



**FAIRE CE
QUI NE PEUT
ÊTRE FAIT
QU'ENSEMBLE**





TABLE DES MATIÈRES

- 4 Message de la direction**
- 6 Façonner un système de lutte contre le cancer pour l'avenir**
- 10 La Stratégie canadienne de lutte contre le cancer va de l'avant**
- 14 Bilan de l'année 2019-2020**
- 26 Préparer l'avenir**
- 30 Assumer un rôle de leadership sur les scènes nationale et internationale**
- 31 Collaborer avec d'autres organisations pancanadiennes de santé**
- 32 Montrer l'exemple par l'innovation en 2020-2021**
- 35 Conseil d'administration**
- 37 Rapport de l'auditeur indépendant**
- 39 États financiers**
- 42 Notes complémentaires aux états financiers**
- 48 Tiers**
- 49 Documents publiés**
- 50 Autres renseignements à déclarer**
- 51 Références**

ISSN 2369-3274 (En ligne)

La réalisation du présent rapport et des programmes qui y sont décrits a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions qui y sont exprimées sont celles du Partenariat canadien contre le cancer.



Le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) a travaillé, partout au Canada, au cours de la dernière année, pour mettre en évidence les lacunes dans les services de lutte contre le cancer et trouver des solutions pour y remédier.

Le Partenariat a collaboré avec plus de 7 500 personnes — patients atteints d'un cancer, fournisseurs de soins de santé, décideurs, dirigeants autochtones et de systèmes de santé et citoyens — en vue d'actualiser la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer* (la Stratégie) pour les dix prochaines années. Les systèmes de lutte contre le cancer au Canada présentent de nombreux atouts; toutefois, compte tenu de la taille du pays et de la diversité de ses populations, les possibilités qu'ont ces dernières de recevoir des soins adaptés à leur culture varient. La mise en œuvre des changements nécessaires pour améliorer l'accès à des soins contre le cancer de qualité est d'ores et déjà en bonne voie, permettant ainsi de garantir que l'ensemble de la population du Canada dispose des mêmes possibilités de bénéficier de tels soins.

Les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur tous les aspects des soins de santé ont été et restent considérables. Dans ce contexte, le Partenariat a récemment mobilisé, conjointement avec ses partenaires, d'un océan à l'autre, une grande partie de son temps et de ses ressources, en vue d'appuyer les soins contre le cancer et d'exploiter les occasions d'accélérer la mise en œuvre de solutions innovantes, par exemple l'adoption du dépistage du cancer à domicile ou de soins virtuels propres au cancer. Dans ce cadre, il travaille, sans relâche, avec les autres intervenants du système, pour restaurer les services de lutte contre le cancer touchés par la COVID-19, en s'appuyant sur de nouveaux outils et sur des modèles de soins innovants, qui permettront de remédier aux disparités durables en matière d'accès et de soins.

Ce rapport annuel met en lumière les principales réalisations d'une année marquée par des événements ayant mis au défi, sans retour en arrière possible, les systèmes de lutte contre

le cancer et, d'une manière plus générale, la communauté des soins de santé, leurs acteurs ayant, toutefois, réussi à y puiser une nouvelle motivation. En juin 2019, le Partenariat a publié la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer actualisée et a établi un plan d'action sur dix ans visant à améliorer l'équité du système de lutte contre le cancer. En mars 2020, le Canada a été confronté à l'apparition de la pandémie de COVID-19, qui a eu des répercussions sur tous les aspects de la prestation des soins de santé, y compris le dépistage du cancer, les services de diagnostic et les interventions chirurgicales.

Malgré les défis posés par cette pandémie, le Partenariat et ses partenaires ont continué de se mobiliser, en vue de la création, pour l'avenir, d'un système de lutte contre le cancer dans le cadre duquel tous les Canadiens, indépendamment de leurs particularités et de l'endroit où ils vivent, auront accès à des soins de qualité élevée. La prise en compte de l'équité et l'amélioration des résultats en matière de santé au sein des collectivités canadiennes diversifiées et mal desservies, l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacités des services de lutte contre le cancer et l'intégration des soins contre cette maladie au système plus général de soins de santé, sont au cœur de la Stratégie actualisée.

Pour mettre en œuvre les huit priorités de la Stratégie actualisée, le Partenariat a, en 2019, parcouru le Canada pour y rencontrer des partenaires. Dans ce cadre, la mobilisation de nouveaux partenaires, susceptibles de piloter certaines des mesures énoncées dans la Stratégie ou d'y contribuer, se poursuit. En tant que coordonnateur de la Stratégie, le Partenariat participe, au premier chef, à un mouvement pancanadien unique mobilisant de nombreux systèmes de soins de santé, en vue de définir des objectifs conjoints pour

MESSAGE DE LA DIRECTION

la réforme de la lutte contre le cancer et des stratégies communes pour les atteindre. Les valeurs fondamentales du Partenariat s'articulent autour d'un engagement à offrir la plus grande valeur possible aux patients atteints d'un cancer, aux responsables de systèmes de lutte contre la maladie et à l'ensemble de la population canadienne.

Le changement positif en vue duquel œuvre le Partenariat, de concert avec d'autres, est guidé par des données et des éléments probants qui mettent en évidence les lacunes dans la pratique des soins contre le cancer au Canada et les pratiques exemplaires, en vigueur dans d'autres pays, qu'il conviendrait d'adopter ici. Parmi les changements multiformes, mis en œuvre à l'instigation du Partenariat, on peut citer les exemples suivants :

- **Renforcement et élargissement de la prévention et du dépistage** en mobilisant les partenaires en vue de l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada d'ici 2040, en soutenant les provinces et les territoires dans leurs efforts de mise en œuvre du dépistage du cancer du poumon pour les personnes présentant un risque élevé et en orientant les initiatives visant à abaisser les taux de rappel pour anomalie dans le cadre du dépistage du cancer du sein, et à réduire ainsi les examens de suivi et les rendez-vous au sein du système de santé qui sont inutiles.
- **Soutien aux personnes tout au long de leur parcours face au cancer** en aidant les cliniciens à répondre aux besoins physiques et émotionnels des patients et en généralisant l'utilisation des outils axés sur les résultats signalés par le patient, au sein des systèmes de lutte contre le cancer. À mesure que les visites virtuelles se multiplieront, les médecins et le personnel infirmier disposeront de nouveaux moyens de surveiller les symptômes des patients à l'aide de ces outils.
- **Maintien d'un objectif visant à combler les écarts entre les Premières Nations, les Inuits et les Métis, d'une part, et le reste de la population canadienne, d'autre part, en matière de soins contre le cancer et de résultats pour les patients**, grâce à une mobilisation pertinente qui a façonné la Stratégie actualisée, le Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus ainsi que les plans de lutte contre le cancer propres aux peuples autochtones, dans chaque province et chaque territoire.

Avec la Stratégie actualisée comme guide, le Partenariat continuera de collaborer avec des partenaires, des patients atteints de cancer et tous ceux qui sont concernés par cette maladie, en vue de faire avancer ses initiatives prioritaires, de tirer parti des occasions d'innover ou d'aller plus vite dans certains domaines et d'aider ses partenaires à rétablir les services touchés par la COVID-19.

Dès les tout débuts de la pandémie, le Partenariat a réalisé que ses partenaires, d'un océan à l'autre, étaient confrontés

à de nouveaux défis. Dans ce cadre, il a immédiatement alloué des fonds et un soutien technologique, pour aider les organismes de lutte contre le cancer et les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux à préserver la sécurité des personnes atteintes de cancer et des autres membres de la collectivité, à les informer et à en prendre soin du mieux possible. Il a également collaboré avec de nombreux partenaires pour élaborer un document d'orientation visant à aider l'ensemble des provinces et des territoires à prioriser, pendant la pandémie, les interventions chirurgicales contre le cancer. Il a adapté son soutien aux besoins de ses partenaires, à l'est, à l'ouest et au nord du pays, afin d'offrir une assistance personnalisée aux provinces et aux territoires, en vue d'appuyer les soins contre le cancer et de maintenir les contacts avec les patients pendant la pandémie de COVID-19.

La collaboration permanente avec Santé Canada et avec les organisations pancanadiennes de santé (OPS) constitue un autre moyen, pour le Partenariat, d'améliorer le système canadien de santé, en ces temps difficiles. Jouant un rôle déterminant dans plusieurs domaines prioritaires, notamment les soins virtuels, les services à domicile pour les patients atteints de cancer, la santé mentale, le soutien aux patients, les soins palliatifs et la gouvernance des données, le Partenariat a, en outre, élaboré un tableau de bord en ligne conjoint, permettant d'avoir un aperçu de toutes les activités mises en œuvre par les OPS, qui se conforment aux priorités de Santé Canada pour le rétablissement des services de santé.

Le Partenariat est fermement décidé à harmoniser ses efforts en vue de la réalisation des priorités actualisées de la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer* avec les réformes des soins de santé adoptées partout au pays. Il s'agit là d'un facteur de succès essentiel pour rétablir les services des systèmes de santé et créer, au bout du compte, un avenir dans lequel moins de personnes seront atteintes de cancer, plus de personnes y survivront, et celles qui seront touchées par la maladie jouiront d'une meilleure qualité de vie.

Ensemble, nous ferons ce que nous ne pouvons pas faire seuls.



Docteur Graham Sher
Président



Cynthia Morton
Présidente-directrice générale

FAÇONNER UN SYSTÈME DE LUTTE CONTRE LE CANCER POUR L'AVENIR

Depuis 2006, l'ensemble des partenaires du système canadien de lutte contre le cancer ont uni leurs efforts autour de la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer* (la Stratégie) pour réduire le fardeau que la maladie impose à la population canadienne. Aujourd'hui, une Stratégie actualisée façonne un système de lutte contre le cancer pour l'avenir.

INTRODUCTION

La Stratégie actualisée, publiée en juin 2019, fournit une feuille de route sur dix ans pour faire avancer les travaux nécessaires à l'atteinte de cet objectif (voir page 10). La vision ambitieuse qu'elle propose reflète les voix des experts, des patients et des familles et met en évidence les défis à surmonter, dans toutes les régions du pays, et à l'échelle de notre système de soins de santé fédéré.

La Stratégie apporte une vision, unique et partagée, des changements qu'il convient absolument d'apporter aux soins contre le cancer au cours des prochaines décennies, en vue de garantir un accès équitable à des soins de qualité élevée, pour l'ensemble de la population canadienne, et la durabilité d'un système de lutte contre la maladie suffisamment solide pour relever les défis qui l'attendent et pour saisir les occasions qui se présenteront. Conjointement, le Partenariat et ses nombreux partenaires donneront corps aux priorités et aux mesures de la Stratégie, en concevant et en mettant en œuvre les changements, progressifs et transformateurs, qui y sont énoncés et que le présent rapport analyse.

Certains des défis à relever sont anciens. Même si, au Canada, les taux de cancer sont, globalement, parmi les plus bas du monde, le pays continue de connaître des inégalités, persistantes et croissantes, entre ses différentes populations¹. Les personnes pauvres ou celles qui vivent dans des régions éloignées sont encore, aujourd'hui, plus susceptibles d'être atteintes d'un cancer que le reste de la population canadienne. Les Premières Nations, les Inuits et les Métis continuent d'obtenir des résultats moins satisfaisants et doivent surmonter de nombreux obstacles pour accéder aux soins. Le processus exhaustif de consultation, auquel le Partenariat a eu recours pour actualiser la Stratégie, a livré un message sans ambiguïté, émanant des systèmes provinciaux et territoriaux de lutte contre le cancer et de la population qu'ils servent : tous les Canadiens ont droit à un accès équitable à des soins de qualité. L'atteinte de cet objectif constitue le fondement de la Stratégie actualisée.

Au cours de l'année à venir, le travail du Partenariat avec ses partenaires, d'un océan à l'autre, se poursuivra, en cohérence avec les priorités énoncées dans la Stratégie. De nouvelles initiatives seront lancées, d'autres prendront de l'ampleur en vue de tirer parti des succès enregistrés, et d'autres enfin s'achèveront. Dans les années à venir, les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs de la Stratégie seront mesurés et communiqués à l'ensemble de la population canadienne.

Faire progresser la Stratégie, tout en luttant contre la COVID-19

En tant que coordonnateur de la Stratégie, il incombe au Partenariat de travailler, conjointement avec ses partenaires, à l'avancement des priorités qu'elle énonce. La recherche montre que les pays dotés d'une stratégie de lutte contre le cancer obtiennent de meilleurs résultats et que ceux qui se sont dotés d'un coordonnateur, dans le cadre d'un système fédéré, disposent d'un outil unique sur lequel s'appuyer pour mettre en œuvre les changements requis². Le Partenariat a agi à titre de coordonnateur dès le lancement de la Stratégie, et, depuis, la population canadienne et les dirigeants des systèmes de lutte contre le cancer n'ont cessé de réaffirmer ce rôle, lequel s'est avéré essentiel pour la création de réseaux et de partenariats pancanadiens efficaces, durables et axés sur des plans d'action coordonnés.

Au cours de la dernière année, la PDG et la haute direction du Partenariat se sont rendues dans les 13 provinces et territoires canadiens pour y rencontrer les partenaires, afin de commencer la planification de la mise en œuvre de la Stratégie. Près de 400 organisations partenaires prennent actuellement part à tous les aspects des travaux du Partenariat, et au fur et à mesure de l'avancement de la planification, nous rencontrons de nouveaux partenaires qui peuvent se joindre à notre travail afin de piloter certaines mesures énoncées dans la Stratégie ou d'y participer.

En dépit des nombreuses difficultés qu'elle a créées, la pandémie de COVID-19 a également suscité un besoin urgent d'accélérer la mise en œuvre des priorités de la Stratégie portant sur de nouveaux modèles de soins contre le cancer plus accessibles, qu'il s'agisse d'offrir aux patients des possibilités de soins plus proches de leur domicile, de mettre en œuvre des soins virtuels, de former des ambulanciers paramédicaux afin qu'ils puissent prendre en charge des patients à domicile, ou de proposer des trousse de dépistage à domicile. Privilégier la recherche et l'adoption de nouvelles façons de fournir des soins et des services, ce qui inclut de répondre au besoin de données, à jour et pertinentes, sur les systèmes de santé, s'avère encore plus essentiel dans le contexte mouvant que nous connaissons. Le Partenariat travaille avec des partenaires pour mettre en évidence et exploiter les occasions qui se présentent, avec comme objectif non seulement de faire redémarrer le système de lutte contre le cancer après les répercussions qu'il a subies en raison de la COVID-19, mais aussi de l'améliorer.

INTRODUCTION

Renforcer et étendre le dépistage

Un diagnostic précoce et précis du cancer joue un rôle essentiel pour sauver des vies et constitue une priorité clé de la Stratégie actualisée. Cette année, le Partenariat a mené des efforts avec un large groupe de partenaires et d'intervenants, notamment l'Agence de la santé publique du Canada, pour créer le *Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030*, qui mobilise des partenaires, partout au pays, autour de travaux visant à éliminer ce cancer au Canada, d'ici 2040. Cette initiative s'inscrit dans le cadre d'un effort international, piloté par l'Organisation mondiale de la Santé, en vue d'éliminer le cancer du col de l'utérus, à l'échelle de la planète, avant la fin du siècle³. Le Plan d'action met en évidence plusieurs innovations majeures, notamment l'introduction d'un test de détection du VPH, en remplacement du test Pap, pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. La détection du VPH est une méthode de dépistage très efficace qui a fait ses preuves. Permettant l'autoprélèvement, cet examen permet de réduire le nombre d'interactions en personne avec le système de soins de santé. Des travaux sont en cours pour accélérer son adoption, partout au Canada, dans le contexte de la COVID-19.

Des efforts sont également en cours pour faire baisser le nombre croissant de résultats constituant des « faux positifs », dans le cadre du dépistage du cancer du sein, une initiative qui permettra de réduire le nombre d'examen inutiles, ainsi que l'anxiété et les perturbations qui en découlent pour les patientes. En atteignant un tel objectif, les systèmes de santé réaliseront également des économies notables. En collaboration avec le monde du dépistage du cancer du sein et de la radiologie, le Partenariat a élaboré un cadre d'action qui fournit des recommandations, en matière de politiques et de pratiques, destinées aux radiologistes et aux programmes de dépistage. Dans un contexte où les programmes reprennent le dépistage, après l'arrêt dû à la pandémie, tout en se préparant pour de possibles futures vagues de la COVID-19, ce travail, qui permettra de réduire les interventions de suivi et les contacts avec le système de santé qui sont inutiles, progresse rapidement.

Cette année, le Canada a maintenu sa position de chef de file mondial, en faisant un pas de plus vers la mise en œuvre du dépistage du cancer du poumon pour les personnes présentant un risque élevé. Au pays, le cancer du poumon est à l'origine de plus de décès que n'importe quel autre cancer. Le Partenariat a soutenu les provinces et les territoires dans leurs efforts visant à établir des programmes de dépistage, en élaborant une analyse de rentabilité incluant des estimations de coûts et de ressources propres à chaque province et à chaque territoire, afin qu'ils puissent personnaliser et affiner leur argumentaire, en vue de le présenter aux décideurs.

Le Partenariat continue, par ailleurs, d'axer ses efforts sur la collaboration avec des partenaires, afin de réduire les taux de cancer colorectal, l'une des principales causes de décès par cancer au Canada. La détection précoce améliore considérablement les résultats; toutefois, les programmes de dépistage du cancer colorectal présentent des taux

Ensemble, le Partenariat et ses nombreux partenaires réaliseront les priorités et les mesures de la Stratégie en concevant et en mettant en œuvre les changements progressifs et transformateurs qui y sont définis.

de participation plus faibles que les autres programmes de dépistage, en particulier chez les personnes à faible revenu ou les nouveaux immigrants. Le Partenariat se mobilise à l'échelle du pays pour favoriser l'adoption d'examen de dépistage à domicile, notamment en finançant cinq provinces et territoires, afin qu'ils collaborent, avec les collectivités mal desservies, à l'élaboration conjointe de stratégies d'accroissement de la participation. Cette initiative inclura un dialogue avec les partenaires et les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Soutenir les gens tout au long de leur parcours face au cancer

Les personnes atteintes d'un cancer et leur famille ont besoin d'être informées et soutenues; c'est pourquoi la Stratégie appelle à agir en vue d'intégrer des services d'information et de soutien, tout au long du parcours des patients face au cancer. Grâce à des financements du Partenariat, l'utilisation des outils permettant de recueillir les résultats signalés par le patient (RSP) continue de s'étendre dans tout le pays, permettant ainsi aux patients d'obtenir plus facilement les soins dont ils ont besoin pour prendre en charge leurs symptômes physiques et émotionnels. La pandémie de COVID-19 a entraîné une diminution du nombre de rendez-vous en personne dans les centres de cancérologie et a créé un besoin urgent de nouvelles approches visant à aider les patients à éviter les risques associés à leur présence dans une salle d'attente. L'initiative sur les RSP du Partenariat a également pour objectif de mettre en évidence et de diffuser un certain nombre d'innovations qui permettent la mise en œuvre d'approches davantage centrées sur le patient pour la production de rapports sur les résultats. Au Québec, le développement d'une application permettant aux patients de signaler leurs symptômes à partir de leur téléphone

intelligent — une option qui a maintenant été étendue à la gestion de l'enregistrement du patient à distance et au dépistage de la COVID-19 — illustre ce type d'approche innovante.

Dans le cadre d'une initiative du Partenariat en association avec la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), des ambulanciers paramédicaux de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, du Nouveau-Brunswick et de Terre-Neuve-et-Labrador ont commencé, l'année dernière, à offrir des soins palliatifs à domicile, améliorant ainsi l'expérience des patients atteints d'un cancer et réduisant leurs déplacements inutiles aux urgences. L'objectif du maintien des patients en dehors de l'hôpital a acquis une importance accrue pendant la pandémie de COVID-19. En réponse à la pandémie, la Colombie-Britannique a étendu son programme de formation et St. John's, à Terre-Neuve, a augmenté le nombre d'ambulanciers paramédicaux formés en soins palliatifs et travaillant, par roulement, dans ses équipes.

L'abandon du tabagisme est en mesure d'améliorer notablement les résultats des traitements contre le cancer. Dans ce contexte, des financements du Partenariat permettent d'accroître l'accès des patients atteints de cancer à des programmes d'abandon du tabagisme, et ce, dans les 13 provinces et territoires. Aujourd'hui, ce sont 73 % des centres de cancérologie qui ont mis en œuvre des programmes de ce type, le nouveau *Cadre d'action pancanadien pour l'abandon du tabagisme* du Partenariat offrant des conseils supplémentaires sur la mise en œuvre ou sur l'amélioration de ces programmes⁴. Avec le soutien du Partenariat, les programmes de lutte contre le cancer, partout au Canada, ont trouvé de nouveaux moyens, pendant la pandémie de COVID-19, d'offrir aux patients un accès virtuel aux aides et aux conseils en matière d'abandon du tabagisme.

Le Partenariat a également publié le *Cadre sur les soins et le soutien aux adolescents et aux jeunes adultes atteints de cancer* en vue de commencer à relever les défis uniques auxquels font face les plus de 7 600 personnes au Canada, âgées de 15 à 39 ans, qui reçoivent, chaque année, un diagnostic de cancer⁵. Ce document établit des priorités en vue d'améliorer les soins et les services pour cette population. Il suscitera l'élaboration de politiques et la prise de mesures, à l'échelon systémique.

Améliorer les soins contre le cancer, en collaboration avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis

Le Partenariat ne relâche pas ses efforts en vue de combler les écarts, en matière de soins contre le cancer et de résultats, entre les Premières Nations, les Inuits et les Métis, d'une part, et le reste de la population canadienne, d'autre part. La Stratégie actualisée traduit cet engagement; en effet, les gouvernements, les organisations et les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis ont contribué à la façonner et à élaborer des priorités et des mesures distinctes et qui leur sont propres.

Cette mobilisation, solide et pertinente, à laquelle a donné lieu l'actualisation de la Stratégie, s'est poursuivie dans le cadre de réunions organisées à l'échelle du pays, l'année dernière, en vue d'en planifier la mise en œuvre.

Les gouvernements et les organisations des Premières Nations, des Inuits et des Métis ont également participé à l'élaboration du plan d'action sur le cancer du col de l'utérus, notamment en ce qui concerne des mesures qui leur sont propres et qui tiennent compte des réalités ayant une incidence sur la prévention et les soins de ce cancer parmi ces populations. En outre, des financements du Partenariat aident actuellement plus de 130 partenaires, dans l'ensemble des provinces et des territoires, à élaborer des stratégies de lutte contre le cancer propres aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis et à mettre en œuvre les priorités que ces peuples ont eux-mêmes déterminées.

Réagir face à un contexte en constante évolution

Alors que le système de lutte contre le cancer s'adapte à un panorama sanitaire profondément modifié par la COVID-19, le Partenariat entend continuer à remplir son rôle de coordonnateur de la Stratégie actualisée, en aidant les partenaires et les dirigeants des systèmes à rétablir les services, tout en accélérant la mise en œuvre des mesures requises en vue d'en atteindre les objectifs.

Le Partenariat poursuit également ses travaux en cours pour améliorer les soins contre le cancer pour l'ensemble de la population canadienne. Ces différentes activités sont présentées dans les pages suivantes, offrant un tableau plus exhaustif des réalisations de l'année et des partenaires de l'ensemble du pays qui les ont rendues possibles.

La stratégie canadienne de lutte contre le cancer va de l'avant.

Cette année a marqué le lancement de la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029*, un plan d'action sur dix ans, doté d'un objectif ambitieux : offrir, à l'ensemble de la population canadienne, des soins contre la maladie de calibre mondial, tout en préservant la durabilité du système de santé pour les générations futures.

La Stratégie constitue une feuille de route commune pour atteindre cet objectif. Elle a été établie dans le cadre d'une vaste consultation pancanadienne ayant recueilli les commentaires de plus de 7 500 patients atteints d'un cancer, fournisseurs de soins de santé, décideurs, dirigeants de système de santé et citoyens. Dans le cadre d'un processus parallèle, un dialogue a été établi avec les communautés, les gouvernements et les organisations des Premières Nations, des Inuits et des Métis, afin de leur permettre de définir leurs propres priorités en matière de soins contre le cancer. Une fois sa rédaction achevée, la Stratégie a été remise à la ministre fédérale de la Santé, ainsi qu'aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé, en mai 2019⁶.

8

priorités, dont trois comprenant des mesures propres aux peuples autochtones, en vue de relever les défis les plus urgents de la prochaine décennie.

24

indicateurs seront utilisés pour mesurer les progrès dans tout le Canada.



7 500

patients atteints d'un cancer, fournisseurs de soins de santé, décideurs, dirigeants de systèmes de santé et citoyens ont apporté leur contribution.

S'appuyant sur les réalisations d'ores et déjà concrétisées, la Stratégie répond aux défis les plus urgents de la prochaine décennie. Les mesures à prendre sont regroupées en huit domaines prioritaires, trois d'entre eux incluant des mesures propres aux peuples autochtones (voir page 13). La Stratégie aborde tous les volets de la lutte contre le cancer, de l'amélioration de la prévention, du diagnostic, du traitement et des soins palliatifs à l'élimination des obstacles auxquels font face les groupes mal desservis, ainsi qu'à la prestation de soins adaptés à la culture et dispensés plus près du domicile. La recherche, les données des systèmes de santé, ainsi que les nouvelles technologies faciliteront grandement sa mise en œuvre. Des changements mesurables se produiront précisément dans les domaines où ils sont les plus nécessaires. Et, surtout, tous les Canadiens auront accès à des soins contre le cancer de qualité élevée, peu importe qui ils sont et l'endroit où ils vivent.

Planifier, de concert, la mise en œuvre de la Stratégie

En tant que coordonnateur de la Stratégie, le Partenariat joue un rôle clé, en facilitant et en appuyant le travail des partenaires visant à mettre en œuvre la Stratégie. Au cours de l'été et de l'automne 2019, une équipe de la haute direction du Partenariat s'est rendue dans chaque province et dans chaque territoire, rencontrant plus de 100 partenaires pour élaborer un plan de mise en œuvre. Les participants représentaient un large éventail de points de vue et comprenaient, outre les conseillères des Premières Nations, des Inuits et des Métis du Partenariat, des représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des représentants des gouvernements et des organisations des Premières Nations, des Inuits et des Métis; des organismes et des programmes de lutte contre le cancer; des organisations de santé pancanadiennes; la Société canadienne du cancer; ainsi que d'autres organismes caritatifs de lutte contre le cancer, tels que Cancer de l'ovaire Canada et Young Adult Cancer Canada.

Ensemble, ils ont recensé les travaux déjà en cours qui s'alignent sur la Stratégie, les occasions d'agir et les lacunes à combler. Des discussions approfondies et pertinentes ont également eu lieu entre les représentants des Premières

Au cours de l'été et de l'automne 2019, une équipe de la haute direction du Partenariat s'est rendue dans chaque province et dans chaque territoire, rencontrant plus de 100 partenaires pour élaborer un plan de mise en œuvre.

Nations, des Inuits et des Métis et d'autres partenaires, au sujet des moyens de remédier aux disparités et aux résultats moins satisfaisants que connaissent les Autochtones, ainsi que du travail nécessaire pour faire progresser les priorités et les mesures de la Stratégie propres aux peuples autochtones. Tout au long des consultations, un message cohérent est revenu de façon systématique : *une planification et une action conjointes sont essentielles si l'on souhaite que ce plan visionnaire et ambitieux devienne réalité.*

Accélérer la mise en œuvre dans le contexte de la COVID-19

Sur la base de cette contribution, le Partenariat a mis en évidence des initiatives prioritaires, pour lesquelles la mise en œuvre peut commencer, ainsi que les soutiens requis pour les faire progresser.

Certaines de ces initiatives sont d'ores et déjà en cours, notamment l'introduction de programmes de dépistage du cancer du poumon ciblant les personnes présentant un

risque élevé. D'autres ont acquis un caractère d'urgence encore plus marqué dans le contexte de la COVID-19, notamment l'introduction du test de détection du VPH dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus, dont la mise en œuvre a été lancée l'année dernière par différents partenaires, à l'échelle du pays, et qui constitue l'un des éléments clés du plan d'éradication de cette maladie au Canada, d'ici 2040. Ces travaux vont s'accélérer, les tests de détection du VPH par autoprélèvement constituant une stratégie pour réduire les interactions en personne entre les patients et le système de soins de santé, dans le contexte de la COVID-19. (On trouvera, aux pages 26 à 29, un aperçu des premiers progrès réalisés par rapport à ces priorités.)

De nouvelles occasions et de nouveaux défis continueront de se présenter dans les mois à venir, la mise en œuvre de la Stratégie évoluant en conséquence. Il est tout aussi important de déterminer les partenaires potentiels, qu'il s'agisse de partenaires existants ou nouveaux, pour diriger ces travaux ou y participer.

Afin de prendre en compte les commentaires des partenaires, le Partenariat a également décidé d'adopter un nouveau modèle d'intégration régionale. Six responsables régionaux, répartis dans tout le pays, aideront le Partenariat à mieux appréhender les réalités, les priorités et les besoins propres à chacune des provinces et à chacun des territoires, ainsi qu'aux différents partenaires, et à y répondre, tout en renforçant les liens et les échanges entre les régions.

Rendre des comptes à la population canadienne

Le Partenariat s'est engagé à suivre les progrès accomplis dans la réalisation des priorités de la Stratégie et à en rendre compte.

Afin d'atteindre cet objectif, plus de 80 partenaires et représentants des patients et des familles, de tout le pays, ont, dans un premier temps, participé à un processus collaboratif visant à définir 24 indicateurs que les provinces et les territoires utiliseront pour mesurer les progrès accomplis. Les 13 provinces et territoires prévoient de participer au processus de production de rapports, le Partenariat rendant compte, annuellement, de l'ensemble des résultats à la population canadienne. Un processus parallèle est également en cours avec les partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis, en vue d'élaborer des indicateurs reflétant leurs propres priorités.

Les priorités et les mesures détaillées dans la Stratégie sont ambitieuses et aucune organisation ne dispose, à elle seule, des ressources ou de la capacité requises pour la mettre en œuvre sans la collaboration d'autres organisations. Toutefois, il est possible d'y arriver en travaillant de concert. Ensemble, le Partenariat et ses partenaires donneront corps à la promesse de la Stratégie : *de meilleurs résultats, plus équitables, pour l'ensemble de la population canadienne, et un système de lutte contre le cancer plus durable.*



Priorités du système canadien de lutte contre le cancer

Au cours de la prochaine décennie, la mise en œuvre de la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029* produira des changements mesurables dans huit domaines prioritaires, dont trois comprenant des mesures propres aux peuples autochtones :

- Réduire le risque de cancer dans la population;
- Diagnostiquer le cancer plus rapidement, avec exactitude et à un stade plus précoce;
- Offrir des soins de grande qualité dans le cadre d'un système durable et de calibre mondial;
- Éliminer les obstacles qui empêchent les gens d'obtenir les soins dont ils ont besoin;
- Offrir de l'information et du soutien aux personnes atteintes de cancer, aux familles et aux aidants;
- Des soins adaptés à la culture, dispensés plus près du domicile;
- Des soins contre le cancer propres aux peuples autochtones, et déterminés par ces derniers;
- Des recherches et des systèmes de données régis par les Premières Nations, les Inuits ou les Métis.



BILAN DE L'ANNÉE 2019-2020

Les initiatives en cours font progresser la mise en œuvre de la Stratégie et aident le système de lutte contre le cancer à faire face à la COVID-19.

OBJECTIF :

70 %

des ambulanciers paramédicaux des provinces et des territoires participants formés à l'évaluation des patients et à la prestation de soins palliatifs à domicile d'ici 2022.

À CE JOUR :

43 %

des ambulanciers ont été formés.

↑ de 11 %

du nombre de patients en soins palliatifs traités par des ambulanciers paramédicaux à domicile, plutôt que transportés aux urgences, en Nouvelle-Écosse

↓ de 30 minutes

de la durée des visites de soins palliatifs au Nouveau-Brunswick

Plus de 3 000

ambulanciers paramédicaux seront formés dans toute la Colombie-Britannique.

Formation d'ambulanciers paramédicaux à la prestation de soins palliatifs à domicile

La plupart des patients recevant des soins de fin de vie préféreraient rester chez eux, ce qui s'avère possible si les soutiens appropriés sont en place. En cas d'urgence, par exemple lorsque des problèmes respiratoires, cardiaques ou de gestion de la douleur surviennent, les familles se tournent souvent vers le 911 pour obtenir de l'aide. En fait, les ambulanciers paramédicaux sont mis à contribution dans plus de la moitié des visites aux services d'urgence de patients recevant des soins palliatifs⁷. Désormais, un nouveau modèle de soins (mis en œuvre pour la première fois en Alberta, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard) vise à réduire la nécessité pour les patients en soins palliatifs de se rendre aux urgences, en formant les ambulanciers paramédicaux, dans tout le pays, à l'évaluation et au traitement de ces patients à domicile, avant de les renvoyer vers leur médecin ou leur équipe de soins palliatifs pour leur suivi.

Le Programme de soins palliatifs paramédicaux à domicile, financé par le Partenariat, a été lancé en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard en 2014. Le Partenariat a, depuis, étendu ce programme, en partenariat avec la FCASS, les ambulanciers paramédicaux de quatre autres provinces (Colombie-Britannique, Saskatchewan, Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador) ayant commencé, cette année, à offrir des soins palliatifs. Une province, le Manitoba, et deux régions de l'Ontario en feront de même en 2020-2021.

Les équipes reçoivent un important soutien lors du déploiement de la formation, dont une grande partie a été élaborée et fournie par Pallium Canada. La FCASS apporte son expertise dans l'amélioration de la qualité, tandis que les ambulanciers paramédicaux peuvent bénéficier de l'encadrement de leurs collègues de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard et de l'Alberta. L'objectif est de former 70 % des ambulanciers paramédicaux dans les provinces participantes d'ici 2022, sachant que 43 % d'entre eux, soit plus de 2 600 ambulanciers paramédicaux, ont déjà été formés.

Aider les patients à prendre en charge leurs symptômes à domicile permet non seulement de les soutenir, eux et leur famille, mais également d'utiliser les ressources du système de manière plus efficace. En traitant les patients à domicile, plutôt qu'en les transportant à l'hôpital, les ambulanciers paramédicaux de la Nouvelle-Écosse ont réduit le pourcentage de patients transportés à l'hôpital, le faisant passer de 59 % à 48 %. Au Nouveau-Brunswick, au cours du premier mois du programme, les ambulanciers paramédicaux ont permis de diminuer la durée des interventions en soins palliatifs de plus de 30 minutes. Les patients et leur famille affichent un degré élevé de satisfaction, le simple fait d'être inscrits au programme assurant leur tranquillité d'esprit.

Cette initiative a pris une importance accrue pendant la pandémie de COVID-19. En effet, dans ce contexte, les systèmes de soins de santé s'efforcent, dans la mesure du possible, de maintenir les patients en dehors de l'hôpital, surtout lorsqu'il s'agit de personnes dont le système immunitaire est affaibli. La Colombie-Britannique avait initialement l'intention de mettre en œuvre le programme dans cinq à dix régions; toutefois, au vu des circonstances, elle a décidé d'étendre la formation à plus de 3 000 ambulanciers paramédicaux dans toute la province. À St. John's, à Terre-Neuve, où les ambulanciers paramédicaux administrent des soins palliatifs aux patients depuis plus d'un an, le Partenariat a fourni un financement de réponse à la COVID-19, qui permettra de former un plus grand nombre de ces professionnels à la prestation de soins palliatifs, avec pour objectif de pouvoir continuer à répondre aux besoins des patients dans ce domaine, tout en réduisant les pressions pesant sur les services d'urgence.

OBJECTIF :

100 %

des centres de cancérologie offrant des services de soutien à l'abandon du tabagisme d'ici 2022

À CE JOUR :

73 %

des centres de cancérologie ont mis en place des programmes, contre 26 % en 2017, et les partenaires progressent régulièrement.

EN 2019-2020 :

↑ de 12 %

du nombre de centres de cancérologie offrant des services de soutien à l'abandon du tabagisme adaptés à la culture

Aider les patients atteints d'un cancer à arrêter de fumer

En arrêtant de fumer au moment où ils reçoivent un diagnostic de cancer, les patients sont en mesure d'améliorer les résultats de leurs traitements. En fait, les patients atteints d'un cancer qui arrêtent de fumer peuvent réduire leur risque de décéder de la maladie de 30 % à 40 %⁸. Toutefois, l'abandon du tabagisme peut s'avérer un objectif difficile à atteindre. Pour s'assurer que tous les patients reçoivent le soutien dont ils ont besoin à cet effet, le Partenariat finance des initiatives d'abandon du tabagisme dans les 13 provinces et territoires. L'objectif consiste à offrir des services d'abandon du tabagisme dans tous les centres de cancérologie d'ici 2022, c'est-à-dire qu'à cette date, tous les patients atteints d'un cancer, qui fument ou qui ont récemment cessé de fumer, devront se voir offrir un aiguillage vers des services de ce type. Les partenaires accomplissent des progrès réguliers vers l'atteinte de cet objectif.

À ce jour, 73 % des centres de cancérologie ont mis en œuvre un programme d'aide à l'abandon du tabagisme, alors qu'ils n'étaient que 66 % l'année dernière.

Les provinces et les territoires collaborent également avec les organisations et les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, en vue d'étendre l'offre de services de soutien à l'abandon du tabagisme adaptés à la culture des peuples autochtones. Par exemple, l'Ontario offre, désormais, des services de soutien adaptés à la culture, dans 16 langues autochtones, dans le cadre de sa ligne téléphonique d'aide à l'abandon du tabagisme. Au cours de la dernière année, le pourcentage de centres, au pays, offrant des soutiens adaptés à la culture est passé de 18 % à 30 %; d'ici 2022, ce pourcentage sera de 50 %.

En vue d'accroître son appui à ces efforts, le Partenariat a publié un *cadre d'action pancanadien pour l'abandon du tabagisme*, qui établit la norme de référence en matière de services de soutien à l'abandon du tabagisme, au sein des systèmes de lutte contre le cancer. Ce cadre, fondé sur des données probantes, prend en compte les réalités et les complexités des centres de cancérologie très fréquentés, leur fournissant des conseils pratiques pour mettre en œuvre ou améliorer un programme d'abandon du tabagisme. Une liste de vérification de la mise en œuvre permet à ces centres d'évaluer leur programme existant et de mettre en évidence les étapes à suivre pour qu'il atteigne un degré d'adoption « bronze », « argent » ou « or ». Actuellement, trois provinces/territoires ont atteint le niveau « bronze », sept le niveau « argent » et trois le niveau « or ».

En raison de la baisse du nombre de rendez-vous en personne dans les centres de cancérologie depuis le début de la pandémie de COVID-19, le Partenariat a travaillé avec les provinces et les territoires afin de maintenir l'activité des services de soutien à l'abandon du tabagisme. Par exemple, Terre-Neuve-et-Labrador offre maintenant des services de counseling par téléphone, et envoie, par la poste, des thérapies de remplacement de la nicotine (TRN), plutôt que de les remettre au patient là où il reçoit les soins. Il s'est avéré que cette mesure avait, en fait, permis d'étendre la portée des services de soutien à l'abandon du tabagisme partout dans la province. La Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan utilisent également des financements spéciaux relatifs à la COVID-19, fournis par le Partenariat, pour s'assurer que les patients qui ont besoin d'une TRN en bénéficient effectivement. Il est établi que l'abandon du tabagisme avant une intervention chirurgicale en améliore les résultats. Dans ce cadre, l'Ontario élabore différents matériels, pour aider les patients en attente d'une intervention chirurgicale contre le cancer à cesser de fumer.

130

partenaires prennent des mesures qui bénéficieront à

500

communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

OBJECTIF :

Des plans de lutte contre le cancer, propres aux peuples autochtones, en place dans chaque province et chaque territoire d'ici 2022

À CE JOUR :

3

provinces sont dotées de plans de lutte contre le cancer de ce type et la mise en œuvre est en cours dans

10

provinces et territoires, qui élaborent des plans de lutte contre le cancer grâce à la collaboration entre les organismes et les programmes de lutte contre le cancer, et les partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Améliorer les soins contre le cancer pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis

Il est essentiel de combler les écarts en matière de soins contre le cancer et de résultats entre les Premières Nations, les Inuits et les Métis, d'une part, et le reste de la population canadienne, d'autre part. Dans ce cadre, le Partenariat poursuit sa collaboration avec les partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis en vue d'apporter un changement véritable. Grâce à un financement du Partenariat, plus de 130 partenaires, dans l'ensemble des provinces et des territoires, prennent des mesures concernant les priorités propres aux peuples autochtones et déterminées par ceux-ci, par le biais d'initiatives qui profiteront à plus de 500 communautés. Ces partenariats ne cessent de s'étendre, et à titre d'exemple, les cinq nations métisses travaillent maintenant avec le Partenariat, pour la première fois.

L'objectif est de mettre en place, d'ici 2022, dans chaque province et dans chaque territoire, des plans de lutte contre le cancer propres aux peuples autochtones. Les partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis, ainsi que les organismes et les programmes de lutte contre le cancer, collaborent à ces travaux. Trois provinces, déjà dotées de tels plans, ont commencé à les mettre en œuvre, des travaux d'élaboration de plans de ce type étant bien avancés dans les autres provinces et territoires. À l'appui de ces efforts, le Partenariat a organisé, cette année, trois réunions régionales ayant permis de rassembler des partenaires en vue de réfléchir, de manière innovante, à la meilleure façon de s'attaquer à des défis communs, ainsi que d'intensifier et de diffuser des pratiques prometteuses.

Le Partenariat travaille en étroite collaboration avec le gouvernement du Nunavut et les organisations inuites, en vue de les appuyer dans leurs travaux visant à établir leurs priorités en matière de lutte contre le cancer et à les faire avancer. Grâce à un membre du personnel se consacrant à cette initiative, le Partenariat collabore avec des organisations inuites afin de mettre en place et de renforcer des relations de confiance, à l'échelon des communautés, et de faciliter la mobilisation et la contribution des communautés concernées.

L'amélioration de l'accès à des services et à des soins adaptés à la culture constitue une priorité majeure de tous les projets, et de nombreux partenaires offrent une formation en sensibilisation culturelle aux fournisseurs de soins de santé. Cette démarche reflète l'un des appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation. Le Partenariat forme l'ensemble de son personnel à la sensibilisation culturelle et soutient désormais ses partenaires qui offrent des formations de ce type dans leur province ou leur territoire.

OBJECTIF :

100 %

des provinces et des territoires mettant en œuvre des stratégies d'accroissement du taux de personnes à jour quant au dépistage du cancer colorectal, d'ici 2022

À CE JOUR :

8 des 13

provinces et territoires (62 %) mettent en œuvre des stratégies de ce type.

LES CANADIENS À FAIBLE REVENU SONT

↓ 15 %

moins susceptibles d'être à jour quant au dépistage du cancer colorectal, par rapport à ceux qui appartiennent au groupe de revenu le plus élevé.

LES NÉOCANADIENS SONT

↓ 8 %

moins susceptibles d'être à jour quant au dépistage du cancer colorectal, par rapport aux personnes nées au Canada.

Accroître la participation équitable au dépistage du cancer colorectal

Le cancer colorectal est l'une des principales causes de décès au Canada. Il est indéniable qu'en détectant la maladie à un stade précoce, on améliore considérablement les résultats des patients. Toutefois, les programmes de dépistage du cancer colorectal affichent de faibles taux de participation, en particulier chez les personnes à faible revenu ou les nouveaux immigrants. Par exemple, en 2017, seulement 56 % des personnes à faible revenu étaient à jour quant au dépistage du cancer colorectal, contre 71 % de celles appartenant au groupe de revenu le plus élevé. De même, il n'y avait que 59 % des personnes ayant immigré au Canada depuis moins de 10 ans qui étaient à jour, comparativement à 67 % de celles nées au Canada⁹.

Le Partenariat finance une initiative pluriannuelle visant à aider les provinces et les territoires à mieux repérer les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant et à collaborer avec les collectivités locales concernées, afin de comprendre les motifs de cette participation limitée et de créer des solutions pour surmonter les obstacles qui empêchent ces populations d'accéder aux programmes de dépistage. Dans un premier temps, le Partenariat a offert aux provinces et aux territoires une formation sur l'exploitation de la géocartographie, afin qu'ils puissent repérer les collectivités au sein desquelles les taux de dépistage du cancer colorectal sont particulièrement faibles. Au cours de l'année à venir, le Partenariat leur fournira une boîte à outils proposant différentes stratégies, fondées sur des données probantes, qui visent à accroître la participation au dépistage, et que l'on peut adapter en fonction des populations et des contextes locaux. Entre-temps, des travaux, financés par le Partenariat, ont débuté dans quatre provinces et un territoire : l'Alberta, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, et les Territoires du Nord-Ouest. Ces régions utiliseront ces outils, parmi d'autres, afin de mobiliser des groupes communautaires et d'élaborer avec eux des solutions locales pour accroître la participation au dépistage du cancer colorectal.

Ces travaux complètent les efforts du Partenariat en vue d'aider les provinces et les territoires à accroître les taux de participation parmi leur population. À l'heure actuelle, 62 % des provinces et des territoires mettent en œuvre des stratégies d'accroissement du taux de la population à jour quant au dépistage du cancer colorectal, l'objectif étant d'atteindre 100 % des provinces et des territoires, d'ici 2022.

OBJECTIF :

100 %

des programmes de dépistage du cancer du sein mettant en œuvre des stratégies de réduction du TRA, d'ici 2022

À CE JOUR :

67 %

des programmes ont commencé ce travail.

LA RÉDUCTION À 6 % DU TRA POUR LES DÉPISTAGES SUBSÉQUENTS CONDUIRAIT À

↓ 600 000

examens inutiles en moins au cours des 10 prochaines années, permettant au système de santé de réaliser des économies de

↓ 110 millions de dollars

Réduire les taux de rappel pour anomalie dans le cadre du dépistage du cancer du sein

On constate, partout au Canada, une augmentation des taux de rappel pour anomalie (TRA) dans le cadre du dépistage du cancer du sein, c'est-à-dire du pourcentage de personnes rappelées pour des examens de suivi après un résultat de mammographie anormal. De 2008 à 2017, les TRA pour les dépistages initiaux sont passés de 11,5 % à 17 %, tandis que ceux pour les dépistages subséquents sont passés de 6 % à près de 8 %. Cependant, dans le même temps, les taux de détection de cancer sont restés les mêmes, ce qui indique que de nombreuses personnes ont été informées que leur mammographie présentait une anomalie, alors qu'elles n'étaient pas atteintes d'un cancer (résultats constituant des « faux positifs »)¹⁰. En conséquence, ces personnes doivent subir des examens de suivi et le stress causé par l'obtention d'un résultat de mammographie anormal, sans bénéfice supplémentaire. Des TRA élevés ont également des répercussions importantes sur le système. On estime, par exemple, qu'en ramenant à 6 % les TRA pour les dépistages subséquents, on éliminerait plus de 600 000 examens inutiles au cours des dix prochaines années, ce qui représenterait, pour le système de santé, des économies de 110 millions de dollars¹¹.

L'année dernière, le Partenariat a réuni des responsables de programmes de dépistage du cancer du sein et des radiologistes pour examiner ces données et pour tirer des leçons des résultats d'autres pays qui se sont attaqués à ce problème, comme l'Australie et le Royaume-Uni. À l'issue de cette réunion, une collaboration a été mise en place entre les radiologistes et la communauté du dépistage du cancer du sein, d'une part, et le Partenariat, d'autre part, en vue d'élaborer un cadre d'action sur les TRA mettant à leur disposition des recommandations en matière de politiques et de pratiques. Ce cadre sera publié l'année prochaine, mais des changements sont déjà en cours. L'objectif est que tous les programmes de dépistage du cancer du sein aient mis en œuvre des stratégies de réduction des TRA d'ici 2022, 67 % d'entre eux ayant déjà lancé des travaux dans ce sens. Aujourd'hui, les travaux pour réduire les TRA sont d'autant plus urgents que les programmes reprennent le dépistage, après l'interruption due à la pandémie de COVID-19, et qu'ils renforcent leur résilience en vue de se préparer à d'éventuelles nouvelles vagues. Les examens de dépistage donnant lieu à des faux positifs mènent à des contacts inutiles entre les patients concernés et le système de santé et à une utilisation superflue de ressources nécessaires pour résorber le retard accumulé.

EN 2018 :

**491 millions
de dollars**

ont été consacrés à la recherche
sur le cancer.

**5^e CONFÉRENCE
CANADIENNE SUR LA
RECHERCHE SUR
LE CANCER (CCRC) :**

900

chercheurs, stagiaires, cliniciens
et décideurs étaient présents.

À LA CCRC DE 2019 :

20

patients, aidants et représentants de
groupes de patients se sont associés
au Programme de participation des
patients à la recherche sur le cancer
et ont coprésidé des séances de la
conférence.

Harmoniser la recherche avec la lutte contre le cancer

En 2018, 491 millions de dollars ont été consacrés à la recherche sur le cancer, dont environ 27 millions ont été dépensés par les principales organisations de financement de la recherche du Canada, pour des projets de recherche sur les services de santé¹². Ces recherches, qui jouent un rôle essentiel pour améliorer les soins contre le cancer et l'expérience des patients, sont d'autant plus solides qu'elles s'appuient sur les lacunes et sur les difficultés mises en évidence par les cliniciens, les patients et le système de lutte contre le cancer dans son ensemble. Cette intégration de la recherche sur le cancer et de la lutte contre la maladie est au cœur de la *Vision canadienne de la recherche sur le cancer* (la Vision), qui s'aligne sur la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029*. La Vision souligne la nécessité d'une approche audacieuse et innovante de la recherche sur le cancer, qui permette la mise en pratique, au sein du système de lutte contre le cancer, des nouvelles connaissances et innovations disponibles.

L'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (ACRC), qui bénéficie d'un financement du Partenariat, a élaboré la Vision, en consultation avec le monde de la recherche dans son ensemble. Des initiatives sont en cours pour communiquer ces travaux aux chercheurs, aux instituts de recherche et à d'autres intervenants, partout au Canada, afin que l'ensemble des acteurs de la recherche au pays puissent travailler à l'atteinte d'objectifs communs à long terme.

Cette année, l'ACRC a également organisé, à Ottawa, sa cinquième conférence biennale ayant réuni près de 900 chercheurs, stagiaires, cliniciens et décideurs, qui ont pu découvrir les dernières avancées de la recherche canadienne sur le cancer et réseauter avec d'autres participants, dans toutes les disciplines de la recherche. La conférence de cette année reflétait, dans tous ses aspects, l'engagement de l'ACRC envers l'équité entre les sexes, notamment dans la composition des comités de planification, ainsi que dans le choix des présidentes ou présidents de séance et des oratrices ou orateurs, près de 80 % des répondants au sondage organisé après la conférence ayant estimé qu'elle avait atteint cet objectif.

Le Programme de participation des patients à la recherche sur le cancer (PPP), conçu pour intégrer les points de vue des patients dans la recherche canadienne, a constitué l'un des éléments clés de la conférence de cette année. Vingt patients, aidants et représentants de groupes de patients ont assisté à des séances conçues à leur intention, tout en participant au reste de la conférence. Cette année, les patients avaient un profil encore plus remarquable que les années précédentes et, pour la première fois, chacun des participants au PPP a coprésidé une séance de la conférence. La conférence a également accueilli une manifestation communautaire à laquelle ont participé 24 organisations nationales et locales de lutte contre le cancer et qui a donné lieu à des exposés d'éminents chercheurs sur le cancer. Près de 100 personnes, notamment des patients et des aidants, y ont assisté pour en apprendre davantage sur la recherche sur le cancer au Canada.

OBJECTIF :

↑ de **75 %**

du nombre de patients atteints d'un cancer participant à des essais cliniques, d'ici 2022

EN 2019-2020 :

4 200

patients sont actuellement engagés dans des essais cliniques, dans les centres de cancérologie participants.

Accroître l'accès aux essais cliniques

Les essais cliniques permettent aux chercheurs de mettre à l'essai de nouvelles approches pour prévenir, diagnostiquer et traiter le cancer, et aux patients, d'accéder rapidement à de nouveaux traitements prometteurs. Chaque année, environ 10 000 patients atteints d'un cancer participent à des essais cliniques au Canada, soit 4,7 % des patients qui reçoivent chaque année un diagnostic de cancer¹³.

Le Partenariat s'est engagé à accroître le recrutement de patients dans le cadre d'essais cliniques et finance, pour ce faire, le Réseau canadien d'essais cliniques sur le cancer (RCECC), une initiative visant à renforcer la capacité des centres canadiens à mener des essais cliniques sur le cancer, dirigés par des chercheurs. L'objectif fixé pour 2022, qui était d'accroître le recrutement, partout au pays, de 75 % par rapport à la valeur de référence de 2014, a été atteint cette année, près de 4 200 patients participant désormais aux essais relevant du RCECC. Cependant, toutes les provinces n'ont pas encore atteint cette cible, et les efforts visant à accroître la participation aux essais cliniques vont se poursuivre.

Étant donné que les essais cliniques sont généralement organisés dans les centres les plus importants, les personnes vivant dans des zones rurales ou éloignées ne sont souvent pas en mesure d'y participer. Pour résoudre ce problème, le Partenariat a offert un financement au RCECC afin de trouver des moyens d'élargir l'accès aux essais sur le cancer dans ces régions mal desservies. L'analyse des données probantes met également en évidence le manque d'essais cliniques axés sur les adolescents et les jeunes adultes atteints de cancer (AJA)¹⁴. Un nouveau financement du partenariat permettra au RCECC d'appuyer la coordination des essais cliniques ciblant les AJA, par l'entremise du Conseil C¹⁷, un réseau de centres pédiatriques.

OBJECTIF :

↓ de **10 %**

des taux de complications après une intervention de chirurgie thoracique, en Colombie-Britannique, en Ontario, au Québec et en Nouvelle-Écosse

Améliorer la qualité grâce aux rapports synoptiques

Les données synoptiques aident les chirurgiens et les pathologistes à comparer leurs pratiques et leurs résultats, par rapport à ceux de leurs pairs et aux lignes directrices cliniques, et à apporter les changements requis pour améliorer la qualité des soins.

Les rapports synoptiques utilisent des gabarits normalisés pour collecter et transmettre les données propres aux patients, notamment celles relatives aux prélèvements tissulaires et celles qui ont été recueillies lors des interventions chirurgicales. Ces données permettent non seulement d'éclairer les décisions thérapeutiques, mais également de suivre les variations, entre les cliniciens et entre les organisations, ainsi qu'à l'échelon du système dans son ensemble. Dans le cadre de projets financés par le Partenariat, partout au Canada, des groupes de chirurgiens et de pathologistes examinent les rapports de rétroaction synoptiques, en vue de s'inspirer de leurs pairs qui obtiennent de meilleurs résultats et de mettre en évidence les domaines qui nécessitent des améliorations sur le plan de la qualité. Par exemple, en Colombie-Britannique, en Ontario, au Québec et en Nouvelle-Écosse, les chirurgiens thoraciques se sont fixé comme objectif, au cours de la dernière année, de réduire de 10 % les taux de complications après une intervention chirurgicale et prennent des mesures pour y parvenir.

À l'Île-du-Prince-Édouard, où les interventions chirurgicales et les traitements gynécologiques de pointe du cancer sont pratiqués à l'extérieur de la province, les pathologistes se sont fixé comme objectif d'écourter de deux jours l'acheminement des échantillons prélevés par biopsie vers Halifax, ce qui permettrait d'accélérer le processus d'examen et d'aiguillage des patients.

CHAQUE ANNÉE

7 600

Canadiens âgés de 15 à 39 ans reçoivent un diagnostic de cancer.

SEULS

13 %

des AJA ont eu recours à une technique de préservation de la fertilité.

Répondre aux besoins des adolescents et des jeunes adultes atteints de cancer

Chaque année, 7 600 Canadiens âgés de 15 à 39 ans reçoivent un diagnostic de cancer. Ces adolescents et jeunes adultes (AJA) sont confrontés à des défis uniques au cours de leur parcours face au cancer, notamment en ce qui concerne les répercussions de leur traitement sur leur fertilité, leur perte d'indépendance et l'interruption de leurs études ou de leur carrière. Les jeunes adultes survivants du cancer peuvent, par exemple, éprouver des difficultés à (re)trouver un travail et lorsqu'ils y arrivent, ils sont plus susceptibles que le reste de la population de gagner moins de 40 000 \$ annuels¹⁵. Souvent, les AJA n'obtiennent pas le soutien dont ils ont besoin, la détermination de meilleurs traitements et de services de soutien à la survie ciblant cette population se heurtant à un déficit de données de qualité en la matière¹⁶.

Pour combler ces lacunes, le Partenariat a travaillé avec plus de 100 intervenants dans tout le pays, notamment des AJA et leur famille, pour élaborer le *Cadre canadien sur les soins et le soutien aux adolescents et aux jeunes adultes atteints de cancer*. Publié l'année dernière, ce document fixe les priorités pour améliorer les soins et les services ciblant cette population et orientera les politiques à adopter et les mesures à prendre, à tous les échelons, des fournisseurs de soins individuels à l'ensemble du système de lutte contre le cancer.

Des centres de cancérologie et d'autres intervenants utilisent d'ores et déjà ce cadre, et le Partenariat a commencé à travailler sur l'une de ses principales priorités. Bien que la perte de fertilité due aux traitements contre le cancer représente une source de grande détresse pour les AJA, ceux-ci sont encore peu nombreux à recevoir des conseils quant aux différents choix qui s'offrent à eux ou à être aiguillés, avant le début de leur traitement, vers des services offrant la conservation des ovules ou du sperme. Des données récentes ont montré qu'au Canada, seulement la moitié des AJA avaient eu une discussion sur la fertilité avec leur équipe médicale, et qu'ils n'étaient que 13 % à avoir eu recours à une technique de préservation de la fertilité¹⁷.

Cette année, le Partenariat a réuni des intervenants des secteurs de la fertilité et de la lutte contre le cancer pour déterminer la meilleure façon de traiter cet enjeu. Les efforts initiaux porteront sur l'ajout d'une question sur les risques en matière de fertilité aux outils de mesure des résultats signalés par le patient, déjà mis en œuvre, partout au pays, avec le soutien du Partenariat. On garantira ainsi que les patients sont bien informés de cet enjeu, avant le début de leur traitement, et que l'équipe médicale est bien consciente qu'il lui incombe d'effectuer le suivi ou les aiguillages appropriés.

**SUR LES PATIENTS ATTEINTS
D'UN CANCER SIGNALANT
LEURS SYMPTÔMES :**

35 %

ont signalé des niveaux de fatigue modérés à élevés.

20 %

ont signalé des niveaux d'anxiété modérés à élevés.

Améliorer la surveillance des symptômes chez les patients

Les personnes atteintes d'un cancer peuvent éprouver un large éventail de symptômes physiques et émotionnels, susceptibles de rendre leur expérience thérapeutique encore plus difficile. Près de 35 % des patients ayant subi un dépistage des symptômes signalent des niveaux de fatigue modérés à élevés, et 20 % déclarent des niveaux d'anxiété modérés à élevés.

Les outils de mesure des résultats signalés par le patient (RSP) permettent aux cliniciens de faire subir régulièrement aux patients un dépistage relatif aux difficultés signalées et de mettre en place les soins et les soutiens appropriés. Lors d'une phase précédente de cette initiative, le Partenariat a appuyé avec succès l'introduction des RSP dans huit provinces. Grâce à un financement du Partenariat, la Saskatchewan, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador élargissent maintenant leur utilisation des RSP en orientant leurs efforts sur l'intégration d'un accès plus précoce des patients aux soins palliatifs, et ce, en repérant, plus en amont, les patients susceptibles de tirer profit de tels soins, en leur faisant subir régulièrement un dépistage de leurs symptômes et en les mettant en relation avec les services dont ils ont besoin. Ces provinces offrent également une formation en soins palliatifs à un plus grand nombre de cliniciens, avec comme objectif d'améliorer leurs compétences dans des domaines comme la prise en charge des symptômes et le dialogue avec les patients et les familles au sujet de la planification préalable des soins. Certaines provinces élargissent le recours à une approche axée sur les soins palliatifs à d'autres milieux médicaux, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard collaborant en ce sens, avec, respectivement, des cabinets de médecine familiale et des établissements de soins de longue durée. Ce travail s'appuie sur le succès du Projet d'intégration des soins, mené en Ontario et financé par le Partenariat de 2014 à 2017, qui a amélioré la prestation des soins palliatifs, grâce au repérage et à la prise en charge rapides des patients susceptibles de tirer profit d'une approche axée sur les soins palliatifs, et ce, le plus en amont possible et dans tous les milieux de soins.

L'Ontario peut s'appuyer sur une décennie d'expérience en matière de RSP électroniques pour dépister les symptômes de détresse chez les patients, dans les 14 centres régionaux de cancérologie, par l'entremise du Programme ontarien de traitement collaboratif des symptômes du cancer. L'Alberta et le Québec s'appuient sur le succès des outils de mesure des RSP, pour les intégrer complètement à leurs systèmes d'information clinique. En Alberta, les données relatives aux RSP sont maintenant disponibles dans un tableau de bord, de sorte que les centres peuvent facilement avoir un aperçu des besoins des patients et planifier les ressources en conséquence. Le Québec a lancé une application par l'entremise de laquelle les patients peuvent signaler leurs symptômes à l'aide de leur téléphone cellulaire. Cet outil, permettant aux patients de prendre des rendez-vous médicaux à distance, de répondre au questionnaire de dépistage de la COVID-19 et de recevoir des messages texte leur indiquant lorsque leur clinicien est disponible, afin d'éviter les risques associés à leur présence dans une salle d'attente, s'est avéré encore plus précieux dans le contexte de la COVID-19.

Le Partenariat continue également de favoriser la diffusion des RSP dans tout le pays, en appuyant leur mise en œuvre en Colombie-Britannique, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon.

OBJECTIF :

47 %

des établissements adoptant des normes chirurgicales nationales pour la chirurgie thoracique, d'ici 2022

EN 2019-2020, LES CHIRURGIENS THORACIQUES ONT SIGNALÉ UNE

↑ de 17 %

du nombre d'établissements ayant adopté des normes chirurgicales.

Mobiliser les chirurgiens pour améliorer la qualité de la chirurgie du cancer

La chirurgie constitue le traitement le plus efficace pour de nombreux cancers, et près de 80 % des patients atteints de la maladie auront une consultation chirurgicale ou subiront une intervention chirurgicale, dans le cadre de leur traitement. En fait, on procède, chaque année, au Canada, à plus de 100 000 interventions chirurgicales contre le cancer¹⁸. On observe, cependant, d'importantes variations, d'un océan à l'autre, en matière de pratiques chirurgicales, certains patients subissant des complications après leur intervention, qui occasionnent des hospitalisations plus longues, la nécessité d'être réadmis à l'hôpital et parfois le décès. Au cours des trois dernières années, le Partenariat a publié des normes de qualité, fondées sur des données probantes, pour les chirurgies mammaire, rectale, thoracique et gynécologique, afin d'améliorer, partout au pays, la qualité des interventions chirurgicales, et d'obtenir de meilleurs résultats pour toutes les personnes atteintes d'un cancer¹⁹⁻²². Dans ce cadre, on peut déjà observer des signes de l'adoption de ces normes dans la pratique. Cette année, les chirurgiens thoraciques du Canada ont signalé que 48 % des établissements avaient adopté les normes chirurgicales, alors qu'ils n'étaient que 31 % l'année précédente, soit un pourcentage dépassant largement l'objectif de 35 %.

Étant donné que les chirurgiens exercent le plus souvent en dehors du système de lutte contre le cancer, le Partenariat a mis en place deux nouveaux réseaux pour communiquer avec eux et les encourager à adopter les quatre ensembles de normes. Le Réseau pancanadien de mise en œuvre des normes de chirurgie a organisé, dans sept provinces et territoires, des tournées de présentation des normes à l'occasion de séances scientifiques dans les hôpitaux. Des réunions ont également été tenues avec des chirurgiens, des administrateurs des soins de santé et des décideurs, pour plaider en faveur de la mise à disposition du personnel et des ressources nécessaires à la mise en œuvre de soins chirurgicaux de qualité élevée. Plus de 300 chirurgiens ont participé à ces activités.

Le Partenariat a également réuni, pour la première fois, 11 sociétés chirurgicales pancanadiennes afin de former le Canadian Network of Surgical Associations for Cancer Care (CANSACC) [réseau canadien des associations chirurgicales de soins contre le cancer]. Ces associations représentent tous les sièges de cancer et permettent au Partenariat d'établir une communication avec l'ensemble des chirurgiens spécialistes du cancer au pays. Le CANSACC offre une voix unifiée sur le monde de la chirurgie du cancer, en vue de promouvoir les normes établies, et sa vision partagée de soins chirurgicaux contre le cancer de calibre mondial pour tous les patients atteints de la maladie. Dans les premiers jours de la pandémie, ce réseau a également fourni des éléments d'orientation aux ministères provinciaux de la Santé sur la façon de prioriser les interventions chirurgicales, lorsque les services ont été suspendus, puis rétablis²³. Ce document d'orientation a été présenté par le Partenariat, lors de la Conférence des sous-ministres qui s'est tenue en avril.

Faire participer les patients à l'amélioration des soins contre le cancer

Pour qu'un système de lutte contre le cancer réponde véritablement aux besoins des personnes atteintes de la maladie, les patients et leur famille doivent contribuer à définir ses priorités et la façon dont les services sont fournis. Le Programme de représentation des patients et des familles du Partenariat permet d'atteindre cet objectif. Plus de 50 représentants, dans tout le Canada, participent aux comités, aux réseaux et aux activités du Partenariat, afin d'inclure l'expérience et les valeurs des patients, des survivants et des familles dans les travaux menés par ce dernier. Ces représentants ont, par exemple, joué un rôle important dans l'élaboration de la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029*, en déterminant des indicateurs permettant d'en mesurer les progrès et en créant le *Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030*. Il est indéniable que lorsque les patients et les familles s'expriment, on les écoute. Lors d'un sondage effectué l'année dernière, 95 % des représentants ont déclaré qu'ils estimaient avoir intelligemment utilisé leur temps en participant à ces activités, et que leurs opinions avaient été prises en considération.

Plus de 50

représentants des patients participant à des comités, à des réseaux et à des activités

95 %

des représentants ont estimé que leur participation avait constitué une utilisation judicieuse de leur temps.



Évaluer le fardeau des dépenses personnelles

S'il est vrai que la population canadienne bénéficie d'une protection universelle en matière de santé, il n'en demeure pas moins que les patients atteints d'un cancer doivent payer, personnellement, pour un certain nombre de dépenses, notamment des médicaments, des soins à domicile et les frais encourus pour se rendre à leur rendez-vous (frais de déplacement et de stationnement). Sachant que de nombreuses personnes ne peuvent pas travailler durant leur traitement, ce fardeau économique ne fait qu'ajouter au stress subi par les patients et leur famille.

On ne disposait pas, jusqu'à présent, d'une représentation claire de la portée et de l'ampleur des dépenses personnelles des patients et de leur variation d'un océan à l'autre. C'est en vue de combler ces lacunes en matière de données que le Partenariat s'est associé à Statistique Canada, afin de coupler une série de bases de données nationales à l'Environnement de couplage de données sociales de l'organisme. Le couplage de données, notamment celles relatives aux diagnostics et aux résultats du cancer, au recensement, aux revenus et à l'immigration, permet d'effectuer de nouvelles analyses instructives, dans une optique d'équité, et de mieux comprendre les lacunes au sein du système de lutte contre le cancer.

Un projet, réalisé à partir de ces analyses, visait à effectuer un nouveau couplage entre le Registre canadien du cancer et l'Enquête sur les dépenses des ménages réalisée chaque année par Statistique Canada. Les résultats ont permis au Partenariat de disposer des données permettant de mieux appréhender le fardeau des dépenses personnelles pesant sur les patients atteints d'un cancer à l'échelle du pays, notamment, par province et territoire, par type de cancer et pour différents groupes de population, comme les personnes à faible revenu ou les jeunes adultes. L'analyse de ces données, qui est en cours, fournira des renseignements essentiels pour orienter les solutions stratégiques et améliorer le soutien offert par les programmes de soins.

Afin de remédier aux difficultés en matière de déplacement éprouvées par les patients atteints d'un cancer, au tout début de la pandémie de COVID-19, le Partenariat a débloqué des fonds et des soutiens visant à faciliter les déplacements des patients des Premières Nations, des Inuits et des Métis, se rendant des territoires canadiens vers la Colombie-Britannique, le Manitoba ou l'Ontario, pour s'y faire soigner.



Aborder la planification de la main-d'œuvre grâce à de nouveaux modèles de soins

Partout au pays, le système de lutte contre le cancer est aux prises avec des problèmes de ressources humaines. Majoritairement, les soins contre le cancer sont dispensés par des spécialistes, en nombre limité et résidant rarement en dehors des principaux centres urbains. De plus, bon nombre de provinces et de territoires ne sont pas en mesure de recruter et de maintenir en poste les spécialistes dont ils ont besoin. À ce chapitre, il existe également d'importantes variations entre les provinces : l'une d'entre elles dispose, par exemple d'un radio-oncologue, pour 280 nouveaux cas de cancer, tandis que, dans une autre, ce ratio est d'un pour 522 cas, soit pratiquement deux fois plus de cas par spécialiste. Des solutions existent, comme la mise en œuvre de nouveaux modèles de soins (notamment les soins virtuels) et le transfert d'une part plus importante des soins de suivi vers les fournisseurs de soins primaires; toutefois, leur adoption à grande échelle reste limitée au Canada.

Le Partenariat, conjointement avec l'Association canadienne des agences provinciales du cancer (ACAPC), collabore avec ses partenaires, notamment d'autres organisations pancanadiennes de santé, pour recenser des approches novatrices, fondées sur des données probantes, actuellement mises en œuvre au Canada et ailleurs dans le monde, et pour s'en inspirer. Dans une première étape, le Partenariat a aidé les provinces et les territoires à obtenir une localisation géographique de leurs problèmes d'offre et de demande, grâce à un nouvel outil de géocartographie qui permet de superposer les lieux d'exercice des spécialistes du cancer (oncologues médicaux, chirurgiens thoraciques, etc.) et les cas de cancer, ainsi que de décès dus à la maladie. Le Partenariat a également rencontré des représentants de l'ensemble des provinces et des territoires, afin de mettre en évidence les défis particuliers auxquels ils font face en matière de ressources humaines, ainsi que leurs réussites dans l'utilisation de différents modèles de soins. Sur la base de ces renseignements, le Partenariat déterminera des pratiques exemplaires relatives aux modèles de soins, susceptibles d'accroître l'efficacité du système de lutte contre le cancer dans son ensemble, ainsi que l'accès aux soins et l'équité dans ce domaine. Par exemple, les patients pourraient recevoir des soins d'un omnipraticien spécialisé en oncologie plus près de chez eux, plutôt que de devoir se déplacer dans un grand centre pour consulter un spécialiste.



PRÉPARER L'AVENIR

Le Partenariat et ses partenaires mettent en œuvre différentes mesures pour atteindre les principales priorités de la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029*.

Le Canada réalise des progrès vers le dépistage organisé du cancer du poumon

Pour une personne atteinte d'un cancer du poumon, un diagnostic précoce est essentiel, le traitement étant alors plus efficace et la probabilité de survie augmentant considérablement.

Au Canada, seul un cas de cancer du poumon sur cinq est diagnostiqué à un stade précoce²⁴. Pour combler cette lacune, le Partenariat travaille avec des partenaires, de partout au pays, afin de mettre en place des programmes de dépistage organisé du cancer du poumon ciblant les personnes présentant un risque élevé, ce qui constitue l'une des priorités clés recensées dans la Stratégie. Bien qu'aucun programme provincial ou territorial de dépistage organisé du cancer du poumon n'existe encore au Canada, l'Ontario met en œuvre, depuis juin 2017, un programme pilote, dans quatre centres.

Les essais de recherche montrent que l'utilisation de la tomodensitométrie à faible dose, utilisée pour le dépistage du cancer du poumon chez les personnes présentant un risque élevé, réduit le nombre de décès dus à la maladie de 20 % à 24 %²⁵. Introduit à l'échelle du pays, ce dépistage pourrait sauver des milliers de vies, sachant que cette maladie tue plus de personnes, chaque année, au Canada, que les cancers du côlon, du sein et de la prostate réunis¹.

Construction d'une analyse de rentabilité

Étant donné la solidité de ces données probantes, les partenaires, d'un océan à l'autre, sont impatients de mettre en œuvre un tel programme de dépistage dans leur province ou dans leur territoire.

Le Partenariat a donc élaboré, en collaboration avec l'Association canadienne des agences provinciales du cancer et le Réseau pancanadien de dépistage du cancer du poumon, une analyse de rentabilité standard, pouvant être utilisée pour présenter aux décideurs les données probantes et les éléments justifiant la mise en œuvre d'un programme de dépistage organisé du cancer du poumon. Grâce à son outil de modélisation OncoSim, le Partenariat a fourni des renseignements propres à chaque province et à chaque territoire, en matière de rapport coût-efficacité, de ressources nécessaires et de résultats attendus pour les patients, leur permettant ainsi de personnaliser et d'améliorer leur analyse de rentabilité justifiant la mise en œuvre d'un programme. Une boîte à outils a également été créée pour aider les provinces et les territoires à mettre en évidence les forces sur lesquelles ils peuvent s'appuyer, à partir de leurs programmes existants de dépistage du cancer colorectal, du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, ainsi que les lacunes à combler et les occasions de lancer un dialogue avec les partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et avec d'autres populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant, en vue d'élaborer des programmes de dépistage sécuritaires sur le plan culturel et répondant aux besoins des communautés.

Travail en partenariat

Les progrès constants du Canada vers la mise en place de programmes de dépistage organisé du cancer du poumon mettent en évidence les atouts de l'approche collaborative, adoptée par le Partenariat. Depuis plusieurs années, des partenaires de toutes les régions du pays participent au Réseau pancanadien de dépistage du cancer du poumon, examinant les dernières données probantes et se préparant à se mobiliser, dans un contexte où les arguments en faveur du dépistage ciblant les populations présentant un risque élevé s'accumulent. Les provinces et les territoires peuvent désormais s'appuyer sur ces connaissances spécialisées mises en commun. À ce jour, 11 provinces et territoires ont pris des mesures pour mettre en place un programme de dépistage du cancer du poumon. Dans ce cadre, l'année prochaine, le Partenariat fournira aux partenaires concernés un financement qui leur permettra d'accélérer la planification et la mise en œuvre de ces programmes. Ces travaux se poursuivent, en dépit de la pandémie de COVID-19, et le Partenariat fournit un soutien supplémentaire pour la gestion de projet afin d'aider les partenaires à faire avancer leur programme.

Cette détermination à mettre la recherche en pratique de manière intelligente et collaborative a fait du Canada un chef de file international en matière de dépistage du cancer du poumon. Et, au fur et à mesure que le dépistage organisé sera introduit d'un océan à l'autre, les avantages de ce leadership se concrétiseront, de manière évidente, par une diminution du nombre de vies perdues du fait du cancer du poumon.



Disparités et cancer du poumon

Au fur et à mesure que les provinces et les territoires planifient leur programme de dépistage, la résolution des problèmes liés à l'équité deviendra hautement prioritaire. Au Canada, le fardeau du cancer du poumon pèse plus lourdement sur certaines populations, notamment les personnes à faible revenu, celles vivant dans des régions rurales ou éloignées, ainsi que les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Ces inégalités sont clairement présentées dans un rapport du Partenariat sur les disparités en matière de cancer du poumon, qui sera publié à l'automne 2020.

Ce rapport reflète un partenariat mis en place avec Statistique Canada en vue de coupler, pour la première fois, le Registre canadien du cancer avec d'autres ensembles de données nationaux, permettant ainsi aux chercheurs et aux décideurs d'analyser la façon dont des paramètres comme le revenu, la situation géographique ou d'autres facteurs se répercutent sur l'incidence du cancer du poumon, sur l'accès aux traitements et sur les taux de survie. Les résultats obtenus contribueront à éclairer les politiques et les stratégies visant à améliorer la sensibilisation des populations mal desservies, ainsi que les services qui leur sont offerts.

Création, avec des partenaires, d'un Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est presque entièrement évitable et facilement guérissable lorsqu'il est détecté et traité à un stade précoce. Pourtant, chaque année, au Canada, plus de 1 300 femmes reçoivent un diagnostic de cancer du col de l'utérus, et plus de 400 décèdent de cette maladie²⁶.

D'autres pays dans le monde doivent relever ce défi et partagent un objectif commun. L'Organisation mondiale de la Santé et l'Union internationale pour la lutte contre le cancer ont donc lancé un appel à l'action pour éradiquer le cancer du col de l'utérus, partout sur la planète, avant la fin du siècle.

Aujourd'hui, le Partenariat dirige les efforts visant à faire du Canada un chef de file mondial dans le cadre de ce mouvement planétaire, avec comme objectif d'éliminer le cancer du col de l'utérus au pays d'ici 2040*.

Élaboration d'un plan pancanadien

Le *Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030*, élaboré avec des partenaires de l'ensemble du Canada, intègre des données probantes issues de la recherche et de la pratique, des conseils d'experts nationaux et internationaux, ainsi que les points de vue des patientes et du public. Un dialogue avec les partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis a servi de base à la définition de priorités propres aux peuples autochtones dans le cadre de ce plan d'action. En février, à l'occasion de la Journée mondiale contre le cancer, le Partenariat a réuni près de 100 partenaires pour examiner et approuver la première version de ce plan d'action et commencer à planifier leurs rôles respectifs dans le cadre de sa mise en œuvre.

Trois priorités claires — l'amélioration des taux de vaccination contre le VPH, le remplacement du test Pap par le test de détection du VPH, comme examen de dépistage primaire, et l'amélioration du suivi des résultats de dépistage anormaux — ont émergé de ce processus exhaustif de mobilisation, toutes ces mesures faisant déjà partie de la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029*. Afin d'aller de l'avant dans le cadre de ces priorités, on a défini des cibles et des mesures à prendre, et désigné des partenaires chargés de la mise en œuvre. Les travaux s'appuieront sur la réussite des programmes déjà en place.

Le Plan d'action met également l'accent, de manière intentionnelle, sur l'équité. Tout au long de ce plan, on insiste sur l'élimination des inégalités et sur les obstacles rencontrés par certaines populations, notamment celles qui vivent dans des collectivités rurales ou éloignées, les personnes ayant de faibles revenus, ainsi que les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Les priorités et les mesures propres aux peuples autochtones

répondent aux réalités particulières, en matière de prévention et de soins du cancer du col de l'utérus, des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Du Plan aux mesures concrètes

L'élimination, d'ici 2040, du cancer du col de l'utérus constitue un objectif ambitieux, pour l'atteinte duquel il convient de commencer à travailler sans attendre. Le remplacement du test Pap par le test de détection du VPH constitue, dans ce cadre, une mesure particulièrement urgente. La modélisation effectuée à partir de l'outil OncoSim du Partenariat montre que la mise en œuvre rapide du test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire permettra de sauver des vies et qu'elle aura la plus grande incidence sur la capacité du Canada à atteindre son objectif pour 2040. La pandémie de COVID-19 constitue un facteur incitatif supplémentaire à une adoption rapide de cette mesure; en effet, le test de détection du VPH peut être effectué par autoprélèvement, permettant ainsi de réduire le nombre d'interactions en personne entre les patients et le système de soins de santé.

Le Plan d'action sera lancé cet automne, accompagné de financements pour les provinces et les territoires afin qu'ils puissent faire avancer les priorités qu'il énonce. Des travaux sont déjà en cours, avec des partenaires, pour accélérer l'adoption de mesures dans plusieurs domaines, par exemple l'amélioration des taux de vaccination contre le VPH et l'introduction du test de détection du VPH.

Au bout du compte, le succès du Plan d'action dépendra de la participation d'un large groupe de partenaires de mise en œuvre, appartenant aux systèmes de lutte contre le cancer, de santé publique et de soins primaires; aux organisations et aux gouvernements des Premières Nations, des Inuits et des Métis; et aux organisations non gouvernementales œuvrant dans les domaines du cancer et de l'équité en santé. Le travail à l'échelon communautaire joue un rôle essentiel et nécessitera la mise en œuvre d'activités de sensibilisation et de communication dans les écoles et auprès des dirigeants communautaires. Le Partenariat est déterminé à agir. Grâce à ces efforts, le Canada parviendra à atteindre son objectif d'éradication du cancer du col de l'utérus, pour le plus grand profit des enfants de cette génération et des générations futures.

* Le Canada utilise la définition de l'Organisation mondiale de la Santé concernant l'élimination du cancer du col de l'utérus : moins de 4 cas de cancer du col de l'utérus pour 100 000 femmes, taux normalisé en fonction de l'âge de la population mondiale.

Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030

Priorités et cibles

PRIORITÉ 1 : Améliorer les taux de vaccination contre le VPH

D'ICI 2025

90 %

des jeunes de 17 ans seront entièrement vaccinés contre le VPH

PRIORITÉ 2 : Mettre en œuvre le test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire

D'ICI 2030

90 %

des personnes admissibles auront subi un test de détection du VPH

90 %

des personnes admissibles seront à jour quant au dépistage du cancer du col de l'utérus

Pas moins de

80 %

des personnes admissibles appartenant à tout groupe identifiable seront à jour quant au dépistage du cancer du col de l'utérus

PRIORITÉ 3 : Améliorer le suivi des résultats de dépistage anormaux

D'ICI 2030

90 %

de toutes les personnes ayant obtenu un résultat de dépistage anormal (test de détection du VPH positif) devront avoir un plan de suivi clair et approprié, conçu et communiqué dans les trois mois suivant le test associé au résultat positif

90 %

de toutes les personnes considérées comme présentant un risque élevé d'anomalies importantes du col de l'utérus subiront une colposcopie en temps opportun

Pas moins de

90 %

des personnes de tout groupe identifiable feront l'objet d'un suivi

Priorités propres aux peuples autochtones en matière de prévention et de soins du cancer du col de l'utérus



PRIORITÉ 1 :

Des soins adaptés à la culture dispensés plus près du domicile



PRIORITÉ 2 :

Des soins contre le cancer propres aux peuples autochtones et déterminés par ces derniers



PRIORITÉ 3 :

Des recherches et des systèmes de données régis par les Premières Nations, les Inuits ou les Métis

Assumer un rôle de leadership sur les scènes nationale et internationale

De nombreux pays sont confrontés aux mêmes défis que le Canada dans leur lutte contre le cancer. Certains ont élaboré des solutions dont nous pouvons nous inspirer. Dans d'autres cas, c'est le Canada qui a fait des progrès susceptibles de profiter à d'autres pays. Les manifestations suivantes ont été l'occasion de partager des leçons et des pratiques exemplaires, qui aideront le Partenariat dans ses travaux visant à faire progresser la Stratégie.

Améliorer les résultats du cancer chez les Autochtones :

La 2^e World Indigenous Cancer Conference, qui s'est tenue en Alberta, a réuni plus de 500 chercheurs, cliniciens, décideurs et intervenants clés autochtones, pour discuter des progrès et des innovations dans la recherche sur le cancer. Cette manifestation a offert au Partenariat l'occasion d'appuyer une conférence d'importance mondiale et d'en apprendre davantage sur des approches couronnées de succès, visant à améliorer les résultats du cancer chez les Autochtones partout sur la planète. Le Partenariat a également pu faire part de sa propre expérience concernant la création et le renforcement, au fil de nombreuses années, de relations de confiance et de collaboration avec des partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et la façon dont il mobilise ces partenaires dans le cadre de multiples initiatives.

Mobiliser des voix diversifiées : Lors de la conférence de 2019 de l'Association internationale pour la participation publique (AI2P), le Partenariat a reçu deux prix en reconnaissance du dialogue exceptionnel qu'il a su établir avec les collectivités et avec le public, à l'occasion de l'actualisation de la Stratégie. Ces prix, dans les catégories « Meilleur projet de l'année » et « Respect pour la diversité, l'inclusion et la culture », rendent compte de l'engagement du Partenariat à s'attaquer aux enjeux en matière d'équité et à mobiliser activement des voix diversifiées, notamment celles des Premières Nations, des Inuits et des Métis, ainsi que celles des membres de collectivités mal desservies, d'un océan à l'autre.

Communiquer la *Vision canadienne de la recherche sur le cancer* :

La Conférence canadienne sur la recherche sur le cancer de 2019, la cinquième conférence de ce type dirigée par l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer et hébergée par le Partenariat, a été l'occasion d'établir des relations avec des chercheurs, des cliniciens, des patients et des membres du public, afin de mieux faire connaître la Stratégie actualisée et ses liens avec la *Vision canadienne de la recherche sur le cancer*.

Assumer un rôle de leadership en matière de soins holistiques :

La présidente-directrice générale du Partenariat a prononcé le discours d'ouverture lors du World Congress of Psycho-Oncology organisé par l'Association canadienne d'oncologie psychosociale et par l'International Psycho-Oncology Society. Cette manifestation a été l'occasion de faire connaître les travaux du Partenariat à un large public de chercheurs en santé, de décideurs et d'organisations de patients, afin de veiller à ce que les initiatives du Partenariat continuent de refléter les besoins holistiques des patients et d'y répondre.

Collaborer avec d'autres organisations pancanadiennes de santé

Le Partenariat travaille en étroite collaboration avec d'autres organisations pancanadiennes de santé (OPS) afin de faire avancer des travaux communs. Voici, ci-après, quelques-uns des efforts collaboratifs de l'année écoulée.

Travailler collectivement : Le Partenariat participe à la nouvelle table entre les PDG des OPS et Santé Canada visant à mettre en évidence des occasions de planification conjointe et de mise en cohérence des travaux. Il s'agit, notamment, de travailler immédiatement sur la reprise des services de santé, pendant et après la pandémie de COVID-19, et sur la meilleure façon d'exploiter l'élan créé par un système de santé en évolution et qui a besoin de nouvelles approches en matière de soins. Le Partenariat étudie comment il pourrait favoriser encore plus la mise en place de modèles de soins innovants après la pandémie de COVID-19, par exemple, en améliorant les liens avec les patients par l'intermédiaire des soins virtuels, et en offrant un accès plus important au dépistage du cancer à domicile.

Mettre les atouts en commun : Un partenariat avec la FCASS a permis de donner plus d'ampleur à l'initiative du Partenariat visant à accroître le nombre d'ambulanciers paramédicaux formés à la prestation de soins palliatifs à domicile, dans tout le pays.

Éviter le chevauchement des tâches : Les responsables de la santé des Autochtones au sein des OPS travaillent ensemble pour mettre en évidence des occasions d'améliorer la collaboration avec les partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis, tout en évitant le chevauchement entre les organisations. Ces organisations ont déterminé que la formation en sensibilisation culturelle, avec leurs propres partenaires et leurs propres réseaux, constituait un possible domaine d'action partagée.

Élargir la diversité : Le Partenariat collabore avec la FCASS en vue de partager des connaissances et des outils pratiques avec les organisations de soins de santé, d'un océan à l'autre, afin d'accroître leur capacité à mobiliser des groupes et des patients diversifiés. Cet effort collaboratif a débouché sur le *Cadre de diversification de la participation du patient*, un outil permettant d'appuyer des initiatives de mobilisation diverses et inclusives.

Comblent les lacunes en matière de données : Un partenariat avec Statistique Canada, visant à coupler le Registre canadien du cancer à diverses bases de données nationales, fournit des données précieuses sur la façon dont des facteurs tels que le niveau de revenu, la géographie et le statut d'immigration se répercutent sur l'accès aux traitements du cancer, sur les résultats (par exemple, les taux d'incidence et de survie) et sur les enjeux financiers, comme les dépenses personnelles engagées pour obtenir des soins contre le cancer. Le Partenariat travaille également avec d'autres organisations, dont l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, pour définir des identifiants de race et d'ethnicité dans les bases de données sur les soins de santé, afin de mieux cerner les disparités en matière d'accès et de résultats.

MONTREZ L'EXEMPLE PAR L'INNOVATION EN 2020-2021

La pandémie de COVID-19 a engendré des défis pour les patients et les systèmes de soins de santé et de lutte contre le cancer dans tout le pays. Le Partenariat y a répondu et continue d'y répondre par un leadership coopératif et par des approches novatrices.

Depuis le début de la pandémie, le Partenariat travaille en étroite collaboration avec d'autres organisations pancanadiennes de santé, ainsi qu'avec des programmes et des réseaux provinciaux et territoriaux de lutte contre le cancer, partout au pays, en vue de faire face aux répercussions néfastes de la COVID-19 sur la santé de la population canadienne et d'appuyer les plans de rétablissement des services de soins contre le cancer, en toute sécurité et dans les meilleurs délais.

La complexité de cette tâche a conduit au renouvellement de partenariats et à un engagement à travailler en commun pour trouver des solutions. Cette situation difficile a, toutefois, également été l'occasion d'accélérer les travaux dans un certain nombre de domaines, répertoriés dans la Stratégie, susceptibles d'aider le système de lutte contre le cancer à s'adapter à la COVID-19, tout en s'attaquant aux inégalités et aux obstacles en matière de soins auxquels font face de nombreuses personnes dans ce pays.

Faire progresser la Stratégie : répondre à la COVID-19

En tant que coordonnateur de la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer*, le Partenariat collabore avec des partenaires de l'ensemble du système de lutte contre le cancer, sur des approches novatrices favorisant le rétablissement des services dans ce secteur, tout en faisant progresser plus rapidement les priorités énoncées dans la Stratégie. Les initiatives suivantes du Partenariat se feront encore plus urgentes en 2020-2021, à la lumière de la COVID-19.

Accélérer la mise en œuvre des tests de détection du VPH pour le dépistage du cancer du col de l'utérus : Le Partenariat lancera le *Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030* et fournira des financements aux provinces et aux territoires, afin qu'ils puissent faire avancer les différentes priorités qu'il énonce. Il s'agira notamment d'aider les partenaires à adopter rapidement le recours aux tests de détection du VPH. Ces derniers, constituant l'une des priorités essentielles du Plan d'action, s'avèrent plus efficaces que le test Pap par frottis, et peuvent être effectués à domicile, par autoprélèvement, réduisant ainsi les interactions en personne avec le système de santé.

Étendre l'utilisation des trousse de dépistage du cancer colorectal à domicile : Le Partenariat soutiendra les provinces et les territoires qui souhaitent organiser l'envoi, à domicile, de trousse de dépistage, directement aux personnes concernées, afin qu'elles n'aient plus besoin de se rendre chez un fournisseur de soins de santé pour obtenir la trousse. Cette démarche permettra d'améliorer l'accès au dépistage dans les régions rurales ou éloignées, tout en réduisant le nombre des consultations médicales en personne.

Réduire les taux de rappel pour anomalie : Le Partenariat publiera son nouveau cadre d'action pour optimiser les taux de rappel pour anomalie (TRA) dans le dépistage du cancer du sein, et collaborera avec les provinces et les territoires, avec les programmes de dépistage organisé du cancer du sein, ainsi qu'avec les radiologistes, en vue de réduire ces TRA. Une baisse des TRA permettra d'améliorer les soins fournis aux patientes, de diminuer le nombre d'examens inutiles et de réduire les pressions exercées sur le système de soins de santé, lorsque le dépistage reprendra.

Étendre l'utilisation d'outils numériques : Le Partenariat étudiera la meilleure façon de s'appuyer sur la mise en place réussie, au Québec, d'une application pour téléphone cellulaire permettant aux patients de signaler eux-mêmes leurs résultats (RSP), en vue de mettre en œuvre un outil similaire dans d'autres provinces et dans les territoires. Outre le dépistage des symptômes physiques et émotionnels des patients, cette application contribue à rendre plus sécuritaires les rendez-vous médicaux pendant la pandémie.

Étendre l'accès aux soins palliatifs : Le programme du Partenariat visant à former des ambulanciers paramédicaux à la prestation de soins palliatifs à domicile continuera de s'étendre et de s'accélérer, en réponse à la COVID-19. Les ambulanciers paramédicaux de deux régions de l'Ontario et du Manitoba ont déjà commencé à fournir des soins de qualité élevée, permettant ainsi de réduire les sollicitations des services d'urgence des hôpitaux.

Mettre en œuvre des solutions en matière de planification de la main-d'œuvre : Le Partenariat publiera son nouvel outil de géocartographie, qui permettra aux provinces et aux territoires de visualiser, sur des cartes, les lieux qui enregistrent des pénuries de ressources humaines, et de commencer à envisager de nouveaux modèles de soins, susceptibles de les aider à combler ces lacunes et à fournir des soins plus près du domicile des patients.

Offrir un soutien aux soins virtuels : Les soins virtuels sont devenus une priorité dans le contexte de la pandémie. Le Partenariat finance les provinces et les territoires ayant recours à ce type de soins, en vue de poursuivre la prestation des services durant la pandémie, et explorera d'autres occasions de favoriser la mise en œuvre de tels services, au fur et à mesure qu'elles se présenteront.

Faire progresser la Stratégie : améliorer l'équité

Le Partenariat accélère également la prise de mesures relatives à la mise en œuvre des initiatives faisant progresser les objectifs de la Stratégie en matière d'élimination des obstacles à la prestation de soins contre le cancer de grande qualité et au soutien des personnes, tout au long de leur parcours face au cancer. Il s'agit notamment de travaux collaboratifs avec des partenaires en vue d'aller de l'avant dans les domaines ci-après.

Établir des programmes de dépistage du cancer du

poumon : Dans un contexte où les provinces et les territoires poursuivent leurs efforts de mise en place de programmes de dépistage du cancer du poumon ciblant les personnes présentant un risque élevé, le Partenariat fournira des financements pour leur permettre d'accélérer la planification et la mise en œuvre de ces programmes.

Faire avancer les priorités propres aux peuples

autochtones : Le Partenariat continuera d'appuyer le travail des partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis, à mesure qu'ils élaboreront ou mettront en œuvre des plans de lutte contre le cancer propres aux peuples autochtones, dans chaque province et chaque territoire.

Atteindre les populations mal desservies : Les efforts visant à accroître la participation au dépistage du cancer colorectal se poursuivront. À cette fin, cinq provinces et territoires ont mobilisé des groupes communautaires en vue d'élaborer des solutions locales pour surmonter les obstacles rencontrés par les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant.

Accroître l'accès des populations rurales aux essais

cliniques : Le Partenariat augmentera le financement destiné au RCECC, afin d'améliorer l'accès aux essais cliniques pour les personnes vivant dans des zones éloignées ou rurales. Ces fonds permettront également au RCECC de collaborer avec un réseau de centres pédiatriques, en vue d'augmenter le nombre d'essais cliniques ciblant les adolescents et les jeunes adultes atteints d'un cancer.

Répondre aux besoins en matière d'oncofertilité des adolescents et des jeunes adultes :

Le Partenariat poursuivra sa recherche de solutions en vue de préserver la fertilité des adolescents et des jeunes adultes atteints d'un cancer, en travaillant avec des partenaires pour que cet enjeu soit inclus dans les outils de dépistage liés aux résultats signalés par les patients, afin que ces derniers puissent bénéficier du suivi approprié. Une collaboration avec la Société canadienne du cancer et avec d'autres intervenants permettra de déterminer les parcours et les processus cliniques requis pour la mise en relation des patients avec des services de préservation de la fertilité.

Étendre l'accès aux thérapies de remplacement de la

nicotine : Le Partenariat travaillera avec les provinces et les territoires sur une analyse de rentabilité visant à soutenir un accès accru aux thérapies de remplacement de la nicotine, qui constituent des aides importantes en matière d'abandon du tabagisme.

Amélioration de la qualité de la chirurgie du cancer :

La publication de l'appel à l'action du Canadian Network of Surgical Associations for Cancer Care (CANSACC) favorisera l'émergence d'une nouvelle vision des soins chirurgicaux qui permettra d'améliorer les soins pour tous les patients atteints d'un cancer.

Façonner un système de lutte contre le cancer pour l'avenir

Dans la perspective de 2020-2021, le Partenariat continuera d'aider les partenaires et les dirigeants des systèmes de lutte contre le cancer à surmonter les défis créés par la COVID-19. Tout au long de la pandémie, le Partenariat a fait montre, et continuera de faire montre, d'un solide leadership, en redéfinissant rapidement les travaux prioritaires et en préconisant des approches novatrices pour aider le système de lutte contre le cancer à réagir à un environnement en évolution rapide.

Dans le même temps, le Partenariat reste déterminé à diriger la mise en œuvre de la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029*. De concert avec ses partenaires, il continuera de façonner un système de lutte contre le cancer pour l'avenir et pour l'ensemble de la population canadienne.

Conseil d'administration

Du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020



Graham Sher, M.D.

Président, Partenariat canadien contre le cancer; président-directeur général, Société canadienne du sang



Helen Mallovy Hicks

Vice-présidente, Partenariat canadien contre le cancer; associée et leader mondiale du groupe Évaluation, PricewaterhouseCoopers s.r.l.



Julien Billot

Président et chef de la direction, Scale Ai; professeur associé, HEC Montréal



Ruby Brown

Sous-ministre de la Santé, gouvernement du Nunavut (*élue en octobre 2019*)



Ewan Clark

Conseiller juridique, Cox & Palmer



André Corriveau, M.D.

Consultant en santé publique (*élu en octobre 2019*)



Michael Crump, M.D.

Hématologue et chercheur clinicien, Princess Margaret Cancer Centre (*élu en octobre 2019*)



Linda Dempster

Vice-présidente, Expérience des patients, Fraser Health Authority (*élue en octobre 2019*)



Darren Dick

Directeur des relations extérieures, École de droit Schulich, Université Dalhousie



Mélanie Fraser

Sous-ministre associée, Services de santé, ministère de la Santé de l'Ontario (*élue en octobre 2019*)



Desirée Hao, M.D.

Oncologue médicale, Tom Baker Cancer Centre; professeure agrégée de médecine, Cumming School of Medicine, Université de Calgary (*élue en octobre 2019*)



Karen Herd

Sous-ministre de la Santé, des Aînés et de la Vie active, Manitoba



Matt Herman

Directeur général, Santé publique et des populations, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (*a quitté le conseil en juin 2019*)



Abby Hoffman

Observatrice; sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique; Santé Canada

CONSEIL D'ADMINISTRATION



Eshwar Kumar, M.D.

Médecin hygiéniste, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé



Darren Larsen, M.D.

Médecin hygiéniste en chef, OntarioMD
(élu en octobre 2019)



Jean Latreille, M.D.

Observateur; directeur national, Programme québécois de cancérologie, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec



Victoria Lee, M.D.

Présidente et chef de la direction, Fraser Health Authority, Colombie-Britannique
(a quitté le conseil en juin 2019)



Mary Catherine Lindberg

Consultante en santé *(a quitté le conseil en septembre 2019)*



Cynthia Morton

Présidente-directrice générale, Partenariat canadien contre le cancer



Crystal Nett

Vice-présidente adjointe, Stratégie, Saskatchewan Polytechnic
(a quitté le conseil en juin 2019)



Mary O'Neill

Directrice d'entreprise



Ian Rongve

Sous-ministre adjoint, Division des services provinciaux, hospitaliers et de laboratoire, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique *(élu en octobre 2019)*



David Sabapathy, M.D.

Médecin hygiéniste en chef adjoint, ministère de la Santé et du Bien-être de l'Île-du-Prince-Édouard



Andrea Seale

Chef de la direction, Société canadienne du cancer *(élu en juin 2019)*



Cheryl Smith

Préfète, municipalité rurale de Saint-Laurent; directrice, Association des municipalités du Manitoba



William Young

Associé principal, Monitor Clipper Partners
(a quitté le conseil en juin 2019)



Jeff Zweig

Directeur général, Mosaic Forest Management

Rapport de l'auditeur indépendant

Aux membres du Partenariat canadien contre le cancer

Opinion

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints du Partenariat canadien contre le cancer (ci-après le « Partenariat »), qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2020 et les états des résultats, de l'évolution des actifs nets et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes complémentaires aux états financiers, y compris un résumé des principales méthodes comptables.

À notre avis, les états financiers ci-joints donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Partenariat canadien contre le cancer au 31 mars 2020, ainsi que des résultats de son exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour les organismes sans but lucratif.

Fondement de l'opinion

Nous avons effectué notre audit conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Les responsabilités qui nous incombent en vertu de ces normes sont plus amplement décrites dans la section « Responsabilités de l'auditeur à l'égard de l'audit des états financiers » du présent rapport. Nous sommes indépendants du Partenariat conformément aux règles de déontologie qui s'appliquent à notre audit des états financiers au Canada et nous nous sommes acquittés des autres responsabilités déontologiques qui nous incombent selon ces règles. Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

Responsabilités de la direction et des responsables de la gouvernance à l'égard des états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour les organismes sans but lucratif, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Lors de la préparation des états financiers, c'est à la direction qu'il incombe d'évaluer la capacité du Partenariat à poursuivre son exploitation, de communiquer, le cas échéant, les questions relatives à la continuité de l'exploitation et d'appliquer le principe comptable de continuité d'exploitation, sauf si la direction a l'intention de liquider l'organisme ou de cesser son activité ou si aucune autre solution réaliste ne s'offre à elle.

Il incombe aux responsables de la gouvernance de surveiller le processus d'information financière du Partenariat.

Responsabilités de l'auditeur à l'égard de l'audit des états financiers

Nos objectifs sont d'obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers pris dans leur ensemble sont exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs, et de délivrer un rapport de l'auditeur contenant notre opinion. L'assurance raisonnable correspond à un niveau élevé d'assurance, qui ne garantit toutefois pas qu'un audit réalisé conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada permettra toujours de détecter toute anomalie significative qui pourrait exister. Les anomalies peuvent résulter de fraudes ou d'erreurs et elles sont considérées comme significatives lorsqu'il est raisonnable de s'attendre à ce que, individuellement ou collectivement, elles puissent influencer sur les décisions économiques que les utilisateurs des états financiers prennent en se fondant sur ceux-ci.

Dans le cadre d'un audit réalisé conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada, nous exerçons notre jugement professionnel et faisons preuve d'esprit critique tout au long de cet audit. En outre :

- nous identifions et évaluons les risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs, concevons et mettons en œuvre des procédures d'audit en réponse à ces risques, et réunissons des éléments probants suffisants et appropriés pour fonder notre opinion. Le risque de non-détection d'une anomalie significative résultant d'une fraude est plus élevé que celui d'une anomalie significative résultant d'une erreur, car la fraude peut impliquer la collusion, la falsification, les omissions volontaires, les fausses déclarations ou le contournement du contrôle interne;
- nous acquérons une compréhension des éléments du contrôle interne pertinents pour l'audit afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne du Partenariat;
- nous apprécions le caractère approprié des méthodes comptables retenues et le caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que des informations y afférentes fournies par cette dernière;
- nous tirons une conclusion quant au caractère approprié de l'utilisation par la direction du principe comptable de continuité d'exploitation et, selon les éléments probants obtenus, quant à l'existence ou non d'une incertitude significative liée à des événements ou situations susceptibles

de jeter un doute important sur la capacité du Partenariat à poursuivre son exploitation. Si nous concluons à l'existence d'une incertitude significative, nous sommes tenus d'attirer l'attention des lecteurs de notre rapport sur les informations fournies dans les états financiers au sujet de cette incertitude ou, si ces informations ne sont pas adéquates, d'exprimer une opinion modifiée. Nos conclusions s'appuient sur les éléments probants obtenus jusqu'à la date de notre rapport. Des événements ou situations futurs pourraient par ailleurs amener le Partenariat à cesser son exploitation;

- nous évaluons la présentation d'ensemble, la structure et le contenu des états financiers, y compris les informations fournies dans les notes, et apprécions si les états financiers représentent les opérations et événements sous-jacents d'une manière propre à donner une image fidèle.

Nous communiquons aux responsables de la gouvernance notamment l'étendue et le calendrier prévus des travaux d'audit et nos constatations importantes, y compris toute déficience importante du contrôle interne que nous aurions relevée au cours de notre audit.

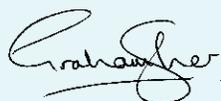
BDO Canada s.r.l./S.E.N.C. R.L.

Comptables professionnels agréés,
Experts-comptables autorisés
Mississauga (Ontario)
20 août 2020

État des résultats et de l'évolution des actifs nets

Exercice terminé le 31 mars	2020	2019
	\$	\$
Charges		
Prévention	3 332 119	2 264 718
Dépistage	2 960 397	2 029 884
Diagnostic et soins du cancer	2 897 651	2 544 523
Expérience du patient	5 553 149	3 517 454
Recherche	6 617 845	7 389 971
Lutte contre le cancer chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis	7 518 054	3 064 325
Rendement du système	2 227 606	2 827 853
Stratégie et analyse (note 5)	3 124 533	3 421 289
Mobilisation des connaissances (notes 5 et 9)	4 024 167	4 463 657
Engagement et sensibilisation du public	1 851 658	2 369 351
Soutien aux programmes	1 785 313	1 323 531
	41 892 492	35 216 556
Charges de fonctionnement (notes 4 et 9)	7 997 379	8 265 246
	49 889 871	43 481 802
Produits		
Gouvernement du Canada (note 7)	48 740 258	42 936 596
Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé	500 000	450 000
Autres financements	649 613	95 206
	49 889 871	43 481 802
Excédent des produits sur les charges de l'exercice et actifs nets, à la fin de l'exercice	-	-

Approuvé par le conseil d'administration,



Graham Sher

Président du conseil d'administration



Helen Mallovy Hicks

Présidente du comité des finances, de la vérification et de la gestion des risques

Partenariat canadien contre le cancer Corporation

ÉTATS FINANCIERS

État de la situation financière

Au 31 mars	2020	2019
	\$	\$
Actifs		
Court terme		
Encaisse	1 712 144	3 403 210
Placements à court terme	3 003 132	2 613 931
Débiteurs	444 036	410 775
Projets en cours et avances (note 3)	5 473 903	3 077 649
Charges payées d'avance	824 698	921 496
	11 457 913	10 427 061
Immobilisations corporelles (note 4)	2 956 153	3 415 036
Actifs incorporels (note 5)	227 907	339 976
	3 184 060	3 755 012
	14 641 973	14 182 073
Passifs et actifs nets		
Court terme		
Créditeurs et charges à payer	3 198 298	4 841 839
Sommes à remettre à l'État (note 6)	73 576	160 680
Apports reportés - charges des périodes futures (note 7(a))	7 777 085	5 028 339
	11 048 959	10 030 858
Apports reportés - immobilisations corporelles et actifs incorporels (note 7(b))	2 514 816	3 003 820
Avantages incitatifs (note 8)	1 078 198	1 147 395
	3 593 014	4 151 215
	14 641 973	14 182 073
Actifs nets	-	-
	14 641 973	14 182 073

Engagements et garanties (notes 10 et 11)

État des flux de trésorerie

Exercice terminé le 31 mars	2020	2019
	\$	\$
Augmentation (diminution) de l'encaisse		
Activités d'exploitation		
Apports du gouvernement du Canada reçus (note 7)	51 000 000	43 100 000
Autres apports reçus	1 321 992	785 272
Intérêts reçus sur les placements à court terme	207 826	181 873
Intérêts versés au gouvernement du Canada	(206 826)	(172 680)
Trésorerie versée pour les programmes et les charges de fonctionnement	(53 332 730)	(44 834 958)
	(1 009 738)	(940 493)
Activités d'investissement		
Acquisition de placements à court terme	(3 000 000)	-
Rachat de placements à court terme	2 638 435	4 589 726
	(361 565)	4 589 726
Activités de financement		
Acquisition d'immobilisations corporelles et d'actifs incorporels	(319 763)	(508 969)
Avantages incitatifs	-	86 387
	(319 763)	(422 582)
Augmentation (diminution) de l'encaisse	(1 691 066)	3 226 651
Encaisse, au début de l'exercice	3 403 210	176 559
Encaisse, à la fin de l'exercice	1 712 144	3 403 210

Notes complémentaires aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2020

1. Description de l'organisme

Le Partenariat canadien contre le cancer (ci-après le « Partenariat ») a été constitué le 24 octobre 2006 en vertu de la Loi sur les corporations canadiennes et a commencé ses activités de démarrage le 1^{er} janvier 2007 afin de mettre en œuvre la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer*. En juin 2013, le Partenariat a soumis des statuts de prorogation à Industrie Canada et a fait la transition vers la Loi canadienne sur les organisations à but non lucratif.

En mettant en œuvre la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer*, le Partenariat joue un rôle unique avec ses partenaires en encourageant l'utilisation intergouvernementale du savoir issu de la recherche sur le cancer et des meilleures pratiques afin d'optimiser la planification de la lutte contre le cancer et de mettre en œuvre les améliorations à l'égard de la qualité de la pratique partout au pays. Les partenaires comprennent des programmes contre le cancer provinciaux et territoriaux, des organisations et organismes fédéraux, des organismes œuvrant auprès des Premières Nations, des Inuits et des Métis, des organismes de santé nationaux et des associations de patients, ainsi que des spécialistes indépendants qui offrent des avis et des conseils stratégiques sur la lutte contre le cancer du point de vue des patients et des professionnels de la santé.

Axé sur le processus complet de la lutte contre le cancer, de la prévention au traitement jusqu'à la survie et aux soins de fin de vie, le Partenariat encourage le travail collectif de la communauté de la lutte contre le cancer au sens large visant à obtenir des résultats à long terme qui auront une incidence directe sur la santé des Canadiens et qui créeront un avenir où :

- a) moins de Canadiens seront atteints de cancer;
- b) plus de Canadiens y survivront;
- c) les Canadiens qui seront touchés par la maladie jouiront d'une meilleure qualité de vie.

Le Partenariat est financé principalement au moyen d'une convention de financement avec le gouvernement du Canada. La convention de financement initiale a fourni des apports de 240,4 millions de dollars au cours de la période de cinq ans terminée le 31 mars 2012. La seconde convention de financement a fourni un apport de 239,6 millions de dollars pour la période allant du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2017. Le 17 mars 2017, le Partenariat a signé une convention d'apport avec le gouvernement du Canada, fournissant un apport de 237,5 millions de dollars au cours de la période de cinq ans se terminant le 31 mars 2022. Le financement est assujéti aux

conditions présentées dans la convention d'apport, notamment l'affectation de fonds par le Parlement du Canada pour le prochain exercice.

Le Partenariat est inscrit à titre de société sans but lucratif en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu et, par conséquent, il est exonéré des impôts sur le revenu.

2. Principales méthodes comptables

Présentation des états financiers

Les présents états financiers ont été établis selon les Normes comptables canadiennes pour les organismes sans but lucratif et comprennent les principales méthodes comptables suivantes :

Comptabilisation des produits

Le Partenariat utilise la méthode du report pour la comptabilisation des apports affectés. Les apports reçus du gouvernement du Canada sont comptabilisés à titre de produits au cours de l'exercice pendant lequel les charges connexes sont comptabilisées.

Les apports visant l'acquisition d'immobilisations corporelles et d'actifs incorporels sont comptabilisés à titre de « apports reportés – immobilisations corporelles et actifs incorporels » et sont par la suite comptabilisés à titre de produits selon les mêmes modalités et la même méthode que l'amortissement des immobilisations corporelles et des actifs incorporels connexes.

Placements à court terme

Les placements à court terme comprennent les dépôts dans des comptes d'épargne à taux d'intérêt élevés et des dépôts qui, à l'acquisition, sont assortis d'échéances de moins d'un an. En vertu des conditions de la convention d'apport conclue avec le gouvernement du Canada, les produits financiers, qui sont uniquement composés d'intérêts, sont inscrits au compte du gouvernement du Canada et sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice.

Immobilisations

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût et sont amorties selon la méthode de l'amortissement linéaire sur leur durée de vie utile estimative de la façon suivante :

Technologies de l'information et télécommunications	3 ans
Mobilier et matériel	5 ans
Améliorations locatives	Sur la durée du bail

Actifs incorporels

Les actifs incorporels sont comptabilisés au coût et sont amortis selon la méthode de l'amortissement linéaire sur leur durée de vie utile estimative de la façon suivante :

Développement du portail et des logiciels	3 ans
---	-------

Instruments financiers

Le Partenariat considère tout contrat qui crée un actif ou un passif financier comme un instrument financier. Le Partenariat comptabilise les éléments suivants comme instruments financiers :

- encaisse;
- placements à court terme;
- débiteurs;
- projets en cours;
- créditeurs et charges à payer;
- sommes à remettre à l'État.

Un actif ou un passif financier est comptabilisé lorsque le Partenariat devient une partie aux dispositions contractuelles de l'instrument. Le Partenariat retire les passifs financiers, ou une partie de ceux-ci, lorsque l'obligation est acquittée, annulée ou qu'elle expire.

L'évaluation initiale des actifs financiers et des passifs financiers par le Partenariat se fait à la juste valeur. Si un actif ou un passif financier n'est pas évalué ultérieurement à la juste valeur, la valeur initiale sera ajustée en fonction du montant des frais de financement et des coûts de transaction directement attribuables à sa création, à son acquisition, à son émission ou à sa prise en charge. Par la suite, le Partenariat évalue tous ses actifs financiers et ses passifs financiers au coût ou au coût après amortissement moins la dépréciation.

À la clôture de chaque exercice, le Partenariat évalue s'il existe ou non des indications que les actifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement ont subi

une perte de valeur. Lorsqu'il existe un indice de dépréciation, le Partenariat détermine si un changement significatif défavorable a eu lieu au cours de la période dans le délai prévu ou dans le montant des flux de trésorerie futurs à tirer de cet actif financier. Le cas échéant, les valeurs comptables des actifs sont réduites à la plus élevée de la valeur attendue qui est recouvrable des actifs, soit en détenant les actifs, soit en les vendant ou en exerçant le droit à tout actif détenu en garantie après les coûts. Les valeurs comptables des actifs sont réduites directement ou en utilisant un compte de provision et le montant de la réduction est comptabilisé à titre de perte de valeur à l'état des résultats.

Utilisation d'estimations

La direction révisé les valeurs comptables des postes des états financiers à chaque date d'état de la situation financière afin d'évaluer le besoin de révision ou la possibilité de dépréciation. Lors de la préparation des états financiers, plusieurs postes exigent la meilleure estimation de la part de la direction. La direction détermine ces estimations en s'appuyant sur les hypothèses qui reflètent la conjoncture économique la plus probable et des mesures qu'elle entend prendre.

Les présentes estimations sont révisées régulièrement, et des ajustements appropriés sont faits à l'excédent des produits par rapport aux charges pour l'exercice où ils deviennent connus.

Les éléments assujettis aux estimations significatives de la direction comprennent la durée de vie utile estimative des immobilisations corporelles et des actifs incorporels. Les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

3. Projets en cours et avances

Les projets en cours et les avances représentent les projets pour lesquels le Partenariat a avancé des fonds à des tiers partenaires et dans le cadre desquels des étapes étaient en voie d'achèvement, et dont les fonds n'avaient pas été utilisés par le tiers partenaire.

NOTES COMPLÉMENTAIRES AUX ÉTATS FINANCIERS

4. Immobilisations

	Coût	Amortissement cumulé	2020	2019
			Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
	\$	\$	\$	\$
Technologies de l'information et télécommunications	1 508 963	1 278 564	230 399	292 181
Mobilier et matériel	793 673	547 665	246 008	369 111
Améliorations locatives	3 194 448	714 702	2 479 746	2 753 744
	5 497 084	2 540 931	2 956 153	3 415 036

Une charge d'amortissement de 776 761 \$ (2019 - 905 855 \$) liée aux immobilisations corporelles est comprise dans les charges de fonctionnement. Au cours de l'exercice, le Partenariat a cédé des immobilisations corporelles pour un coût de 279 838 \$ (2019 - 63 528 \$) qui étaient entièrement amorties. Par conséquent, aucune perte n'a été subie pendant l'exercice (2019 - néant).

5. Actifs incorporels

	Coût	Amortissement cumulé	2020	2019
			Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
	\$	\$	\$	\$
Portail et logiciels	1 670 405	1 442 498	227 907	-
Logiciel en cours de développement	-	-	-	339 976
	1 670 405	1 442 498	227 907	339 976

Une charge d'amortissement de 113 954 \$ (2019 - 32 683 \$ liés à la prévention) liée aux actifs incorporels est comprise dans les charges liées à la mobilisation des connaissances et à la stratégie et l'analyse. Au cours de l'exercice, aucun actif incorporel n'a été cédé (2019 - néant). Les logiciels en cours d'élaboration de l'exercice précédent ont été achevés et comptabilisés dans le poste « portail et logiciels ».

NOTES COMPLÉMENTAIRES AUX ÉTATS FINANCIERS

6. Sommes à remettre à l'État

	2020	2019
	\$	\$
Intérêts reçus sur les placements à court terme à payer	64 151	69 459
Retenues salariales et autres charges	9 425	91 221
Sommes à remettre à l'État	73 576	160 680

7. Apports reportés

a) Charges des périodes futures

Les apports reportés sont affectés aux charges des périodes futures.

	2020	2019
	\$	\$
Apports reportés, au début de l'exercice	5 028 339	4 517 314
Apports reçus du gouvernement du Canada au cours de l'exercice courant	51 000 000	43 100 000
Intérêts gagnés sur les apports reçus	201 517	186 406
	56 229 856	47 803 720
Montants comptabilisés comme produits au cours de l'exercice	(47 931 491)	(42 080 006)
Montant attribué à l'acquisition d'immobilisations corporelles et d'actifs incorporels	(319 763)	(508 969)
Intérêts versés au gouvernement du Canada	(137 366)	(116 947)
Intérêts à verser au gouvernement du Canada	(64 151)	(69 459)
Apports reportés, à la fin de l'exercice	7 777 085	5 028 339

NOTES COMPLÉMENTAIRES AUX ÉTATS FINANCIERS

b) Immobilisations corporelles et actifs incorporels

Les apports reportés liés aux immobilisations corporelles et actifs incorporels comprennent les parties non amorties des apports avec lesquels les immobilisations ont été acquises.

	2020	2019
	\$	\$
Apports reportés, au début de l'exercice	3 003 820	3 351 441
Apports attribués aux acquisitions d'immobilisations corporelles et d'actifs incorporels	319 763	508 969
Montants comptabilisés comme produits au cours de l'exercice	(808 767)	(856 590)
Apports reportés, à la fin de l'exercice	2 514 816	3 003 820

Le total des produits provenant du gouvernement du Canada de 48 740 258 \$ (2019 – 42 936 596 \$) comptabilisés au cours de l'exercice comprend les montants amortis aux produits provenant des immobilisations corporelles et des actifs incorporels.

8. Avantages incitatifs

Les avantages incitatifs comprennent les montants suivants :

	2020	2019
	\$	\$
Améliorations locatives	669 244	751 192
Loyer gratuit et autre	408 954	396 203
Total des avantages incitatifs	1 078 198	1 147 395

Au cours de l'exercice, des améliorations locatives et d'autres avantages d'une valeur de 12 751 \$ (2019 – 129 265 \$) ont été provisionnés. L'amortissement des améliorations locatives est de 81 948 \$ (2019 – 81 948 \$).

9. Ventilation des charges

Le site Web du Partenariat et d'autres actifs numériques sont des canaux essentiels pour soutenir l'utilisation intergouvernementale du savoir issu de la recherche sur le cancer et des meilleures pratiques afin de mettre en œuvre les améliorations à l'égard de la qualité de la pratique et d'optimiser la planification de la lutte contre le cancer, partout au pays. Pour ce faire, des charges liées aux technologies de l'information et aux ressources humaines ont été imputées en fonction du niveau d'efforts du programme de mobilisation des connaissances – 2 066 324 \$ (2019 – 2 006 942 \$).

10. Engagements

Engagements contractuels

Au 31 mars 2020, le Partenariat avait des engagements contractuels liés à des projets particuliers et à des services professionnels d'environ 46,5 millions de dollars, lesquels sont assujettis aux modalités stipulées dans les conventions connexes. Plus précisément, ces engagements liés à des projets sont conditionnels à la réalisation des étapes du projet ainsi qu'à des livrables établis dans les conventions. Ces engagements contractuels se détaillent comme suit :

	(en milliers de dollars)
2021	30 326
2022	16 140
	46 466

Engagements en vertu de contrats de location-exploitation

Les paiements minimums exigibles en vertu des contrats de location-exploitation pour les installations et le matériel pour les cinq prochains exercices et par la suite s'établissent comme suit :

	(en milliers de dollars)
2021	710
2022	742
2023	750
2024	750
2025	750
2026 et années suivantes	2 530
	6 232

11. Garanties

Dans le cours normal de ses activités, le Partenariat conclut des conventions qui répondent à la définition d'une garantie.

Le Partenariat a versé des indemnités en vertu de la convention de bail pour l'utilisation de ses installations d'exploitation. Selon les modalités de cette convention, le Partenariat doit indemniser les contreparties pour différents éléments, y compris, mais sans s'y limiter, tous les passifs, pertes, poursuites engagées et dommages qui surviennent

pendant la durée de la convention ou par la suite. Le montant maximal de tout paiement futur potentiel ne peut être raisonnablement estimé. Le Partenariat a souscrit une police d'assurance immeuble commercial et responsabilité civile générale relativement à ces indemnités.

Le Partenariat a indemnisé ses administrateurs, dirigeants et salariés, actuels et futurs, à l'égard de frais, de montants découlant d'un jugement ou de montants réellement engagés par ces derniers ou qui peuvent avoir été raisonnablement engagés relativement à des poursuites ou à des procédures judiciaires aux termes desquelles ces administrateurs sont poursuivis dans le cadre de leurs fonctions, s'ils ont agi en toute honnêteté et en toute bonne foi au mieux des intérêts du Partenariat. La nature même des engagements d'indemnisation ne permet pas au Partenariat d'estimer au prix d'un effort raisonnable le risque maximal en cause. Le Partenariat a souscrit une assurance responsabilité civile pour les administrateurs et les dirigeants afin de couvrir ce genre d'indemnisation.

12. Éventualités

Le Partenariat est membre de Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC), qui a été établie par des hôpitaux et d'autres organisations pour s'autoassurer. Si le total des primes payées n'est pas suffisant pour couvrir les réclamations, le Partenariat devra fournir du financement supplémentaire en fonction de la participation.

Depuis sa création, HIROC a accumulé un excédent non affecté, qui correspond au total des primes payées par tous les adhérents ainsi que des produits financiers moins l'obligation pour les provisions pour sinistres ainsi que les dépenses et charges de fonctionnement. Chaque adhérent qui a un excédent de prime et de produits financiers sur son obligation pour les provisions pour sinistres et charges de fonctionnement peut avoir le droit de recevoir des distributions de sa part des excédents non affectés au moment où les distributions sont déclarées par le conseil d'administration de HIROC.

13. Chiffres comparatifs

Certains chiffres comparatifs de l'exercice précédent ont été reclassés afin de se conformer aux changements de l'exercice courant.

14. Événements postérieurs à la date du bilan

À mesure que les effets de la COVID-19 se font sentir, le Partenariat pourrait subir d'autres répercussions, notamment sur sa source de financement. La direction surveille de près l'incidence de la COVID-19 sur sa situation financière, son exploitation, ses tiers partenaires, ses fournisseurs, son secteur et son effectif. Compte tenu de l'évolution quotidienne de la COVID-19 et des réactions mondiales pour freiner sa propagation, le Partenariat n'est pas en mesure d'estimer avec précision les effets de la pandémie de COVID-19 sur ses résultats d'exploitation ou sa situation financière pour le moment.

Tiers

Les organisations citées ci-dessous ont reçu un financement de la part du Partenariat canadien contre le cancer au cours de l'exercice 2019-2020, afin de faire progresser le travail relatif à la stratégie nationale de lutte contre le cancer.

Ces organisations ont été financées conformément à notre politique d'approvisionnement disponible sur le site www.partenariatcontrelcancer.ca.

Action cancer Manitoba
Action Cancer Ontario
Alberta First Nations Information Governance Centre
Alberta Health Services
Association canadienne de chirurgie thoracique
Association pour la santé publique du Québec
BC Cancer Agency
Canadian Indigenous Nurses Association
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Centre for Effective Practice
CIUSSS – Ouest-de-l'Île-de-Montréal
First Nations Health Authority
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Gouvernement du Nunatsiavut
Gouvernement du Nunavut
Gouvernement du Yukon
Institut canadien d'information sur la santé
Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa
Institut ontarien de recherche sur le cancer
Interlake-Eastern Regional Health Authority
Kenora Chiefs Advisory
Lennox Island Health Centre
Métis Nation British Columbia
Métis Nation of Alberta
Métis Nation of Ontario

Métis Nation of Saskatchewan
Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
Municipalité régionale de York
Northern Inter-Tribal Health Authority
Organisation canadienne des médecins médicaux
Portail canadien en soins palliatifs
Premières Nations du Québec et du Labrador
Prince Albert Métis Women's Association
Ralliement national des Métis
Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse
Régie de santé de l'Est – Terre-Neuve-et-Labrador
Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik
Réseau de santé Horizon
Réseau universitaire de santé
Santé Î.-P.-É.
Saskatchewan Cancer Agency
Saskatchewan Health Authority
Société canadienne du cancer
Statistique Canada
Tobique Indian Band Health Department
Tungasuvvingat Inuit
Union of Nova Scotia Indians
Université de l'Alberta
Université de Toronto
Université Simon Fraser

Documents publiés

Du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020

Renforcer la coordination de la recherche canadienne sur le cancer

[Conférence canadienne sur la recherche sur le cancer de 2019](#) (du 3 au 5 novembre 2019)

Améliorer l'accès à des stratégies de qualité élevée en matière de réduction des risques, de dépistage et de détection précoce dans le domaine du cancer

[Analyse de rentabilité du dépistage du cancer du poumon et Boîte à outils pour l'évaluation du degré de préparation au dépistage du cancer du poumon](#) (mars 2020)

[Carte de synthèse sur le dépistage du cancer colorectal](#) (janvier 2020; infographie en anglais seulement)

[Carte de synthèse sur le dépistage du cancer du sein](#) (janvier 2020; infographie en anglais seulement)

Mettre en œuvre des normes en matière de qualité et des innovations dans les soins

[Normes pancanadiennes en matière de chirurgie du cancer](#), *Journal canadien de chirurgie*, vol. 62 (4 suppl. 3) (août 2019; en anglais seulement)

Améliorer les transitions pour les patients

[Cadre canadien sur les soins et le soutien aux adolescents et aux jeunes adultes atteints de cancer](#) (septembre 2019)

Approches pour répondre aux besoins en matière de santé mentale et de retour au travail des survivants du cancer : une analyse de l'environnement (juillet 2019; en anglais seulement)

Mise en œuvre de la stratégie de lutte contre le cancer chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis

Brochure : Stratégie de lutte contre le cancer chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis : travailler ensemble vers la réconciliation et la guérison (septembre 2019; en anglais seulement)

Optimiser l'impact des données sur le rendement du système

[Données complémentaires sur la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer : Priorités propres aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis](#) (octobre 2019)

[Données complémentaires de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer : Priorité 1 — Réduire le risque de cancer dans la population](#) (octobre 2019)

[Données complémentaires de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer : Priorité 2 — Diagnostiquer le cancer plus rapidement, avec exactitude et à un stade plus précoce](#) (octobre 2019)

[Données complémentaires de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer : Priorité 3 — Offrir des soins de grande qualité dans le cadre d'un système durable et de calibre mondial](#) (octobre 2019)

[Données complémentaires de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer : Priorité 4 — Éliminer les obstacles qui empêchent les gens d'obtenir les soins dont ils ont besoin](#) (octobre 2019)

[Données complémentaires de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer : Priorité 5 — Offrir de l'information et du soutien aux personnes atteintes de cancer, aux familles et aux aidants](#) (octobre 2019)

Élaborer et mettre en œuvre des programmes et des politiques de prévention nationaux

[Taux de taxation de l'alcool, par province et par territoire](#) (mars 2020)

[Sommet sur l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada](#) (4 février 2020)

[Aperçu du Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus : cibles et priorités](#) (février 2020)

[Cadre d'action pour l'abandon du tabagisme en lien avec les soins contre le cancer](#) (octobre 2019)

Webinaires

[Ressource sur les politiques en matière de rayonnements ultraviolets : gouvernements locaux et provinciaux ou territoriaux](#) (juillet 2019)

[Ressource sur les politiques en matière de tabac commercial : gouvernements locaux et provinciaux ou territoriaux](#) (juin 2019)

[Couverture des aides à l'abandon du tabagisme au Canada](#) (mars 2020)

[Analyse des programmes d'abandon du tabagisme 2018-2019](#) (mars 2020)

Conception d'un système durable

Feuillelet d'information : [Le modèle OncoSim](#) (octobre 2019)

Feuillelet d'information : [OncoSim-Sein](#) (octobre 2019)

Feuillelet d'information : [OncoSim-Colorectal](#) (octobre 2019)

Feuillelet d'information : [OncoSim-Poumon](#) (octobre 2019)

Feuillelet d'information : [OncoSim-Col de l'utérus](#) (octobre 2019)

Organisation

[Favoriser le changement : améliorer les soins contre le cancer pour tous les Canadiens - Rapport annuel 2018-2019](#) (septembre 2019)

[Politique de confidentialité](#) (dernière mise à jour : juin 2020)

Autres renseignements à déclarer

Au 31 mars 2020, l'effectif du personnel du Partenariat était de 97 employés permanents et de 31 employés ayant un contrat à durée déterminée. L'organisation comprend quatre divisions qui relèvent de la présidente-directrice générale, chacune étant dirigée par un(e) vice-président(e). Il s'agit de la Division de la lutte contre le cancer, de la Division des partenariats stratégiques, de la Division des finances et des services de l'entreprise et de la Division des systèmes de lutte contre le cancer, du rendement et de l'innovation.

Depuis sa création, en 2007, le Partenariat a adopté une philosophie en matière de rémunération qui est orientée par des principes approuvés par son conseil d'administration, notamment l'offre à ses employés d'un régime de rémunération qui est juste et régulièrement évalué par rapport au marché et à des organisations comparables, responsable sur le plan public, et en mesure d'attirer et de retenir des employés très qualifiés pour coordonner la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer*. Plus particulièrement, les fourchettes de salaire des membres du personnel du Partenariat sont fixées au 50^e centile des données de référence, et les membres du personnel sont admissibles à des rajustements annuels des salaires fondés sur le mérite.

Vous trouverez de plus amples renseignements sur le site www.partenariatcontrelecancer.ca.

Références

1. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. (2019). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2019*. Toronto, Ontario : Société canadienne du cancer.
2. Romero, Y., Trapani, D., Johnson, S., Tittenbrun, Z., Given, L., Hohman, K. et coll. (2018). National cancer control plans: a global analysis. *Lancet Oncol*, 19(10), e546-e555.
3. Organisation mondiale de la Santé. (2019). *A Global Strategy for elimination of cervical cancer*. (Sur Internet, consulté le 30 juillet 2020). Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/activities/a-global-strategy-for-elimination-of-cervical-cancer>.
4. Partenariat canadien contre le cancer. (2019). *Mettre en œuvre l'abandon du tabagisme dans les soins contre le cancer à l'échelle du Canada : un cadre d'action*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
5. Partenariat canadien contre le cancer. (2019). *Cadre canadien sur les soins et le soutien aux adolescents et aux jeunes adultes atteints de cancer*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
6. Partenariat canadien contre le cancer. (2019). *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
7. Lawson, B. J., Burge, F. I., McIntyre, P., Field, S. et Maxwell, D. (2008). Palliative care patients in the emergency department. *J Palliat Care*, 24(4), 247-255.
8. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (États-Unis). (2014). *The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the surgeon general*. Atlanta, Géorgie, États-Unis : Department of Health and Human Services.
9. Partenariat canadien contre le cancer. (Publication prévue pour fin 2020). *Interventions axées sur l'équité pour accroître le dépistage du cancer colorectal : trousse pour les programmes*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
10. Partenariat canadien contre le cancer. (2020). *Cadre d'action pancanadien pour optimiser les taux de rappel pour anomalie dans le dépistage du cancer du sein*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
11. Jean, Y., Fitzgerald, N., Iragorri, N., Nicholson, E., Domingo, A. et Miller, A. (2019). *Potential benefits of reducing breast cancer screening abnormal call rates*. Ottawa, Ontario : Conférence canadienne sur la recherche sur le cancer.
12. Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer. (Publication prévue pour fin 2020). *Investissements dans la recherche sur le cancer au Canada, 2018*. Toronto, Ontario : Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer.
13. Partenariat canadien contre le cancer. (2018). *Rapport de 2018 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
14. Hay, A. E., Rae, C., Fraser, G. A., Meyer, R. M., Abbott, L. S., Bevan, S. et coll. (2016). Accrual of adolescents and young adults with cancer to clinical trials. *Curr Oncol*, 23(2), e81-e85.
15. Partenariat canadien contre le cancer. (2017). *Les adolescents et les jeunes adultes atteints de cancer*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
16. Jones, J. M., Fitch, M., Bongard, J., Maganti, M., Gupta, A., D'Agostino, N. et coll. (2020). The needs and experiences of post-treatment adolescent and young adult cancer survivors. *J Clin Med*, 9(5), 1444.
17. Young Adult Cancer Canada. (2020) *YAC Prime: fertility options*. (Sur Internet, consulté le 29 juillet 2020). Disponible à l'adresse : <https://youngadultcancer.ca/yac-prime-and-fertility/>.
18. Institut canadien d'information sur la santé. (2009). *Tendances relatives au volume d'interventions chirurgicales 2009 – En lien ou non avec les domaines prioritaires associés aux temps d'attente*. Ottawa, Ontario : ICIS.
19. Partenariat canadien contre le cancer. (2018). *Normes pancanadiennes en matière de chirurgie thoracique*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
20. Partenariat canadien contre le cancer. (2019). *Normes pancanadiennes en matière de chirurgie du cancer du sein*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
21. Partenariat canadien contre le cancer. (2018). *Normes pancanadiennes en matière de gynéco-oncologie*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
22. Partenariat canadien contre le cancer. (2019). *Normes pancanadiennes en matière de chirurgie du cancer du rectum*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
23. Finley, C., Prashad, A., Camuso, N. et coll. (2020). Guidance for management of cancer surgery during the COVID-19 pandemic. *Can J Surg*, 63(2), S2-S4, doi:10.1503/cjs.005620.
24. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. (2018). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2018*. Toronto, Ontario : Société canadienne du cancer.
25. Aberle, D. R., Adams, A. M., Berg, C. D., Black, W. C., Clapp, J. D., Fagerstrom, R. M. et coll. (2011). Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med*, 365(5), 395-409.
26. Agence de la santé publique du Canada. (2017). *Cancer du col de l'utérus*. (Sur Internet, mis à jour le 23 octobre 2017, consulté le 31 juillet 2020). Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/cancer/cancer-uterus.html>.

partenariatcontrecancer.ca



145, rue King Ouest, bureau 900
Toronto (Ontario) M5H 1J8
TÉL. : 416-915-9222
SANS FRAIS : 1-877-360-1665
COURRIEL : info@partenariatcontrecancer.ca

