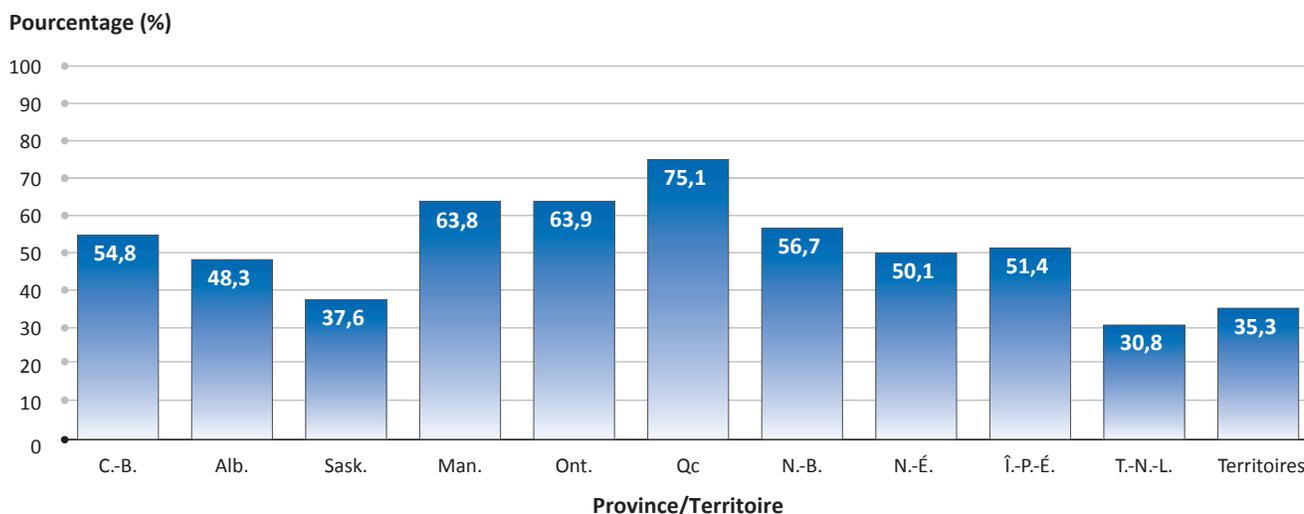
^fLa mastectomie est une chirurgie qui vise à retirer la totalité du sein. La chirurgie mammaire conservatrice comprend l'ablation complète de la tumeur et d'une marge de tissu mammaire non cancéreux.

Principaux résultats

- L'utilisation de la chirurgie mammaire conservatrice variait de 30,8 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 75,1 % au Québec (Figure 4.2).
- Le recours à la chirurgie mammaire conservatrice semble avoir augmenté dans six provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Ontario, Québec, Nouveau-Brunswick et Nouvelle-Écosse) au cours des périodes allant de 2008/2009-2010/2011 à 2011/2012-2013/2014⁶ (Figure 4.3).

FIGURE 4.2

Taux de résection de tumeurs cancéreuses du sein qui constituaient des chirurgies mammaires conservatrices, selon la province ou le territoire – années 2009-2010 à 2013-2014 combinées



Les données relatives à la chirurgie mammaire conservatrice (CMC) concernent seulement les femmes qui ont subi cette chirurgie en dernier lieu.

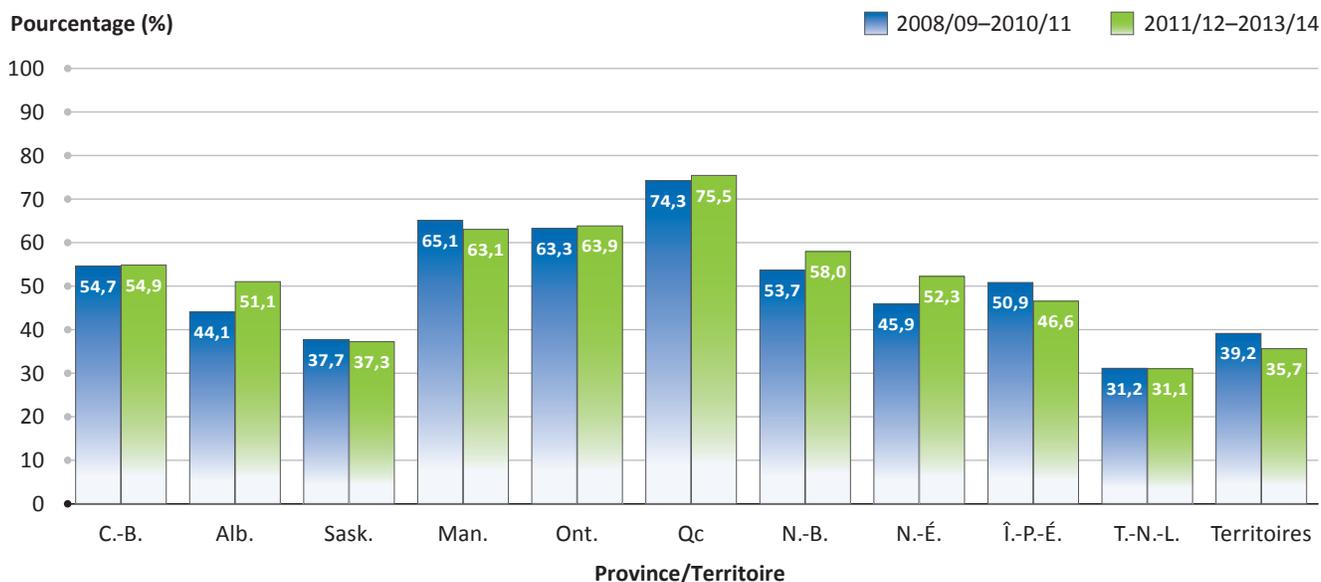
Les territoires sont le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

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

⁶ La période 2008/2009-2010/2011 va d'avril 2008 à mars 2011. La période 2011/2012-2013/2014 va d'avril 2011 à mars 2014.

FIGURE 4.3

Taux de résection de tumeurs cancéreuses du sein qui constituaient des chirurgies mammaires conservatrices, selon la province ou le territoire – années combinées 2008/2009-2010/2011 comparativement à 2011/2012-2013/2014



Les données relatives à la chirurgie mammaire conservatrice (CMC) concernent seulement les femmes qui ont subi cette chirurgie en dernier lieu.

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

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

Importance de ces résultats

Au Canada, le recours à la chirurgie mammaire conservatrice (CMC) en dernier lieu a augmenté dans six provinces. Ce résultat pourrait indiquer que plus de femmes profitent d'une CMC. La mastectomie et la CMC suivies d'une radiothérapie donnent des résultats comparables sur le plan de la survie⁵⁸⁻⁶². Les variations interprovinciales présentées ici ne reflètent donc pas nécessairement des divergences quant à la qualité des soins. Le choix entre la CMC suivie de radiothérapie et la mastectomie devrait appartenir à la patiente et se fonder sur une bonne compréhension des avantages, des risques et des considérations en matière de qualité de vie associés à chaque option de traitement.

Les données montrent que la distance d'un centre de radiothérapie influe sur les taux de CMC. Les patientes qui vivent loin d'un centre de radiothérapie sont moins susceptibles de subir une CMC en raison des problèmes associés aux déplacements aller-retour devant être effectués pendant plusieurs semaines après la chirurgie. Des facteurs comme l'accès à des services de reconstruction mammaire, des facteurs personnels ou cliniques (p. ex., les mutations génétiques qui peuvent prédisposer une femme à développer un cancer du sein et influencer sa décision d'opter pour l'ablation prophylactique d'un sein ou des deux) ainsi que les préférences et la formation du chirurgien peuvent aussi influencer le choix du traitement.

Radiothérapie

Temps d'attente pour une radiothérapie

Message clé

Plus de 90 % des patients atteints de cancer ont commencé la radiothérapie à l'intérieur du délai cible national de 28 jours à compter de la date où ils étaient prêts à la commencer.

Définition de l'indicateur

Cet indicateur mesure les temps d'attente médian et du 90^e percentile entre la date à laquelle le patient est prêt à être traité et le début de la radiothérapie pour tous les types de cancer, ainsi que pour les quatre cancers les plus courants en 2014. Les résultats sont présentés par province et par type de cancer.

Objectif

Selon le temps d'attente cible établi à l'échelle nationale, 90 % des patients devraient recevoir leur traitement de radiothérapie dans les 28 jours à compter du moment où ils se sont prêts à le commencer.

Selon le temps d'attente cible établi par l'Association canadienne de radio-oncologie (ACRO), les patients devraient recevoir leur traitement de radiothérapie dans les 14 jours à compter du moment où ils se sont prêts à le commencer.

Date initiale de la mesure

Rapport de 2009 sur le rendement du système de lutte contre le cancer.



100 %

des provinces déclarantes ont atteint la cible du temps d'attente de 28 jours



Selon la province, 90 % des patients ont reçu une radiothérapie dans les

19 à 27 jours

Utilité de la mesure

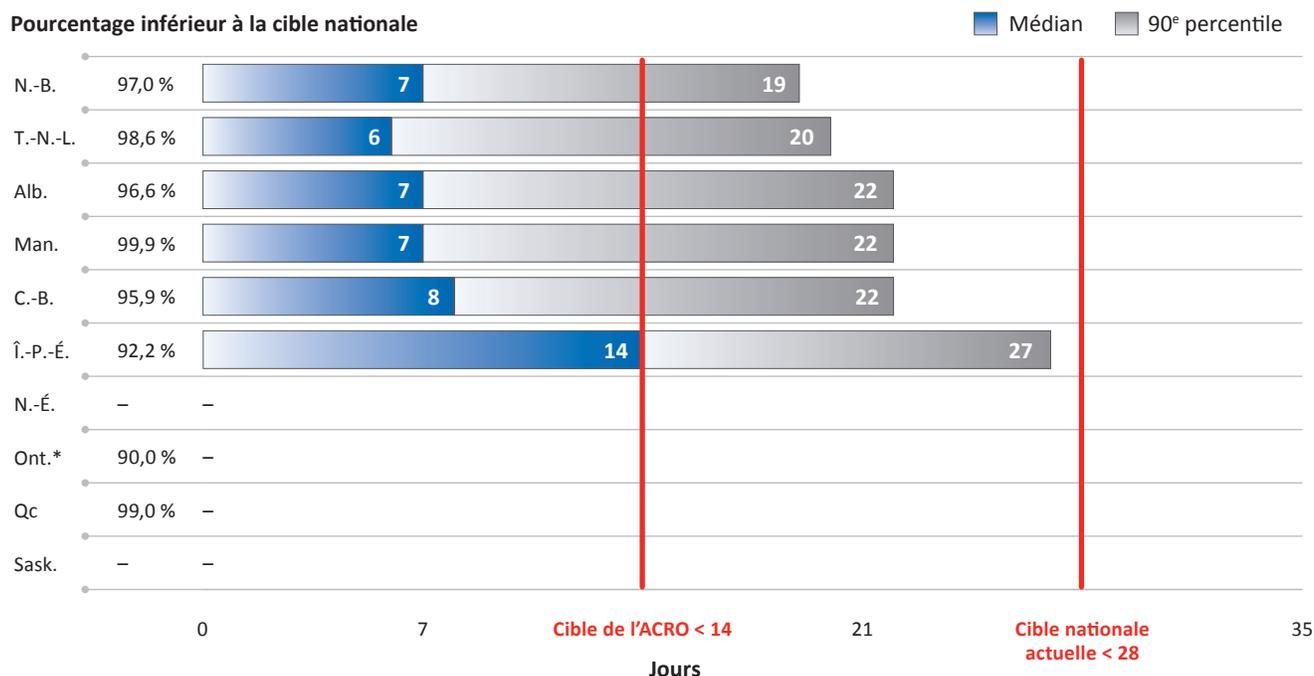
L'accès rapide à la radiothérapie est un des éléments clés d'un système de lutte contre le cancer de grande qualité; il peut réduire l'anxiété des patients et de leur famille et permettre aux patients qui en ont besoin de commencer le traitement rapidement. La réduction du temps d'attente en radiothérapie est une priorité nationale en soins de santé⁶³. Un délai cible national a été établi et des mécanismes provinciaux visant à réduire les temps d'attente ont été instaurés. Les rapports sur les temps d'attente en radiothérapie sont une étape importante car ils permettent de déterminer si le système de soins de santé est apte à répondre aux besoins des patients atteints de cancer.

Principaux résultats

- Pendant l'année de traitement 2014, les temps d'attente du 90^e percentile en radiothérapie allaient de 19 jours au Nouveau-Brunswick à 27 jours à l'Île-du-Prince-Édouard. Les six provinces déclarantes avaient toutes atteint la cible de 90 % de patients traités dans les 28 jours à compter du moment où ils étaient prêts à recevoir le traitement (Figure 4.4).
- Le pourcentage de patients atteints de cancer traités à l'intérieur du temps d'attente cible allait de 90,0 % à Ontario à 99,9 % au Manitoba (Figure 4.4).
- Parmi les quatre types de cancer les plus courants (sein, colorectal, poumon et prostate), le plus long temps d'attente du 90^e percentile a été enregistré chez les patients atteints d'un cancer de la prostate, allant de 24 jours en Alberta à 30 jours au Nouveau-Brunswick (Figure 4.5). Cependant, comparativement à 2013, les temps d'attente pour le cancer de la prostate se sont améliorés dans quatre des cinq provinces qui ont soumis des données (données non présentées).
- Le temps d'attente du 90^e percentile a légèrement diminué dans quatre des six provinces déclarantes (Colombie-Britannique, Nouveau-Brunswick, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador) entre 2013 et 2014 (données non présentées).

FIGURE 4.4

Temps d'attente médian et du 90^e percentile en radiothérapie pour tous les cancers, selon la province – traitement suivi en 2014



« — » Données non disponibles.

C.-B., Alb. : la curiethérapie n'a pas été incluse pour l'année de traitement 2014, mais elle a été incluse dans les années précédentes.

Ont. : les données expriment le pourcentage de patients ayant subi une radiothérapie dans un délai de 14 jours (cible de l'ACRO) entre février et décembre 2014.

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

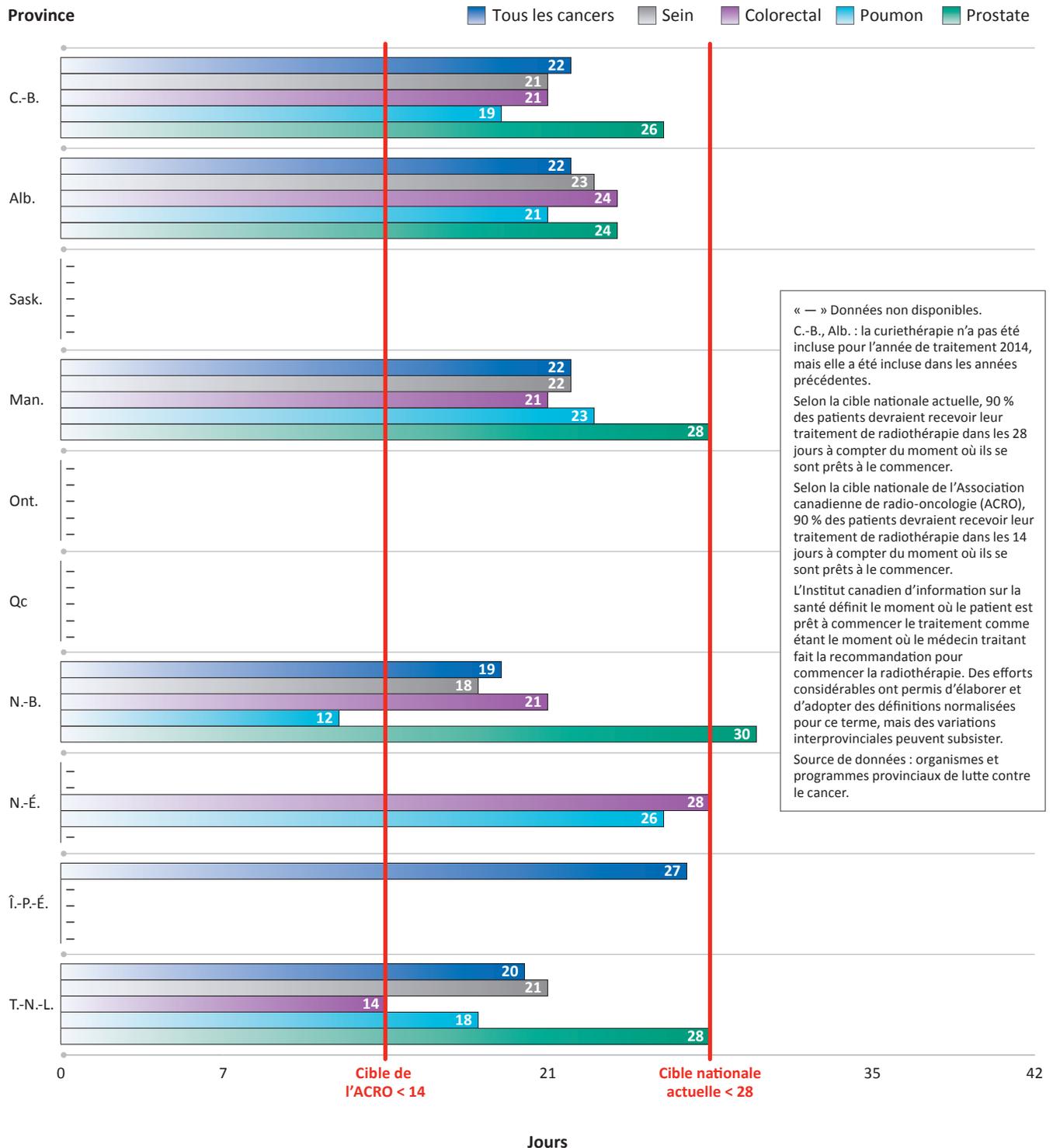
Selon la cible nationale de l'Association canadienne de radio-oncologie (ACRO), 90 % des patients devraient recevoir leur traitement de radiothérapie dans les 14 jours à compter du moment où ils se sont prêts à le commencer.

L'Institut canadien d'information sur la santé définit le moment où le patient est prêt à commencer le traitement comme étant le moment où le médecin traitant fait la recommandation pour commencer la radiothérapie. Des efforts considérables ont permis d'élaborer et d'adopter des définitions normalisées pour ce terme, mais des variations interprovinciales peuvent subsister.

Source de données : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

FIGURE 4.5

Temps d'attente du 90^e percentile en radiothérapie, selon le siège de la maladie et la province – traitement suivi en 2014



Importance de ces résultats

Les provinces déclarantes avaient toutes atteint la cible nationale de traiter 90 % des patients en radiothérapie dans les 28 jours à compter du moment où ils sont prêts à recevoir le traitement. L'accès rapide à la radiothérapie a des répercussions positives sur l'expérience du patient, dont une réduction de l'anxiété. Les patients atteints de cancer de la prostate continuent d'attendre un peu plus longtemps avant

de recevoir une radiothérapie que les patients atteints de cancer du sein, de cancer colorectal ou de cancer du poumon. Il est important de noter que ces temps d'attente plus longs peuvent s'expliquer par la nature de la maladie. Plusieurs cancers de la prostate évoluent lentement; le traitement est donc considéré comme étant moins urgent que pour les autres types de cancers.

Radiothérapie préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III

Message clé

L'administration d'une radiothérapie préopératoire conformément aux lignes directrices sur le cancer du rectum était relativement constante parmi les provinces déclarantes.

Définition de l'indicateur

Cet indicateur mesure le pourcentage de patients chez qui on a diagnostiqué un cancer du rectum de stade II ou III entre 2009 et 2012 et qui ont reçu une radiothérapie préopératoire. Les résultats sont présentés selon la province, le groupe d'âge et le sexe.

Date initiale de la mesure

Rapport de 2010 sur le rendement du système de lutte contre le cancer.



42 à 50 %

variations entre provinces du pourcentage de patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ayant reçu une radiothérapie préopératoire conforme aux lignes directrices



53 % contre **30 %**

des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III âgés de moins de 60 ans comparés à ceux de plus de 80 ans reçoivent une radiothérapie préopératoire pour le cancer du rectum

Utilité de la mesure

On a montré que l'administration de radiothérapie (associée à la chimiothérapie) avant la résection chirurgicale d'une tumeur du rectum de stade II ou III permet de mieux maîtriser la maladie localement (c.-à-d., diminue l'incidence d'une récurrence locale), comparativement à la chirurgie seule ou associée à la radiothérapie postopératoire⁶⁴⁻⁶⁶. La radiothérapie préopératoire a également été associée à une réduction de la toxicité liée au traitement, comparativement à la radiothérapie postopératoire⁶⁴. Les lignes directrices de pratique clinique préconisent donc la radiothérapie préopératoire (associée à la chimiothérapie) chez les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III⁶⁷. L'évaluation de la conformité avec les lignes directrices permet de déterminer les variations entre les pratiques cliniques à l'échelle du pays.

Principaux résultats

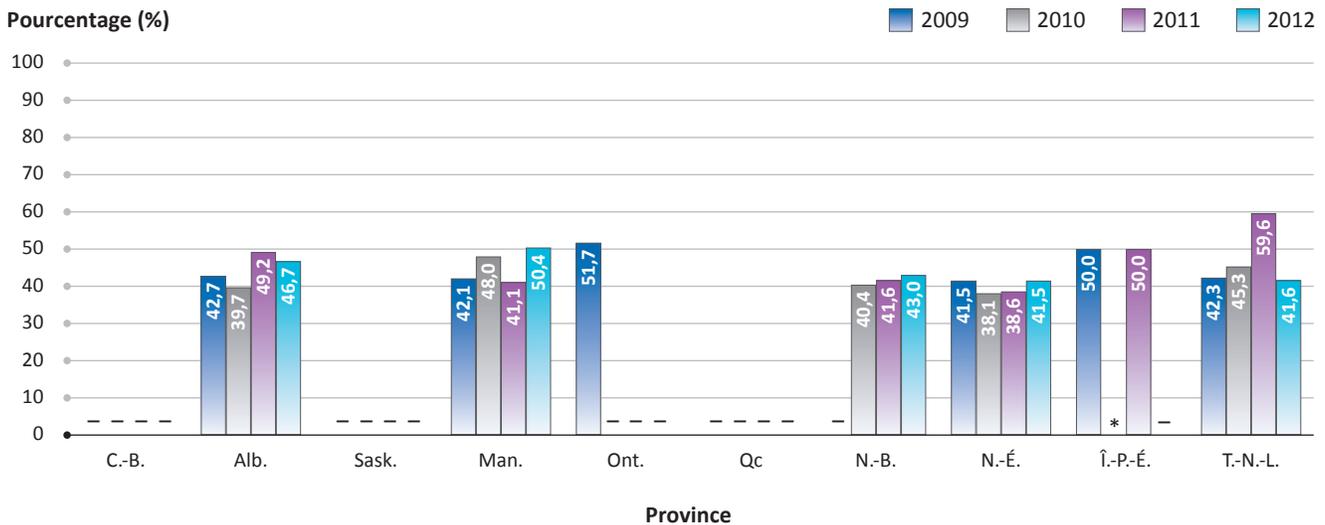
Pour l'année de diagnostic 2012, le pourcentage de patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ayant reçu une radiothérapie préopératoire administrée conformément aux lignes directrices allait de 41,5 % en Nouvelle-Écosse à 50,4 % au Manitoba (Figure 4.6). Il est toutefois important de noter que cet indicateur inclut les cancers du rectum et de la jonction rectosigmoïde. Les lignes directrices recommandent la radiothérapie préopératoire uniquement chez les patients atteints d'un cancer du rectum; les taux de radiothérapie préopératoire administrée conformément aux lignes directrices pourraient par conséquent être plus élevés que les taux

déclarés (voir l'**encadré 1.0** pour consulter les données relatives à l'utilisation de la radiothérapie préopératoire dans les provinces qui ont pu exclure les tumeurs de la jonction rectosigmoïde).

- En règle générale, l'utilisation de la radiothérapie préopératoire pour traiter des patients atteints d'un cancer du rectum a diminué avec l'âge (Figure 4.7). Le taux de traitement est passé de 52,6 % chez les patients âgés de 18 à 59 ans à 29,6 % chez ceux âgés de 80 ans ou plus.
- On n'a relevé aucune différence notable liée au sexe (données non présentées).

FIGURE 4.6

Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ayant subi une radiothérapie avant la chirurgie, selon la province – diagnostic établi entre 2009 et 2012



« — » Données non disponibles.

* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

Alb. : toutes les chirurgies codées du Registre du cancer de l'Alberta qui comprenaient une résection complète du rectum ont été incluses.

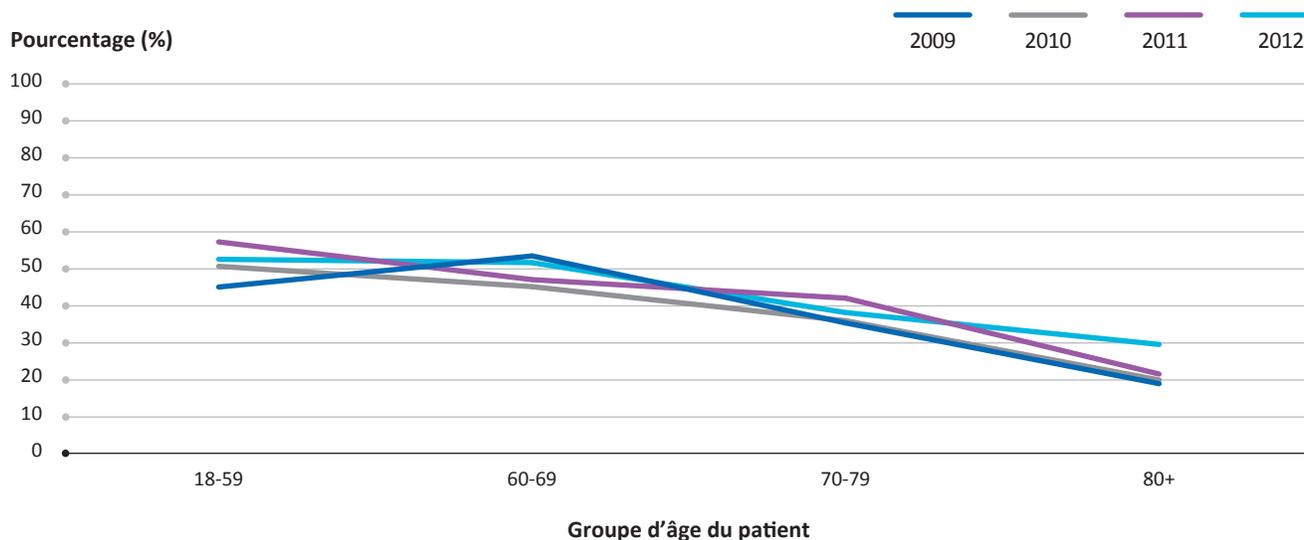
Les critères d'inclusion pour 2009 étaient légèrement différents de ceux utilisés les autres années. Se référer à l'annexe technique pour les détails.

Les données concernent les traitements de radiothérapie commencés dans les 120 jours avant la résection.

Source de données : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

FIGURE 4.7

Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ayant subi une radiothérapie avant la chirurgie, selon le groupe d'âge – diagnostic établi entre 2009 et 2012



Les données concernent l'Alb., le Man., la N.-É. et T.-N.-L. (provinces ayant fourni des données comparables pour les quatre années).

Les données incluent les traitements de radiothérapie commencés dans les 120 jours avant la chirurgie.

Les critères d'inclusion pour 2009 étaient légèrement différents de ceux utilisés les autres années. Se référer à l'annexe technique pour les détails.

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

ENCADRÉ 1.0

Utilisation de la radiothérapie préopératoire chez les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III, excluant les tumeurs de la jonction rectosigmoïde

Utilité de la mesure

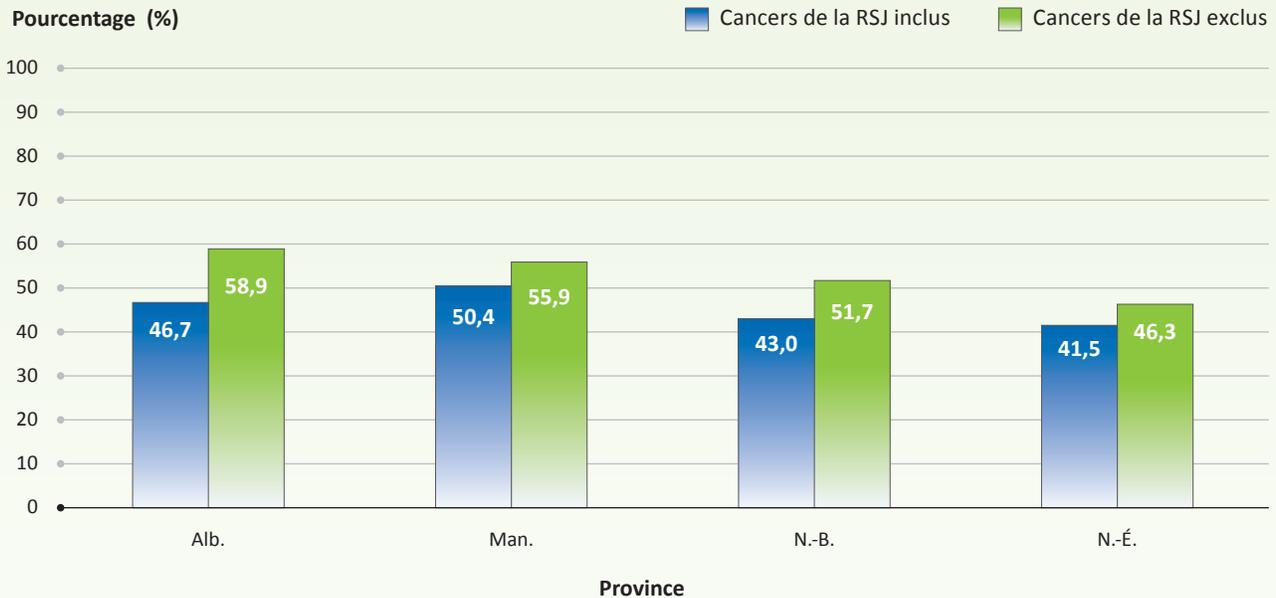
L'avantage de la radiothérapie préopératoire pour les patients atteints de tumeurs de la jonction rectosigmoïde n'est pas clair, mais la perception générale est que ce traitement n'est pas approprié⁶⁸. Nous avons par conséquent examiné l'utilisation de la radiothérapie préopératoire chez les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III, excluant les tumeurs de la jonction rectosigmoïde.

Principaux résultats

- L'utilisation de la radiothérapie préopératoire chez les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III, excluant les tumeurs de la jonction rectosigmoïde, allait de 46,3 % en Nouvelle-Écosse à 58,9 % en Alberta, dans les quatre provinces déclarantes (Figure 4.8).
- Dans toutes les provinces déclarantes, l'utilisation de la radiothérapie préopératoire a augmenté lorsque les cancers de la jonction rectosigmoïde ont été exclus; l'Alberta a connu la hausse la plus importante (12 %) du taux d'administration de radiothérapie préopératoire conformément aux lignes directrices (Figure 4.8).

FIGURE 4.8

Impact de l'inclusion ou de l'exclusion des cancers de la jonction rectosigmoïde : pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ayant subi une radiothérapie avant la chirurgie, selon la province – diagnostic établi en 2012



RSJ = Jonction rectosigmoïde.

Source de données : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

Compte tenu du manque de preuves indiscutables de l'avantage de la radiothérapie préopératoire pour le traitement des tumeurs de la jonction rectosigmoïde, les futurs rapports sur cet indicateur incluront uniquement les cancers du rectum.

Importance de ces résultats

L'administration d'une radiothérapie préopératoire conformément aux lignes directrices sur le cancer du rectum était relativement constante parmi les provinces déclarantes. L'accès à la radiothérapie préopératoire à un stade précoce pourrait avoir des effets positifs sur les résultats obtenus par les patients, en améliorant la maîtrise de la maladie localement et en réduisant la toxicité liée au traitement⁶⁴⁻⁶⁶.

Il est important de noter que de nouvelles données indiquent qu'il est possible d'omettre sans danger la chimiothérapie préopératoire chez certains patients atteints d'un cancer du rectum de stade II⁶⁹. Les résultats des prochains essais randomisés menés dans ce domaine seront importants pour préciser le rôle de la radiothérapie préopératoire dans le cancer du rectum.

Traitement général

Chimiothérapie postopératoire pour les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade II ou IIIA

Message clé

Les patients atteints d'un CPNPC de stade II ou IIIA âgés de 18 à 59 ans ont deux fois plus de chances que ceux âgés de 70 à 79 ans de recevoir une chimiothérapie postopératoire conformément aux lignes directrices.

Définition de l'indicateur

Cet indicateur mesure le pourcentage de patients ayant reçu un diagnostic de cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) de stade II ou IIIA, en 2010, 2011 et 2012, qui a été traité par chimiothérapie postopératoire. Les résultats sont présentés selon la province, le groupe d'âge et le sexe.

Date initiale de la mesure

Rapport de 2011 sur le rendement du système de lutte contre le cancer.



41 à 56 %

variations entre provinces du pourcentage de patients atteints d'un CPNPC de stade II ou IIIA ayant reçu une chimiothérapie postopératoire conforme aux lignes directrices



64 % contre **30 %**

des patients atteints d'un CPNPC de stade II ou IIIA âgés de moins de 60 ans par rapport à ceux de 70 à 79 ans ont reçu une chimiothérapie postopératoire

Utilité de la mesure

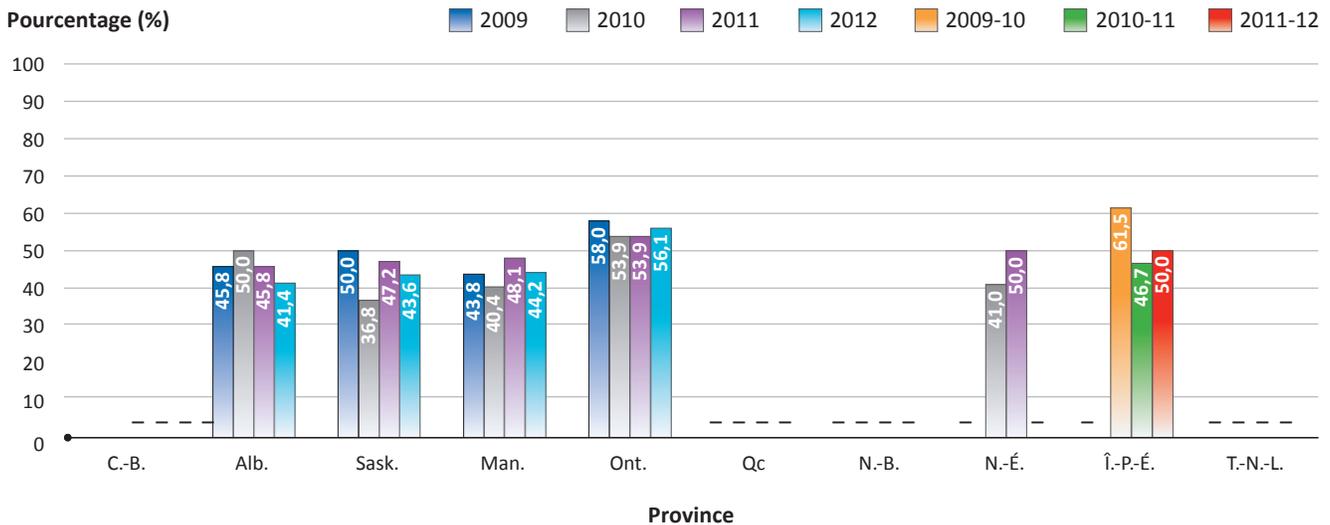
On a montré que l'administration d'une chimiothérapie après une résection améliore les résultats (c.-à-d., la survie globale et la survie sans progression de la maladie) et prévient les récurrences chez les patients atteints d'un CPNPC de stade II ou IIIA⁷⁰⁻⁷³. Les lignes directrices de pratique clinique recommandent donc d'administrer une chimiothérapie postopératoire aux patients atteints d'un CPNPC de stade II ou IIIA⁷⁴. L'évaluation des tendances de la pratique à l'échelle nationale par rapport aux lignes directrices fondées sur des données probantes permet de cerner les écarts qui pourraient être éliminés par l'adoption d'initiatives d'amélioration de la qualité.

Principaux résultats

- Pour l'année de diagnostic 2012, dans les cinq provinces déclarantes, le pourcentage de patients atteints d'un CPNPC de stade II ou IIIA ayant reçu une chimiothérapie postopératoire allait de 41,4 % en Alberta à 56,1 % en Ontario (Figure 4.9).
- L'utilisation de la chimiothérapie postopératoire a diminué avec l'âge : 63,8 % des patients âgés de 18 à 59 ans ont reçu une chimiothérapie postopératoire, comparativement à 29,9 % de ceux âgés de 70 à 79 ans (Figure 4.10).
- On n'a pas relevé de différences notables liées au sexe (données non présentées).

FIGURE 4.9

Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade II ou IIIA ayant subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale, selon la province – années de diagnostic 2009 à 2012



« — » Données non disponibles.

Alb. : toutes les chirurgies codées du Registre du cancer de l'Alberta qui comprenaient une résection complète du poumon ont été incluses.

Man. : les données sur la chimiothérapie orale ont été incluses lorsqu'elles étaient disponibles, mais elles pourraient ne pas être complètes.

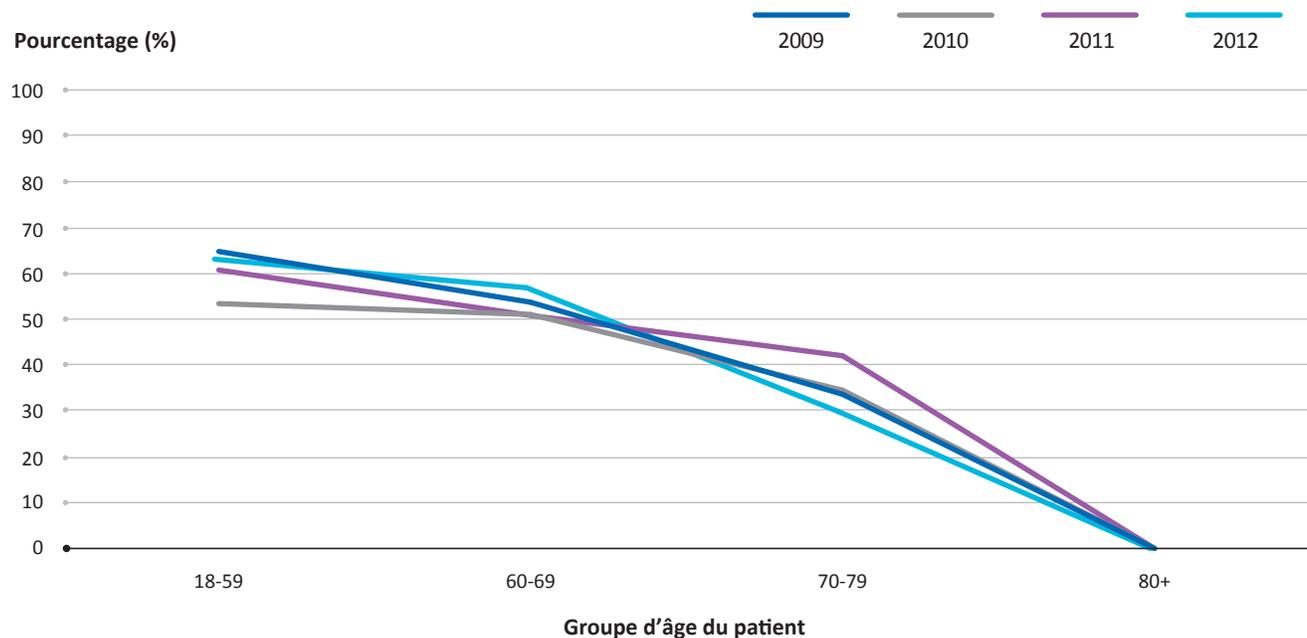
Î.-P.-É. : les données pour 2010 comprennent les données de 2009-2010 combinées. Les données pour 2011 comprennent les données de 2010-2011 combinées. Les données pour 2012 comprennent les données de 2011-2012 combinées.

Les données incluent les traitements de chimiothérapie commencés dans les 120 jours suivant la chirurgie.

Source de données : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

FIGURE 4.10

Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade II ou IIIA ayant subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale, selon le groupe d'âge – années de diagnostic 2009 à 2012



Les données concernent l'Alb., la Sask., le Man. et l'Î.-P.-É. (provinces ayant fourni des données comparables pour les quatre années).

Alb. : toutes les chirurgies codées qui comprenaient une résection complète du poumon ont été incluses.

Man. : les données sur la chimiothérapie orale ont été incluses lorsqu'elles étaient disponibles, mais elles pourraient ne pas être complètes.

Les données incluent les traitements de chimiothérapie commencés dans les 120 jours suivant la chirurgie.

Source de données : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

Importance de ces résultats

Les données indiquent que l'utilisation de la chimiothérapie postopératoire pour le CPNPC de stade II ou IIIA est relativement constante entre les provinces déclarantes, mais pas entre les groupes d'âge. Les patients âgés de 18 à 59 ans étaient beaucoup plus susceptibles de recevoir une chimiothérapie postopératoire que ceux âgés de 70 à 79 ans. Bien que les patients plus âgés sont plus susceptibles de présenter des affections réduisant leur capacité à tolérer la chimiothérapie, les données indiquent que l'utilisation

de la chimiothérapie postopératoire peut améliorer la survie jusqu'à 80 ans⁷⁵⁻⁷⁷. Compte tenu de ce fait, il est important de comprendre pourquoi les pratiques de traitement peuvent varier selon l'âge du patient. Les facteurs qui peuvent influencer le recours à la chimiothérapie postopératoire chez les patients atteints d'un CPNPC de stade II ou IIIA comprennent les affections médicales qui empêchent son utilisation, le refus du traitement par le patient après son orientation vers un oncologue médical et l'absence d'orientation vers un oncologue médical.

Section spéciale : Chirurgies liées aux cancers qui conjuguent risques élevés et ressources importantes, et leurs approches au Canada

Message clé

Si les chirurgies pour le traitement des cancers de l'œsophage, du pancréas, du foie, du poumon ou de l'ovaire n'étaient réalisées que dans les hôpitaux très fréquentés, on pourrait réduire le nombre annuel total de journées d'hospitalisation de 4 775 et sauver 391 vies.

Contexte

La chirurgie fait souvent partie du traitement des patients atteints d'un cancer de l'œsophage, du pancréas, du foie, du poumon ou de l'ovaire. Bien que la plupart des patients se portent bien après la chirurgie, certains obtiennent des résultats indésirables car ces chirurgies sont complexes et nécessitent un niveau élevé de connaissances spécialisées et d'expérience. Il est prouvé que la régionalisation des chirurgies complexes peut améliorer les résultats pour les patients. La régionalisation est définie comme « la réorientation délibérée des interventions chirurgicales oncologiques selon des procédés et des structures explicites et planifiés, en ayant comme intention l'amélioration de la qualité des soins »⁷⁸. Cette section spéciale met en lumière le nombre de résections de cancers ainsi que l'association entre le volume d'activités des hôpitaux et les résultats pertinents obtenus dans le cadre de la mortalité à l'hôpital, du nombre de journées d'hospitalisation évitées et de vies sauvées pour les patients atteints de cancers de l'œsophage, du pancréas, du foie, de l'ovaire ou du poumon à l'échelle du Canada.

Cette section spéciale donne un aperçu des principales conclusions du rapport intitulé « Les soins chirurgicaux liés aux cancers qui conjuguent ressources importantes et risques élevés, et leurs approches au Canada » rédigé par Finley et coll. Le rapport pancanadien présente une analyse et une discussion sur les approches liées aux interventions chirurgicales à haut risque qui mobilisent d'importantes ressources pour les cancers de l'œsophage, du pancréas, du foie, de l'ovaire ou du poumon et fournit des recommandations concrètes afin d'optimiser les soins prodigués au patient.

Méthodes

Les données des hôpitaux sur les hospitalisations effectuées dans neuf provinces (soit toutes les provinces sauf le Québec) ont été extraites de la base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé. Les cas de cancers primaires et les interventions chirurgicales associées effectuées entre 2004 et 2012 ont été inclus; seules les données de 2010 à 2012 sont présentées ici. La structure de la population canadienne en 1991 a été utilisée comme référence pour calculer les taux de résection normalisés selon l'âge. On a effectué des analyses de régression multivariées pour examiner l'association entre le volume hospitalier et les résultats concernant la mortalité à l'hôpital, le nombre de journées d'hospitalisation évitées et de vies sauvées, autant de facteurs déterminants pour les patients, les établissements et les chirurgiens. Le rapport complet contient une description détaillée de la méthodologie.

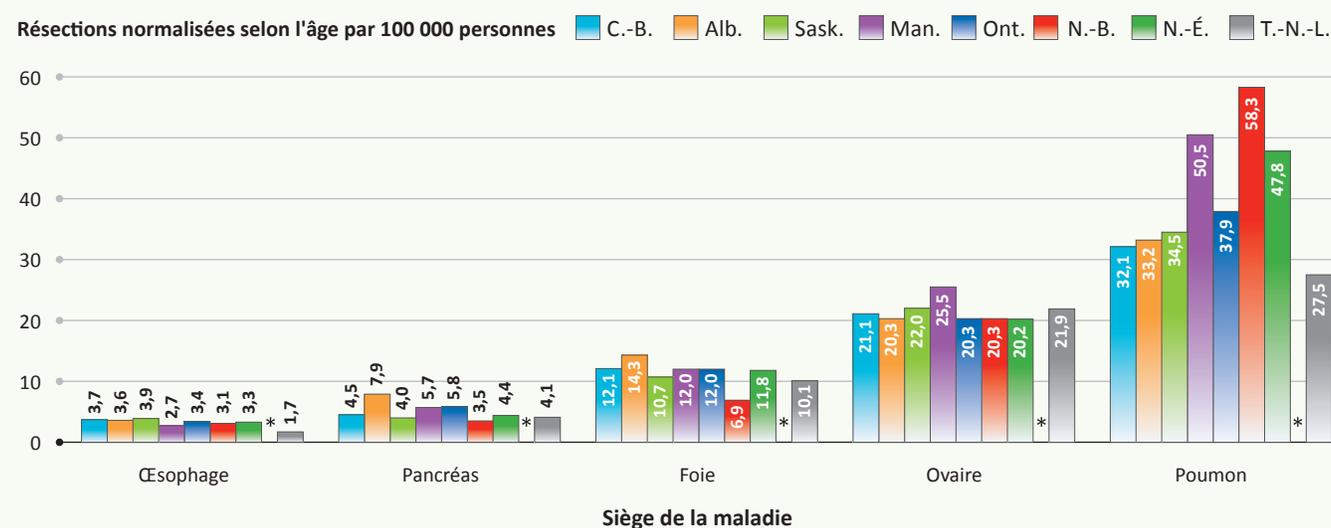
Résultats

Résections des cancers qui conjuguent risques élevés et ressources importantes au Canada

On a noté des variations importantes dans le nombre de résections par personne normalisé selon l'âge de cancers de l'œsophage, du poumon, du foie et du pancréas au Canada. Pour ces cancers, les patients résidant dans la province pratiquant le nombre le plus élevé de résections par personne étaient deux fois plus susceptibles de recevoir une chirurgie potentiellement curative que les patients résidant dans la province effectuant le nombre le plus faible de résections (Figure 4.i).

FIGURE 4.i

Nombre de résections de cancers de l'œsophage, du pancréas, du foie, de l'ovaire ou du poumon par 100 000 personnes, selon la province – années 2010 à 2012 combinées



* Î.-P.-É. : données supprimées en raison des chiffres peu élevés.
Source de données : Institut canadien d'information sur la santé.

Des cinq types de cancers, le nombre de résections pour le cancer de l'œsophage, du pancréas et du foie était relativement faible dans toutes les provinces déclarantes, comparativement au nombre de résections de cancers de l'ovaire ou du poumon (Figure 4.i). L'incidence du cancer et l'indication clinique pourraient représenter les principales causes des disparités observées dans le nombre de résections effectuées.

Certaines tendances provinciales notables concernant le nombre de résections de cancers effectuées sont ressorties (Tableau 4.i). Sur les huit provinces déclarantes, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador présentaient généralement le plus faible nombre de résections (par 100 000 personnes) pour les différents types de cancer. En revanche, la Colombie-Britannique se situait dans la moyenne ou affichait le nombre le plus élevé de résections (par 100 000 personnes).

TABLEAU 4.i

Rang selon le nombre de résections de cancers de l'œsophage, du pancréas, du foie, de l'ovaire ou du poumon par 100 000 personnes, selon la province – années 2010 à 2012 combinées

Siège de la maladie	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	N.-B.	N.-É.	T.-N.-L.
Esophage	3,7	3,6	3,9	2,7	3,4	3,1	3,3	1,7
Pancréas	4,5	7,9	4,0	5,7	5,8	3,5	4,4	4,1
Foie	12,1	14,3	10,7	12,0	12,0	6,9	11,8	10,1
Ovaire	21,1	20,3	22,0	25,5	20,3	20,3	20,2	21,9
Poumon	32,1	33,2	34,5	50,5	37,9	58,3	47,8	27,5

■ Premier tercile (nombre de résections le plus faible par 100 000 personnes)
■ Second tercile
■ Troisième tercile (nombre de résections le plus élevé par 100 000 personnes)

Source de données : Institut canadien d'information sur la santé.

Étendue de la régionalisation des chirurgies liées aux cancers qui conjuguent risques élevés et ressources importantes au Canada

Le volume de résections effectuées dans les hôpitaux varie selon le type de cancer (Tableau 4.ii). La régionalisation des services chirurgicaux était la plus forte pour le cancer du

poumon. Le nombre de résections de cancers de l'ovaire était deux fois plus faible que celles liées au cancer du poumon, mais les résections étaient effectuées dans trois fois plus d'hôpitaux, plusieurs de ceux-ci déclarant de faibles volumes de cas par année.

TABLEAU 4.ii

Nombre de résections et d'hôpitaux effectuant des résections de cancers de l'œsophage, du pancréas, du foie, de l'ovaire ou du poumon, au Canada – année de traitement 2012

Siège de la maladie	Nombre d'hôpitaux effectuant des résections	Nombre de résections
Œsophage	38	334
Pancréas	39	599
Foie	41	1 265
Ovaire	147	2 030
Poumon	43	3 795

Source de données : Institut canadien d'information sur la santé.

Effet du volume de l'hôpital sur les résultats obtenus par les patients

Une augmentation du volume hospitalier des résections de cancers du pancréas, de l'œsophage, du poumon et de l'ovaire était principalement associée à un risque réduit de la mortalité à l'hôpital (Tableau 4.iii). Une augmentation du volume hospitalier devrait avoir l'effet le plus important sur la mortalité à l'hôpital liée aux cancers du pancréas et de l'œsophage. Chaque augmentation de volume de 10 cas devrait en effet diminuer le risque de mortalité à l'hôpital de 22 % et 23 %, respectivement.

Si les chirurgies associées aux cancers de l'œsophage, du pancréas, du foie, de l'ovaire ou du poumon étaient effectuées uniquement dans les hôpitaux ayant un volume d'activités élevé^h (en assumant que la qualité des soins et les résultats soient identiques dans ces hôpitaux), on pourrait réduire de 4 775 le nombre annuel total de journées d'hospitalisation. À lui seul, le cancer du poumon devrait permettre de réduire le nombre annuel de journées d'hospitalisation de 3 335, soit la réduction la plus élevée (Tableau 4.iii). La consolidation des résections de cancers dans les hôpitaux à volume élevé pourrait également permettre de sauver 391 vies. L'effet le plus important a été observé pour la consolidation des résections de cancers du poumon, avec un nombre prévu de 209 vies potentiellement sauvées (Tableau 4.iii).

^h Un hôpital très fréquenté est un hôpital qui se situe dans le tercile de volume le plus élevé.

TABLEAU 4.iii

Effet du volume de l'hôpital sur les résultats des chirurgies oncologiques de l'œsophage, du pancréas, du foie, de l'ovaire ou du poumon, au Canada

Siège de la maladie	Diminution du risque de mortalité à l'hôpital [†]	Nombre de journées d'hospitalisation potentiellement évitées [‡]	Nombre de vies potentiellement sauvées [*]
Pancréas	22 %	725	89
Œsophage	21 %	407	30
Foie	—	308	15
Ovaire	7 %	—	48
Poumon	3 %	3 335	209

[†] Diminution du risque de mortalité à l'hôpital pour chaque augmentation de 10 cas en volume hospitalier.

[‡] Nombre annuel de journées d'hospitalisation potentiellement évitées si les chirurgies oncologiques étaient effectuées dans des hôpitaux classés dans le tercile de volume le plus élevé.

^{*} Nombre de vies potentiellement sauvées si les chirurgies oncologiques effectuées entre 2004 et 2012 l'avaient été dans des hôpitaux classés dans le tercile de volume le plus élevé.

« — » Aucune association significative sur le plan statistique.

Conclusions

La régionalisation des chirurgies complexes pourrait permettre d'obtenir de meilleurs résultats pour les patients et d'améliorer leur qualité de vie. Compte tenu de l'association entre le volume hospitalier et les résultats, l'état actuel des soins chirurgicaux liés au cancer de l'ovaire pourrait bénéficier d'un effort de régionalisation. Les conclusions présentées ici et le rapport complet visent à informer les administrateurs, les planificateurs des services de santé et les décideurs de l'état actuel des soins chirurgicaux et des résultats des chirurgies à haut risque exigeant beaucoup de ressources; à cerner les domaines où il est possible d'apporter des améliorations

et à proposer des recommandations visant à optimiser la qualité des soins.

Pour consulter le rapport complet de Finley et coll. intitulé « Les soins chirurgicaux liés aux cancers qui conjuguent ressources importantes et risques élevés, et leurs approches au Canada », veuillez visiter : http://www.cancerview.ca/fr/qualite_et_planification/initiatives_sur_la_qualite_acces_et_qualite_de_la_chirurgie_de_cancer/.

Indicateurs supplémentaires disponibles sur le site : rendementdusysteme.ca

Taux de résection des cancers du rectum, du côlon et du poumon non à petites cellules

Plus de 81 %

des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ont subi une résection chirurgicale



- Pour l'année de diagnostic 2012, dans les cinq provinces déclarantes, le pourcentage de patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ayant subi une résection chirurgicale allait de 81,1 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 100 % au Nouveau-Brunswick.

Plus de 85 %

des patients atteints d'un cancer du côlon de stade III ont subi une résection chirurgicale



- Pour l'année de diagnostic 2012, dans les cinq provinces déclarantes, le pourcentage de patients atteints d'un cancer du côlon de stade III ayant subi une résection chirurgicale allait de 85,7 % en Saskatchewan à 100 % à l'Île-du-Prince-Édouard.

Plus de 33 %

des patients atteints d'un CPNPC de stade II ou IIIA ont subi une résection chirurgicale



- Pour l'année de diagnostic 2012, dans les cinq provinces déclarantes, le pourcentage de patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) de stade II ou IIIA ayant subi une résection chirurgicale allait de 33,1 % en Saskatchewan à 41,6 % au Manitoba et au Nouveau-Brunswick.

Radiothérapie postopératoire chez les patientes atteintes d'un cancer du sein de stade I ou II

Plus de 71 %

des patientes atteintes d'un cancer du sein de stade I ou II ont reçu une radiothérapie après une chirurgie mammaire conservatrice



- Pour l'année de diagnostic 2012, dans les six provinces déclarantes, le pourcentage de patientes atteintes d'un cancer du sein de stade I ou II ayant reçu une radiothérapie après une chirurgie mammaire conservatrice (CMC) allait de 71,5 % en Saskatchewan à 89,3 % à Terre-Neuve-et-Labrador.
- Les patientes de 18 à 69 ans étaient deux fois plus susceptibles de recevoir une radiothérapie après une CMC que les celles âgées de 80 ans ou plus.

Chimiothérapie postopératoire chez les patients atteints d'un cancer du côlon de stade III

Plus de 57 %

des patients atteints d'un cancer du côlon de stade III ont reçu une chimiothérapie après la résection chirurgicale



- Pour l'année de diagnostic 2012, dans les quatre provinces déclarantes, le pourcentage de patients atteints d'un cancer du côlon de stade III ayant reçu une chimiothérapie après une résection chirurgicale allait de 57,5 % au Manitoba à 65,6 % en Saskatchewan.
- Les patients de 18 à 59 ans étaient plus de trois fois plus susceptibles de recevoir une chimiothérapie postopératoire que ceux âgés de 80 ans ou plus.

5. Perspective centrée sur la personne

Dépistage de la détresse

67

Indicateur supplémentaire disponible
sur le site : rendementdusysteme.ca

69



5. Perspective centrée sur la personne

Depuis quelques années, on met l'accent sur la transformation du système de santé pour passer d'une prestation de soins de santé centrée sur la maladie à un modèle plus axé sur la personne⁷⁹. Les principales composantes des soins centrés sur la personne sont la dignité, le respect, la communication et l'échange d'informations, la collaboration et la participation⁸⁰. Selon la définition actuelle du système de soins de santé, les soins axés sur la personne sont fondés sur les valeurs, les priorités et les besoins individuels de la personne qui reçoit les soins et de sa famille ou de ses soignants, s'inscrivant dans des paramètres de qualité et de données cliniques probantes. L'intégration de la perspective centrée sur la personne au système de traitement du cancer fait appel à la planification et à la prestation délibérées de soins basés sur les expériences et les perspectives des personnes touchées par le cancer.

Bien que des progrès aient été réalisés, la perspective centrée sur la personne est un domaine émergent et donc sous-mesuré de la recherche et de la pratique. Aux fins de ce rapport, et en nous fondant sur les informations disponibles au niveau provincial, nous mettons l'accent sur un indicateur suivi tous les ans : un outil normalisé de « dépistage de la détresse ». L'introduction de cet outil de mesure est la première étape permettant de détecter la détresse et de mettre en œuvre une réponse appropriée aux scores enregistrés. Ce type de programme reflète les efforts visant à prodiguer des traitements du cancer plus axés sur la personne au sein des provinces.

Le Partenariat travaille avec les partenaires engagés dans la lutte contre le cancer afin de définir une manière commune et systématique de recueillir et de consigner les résultats et

les expériences signalés par le patient, afin d'élaborer des indicateurs de qualité des soins palliatifs. Grâce à ce partenariat, on cherche aussi à comprendre comment les personnes aux prises avec le cancer ménagent la transition vers des soins de santé primaires après un traitement contre le cancer. D'après les prévisions, à mesure que de nouveaux indicateurs seront élaborés et utilisés, ces données seront déclarées à l'échelle du pays.

Nous présentons aussi dans ce chapitre les principaux résultats obtenus grâce à l'indicateur suivant sur la perspective centrée sur la personne, qui fait l'objet de rapports périodiques : lieu du décès. On peut trouver des renseignements complets sur cet indicateur supplémentaire à l'adresse : rendementdusysteme.ca.

Indicateur	Résumé des résultats
<p>Dépistage de la détresse</p>	<ul style="list-style-type: none"> En 2015, sept des dix provinces déclarantes ont mis en œuvre à l'échelle de la province des outils normalisés pour le dépistage de la détresse dans les centres de cancérologie. Ces données ont été coordonnées par les autorités provinciales et la déclaration des conclusions a été centralisée. En 2007, seules deux provinces ont déclaré que ces outils ont été mis en œuvre à l'échelle de la province.

Dépistage de la détresse

Message clé

De 2007 à 2015, le nombre de provinces indiquant la mise en œuvre d'outils normalisés de dépistage de la détresse dans les centres de cancérologie à l'échelle de la province a plus que triplé.

Définition de l'indicateur

Cet indicateur mesure le degré auquel les outils normalisés de dépistage de la détresse ont été mis en place en 2015 par les programmes et les organismes provinciaux de lutte contre le cancer. Les résultats sont déclarés par province.

Date initiale de la mesure

Rapport de 2009 sur le rendement du système de lutte contre le cancer.



7 de 10

provinces ont mis en œuvre et coordonné à l'échelle des provinces des outils normalisés pour le dépistage de la détresse dans les centres de cancérologie

Utilité de la mesure

Chez les personnes atteintes de cancer, la détresse se définit généralement comme une ou plusieurs expériences émotionnelles affligeantes. Elle est reliée à des préoccupations psychologiques, sociales, spirituelles, pratiques ou physiques qui peuvent entraver la capacité d'une personne à faire face au cancer et à son traitement⁸¹. Le dépistage tardif de la détresse chez les patients atteints de cancer a été associé à des résultats négatifs, notamment une observance moins étroite des recommandations thérapeutiques, des degrés de satisfaction moins élevés à l'égard des soins et une moins bonne qualité de vie déclarée⁸²⁻⁸⁵. Le dépistage de la détresse à divers points du parcours du patient s'avère utile pour personnaliser les interventions visant à s'ajuster aux besoins changeants de ce dernier, ce qui peut améliorer sa qualité de vie.

Principaux résultats

- En 2015, sept des dix provinces déclarantes ont mis en œuvre des outils de dépistage normalisés à l'échelle de la province permettant de dépister la détresse dans les centres de cancérologie. Ces données ont été coordonnées par la province et la déclaration des conclusions a été centralisée (Tableau 5.1). En 2007, seules deux provinces ont déclaré que des outils avaient été mis en place à l'échelle de la province (données non présentées).
- En 2014, Terre-Neuve-et-Labrador n'avait pas encore mis en œuvre un dépistage de la détresse normalisé et coordonné par la province (données non présentées). En 2015, cependant, les autorités provinciales avaient partiellement mis en œuvre et coordonné un dépistage normalisé de la détresse (Tableau 5.1).

TABLEAU 5.1

Étendue de l'utilisation d'outils normalisés de dépistage de la détresse par province – 2015

Province	Mise en œuvre dans toute la province (coordination provinciale; déclaration centralisée)	Mise en œuvre partielle (coordination provinciale)	Aucune coordination provinciale (usage local possible)
Colombie-Britannique	✓		
Alberta	✓		
Saskatchewan	✓		
Manitoba	✓		
Ontario	✓		
Québec		✓	
Nouveau-Brunswick			✓
Nouvelle-Écosse	✓		
Île-du-Prince-Édouard	✓		
Terre-Neuve-et-Labrador		✓	

Le tableau illustre le niveau de dépistage normalisé de la détresse à l'échelle du pays. Il ne renseigne pas sur le nombre de patients atteints de cancer ayant réellement participé à un dépistage de la détresse ni sur la proportion de patients ayant participé au dépistage dans chaque province.

Source de données : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

Importance de ces résultats

Le dépistage systématique de la détresse peut aider à déterminer les préoccupations psychologiques, sociales, spirituelles, pratiques ou physiques des patients atteints de cancer. L'instrument de dépistage le plus souvent utilisé au Canada est l'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EASE). Cette échelle d'auto-évaluation mesure neuf symptômes couramment signalés par les patients (douleur, fatigue, nausées, dépression, anxiété, somnolence, problèmes d'appétit, manque de bien-être et essoufflement)⁸⁶. Un autre outil couramment utilisé pour détecter les problèmes ou préoccupations chez les patients atteints de cancer est la Liste canadienne de vérification des problèmes⁸⁶.

Toutefois, le dépistage systématique à lui seul est insuffisant pour répondre aux besoins des patients atteints de cancer.

Si on veut avoir un effet positif sur le bien-être du patient, le dépistage doit être accompagné du suivi adéquat et des interventions qui s'imposent (p. ex., évaluation plus poussée, modification des plans de traitement, intervention physique et psychosociale, orientation vers un autre praticien et surveillance continue des symptômes)^{81,87}. Il faut également évaluer l'efficacité de ces programmes dans des milieux cliniques particuliers et le rôle qu'ils jouent dans la détermination des besoins du patient. À l'avenir, les efforts de mesure se concentreront sur le pourcentage de patients utilisant les outils, les résultats des évaluations et la réduction des symptômes signalés par les patients grâce aux efforts de prise en charge des prestataires de soins.

Indicateur supplémentaire disponible sur le site :
rendementdusysteme.ca

Lieu du décès

50 à 89 %

des patients atteints de cancer
sont décédés à l'hôpital



- Parmi les patients atteints de cancer qui sont décédés en 2011, de 49,8 % (Colombie-Britannique) à 89,4 % (Manitoba) sont décédés à l'hôpital.
- Le pourcentage de patients atteints de cancer qui sont décédés à l'hôpital est passé de 71,5 % en 2007 à 67,9 % en 2011.

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

6. Recherche

**Participation aux essais cliniques menés
chez les adultes**

72

**Indicateurs supplémentaires disponibles
sur le site : rendementdusysteme.ca**

75



6. Recherche

Les patients qui participent à des essais cliniques contribuent à l'élaboration et à l'évolution des traitements du cancer fondés sur des données probantes. Les essais cliniques sont essentiels pour évaluer l'innocuité et l'efficacité des nouveaux traitements. Avec le temps, cette recherche pourrait mener à de meilleures options pour le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi, ainsi qu'à de meilleurs résultats pour ceux et celles qui souffrent de cancer aujourd'hui et en souffriront à l'avenir.

Nous présentons dans ce chapitre un indicateur de substitution qui fait l'objet de rapports annuels et qui permet de mesurer l'activité de recherche clinique suivante : le ratio de participation aux essais cliniques menés chez les adultes.

Dans ce chapitre, nous présentons également les principaux résultats obtenus grâce aux indicateurs suivants sur la recherche qui font l'objet de rapports périodiques : participation aux essais cliniques pédiatriques et investissement dans la recherche sur le cancer. On peut trouver des renseignements complets sur ces indicateurs supplémentaires à l'adresse : rendementdusysteme.ca.

Indicateur	Résumé des résultats
<p>Participation aux essais cliniques menés chez les adultes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pendant l'année d'inscription 2014, le ratio de participation aux essais cliniques allait de 0,002 (pouvant être interprété comme 0,2 % des patients atteints de cancer inscrits à des essais) à Terre-Neuve-et-Labrador à 0,066 (6,6 %) en Alberta. Comparativement à 2013, le ratio de participation aux essais cliniques a augmenté dans cinq des huit provinces déclarantes : Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba et Ontario. • Les ratios de participation aux essais cliniques pour les quatre types de cancer les plus courants allaient de 0,011 (pouvant être interprété comme 1,1 % des patients atteints de cancer inscrits à des essais) pour le cancer du poumon à 0,041 (4,1 %) pour le cancer du sein. Comparativement à 2013, les ratios de participation aux essais cliniques ont diminué pour les cancers du sein, de la prostate et du poumon et sont demeurés les mêmes pour le cancer colorectal.

Participation aux essais cliniques menés chez les adultes

Message clé

La participation aux essais cliniques a augmenté dans cinq des huit provinces déclarantes de 2013 à 2014.

Définition de l'indicateur

Cet indicateur mesure le ratio des patients atteints de cancer, âgés de 19 ans ou plus, qui étaient nouvellement inscrits aux phases 1 à 4 des études cliniques¹ (p. ex., essais cliniques thérapeutiques sur le cancer ou études de recherche clinique) menées dans les centres provinciaux de cancérologie en 2014 par rapport au nombre estimé de nouveaux cas de cancer en 2014. Les résultats sont déclarés par province et par type de cancer.

Date initiale de la mesure

Rapport de 2010 sur le rendement du système de lutte contre le cancer.



Utilité de la mesure

Les patients qui sont traités dans les centres de cancérologie ayant mis en œuvre des programmes actifs d'essais cliniques tendent à obtenir de meilleurs résultats sur la santé (p. ex., survie et qualité de vie améliorées) que ceux traités dans des centres qui ne participent pas à des essais cliniques. Ce résultat est probablement dû à de meilleurs processus et à une meilleure prestation des soins, notamment une meilleure observance des lignes directrices de traitement⁹⁰⁻⁹³.

Au Canada, le système des essais cliniques sur le cancer fait face à certaines difficultés pour plusieurs raisons, notamment la complexité croissante des essais cliniques, un milieu réglementaire de plus en plus onéreux et une charge de travail accrue des comités d'éthique de la recherche⁹⁴. De plus, même si le nombre annuel d'essais cliniques sur le cancer est resté le même ou a augmenté entre 2000 et 2010, l'inscription annuelle des patients a atteint un plateau ou a diminué⁹⁴. La comparaison de la participation aux essais cliniques à l'échelle du pays permet de déterminer des occasions propices à l'action.

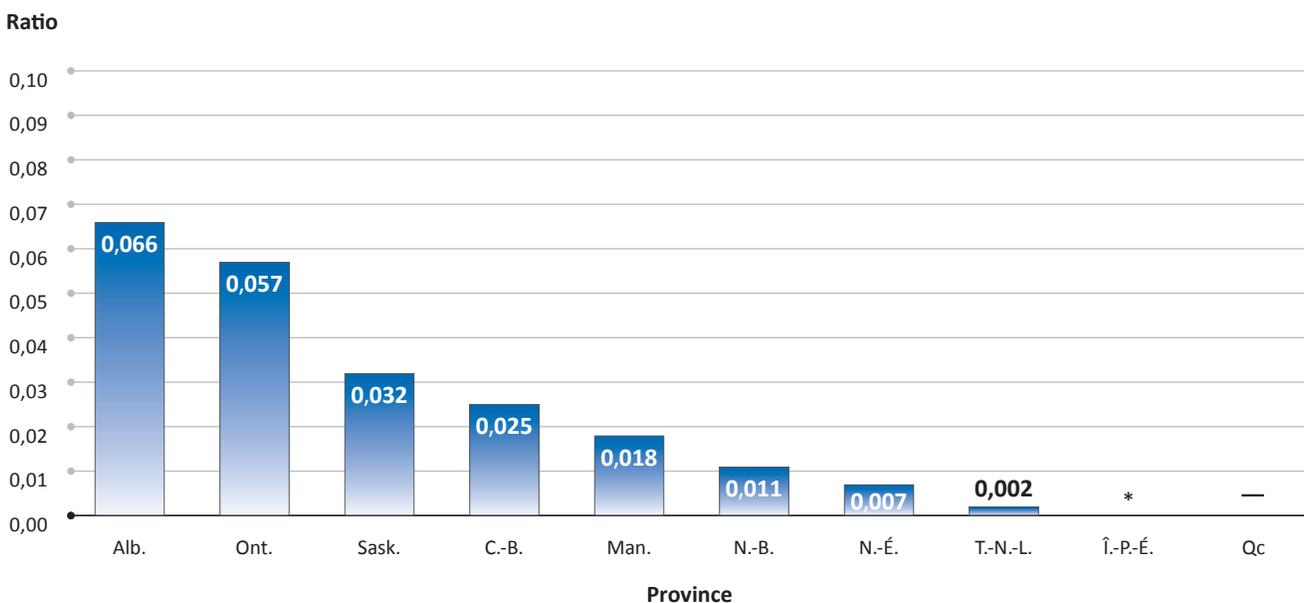
¹ Les essais de phase 1 sont conçus pour mesurer l'innocuité et les effets indésirables de nouveaux médicaments ou traitements. Les essais de phase 2 sont conçus en vue d'une mesure et d'une évaluation plus poussées de l'innocuité et de l'efficacité de nouveaux médicaments ou traitements. Les essais de phases 3 et 4 sont essentiels pour améliorer les résultats sur la santé des patients qui y participent. Ils sont conçus pour évaluer les effets secondaires et les résultats à long terme associés⁹⁸.

Principaux résultats

- Pendant l'année d'inscription 2014, le ratio de participation aux essais cliniques allait de 0,002 (pouvant être interprété comme 0,2 %) à Terre-Neuve-et-Labrador à 0,066 (6,6 %) en Alberta (Figure 6.1). Comparativement à 2013, le ratio de participation aux essais cliniques a augmenté dans cinq des huit provinces déclarantes : Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba et Ontario (données non présentées).
- Les ratios de participation à des essais cliniques pour les quatre types de cancer les plus fréquents vont de 0,011 (1,1 %) pour le cancer du poumon à 0,041 (4,1 %) pour le cancer du sein (Figure 6.2). Comparativement à 2013, les ratios de participation aux essais cliniques ont diminué pour les cancers du sein, de la prostate et du poumon et sont demeurés les mêmes pour le cancer colorectal (données non présentées).

FIGURE 6.1

Ratio entre le nombre de patients adultes inscrits à des essais cliniques et le nombre de nouveaux cas, selon la province, tous les cancers – inscription en 2014



* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

« — » Données non disponibles.

On a utilisé pour cet indicateur les nouveaux cas de cancer projetés en 2014 par la Société canadienne du cancer (SCC). Les projections de la SCC sont dérivées des modèles statistiques incorporant les données obtenues à partir du Registre canadien sur le cancer, du Système national de déclaration des cas de cancer, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès, ainsi que des tables de mortalité, des recensements et des prévisions démographiques.

L'indicateur est un ratio, pas un taux. Ainsi, le numérateur n'est pas un sous-ensemble complet du dénominateur. Les cas inclus dans le numérateur peuvent avoir été diagnostiqués au cours d'années antérieures ou peuvent être des cas récurrents.

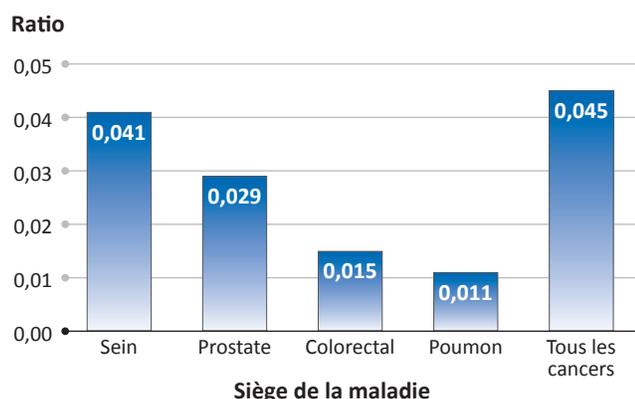
Alb. : inclut les cas sans intervention.

Source de données : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer de la Société canadienne du cancer.

¹ En tant que substitut au taux réel de participation aux essais cliniques, les résultats de cet indicateur peuvent (uniquement par commodité) être interprétés comme pourcentages (p. ex., 0,05 = 5 %).

FIGURE 6.2

Ratio entre le nombre de patients adultes inscrits à des essais cliniques et le nombre de nouveaux cas selon le siège de la maladie, les quatre types de cancer les plus courants et tous les cancers combinés – inscription en 2014



Les données pour les quatre cancers les plus courants proviennent de C.-B., Alb., Sask., Man., N.-B., N.-É. et T.-N.-L.

Les données pour tous les cancers proviennent de C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., N.-B., N.-É. et T.-N.-L.

On a utilisé pour cet indicateur les nouveaux cas de cancer projetés en 2014 par la Société canadienne du cancer (SCC). Les projections de la SCC sont dérivées des modèles statistiques incorporant les données obtenues à partir du Registre canadien sur le cancer, du Système national de déclaration des cas de cancer, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès, ainsi que des tables de mortalité, des recensements et des prévisions démographiques.

L'indicateur est un ratio, pas un taux. Ainsi, le numérateur n'est pas un sous-ensemble complet du dénominateur. Les cas inclus dans le numérateur peuvent avoir été diagnostiqués au cours d'années antérieures ou peuvent être des cas récurrents.

Source de données : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer de la Société canadienne du cancer.

Importance de ces résultats

Les essais cliniques sont une étape essentielle dans l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des nouveaux traitements contre le cancer. Ils sont aussi utiles pour déterminer de nouvelles façons de détecter, de diagnostiquer et de réduire le risque de cancer. Les patients qui participent à des essais cliniques contribuent à l'élaboration et à l'évolution des traitements contre le cancer fondés sur des données probantes. Cette recherche pourrait contribuer à augmenter le nombre et la qualité des options de dépistage, de diagnostic, de traitement et de suivi, et à améliorer les résultats de ceux et celles qui souffrent de cancer.

Les données probantes laissent entendre que les centres de cancérologie dotés de programmes actifs d'essais cliniques permettent aux patients d'obtenir de meilleurs résultats, par exemple, une survie accrue⁹⁰⁻⁹³. Cependant, l'inscription du participant est le plus important obstacle à la réalisation des essais cliniques⁹⁵. Les résultats présentés ici montrent que moins de 7 % des adultes participent à des essais cliniques au Canada, taux similaire à celui observé dans d'autres pays comme les États-Unis⁹⁶. La comparaison de la participation aux essais cliniques à l'échelle du pays pourrait aider à déterminer des occasions propices à l'action. Par exemple, les provinces avec un taux plus élevé de participation aux essais cliniques pourraient partager leurs expériences relativement à leur taux de participation accrue aux essais cliniques sur le cancer.

Comment le Canada se compare-t-il à d'autres pays?

Aux États-Unis, le National Cancer Institute a estimé que moins de 5 % des patients adultes atteints de cancer participent à des essais cliniques⁹⁶. En revanche, au Royaume-Uni, le taux de participation aux essais cliniques sur le cancer est le plus élevé du monde. Le National Cancer Research Network a été fondé en 2001 pour accroître le recrutement aux essais et aux autres recherches axées sur le patient; sa création a permis de doubler la participation aux essais cliniques⁹⁷. En 2006, au Royaume-Uni, environ 14 % des adultes chez lesquels on avait posé un diagnostic de cancer ont participé à des études sur le cancer.

Au Canada, le Réseau canadien d'essais cliniques sur le cancer (RCECC) a été fondé en 2013 afin de coordonner les centres d'essais cliniques. Cette initiative a pour but d'améliorer l'accès des patients aux essais cliniques universitaires ainsi que l'environnement où se déroulent ces essais, grâce à la collaboration et à la facilitation d'importantes initiatives nationales. Elle permet aussi de montrer les répercussions du réseau et des essais universitaires sur le système de santé canadien⁹⁸.

Indicateurs supplémentaires disponibles sur le site : rendementdusysteme.ca

Participation aux essais cliniques pédiatriques

19 à 57 %

variations entre provinces du pourcentage de participation aux essais cliniques pédiatriques



- Pendant l'année d'inscription 2014, le ratio entre les patients pédiatriques inscrits à des essais cliniques et les patients nouvellement inscrits dans un centre de cancérologie se situait entre 0,191 (pouvant être interprété comme 19,1 %) en Colombie-Britannique et 0,571 (57,1 %) au Manitoba.
- La participation aux essais cliniques pédiatriques a diminué dans cinq des huit provinces déclarantes de 2011 à 2014.

Source de données : Conseil C¹⁷ des programmes en oncologie pédiatrique du Canada.

Investissement en recherche selon le type de cancer

51 %

des fonds investis en recherche sur le cancer ont été alloués aux quatre cancers les plus courants : sein, prostate, colorectal et poumon



- En 2013, la moitié (50,8 %) des fonds investis en recherche sur le cancer a été allouée aux cancers du sein, de la prostate, du poumon et au cancer colorectal; le pourcentage de l'investissement en recherche sur le cancer s'est situé entre 5,9 % pour le cancer du poumon et 25,7 % pour le cancer du sein.
- Des quatre cancers les plus courants, le cancer du sein, qui affiche le deuxième plus faible taux de mortalité, a bénéficié de l'investissement le plus important en recherche. En revanche, le cancer du poumon, dont le taux de mortalité est le plus élevé, a bénéficié de l'investissement le plus faible en recherche.

Source de données : Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer.

7. Pertinence

Dépistage du cancer
du sein au-delà des
lignes directrices

78

Mastectomies à la suite d'un
cancer du sein effectuées en
chirurgie d'un jour

81

Indicateur supplémentaire
disponible sur le site :
rendementdusysteme.ca

84



7. Pertinence

Comme dans le cas des soins de santé en général, les décisions quant à la prestation des services de lutte contre le cancer devraient se fonder sur la création de valeur ajoutée, ce qui pourrait aider à améliorer la qualité tout en contribuant à la durabilité des soins de santé. Les soins à valeur élevée sont des soins qui donnent les meilleurs résultats (p. ex., des soins fondés sur des données probantes, qui sont vraiment nécessaires et qui tiennent compte des préférences du patient) et qui utilisent le niveau approprié de ressources. Ce concept est particulièrement important étant donné que nombre de patients sont soumis à des tests médicaux, traitements et interventions de faible valeur et potentiellement nuisibles et que la population croissante et vieillissante de même que les coûts accrus des traitements contre le cancer menacent de plus en plus la durabilité du système de soins de santé.

Nous présentons dans ce chapitre des renseignements sur deux indicateurs de la pertinence faisant l'objet de rapports annuels : le dépistage du cancer du sein au-delà des lignes directrices et les mastectomies à la suite d'un cancer du sein, effectuées en chirurgie d'un jour.

Dans ce chapitre, nous présentons également les principaux résultats obtenus grâce à l'indicateur suivant de la pertinence, qui fait l'objet de rapports périodiques : utilisation des soins intensifs pendant les deux dernières semaines de vie. On peut trouver les renseignements complets sur cet indicateur supplémentaire à l'adresse : rendementdusysteme.ca.

Indicateur	Résumé des résultats
<p>Dépistage du cancer du sein au-delà des lignes directrices</p>	<ul style="list-style-type: none"> Entre 14 % (Yukon) et 38 % (Territoires du Nord-Ouest) des mammographies de dépistage autodéclarées effectuées au cours des deux années précédentes ont été réalisées chez des femmes à l'extérieur de la fourchette d'âges recommandée de 50 à 74 ans (données de 2012).
<p>Mastectomies à la suite d'un cancer du sein effectuées en chirurgie d'un jour</p>	<ul style="list-style-type: none"> D'avril 2009 à mars 2014, entre 1 % (Alberta) et 39 % (Nouveau-Brunswick) des mastectomies ont été effectuées en chirurgie d'un jour. Dans huit des neuf provinces déclarantes, le pourcentage des mastectomies effectuées en chirurgie d'un jour a augmenté entre 2008-2009/2010-2011 et 2011-2012/2013-2014.

Dépistage du cancer du sein au-delà des lignes directrices

Message clé

Une proportion considérable de mammographies de dépistage a été effectuée chez des femmes à l'extérieur de la fourchette d'âges cibles recommandée dans les lignes directrices du GECSSP (entre 50 et 74 ans).

Définition de l'indicateur

Cet indicateur mesure le pourcentage de mammographies de dépistage autodéclarées effectuées chez des femmes se situant à l'intérieur et à l'extérieur de la fourchette d'âges cibles recommandés dans les lignes directrices du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) (de 50 à 74 ans)^k. L'indicateur englobe les mammographies effectuées dans les deux années précédentes chez des femmes asymptomatiques. Les résultats sont présentés pour chaque province ou territoire à partir des données issues de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012.

Date initiale de la mesure

Rapport de 2014 sur le rendement du système de lutte contre le cancer.

La définition de l'indicateur a été modifiée en 2015 pour y inclure les femmes de moins de 50 ans ou de plus de 75 ans (plutôt que seulement les femmes de plus de 75 ans), ce qui permet de présenter tous les dépistages du cancer du sein effectués à l'extérieur de la fourchette d'âges recommandés par les lignes directrices.



25 %

des mammographies de dépistage ont été effectuées à l'extérieur de la fourchette d'âges recommandée par les lignes directrices



14 à 38 %

variations entre provinces et territoires du pourcentage de mammographies de dépistage effectuées à l'extérieur de la fourchette d'âges recommandée par les lignes directrices

Utilité de la mesure

On a montré que la mammographie de dépistage permet de réduire la mortalité due au cancer du sein et la morbidité associée à un cancer avancé, mais l'avantage est particulièrement évident chez les femmes de 50 à 74 ans⁹⁹. Bien qu'il y ait des preuves de l'avantage du dépistage sur la mortalité due au cancer du sein, il est essentiel de sopeser cet avantage et les dangers possibles, à savoir les résultats faux positifs, le surdiagnostic, le surtraitement et les coûts financiers tant pour le système que pour la patiente^{42, 99, 100}. Les lignes directrices du GECSSP recommandent que les femmes de 50 à 74 ans exposées à un risque moyen de cancer du sein se soumettent à un dépistage systématique par mammographie tous les deux ou trois ans⁴². Le respect des lignes directrices sur le dépistage fondées sur des données probantes maximise les avantages du dépistage tout en diminuant les inconvénients des interventions non nécessaires.

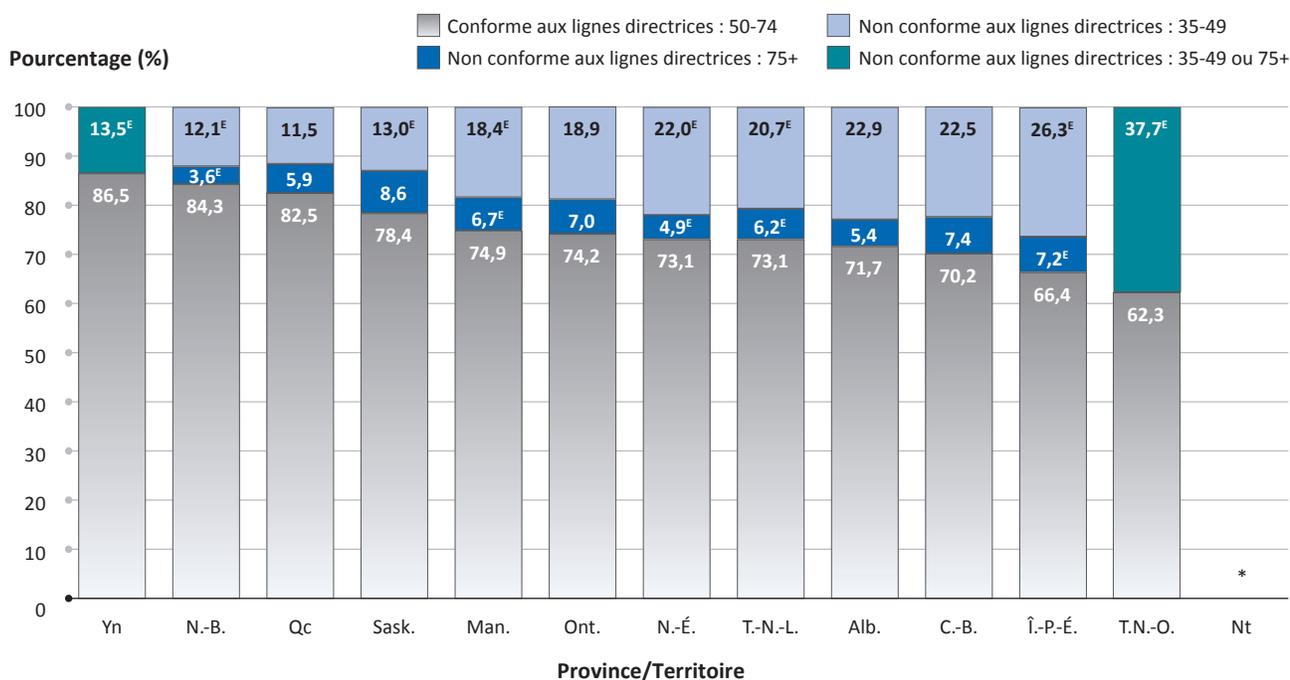
^k Cet indicateur ne fait pas de distinction entre les femmes à risque plus élevé que la moyenne et les femmes à risque moyen. Pour cette raison, le dépistage pourrait être approprié dans le cas de certaines femmes que ces résultats englobent.

Principaux résultats

- Le pourcentage des mammographies de dépistage déclarées par les patientes, effectuées au cours des deux années précédentes chez des femmes se trouvant à l'extérieur de la fourchette d'âges recommandée de 50 à 74 ans varie grandement, allant de 13,5 % au Yukon à 37,7 % dans les Territoires du Nord-Ouest (données de 2012) (Figure 7.1).
- Plus de mammographies de dépistage ont été effectuées chez des femmes de 35 à 49 ans que chez celles âgées de 75 ans ou plus (de 11,5 % au Québec à 26,3 % à l'Île-du-Prince-Édouard et de 3,6 % au Nouveau-Brunswick à 8,6 % en Saskatchewan, respectivement) (Figure 7.1).

FIGURE 7.1

Pourcentage des mammographies de dépistage déclarées par les patientes, effectuées chez des femmes asymptomatiques[†] se trouvant à l'intérieur et à l'extérieur des groupes d'âge recommandés pour le dépistage au cours des deux dernières années, par province ou territoire — année de déclaration 2012



[†] On considère qu'une femme asymptomatique a bénéficié d'une mammographie de dépistage si sa raison pour se soumettre à une mammographie était une des suivantes : antécédents familiaux de cancer du sein, examens médicaux réguliers ou dépistage systématique, âge ou utilisation courante d'une hormonothérapie substitutive.

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

* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

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

Utilité de ces résultats

Dans certaines provinces ou territoires, un nombre considérable de mammographies de dépistage ont été effectuées chez des femmes se trouvant à l'extérieur du groupe d'âge de 50 à 74 ans recommandé dans les lignes directrices, bien qu'on note de grandes variations à travers le pays. Alors que les programmes organisés de dépistage du cancer du sein, qui existent dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada excepté le Nunavut, invitent les femmes à risque moyen de 50 à 69 ans à passer une mammographie de dépistage du cancer du sein tous les deux ans, les lignes directrices des divers programmes varient sur le plan de leur acceptation du dépistage des femmes dans la quarantaine ou âgées de plus de 75 ans⁴³. Les femmes peuvent aussi bénéficier du dépistage par mammographie sans passer par un programme provincial (aussi appelé dépistage opportuniste), ce qui signifie qu'elles peuvent ne pas être soumises aux mêmes lignes directrices et aux mêmes critères d'admissibilité que ceux gouvernant les programmes provinciaux et que leurs caractéristiques pourraient différer. Cette pratique peut contribuer à une certaine variabilité.

L'objectif n'est pas d'éliminer toutes les mammographies de dépistage effectuées chez les femmes en dehors du groupe d'âge de 50 à 74 ans, particulièrement chez celles dans la quarantaine, mais de s'assurer que les ressources

allouées aux mammographies ciblent les femmes qui en ont le plus besoin, c'est-à-dire, celles à haut risque de développer un cancer du sein. En comprenant les différences qui existent entre les provinces et les territoires sur le plan de l'utilisation de la mammographie de dépistage à l'extérieur des groupes d'âge recommandés par les lignes directrices, on peut déterminer des moyens de rationaliser les pratiques de dépistage à l'échelle du pays afin de mieux respecter les lignes directrices et de fournir des occasions d'équilibrer l'allocation des ressources dans certaines provinces et territoires tout en réduisant les interventions inutiles et potentiellement nuisibles qui pourraient causer une détresse émotionnelle chez les femmes.

Bien que l'adhésion aux lignes directrices soit importante du point de vue de la santé de la population et de la planification des systèmes, il est important que les femmes reçoivent toutes les informations appropriées leur permettant de décider de se soumettre ou non à une mammographie de dépistage, particulièrement si elles se situent à l'extérieur de la fourchette d'âges où les avantages sont clairs et où on juge qu'ils l'emportent sur les inconvénients possibles du dépistage. On peut transmettre ces informations aux femmes par une approche visant une prise de décisions éclairées, leur permettant de discuter avec leur médecin des inconvénients et des avantages du dépistage, ainsi que de leurs préférences⁴².

Mastectomies à la suite d'un cancer du sein effectuées en chirurgie d'un jour

Message clé

On observe des variations importantes, avec une différence de 38 points de pourcentage entre les provinces affichant les pourcentages les plus faibles et les plus élevés de mastectomies effectuées dans le cadre d'une chirurgie d'un jour. Cependant, le pourcentage de mastectomies effectuées en chirurgie d'un jour a augmenté avec le temps dans la plupart des provinces.

Définition de l'indicateur

Cet indicateur mesure le pourcentage des mastectomies visant la résection d'une tumeur cancéreuse au sein, effectuées dans le cadre d'une chirurgie d'un jour. Les données, déclarées par province, englobent les femmes atteintes de cancer du sein invasif unilatéral envahissant, qui ont subi une intervention chirurgicale entre avril 2008 et mars 2014 et elles sont déclarées par province.

Date initiale de la mesure

Rapport de 2014 sur le rendement du système de lutte contre le cancer.



1 à 39 %

variations entre provinces
du pourcentage de
mastectomies effectuées
en chirurgie d'un jour



8 de 9

provinces ont augmenté
le pourcentage des
mastectomies effectuées
en chirurgie d'un jour

Utilité de la mesure

La mastectomie est un des traitements curatifs standard pour les femmes atteintes de cancer du sein résecable. Bien qu'il s'agisse d'une intervention relativement efficace, la mastectomie peut maintenant être pratiquée sans danger en ambulatoire, ne nécessitant que quelques heures de séjour en consultations externes¹⁰¹. La mastectomie en ambulatoire a été associée à une grande satisfaction des patientes et à un bien-être psychologique élevé¹⁰². De plus, passer d'une hospitalisation à une chirurgie d'un jour pour les femmes subissant une mastectomie pourrait mener à une réduction des coûts pour le système et à une plus grande capacité d'hospitalisation. En mesurant le pourcentage de mastectomies effectuées en chirurgie d'un jour à travers les provinces, nous pouvons détecter les variations dans les pratiques, ce qui pourrait aider à déterminer les occasions d'amélioration de l'expérience vécue par les patientes et à réduire les coûts pour le système en évitant l'hospitalisation de patientes qui pourraient récupérer sans danger chez elles.

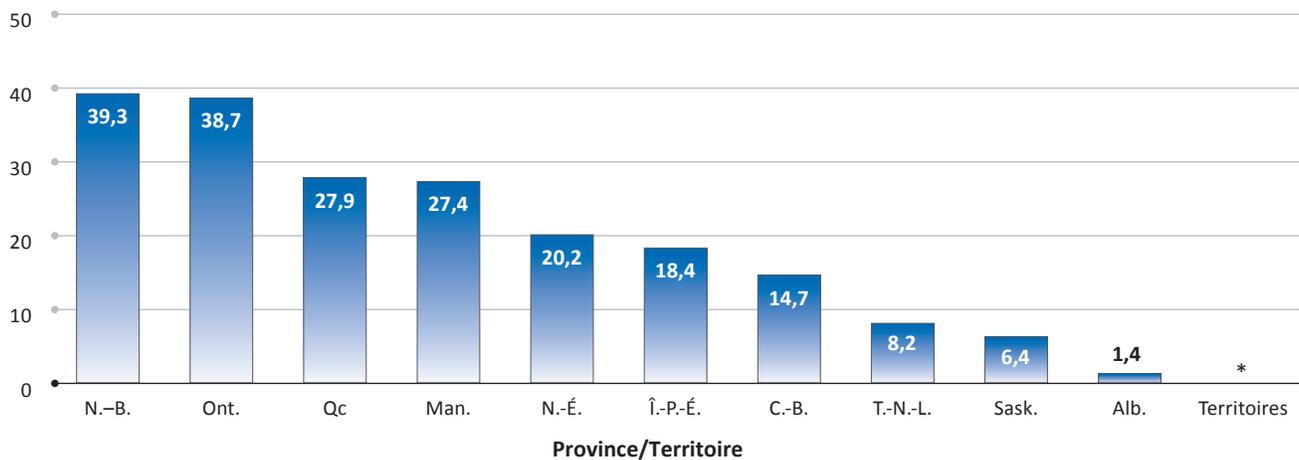
Principaux résultats

- D'avril 2009 à mars 2014, de 1,4 % (Alberta) à 39,3 % (Nouveau-Brunswick) des mastectomies ont été effectuées en chirurgie d'un jour (Figure 7.2).
- Dans huit des neuf provinces déclarantes, le pourcentage des mastectomies effectuées en chirurgie d'un jour a augmenté de 2008-2009 à 2010-2011 et de 2011-2012 à 2013-2014¹ (Figure 7.3).
- Le pourcentage de chirurgies d'un jour pour une mastectomie est passé de 29,6 % en 2008-2009 et 2010-2011 à 46,9 % en 2011-2012 et 2013-2014 au Nouveau-Brunswick, soit l'augmentation la plus importante signalée dans les provinces (Figure 7.3).

FIGURE 7.2

Pourcentage des mastectomies dues au cancer du sein effectuées en chirurgie d'un jour, selon la province ou le territoire – années 2009-2010 à 2013-2014 combinées

Pourcentage (%)



* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

Sask. : données pour 2010-2011 / 2013-2014. Les données pour 2009-2010 ont été supprimées en raison des chiffres peu élevés et n'ont pas pu être utilisées pour le calcul.

Î.-P.-É. : données pour 2013-2014. Les données pour 2009-2010 / 2012-2013 ont été supprimées en raison des chiffres peu élevés et n'ont pas pu être utilisées pour le calcul.

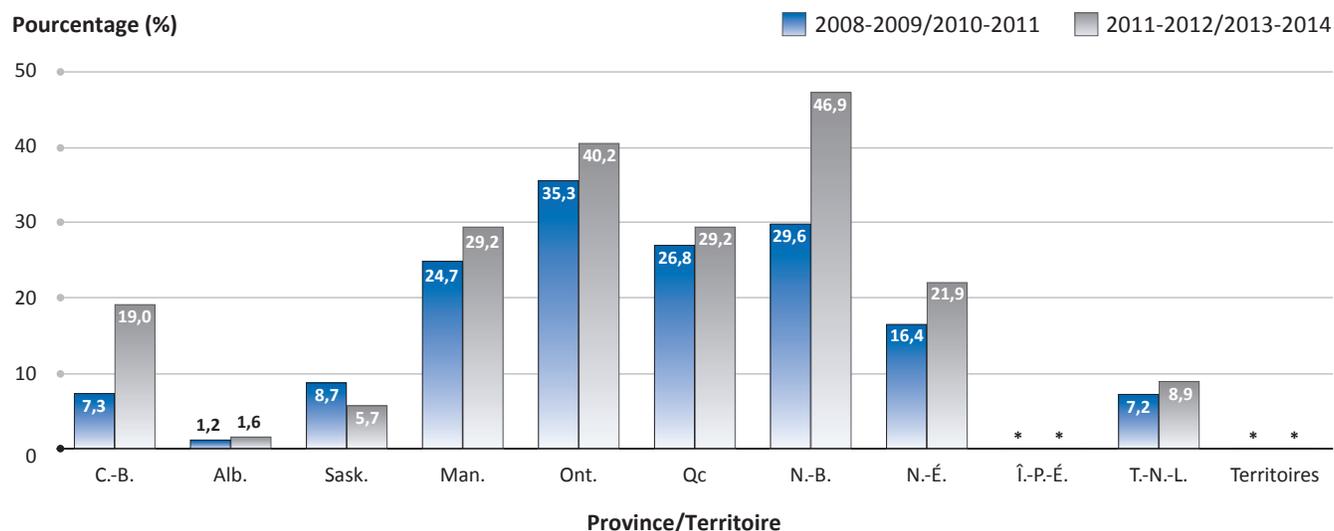
Les territoires incluent le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

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

¹ La période 2008/2009 à 2010/2011 va d'avril 2008 à mars 2011. La période 2011/2012 à 2014/2014 va d'avril 2011 à mars 2014.

FIGURE 7.3

Pourcentage des mastectomies dues au cancer du sein effectuées en chirurgie d'un jour selon la province ou le territoire – années 2008-2009/2010-2011 contre 2011-2012/2013-2014 combinées



* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

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

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

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

Importance de ces résultats

On observe une différence de 38 points de pourcentage entre les provinces présentant le nombre le plus faible et le plus élevé de mastectomies effectuées dans le cadre d'une chirurgie d'un jour. Bien que les mastectomies effectuées lors d'une hospitalisation ou en chirurgie d'un jour puissent être appropriées, ces dernières pourraient avoir des répercussions importantes sur l'expérience de la patiente et l'utilisation des ressources. Des études ont montré que les femmes qui subissaient une mastectomie en chirurgie d'un jour étaient susceptibles de mieux récupérer sur le plan physique et psychologique après l'intervention chirurgicale¹⁰². La raison pourrait en être que de nombreuses patientes préfèrent récupérer à la maison et être psychologiquement stimulées par un congé précoce¹⁰³. La chirurgie d'un jour en raison d'un cancer du sein a aussi été liée à une meilleure satisfaction

quant aux soins en raison de la perception d'une meilleure continuité perçue des soins¹⁰⁴. Par ailleurs, le risque d'exposition aux infections nosocomiales pourrait être moindre puisque les patientes passent moins de temps à l'hôpital. De plus, tant qu'on obtient des résultats similaires ou meilleurs pour les patientes, les chirurgies d'un jour pourraient accroître la capacité d'hospitalisation.

Il est important de noter que toutes les mastectomies ne peuvent être effectuées en chirurgie d'un jour. Des maladies concomitantes, des complications post-chirurgicales ou le manque de soutien à une récupération à domicile pourraient faire en sorte que les mastectomies effectuées chez les patientes hospitalisées soient plus appropriées dans certains cas.

Indicateur supplémentaire disponible sur le site :
rendementdusysteme.ca

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

6 à 16 %

des patients atteints de cancer
ont été admis dans une unité de
soins intensifs dans les deux
dernières semaines de leur vie



- D'avril 2011 à mars 2015, de 5,8 % (Nouvelle-Écosse) à 15,9 % (territoires) des patients atteints de cancer ont été hospitalisés dans une unité de soins intensifs pendant leurs deux dernières semaines de vie.
- Parmi les patients atteints de cancer admis dans une unité de soins intensifs, de 3,7 % (Nouvelle-Écosse) à 12,4 % (territoires) sont décédés à sur place.

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

8. Résultats à long terme

Cancer du sein	87	Cancer de la prostate	99	Section spéciale : Survie à cinq ans par revenu pour plusieurs cancers au Canada	111
Cancer du poumon	91	Cancer du pancréas	103		
Cancer colorectal	95	Cancer de l'ovaire	107		



8. Résultats à long terme

Les efforts de lutte contre le cancer visent un certain nombre de résultats importants : la réduction du nombre de personnes chez lesquelles on diagnostique un cancer (incidence), la diminution du nombre de décès dus au cancer (mortalité) et l'allongement de la période pendant laquelle les personnes vivent après un diagnostic de cancer (survie), tout comme l'amélioration de la qualité de vie pour les personnes qui en sont atteintes.

Dans ce chapitre, nous présentons les données sur l'incidence (incluant les taux d'incidence par stade) et sur la mortalité pour les cinq cancers accusant le taux de mortalité le plus élevé : cancers du sein, du poumon, colorectal, de la prostate et du

pancréas. Le cancer de l'ovaire a été ajouté comme indicateur supplémentaire en 2016. On trouve aussi dans ce chapitre une section spéciale présentant un aperçu de la survie par rapport au revenu au Canada pour plusieurs cancers.

Indicateur	Résumé des résultats
Cancer du sein	<ul style="list-style-type: none"> • Bien que les TINA demeurent stables, les taux de mortalité ont constamment diminué depuis le début des années 1990. • Au moment du diagnostic, le cancer du sein est le plus souvent au stade I ou II. • On trouve les TMNA les plus faibles pour le cancer du sein en Colombie-Britannique et les plus élevés à Terre-Neuve-et-Labrador.
Cancer du poumon	<ul style="list-style-type: none"> • Les TINA et les TMNA pour le cancer du poumon ont diminué chez les hommes depuis le début des années 1990. • La tendance de l'incidence qui était auparavant à la hausse chez les femmes commence à se stabiliser depuis quelques années, ce qui permet de prévoir l'allègement du fardeau du cancer du poumon chez les femmes. • Au moment du diagnostic, le cancer du poumon a atteint le plus souvent le stade IV. • On trouve les TMNA les plus faibles pour le cancer du poumon en Colombie-Britannique et les plus élevés au Québec.
Cancer colorectal	<ul style="list-style-type: none"> • Les TINA et les TMNA pour le cancer colorectal ont diminué tant chez les hommes que chez les femmes depuis le début des années 1990. • Au moment du diagnostic, le cancer colorectal a atteint le plus souvent le stade III. • On trouve les TMNA les plus faibles pour le cancer colorectal en Alberta et les plus élevés à Terre-Neuve-et-Labrador.
Cancer de la prostate	<ul style="list-style-type: none"> • Les TINA et les TMNA pour le cancer de la prostate ont diminué depuis le début des années 1990. • Au moment du diagnostic, le cancer de la prostate a atteint le plus souvent le stade II. • On trouve les TMNA les plus faibles pour le cancer de la prostate au Québec et les plus élevés en Saskatchewan.
Cancer du pancréas	<ul style="list-style-type: none"> • Les TMNA pour le cancer du pancréas diminuent depuis le début des années 1990, tant chez les hommes que chez les femmes; cependant, une importante tendance à la baisse des taux d'incidence a été constatée uniquement chez les hommes. • On trouve les TMNA les plus faibles pour le cancer du pancréas à Terre-Neuve-et-Labrador et les plus élevés au Nouveau-Brunswick.
Cancer de l'ovaire	<ul style="list-style-type: none"> • Les TINA pour le cancer de l'ovaire diminuent depuis le début des années 1990, tandis que les taux de mortalité sont demeurés relativement stables. • Au moment du diagnostic, le cancer de l'ovaire a atteint le plus souvent le stade III. • On trouve les TMNA les plus faibles pour le cancer de l'ovaire à l'Île-du-Prince-Édouard et les plus élevés en Nouvelle-Écosse.

Cancer du sein

Message clé

Au Canada, les taux d'incidence du cancer du sein sont stables depuis 1992, bien que la mortalité due au cancer du sein soit en diminution.

Définition de l'indicateur

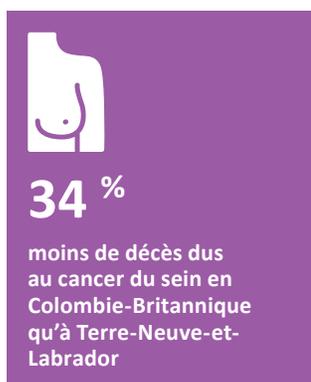
Mesure :

- 1) Taux d'incidence normalisés selon l'âge
- 2) Taux d'incidence selon le stade
- 3) Taux de mortalité normalisés selon l'âge

Les résultats sont présentés en fonction du temps et pour chaque province.

Date initiale de la mesure

Les taux d'incidence et de mortalité pour le cancer du sein sont mesurés depuis le *Rapport de 2009 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. L'incidence spécifique au stade est mesurée depuis le *Rapport de 2015 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*.



Utilité de la mesure

Le cancer du sein est actuellement le cancer le plus couramment diagnostiqué chez les femmes canadiennes, représentant 26,0 % des nouveaux cas de cancer chez les femmes en 2015. C'est la deuxième cause de mortalité due au cancer chez les femmes. On prévoit que le fardeau du cancer du sein chez les femmes s'alourdira, pour passer de 25 000 cas en 2015 à 31 255 cas d'ici 2028-2032, soit une augmentation relative de 25 %¹.

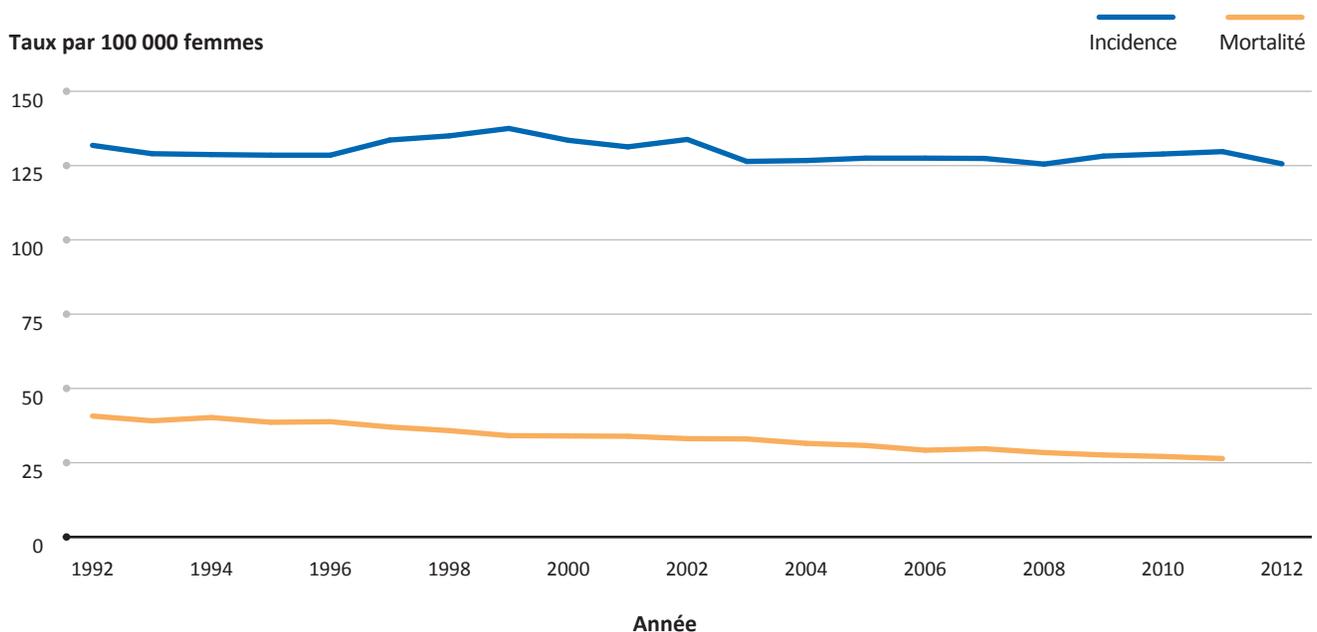
Principaux résultats

- Le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) pour le cancer du sein au Canada est demeuré relativement stable entre 1992 et 2012, à environ 130 nouveaux cas par 100 000 femmes (variation annuelle en pourcentage [VAP] = -0,2 %; variation relative globale = -4,7 %). Le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) a considérablement diminué entre 1992 et 2011, passant de 40,7 décès par 100 000 femmes à 26,4 décès par 100 000 femmes (VAP = -2,3 %; variation relative globale = -35,1 %) (Figure 8.1).

- La différence relative entre les TINA provinciaux le plus faible et le plus élevé s'établissait à 14,1 % (années 2010 à 2012 combinées). Les TINA se situaient entre 120,6 cas par 100 000 femmes à Terre-Neuve-et-Labrador et 137,6 cas par 100 000 femmes à l'Île-du-Prince-Édouard (Figure 8.2).
- Les TMNA se situaient entre 23,9 décès par 100 000 femmes en Colombie-Britannique et 31,9 décès par 100 000 femmes à Terre-Neuve-et-Labrador au cours de la période 2009-2011 combinée, soit une différence relative de 33,5 % (Figure 8.3).
- Les TINA pour le cancer du sein de stade I ou II ont été plus élevés que ceux pour les stades III et IV dans toutes les provinces (période 2011-2013 combinée). L'incidence du stade I se situait entre 72,0 cas par 100 000 femmes au Nouveau-Brunswick et 87,0 cas par 100 000 femmes à l'Île-du-Prince-Édouard, soit une différence relative de 20,8 %. L'incidence du stade IV se situait entre 8,0 cas par 100 000 femmes en Colombie-Britannique et au Nouveau-Brunswick et 11,0 cas par 100 000 femmes en Saskatchewan, au Manitoba, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard, soit une différence relative de 37,5 % (Figure 8.4).

FIGURE 8.1

Taux d'incidence et de mortalité pour le cancer du sein chez les femmes, au Canada, normalisés selon l'âge de la population canadienne en 2011 – de 1992 à 2012

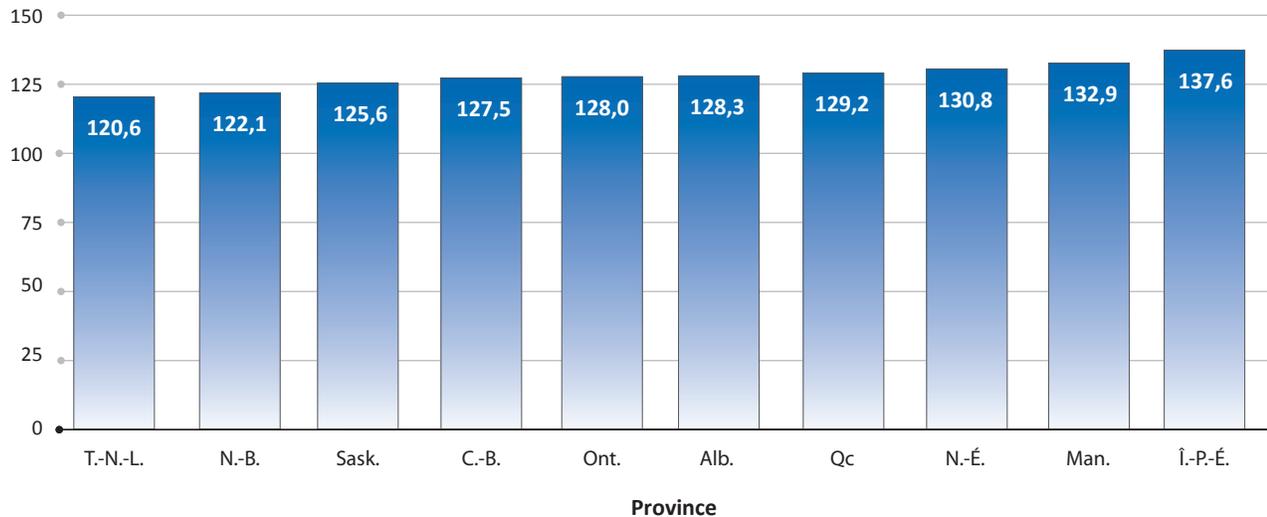


Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès.

FIGURE 8.2

Taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes, par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années 2010 à 2012 combinées

Taux par 100 000 femmes

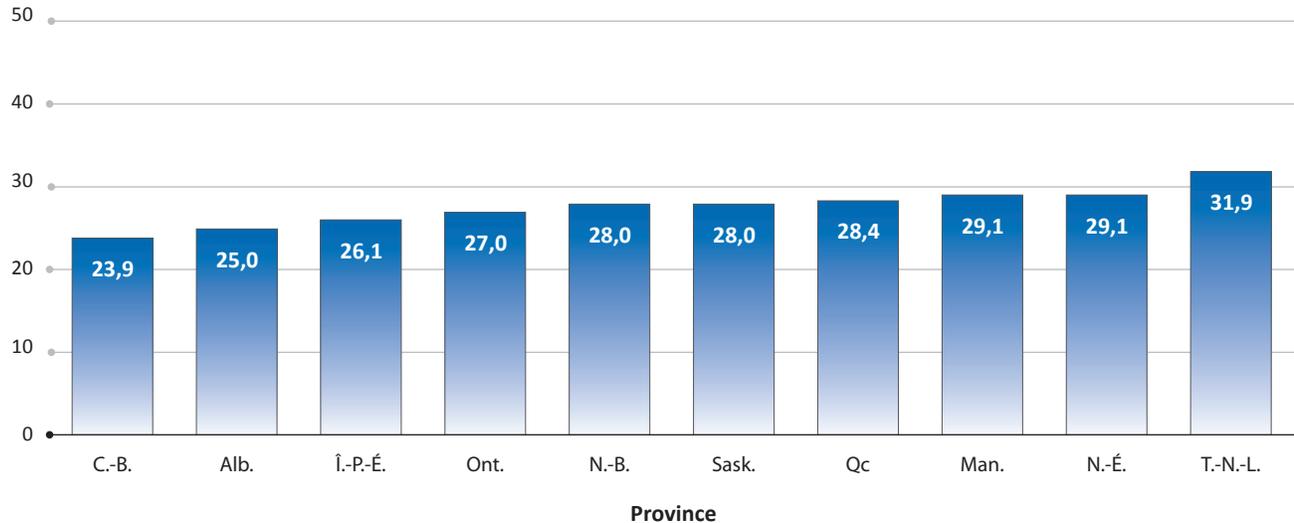


Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer.

FIGURE 8.3

Taux de mortalité due au cancer du sein chez les femmes, par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années 2009 à 2011 combinées

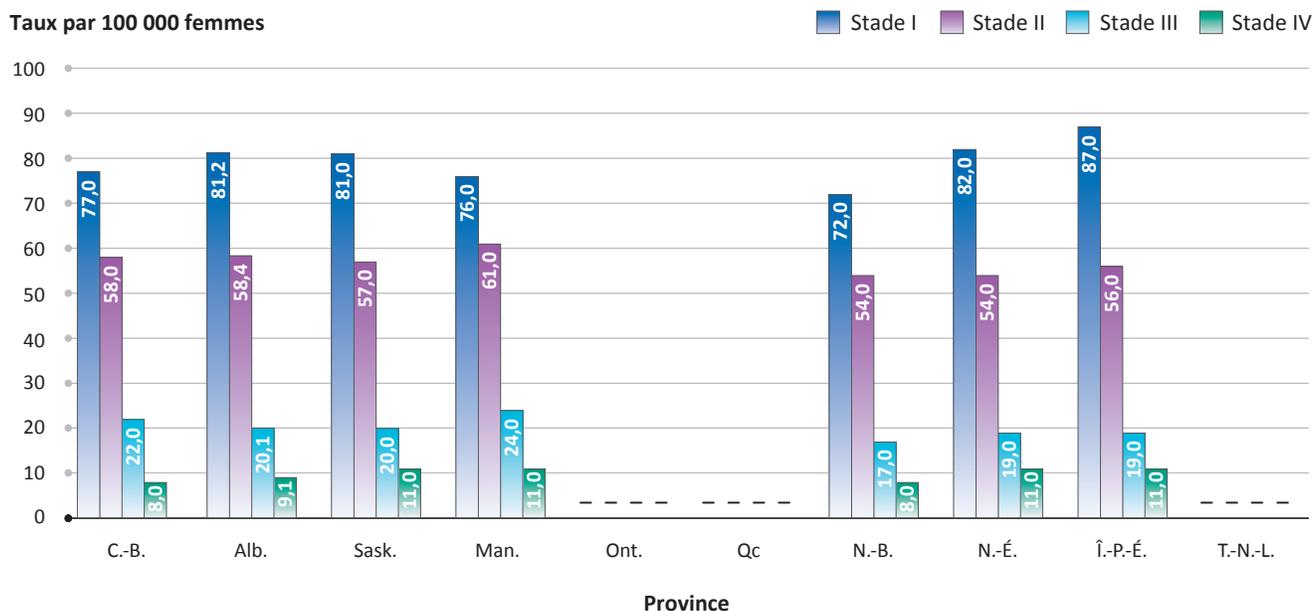
Taux par 100 000 femmes



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

FIGURE 8.4

Taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes, par stade au moment du diagnostic et par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années de diagnostic 2011 à 2013 combinées



« — » Données non disponibles.

Source de données : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

Importance de ces résultats

Malgré un taux de mortalité décroissant, le cancer du sein demeure un fardeau considérable et une importante cause de décès chez les femmes canadiennes. Il est probable qu'une meilleure participation aux mammographies de dépistage à l'échelle du Canada ainsi qu'un traitement plus efficace, ont

contribué à la diminution importante de la mortalité observée entre 1992 et 2011. Un dépistage et des pratiques de traitement efficaces continueront à jouer un rôle à l'avenir, alors qu'on prévoit que le nombre de cas de cancer du sein augmentera en raison du vieillissement de la population canadienne¹.

Cancer du poumon

Message clé

La mortalité due au cancer du poumon diminue chez les hommes depuis 1992, mais elle continue à augmenter chez les femmes.

Définition de l'indicateur

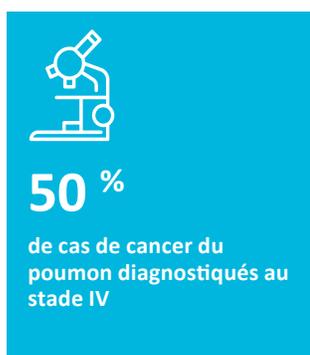
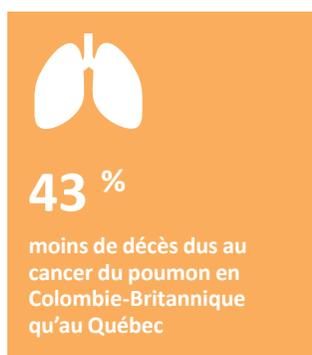
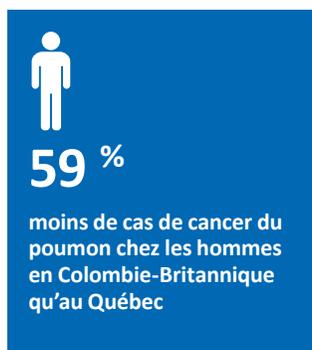
Mesure :

- 1) Taux d'incidence normalisés selon l'âge
- 2) Taux d'incidence selon le stade
- 3) Taux de mortalité normalisés selon l'âge

Les résultats sont présentés en fonction du temps et pour chaque province.

Date initiale de la mesure

Les taux d'incidence et de mortalité pour le cancer du poumon sont mesurés depuis le *Rapport de 2009 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. L'incidence spécifique au stade est mesurée depuis le *Rapport de 2015 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*.



Utilité de la mesure

Le cancer du poumon est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué au Canada. C'est la principale cause de décès dus au cancer autant chez les hommes que chez les femmes. Bien que les taux d'incidence diminuent, on prévoit que le fardeau du cancer du poumon augmentera de 26 600 nouveaux cas en 2015 à 32 365 nouveaux cas d'ici 2028-2032, soit une augmentation relative de 22 %¹.

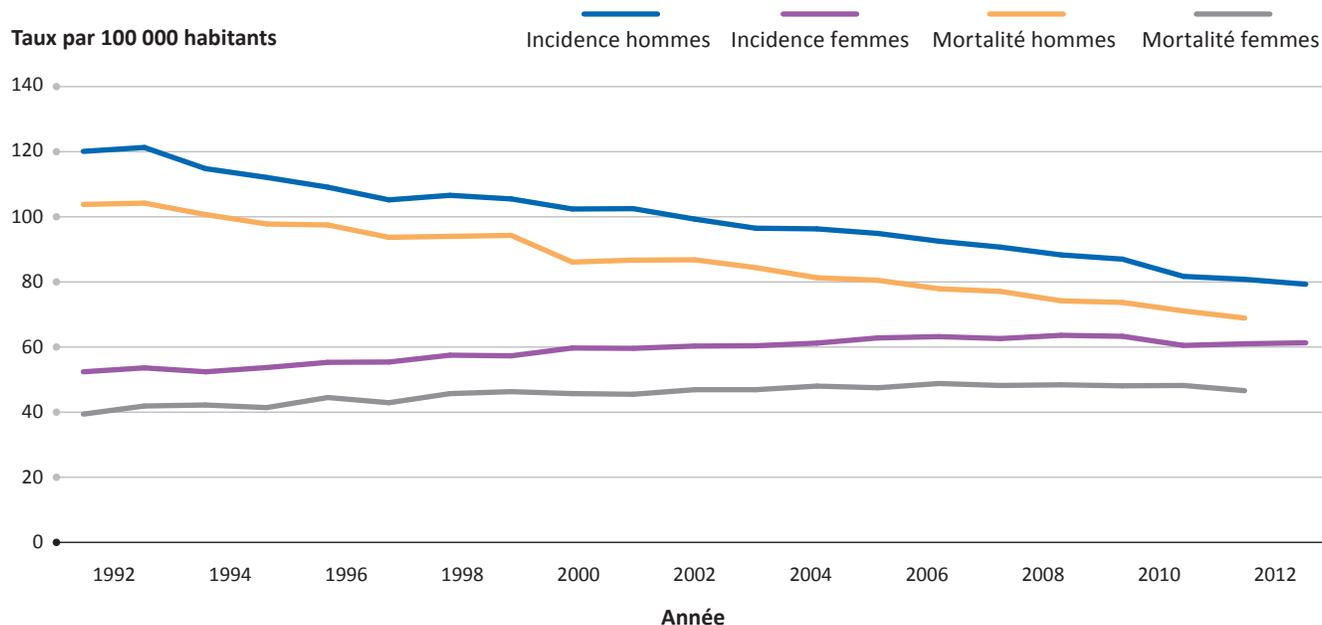
Principaux résultats

- Au Canada, le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) pour le cancer du poumon a considérablement diminué chez les hommes, passant d'environ 120,1 cas par 100 000 hommes en 1992 à 79,3 cas par 100 000 hommes en 2012 (variation annuelle en pourcentage [VAP] = -2,0 %; variation relative globale = -34,0 %). Le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) a considérablement diminué chez les hommes, passant de 103,8 décès par 100 000 hommes en 1992 à 68,9 décès par 100 000 hommes en 2011 (VAP = -1,9 %; variation relative globale = -33,6 %) (Figure 8.5).
- Par contre, le TINA a augmenté considérablement chez les femmes, passant de 52,4 cas par 100 000 femmes en 1992 à 63,2 cas par 100 000 femmes en 2006. Le TINA a diminué considérablement après 2006, pour se situer à 61,3 cas par 100 000 femmes en 2012 (VAP = 1,4 % et -0,7 % respectivement; variation relative globale = 16,7 %).

- Le TMNA chez les femmes a considérablement augmenté, passant de 39,4 décès par 100 000 femmes en 1992 à 46,6 décès par 100 000 femmes en 2011 (VAP = 0,9 %; variation relative globale = 18,3 %) (Figure 8.5).
- Le TINA chez les hommes était plus élevé que chez les femmes dans toutes les provinces (taux de 2010 à 2012 combinés). Chez les hommes, les taux d'incidence du cancer du poumon se situaient entre 65,7 cas par 100 000 hommes en Colombie-Britannique et 104,2 cas par 100 000 hommes au Québec, soit une différence relative de 58,6 %. Les taux d'incidence chez les femmes allaient de 54,0 cas par 100 000 femmes à Terre-Neuve-et-Labrador à 76,8 cas par 100 000 femmes en Nouvelle-Écosse, soit une différence relative de 42,2 % (Figure 8.6).
 - Les TMNA étaient compris entre 49,8 décès par 100 000 personnes en Colombie-Britannique et 71,4 décès par 100 000 personnes au Québec, soit une différence relative de 43,4 % (taux de 2009 à 2011 combinés) (Figure 8.7).
 - Le cancer du poumon de stade IV affichait les TINA les plus élevés (taux de 2011 à 2013 combinés). L'incidence du cancer du poumon de stade I va de 13,0 cas par 100 000 personnes en Colombie-Britannique et en Saskatchewan à 23,0 cas par 100 000 personnes au Nouveau-Brunswick, soit une différence relative de 76,9 %. L'incidence du cancer du poumon de stade IV va de 37,0 cas par 100 000 personnes en Colombie-Britannique à 57,0 cas par 100 000 personnes en Nouvelle-Écosse, soit une différence relative de 54,1% (Figure 8.8).

FIGURE 8.5

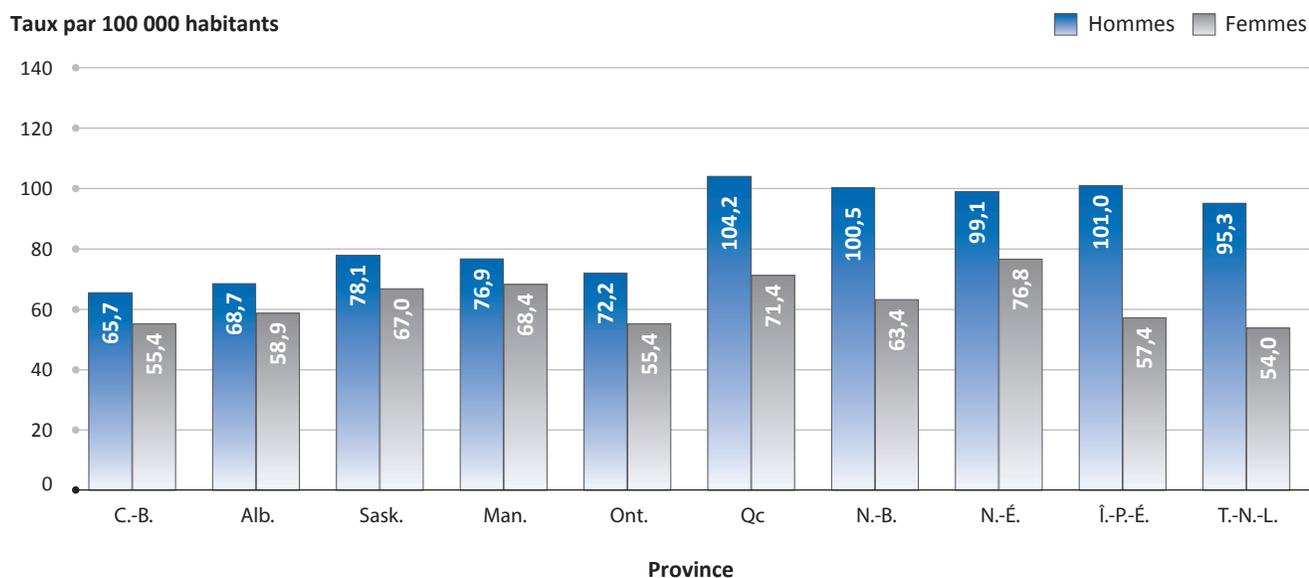
Taux d'incidence et de mortalité pour le cancer du poumon, par sexe, au Canada, normalisés selon l'âge de la population canadienne en 2011 – de 1992 à 2012



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

FIGURE 8.6

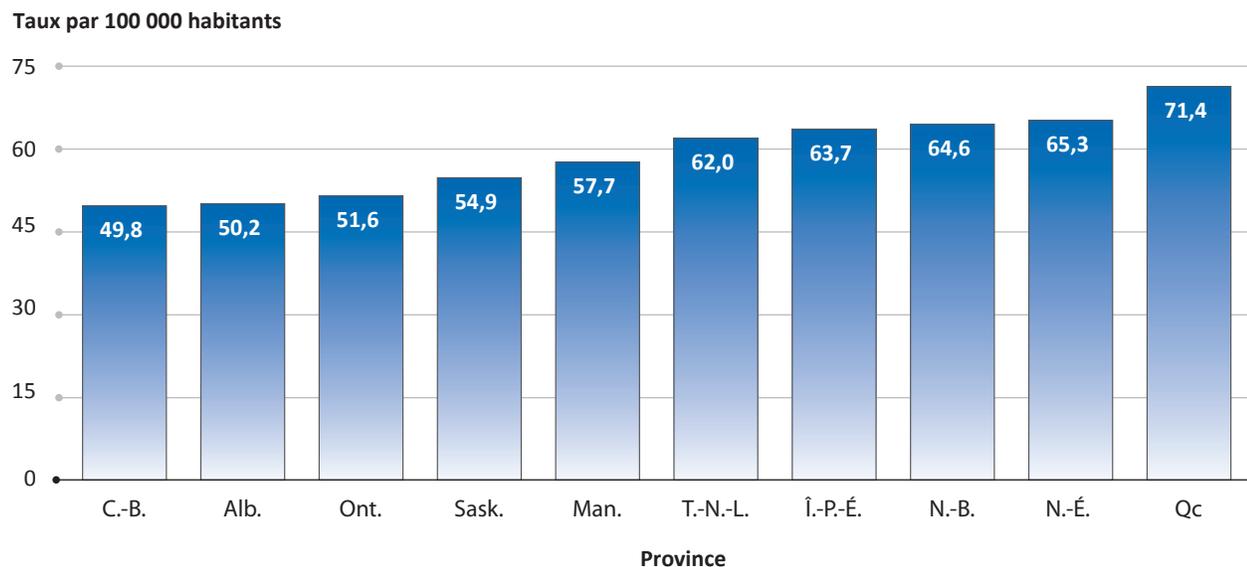
Taux d'incidence du cancer du poumon, par sexe et province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années 2010 à 2012 combinées



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

FIGURE 8.7

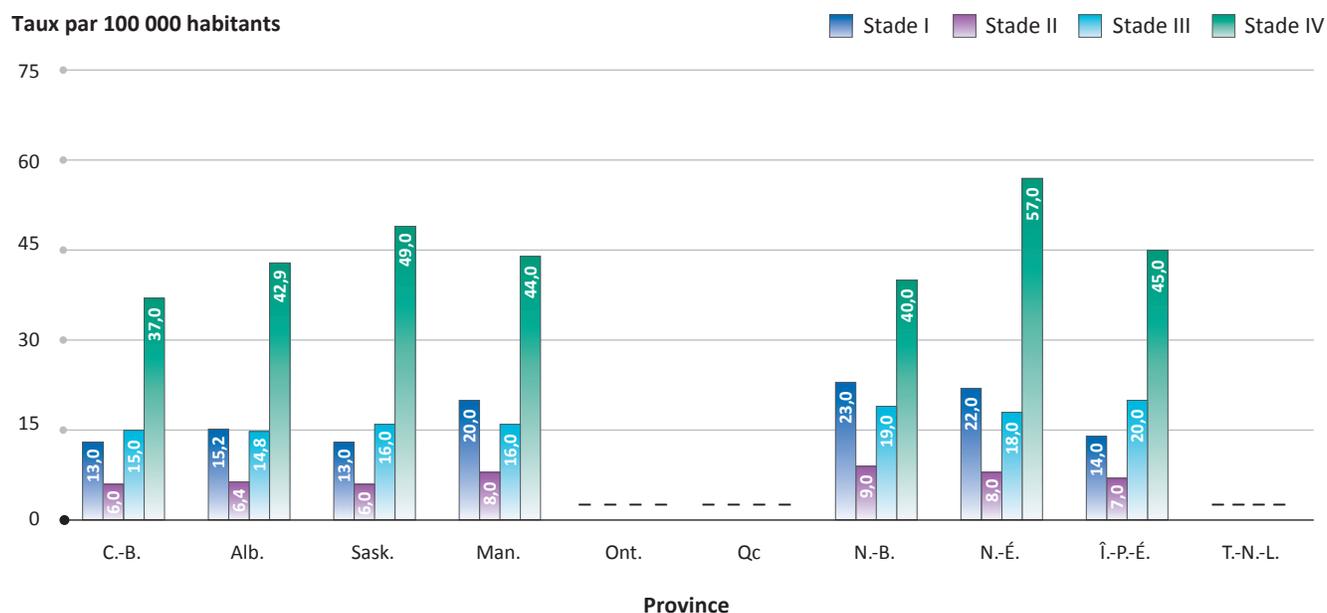
Taux de mortalité due au cancer du poumon, par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années 2009 à 2011 combinées



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

FIGURE 8.8

Taux d'incidence du cancer du poumon, par stade au moment du diagnostic et par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années de diagnostic 2011 à 2013 combinées



« — » Données non disponibles.

Source de données : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

Importance de ces résultats

Au Canada, le cancer du poumon constitue un fardeau considérable et une importante cause de décès. Deux des principaux facteurs responsables de ces taux élevés sont l'exposition à des facteurs de risque (p.ex., le tabagisme) et le stade auquel la plupart des cancers du poumon sont diagnostiqués.

La tendance actuelle quant à l'incidence du cancer du poumon et à la mortalité due à ce cancer reflète la prévalence historique du tabagisme, qui a atteint un sommet plus tôt et un niveau plus élevé chez les hommes que chez les femmes. À cause de ce sommet plus précoce, l'incidence du cancer du poumon et la mortalité due à ce cancer ont diminué chez les hommes; à l'avenir, on devrait observer un déclin similaire chez les femmes¹. Les résultats montrent un léger point d'inflexion dans l'incidence du cancer du poumon chez les femmes après 2006, ce qui pourrait signaler le début du déclin prévu de ce fardeau chez elles. Les tendances relatives au cancer du poumon reflètent les variations provinciales dans l'usage du tabac. Les taux de prévalence du tabagisme étaient

traditionnellement plus élevés au Québec et dans les provinces de l'Atlantique que dans les provinces du centre et de l'ouest du Canada¹⁰⁵, ce qui explique dans une large mesure le fardeau plus lourd du cancer du poumon que l'on observe dans les provinces de l'est. Les données sur l'incidence du cancer du poumon et la mortalité due à ce cancer sont des arguments solides pour insister sur l'importance de la poursuite des efforts visant à réduire la consommation de tabac à l'échelle du pays.

Le cancer du poumon est rarement détecté avant d'avoir atteint un stade avancé; il est le plus souvent diagnostiqué au stade IV, comme on l'a vu dans les données présentées sur l'incidence spécifique au stade. L'amélioration des pratiques permettant un diagnostic précoce, particulièrement dans les populations à risque élevé comme le recommande le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs¹⁰⁶, et l'administration du traitement à un stade où il est plus efficace pourraient avoir des effets positifs sur la mortalité et la survie. Ce changement devrait se refléter dans les données mesurées au fil du temps.

Cancer colorectal

Message clé

La mortalité due au cancer colorectal diminue autant chez les hommes que chez les femmes depuis le début des années 1990.

Définition de l'indicateur

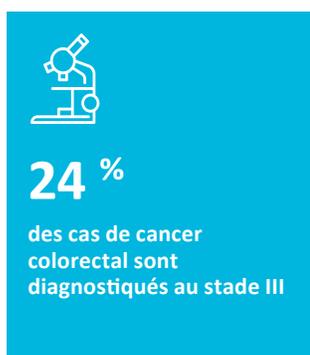
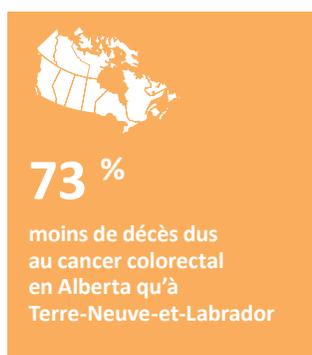
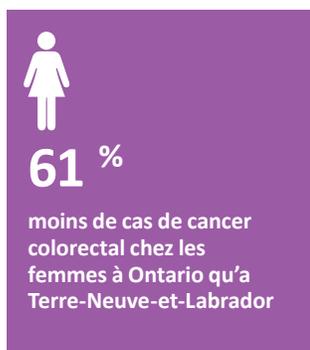
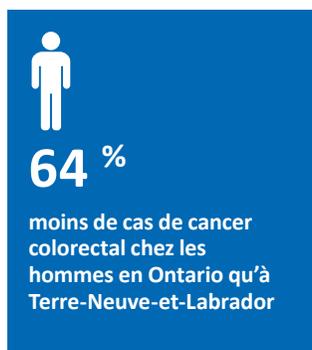
Mesure :

- 1) Taux d'incidence normalisés selon l'âge
- 2) Taux d'incidence selon le stade
- 3) Taux de mortalité normalisés selon l'âge

Les résultats sont présentés en fonction du temps et par province.

Date initiale de la mesure

Les taux d'incidence et de mortalité pour le cancer colorectal sont mesurés depuis le *Rapport de 2009 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. L'incidence spécifique au stade est mesurée depuis le *Rapport de 2015 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*.



Utilité de la mesure

Le cancer colorectal est le troisième cancer par ordre de fréquence diagnostiqué au Canada. Il se classe au deuxième rang des principales causes de décès attribuables au cancer chez les hommes et au troisième rang chez les femmes. On prévoit que le fardeau du cancer colorectal s'alourdira, passant de 25 100 cas en 2015 à 35 075 cas en 2028-2032, soit une augmentation relative de 40 %¹.

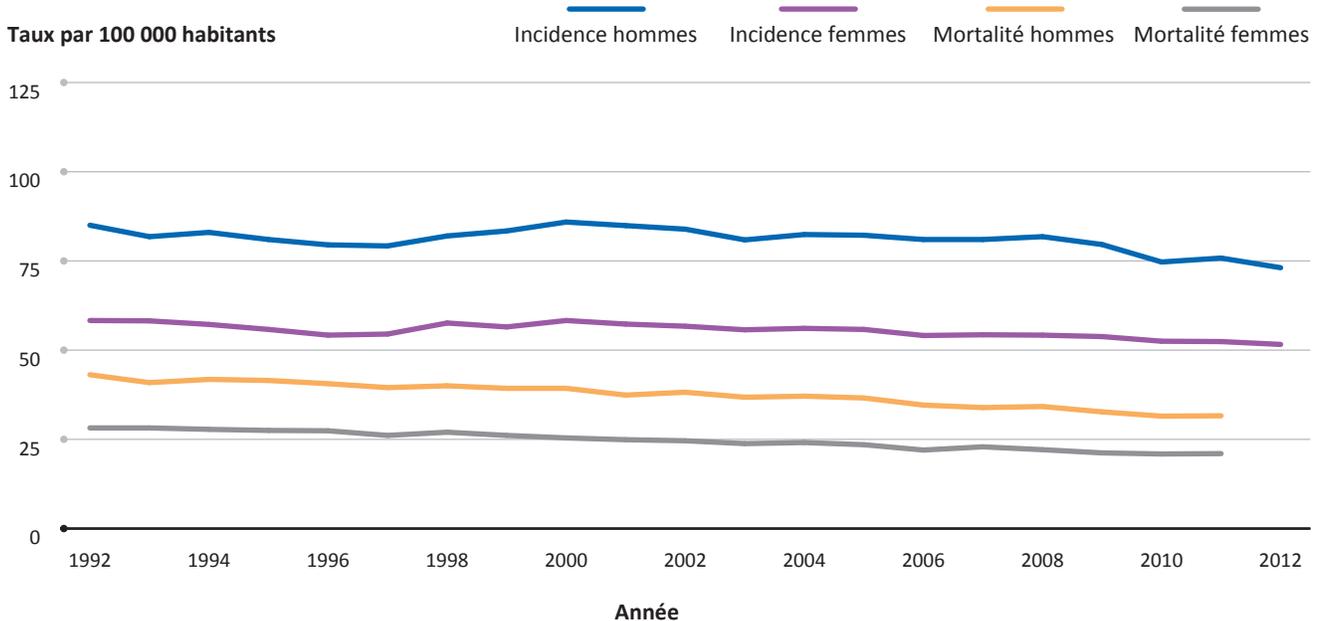
Principaux résultats

- Le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) pour le cancer colorectal au Canada est demeuré relativement stable chez les hommes entre 1992 et 2008, tournant autour de 80 cas par 100 000 hommes, mais a diminué considérablement, passant à 73,1 cas par 100 000 hommes en 2012 (variation annuelle en pourcentage [VAP] = -2,4 %; variation relative globale = -14,0 %). Le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) chez les hommes a aussi diminué considérablement, passant de 43,1 décès par 100 000 hommes en 1992 à 31,6 décès par 100 000 hommes en 2011 (VAP = -1,6 %; variation relative globale = -26,7 %) (Figure 8.9).

- Chez les femmes, le TINA a considérablement diminué, passant de 58,3 cas par 100 000 femmes en 1992 à 51,6 cas par 100 000 femmes en 2012 (variation annuelle en pourcentage [VAP] = -0,5 %; variation relative globale = -11,5 %). Le TMNA chez les femmes a diminué de 28,2 décès par 100 000 femmes en 1992 à 21,0 décès par 100 000 femmes en 2011 (VAP = -1,7 %; variation relative globale = -25,5 %) (Figure 8.9).
- Dans toutes les provinces, le TINA a été plus élevé chez les hommes, avec des taux se situant entre 68,0 cas par 100 000 hommes en Ontario et 111,3 cas par 100 000 hommes à Terre-Neuve-et-Labrador, soit une différence relative de 63,7 %. Les taux d'incidence chez les femmes allaient de 48,7 cas par 100 000 femmes en Ontario à 78,4 cas par 100 000 femmes à Terre-Neuve-et-Labrador, soit une différence relative de 61,0 % (années 2010 à 2012 combinées) (Figure 8.10).
- Les TMNA pour le cancer colorectal se sont situés entre 23,1 décès par 100 000 personnes en Alberta et 40,0 décès par 100 000 personnes à Terre-Neuve-et-Labrador, soit une différence relative de 73,2 % (années 2009 à 2011 combinées) (Figure 8.11).
- Le plus souvent, au moment du diagnostic, le cancer colorectal atteint le stade II ou III (années 2011 à 2013 combinées). L'incidence du cancer colorectal de stade II va de 17,5 cas par 100 000 personnes en Alberta à 26,0 cas par 100 000 personnes à l'Île-du-Prince-Édouard, soit une différence relative de 48,6 %. L'incidence du cancer colorectal de stade III va de 18,0 cas par 100 000 personnes au Nouveau-Brunswick à 26,0 cas par 100 000 personnes au Manitoba et en Nouvelle-Écosse, soit une différence relative de 44,4 % (Figure 8.12).

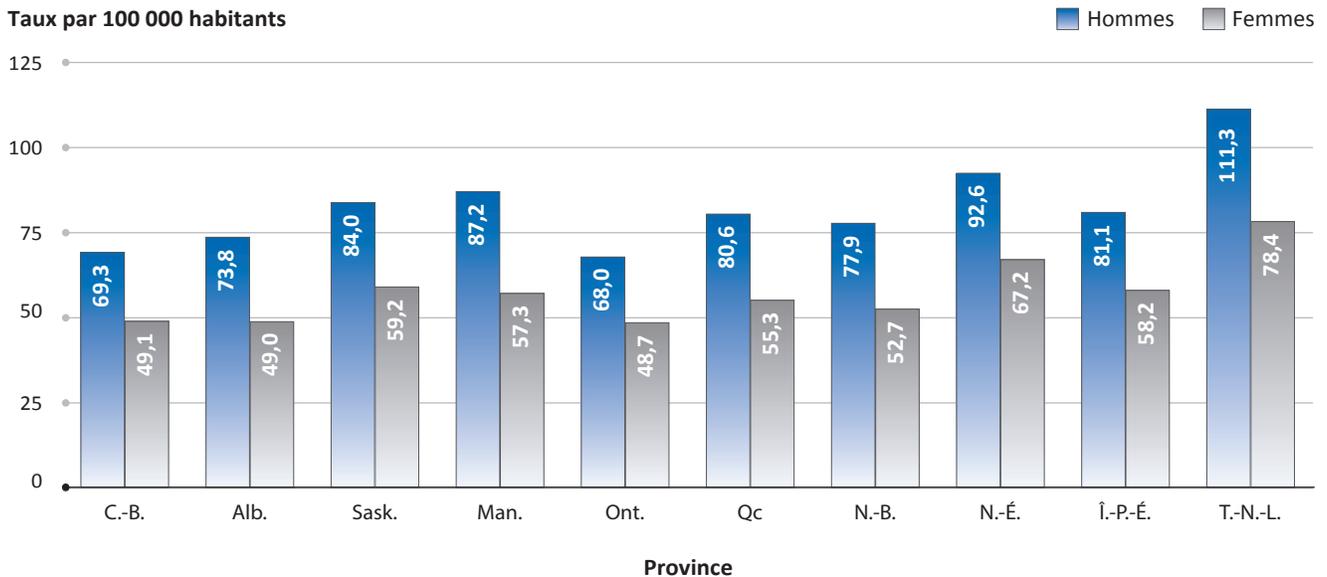
FIGURE 8.9

Taux d'incidence et de mortalité pour le cancer colorectal, par sexe, au Canada, normalisés selon l'âge de la population canadienne en 2011 – de 1992 à 2012



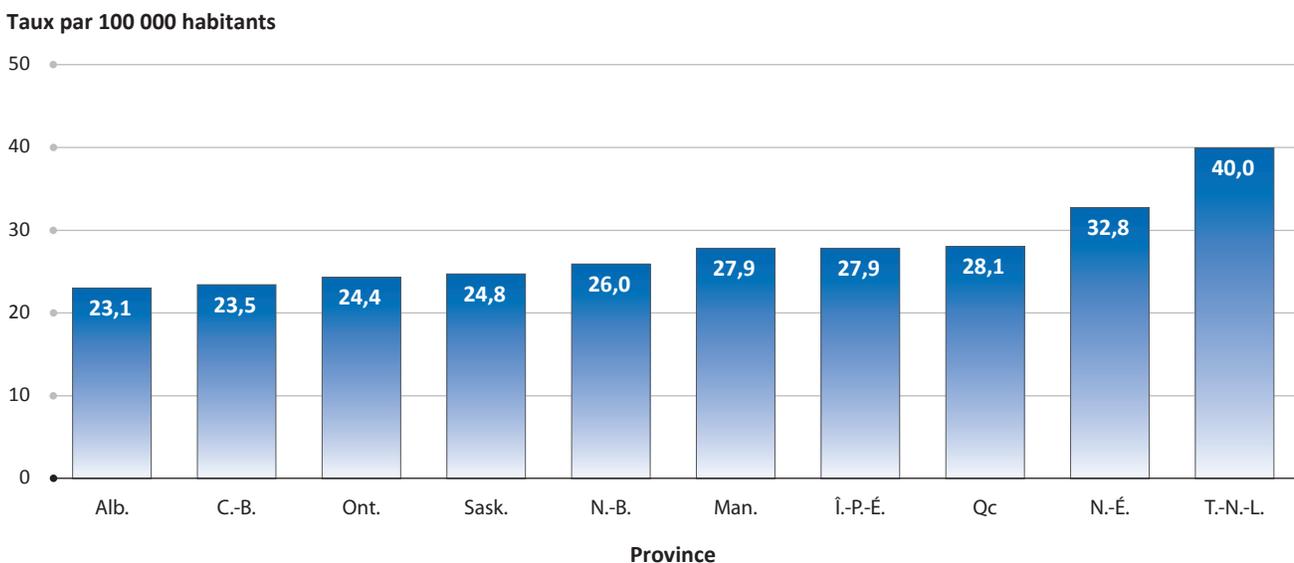
Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès.

FIGURE 8.10

Taux d'incidence du cancer colorectal, par sexe et province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années 2010 à 2012 combinées

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

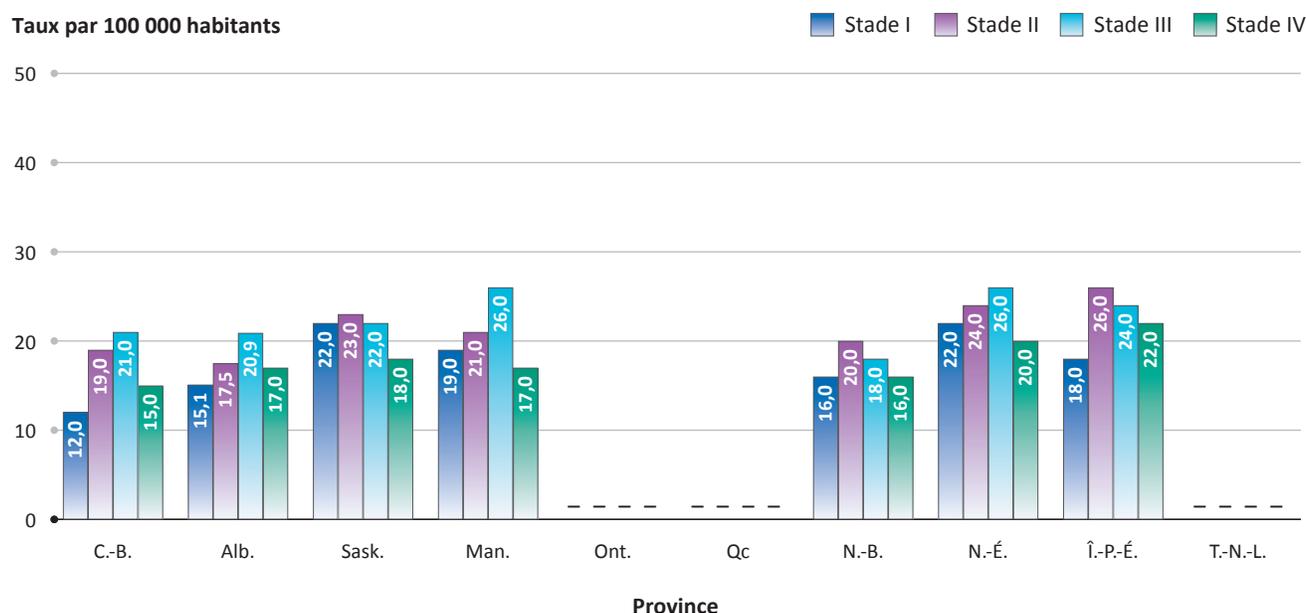
FIGURE 8.11

Taux de mortalité due au cancer colorectal, par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années 2009 à 2011 combinées

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

FIGURE 8.12

Taux d'incidence du cancer colorectal[†], par stade au moment du diagnostic et par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années de diagnostic 2011 à 2013 combinées



[†] L'annexe (C18.1) a été exclue.

« — » Données non disponibles.

Source de données : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

Importance de ces résultats

Il est probable que le fardeau du cancer colorectal commencera à s'alléger au fil du temps, surtout du fait que le dépistage de ce cancer en est encore à un stade précoce et que les programmes de dépistage sont à des phases diverses de mise en œuvre (voir le chapitre « Dépistage » pour plus de détails). Il n'est pas encore possible d'évaluer les conséquences du dépistage sur les réductions de l'incidence et de la mortalité, mais en surveillant continuellement les résultats relatifs au cancer colorectal, ces effets commenceront à se révéler. On s'attend à ce que l'incidence du cancer colorectal commence à diminuer lorsque le dépistage sera mieux établi au Canada¹. Cette réduction de l'incidence due au dépistage est déjà bien établie, ou devrait se produire, dans certains pays d'Europe et aux États-Unis¹⁰⁷⁻¹¹⁰.

De plus, on s'attend à ce que la distribution des taux d'incidence spécifiques aux stades du cancer colorectal change au fil du temps à mesure que le dépistage et la détection précoce entraîneront une réduction du nombre de cancers à un stade avancé. Cette réduction influencera, et il est à espérer qu'elle réduira, la mortalité due au cancer colorectal, puisque la détection précoce augmente la probabilité d'une administration rapide de traitements plus efficaces. On peut aussi expliquer les diminutions observées de la mortalité, ainsi que d'autres réductions à venir, par l'amélioration des options de traitement. Avec le temps, on pourra évaluer l'influence du dépistage et de l'amélioration des pratiques de traitement sur les résultats des patients atteints de cancer colorectal.

Cancer de la prostate

Message clé

La mortalité due au cancer de la prostate diminue au Canada depuis le début des années 1990.

Définition de l'indicateur

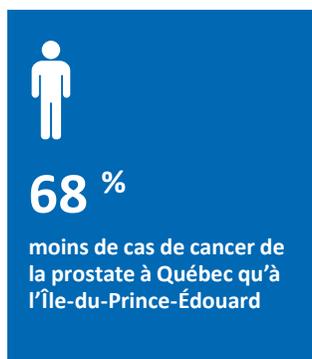
Mesure :

- 1) Taux d'incidence normalisés selon l'âge
- 2) Taux d'incidence selon le stade
- 3) Taux de mortalité normalisés selon l'âge

Les résultats sont présentés en fonction du temps et pour chaque province.

Date initiale de la mesure

Les taux d'incidence et de mortalité pour le cancer de la prostate sont mesurés depuis le *Rapport de 2009 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. L'incidence spécifique au stade est mesurée depuis le *Rapport de 2015 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*.



Utilité de la mesure

Au Canada, le cancer de la prostate est le cancer le plus courant observé chez les hommes, représentant 24 % des nouveaux cas de cancer en 2015. C'est la troisième cause de mortalité due au cancer chez les Canadiens. On prévoit que le fardeau du cancer de la prostate s'alourdira, passant de 24 000 cas en 2015 à 42 225 cas en 2028-2032, soit une augmentation relative de 76 %¹.

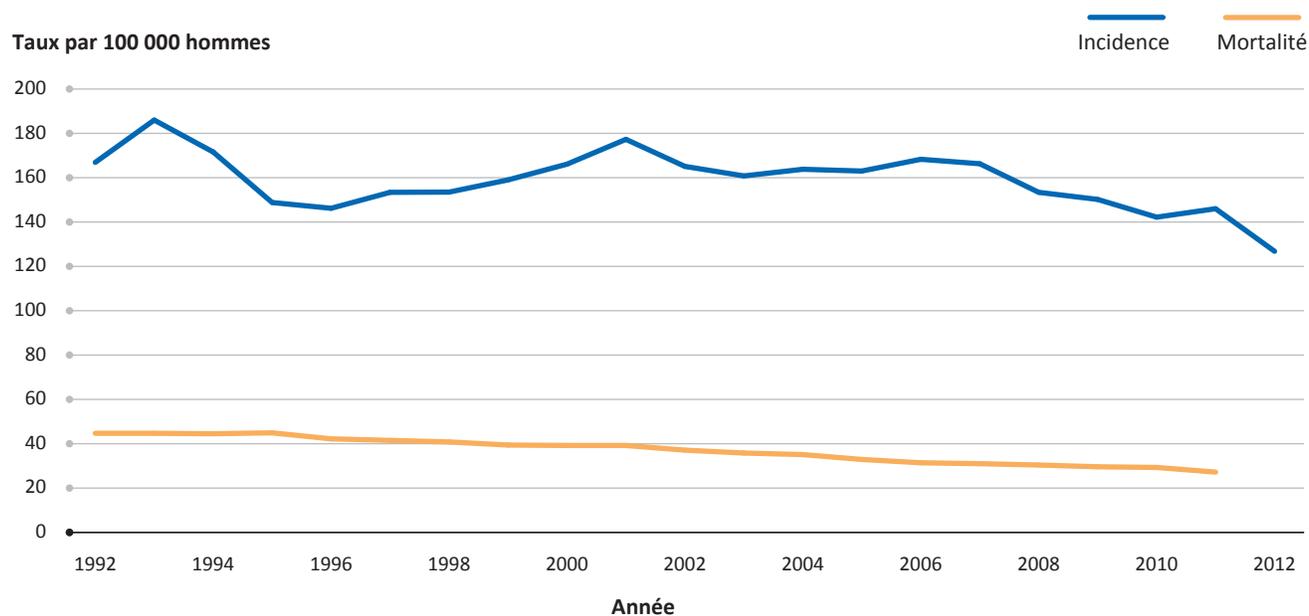
Principaux résultats

- On constate au Canada une légère, mais importante diminution du taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) du cancer de la prostate chez les hommes, passant de 166,9 cas par 100 000 hommes en 1992 à 126,8 cas par 100 000 hommes en 2012 (variation annuelle en pourcentage [VAP] = -0,7 %; variation relative globale = -24,0 %) avec des pics en 1993 (186,0 cas par 100 000 hommes) et de nouveau en 2001 (177,3 cas par 100 000 hommes). Le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) à cause du cancer de la prostate a diminué considérablement, passant de 44,7 décès par 100 000 hommes en 1992 à 27,2 décès par 100 000 hommes en 2011 (VAP = -2,7 %; variation relative globale = -39,1 %) (Figure 8.13).

- La différence relative entre les TINA provinciaux le plus faible et le plus élevé s'établissait à 67,8 % (années 2010 à 2012 combinées). Les TINA se situaient entre 113,6 cas par 100 000 hommes au Québec et 190,5 cas par 100 000 hommes à l'Île-du-Prince-Édouard (Figure 8.14).
- Les TMNA se sont situés entre 26,0 décès par 100 000 hommes au Québec et 36,6 décès par 100 000 hommes en Saskatchewan (années 2009 à 2011 combinées), soit une différence relative de 40,8 % (années 2009 à 2011 combinées) (Figure 8.15).
- Le cancer de la prostate de stade II affichait les TINA les plus élevés dans toutes les provinces excepté l'Île-du-Prince-Édouard, où le TINA de stade I était le plus élevé (années 2011 à 2013 combinées). L'incidence du cancer de la prostate de stade II va de 78,0 cas par 100 000 hommes au Manitoba à 99,7 cas par 100 000 hommes en Alberta, soit une différence relative de 27,8 %. L'incidence du cancer de la prostate de stade IV au Manitoba a été deux fois plus élevée que celle notée au Nouveau-Brunswick (24,0 cas contre 12,0 cas par 100 000 hommes, respectivement) (Figure 8.16).

FIGURE 8.13

Taux d'incidence et de mortalité pour le cancer de la prostate, au Canada, normalisés selon l'âge de la population canadienne en 2011 – de 1992 à 2012

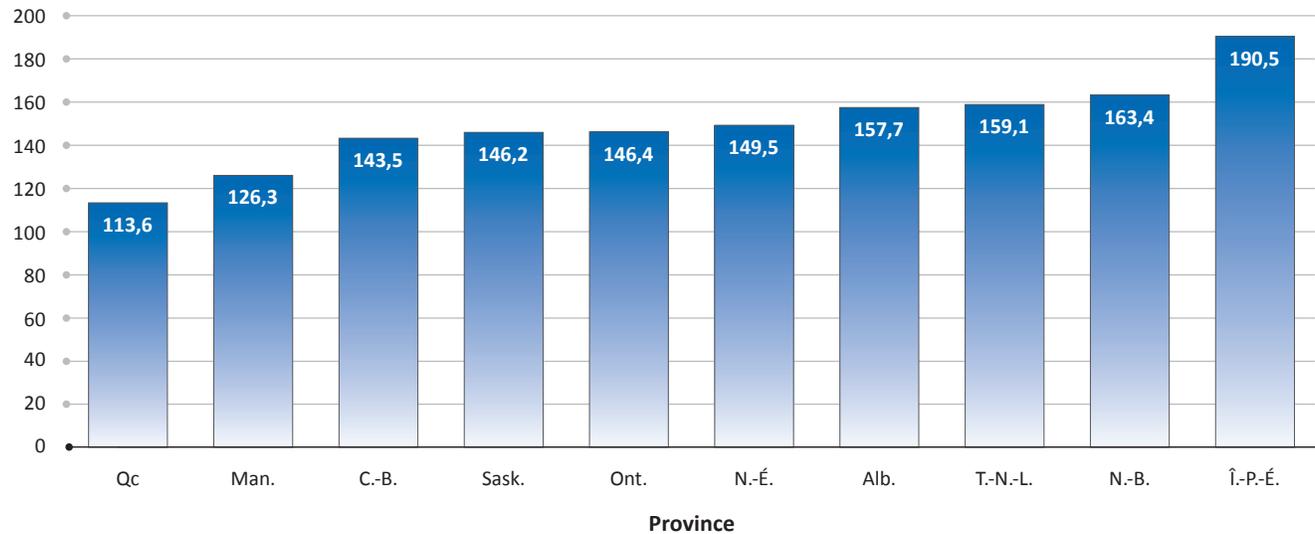


Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès.

FIGURE 8.14

Taux d'incidence du cancer de la prostate, par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années 2010 à 2012 combinées

Taux par 100 000 hommes

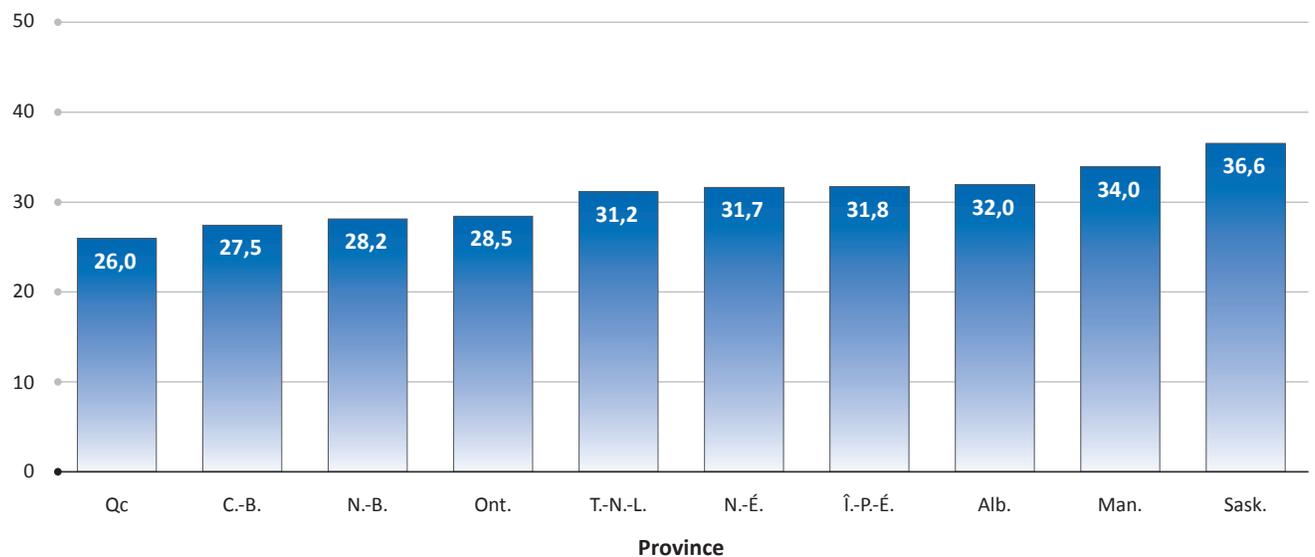


Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer.

FIGURE 8.15

Taux de mortalité due au cancer de la prostate, par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années 2009 à 2011 combinées

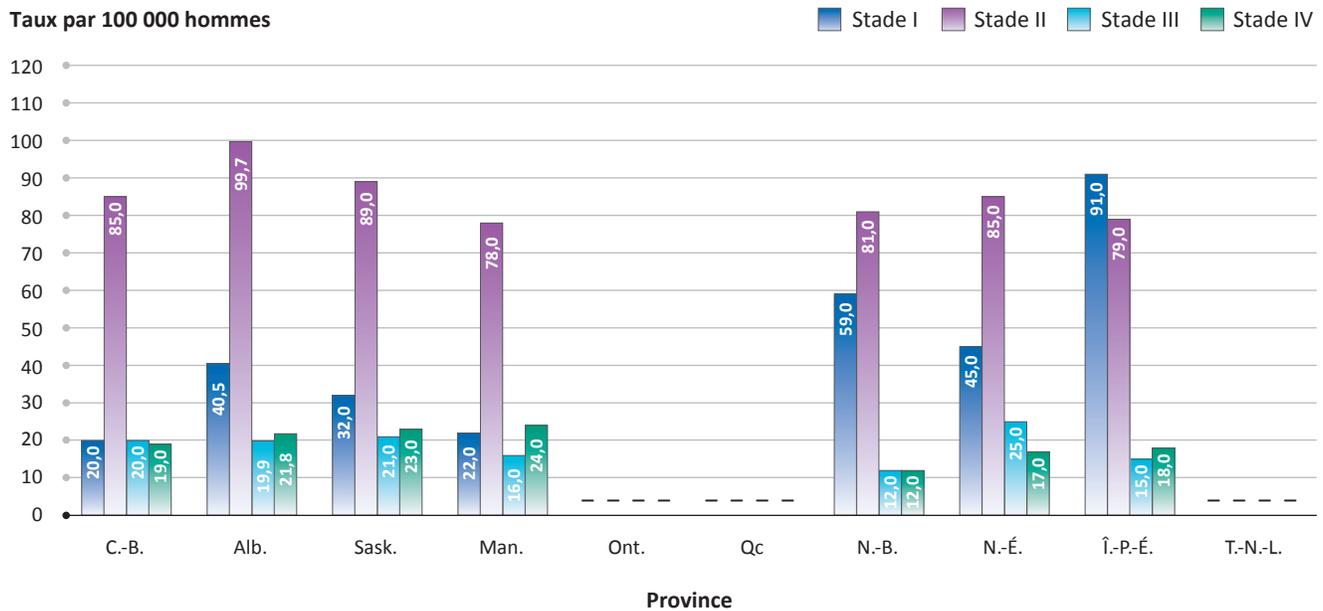
Taux par 100 000 hommes



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

FIGURE 8.16

Taux d'incidence du cancer de la prostate, par stade au moment du diagnostic et par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années de diagnostic 2011 à 2013 combinées



« — » Données non disponibles.

Source de données : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

Importance de ces résultats

Bien que le cancer de la prostate soit un lourd fardeau sur le plan de l'incidence, les hommes chez lesquels on a diagnostiqué un cancer de la prostate ont généralement un bon pronostic, en grande partie parce que le cancer de la prostate est souvent un cancer à évolution lente qui pourrait ne pas devenir symptomatique; les études montrent qu'un grand nombre

d'hommes souffrant de cancer de la prostate, ne meurent pas à cause de ce cancer¹¹¹⁻¹¹³. Par ailleurs, les améliorations apportées au traitement du cancer de la prostate ont probablement contribué à réduire la mortalité, qui est maintenant faible.

Cancer du pancréas

Message clé

La mortalité due au cancer du pancréas diminue autant chez les hommes que chez les femmes depuis le début des années 1990.

Définition de l'indicateur

Mesure :

- 1) Taux d'incidence normalisés selon l'âge
- 2) Taux de mortalité normalisés selon l'âge

Les résultats sont présentés en fonction du temps et par province.

Date initiale de la mesure

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



Utilité de la mesure

Bien que le cancer du pancréas soit le dixième cancer par ordre de fréquence au Canada, il est la quatrième cause de mortalité par cancer (après le cancer du poumon, le cancer colorectal et le cancer du sein) en raison du faible taux de survie. On prévoit que le fardeau du cancer du pancréas s'alourdira, passant de 4 800 cas en 2015 à 7 365 cas en 2028-2032, soit une augmentation relative de 53 %¹.

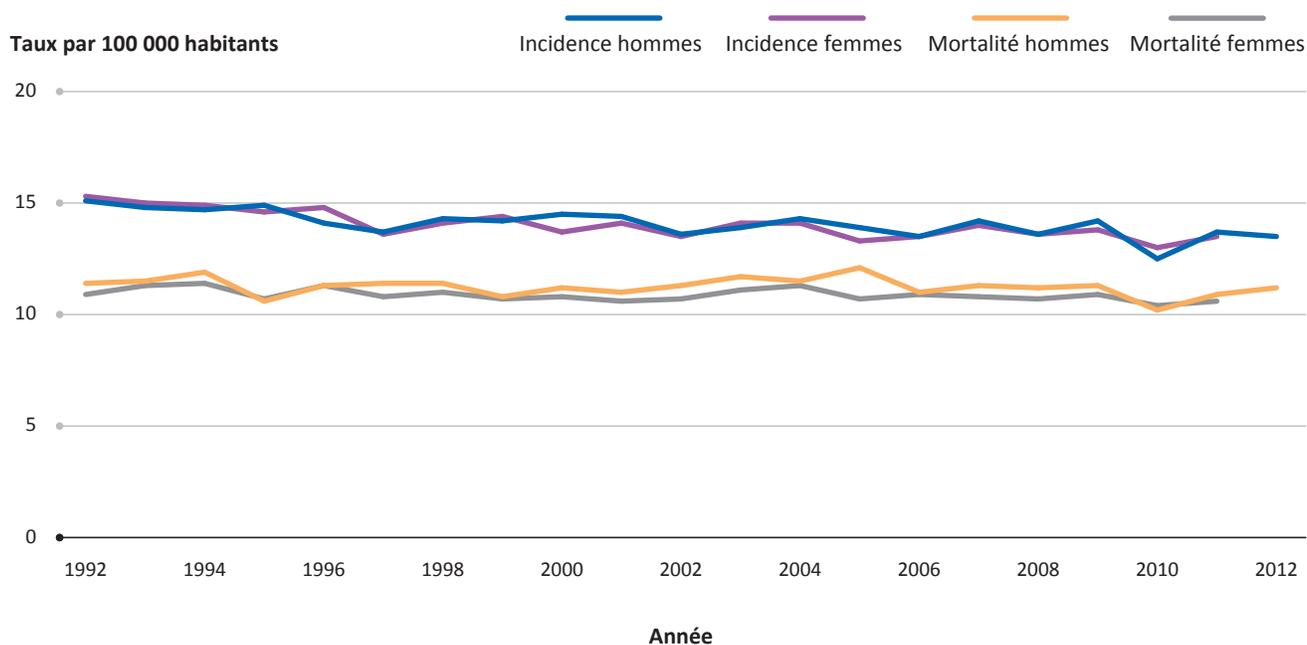
Principaux résultats

- Le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) du cancer du pancréas a considérablement diminué chez les hommes, passant de 15,1 cas par 100 000 hommes en 1992 à 13,5 cas par 100 000 hommes en 2012 (variation annuelle en pourcentage [VAP] = -0,5 %; variation globale en pourcentage = -10,6 %). Le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) chez les hommes a aussi considérablement diminué, passant de 15,3 décès par 100 000 hommes en 1992 à 13,5 décès par 100 000 hommes en 2011 (VAP = -0,5 %; variation relative globale = -10,6 %) (Figure 8.17).
- Le TINA chez les femmes est demeuré relativement stable entre 1992 et 2012 (VAP = -0,2 %; variation relative globale = -1,8 %); cependant, le TMNA chez les femmes a diminué, passant de 10,9 décès par 100 000 femmes en 1992 à 10,6 décès par 100 000 femmes en 2011 (VAP = -0,2 %; variation globale en pourcentage = -2,8 %) (Figure 8.17).

- Dans toutes les provinces, le TINA était plus élevé chez les hommes, avec des taux se situant entre 11,0 cas par 100 000 hommes à Terre-Neuve-et-Labrador et 17,1 cas par 100 000 hommes au Manitoba, soit une différence relative de 55,5 %. Les taux d'incidence chez les femmes se sont situés entre 9,3 cas par 100 000 femmes à Terre-Neuve-et-Labrador et 12,3 cas par 100 000 femmes en Alberta et au Manitoba, soit une différence relative de 32,2 % (années 2010 à 2012 combinées) (Figure 8.18).
- Les TMNA étaient compris entre 11,2 décès par 100 000 personnes à Terre-Neuve-et-Labrador et 12,8 décès par 100 000 personnes au Nouveau-Brunswick, soit une différence relative de 14,3 % (années 2009 à 2011 combinées) (Figure 8.19).

FIGURE 8.17

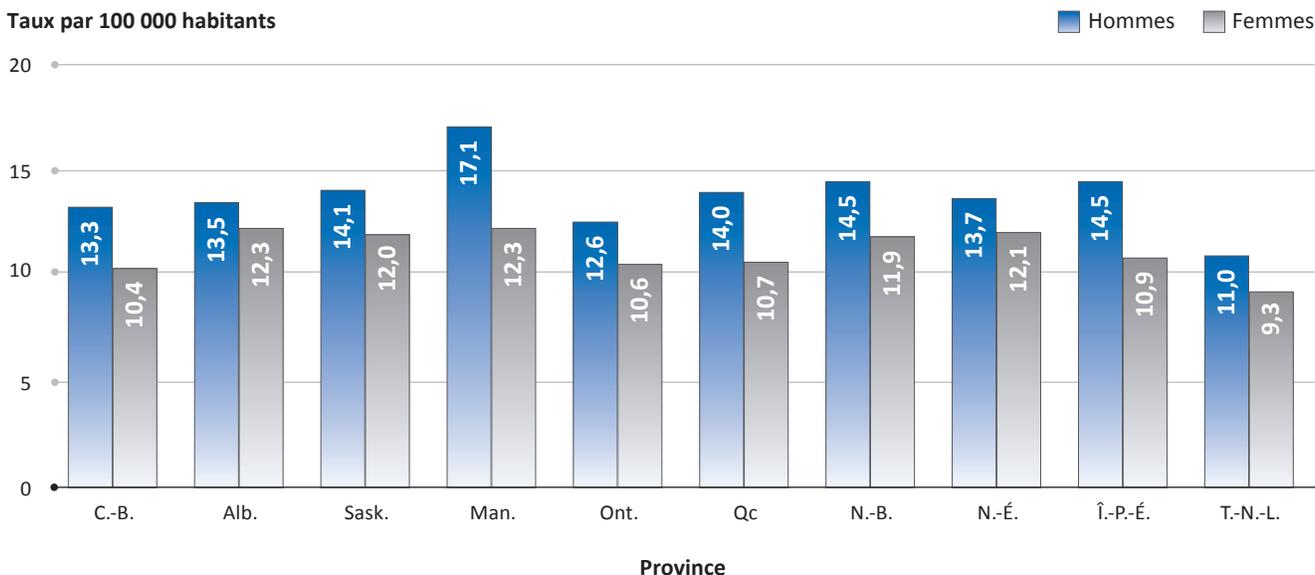
Taux d'incidence et de mortalité pour le cancer du pancréas, par sexe, au Canada, normalisés selon l'âge de la population canadienne en 2011 – de 1992 à 2012



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

FIGURE 8.18

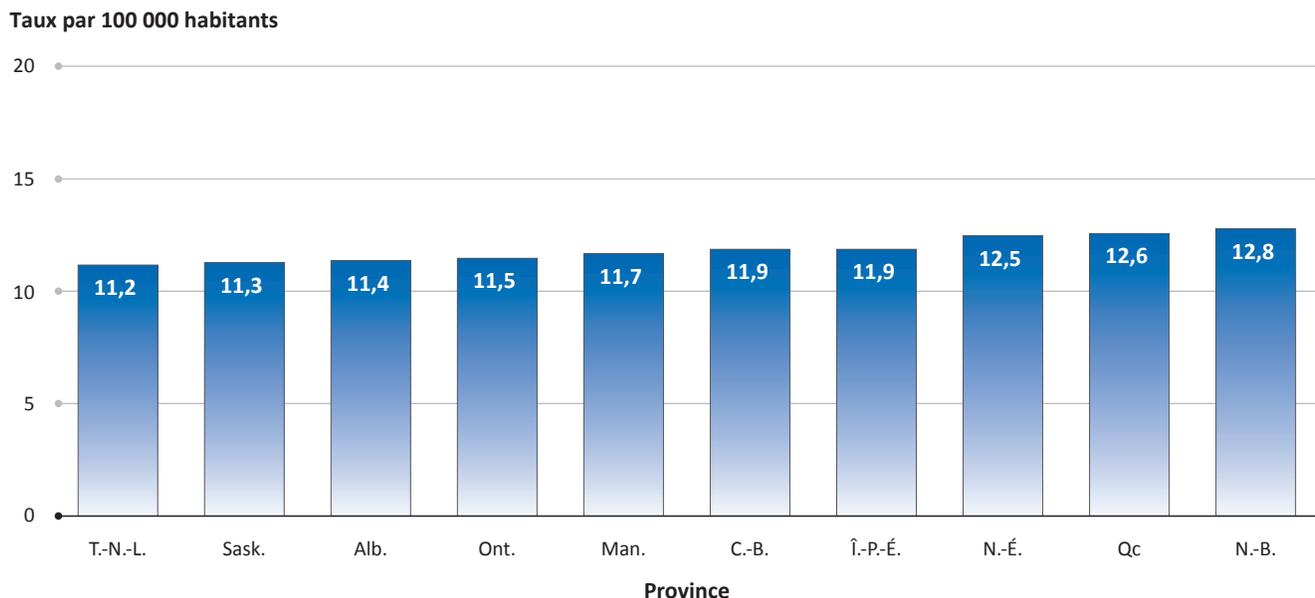
Taux d'incidence du cancer du pancréas, par sexe et province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années 2010 à 2012 combinées



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

FIGURE 8.19

Taux de mortalité due au cancer du pancréas, par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années 2009 à 2011 combinées



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

Importance de ces résultats

Bien qu'au Canada l'incidence du cancer du pancréas soit plus faible que celle de nombreux autres cancers, la maladie est souvent mortelle, surpassant le cancer de la prostate pour devenir la quatrième cause de mortalité par cancer au pays en 2015. Les TINA devraient demeurer stables entre 2015 et 2030¹, pourtant le cancer du pancréas continuera probablement à causer un nombre élevé de décès, en partie parce qu'il est

souvent diagnostiqué à un stade avancé. Les patients diagnostiqués à un stade avancé ont peu de chances de survivre, même avec un traitement. Pour cette raison, le cancer du pancréas est un réel défi du point de vue de la lutte contre le cancer et plus de recherches seront nécessaires pour améliorer les résultats.

Cancer de l’ovaire

Message clé

L’incidence du cancer de l’ovaire diminue depuis le début des années 1990, tandis que les taux de mortalité demeurent stables.

Définition de l’indicateur

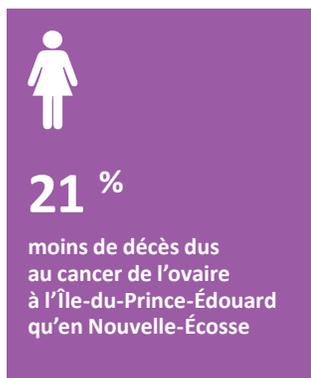
Mesure :

- 1) Taux d’incidence normalisés selon l’âge
- 2) Taux d’incidence selon le stade
- 3) Taux de mortalité normalisés selon l’âge

Les résultats sont présentés en fonction du temps et pour chaque province.

Date initiale de la mesure

Indicateur supplémentaire à partir de 2016.



Utilité de la mesure

Au Canada, chez les femmes, le cancer de l’ovaire est le huitième cancer par ordre de fréquence, mais la cinquième cause de mortalité par cancer (après le cancer du poumon, le cancer colorectal, le cancer du sein et le cancer du pancréas). On prévoit que le fardeau du cancer de l’ovaire s’allourdira, passant de 2 800 cas en 2015 à 3 650 cas en 2028-2032, soit une augmentation relative de 30 %¹. Nous incluons le cancer de l’ovaire dans ce rapport en vertu de la pratique de présenter dans chaque *Rapport sur le rendement du système de lutte contre le cancer* des types de cancer autres que les cinq types les plus fréquents (sein, colorectal, poumon, prostate et pancréas) afin de diffuser les connaissances sur le fardeau que représentent les différents cancers au Canada.

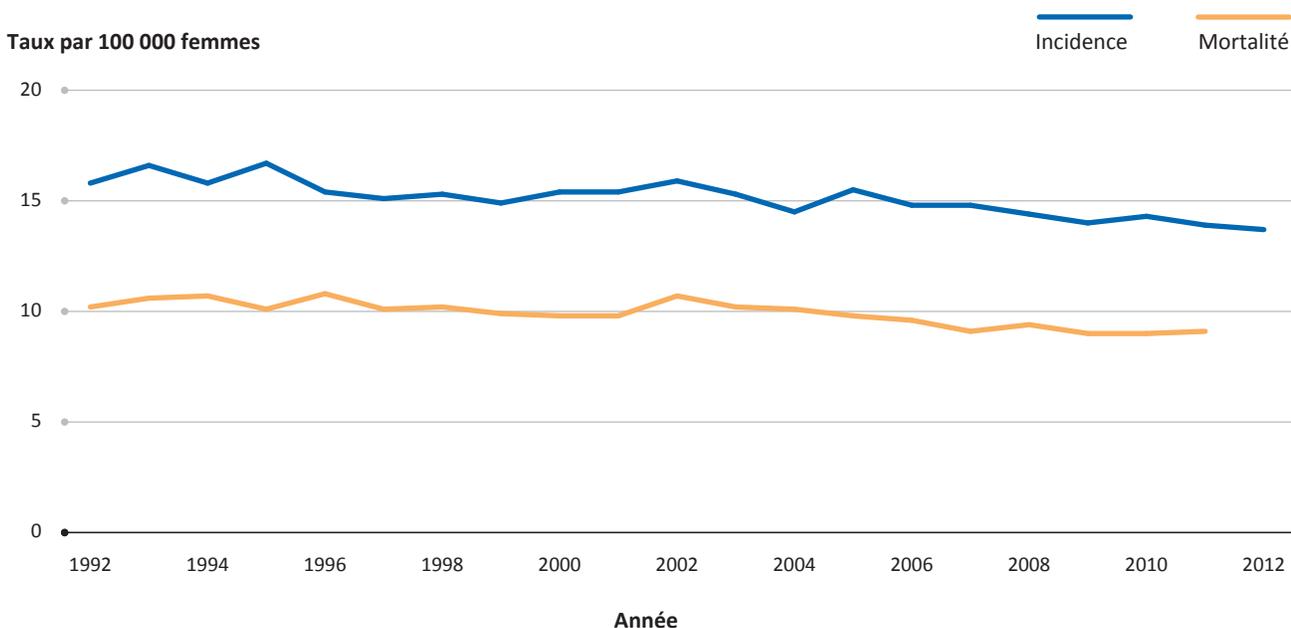
Principaux résultats

- Le taux d’incidence normalisé selon l’âge (TINA) pour le cancer de l’ovaire au Canada a diminué de façon importante, passant de 15,8 cas par 100 000 femmes en 1992 à 13,7 cas par 100 000 femmes en 2012 (variation annuelle en pourcentage [VAP] = -0,7 %; variation relative globale = -13,3 %); alors que le taux de mortalité normalisé selon l’âge (TMNA) a diminué considérablement, passant de 10,2 décès par 100 000 femmes en 1992 à 9,1 décès par 100 000 femmes en 2011 (VAP = -0,9 %; variation relative globale = -10,8 %) (Figure 8.20).

- La différence relative entre les TINA provinciaux le plus faible et le plus élevé s'établissait à 32,7 % (années 2010 à 2012 combinées). Les TINA se situaient entre 11,3 cas par 100 000 femmes en Alberta et 15,0 cas par 100 000 femmes en Ontario (Figure 8.21).
- Les TMNA étaient compris entre 8,2 décès par 100 000 femmes à l'Île-du-Prince-Édouard et 9,9 décès par 100 000 femmes en Nouvelle-Écosse, soit une différence relative de 20,7 % (années 2009 à 2011 combinées) (Figure 8.22).
- Seules quatre provinces ont été en mesure de fournir des taux d'incidence spécifiques au stade pour le cancer de l'ovaire (années 2011 à 2013 combinées). Dans ces provinces, au moment du diagnostic, le cancer de l'ovaire avait atteint le plus souvent le stade III. L'incidence du cancer de l'ovaire de stade III va de 6,7 cas par 100 000 femmes en Alberta à 8,0 cas par 100 000 femmes au Manitoba et en Nouvelle-Écosse, soit une différence relative de 33,3 % (Figure 8.23).

FIGURE 8.20

Taux d'incidence et de mortalité pour le cancer de l'ovaire, au Canada, normalisés selon l'âge de la population canadienne en 2011 – de 1992 à 2012

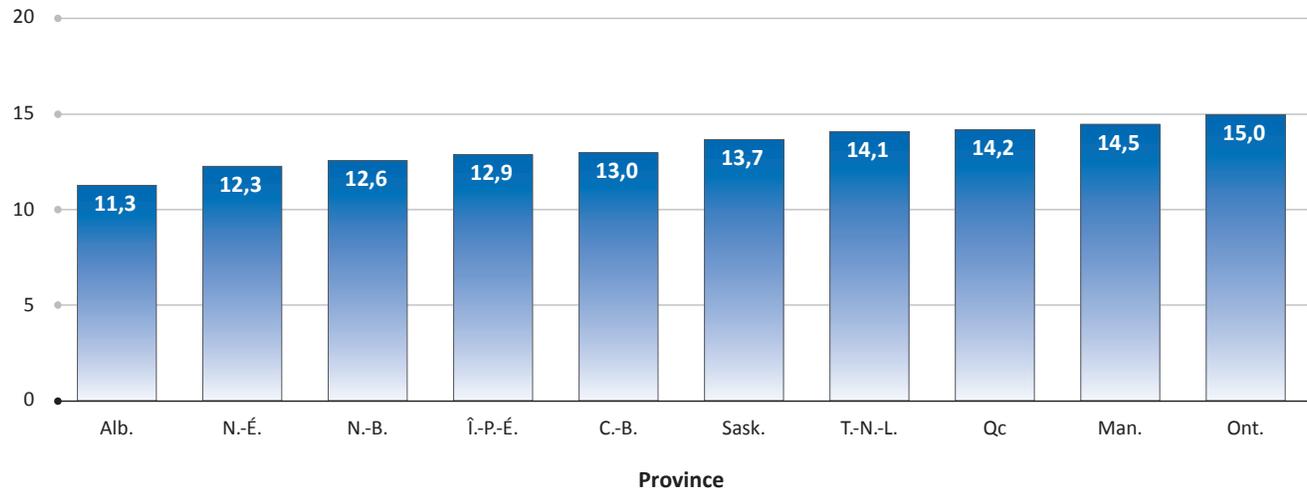


Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès.

FIGURE 8.21

Taux d'incidence du cancer de l'ovaire, par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années 2010 à 2012 combinées

Taux par 100 000 femmes

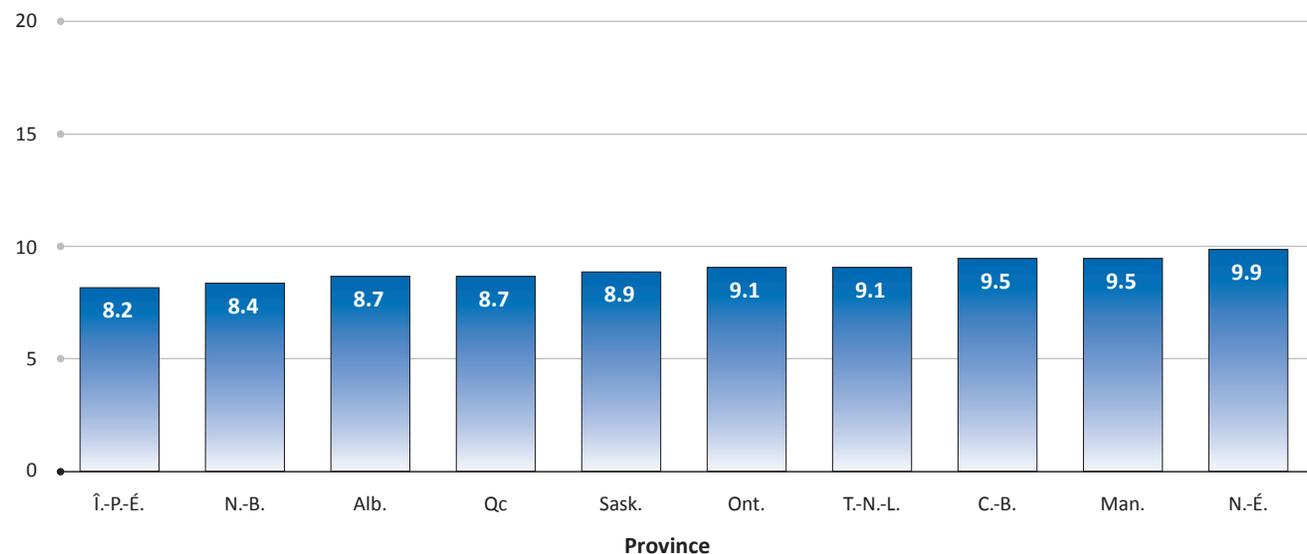


Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer.

FIGURE 8.22

Taux de mortalité due au cancer de l'ovaire, par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années 2009 à 2011 combinées

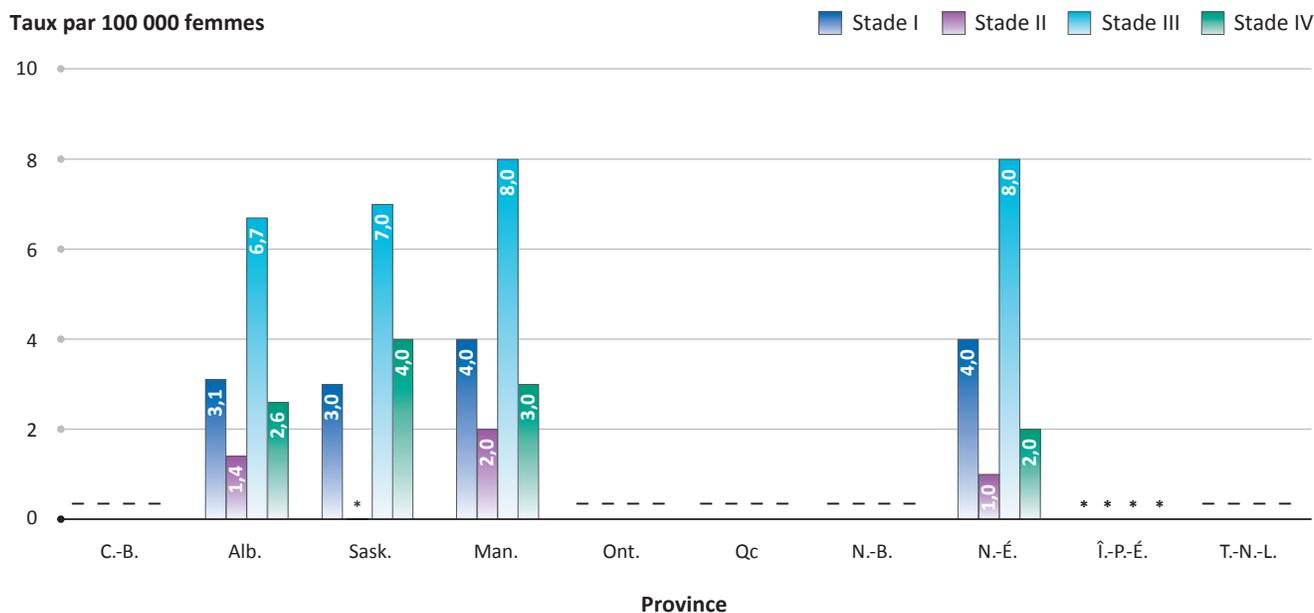
Taux par 100 000 femmes



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

FIGURE 8.23

Taux d'incidence du cancer de l'ovaire, par stade au moment du diagnostic et par province, normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011 – années de diagnostic 2011 à 2013 combinées



« — » Données non disponibles.

* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

Source de données : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

Importance de ces résultats

Le pronostic du cancer de l'ovaire est plus sombre que celui de nombreux autres cancers. Les données de l'étude CONCORD-2 indiquent qu'au Canada, dans le cas du cancer de l'ovaire, la survie nette après cinq ans est faible, se situant à 37,5 %. On observe ce même phénomène dans d'autres pays, incluant les États-Unis¹¹⁴. D'après les résultats, la raison de ce faible taux de survie pourrait être qu'au moment du diagnostic, le cancer de l'ovaire a généralement atteint un stade avancé¹¹⁵. Bien que le traitement soit généralement efficace et que le pronostic soit bon pour le cancer de l'ovaire à un stade précoce, ce n'est pas le cas lorsque la maladie a évolué.

Malheureusement, la recherche montre que le dépistage du cancer de l'ovaire ne diminue pas la mortalité et que ce cancer pourrait causer des dommages importants au niveau de la population¹¹⁵⁻¹¹⁷. Ces résultats nous permettent de conclure que, dans le cas de ce cancer, à moins que de nouveaux tests de dépistage soient mis au point, les améliorations sur le plan de la mortalité et de la survie seront probablement apportées par des améliorations au niveau du traitement. Puisque les résultats du cancer de l'ovaire (incluant l'incidence et la mortalité) n'ont pas encore été examinés dans le cadre de l'analyse du rendement du système, la présente étude nous permet de mieux évaluer le fardeau que représente ce cancer au Canada et nous permettra de suivre les tendances au fil du temps pour mieux comprendre les facteurs influençant ces résultats.

Section spéciale : Survie à cinq ans par revenu pour plusieurs cancers au Canada

Message clé

En examinant la survie à la suite d'un cancer sous l'angle du quintile de revenu, on constate que tous les patients n'ont pas des chances égales. En effet, il a été montré que la survie dans les populations à plus faible revenu était écourtée dans le cas des cancers du sein, colorectal, du poumon et de la prostate.

Contexte

La surveillance et la déclaration de la survie à la suite d'un cancer fournissent un mécanisme permettant de comprendre l'efficacité du système de soins pour les personnes souffrant de cancer au Canada. Un grand nombre de facteurs qui peuvent influencer sur les chances de survie, notamment un accès approprié à un dépistage performant, un diagnostic rapide et un traitement efficace. Il existe suffisamment de données probantes pour conclure que la survie au cancer varie selon le statut socioéconomique (SSE), peut-être à cause des disparités observées au niveau de l'accès à des soins de qualité chez les populations à faible revenu¹¹⁸.

Dans cette section spéciale, nous donnons un aperçu de la survie nette par SSE (mesurée par le revenu moyen du quartier ou de la collectivité où habite le patient par rapport à l'ensemble de la population) pour plusieurs cancers, chez des adultes âgés de 15 à 99 ans au moment du diagnostic, notamment le cancer du sein, du poumon, du côlon et du rectum (combinés), de la prostate et de l'estomac, ainsi que la leucémie aiguë lymphoblastique chez les enfants (de 14 ans ou moins). L'objectif est de déterminer les disparités sur le plan de la survie entre les différents groupes de revenu afin de pouvoir cibler des stratégies de lutte contre le cancer permettant d'atteindre les populations qui risquent de connaître de moins bons résultats.

Ce que nous savons au sujet des disparités dans la lutte contre le cancer au Canada. Un aperçu du travail antérieur

Le *Rapport de 2014 sur l'examen des disparités quant à la lutte contre le cancer : Rapport thématique spécial sur le rendement du système* et le *Rapport de 2015 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*, préparés par le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat), ont examiné l'influence du revenu (parmi les autres facteurs sociodémographiques) sur l'accès aux services de lutte contre le cancer. Les principales constatations sont les suivantes :

- **Dépistage.** Les taux de participation autodéclarés au dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et du cancer colorectal ont été les plus élevés chez les populations à fort revenu¹¹⁹.
- **Incidence spécifique au stade.** Les femmes ayant des revenus plus élevés étaient plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer à un stade précoce ou intermédiaire que les femmes ayant des revenus plus faibles¹²⁰.
- **Temps d'attente.** Les populations à revenu faible devaient généralement attendre plus longtemps entre une mammographie anormale et la résolution du diagnostic¹²⁰.
- **Traitement.** Il n'y a aucune différence définitive par revenu sur le plan de l'accès et du recours à la radiothérapie (mesuré par les temps d'attente en radiothérapie et le recours à la radiothérapie), mais il y avait des différences dans les modèles de traitement du cancer du sein par revenu (mesuré par les taux de mastectomies)¹²⁰.

Les données sur la survie nette par SSE s'ajoutent aux preuves sur les disparités dans la lutte contre le cancer au Canada. Elles nous permettent d'examiner dans quelle mesure les variations entre les activités de lutte contre le cancer affectent la survie dans différents groupes de population (définis dans ce cas par le revenu).

Méthodes

On a estimé la survie nette à cinq ans entre 2004 et 2009 chez les adultes canadiens (de 15 à 99 ans) souffrant d'un des neuf cancers suivants : sein, poumon, côlon et rectum combinés, prostate, foie, ovaire, col de l'utérus, estomac et leucémie. Elle a aussi été estimée chez les enfants (de 14 ans ou moins) ayant reçu un diagnostic de leucémie aiguë lymphoblastique. Cette estimation a fait partie d'une sous-analyse de l'étude CONCORD-2, menée précisément au Canada et financée par le Partenariat. L'étude CONCORD-2 est l'étude la plus complète à ce jour sur les comparaisons internationales de la survie au cancer basée sur des populations¹¹⁴.

Dans cette étude, le SSE était défini par le revenu moyen du quartier ou de la collectivité où habite le patient et il a été dérivé de PCCF+ version 5K, basé sur le recensement de 2006, en utilisant les codes postaux complets des patients. Les quintiles de revenus ont été obtenus en classant le revenu ménage ajusté selon la taille moyenne du ménage par aire de diffusion. Ces quintiles ont été adaptés aux collectivités.

La survie nette a été évaluée un an, trois ans et cinq ans après le diagnostic, selon le quintile de revenu et globalement. Les groupes d'âge et les pondérations de la norme internationale sur la survie au cancer ont été appliqués aux tumeurs survenant chez les adultes. Pour la leucémie infantile, des pondérations égales ont été appliquées à chacun des trois groupes d'âge (0 à 4 ans, 5 à 9 ans et 10 à 14 ans). On a utilisé les tables provinciales de survie pour chaque sexe, quintile de revenu et année civile pour contrôler la mortalité de base. La survie nette chez les patients atteints de cancer a été contrôlée pour des niveaux largement différents de mortalité de base selon l'âge et le sexe dans la population générale à l'intérieur de chaque quintile de revenu dans chaque province.

Par conséquent, les variations par revenu de la mortalité non reliée au cancer (comme la maladie cardiovasculaire) ont déjà été prises en compte dans la survie de base et, ainsi, ne devraient pas fausser les taux de survie nette au cancer.

Les données ont été tirées de 10 registres provinciaux du cancer, chacun d'entre eux couvrant la population entière de la province. Les données sur le quintile de revenu n'étaient pas disponibles pour Terre-Neuve-et-Labrador au moment de l'analyse, ce qui signifie qu'on n'a pas pu estimer la survie par SSE pour cette province. Les populations étaient trop faibles dans les Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et au Yukon pour permettre une estimation précise des tables de survie et de la survie nette par SSE.

Dans cette section spéciale, nous présentons la survie nette à cinq ans par quintile de revenu pour les quatre cancers les plus courants au Canada : cancers du sein, du poumon, colorectal et de la prostate, ainsi que pour le cancer de l'estomac et la leucémie infantile.

Résultats

Chez les adultes, la survie nette à cinq ans la plus élevée a été constatée chez les populations à revenu élevé (Q5) pour les cancers du sein, colorectal, du poumon et de la prostate (Figure 8.i). On a trouvé le même gradient de survie en fonction du revenu dans le cas des cancers, du foie et de l'ovaire ainsi que de la leucémie chez les adultes (données non présentées).

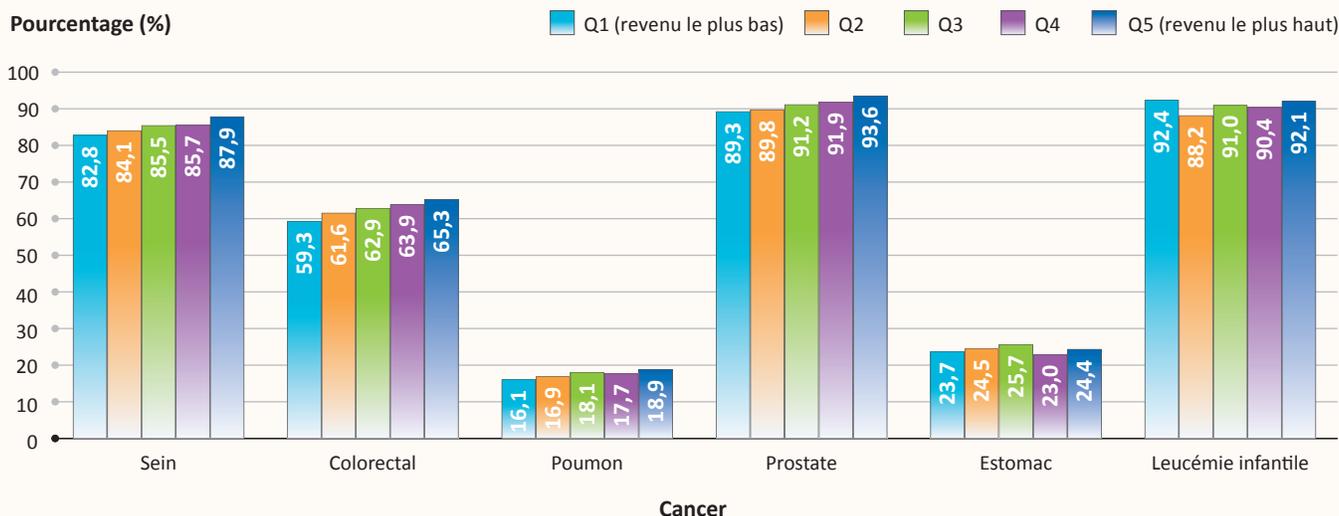
Par contre, la survie nette à cinq ans pour le cancer de l'estomac et la leucémie infantile ne révèle pas un fort gradient en fonction du revenu; la survie était similaire dans tous les quintiles (Figure 8.i).

Publication prochaine des données de CONCORD-2 sur la survie par rapport au statut socio-économique

L'équipe d'analyse centrale CONCORD a fourni au Partenariat des résultats détaillés pour chacun des 10 cancers étudiés; une exploration plus approfondie des disparités quant à la survie selon le revenu au Canada est en cours de réalisation. Les publications futures incluront l'examen du gradient de survie par revenu au niveau provincial et par groupe d'âge pour les 10 cancers, ainsi que la détermination de l'influence de facteurs comme le stade au moment du diagnostic.

FIGURE 8.i

Survie nette à cinq ans par quintile de revenu du patient pour six cancers, normalisée selon l'âge[†] — années de diagnostic 2004 à 2009



[†] Normalisée selon l'âge au moyen des pondérations de la norme internationale sur la survie au cancer.

Terre-Neuve-et-Labrador, les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et le Yukon n'ont pas été inclus dans l'analyse par quintile de revenu (voir Méthodes).

Leucémie infantile : 0 à 14 ans. Tous les autres cancers : 15 à 99 ans.

Source de données : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

Conclusions

On a montré que, chez les populations à plus faible revenu, la survie à la suite de la plupart des cancers étudiés ici était écourtée. D'après les données probantes tirées de la littérature, les patients à plus faible revenu sont moins susceptibles de reconnaître et de faire évaluer leurs symptômes rapidement, ce qui mène à l'établissement d'un diagnostic à un stade plus avancé, lorsque les traitements sont moins efficaces et, en fin de compte, le pronostic moins bon¹²¹⁻¹²³. De plus, un moindre accès au dépistage ou à une détection précoce et à un traitement, tant en termes de rapidité d'administration que de qualité des soins (c.-à-d. que les populations à faible revenu pourraient recevoir des soins de moins bonne qualité, moins rapidement) pourrait avoir des conséquences sur les résultats relatifs à la survie^{118, 124}. Par exemple, tant au Canada qu'aux États-Unis, les patients à faible revenu atteints de cancer doivent souvent attendre plus longtemps entre le moment où on leur communique un résultat de dépistage anormal ou celui où les symptômes sont détectés et le moment où ils reçoivent des soins de suivi ou un traitement^{120, 121}. En examinant séparément la survie spécifique au stade dans chaque quintile de revenu, on pourrait voir à l'avenir dans quelle mesure ces différences sur le plan de la survie sont influencées par les différences sur le plan du dépistage et de la détection précoces (ou la présentation précoce) ou de l'efficacité du traitement.

La survie au cancer de l'estomac et à la leucémie infantile ne se conforme pas à ce modèle : il semble n'y avoir aucun lien clair entre le revenu et la survie. D'autres recherches ont montré que la survie au cancer de l'estomac et à la leucémie infantile est associée au SSE¹²⁵⁻¹²⁹. On devrait se réjouir du fait que cette association ne semble pas exister au Canada, particulièrement dans le cas de la leucémie infantile; on devrait probablement explorer plus à fond les facteurs possibles permettant un accès plus équitable aux soins et une survie relativement comparable parmi les quintiles de revenu pour ces deux cancers, et qui pourraient s'appliquer aux autres cancers.

Avant de pouvoir agir sur les inégalités relatives à la survie au cancer qu'on constate à l'échelle du pays, une première étape serait de reconnaître l'existence de ces disparités et l'amplitude de l'écart sur le plan de la survie à la suite de différents cancers. On pourrait élaborer des stratégies ciblées de lutte contre le cancer afin de promouvoir la connaissance et d'améliorer l'accès à des soins rapides et efficaces pour les patients au long du spectre sociodémographique, ce qui permettrait d'obtenir des résultats plus équitables.

Résumé des résultats des indicateurs

Indicateur	Où le trouver	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	T. N.-O.	Nt	Source de données
Prévention															
Prévalence du tabagisme (%)	Page 13	14,3	19,1	20,6	16,2	17,4	19,5	20,8	22,1	19,7	21,6	26,1	33,4	61,7	ESCC
Abandon du tabagisme (%)	En ligne [†]	23,0	18,8	18,5	21,0	16,3	18,6	19,1	17,3	19,7	16,8	13,0	18,4	*	ESCC
Exposition à la fumée secondaire — public (%)	En ligne [†]	12,6	15,7	11,3	15,3	15,1	11,5	9,6	11,0	10,2	9,1	6,7	15,2	14,1	ESCC
Consommation d'alcool — aucune au cours des 12 derniers mois (%)	En ligne [†]	21,0	22,0	19,4	23,0	22,0	15,9	22,0	21,0	23,0	22,0	18,5	23,0	36,0	ESCC
Surpoids et obésité chez les adultes (%)	En ligne [†]	48,0	55,0	58,0	62,0	54,0	51,2	64,0	63,0	61,0	67,0	57,0	65,0	50,0	ESCC
Consommation de fruits et légumes (%)	En ligne [†]	40,0	39,0	36,0	31,0	38,0	46,0	34,0	31,0	31,0	26,0	41,0	32,0	24,0	ESCC
Vaccination contre le virus du papillome humain (%)	Page 19	65,8	64,9	73,7	58,6	80,2	74,4	73,0	75,0	84,9	88,7	—	39,3	—	RPDCCU; Partenariat; BC CDC; PE CPHO

- Tiers supérieur
- Tiers médian
- Tiers inférieur

« — » Données non disponibles.

* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

[†] Visitez le site rendementdusysteme.ca pour plus de renseignements sur cet indicateur.

Source de données :

ESCC : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

RPDCCU : Réseau pancanadien de dépistage du cancer du col utérin

Partenariat : sondage sur la vaccination contre le VPH du Partenariat canadien contre le cancer

BC CDC : Center for Disease Control de la Colombie-Britannique

PE CPHO : Île-du-Prince-Édouard — Administrateur en chef de la santé publique

Indicateur	Où le trouver	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	T. N.-O.	Nt	Source de données
Dépistage															
Dépistage du cancer du col de l'utérus (%)	Page 25	82,3	81,2	79,3	85,4	81,6	71,7	80,0	83,1	88,7	82,9	81,2	81,1	74,9	ESCC
Dépistage du cancer du sein (%)	Page 27	69,0	73,0	64,0	72,0	73,0	74,0	71,0	67,0	61,0	71,0	61,0	66,0	*	ESCC
Dépistage du cancer colorectal (%)	Page 29	45,0	55,0	48,0	65,0	60,0	38,0	42,0	48,0	60,0	42,0	41,0	41,0	22,0	ESCC
Diagnostic															
Temps d'attente pour un diagnostic de cancer du sein (sans biopsie) — 90 ^e percentile (semaines)	Page 36	8,0	4,0	5,3	5,0	4,4	—	6,0	7,6	5,9	8,0	—	—	—	PPDCS
Temps d'attente pour un diagnostic de cancer du sein (avec biopsie) — 90 ^e percentile (semaines)	Page 37	14,0	12,1	12,5	14,0	11,3	—	13,1	11,7	10,6	15,0	—	—	—	PPDCS
Temps d'attente pour un diagnostic de cancer colorectal (jours)	Page 38	150	139	119	119	—	—	—	147	151	104	—	—	—	RNDCC
Enregistrement du stade — 4 cancers les plus courants (%) [†]	En ligne [†]	100	99,9	99,9	100	92,0	—	99,9	100	100	100	—	—	—	APC
Répartition des stades	En ligne [†]	Données non déclarées par province.													APC

■ Tiers supérieur
■ Tiers médian
■ Tiers inférieur

« — » Données non disponibles.

* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

[†] Visitez le site rendementdusysteme.ca pour plus de renseignements sur cet indicateur.

[†] En raison du nombre de valeurs identiques et de la petite taille de l'échantillon, cet indicateur peut uniquement être inclus dans deux catégories.

Sources de données :

ESCC : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

PPDCS : Programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein

RNDCC : Réseau national de dépistage du cancer colorectal

APC : Organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer

Indicateur	Où le trouver	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	T. N.-O.	Nt	Source de données
Traitement															
Prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques lors d'une résection du côlon (%)	Page 44	—	83,0	74,2	82,3	—	—	77,8	76,4	70,7	81,9	—	—	—	APC
Résections de cancers du sein par mastectomie (%)	Page 46	54,8	48,3	37,6	63,8	63,9	75,1	56,7	50,1	51,4	30,8	—	35,3	—	ICIS
Temps d'attente pour une radiothérapie — 90 ^e percentile (jours)	Page 49	22	22	—	22	—	—	19	—	27	20	—	—	—	APC
Radiothérapie préopératoire pour les cancers du rectum de stade II ou III (%)	Page 53	—	46,7	—	50,4	—	—	43,0	41,5	—	41,6	—	—	—	APC
Chimiothérapie postopératoire pour les cancers du poumon non à petites cellules de stade II ou IIIA (%)	Page 57	—	41,4	43,6	44,2	56,1	—	—	—	50,0	—	—	—	—	APC
Résections de cancers du rectum de stade II ou III (%)	En ligne [†]	—	92,6	—	86,0	—	—	100	86,0	—	81,1	—	—	—	APC
Résections de cancers du côlon de stade III (%)	En ligne [†]	—	97,3	85,7	89,0	—	—	88,0	—	100	—	—	—	—	APC
Résections de cancers du poumon non à petites cellules de stade II ou IIIA (%)	En ligne [†]	—	38,1	33,1	41,6	—	—	41,6	—	36,8	—	—	—	—	APC
Radiothérapie postopératoire pour les cancers du sein de stade I ou II (%)	En ligne [†]	—	88,5	71,5	81,2	—	—	77,1	81,2	87,8	89,3	—	—	—	APC
Chimiothérapie postopératoire pour les cancers du côlon de stade III (%)	En ligne [†]	—	60,3	65,6	57,5	—	—	—	—	60,9	—	—	—	—	APC

- Tiers supérieur
- Tiers médian
- Tiers inférieur

« — » Données non disponibles.

[†] Visitez le site rendementdusysteme.ca pour plus de renseignements sur cet indicateur.

Sources de données :

APC : Organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

Indicateur	Où le trouver	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	T. N.-O.	Nt	Source de données
Perspective centrée sur la personne															
Dépistage de la détresse	Page 67	Voir le chapitre sur la Perspective centrée sur la personne pour plus de détails.													APC
Lieu du décès — hôpital (%)	En ligne [†]	49,8	63,6	69,5	89,4	64,2	77,8	75,6	70,0	62,6	78,1	—	—	—	SECBDD
Recherche															
Ratio de participation aux essais cliniques pour adultes	Page 72	0,025	0,066	0,032	0,018	0,057	—	0,011	0,007	*	0,002	—	—	—	APC, SCC
Ratio de participation aux essais cliniques pédiatriques	En ligne [†]	0,191	0,199	0,375	0,571	0,263	0,307	—	0,283	—	0,429	—	—	—	C ¹⁷
Financement de la recherche clinique	En ligne [†]	Données non déclarées par province.													ACRC
Pertinence															
Dépistage du cancer du sein au-delà des lignes directrices (%)	Page 78	29,8	28,3	21,6	25,1	25,9	17,4	15,7	26,9	33,5	26,9	13,5	37,7	*	ESCC
Mastectomies effectuées en chirurgie d'un jour (%)	Page 81	14,7	1,4	6,4	27,4	38,7	27,9	39,3	20,2	18,4	8,2	*	*	*	ICIS
Recours aux services de soins intensifs pendant les deux dernières semaines de vie — admissions (%)	En ligne [†]	8,4	9,4	9,8	7,1	14,3	—	6,9	5,8	9,5	9,0	15,9			ICIS

- Tiers supérieur
- Tiers médian
- Tiers inférieur

« — » Données non disponibles.

* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

[†] Visitez le site rendementdusysteme.ca pour plus de renseignements sur cet indicateur.

Sources de données :

APC : Organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer

SECBDD : Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès

SCC : Société canadienne du cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer

C¹⁷ : Conseil C¹⁷ des programmes d'oncologie pédiatrique

ACRC : Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer

ESCC : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

Indicateur	Où le trouver	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-E.	Î.-P.-É.	T.-N.L.	Yn	T. N.-O.	Nt	Source de données
Résultats à long terme															
Incidence du cancer du sein (par 100 000 femmes)	Page 89	127,5	128,3	125,6	132,9	128,0	129,2	122,1	130,8	137,6	120,6	—	—	—	RCC
Incidence du cancer du sein de stade IV (par 100 000 femmes) [†]	Page 90	8,0	9,1	11,0	11,0	—	—	8,0	11,0	11,0	—	—	—	—	APC
Mortalité due au cancer du sein (par 100 000 femmes)	Page 89	23,9	25,0	28,0	29,1	27,0	28,4	28,0	29,1	26,1	31,9	—	—	—	SECBDD
Incidence du cancer du poumon (par 100 000 hommes)	Page 93	65,7	68,7	78,1	76,9	72,2	104,2	100,5	99,1	101,0	95,3	—	—	—	RCC
Incidence du cancer du poumon (par 100 000 femmes)	Page 93	55,4	58,9	67,0	68,4	55,4	71,4	63,4	76,8	57,4	54,0	—	—	—	RCC
Incidence du cancer du poumon de stade IV (par 100 000 personnes)	Page 94	37,0	42,9	49,0	44,0	—	—	40,0	57,0	45,0	—	—	—	—	APC
Mortalité due au cancer du poumon (par 100 000 personnes)	Page 93	49,8	50,2	54,9	57,7	51,6	71,4	64,6	65,3	63,7	62,0	—	—	—	SECBDD
Incidence du cancer colorectal (par 100 000 hommes)	Page 97	69,3	73,8	84,0	87,2	68,0	80,6	77,9	92,6	81,1	111,3	—	—	—	RCC
Incidence du cancer colorectal (par 100 000 femmes)	Page 97	49,1	49,0	59,2	57,3	48,7	55,3	52,7	67,2	58,2	78,4	—	—	—	RCC
Incidence du cancer colorectal de stade IV (par 100 000 personnes)	Page 98	15,0	17,0	18,0	17,0	—	—	16,0	20,0	22,0	—	—	—	—	APC
Mortalité due au cancer colorectal (par 100 000 personnes)	Page 97	23,5	23,1	24,8	27,9	24,4	28,1	26,0	32,8	27,9	40,0	—	—	—	SECBDD

- Tiers supérieur
- Tiers médian
- Tiers inférieur

« — » Données non disponibles.

[†] En raison du nombre de valeurs identiques et de la petite taille de l'échantillon, cet indicateur peut uniquement être inclus dans deux catégories.

Sources de données :

RCC : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

APC : Organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer

SECBDD : Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès

Indicateur	Où le trouver	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-E.	Î.-P.-É.	T.-N.L.	Yn	T. N.-O.	Nt	Source de données
Résultats à long terme															
Incidence du cancer de la prostate (par 100 000 hommes)	Page 101	143,5	157,7	146,2	126,3	146,4	113,6	163,4	149,5	190,5	159,1	—	—	—	RCC
Incidence du cancer de la prostate de stade IV (par 100 000 hommes)	Page 102	19,0	21,8	23,0	24,0	—	—	12,0	17,0	18,0	—	—	—	—	APC
Mortalité due au cancer de la prostate (par 100 000 hommes)	Page 101	27,5	32,0	36,6	34,3	28,5	26,0	28,2	31,7	31,8	31,2	—	—	—	SECBDD
Incidence du cancer du pancréas (par 100 000 hommes)	Page 105	13,3	13,5	14,1	17,1	12,6	14,0	14,5	13,7	14,5	11,0	—	—	—	RCC
Incidence du cancer du pancréas (par 100 000 femmes)	Page 105	10,4	12,3	12,0	12,3	10,6	10,7	11,9	12,1	10,9	9,3	—	—	—	RCC
Mortalité due au cancer du pancréas (par 100 000 personnes)	Page 105	11,9	11,4	11,3	11,7	11,5	12,6	12,8	12,5	11,9	11,2	—	—	—	SECBDD
Incidence du cancer de l'ovaire (par 100 000 femmes)	Page 109	13,0	11,3	13,7	14,5	15,0	14,2	12,6	12,3	12,9	14,1	—	—	—	RCC
Incidence du cancer de l'ovaire de stade IV (par 100 000 femmes)	Page 110	—	2,6	4,0	3,0	—	—	—	2,0	*	—	—	—	—	APC
Mortalité due au cancer de l'ovaire (par 100 000 femmes)	Page 109	9,5	8,7	8,9	9,5	9,1	8,7	8,4	9,9	8,2	9,1	—	—	—	SECBDD

■ Tiers supérieur

■ Tiers médian

■ Tiers inférieur

« — » Données non disponibles.

* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

Sources de données :

RCC : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

APC : Organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer

SECBDD : Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès

Prochaines étapes de l'évaluation du rendement du système

Bien qu'on ait réalisé des progrès en matière de lutte contre le cancer au Canada grâce aux efforts soutenus et à la collaboration des partenaires nationaux, provinciaux et territoriaux, le travail n'est pas terminé; le cancer continue à être un fardeau important : deux Canadiens sur cinq développeront un cancer durant leur vie et un sur quatre en mourra¹.

Le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) continuera à jouer un rôle unique : travailler avec les experts en oncologie et avec les partenaires du système de santé à l'échelle du pays afin de réduire l'incidence du cancer, de diminuer la probabilité de mourir du cancer et améliorer la qualité de vie des personnes qui en souffrent. Ce rôle sous-entend des efforts soutenus pour produire des rapports sur la mesure de rendement du système afin de faire connaître l'optimisation de la planification de la lutte contre le cancer, d'améliorer la qualité de la pratique et de promouvoir la communication et l'adoption de pratiques exemplaires dans tout le pays.

À cette fin, l'Initiative sur le rendement du système du Partenariat, en collaboration avec les organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer ainsi qu'avec les partenaires nationaux, continuera à travailler pour améliorer la diffusion des connaissances et des données liées aux secteurs clés du système de lutte contre le cancer au Canada au cours de la prochaine année :

- **La qualité des soins centrés sur la personne** tout au long du parcours du patient face au cancer est sous-mesurée et sous-déclarée. Pour combler cette lacune, un rapport ciblé sur les soins centrés sur la personne est en cours de préparation. Il comportera des indicateurs sur les soins palliatifs et de fin de vie, les résultats et les expériences déclarés par les patients et le parcours face au cancer des adolescents et des jeunes adultes. De plus, l'étude sur les expériences des patients atteints de cancer pendant les transitions aidera à expliquer comment le système de soins de santé pourrait mieux répondre aux besoins de ces patients qui transitent vers des soins de suivi et des soins aux survivants. Les conclusions de ces efforts feront connaître les stratégies axées sur des soins intégrés et centrés sur le patient, menant en fin de compte à une amélioration de l'expérience des patients et des résultats qu'ils obtiennent.
 - **Améliorer la portée et l'effet des produits de rendement du système** est aussi une priorité essentielle comblée par l'application Web sur le rendement du système (rendementdusysteme.ca). L'application est un outil interactif permettant de voir et d'utiliser les données relatives au rendement du système. Grâce aux commentaires des intervenants sur les façons dont l'application pourrait mieux répondre aux besoins du système, celle-ci offre maintenant la possibilité d'explorer les données par province et par territoire. Des discussions sont en cours sur les orientations futures de l'application Web sur le rendement du système afin d'améliorer l'expérience des utilisateurs.
- Avec ces améliorations et d'autres efforts, le Partenariat, grâce à son Initiative sur le rendement du système, continuera à travailler étroitement avec les organisations à l'échelle du pays afin de mettre au jour des occasions d'améliorer le système de façon continue.

Références

1. Société canadienne du cancer, Comité consultatif des Statistiques canadiennes sur le cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2015. Toronto (Ont.) : Société canadienne du cancer; mai 2015, 150 p.
2. Santé Canada. Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2007 [mis à jour le 6 nov. 2011; cité le 30 nov. 2015]. Disponible au : <http://hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/res/news-nouvelles/ftcs-sflt-eng.php>.
3. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington (DC): American Institute for Cancer Research; 2007. 537 p. Rapport N° : 0972252223.
4. Centre international de recherche sur le cancer. Monographies du CIRC sur l'évaluation des risques de cancérogénicité pour l'homme [Internet]. Lyon (FR) : CIRC; 2015 [mis à jour en 2015; cité le 30 nov. 2015]. Disponible au : <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/PDFs/index.php>.
5. American cancer society. Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figures 2015-2016. Atlanta (GA): American Cancer Society; 2015. 64 p.
6. Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario [OTRU-NET] saveurs/menthol – résumé des dates de mises en œuvre provinciales [Message de liste d'envoi électroniques]. Toronto (Ont.) : OTRU; 2016 [mis à jour le 11 jan. 2016].
7. Organisation de coopération et de développement économiques. Tabagisme. Perspectives économiques de l'OCDE 2014 : Statistiques économiques, environnementales et sociales. Paris (FR) : OCDE; 2014.
8. Warren GW, Sobus S, Gritz ER. The biological and clinical effects of smoking by patients with cancer and strategies to implement evidence-based tobacco cessation support. *Lancet Oncol.* 2014 Nov;15(12):e568-80.
9. National Cancer Institute. Smoking in cancer care (PDQ) [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2014 [mis à jour le 27 juin 2014; cité le 20 oct. 2015]. Disponible au : <http://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/tobacco/smoking-cessation-pdq#section/all>.
10. Park ER, Japuntich SJ, Rigotti NA, Traeger L, He Y, Wallace RB, et coll. A snapshot of smokers after lung and colorectal cancer diagnosis. *Cancer.* 2012 Jun 15;118(12):3153-64.
11. Burke L, Miller LA, Saad A, Abraham J. Smoking behaviors among cancer survivors: an observational clinical study. *J Oncol Pract.* 2009 Jan;5(1):6-9.
12. Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ.* 2010;340:b5569.
13. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014 Jan. 943 p.
14. Garces YI, Yang P, Parkinson J, Zhao X, Wampfler JA, Ebbert JO, et coll. The relationship between cigarette smoking and quality of life after lung cancer diagnosis. *Chest.* 2004 Dec;126(6):1733-41.
15. Demark-Wahnefried W, Aziz NM, Rowland JH, Pinto BM. Riding the crest of the teachable moment: promoting long-term health after the diagnosis of cancer. *J Clin Oncol.* 2005 Aug 20;23(24):5814-30.
16. Tseng TS, Lin HY, Moody-Thomas S, Martin M, Chen T. Who tended to continue smoking after cancer diagnosis: the national health and nutrition examination survey 1999-2008. *BMC Public Health.* 2012;12:784.
17. Pinto BM, Trunzo JJ. Health behaviors during and after a cancer diagnosis. *Cancer.* 2005 Dec 1;104(11 Suppl):2614-23.
18. Gouvernement du Canada. Virus du papillome humain (VPH) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2013 [mis à jour le 2 avr. 2013; cité le 30 nov. 2015]. Disponible au : <http://healthycanadians.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/hpv-vph-eng.php>.
19. Ho GY, Bierman R, Beardsley L, Chang CJ, Burk RD. Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med.* 1998 Feb 12;338(7):423-8.
20. Tota JE, Chevarie-Davis M, Richardson LA, Devries M, Franco EL. Epidemiology and burden of HPV infection and related diseases: implications for prevention strategies. *Prev Med.* 2011 Oct;53 Suppl 1:S12-21.
21. Santé Canada. Recherche de produits pharmaceutiques en ligne [Internet]. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2015 [mis à jour le 17 juil. 2015; cité le 9 fév. 2016]. Disponible au : <http://webprod5.hc-sc.gc.ca/dpd-bdpp/language-langage.do?lang=fra&url=t.search.recherche>.
22. Parkin DM, Bray F. Chapter 2: The burden of HPV-related cancers. *Vaccine.* 2006;24 Suppl 3:11-25.
23. Watson M, Saraiya M, Ahmed F, Cardinez CJ, Reichman ME, Weir HK, et coll. Using population-based cancer registry data to assess the burden of human papillomavirus-associated cancers in the United States: overview of methods. *Cancer.* 2008 Nov 15;113(10 Suppl):2841-54.
24. Comité canadien sur l'immunisation. Recommandations concernant les programmes d'immunisation contre le virus du papillome humain. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; avril 2014, 52 p.

25. Vuesurlecancer.ca. Lignes directrices relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus à l'échelle du Canada : Analyse de l'environnement. Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer; juil. 2015.
26. Tabrizi SN, Brotherton JM, Kaldor JM, Skinner SR, Cummins E, Liu B, et coll. Fall in human papillomavirus prevalence following a national vaccination program. *J Infect Dis.* 2012;206(11):1645-51.
27. Markowitz LE, Hariri S, Lin C, Dunne EF, Steinau M, McQuillan G, et coll. Reduction in human papillomavirus (HPV) prevalence among young women following HPV vaccine introduction in the United States, National Health and Nutrition Examination Surveys, 2003-2010. *J Infect Dis.* 2013;208(3):385-93.
28. Mesher D, Soldan K, Howell-Jones R, Panwar K, Manyenga P, Jit M, et coll. Reduction in HPV 16/18 prevalence in sexually active young women following the introduction of HPV immunisation in England. *Vaccine.* 2013;32(1):26-32.
29. Markowitz LE, Liu G, Hariri S, Steinau M, Dunne EF, Unger ER. Prevalence of HPV After Introduction of the Vaccination Program in the United States. *Pediatrics.* 2016. Mar;137(3):1-9.
30. Agence de la santé publique du Canada. Déclaration du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) : Mise à jour des recommandations visant le calendrier d'immunisation relatif au vaccin contre le virus du papillome humain (VPH). Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; fév. 2015, 32 p.
31. World Cancer Research Fund. Alcoholic drinks [Internet]. London (UK): WCRF; [cité le 30 nov. 2015]. Disponible au : <http://www.wcrf.org/int/research-we-fund/cancer-prevention-recommendations/alcoholic-drinks>.
32. Dickinson JA, Stankiewicz A, Popadiuk C, Pogany L, Onysko J, Miller AB. Reduced cervical cancer incidence and mortality in Canada: national data from 1932 to 2006. *BMC Public Health.* 2012;12:992.
33. Nygard JF, Skare GB, Thoresen SO. The cervical cancer screening programme in Norway, 1992-2000: changes in Pap smear coverage and incidence of cervical cancer. *J Med Screen.* 2002;9(2):86-91.
34. Hewitson P, Glasziou P, Watson E, Towler B, Irwig L. Cochrane Systematic Review of Colorectal Cancer Screening Using the Fecal Occult Blood Test (hemocult): An Update. *Am J Gastroenterol.* 2008;103(6):1541-9.
35. Young G. Screening for Colorectal Cancer - new Evidence in the Last 10 Years. *Cancer Forum.* 2014;38(1):11-4.
36. Moss SM, Cuckle H, Evans A, Johns L, Waller M, Bobrow L, et coll. Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years' follow-up: A Randomised Controlled Trial. *Lancet.* 2006 Dec 9; 368(9552):2053-60.
37. Bjurstram N, Bjorneld L, Warwick J, Sala E, Duffy SW, Nystrom L, et coll. The Gothenburg Breast Screening Trial. *Cancer.* 2003;97(10):2387-96.
38. Swedish Organised Service Screening Evaluation Group. Reduction in breast cancer mortality from organized service screening with mammography: 1. Further confirmation with extended data. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2006;15(1):45-51.
39. Coldman A, Phillips N, Wilson C, Decker K, Chiarelli AM, Brisson J, et coll. Pan-Canadian study of mammography screening and mortality from breast cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2014;106(11).
40. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Dickinson J, Tsakonias E, Conner Gorber S, Lewin G, Shaw E, et coll. Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ.* 2013;185(1):35-45.
41. Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer au Canada : Une vue d'ensemble de la participation au dépistage pour le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus et le cancer colorectal. Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer. Jan. 2015, 30 p.
42. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Tonelli M, Gorber SC, Joffres M, Dickinson J, Singh H, et coll. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. *CMAJ.* 2011 Nov 22;183(17):1991-2001.
43. Vuesurlecancer.ca. Lignes directrices relatives au dépistage du cancer du sein à l'échelle du Canada : Analyse de l'environnement. Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer; juil. 2015.
44. Leddin D, Hunt R, Champion M, Cockeram A, Flook N, Gould M, et coll. Canadian Association of Gastroenterology and the Canadian Digestive Health Foundation: guidelines on colon cancer screening. *Can J Gastroenterol.* Fév. 2004; 18 (2): 93-9.
45. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Dépistage du cancer colorectal. Déclaration de recommandation du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Journal de l'Association médicale canadienne.* 24 juil. 2001; 165 (2):206-8.
46. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Cancer colorectal (2016) [Internet]. Calgary (Alb.) : Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2016 [mis à jour le 22 fév. 2016; cité le 22 fév. 2016]. Disponible au : <http://canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/2015-colorectal-cancer/>.
47. Vuesurlecancer.ca. Lignes directrices relatives au dépistage du cancer colorectal à l'échelle du Canada : Analyse de l'environnement. Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer; juil. 2015.
48. Santé Canada. Attente d'un diagnostic après le dépistage d'une anomalie au sein au Canada. Ottawa (Ont.) : Santé Canada 2000.
49. Lang EV, Berbaum KS, Lutgendorf SK. Large-core breast biopsy: abnormal salivary cortisol profiles associated with uncertainty of diagnosis. *Radiology.* 2009 Mar; 250(3):631-7.
50. Olivetto IA, Bancej C, Goel V, Snider J, McAuley RG, Irvine B, et coll. Waiting times from abnormal breast screen to diagnosis in 7 Canadian provinces. *CMAJ.* 2001;165(3): 277-83.
51. Paterson WG, Depew WT, Pare P, Petrunia D, Switzer C, Veldhuyzen van Zanten SJ, et coll. Consensus canadien sur les temps d'attente médicalement acceptables en santé digestive. *Can J Gastroenterol.* Juin 2006; 20 (6) : 411-23.

52. Le Voyer TE, Sigurdson ER, Hanlon AL, Mayer RJ, Macdonald JS, Catalano PJ, et coll. Colon cancer survival is associated with increasing number of lymph nodes analyzed: a secondary survey of intergroup trial INT-0089. *J Clin Oncol*. 2003 Aug 1;21(15):2912-9.
53. Bilimoria KY, Palis B, Stewart AK, Bentrem DJ, Freil AC, Sigurdson ER, et coll. Impact of tumor location on nodal evaluation for colon cancer. *Dis Colon Rectum*. 2008 Feb;51(2):154-61.
54. Lykke J, Roikjaer O, Jess P. The relation between lymph node status and survival in Stage I-III colon cancer: results from a prospective nationwide cohort study. *Colorectal Dis*. 2013 May;15(5):559-65.
55. National comprehensive cancer network. Lignes directrices de pratique clinique en oncologie : Cancer du côlon. Version 2. 2016. 2015.
56. Smith AJ, Driman DK, Spithoff K, McLeod R, Hunter A, Rumble RB, et coll. Optimization of surgical and pathological quality performance in radical surgery for colon and rectal cancer: margins and lymph nodes. *Toronto (ON)*: 2008. 66 p.
57. National comprehensive cancer network. Lignes directrices de pratique clinique en oncologie : Cancer du sein. Version 1. 2016. 2015.
58. Darby S, McGale P, Correa C, Taylor C, Arriagada R, Clarke M, et coll. Effect of radiotherapy after breast-conserving surgery on 10-year recurrence and 15-year breast cancer death: meta-analysis of individual patient data for 10,801 women in 17 randomised trials. *Lancet*. 2011 Nov 12; 378(9804):1707-16.
59. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, Greco M, Saccozzi R, Luini A, et coll. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med*. 2002 Oct 17;347(16):1227-32.
60. Clarke M, Collins R, Darby S, Davies C, Elphinstone P, Evans V, et coll. Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet*. 2005 Dec 17;366(9503):2087-106.
61. Arriagada R, Le MG, Rochard F, Contesso G. Conservative treatment versus mastectomy in early breast cancer: patterns of failure with 15 years of follow-up data. Institut Gustave-Roussy Breast Cancer Group. *J Clin Oncol*. 1996 May;14(5):1558-64.
62. Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, et coll. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med*. 2002 Oct 17;347(16):1233-41.
63. Santé Canada. Un plan décennal pour consolider les soins de santé [Internet]. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2004 [mis à jour le 5 sept. 2006; cité le 10 déc. 2015]. Disponible au : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/bg-fi-fra.php>
64. Sauer R, Becker H, Hohenberger W, Rodel C, Wittekind C, Fietkau R, et coll. Preoperative versus postoperative chemoradiotherapy for rectal cancer. *N Engl J Med*. 2004 Oct 21;351(17):1731-40.
65. Rahbari NN, Elbers H, Askoxylakis V, Mutschall E, Bork U, Buchler MW, et coll. Neoadjuvant radiotherapy for rectal cancer: meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Surg Oncol*. 2013 Dec;20(13):4169-82.
66. Peeters KC, van de Velde CJ, Leer JW, Martijn H, Junggeburst JM, Kranenbarg EK, et coll. Late side effects of short-course preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for rectal cancer: increased bowel dysfunction in irradiated patients--a Dutch colorectal cancer group study. *J Clin Oncol*. 2005 Sep 1;23(25):6199-206.
67. National comprehensive cancer network. Lignes directrices de pratique clinique en oncologie : Cancer du rectum. Version 1. 2016. 2015.
68. O'Neill B, Brown G, Wotherspoon A, Burton S, Norman A, Tait D. Successful downstaging of high rectal and recto-sigmoid cancer by neo-adjuvant chemo-radiotherapy. *Clin Med Oncol*. 2008 Mar 1;2:135-44.
69. Taylor F, Quirke P, Heald RJ, Moran, BJ, Blomqvist, L, Swift, IR, Sebag-Montefiore, D, Tekkis, P, Brown G. Preoperative magnetic resonance imaging assessment of circumferential resection margin predicts disease-free survival and local recurrence: 5-year follow-up results of the MERCURY study. *J Clin Oncol*. 2014 Jan 1;32(1):34-43.
70. Pignon JP, Tribodet H, Scagliotti GV, Douillard JY, Shepherd FA, Stephens RJ, et coll. Lung adjuvant cisplatin evaluation: a pooled analysis by the LACE Collaborative Group. *J Clin Oncol*. 2008 Jul 20;26(21):3552-9.
71. Douillard JY, Rosell R, De Lena M, Carpagnano F, Ramlau R, Gonzales-Larriba JL, et coll. Adjuvant vinorelbine plus cisplatin versus observation in patients with completely resected stage IB-IIIA non-small-cell lung cancer (Adjuvant Navelbine International Trialist Association [ANITA]): a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2006 Sep;7(9):719-27.
72. Winton T, Livingston R, Johnson D, Rigas J, Johnston M, Butts C, et coll. Vinorelbine plus cisplatin vs. observation in resected non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2005 Jun 23;352(25):2589-97.
73. Arriagada R, Bergman B, Dunant A, Le Chevalier T, Pignon JP, Vansteenkiste J. Cisplatin-based adjuvant chemotherapy in patients with completely resected non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2004 Jan 22;350(4):351-60.
74. National comprehensive cancer network. Lignes directrices de pratique clinique en oncologie : Cancer du poumon non à petites cellules. Version 4. 2016. 2016.
75. Cuffe S, Booth CM, Peng Y, Darling GE, Li G, Kong W, et coll. Adjuvant chemotherapy for non-small-cell lung cancer in the elderly: a population-based study in Ontario, Canada. *J Clin Oncol*. 2012 May 20;30(15):1813-21.
76. Pallis AG, Gridelli C, Wedding U, Faivre-Finn C, Veronesi G, Jaklitsch M, et coll. Management of elderly patients with NSCLC; updated expert's opinion paper: EORTC Elderly Task Force, Lung Cancer Group and International Society for Geriatric Oncology. *Ann Oncol*. 2014 Jul;25(7):1270-83.
77. Wisnivesky JP, Smith CB, Packer S, Strauss GM, Lurslurchachai L, Federman A, et coll. Survival and risk of adverse events in older patients receiving postoperative adjuvant chemotherapy for resected stages II-IIIa lung cancer: observational cohort study. *BMJ*. 2011;343:d4013.

78. Finley C, Schneider L, Shakeel S, Akhtar-Danesh N, Elit L, Dixon E, et coll. Les soins chirurgicaux liés au cancer qui conjuguent ressources importantes et risques élevés, et leurs approches au Canada. Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer ; 2015. 176 p.
79. Fitch MI, Porter HB, Page BD. Supportive care framework: A foundation for person-centered care. Ottawa (ON): Pappin Communications; 2009.
80. Institute for Family-Centered Care. Advancing the practice of patient- and family-centered care: how to get started. Bethesda (MD): Institute for Family-Centered Care; 2008. 28 p.
81. National comprehensive cancer network. Lignes directrices de pratique clinique en oncologie : Gestion de la détresse. Version 3. 2015. 2015.
82. Jacobsen PB. Screening for psychological distress in cancer patients: challenges and opportunities. *J Clin Oncol.* 2007;25(29):4526.
83. 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.
84. Kennard BD, Stewart SM, Olvera R, Bawdon RE, Hailin AO, Lewis CP, et coll. Nonadherence in adolescent oncology patients: preliminary data on psychological risk factors and relationships to outcome. *J Clin Psychol Med Settings.* 2004;11(1):31-9.
85. 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.* 2002;11(2):91-9.
86. Linden W, Yi D, Barroetavena MC, MacKenzie R, Doll R. Development and validation of a psychosocial screening instrument for cancer. *Health Qual Life Outcomes.* 2005;3:54.
87. Partenariat canadien contre le cancer, CJAG. Guide d'implantation du dépistage de la détresse, le 6e signe vital : vers des soins centrés sur la personne. Partie A : contexte, recommandations et mise en œuvre. Toronto (Ont.) : 21 mai 2009.
88. U.S. National Library of Medicine. Clinical Trial Phases [Internet]. Bethesda (MD): National Institutes of Health; 2008 [mis à jour le 18 avr. 2008; cité le 1^{er} fév. 2016]. Disponible au : <http://www.nlm.nih.gov/services/ctphases.html>.
89. ECRI. Patients' reasons for participation in clinical trials and effect of trial participation on patient outcomes. Plymouth Meeting (PA): ECRI Health Technology Assessment Information Service; 2002 Apr. 38 p.
90. 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 Mar 24;168(6):657-62.
91. Du Bois A, Rochon J, Lamparter C. Pattern of care and impact of participation in clinical studies on the outcome of ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer.* 2005 Mar-Apr; 15:183-91.
92. 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):1234-44.
93. Selby P, Autier P. The impact of the process of clinical research on health service outcomes. *Ann Oncol.* 2011 Nov;22 Suppl 7:vii5-vii9.
94. Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer. Rapport sur l'état des essais cliniques sur le cancer au Canada. Toronto (Ont.) : 2011. 60 p.
95. American Cancer Society. Why do we need clinical trials? [Internet] : American Cancer Society; 2014 [mis à jour le 31 oct. 2014; cité le 23 nov. 2015]. Disponible au : <http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/clinicaltrials/whatyouneedtoknowaboutclinicaltrials/clinical-trials-what-you-need-to-know-why-do-we-need-clin-trials>.
96. English R, Lebovitz Y, Griffin R; Institute of Medicine (US) Forum on Drug Discovery, Development, and Translation. Transforming clinical research in the United States: challenges and opportunities: workshop summary. Washington (DC): National Academies Press; 2010.
97. Sinha G. United Kingdom becomes the cancer clinical trials recruitment capital of the world. *J Natl Cancer Inst.* 2007;99(6):420.
98. Canadian Cancer Clinical Trials Network. About Us [Internet]. Toronto (Ont.) : Réseau canadien d'essais cliniques sur le cancer. [cité le 16 fév. 2016]. Disponible au : <http://3ctn.ca/page/about-us#node-6265>.
99. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Benbrahim-Tallaa L, Bouvard V, Bianchini F, et coll. Breast-cancer screening-viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med.* 2015 Jun 11;372(24):2353-8.
100. Organisation mondiale de la Santé. WHO Position Paper on Mammography Screening. Genève (CH) : Organisation mondiale de la Santé; 2014. 55 p.
101. Downing A, Lansdown M, West R, Thomas J, Lawrence G, Forman D. Changes in and predictors of length of stay in hospital after surgery for breast cancer between 1997/98 and 2004/05 in two regions of England: a population-based study. *BMC Health Serv Res.* 2009;9(1):202.
102. Marla S, Stallard S. Systematic review of day surgery for breast cancer. *Int J Surg.* 2009 Aug;7(4):318-23.
103. Dawe DE, Bennett LR, Kearney A, Westera D. Emotional and informational needs of women experiencing outpatient surgery for breast cancer. *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie.* Hiver 2014; 24 (1): 20-30.
104. Marsden J, Baxter T. Same day/23 hour ambulatory surgery breast care model: is it feasible? [Internet]. King's College Hospital NHS; 2011 [cité le 21 sept. 2015].
105. Reid JL, Hammond D, Rynard VL, Burkhalter R. Tobacco Use in Canada: patterns and trends, 2015 edition. Waterloo (ON): Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo; 2015. 85 p.
106. Lewin G, Morissette K, Dickinson J, Bell N, Bacchus M, Singh H, et coll. Recommendations on screening for lung cancer. *CMAJ.* 2016 Mar 7.

107. Kohler BA, Sherman RL, Howlader N, Jemal A, Ryerson AB, Henry KA, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975–2011, featuring incidence of breast cancer subtypes by race/ethnicity, poverty, and state. *J Natl Cancer Inst.* 2015 Mar 30;107(6):djv048.
108. Brenner H, Hoffmeister M, Brenner G, Altenhofen L, Haug U. Expected reduction of colorectal cancer incidence within 8 years after introduction of the German screening colonoscopy programme: estimates based on 1,875,708 screening colonoscopies. *Eur J Cancer.* 2009 Jul;45(11):2027-33
109. Giorgi Rossi P, Vicentini M, Sacchetti C, Di Felice E, Caroli S, Ferrari F, et coll. Impact of screening program on incidence of colorectal cancer: a cohort study in Italy. *Am J Gastroenterol.* 2015 Sep;110(9):1359-66.
110. Dusek L, Muzik J, Maluskova D. Epidemiology of colorectal cancer: international comparison [Internet]. Brno (CZ): Institute of Biostatistics and Analyses, Faculty of Medicine, Masaryk University; 2015 [mis à jour le 7 avr. 2015; cité le 10 jan. 2016]. Disponible au : <http://www.crcprevention.eu/index.php?pg=colorectal-cancer-epidemiology>.
111. Feightner J.W. Dépistage du cancer de la prostate. Un Guide canadien de médecine clinique préventive préparé par le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 1994.
112. Bell KJ, Del Mar C, Wright G, Dickinson J, Glasziou P. Prevalence of incidental prostate cancer: A systematic review of autopsy studies. *Int J Cancer.* 2015 Oct 1;137(7):1749-57.
113. Groupe d'action sur le dépistage. Trousse d'outils sur l'APS : Dosage de l'APS et dépistage du cancer de la prostate. Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer. Juil. 2009, 34 p.
114. Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, Wang XS, et coll. Global surveillance of cancer survival 1995–2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *Lancet.* 2014 Nov 26;385(9972):977-1010.
115. Buys SS, Partridge E, Black A, Johnson CC, Lamerato L, Isaacs C, et coll. Effect of screening on ovarian cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Randomized Controlled Trial. *JAMA.* 2011 Jun 8;305(22):2295-303.
116. Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for ovarian cancer: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2012 Dec 18;157(12):900-4.
117. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Cancer de l'ovaire [Internet]. Calgary (Alb.) : Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2013 [cité le 29 déc. 2015]. Disponible au : <http://canadiantaskforce.ca/appraised-guidelines/2013-ovarian-cancer/>.
118. Halpern MT. Cancer disparities research: it is time to come of age. *Cancer.* 2015 Apr 15;121(8):1158-9.
119. Partenariat canadien contre le cancer. Rapport de 2015 sur le rendement du système de lutte contre le cancer. Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer. Juin 2015, 161 p.
120. Partenariat canadien contre le cancer. Examen des disparités en matière de lutte contre le cancer : rapport thématique spécial sur le rendement du système. Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer. Fév. 2014, 83 p.
121. Centers for Disease Control and Prevention. Surveillance of screening-detected cancers (colon and rectum, breast and cervix) - United States, 2004-2006. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2010 Nov. 26 p.
122. Wang F, McLafferty S, Escamilla V, Luo L. Late-stage breast cancer diagnosis and health care access in Illinois. *Prof Geogr.* 2008 Feb;60(1):54-69.
123. Late-stage cancer detection in the USA is costing lives. *Lancet.* 2010;376(9756):1873.
124. Byers TE, Wolf HJ, Bauer KR, Bolick-Aldrich S, Chen VW, Finch JL, et coll. The impact of socioeconomic status on survival after cancer in the United States : findings from the National Program of Cancer Registries Patterns of Care Study. *Cancer.* 2008 Aug 1;113(3):582-91.
125. Siemerink EJ, Hospers GA, Mulder NH, Siesling S, van der Aa MA. Disparities in survival of stomach cancer among different socioeconomic groups in North-East Netherlands. *Cancer Epidemiol.* 2011 Oct;35(5):413-6.
126. Wu CC, Hsu TW, Chang CM, Yu CH, Wang YF, Lee CC. The effect of individual and neighborhood socioeconomic status on gastric cancer survival. *PLoS One.* 2014;9(2):e89655.
127. Njoku K, Basta N, Mann KD, McNally RJ, Pearce MS. Socioeconomic variation in survival from childhood leukaemia in northern England, 1968-2010. *Br J Cancer.* 2013 Jun 11;108(11):2339-45.
128. Petridou ET, Sergentanis TN, Perlepe C, Papatoma P, Tsilimidos G, Kontogeorgi E, et coll. Socioeconomic disparities in survival from childhood leukemia in the United States and globally: a meta-analysis. *Ann Oncol.* 2015 Mar;26(3):589-97.
129. Gupta S, Wilejto M, Pole JD, Guttmann A, Sung L. Low socioeconomic status is associated with worse survival in children with cancer: a systematic review. *PLoS One.* 2014;9(2):e89482.

Équipe de production et de diffusion du rapport

La rédaction et la diffusion du rapport ont été dirigées par l'équipe du rendement du système du Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat), qui se compose des membres suivants : **D^{re} Heather Bryant**, vice-présidente, Lutte contre le cancer; **Rami Rahal**, directeur; **Jose Hernandez**, gestionnaire de programme; **Jennifer Chadder**, gestionnaire de programme et directrice du contenu figurant dans le présent rapport; spécialistes **Kim Tran**, **Kristen DeCaria** et **Carolyn Sandoval**; **Alexander Lim**, gestionnaire de la prestation et **Jenna Berndt**, assistante administrative.

L'extraction et l'analyse des données et la production des graphiques ont été réalisées par l'équipe d'analyse, soit **Gina Lockwood**, gestionnaire, Analytique et surveillance, et biostatisticienne principale; **Sharon Fung**, gestionnaire de programme, Analytique et biostatisticienne; **Cheryl Louzado**, gestionnaire de programme, Capacité analytique et Initiative coordonnée d'élaboration de données; **Haroon Hasan**, analyste, Développement concerté des données et Intégration des données; ainsi que les analystes de données **Julie Xu**, **Jin Niu** et **Jenny Liu**.

Tout aussi essentielle à la publication de ce rapport a été la précieuse collaboration des membres des programmes de lutte contre le cancer du Partenariat, qui nous ont fourni leurs

connaissances en la matière et leurs conseils spécialisés. Nous remercions plus particulièrement les personnes suivantes : **Deb Keen** et **D^r David Mowat**, Prévention; **Pam Tobin**, **D^{re} Verna Mai**, **Candice Anderson** et **Anna Crosskill**, Dépistage et détection précoce; **D^{re} Mary Argent-Katwala**, Diagnostic et soins cliniques; **Esther Green**, **D^{re} Deborah Dudgeon** et **D^{re} Margaret Fitch**, Perspective centrée sur la personne et **Kim Badovinac**, Recherche.

Nous aimerions également remercier l'équipe des communications qui a dirigé la participation des médias et la sensibilisation : **Kari Kerr**, **Lesley Frey** et **Karen Palmer**; l'équipe de gestion du savoir qui a fourni des stratégies de transfert et d'échange des connaissances : **Annemarie Edwards**, **Louise Zitzelsberger**, **Pierre Lachaine**, **Kirsten Jordan** et **Mandy Sangha**; l'équipe des stratégies qui a donné des conseils sur les politiques et les relations gouvernementales : **Andrea Reed**, **Lalaine Lacuesta Manaos** et **Colin LeFevre**; ainsi que la distribution du rapport a été coordonné par **Debra Adair**, **Suzanne Cherry** et **Victoria Faric**.

Enfin, nous tenons à remercier **Shelly Jamieson**, présidente-directrice générale, et **Nicole Beben**, vice-présidente, Stratégies, pour leurs révisions et commentaires à toutes les étapes de l'élaboration de ce rapport.

À propos de l'Initiative sur le rendement du système

L'**Initiative sur le rendement du système du Partenariat** est un effort consenti à l'échelle nationale en vue de déterminer les aspects du système de la lutte contre le cancer qu'il est nécessaire de mesurer ou dont la mesure demeure insuffisante, de définir des indicateurs de rendement, de recueillir des données valides et comparables, et enfin de présenter les résultats dans un rapport intégré qui permet d'en faire la synthèse et d'interpréter les tendances.

Les résultats sont publiés dans une série de rapports à l'intention des intervenants de la lutte contre le cancer, en particulier les organismes provinciaux qui se consacrent à cette lutte, les ministères provinciaux de la Santé, les cliniciens, les chercheurs, ainsi que

les patients atteints de cancer et leur famille. Des articles revus par des pairs, des présentations et des ateliers organisés à l'occasion de conférences, et plus récemment, une application Web, permettent également de diffuser les données sur le rendement du système à travers le Canada. Ces données visent à aider les décideurs, les planificateurs des services de santé, les chercheurs et les cliniciens à cerner les meilleures pratiques et à déterminer les mesures à prendre pour améliorer la qualité de la lutte contre le cancer à l'échelle du pays.

On peut consulter les données sur le rendement du système, y compris les rapports antérieurs, à l'adresse : rendementdusysteme.ca.





1, avenue University, bureau 300
Toronto (Ontario) Canada M5J 2P1

Tél. : 416.915.9222
Sans frais : 1.877.360.1665

ISSN 2369-2464 (Imprimé)

ISSN 2369-2472 (En ligne)

partenariatcontrecancer.ca

Orienter les améliorations
en matière de lutte contre le cancer

