

# Cancer du poumon et équité :

rapport axé sur le revenu et la géographie

**COMPRENDRE L'ÉQUITÉ | 4**

**PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE | 10**

**DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT | 12**

**VOIE À SUIVRE | 16**

Chaque semaine  
au Canada,  
560 personnes  
se font dire :  
« Vous êtes atteint  
d'un cancer  
du poumon ».



Le cancer du poumon est le cancer le plus souvent diagnostiqué au Canada. Il tue plus de personnes que le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer de la prostate réunis<sup>1,2</sup>.

Malheureusement, certaines personnes au Canada présentent un risque nettement plus élevé de recevoir un diagnostic de cancer du poumon et d'en mourir.



## Ce rapport fournit des renseignements concernant deux domaines principaux :



**1** Il est axé sur les déterminants sociaux de la santé et leurs conséquences sur le risque de cancer du poumon, ainsi que sur l'accès aux soins et les résultats liés au cancer du poumon pour deux populations : les personnes **à faible revenu** et les personnes vivant dans des collectivités **rurales et éloignées**.

**2** Il décrit les changements à apporter à l'échelle du système pour réduire ces inégalités.

Nous expliquons en quoi les barrières systémiques exposent certaines personnes à un risque beaucoup plus élevé de cancer et limitent leur capacité à accéder aux soins dont elles ont tant besoin. Pour ces personnes, ces réalités se traduisent par l'obtention de résultats nettement inférieurs.

**Des changements doivent être apportés aux politiques et aux systèmes, tels que des programmes de dépistage organisé du cancer du poumon qui respectent l'identité culturelle, afin de réduire les inégalités et de fournir de meilleurs soins à toutes les personnes vivant au Canada.**

<sup>3</sup>L'ECDS de Statistique Canada permet de coupler les données administratives et les données d'enquête provenant de nombreux domaines, notamment la santé, le revenu, l'éducation et la justice. Le couplage de ces données peut aider à mieux comprendre les répercussions de divers facteurs, dont les déterminants sociaux de la santé, sur différentes populations du Canada. Les données présentées dans ce rapport ont été obtenues en couplant le Registre canadien du cancer à plusieurs ensembles de données (par exemple, le Fichier T1 sur les familles, la Base de données sur les congés des patients, la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil), ce qui permet de mieux comprendre les répercussions du revenu et de la géographie sur la prévention du cancer du poumon, ainsi que sur les soins et les résultats liés à ce cancer. Bien que les Premières Nations, les Inuits et les Métis soient plus susceptibles de subir des inégalités liées au revenu et à la géographie, les ensembles de données disponibles ne contenaient pas d'identificateurs pour ces groupes. Par conséquent, nous n'avons pas été en mesure de décrire l'expérience du cancer du poumon vécue par les Premières Nations, les Inuits et les Métis.



### NOUVELLES DONNÉES POUR UN TABLEAU PLUS COMPLET

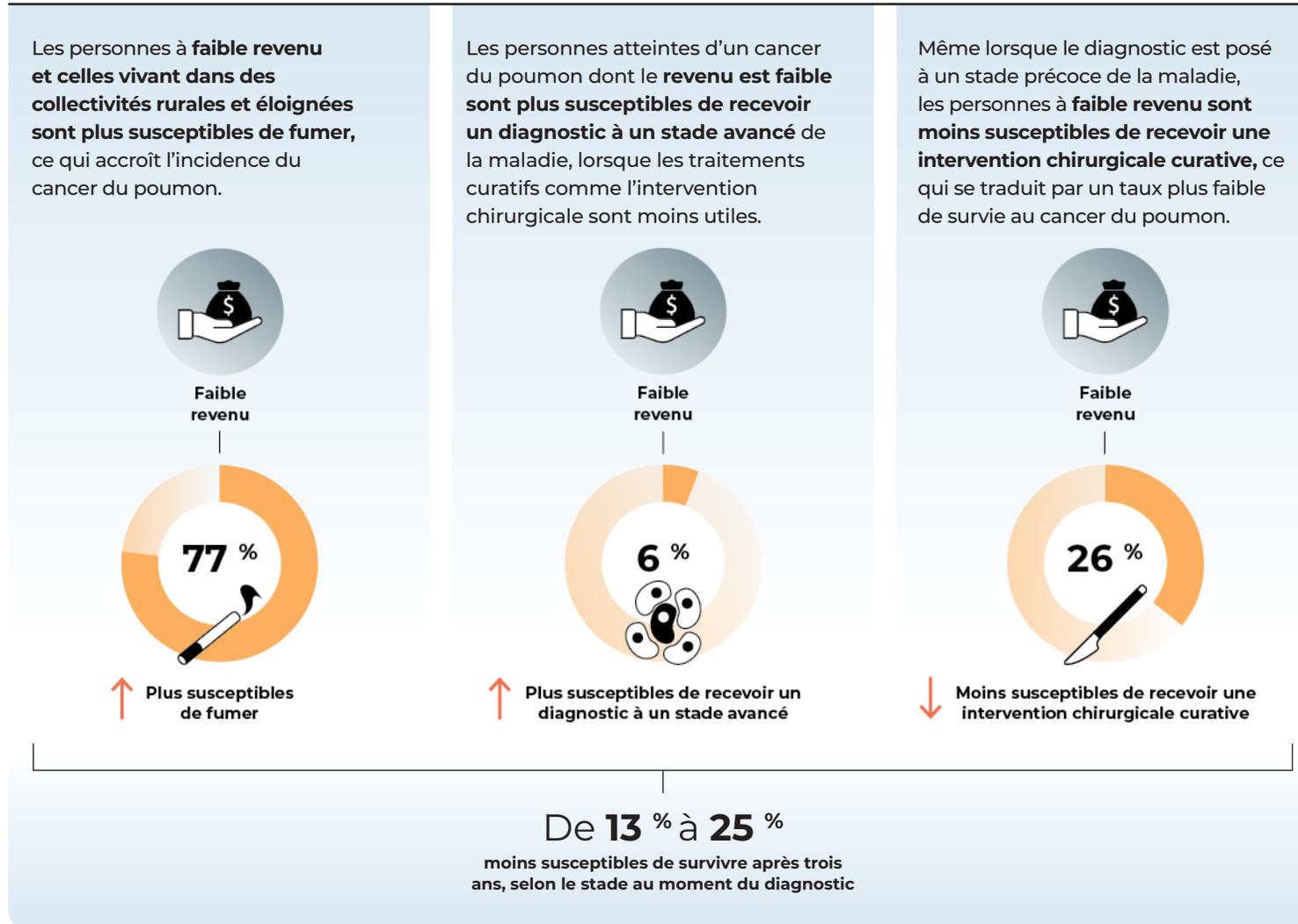
Pour la première fois, nous disposons de données pour examiner l'ampleur des inégalités liées à cette maladie auxquelles font face les personnes à faible revenu et celles vivant dans les régions rurales et éloignées. Nous avons pu utiliser l'Environnement de couplage de données sociales (ECDS) de Statistique Canada pour relier les données du registre des patients atteints de cancer à des bases de données telles que les dossiers de l'impôt sur le revenu<sup>3</sup>. Ce rapport n'est qu'un premier pas vers la collecte de données plus complètes sur les répercussions d'un large éventail de facteurs – tels que l'identité des Premières Nations, des Inuits et des Métis, le statut d'immigration, la race et l'origine ethnique – sur l'accès aux soins et les résultats liés au cancer pour les personnes vivant au Canada.

#### Utilisation de la terminologie dans ce rapport

- Lorsque nous parlons de **revenu**, nous sommes conscients qu'il s'agit d'une dimension du statut socioéconomique (SSE), qui fait référence aux facteurs qui déterminent l'avantage social relatif d'une personne<sup>4</sup>. Le SSE joue un rôle dans l'accès d'une personne ou d'un groupe aux ressources (par exemple, logement, scolarisation, alimentation), aux privilèges, au pouvoir et au contrôle au sein de la société<sup>5</sup>.
- Lorsque nous employons l'expression « **régions rurales et éloignées** », nous le faisons en sachant que l'accès aux services de soins de santé, aux établissements d'enseignement et aux services gouvernementaux peut être plus limité dans ces zones<sup>6</sup>. Ces facteurs et d'autres facteurs sociaux, économiques et environnementaux sont interconnectés et contribuent à la santé et au bien-être d'une personne.

Le présent rapport montre que les personnes à faible revenu et les personnes vivant dans des collectivités rurales et éloignées subissent des inégalités en matière de risque de cancer ainsi que d'accès aux soins et de résultats liés au cancer.

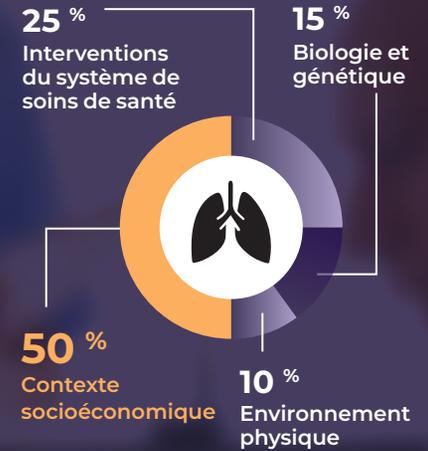
Ces inégalités s'expliquent en grande partie par les écarts observés chez différents groupes en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé. Cette réalité crée des obstacles qui limitent certaines populations plus que d'autres :



Ces chiffres comparent le niveau de revenu le plus faible au niveau le plus élevé (quintile).



**QU'EST-CE QUI DÉTERMINE LA SANTÉ D'UNE POPULATION?**



Lorsqu'il s'agit d'évaluer le risque de diagnostic de cancer du poumon et de mortalité due à cette maladie auquel une personne est exposée, il ne faut pas se limiter aux facteurs physiologiques et aux comportements individuels. Bien que le risque de cancer que présentent certaines personnes soit attribuable à la biologie et à la génétique (et aux comportements tels que le tabagisme), les soins et les résultats liés au cancer du poumon sont largement influencés par le contexte socioéconomique, qui affecte certaines populations plus que d'autres.

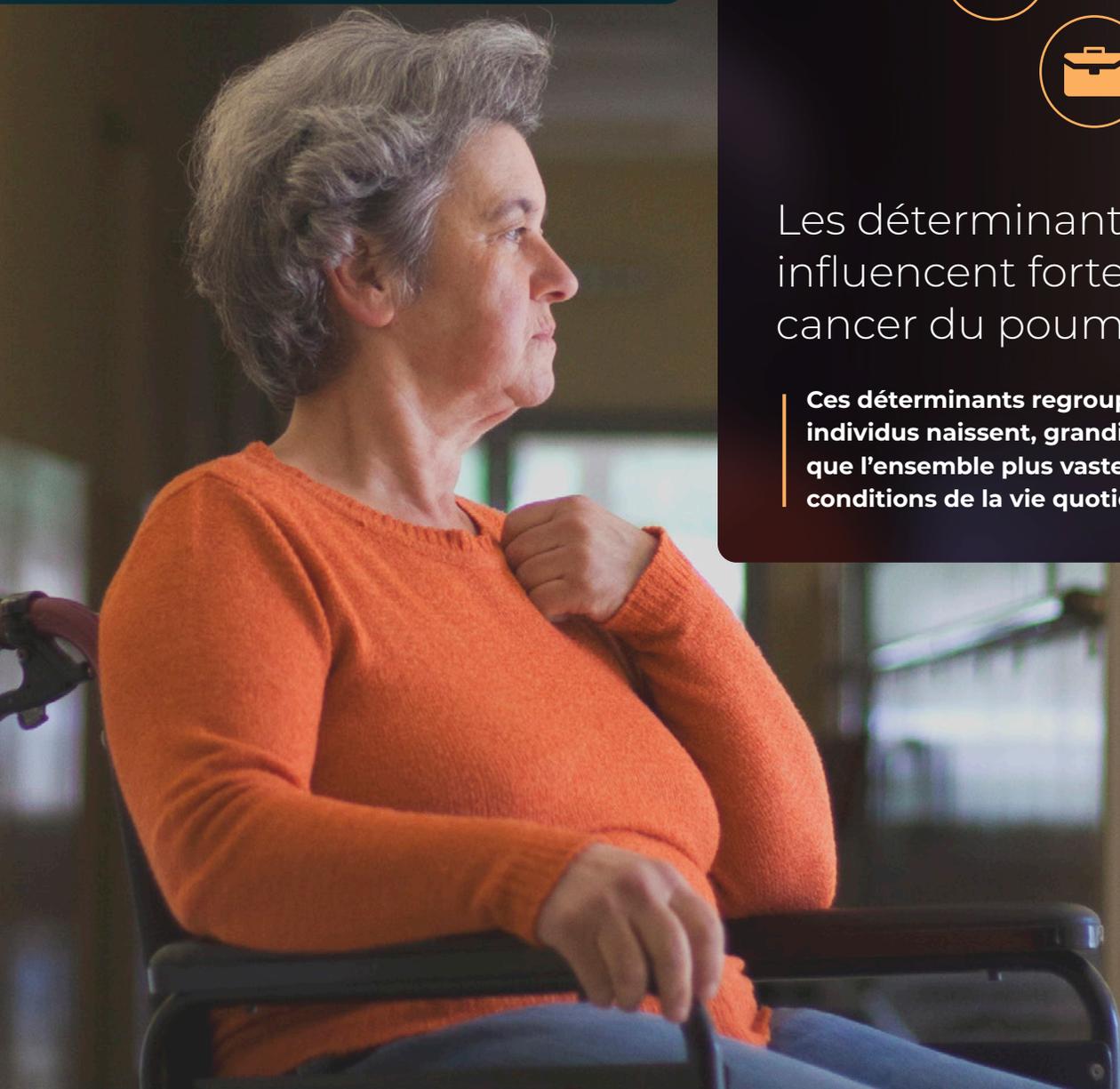
**Le contexte socioéconomique, qui est à l'origine de 50 % des différences liées à l'état de santé d'une population, peut souvent être déterminé en examinant le revenu familial des personnes et leur lieu de résidence (par exemple, les collectivités urbaines par rapport aux collectivités rurales).**

# Comprendre l'équité



Les déterminants sociaux de la santé influencent fortement les résultats liés au cancer du poumon.

Ces déterminants regroupent « les conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent ainsi que l'ensemble plus vaste des forces et des systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne<sup>7</sup> ».



## Que sont les déterminants sociaux de la santé?

Voici certains déterminants sociaux de la santé d'une personne :



Disponibilité des ressources pour répondre à ses besoins quotidiens (par exemple, un hébergement sécuritaire, des marchés alimentaires)



Accès à des services de soins de santé de qualité



Accès à des possibilités d'instruction et d'emploi



Traumatisme antérieur ainsi que discrimination et racisme persistants

Les déterminants sociaux de la santé fournissent un contexte pour expliquer l'interconnexion des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui influencent la santé.

**Ces déterminants jouent un rôle dans la manière dont les personnes à faible revenu et celles vivant dans des régions rurales et éloignées sont touchées par le cancer du poumon et dans le parcours qu'elles suivent lorsqu'elles en sont atteintes.**



## Pourquoi y a-t-il des inégalités en matière de santé?

La population canadienne est généralement en bonne santé. En moyenne, nous vivons relativement longtemps, nous nous sentons en bonne santé et nous avons accès à des soins de qualité élevée<sup>8</sup>. Mais si l'on regarde au-delà des moyennes, il est évident que certaines personnes ne bénéficient pas des mêmes avantages que d'autres et n'ont pas les mêmes chances de rester en bonne santé.

**Cette répartition inégale du pouvoir et des ressources a conduit à des différences sur le plan de la santé et du bien-être – également appelées « inégalités en matière de santé ». Les inégalités en matière de santé sont des différences systémiques injustes et injustifiées dans le domaine de la santé, qui peuvent être abolies par des interventions appropriées sur le plan des politiques et des systèmes<sup>9</sup>.**

Ces inégalités créent les obstacles suivants, qui nuisent davantage à certaines populations que d'autres :



### Obstacles systémiques

- Le racisme et la discrimination structurels dont sont victimes les Premières Nations, les Inuits et les Métis ainsi que les personnes de couleur expliquent leur méfiance à l'égard du système médical et le manque de services adaptés sur le plan culturel. Ces obstacles peuvent amener ces personnes à tarder à demander des soins ou à refuser les services recommandés<sup>10,11</sup>.
- La pandémie de COVID-19 a accru les difficultés relatives à la capacité du système de santé d'offrir des soins aux populations mal desservies, qui sont plus susceptibles que la population générale canadienne de contracter la COVID-19. Cela a amplifié les obstacles systémiques en accroissant les inégalités existantes en matière de santé, telles que l'accès inégal à des soins respectueux de l'identité culturelle<sup>18</sup>.

<sup>11</sup> Inuit Nunangat est la patrie des Inuits, qui englobe les régions du Nunavut, du Nunavik et du Nunatsiavut faisant l'objet de revendications territoriales, et la région désignée des Inuvialuit<sup>7</sup>.



### Obstacles économiques

- L'augmentation du revenu d'une personne va de pair avec l'amélioration de son état de santé. Au Canada, certaines populations sont plus susceptibles de toucher un faible revenu, notamment les Premières Nations, les Inuits et les Métis, les immigrants récents, les personnes atteintes d'un handicap et les chefs de famille monoparentale<sup>12</sup>.
- Les personnes à faible revenu sont touchées par divers facteurs qui les exposent à un risque accru de cancer. Par exemple, les personnes appartenant à des groupes socioéconomiques défavorisés déclarent avoir de la difficulté à prendre rendez-vous avec leur médecin de famille pour des besoins de santé urgents et sont plus susceptibles de déclarer qu'elles n'ont pas vu un fournisseur de soins de santé en 12 mois<sup>13</sup>. Il est possible que les personnes appartenant à ces groupes aient plus de difficulté à obtenir des soins réguliers et uniformes de la part des fournisseurs de soins de santé.



### Obstacles géographiques

- En raison de la pénurie de médecins et de spécialistes en milieu rural, les personnes vivant dans les régions rurales ont un accès limité aux services de soins de santé et aux options de soins et doivent parcourir des distances plus longues pour consulter un médecin ou recevoir des soins spécialisés<sup>14</sup>. Les coûts financiers ainsi que les répercussions émotionnelles et mentales associés aux déplacements créent des obstacles pour les personnes qui n'ont pas forcément le temps ou les moyens de se déplacer<sup>15</sup>.
- Les Premières Nations, les Inuits et les Métis sont particulièrement touchés par ces obstacles, étant donné que quatre d'entre eux sur dix vivent dans des collectivités rurales ou éloignées<sup>16</sup>. En ce qui concerne les Inuits, sept d'entre eux sur dix vivent dans l'Inuit Nunangat<sup>b</sup> où la plupart des collectivités ne sont accessibles que par avion<sup>18</sup>. Sans un accès régulier à des soins de santé, la santé globale des personnes vivant dans les régions rurales ou éloignées est mise en péril au fil du temps et leurs soins sont retardés, ce qui les expose à un risque accru de cancer.

## À quoi ressemble l'iniquité?

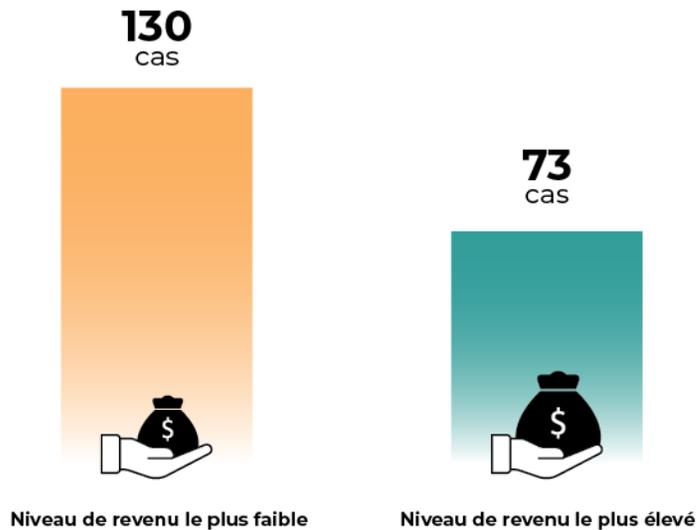
On observe des différences marquées en ce qui concerne l'incidence du cancer du poumon et les taux de survie chez les personnes à faible revenu et celles qui vivent dans des collectivités rurales ou éloignées.

### Incidence du cancer du poumon

#### Revenu



Les personnes à **faible revenu** sont presque deux fois plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du poumon que celles qui gagnent un revenu plus élevé.



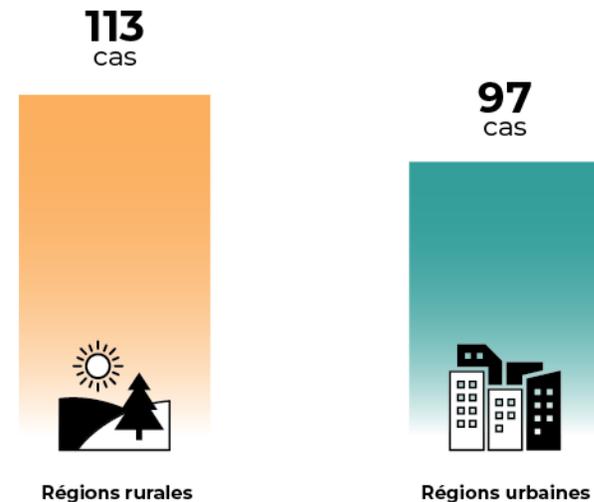
Taux d'incidence normalisé selon l'âge (pour 100 000 personnes)

Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer (2013-2015) couplé au Fichier T1 sur les familles

#### Géographie



Les personnes qui vivent dans des **collectivités rurales** sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du poumon que celles qui vivent dans des collectivités urbaines.



Taux d'incidence normalisé selon l'âge (pour 100 000 personnes)

Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer (2013-2015) couplé au Fichier T1 sur les familles

**Les différences en ce qui concerne l'incidence du cancer du poumon reflètent en grande partie les différences liées à l'usage de tabac commercial et à l'exposition professionnelle à des agents cancérigènes, des facteurs influencés par les déterminants sociaux de la santé.** Voir la section *Prévention et bien-être*, à la page 10.

## À quoi ressemble l'iniquité?

On observe des différences marquées en ce qui concerne l'incidence du cancer du poumon et les taux de survie chez les personnes à faible revenu et celles qui vivent dans des collectivités rurales ou éloignées.

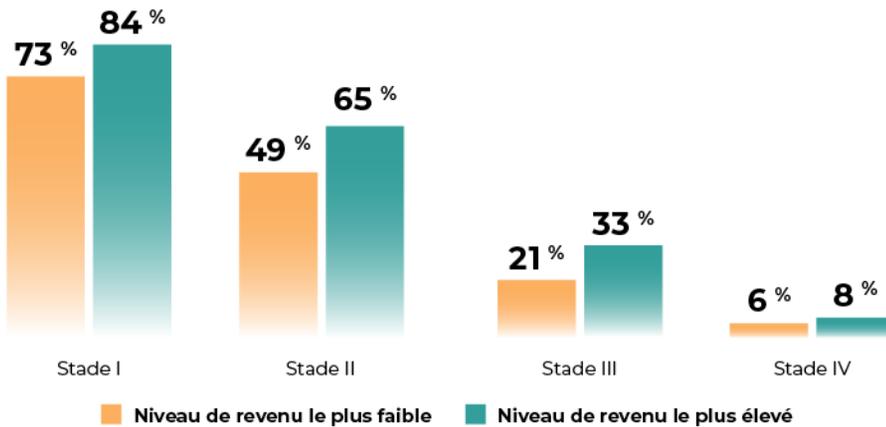
### Survie au cancer du poumon

#### Revenu



Les personnes à **faible revenu** sont moins susceptibles de **survivre au cancer du poumon** que celles qui gagnent un revenu plus élevé.

Taux de survie après trois ans

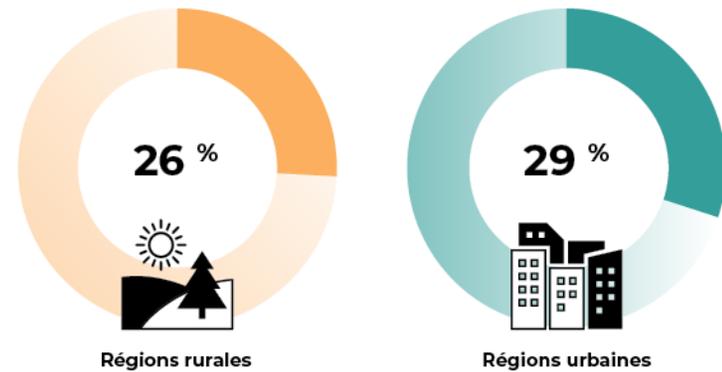


#### Géographie



Les **taux de survie** sont semblables chez les personnes vivant dans les collectivités urbaines et celles vivant dans les collectivités rurales.

Taux de survie après trois ans



Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer (2010-2011) couplé à la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil et au Fichier T1 sur les familles

Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer (2010-2011) couplé à la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil et au Fichier T1 sur les familles

**Les différences en ce qui concerne la survie au cancer du poumon reflètent en grande partie les différences liées au stade de la maladie au moment du diagnostic et à l'accès au traitement, des facteurs influencés par les déterminants sociaux de la santé<sup>7,19</sup>.**

Voir la section *Diagnostic et traitement*, à la page 12.



Étant donné que les Premières Nations, les Inuits et les Métis sont plus susceptibles de percevoir un faible revenu et de vivre dans des collectivités rurales ou éloignées, ils représentent probablement une part disproportionnée de la population décrite dans ce rapport<sup>2,16</sup>. Toutefois, comme c'est le cas pour la plupart des bases de données actuelles sur la santé, les ensembles de données couplés au Registre canadien du cancer utilisés dans ce rapport ne contiennent pas d'identificateurs pour les Premières Nations, les Inuits ou les Métis et ne peuvent donc pas être utilisés pour tirer des conclusions sur les résultats liés au cancer chez ces groupes. Les données provenant d'autres sources révèlent toutefois des inégalités importantes en matière de santé. Par exemple, par rapport à la population non autochtone du Canada :



Les adultes des **Premières Nations** sont moins susceptibles dans une **proportion de 35 % de survivre au cancer du poumon** cinq ans après le diagnostic, malgré la similarité des taux d'incidence de la maladie<sup>46</sup>.

**x2**

Les personnes vivant dans l'**Inuit Nunangat** (région désignée des Inuvialuit, Nunavut, Nunavik et Nunatsiavut) sont **plus de deux fois plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du poumon**<sup>47</sup>.



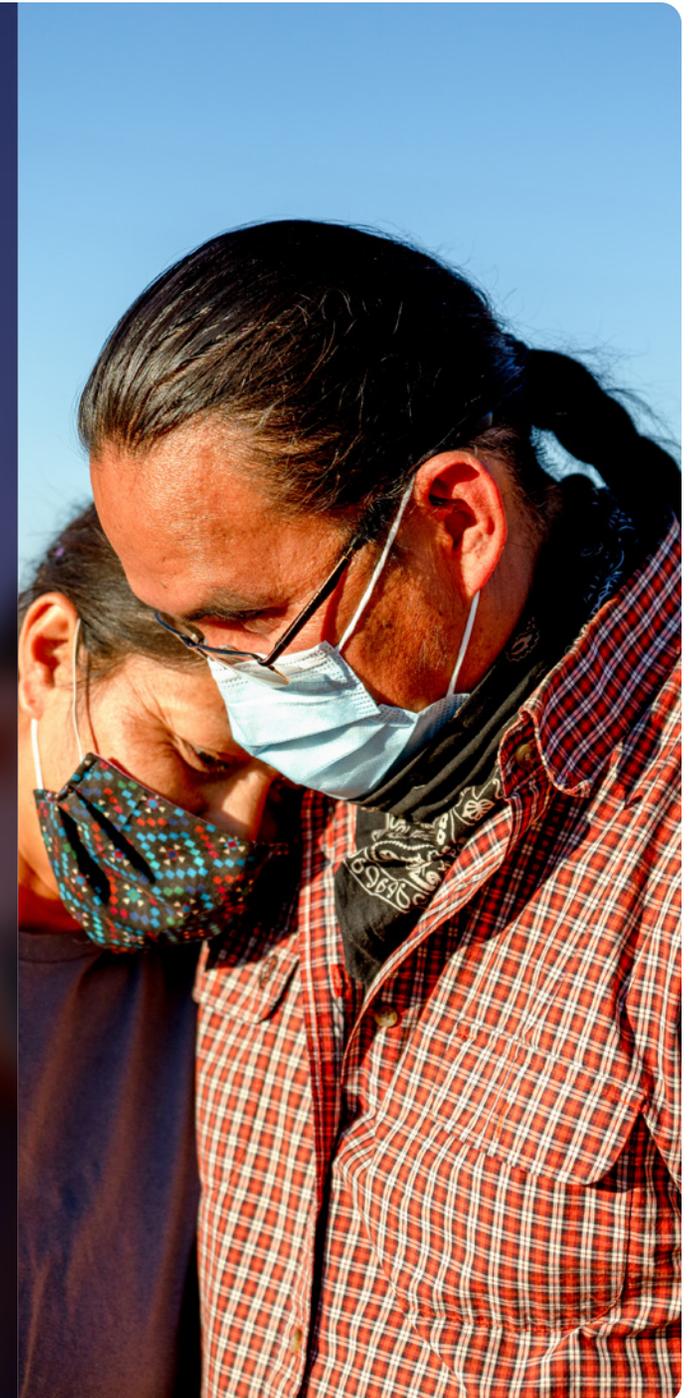
Les adultes métis sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du poumon, et sont moins susceptibles, dans une **proportion de 30 %, de survivre à ce type de cancer après cinq ans**<sup>48</sup>.

Étant donné que les Premières Nations, les Inuits et les Métis sont plus susceptibles de percevoir un faible revenu et de vivre dans des collectivités rurales ou éloignées, ils représentent probablement une part disproportionnée de la population décrite dans ce rapport.

Il faut soutenir les efforts visant à améliorer l'équité en matière de prévention du cancer du poumon ainsi que de soins et de résultats liés à la maladie pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis. À cette fin, il convient notamment d'accroître la disponibilité des données.

**Les organisations de santé et les gestionnaires des données doivent soutenir les gouvernements et les organisations autochtones dans leurs efforts pour améliorer la disponibilité, l'analyse et la diffusion de données propres aux Autochtones et déterminées par eux afin de mieux comprendre l'expérience du cancer du poumon vécue par les Premières Nations, les Inuits et les Métis.**

Bien qu'il existe, au Canada, diverses sources de données sur la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis, la plupart de ces données ont été recueillies à l'extérieur de ces collectivités et ne sont pas conçues pour répondre à leurs besoins. Les données relatives aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis doivent également être mieux coordonnées pour veiller à ce que des renseignements globaux sur leur santé et leur bien-être soient accessibles et standardisés. Cela permettra de réaliser des progrès quant à la réduction des écarts sur le plan de l'équité en santé qui affectent les Premières Nations, les Inuits et les Métis



# Prévention et bien-être



La prévention joue un rôle important dans la réduction du risque de cancer du poumon.

**La capacité à réduire les facteurs de risque est directement liée à divers facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui échappent souvent au contrôle d'un individu.**  
(voir la section *Pourquoi y a-t-il des inégalités en matière de santé?*, à la page 6).

## À quoi ressemble l'iniquité?

### Usage du tabac commercial

La probabilité qu'une personne fume est étroitement liée à une interaction complexe entre les déterminants sociaux de la santé et d'autres facteurs, notamment l'influence de l'industrie du tabac, qui se traduit par des taux de tabagisme plus élevés parmi les populations rurales et à faible revenu.

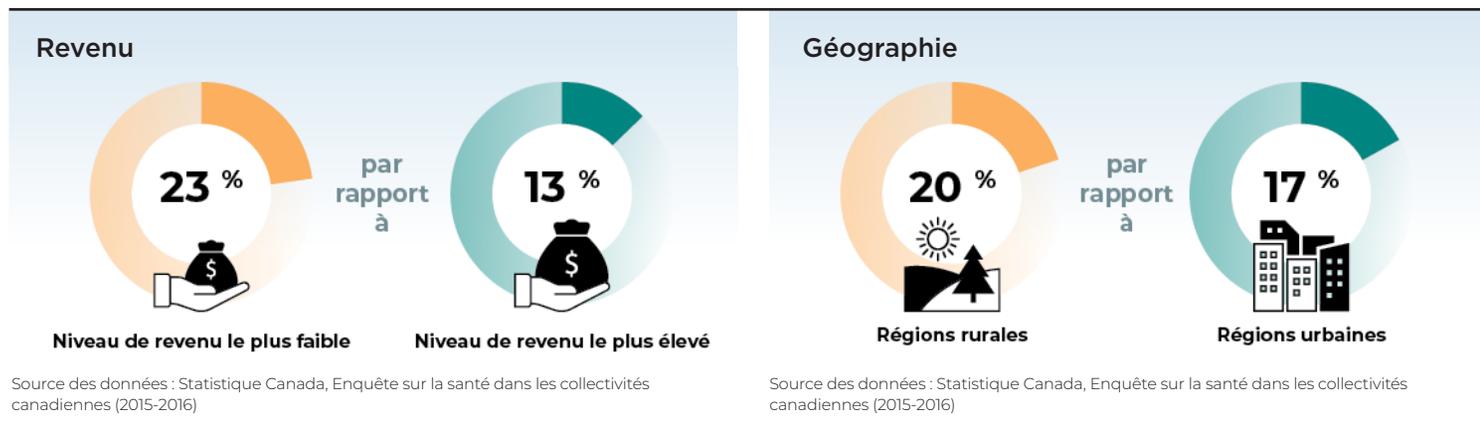
**Le tabagisme est la principale cause de cancer du poumon. Il est responsable de jusqu'à 72 % des cas de cancer du poumon au Canada<sup>20</sup>.**

### Exposition à des agents cancérigènes dans l'environnement et en milieu de travail

Jusqu'à 15 % des cas de cancer du poumon au Canada sont associés à une exposition à des agents cancérigènes en milieu de travail<sup>24</sup>. Les personnes qui fument en plus d'être exposées à des substances cancérigènes présentent un risque encore plus important de cancer du poumon<sup>25</sup>. Les personnes qui travaillent dans certaines industries, comme l'industrie minière, la construction ou les transports, sont plus susceptibles d'être exposées à des substances cancérigènes que celles qui travaillent dans d'autres industries<sup>26</sup>.

Les inégalités en matière de santé attribuables à un emploi sont étroitement liées à d'autres inégalités socioéconomiques, telles que l'éducation et la richesse<sup>27</sup>. Par exemple, les personnes qui travaillent dans les secteurs de l'industrie, de la fabrication ou des services sont plus susceptibles d'avoir un SSE modeste, notamment un plus faible niveau de scolarité et moins de possibilités d'emploi<sup>28</sup>.

### Pourcentage de personnes qui déclarent fumer quotidiennement ou occasionnellement



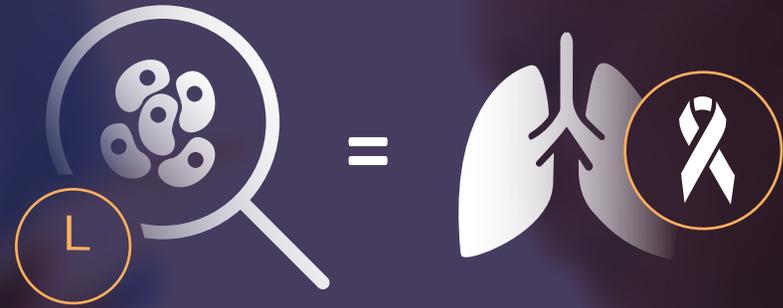
**Les personnes à faible revenu sont plus susceptibles de fumer que celles touchant un revenu plus élevé.** Les recherches montrent qu'un SSE modeste interagit souvent avec d'autres facteurs sociaux, environnementaux ou psychologiques (par exemple, la race ou l'origine ethnique, l'emplacement géographique, la marginalisation sociale, le stress) pour influencer le comportement en matière de tabagisme<sup>13, 22</sup>.

**Les personnes vivant dans les régions rurales sont légèrement plus susceptibles de fumer que celles vivant dans les régions urbaines.** Les ouvrages publiés donnent à penser que les personnes vivant dans les régions rurales et éloignées ont moins accès à des possibilités d'instruction et d'emploi. Par conséquent, ces personnes ont généralement un plus faible niveau de scolarité, un taux de chômage plus élevé et un revenu plus faible par rapport aux populations urbaines<sup>23</sup>. Ces facteurs sont aggravés par un accès réduit aux fournisseurs de soins de santé et aux services de prévention, qui influencent le comportement en matière de tabagisme.

**! DE QUELLE FAÇON CARACTÉRISONS-NOUS L'USAGE DU TABAC?**

Dans le présent rapport, le terme « usage du tabac » ou « tabagisme » fait référence à l'utilisation des produits du tabac commercial. Il ne fait pas référence à l'utilisation du tabac traditionnel ou sacré par les Premières Nations ou les Métis. Le tabac traditionnel ou sacré diffère du tabac commercial en ce qu'il est utilisé dans des rituels cérémoniels ou sacrés à des fins de guérison et de purification, ce qui représente une valeur culturelle essentielle pour de nombreuses collectivités métisses et des Premières Nations<sup>21</sup>.

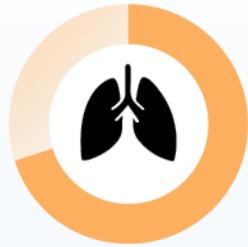
# Diagnostic et traitement



Les personnes chez qui le cancer du poumon est détecté à un stade précoce ont de meilleures chances de se rétablir que celles qui reçoivent un diagnostic de la maladie à un stade avancé.

Toutefois, au Canada, les personnes atteintes d'un cancer du poumon sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de la maladie à un stade avancé (stade III ou IV) que les personnes atteintes d'un cancer du sein, d'un cancer de la prostate ou d'un cancer colorectal.

## Pourcentage de cas de cancer diagnostiqués au stade III ou IV au Canada



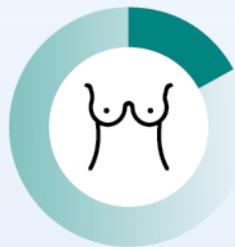
Cancer du poumon  
**70 %**



Cancer colorectal  
**50 %**



Cancer de la prostate  
**26 %**



Cancer du sein  
**18 %**

Le cancer du poumon peut causer peu de symptômes pendant des mois, voire des années. Le dépistage chez les personnes présentant un risque élevé (fondé, par exemple, sur des facteurs tels que l'âge et les antécédents de tabagisme) peut aider à détecter la maladie à un stade précoce, avant l'apparition des symptômes, lorsque les chances de guérison et de survie sont plus élevées<sup>29</sup>.

Des programmes provinciaux ou territoriaux de dépistage organisé du cancer du poumon n'ont pas encore été mis en place au Canada. Lorsque des symptômes apparaissent, ils peuvent être généraux, ce qui complique la détection et le diagnostic à un stade précoce. Il existe également des obstacles souvent complexes et pluridimensionnels, qui expliquent pourquoi certaines personnes tardent à consulter un fournisseur de soins de santé et à obtenir un diagnostic de cancer du poumon.

Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer (2012-2016)

## À quoi ressemble l'iniquité?

### Stade au moment du diagnostic

La survie au cancer est fortement liée au stade de la maladie au moment du diagnostic. Malheureusement, les recherches semblent indiquer que les personnes à faible revenu sont moins susceptibles de faire l'objet d'un dépistage et d'une évaluation précoces de leurs symptômes, ce qui explique pourquoi la maladie est diagnostiquée à un stade plus avancé<sup>30</sup>.

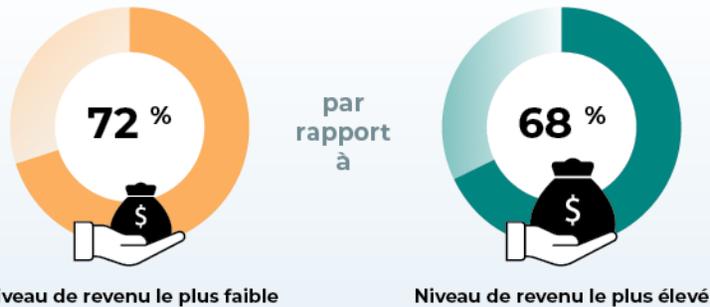
Cette inégalité fondée sur le revenu est principalement attribuable à des facteurs qui échappent au contrôle d'un individu. Par exemple, les personnes à faible revenu peuvent vivre et travailler dans des environnements qui les exposent à un risque accru de cancer et se heurter à des obstacles pour accéder à des services de dépistage, de diagnostic et de traitement du cancer de qualité élevée (par exemple, difficulté à prendre des rendez-vous, emploi

plus précaire ou moins flexible, mauvaise expérience avec les fournisseurs de soins de santé)<sup>31,32</sup>.

La proportion de cas de cancer du poumon diagnostiqués à un stade avancé est semblable chez les personnes vivant dans les collectivités urbaines et celles vivant dans les collectivités rurales : elle est de 70 % dans les deux cas. Bien que ce constat soit positif, les collectivités rurales et éloignées font face à de nombreux défis sociaux et économiques qui compliquent l'accès aux services de diagnostic et de traitement du cancer.

**La proportion de cas de cancer du poumon diagnostiqués à un stade avancé est semblable chez les personnes vivant dans les collectivités urbaines et celles vivant dans les collectivités rurales : elle est de 70 % dans les deux cas.**

### Pourcentage de cas de cancer du poumon diagnostiqués au stade III ou IV au Canada



**Les personnes atteintes d'un cancer du poumon sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de la maladie à un stade avancé si elles touchent un faible revenu.**

Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer (2013-2015) couplé au Fichier T1 sur les familles



## À quoi ressemble l'iniquité?

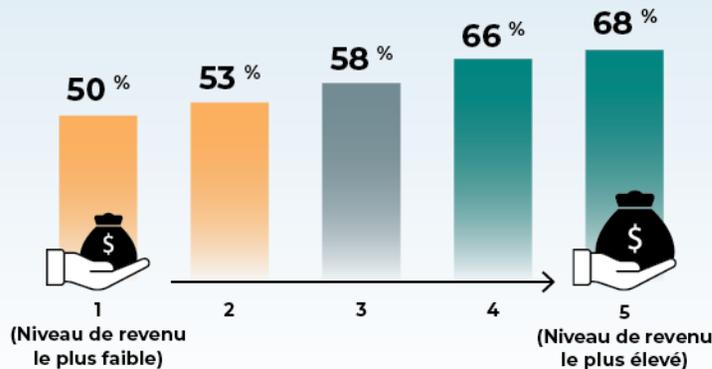
### Accès au traitement

La détection précoce offre davantage d'options thérapeutiques, y compris le traitement le plus efficace, soit l'ablation chirurgicale de la tumeur<sup>33</sup>. L'ablation chirurgicale est le pilier du traitement du cancer du poumon de stade I ou II, car elle augmente les chances de survie et peut être curative<sup>34-36</sup>.

### Pourcentage de patients atteints d'un cancer du poumon de stade I ou II recevant une intervention chirurgicale curative



Les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer du poumon non à petites cellules de stade I ou II et qui ont **le niveau de revenu le plus élevé sont plus susceptibles de faire l'objet d'une intervention chirurgicale curative que les patients ayant le niveau de revenu le plus faible.**

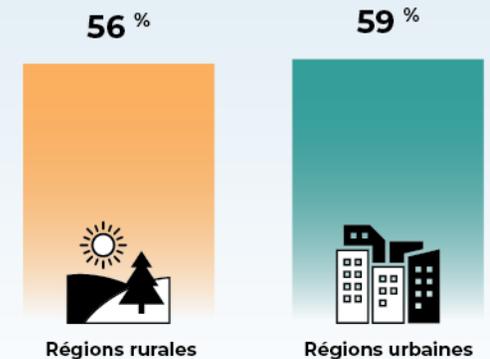


Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer (2012-2014) couplé au Fichier T1 sur les familles et Base de données sur les congés des patients

### Le revenu peut engendrer des difficultés d'accès aux traitements et aux soins. Par exemple :

- Les personnes à faible revenu qui souhaitent recevoir une intervention chirurgicale peuvent être confrontées à un plus grand nombre d'obstacles en raison d'un emploi plus précaire ou moins flexible. Il est possible qu'elles ne puissent pas s'absenter du travail, payer les frais de déplacement vers un centre de traitement ou assumer les coûts du traitement<sup>37</sup>.
- La comorbidité est fréquente chez les personnes atteintes de cancer, mais il n'existe pas de large consensus sur la prise en charge du cancer et des affections comorbides. Les données probantes semblent indiquer que le traitement de certains patients atteints de cancer et d'une affection comorbide est parfois modifié inutilement, ce qui peut les empêcher de recevoir des soins optimaux<sup>38</sup>. La prévalence des affections comorbides est plus élevée chez les personnes à faible revenu que chez celles touchant un revenu élevé. Par conséquent, les personnes à faible revenu peuvent être moins susceptibles de recevoir un traitement curatif<sup>39-41</sup>.
- Une petite proportion de patients peut refuser le traitement recommandé<sup>42,43</sup>. Bien qu'aucune étude approfondie n'ait été menée sur les raisons d'un tel refus, certaines mesures de soutien peuvent aider les patients à dissiper leur incertitude quant aux résultats en matière de santé et à faire un choix éclairé. Ces mesures de soutien comprennent la qualité des renseignements fournis aux patients au sujet des attentes à l'égard du traitement et l'établissement d'une relation de confiance entre le médecin et le patient<sup>44,45</sup>.

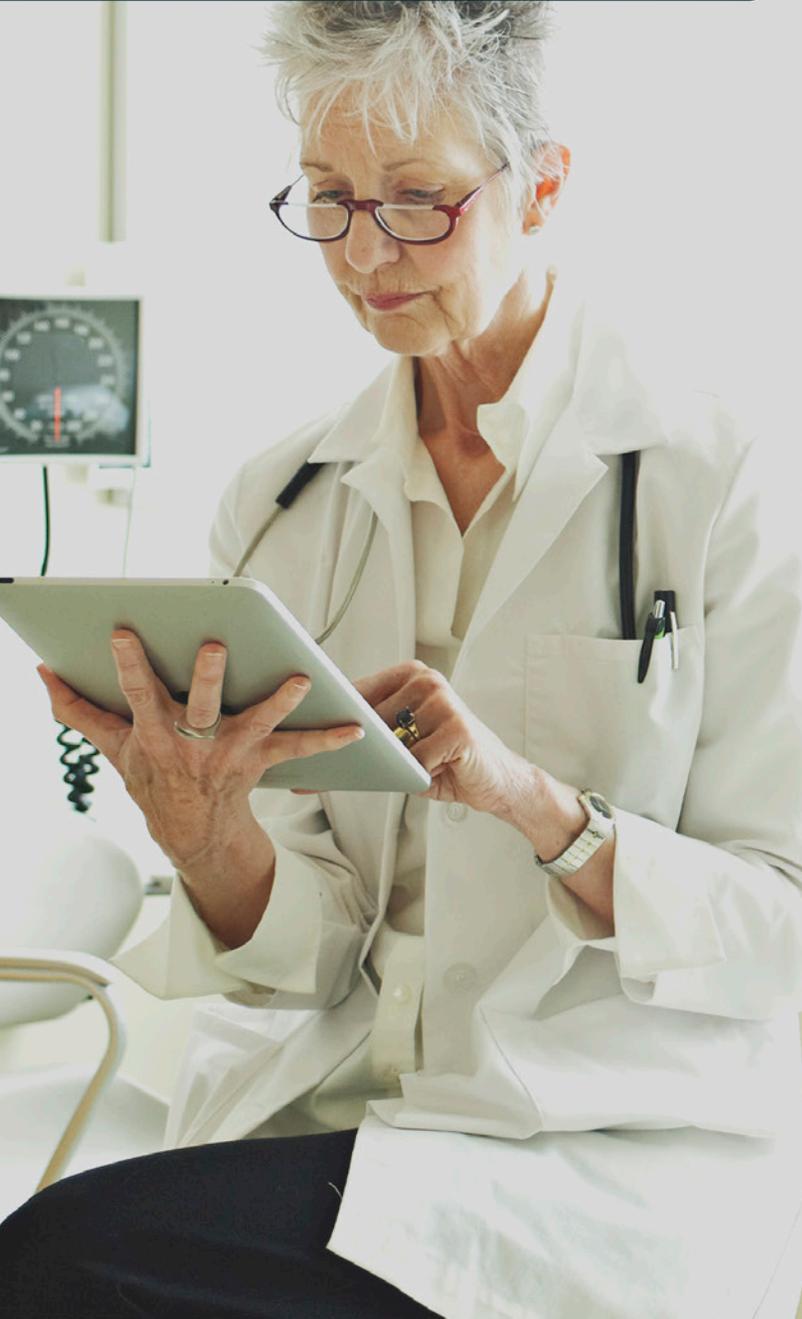
**Le taux de chirurgie curative chez les personnes** ayant reçu un diagnostic de cancer du poumon non à petites cellules de stade I ou II **est semblable qu'elles vivent dans des régions rurales ou urbaines.**



Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer (2012-2014) couplé au Fichier T1 sur les familles et Base de données sur les congés des patients

**Bien que les proportions puissent être similaires, l'expérience du cancer vécue par les personnes vivant dans les régions rurales peut différer considérablement de celle vécue par les personnes vivant en milieu urbain.** En raison de nombreux obstacles, l'expérience du cancer du poumon et l'accès aux soins sont plus complexes pour les personnes vivant en milieu rural.

# Voie à suivre



Pour assurer l'équité en ce qui concerne les résultats liés au cancer du poumon, des mesures importantes doivent être prises sur le plan des politiques et des systèmes, afin de veiller à ce que les collectivités mal desservies puissent accéder aux avancées en matière de prévention, de diagnostic et de soins du cancer.

Pour ce faire, les services de soins de santé et de soutien offerts tout au long du continuum de la lutte contre le cancer – de la prévention au diagnostic jusqu'au traitement et à la survie – doivent être conçus dès le départ pour répondre expressément aux besoins des collectivités mal desservies.

**Dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, dans laquelle l'équité est à la fois une priorité et une valeur primordiale intégrée à toutes les mesures recommandées, le Partenariat canadien contre le cancer travaillera avec des partenaires de tout le pays pour élaborer et mettre en œuvre des plans ayant pour but d'éliminer les obstacles et d'aider les personnes à obtenir les soins dont elles ont besoin. Il s'agira notamment de contribuer à la mise en œuvre des appels à l'action décrits dans le présent rapport.**

Les organismes et les programmes de lutte contre le cancer doivent atteindre les objectifs suivants en collaborant avec les gouvernements et les organisations qui représentent les collectivités mal desservies :



- **Veiller à ce que des aides de renoncement au tabac adaptées sur le plan culturel soient offertes aux collectivités mal desservies.** Les programmes d'abandon du tabagisme fondés sur des données probantes, qui intègrent des approches respectueuses de l'identité culturelle et comprennent des thérapies de remplacement de la nicotine subventionnées ou gratuites, ainsi que d'autres médicaments pour arrêter de fumer, sont essentiels pour prévenir en premier lieu le cancer du poumon et d'autres types de cancer.



- **Planifier et mettre en œuvre un programme de dépistage organisé du cancer du poumon conçu pour répondre aux besoins des populations mal desservies, notamment les personnes à faible revenu, celles qui vivent dans des collectivités rurales et éloignées, et les Premières Nations, les Inuits et les Métis.** Il est important de mettre l'accent sur des approches particulières afin de rendre ces programmes plus accessibles.



- **Offrir des aides de renoncement au tabac, y compris des aides adaptées sur le plan culturel, dans le cadre de programmes de dépistage organisé du cancer du poumon.** Cela permettrait de prévenir davantage de décès causés par le cancer du poumon et d'améliorer considérablement le rapport coût-efficacité du dépistage de la maladie.



## Besoin d'une plus grande quantité de données de meilleure qualité

Ce rapport souligne les inégalités en matière de prévention du cancer du poumon ainsi que de soins et de résultats liés à la maladie pour les personnes à faible revenu et celles vivant dans des collectivités rurales et éloignées. Toutefois, il est nécessaire de disposer d'une plus grande quantité de données de meilleure qualité pour obtenir un tableau plus complet de l'état de l'équité en matière de santé au Canada.

Les responsables du système de santé canadien, les décideurs et les gestionnaires des données devraient prendre les mesures qui suivent :



- **Collaborer avec les organisations qui représentent les groupes mal desservis** afin de s'assurer que :

- l'approche adoptée pour l'élaboration des indicateurs, la collecte des données et la production des rapports est définie conjointement avec ces groupes;
- les analyses et les rapports mettent en évidence les déterminants sociaux de la santé, l'interconnexion des facteurs sociaux, économiques et environnementaux et leurs répercussions sur la santé et le bien-être.



- **Améliorer l'accès opportun aux données sanitaires, socioéconomiques et environnementales et le couplage des dossiers** aux fins de recherche et d'innovation au sein du système de santé (par exemple, accès opportun aux données administratives et aux données d'enquête et couplage de ces données à l'aide de l'Environnement de couplage de données sociales de Statistique Canada).



- **Élaborer et appliquer des identificateurs standardisés et validés de la race et de l'origine ethnique** dans tous les ensembles de données sur la population et les soins de santé afin d'améliorer la collecte, le couplage et la disponibilité des données en vue de mieux comprendre l'état de l'équité en matière de santé au Canada.



- **Soutenir les gouvernements et les organisations nationales et régionaux des Premières Nations, des Inuits et des Métis** pour faire progresser les recherches et les systèmes de données régis par les Premières Nations, les Inuits et les Métis.

**Ces mesures donneront un aperçu des inégalités et des obstacles en matière de prévention et d'accès au traitement du cancer du poumon. La compréhension et l'élimination de ces inégalités et de ces obstacles aideront le système de soins de santé à offrir des services et des soins de meilleure qualité conçus pour répondre aux besoins particuliers des groupes mal desservis.**

## Références :

1. **Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer.** (2019). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2019*. Toronto, Ontario : Société canadienne du cancer.
2. **Brenner, D. R., Weir, H. K., Demers, A. A., Ellison, L. F., Louzado, C., Shaw, A., et coll.** (2020). Projected estimates of cancer in Canada in 2020. *CMAJ*, 192(9), E199-E205.
3. **Association médicale canadienne.** (2017). *Recommandations de l'AMC au sujet de stratégies de réduction de la pauvreté*. Ottawa, Ontario : Association médicale canadienne.
4. **Angell, M.** (1993). Privilege and health--what is the connection?, *N Engl J Med*, 329(2), 126-127.
5. **American Psychological Association.** (2007). *Report of the APA Task Force on Socioeconomic Status*. Washington, D.C. : American Psychological Association.
6. **Statistique Canada.** (2017). *Mesurer l'éloignement et l'accessibilité : Un ensemble d'indices applicables aux collectivités canadiennes* [en ligne]. Ottawa, Ontario : Statistique Canada [mis à jour le 9 mai 2017]. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/18-001-x/18-001-x2017002-fra.htm>.
7. **Organisation mondiale de la Santé.** (2020). *À propos. Déterminants sociaux de la santé* [en ligne]. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé. Disponible à l'adresse : [https://www.who.int/social\\_determinants/fr/](https://www.who.int/social_determinants/fr/).
8. **Organisation de coopération et de développement économiques.** (2019). *Panorama de la santé 2019. Les indicateurs de l'OCDE*. Paris, France : Organisation de coopération et de développement économiques.
9. **Organisation mondiale de la Santé.** (2014). *Tobacco and inequities*. Copenhague, Danemark : Organisation mondiale de la Santé.
10. **Reading, C. et Wien, F.** (2009). *Health inequalities and social determinants of Aboriginal peoples' health*. Prince George, Colombie-Britannique : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
11. **Dunn, J., Garvey, G., Valery, P. C., Ball, D., Fong, K. M., Vinod, S., et coll.** (2017). *Barriers to lung cancer care: health professionals' perspectives*. *Support Care Cancer*, 25(2), 497-504.
12. **Gouvernement du Canada.** (2016). *Document d'information sur la pauvreté au Canada*. Ottawa, Ontario : gouvernement du Canada.
13. **Association médicale canadienne.** (2018). *L'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé : un rôle pour la profession médicale*. Ottawa, Ontario : Association médicale canadienne.
14. **Association médicale canadienne.** (2018). *Assurer un accès équitable aux soins de santé : Stratégies pour les gouvernements, les planificateurs de systèmes de santé et les médecins*. Ottawa, Ontario : Association médicale canadienne.
15. **Zahnd, W. E., James, A. S., Jenkins, W. D., Izadi, S. R., Fogleman, A. J., Steward, D. E., et coll.** (2018). *Rural-urban differences in cancer incidence and trends in the United States*. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 27(11), 1265-1274.
16. **Statistique Canada.** (2016). *Série « Perspective géographique »* [en ligne]. Ottawa, Ontario : Statistique Canada. Disponible à l'adresse : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/fogs-spg/Facts-can-fra.cfm?LANG=Fra&GK=CAN&GC=01&TOPIC=9>.
17. **Inuit Tapiriit Kanatami.** (2019). *Inuit Nunangat map* [en ligne]. Ottawa, Ontario : Inuit Tapiriit Kanatami. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.itk.ca/inuit-nunangat-map/>.
18. **Statistique Canada.** (2020). *Premières Nations, Métis, Inuits et la COVID-19 : Caractéristiques sociales et de la santé* [en ligne]. Ottawa, Ontario : Statistique Canada [mis à jour le 17 avril 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200417/dq200417b-fra.htm>.
19. **Nishri, E. D., Sheppard, A. J., Withrow, D. R., et Marrett L. D.** (2015). Cancer survival among First Nations people of Ontario, Canada (1968-2007). *International Journal of Cancer*, 136(3), 639-645.
20. **Étude « Risque attribuable du cancer chez la population canadienne ».** (2019). *Risk factors: Canadian Population Attributable Risk of Cancer (ComPARE) study* [mis à jour le 1<sup>er</sup> mars 2020] Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://data.prevent.cancer.ca/current/risk-factors>.
21. **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.
22. **Garrett, B. E., Dube, S. R., Babb, S. et McAfee, T.** (2015). Addressing the social determinants of health to reduce tobacco-related disparities. *Nicotine Tob Res*, 17(8), 892-897.
23. **Institut canadien d'information sur la santé.** (2006). *Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé*. Ottawa, Ontario : Institut canadien d'information sur la santé.
24. **Labrèche, F., Kim, J., Song, C., Pahwa, M., Ge, C. B., Arrandale, V. H., et coll.** (2019). The current burden of cancer attributable to occupational exposures in Canada. *Prev Med*, 122, 128-139.
25. **Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention et Health Promotion et Office on Smoking and Health.** (2010). *How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the surgeon general* (Publications and Reports of the Surgeon General). Atlanta, Géorgie : Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis).
26. **Centre de recherche sur le cancer professionnel.** (2019). *Burden of occupational cancer in Canada: Major workplace carcinogens and prevention of exposure*. Toronto, Ontario : Centre de recherche sur le cancer professionnel.
27. **Economic Conditions Knowledge Network.** (2007). *Employment conditions and health inequalities: final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*.
28. **Clougherty, J. E., Souza, K., Cullen, M. R.** (2010). Work and its role in shaping the social gradient in health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 102-124.
29. **Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.** (2016). *Cancer du poumon (2016) – Résumé des recommandations à l'intention des cliniciens et des responsables des politiques* [en ligne]. Calgary, Alberta : Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Disponible à l'adresse : <https://canadiantaskforce.ca/lignesdirectrices/lignes-directrices-publiees/cancer-du-poumon/?lang=fr>.
30. **Partenariat canadien contre le cancer.** (2016). *Rapport de 2016 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
31. **Alcaraz, K. I., Wiedt, T. L., Daniels, E. C., Yabroff, K. R., Guerra, C. E. et Wender, R. C.** (2020). Understanding and addressing social determinants to advance cancer health equity in the United States: A blueprint for practice, research, and policy. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 70(1), 31-46.
32. **Lewis, C., Abrams, M. et Seervai, S.** (2017). *Listening to low-income patients: obstacles to the care we need, when we need it* [en ligne]. New York, New York : The Commonwealth Fund [mis à jour le 1<sup>er</sup> décembre 2017]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.commonwealthfund.org/blog/2017/listening-low-income-patients-obstacles-care-we-need-when-we-need-it>.
33. **Blandin Knight, S., Crosbie, P. A., Balata, H., Chudziak, J., Hussell, T. et Dive, C.** (2017). Progress and prospects of early detection in lung cancer. *Open Biol*, 7(9), 170070.

## Références :

34. National Comprehensive Cancer Network. (2019). *NCCN guidelines for patients – early and locally advanced lung cancer*. Plymouth Meeting, Pennsylvanie : National Comprehensive Cancer Network.
35. Riaz, S. P., Lüchtenborg, M., Jack, R. H., Coupland, V. H., Linklater, K. M., Peake, M. D., et coll. (2012). Variation in surgical resection for lung cancer in relation to survival: population-based study in England 2004–2006. *Eur J Cancer*, 48(1), 54-60.
36. Zappa, C. et Mousa, S. A. (2016). Non-small cell lung cancer: current treatment and future advances. *Transl Lung Cancer Res*, 5(3), 288-300.
37. Nelson, C. B. (2010). *The financial hardship of cancer in Canada: a literature review*. Winnipeg, Manitoba : Société canadienne du cancer.
38. Sarfati, D., Koczwara, B. et Jackson, C. (2016). The impact of comorbidity on cancer and its treatment. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 66(4), 337-350.
39. Sogaard, M. T. R., Bossen, K. S., Sørensen, H. T. et Nørgaard, M. (2013). The impact of comorbidity on cancer survival: a review. *Clin Epidemiol*, 5(1), 3-29.
40. Louwman, W. J., Aarts, M. J., Houterman, S., van Lenthe, F. J., Coebergh, J. W. W., Janssen-Heijnen, M. L. G. (2010). A 50% higher prevalence of life-shortening chronic conditions among cancer patients with low socioeconomic status. *Br J Cancer*, 103(11), 1742-1748.
41. Roberts, K. C., Rao, D. P., Bennett, T. L., Loukine, L. et Jayaraman, G. C. (2015). Prévalence et profils de la multimorbidité au Canada et déterminants associés. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques*, 35(6), 87-94.
42. Restrepo, D. J., Sisti, A., Boczar, D., Huayllani, M. T., Fishe, J., Gabriel, E., et coll. (2019). Characteristics of breast cancer patients who refuse surgery. *Anticancer Res*, 39(9), 4941-4945.
43. Kaltenmeier, C., Malik, J., Yazdani, H., Geller, D. A., Medich, D., Zureikat, A., et coll. Refusal of cancer-directed treatment by colon cancer patients: Risk factors and survival outcomes. *The American Journal of Surgery*.
44. Sharf, B. F., Stelljes, L. A. et Gordon, H. S. (2005). 'A little bitty spot and I'm a big man': patients' perspectives on refusing diagnosis or treatment for lung cancer. *Psychooncology*, 14(8), 636-646.
45. Cassim, S., Chepulis, L., Keenan, R., Kidd, J., Firth, M. et Lawrenson, R. (2019). Patient and carer perceived barriers to early presentation and diagnosis of lung cancer: a systematic review. *BMC Cancer*, 19(1), 25.
46. Withrow, D. R., Pole, J. D., Nishri, E. D., Tjepkema, M. et Marrett, L. D. (2017). Cancer survival disparities between First Nation and non-Aboriginal adults in Canada: follow-up of the 1991 census mortality cohort. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 26(1), 145-151.
47. Carrière, G. M., Tjepkema, M., Pennock, J. et Goedhuis, N. (2012). Cancer patterns in Inuit Nunangat: 1998–2007. *International Journal of Circumpolar Health*, 71(1).
48. Mazereeuw, M. V., Withrow, D. R., Nishri, E. D., Tjepkema, M., Vides, E. et Marrett, L. D. (2018). Cancer incidence and survival among Métis adults in Canada: results from the Canadian census follow-up cohort (1992–2009). *CMAJ*, 190(11), E320-E326.



**PARTENARIAT**  
CANADIEN CONTRE  
LE CANCER

145, rue King Ouest, bureau 900  
Toronto (Ontario) M5H 1J8

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

Le présent document a été rendu possible grâce à une contribution financière de Santé Canada accordée au Partenariat canadien contre le cancer. Les opinions qui y sont exprimées sont celles du Partenariat canadien contre le cancer.

**POUR EN SAVOIR PLUS, VISITEZ LE :**  
[partenariatcontrelcancer.ca/poumon-equite](http://partenariatcontrelcancer.ca/poumon-equite)

ISBN 978-1-988000-50-3 (En ligne)

