PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER
CANADIAN PARTNERSHIP AGAINST CANCER

RAPPORTS SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME

Rendement du système de lutte contre le cancer

Rapport de 2017

Le présent rapport décrit le rendement du système de lutte contre le cancer du Canada sur le plan de **la qualité, de l'équité, de la continuité et de la durabilité**.

Le terme **qualité** fait référence à l'efficacité des soins; on évalue la grande qualité des soins à partir des données probantes et de l'amélioration des résultats cliniques.

Le terme **équité** fait référence à l'absence d'obstacles sociodémographiques à l'accès à des soins contre le cancer efficaces, comme le statut socio-économique, le lieu de résidence et le statut d'immigrant.

Le terme **continuité** fait référence à un système de lutte contre le cancer intégré et axé sur la personne, qui permet aux patients et à leur famille de comprendre le système, d'y accéder et d'y naviguer avec facilité.

Le terme **durabilité** fait référence à la satisfaction des besoins en soins de santé de la population de manière à optimiser l'équilibre entre l'utilisation des ressources et les résultats du patient.

L'amélioration des soins dans ces domaines nous aidera à assurer un avenir dans lequel moins de personnes recevront un diagnostic de cancer et en mourront, et dans lequel la qualité de vie des personnes vivant avec un cancer sera meilleure.

Le présent rapport met également en évidence les lacunes des données existantes sur le système de santé. L'**optimisation de l'impact des données** grâce à l'amélioration de la mise à disposition des renseignements sur le rendement du système nous permettra d'offrir un tableau plus complet de l'état actuel de la lutte contre le cancer.

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.

Table des matières

Préambule
2

Qualité
6

Équité
20

Continuité
28

Durabilité
40

Optimisation de l'impact des données
51

Quelles mesures peut-on prendre pour améliorer la lutte contre le cancer au Canada?
55

Sommaire des résultats des indicateurs
57

Références
59

Préambule

Le cancer est une maladie qui touche presque tout le monde, que ce soit personnellement ou par le diagnostic d'un ami ou d'un membre de la famille.

La communauté de la lutte contre le cancer a la mission d'assurer un avenir dans lequel moins de personnes recevront un diagnostic de cancer et en mourront, et dans lequel la qualité de vie des personnes vivant avec un cancer sera meilleure. Pour atteindre ces objectifs, nous devons :

- continuer à améliorer la qualité des soins en oncologie;
- déployer des efforts pour assurer un accès aux services de lutte contre le cancer, sans égard au lieu de résidence ou à l'identité des patients;
- concevoir un système orienté par les perspectives des patients et de leur famille et axé sur leurs besoins;
- assurer un équilibre optimal entre l'utilisation des ressources et les résultats du patient afin d'assurer la durabilité de notre système de soins de santé pour les générations futures;
- élargir la portée, la profondeur et la disponibilité des données relatives au système de santé.

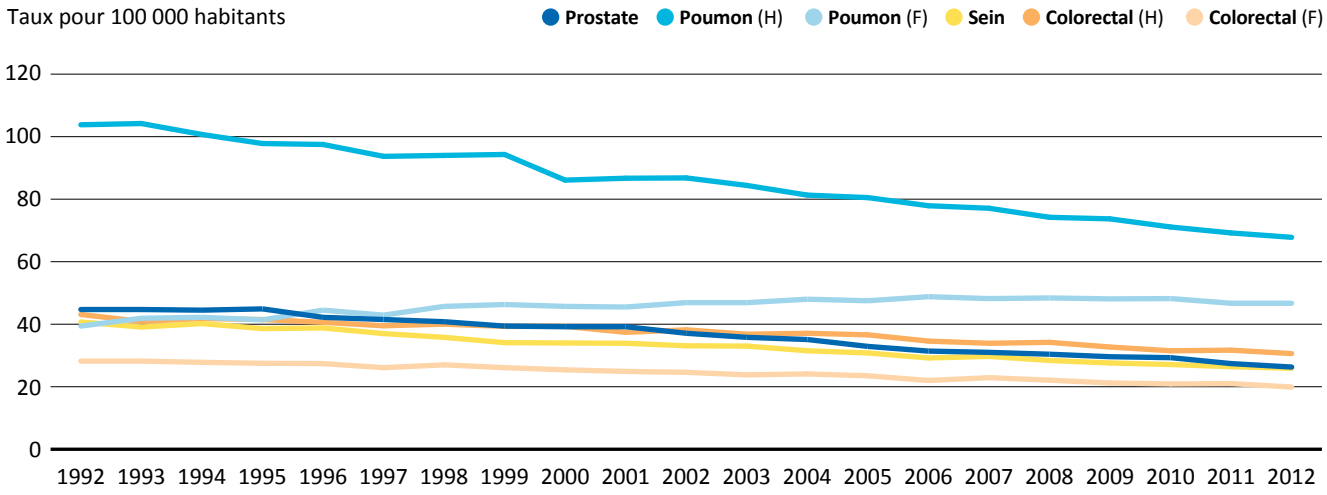
CONTEXTE

La communauté de la lutte contre le cancer a réalisé d'énormes progrès dans ce domaine. À la suite de rapides avancées dans le domaine scientifique et dans celui de la prestation des soins, les patients atteints de cancer ont aujourd'hui plus de chances de survivre qu'auparavant et bénéficient d'une meilleure qualité de vie. Cependant, il y a encore lieu d'améliorer les soins et l'expérience des personnes touchées par cette maladie.

Les taux de mortalité due au cancer de la prostate, au cancer du poumon, au cancer du sein et au cancer colorectal ont diminué chez les Canadiens.

Même si le nombre total de personnes qui meurent d'un cancer continue à augmenter, les taux de mortalité normalisés selon l'âge ont diminué pour le cancer de la prostate, du sein et le cancer colorectal (figure 1.1). Les taux de mortalité due au cancer du poumon ont chuté chez les hommes et ont cessé d'augmenter chez les femmes. Ces améliorations s'expliquent probablement par l'efficacité supérieure des traitements, une meilleure adoption du dépistage et de la détection précoce (dans le cas du cancer du sein), et le déclin des taux d'incidence (en particulier en ce qui concerne le cancer du poumon, en raison du recul du tabagisme).

FIGURE 1.1
Taux de mortalité† pour le cancer de la prostate, du poumon, du sein (femmes) et le cancer colorectal, Canada — de 1992 à 2012



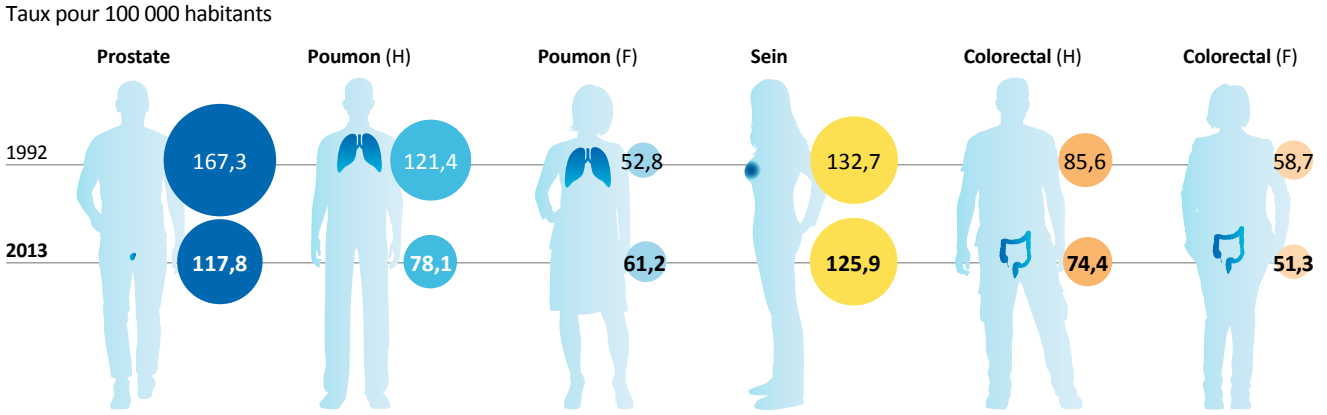
H : hommes F : femmes
† Normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne de 2011.

Les données incluent toutes les provinces et tous les territoires.
Source de données : Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès.

Les taux de diagnostic du cancer de la prostate, du cancer du poumon, du cancer du sein et du cancer colorectal ont diminué chez les Canadiens.

Depuis les années 1990, le nombre de nouveaux cas de cancer a connu une hausse stable, ce qui s'explique largement par la croissance démographique et le vieillissement de la population, mais les taux d'incidence normalisés selon l'âge ont connu un déclin général (à l'exception du cancer du poumon chez les femmes) (figure 1.2)[1].

FIGURE 1.2
Taux d'incidence† du cancer de la prostate, du poumon, du sein (femmes) et du cancer colorectal, Canada — 1992 p/r à 2013



† Normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne de 2011.
Les données incluent toutes les provinces et tous les territoires.

Qc : les données relatives aux nouveaux cas et à la population de 2013 sont dupliquées à partir des valeurs de 2010.
Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer (CANSIM).

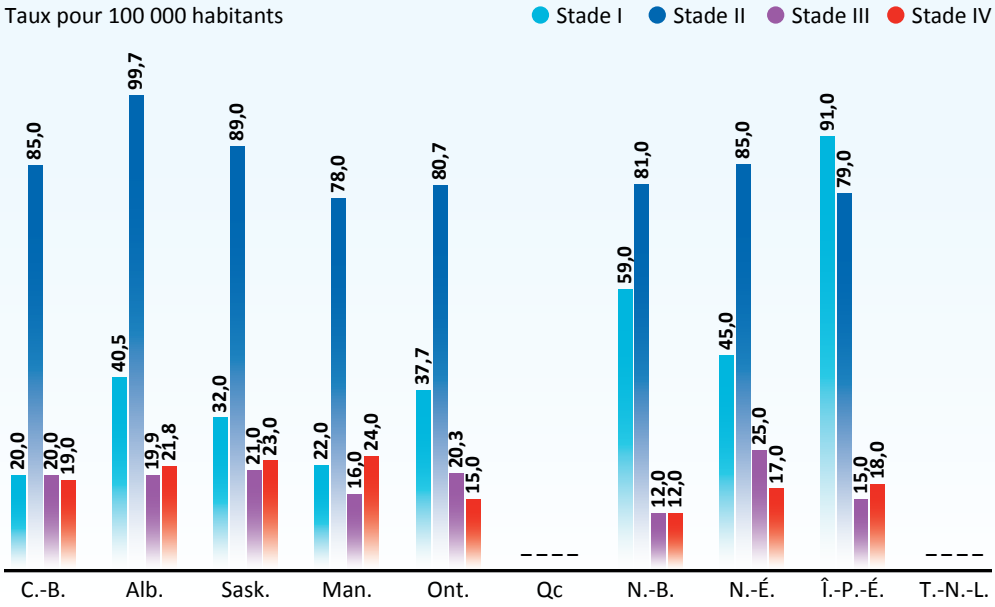
La plupart des Canadiens qui reçoivent un diagnostic de cancer de la prostate ou de cancer du sein en sont au stade précoce de la maladie.

La détection précoce et le dépistage peuvent permettre de dépister le cancer tôt, lorsque le traitement est le plus efficace[2-5].

- Le cancer de la prostate est le plus couramment diagnostiqué au stade II (figure 1.3).
- Le cancer du sein est le plus couramment diagnostiqué au stade I ou II (figure 1.4).

FIGURE 1.3

Taux d'incidence† du cancer de la prostate, par stade au moment du diagnostic et par province — années de diagnostic 2011 à 2013 combinées

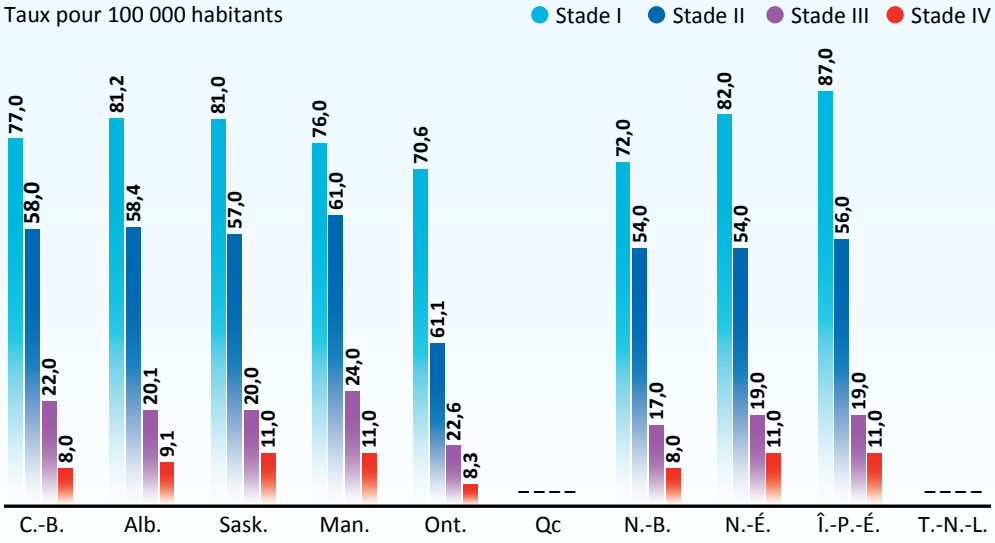


† Normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne de 2011.
« – » Données non disponibles.

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

FIGURE 1.4

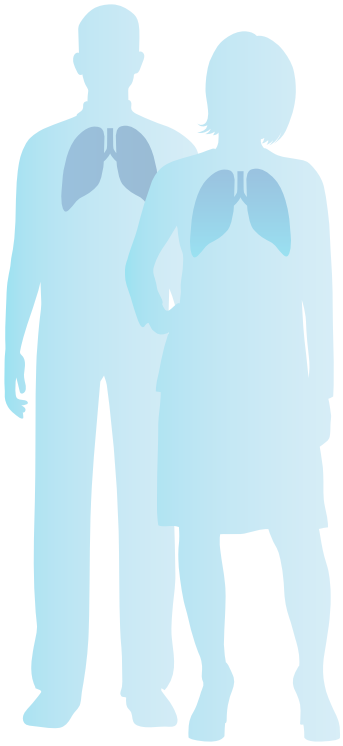
Taux d'incidence† du cancer du sein (femmes), par stade au moment du diagnostic et par province — années de diagnostic 2011 à 2013 combinées



† Normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne de 2011.
« – » Données non disponibles.

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

Une proportion importante des Canadiens chez qui on pose un diagnostic de cancer du poumon ou de cancer colorectal le reçoivent encore à un stade avancé, auquel les chances de guérison et de survie sont plus faibles.

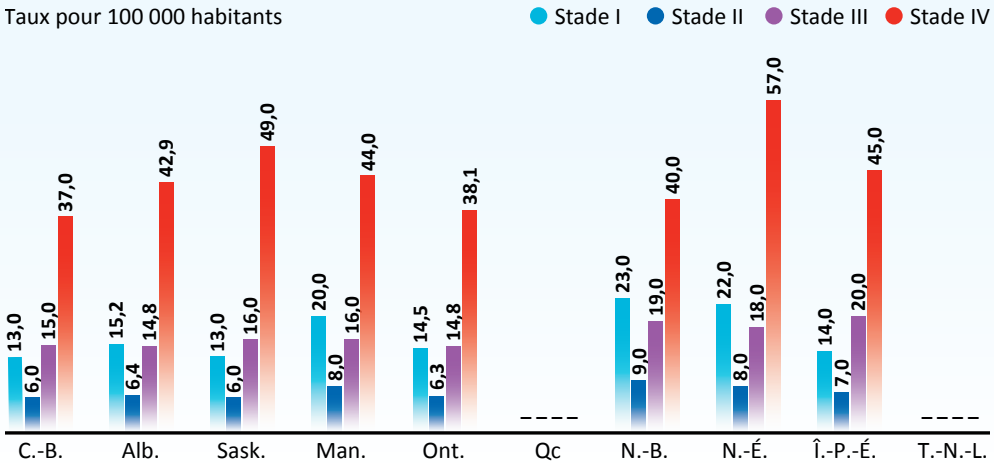


Le cancer du poumon est la principale cause de mortalité liée au cancer; on le diagnostique le plus couramment au stade IV (figure 1.5)[1].

- Seulement 1 % des personnes qui reçoivent un diagnostic de cancer du poumon non à petites cellules au stade IV sont toujours en vie après cinq ans ou plus[6].
- La plupart des provinces et des territoires ont mis en place des programmes de prévention et d'abandon du tabagisme, et envisagent de mettre en œuvre des programmes de dépistage du cancer du poumon[7].

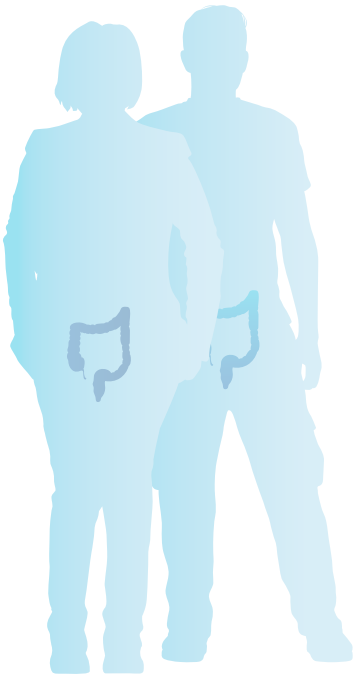
FIGURE 1.5

Taux d'incidence† du cancer du poumon, par stade au moment du diagnostic et par province — années de diagnostic 2011 à 2013 combinées



† Normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne de 2011.
« – » Données non disponibles.

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

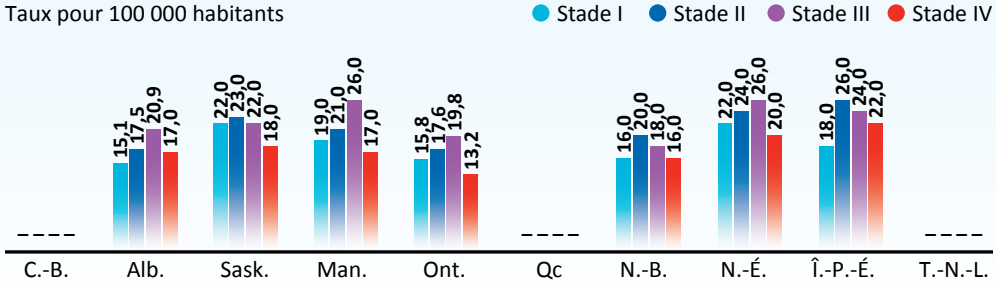


Le cancer colorectal est la deuxième cause de mortalité liée au cancer; on le diagnostique le plus couramment au stade III (figure 1.6)[1].

- En 2015, les dix provinces avaient annoncé qu'elles prévoyaient de mettre en œuvre des programmes de dépistage du cancer colorectal, ce qui permet de détecter les polypes précancéreux et le cancer à un stade précoce[8].

FIGURE 1.6

Taux d'incidence† du cancer colorectal‡, par stade au moment du diagnostic et par province — années de diagnostic 2011 à 2013 combinées



† Normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne de 2011.
‡ L'annexe (C18.1) a été exclue.
« – » Données non disponibles.

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

Qualité

Prodiguons-nous des soins efficaces fondés sur des données probantes?

Dans un système de lutte contre le cancer de grande qualité, tout le monde a accès à des services adaptés à ses besoins et à ses préférences, qui respectent des pratiques exemplaires en matière de soins fondées sur les dernières données probantes établies et qui produisent les meilleurs résultats possibles grâce à une utilisation appropriée des ressources. Ces aspects aident chacun à atteindre le niveau de santé et de qualité de vie le plus élevé possible tout en allégeant le futur fardeau du cancer.

CONTEXTE

Pour les Canadiens, **la qualité des soins et l'accès aux services** comptent parmi les caractéristiques les plus importantes du système de soins de santé[9].

La qualité est une dimension globale du rendement que l'on peut interpréter de nombreuses manières. En général, on peut définir la qualité des soins comme « le degré auquel les services de santé offerts aux particuliers et aux populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats cliniques souhaités et sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles »[10]. Outre les résultats physiques, des services de lutte contre le cancer de grande qualité intègrent les besoins psychosociaux et pratiques des personnes atteintes de cancer.

Le présent chapitre met l'accent sur l'efficacité du traitement du cancer en examinant si nous prodiguons des soins fondés sur des données probantes qui améliorent les résultats cliniques :

Dépistage et détection précoce du cancer

1 **Antécédents de dépistage** des femmes qui ont reçu un diagnostic de cancer infiltrant du col de l'utérus

2 **Dépistage du cancer du sein** Taux de rappel pour anomalie

Stadification du cancer

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

Traitement du cancer

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

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

La présente section aborde également la participation aux essais cliniques, qui peut mener à l'élaboration d'options plus nombreuses et plus avantageuses de soins pour les personnes vivant avec un cancer.

Participation des adultes aux essais cliniques

Dépistage

Le dépistage fondé sur des données probantes augmente la probabilité de dépister le cancer avant qu'il n'atteigne un stade avancé tout en réduisant au minimum les tests potentiellement nuisibles.

CONTEXTE

Le dépistage qui respecte les lignes directrices peut sauver des vies. Il donne l'occasion de détecter le cancer à un stade où on peut encore le guérir, ce qui améliore les chances de survie et prévient les complications de santé associées à la maladie au stade avancé[11]. Toutefois, le dépistage présente des risques. Les tests de dépistage évoquent parfois la présence d'un cancer alors qu'il n'y en a pas (faux positifs découverts au cours des tests de suivi), ne détectent pas le cancer lorsqu'il est présent (faux négatifs) ou détectent un cancer qui n'aurait pas évolué jusqu'à une maladie menaçant la vie du patient (surdiagnostic)[12].

Ces risques potentiels peuvent être contrôlés et réduits au minimum dans un système de lutte contre le cancer organisé qui respecte des lignes directrices fondées sur des données probantes, reste à jour en matière de mise en œuvre des politiques et surveille à la fois le rendement des programmes de dépistage et les résultats cliniques de la population.

Un programme de dépistage du cancer efficace assume les fonctions suivantes[10,13] :

- il détecte le cancer lorsqu'il est présent et réduit la mortalité associée. Pour présenter cet avantage, une grande proportion de la population cible doit subir le dépistage recommandé par les lignes directrices;
- il réduit au minimum les inconvénients potentiels liés au surdépistage et aux interventions de suivi redondantes, en veillant à ce que les avantages du dépistage l'emportent sur les risques tels que le surdiagnostic et le surtraitement qui en découle;
- il offre aux patients des renseignements objectifs sur les avantages et les risques du dépistage, qu'ils peuvent comprendre et qui leur permettent de prendre des décisions éclairées.

SITUATION ACTUELLE

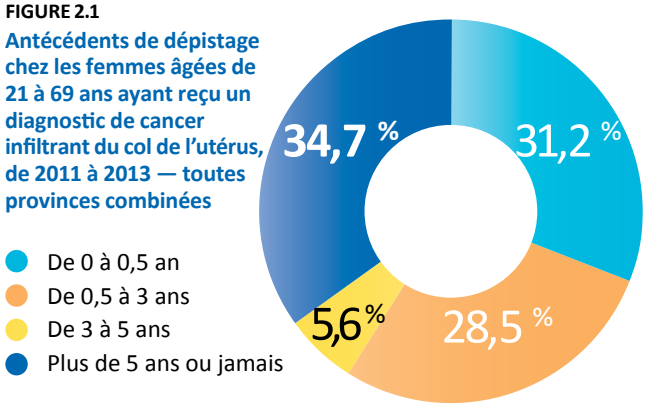
Trois femmes sur dix ayant reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus au Canada n'avaient pas subi de test Pap depuis au moins cinq ans.

Au Canada, le dépistage du cancer du col de l'utérus grâce aux tests Pap est offert tous les deux ou trois ans aux femmes sexuellement actives âgées de 21 à 69 ans. L'âge de début du dépistage varie entre 21 et 25 ans selon la province ou le territoire (cet âge est encore plus précoce dans quelques provinces et territoires chez les femmes sexuellement actives)[14]. Même si le taux de participation national est élevé, il reste au-dessous de la cible de 80 %, ce qui indique que certaines femmes ne font toujours pas l'objet d'un dépistage ou sont sous-dépistées.

- Une proportion de 34,7 % des femmes qui ont reçu un diagnostic de cancer infiltrant du col de l'utérus entre 2011 et 2013 n'avaient jamais passé de test Pap ou n'en avaient pas subi au cours des cinq dernières années, manquant ainsi l'occasion de bénéficier d'une détection précoce et de meilleurs résultats cliniques (figure 2.1).
- D'autres pays industrialisés qui ont mis en place des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus font face à des difficultés similaires. Dans le cadre d'une étude danoise multicentrique, 45 % des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer infiltrant du col de l'utérus n'avaient jamais subi de dépistage ou avaient fait l'objet d'un sous-dépistage; en France, 33 % d'entre elles n'avaient jamais passé de test Pap ou étaient sous-dépistées[15,16].

Dans certains cas, les femmes qui avaient subi un test Pap tous les trois ans (selon les recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs[17]) avaient tout de même reçu un diagnostic de cancer infiltrant du col de l'utérus. Ce résultat était plus fréquent chez les femmes atteintes d'un carcinome non squameux, qui est plus difficile à détecter à l'aide d'un test Pap.

FIGURE 2.1
Antécédents de dépistage chez les femmes âgées de 21 à 69 ans ayant reçu un diagnostic de cancer infiltrant du col de l'utérus, de 2011 à 2013 — toutes provinces combinées



Les données incluent les provinces suivantes : C.-B., Alb., Sask., Man., N.-B. et T.-N.-L.
Les données de la C.-B. comprennent des données de 2011 et de 2012.
Source de données : programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Les taux de détection du cancer du sein dans le cadre des programmes restent identiques[a], mais le taux de résultats de dépistage anormaux est en hausse. Cette constatation laisse entendre qu'on prescrit des tests de dépistage de suivi potentiellement évitables.

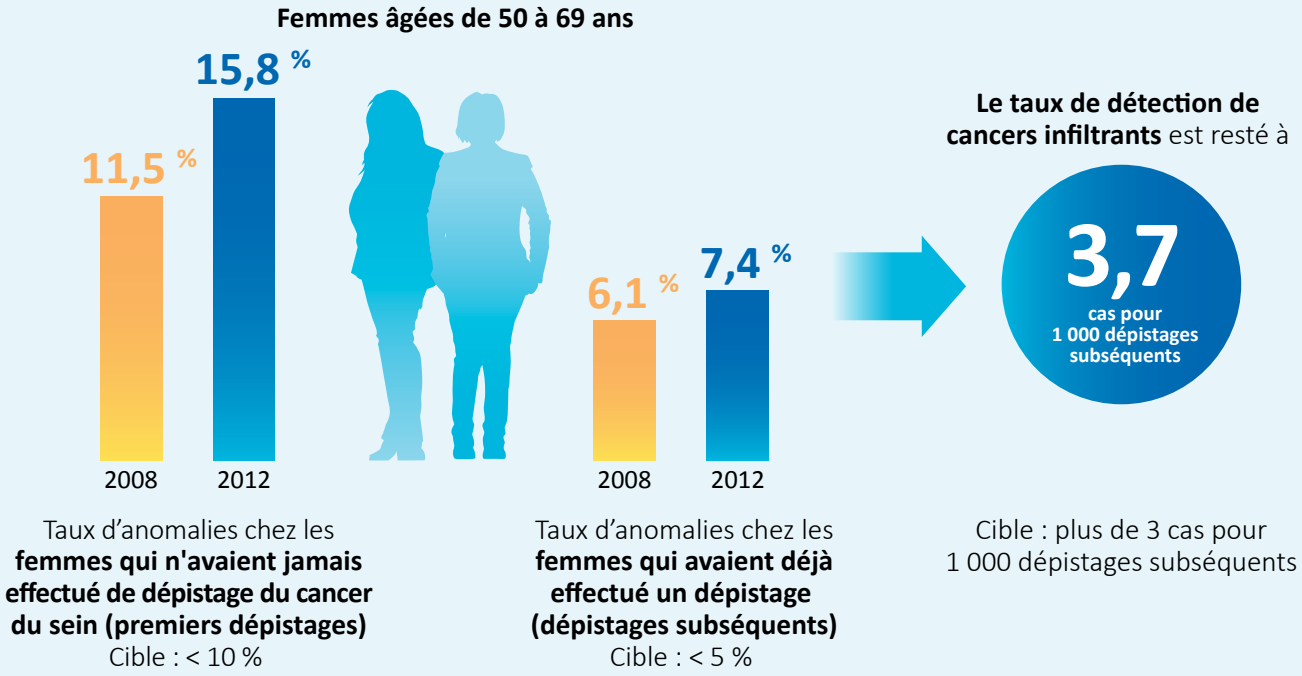
Les lignes directrices nationales en matière de dépistage du cancer du sein recommandent un dépistage systématique au moyen d'une mammographie chez les femmes à risque moyen âgées de 50 à 74 ans tous les deux ou trois ans[18]. Lorsqu'un radiologue ayant reçu une formation spécialisée détecte une anomalie sur une mammographie, on prescrit d'autres tests afin de poser un diagnostic définitif. Au cours des dernières années, le taux d'anomalies à l'échelle nationale a connu une hausse.

- Parmi les femmes âgées de 50 à 69 ans, le taux d'anomalies détectées chez les femmes qui n'avaient encore jamais effectué de dépistage du cancer du sein (premiers dépistages) est passé de 11,5 % en 2008 à 15,8 % en 2012. Chez les femmes qui avaient déjà effectué un dépistage (dépistages subséquents), le taux est passé de 6,1 % à 7,4 %. Ces résultats dépassent la cible nationale de moins de 10 % de rappels pour anomalie pour les premiers dépistages et de moins de 5 % pour les dépistages subséquents (figure 2.2).
- Malgré l'augmentation des taux d'anomalies, le taux de détection de cancers infiltrants est resté à 3,7 cas pour 1 000 dépistages subséquents en 2010–2012.
- Le taux de résultats anormaux de dépistage du cancer du sein varie considérablement dans tout le Canada. En 2011–2012, les taux d'anomalies pour les dépistages subséquents allaient de 4,0 % en Saskatchewan à 11,9 % à l'Île-du-Prince-Édouard. Seuls la Saskatchewan, le Manitoba et les Territoires du Nord-Ouest avaient atteint la cible nationale (figure 2.3).

Les causes du nombre élevé de résultats anormaux et la variation interprovinciale restent peu claires et sont probablement multifactorielles. Les modes de pratique des radiologues, les préoccupations liées au non-diagnostic et les différences de technologie d'imagerie (p. ex., mammographie numérique ou film mammographique) peuvent influer sur le taux d'anomalies et les aiguillages pour d'autres tests[19,20].

[a] Exclut les femmes qui ont subi une mammographie de dépistage pour la première fois.

FIGURE 2.2
Taux d'anomalies et de détection de cancers du sein infiltrants chez les femmes de 50 à 69 ans — années de dépistage 2008 et 2012



Alb. : exclue des données antérieures à 2007, car l'Alberta Breast Cancer Screening Program (ABCSP) a été lancé en 2007.
Qc : les renseignements complets sur le diagnostic/cancer étaient disponibles jusqu'au 30 septembre 2012.
Source de données : programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du sein.

Même si la plupart des femmes dont la mammographie est anormale ne sont pas atteintes d'un cancer du sein (cas faussement positifs), les tests supplémentaires et potentiellement évitables destinés à confirmer le diagnostic peuvent être nocifs[12,13]. En outre, une mammographie faussement positive peut réduire la probabilité que les femmes reviennent passer des dépistages subséquents, et augmenter le risque de détection du cancer du sein à un stade avancé[21].

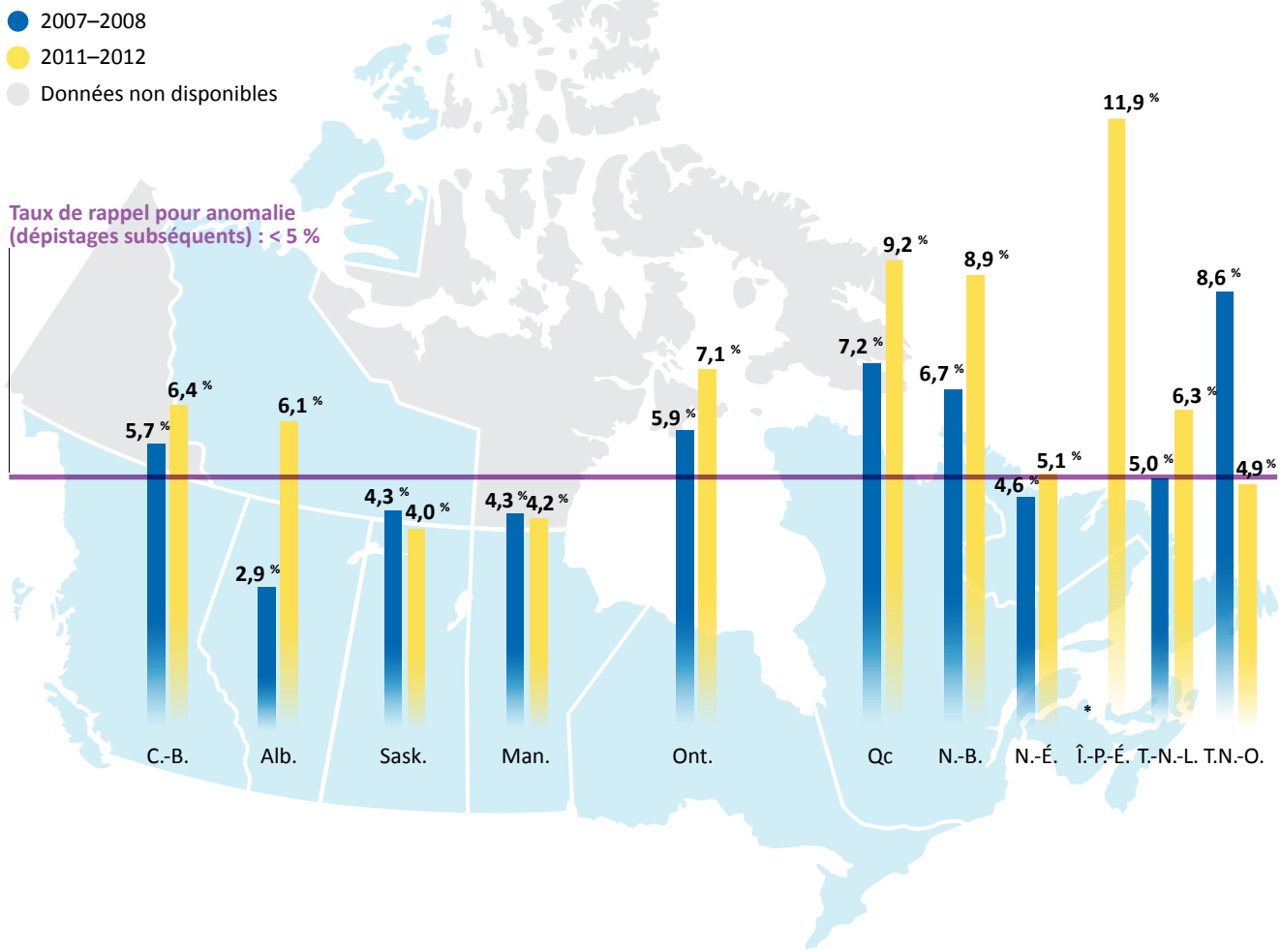
Les femmes canadiennes qui ont passé une mammographie dont le résultat était anormal en 2011–2012 ont effectué les tests complémentaires suivants (figure 2.4) :

- une proportion de 97,4 % a passé d'autres examens d'imagerie, y compris une mammographie ou une échographie;
- outre les examens d'imagerie complémentaires, 15,7 % (soit 28 684 femmes) ont subi une biopsie (chirurgicale, par forage ou les deux), qui est une intervention effractive s'accompagnant d'un risque de complications potentiellement néfastes. Outre la gêne et le désagrément causés, des complications telles qu'une hypertrophie des ganglions lymphatiques et une infection postopératoire peuvent survenir dans quelques cas[11].

Hormis les risques physiques, la plupart des femmes ressentent un stress accru et de l'anxiété pendant qu'elles attendent de recevoir un résultat définitif, et certaines femmes continuent à s'inquiéter même une fois la possibilité d'un cancer éliminée[22].

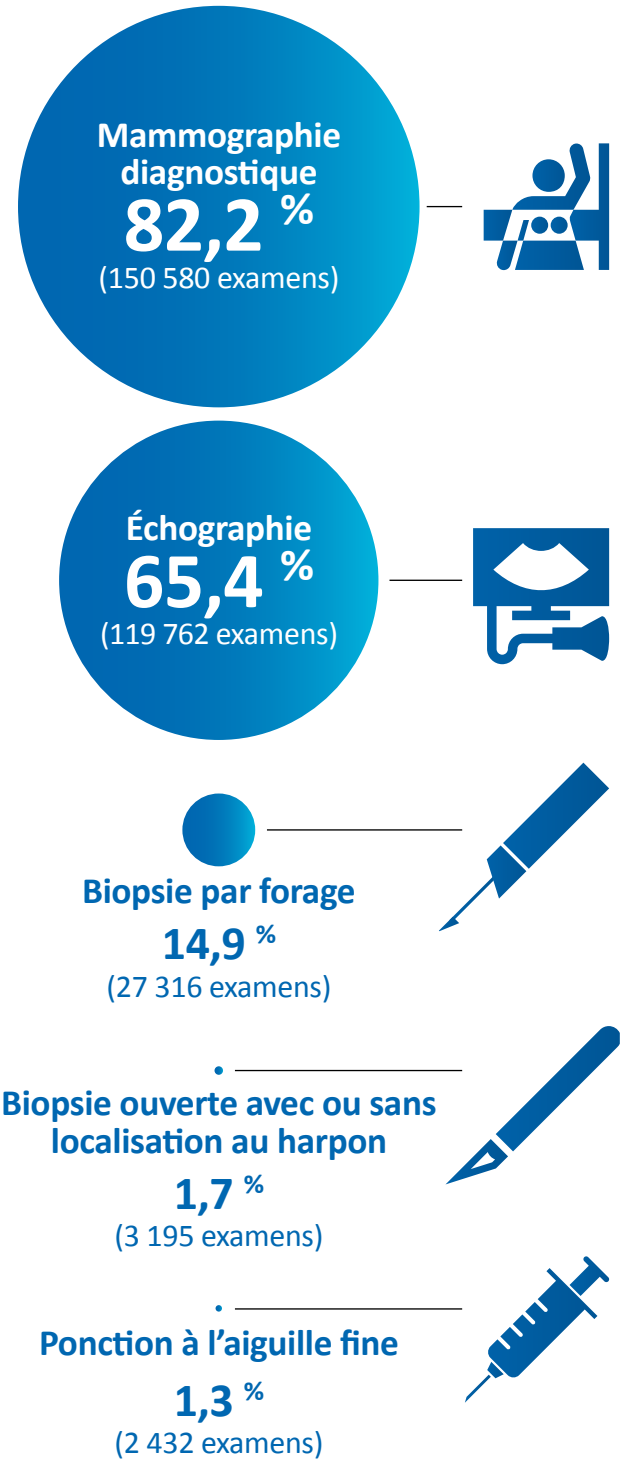
FIGURE 2.3

Taux de rappel pour anomalie parmi les dépistages subséquents par province — femmes âgées de 50 à 69 ans, années de dépistage 2007–2008 p/r à 2011–2012



* Supprimé en raison des chiffres peu élevés.
Qc : a fourni des renseignements complets sur le diagnostic/cancer concernant les dépistages anormaux entre le 1er janvier 2011 et le 30 septembre 2012.
Alb. : exclue des données antérieures à 2007, car l'Alberta Breast Cancer Screening Program (ABCSP) a été lancé en 2007.
Source de données : programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du sein.

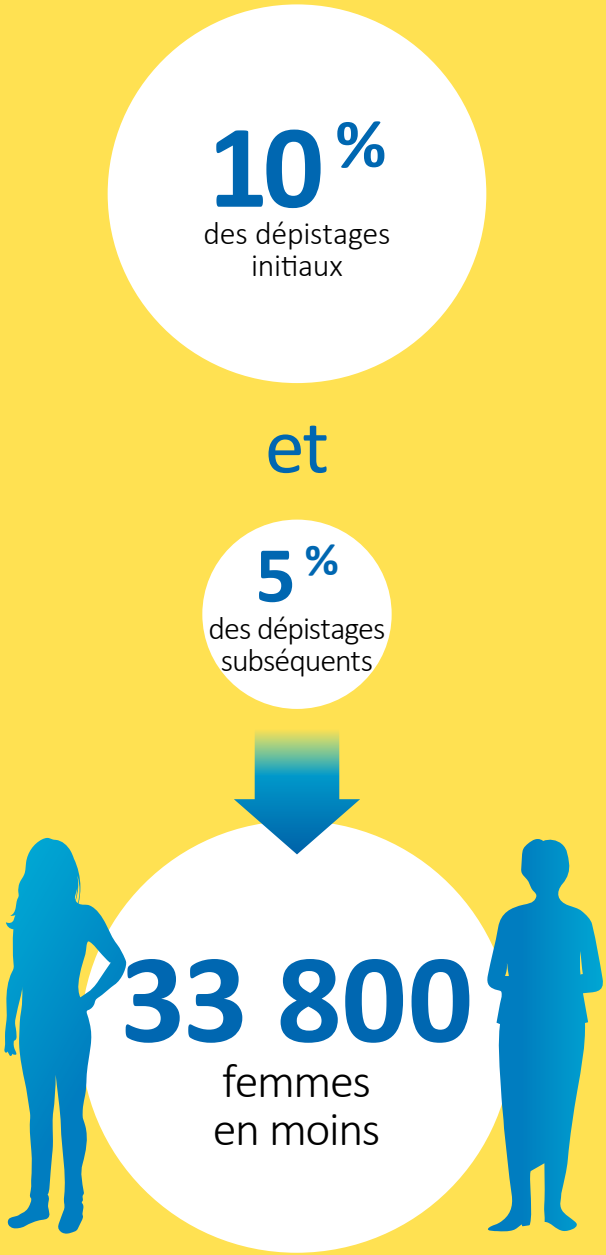
FIGURE 2.4
Examens diagnostiques après un dépistage anormal, femmes âgées de 50 à 69 ans, provinces combinées — années de dépistage 2011 et 2012



L'Alb. est exclue pour des raisons de qualité des données.
Le Qc a présenté des données regroupées. Les estimations nationales représentent une moyenne pondérée du Qc et du reste du Canada. Inclut les dépistages anormaux effectués entre le 1er janvier 2011 et le 30 septembre 2012 inclus.
Le nombre d'échographies pourrait être sous-estimé, car les tests effectués en clinique privée ne sont pas inclus.
Source de données : programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du sein.

SITUATION FUTURE

Si nous ramenions le nombre de résultats de mammographie anormaux à



chaque année devraient subir des tests de suivi supplémentaires, potentiellement évitables.

La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique sur le site rendementdusysteme.ca.
Source de données : programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du sein.

Traitement

Un traitement du cancer de grande qualité commence par une stadification correcte du cancer.

CONTEXTE

Pour prodiguer un traitement efficace contre le cancer, il est essentiel d'effectuer un diagnostic correct en temps opportun, ce qui comprend la détermination du siège de la maladie, des caractéristiques cellulaires et autres (histologie, biomarqueurs, etc.) et de sa propagation (stade). Ces renseignements diagnostiques et pronostiques aident les cliniciens à déterminer le schéma thérapeutique qui sera le plus efficace chez chaque patient.

SITUATION ACTUELLE

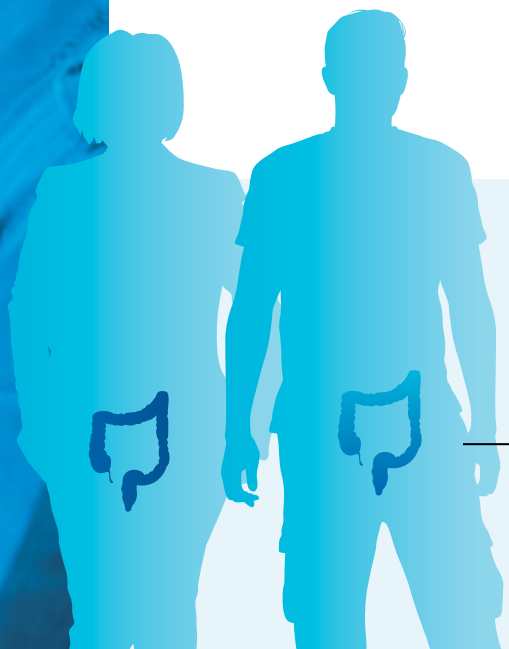
Les taux de résection et d'examen des ganglions lymphatiques fondés sur les lignes directrices sont en hausse, ce qui laisse entendre que le nombre de personnes atteintes d'un cancer du côlon correctement stadifié augmente.

Les patients atteints de cancer du côlon à qui on a enlevé au moins 12 ganglions lymphatiques, qui ont ensuite été examinés par un pathologiste, sont plus susceptibles de recevoir une évaluation adéquate du stade de la maladie et ont de meilleures chances de survie que les patients à qui on a enlevé moins de 12 ganglions lymphatiques. Par conséquent, l'évaluation pathologique d'au moins 12 ganglions lymphatiques réséqués est recommandée[23].

- Toutes les provinces déclarantes ont affiché une amélioration constante entre 2009 et 2012 (figure 2.5). Les facteurs positifs, tels que les lignes directrices publiées fondées sur des données probantes, la déclaration par le public et la mise en œuvre d'initiatives d'amélioration de la qualité, ont pu influer sur cette tendance.

Toutefois, on peut encore apporter des améliorations :

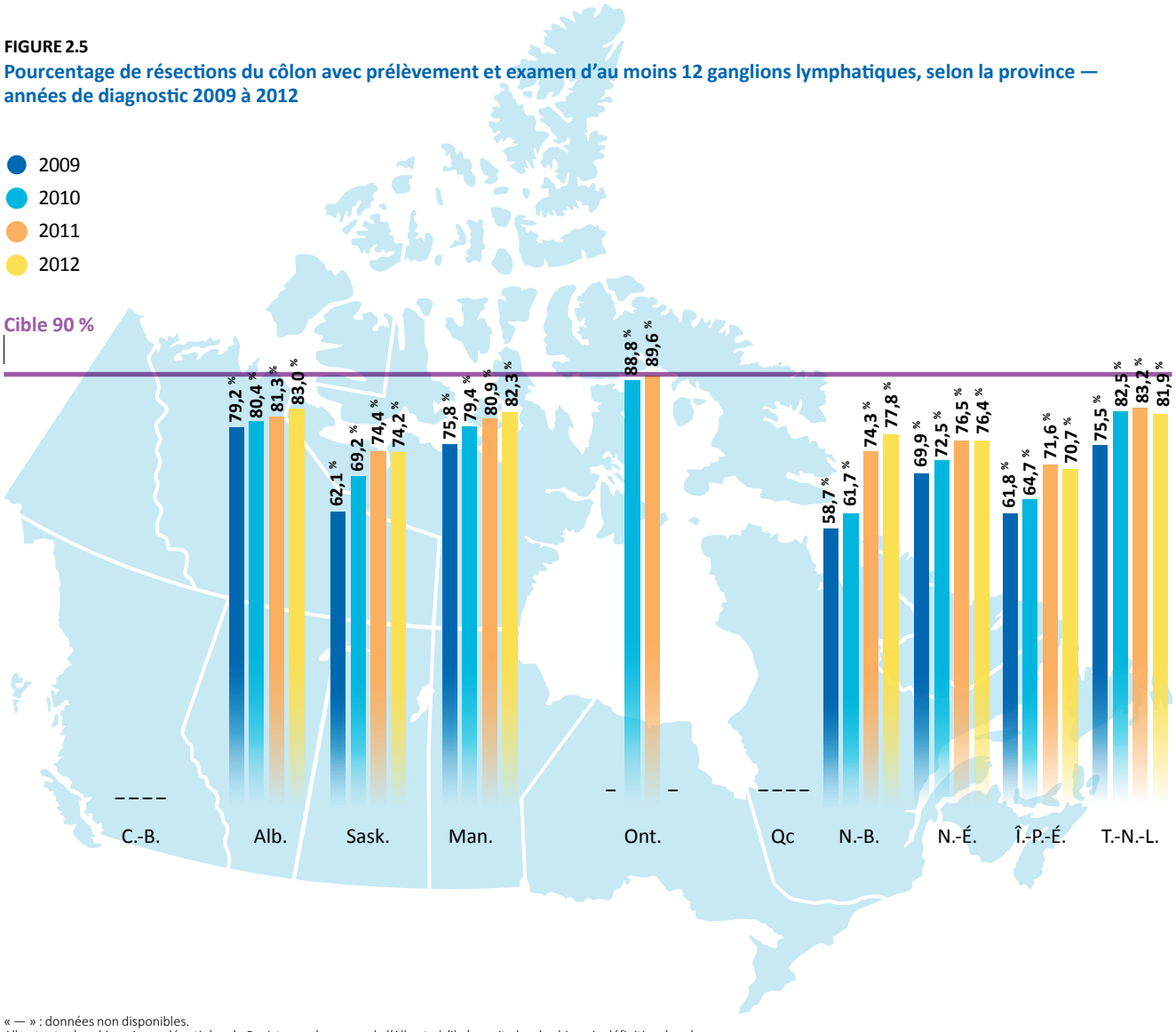
- aucune des provinces déclarantes n'avait atteint la cible de 90 % en 2012 (figure 2.5), ce qui indique que certains groupes pourraient encore bénéficier d'une meilleure stadification;
- on a constaté une variation modérée d'une province déclarante à l'autre; les résultats allaient de 70,7 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 82,3 % au Manitoba en 2012. L'Ontario affichait le taux le plus élevé en 2011, mais n'a pas fourni de données pour 2012 (figure 2.5).



On recommande la résection d'au moins 12 ganglions lymphatiques chez les patients atteints d'un cancer du côlon

FIGURE 2.5

Pourcentage de résections du côlon avec prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques, selon la province — années de diagnostic 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 ayant subi l'examen d'au moins 12 ganglions plutôt que les cas diagnostiqués dans l'année correspondante.
N.-É. : les variables de stadification concertée ont été utilisées pour discerner les résections. Les dates de résection ont été récupérées manuellement lors de l'examen des dossiers médicaux.
T.-N.-L. : n'incluait pas les traitements effectués hors province pour les résidents de la province.
Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient légèrement différents selon l'année. À interpréter avec prudence en raison de la variation des critères. (Reportez-vous à l'annexe technique pour consulter les détails).
Source de données : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

Un plan de traitement efficace se conforme aux lignes directrices fondées sur des données probantes ainsi qu'aux préférences et aux valeurs des patients.

CONTEXTE

Étant donné les subtilités des différentes options de traitement contre le cancer et leur spécialisation poussée, les consultations interdisciplinaires et les lignes directrices fondées sur des données probantes peuvent constituer de puissants outils pour assurer l'efficacité du traitement proposé à chaque patient atteint de cancer. Les moyens permettant d'améliorer la communication, la coordination et la prise de décisions parmi les professionnels de la santé sont indispensables pour veiller à l'équilibre de la prise en compte des options fondées sur des données probantes et améliorer les résultats cliniques[24]. Une communication soutenue avec les patients afin d'élaborer des plans de traitement qui intègrent leurs préférences et leurs valeurs est tout aussi importante[25].

Un plan de traitement efficace s'appuie sur :

- des données probantes établies à partir de lignes directrices et de normes, qui englobent toutes les options de traitement existantes permettant d'améliorer les résultats cliniques;
- des consultations interdisciplinaires qui permettent d'assurer une évaluation adéquate des cas complexes;
- les préférences et les valeurs du patient, en s'assurant que ce dernier fait un choix éclairé parmi les options de traitement.

SITUATION ACTUELLE

Moins de 51 % des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ont subi une radiothérapie recommandée avant l'intervention chirurgicale.

L'administration de la radiothérapie préopératoire (conjointement avec la chimiothérapie) améliore la maîtrise locale de la maladie et réduit la toxicité de manière plus efficace que la chirurgie, seule ou accompagnée d'une radiothérapie postopératoire[26]. Néanmoins, le recours à la radiothérapie préopératoire recommandée par les lignes directrices n'a pas augmenté.

- En 2012, le taux d'utilisation de la radiothérapie préopératoire chez les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III allait de 41,5 % en Nouvelle-Écosse à 50,4 % au Manitoba (figure 2.6).

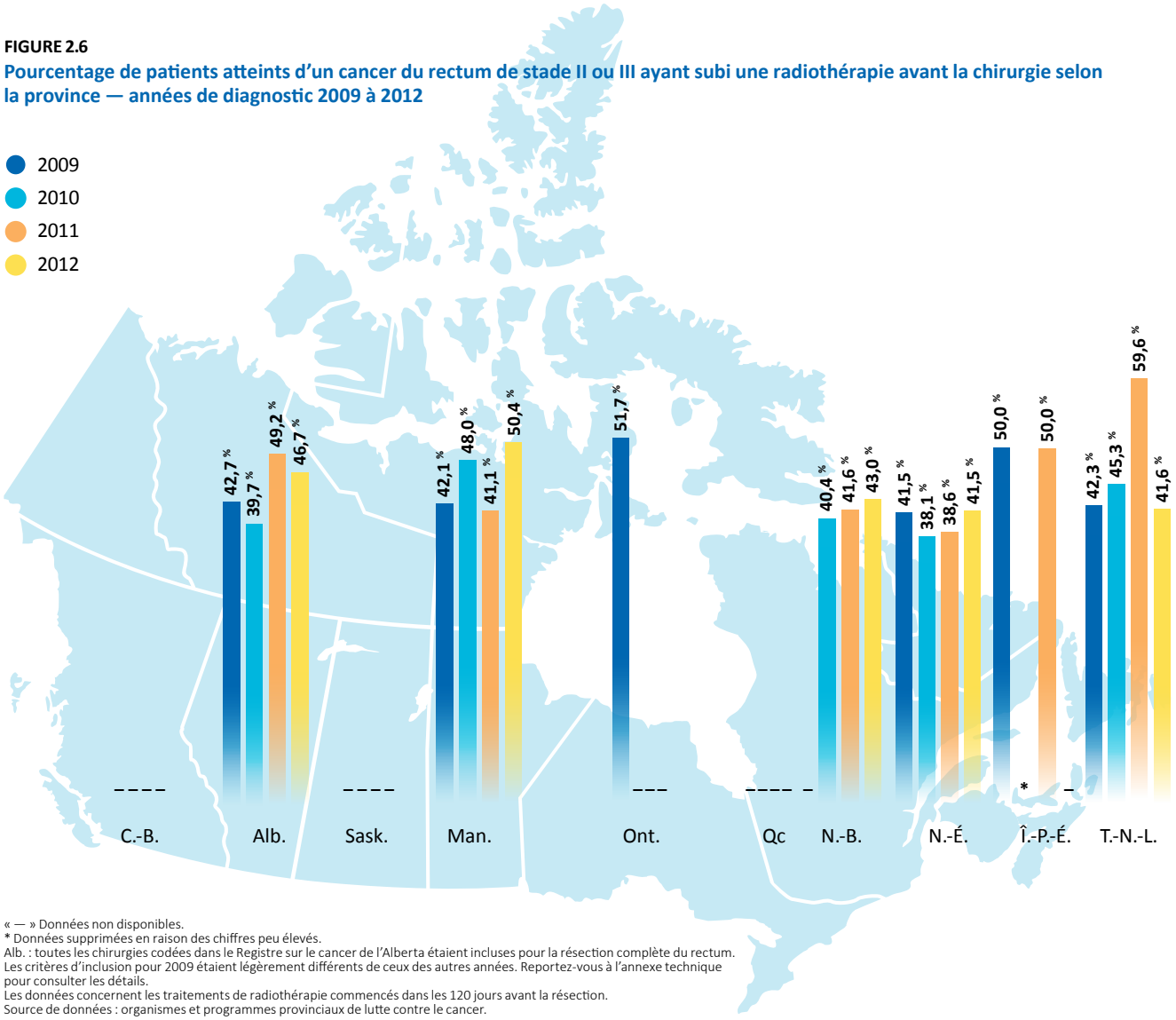
Il est à noter que le cancer du rectum et le cancer de la jonction rectosigmoïde sont inclus dans cet ensemble de données. Comme la recommandation ne concerne que les patients atteints d'un cancer du rectum, la conformité aux lignes directrices pourrait être plus élevée que celle qui est déclarée. Les futurs rapports sur cet indicateur n'incluront que le cancer du rectum.

Les comorbidités et les préférences des patients peuvent contribuer à la faible adoption de ce traitement au Canada. Cependant, il se peut que certains patients n'aient pas été envoyés chez un radio-oncologue avant l'intervention chirurgicale, ce qui indique la nécessité d'améliorer les consultations interdisciplinaires. Un examen des dossiers médicaux de 2008 mené dans cinq provinces canadiennes a étudié la situation du traitement par radiothérapie et l'orientation vers un spécialiste des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III.

- Une proportion de 90,8 % des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III a été envoyée chez un oncologue par un chirurgien, et 9,2 % ne l'ont pas été (figure 2.7).
  - Une proportion de 25,5 % des patients n'avaient pas été traités par radiothérapie. Cela s'expliquait principalement par le fait que ces patients n'avaient pas été examinés par un radio-oncologue (ils avaient été évalués uniquement par un oncologue médical), et par les choix des patients.
  - Parmi les patients qu'un chirurgien n'a pas envoyés chez un oncologue, la raison la plus fréquente était la présence de comorbidités (41 %). Dans certains cas, aucune raison n'était documentée.

FIGURE 2.6

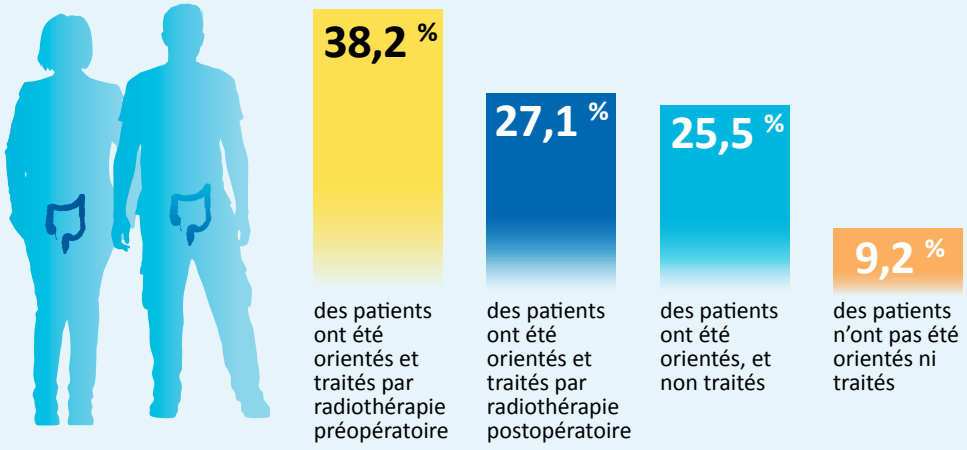
Pourcentage de patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ayant subi une radiothérapie avant la chirurgie selon la province — années de diagnostic 2009 à 2012



« — » Données non disponibles.
* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.
Alb. : toutes les chirurgies codées dans le Registre sur le cancer de l'Alberta étaient incluses pour la résection complète du rectum. Les critères d'inclusion pour 2009 étaient légèrement différents de ceux des autres années. Reportez-vous à l'annexe technique pour consulter 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 2.7

État de l'orientation et du traitement déterminé à partir des résultats de l'examen des dossiers médicaux : utilisation de la radiothérapie avant ou suivant la résection chez les patients ayant reçu un diagnostic de cancer du rectum de stade II ou III — 2008



n = 369
Les données incluent les provinces suivantes : Alb., Sask., Man., Î.-P.-É., T.-N.-L.
Orientation vers un centre de radiothérapie par le chirurgien qui a effectué la résection.
Source de données : Partenariat canadien contre le cancer, examen des dossiers médicaux de 2008; organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

Les patients âgés atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé sont moins susceptibles de recevoir la chimiothérapie postopératoire recommandée que les jeunes patients.

La chimiothérapie postopératoire contre le CPNPC de stade II et IIIA (c.-à-d. localement avancé) après une résection chirurgicale améliore la survie globale des patients jusqu'à l'âge de 80 ans[27]. Même si les patients âgés sont plus susceptibles d'être atteints de troubles pouvant empêcher la mise en route d'un traitement, les études donnent à penser que les patients de 70 à 80 ans qui ne présentent pas de contre-indication peuvent tirer profit d'une chimiothérapie adjuvante et la tolérer aussi bien que les patients plus jeunes[28,29]. Malgré ce fait, la différence entre le recours à la chimiothérapie postopératoire chez les jeunes Canadiens et chez les Canadiens plus âgés atteints d'un CPNPC localement avancé est considérable (figure 2.8).

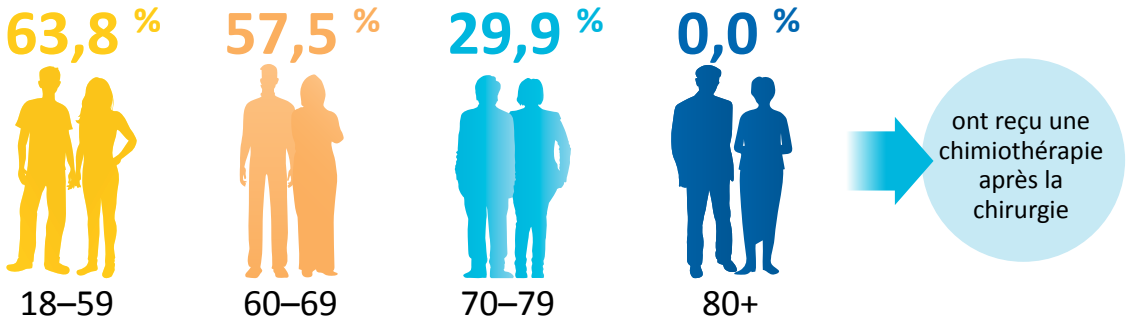
[b] Les renseignements sur la chimiothérapie orale étaient inclus s'ils étaient disponibles, mais pourraient ne pas être complets.

- En 2012, 63,8 % des patients de 18 à 59 ans atteints d'un CPNPC localement avancé ont reçu une chimiothérapie après l'intervention chirurgicale, comparativement à 29,9 % des patients de 70 à 79 ans[b].

Ces constatations correspondent aux résultats d'une étude basée sur une population en Ontario qui montre que les patients de plus de 70 ans atteints d'un CPNPC étaient beaucoup moins susceptibles de passer une consultation postopératoire en oncologie que les patients plus jeunes[30]. Même si le renoncement à la chimiothérapie est souvent le choix approprié pour de nombreux patients âgés, il est important de s'assurer d'informer ces patients de toutes les options de traitement existantes et de leur proposer la chimiothérapie dans les situations où elle apporte des bienfaits, quel que soit leur âge.

FIGURE 2.8

Pourcentage de 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 — année de diagnostic 2012



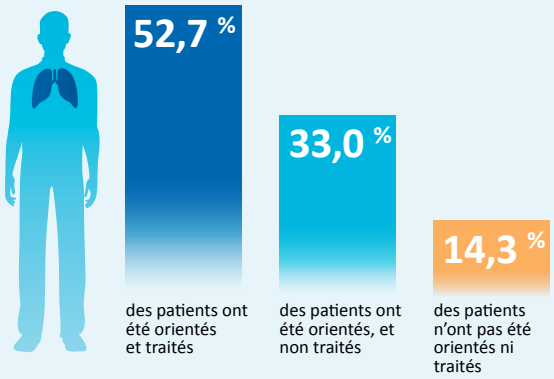
Les données concernent l'Alb., la Sask., le Man. et l'Î.-P.-É. (provinces ayant fourni des données comparables pour les quatre années).
Alb. : toutes les chirurgies codées qui comprenaient une résection complète du poumon ont été incluses.
Man. : les données sur la chimiothérapie orale ont été incluses 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.

Au vu de la diversité des traitements existants (y compris la chimiothérapie postopératoire), une évaluation multidisciplinaire est recommandée en cas de CPNPC localement avancé[27]. Un examen des dossiers médicaux de 2008 mené dans quatre provinces canadiennes a étudié les facteurs qui influent sur le recours à la chimiothérapie adjuvante parmi les patients atteints d'un CPNPC localement avancé (figure 2.9) :

- une proportion de 33,0 % des patients étudiés ont été orientés, mais pas traités. Les principales raisons étaient le choix du patient, les comorbidités et les complications, qui sont toutes des raisons valables liées au patient;
- une proportion de 14,3 % des patients étudiés n'ont pas été envoyés chez un spécialiste et n'ont pas reçu de chimiothérapie adjuvante. Dans la plupart des cas, la raison de la non-orientation n'était pas clairement documentée. Ce résultat souligne la nécessité d'améliorer la surveillance et la compréhension des décisions liées à la planification du traitement.

FIGURE 2.9

État de l'orientation et du traitement déterminé à partir des résultats de l'examen des dossiers médicaux : utilisation de la chimiothérapie après la résection chez les patients ayant reçu un diagnostic de cancer du poumon de stade II ou IIIA — 2008



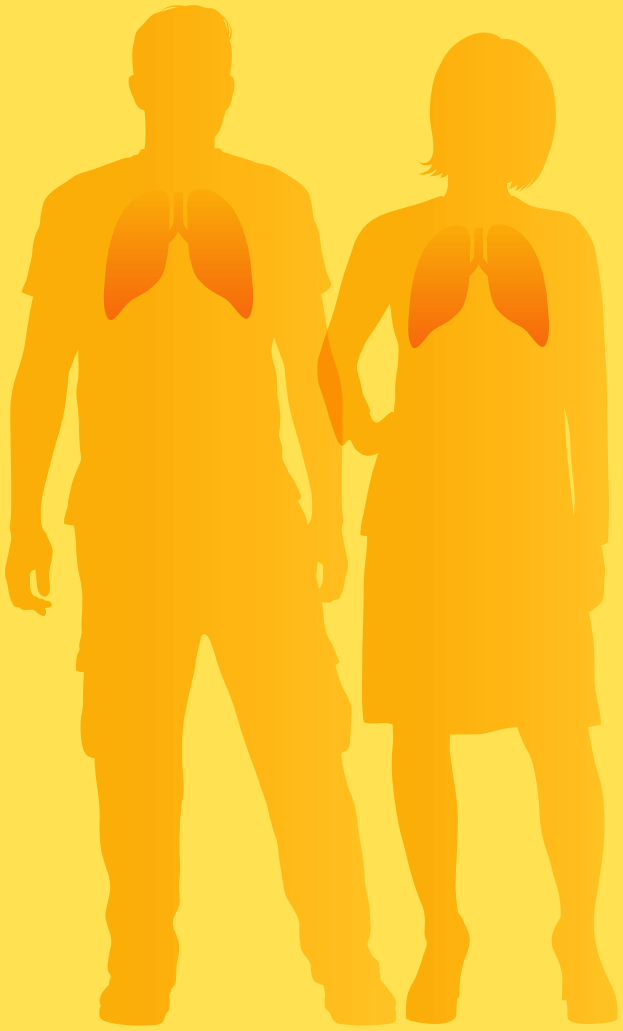
n = 112
Les données incluent les provinces suivantes : Alb., Sask., Man., Î.-P.-É.
Orientation vers un oncologue médical par le chirurgien qui a effectué la résection.
Source de données : Partenariat canadien contre le cancer, examen des dossiers médicaux de 2008; organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

SITUATION FUTURE

Si tous les patients atteints d'un CPNPC (stade II ou IIIA) étaient envoyés chez un spécialiste après l'intervention chirurgicale,

630
patients supplémentaires

chaque année pourraient être informés de leurs options de chimiothérapie.



La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique sur le site rendementdusysteme.ca.
Sources de données : Partenariat canadien contre le cancer; Statistique Canada; organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

Participation aux essais cliniques

CONTEXTE

Les essais cliniques constituent le fondement de la consolidation de traitements contre le cancer efficaces et de qualité. Ils évaluent l'innocuité et l'efficacité des nouveaux traitements, ouvrant la voie à l'adoption de pratiques exemplaires. Les données probantes montrent que les centres locaux qui participent aux essais cliniques sont plus susceptibles de suivre les lignes directrices de traitement fondées sur des données probantes et d'améliorer les résultats du patient que les centres qui n'accueillent pas d'essais cliniques[31,32]. Enfin, si l'essai ou le programme réussit, les patients du groupe de traitement peuvent bénéficier d'un traitement révolutionnaire.

En synergie, ces avantages améliorent la qualité du traitement à l'échelle individuelle et à celle du système, et peuvent offrir de meilleures options de soins aux générations actuelles et futures. Un système de lutte contre le cancer efficace et de grande qualité assure la disponibilité des essais cliniques pour un grand éventail de cancers et stimule la participation des patients admissibles à ces essais.

Tous les patients admissibles reçoivent des conseils suffisants pour décider s'ils souhaitent participer à un essai clinique et pour en comprendre pleinement les implications.

Tous les patients admissibles atteints de cancer sont informés des essais cliniques et ont la possibilité d'y participer.

Les essais cliniques sont offerts à une plus grande proportion de patients atteints de cancers plus divers dans des régions géographiques plus étendues.

Participation efficace aux essais cliniques

SITUATION ACTUELLE

Au Canada, moins de sept patients adultes atteints de cancer sur 100 participent à des essais cliniques.

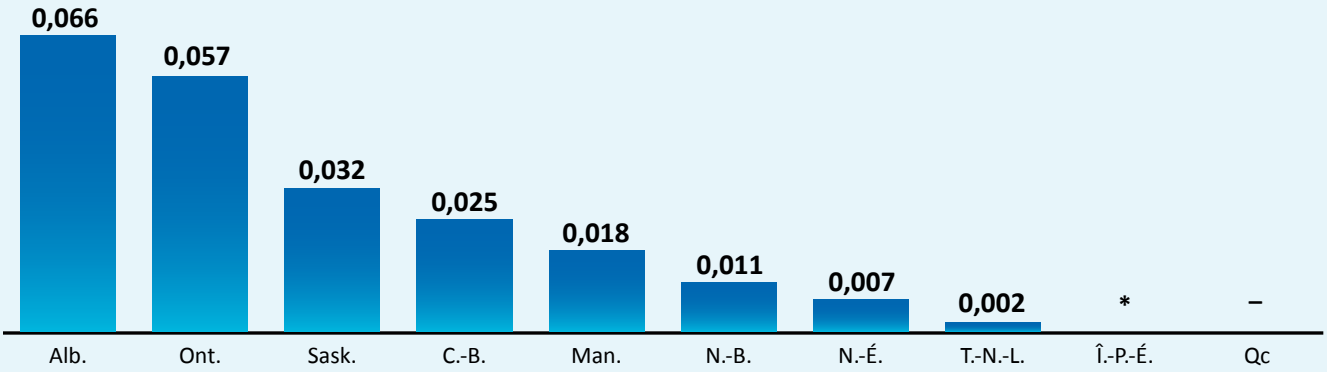
Le ratio entre les patients adultes inscrits à des essais cliniques et les nouveaux cas de cancer variait entre 0,002 à Terre-Neuve-et-Labrador et 0,066 en Alberta (figure 2.10). On peut interpréter ces taux respectifs comme représentant moins de 1 participant sur 100 patients atteints de cancer et environ 7 patients sur 100[c].

[c] En tant que substitut au taux réel de participation aux essais cliniques, on peut interpréter avec précaution les résultats de cet indicateur sous forme de pourcentages en vue de l'interprétation des données.

Même si le nombre d'essais cliniques sur le cancer a augmenté dans tout le Canada, il y a encore matière à amélioration sur le plan de la disponibilité des essais cliniques et de la participation des patients. Le Royaume-Uni affiche le taux déclaré de participation aux essais le plus élevé : 12 % des patients adultes atteints de cancer y participent[33]. En revanche, moins de 5 % des patients adultes atteints de cancer participent à des essais aux États-Unis, selon les estimations du National Cancer Institute.

FIGURE 2.10

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



* Supprimé en raison des chiffres peu élevés.
« — » données non disponibles.
Les nouveaux cas de cancer projetés en 2014 par la Société canadienne du cancer (SCC) ont été utilisés pour cet indicateur. Les projections de la SCC sont dérivées des modèles statistiques incorporant les données obtenues du Registre canadien sur le cancer, du Système national de déclaration des cas de cancer, de la Base de données sur les décès de la Base de données canadienne sur l'état civil, et des tables de mortalité, des recensements et des prévisions de la population.
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.

SITUATION FUTURE

Si nous atteignions le même taux de participation aux essais cliniques que celui du Royaume-Uni (12 %),

10 600
patients adultes supplémentaires atteints de cancer

participeraient à des essais, ce qui pourrait accroître et améliorer leurs options de traitement.

Les estimations excluent le Qc (données non disponibles).
La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique sur le site rendementdusysteme.ca.
Source de données : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer de la Société canadienne du cancer.

INVITATION À PASSER À L'ACTION

Un diagnostic de cancer est un événement qui change le cours de la vie des patients et de leur famille. Pour veiller à ce que les soins contre le cancer soient de qualité, centrés sur le patient, et aient lieu au bon endroit et au bon moment, il est important de relever et de corriger systématiquement les inefficacités dans les divers secteurs, allant du dépistage aux soins de longue durée et aux soins de fin de vie.

Il est tout aussi important de renforcer notre infrastructure de déclaration à l'échelle du système. Les efforts provinciaux et nationaux visant à normaliser les renseignements fournis dans les dossiers médicaux, y compris les données sur les consultations interdisciplinaires, les orientations des patients et la participation des patients à la planification et à l'exécution du traitement, permettraient d'améliorer la surveillance des pratiques fondées sur des données probantes et des soins centrés sur le patient.

Les patients et le personnel médical devraient être informés des possibilités de recherche clinique dès le début du processus de recrutement des essais cliniques afin de se concentrer sur la dissipation des inquiétudes et l'augmentation de la probabilité de participation. Dans l'ensemble, la sensibilisation accrue parmi toutes les personnes concernées, chercheurs ou participants, est la clé de l'élargissement du panorama canadien des essais cliniques.

OPTIMISATION DE L'IMPACT DES DONNÉES

Quelles données et mesures supplémentaires sont nécessaires pour obtenir une description plus complète de la qualité?

- **Des renseignements uniformes et normalisés concernant l'offre de consultations interdisciplinaires et les orientations** (y compris les raisons de la non-orientation) avant et après le traitement sont nécessaires. À l'heure actuelle, les examens des dossiers médicaux, qui sont inefficaces et prennent beaucoup de temps, sont le seul mécanisme permettant de recueillir ces renseignements. La collecte systématique de données normalisées dans les registres sur le cancer améliorerait l'obligation de rendre des comptes et la surveillance des pratiques fondées sur des données probantes au fil du temps.
- **Des données complètes sur les détails du traitement** (p. ex., l'intention curative ou palliative du traitement, l'administration intraveineuse ou orale de la chimiothérapie) permettraient d'établir des indicateurs plus précis des tendances en matière de traitement par rapport aux lignes directrices et aux autres recommandations fondées sur des données probantes.
- La mesure des **besoins satisfaits et non satisfaits des patients en matière d'information pendant le traitement** est nécessaire.
- La collecte de **données sur le nombre de patients *admissibles* aux essais cliniques existants**, au lieu des nouveaux cas, fournirait des renseignements plus précis sur la situation actuelle de la participation aux essais cliniques au Canada. Aux fins du présent rapport, la participation aux essais cliniques est estimée en fonction du nombre de patients inscrits à des essais cliniques par rapport au nombre de nouveaux cas; il s'agit d'une mesure substitutive.

Équité

Comblons-nous l'écart en ce qui concerne l'issue des cancers entre les populations à risque et les autres populations?

Dans un système de lutte contre le cancer équitable, tous les Canadiens ont un accès égal à la prévention et à des soins efficaces tout au long de leur parcours de lutte contre la maladie, quels que soient leur lieu de résidence, leur revenu, leur niveau d'instruction, leur âge ou leur sexe, qu'ils soient immigrants ou nés au Canada, y compris les Premières Nations, les Inuits et les Métis.

CONTEXTE

Deux des cinq piliers fondamentaux des soins de santé décrits dans la *Loi canadienne sur la santé* sont **l'universalité** et **l'accessibilité**.

Par accessibilité, on entend la prestation de services de santé chaque fois qu'ils sont nécessaires; l'universalité signifie que le même niveau de soins est offert à tous les résidents du Canada[34]. Dans un système de soins de santé véritablement universel et accessible, chacun a un accès équitable à des soins de santé qui permettent d'obtenir les meilleurs résultats possible.

Pour veiller à ce que les résidents de tout le Canada aient un accès équitable à notre système de lutte contre le cancer, nous devons correctement relever et systématiquement éliminer les obstacles potentiels qui peuvent empêcher les groupes à risque d'accéder aux services de soins contre le cancer, ce qui réduit leurs chances d'obtenir de meilleurs résultats et de vivre une expérience positive. En surmontant les obstacles aux soins, un système de lutte contre le cancer équitable peut en fin de compte combler les écarts observés dans les issues des cancers et la qualité de vie entre les populations à risque.

Même si de nombreuses collectivités font face à des obstacles à l'accès aux services de soins contre le cancer, le présent chapitre met l'accent sur trois catégories pour lesquelles nous disposons de données concernant la disparité de l'accès aux soins de santé et des résultats au Canada : le revenu (quintile de revenu), le lieu de résidence (rural-très éloigné, rural-éloigné, rural ou urbain) et le statut d'immigrant (né au Canada ou autre), dans la mesure du possible.

Ce chapitre met l'accent sur trois catégories pour lesquelles nous disposons de données concernant les disparités de l'accès aux soins de santé et des résultats au Canada :

1

Revenu

- Prévalence du tabagisme selon le quintile de revenu du ménage
- Surpoids et obésité chez les adultes selon le quintile de revenu du ménage
- Taux autodéclarés de dépistage du cancer du col de l'utérus selon le quintile de revenu du ménage
- Incidence du cancer du poumon et du cancer colorectal selon le quintile de revenu du quartier
- Mortalité liée au cancer du poumon et au cancer colorectal selon le quintile de revenu du quartier
- Survie à cinq ans au cancer du poumon, au cancer colorectal, au cancer du sein et au cancer de la prostate selon le quintile de revenu du quartier

2

Lieu de résidence

- Surpoids et obésité chez les adultes selon le lieu de résidence
- Mastectomie p/r à chirurgie mammaire conservatrice selon le lieu de résidence
- Mastectomie p/r à chirurgie mammaire conservatrice selon la durée de déplacement jusqu'à l'établissement de radiothérapie le plus proche

3

Statut d'immigrant

- Taux autodéclarés de dépistage du cancer du col de l'utérus selon le statut d'immigrant
- Taux autodéclarés de dépistage du cancer du col de l'utérus selon la langue parlée à la maison

En ce qui concerne les indicateurs basés sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), le *statut d'immigrant* et le *revenu* sont attribués en fonction des renseignements déclarés par les personnes interrogées. Pour toutes les autres sources de données, le revenu et le statut d'immigrant sont définis de manière écologique à l'échelle de la région ou du quartier. Le lieu de résidence est adapté à partir des données de la région métropolitaine de recensement (RMR), de l'agglomération de recensement (AR) et des zones d'influence métropolitaine de recensement (ZIM) de Statistique Canada.

Les pratiques de prévention du cancer varient d'une population à l'autre.

Certaines populations sont plus susceptibles d'adopter des comportements qui augmentent le risque d'avoir un cancer.

Les personnes dont les niveaux de revenu et d'instruction sont faibles ont tendance à subir un fardeau du cancer plus élevé que celui des populations avantagées. De nombreux facteurs peuvent expliquer de telles disparités, y compris les facteurs de risque de cancer plus élevés, tels que le tabagisme et une alimentation déséquilibrée. Par exemple, le tabagisme est responsable de 85 % des nouveaux cas de cancer du poumon au Canada, et les populations à risque sont plus susceptibles de fumer.

En 2011,

- parmi les personnes (âgées de 12 ans ou plus) vivant dans des ménages à faible revenu, 24,9 % ont déclaré fumer, comparativement à 15,2 % dans les ménages à revenu élevé;
- parmi les résidents urbains (âgés de 12 ans ou plus), 19,3 % ont déclaré fumer, comparativement à 24,0 % des résidents urbains vivant dans des régions très éloignées;
- parmi les femmes (âgées de 18 ans ou plus) vivant dans des ménages à faible revenu, 46,9 % sont en surpoids ou obèses, comparativement à 38,8 % dans les ménages à revenu élevé. Cette relation est inversée chez les hommes : sur les hommes vivant dans des ménages à revenu élevé, 65,9 % sont en surpoids ou obèses, comparativement à 51,1 % dans les ménages à revenu faible;
- parmi les personnes (âgées de 18 ans ou plus) vivant dans des régions rurales et très éloignées, 60,7 % sont en surpoids ou obèses, comparativement à 50,7 % des résidents urbains.

La participation au dépistage du cancer varie d'une population à l'autre.

Le dépistage est un outil fondamental de la lutte contre le cancer qui diminue la mortalité en réduisant la proportion de patients dont le cancer est diagnostiqué à un stade avancé. Le dépistage favorise également un accès au traitement en temps opportun[11]. Par exemple, le dépistage par test Pap est offert par les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus; il est universellement couvert pour toutes les femmes canadiennes âgées de 21 à 69 ans qui ont été sexuellement actives[17]. La cible est d'atteindre une participation de 80 % parmi les femmes admissibles au dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada. En 2012, cette cible a été atteinte pour les femmes nées au Canada et celles vivant dans des ménages au revenu moyen ou élevé seulement (figure 3.1).

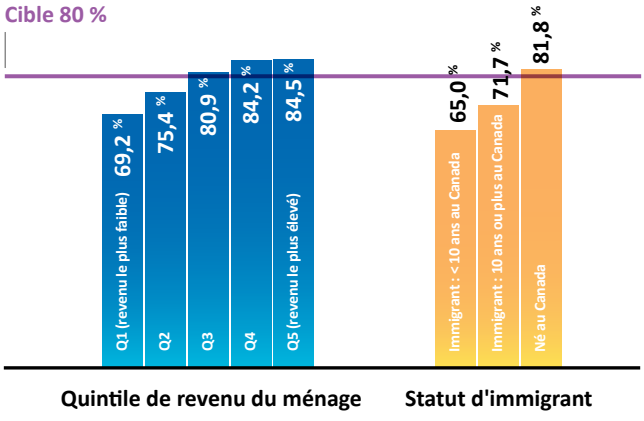
- Parmi les femmes de 21 à 69 ans vivant dans des ménages à revenu élevé, 84,5 % avaient subi un test Pap au cours des trois dernières années, comparativement à 69,2 % des femmes vivant dans des ménages à faible revenu.
- Parmi les femmes de 21 à 69 ans nées au Canada, 81,8 % avaient subi un test Pap au cours des trois dernières années, comparativement à 65 % des immigrantes récentes.

La langue peut être un obstacle supplémentaire au dépistage pour les immigrants canadiens. Les femmes de 21 à 69 ans qui ne parlent ni l'anglais ni le français à la maison sont plus susceptibles de ne jamais avoir effectué de test Pap (26,2 %), comparativement à celles qui parlent l'une des langues officielles (8,0 %) (figure 3.2).

Les immigrants canadiens peuvent redouter le dépistage du cancer si les programmes de prévention et de détection précoce ne sont pas la norme dans leur pays d'origine. Par conséquent, il est essentiel que les immigrants aient accès à des renseignements supplémentaires sur le dépistage qui soient adaptés aux sensibilités culturelles et surmontent les obstacles linguistiques[35].

FIGURE 3.1

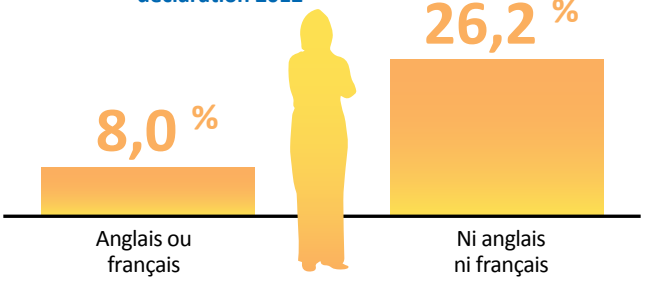
Pourcentage de femmes† (âgées de 21 à 69 ans) qui ont déclaré avoir subi au moins un test Pap au cours des trois dernières années, par quintile de revenu du ménage et statut d'immigrant, Canada — année de déclaration 2012



† Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 2011.
Les territoires ont été exclus de l'analyse du revenu dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.
Source de données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

FIGURE 3.2

Pourcentage de femmes† (âgées de 21 à 69 ans) qui ont déclaré n'avoir jamais subi de test Pap, par langue parlée à la maison, Canada — année de déclaration 2012



† Normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 2011.
Source de données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

L'accès au traitement contre le cancer peut dépendre du lieu de résidence des patients.

Les données probantes montrent que tous les patients n'ont pas accès aux traitements contre le cancer et aux services de soins qui répondent le mieux à leurs besoins. Même si un patient a grand besoin de soins, l'âge et la situation géographique peuvent parfois entraver l'accès à un traitement approprié et à des soins de fin de vie en temps opportun[36].

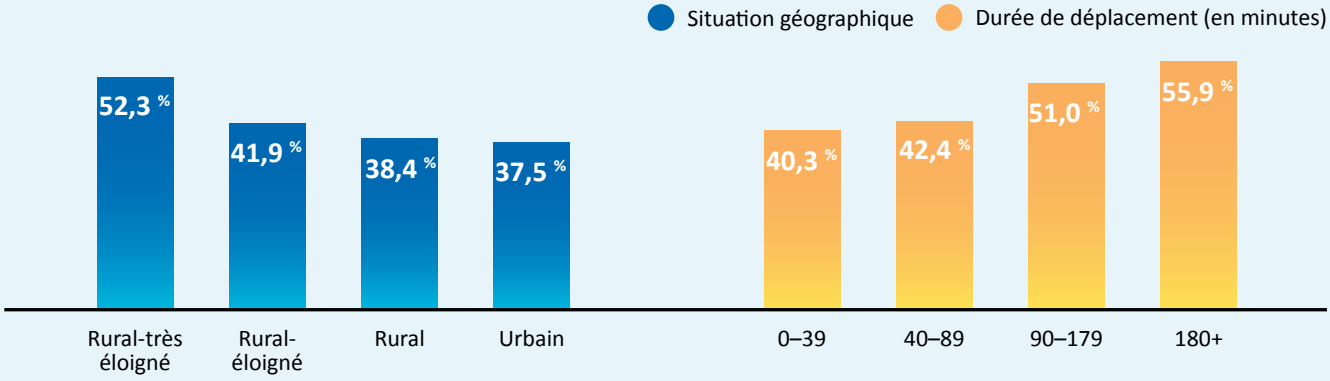
Par exemple, le traitement conservateur du cancer du sein au stade précoce est une intervention moins effractive que la mastectomie, mais tout aussi efficace. Cependant, il nécessite une radiothérapie à la suite de l'intervention chirurgicale, ce qui, pour de nombreuses patientes des collectivités rurales et éloignées, se traduit par de longues durées de déplacement et des congés prolongés pour se rendre aux rendez-vous de radiothérapie[37,38].

Entre 2007 et 2012,

- parmi les femmes atteintes d'un cancer du sein qui vivaient à trois heures de distance d'un centre de traitement, 55,9 % avaient subi une mastectomie, comparativement à 40,3 % des femmes qui vivaient à moins d'une demi-heure de distance (figure 3.3);
- parmi les femmes qui vivaient dans des régions éloignées, 52,3 % avaient subi une mastectomie, comparativement à 37,5 % des femmes qui vivaient dans des régions urbaines (figure 3.3).

FIGURE 3.3

Pourcentage de résections du cancer du sein par mastectomie selon la situation géographique et la durée de déplacement jusqu'à l'établissement de radiothérapie le plus proche, Canada — années 2007–2008 à 2011–2012 combinées



Les taux de mastectomies comprenaient les femmes qui ont subi initialement une mastectomie et les femmes qui ont subi initialement une chirurgie mammaire conservatrice, suivie d'une mastectomie en l'espace d'un an.
Le Québec a été exclu de l'analyse de la durée de déplacement.
Les données de l'Alb. concernent les années 2007–2008 à 2009–2010.

Source de données : Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé, Système national d'information sur les soins ambulatoires, Institut canadien d'information sur la santé, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, Alberta Ambulatory Care Reporting System.

SITUATION FUTURE

Si toutes les femmes avaient accès à une chirurgie mammaire conservatrice au lieu d'une mastectomie, quel que soit leur lieu de résidence,

160 femmes de plus

par année pourraient bénéficier de ce traitement moins effractif, mais tout aussi efficace.

Source de données : Partenariat canadien contre le cancer, Institut canadien d'information sur la santé.

L'issue des cancers varie entre les groupes à risque.

En 2012, 70 habitants pour 100 000 au niveau de revenu le plus faible sont décédés d'un cancer du poumon, comparativement à 43 habitants pour 100 000 au niveau de revenu le plus élevé.

Les personnes dont le revenu est le plus faible sont 1,66 fois plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du poumon (figure 3.4) et 1,62 fois plus susceptibles d'en décéder (figure 3.5) que celles dont le niveau de revenu est le plus élevé[d].

[d] Estimation basée sur les taux d'incidence.

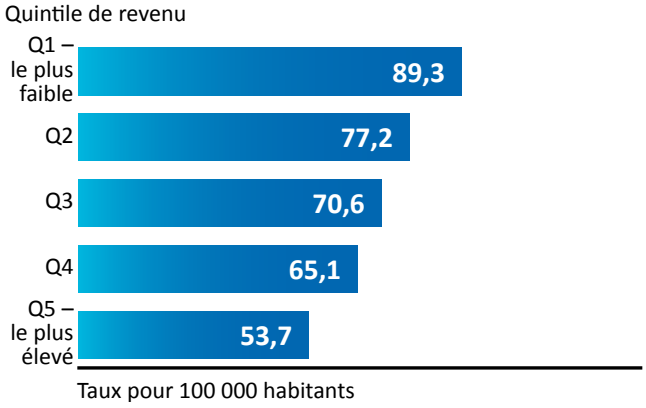
Revenu le plus faible :

1,66 **fois plus susceptibles** de recevoir un diagnostic de cancer du poumon

1,62 **fois plus susceptibles** de décéder d'un cancer du poumon

FIGURE 3.4

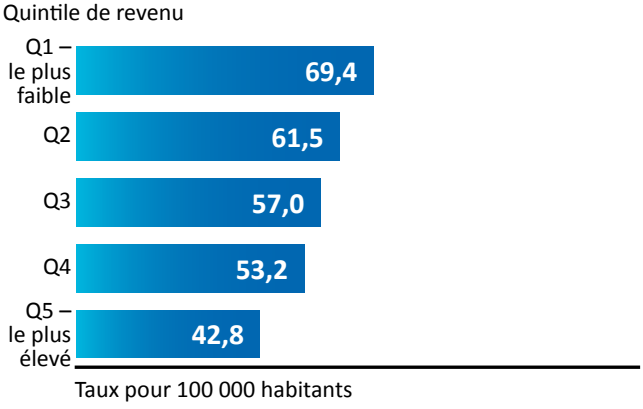
Taux d'incidence[†] du cancer du poumon par revenu du quartier, sexes combinés, urbain et rural combinés, Canada — année de diagnostic 2012



[†] Normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne de 2011. Les territoires étaient exclus. Les nouveaux cas du Qc pour 2012 ont été copiés de 2010.
Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer.

FIGURE 3.5

Taux de mortalité[†] due au cancer du poumon par revenu du quartier, sexes combinés, urbain et rural combinés, Canada — année de décès 2012

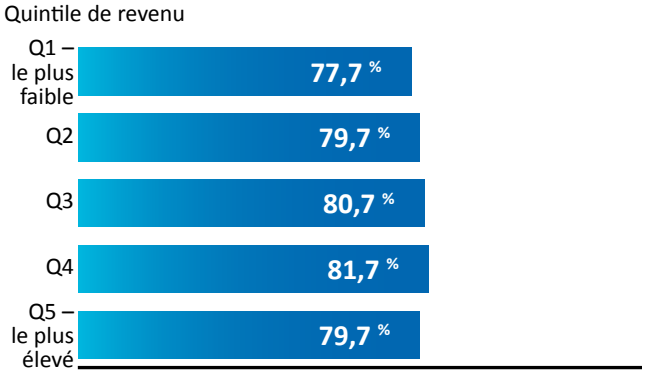


[†] Normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne de 2011. Les territoires étaient exclus.
Source de données : Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès.

Une telle différence entre les niveaux de revenu est compensée lorsqu'on compare le nombre de décès dus au cancer du poumon au nombre de cas de cancer du poumon (figure 3.6). Cela indique que la plupart des différences observées entre les populations à faible revenu et à revenu élevé dans le domaine de la mortalité due au cancer du poumon découlent probablement de l'incidence (nombre de nouveaux cas par quintile de revenu).

FIGURE 3.6

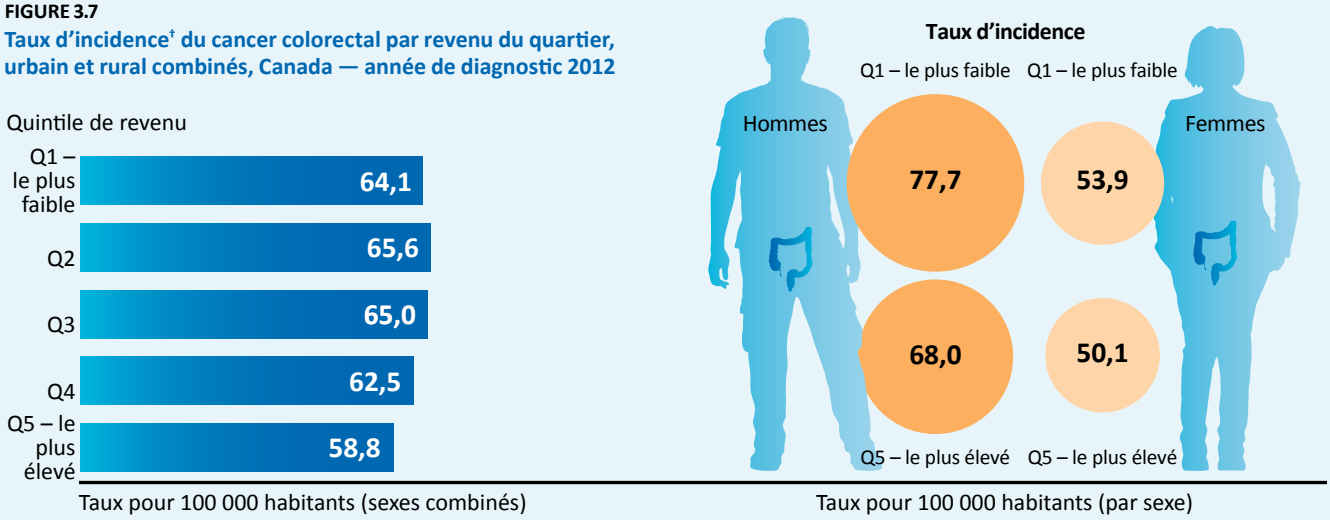
Ratio de létalité due au cancer du poumon par revenu du quartier, sexes combinés, urbain et rural combinés, Canada — année de diagnostic et de décès 2012



Les territoires étaient exclus. Les nouveaux cas du Qc pour 2012 ont été copiés de 2010.
Source de données : Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès, Registre canadien du cancer.

Même si on ne constate aucune tendance distincte relative aux gradients de revenu, les Canadiens à faible revenu sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer colorectal que les Canadiens à revenu élevé (figure 3.7).

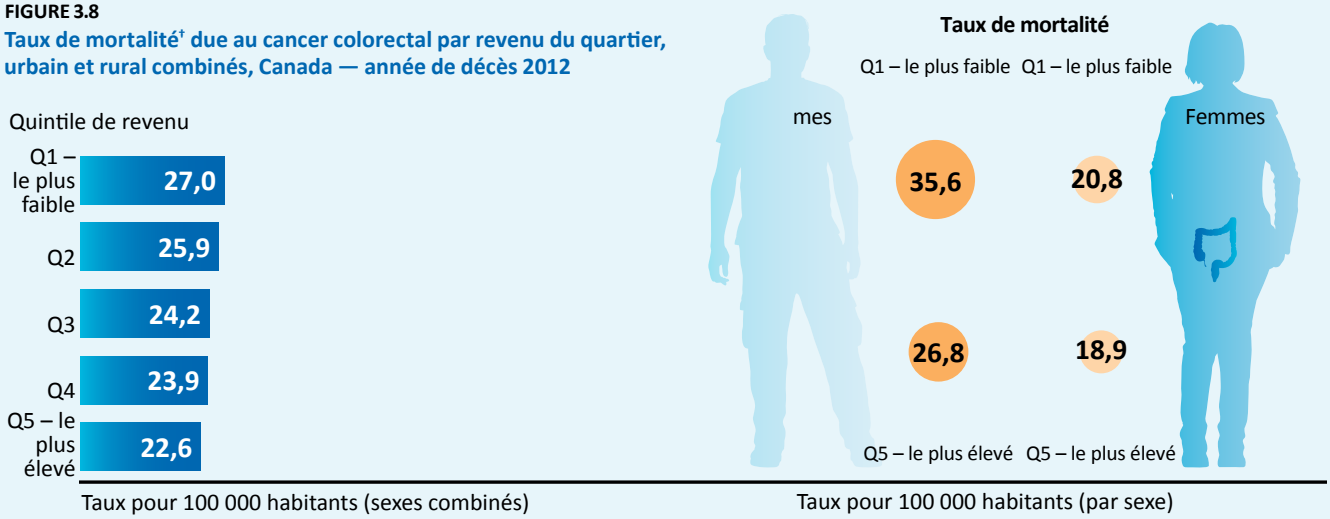
FIGURE 3.7
Taux d'incidence† du cancer colorectal par revenu du quartier, urbain et rural combinés, Canada — année de diagnostic 2012



† Normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne de 2011. Les territoires étaient exclus.
Les nouveaux cas du Qc pour 2012 ont été copiés de 2010.
Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer.

Il existe une différence dans le taux de mortalité annuelle due au cancer colorectal entre les personnes à faible revenu (27 habitants pour 100 000) et les personnes à revenu élevé (23 habitants pour 100 000) (figure 3.8).

FIGURE 3.8
Taux de mortalité† due au cancer colorectal par revenu du quartier, urbain et rural combinés, Canada — année de décès 2012



† Normalisés selon l'âge en fonction de la population canadienne de 2011. Les territoires étaient exclus.
Source de données : Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès.

Les populations au revenu le plus faible sont plus susceptibles d'avoir un cancer du poumon et un cancer colorectal, mais c'est l'inverse en ce qui concerne le cancer du sein.

- En 2012, 119 femmes pour 100 000 au niveau de revenu le plus faible ont reçu un diagnostic de cancer du sein, comparativement à 133 femmes pour 100 000 au niveau de revenu le plus élevé.
- La participation plus élevée au dépistage du cancer du sein peut contribuer à expliquer l'association positive entre le niveau de revenu et les cas de cancer du sein[39]. En 2012, 80,5 % des femmes admissibles vivant dans des ménages au revenu élevé ont déclaré avoir passé une mammographie de dépistage, comparativement à 62,3 % seulement des femmes dont le niveau de revenu était le plus faible. Un dépistage plus intense améliore les chances de détection du cancer. Malgré le taux d'incidence plus élevé, les femmes à plus haut revenu ont la même probabilité de décéder d'un cancer du sein que les femmes dont le niveau de revenu est faible (données non présentées).
- Au cours d'une année donnée, environ 25 femmes pour 100 000 de tout niveau de revenu décèdent d'un cancer du sein.

La survie au cancer du poumon, du sein et au cancer colorectal augmente parallèlement au niveau de revenu.

Même si plusieurs facteurs sous-jacents peuvent influer sur l'issue des cancers, les études ont montré que le statut socio-économique modeste est systématiquement associé à une mauvaise survie au cancer (figure 3.9)[40,41].

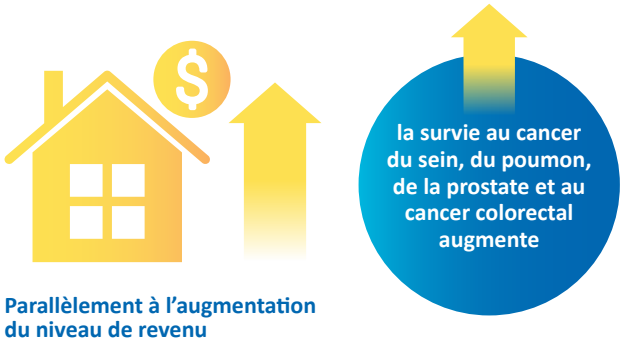
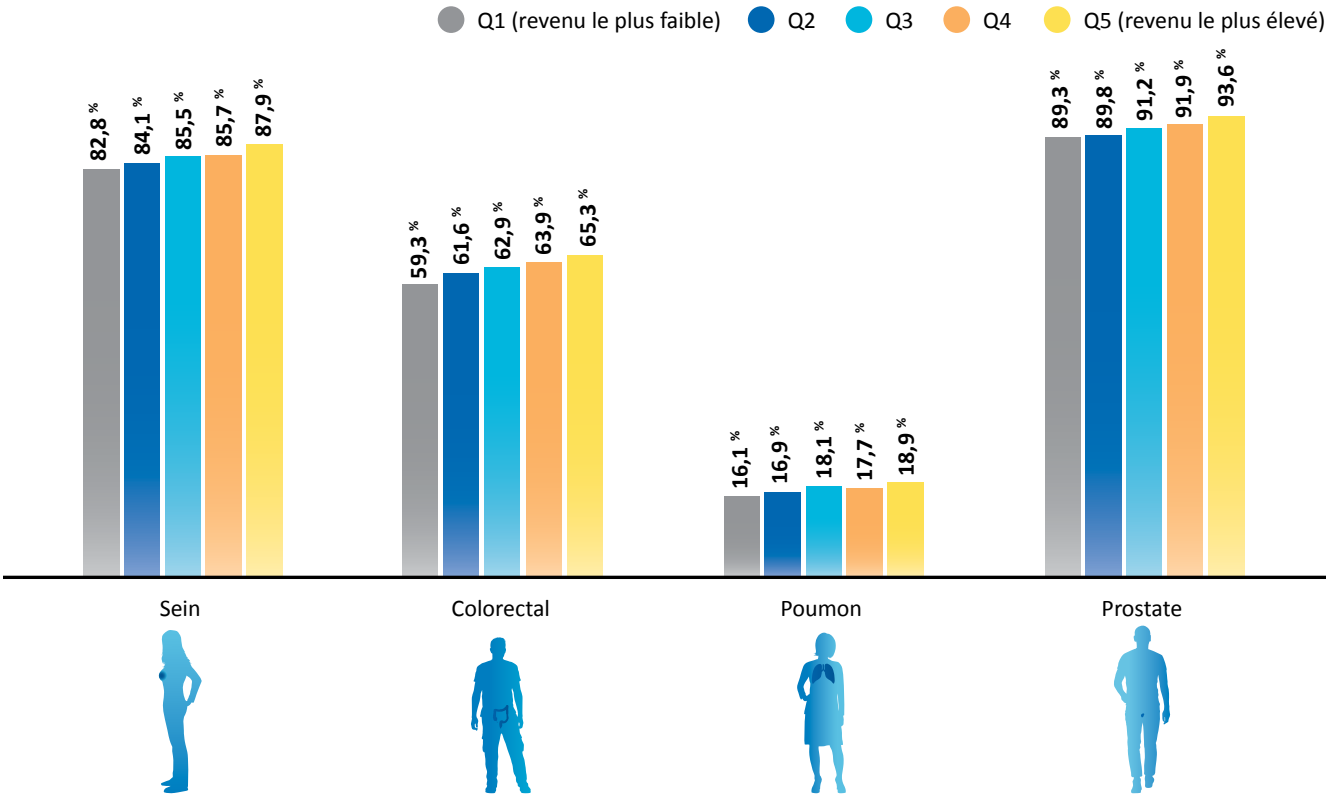


FIGURE 3.9

Survie nette à cinq ans† par quintile de revenu du patient pour quatre cancers — 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.
Source de données : CONCORD-2, organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

SITUATION FUTURE

Si notre système de lutte contre le cancer pouvait faire en sorte que tous les Canadiens aient les mêmes chances de survie à cinq ans que les populations à revenu élevé, cinq ans après le diagnostic, nous aurions :

550
survivantes de plus au cancer du sein

340
survivants de plus au cancer du poumon

550
survivants de plus au cancer colorectal

La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique sur le site rendementdusysteme.ca.
Source de données : CONCORD-2, organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

OPTIMISATION DE L'IMPACT DES DONNÉES

Quelles données et mesures supplémentaires sont nécessaires pour obtenir une description plus complète de l'équité?

- Nous devons appuyer les efforts visant à **relier l'issue des cancers et les données démographiques** (p. ex., le revenu, le niveau d'instruction, le statut d'immigrant, le lieu de résidence) à l'échelle individuelle. Ces renseignements permettront de montrer de manière évidente les associations entre le statut socio-économique et l'issue des cancers. Jusqu'à tout récemment, nous étions incapables de relier les renseignements socio-économiques à l'issue des cancers. Nous devions formuler des hypothèses à l'échelle écologique, en utilisant le niveau de revenu du quartier et la densité des immigrants comme approximations du statut socio-économique. À l'heure actuelle, les liens individuels deviennent possibles grâce à l'Environnement de couplage de données sociales (ECDS) de Statistique Canada.
- Pour mettre sur pied un système de lutte contre le cancer équitable pour tous, il est important d'**étudier les disparités constatées entre tous les Canadiens**, sans exception. En 2017, les autorités ont une capacité limitée d'identifier systématiquement les patients membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis dans les registres sur le cancer ou les dossiers médicaux[42]. Depuis 2011, plusieurs provinces collaborent avec le Partenariat dans le cadre du plan d'action de lutte contre le cancer chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis afin d'élaborer des stratégies culturellement adaptées qui renforcent la collecte de données sur le cancer parmi les Autochtones. Des progrès sont en cours de réalisation.
- L'obtention de **renseignements sur les inégalités d'accès** aux soins contre le cancer et aux résultats connexes dans les collectivités autochtones est une étape essentielle à la création d'un système de lutte contre le cancer équitable.

INVITATION À PASSER À L'ACTION

Les disparités entre les cancers au Canada sont réelles. Si nous nous efforçons d'éliminer les obstacles aux soins, nous pouvons faire en sorte que tous les Canadiens, d'un océan à l'autre, quels que soient leur origine, leur lieu de résidence ou leur revenu, reçoivent le soutien nécessaire à la prévention du cancer et à la participation aux programmes de dépistage ainsi qu'un accès approprié aux traitements et aux options de soins susceptibles de les aider à améliorer leurs résultats.

Continuité

Notre système de soins de santé est-il axé sur les besoins des patients et de leur famille?

On peut décrire les expériences des patients comme étant continues lorsque les fournisseurs de services de lutte contre le cancer collaborent en vue d'offrir un système intégré, axé sur la personne. Cela permet aux patients et à leur famille de comprendre l'éventail des services dont ils ont besoin pour recevoir les meilleurs soins possible de la part du bon fournisseur au bon moment, d'y accéder et d'y naviguer avec facilité.

CONTEXTE

Le système de santé actuel opère une transition d'un modèle conçu pour prodiguer des soins centrés sur la maladie à un modèle **orienté vers les soins centrés sur la personne**.

Pour assurer la continuité des soins contre le cancer au sein du système, les divers fournisseurs de services doivent collaborer pour prodiguer les soins dont la personne a effectivement besoin. Il faut pour cela intégrer les services de soins contre le cancer, du diagnostic au traitement, au rétablissement, à la survie et aux soins palliatifs et de fin de vie, et placer les patients et leur famille au centre du processus. Pour réaliser cette intégration et enraciner l'approche centrée sur la personne dans les soins contre le cancer, le système doit déterminer et incorporer les besoins et les préférences des patients individuels et de leur famille, et doit planifier et prodiguer des soins en fonction de ces besoins, tout en éliminant les obstacles qui entravent l'accès aux services. Les soins centrés sur la personne sont l'un des éléments essentiels de la stratégie de lutte contre le cancer du Canada.

Quatre facteurs, décrits ci-après, sont essentiels pour pouvoir offrir une expérience continue au patient :

1

Les éléments de conception du système, qui comprennent la coordination des services, la transition harmonieuse des patients entre les services et les prestataires, l'harmonisation des services avec les besoins des patients afin de réduire au minimum les perturbations et de garantir des temps d'attente raisonnables, ainsi qu'une affectation des ressources et un accès aux services équitables.

2

La communication entre le patient et les prestataires de soins de santé, qui permet aux prestataires de prendre conscience des préférences des patients, de leur fournir des renseignements pertinents et en temps voulu, et de leur offrir un soutien à la prise de décisions et à l'adaptation aux services de soins contre le cancer.

3

La communication entre les prestataires de soins de santé, qui assure des mécanismes efficaces de partage de renseignements détaillés pendant les orientations et des traitements qui reflètent les besoins des patients.

4

L'éducation et la formation, qui aident les prestataires de soins à mobiliser efficacement les patients au bon moment et au bon endroit, et veillent à ce que le fardeau des symptômes (p. ex., préoccupations d'ordre physique et psychosocial) soit pris en compte et allégé.

Le présent chapitre met l'accent sur les indicateurs influencés par les quatre catalyseurs décrits ci-dessus :

- **Temps d'attente pour un diagnostic de cancer du sein**
- **Temps d'attente pour un diagnostic de cancer colorectal**
- **Temps d'attente pour une radiothérapie**
- **Dépistage de la détresse**
- **Lieu de décès**

Les Canadiens **peuvent attendre plus de trois mois** avant la confirmation d'un diagnostic de cancer après un résultat anormal au dépistage.

CONTEXTE

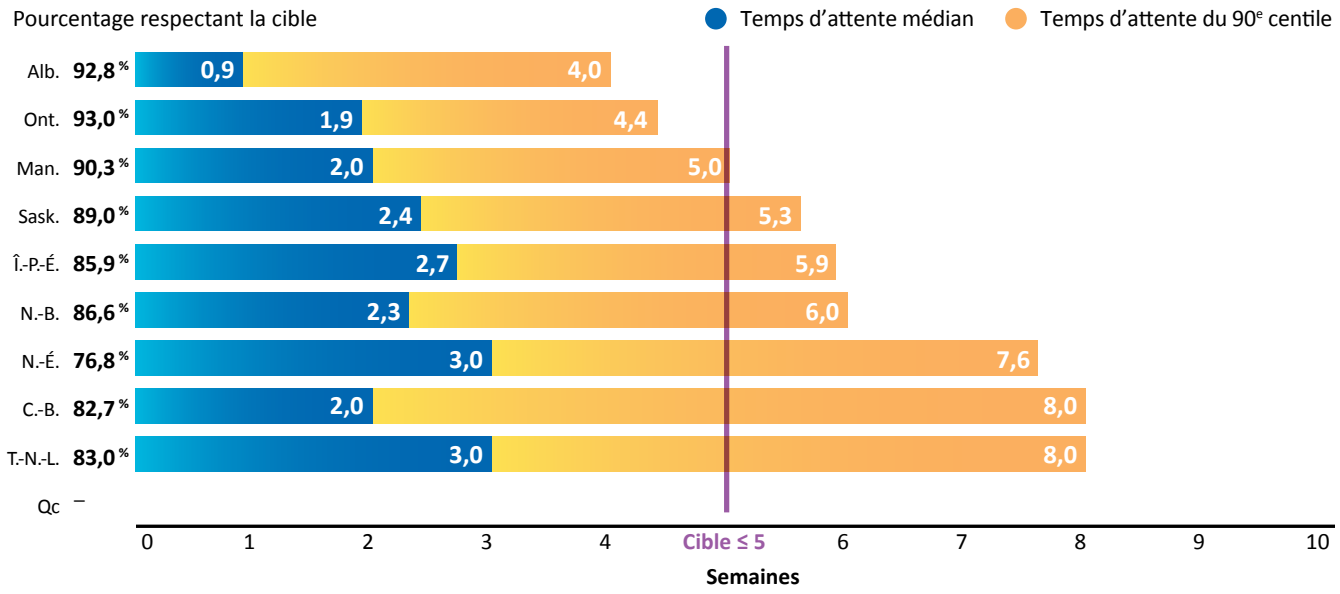
L'attente de la confirmation du diagnostic de cancer après des résultats de dépistage anormaux peut être stressante pour les patients et leur famille. Même si des intervalles diagnostiques de quelques semaines n'ont pas nécessairement d'incidence sur les résultats globaux, y compris la survie, des temps d'attente plus courts peuvent réduire l'anxiété, apporter un soulagement en cas de diagnostic bénin et permettre de traiter les personnes atteintes de cancer en temps opportun.

SITUATION ACTUELLE

La plupart des provinces n'ont pas atteint les cibles des temps d'attente avant le diagnostic à la suite d'une mammographie de dépistage avec résultat anormal.

- Parmi les femmes qui n'avaient pas subi de biopsie à la suite d'un test de dépistage avec résultat anormal, 90 % ont reçu un diagnostic (positif ou négatif) dans les quatre à huit semaines suivantes, selon la province. Trois des neuf provinces ont atteint la cible de cinq semaines (figure 4.1).
- Environ 15 % des femmes ont subi une biopsie à la suite d'un test de dépistage avec résultat anormal. Sur ces femmes, 90 % ont attendu entre 10 et 15 semaines pour recevoir un diagnostic, selon la province. Aucune province n'a atteint la cible de sept semaines (figure 4.2).
- Même si le pourcentage des femmes ayant reçu un diagnostic dans les délais ciblés a augmenté depuis 2009 (données non présentées), les temps d'attente jusqu'au diagnostic définitif restent longs, en particulier pour les femmes qui doivent subir une biopsie tissulaire[43].

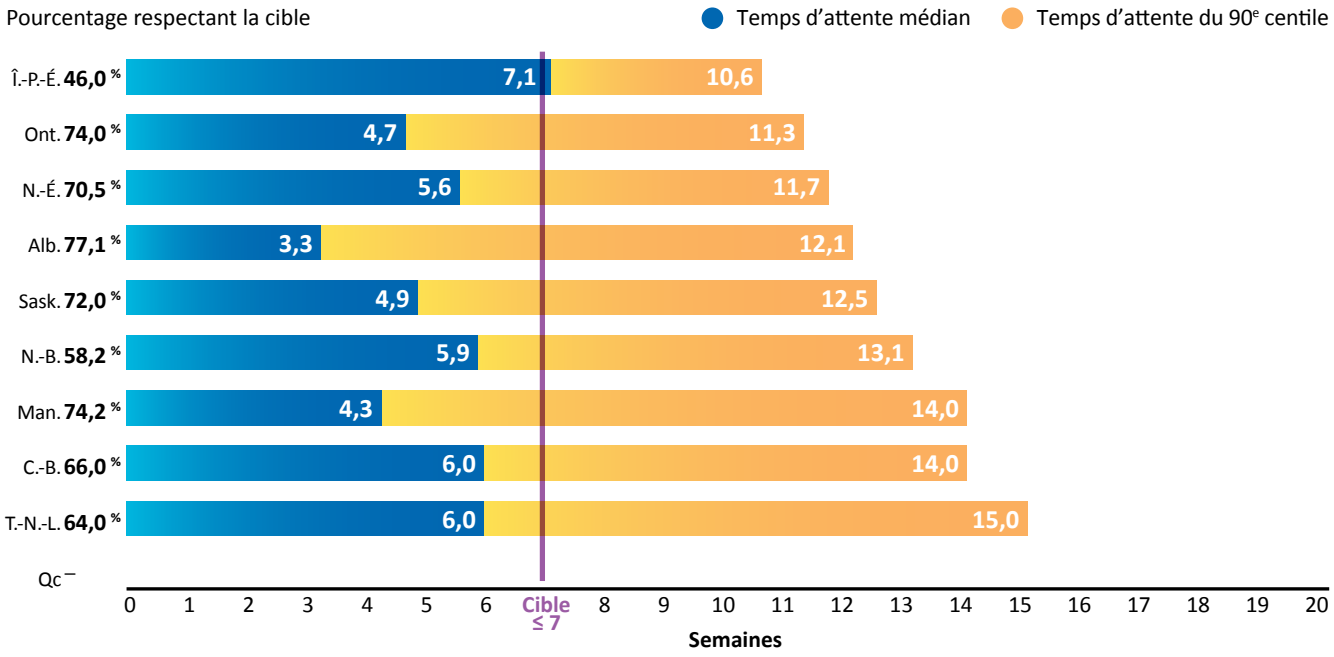
FIGURE 4.1
Temps d'attente médian et du 90e centile jusqu'à la résolution d'une anomalie au sein dépistée sans biopsie tissulaire chez les femmes asymptomatiques (de 50 à 69 ans), selon la province — année de dépistage 2013



« — » Données non disponibles.
Les cas où la résolution d'un dépistage anormal a pris plus de six mois étaient exclus.
Ont. : les femmes ayant obtenu un résultat « inconnu » ou « perdue au suivi » ont été exclues.
Source de données : programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein.

FIGURE 4.2

Temps d'attente médian et du 90e centile 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



« — » Données non disponibles.
Les cas où la résolution d'un dépistage anormal a pris plus de six mois étaient exclus.
Ont. : les femmes ayant obtenu un résultat « inconnu » ou « perdue au suivi » ont été exclues.
Source de données : programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein.

SITUATION FUTURE

Il est important que les patients reçoivent des soins continus en temps opportun tout au long de leur parcours de lutte contre le cancer. Si toutes les provinces pouvaient respecter les temps d'attente cibles pour la résolution des résultats anormaux du dépistage du cancer du sein, chaque année,

3 200 femmes de plus **recevraient un diagnostic plus rapidement lorsqu'aucune biopsie tissulaire n'est nécessaire.**

4 000 femmes de plus **devant subir une biopsie tissulaire recevraient un diagnostic plus rapidement.**

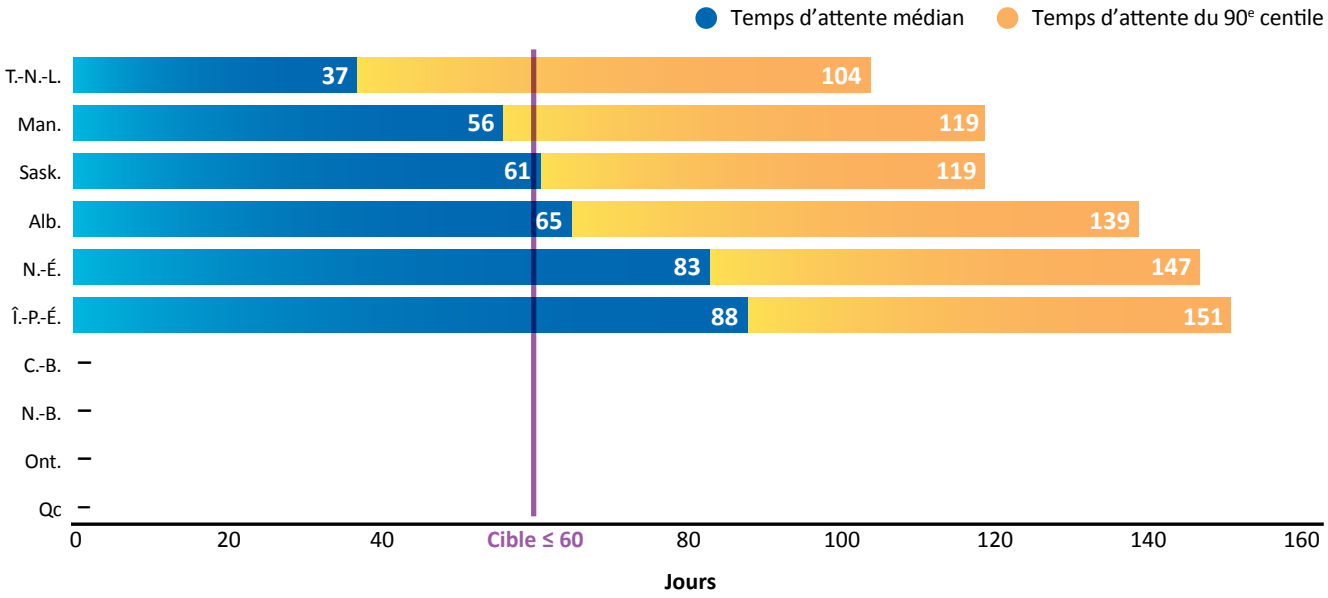
La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique sur le site rendementdusysteme.ca.
Source de données : programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du sein.

Les temps d'attente pour une coloscopie de suivi après l'obtention d'un résultat anormal à un test fécal diminuent, mais aucune province ne respecte la cible du 90e centile de 60 jours.

- De 2011–2012 à 2013–2014, les temps d'attente du 90e centile ont diminué dans les quatre provinces qui ont déclaré des données pour les deux périodes.
- Les temps d'attente restent cependant supérieurs à la cible : 90 % des patients ayant dû subir une coloscopie de suivi après un test fécal dont le résultat était anormal ont attendu entre 104 et 151 jours, selon la province. Aucune province déclarante n'a atteint des temps d'attente du 90e centile inférieurs à la cible de 60 jours (figure 4.3).
- Même si toutes les provinces ont mis sur pied des programmes organisés de dépistage du cancer colorectal ou sont en voie de le faire, plusieurs programmes en sont encore aux premiers stades de leur mise en œuvre.

FIGURE 4.3

Temps d'attente médian et du 90e centile entre la déclaration d'un résultat de test fécal anormal et la coloscopie de suivi, par province — années de dépistage 2013 et 2014 combinées



« — » Données non disponibles.
Les données comprennent les coloscopies effectuées dans les 180 jours suivant une analyse des selles anormale.
Cible : l'Association canadienne de gastroentérologie recommande que la coloscopie soit effectuée dans les 60 jours suivant un test fécal avec résultat anormal.
Source de données : Réseau national de dépistage du cancer colorectal.

Les patients atteints de cancer reçoivent une **radiothérapie** rapidement.

CONTEXTE

L'accès au traitement contre le cancer en temps opportun est crucial pour lutter efficacement contre la maladie et améliorer les résultats. Un délai prolongé entre le moment où les patients sont prêts à subir le traitement et le début réel du traitement peut également engendrer de l'anxiété chez les patients et leur famille.

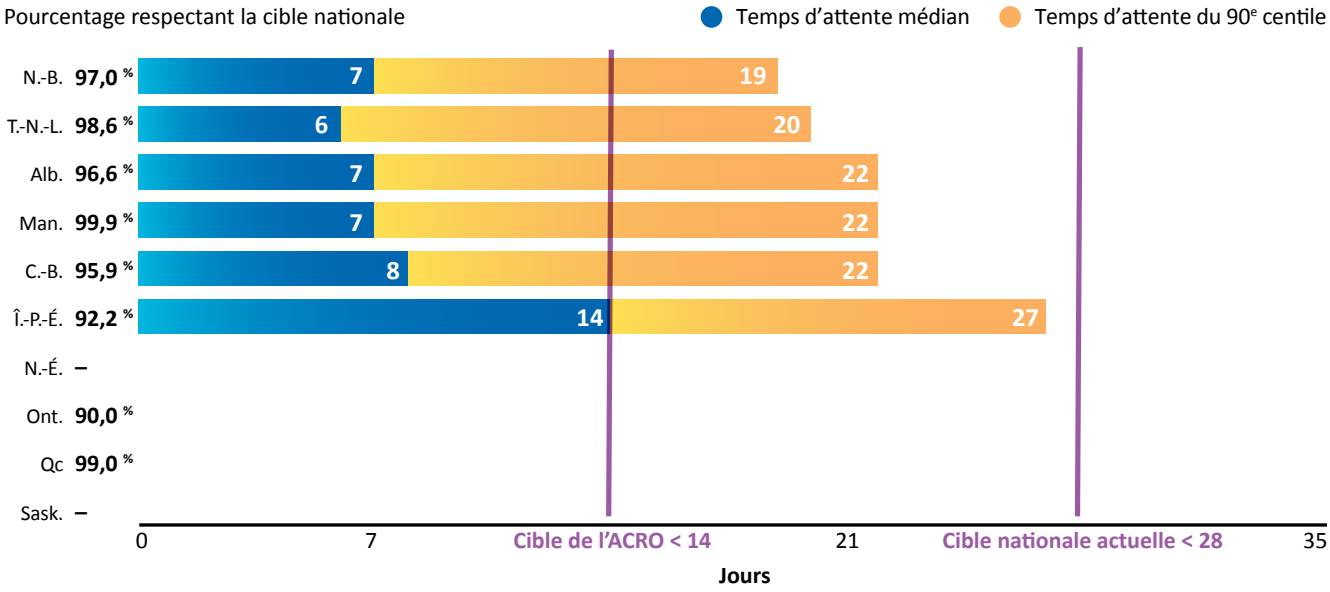
SITUATION ACTUELLE

Toutes les provinces déclarantes ont respecté le temps d'attente cible national pour la radiothérapie.

À la suite des efforts concertés déployés par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux, la vaste majorité des Canadiens qui nécessitent une radiothérapie la reçoivent dans le délai d'attente cible.

- Plus de 90 % des patients atteints de cancer ont commencé la radiothérapie dans les 28 jours à compter de la date où ils étaient prêts à recevoir le traitement, ce qui correspond au temps d'attente cible national (figure 4.4).
- Parmi les quatre types de cancer les plus courants (cancer du sein, du poumon, de la prostate et cancer colorectal), les patients atteints d'un cancer de la prostate continuaient d'afficher le plus long 90e centile des temps d'attente pour la radiothérapie. Le cancer de la prostate est le plus souvent une maladie à évolution lente, de sorte que le retard peut indiquer le fait que les prestataires de soins de santé effectuent le triage des cas de cancer à évolution rapide afin d'offrir des temps d'attente plus courts aux personnes qui en sont atteintes (figure 4.5).

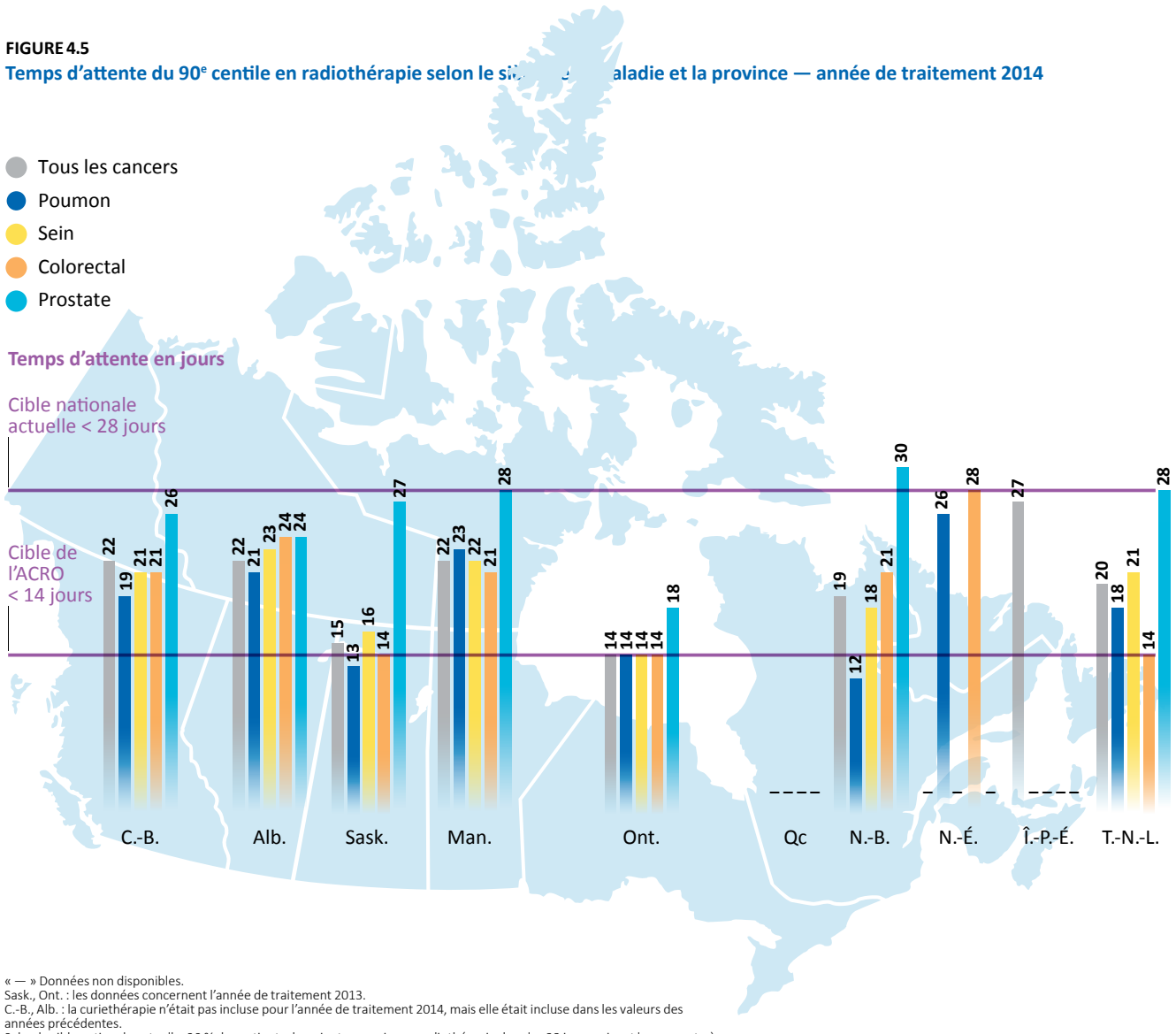
FIGURE 4.4
Temps d'attente médian et du 90e centile en radiothérapie pour tous les cancers, selon la province — année de traitement 2014



« — » Données non disponibles.
C.-B., Alb. : la curiethérapie n'était pas incluse pour l'année de traitement 2014, mais elle était incluse dans les valeurs des années précédentes.
Ont. : les données comprennent le pourcentage de patients traités par radiothérapie dans les 14 jours (cible ACRO) de février à décembre 2014.
Selon la cible nationale actuelle, 90 % des patients devraient recevoir une radiothérapie dans les 28 jours suivant le moment où ils sont prêts à commencer le traitement.
L'Association canadienne de radio-oncologie (ACRO) a pour objectif que 90 % des patients reçoivent une radiothérapie dans les 14 jours suivant le moment où ils sont prêts à commencer le traitement.
L'Institut canadien d'information sur la santé définit le moment où le patient est prêt à commencer le traitement comme 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 90e centile en radiothérapie selon le site de la maladie et la province — année de traitement 2014



« — » Données non disponibles.
Sask., Ont. : les données concernent l'année de traitement 2013.
C.-B., Alb. : la curiethérapie n'était pas incluse pour l'année de traitement 2014, mais elle était incluse dans les valeurs des années précédentes.
Selon la cible nationale actuelle, 90 % des patients devraient recevoir une radiothérapie dans les 28 jours suivant le moment où ils sont prêts à commencer le traitement.
Selon la cible nationale de l'ACRO, 90 % des patients devraient recevoir une radiothérapie dans les 14 jours suivant le moment où ils sont prêts à commencer le traitement.
L'Institut canadien d'information sur la santé définit le moment où le patient est prêt à commencer le traitement comme 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.

SITUATION FUTURE

Comme le système de soins liés au cancer répond désormais aux besoins en radiothérapie des patients dans tout le pays, nous ne produirons plus de rapports sur cet indicateur chaque année.

Les patients déclarent souffrir de douleur, de fatigue, de dépression et d'anxiété. Nous pourrons bientôt mesurer dans quelle mesure le système remédie à ces symptômes.

CONTEXTE

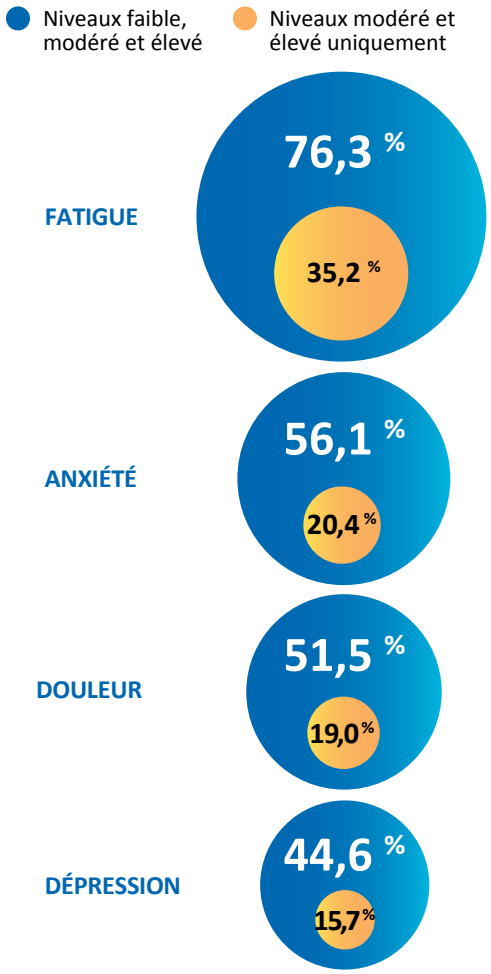
La prestation de soins efficaces contre le cancer ne se limite pas simplement au traitement de la maladie; la plupart des personnes atteintes de cancer souffrent de symptômes rendant leur expérience encore plus difficile. Le dépistage systématique des symptômes d'un patient est important afin de déterminer les préoccupations psychologiques, sociales, spirituelles, pratiques ou physiques qui peuvent compromettre sa capacité à affronter le cancer et son traitement. L'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (ESAS) compte parmi les outils couramment utilisés pour mesurer les symptômes signalés par les patients. De nombreux centres cliniques recueillent les mesures de l'ESAS, même si la fréquence du dépistage varie d'une province à l'autre (figure 4.6).

L'évaluation systématique des résultats signalés par le patient ne suffit pas en elle-même à répondre à ses besoins. Pour que l'évaluation ait une incidence positive sur le bien-être du patient, elle doit s'accompagner du suivi adéquat et des interventions requises (p. ex., évaluation supplémentaire, modification des plans de traitement, intervention physique et psychosociale, envoi chez un autre praticien et surveillance continue des symptômes)[44,45]. Ces étapes peuvent améliorer la qualité de vie des patients et leur degré de satisfaction à l'égard des soins.

SITUATION ACTUELLE

Au moins la moitié des patients ayant subi un dépistage déclarent présenter des symptômes de détresse pendant ou après le traitement contre le cancer. Les données de suivi nécessaires pour déterminer si ces patients reçoivent un soutien approprié n'existent pas encore.

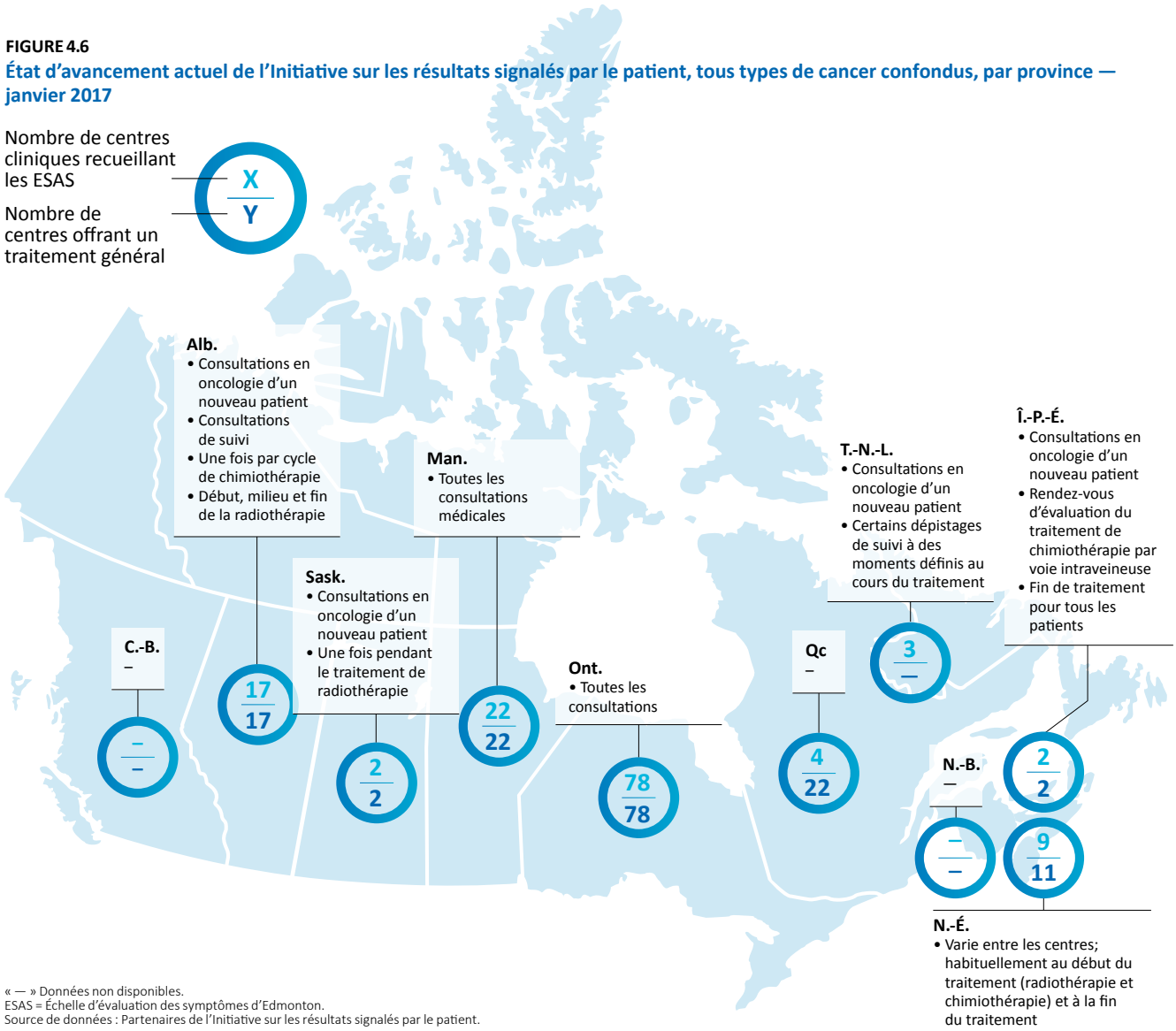
- De 2007 à 2015, le nombre de provinces faisant rapport d'une mise en œuvre à l'échelle provinciale d'outils normalisés de dépistage de la détresse dans les centres de cancérologie a plus que triplé.
- Plus de 80 % des patients interrogés ont déclaré présenter des symptômes liés à la détresse (données non présentées), dont les niveaux de gravité étaient les suivants :



Les trois mois les plus récents de données disponibles variaient selon la province : Man., N.-É., Ont. : janvier-mars 2016; Î.-P.-É., Sask., Alb., T.-N.-L. : avril-juin 2016; Qc : mai-juillet 2016.
Les données incluent l'Alb., la Sask., le Man., l'Ont., le Qc, la N.-É., l'Î.-P.-É. et T.-N.-L.
L'ESAS-R demande aux patients de décrire comment ils se sentent sur une échelle de 0 à 10. Un score de 0 indique une absence de symptôme (p. ex., aucune douleur, aucune anxiété, aucune fatigue, aucune dépression). La détresse liée aux symptômes peut atteindre un niveau faible, modéré ou élevé (c.-à-d., scores de 1 à 10).
Faible = scores de 1 à 3; modéré = scores de 4 à 6; élevé = scores de 7 à 10.
Pour chaque symptôme, on a enregistré un faible nombre de non-réponses qui ont été exclues : fatigue, 0,3 %; anxiété, 0,4 %; douleur, 0,4 %; dépression, 0,4 %.
Source de données : Partenaires de l'Initiative sur les résultats signalés par le patient.

FIGURE 4.6

État d'avancement actuel de l'Initiative sur les résultats signalés par le patient, tous types de cancer confondus, par province — janvier 2017



« — » Données non disponibles.
ESAS = Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton.
Source de données : Partenaires de l'Initiative sur les résultats signalés par le patient.

SITUATION FUTURE

L'amélioration de l'évaluation des résultats signalés par le patient permet à ce dernier d'orienter l'administration de ses soins. Si tous les patients subissaient un dépistage des symptômes à divers moments de leur parcours de lutte contre le cancer, le système pourrait améliorer le dépistage de la détresse et personnaliser les interventions permettant de répondre à leurs besoins précis et changeants.

Si les patients subissaient des dépistages plus fréquents tout au long de leur parcours de soins liés au cancer ainsi que pendant les soins de suivi, il serait plus facile de déterminer dans quelle mesure une intervention a eu une incidence positive sur la qualité de vie du patient au fil du temps.

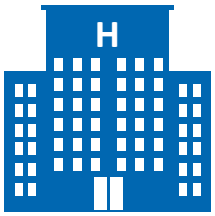
Deux tiers des patients décèdent à l'hôpital, même s'ils sont nombreux à préférer décéder à domicile.

CONTEXTE

Les études laissent entendre que, s'ils ont le choix, la plupart des patients atteints de cancer en phase terminale préfèrent décéder à domicile ou dans un environnement semblable comme un centre de soins palliatifs, s'ils reçoivent le soutien approprié et bénéficient de la présence de leurs proches[46,47]. Même si certaines hospitalisations en fin de vie sont nécessaires et si certains patients préfèrent décéder à l'hôpital, sur les sept pays plus développés, le Canada affiche la plus forte proportion de patients atteints de cancer qui décèdent à l'hôpital, ce qui indique que la prestation des soins de fin de vie est peut être plus axée sur l'hôpital au Canada[48]. Cette constatation met en évidence la disparité entre les services de fin de vie disponibles et les préférences des patients et des familles.

SITUATION ACTUELLE

- Même si la majorité des patients atteints de cancer décèdent encore à l'hôpital, le pourcentage a baissé de 71,6 % en 2008 à 66,8 % en 2012 (figure 4.7).
- Un nombre légèrement plus élevé de patients atteints de cancer décèdent ailleurs qu'à l'hôpital (p. ex., dans un centre de soins palliatifs ou à domicile). Le pourcentage de ceux qui sont décédés dans une résidence privée est demeuré relativement constant, passant de 11,8 % en 2008 à 13,4 % en 2012 (figure 4.7).
- Il existe des variations entre les provinces concernant la classification du lieu du décès sur les certificats de décès et celle des différents milieux (p. ex., la désignation des centres de soins palliatifs hospitaliers ou des unités de soins palliatifs). Le Manitoba indique, par exemple, que bon nombre des décès à l'hôpital enregistrés dans les données de l'état civil de la province se produisent effectivement dans des centres de soins palliatifs hospitaliers ou des unités de soins palliatifs (qui fournissent un environnement semblable au domicile), plutôt que dans des unités de soins intensifs de courte durée.



La majorité des patients atteints de cancer décèdent encore à l'hôpital :

2008

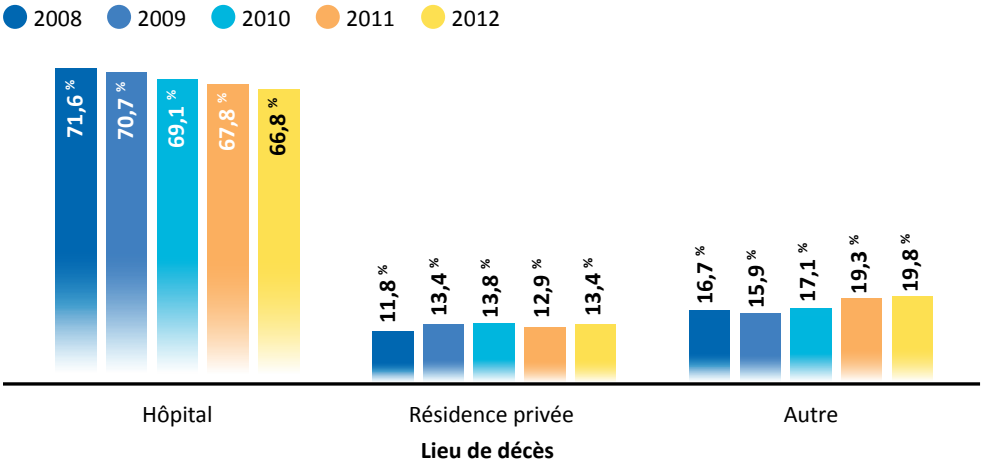
71,6 %

2012

66,8 %

FIGURE 4.7

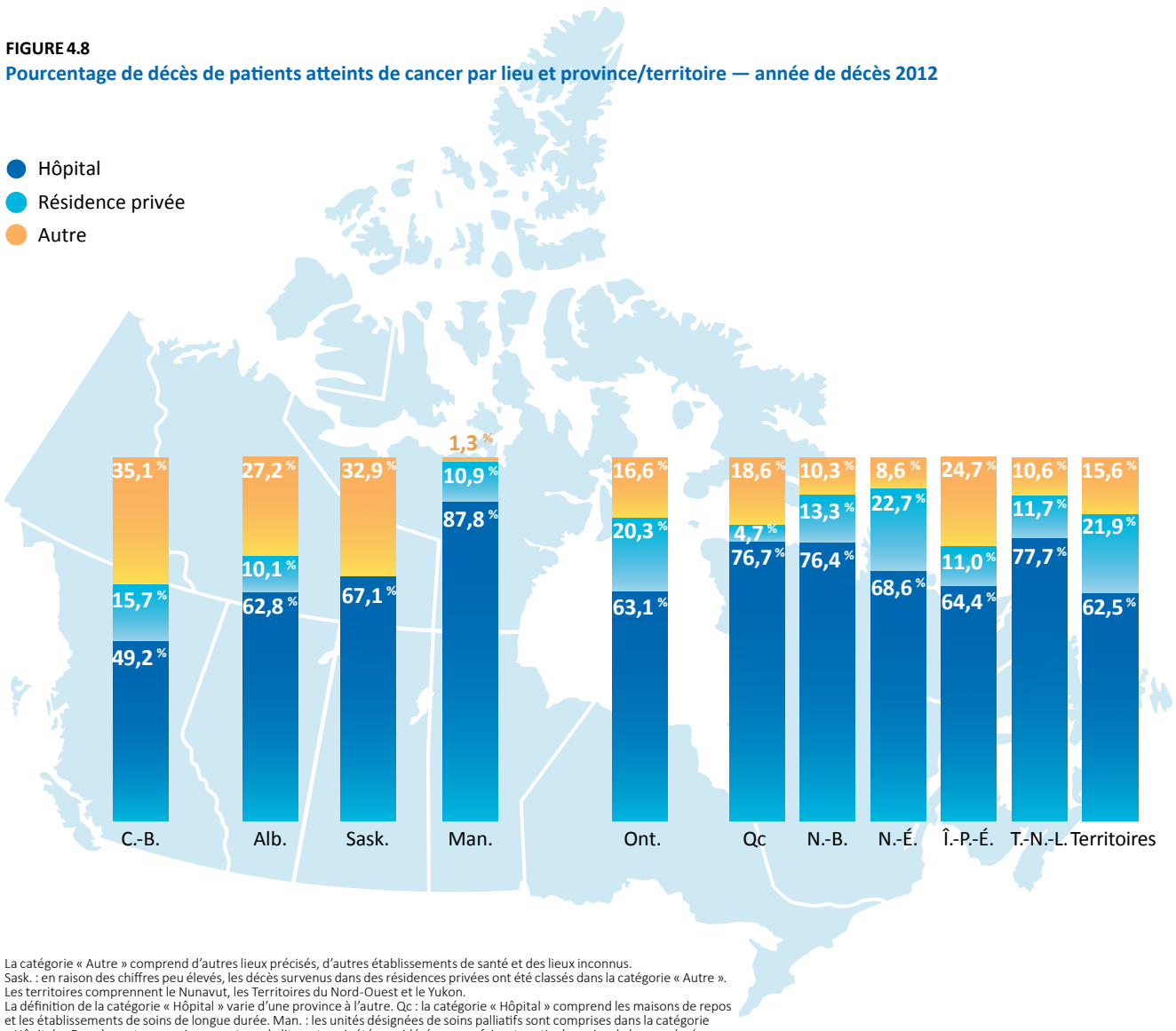
Pourcentage de décès de patients atteints de cancer par lieu, Canada — années de décès 2008 à 2012



Les données comprennent toutes les provinces et tous les territoires.
La définition de la catégorie « Hôpital » varie d'une province à l'autre. Les centres de soins palliatifs peuvent être classés dans la catégorie « Autre » ou « Hôpital » selon la province.
La catégorie « Autre » comprend d'autres lieux précisés, d'autres établissements de santé et des lieux inconnus.
Source de données : Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès.

FIGURE 4.8

Pourcentage de décès de patients atteints de cancer par lieu et province/territoire — année de décès 2012



La catégorie « Autre » comprend d'autres lieux précisés, d'autres établissements de santé et des lieux inconnus.
Sask. : en raison des chiffres peu élevés, les décès survenus dans des résidences privées ont été classés dans la catégorie « Autre ».
Les territoires comprennent le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon.
La définition de la catégorie « Hôpital » varie d'une province à l'autre. Qc : la catégorie « Hôpital » comprend les maisons de repos et les établissements de soins de longue durée. Man. : les unités désignées de soins palliatifs sont comprises dans la catégorie « Hôpital ». Dans les autres provinces, ce type de lit peut avoir été considéré comme faisant partie des soins de longue durée (« Autre »). Par conséquent, les pourcentages de décès survenus à l'hôpital au Québec et au Manitoba peuvent sembler élevés par rapport aux autres provinces, mais ils n'indiquent pas nécessairement une différence réelle dans la prestation des services.
Les centres de soins palliatifs peuvent être classés dans la catégorie « Autre » ou « Hôpital » selon la province.
La désignation des lits de soins palliatifs dans les hôpitaux varie selon la province. L'effet de ces différences sur la façon dont les décès survenus à l'hôpital sont déclarés est inconnu.
La codification sur les certificats de décès varie selon la province.
Source de données : Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès.

SITUATION FUTURE

Si chaque province pouvait atteindre la même proportion de décès à l'hôpital que la province qui affiche la proportion de décès à l'hôpital la plus faible (49,2 %),

9 500 patients de plus

par année pourraient ne pas décéder à l'hôpital.

Si chaque province pouvait atteindre la même proportion de décès à domicile que la province qui affiche la proportion de décès à domicile la plus élevée (22,7 %),

600 patients de plus

par année pourraient décéder à domicile.

La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique sur le site rendementdusysteme.ca.
Source de données : Statistique Canada, Statistique de l'état civil — Base de données sur les décès.

INVITATION À PASSER À L'ACTION

Les efforts visant à concevoir et à transformer le système en fonction des perspectives des patients et de leur famille permettront de combler les lacunes du continuum de soins, afin de simplifier leur navigation au sein du système de santé et de leur permettre de mieux la comprendre.

L'intégration précoce des soins palliatifs aux soins contre le cancer a été associée à de nombreux avantages, y compris l'amélioration des issues de la maladie, de la qualité de vie et de la satisfaction des patients et des soignants à l'égard des soins, ainsi qu'une probabilité accrue de décéder à domicile plutôt qu'à l'hôpital[49,50]. Le lieu du décès, même s'il s'agit d'une mesure approximative, traite d'un aspect important des soins de fin de vie et peut contribuer à améliorer la planification et la qualité de ces soins pour les patients atteints de cancer.

En déterminant les préférences des patients et de leur famille tout au long du parcours de lutte contre le cancer, le système peut permettre de gérer les préférences des patients et d'en tenir compte afin de leur assurer une qualité de vie élevée aussi longtemps que possible.

OPTIMISATION DE L'IMPACT DES DONNÉES

Quelles données et mesures supplémentaires sont nécessaires pour obtenir une description plus complète de la continuité?

- **Exemples de mesures des expériences des patients plus pertinentes pour les patients et leur famille :**
  - Mesurer les intervalles de diagnostic et de traitement d'une manière plus significative pour les patients et les soignants (p. ex., du résultat de dépistage anormal au début du traitement, du premier test diagnostique à la résolution du diagnostic, de la date d'envoi chez le spécialiste à la date de la consultation).
  - Recueillir des données sur la façon dont les rendez-vous sont organisés en vue de réduire au minimum le fardeau et l'anxiété pour les patients et les soignants (p. ex., un rendez-vous unique pour tous les tests, lorsque c'est possible, horaires convenables, transport jusqu'aux rendez-vous).
- **Données relatives aux besoins et aux préférences des patients et des familles tout au long du parcours de soins :**
  - Augmenter l'utilisation des outils de collecte des données dans tous les services de soins contre le cancer et recueillir des données longitudinales.
  - Utiliser l'ESAS (et d'autres outils) plus fréquemment au cours du parcours de soins du patient afin de déterminer si les symptômes s'améliorent au fil du temps ou à la suite des interventions.
  - Recueillir des renseignements indiquant si les orientations de patients présentant un niveau de détresse élevé sont appropriées.
  - Rendre obligatoire l'uniformisation de la définition du lieu de décès entre les provinces et les territoires. L'Institut canadien d'information sur la santé utilise des données reposant sur des définitions cohérentes des types d'établissements, mais n'inclut aucune donnée sur les décès à domicile, alors que Statistique Canada utilise les renseignements figurant sur les certificats de décès, ce qui inclut les décès à domicile, mais applique une définition plus large du terme « hôpital », qui manque souvent d'uniformité.
  - Les plans préalables de soins, y compris les directives en matière de soins de santé, comportent souvent des questions sur le lieu de décès préféré des patients. Le recueil régulier des données figurant dans les plans de soins et leur couplage à celles des registres devraient permettre d'établir une meilleure comparaison des préférences des patients, des milieux de soins utilisés et des services fournis.

Durabilité

Fournissons-nous des services de lutte contre le cancer qui permettent d'équilibrer l'utilisation des ressources et les bienfaits procurés aux patients?

Un système de soins de santé durable est un système qui répond aux besoins de la population en matière de soins de santé, de la prévention des maladies aux soins de fin de vie, de manière à optimiser l'équilibre entre l'utilisation des ressources et les résultats obtenus par le patient. L'atteinte de cet équilibre contribuera à s'assurer que les futures générations de Canadiens continuent à bénéficier d'un système universel de soins de santé.

CONTEXTE

La durabilité de notre système de soins de santé revêt une importance critique : **le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer devrait augmenter de 40 % au cours des quinze prochaines années**, ce qui mettra lourdement à contribution les ressources en soins de santé du Canada[51].

L'augmentation des nouveaux cas de cancer est due principalement à la croissance et au vieillissement de la population canadienne; en effet, les Canadiens âgés de 65 ans ou plus représenteront près du quart de la population en 2032[1,51].

Les cinq éléments clés qui peuvent appuyer la prestation de soins de santé durables sont les suivants[52] :

1. **Des stratégies et des politiques efficaces en matière de prévention des maladies** et de promotion de la santé
2. **Des structures, des processus et des méthodes efficaces,** axés sur la prestation de soins à valeur ajoutée
3. **Des modèles de financement** qui stimulent les comportements souhaités
4. **Des innovations et des technologies** susceptibles d'améliorer la qualité des soins
5. **Une formation, une harmonisation et un soutien optimaux** des ressources humaines

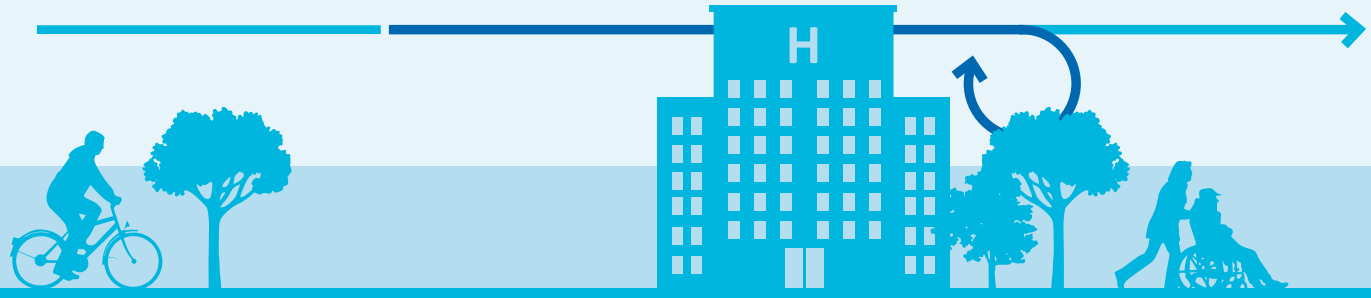
Le présent chapitre met l'accent sur les deux éléments suivants :

Prévention

- Prévalence du tabagisme
- Adoption de la vaccination contre le virus du papillome humain

Prestation de soins à valeur ajoutée

- Mammographies de dépistage du cancer du sein autodéclarées effectuées chez des femmes à risque moyen âgées de 40 à 49 ans
- Radiothérapie palliative pour les métastases osseuses chez les patients atteints de cancer
- Recours aux services de soins intensifs pendant les deux dernières semaines de vie
- Mastectomies à la suite d'un cancer du sein effectuées en chirurgie d'un jour



Au moins **un tiers** des cancers sont évitables.

CONTEXTE

De nombreux types de cancers peuvent être évités en combinant l'élimination du tabagisme, l'amélioration de la nutrition, la limitation de la consommation d'alcool, la participation à une activité physique régulière et le maintien d'un poids santé[53]. Les autres facteurs qui peuvent augmenter le risque de cancer comprennent certaines infections (p. ex., le virus du papillome humain), les facteurs environnementaux (p. ex., l'exposition à la fumée secondaire) et les facteurs professionnels (p. ex., le travail de nuit)[54]. La prévention est une stratégie à long terme essentielle pour réduire le fardeau du cancer sur les Canadiens, et elle diminue à son tour la demande en services de soins de santé. Il est également possible de réduire le risque de cancer dans la population en élaborant des politiques qui favorisent un mode de vie plus sain et créent des environnements plus sains dans lesquels les gens vivent, travaillent et se divertissent.

SITUATION ACTUELLE

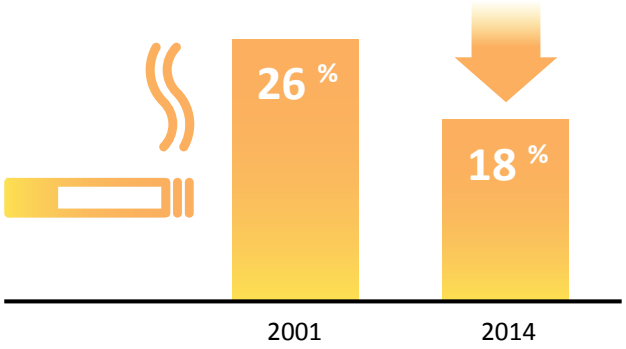
Les taux de tabagisme ont chuté.

Le tabagisme est à l'origine de 30 % de tous les décès dus au cancer au Canada et pourrait causer jusqu'à 85 % des cas de cancer du poumon[51,55]. Il demeure la principale cause évitable de maladie et de décès prématuré au Canada. Le contrôle de la consommation de tabac est un mécanisme clé en matière de prévention du cancer. Le gouvernement du Canada a établi un nouvel objectif qui vise à ramener la prévalence du tabagisme à 5 % d'ici à 2035[56].

- Notons certains éléments positifs :
  - le tabagisme (quotidien ou occasionnel) a baissé de 26 % en 2001 à 18 % en 2014 (figure 5.1);
  - en 2014, 18 % des Canadiens qui fumaient récemment ont déclaré avoir cessé de fumer au cours des deux dernières années.
- Toutefois, on peut encore apporter des améliorations :
  - aucune des provinces et aucun des territoires n'affiche des taux de tabagisme autodéclarés inférieurs à la cible précédente de 12 %[f,57]; en 2014, la prévalence du tabagisme allait de 14,3 % en Colombie-Britannique à 61,7 % au Nunavut. Elle était la plus élevée dans les trois territoires (données non présentées).

[f] La Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme a établi un objectif visant à ramener la prévalence globale du tabagisme au Canada à 12 %.

FIGURE 5.1
Pourcentage de Canadiens[†] qui ont déclaré fumer quotidiennement ou occasionnellement — 2001 p/r à 2014



[†] Comprend les sujets âgés de 12 ans et plus.
Source de données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

SITUATION FUTURE

Si le Canada pouvait atteindre le taux de tabagisme cible de 5 % d'ici 2035, chaque année (entre 2016 et 2035 en moyenne)

- environ **1 600** personnes de moins seraient susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du poumon
- environ **1 000** personnes de moins seraient susceptibles de décéder d'un cancer du poumon
- environ **23 000** années de vie ajustées en fonction de la qualité pourraient être gagnées
- environ **34 millions $**[†] en coûts associés au traitement du cancer du poumon pourraient être économisés

[†] D'après la valeur du dollar canadien en 2016.
La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique sur le site rendementdusysteme.ca.
Source de données : Partenariat canadien contre le cancer, OncoSim.

SITUATION ACTUELLE

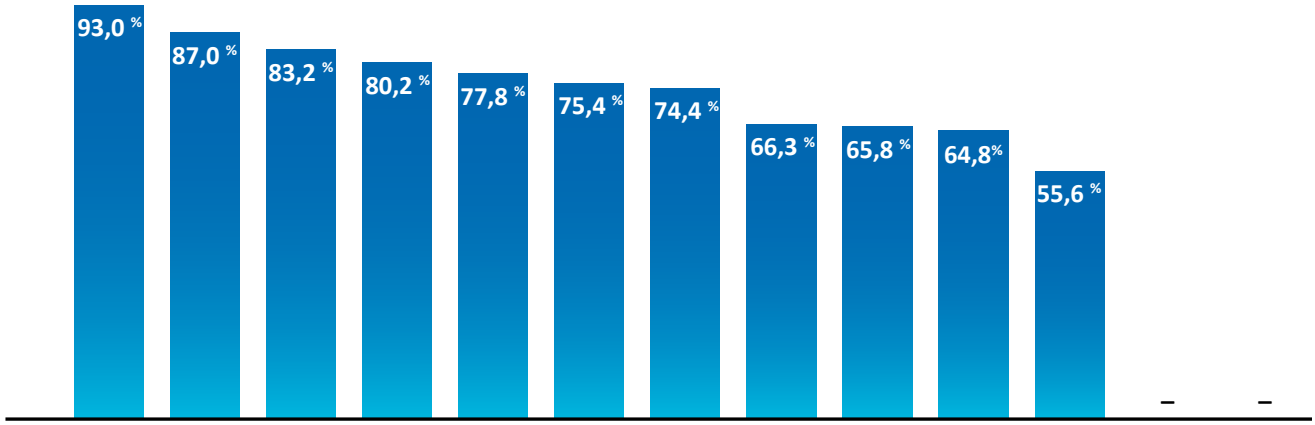
Les taux d'adoption de la vaccination contre le VPH varient en fonction du lieu de résidence.

Les types de virus du papillome humain (VPH) à haut risque, comme les types 16 et 18, causent environ 70 % des cas de cancer du col de l'utérus, ainsi que d'autres cancers, dont le cancer de l'anus, le cancer du pénis, ainsi que les cancers de la cavité buccale et les cancers oropharyngés[58-60]. Trois vaccins contre le VPH (VPH-2, VPH-4 et VPH-9), dont l'utilisation a été approuvée au Canada en 2017, protègent contre ces souches à haut risque[61]. Toutes les provinces ont mis en place des programmes scolaires d'immunisation contre le VPH pour les filles, et plusieurs provinces (Alberta, Manitoba, Ontario, Québec, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard) ont annoncé ou mis en place des programmes scolaires de vaccination pour les garçons[62]. Les efforts continus d'augmentation de l'adoption de la vaccination contre le VPH joueront un rôle essentiel dans la réduction du fardeau du cancer du col de l'utérus et de plusieurs autres cancers.

- L'adoption de la vaccination contre le VPH variait considérablement à l'échelle du pays (figure 5.2), allant de 55,6 % dans les Territoires du Nord-Ouest à 93,0 % à Terre-Neuve-et-Labrador. L'âge ou le niveau scolaire des filles vaccinées variait également selon la province.

FIGURE 5.2

Pourcentage de filles qui ont reçu un schéma complet† de vaccination contre le VPH dans le cadre de programmes scolaires d'immunisation



	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	Ont.	Sask.	N.-B.	Qc	Alb.	Man.	C.-B.	T.N.-O.	Yn	Nt
Classe/ âge	6e année	6e année	7e année	13 ans	13 ans	7e année	4e année	5e année	Cohorte de naissances de 2003	6e année	7e année	6e année	6e année ou ≥ 9 ans
Année scolaire	2014–15	2014–15	2014–15	2012–13	2013–14	2015–16	2014–15	2015–16	2014–15	2014–15	2015–16	—	—

† Au cours de l'année scolaire 2015–2016, le schéma complet de vaccination dans les programmes scolaires comportait 3 doses en Alb. et au Nt et 2 doses partout ailleurs. En 2015, le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) a recommandé l'utilisation d'un schéma à 2 ou 3 doses contre le VPH-2 ou le VPH-4, car les données probantes indiquent qu'un schéma à 2 doses offre une efficacité protectrice semblable à celle d'un schéma à 3 doses[61,63]. Les études examinent encore l'efficacité du schéma à 2 doses contre le VPH-9; par conséquent, le CCNI recommande l'utilisation d'un schéma à 3 doses pour ce vaccin[61].
« — » Données non disponibles.
Ont. : le schéma complet de vaccination dans les programmes scolaires comprend 2 doses. On ne dispose d'aucune donnée pour le schéma à 2 doses; par conséquent, les données présentées concernent le schéma à 3 doses.
N.-B. : un schéma à 2 doses a été mis en œuvre pour les filles de 7e année dès l'année scolaire 2015–2016.
T.N.-O. : la vaccination a lieu dans les classes de 4e à 6e année. L'adoption de la vaccination indiquée concerne les filles de 7e année.
Sask., Ont. : la vaccination contre le VPH est offerte 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 évaluée à 13 ans.
Source de données : programmes d'immunisation provinciaux et territoriaux.

SITUATION ACTUELLE

Outre la lutte antitabac et la vaccination contre le VPH, les efforts visant à promouvoir la consommation de fruits et légumes et l'activité physique, ainsi que la réduction de la consommation d'alcool, de l'exposition à la fumée secondaire et des taux de surpoids ou d'obésité, peuvent contribuer à prévenir certains cancers.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes indique qu'en 2014,

parmi les adultes canadiens,

60 %

ont déclaré manger des fruits et des légumes moins de cinq fois par jour, soit une augmentation de 6 points de pourcentage depuis 2009;

parmi les adultes canadiens,

80 %

ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de l'année écoulée (les taux sont restés similaires depuis 2009);

parmi les adultes canadiens,

79 %

ont déclaré avoir adopté un moyen de transport actif et se rendre au travail ou à l'école à pied ou à vélo (2013);

parmi les Canadiens,

14 %

ont déclaré être exposés à la fumée secondaire en public, soit une réduction de 6 points de pourcentage depuis 2003;

parmi les adultes canadiens,

53 %

ont déclaré être en surpoids ou obèses (les taux sont restés similaires depuis 2007).

INVITATION À PASSER À L'ACTION

Un monde où le cancer est moins prévalent est possible et cela commence par la prévention. L'élaboration de politiques visant à créer des environnements qui permettent aux gens de mener une vie plus saine peut contribuer à réduire le fardeau des cancers évitables, ce qui diminuera la demande en ressources consacrées aux soins de santé, qui sont limitées.

OPTIMISATION DE L'IMPACT DES DONNÉES

Quelles données et mesures supplémentaires sont nécessaires pour obtenir une description plus complète des initiatives de prévention durable?

- **Des données uniformes et normalisées sur la vaccination contre le VPH** des filles et des garçons dans tout le Canada. En 2017, les provinces et les territoires ont recueilli et déclaré des données sur la vaccination contre le VPH de plusieurs manières. Seules trois provinces, à savoir l'Alberta, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard, avaient mis en œuvre des programmes scolaires de vaccination pour les garçons (le Manitoba, le Québec et l'Ontario ont annoncé qu'ils vont commencer à vacciner les garçons dans le cadre des programmes scolaires).
  - La normalisation des processus de collecte et de déclaration des données pourrait faciliter la comparaison des taux d'adoption de la vaccination et permettre d'évaluer de façon plus précise les efforts de prévention et de promotion de la santé ainsi que les effets de la vaccination sur les issues des cancers.
- **Des données sur les répercussions prévues des efforts de prévention du cancer et de promotion de la santé sur le fardeau du cancer** (p. ex., incidence, mortalité) permettront d'estimer les effets ultérieurs sur le système de soins de santé (p. ex., les économies de coûts). Le recueil de ces données passera par un renforcement des capacités d'OncoSim, un outil de microsimulation géré par le Partenariat.
- **Des mesures de la prévalence des comportements malsains** (p. ex., le tabagisme, la consommation d'alcool, l'obésité) ***après* un diagnostic de cancer** qui permettraient d'étudier les effets de ces comportements sur le pronostic, les résultats et la qualité de vie.

Environ **770 000 tests et traitements** comprenant neuf pratiques de lutte contre le cancer dont la valeur pourrait être limitée sont effectués chaque année.

CONTEXTE

Tous les cancers ne peuvent pas être évités. Il est essentiel que les personnes atteintes de cancer reçoivent des soins à valeur élevée qui permettent d'obtenir les meilleurs résultats grâce à l'utilisation la plus efficace des ressources. Le concept des soins à valeur élevée est particulièrement important, vu l'augmentation considérable du nombre de nouveaux cas de cancer prévue au cours des quinze prochaines années, qui s'explique principalement par la croissance démographique et le vieillissement de la population canadienne[51].

SITUATION ACTUELLE

Un rapport publié en 2016 par le Partenariat a mesuré l'utilisation fondée sur des données probantes d'interventions pratiquées au Canada dans le cadre des soins contre le cancer, en particulier celles recommandées par Choisir avec soin, une campagne nationale visant à relever les services de faible valeur, inutiles ou nuisibles qui sont fréquemment utilisés[64]. Selon les résultats des indicateurs liés aux neuf pratiques de lutte contre le cancer examinées dans le cadre de ce rapport, on a établi qu'en une année, plus de 770 000 cas d'utilisation de pratiques de faible valeur pourraient exposer les patients à des inconvénients inutiles.

On constate que 700 000 tests de dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus ont été effectués chaque année en dehors des groupes d'âge recommandés.

Même si le dépistage offre de nombreux avantages (c'est-à-dire la réduction des taux d'incidence et de mortalité associés au cancer du col de l'utérus[2,3] et de la mortalité due au cancer du sein[66-69]), les données probantes laissent entendre qu'il peut également entraîner des inconvénients, à savoir des résultats faussement positifs, un surdiagnostic et le surtraitement qui en découle.

Dans le cadre de Choisir avec soin, le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association médicale canadienne ont recommandé aux médecins et aux patients de s'interroger sur deux pratiques de dépistage du cancer :

1. Ne pas faire de dépistage au moyen de frottis cervicaux (test Pap) chez les femmes de moins de 21 ans ou de plus de 69 ans.
2. Ne pas effectuer de mammographie systématique de dépistage chez les femmes à risque moyen âgées de 40 à 49 ans[65].

Dépistage autodéclaré du cancer du sein par mammographie effectué chez des femmes à risque moyen âgées de 40 à 49 ans

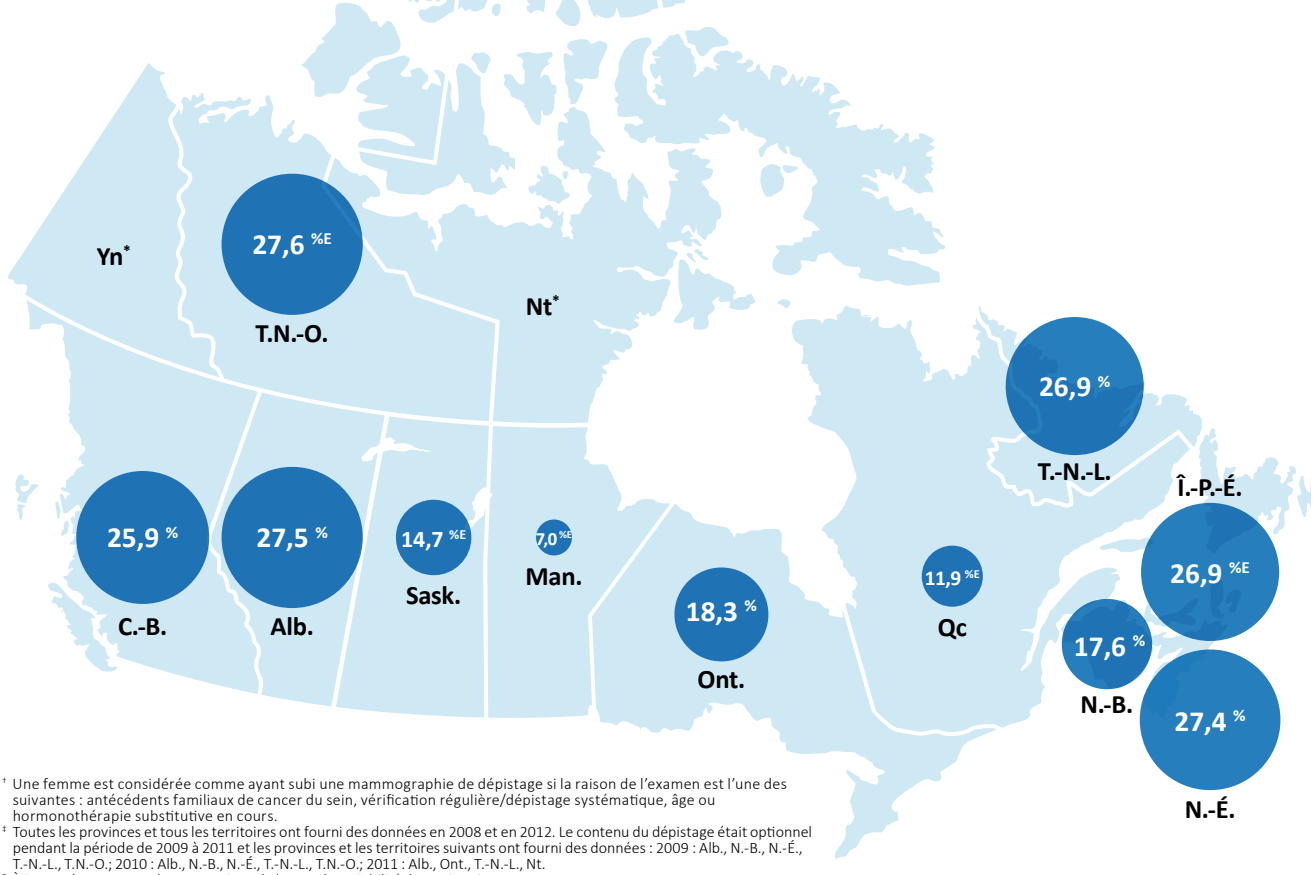
Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, l'Organisation mondiale de la Santé et Choisir avec soin recommandent de ne pas effectuer de dépistage systématique du cancer du sein par mammographie chez les femmes âgées de 40 à 49 ans[65,70,71]. Les avantages des mammographies de dépistage (pour la mortalité) sont plus faibles dans ce groupe d'âge que chez les femmes plus âgées et le risque de faux positifs est plus élevé[65]. Toutefois, il est important de noter que les mammographies de dépistage sont appropriées et bénéfiques chez certaines femmes dans la quarantaine (p. ex., les femmes qui présentent un risque élevé de cancer du sein).

- Parmi toutes les mammographies de dépistage effectuées au cours de l'année écoulée[g], 20,8 % ont été réalisées chez des femmes de 40 à 49 ans (données de 2008 à 2012).
- Les taux provinciaux allaient de 7,0 % au Manitoba à 27,6 % dans les Territoires du Nord-Ouest (figure 5.3).

[g] 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.

FIGURE 5.3

Pourcentage de toutes les mammographies de dépistage[†] effectuées pendant la dernière année qui ont été déclarées par des femmes de 40 à 49 ans, par province/territoire – années de déclaration 2008 à 2012 combinées[‡]



[†] Une femme est considérée comme ayant subi une mammographie de dépistage si la raison de l'examen est l'une des suivantes : antécédents familiaux de cancer du sein, vérification régulière/dépistage systématique, âge ou hormonothérapie substitutive en cours.
[‡] Toutes les provinces et tous les territoires ont fourni des données en 2008 et en 2012. Le contenu du dépistage était optionnel pendant la période de 2009 à 2011 et les provinces et les territoires suivants ont fourni des données : 2009 : Alb., N.-B., N.-É., T.-N.-L., T.N.-O.; 2010 : Alb., N.-B., N.-É., T.-N.-L., T.N.-O.; 2011 : Alb., Ont., T.-N.-L., Nt.
[E] À interpréter avec prudence en raison de la grande variabilité des estimations.
* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.
Les femmes âgées de plus de 40 ans étaient comprises dans le dénominateur pour cet indicateur.
Source de données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Ces résultats signifient que plus de **450 000 mammographies sont effectuées chaque année chez des femmes canadiennes de 40 à 49 ans.**

Le nombre de patients atteints de cancer qui ont reçu des traitements dont la valeur pourrait être limitée s'élève à 17 000 chaque année.

Un groupe de travail formé de membres de trois sociétés médicales (représentant la Société canadienne d'oncologie chirurgicale, l'Association canadienne des oncologues médicaux et l'Association canadienne de radio-oncologie), mis sur pied par le Partenariat, a établi une liste de pratiques en oncologie qu'il faudrait remettre en question, car elles pourraient être inutiles ou nuisibles mais sont fréquemment utilisées au Canada[72,73]. Il existe des mesures de base concernant les tendances actuelles en matière de pratiques pour cinq recommandations liées aux traitements :

1. Ne pas recommander plus d'une radiothérapie palliative monofractionnée dans le cas de métastases osseuses douloureuses sans complications.
2. Ne pas entreprendre de radiothérapie du sein en entier en 25 fractions dans le cadre d'un traitement conservateur du sein, chez les femmes de ≥ 50 ans atteintes d'un cancer du sein infiltrant à un stade précoce sans envisager des schémas de traitement plus courts.
3. Ne pas entreprendre de prise en charge thérapeutique chez les patients présentant un faible risque de cancer de la prostate (T1/T2, APS < 10 ng/mL, score de Gleason < 7) sans d'abord discuter de surveillance active.
4. Ne pas effectuer systématiquement un traitement locorégional intensif dans la plupart des cas de cancer avec maladie métastatique et symptômes minimaux attribuables à la tumeur primaire (p. ex., cancer colorectal).
5. Éviter la chimiothérapie chez les patients atteints d'un cancer à un stade avancé, qui sont peu susceptibles d'en tirer profit, et la remplacer par un traitement visant à soulager les symptômes et par des soins palliatifs (p. ex. : patient dont l'indice fonctionnel est de 3 ou de 4).

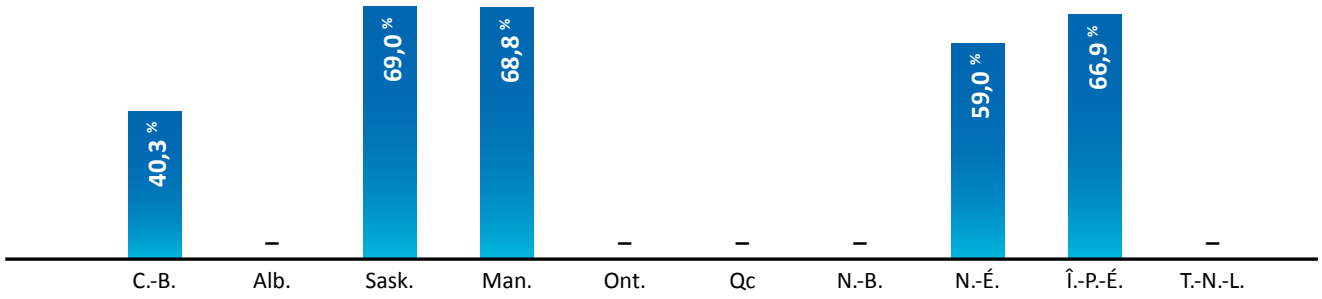
RADIOTHÉRAPIE PALLIATIVE POUR LES MÉTASTASES OSSEUSES CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

La radiothérapie par faisceau externe est souvent efficace chez les patients atteints de cancer qui présentent des métastases osseuses douloureuses[74,75]. La radiothérapie monofractionnée (c'est-à-dire en une dose) d'une métastase osseuse périphérique sans complication, non irradiée au préalable, offre un soulagement équivalent de la douleur et une morbidité comparable, mais une incidence plus élevée de reprise ultérieure du traitement, comparativement à la radiothérapie multifractionnée[74-76].

En 2013, entre 40,3 % (Colombie-Britannique) et 69,0 % (Saskatchewan) des patients atteints de cancer ont reçu plus d'une radiothérapie monofractionnée des os (cinq provinces ont soumis des données) (figure 5.4).

FIGURE 5.4

Pourcentage de patients atteints de cancer recevant une radiothérapie palliative osseuse consistant en plus d'une fraction, par province — année de traitement 2013



« — » Données non disponibles.
Man. : les données reflètent le nombre de fractions planifiées plutôt que le nombre de fractions réellement administrées.
Source de données : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

Si on extrapole ces résultats au pays entier, plus de **11 000 personnes auraient reçu en une année une radiothérapie multifractionnée visant à prendre en charge des métastases osseuses**. Étant donné que les radiothérapies monofractionnées et multifractionnées offrent un soulagement de la douleur et une morbidité équivalents, l'utilisation supplémentaire de ressources pour les radiothérapies multifractionnées peut offrir un bienfait clinique limité à certains patients.

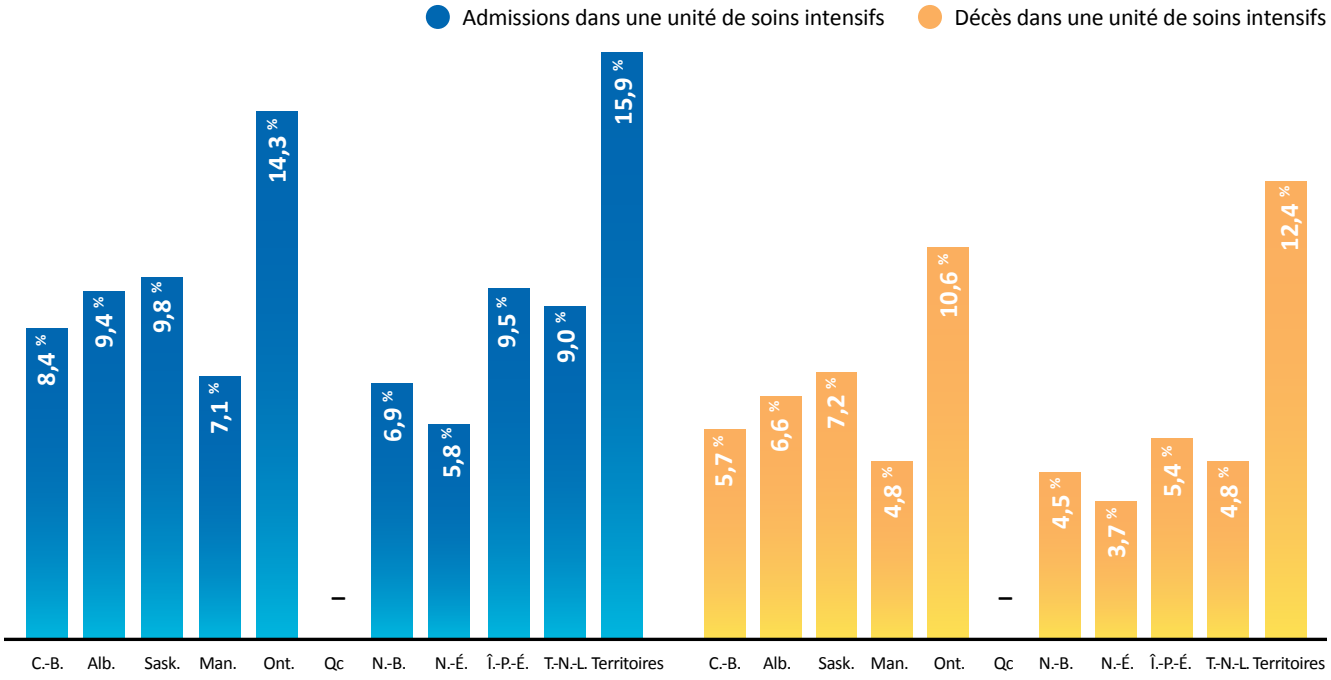
Chaque année, plus de 2 000 patients en fin de vie reçoivent des soins en unité de soins intensifs, un cadre peu optimal pour satisfaire leurs besoins.

Les patients qui décèdent d'un cancer méritent de recevoir des soins qui contribuent à soulager leurs symptômes physiques et répondent à leurs besoins émotionnels et psychosociaux dans un cadre propice à l'accompagnement et confortable, où les perturbations sont réduites au minimum. Bien que certains patients atteints de cancer puissent souffrir de complications nécessitant des traitements de survie offerts dans les unités de soins intensifs, ces dernières ne constituent pas toujours un cadre idéal pour la prestation de soins de fin de vie de qualité comme les soins palliatifs et la prise en charge des symptômes[77].

- Entre avril 2011 et mars 2015, entre 5,8 % (Nouvelle-Écosse) et 15,9 % (territoires) des patients atteints de cancer ont été admis dans une unité de soins intensifs au cours des deux dernières semaines de leur vie (figure 5.5).
- Parmi les patients atteints de cancer admis dans un hôpital de soins de courte durée, entre 3,7 % (Nouvelle-Écosse) et 12,4 % (territoires) sont décédés dans une unité de soins intensifs (figure 5.5).

FIGURE 5.5

Pourcentage de patients atteints de cancer admis dans une unité de soins intensifs au cours des 14 derniers jours de vie et décédés à cet endroit par province/territoire — exercices 2011–2012 à 2014–2015 combinés



« — » Données non disponibles.
Les territoires incluent le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon.
Les données sur les admissions aux unités de soins intensifs incluent uniquement les établissements qui signalent les données sur ces unités. Les décès survenus dans des unités de soins intensifs incluent tous les patients, quel que soit le moment de leur admission aux soins intensifs.
Sources de données : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients.

Même si le recours aux unités de soins intensifs à la fin de la vie des patients atteints de cancer est relativement faible, **des variations existent entre les provinces**. De ce fait, il est probable qu'une fraction des séjours aux unités de soins intensifs ait une valeur limitée et que la prestation de soins palliatifs dans un cadre différent puisse procurer des avantages pour certains patients.

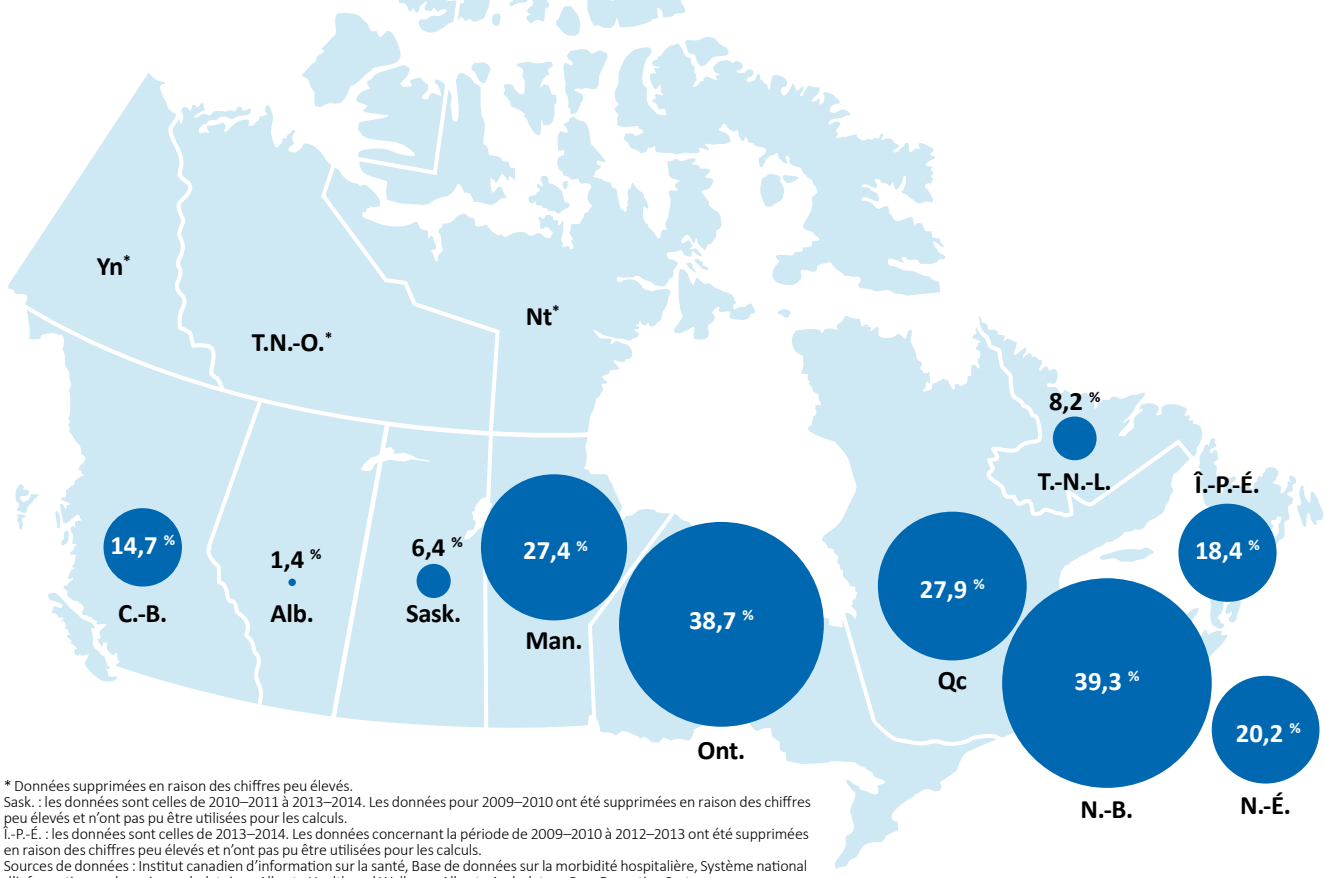
Plus de cinq mille mastectomies sont effectuées chaque année dans le cadre d'une hospitalisation, même si cette intervention peut généralement se faire sans danger en chirurgie d'un jour.

La mastectomie compte parmi les traitements standard des femmes atteintes d'un cancer du sein résécable[78]. Même si cette intervention est relativement effractive, elle peut désormais être pratiquée sans danger en chirurgie d'un jour[79]. Tant que les résultats d'une patiente sont favorables, le passage de l'hospitalisation à la chirurgie d'un jour pour les femmes qui subissent une mastectomie entraînerait une réduction des coûts de fonctionnement du système et libérerait des lits d'hospitalisation pouvant servir à d'autres fins. Il permettrait également à davantage de femmes de se rétablir à la maison et de bénéficier de l'effet psychologique stimulant apporté par un congé précoce (en supposant que les ressources en place sont adéquates).

- Entre avril 2009 et mars 2014, entre 1,4 % (Alberta) et 39,3 % (Nouveau-Brunswick) des mastectomies ont été effectuées en chirurgie d'un jour (figure 5.6).
  Dans huit des neuf provinces déclarantes, le pourcentage de mastectomies effectuées en chirurgie d'un jour a augmenté entre 2008–2010 et 2011–2013 (données non présentées).

FIGURE 5.6

Pourcentage de mastectomies dues au cancer du sein effectuées en chirurgie d'un jour, par province/territoire — exercices 2009–2010 à 2013–2014 combinés



* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.
Sask. : les données sont celles de 2010–2011 à 2013–2014. Les données pour 2009–2010 ont été supprimées en raison des chiffres peu élevés et n'ont pas pu être utilisées pour les calculs.
Î.-P.-É. : les données sont celles de 2013–2014. Les données concernant la période de 2009–2010 à 2012–2013 ont été supprimées en raison des chiffres peu élevés et n'ont pas pu être utilisées pour les calculs.
Sources 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.

On a constaté **une différence de 38 points de pourcentage entre les provinces présentant le nombre le plus faible et le nombre le plus élevé de mastectomies effectuées en chirurgie d'un jour**. Ces variations donnent à penser que certaines hospitalisations pour mastectomie pourraient être inutiles et qu'on pourrait les remplacer par des chirurgies d'un jour dans de nombreuses provinces, le cas échéant.

SITUATION FUTURE

Si nous pouvions réduire de 15 % le recours au dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus en dehors des groupes d'âge recommandés, nous pourrions chaque année :

éviter
9 000
résultats faussement positifs

Source de données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, documentation (taux de faux positifs), barèmes provinciaux de frais.

Si nous pouvions réduire de 15 % le recours aux cinq pratiques de traitement contre le cancer que Choisir avec soin considère comme à faible valeur, nous pourrions chaque année :

éviter
3 000
traitements

et effets secondaires liés aux traitements

libérer
4 500
heures de fonctionnement d'accélérateurs linéaires

aux fins de la radiothérapie

Source de données : Partenariat canadien contre le cancer, OncoSim; organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer; documentation; Statistique Canada, base de données socioéconomiques.
La méthode de calcul utilisée est décrite en détail à l'annexe technique sur le site rendementdusysteme.ca.

INVITATION À PASSER À L'ACTION

La prestation de soins contre le cancer à valeur élevée étayés par des données probantes peut améliorer les résultats et la qualité de vie des patients tout en aidant à maintenir la durabilité du système de soins de santé du Canada. La mesure continue et la production de rapports sur les pratiques de lutte contre le cancer dont la valeur est potentiellement faible à l'échelle du Canada peuvent aider à déterminer les occasions d'analyse comparative et à orienter des stratégies visant à encourager l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes et qui maximisent les bienfaits cliniques tout en assurant une utilisation optimale des ressources du système.

OPTIMISATION DE L'IMPACT DES DONNÉES

Quelles données et mesures supplémentaires sont nécessaires pour obtenir une description plus complète des traitements durables à valeur élevée?

- **Des données sur les facteurs de risque qui justifieraient le dépistage du cancer du sein en dehors du groupe d'âge recommandé.** Le dépistage systématique par mammographie n'est pas recommandé chez les femmes de 40 à 49 ans à risque moyen. Les données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et des programmes de dépistage du cancer du sein ne font pas la distinction entre les femmes dont le risque est supérieur à la moyenne (p. ex., les femmes qui présentent des antécédents familiaux de cancer du sein, dont la densité des seins est élevée ou qui suivent une hormonothérapie substitutive) et les femmes à risque moyen.
- **Des données plus complètes sur les tendances des pratiques associées aux 15 recommandations liées au cancer de Choisir avec soin.** Des mesures de référence sont fournies pour sept des quinze recommandations seulement, en raison des limites des données relevées ou de l'absence de données (voir le document *Qualité et durabilité de la lutte contre le cancer* pour obtenir de plus amples renseignements sur les recommandations n'ayant pu être mesurées). En ce qui concerne les sept recommandations qui ont fait l'objet de rapports, les données n'étaient pas disponibles pour toutes les provinces et tous les territoires, ce qui est indispensable pour effectuer un bilan véritablement pancanadien de l'adhésion aux recommandations de Choisir avec soin.
- **Des données sur les options de prise en charge autres que la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie.** La surveillance active est, par exemple, une option de prise en charge recommandée chez les hommes atteints d'un cancer de la prostate à faible risque. En 2017, les registres sur le cancer ne comprenaient aucune donnée sur cette pratique; par conséquent, la mesure de la catégorie « aucun dossier de traitement » a été utilisée comme indicateur substitutif.
- **Des données sur l'intention du traitement** (palliative ou curative), uniformes et normalisées pour permettre d'évaluer la pertinence du traitement.
- **Des données sur les besoins en services hospitaliers des patients.** Par exemple, les données sur le recours aux soins intensifs en fin de vie comprennent un sous-ensemble de patients atteints de cancer qui n'étaient pas en fin de vie, mais qui présentaient des complications nécessitant des traitements de survie offerts dans les unités de soins intensifs.

Optimisation de l'impact des données

En collaboration avec les organismes et les programmes provinciaux de lutte contre le cancer et d'autres partenaires clés, le Partenariat est désormais en mesure d'analyser de façon constructive un vaste éventail d'indicateurs de la lutte contre le cancer et de publier des rapports à ce sujet.

Même si les données sur le rendement du système de lutte contre le cancer ont révélé l'existence de variations dans les tendances en matière de pratiques au Canada et ont donné lieu à des changements à l'échelle du système, il est encore possible d'élargir la portée des données sur les systèmes de santé et de lutte contre le cancer et d'en améliorer la disponibilité. Pour optimiser l'impact des données, il convient d'axer les efforts sur les domaines suivants :

1. Amélioration de la qualité et de la comparabilité des données recueillies
2. Recueil de nouvelles données sur les aspects de la lutte contre le cancer qui sont insuffisamment mesurés et élargissement de la collecte des données aux populations et aux régions pour lesquelles il n'existe aucune donnée à l'heure actuelle
3. Couplage des sources de données existantes afin de renforcer leur pertinence

1. Amélioration de la qualité et de la comparabilité des données recueillies

Même si nous sommes actuellement en mesure de produire des rapports sur de nombreux indicateurs, il existe encore de nombreux domaines pour lesquels on pourrait perfectionner la qualité et la comparabilité des données d'une région à l'autre.

La normalisation des définitions des indicateurs et de la collecte des données permet d'améliorer l'exactitude et la comparabilité des données sur le rendement du système de lutte contre le cancer au Canada. En voici quelques exemples.

- Le fait de disposer de données uniformes et normalisées sur la vaccination contre le VPH chez les filles et les garçons au Canada permettrait de faciliter la comparaison des pratiques d'adoption de la vaccination et de l'incidence des programmes. En 2017, les provinces et les territoires recueillent et déclarent les données sur l'adoption de la vaccination contre le VPH de manière différente (p. ex., le dénominateur ou la population cible de la vaccination n'étaient pas définis de manière uniforme).
- La normalisation de la définition du lieu de décès et de la collecte des données sur cet indicateur entre les autorités compétentes permettrait de mieux évaluer les soins de fin de vie. On constate une variation interprovinciale dans l'interprétation des catégories des lieux de décès (p. ex., hôpital, résidence privée, autre lieu). Un centre de soins palliatifs peut être classé dans la catégorie « autre établissement de soins de santé » ou « autre lieu précisé », tout en étant situé dans un hôpital de soins de courte durée et par conséquent, désigné comme un établissement hospitalier.
- En 2017, la participation des adultes aux essais cliniques est calculée sur la base du ratio entre les patients adultes atteints de cancer inscrits à des essais cliniques dans les centres provinciaux de cancérologie et le nombre estimé de nouveaux cas de cancer (c'est-à-dire l'incidence prévue). Toutefois, nous pourrions déterminer des taux de participation plus pertinents en utilisant comme dénominateur le nombre de patients admissibles aux essais cliniques au lieu de l'incidence prévue, ce qui permettrait d'évaluer de façon plus précise l'état actuel de la participation aux essais cliniques sur le cancer au Canada.
- On encourage de plus en plus les cliniciens à présenter et à analyser des cas complexes dans le cadre de consultations regroupant plusieurs spécialistes ou disciplines. Malgré cette tendance, la systématisation et la normalisation de la collecte et de la déclaration des données sont nécessaires pour améliorer la reddition des comptes et la surveillance des pratiques fondées sur des données probantes. En 2017, l'examen des dossiers médicaux, qui mobilise d'importantes ressources, constitue la seule manière d'extraire des renseignements à partir des consultations interdisciplinaires, y compris des renseignements sur les raisons de la non-orientation des patients ou les plans de traitement. L'uniformisation de la collecte de données sur les orientations et les consultations entre spécialistes permettrait d'obtenir un tableau plus complet des résultats des indicateurs de qualité.

La normalisation de la définition du lieu de décès et de la collecte des données sur cet indicateur entre les autorités compétentes permettrait de mieux évaluer les soins de fin de vie.

2. Recueil de nouvelles données sur les domaines peu mesurés et les populations et régions sous-représentées

Les données nationales recueillies de façon systématique sur le parcours de soins contre le cancer des patients représentant des populations sous-desservies, en particulier les membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis, sont insuffisantes. Les données relatives aux territoires sont également limitées, notamment en ce qui concerne le diagnostic et le traitement, et plusieurs régions ne sont pas encore en mesure de déclarer des données sur le rendement des principaux secteurs de la lutte contre le cancer. En outre, on doit recueillir de meilleures données sur les soins centrés sur la personne, en particulier sur l'état actuel des soins palliatifs et de fin de vie.

Les provinces et les territoires canadiens ne sont pas toujours en mesure d'identifier les patients atteints de cancer qui sont membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis dans les registres sur le cancer ou les dossiers médicaux. Le Partenariat a activement mobilisé plusieurs partenaires provinciaux afin d'établir des stratégies sûres et appropriées sur le plan culturel pour améliorer la collecte de données sur le cancer dans les populations autochtones. Même si nous avons déjà constaté des progrès dans l'établissement de liens entre le statut autochtone et les données des registres, ces dernières ne sont toujours pas disponibles à l'échelle nationale. L'obtention de renseignements sur l'état actuel des inégalités en matière d'accès aux soins contre le cancer dans les collectivités autochtones et l'établissement d'un système permettant de saisir ces données sont essentiels pour améliorer l'équité du système de lutte contre le cancer.

Dans les années 2010, on a mis l'accent sur la transformation du système de santé, qui est passé d'une prestation de soins centrés sur la maladie à un modèle plus centré sur la personne. Pour faciliter cette transition, on peut tirer parti des nombreuses possibilités de collecte de nouvelles données, mais aussi des ensembles de données existants. Par exemple, en 2017, les indicateurs de traitement sont axés sur la conformité aux lignes directrices, ce qui n'indique pas si les préférences des patients ont été prises en compte dans leur plan de traitement ou s'ils ont été informés des différentes options offertes à cet égard. Il s'agit d'une composante importante des soins centrés sur la personne. Pour améliorer la qualité des soins et simplifier l'expérience des patients, il est important de mesurer et de recueillir des données sur les besoins satisfaits et non satisfaits de ces derniers (p. ex., informationnels, psychosociaux) au cours du traitement. Ces nouvelles données faciliteront le recensement des possibilités de prestation de meilleurs soins centrés sur le patient.

Voici d'autres manières d'améliorer les soins centrés sur la personne :

- introduire des intervalles de temps d'attente qui rendent mieux compte des expériences des patients (p. ex., le temps écoulé entre la suspicion de symptômes et la résolution du diagnostic et le début du traitement, au lieu de la situation dans laquelle le patient est « prêt au traitement », qui est davantage axée sur le clinicien);
- recueillir des données longitudinales sur l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton, qui permettraient d'analyser les tendances en matière de prévalence et de gravité des symptômes;
- recueillir des données sur les interventions de suivi (p. ex., les changements apportés aux plans de soins, les interventions physiques ou psychosociales, l'orientation vers un fournisseur de soins) pour les patients dont le niveau de détresse est plus élevé.

Pour effectuer un bilan véritablement pancanadien du rendement du système de lutte contre le cancer, il est essentiel de recueillir des données provenant de toutes les provinces et de tous les territoires. Dans notre rapport sur les tendances des pratiques associées aux recommandations liées au cancer de Choisir avec soin, il n'a pas été possible d'établir des rapports sur huit des quinze recommandations émises, en raison des limites des données relevées ou de l'absence de données. Pour les sept recommandations ayant fait l'objet de rapports, on ne disposait pas de données pour toutes les provinces et tous les territoires. Il est donc important de collaborer avec chaque autorité compétente pour recueillir ces données et les mettre à disposition.

En outre, dans le cas des indicateurs présentés dans ce rapport, les renseignements fournis par les territoires sont souvent limités ou inexistants. En 2017, la Colombie-Britannique traite les données sur le cancer du Yukon, l'Alberta traite les données sur le cancer des Territoires du Nord-Ouest et l'Ontario traite les données sur le cancer du Nunavut. La prochaine étape devra permettre de recenser et de mobiliser davantage les principaux intervenants des provinces et des territoires afin de déterminer la portée des données saisies. Ces connaissances pourront orienter les futures stratégies d'amélioration de la collecte des données dans les territoires.

Pour assurer la qualité, l'équité, la continuité et la durabilité du système de lutte contre le cancer et veiller à ce qu'il réponde aux besoins de chaque patient, il est important de recueillir un ensemble complet de données provenant de toutes les provinces et de tous les territoires, y compris des données pertinentes pour l'expérience des patients, et d'examiner les disparités entre les populations à l'échelle du Canada afin de n'oublier personne. Grâce à ces données, nous pourrons mieux comprendre les besoins de certaines populations et déterminer quels sont les mécanismes les plus efficaces pour aider les patients et les familles à naviguer au sein du système de lutte contre le cancer.

3. Couplage des sources de données existantes

Dans le cadre du présent rapport, l'analyse et l'interprétation des indicateurs de la lutte contre le cancer ont été effectuées à une échelle globale ou écologique.

Par exemple, le niveau de revenu du quartier est souvent utilisé comme valeur de substitution pour le statut socio-économique. L'analyse écologique comporte des limites liées au fait qu'elle occulte les effets individuels ou contextuels et suppose l'existence d'une homogénéité au sein d'une région ou d'un groupe donné. Jusqu'à tout récemment, nous n'étions pas en mesure de relier les renseignements socio-économiques à l'issue des cancers. Le nouvel Environnement de couplage de données sociales de Statistique Canada permettra le couplage des résultats des soins contre le cancer et des données démographiques à l'échelle individuelle, et devrait permettre de démontrer l'existence d'une association entre le statut socio-économique et l'issue des cancers.

Le Partenariat déploie des efforts de collaboration étroite avec les provinces et les territoires pour établir des ententes de partage des données et des normes de collecte de données, par exemple, au moyen de l'initiative de développement concerté des données (CDDI). Cette initiative vise à établir une série de renseignements de base sur les traitements qui peuvent être déclarés au Registre canadien du cancer. Ces efforts comprennent la recherche d'une harmonisation des définitions communes des données à l'échelle des provinces et des territoires, ainsi que la vérification de la faisabilité d'obtenir des données sur les traitements et de les saisir dans le registre national. Dans le cadre des travaux en cours, la CDDI a financé cinq projets de couplage des données liées aux traitements, qui seront administrés par la BC Cancer Agency, Statistique Canada, la Régie de la santé de l'Est de Terre-Neuve-et-Labrador, Cancer Care Nova Scotia et Santé Î.-P.-É. Ces projets coupleront les ensembles de données sur le cancer provenant des provinces et des territoires et les données administratives, les données sur la stadification, les données du système d'information sur les médicaments et celles du système de gestion des dossiers médicaux électroniques sur la radiothérapie, ce qui permettra aux autorités compétentes d'approfondir l'analyse des renseignements sur la radiothérapie, la chirurgie et la chimiothérapie et de déterminer si les traitements sont conformes aux lignes directrices de pratique clinique recommandées.

Il est important de souligner le défi politique constant que représente l'impérieuse nécessité de développer et d'augmenter les capacités de couplage de données. La protection des renseignements personnels et le caractère sensible des données créent souvent des obstacles supplémentaires à l'accès aux ensembles de données existants et à leur couplage. Il est indispensable de trouver un meilleur équilibre entre la protection de la confidentialité des renseignements personnels et l'accès aux données pour assurer l'amélioration de la qualité des soins contre le cancer.

Il est indispensable de trouver un meilleur équilibre entre la protection de la confidentialité des renseignements personnels et l'accès aux données pour assurer l'amélioration de la qualité des soins contre le cancer.

Quelles mesures peut-on prendre pour améliorer la lutte contre le cancer au Canada au vu des résultats présentés dans ce rapport?

QUALITÉ

- **Repérer et corriger systématiquement les insuffisances du système de lutte contre le cancer** dans ses divers aspects, du dépistage aux soins de longue durée et aux soins de fin de vie, ce qui permettra de s'assurer que les patients reçoivent les bons soins axés sur leurs besoins, au bon moment et au bon endroit.
- **Renforcer l'infrastructure de production de rapports à l'échelle du système.** La normalisation des renseignements fournis dans les dossiers médicaux à l'échelle provinciale et nationale, y compris les données sur les consultations interdisciplinaires, les orientations des patients et la participation des patients à la planification et à la mise en œuvre du traitement, devrait améliorer la surveillance des pratiques fondées sur des données probantes et la prestation des soins centrés sur le patient.
- **Sensibiliser les patients et le personnel médical aux protocoles de recherche dès le début du processus de recrutement des essais cliniques** afin de dissiper les inquiétudes compréhensibles et d'augmenter la probabilité de participation. De façon générale, il est primordial d'accroître la sensibilisation de toutes les personnes concernées, chercheurs ou participants, afin d'améliorer le panorama canadien des essais cliniques.

ÉQUITÉ

- **Éliminer les obstacles inhérents aux services de lutte contre le cancer** afin de permettre à tous les Canadiens, sans égard à leur origine, à leur lieu de résidence ou à leur revenu, de recevoir les services de soutien nécessaires en matière de prévention du cancer et de participation aux programmes de dépistage et de bénéficier d'un accès adéquat aux traitements et aux options de soins pouvant les aider à améliorer leurs résultats.

CONTINUITÉ

- **Revoir la conception du système de santé et transformer celui-ci en fonction des perspectives des patients et de leur famille** afin de combler les lacunes dans le continuum des soins et de faciliter la navigation des patients dans le système.
- **Intégrer plus rapidement les soins palliatifs aux soins contre le cancer.** Cela permettra d'améliorer les résultats cliniques et la qualité de vie des patients, ainsi que la satisfaction des patients et des soignants à l'égard des soins, et d'augmenter la probabilité de décès à domicile. Même s'il s'agit d'une mesure brute, le lieu du décès traite d'un aspect important des soins de fin de vie et peut contribuer à améliorer la planification et la qualité des soins prodigués aux patients atteints de cancer en phase terminale.
- **Cerner les besoins et les préférences des patients tout au long de leur parcours de lutte contre le cancer,** afin de permettre au système de gérer leurs préférences et d'en tenir compte, et de leur assurer une qualité de vie élevée aussi longtemps que possible.

DURABILITÉ

- **Élaborer des politiques visant à créer des environnements permettant de mener une vie plus saine** (p. ex., qui augmentent la probabilité d'adopter des comportements qui réduisent le risque de cancer). La création d'environnements sains peut contribuer à réduire le fardeau des cancers évitables, ce qui diminuera la pression exercée sur les ressources en soins de santé, qui sont limitées.
- **Continuer à mesurer les pratiques de lutte contre le cancer à faible valeur et à les déclarer dans tout le Canada.** La collecte de données sur ces pratiques peut procurer des occasions d'analyse comparative et orienter les futures stratégies visant à encourager l'adoption de pratiques fondées sur des données probantes qui maximisent les bienfaits cliniques. La prestation de soins à valeur élevée, étayés par des données probantes, peut améliorer les résultats et la qualité de vie des patients tout en aidant à assurer la durabilité du système de santé canadien.

Conclusion

L'amélioration de la qualité, de l'équité, de la continuité et de la durabilité du système de lutte contre le cancer, ainsi que l'optimisation de l'impact des données sur la population et le cancer, ont été retenues comme des thèmes importants des collaborations à venir avec les partenaires nationaux, provinciaux et territoriaux.

Les efforts déployés dans ces domaines aideront la communauté de la lutte contre le cancer à assurer un avenir dans lequel moins de personnes seront atteintes d'un cancer et en mourront, et dans lequel la qualité de vie de ces personnes sera meilleure. Afin de mesurer les progrès réalisés dans ce sens, l'Initiative sur le rendement du système du Partenariat continuera à surveiller la performance du système de lutte contre le cancer et à en rendre compte afin d'orienter la planification des services de lutte contre le cancer, les améliorations du système et des pratiques, et de promouvoir l'échange et l'adoption de pratiques exemplaires à l'échelle du pays.

Sommaire des résultats des indicateurs

Indicateur	Page	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
Qualité															
Antécédents de dépistage chez les femmes (âgées de 21 à 69 ans) qui ont reçu un diagnostic de cancer infiltrant du col de l'utérus — de 2011 à 2013	8	Voir le chapitre sur la qualité pour obtenir de plus amples renseignements.													
Taux de rappel pour anomalie dans le cadre d'un programme de dépistage du cancer du sein (%), dépistages subséquents — années de dépistage 2011–2012	9	6,4	6,1	4,0	4,2	7,1	9,2	8,9	5,1	11,9	6,3	—	4,9	—	PPDCS
Taux de détection de cancers du sein infiltrants dans le cadre d'un programme (pour 1 000 dépistages), dépistages subséquents — année de dépistage 2012	9	3,9	2,9	3,9	4,2	3,5	4,4	2,9	3,5	4,6	3,4	—	*	—	PPDCS
Prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lors d'une résection du côlon (%) — années de diagnostic 2009 à 2012	13	—	83,0	74,2	82,3	—	—	77,8	76,4	70,7	81,9	—			APC
Radiothérapie préopératoire pour les cas de cancer du rectum de stade II ou III (%) — années de diagnostic 2009 à 2012	15	—	46,7	—	50,4	—	—	43,0	41,5	–	41,6	—			APC
Chimiothérapie postopératoire pour les cas de cancer du poumon non à petites cellules de stade II ou IIIA (%) — année de diagnostic 2012	16	Voir le chapitre sur la qualité pour obtenir de plus amples renseignements.													APC
Participation aux essais cliniques menés chez les adultes — année d'inscription 2014	18	0,025	0,066	0,032	0,018	0,057	—	0,011	0,007	*	0,002	—			APC, SCC
Équité															
Femmes (âgées de 21 à 69 ans) ayant déclaré avoir subi au moins un test Pap au cours des trois années précédentes, par quintile de revenu du ménage et statut d'immigrant (%) — année de déclaration 2012	22	Voir le chapitre sur l'équité pour obtenir de plus amples renseignements.													ESCC
Femmes ayant déclaré n'avoir jamais subi de test Pap, par langue parlée à la maison (%) — année de déclaration 2012	22	Voir le chapitre sur l'équité pour obtenir de plus amples renseignements.													ESCC
Résections de cancers du sein par mastectomie, selon la région géographique et la durée du déplacement jusqu'au centre de radiothérapie le plus proche (%) — années 2007–2008 à 2011–2012 combinées	23	Voir le chapitre sur l'équité pour obtenir de plus amples renseignements.													ICIS
Taux d'incidence du cancer du poumon par quintile de revenu du quartier — année de diagnostic 2012	24	Voir le chapitre sur l'équité pour obtenir de plus amples renseignements.													RCC
Taux de mortalité due au cancer du poumon par quintile de revenu du quartier — année de décès 2012	24	Voir le chapitre sur l'équité pour obtenir de plus amples renseignements.													SECBDD
Ratio de létalité due au cancer du poumon par quintile de revenu du quartier — année de diagnostic et de décès 2012	24	Voir le chapitre sur l'équité pour obtenir de plus amples renseignements.													RCC, SECBDD
Taux d'incidence du cancer colorectal par quintile de revenu du quartier et par sexe — année de diagnostic 2012	25	Voir le chapitre sur l'équité pour obtenir de plus amples renseignements.													RCC
Taux de mortalité due au cancer colorectal par quintile de revenu du quartier et par sexe — année de décès 2012	25	Voir le chapitre sur l'équité pour obtenir de plus amples renseignements.													SECBDD
Survie nette à cinq ans au cancer du sein, au cancer colorectal et au cancer du poumon par quintile de revenu — années de diagnostic 2004 à 2009	26	Voir le chapitre sur l'équité pour obtenir de plus amples renseignements.													RCC

Premier tiers
Deuxième tiers
Dernier tiers

« – » Données non disponibles.

* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

Sources de données :
PPDCS : Programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein
ESCC : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
RCC : Statistique Canada, Registre canadien du cancer
SCC : Société canadienne du cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer
ICIS : Institut canadien d'information sur la santé
APC : Agences provinciales du cancer
SECBDD : Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès

Indicateur	Page	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
Continuité															
Temps d'attente pour un diagnostic de cancer du sein (semaines), 90e centile (sans biopsie) — année de dépistage 2013	30	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 (semaines), 90e centile (biopsie) — année de dépistage 2013	30	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) — première série de tests de dépistage effectués en 2013 et 2014	32	—	139	119	119	—	—	—	147	151	104	—			RNDCC
Temps d'attente pour une radiothérapie, 90e centile (jours) — année de traitement 2014	33	22	22	15†	22	14†	—	19	–	27	20	—			APC
Dépistage de la détresse — année de déclaration 2016	35	Voir le chapitre sur la continuité pour obtenir de plus amples renseignements.													Partenaires RSP
Lieu du décès à l'hôpital (%) — année de décès 2012	37	49,2	62,8	67,1	87,8	63,1	76,7	76,4	68,6	64,4	77,7	62,5			SECBDD
Durabilité															
Prévalence du tabagisme (%) — année de déclaration 2014	42	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
Adoption de la vaccination contre le virus du papillome humain — schéma complet (%) — années scolaires 2012–2013, 2013–2014, 2014–2015 ou 2015–2016	43	64,8	66,3	77,8	65,8	80,2	74,4	75,4	83,2	87,0	93,0	—	55,6	—	Programmes d'immuni-sation
Mammographies de dépistage du cancer du sein effectuées chez les femmes à risque moyen âgées de 40 à 49 ans (%) — années de déclaration 2008 à 2012 combinées	46	25,9	27,5	14,7	7,0	18,3	11,9	17,6	27,4	26,9	26,9	*	27,6	*	ESCC
Radiothérapie palliative des métastases osseuses — plusieurs fractions (%) — année de traitement 2013	47	40,3	—	69,0	68,8	—	—	—	59,0	66,9	—	—			APC
Recours aux soins intensifs au cours des deux dernières semaines de vie — admissions (%) — exercices 2011-2012 à 2014-2015 combinés	48	8,4	9,4	9,8	7,1	14,3	—	6,9	5,8	9,5	9,0	15,9			ICIS
Mastectomies dues au cancer du sein en chirurgie d'un jour (%) — exercices 2009–2010 à 2013–2014 combinés	49	14,7	1,4	6,4	27,4	38,7	27,9	39,3	20,2	18,4	8,2	*			ICIS

Premier tiers
Deuxième tiers
Dernier tiers

« – » Données non disponibles.

* Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.

† Année de traitement 2013

Sources de données :
PPDCS : Programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein
ESCC : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ICIS : Institut canadien d'information sur la santé
Programmes d'immunisation : Programmes d'immunisation provinciaux et territoriaux
RNDCC : Réseau national de dépistage du cancer colorectal
APC : Agences provinciales du cancer
Partenaires RSP : Partenaires de l'Initiative de résultats signalés par le patient
SECBDD : Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès

Références

1. Société canadienne du cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer – 2016. Toronto (Ont.) : La Société; 2016. 142 p.
2. 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 Nov 16;12:992.
3. 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.
4. Hewitson P, Glasziou P, Watson E, Towler B, Irwig L. Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): an update. *Am J Gastroenterol*. 2008 Jun;103(6):1541-9.
5. Young GP. Screening for colorectal cancer – new evidence in the last 10 years. *Cancer Forum*. 2014 Mar; 38(1):11-4.
6. Société canadienne du cancer. Statistiques de survie pour le cancer du poumon non à petites cellules [Internet]. Toronto (Ont.) : La Société [consulté le 6 janv. 2017]. Disponible à l'adresse : http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/prognosis-and-survival/survival-statistics/?region=on.
7. Partenariat canadien contre le cancer. Lignes directrices pour le dépistage du cancer du poumon – Analyse de l'environnement. Toronto (Ont.) : Le Partenariat; 2016. 27 p.
8. Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer colorectal au Canada : surveillance et évaluation des indicateurs de qualité – Rapport de résultats, janvier 2011 à décembre 2012. Toronto (Ont.) : Le Partenariat; 2014. 60 p.
9. Institut canadien d'information sur la santé. Comparaisons internationales : regard sur la qualité des soins. Ottawa (Ont.) : L'Institut; 2014. 27 p.
10. Levit L, Balogh E, Nass SJ. Delivering high-quality cancer care: charting a new course for a system in crisis. Washington (DC) : National Academies Press; 2013.
11. Curry SJ. Fulfilling the potential of cancer prevention and early detection. Washington (DC) : National Academies Press; 2003. 542 p.
12. Pace LE, Keating NL. A systematic assessment of benefits and risks to guide breast cancer screening decisions. *JAMA*. 2014 Apr 02;311(13):1327-35.
13. Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet*. 2012 Nov 17; 380(9855):1778-86.
14. vuesurlecancer.ca. Lignes directrices pour le dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada : analyse de l'environnement. Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer; 2016.
15. Boulanger JC, Fauvet R, Urrutiaguer S, Drean Y, Sevestre H, Ganry O, et coll. [Cytological history of cases of invasive cervical cancer diagnosed in France in 2006]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2007 Sep;35(9):764-71.
16. Kirschner B, Poll S, Rygaard C, Wahlin A, Junge J. Screening history in women with cervical cancer in a Danish population-based screening program. *Gynecol Oncol*. 2011 Jan;120(1):68-72.
17. Dickinson J, Tsakonas E, Conner Gorber S, Lewin G, Shaw E, Singh H, et coll. Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ*. 2013 Jan 08; 185(1):35-45.
18. Tonelli M, Connor Gorber S, Joffres M, Dickinson J, Singh H, Lewin G, et coll. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. *CMAJ*. 2011 Nov 22;183(17):1991-2001.
19. Elmore JG, Taplin SH, Barlow WE, Cutter GR, D'Orsi CJ, Hendrick RE, et coll. Does litigation influence medical practice? The influence of community radiologists' medical malpractice perceptions and experience on screening mammography. *Radiology*. 2005 Jul; 236(1):37-46.
20. Elmore JG, Miglioretti DL, Reisch LM, Barton MB, Kreuter W, Christiansen CL, et coll. Screening mammograms by community radiologists: variability in false-positive rates. *J Natl Cancer Inst*. 2002 Sep 18; 94(18):1373-80.
21. Dabbous FM, Dolecek TA, Berbaum ML, Friedewald SM, Summerfelt WT, Hoskins K, et coll. Impact of a false-positive screening mammogram on subsequent screening behavior and stage at breast cancer diagnosis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2017 Feb 09. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-16-0524.
22. Bond M, Pavey T, Welch K, Cooper C, Garside R, Dean S, et coll. Systematic review of the psychological consequences of false-positive screening mammograms. *Health Technol Assess*. 2013 Mar; 17(13):1-170, v-vi.
23. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: colon cancer Version 1.2017. 2017.
24. Lamb BW, Brown KF, Nagpal K, Vincent C, Green JS, Sevdalis N. Quality of care management decisions by multidisciplinary cancer teams: a systematic review. *Ann Surg Oncol*. 2011 Aug;18(8):2116-25.

25. Wagner EH, Aiello Bowles EJ, Greene SM, Tuzzio L, Wiese CJ, Kirlin B, et coll. The quality of cancer patient experience: perspectives of patients, family members, providers and experts. *Qual Saf Health Care*. 2010 Dec; 19(6):484-9.

26. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: rectal cancer Version 2.2017. 2017.

27. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: non-small cell lung cancer Version 4.2017. 2017.

28. 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.

29. 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.

30. Kankesan J, Shepherd FA, Peng Y, Darling G, Li G, Kong W, et coll. Factors associated with referral to medical oncology and subsequent use of adjuvant chemotherapy for non-small-cell lung cancer: a population-based study. *Curr Oncol*. 2013 Feb;20(1):30-7.

31. 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 Mar 15;115(6):1234-44.

32. 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.

33. Cancer Research UK. Clinical trials briefsheet [Internet]. Oxford (R.-U.) : Cancer Research UK [consulté le 15 déc. 2016]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : http://www.cancerresearchuk.org/prod_consump/groups/cr_common/@nre/@car/@gen/documents/generalcontent/017767.pdf.

34. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Canada Health Act and its principles [Internet]. Victoria (C.-B.) : Le Ministère; 2007 [consulté le 5 déc. 2016]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/conversation_on_health/PartII/PartII_HealthAct.pdf.

35. Redwood-Campbell L, Fowler N, Laryea S, Howard M, Kaczorowski J. 'Before you teach me, I cannot know': immigrant women's barriers and enablers with regard to cervical cancer screening among different ethnolinguistic groups in Canada. *Can J Public Health*. 2011 May-Jun;102(3):230-4.

36. Maddison AR, Asada Y, Urquhart R. Inequity in access to cancer care: a review of the Canadian literature. *Cancer Causes Control*. 2011 Mar;22(3):359-66.

37. Newman LA. Ongoing consequences of disparities in breast cancer surgery. *JAMA Surg*. 2015 Aug; 150(8):786.

38. Lautner M, Lin H, Shen Y, Parker C, Kuerer H, Shaitelman S, et coll. Disparities in the use of breast-conserving therapy among patients with early-stage breast cancer. *JAMA Surg*. 2015 Aug;150(8):778-86.

39. Borugian MJ, Spinelli JJ, Abanto Z, Xu CL, Wilkins R. Breast cancer incidence and neighbourhood income. *Health Rep*. 2011 Jun;22(2):7-13.

40. Booth CM, Li G, Zhang-Salomons J, Mackillop WJ. The impact of socioeconomic status on stage of cancer at diagnosis and survival: a population-based study in Ontario, Canada. *Cancer*. 2010 Sep 1;116(17):4160-7.

41. 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.

42. Partenariat canadien contre le cancer. Plan d'action de lutte contre le cancer chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Toronto (Ont.) : Le Partenariat; 2011. 53 p.

43. Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer du sein au Canada : surveillance et évaluation des indicateurs de qualité. Toronto (Ont.) : Le Partenariat; 2017.

44. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: distress management Version 3.2015. 2015.

45. Partenariat canadien contre le cancer. Guide d'implantation du dépistage de la détresse, le 6e signe vital : vers des soins centrés sur la personne. Toronto (Ont.) : Le Partenariat; 2012. 135 p.

46. Association canadienne de soins palliatifs. Modèles novateurs de soins palliatifs intégrés. Ottawa (Ont.) : Initiative Aller de l'avant : des soins qui intègrent l'approche palliative; 2013. 52 p.

47. Comité directeur de la Société canadienne du cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer – 2010. Toronto (Ont.) : La Société; 2010. 124 p.

48. Bekelman JE, Halpern SD, Blankart CR, Bynum JP, Cohen J, Fowler R, et coll. Comparison of site of death, health care utilization, and hospital expenditures for patients dying with cancer in 7 developed countries. *JAMA*. 2016 Jan 19;315(3):272-83.

49. Kain DA, Eisenhauer EA. Early integration of palliative care into standard oncology care: evidence and overcoming barriers to implementation. *Curr Oncol*. 2016 Dec;23(6):374-7.

50. Salins N, Ramanjulu R, Patra L, Deodhar J, Muckaden MA. Integration of early specialist palliative care in cancer care and patient related outcomes: a critical review of evidence. *Indian J Palliat Care*. 2016 Jul-Sep;22(3):252-7.

51. Comité consultatif des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer – 2015. Toronto (Ont.) : La Société; 2015. 150 p.

52. Conference Board of Canada. Defining health and health care sustainability. Ottawa (Ont.) : The Board; 2014. 57 p.

53. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington (DC) : The Institute; 2007. 537 p. Report No.: 0972252223.

54. International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans [Internet]. Lyon (FR) : IARC; 2015 [mis à jour en 2015; consulté le 30 nov. 2015]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/PDFs/index.php.

55. American Cancer Society. Cancer prevention & early detection facts & figures 2015-2016. Atlanta (GA) : The Society; 2015. 64 p.

56. Santé Canada. Saisir l'occasion : consultation publique sur l'avenir de la lutte contre le tabagisme au Canada. Ottawa (Ont.) : 2017. 21 p.

57. Santé Canada. Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2007 [mis à jour le 6 nov. 2007; consulté le 2 févr. 2017]. Disponible à l'adresse : http://hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/res/news-nouvelles/ftcs-sflt-fra.php.

58. Parkin DM, Bray F. Chapter 2: the burden of HPV-related cancers. *Vaccine*. 2006 Aug 31;24 Suppl:S11-S25.

59. 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.

60. Comité canadien d'immunisation. Recommandations relatives au programme de vaccination contre le virus du papillome humain. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2014. 52 p.

61. Agence de la santé publique du Canada. Une déclaration d'un comité consultatif (DCC), Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) : Recommandations mises à jour sur les vaccins contre le virus du papillome humain (VPH) : vaccin nonavalent contre le VPH et précisions sur les intervalles minimums entre les doses dans le calendrier d'immunisation contre le VPH. Ottawa (Ont.) : L'Agence; 2016. 56 p.

62. Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada : surveillance et évaluation des indicateurs de qualité. Toronto (Ont.) : Le Partenariat; 2016. 84 p.

63. Markowitz LE, Meites E, Unger ER. Two vs three doses of human papillomavirus vaccine: new policy for the second decade of the vaccination program. *JAMA*. 2016 Dec 13;316(22):2370-72.

64. Partenariat canadien contre le cancer. Qualité et durabilité de la lutte contre le cancer. Toronto (Ont.) : Le Partenariat; 2016. 54 p.

65. Choisir avec soin. Médecine familiale – Les onze examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger [Internet]. Toronto (Ont.) : Choisir avec soin; 2014 [mis à jour le 29 oct. 2014; consulté le 26 janv. 2017]. Disponible à l'adresse : http://www.choisiravecsoin.org/recommendations/le-forum-de-lassociation-medicale-canadienne-et-le-college-des-medecins-de-famille-du-canada/.

66. 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.

67. Bjurstam N, Bjorneld L, Warwick J, Sala E, Duffy SW, Nystrom L, et coll. The Gothenburg Breast Screening Trial. *Cancer*. 2003 May;97(10):2387-96.

68. 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 Jan;15(1):45-51.

69. 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 Oct 1;106(11).

70. 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.

71. Organisation mondiale de la Santé. WHO position paper on mammography screening. Genève (CH) : OMS; 2014. 55 p.

72. Mitera G, Earle C, Latosinsky S, Booth C, Bezjak A, Desbiens C, et coll. Choosing Wisely Canada cancer list: ten low-value or harmful practices that should be avoided in cancer care. *J Oncol Pract*. 2015 May;11(3):e296-303.

73. Choisir avec soin. Oncologie – Les dix examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger [Internet]. Choisir avec soin; 2014 [mis à jour le 29 oct. 2014; consulté le 26 janv. 2017]. Disponible à l'adresse : http://www.choisiravecsoin.org/recommendations/lassociation-canadienne-de-radio-oncologie-2/.

74. Chow E, Harris K, Fan G, Tsao M, Sze WM. Palliative radiotherapy trials for bone metastases: a systematic review. *J Clin Oncol*. 2007 Apr 10;25(11):1423-36.

75. Chow E, Zeng L, Salvo N, Dennis K, Tsao M, Lutz S. Update on the systematic review of palliative radiotherapy trials for bone metastases. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2012 Mar;24(2):112-24.

76. Lutz S, Berk L, Chang E, Chow E, Hahn C, Hoskin P, et coll. Palliative radiotherapy for bone metastases: an ASTRO evidence-based guideline. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2011 Mar 15;79(4):965-76.

77. Azoulay E, Soares M, Darmon M, Benoit D, Pastores S, Afessa B. Intensive care of the cancer patient: recent achievements and remaining challenges. *Ann Intensive Care*. 2011 Mar 23;1(1):5.

78. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: breast cancer Version 2.2016. 2016.

79. 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 Nov 9;9(1):202.

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 de la lutte contre le cancer qu'il est nécessaire de mesurer, ou dont la mesure est insuffisante, de définir des indicateurs de rendement, de présenter les résultats dans un rapport intégré qui permet d'en faire la synthèse et d'interpréter les tendances. Ces renseignements visent à aider les décideurs, les planificateurs des services de santé, les administrateurs, les chercheurs et les cliniciens à cerner les pratiques exemplaires et à déterminer les mesures à prendre pour améliorer la qualité de la lutte contre le cancer à l'échelle du pays.

Remerciements

La rédaction du présent rapport est le fruit des efforts et du dévouement des membres du **Comité directeur et du Groupe de travail technique sur le rendement du système** et a été facilitée par la collaboration avec de nombreux partenaires nationaux, provinciaux et territoriaux, ainsi que des experts des domaines concernés provenant de tout le pays. Pour obtenir de plus amples renseignements, visitez le site rendementdusysteme.ca.

Pour obtenir de plus amples renseignements :

rendementdusysteme.ca **info@rendementdusysteme.ca**

Also available in English under the title:

The 2017 Cancer System Performance Report

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

Tél. : 416.915.9222
Sans frais : 1.877.360.1665

partenariatcontrelecancer.ca

Citation suggérée :

Partenariat canadien contre le cancer. Rapport de 2017 sur le rendement du système de lutte contre le cancer. Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer; juin 2017. 62 p.

ISSN: 2369-2464 (version imprimée)
ISSN: 236-2472 (en ligne)

PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER

CANADIAN PARTNERSHIP AGAINST CANCER