

**SOUS EMBARGO JUSQU'AU
13 NOVEMBRE 2018**

Rendement du système de lutte contre le cancer

Rapport de 2018



Table des matières

4 Introduction

10 Fardeau du cancer au Canada

Allons-nous vers un avenir dans lequel les Canadiens seront moins susceptibles d'être atteints d'un cancer et d'en mourir?

16 Qualité

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

26 Équité

Comblons-nous l'écart constaté dans les issues des cancers parmi différents groupes de Canadiens?

32 Continuité des soins

Notre système de soins liés au cancer est-il intégré et centré sur la personne?

44 Durabilité

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

55 Optimisation de l'impact des données

Comment pouvons-nous élargir la portée des données relatives à la santé et au système de soins liés au cancer et en améliorer la disponibilité?

57 Avancées futures

De quelle façon le Partenariat veille-t-il à ce que des données sur le cancer exhaustives et de grande qualité soient disponibles?

58 Sommaire des résultats des indicateurs

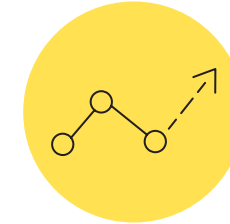
Quel est le rendement de mon territoire de compétence?

62 Références

66 Remerciements

FAITS SAILLANTS DU RAPPORT

Chaque chapitre du présent rapport met en évidence les éléments suivants :



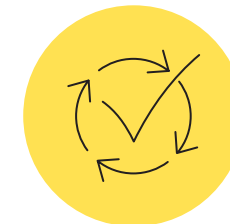
Progrès

réalisés dans l'amélioration de la lutte contre le cancer au Canada



Variations

dans les pratiques de lutte contre le cancer entre les provinces et les territoires



Répercussions

des améliorations de la lutte contre le cancer sur les patients atteints de cancer et sur les professionnels de la santé

Introduction

Il y a plus de dix ans, le Canada lançait la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer* (la Stratégie)^a afin de réduire le nombre de personnes recevant un diagnostic de cancer et de décès dus à un cancer, ainsi que d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer.

La mesure et la déclaration de données normalisées de grande qualité concernant le rendement des systèmes de soins liés au cancer à l'échelle du Canada occupent une place importante dans l'avancement de la Stratégie. Elles nous permettent de comprendre les lacunes et les domaines nécessitant davantage d'attention ainsi que de définir et de diffuser des pratiques efficaces qui peuvent améliorer les soins en oncologie pour la population canadienne.

^a La Stratégie canadienne de lutte contre le cancer pour 2017-2022 est disponible à l'adresse suivante : partenariatcontrelecancer.ca/strategie-2018.



Le Rapport de 2018 sur le rendement du système de lutte contre le cancer marque un jalon dans la mesure pancanadienne du rendement des systèmes de soins liés au cancer.

Il représente des années de progrès accomplis non seulement dans l'ampleur, le degré de détail et la qualité des données recueillies par les organismes partenaires à l'échelle du pays, mais également au chapitre de la présentation des données relatives au rendement du système de soins liés au cancer dans les appels à l'action et des liens entre lesdites données et ces appels à l'action. Nous sommes désormais à même de mesurer un plus grand nombre d'indicateurs du rendement du système de soins liés au cancer à un niveau pancanadien et d'établir des rapports à cet égard; chaque année, à la publication de ce rapport, nous observons une participation croissante des provinces, des territoires et d'autres organismes partenaires à la collecte de données.

Cependant, une fois qu'une grande étape a été franchie, il est temps d'explorer de nouveaux projets. Au Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat), nous prévoyons d'importants changements dans la façon dont nous allons présenter l'information future se rapportant au rendement du système de soins liés au cancer. Après dix ans de progrès, le moment est venu de renouveler et de faire évoluer la Stratégie en vue de répondre aux nouvelles pressions et de saisir les nouvelles occasions dans le domaine de la lutte contre le cancer, ainsi que d'actualiser les indicateurs de rendement du système afin qu'ils cadrent avec la Stratégie actualisée. Grâce à une étroite collaboration avec nos partenaires, nous allons nous assurer que les meilleures données possible sont disponibles pour catalyser l'amélioration et le changement dans des secteurs essentiels. (La section *Avancées futures* à la fin du présent rapport contient des renseignements plus complets au sujet des changements prévus par le Partenariat concernant l'établissement de rapports).

Le Rapport de 2018 sur le rendement du système de lutte contre le cancer met en lumière les progrès et les lacunes parmi les cinq thèmes du plan stratégique du Partenariat :

La prestation de **soins efficaces et de grande qualité** qui sont axés sur des données probantes et améliorent les résultats de santé.

Des **soins équitables** pour tous les Canadiens, en réduisant au minimum les obstacles sociodémographiques (p. ex., le revenu, le lieu de résidence, le statut d'immigrant) susceptibles d'entraver la capacité d'une personne à accéder à des soins efficaces en oncologie.

Des **soins continus centrés sur la personne** qui permettent aux patients et à leur famille de comprendre le système, d'y accéder et d'y naviguer avec facilité.

Un **système durable** qui satisfait aux besoins de la population de manière à optimiser l'équilibre entre l'utilisation des ressources et l'excellence des résultats obtenus par le patient.

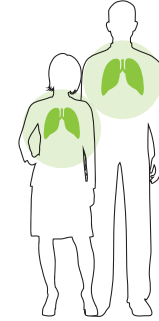
L'**optimisation de l'impact des données** en élargissant la portée, le degré de détail et la disponibilité des données sur la population et sur le système de soins liés au cancer, afin qu'elles puissent être utilisées pour prendre des décisions rapides et efficaces fondées sur des données probantes.

CODE DES CANCERS

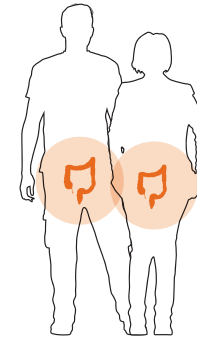
Tout au long du rapport, nous utiliserons les codes de couleur suivants pour représenter les différents types de cancer :



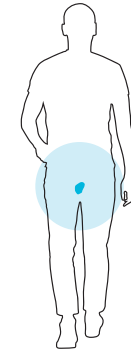
● Cancer du sein



● Cancer du poumon



● Cancer colorectal



● Cancer de la prostate



● Cancer du col de l'utérus



Examen des progrès axé sur les patients

Rendement du système de lutte contre le cancer au cours de leur expérience

Tandis que le reste de ce rapport est organisé par thème – qualité, équité, continuité des soins et durabilité – cette section décrit la signification potentielle des résultats acquis dans les domaines de la prévention, du dépistage, du diagnostic, du traitement, de la survie et des soins de fin de vie pour les personnes touchées par le cancer.

La prévention est la stratégie la plus importante pour réduire le fardeau du cancer chez les générations actuelles et futures. La minimisation des facteurs de risque de cancer – en particulier le tabagisme, l'inactivité physique et la consommation excessive d'alcool – pourrait nous aider à prévenir jusqu'à un tiers des cas de cancer¹. Ce n'est pas une tâche facile. Par exemple, nous savons depuis longtemps que 85 % des cas de cancer du poumon sont attribuables au tabagisme, et c'est la raison pour laquelle ce dernier a été et demeure une préoccupation centrale dans les efforts entrepris en matière de prévention².

Récemment, le Canada a fixé l'objectif de réduire les taux de tabagisme de la population à 5 % d'ici 2035³. Bien que les taux de tabagisme aient chuté de plus de la moitié depuis les années 1970, le taux à l'échelle nationale est de 17,4 %. Cependant, les taux à l'échelle du pays varient entre 14,1 % et 62,1 %, selon la province ou le territoire. Il est clair qu'il reste beaucoup à faire, mais si nous parvenons à atteindre la cible nationale en matière de tabagisme d'un bout à l'autre du pays, d'ici 2035 nous pourrions enregistrer une baisse de 31 000 diagnostics de cancer du poumon et de 20 000 décès des suites d'un cancer du poumon.

Les provinces et les territoires canadiens affichent également des résultats variables en matière de facteurs de risque, y compris l'inactivité physique (de 31,8 % à 50,3 %, selon la province ou le territoire). La consommation excessive d'alcool est également un problème, avec un pourcentage variant de 7,2 % à

La minimisation des facteurs de risque de cancer

Tabagisme



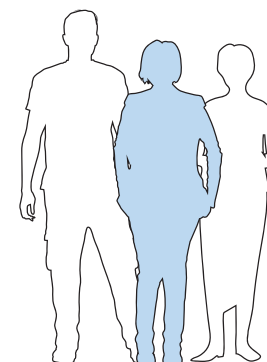
Inactivité physique



Consommation excessive d'alcool



pourrait nous aider à **prévenir** jusqu'à **un tiers des cas de cancer**

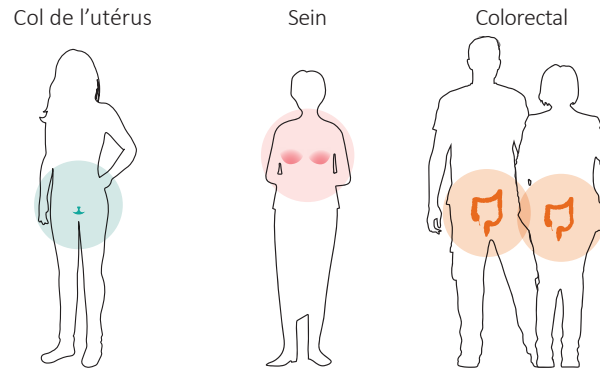


16,2 %, selon la province ou le territoire. Ces chiffres se traduisent par de grandes différences dans l'incidence du cancer ainsi que par la nécessité d'élargir efficacement les efforts de prévention pour toucher l'ensemble de la population canadienne.

Malgré la réussite des efforts de prévention entrepris jusqu'ici, un Canadien sur deux recevra un diagnostic de cancer au cours de sa vie⁴. Pour ces Canadiens, notre objectif consiste à **réduire le pourcentage de diagnostics de cancer à un stade avancé, lorsque le traitement n'est plus aussi efficace**. Pour ce faire, nous allons augmenter la détection précoce et le dépistage axé sur la population, ce qui veut dire que l'on va effectuer des tests de dépistage du cancer chez des personnes appartenant à un groupe cible exposé à un risque moyen de cancer (par exemple, mammographies de dépistage tous les deux à trois ans effectuées chez les femmes à risque moyen âgées de 50 à 69 ans).

À l'heure actuelle, le Canada a mis en place des programmes de dépistage axés sur la population pour le cancer colorectal, le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein⁵. Le lancement et l'expansion des programmes de dépistage permettent de diminuer la proportion de diagnostics de cancers à un stade avancé⁶. Le dépistage du cancer du sein a commencé il y a plus de 20 ans et compte un taux de participation national déclaré par les personnes intéressées de 72 %. On diagnostique actuellement 8,8 fois plus de cancers du sein au stade I qu'au stade IV. Il faut comparer ce résultat à celui des programmes de dépistage du cancer colorectal, qui a débuté après 2007. Seuls 51 % des Canadiens dans le groupe d'âge cible se soumettent à un dépistage, et le cancer du côlon est toujours le plus fréquemment diagnostiqué au stade III dans un grand nombre des provinces et des territoires ayant fourni des données, avec 1,3 fois plus de patients recevant un diagnostic de cancer de stade III comparativement au stade I. Nous prévoyons que la proportion de cancers

Le Canada a mis en place des programmes de dépistage axés sur la population pour les cancers suivants :



colorectaux de stade avancé diagnostiqués va diminuer à l'avenir à mesure que les programmes actuels évoluent et que de nouveaux programmes seront mis en œuvre dans deux territoires de compétence supplémentaires. À mesure de l'implantation de ces changements, nous nous attendons à ce que l'incidence du dépistage du cancer colorectal avoisine celle du dépistage du cancer du sein et mène à une amélioration notable des taux de survie.

Le dépistage gagne en efficacité au niveau de la population lorsqu'il respecte les lignes directrices fondées sur des données probantes. En se concentrant sur les populations cibles telles que définies dans les lignes directrices, on augmente la probabilité de détecter un cancer à temps et on diminue la probabilité d'obtenir des résultats faux positifs, lesquels peuvent mener à la réalisation de tests et d'interventions de suivi inutiles, voire nocifs. Pour cette raison, on ne recommande pas le dépistage systématique par

À mesure que les programmes de dépistage évoluent et que la participation au dépistage augmente

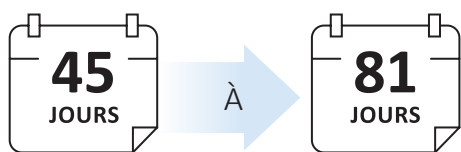
la proportion de cancers diagnostiqués à un stade avancé diminue.

mammographie chez les femmes à risque moyen âgées de 40 à 49 ans : par rapport aux femmes plus âgées, les avantages d'un dépistage – la réduction du nombre de cas de cancer et de décès – sont inférieurs pour ce groupe d'âge, tandis que le risque d'obtention de résultats faux positifs est supérieur⁷.

On estime que **chaque année au Canada, 450 000 mammographies sont réalisées chez des femmes de 40 à 49 ans dans des conditions non conformes aux lignes directrices**. Si nous pouvions réduire ce chiffre de 15 % seulement, on pourrait éviter l'anxiété et les effets nuisibles potentiels liés aux tests supplémentaires effectués à la suite de l'obtention de résultats faux positifs chez 7 500 femmes, et on pourrait réaffecter environ 6,6 millions de dollars à d'autres services de soins de santé.

À la suite d'un dépistage du cancer, certaines personnes se font dire que le résultat de leur test est anormal et

Les temps d'attente médians entre un résultat de test fécal anormal et une coloscopie de suivi **demeurent longs dans l'ensemble du pays, soit de**



selon la province ou le territoire

justifie des examens complémentaires. **Les patients vivent alors l'une des périodes les plus angoissantes de leur vie en attendant les résultats des tests de suivi**, et la situation est encore pire pour ceux qui attendent plusieurs semaines ou plusieurs mois avant de recevoir un diagnostic – ce qui est le cas d'un trop grand nombre de personnes⁸. Selon la province ou le territoire, seulement de 28,8 % à 76,4 % des personnes concernées effectuent une coloscopie de suivi dans les 60 jours suivant l'obtention d'un résultat de test fécal anormal, ce qui signifie qu'il reste encore beaucoup de chemin à faire avant d'atteindre la cible de 90 % de coloscopies de suivi effectuées dans les 60 jours. Nous devons redoubler d'efforts pour coordonner le dépistage et le diagnostic du cancer, afin que les Canadiens passent moins de temps à vivre dans l'incertitude et l'anxiété de ne pas savoir s'ils ont un cancer.

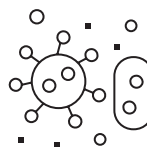
Outre la rapidité du diagnostic, la détermination exacte du stade du cancer est essentielle pour les patients, car elle influe sur le choix d'un traitement approprié. Le contrôle de la propagation du cancer aux ganglions

lymphatiques constitue un élément important de la stadification et est réalisé par un pathologiste qui recherche la présence de cellules cancéreuses dans les ganglions lymphatiques à partir d'échantillons de tissu prélevés par le chirurgien. Si le volume ou la qualité de l'échantillon prélevé sont insuffisants, il n'est pas toujours possible de déterminer de manière définitive si le cancer s'est propagé. Les lignes directrices fondées sur des données probantes recommandent l'examen d'au moins 12 ganglions pour établir la propagation d'un cancer du côlon aux ganglions lymphatiques⁹. Le Canada affiche de bons résultats à cet égard : huit patients atteints d'un cancer du côlon sur dix se font retirer 12 ganglions lymphatiques ou plus, lesquels sont ensuite examinés par un pathologiste (les pourcentages varient de 71,4 % à 91,0 % à l'échelle du pays).

L'investissement dans la recherche novatrice et la participation des patients aux essais cliniques sont essentiels pour la mise au point de nouveaux traitements visant à améliorer l'efficacité des soins en oncologie. Cependant, peu de Canadiens prennent part aux essais, et la participation des adultes venant de recevoir un diagnostic de cancer varie de moins de 1 % à 5,8 %, selon l'endroit où ils vivent. Nous devons redoubler d'efforts pour augmenter le nombre d'essais cliniques sur le cancer au Canada ainsi que la sensibilisation et la participation des patients à ces essais.

Les données probantes issues des essais cliniques sont également utilisées pour élaborer des lignes directrices sur le diagnostic et le traitement du cancer. **Au Canada, la conformité aux lignes directrices fondées sur des données probantes est relativement élevée, mais elle pourrait être meilleure.** Par exemple, le pourcentage de patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III qui reçoivent une radiothérapie préopératoire comme le recommandent les lignes directrices demeure à 54,8 % (il varie de 52,5 % à 64,7 % selon la province ou le territoire)¹⁰. Les données indiquent que certains des patients qui reçoivent un diagnostic de cancer du rectum ne sont pas aiguillés vers un oncologue par leur chirurgien pour suivre une radiothérapie préopératoire¹¹. Un autre exemple concerne le pourcentage de patients atteints d'un cancer du poumon localement avancé qui reçoivent la chimiothérapie postopératoire préconisée par les lignes directrices, qui stagne à 46,4 % et a même diminué chez les patients de 18 à 59 ans. Cependant, il ne faut pas oublier que même si les lignes directrices sont importantes, les cliniciens prennent en compte d'autres facteurs lorsqu'ils discutent des options de traitement avec leurs patients. Les préférences des patients, l'existence d'autres maladies et la capacité de tolérer le schéma thérapeutique envisagé constituent toutes des raisons justifiant la décision de ne pas administrer un traitement recommandé par les lignes directrices.

Après le traitement, les patients sont confrontés à diverses difficultés d'ordre physique, émotionnel et pratique, comme :



la peur de la récurrence du cancer

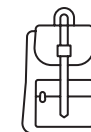


les problèmes d'intimité sexuelle

Pour les patients plus jeunes

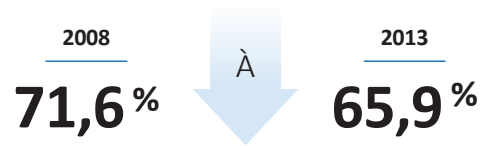


les préoccupations liées à la fertilité



le retour à l'école ou au travail

Le pourcentage de patients atteints de cancer décédés à l'hôpital a baissé de



Les ressources et mécanismes de soutien pour les soins de fin de vie comprennent :



la maîtrise de la douleur



l'offre de soins de soutien à domicile

Le système de soins liés au cancer et le système de soins de santé général doivent s'assurer que des ressources et des mécanismes de soutien pour les soins de fin de vie sont disponibles pour les patients atteints de cancer qui choisissent de rester à la maison.

Un système de soins liés au cancer de grande qualité est un système qui ne se concentre pas uniquement sur le traitement de la tumeur, mais qui prend également soin de la personne dans sa globalité. Outre leurs symptômes physiques, les personnes atteintes de cancer ont des préoccupations d'ordre émotionnel et pratique avant, pendant et après le traitement. Les professionnels de la santé ne peuvent répondre à ces besoins que s'ils en ont conscience et s'ils possèdent les ressources et le soutien nécessaires. Les outils qui donnent aux patients la possibilité de décrire leur qualité de vie et les résultats de leur traitement (notamment l'*Edmonton Symptom Assessment System – revised*) leur permettent de rapporter régulièrement la nature et l'intensité de leurs symptômes¹². **La fatigue est le symptôme de détresse le plus courant rapporté par les patients pendant qu'ils reçoivent un traitement anticancéreux (75,6 %), et elle est suivie de l'anxiété (56,5 %).** Les fournisseurs de soins de santé peuvent utiliser ces renseignements pour recommander des ressources afin de soulager les symptômes et d'avoir des conversations ouvertes et informatives avec leurs patients.

Lorsque le traitement est terminé, les patients restent confrontés à diverses difficultés d'ordre physique,

émotionnel et pratique, comme la peur de la récurrence du cancer, les problèmes d'intimité sexuelle et, pour les patients plus jeunes, les préoccupations liées à la fertilité et au retour à l'école ou au travail⁸. Certaines personnes se sentent seules une fois le traitement anticancéreux terminé, sans voie d'accès claire à un soutien de la part du système de soins de santé général (y compris les soins communautaires et primaires). **Un tiers des personnes déclarent attendre plus d'un an pour obtenir de l'aide** pour gérer les préoccupations physiques, émotionnelles ou pratiques les plus difficiles auxquelles elles sont confrontées au terme du traitement. De toute évidence, le besoin d'améliorer les soins et l'accompagnement des patients dans leur transition vers la vie après le cancer reste important.

Dans les cas où le cancer est tellement avancé que les patients et leur famille doivent oublier la possibilité d'une guérison, leurs fournisseurs de soins et eux-mêmes doivent discuter d'options de soins avancés. Il s'agit des traitements de fin de vie dont l'objectif premier est d'offrir la meilleure qualité de vie possible en fonction des préférences et des valeurs des patients et de leur famille. **Souvent, les patients préfèrent passer les derniers jours de leur vie à la maison**

entourés de leurs proches, plutôt que dans un hôpital¹³. Le pourcentage de patients atteints de cancer décédés à l'hôpital a baissé de 71,6 % en 2008 à 65,9 % en 2013. Cela évolue dans la bonne direction, mais pour poursuivre ces progrès, les soins en oncologie et les systèmes de soins de santé au sens plus large doivent s'assurer que des ressources et des mécanismes de soutien pour les soins de fin de vie, y compris la maîtrise de la douleur et l'offre de soins de soutien à domicile, sont disponibles pour les patients atteints de cancer qui choisissent de rester à la maison.

En résumé, **le système de lutte contre le cancer au Canada a réalisé des progrès appréciables** dans la réduction du risque de cancer ainsi que dans l'amélioration de l'expérience et des résultats des soins pour les personnes touchées. Cependant, comme l'indique le rapport, **il reste encore beaucoup à faire.** Nous devons étendre la disponibilité et l'utilisation des données du système de santé et continuer à mesurer et à suivre nos progrès pour poursuivre l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la lutte contre le cancer au Canada et relever les défis qui nous attendent.

Fardeau du cancer au Canada

Allons-nous vers un avenir dans lequel les Canadiens seront moins susceptibles d'être atteints d'un cancer et d'en mourir par rapport aux années antérieures?

La communauté canadienne de la lutte contre le cancer a travaillé et continuera de travailler pour préparer un avenir dans lequel moins de Canadiens seront atteints de cancer et en mourront, et ceux qui seront touchés par la maladie jouiront d'une meilleure qualité de vie. Ces objectifs ambitieux, mais réalisables, aideront à orienter les priorités assignées à l'actualisation de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer.



CONTEXTE

Les personnes et les organismes qui prodiguent des soins en oncologie au Canada ont réalisé d'énormes progrès en matière de réduction du fardeau du cancer à l'échelle nationale. Comme le montre ce chapitre, les progrès en matière de prévention, de détection et de traitement du cancer réalisés au cours des dernières décennies ont contribué à améliorer les taux de survie, de mortalité et d'incidence dans les dernières années. Il reste malgré tout beaucoup de travail à faire. Le Partenariat va poursuivre sa collaboration avec ses partenaires nationaux, provinciaux et territoriaux pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies innovantes afin de combler les lacunes soulignées dans ce rapport.

SITUATION ACTUELLE

Aujourd'hui, davantage de Canadiens sont en vie cinq ans ou plus après un diagnostic de cancer du poumon, de cancer du sein, de cancer de la prostate et de cancer colorectal.

Le Canada compte parmi les taux de survie les plus élevés du monde pour la majorité des cancers, avec des taux semblables à ceux d'autres systèmes de soins liés au cancer hautement performants à l'étranger, y compris aux États-Unis, en Australie et dans des pays d'Europe du Nord¹⁴. Les améliorations apportées en matière de survie au cancer au fil du temps, tant au Canada qu'à l'étranger, peuvent être attribuées en grande partie à la détection précoce de la maladie, ainsi qu'à un accès plus rapide au traitement.

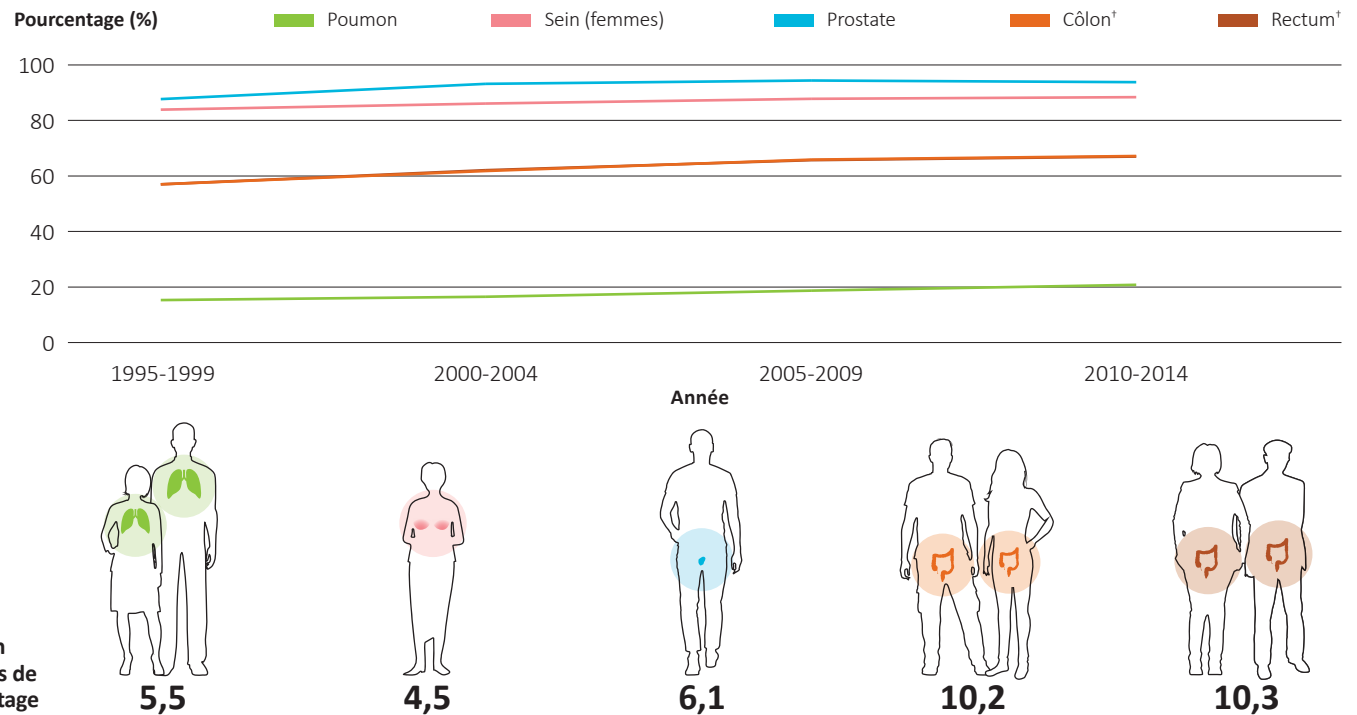
Les taux de survie nette à cinq ans aux cancers du poumon, du sein, de la prostate, du côlon et du rectum ont tous augmenté au fil du temps dans les provinces et les territoires déclarant des données depuis vingt ans (figure 1.1).



Les **taux de survie** au cancer au Canada sont parmi

les plus élevés au monde

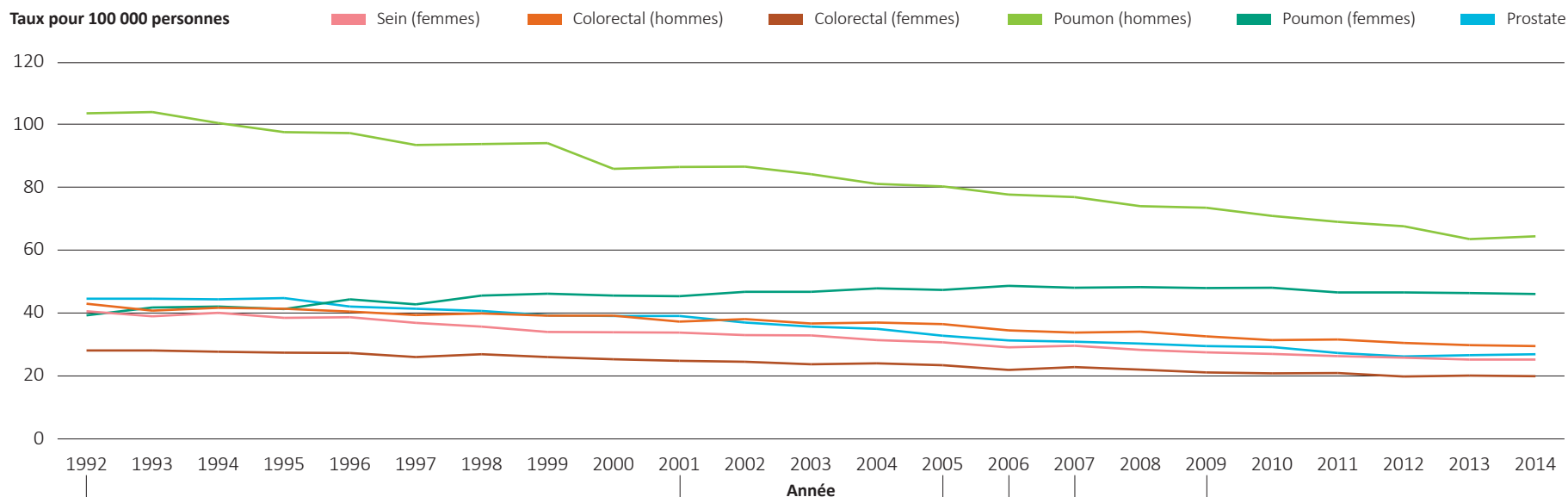
FIGURE 1.1
Taux de survie à cinq ans (%) aux cancers du poumon, du sein (femmes), de la prostate, du côlon et du rectum, par période de diagnostic, Canada – 1995 à 2014



[†] On observe seulement 4 droites de tendance, car les cancers du côlon et du rectum présentent des tendances en matière de survie très similaires au fil du temps. Les données relatives à la survie de 1995 à 1999 concernent l'ensemble des provinces et des territoires, avec les exceptions suivantes : aucune donnée sur le cancer du sein n'est disponible pour les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut; aucune donnée sur les cancers de la prostate et du rectum n'est disponible pour aucun des territoires; aucune donnée sur le cancer du côlon n'est disponible pour le Nunavut et le Yukon. Les données relatives à la survie de 2000 à 2014 concernent toutes les provinces, à l'exception du Québec. Source des données : CONCORD-2¹⁵; CONCORD-3¹⁴; organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

FIGURE 1.2

Taux de mortalité[†] due au cancer du sein (femmes), au cancer colorectal, au cancer du poumon et au cancer de la prostate par sexe, Canada – années 1992 à 2014



1992

Lancement du **Registre canadien du cancer** – permet la comparaison de l'incidence du cancer et des données relatives à la survie à l'échelle du Canada.

2001

Approbation de l'utilisation de l'**imatinib** par Santé Canada – un médicament anticancéreux qui améliore considérablement les résultats thérapeutiques pour certains cancers.

2005

Approbation de l'utilisation du **trastuzumab** par Santé Canada dans les traitements adjuvants – un médicament anticancéreux qui améliore la survie des femmes atteintes d'un cancer du sein HER+.

2006

Création de la **Stratégie canadienne de lutte contre le cancer** – un cadre axé sur des données probantes destiné à surmonter le défi posé par le nombre croissant de cas de cancer et de décès au Canada et les difficultés auxquelles font face les systèmes de soins liés au cancer. Établissement du **Partenariat canadien contre le cancer** afin de superviser et de mettre en œuvre la Stratégie grâce à une collaboration avec des partenaires au sein du système canadien de lutte contre le cancer.

2007

Lancement des premiers **programmes de dépistage organisé du cancer colorectal** – vise à réduire l'incidence de la maladie à un stade avancé et à détecter plus tôt un plus grand nombre de cancers lorsque le traitement est le plus efficace.

2009

Publication du premier **rapport sur le rendement du système de lutte contre le cancer** par le Partenariat – ce qui a permis de comparer les indicateurs pancanadiens reflétant la situation de la lutte contre le cancer dans tout le pays.

[†] Taux normalisés selon l'âge de la population canadienne de 2011. Source des données : Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès.

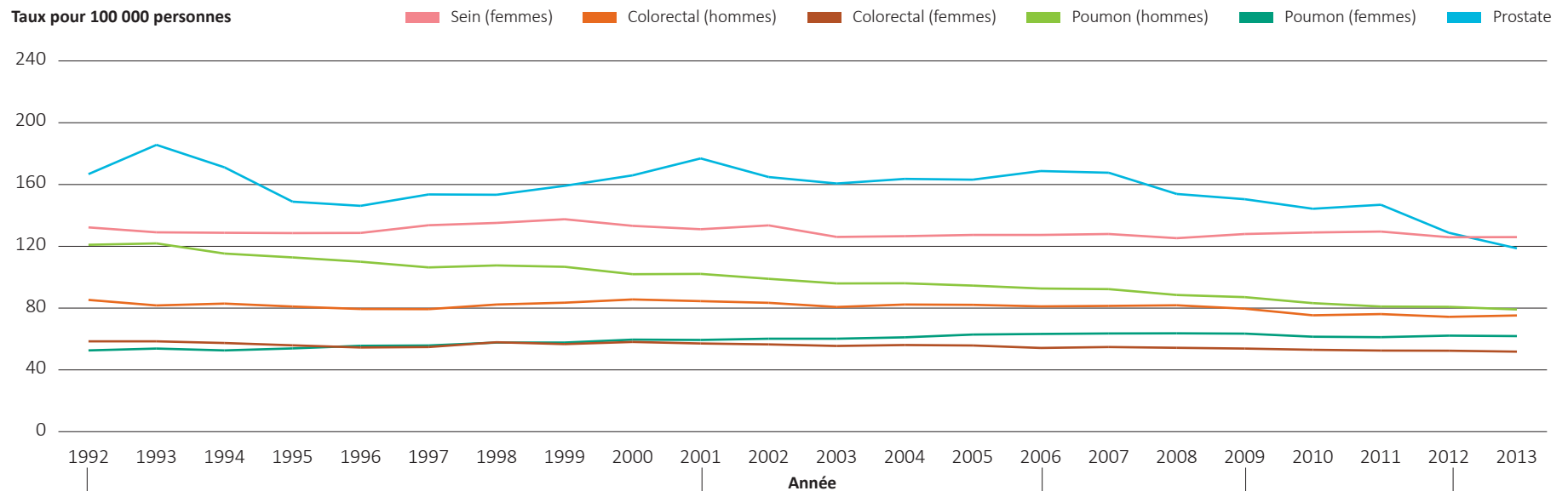
Les taux de mortalité due au cancer de la prostate, au cancer du poumon (hommes), au cancer du sein (femmes) et au cancer colorectal ont diminué chez les Canadiens.

Les taux de mortalité normalisés selon l'âge sont en déclin pour le cancer de la prostate, le cancer du poumon (hommes), le cancer du sein (femmes) et le cancer colorectal au Canada (figure 1.2).

La baisse des taux de mortalité pour tous les cancers est vraisemblablement due à une combinaison de facteurs tels que des traitements plus efficaces, un accès accru au dépistage pour certains cancers (p. ex., le cancer du sein), les efforts de détection précoce, ainsi que la baisse générale de l'incidence de certains cancers grâce aux efforts de prévention couronnés de succès (p. ex., les mesures de lutte contre le tabagisme).

FIGURE 1.3

Taux d'incidence¹ du cancer du sein (femmes), du cancer colorectal, du cancer du poumon et du cancer de la prostate par sexe, Canada – années 1992 à 2013



1992

Lancement du **Registre canadien du cancer** – permet la comparaison de l'incidence du cancer et des données relatives à la survie à l'échelle du Canada.

2001

Lancement de la **Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme** – rehausse les efforts de lutte contre le tabagisme destinés à réduire l'incidence de la maladie et des décès en lien avec le tabagisme commercial.

2006

Création de la **Stratégie canadienne de lutte contre le cancer** – un cadre axé sur des données probantes destiné à surmonter le défi posé par le nombre croissant de cas de cancer et de décès au Canada et les difficultés auxquelles font face les systèmes de soins liés au cancer.

Établissement du **Partenariat canadien contre le cancer** – permet la supervision et la mise en œuvre de la Stratégie grâce à une collaboration avec des partenaires au sein du système canadien de lutte contre le cancer.

2009

Publication du premier **rapport sur le rendement du système de lutte contre le cancer** par le Partenariat – ce qui a permis de comparer les indicateurs pancanadiens de la lutte contre le cancer au Canada.

Lancement du projet intitulé **Connaissances et actions liées pour une meilleure prévention (COALITION)** – regroupe des chercheurs et des experts dans les domaines de la pratique et des politiques dans le cadre de coalitions intégrant la prévention du cancer aux stratégies destinées à prévenir d'autres maladies chroniques qui partagent des facteurs de risque communs.

2012

Renouvellement de la **Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme** – apporte un soutien continu en vue de faire baisser le tabagisme commercial au Canada.

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

¹ Taux normalisés selon l'âge de la population canadienne de 2011. Québec : les données sur l'incidence du cancer ne sont pas disponibles pour les années de diagnostic après 2010. Les données du Québec pour 2010 sur l'incidence du cancer et sur la population ont été copiées pour 2011, 2012 et 2013. Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer.

Au Canada, le cancer du poumon est plus susceptible d'être diagnostiqué au stade IV, par rapport au cancer du sein ou au cancer colorectal; cependant, les taux d'incidence du cancer du poumon de stade IV s'améliorent.

La détection précoce des cancers, notamment grâce au dépistage et aux efforts de détection précoce, peut améliorer l'efficacité du traitement et réduire la morbidité et la mortalité associées à la maladie¹⁶. La plupart des provinces et des territoires canadiens ont mis en place des programmes de dépistage organisé du cancer du sein dans les années 1990; de plus; ils ont aussi mis en œuvre ou ont l'intention de mettre en œuvre des programmes de dépistage organisé du cancer colorectal^{17,18}. On prévoit que la légère tendance à la baisse de l'incidence du cancer colorectal à un stade avancé se maintiendra à mesure que les retombées des programmes de dépistage organisé récemment introduits au Canada commenceront à se faire sentir².

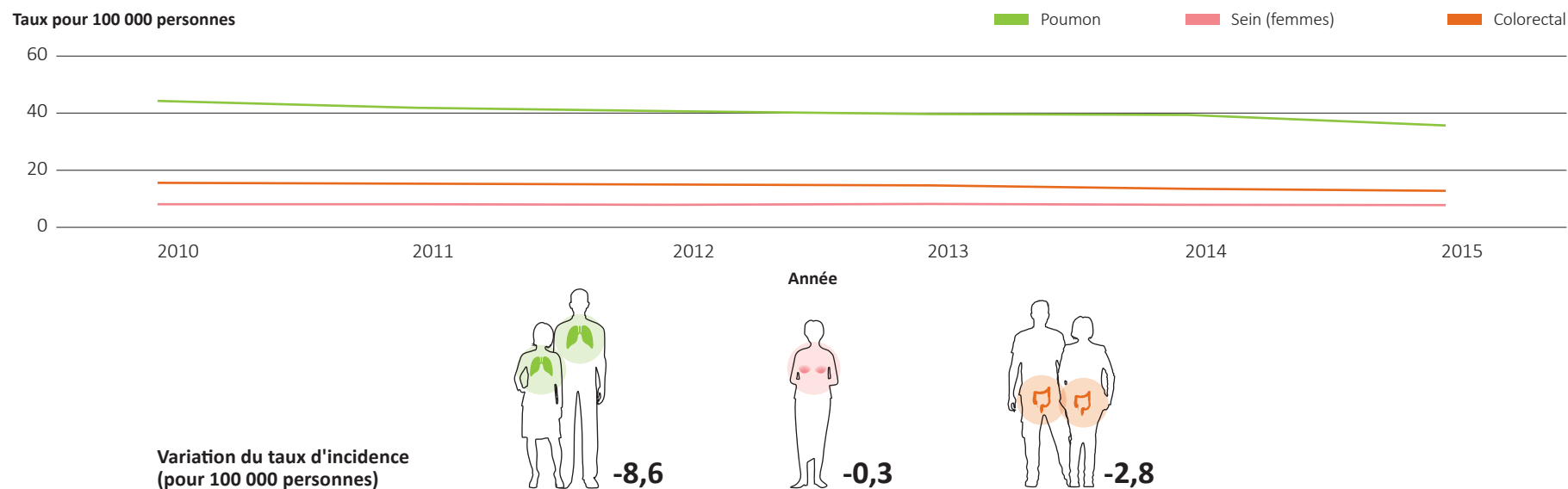
Les taux d'incidence du cancer du poumon de stade IV ont diminué dans les provinces et les territoires ayant déclaré des données ces dernières années^b, mais ils demeurent nettement supérieurs à ceux déclarés pour le cancer du sein et le cancer colorectal (figure 1.4). À l'heure actuelle, il n'existe pas de programme de dépistage organisé du cancer du poumon au Canada, bien que certaines provinces effectuent des études pilotes qui, si elles s'avéraient fructueuses, pourraient mener à la mise en œuvre de tels programmes à l'échelle du pays¹⁹.

^b Cette tendance s'observe dans l'ensemble des provinces et des territoires à l'exception du Québec, ce qui représente 77,1 % de la population canadienne.

La **détection précoce du cancer**, notamment grâce au dépistage et aux efforts de détection précoce, peut **améliorer l'efficacité du traitement et réduire la morbidité et la mortalité associées à la maladie**

FIGURE 1.4

Taux d'incidence[†] du cancer du poumon, du cancer du sein (femmes) et du cancer colorectal de stade IV – années 2010 à 2015



[†] Taux normalisés selon l'âge de la population canadienne de 2011. Les données concernent l'ensemble des provinces et des territoires, sauf le Québec. Les données sur l'incidence des cancers de stade IV pourraient être sous-estimées, car pour certains cas de cancer dans toutes les provinces et tous les territoires, le stade de la maladie est inconnu ou n'est pas disponible. Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer.

Les tendances observées dans les résultats relatifs au cancer présentés dans ce chapitre mettent en lumière aussi bien les réussites dans le domaine de la lutte contre le cancer au cours des 10 dernières années que les défis qui restent encore à relever.

Les données indiquent que les efforts suivants sont nécessaires pour réduire le fardeau du cancer à l'échelle du Canada :



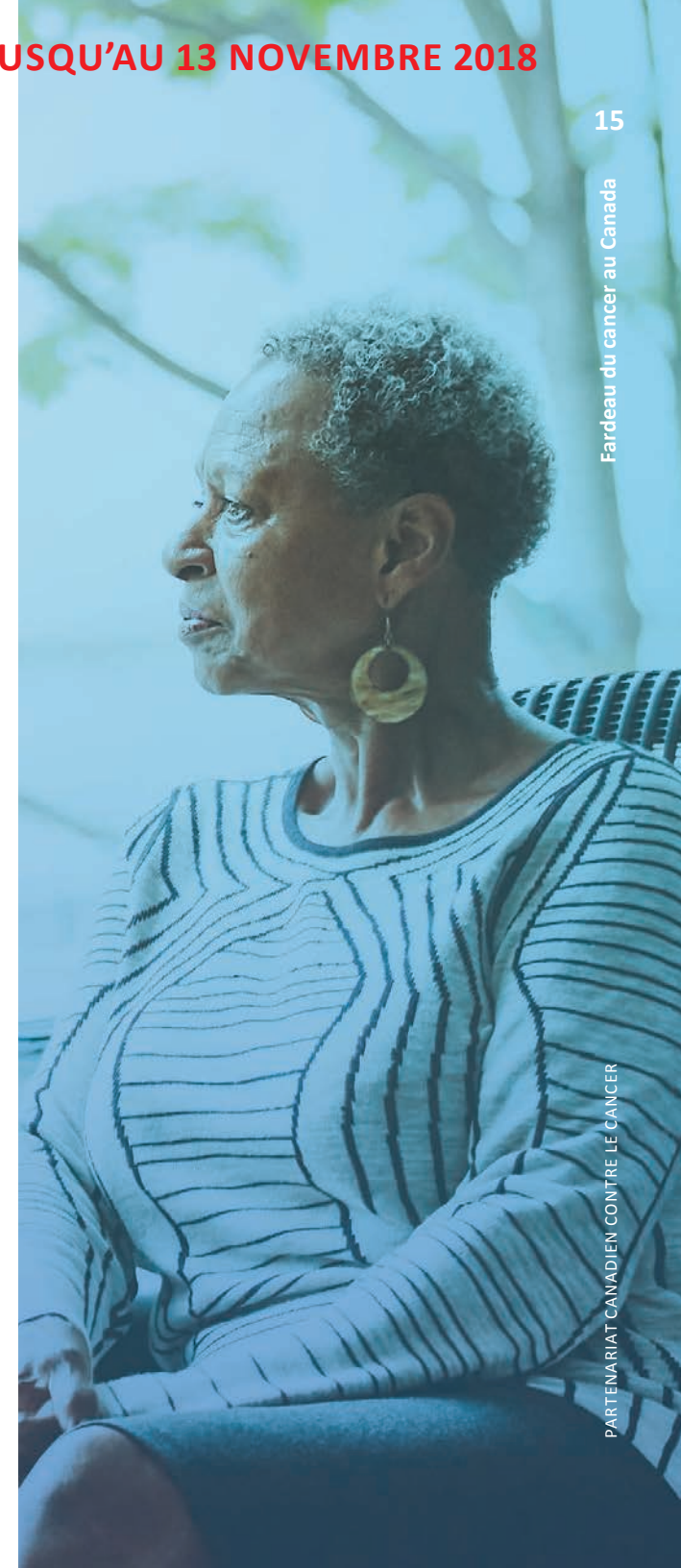
Nous devons continuer de promouvoir des conditions de vie et de travail saines afin de limiter l'exposition des Canadiens aux agents provoquant le cancer.



Nous devons veiller à ce que les Canadiens reçoivent des traitements efficaces et de grande qualité, fondés sur l'adoption de pratiques, de normes et de lignes directrices exemplaires à l'échelle du pays.



Nous devons veiller à ce que les bonnes personnes subissent un dépistage à la bonne fréquence, de sorte que celles qui ont besoin d'un traitement l'obtiennent rapidement, lorsqu'il est le plus efficace.



Qualité

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

Dans un système de lutte contre le cancer de grande qualité, tout le monde a accès à des services adaptés à ses besoins et à ses préférences, qui respectent des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes et qui veillent à l'équilibre entre l'obtention des meilleurs résultats et une utilisation appropriée des ressources. Ces aspects aident chacun à atteindre le niveau de santé et de qualité de vie le plus élevé possible tout en s'efforçant de réduire le futur fardeau du cancer.

FEUILLE DE ROUTE EN MATIÈRE DE QUALITÉ

Participation optimale au dépistage du cancer

conformément aux lignes directrices fondées sur des données probantes

MEILLEURE ADOPTION DES TRAITEMENTS FONDÉS SUR DES DONNÉES PROBANTES

Les patients qui pourraient potentiellement tirer profit des traitements disponibles fondés sur des données probantes doivent être aiguillés vers les spécialistes compétents

90%

de résections du côlon avec examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques en vue d'obtenir une stadification exacte du cancer



Augmentation de la participation aux essais cliniques menés chez les adultes



CONTEXTE

Les Canadiens ont besoin de soins de santé de grande qualité qui soient efficaces, centrés sur le patient, équitables, sécuritaires, performants et délivrés en temps opportun²⁰, de la prévention à la survie et à la fin de vie. Dans ce chapitre, par qualité élevée, nous entendons *l'efficacité* des soins – c'est-à-dire, la question de savoir si nous fournissons **des soins fondés sur des données probantes qui améliorent les résultats de santé** – au cours du dépistage et de la détection précoce du cancer, de la stadification de la maladie ainsi que de son traitement. Nous abordons également le sujet des essais cliniques, qui peuvent permettre d'améliorer le diagnostic, le traitement et le suivi thérapeutique.

SITUATION ACTUELLE

Un dépistage de grande qualité axé sur la population

Un dépistage de grande qualité axé sur la population augmente la probabilité de détecter le cancer avant qu'il n'atteigne un stade avancé tout en réduisant au minimum la réalisation de tests évitables et potentiellement nuisibles.



Les systèmes de dépistage du cancer efficaces respectent les lignes directrices fondées sur les résultats des essais cliniques qui ont constaté que les avantages liés au dépistage dépassaient les dommages potentiels²¹. La détection précoce du cancer signifie que les personnes peuvent recevoir un traitement efficace en temps opportun, ce qui améliore le pronostic de la maladie et réduit le taux de décès associés au cancer²². La plupart des provinces et des territoires canadiens ont mis en place des programmes de dépistage organisé pour le cancer colorectal, le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus.

INDICATEURS

Dans ce chapitre, nous allons étudier les indicateurs suivants en lien avec l'efficacité des soins en oncologie :

Taux de participation au **dépistage dans le cadre de programmes** pour le cancer colorectal, le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus

Taux de rappel pour anomalie dans le cadre du **dépistage du cancer du sein**

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

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

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

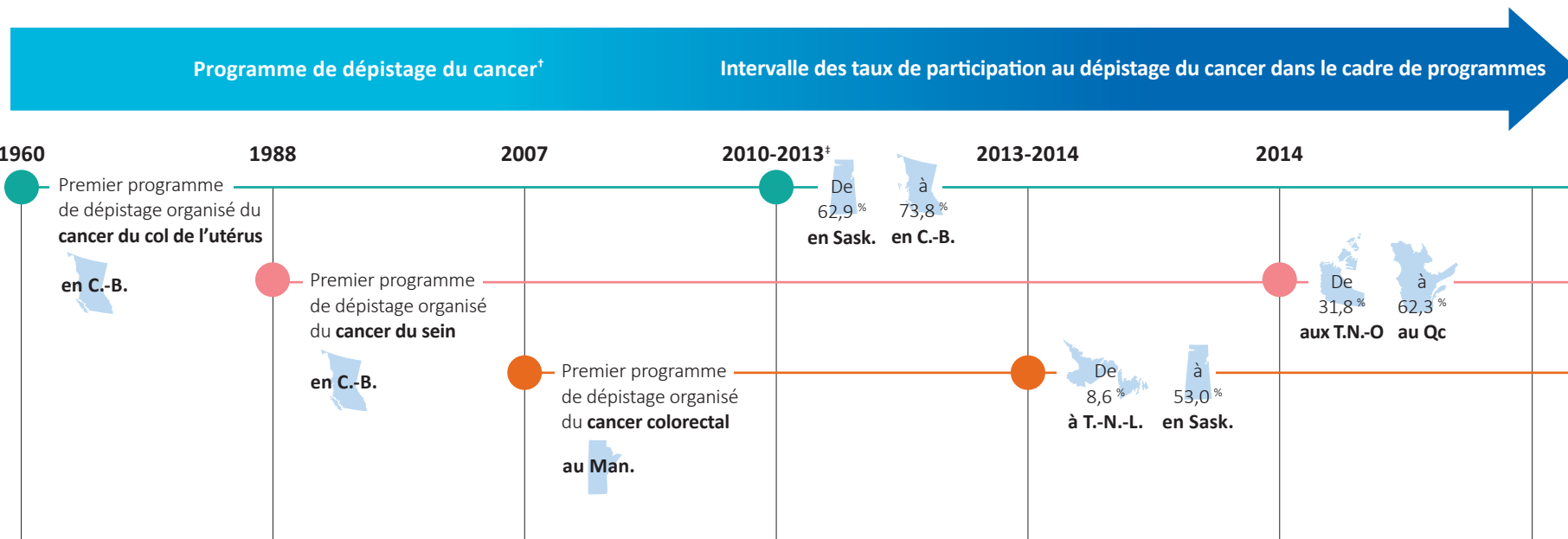
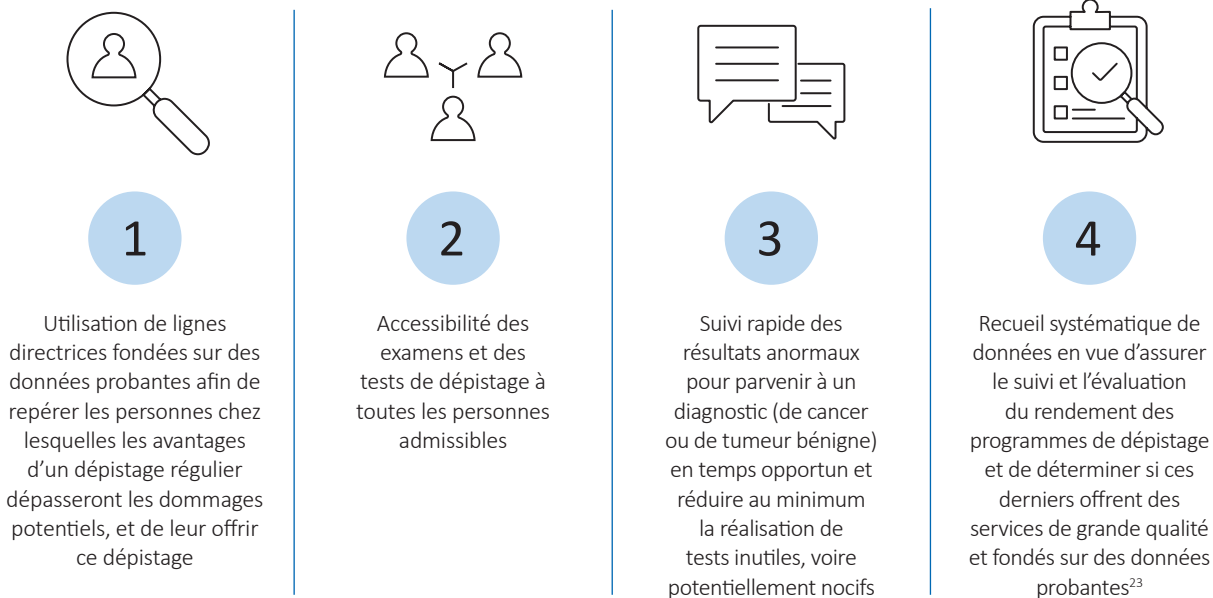
Taux de participation aux **essais cliniques menés chez les adultes**

● Cancer du sein
● Cancer colorectal

● Cancer du poumon
● Divers cancers

Les avantages du dépistage du cancer au sein de la population peuvent être importants, mais celui-ci comporte des risques, notamment l'obtention de résultats faux négatifs et faux positifs, qui peut donner lieu à des tests de suivi inutiles, voire potentiellement nocifs, ou à la non détection d'un cancer.

Les risques potentiels peuvent être contrôlés et réduits au minimum si un système de dépistage adopte les mesures suivantes :



[†] Pour en savoir plus au sujet des lignes directrices sur le dépistage du cancer et des recommandations fondées sur des données probantes, veuillez consulter les lignes directrices publiées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. [‡] Les taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus sont normalisés selon l'âge de la population canadienne de 2011. T.-N.-L. : en 2013-2014, le programme de dépistage du cancer colorectal n'était aux premiers stades de sa mise en œuvre. T.N.-O. : le programme de dépistage organisé du cancer du sein n'est accessible qu'à 50 % de la population admissible. Il n'existe pas de programme de dépistage organisé pour le cancer colorectal ou le cancer du col de l'utérus. Source des données : programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer.

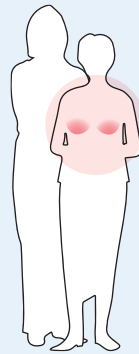
Section spéciale sur les résultats anormaux de mammographie

Un dépistage efficace produit le moins de résultats faux positifs possible.

Dans le cadre du dépistage du cancer du sein, un résultat faux positif est un résultat anormal à une mammographie, pour lequel des tests supplémentaires montrent qu'il ne s'agit pas d'un cancer. Le taux de résultats faux positifs au Canada a augmenté dernièrement (données non présentées). Plus précisément, le taux de dépistages réalisés chez des femmes qui ont déjà subi une mammographie de dépistage ayant mené à un résultat anormal (que l'on appelle le « taux de rappel pour anomalie ») (c.-à-d., les dépistages subséquents) est en hausse.

Cela indique que certaines femmes sont aiguillées pour subir des tests diagnostiques de suivi potentiellement évitables, qui peuvent avoir des conséquences nocives (certains tests de suivi tels que les biopsies mammaires sont effractifs et comportent certains risques). De plus, les femmes que l'on rappelle pour se soumettre à un examen plus approfondi éprouvent beaucoup de stress et d'anxiété – parfois même après l'exclusion du diagnostic de cancer – ce qui peut diminuer la probabilité qu'elles se présentent une nouvelle fois à un dépistage^{24, 25}.

Le taux de résultats anormaux à une mammographie au Canada a augmenté

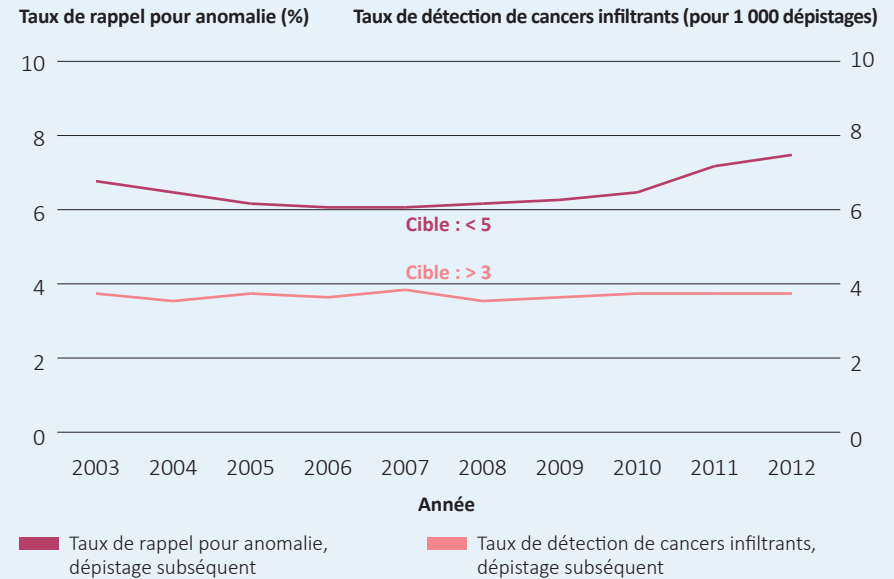


Le Partenariat, en collaboration avec des experts de tout le pays, étudie les facteurs liés à la hausse du taux de rappel pour anomalie, et il appuiera la mise en œuvre des changements nécessaires par l'entremise d'initiatives d'amélioration de la qualité. Notre but est de nous assurer que les femmes qui ont besoin d'un dépistage l'obtiennent et que celles qui ne sont pas à risque ne sont pas exposées à des tests inutiles de manière répétée.



FIGURE 2.1

Taux de rappel pour anomalie et taux de détection de cancers infiltrants lors de dépistages subséquents[†], femmes âgées de 50 à 69 ans – années de dépistage 2003 à 2012



[†] Les « dépistages subséquents » incluent les femmes ayant déjà subi un dépistage du cancer du sein par le passé et excluent les femmes qui se soumettent pour la première fois à un dépistage effectué dans le cadre d'un programme. Alberta : exclue des données antérieures à 2007, car l'Alberta Breast Cancer Screening Program a été lancé en 2007. Québec : a fourni des renseignements complets sur le diagnostic/cancer jusqu'au 30 septembre 2012. Source des données : programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du sein.

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

On procède à l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques en vue d'établir le stade d'un cancer du côlon chez la majorité des patients, ce qui est associé à une amélioration de la survie.

La stadification fait partie intégrante du diagnostic du cancer. Elle fournit des renseignements sur plusieurs facteurs, y compris la propagation potentielle du cancer ainsi que son ampleur.

Ces renseignements aident à déterminer les meilleures options de traitement d'un patient ainsi que le résultat probable, ce qui peut améliorer les taux de survie. Les patients atteints d'un cancer du côlon à qui on retire au moins 12 ganglions lymphatiques, qui sont ensuite examinés par un pathologiste, ont plus de chances de subir une intervention chirurgicale efficace et d'obtenir une stadification correcte de leur maladie⁹.

- Parmi les provinces participantes, le pourcentage de patients atteints d'un cancer du côlon chez qui on a retiré et examiné au moins 12 ganglions lymphatiques est demeuré élevé entre 2011 (79,4 %) et 2014 (80,3 %). Cela signifie qu'on a retiré et examiné au moins 12 ganglions lymphatiques chez huit patients sur dix en moyenne^c.
- Les taux variaient modérément entre les provinces déclarantes, allant de 71,4 % (Nouvelle-Écosse) à 91,0 % (Manitoba) en 2014 (figure 2.2).

^c Les provinces au sein desquelles on observe cette tendance comprennent l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador, ce qui représente 25 % de la population canadienne.

Huit patients atteints d'un cancer du côlon sur 10, en moyenne, ont subi la résection et l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques

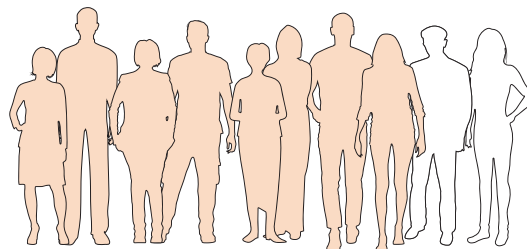
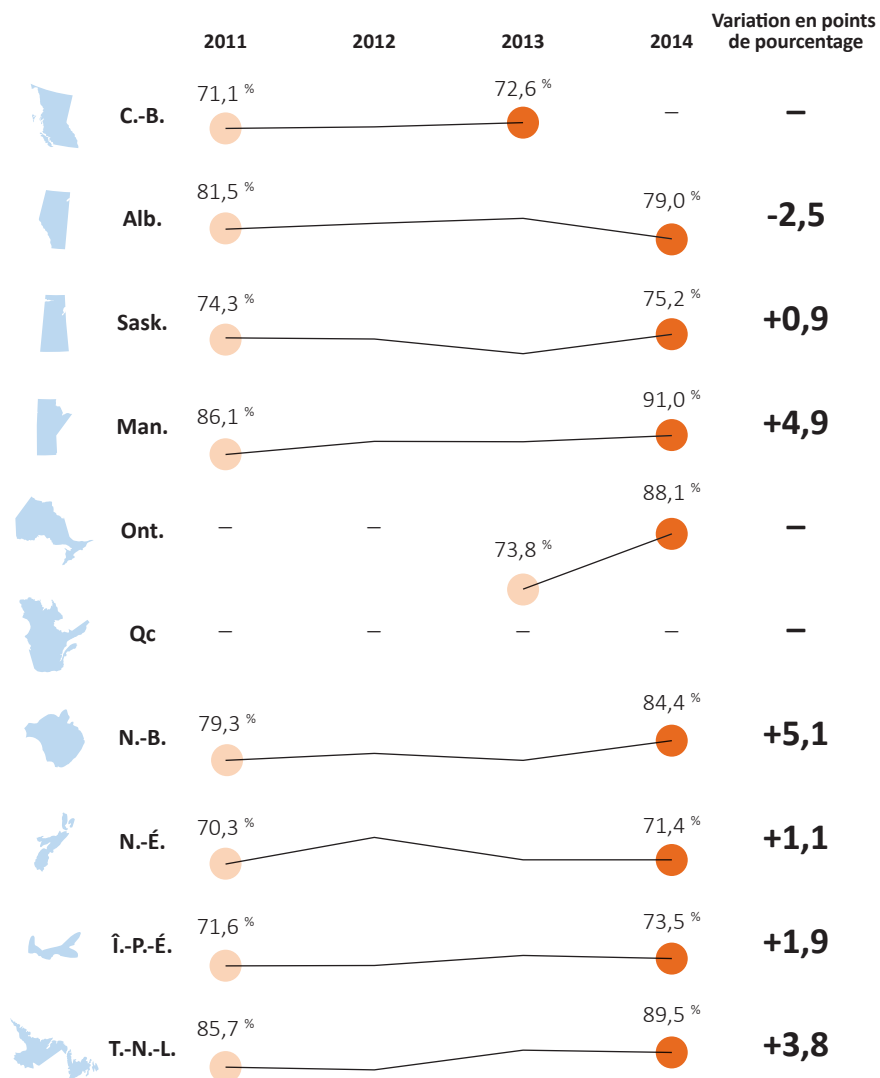


FIGURE 2.2

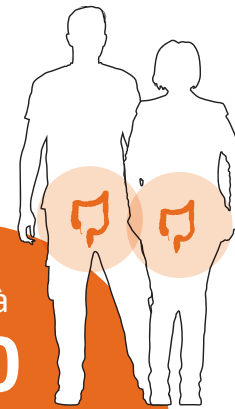
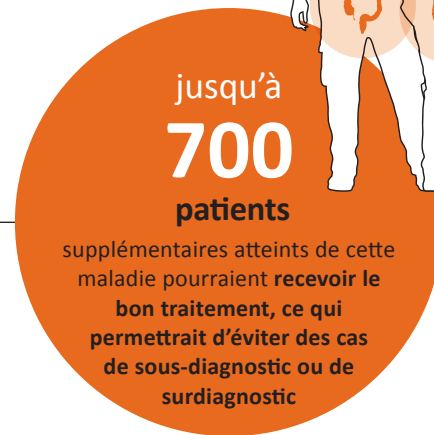
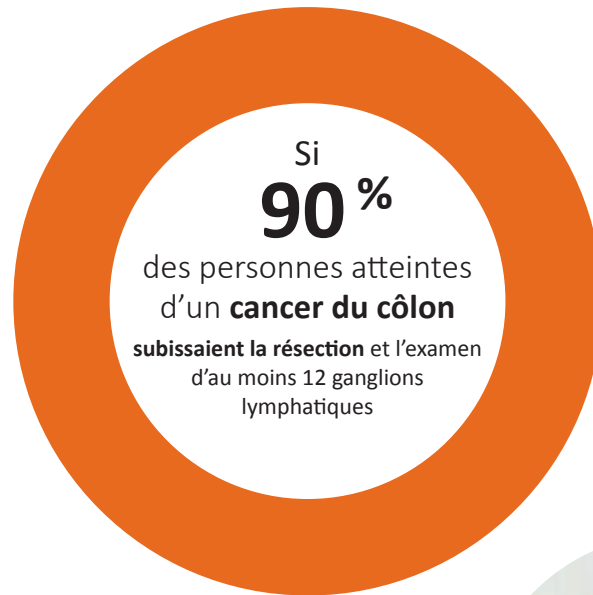
Pourcentage de résections du côlon avec prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques, par province – années de diagnostic 2011 à 2014



« - » Données non disponibles.

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

Cible nationale



Où devrions-nous nous situer?

21

Qualité

Il faudrait retirer et faire examiner par un pathologiste au moins 12 ganglions lymphatiques chez 90 % des patients atteints d'un cancer du côlon. Cette pratique augmente la probabilité de détecter n'importe quel cancer qui s'est étendu aux ganglions lymphatiques, ce qui a des conséquences sur le choix du traitement approprié^{9,11}.

Qu'est-ce que cela signifie pour les patients atteints de cancer?

Les patients dont le cancer s'est propagé aux ganglions lymphatiques reçoivent souvent une chimiothérapie pour réduire le risque de récurrence. Les chances de survie d'un patient peuvent être réduites si le cancer s'est propagé aux ganglions lymphatiques mais n'a pas été détecté parce que l'on n'a pas examiné suffisamment de ganglions²⁶.

De quelle façon pouvons-nous favoriser des changements positifs?

Il a été démontré que l'utilisation d'un système de dossiers électroniques, aussi appelés « rapports synoptiques d'anatomopathologie », améliorerait la conformité aux lignes directrices fondées sur des données probantes, y compris en ce qui concerne la qualité de la dissection et de l'examen des ganglions lymphatiques²⁷. Le système utilise un rapport électronique normalisé où chaque type d'information a une place et un format précis. Les cliniciens qui utilisent ce type de rapport obtiennent un accès clair et plus rapide aux renseignements concernant leurs patients, comparativement à un rapport narratif. Le Partenariat a aidé à introduire les rapports synoptiques d'anatomopathologie en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Ontario, au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Nouvelle-Écosse par l'entremise de l'Initiative sur les rapports synoptiques électroniques d'anatomopathologie. Cela signifie que deux tiers des pathologistes au Canada l'utilisent désormais²⁸. Le plein potentiel de ce système de rapports sera atteint lorsqu'il sera étendu à chaque province.

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

À peine plus de la moitié des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III a reçu la radiothérapie préopératoire recommandée.

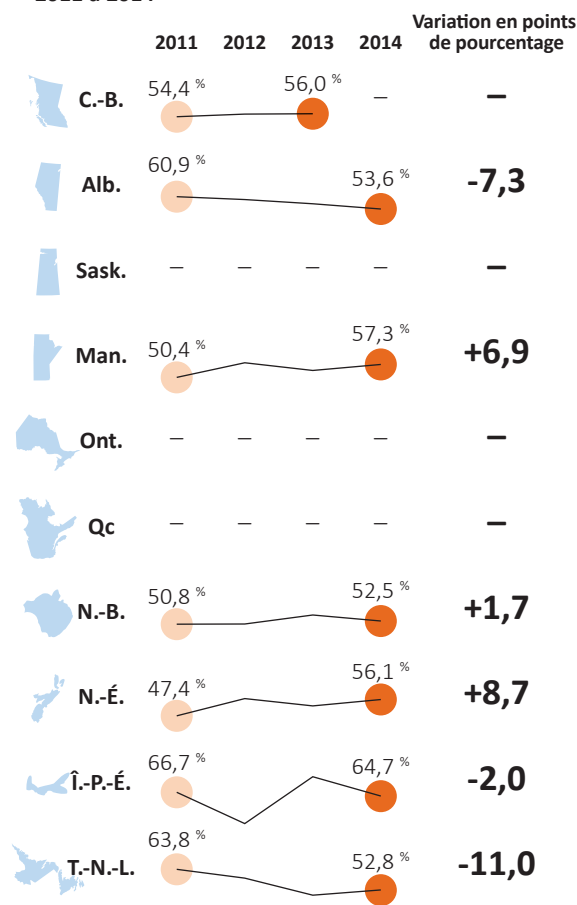
L'administration d'une radiothérapie (en association avec une chimiothérapie) avant une intervention chirurgicale améliore la maîtrise locale de la maladie et réduit les effets secondaires toxiques de manière plus efficace que l'intervention seule ou qu'une radiothérapie postopératoire¹⁰. Dans les provinces participantes, seule la moitié des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III environ a reçu ce traitement recommandé par les lignes directrices.

- En 2011, 55,8 % des patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ont reçu une radiothérapie avant l'intervention chirurgicale. En 2014, le taux n'avait pratiquement pas changé et était de 54,8 %^d.
- En 2014, le recours à la radiothérapie préopératoire chez les patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III variait entre 52,5 % (Nouveau-Brunswick) et 64,7 % (Île-du-Prince-Édouard) (figure 2.3).

^d Les provinces au sein desquelles on observe cette tendance comprennent l'Alberta, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador, ce qui représente 22 % de la population canadienne.

FIGURE 2.3

Pourcentage de patients atteints d'un cancer du rectum de stade II ou III ayant reçu une radiothérapie avant la chirurgie, par province – années de diagnostic 2011 à 2014



« – » Données non disponibles. Source des données : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

Où devrions-nous nous situer?

Les patients qui pourraient potentiellement tirer profit de traitements fondés sur des données probantes doivent être aiguillés vers des spécialistes compétents afin de discuter en détail des risques et des avantages de leurs options de traitement avec leurs fournisseurs de soins de santé.

Qu'est-ce que cela signifie pour les personnes atteintes de cancer?

Il existe de nombreux traitements anticancéreux fondés sur des données probantes, que l'on peut utiliser avant ou après une intervention chirurgicale; ces traitements peuvent soulager les symptômes, stopper la croissance des tumeurs, contrôler la taille d'une tumeur avant une intervention, et réduire la probabilité de récurrence d'un cancer. Ces personnes ont besoin d'avoir des conversations approfondies avec les bons spécialistes au sujet de leurs options de traitement, dans le but de choisir un schéma thérapeutique qui répond à leurs préférences et à leurs valeurs.

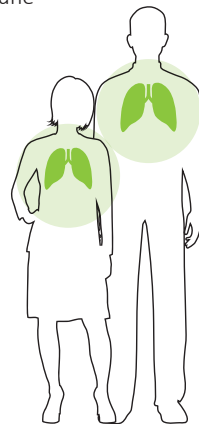
De quelle façon pouvons-nous favoriser des changements positifs?

Les données probantes tirées de l'étude des dossiers médicaux montrent que certains patients ne sont pas systématiquement aiguillés vers des spécialistes pour discuter de leurs options de traitement²⁹. Les chirurgiens et les spécialistes devraient se consulter avant et après une intervention chirurgicale en vue de s'assurer que les patients obtiennent un éventail complet d'expertise clinique.

Parmi les provinces déclarantes, le recours à la chimiothérapie postopératoire recommandée par les lignes directrices pour les patients plus jeunes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé a chuté depuis 2011.

La chimiothérapie postopératoire chez les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé (stade II ou IIIA) améliore la survie globale jusqu'à l'âge de 80 ans^{30,31}. Les lignes directrices de pratique clinique recommandent de proposer ce traitement aux personnes de moins de 80 ans, en tenant compte de leurs affections concomitantes, de leur état de santé général, de leur rétablissement après l'intervention chirurgicale, ainsi que de leurs préférences.

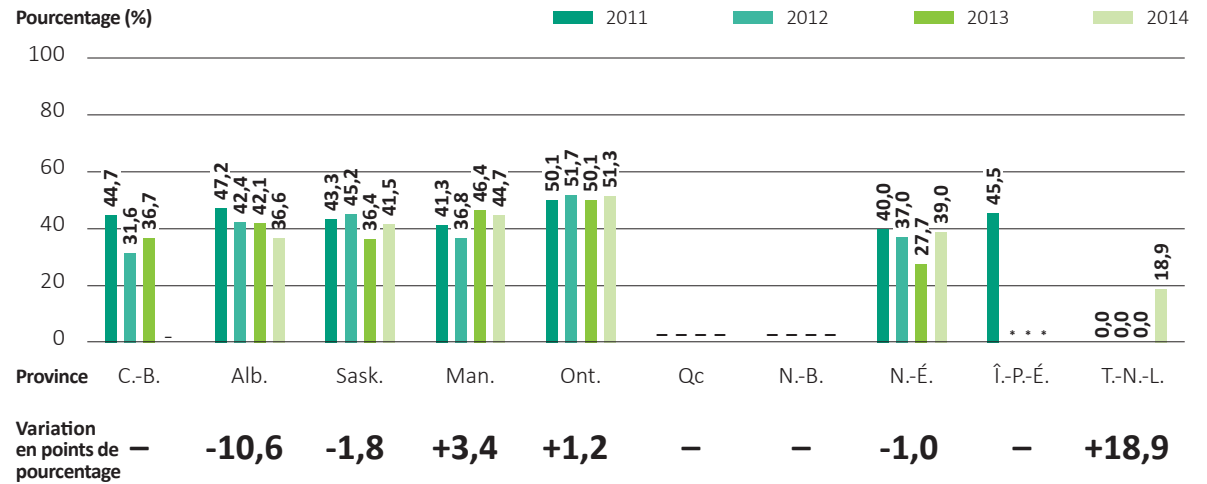
- Ce recours à la chimiothérapie postopératoire recommandée est demeuré stable, à un taux de 47,1 % en 2011 et de 46,4 % en 2014. Cependant, on ne décèle pas de tendance claire au sein des provinces (figure 2.4)^e.
- Le pourcentage de patients atteints d'un CPNPC localement avancé qui ont reçu une chimiothérapie après une intervention chirurgicale est demeuré stable chez les patients âgés de 60 à 79 ans, mais semble avoir diminué chez ceux âgés de 18 à 59 ans (figure 2.5).



^e Les provinces au sein desquelles on observe cette tendance comprennent l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador, ce qui représente 62 % de la population canadienne.

FIGURE 2.4

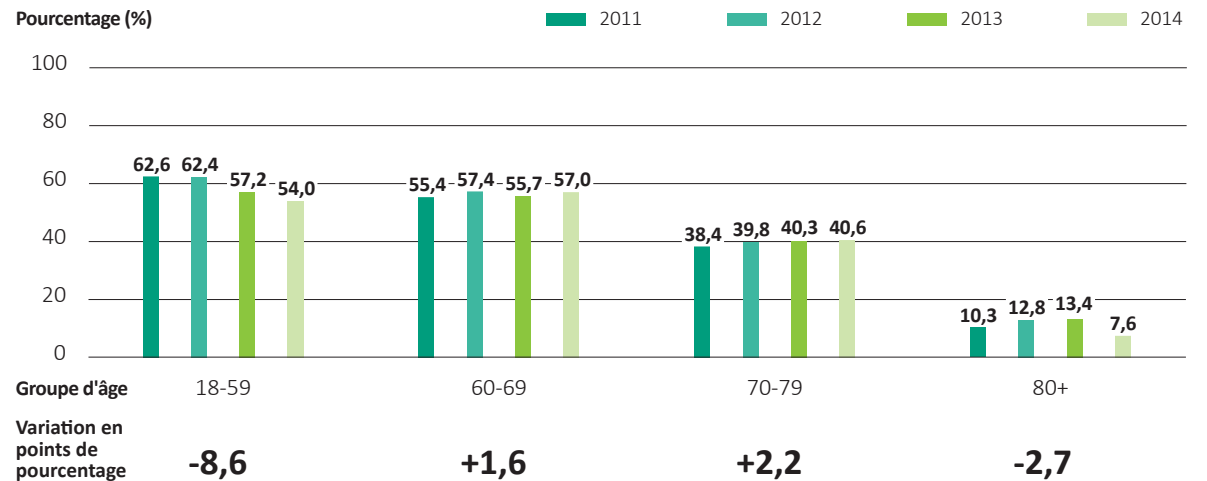
Pourcentage de patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade II ou IIIA qui ont reçu une chimiothérapie après la résection chirurgicale, par province – années de diagnostic 2011 à 2014



« - » Données non disponibles. * Données supprimées en raison des chiffres peu élevés. T.-N.-L. : la hausse des pourcentages est due aux chiffres peu élevés. Source des données : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

FIGURE 2.5

Pourcentage de patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade II ou IIIA ayant reçu une chimiothérapie après la résection chirurgicale, par groupe d'âge, provinces combinées[†] – années de diagnostic 2011 à 2014

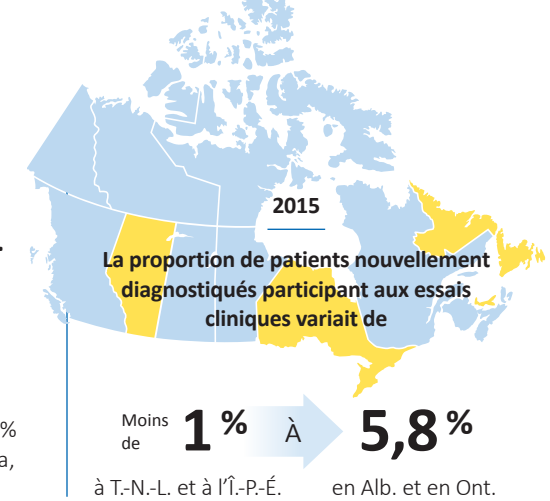


[†] Les données concernent l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard. Source des données : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

On utilise les essais cliniques pour mettre au point et essayer de nouveaux traitements, ce qui peut mener à la prestation de soins en oncologie plus efficaces.

À l'échelle du Canada, la participation aux essais cliniques sur le cancer varie selon le lieu de résidence des patients.

- La participation aux essais cliniques est demeurée faible mais stable entre 2011 (4,5 %) et 2014 (4,7 %) ^f ^g.
- Les taux de participation variaient largement entre les provinces. En 2015, la proportion de patients nouvellement diagnostiqués participant à des essais cliniques était comprise entre moins de 1 % (Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard) et 5,8 % (Alberta, Ontario) (figure 2.6).

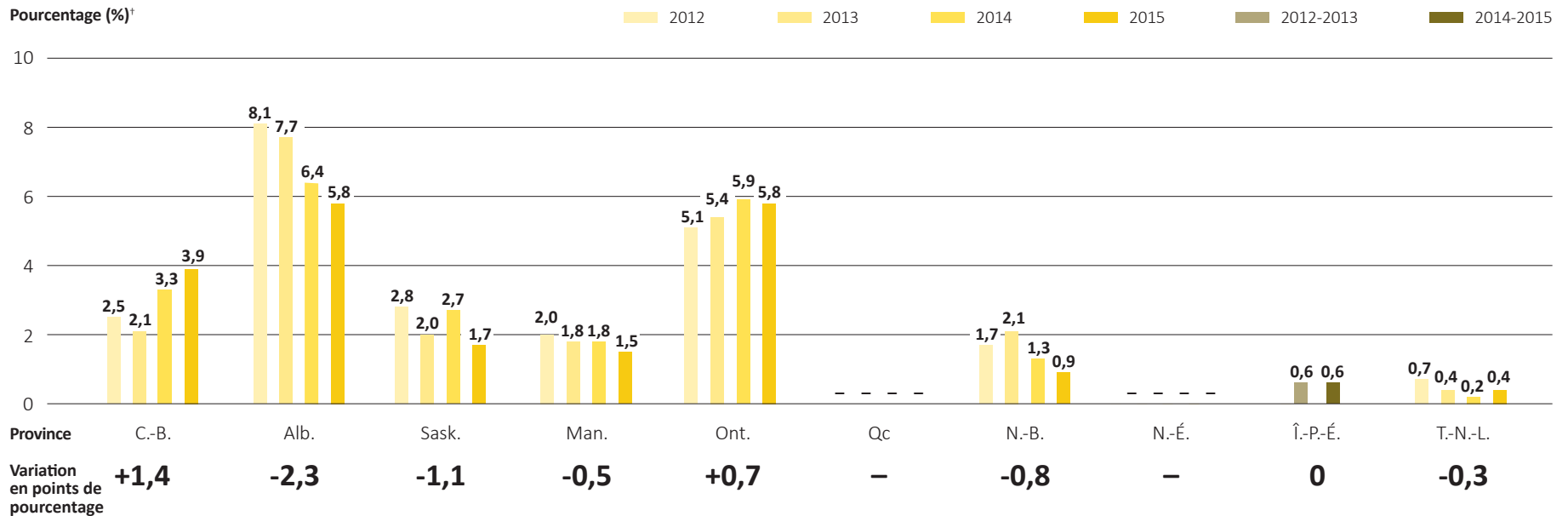


^f Bien que cet indicateur soit un ratio, utilisé en tant que substitut au taux réel de participation aux essais cliniques, on peut interpréter les résultats (pour des raisons de commodité) sous forme de pourcentages (p. ex., 0,05 = 5 %).

^g Les provinces au sein desquelles on observe cette tendance comprennent la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador, ce qui représente 74,0 % de la population canadienne.

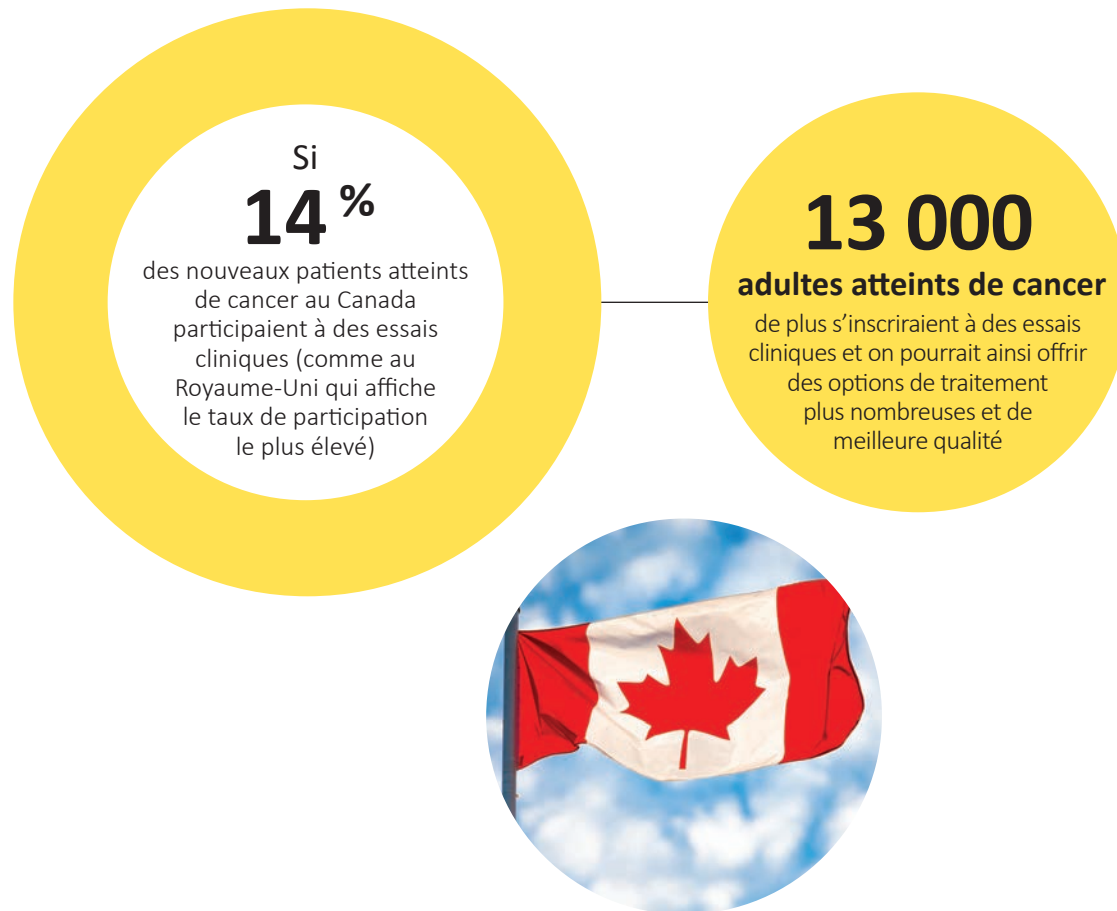
FIGURE 2.6

Ratio entre le nombre de patients adultes (19 ans et plus) inscrits à des essais cliniques et le nombre de nouveaux cas, par province, tous les cancers – années d'inscription 2012 à 2015



^f Bien que cet indicateur soit un ratio, utilisé en tant que substitut au taux réel de participation aux essais cliniques, les résultats sont exprimés sous forme de pourcentages (pour des raisons de commodité). « - » Données non disponibles. Dénominateur : on a utilisé le nombre de nouveaux cas de cancer réels pour les années 2012 à 2014. Pour l'année 2015, on a utilisé le nombre de nouveaux cas de cancer projeté par le Registre canadien du cancer. Ontario : les données présentées concernent les personnes âgées de 18 ans et plus. Source des données : Société canadienne du cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer; organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer.

Participation aux essais cliniques



Où devrions-nous nous situer?

Les patients atteints de cancer au Canada doivent avoir l'occasion de participer à des essais cliniques. Pour prendre une décision éclairée quant à leur participation à un essai, ils ont besoin d'information qui les aide à comprendre l'incidence de leur décision³².

Qu'est-ce que cela signifie pour les personnes atteintes de cancer?

Les essais cliniques évaluent l'innocuité et l'efficacité des traitements émergents, ce qui ouvre la voie à l'introduction de nouveaux traitements qui peuvent améliorer les résultats en matière de santé pour les futurs patients. Les patients participant à un essai clinique peuvent tirer profit d'un traitement révolutionnaire³³.

De quelle façon pouvons-nous favoriser des changements positifs?

Les bailleurs de fonds et les administrateurs des systèmes de santé doivent veiller à ce que tous les centres de cancérologie possèdent l'infrastructure adéquate pour appuyer les essais cliniques. À cette fin, le Partenariat, aux côtés d'autres bailleurs de fonds du Réseau canadien d'essais cliniques sur le cancer, prévoit d'évaluer et de formuler des recommandations quant aux mécanismes de soutien nécessaires pour mener des essais efficaces.

Équité

Comblons-nous les écarts en ce qui concerne l'issue des cancers parmi les différents groupes de la population canadienne?

Un système de lutte contre le cancer équitable réduit au minimum les obstacles auxquels les personnes font face en matière d'accès à des services de lutte contre le cancer efficaces, en raison de leur lieu de résidence, de leur revenu, de leur éducation, de leur âge ou de leur sexe, de leur race ou de leur groupe ethnique, de leur identité ou de leur orientation sexuelle, ou d'autres facteurs. La minimisation de ces obstacles aide à réduire les disparités en matière de santé et de résultats pour les Canadiens ainsi qu'à satisfaire aux principes de l'universalité et de l'accessibilité du système de soins de santé au Canada.

FEUILLE DE ROUTE EN MATIÈRE D'ÉQUITÉ

Toutes les collectivités offrent des stratégies efficaces et adaptées à la culture qui réduisent les obstacles à l'adoption et au maintien d'une vie saine, notamment :



l'augmentation de l'accès à des aliments frais



la promotion des déplacements à pied et en vélo



l'offre de programmes efficaces d'abandon du tabagisme



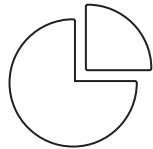
la promotion de la modération en matière de consommation d'alcool

↑
Augmentation de l'adoption de politiques publiques fondées sur des données probantes afin de créer des environnements plus sains où les gens vivent, travaillent, apprennent et s'amuse

CONTEXTE

Il est du devoir du système de soins de santé universel du Canada de fournir un accès équitable à des soins centrés sur la personne, de grande qualité et adaptés à la culture, indépendamment des circonstances économiques et sociales d'une personne, et de mettre au point des politiques destinées à aborder les déterminants sociaux de la santé³⁴. Les interventions innovantes en matière de politique, de planification des systèmes et de pratique clinique se sont avérées efficaces pour combler les écarts dans le domaine de la santé pour certaines populations à risque. Cependant, ces efforts sont sporadiques, localisés et manquent de coordination. Nous avons besoin d'une initiative pancanadienne ciblée pour déterminer et résoudre systématiquement les inégalités dans le système de soins liés au cancer et au-delà de celui-ci, afin de veiller à ce que chaque patient ait l'occasion d'obtenir les meilleurs résultats possible.

Trois principes doivent être pris en considération pour atteindre l'équité en matière de planification, de prestation et de réglementation des systèmes de santé³⁵ :



1

Les ressources doivent être réparties en proportion des besoins relatifs des différentes régions



2

Différentes populations doivent recevoir des services adaptés à leurs besoins sur le plan de la culture et des soins de santé



3

L'élaboration d'une politique de santé publique à l'échelle nationale, provinciale et locale doit se faire dans le cadre d'une démarche multisectorielle inclusive

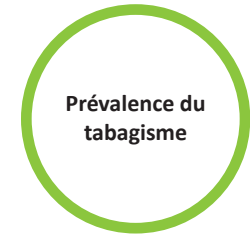
Il est essentiel d'ancrer la prévention du cancer dans ces principes afin de bâtir une stratégie à long terme qui permette d'assurer l'obtention de résultats équitables dans le domaine du cancer. Dans cette section, nous examinons un déterminant social de la santé – le lieu de résidence – et les écarts dans la prévalence des facteurs de risque associés à deux types de cancer : le cancer du poumon et le cancer colorectal.



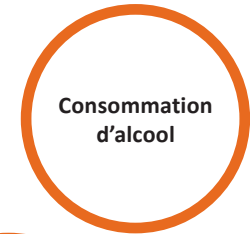
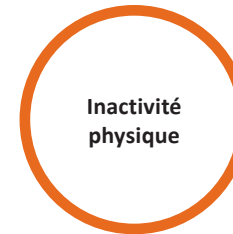
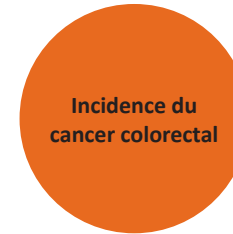
INDICATEURS

Dans ce chapitre, nous allons étudier les indicateurs suivants en lien avec l'équité dans la prévention du cancer :

Disparités liées au cancer du poumon selon la région géographique



Disparités liées au cancer colorectal selon la région géographique



● Cancer du poumon ● Cancer colorectal



Mettre davantage l'accent sur l'équité

La disparité observée dans les résultats en matière de cancer à l'échelle du Canada est attribuable, entre autres, à des différences dans la prévalence des facteurs de risque; il existe d'autres facteurs, notamment l'accès au dépistage, à la détection précoce, au traitement et à des soins de grande qualité et adaptés à la culture. Les différences observées parmi les groupes à risque, leur accès aux services de santé et leurs résultats sont influencés par des déterminants sociaux de la santé, notamment le revenu, l'éducation, l'ethnicité, l'environnement physique, les réseaux sociaux et la culture. Ces inégalités sont souvent injustes, discriminatoires et inévitables, et elles représentent un coût économique et social important pour tous les Canadiens.

Le Partenariat – en collaboration avec des partenaires à l'échelle du pays – s'engage à faire progresser l'équité pour tous les Canadiens, y compris en améliorant les méthodes de mesure des disparités dans la lutte contre le cancer de façon à mieux comprendre les problèmes d'équité, et en introduisant des initiatives visant à résoudre ces disparités.

SITUATION ACTUELLE

Le lieu où vivent les populations influence leur comportement en matière de santé, ce qui peut influencer leur risque de cancer.

Les taux de cancer du poumon les plus élevés sont enregistrés chez les personnes vivant dans le nord et l'est du Canada, en raison des taux de tabagisme supérieurs.

Le tabagisme est la principale cause évitable de cancer du poumon, responsable de près de 85 % de tous les nouveaux cas de cancer du poumon au Canada³⁷. Les personnes et les groupes défavorisés d'un point de vue socioéconomique sont plus enclins à fumer et moins enclins à arrêter³⁸. À l'échelle du Canada, les écarts dans les taux d'incidence du cancer du poumon résultent principalement de différences dans les habitudes tabagiques³⁹. Même si les taux de tabagisme au Québec, au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard ont considérablement diminué au fil du temps, on y note toujours des taux d'incidence du cancer du poumon élevés par rapport à d'autres provinces ou territoires⁴⁰. Cela est vraisemblablement dû au fait qu'il faut 20 à 30 ans avant qu'une diminution de la prévalence du tabagisme se traduise par une diminution de l'incidence du cancer du poumon³⁸.

Les différences dans les pratiques de taxation du tabac peuvent influencer les écarts dans les taux de tabagisme au Canada, mais ces pratiques sont également influencées par des normes socioéconomiques et culturelles différentes parmi les collectivités³⁹. Les démarches les plus efficaces pour réduire les taux de cancer du poumon visent à dissuader les gens de commencer à fumer grâce

2015-2016

Les taux de tabagisme les plus élevés sont observés dans les provinces et les territoires suivants :

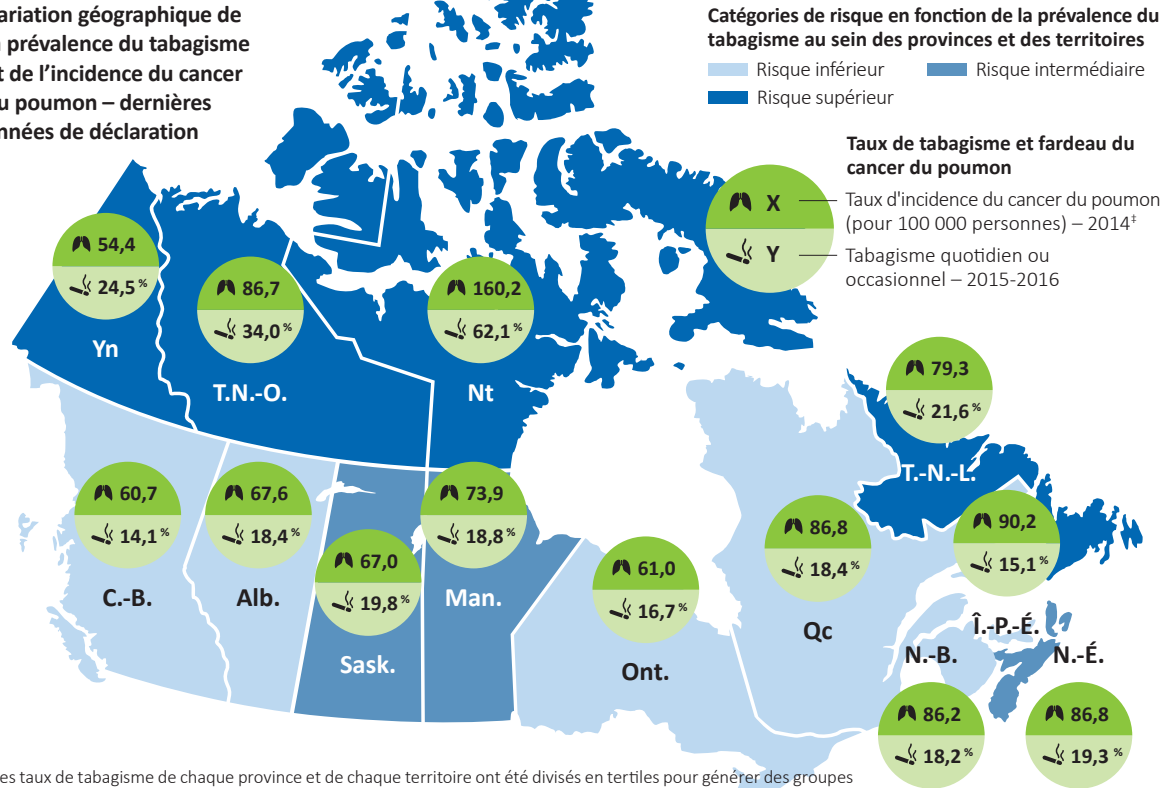


à une politique de lutte antitabagique efficace et à inciter davantage de personnes à arrêter de fumer grâce à des programmes d'abandon du tabagisme fondés sur des données probantes⁴¹.

- On note un gradient nord-sud et est-ouest dans les taux d'incidence du cancer du poumon et les taux de tabagisme à l'échelle du Canada.
- En 2015-2016, les taux de tabagisme les plus élevés ont été observés dans les territoires (au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest, ainsi qu'au Nunavut) et à Terre-Neuve-et-Labrador (figure 3.1).
 - Il y a un écart d'un facteur 4 dans les taux de tabagisme occasionnel ou quotidien déclarés par les personnes intéressées à l'échelle du Canada : ces taux passent de 14,1 % en Colombie-Britannique à 62,1 % au Nunavut.
- Les taux d'incidence du cancer du poumon normalisés selon l'âge vont de 54,4 cas pour 100 000 personnes au Yukon à 160,2 cas pour 100 000 personnes au Nunavut. Bien que l'on observe une faible incidence du cancer du poumon au Yukon actuellement, ce territoire a les taux de tabagisme actuels les plus élevés, ce qui pourrait se traduire par un accroissement du fardeau du cancer du poumon dans l'avenir.

FIGURE 3.1

Variation géographique de la prévalence du tabagisme et de l'incidence du cancer du poumon – dernières années de déclaration



[†] Les taux de tabagisme de chaque province et de chaque territoire ont été divisés en tertiles pour générer des groupes à risque supérieur, intermédiaire et inférieur. [‡] Pour les taux d'incidence des territoires, on a combiné les données des années 2012 à 2014. Qc : les données sur l'incidence du cancer ne sont pas disponibles pour les années de diagnostic postérieures à 2010. Les données de 2014 relatives à l'incidence et à la population ont été dupliquées à partir de valeurs de 2010. Source des données : Statistique Canada : Registre canadien du cancer, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Où devrions-nous nous situer?

Tous les Canadiens, indépendamment de leur lieu de résidence, doivent avoir la possibilité de vivre en bonne santé dans un environnement qui réduit leur risque de cancer, et ils doivent recevoir le soutien nécessaire à cet égard. En augmentant l'accès à des aliments frais, en encourageant la marche et le cyclisme, en réduisant au minimum l'exposition aux substances cancérigènes à la maison et au travail, de même qu'en proposant de l'information sur les programmes de prévention du cancer et d'abandon du tabagisme adaptés à la culture, les gouvernements peuvent contribuer à la réduction des inégalités.

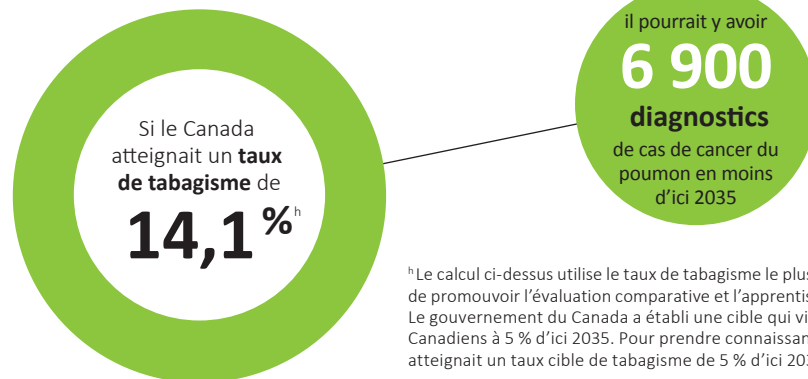
Qu'est-ce que cela signifie pour les personnes vivant au Canada?

Le lieu de résidence des populations, de même que leurs circonstances sociales et économiques, influencent leur santé, leur comportement et leur capacité à mener une vie plus saine³⁶. Les personnes vivant dans un environnement malsain ou confrontées à des obstacles les empêchant de mener une vie saine peuvent, pour ces raisons, présenter un risque accru d'avoir un cancer évitable et de décéder des suites de ce cancer.

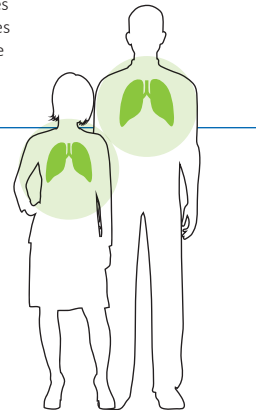
De quelle façon pouvons-nous favoriser des changements positifs?

Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient adopter systématiquement des politiques publiques fondées sur des données probantes, et ce dans le but de créer des environnements plus sains où les gens vivent, travaillent, apprennent et s'amuse, ce qui les porterait davantage à faire des choix sains. Les ressources sur les politiques du Partenariat contiennent des données probantes pouvant être utilisées par tous les échelons de gouvernement pour soutenir la mise en œuvre de politiques de santé publique destinées à promouvoir une santé plus équitable pour les Canadiens : <https://www.partenariatcontrelecancer.ca/tools/prevention-policies-directory/cancer-prevention-policy-packs/>

SITUATION FUTURE



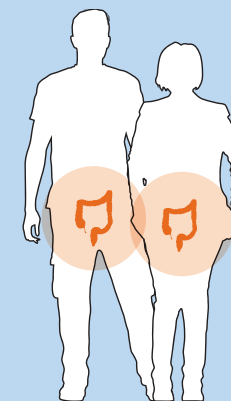
^h Le calcul ci-dessus utilise le taux de tabagisme le plus faible atteint au Canada (14,1 % en C.-B.) en vue de promouvoir l'évaluation comparative et l'apprentissage mutuel entre les provinces et les territoires. Le gouvernement du Canada a établi une cible qui vise à réduire la prévalence du tabagisme chez les Canadiens à 5 % d'ici 2035. Pour prendre connaissance des avantages que l'on pourrait obtenir si l'on atteignait un taux cible de tabagisme de 5 % d'ici 2035, veuillez consulter la page 47.



Les provinces et les territoires qui comptent les taux les plus élevés de nouveaux cas de cancer colorectal affichent également les taux les plus élevés en matière d'obésité, d'inactivité physique, de consommation excessive d'alcool et de mauvaise alimentation.

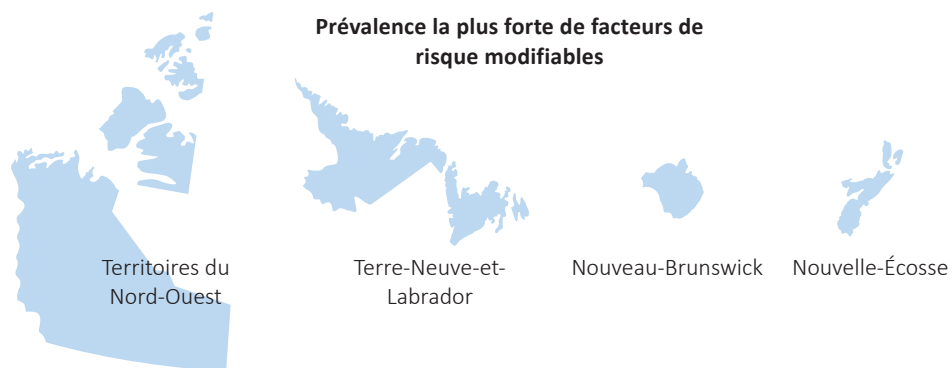
Le risque de cancer colorectal est nettement influencé par plusieurs facteurs de risque modifiables, notamment une mauvaise alimentation, un excès de poids, l'inactivité physique et une consommation d'alcool élevée⁴². Plus une personne présente de facteurs de risque, plus elle risque d'avoir un cancer colorectal⁴³. Le statut socioéconomique modeste, l'insécurité alimentaire et la vie dans une collectivité où les possibilités d'activité physique sont limitées sont trois facteurs associés à un risque accru de cancer colorectal⁴⁴.

Nous pouvons réduire le fardeau du cancer colorectal en adoptant des politiques de santé publique qui créent des environnements plus sains où les gens vivent, travaillent, apprennent et s'amuse, de même qu'en facilitant l'adoption de choix sains⁴⁵.



2015-2016

Prévalence la plus forte de facteurs de risque modifiables



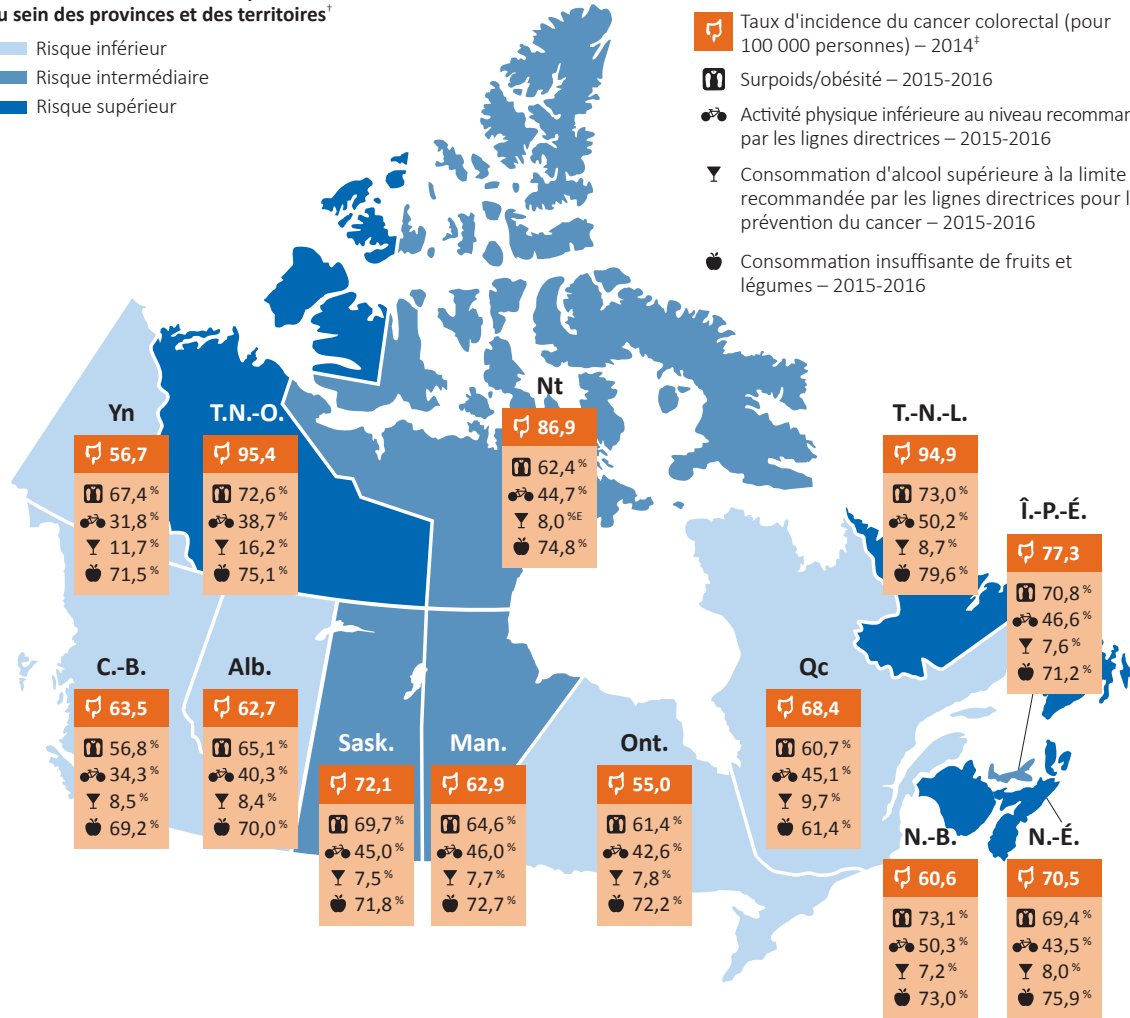
- On note un gradient nord-sud et est-ouest dans les taux d'incidence du cancer colorectal et les facteurs de risque modifiables à l'échelle du Canada.
- En 2015-2016, c'est dans les Territoires du Nord-Ouest, à Terre-Neuve-et-Labrador, au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse que l'on a enregistré la prévalence la plus forte de facteurs de risque modifiables pour le cancer colorectal (figure 3.2).
 - Le pourcentage d'adultes ayant déclaré être en surpoids ou obèses allait de 56,8 % en Colombie-Britannique à 73,1 % au Nouveau-Brunswick.
 - L'inactivité physique déclarée par les personnes intéressées variait entre les provinces et les territoires, allant de 31,8 % au Yukon à 50,3 % au Nouveau-Brunswick.
 - Le pourcentage de personnes ayant déclaré consommer plus d'alcool que la limite recommandée par les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada sur le cancer l'année dernière variait entre 7,2 % au Nouveau-Brunswick et 16,2 % dans les Territoires du Nord-Ouest.
 - La grande majorité des Canadiens consomment une quantité de fruits et légumes inférieure à la quantité quotidienne recommandée, ce qui représente un bon indicateur de la qualité générale de leur alimentation⁴⁶. Le pourcentage de personnes ayant déclaré manger moins de cinq portions de fruits et légumes par jour variait entre 61,4 % au Québec et 79,6 % à Terre-Neuve-et-Labrador.
- Les taux d'incidence du cancer colorectal normalisés selon l'âge variaient considérablement à l'échelle du pays, passant de 55,0 cas pour 100 000 personnes en Ontario à 95,4 cas pour 100 000 personnes dans les Territoires du Nord-Ouest.

FIGURE 3.2

Variation géographique des facteurs de risque modifiables et de l'incidence du cancer colorectal – dernières années de déclaration

Catégories de risque en fonction de la prévalence des facteurs de risque modifiables au sein des provinces et des territoires[†]

- Risque inférieur
- Risque intermédiaire
- Risque supérieur



[†] Les critères composites correspondent à la somme des facteurs de risque de cancer (surpoids et obésité, inactivité physique, consommation excessive d'alcool et faible consommation de fruits et légumes) au sein des provinces et des territoires. Les valeurs obtenues pour chaque province et chaque territoire ont été divisées en tertiles : tertile inférieur, tertile intermédiaire et tertile supérieur. [‡] Pour les taux d'incidence des territoires, on a combiné les données des années 2012 à 2014. [§] À interpréter avec prudence en raison de la grande variabilité de l'estimation. ^E Qc : les données sur l'incidence du cancer ne sont pas disponibles pour les années de diagnostic postérieures à 2010. Les données de 2014 relatives à l'incidence et à la population ont été dupliquées à partir des valeurs de 2010. Source des données : Statistique Canada : Registre canadien du cancer, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

SITUATION FUTURE

Si chaque province et chaque territoire atteignait les taux de prévalence associés au risque le plus faible observés à travers le Canada, environ :

1,4 million de Canadiens de plus auraient un poids plus sain

2,3 millions de Canadiens de plus seraient physiquement actifs

450 000 Canadiens de plus auraient une consommation d'alcool égale ou inférieure aux seuils préconisés par les lignes directrices sur le cancer

2,2 millions de Canadiens de plus mangeraient davantage de fruits et légumes

Le calcul ci-dessus utilise les taux de prévalence des facteurs de risque les plus faibles au Canada en vue de promouvoir l'évaluation comparative et l'apprentissage mutuel entre les provinces et les territoires.

Continuité des soins

Notre système de soins liés au cancer est-il intégré et centré sur la personne?

Aux yeux des patients, une expérience harmonieuse des soins est une expérience au cours de laquelle les professionnels de la santé travaillent ensemble pour créer un système intégré et centré sur la personne. Ce système permet aux patients et à leur famille de comprendre l'éventail des services dont ils ont besoin pour recevoir les meilleurs soins possible de la part du bon fournisseur au bon moment, d'y accéder et d'y naviguer avec facilité.



FEUILLE DE ROUTE EN MATIÈRE DE CONTINUITÉ DES SOINS



90%

des femmes dont le résultat de mammographie est anormal reçoivent un diagnostic (de cancer ou non) **dans les cinq semaines** (lorsqu'une biopsie n'est pas requise) ou **dans les sept semaines** (lorsqu'une biopsie est requise)

90 % des personnes qui obtiennent un résultat de test fécal anormal effectuent une coloscopie de suivi dans les 60 jours



Davantage de patients passent leurs derniers jours de vie à la maison,



s'ils le souhaitent et lorsque cela s'avère pertinent sur le plan médical

AUGMENTATION DE L'UTILISATION DES OUTILS RELATIFS AUX RÉSULTATS SIGNALÉS PAR LE PATIENT

à l'échelle du pays pour évaluer les symptômes et le niveau de détresse du patient

CONTEXTE

Un système de soins liés au cancer centré sur la personne requiert une collaboration des fournisseurs de soins de santé pour pouvoir offrir les soins dont les patients ont besoin à chaque étape du processus. À cette fin, les fournisseurs doivent se concentrer sur les besoins et les préférences de chaque patient et de leur famille, et prévoir et offrir des soins fondés sur des données probantes qui reflètent ces besoins et préférences.

Quatre facteurs, décrits ci-après, sont essentiels pour pouvoir offrir une expérience continue aux patients ainsi que des soins centrés sur la personne :



1

Conception d'un système qui soutienne la circulation fluide des patients entre les rendez-vous, les tests et les traitements, qui provoque le moins de perturbations possible dans la vie des patients et qui assure des délais d'attente raisonnables.



2

Communication entre les patients et les fournisseurs de soins de santé afin que ces derniers connaissent les préférences et les besoins précis des patients, qu'ils puissent leur fournir des renseignements sur les progrès et les attentes en temps opportun, et qu'ils les aident à entrer en contact avec les services dont ils ont besoin pour résoudre leurs préoccupations d'ordre physique, émotionnel et pratique.



3

Communication entre les fournisseurs de soins de santé pour échanger des renseignements et appuyer les consultations multidisciplinaires afin d'assurer l'accès à l'expertise nécessaire pour formuler des recommandations sur les soins à prodiguer à chaque patient.



4

Éducation et formation pour aider les fournisseurs de soins de santé à communiquer efficacement avec les patients et à nouer des liens avec eux, et pour tenir informés les cliniciens et les fournisseurs de soins de santé des approches de soins fondées sur des données probantes, centrées sur le patient et adaptées à la culture.

INDICATEURS

Dans ce chapitre, nous allons étudier les indicateurs suivants en lien avec la continuité des soins :

Conception d'un système qui favorise la continuité des soins liés au cancer



Communication entre les patients et les fournisseurs de soins de santé



● Cancer du sein
● Divers cancers

● Cancer colorectal

Conception d'un système qui favorise la continuité des soins liés au cancer

Les temps d'attente s'améliorent, mais certains Canadiens attendent encore des mois avant de recevoir un diagnostic après un résultat de dépistage anormal.

La majorité des femmes dont le résultat de mammographie est anormal attendent cinq semaines ou moins pour recevoir un diagnostic lorsqu'une biopsie tissulaire n'est **pas requise**.

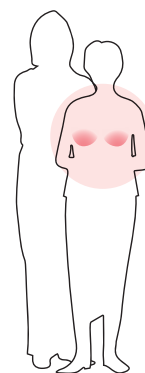
- Le pourcentage de femmes ayant reçu un diagnostic (de cancer ou non) dans les cinq semaines est demeuré relativement stable entre 2013 (82,7 %) et 2015 (85,8 %)¹.
- En 2015, le pourcentage de femmes ayant reçu un diagnostic dans les cinq semaines variait entre les provinces et les territoires ayant fourni des données, allant de 71,8 % au Nouveau-Brunswick à 95,3 % en Alberta. La Saskatchewan, l'Alberta et l'Ontario ont respecté le temps d'attente cible, à savoir la résolution du diagnostic dans les cinq semaines pour 90 % des résultats de dépistage anormaux ne nécessitant pas de biopsie tissulaire (figure 4.1).

Pourcentage de femmes ayant reçu un diagnostic dans les cinq semaines



Le temps d'attente après une mammographie anormale jusqu'à l'obtention du diagnostic final demeure long lorsqu'une biopsie tissulaire est **requise**.

- 19 % des femmes nécessitent une biopsie tissulaire de suivi afin de déterminer si elles sont atteintes ou non de cancer. Le pourcentage de femmes recevant un diagnostic (de cancer ou non) dans les sept semaines a augmenté de 60,5 % en 2013 à 67,1 % en 2015¹.
- En 2015, le pourcentage de femmes nécessitant une biopsie tissulaire qui avaient reçu un diagnostic dans les sept semaines allait de 42,1 % (Île-du-Prince-Édouard) à 85,0 % (Alberta). Aucune des provinces ni aucun des territoires participants n'a respecté le temps d'attente cible de sept semaines entre le dépistage d'une anomalie au sein nécessitant une biopsie tissulaire et la résolution du diagnostic pour 90 % des personnes concernées (figure 4.2).



¹ Les provinces et les territoires au sein desquels on observe cette tendance comprennent toutes les provinces et les Territoires du Nord-Ouest, ce qui représente 99,8 % de la population canadienne.

Où devrions-nous nous situer?

Les patients qui se soumettent à un dépistage et qui reçoivent un résultat anormal devraient pouvoir effectuer rapidement un test de suivi afin de confirmer un diagnostic positif ou négatif de façon à réduire au minimum l'anxiété inutile. L'objectif est que 90 % des personnes ayant obtenu un résultat anormal à l'issue d'un dépistage reçoivent un diagnostic (de cancer ou non) dans les délais cibles nationaux.

Qu'est-ce que cela signifie pour les personnes vivant au Canada?

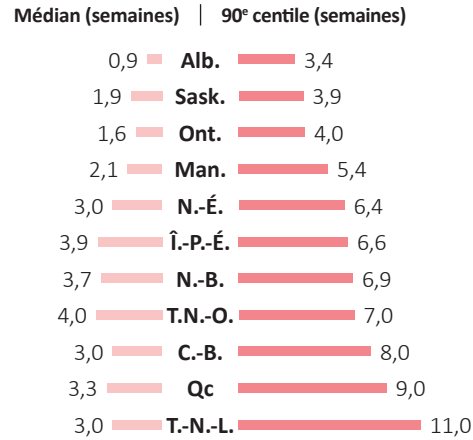
Les gens ressentent souvent de l'incertitude, du stress et de l'anxiété lorsqu'ils consultent différents fournisseurs de soins et attendent les résultats de tests pour savoir s'ils sont atteints d'un cancer ou non. Ceux qui doivent attendre plusieurs semaines, voire plusieurs mois, avant d'obtenir un diagnostic s'inquiètent pendant ce temps de la propagation du cancer au-delà d'un stade où on peut encore le guérir⁸.

De quelle façon pouvons-nous favoriser des changements positifs?

Un système de soins de santé continus organise des services de dépistage et de diagnostic afin d'assurer un temps d'attente raisonnable pour la réalisation des tests de confirmation et de causer le moins de perturbations possible pour les patients et leur famille. Les cliniques de diagnostic à guichet unique sont une manière de simplifier les tests diagnostiques et les consultations⁴⁷. Elles disposent d'équipes multidisciplinaires et d'intervenants pivots travaillant en collaboration pour offrir en temps opportun un soutien et des renseignements aux personnes qui s'y rendent pour savoir si elles sont atteintes ou non d'un cancer.

FIGURE 4.1

Temps d'attente médian et du 90^e centile pour la résolution d'une anomalie au sein dépistée sans biopsie tissulaire chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, par province ou territoire – année de dépistage 2015



Pourcentage respectant le temps d'attente cible (≤ 5 semaines)

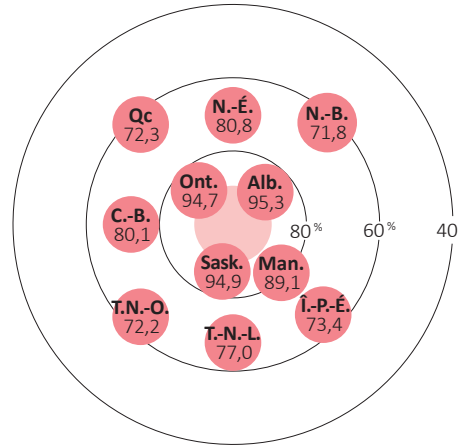
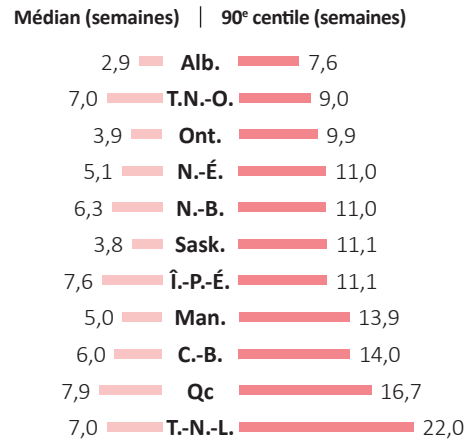
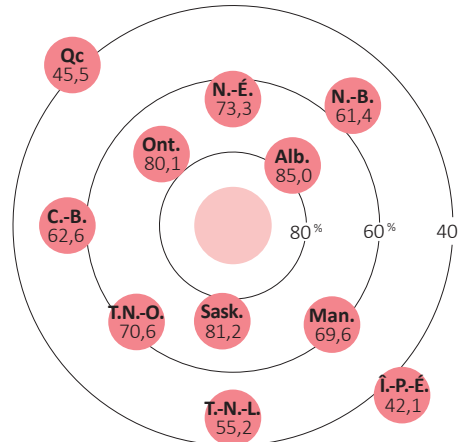


FIGURE 4.2

Temps d'attente médian et du 90^e centile pour la résolution d'une anomalie au sein dépistée par biopsie tissulaire chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, par province ou territoire – année de dépistage 2015



Pourcentage respectant le temps d'attente cible (≤ 7 semaines)



Colombie-Britannique : les femmes aiguillées pour un dépistage à la suite d'un examen clinique des seins (ECS) uniquement ne peuvent être recensées et ne sont donc pas exclues des données. Alberta : les sources de données sont la base de données du programme de dépistage du cancer du sein de l'Alberta et les données de réclamations des médecins de l'Alberta. Saskatchewan : la biopsie tissulaire est définie comme une liste de types d'examen. Ontario : les femmes pour lesquelles le résultat final du dépistage était inconnu ou celles qui ont été perdues au suivi, de même que les femmes ayant obtenu une résolution du diagnostic plus de 6 mois après la date d'obtention du résultat de dépistage anormal ont été exclues de cette mesure. Québec : les données de dépistage en 2015 allaient de janvier à septembre. Territoires du Nord-Ouest : toutes les données portaient sur les années 2013 à 2015 combinées et provenaient de la base de données du programme de dépistage du cancer du sein. Source des données : programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du sein.

SITUATION FUTURE

Si toutes les provinces pouvaient respecter les temps d'attente cibles pour la résolution des résultats anormaux du dépistage du cancer du sein, chaque année :

6 300
femmes de plus
recevraient un diagnostic plus rapidement lorsqu'**aucune** biopsie tissulaire n'est nécessaire

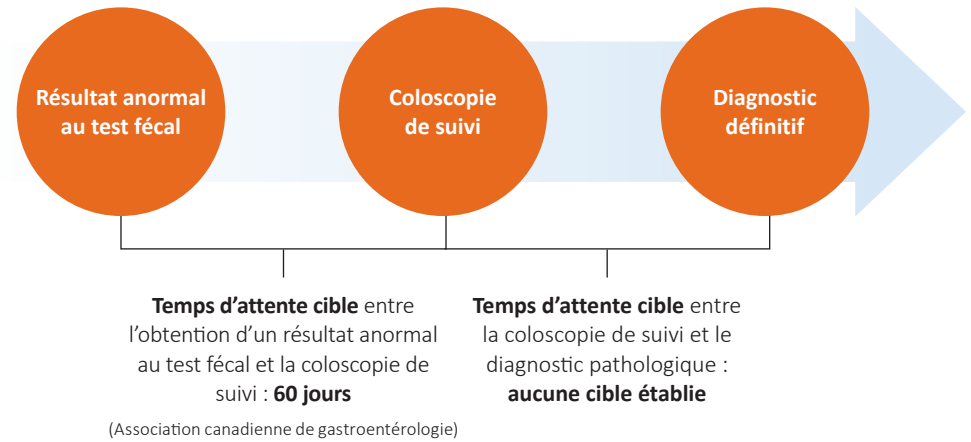
4 000
femmes de plus
recevraient un diagnostic plus rapidement lorsqu'une biopsie tissulaire est nécessaire



La moitié des personnes qui obtiennent un résultat anormal au dépistage du cancer colorectal par test fécal attendent plus de deux mois avant de recevoir un diagnostic définitif.

Même si toutes les provinces ont mis sur pied des programmes de dépistage organisé du cancer colorectal, plusieurs programmes en sont encore aux premiers stades de leur mise en œuvre. Au cours du processus de diagnostic, les personnes obtenant un résultat anormal au test fécal subissent une coloscopie de suivi, après quoi elles reçoivent un diagnostic définitif.

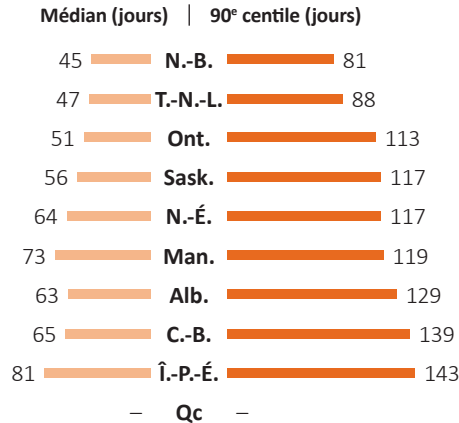
- Parmi les provinces ayant fourni des données, 50,8 % des personnes ayant obtenu un résultat anormal au test fécal ont subi une coloscopie de suivi dans les 60 jours^k.
- En 2015, le pourcentage de personnes ayant obtenu un résultat anormal au test fécal qui ont subi une coloscopie de suivi dans les 60 jours allait de 28,8 % (Île-du-Prince-Édouard) à 76,4 % (Nouveau-Brunswick). Aucune des provinces participantes n'a respecté le temps d'attente cible de 60 jours entre l'obtention d'un résultat anormal au test fécal et la coloscopie pour 90 % des personnes concernées (figure 4.3).



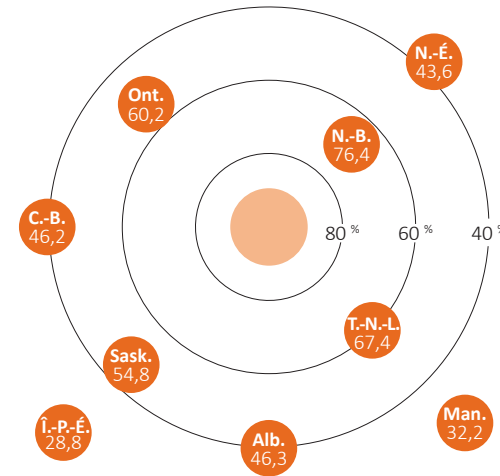
^k Les provinces au sein desquelles on observe cette tendance comprennent la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, Terre-Neuve-et-Labrador, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard, ce qui représente 77 % de la population canadienne.

FIGURE 4.3

Temps d'attente médian et du 90^e centile entre un résultat anormal au test fécal et une coloscopie de suivi, par province – année de dépistage 2015



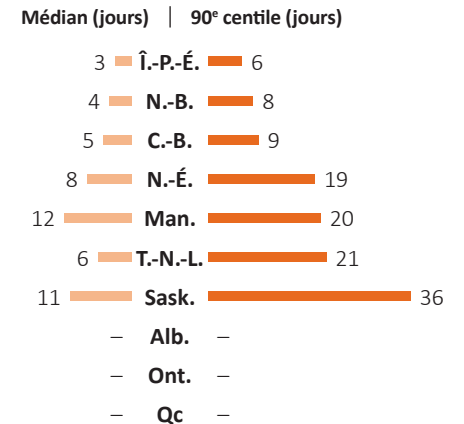
Pourcentage respectant le temps d'attente cible (≤ 60 jours)



« - » Données non disponibles. Alberta : les volumes élevés de résultats positifs aux tests immunochimiques fécaux peuvent influencer le temps d'attente pour une coloscopie de suivi. Dans certains cas, les personnes peuvent choisir de reporter la coloscopie de suivi. Selon la province ou le territoire, ces cas peuvent ou non être inclus. Se reporter à l'annexe technique pour consulter les détails. Source des données : programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer colorectal.

FIGURE 4.4

Temps d'attente médian et du 90^e centile entre une coloscopie de suivi et le diagnostic définitif, par province – année de dépistage 2015



« - » Données non disponibles. Dans certains cas, les personnes peuvent choisir de reporter la coloscopie de suivi. Selon la province ou le territoire, ces cas peuvent ou non être inclus. Se reporter à l'annexe technique pour consulter les détails. Source des données : programmes provinciaux de dépistage du cancer colorectal.

Communication des préférences et des préoccupations des patients

De nombreux patients atteints de cancer font état de symptômes qui leur causent de la détresse durant et après le traitement.

Neuf provinces utilisent des outils normalisés pour dépister les symptômes de détresse dans les centres de cancérologie.

Le dépistage de la détresse avant, pendant et après le traitement actif est essentiel pour aiguiller rapidement les patients vers des services qui peuvent les aider à gérer leurs symptômes physiques et émotionnels^{12,49}. L'*Edmonton Symptom Assessment System – revised* (ESAS-r) est un outil validé qui mesure les symptômes signalés par le patient. Il demande aux patients de décrire chaque symptôme sur une échelle de 0 à 10. Un score de 0 indique une absence de symptômes (p. ex., aucune douleur, aucune anxiété, aucune fatigue, aucune dépression). La détresse symptomatique peut être faible (scores de 1 à 3); modérée (scores de 4 à 6) ou élevée (scores de 7 à 10)⁵⁰. De nombreux centres de cancérologie recueillent les données, même si la fréquence du dépistage et la méthode de saisie des données varient (figure 4.5).

Au moins la moitié des patients faisant l'objet d'un dépistage de la détresse signalent des symptômes qui incluent de la douleur, de la fatigue, de l'anxiété et une dépression.

- Entre 2016 et 2017, le pourcentage de patients ayant signalé des symptômes de détresse variait entre 74,9 % (Nouvelle-Écosse) et 94,7 % (Québec).
- La fatigue était le symptôme de détresse le plus couramment rapporté par les patients atteints de cancer (75,6 %), et elle était suivie de l'anxiété (56,5 %) (figure 4.6).



Fatigue

Symptôme de détresse le plus couramment rapporté par les patients atteints de cancer (75,6 %), suivie de l'anxiété (56,5 %)

Où devrions-nous nous situer?

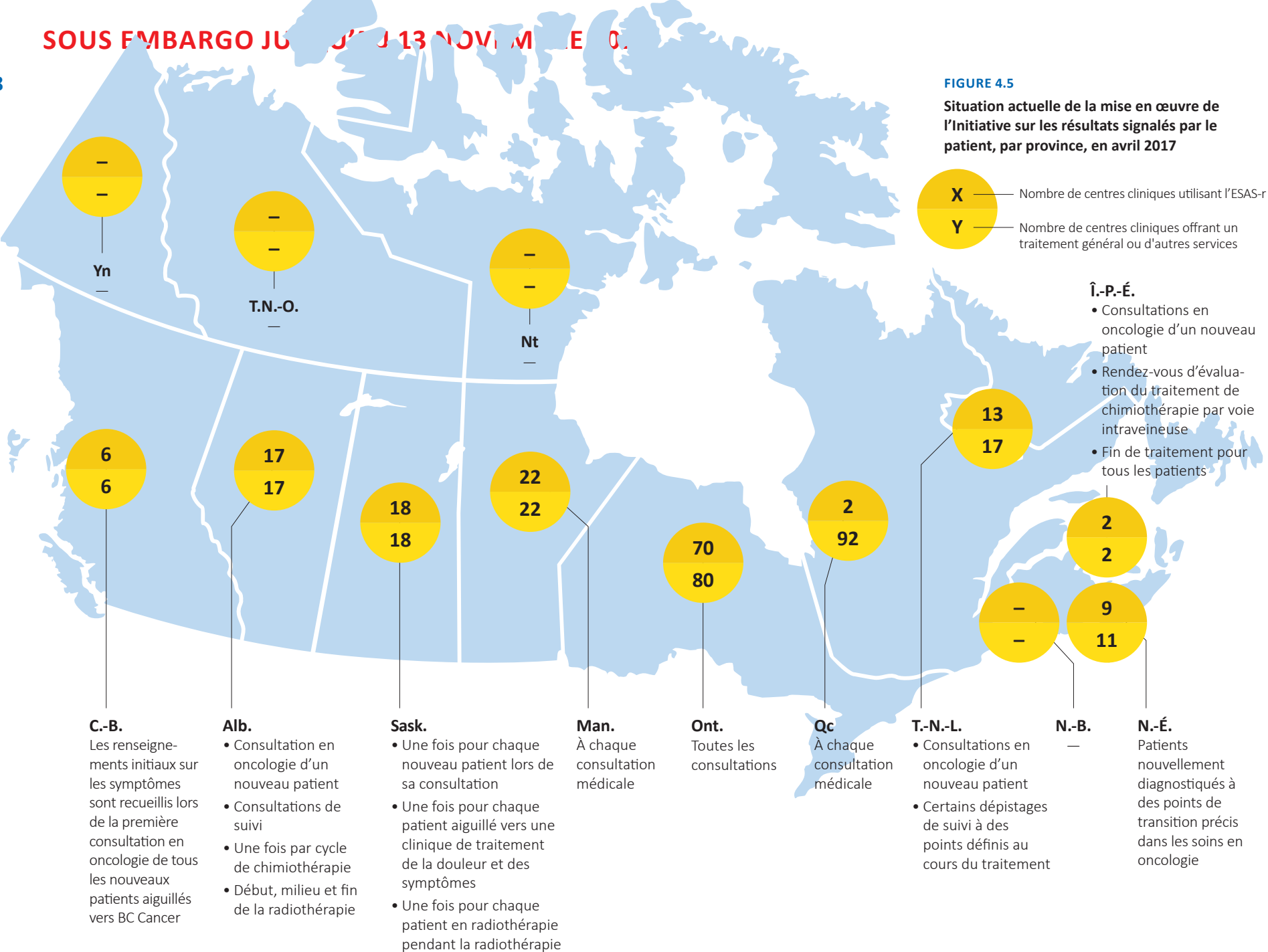
Au Canada, tous les patients atteints de cancer devraient pouvoir faire état de leurs symptômes, notamment la fatigue ou l'anxiété, au moyen d'outils normalisés permettant de recueillir les résultats signalés par le patient dans les centres de cancérologie et les hôpitaux provinciaux.

Qu'est-ce que cela signifie pour les personnes atteintes de cancer?

En déterminant l'intensité des symptômes physiques et émotionnels qui provoquent de la détresse, les personnes atteintes de cancer aident à définir le type de soutien dont elles ont besoin pour soulager les symptômes qui nuisent à leur qualité de vie.

De quelle façon pouvons-nous favoriser des changements positifs?

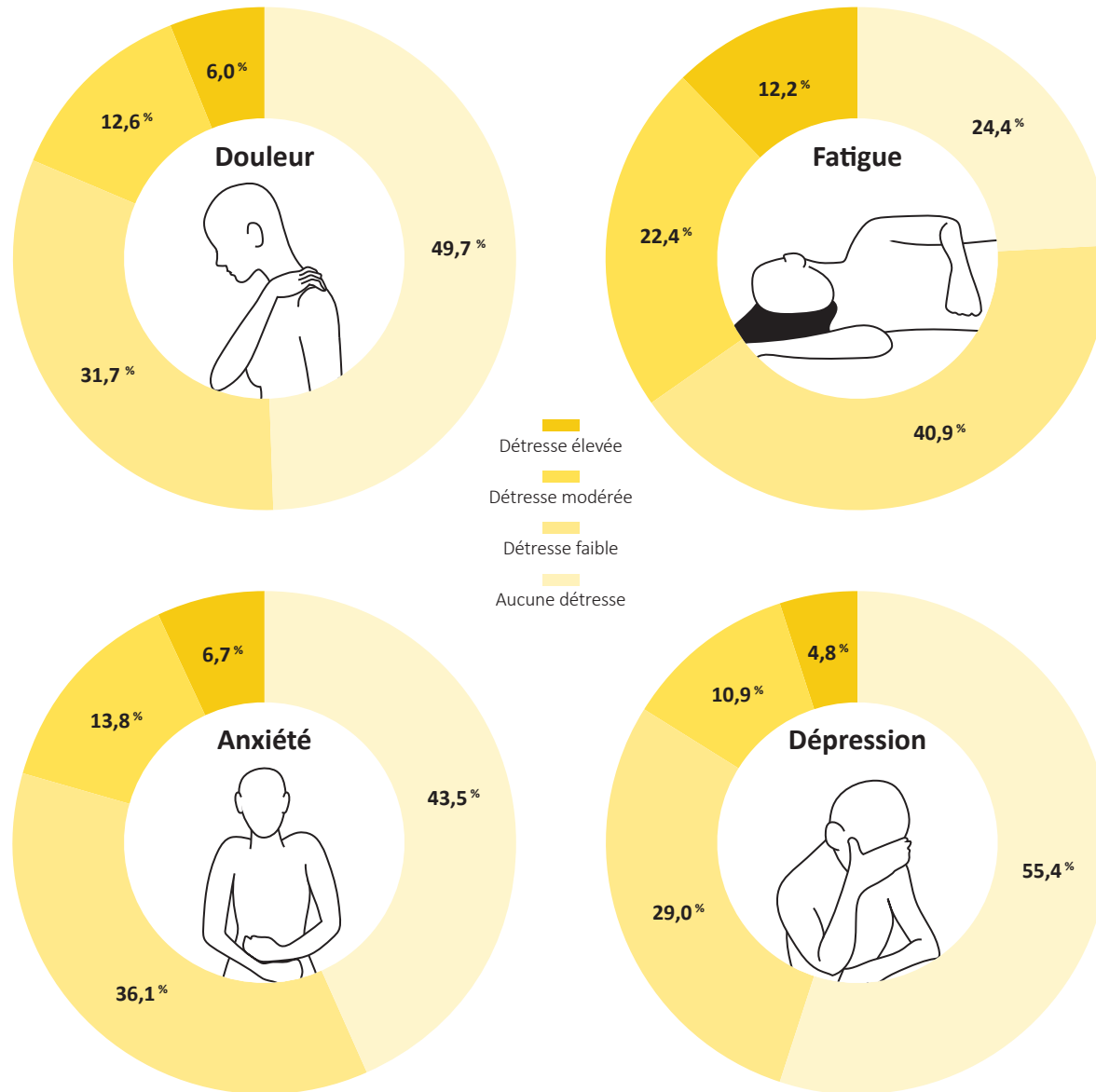
Le Partenariat a soutenu l'utilisation d'outils axés sur les résultats signalés par le patient dans la plupart des provinces. Ces outils donnent aux cliniciens les renseignements dont ils ont besoin pour offrir des soins centrés sur la personne. Tous les fournisseurs de soins au Canada devraient se servir de ces renseignements pour comprendre les symptômes et les préoccupations des patients et y répondre, pour personnaliser les interventions et pour se mettre en contact avec des services qui peuvent aider les patients et leur famille à surmonter leurs difficultés⁴⁸.



« — » Données non disponibles. ESAS-r : *Edmonton Symptom Assessment System – revised*. Source des données : BC Cancer; partenaires de l'Initiative sur les résultats signalés par le patient.

FIGURE 4.6

Répartition des niveaux d'ampleur de la détresse, par symptôme, provinces et territoires combinés – octobre 2016 à mars 2017

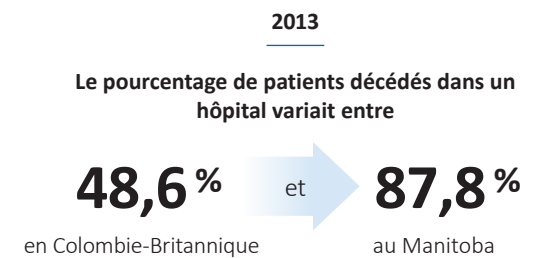


La somme des pourcentages pourrait ne pas éгал 100 % en raison de la méthode d'arrondissement utilisée. On n'a pas inclus la Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador. Source des données : partenaires de l'Initiative sur les résultats signalés par le patient.

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

Les enquêtes indiquent systématiquement que les patients préfèrent passer autant de jours que possible en fin de vie dans un environnement non médical et confortable, entourés de leurs proches – leur maison, bien souvent. Les soins palliatifs à domicile nécessitent généralement des services de soutien supplémentaires pour prendre en charge adéquatement les symptômes. Cependant, les complications du traitement et d'autres événements indésirables peuvent nécessiter l'hospitalisation d'un patient durant ses derniers jours de vie.

- Bien que la majorité des patients atteints de cancer décèdent à l'hôpital, le pourcentage a baissé de 71,6 % en 2008 à 65,9 % en 2013. Autrement dit, un nombre de patients légèrement supérieur décède en dehors du milieu hospitalier, y compris dans des centres de soins palliatifs, des établissements de soins pour bénéficiaires internes et à la maison!
- En 2013, le pourcentage de patients décédés dans un hôpital variait entre 48,6 % (Colombie-Britannique) et 87,8 % (Manitoba). Il convient de souligner que bon nombre des décès à l'hôpital enregistrés au Manitoba et à Terre-Neuve-et-Labrador surviennent dans des unités de soins palliatifs ou des centres de soins palliatifs hospitaliers (figure 4.7).



¹ Cette tendance s'observe dans l'ensemble des provinces et des territoires.

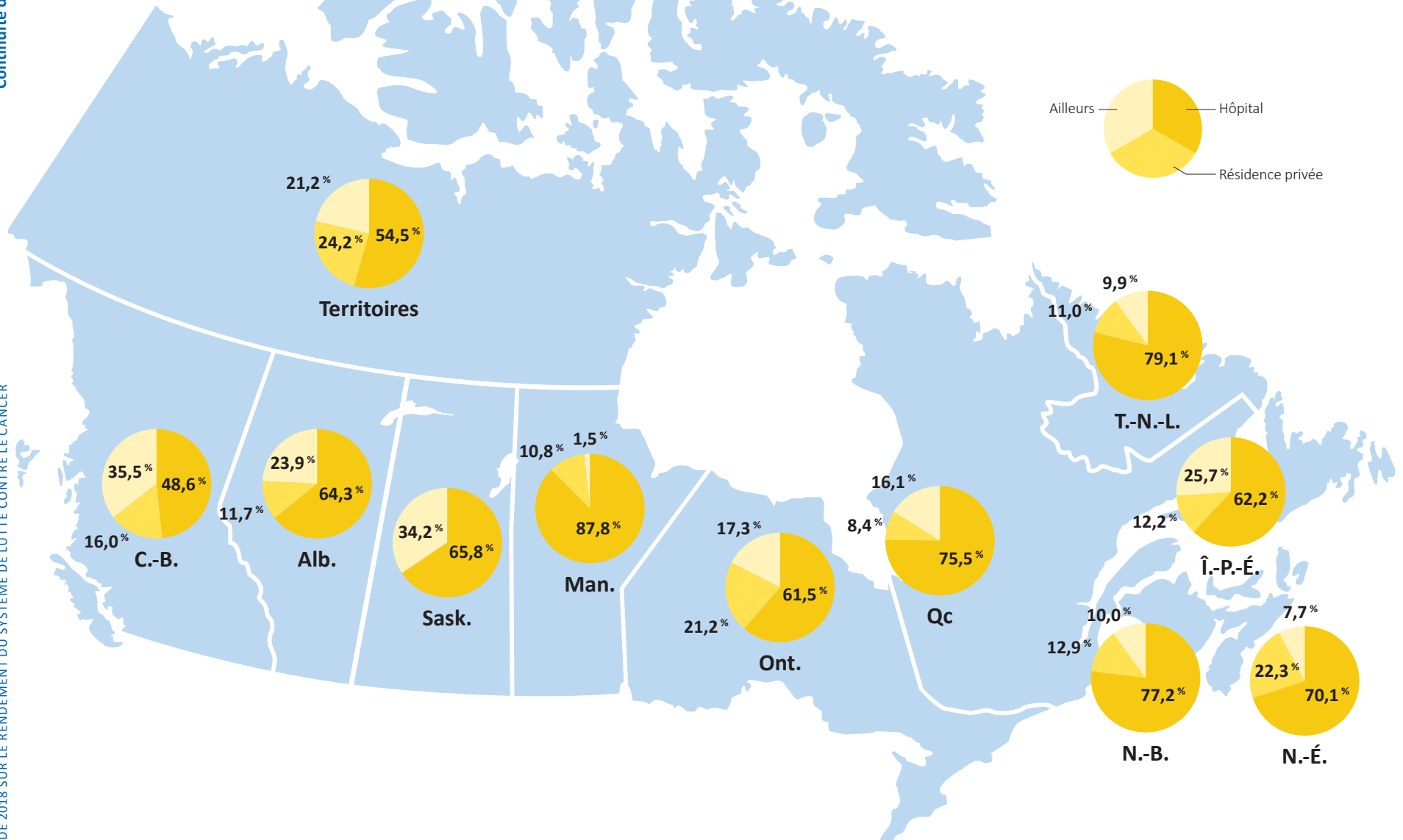
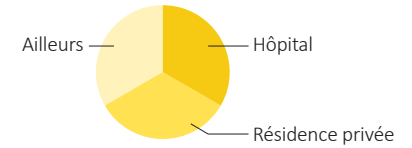


FIGURE 4.7
 Pourcentage de décès de patients atteints de cancer survenus à l'hôpital, en résidence privée ou ailleurs, par province ou territoire – année de déclaration 2013



La somme des pourcentages pourrait ne pas égaier 100 % en raison de la méthode d'arrondissement utilisée. Saskatchewan : en raison du faible nombre de décès, on a combiné les décès en résidence privée et les décès survenus dans d'autres lieux. Territoires : territoires combinés. Il existe des variations entre les provinces et les territoires concernant la catégorie de classement du lieu du décès ainsi que des divers types de milieux de soins. Au Manitoba, par exemple, de nombreux décès classés dans la catégorie des décès survenus à l'hôpital ont eu lieu dans des unités de soins palliatifs ou dans des centres de soins palliatifs hospitaliers. Source des données : Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès.

Si l'ensemble du Canada
réduisait la proportion de
patients **décédant à l'hôpital** à

48,6 %

(comme en Colombie-Britannique, qui
comptait la plus faible proportion de
décès à l'hôpital)^m

13 000
patients atteints de
cancer en moins

décéderaient à
l'hôpital chaque année



^m Le calcul ci-dessus utilise le plus faible pourcentage de décès de patients atteints de cancer survenus à l'hôpital au Canada en tant qu'objectif réalisable pour promouvoir l'évaluation comparative et l'apprentissage mutuel entre les provinces et les territoires.

Où devrions-nous nous situer?

Lorsque cela est pertinent sur le plan médical, le système de soins de santé devrait fournir aux patients les ressources leur permettant de passer les derniers jours de leur vie à la maison, s'ils le souhaitent.

Qu'est-ce que cela signifie pour les patients atteints de cancer?

Les enquêtes montrent que les gens préfèrent passer autant de jours que possible en fin de vie dans un environnement confortable et familier, souvent à la maison⁵¹. Lorsque les patients et leur famille établissent des plans de soins préalables avec leur équipe de soins, ils doivent pouvoir prendre une décision éclairée au sujet de l'endroit où ils souhaitent passer les derniers jours de leur vie et être rassurés sur le fait qu'ils auront accès aux services dont ils ont besoin pour mourir confortablement là où ils préfèrent, lorsque cela est possible sur le plan médical.

De quelle façon pouvons-nous favoriser des changements positifs?

Les cliniciens devraient se montrer ouverts avec leurs patients au cours de la planification préalable des soins et discuter des objectifs de soins dès que possible pendant leur maladie. Cela permettrait d'harmoniser les désirs des patients avec les soins qu'ils reçoivent durant leur parcours de lutte contre le cancer, y compris en fin de vie. Les bailleurs de fonds et les planificateurs du système de santé devraient veiller à ce que les ressources et mécanismes de soutien nécessaires à la prestation des soins de fin de vie, y compris la maîtrise de la douleur et les soins de soutien à domicile, soient disponibles pour les patients qui choisissent de mourir à la maison⁵².



Mesure du rendement du système de lutte contre le cancer au Québec

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a fait de la création d'indicateurs de rendement du système de lutte contre le cancer et de la production de rapports à cet égard un domaine d'intérêt stratégique clé pour ses travaux présents et futurs. Cette initiative s'inscrit dans le cadre d'efforts continus visant à instaurer une culture d'amélioration constante de la qualité au sein du Réseau de cancérologie du Québec. Le récent rapport du ministère, intitulé *Bulletin national de performance en cancérologie*, est le premier en son genre au Québec et se concentre sur les indicateurs relatifs au rendement du système de lutte contre le cancer entre 2014 et 2017⁵³. Le ministère poursuit ses travaux afin de préciser les indicateurs actuels et d'en ajouter de nouveaux dans les futurs bulletins au fil de l'évolution de son travail de mesure du rendement.

Délai écoulé avant l'obtention du diagnostic et du traitement au Québec : examen ciblé de trois indicateurs de la continuité des soins

Le Québec a connu une légère amélioration du pourcentage de centres d'échographie mammaire qui respectent les temps d'attente cibles.

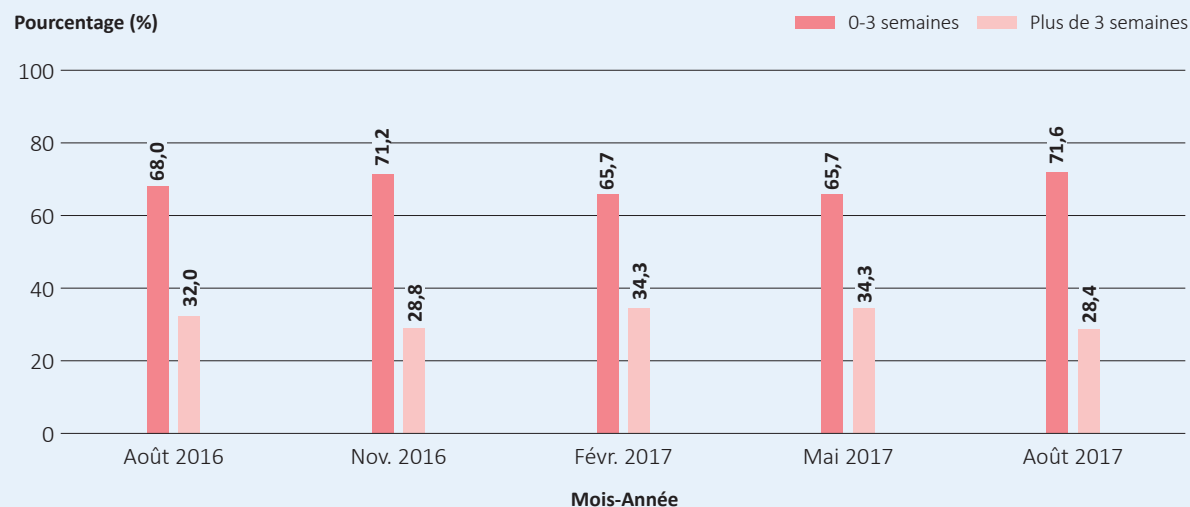
Les femmes qui reçoivent un résultat anormal de mammographie de dépistage sont souvent orientées pour une échographie mammaire, dans l'objectif de réaliser une investigation plus poussée. Lorsque la mammographie de dépistage révèle une anomalie, l'attente de l'examen de suivi peut être difficile et stressante pour les femmes et leur famille. Afin d'aider à réduire au minimum ce temps d'attente, **le ministère de la Santé a fixé un délai cible de trois semaines ou moins** entre la date où la personne appelle pour prendre un rendez-vous d'échographie mammaire et la date du rendez-vous lui-même.

Le pourcentage de centres d'échographie mammaire respectant les temps d'attente cibles établis par le Québec a augmenté de (figure 4.8) :

Août 2016 À Août 2017
68,0% À **71,6%**

FIGURE 4.8

Temps d'attente pour un rendez-vous de suivi par échographie mammaire, Québec – août 2016 à août 2017



Source des données : Gouvernement du Québec, Bulletin national de performance en cancérologie⁵³.

La plupart des chirurgies liées au cancer du sein et au cancer colorectal ont lieu dans les délais d'attente cibles; cependant, ces délais sont plus longs pour les chirurgies liées aux cancers du poumon et de la prostate.

Il est important que le traitement chirurgical soit effectué rapidement afin de prévenir la croissance et la propagation du cancer dans le corps, ainsi que de réduire le temps que les patients passent à attendre dans un état d'anxiété avant l'opération. **Le ministère de la Santé a défini des cibles selon lesquelles 90 % des chirurgies oncologiques doivent avoir lieu dans les 28 jours** suivant la date à laquelle le patient est reconnu médicalement prêt à recevoir sa chirurgie, **et 100 % dans les 56 jours**.

- En 2017, 63,1 % de tous les traitements chirurgicaux du cancer au Québec ont été effectués dans les 28 jours, et 89,7 % dans les 56 jours (figure 4.9).
- Les résultats obtenus pour le cancer du sein et le cancer colorectal étaient les plus proches des délais d'attente cibles, avec respectivement 95,9 % et 95,4 % des traitements chirurgicaux réalisés dans un délai de 56 jours (figure 4.9).

En 2016-2017

63,1 %
des chirurgies liées au cancer ont eu lieu dans les

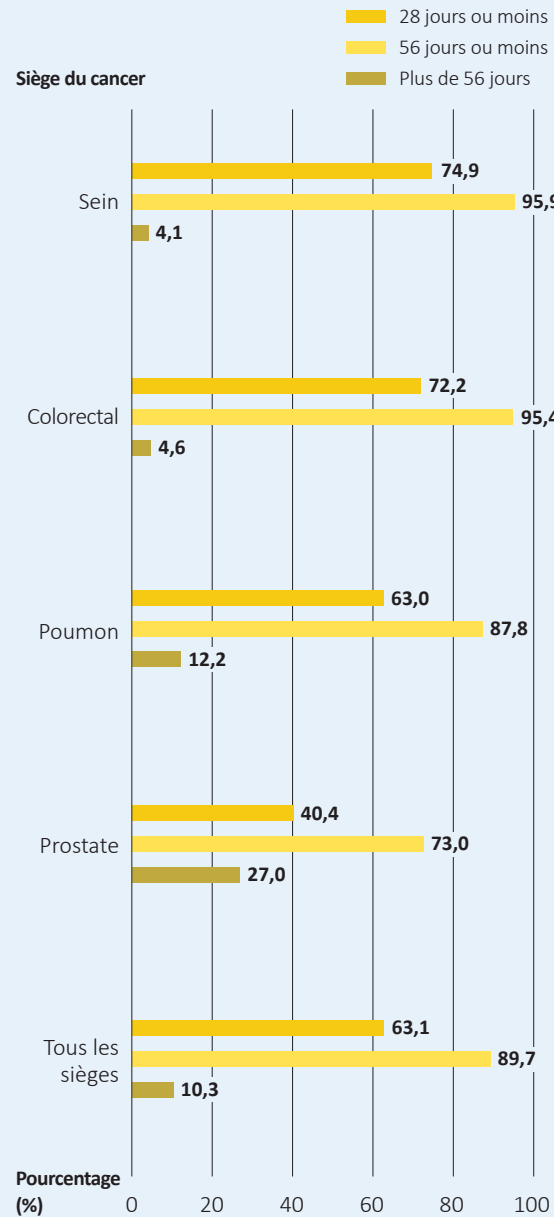


89,7 %
ont eu lieu dans les



FIGURE 4.9

Temps d'attente des chirurgies liées aux quatre sièges les plus courants de cancer, Québec



Source des données : Gouvernement du Québec, Bulletin national de performance en cancérologie⁵³.

Un peu moins de la moitié des laboratoires participants au Québec respectent les délais cibles de transmission des rapports d'anatomopathologie.

La réalisation en temps opportun des tests pathologiques et la production des rapports sur les résultats de l'analyse des spécimens ont des répercussions importantes sur la rapidité de mise en route du traitement du cancer. Dans le cadre du projet québécois OPTILAB, qui vise à améliorer l'efficacité des services de diagnostic au sein de la province, **le ministère de la Santé a fixé des objectifs selon lesquels 80 % des rapports d'anatomopathologie doivent être transmis dans les 12 jours ouvrables** suivant la réception d'un prélèvement chirurgical. En avril 2016 (la dernière période de déclaration), 20 des 46 laboratoires participants ont atteint cet objectif⁵³.

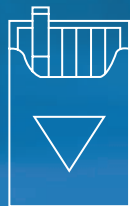


Durabilité

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

Un système de soins de santé durable est un système qui répond aux besoins de la population en matière de soins de santé, de la prévention des maladies aux soins de fin de vie, de manière à optimiser l'équilibre entre l'utilisation des ressources et l'excellence des résultats obtenus par le patient. La gestion judicieuse des ressources et l'adoption d'une approche équilibrée à l'égard des nouveaux investissements (y compris la prise en considération de la valeur relative des solutions de rechange) contribueront à garantir que les futures générations de Canadiens tirent parti de notre système universel de soins de santé.

FEUILLE DE ROUTE EN MATIÈRE DE DURABILITÉ



**RÉDUIRE LE
TABAGISME
COMMERCIAL**

à 5 % d'ici 2035 dans
l'ensemble du pays

5%



Atteindre des taux de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) de

90%

parmi les populations admissibles

Réduire le dépistage par mammographie réalisé à l'extérieur du groupe d'âge recommandé par les lignes directrices chez les Canadiennes exposées à un risque moyen de cancer

Augmenter le nombre de **mastectomies** pouvant être réalisées de manière sécuritaire en chirurgie d'un jour

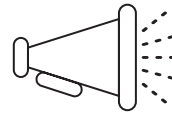
Réduire le nombre d'admissions dans une unité de soins intensifs vers la fin de vie

CONTEXTE

Le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer au Canada devrait augmenter de 40 % au cours des 15 prochaines années, ce qui mettra probablement lourdement à contribution les ressources en soins de santé du Canada³. Cette augmentation sera principalement due à la taille croissante de la population de personnes âgées. D'ici 2032, les Canadiens de 65 ans et plus devraient représenter près d'un quart de la population⁴. Si l'on en croit ces tendances, il est particulièrement important de continuer à travailler en vue d'optimiser l'équilibre entre l'utilisation des ressources et l'obtention de bons résultats par les patients.

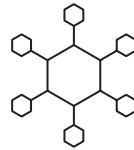
Le nombre de nouveaux cas de cancer devrait augmenter de 40 % au cours des 15 prochaines années.

Cinq éléments clés peuvent appuyer la prestation de soins de santé durables et y contribuer au Canada⁵⁴ :



1

des stratégies et des politiques efficaces en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé



2

des structures, des processus et des méthodes efficaces, axés sur l'optimisation de l'utilisation des ressources



3

des modèles de financement qui favorisent le comportement souhaité chez les personnes qui planifient et fournissent des soins de santé



4

le recours à des technologies innovantes pour rehausser l'efficacité et l'efficience de la prestation de services de santé



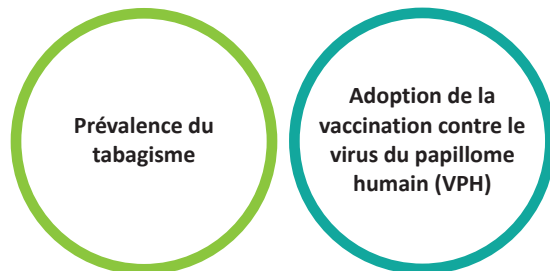
5

l'application de pratiques exemplaires dans la gestion des ressources humaines

INDICATEURS

Dans ce chapitre, nous allons étudier les indicateurs suivants en lien avec la durabilité des soins en oncologie :

Prévention



Soins avec ou sans valeur ajoutée



- Cancer du sein
- Cancer du poumon
- Cancer du col de l'utérus
- Divers cancers

SITUATION ACTUELLE

Prévention

Le tabagisme commercial a diminué au Canada ces dernières années, mais la prévalence varie toujours largement selon les provinces et les territoires.

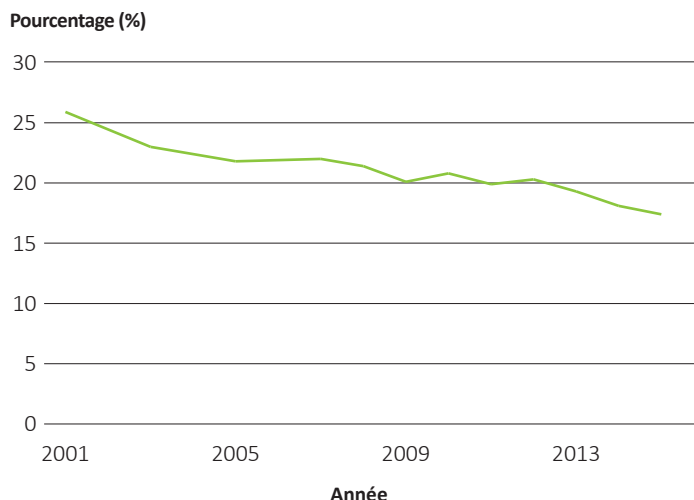
Le tabagisme est la cause de maladie et de décès prématuré la plus évitable au Canada, et le gouvernement fédéral a établi une cible de réduction du tabagisme chez les Canadiens à 5 % de la population d'ici 2035³. Le tabagisme est à l'origine de jusqu'à 30 % de tous les décès dus au cancer et de jusqu'à 85 % des nouveaux cas de cancer du poumon^{1,2}.

- Au Canada, le tabagisme quotidien et occasionnel a baissé de 26,0 % en 2001 à 17,4 % en 2015-2016 (figure 5.1)ⁿ.
- La prévalence du tabagisme varie considérablement à l'échelle du pays, allant de 14,1 % en Colombie-Britannique à 62,1 % au Nunavut en 2015-2016 (figure 5.2). La prévalence du tabagisme est la plus élevée chez les personnes vivant dans les trois territoires canadiens.

ⁿ On observe cette tendance dans l'ensemble des provinces et des territoires.

FIGURE 5.1

Pourcentage de Canadiens qui ont déclaré fumer tous les jours ou à l'occasion, Canada – années de déclaration 2001 à 2016



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

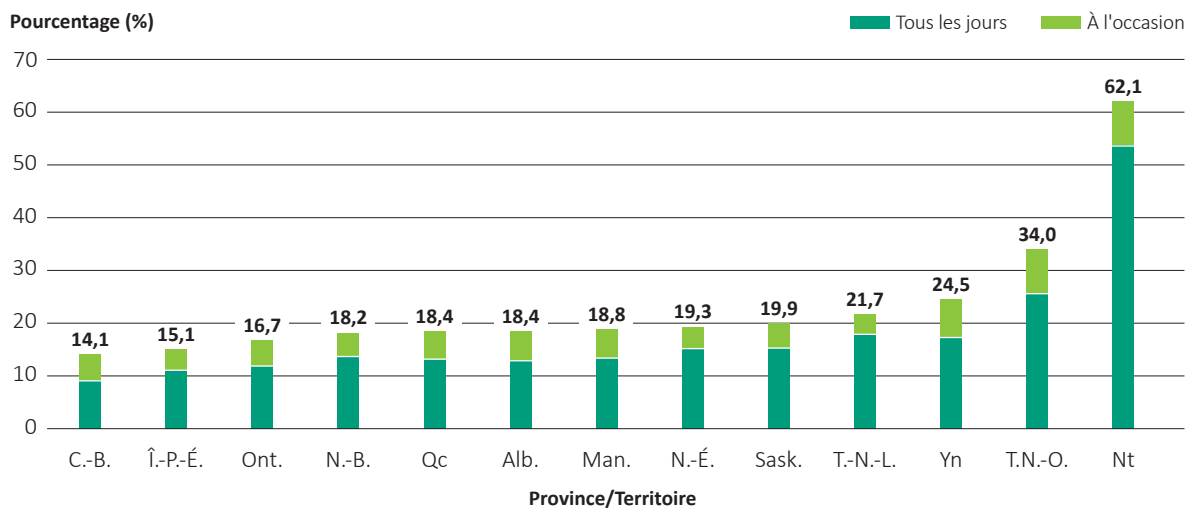
Le tabagisme est responsable de

jusqu'à **85 %** des nouveaux cas de cancer du poumon

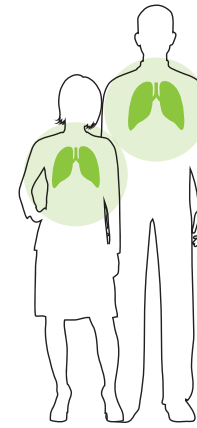
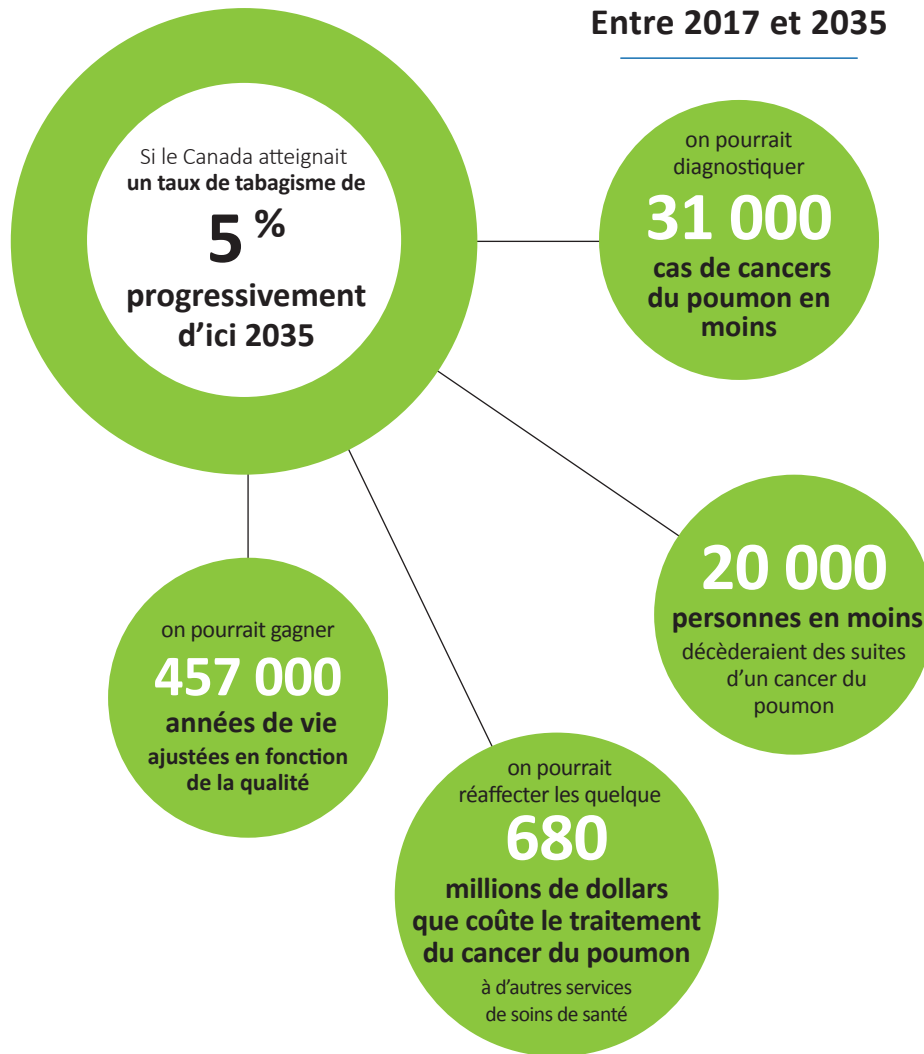
jusqu'à **30 %** de tous les décès dus au cancer

FIGURE 5.2

Pourcentage de Canadiens qui ont déclaré fumer tous les jours ou à l'occasion, par province ou territoire – années de déclaration 2015-2016



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



Ces avantages ne tiennent pas compte d'autres maladies et décès liés au tabagisme qui pourraient être évités si le Canada atteint un taux de prévalence du tabagisme de 5 % d'ici 2035.

Où devrions-nous nous situer?

Pour atteindre le taux cible de prévalence du tabagisme de 5 % fixé par Santé Canada d'ici 2035, il faut poursuivre toute une série de politiques éprouvées et d'autres mécanismes en vue de réduire le tabagisme.

Qu'est-ce que cela signifie pour les personnes vivant au Canada?

Le tabagisme cause jusqu'à 85 % des nouveaux cas de cancer du poumon et augmente le risque qu'une personne contracte un certain nombre d'autres cancers, y compris un cancer de la bouche et de la gorge, un cancer de la vessie, un cancer du col de l'utérus, un cancer colorectal et plusieurs autres types de cancer^{1,2}. Même s'il est bien connu que les décès dus au cancer peuvent être nettement réduits en incitant les gens à arrêter de fumer², moins de gens sont conscients du fait que s'ils continuent à fumer après un diagnostic de cancer, le traitement risque de ne pas être aussi efficace et le risque de récurrence du cancer est susceptible d'augmenter⁵⁵⁻⁶⁰.

De quelle façon pouvons-nous favoriser des changements positifs?

Les gouvernements doivent continuer à investir dans des programmes et des politiques de prévention et d'abandon dans le but de réduire le tabagisme commercial. Les professionnels des soins en oncologie doivent poser des questions à tous les patients concernant le tabagisme, discuter avec les fumeurs des risques du tabagisme pendant et après le traitement du cancer, et les orienter vers un programme d'abandon du tabagisme. Le Partenariat a regroupé plusieurs ressources d'abandon du tabagisme à l'intention des organismes de lutte contre le cancer et des gouvernements : http://www.cancerview.ca/fr/prevention_et_depistage/tabac/

Les taux de vaccination contre le virus du papillome humain varient largement selon les provinces et les territoires.

Les types de virus du papillome humain (VPH) à haut risque, comme les types 16 et 18, causent environ 70 % de tous les cas de cancer du col de l'utérus, ainsi que d'autres cancers, dont le cancer de l'anus, le cancer du pénis, ainsi que les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx⁶¹⁻⁶³. L'Agence de la santé publique du Canada recommande de vacciner les garçons et les filles âgés de 9 à 26 ans (voir le Guide canadien d'immunisation pour obtenir plus de détails)⁶⁴. Les efforts suivis d'augmentation de la couverture vaccinale contre le VPH chez les hommes et les femmes joueront un rôle essentiel dans la réduction du fardeau futur du cancer du col de l'utérus et d'autres cancers.

Les taux de vaccination contre le VPH variaient considérablement à l'échelle du pays, allant de 55,0 % dans les Territoires du Nord-Ouest à 92,0 % à Terre-Neuve-et-Labrador (figure 5.3).

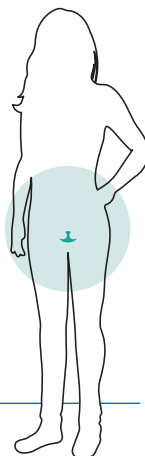
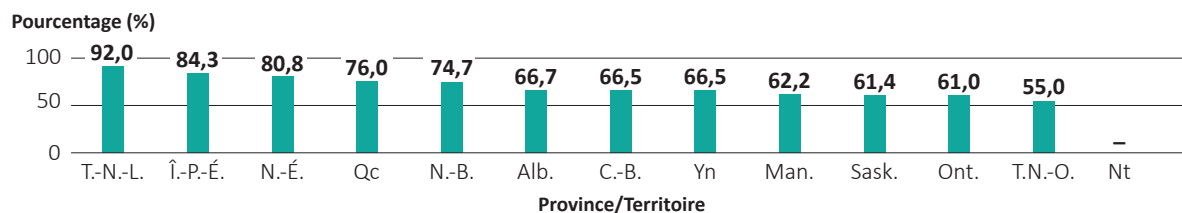


FIGURE 5.3

Pourcentage de filles ayant reçu un schéma complet¹ de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) dans le cadre de programmes scolaires d'immunisation, par province – année de déclaration la plus récente²



¹ Au cours de l'année scolaire 2015-2016, le schéma complet de vaccination dans les programmes scolaires d'immunisation contre le VPH comportait 3 doses en Alberta, en Saskatchewan, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut, et 2 doses dans le reste des provinces et des territoires. ² 2015-2016 : Manitoba, Ontario, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Territoires du Nord-Ouest; 2016 : Saskatchewan; 2016-2017 : Colombie-Britannique, Alberta, Québec, Nouveau-Brunswick, Yukon. « - » Données non disponibles. Source des données : programmes d'immunisation provinciaux et territoriaux.

Où devrions-nous nous situer?

Tous les garçons et toutes les filles dans les groupes d'âge cibles doivent recevoir le schéma de vaccination contre le VPH recommandé.

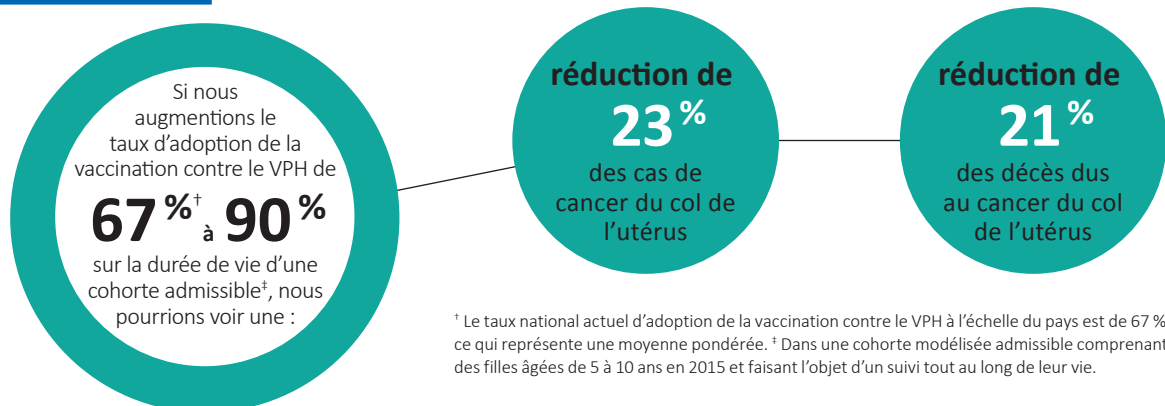
Qu'est-ce que cela signifie pour les personnes vivant au Canada?

Le vaccin contre le VPH offre une protection contre les souches du virus à risque élevé, qui sont responsables de plus de 70 % des cas de cancer du col de l'utérus, de 92 % des cas de cancer de l'anus, de 63 % des cas de cancer du pénis et de 89 % des cas de cancer de la cavité buccale et de l'oropharynx⁶¹⁻⁶³.

De quelle façon pouvons-nous favoriser des changements positifs?

Deux changements au Canada sont en lien avec les programmes scolaires d'immunisation contre le VPH – la vaccination des hommes et le passage à un schéma de vaccination à deux doses⁶⁵. Ces changements pourraient aider à réduire davantage le nombre d'infections causées par le VPH et le risque ultérieur de cancer du col de l'utérus, de cancer de l'oropharynx, de cancer du pénis et de cancer de l'anus.

SITUATION FUTURE



Soins à valeur ajoutée

La proportion de mammographies de dépistage réalisées chez des femmes en dehors de la tranche d'âge cible de 50 à 74 ans varie largement selon la province ou le territoire.

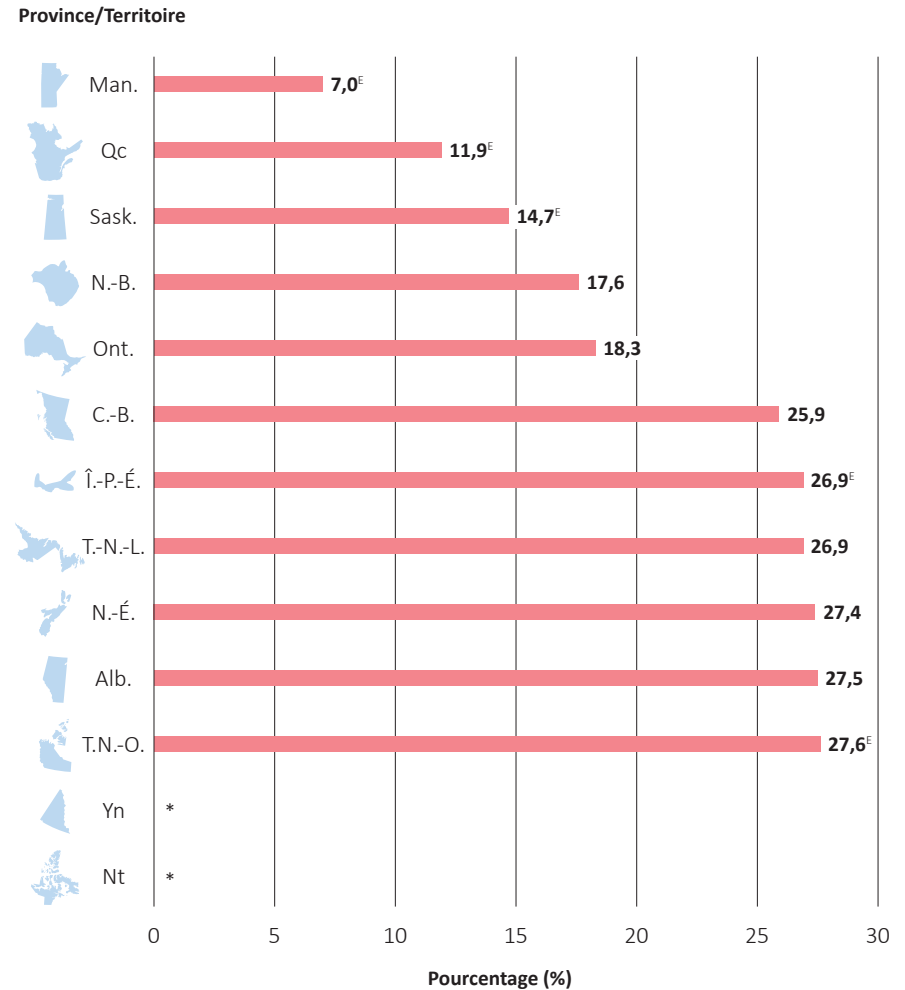
Choisir avec soin et le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommandent de ne pas effectuer de mammographie de dépistage systématique chez les femmes âgées de 40 à 49 ans^{66,67}. Les mammographies de dépistage chez les femmes d'une quarantaine d'années peuvent être appropriées dans certains cas (notamment chez les femmes présentant un risque élevé de cancer du sein), mais les avantages du dépistage – la réduction du nombre de cas de cancer et de décès – sont inférieurs pour ce groupe d'âge par rapport à celui des femmes plus âgées, et le risque d'obtention de résultats faux positifs est supérieur^{66,68}.

- De 2008 à 2012, entre 7,0 % (Manitoba) et 27,6 % (Territoires du Nord-Ouest) des mammographies de dépistage réalisées ont été effectuées chez des femmes de 40 à 49 ans (figure 5.4).
- La répartition des mammographies de dépistage déclarées par les personnes intéressées, qui ont été effectuées en dehors de la tranche d'âge cible de 50 à 74 ans, a diminué de 36,4 % en 2008 à 26,3 % en 2014 (pour toutes les provinces et tous les territoires combinés ayant soumis des données) (figure 5.5)^o.

^o Les provinces et les territoires au sein desquels on observe cette tendance comprennent la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Alberta et les Territoires du Nord-Ouest, ce qui représente 17 % de la population canadienne.

FIGURE 5.4

Dépistage non conforme aux lignes directrices : Pourcentage de toutes les mammographies de dépistage[†] effectuées au cours de la dernière année qui ont été déclarées par des femmes âgées de 40 à 49 ans, par province ou territoire[‡] – années de déclaration 2008 à 2012 combinées

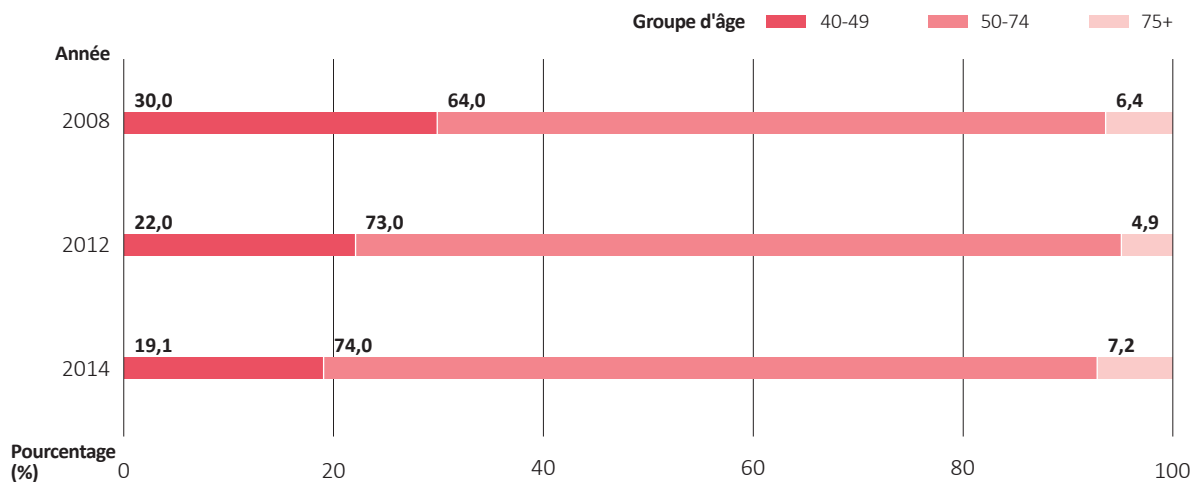


[†] Une femme est considérée comme ayant subi une mammographie de dépistage si la raison de l'examen est l'une des suivantes : antécédents familiaux de cancer du sein, vérification régulière/dépistage systématique, âge ou hormonothérapie substitutive en cours. [‡] Toutes les provinces et tous les territoires ont fourni des données en 2008 et en 2012. Le module de mammographie était optionnel pendant la période de 2009 à 2011; les provinces et les territoires suivants ont fourni des données en 2009 : Alberta, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador et Territoires du Nord-Ouest; 2010 : Alberta, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador et Territoires du Nord-Ouest; 2011 : Alberta, Ontario, Terre-Neuve-et-Labrador et Nunavut.

^É À interpréter avec prudence en raison de la grande variabilité des estimations. * Suppression en raison des chiffres peu élevés. Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

FIGURE 5.5

Proportion de mammographies¹ de dépistage réalisées chez des femmes dont l'âge se situe à l'intérieur et à l'extérieur du groupe d'âge cible au cours de la dernière année d'après leurs déclarations, provinces et territoires combinés² – années de déclaration 2008, 2012 et 2014



¹ Une femme est considérée comme ayant subi une mammographie de dépistage si la raison de l'examen est l'une des suivantes : antécédents familiaux de cancer du sein, vérification régulière/dépistage systématique, âge ou hormonothérapie substitutive en cours. ² Les données concernent la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Alberta et les Territoires du Nord-Ouest. La somme des pourcentages pourrait ne pas égaler 100 % en raison de la méthode d'arrondissement utilisée. Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

SITUATION FUTURE

Les conclusions indiquent que le dépistage réalisé chez des femmes âgées de 40 à 49 ans représente plus de 450 000 mammographies par année, sur un total annuel de 2,6 millions de mammographies (d'après les données de 2012 pour l'ensemble des provinces et des territoires).

Si l'on pouvait réduire le nombre de mammographies de dépistage réalisées chez des femmes âgées de 40 à 49 ans de 15 % par année (67 000 mammographies de moins) :

7 500
femmes

pourraient éviter l'anxiété et les tests supplémentaires engendrés par l'obtention de résultats faux positifs

6,6
millions de dollars

pourraient être réaffectés à d'autres services de soins de santé



Où devrions-nous nous situer?

Les femmes devraient recevoir la bonne information afin de prendre des décisions éclairées quant aux risques et aux avantages du dépistage lorsque celui-ci n'est pas conforme aux lignes directrices recommandées. Les provinces et les territoires devraient mettre en œuvre des politiques destinées à concentrer l'activité de dépistage de la population (pour les femmes à risque moyen) dans le groupe d'âge de 50 à 74 ans, et à la fréquence recommandée.

Qu'est-ce que cela signifie pour les personnes vivant au Canada?

Bien que le dépistage en dehors des groupes cibles recommandés puisse être approprié dans certains cas, les résultats indiquent que certaines femmes subissent une mammographie alors que cela n'est pas nécessaire. Ces femmes peuvent être inutilement exposées à de l'anxiété et à du stress causés par l'obtention de résultats faux positifs à des tests, voire subir les effets nocifs des tests de suivi⁶⁶.

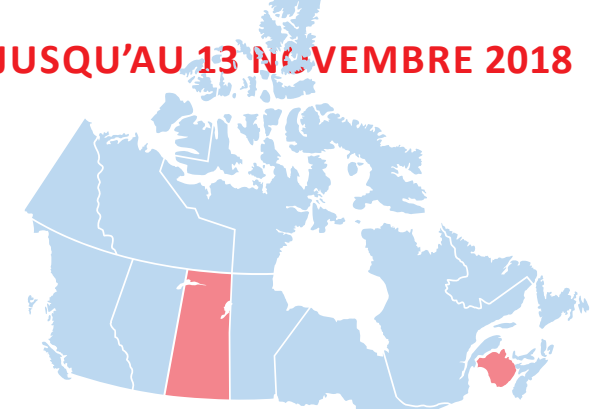
De quelle façon pouvons-nous favoriser des changements positifs?

Les cliniciens devraient avoir des conversations ouvertes avec leurs patientes concernant les risques et les avantages d'une mammographie de dépistage non conforme aux lignes directrices afin de leur permettre de prendre des décisions éclairées quant à la question de savoir si un dépistage est approprié ou non dans leur cas⁶⁹. Les recommandations de Choisir avec soin concernant la mammographie de dépistage peuvent fournir un point de départ aux cliniciens afin qu'ils puissent amorcer ces discussions avec leurs patientes.

La proportion de mastectomies effectuées en chirurgie d'un jour a nettement augmenté, mais elle varie encore largement selon les provinces et les territoires.

La mastectomie est l'un des traitements standard pour les femmes atteintes d'un cancer du sein de stade précoce, et elle peut généralement être effectuée en toute sécurité en chirurgie d'un jour lorsque les bons services de soutien sont offerts^{70,71}. Les études montrent que les femmes qui subissent une mastectomie en chirurgie d'un jour se rétablissent vraisemblablement mieux d'un point de vue physique et psychologique par la suite et tirent une meilleure satisfaction de leurs soins⁷²⁻⁷⁵. Le remplacement de l'hospitalisation par la chirurgie d'un jour pour les femmes qui subissent une mastectomie entraînerait une réduction des coûts pour le système de santé et libérerait des lits d'hôpitaux pour d'autres patients.

- Le pourcentage de mastectomies réalisées en chirurgie d'un jour a augmenté de 20,6 % en 2008 à 34,0 % en 2015 pour toutes les provinces déclarantes (figure 5.6)^p.
- Les taux variaient considérablement à l'échelle du pays, allant de 1,7 % en Saskatchewan à 65,5 % au Nouveau-Brunswick (figure 5.7).



Les taux variaient largement selon la province ou le territoire, allant de :

1,7% en Sask. → À → 65,5% au N.-B.

FIGURE 5.6

Pourcentage de mastectomies dues au cancer du sein effectuées en chirurgie d'un jour, provinces combinées[†] – exercices financiers 2008-2009 à 2015-2016

[†] Les données concernent la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador. Sources des données : Alberta Health and Wellness, Alberta Ambulatory Care Reporting System; Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière, Système national d'information sur les soins ambulatoires.

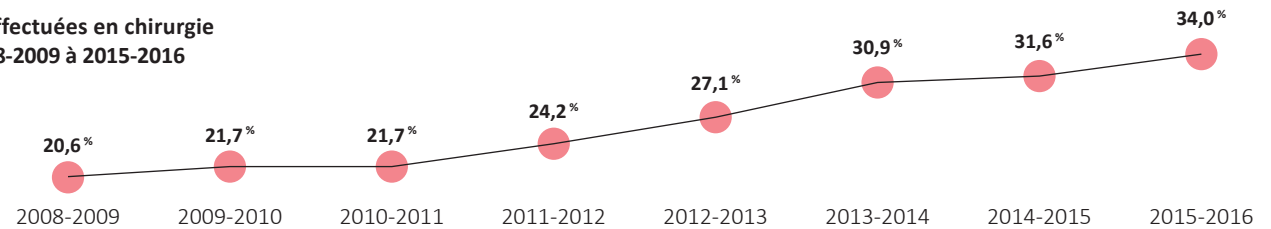
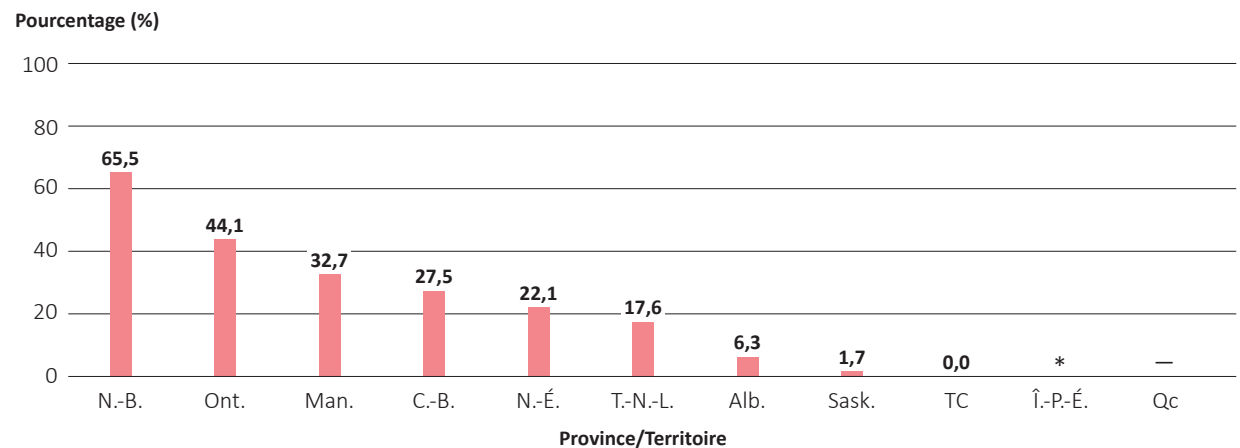


FIGURE 5.7

Pourcentage de mastectomies effectuées en chirurgie d'un jour, par province ou territoire – exercices financiers 2014-2015 et 2015-2016 combinés

^{*} Données supprimées en raison des chiffres peu élevés.
« – » Données non disponibles. Saskatchewan, territoires : comprend les données pour 2014. TC : territoires combinés. Sources des données : Alberta Health and Wellness, Alberta Ambulatory Care Reporting System; Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur la morbidité hospitalière, Système national d'information sur les soins ambulatoires.

^p Les provinces au sein desquelles on observe cette tendance comprennent la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador, ce qui représente 73 % de la population canadienne.



Où devrions-nous nous situer?

Peu importe où elles vivent, les femmes atteintes d'un cancer du sein devraient pouvoir subir une mastectomie dans le cadre d'une chirurgie d'un jour, afin de pouvoir se rétablir à la maison et d'éviter de devoir passer la nuit à l'hôpital.

Qu'est-ce que cela signifie pour les patientes atteintes de cancer?

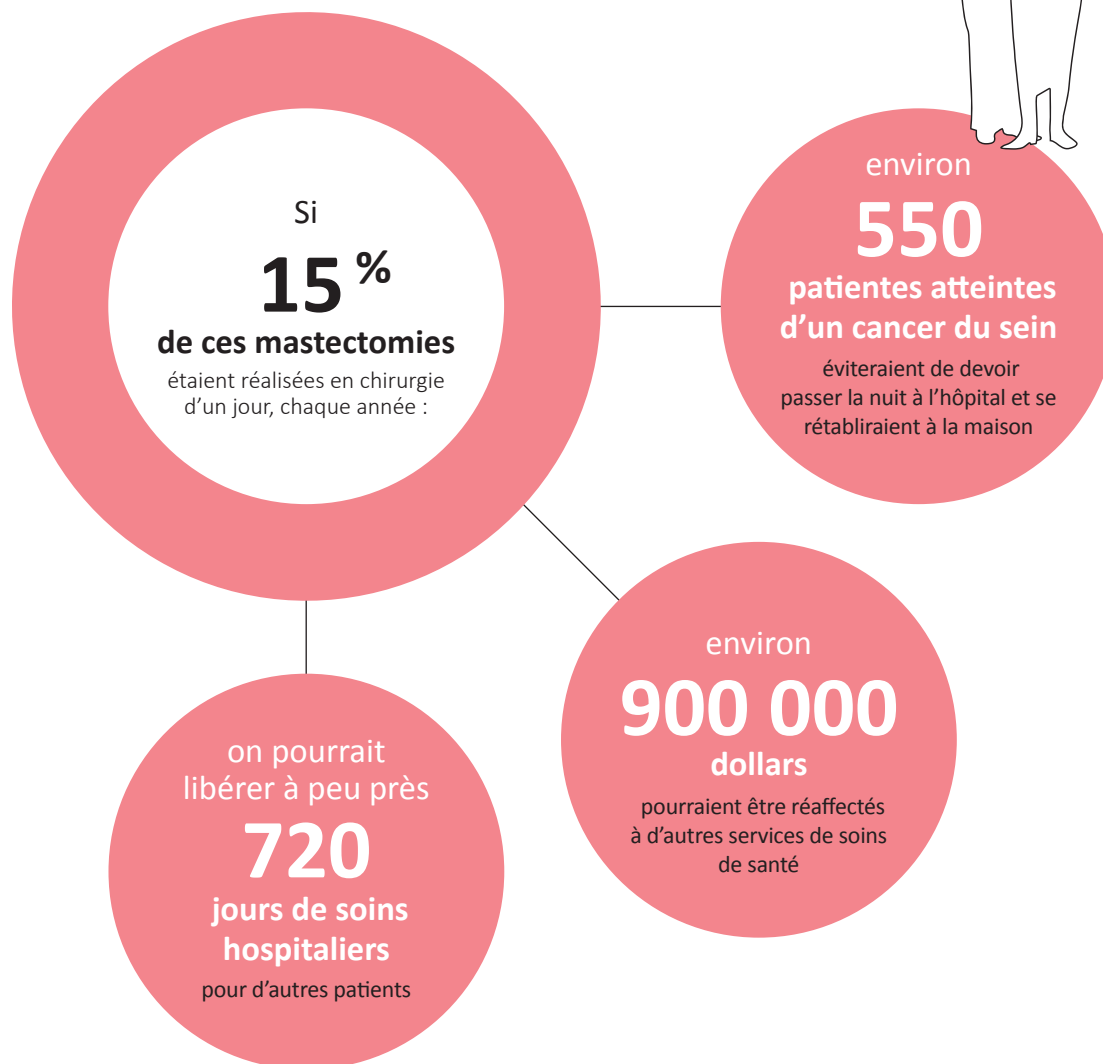
L'état psychologique des patientes subissant une mastectomie dans le cadre d'une chirurgie d'un jour sera probablement meilleur après la chirurgie, et celles-ci seront plus satisfaites de leurs soins⁷²⁻⁷⁵.

De quelle façon pouvons-nous favoriser des changements positifs?

Les administrateurs du système de santé doivent s'assurer que des soins en milieu extrahospitalier, des soins communautaires et des soins à domicile adaptés sont en place pour apporter un soutien au rétablissement des femmes ayant subi une mastectomie en chirurgie d'un jour après l'intervention.

SITUATION FUTURE

Plus de 10 000 mastectomies ont été réalisées en 2014-2015 et en 2015-2016; 68 % d'entre elles ont été réalisées dans le cadre d'une hospitalisation, ce qui représente environ 7 300 interventions chirurgicales.



La proportion de patients atteints de cancer qui ont été admis dans une unité de soins intensifs au cours des 14 derniers jours de vie a peu changé au fil des années.

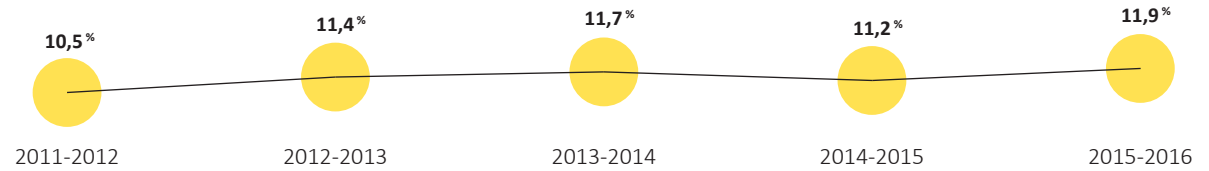
Les personnes qui se meurent d'un cancer méritent de recevoir des soins qui soulagent leurs symptômes physiques et répondent à leurs besoins émotionnels et psychosociaux dans un cadre propice à l'accompagnement et confortable, où les perturbations sont réduites au minimum. Bien que certains patients atteints de cancer nécessitent des traitements de survie offerts dans une unité de soins intensifs (USI), cette dernière ne constitue pas un cadre idéal pour la prestation de soins de fin de vie de qualité, qui devraient inclure les soins palliatifs et la prise en charge des symptômes⁷⁶.

- Le recours aux USI au cours des 14 derniers jours de vie a peu changé de 2011 à 2015 au Canada (figure 5.8)^a.
- Le pourcentage de patients atteints de cancer admis dans une USI au cours des 14 derniers jours de leur vie allait de 6,4 % en Nouvelle-Écosse à 17,9 % dans l'ensemble des territoires combinés (figure 5.9).

^a Cette tendance s'observe dans l'ensemble des provinces et des territoires à l'exception du Québec, ce qui représente 77,1 % de la population canadienne.

FIGURE 5.8

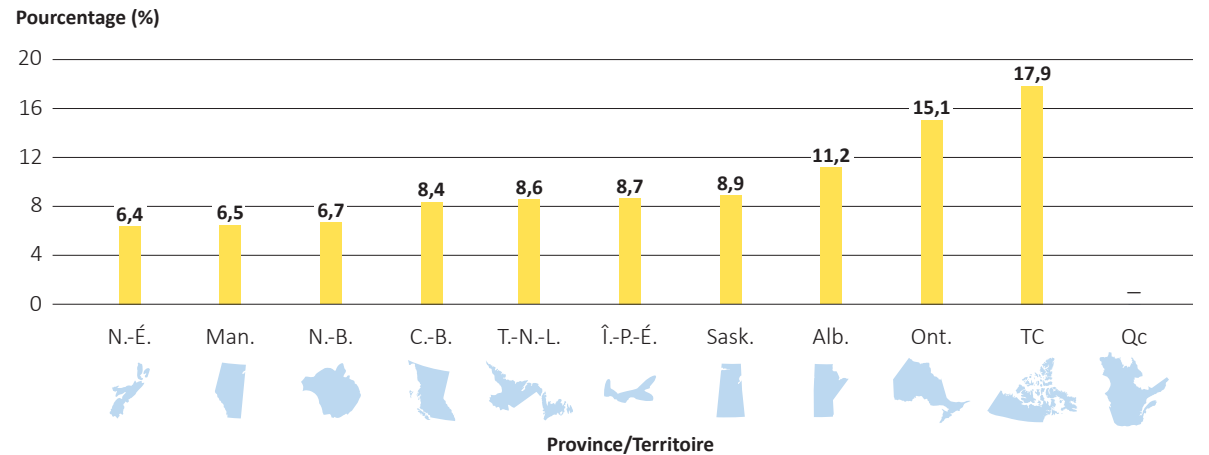
Pourcentage de patients décédés dans un hôpital de soins de courte durée et admis en unité de soins intensifs dans les 14 derniers jours de leur vie, Canada – exercices financiers 2011-2012 à 2015-2016



Les données concernent l'ensemble des provinces et des territoires, sauf le Québec. Les données ne concernent que les établissements ayant déclaré des données sur les unités de soins intensifs. Source des données : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients.

FIGURE 5.9

Pourcentage de patients décédés dans un hôpital de soins de courte durée et admis en unité de soins intensifs dans les 14 derniers jours de leur vie, par province – exercices financiers 2014-2015 et 2015-2016 combinés



« — » Données non disponibles. TC : territoires combinés. Les données ne concernent que les établissements ayant déclaré des données sur les unités de soins intensifs. Les données sont fondées sur le lieu de résidence des patients. Source des données : Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients.

Où devrions-nous nous situer?

Seuls les patients nécessitant des soins de survie devraient se trouver dans une USI; les patients qui approchent de la fin de vie devraient recevoir des soins de soutien dans un cadre de soins palliatifs approprié offrant une prise en charge complète des symptômes, de même qu'un accompagnement de la personne et de sa famille.

Qu'est-ce que cela signifie pour les patients atteints de cancer?

De nombreuses admissions en USI à la fin de la vie présentent peu d'avantages pour la santé des patients, voire aucun, et peuvent même s'avérer nuisibles dans certains cas⁷⁷. Les patients qui reçoivent des soins palliatifs et tirent parti d'une planification préalable des soins sont moins susceptibles d'être admis à l'USI, ce qui est associé à une expérience plus positive pour les patients approchant de la fin de leur vie⁷⁸⁻⁸⁰.

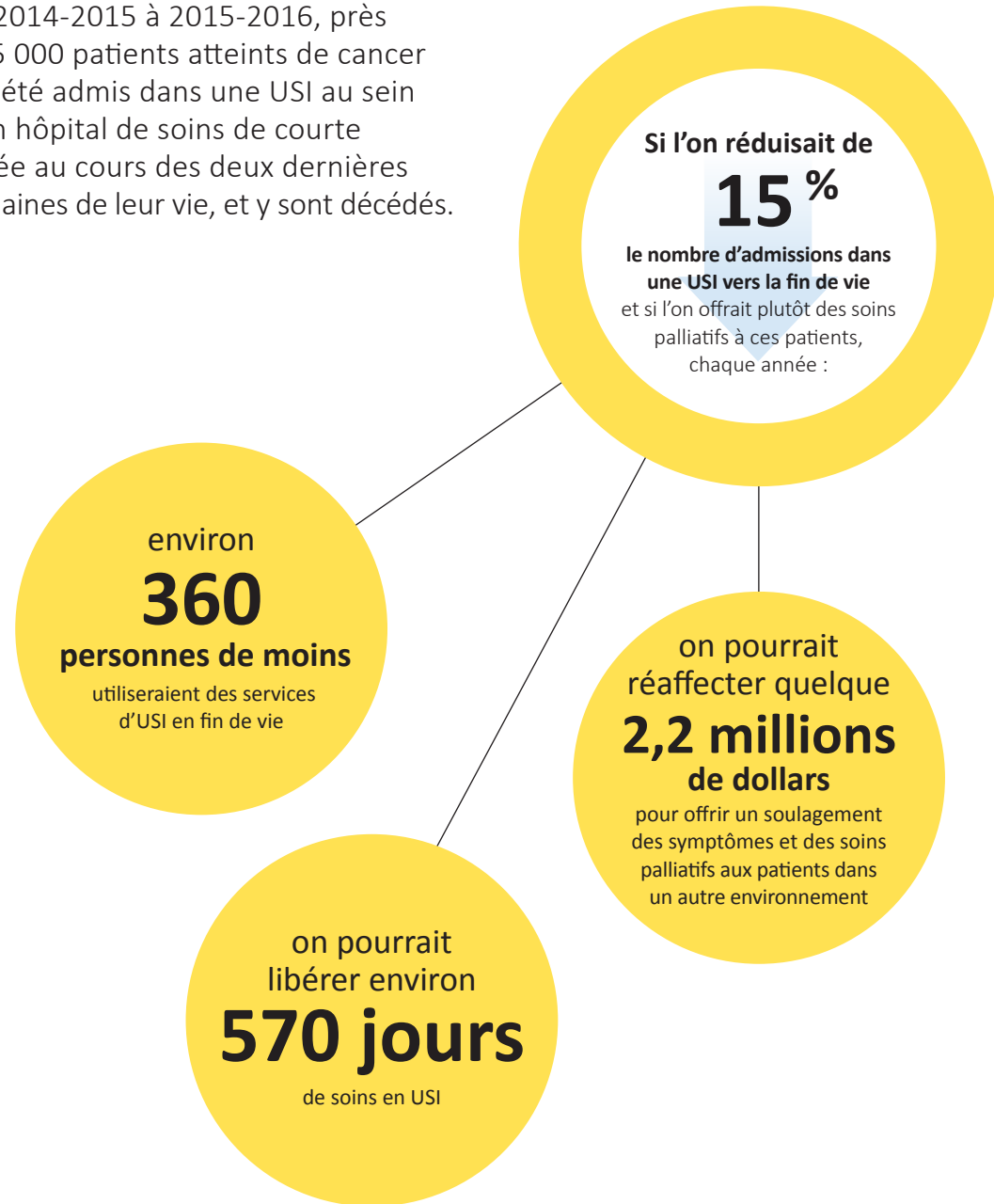
De quelle façon pouvons-nous favoriser des changements positifs?

Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient veiller à ce que des services communautaires pluridisciplinaires de soins palliatifs adéquats soient offerts à domicile, dans des centres de soins palliatifs et dans des établissements de soins de longue durée. Le Partenariat et la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) collaborent dans le cadre d'une initiative visant à aider les autorités sanitaires et les organisations provinciales à former les ambulanciers à la prestation de soins palliatifs et de fin de vie à domicile. Cette initiative permettra à davantage de Canadiens de recevoir ce type de soins à domicile et d'éviter des déplacements inutiles à l'hôpital.

13 NOVEMBRE 2018

SITUATION FUTURE

De 2014-2015 à 2015-2016, près de 5 000 patients atteints de cancer ont été admis dans une USI au sein d'un hôpital de soins de courte durée au cours des deux dernières semaines de leur vie, et y sont décédés.



Optimisation de l'impact des données

Des progrès majeurs ont été réalisés quant à l'amélioration et à l'élargissement de l'utilisation des données du système de soins liés au cancer. Il est capital que nous disposions de données d'excellente qualité – de la part de l'ensemble des provinces et des territoires – pour assurer le suivi de l'amélioration des soins et de la réalisation des objectifs futurs pour la santé des Canadiens. Cependant, il reste des domaines dont nous devons élargir le champ d'application et pour lesquels nous devons améliorer la disponibilité des données relatives à la santé de la population et au système de soins liés au cancer. Voici certaines des difficultés concernant les données :

- les données sont conservées dans des ensembles de données séparés et sans lien
- on manque de données comparables entre les provinces et les territoires
- on manque de données sur des aspects clés des soins en oncologie ou ces données sont incomplètes
- on possède peu ou pas de données concernant les populations mal desservies, y compris les populations autochtones, ainsi que leurs expériences
- l'accès aux ensembles de données clés pour la surveillance et l'amélioration de la qualité est limité

Le Partenariat s'engage à collaborer avec des partenaires de tout le pays dans le cadre de la stratégie pancanadienne d'optimisation de l'impact des données. Cette collaboration viendrait renforcer la prochaine Stratégie canadienne de lutte contre le cancer actualisée et fournirait la plateforme de mesure et d'évaluation pour ses objectifs et ses priorités.

Couplage des données du Registre canadien du cancer

L'Environnement de couplage de données sociales (ECDS) de Statistique Canada est un environnement hautement sécurisé qui favorise l'utilisation innovante de bases de données administratives et de sondages par l'entremise du couplage de données au niveau des dossiers. Le Partenariat a collaboré avec Statistique Canada pour coupler le Registre canadien du cancer et des ensembles de données clés contenant des renseignements socioéconomiques et sociodémographiques, ce qui permettra aux chercheurs d'étudier le lien entre les déterminants sociaux de la santé, les résultats de la lutte contre le cancer et les modèles de traitement.

L'Initiative sur le rendement du système utilisera les ensembles de données couplés de l'ECDS pour explorer, dans le cadre de produits de connaissance à venir, le degré d'incidence du revenu, de l'éducation, du statut d'immigration et de l'ethnicité sur les disparités dans le diagnostic du cancer, dans les modèles de traitement ainsi que dans les résultats que connaît le Canada.

Les appels à l'action de la stratégie d'optimisation de l'impact des données :

1

Augmentation de l'exhaustivité et de la comparabilité des données

- Les **gardiens de données** et les **organismes de normalisation** doivent mettre en œuvre des processus afin d'assurer la comparabilité et l'uniformité des données sur le système de santé.
- Les **administrateurs du système de santé** devraient s'assurer que les données recueillies sont complètes et reflètent la situation des provinces et des territoires, qu'elles sont conformes aux normes et, le cas échéant, qu'elles sont soumises aux ensembles de données nationaux pour faciliter les comparaisons entre les provinces et les territoires.

2

Ajout de nouveaux éléments de données aux ensembles de données existants et collecte de nouvelles données

Les **administrateurs du système de santé** devraient élargir le champ d'application des données recueillies dans les registres ou liées à ceux-ci afin d'y inclure les renseignements suivants :

- renseignements sur toutes les interventions clés en matière de lutte contre le cancer, y compris la radiothérapie et la chimiothérapie;
- renseignements sur des domaines de la lutte contre le cancer insuffisamment mesurés, y compris les soins communautaires et primaires, les expériences et les résultats déclarés par les patients, ainsi que la survie au cancer.

3

Couplage avec des ensembles de données ne portant pas sur le cancer

Les **organismes provinciaux de lutte contre le cancer**, les **gouvernements provinciaux et territoriaux** ainsi que les **gardiens nationaux de données sur la santé** devraient collaborer en vue de relier les registres du cancer à d'autres ensembles de données qui nous aident à mieux comprendre les populations atteintes de cancer et leurs besoins – surtout les données sociodémographiques clés – afin de tirer parti du plein potentiel des données disponibles.

4

Augmentation de la collecte de données sur les peuples autochtones

Les **gouvernements provinciaux et territoriaux** ainsi que les **partenaires nationaux de données sur la santé** devraient respecter les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession adoptés par les Premières Nations ainsi que les lignes directrices concernant les processus de recherche et de collecte de données dans les collectivités des Inuits et des Métis lorsqu'ils envisagent la collecte de données sur les Autochtones. Une mobilisation appropriée des collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis, en accord avec les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation, est requise pour élaborer conjointement des méthodes adaptées à la culture qui permettent de repérer les membres des peuples autochtones dans les systèmes de données sur la santé, afin de mieux comprendre leur expérience et leurs résultats en matière de cancer et de les améliorer.

5

Réduction des obstacles et augmentation de l'accessibilité

- Les **gardiens de données** devraient apporter des changements au chapitre des protocoles d'accès aux données qui améliorent l'équilibre entre les aspects relatifs à la confidentialité et la nécessité d'ouvrir l'accès aux données afin que les personnes et les organismes qualifiés ayant des questions légitimes puissent les utiliser.
- Les **responsables des données sur la santé au Canada** devraient faciliter l'élaboration et la promotion d'outils et de processus en amont qui simplifient l'analyse et l'interprétation des données.

Au fil du temps, ces changements auront les répercussions suivantes :

Les chercheurs, les décideurs, les praticiens et d'autres décideurs du système de santé auront accès à des données complètes, valables et fiables sur tous les aspects importants de la lutte contre le cancer qui guident la pratique, les politiques et la planification. Au fil du temps, cela favorisera et renforcera une culture de la mesure, une utilisation systématique des données dans la prise de décisions et une amélioration continue du rendement.

Avancées futures

Les indicateurs de rendement du système mesurés dans le présent rapport aident à décrire *la qualité, l'équité, la priorisation de la personne et la durabilité* des systèmes de lutte contre le cancer au Canada.

En examinant les domaines où des progrès ont été réalisés, la manière dont les pratiques varient à l'échelle des provinces et des territoires ainsi que les domaines dans lesquels nous pouvons améliorer les systèmes de lutte contre le cancer, nous sommes plus à même de décider des points sur lesquels nous devons concentrer notre mesure du rendement à l'avenir et de trouver de nouvelles possibilités de diffuser des pratiques prometteuses.

L'amélioration continue de la qualité dans le système de lutte contre le cancer requiert le recueil et l'analyse de données d'excellente qualité. Avec l'actualisation de la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer* qui est en cours, c'est le moment idéal pour revisiter la nature des données que nous recueillons sur le rendement et la manière dont nous les utilisons. Les données sont essentielles à la prise de décisions, à l'alignement de nos mesures sur les priorités des provinces et des territoires ainsi qu'à l'élaboration de l'information dont nous avons besoin pour créer des changements positifs dans l'ensemble du système de soins liés au cancer. Le Partenariat entreprend actuellement plusieurs activités, en collaboration avec des organismes de tout le pays, pour veiller à ce que des données exhaustives et de grande qualité sur le cancer soient disponibles. Ces activités comprennent :

- L'actualisation de la mesure du rendement du système et de la production de rapports à cet égard en passant en revue et en définissant les sujets et les indicateurs clés que nous devons déclarer, ainsi que les nouvelles sources de données, les stratégies de collecte de données, de même que les possibilités d'améliorer la déclaration. Notre objectif est de soutenir l'amélioration de la qualité

avec des données plus nombreuses et de meilleure qualité.

- Le travail avec des partenaires provinciaux, territoriaux et nationaux pour élargir l'utilisation des données sur le rendement du système de lutte contre le cancer grâce à un accès amélioré aux principaux ensembles de données administratives et sociales. En parallèle, nous allons optimiser ou concevoir des outils et des stratégies d'échange de données et de pratiques exemplaires. Par exemple, le Partenariat collabore avec Statistique Canada pour élargir la mesure de l'accès aux services de lutte contre le cancer, et de données sur la survie et les décès; pour ce faire, il utilise différents critères sociodémographiques grâce au nouvel environnement de couplage de données sociales de Statistique Canada, lequel permettra l'analyse des disparités dans la lutte contre le cancer au moyen de données au niveau individuel, ce qui n'a jamais été possible par le passé.
- L'évaluation du travail récent relatif au rendement du système visant à déterminer si la démarche du Partenariat à l'égard de la présentation et de la visualisation des données sur le rendement du système répond aux besoins de nos publics, dans le but d'augmenter le champ d'application et l'utilisation des données sur le rendement et ainsi d'améliorer le système.

Le Canada s'est établi en tant que chef de file mondial dans la mesure du rendement de son système de lutte contre le cancer, ce qui lui permet de déceler les lacunes liées à la qualité et d'apporter des améliorations. Grâce à l'évolution continue de la production de rapports sur le rendement du système, à l'ampleur et à la précision des données recueillies et analysées, de même qu'aux méthodes plus efficaces de présentation et de communication des résultats, les provinces et les territoires disposent des données probantes dont ils ont besoin pour atteindre les objectifs de la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer* : moins de Canadiens sont atteints de cancer et en meurent, et ceux qui sont touchés par la maladie jouissent d'une meilleure qualité de vie.

Indicateur	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	T.N.-O.	Nt	Territoires [†]	N° de page	Source des données
Fardeau du cancer au Canada																
Taux d'incidence du cancer de la prostate de stade IV (pour 100 000 hommes) – année de diagnostic 2015 [‡]	19,1	21,2	28,3	25,6	17,5	–	16,0	18,7	14,0	14,3	–	–	–	–	–	OPLC
Taux d'incidence du cancer du sein de stade IV (pour 100 000 femmes) – année de diagnostic 2015 [‡]	7,5	9,6	13,7	9,9	8,4	–	8,0	11,4	11,5	12,6	–	–	–	–	14	OPLC
Taux d'incidence du cancer du poumon de stade IV (pour 100 000 personnes) – année de diagnostic 2015 [‡]	38,0	39,7	45,0	41,2	32,8	–	40,0	49,2	43,3	42,8	–	–	–	–	14	OPLC
Taux d'incidence du cancer colorectal de stade IV (pour 100 000 personnes) – année de diagnostic 2015 [‡]	12,8	14,4	20,0	16,2	11,5	–	16,0	20,2	12,1	20,8	–	–	–	–	14	OPLC
Qualité																
Taux de participation aux programmes de dépistage du cancer du sein (%) – année de dépistage 2014 [¶]	54,4	58,0	43,3	54,1	49,1	62,3	60,1	55,2	59,7	36,6	–	31,8	–	–	18	PDCS
Taux de participation aux programmes de dépistage du cancer colorectal sur une période de 30 mois (%) – années de dépistage 2013-2014 combinées ^{¶,‡}	–	41,8	53,0	16,9	–	–	–	25,8	20,4	8,6	–	25,0	–	–	18	PDCCR
Femmes âgées de 21 à 69 ans ayant déclaré avoir subi au moins un test Pap sur une période de 42 mois (%) – années de dépistage 2010 à 2013 ^{¶,§,¶}	73,8	67,7	62,9	70,8	64,9	–	64,5	67,2	67,4	71,3	–	67,2	–	–	18	PDCCU
Prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques lors d'une résection du côlon (%) – année de diagnostic 2014	–	79,0	75,2	91,0	88,1	–	84,4	71,4	73,5	89,5	–	–	–	–	20	OPLC

« – » Données non disponibles. *Suppression en raison des chiffres peu élevés. †Territoires combinés. ‡Les données sur l'incidence des cancers de stade IV pourraient être sous-estimées, car pour certains cas de cancer dans toutes les provinces et dans tous les territoires, le stade de la maladie est inconnu ou n'est pas disponible. ¶Territoires du Nord-Ouest : le dépistage organisé du cancer du sein n'est accessible qu'à 50 % de la population admissible. Il n'existe pas de programme de dépistage organisé du cancer colorectal ou du cancer du col de l'utérus dans les Territoires du Nord-Ouest. ¶ En 2013-2014, le programme de dépistage du cancer colorectal en était aux premiers stades de sa mise en œuvre à Terre-Neuve-et-Labrador. ‡ Le Nouveau-Brunswick et l'Ontario incluent des données de janvier 2011 à juin 2014, tandis que les autres provinces incluent des données de janvier 2010 à juin 2013. §Le taux de participation au programme de dépistage du cancer du col de l'utérus en Ontario, au Manitoba et en Colombie-Britannique a été corrigé en fonction du nombre d'hystérectomies, tandis que dans les autres provinces, cette correction n'a pas été apportée. ¶ Pour le Québec : les données sur l'incidence du cancer ne sont pas disponibles pour les années de diagnostic postérieures à 2010. Les données relatives à l'incidence et à la population pour 2011, 2012 et 2013 ont été dupliquées à partir des valeurs de 2010.

Source des données :

ESCC : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada
 ICIS : Institut canadien d'information sur la santé
 OPLC : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer
 PDCCU : programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du col de l'utérus

PDCCR : programmes et registres provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer colorectal
 PDCS : programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du sein
 Programmes d'immunisation : programmes d'immunisation provinciaux et territoriaux

RCC : Registre canadien du cancer, Statistique Canada
 SCC : Société canadienne du cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer
 SECBDD : Statistique Canada, Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès

Indicateur	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	T.N.-O.	Nt	Territoires [†]	N° de page	Source des données
Radiothérapie préopératoire pour les cas de cancer du rectum de stade II ou III (%) – année de diagnostic 2014	–	53,6	–	57,3	–	–	52,5	56,1	64,7	52,8	–	–	–	–	22	OPLC
Chimiothérapie postopératoire pour les cas de cancer du poumon non à petites cellules de stade II ou IIIA (%) – année de diagnostic 2014	–	36,6	41,5	44,7	51,3	–	–	39,0	*	18,9	–	–	–	–	23	OPLC
Participation des adultes aux essais cliniques (ratio) – année d’inscription 2015	0,039	0,058	0,017	0,015	0,058	–	0,009	–	0,006	0,004	–	–	–	–	24	SCC, OPLC
Équité																
Taux d’incidence du cancer du poumon (pour 100 000 personnes) – année de diagnostic 2014 ^é	60,7	67,6	67,0	73,9	61,0	86,8	86,2	86,8	90,2	79,3	54,4	86,7	160,2	–	29	RCC
Prévalence globale du tabagisme (%) – années de déclaration 2015-2016 combinées	14,1	18,4	19,8	18,8	16,7	18,4	18,2	19,3	15,1	21,6	24,5	34,0	62,1	–	29	ESCC
Taux d’incidence du cancer colorectal (pour 100 000 personnes) – année de diagnostic 2014 ^é	63,5	62,7	72,1	62,9	55,0	68,4	60,6	70,5	77,3	94,9	56,7	95,4	86,9	–	31	RCC
Adultes considérés comme en surpoids ou obèses (%) – années de déclaration 2015-2016 combinées	56,8	65,1	69,7	64,6	61,4	60,7	73,1	69,4	70,8	73,0	67,4	72,6	62,4	–	31	ESCC
Adultes ne répondant pas aux Directives canadiennes en matière d’activité physique (%) – années de déclaration 2015-2016 combinées	34,3	40,3	45,0	46,0	42,6	45,1	50,3	43,5	46,6	50,2	31,8	38,7	44,7	–	31	ESCC
Personnes ne consommant pas suffisamment de fruits et légumes (%) – années de déclaration 2015-2016 combinées	69,2	70,0	71,8	72,7	72,2	61,4	73,0	75,9	71,2	79,6	71,5	75,1	74,8	–	31	ESCC

« – » Données non disponibles. * Suppression en raison des chiffres peu élevés. [†] Territoires combinés. [‡] Les données sur l’incidence des cancers de stade IV pourraient être sous-estimées, car pour certains cas de cancer dans toutes les provinces et dans tous les territoires, le stade de la maladie est inconnu ou n’est pas disponible. [§] Territoires du Nord-Ouest : le dépistage organisé du cancer du sein n’est accessible qu’à 50 % de la population admissible. Il n’existe pas de programme de dépistage organisé du cancer colorectal ou du cancer du col de l’utérus dans les Territoires du Nord-Ouest. [¶] En 2013-2014, le programme de dépistage du cancer colorectal en était aux premiers stades de sa mise en œuvre à Terre-Neuve-et-Labrador. [‡] Le Nouveau-Brunswick et l’Ontario incluent des données de janvier 2011 à juin 2014, tandis que les autres provinces incluent des données de janvier 2010 à juin 2013. [§] Le taux de participation au programme de dépistage du cancer du col de l’utérus en Ontario, au Manitoba et en Colombie-Britannique a été corrigé en fonction du nombre d’hystérectomies, tandis que dans les autres provinces, cette correction n’a pas été apportée. [¶] Pour le Québec : les données sur l’incidence du cancer ne sont pas disponibles pour les années de diagnostic postérieures à 2010. Les données relatives à l’incidence et à la population pour 2011, 2012 et 2013 ont été dupliquées à partir des valeurs de 2010.

Source des données :

ESCC : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada
 ICIS : Institut canadien d’information sur la santé
 OPLC : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer
 PDCCU : programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du col de l’utérus

PDCCR : programmes et registres provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer colorectal
 PDCS : programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du sein
 Programmes d’immunisation : programmes d’immunisation provinciaux et territoriaux

RCC : Registre canadien du cancer, Statistique Canada
 SCC : Société canadienne du cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer
 SECBDD : Statistique Canada, Statistique de l’état civil – Base de données sur les décès

● Premier tiers (meilleur rendement) ● Deuxième tiers ● Dernier tiers (pire rendement)

Indicateur	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	T.N.-O.	Nt	Territoires [†]	N° de page	Source des données
Adultes dépassant la quantité d'alcool recommandée dans les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada (%) – années de déclaration 2015-2016 combinées	8,5	8,4	7,5	7,7	7,8	9,7	7,2	8,0	7,6	8,7	11,7	16,2	8,0	–	31	ESCC
Continuité des soins																
Diagnostic de cancer du sein dans les 5 semaines (sans biopsie, %) – année de dépistage 2015	80,1	95,3	94,9	89,1	94,7	72,3	71,8	80,8	73,4	77,0	–	72,2	–	–	35	PDCS
Temps d'attente pour un diagnostic de cancer du sein (sans biopsie), 90 ^e centile (semaines) – année de dépistage 2015	8,0	3,4	3,9	5,4	4,0	9,0	6,9	6,4	6,6	11,0	–	7,0	–	–	35	PDCS
Diagnostic de cancer du sein dans les 7 semaines (avec biopsie, %) – année de dépistage 2015	62,6	85,0	81,2	69,6	80,1	45,5	61,4	73,3	42,1	55,2	–	70,6	–	–	35	PDCS
Temps d'attente pour un diagnostic de cancer du sein (avec biopsie), 90 ^e centile (semaines) – année de dépistage 2015	14,0	7,6	11,1	13,9	9,9	16,7	11,0	11,0	11,1	22,0	–	9,0	–	–	35	PDCS
Patients atteints d'un cancer colorectal ayant subi une coloscopie de suivi dans les 60 jours suivant l'obtention d'un résultat anormal au test fécal (%) – année de dépistage 2015	46,2	46,3	54,8	32,2	60,2	–	76,4	43,6	28,8	67,4	–	–	–	–	36	PDCCR
Temps d'attente pour un diagnostic de cancer colorectal entre l'obtention d'un résultat anormal à un test fécal et la coloscopie de suivi, 90 ^e centile (jours) – année de dépistage 2015	139	129	117	119	113	–	81	117	143	88	–	–	–	–	36	PDCCR
Temps d'attente pour un diagnostic de cancer colorectal entre la coloscopie de suivi et le diagnostic définitif, 90 ^e centile (jours) – année de dépistage 2015	9	–	36	20	–	–	8	19	6	21	–	–	–	–	36	PDCCR
Lieu du décès à l'hôpital (%) – année de déclaration 2013	48,6	64,3	65,8	87,8	61,5	75,5	77,2	70,1	62,2	79,1	–	–	–	54,5	40	SECBDD

« – » Données non disponibles. *Suppression en raison des chiffres peu élevés. †Territoires combinés. ‡Les données sur l'incidence des cancers de stade IV pourraient être sous-estimées, car pour certains cas de cancer dans toutes les provinces et dans tous les territoires, le stade de la maladie est inconnu ou n'est pas disponible. ¶ Territoires du Nord-Ouest : le dépistage organisé du cancer du sein n'est accessible qu'à 50 % de la population admissible. Il n'existe pas de programme de dépistage organisé du cancer colorectal ou du cancer du col de l'utérus dans les Territoires du Nord-Ouest. ¶ En 2013-2014, le programme de dépistage du cancer colorectal en était aux premiers stades de sa mise en œuvre à Terre-Neuve-et-Labrador. † Le Nouveau-Brunswick et l'Ontario incluent des données de janvier 2011 à juin 2014, tandis que les autres provinces incluent des données de janvier 2010 à juin 2013. § Le taux de participation au programme de dépistage du cancer du col de l'utérus en Ontario, au Manitoba et en Colombie-Britannique a été corrigé en fonction du nombre d'hystérectomies, tandis que dans les autres provinces, cette correction n'a pas été apportée. ¶ Pour le Québec : les données sur l'incidence du cancer ne sont pas disponibles pour les années de diagnostic postérieures à 2010. Les données relatives à l'incidence et à la population pour 2011, 2012 et 2013 ont été dupliquées à partir des valeurs de 2010.

Source des données :

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

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

OPLC : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer

PDCCU : programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du col de l'utérus

PDCCR : programmes et registres provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer colorectal

PDCS : programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du sein

Programmes d'immunisation : programmes d'immunisation provinciaux et territoriaux

RCC : Registre canadien du cancer, Statistique Canada

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

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

Indicateur	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Yn	T.N.-O.	Nt	Territoires [†]	N° de page	Source des données
Durabilité																
Prévalence du tabagisme, quotidien (%) – années de déclaration 2015-2016 combinées	9,1	12,9	15,3	13,4	11,9	13,2	13,7	15,2	11,1	17,9	17,3	25,6	53,6	–	46	ESCC
Prévalence du tabagisme, occasionnel (%) – années de déclaration 2015-2016 combinées	5,0	5,5	4,6	5,4	4,8	5,2	4,5	4,1	4,0	3,8	7,2	8,4	8,5	–	46	ESCC
Adoption de la vaccination contre le virus du papillome humain, schéma complet (%) – année scolaire 2015-2016 ou 2016-2017	66,5	66,7	61,4	62,2	61,0	76,0	74,7	80,8	84,3	92,0	66,5	55,0	–	–	48	Programmes d'immunisation
Mammographies de dépistage du cancer du sein effectuées chez les femmes à risque moyen âgées de 40 à 49 ans (%) – années de déclaration 2008 à 2012 combinées	25,9	27,5	14,7	7,0	18,3	11,9	17,6	27,4	26,9	26,9	*	27,6	*	–	49	ESCC
Mastectomies dues au cancer du sein en chirurgie d'un jour (%) – exercices financiers 2014-2015 à 2015-2016 combinés	27,5	6,3	1,7	32,7	44,1	–	65,5	22,1	*	17,6	–	–	–	0,0	51	ICIS
Admission dans une unité de soins intensifs au cours des 2 dernières semaines de vie (%) – exercices financiers 2014-2015 à 2015-2016 combinés	8,4	11,2	8,9	6,5	15,1	–	6,7	6,4	8,7	8,6	–	–	–	17,9	53	ICIS
Autre																
Recours à la chirurgie mammaire conservatrice au lieu de la mastectomie pour des résections de cancer du sein (%) – exercices financiers 2014-2015 à 2015-2016 combinés	57,3	54,0	47,4	66,7	67,0	–	57,9	60,9	66,7	34,0	–	–	–	47,3	–	ICIS

« – » Données non disponibles. * Suppression en raison des chiffres peu élevés. † Territoires combinés. ‡ Les données sur l'incidence des cancers de stade IV pourraient être sous-estimées, car pour certains cas de cancer dans toutes les provinces et dans tous les territoires, le stade de la maladie est inconnu ou n'est pas disponible. ¶ Territoires du Nord-Ouest : le dépistage organisé du cancer du sein n'est accessible qu'à 50 % de la population admissible. Il n'existe pas de programme de dépistage organisé du cancer colorectal ou du cancer du col de l'utérus dans les Territoires du Nord-Ouest. ¶ En 2013-2014, le programme de dépistage du cancer colorectal en était aux premiers stades de sa mise en œuvre à Terre-Neuve-et-Labrador. † Le Nouveau-Brunswick et l'Ontario incluent des données de janvier 2011 à juin 2014, tandis que les autres provinces incluent des données de janvier 2010 à juin 2013. § Le taux de participation au programme de dépistage du cancer du col de l'utérus en Ontario, au Manitoba et en Colombie-Britannique a été corrigé en fonction du nombre d'hystérectomies, tandis que dans les autres provinces, cette correction n'a pas été apportée. ¶ Pour le Québec : les données sur l'incidence du cancer ne sont pas disponibles pour les années de diagnostic postérieures à 2010. Les données relatives à l'incidence et à la population pour 2011, 2012 et 2013 ont été dupliquées à partir des valeurs de 2010.

Source des données :

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

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

OPLC : organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer

PDCCU : programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du col de l'utérus

PDCCR : programmes et registres provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer colorectal

PDCCS : programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du sein

Programmes d'immunisation : programmes d'immunisation provinciaux et territoriaux

RCC : Registre canadien du cancer, Statistique Canada

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

SECBDD : Statistique Canada, Statistique de l'état civil –

Base de données sur les décès

Références

1. American Cancer Society. (2015). *Cancer prevention and early detection facts and figures 2015-2016*. Atlanta, Géorgie : American Cancer Society, 64 p.
2. Société canadienne du cancer. (2015). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2015*. Toronto, Ontario : Société Canadienne du cancer, 159 p.
3. Santé Canada. (2017). *Saisir l'occasion : consultation publique sur l'avenir de la lutte contre le tabagisme au Canada*. Ottawa, Ontario : Santé Canada, 24 p.
4. Société canadienne du cancer. (2018, juin). *Statistiques canadiennes sur le cancer*. Toronto, Ontario : Société canadienne du cancer, 53 p.
5. Partenariat canadien contre le cancer. (2015, janvier). *Dépistage du cancer au Canada : aperçu de la participation au dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et colorectal*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer, 34 p.
6. Lousdal, M. L., Kristiansen, I. S., Møller, B. et Støvring, H. (2014). Trends in breast cancer stage distribution before, during and after introduction of a screening programme in Norway. *European Journal of Public Health*, 24(6), 1017-22.
7. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. (2011). Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40–74 years. *Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 183(17), 1991-2001.
8. Partenariat canadien contre le cancer. (2018, janvier). *Vivre avec un cancer : rapport sur l'expérience du patient*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer, 50 p.
9. National Comprehensive Cancer Network. *Clinical practice guidelines in oncology (NCCN guidelines): Colon cancer. Version 2.2017* [Internet]. 2017 [mis à jour le 13 mars 2017; consulté le 27 décembre 2017]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colon.pdf.
10. National Comprehensive Cancer Network. *Clinical practice guidelines in oncology (NCCN guidelines): Rectal cancer. Version 3.2017* [Internet]. 2017 [mis à jour le 13 mars 2017; consulté le 27 décembre 2017]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/rectal.pdf.
11. Partenariat canadien contre le cancer. (2017, juin). *Rapport de 2017 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer, 62 p.
12. National Comprehensive Cancer Network. *Clinical practice guidelines in oncology (NCCN guidelines): Distress management. Version 2.2018* [Internet]. 2018 [mis à jour le 23 février 2018; consulté le 26 juin 2018]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf.
13. Association canadienne de soins palliatifs. (2014). *Fiche d'information : Les soins palliatifs au Canada*. 15 p.
14. Allemani, C., Matsuda, T., Di Carlo, V., Harewood, R., Matz, M., Nikšić, M. et coll. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000-2014 (CONCORD-3): Analysis of individual records for 37,513,025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet*, 391(10125), 1023-75.
15. Allemani, C., Weir, H. K., Carreira, H., Harewood, R., Spika, D., Wang, X. S. et coll. (2015). Global surveillance of cancer survival 1995-2009: Analysis of individual data for 25,676,887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *Lancet*, 385(9972), 977-1010.
16. Cancer Research UK. Why is early diagnosis important? [Internet]. Cancer Research UK; 2015 [mis à jour le 2 avril 2015; consulté le 9 mai 2018]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cancer-symptoms/why-is-early-diagnosis-important>.
17. Partenariat canadien contre le cancer. (2017, avril). *Dépistage du cancer du sein au Canada : analyse de l'environnement*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer, 48 p.
18. Partenariat canadien contre le cancer. (2017, avril). *Dépistage du cancer colorectal au Canada : analyse de l'environnement*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer, 40 p.
19. Partenariat canadien contre le cancer. (2017, avril). *Dépistage du cancer du poumon au Canada : analyse de l'environnement*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer, 25 p.
20. Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C. : The National Academies Press.
21. Committee on New Approaches to Early Detection and Diagnosis of Breast Cancer. The necessary environment for research and development. Dans : Joy, J., Penhoet, E. et Petitti, D. (éditeurs). (2005). *Saving women's lives: Strategies for improving breast cancer detection and diagnosis*. Washington, D.C. : National Academies Press (États-Unis), p. 361.

22. Curry, S. J. (2003). *Fulfilling the potential of cancer prevention and early detection*. National Academies Press, p. 542.
23. Partenariat canadien contre le cancer. (2013, février). *Déterminants de la qualité du dépistage du cancer du sein à l'aide de la mammographie au Canada*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer, 52 p.
24. Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. (2012, 17 novembre). The benefits and harms of breast cancer screening: An independent review. *Lancet*, 380(9855), 1778-86.
25. Pace, L. E. et Keating, N. L. (2014, 2 avril). A systematic assessment of benefits and risks to guide breast cancer screening decisions. *JAMA*, 311(13), 1327-35.
26. Tsai, H. L., Huang, C. W., Yeh, Y. S., Ma, C. J., Chen C. W., Lu, C. Y. et coll. (2016). Factors affecting number of lymph nodes harvested and the impact of examining a minimum of 12 lymph nodes in stage I-III colorectal cancer patients: A retrospective single institution cohort study of 1167 consecutive patients. *BMC Surgery*, 16(17).
27. Sluijter, C. E., van Lonkhuijzen, L. R. C. W., van Slooten, H. J., Nagtegaal, I. D. et Overbeek, L. I. H. (2016). The effects of implementing synoptic pathology reporting in cancer diagnosis: A systematic review. *Virchows Archiv*, 468(6), 639-49.
28. Partenariat canadien contre le cancer. Rapports synoptiques d'anatomopathologie et de stadification [Internet]. 2013 [mis à jour le 21 octobre 2013; consulté le 18 avril 2018]. Disponible à l'adresse : http://www.cancerview.ca/fr/traitement_et_soutien/initiatives_de_rapports_synoptiques/rapports_synoptiques_danatomopathologie_et_de_stadification/.
29. Partenariat canadien contre le cancer. (2012). *Rapport de 2012 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer, 218 p.
30. National Comprehensive Cancer Network. *Clinical practice guidelines in oncology (NCCN guidelines): Non-small cell lung cancer. Version 2.2018* [Internet]. 2018 [mis à jour le 19 décembre 2017; consulté le 17 décembre 2017]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/nscl.pdf.
31. Cuffe, S., Booth, C. M., Peng, Y., Darling, G. E., Li, G., Kong, W. et coll. (2012). Adjuvant chemotherapy for non-small-cell lung cancer in the elderly: A population-based study in Ontario, Canada. *Journal of Clinical Oncology*, 30(15), 1813-21.
32. Réseau canadien d'essais cliniques sur le cancer. (2015, novembre). *The 3CTN guide to patient and public involvement*. Toronto, Ontario : Réseau canadien d'essais cliniques sur le cancer, 56 p.
33. Du Bois, A., Rochon, J., Lamparter, C. et Pfisterer, J. (2005). Pattern of care and impact of participation in clinical studies on the outcome in ovarian cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, 15(2), 183-91.
34. Association médicale canadienne – Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2011, juillet). *Principes devant guider la transformation des soins de santé au Canada*. Ottawa, Ontario : Association médicale canadienne – Association des infirmières et infirmiers du Canada, 11 p.
35. Solar, O. et Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Organisation mondiale de la Santé, 79 p; rapport n° 2.
36. Geographic Health Equity Alliance. Contributors to geographic disparities in cancer & tobacco [Internet]. Alexandria, Virginie : Geographic Health Equity Alliance; 2014 [consulté le 13 novembre 2017]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <http://www.nohealthdisparities.org/approach/understanding-geographic-health-disparities-2/>.
37. Cancer pulmonaire Canada. Cancer du poumon [Internet]. Toronto, Ontario : Cancer du poumon Canada; 2017 [consulté le 13 novembre 2017]. Disponible à l'adresse : <http://www.lungcancer.ca/lung-cancer.aspx>.
38. Islami, F., Torre, L. A. et Jemal, A. (2015). Global trends of lung cancer mortality and smoking prevalence. *Translational Lung Cancer Research*, 4(4), 327-38.
39. Corsi, D. J., Chow, C. K., Lear, S. A., Subramanian, S. V., Teo, K. K. et Boyle, M. H. (2012). Smoking in context: A multilevel analysis of 49,088 communities in Canada. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(6), 601-10.
40. Reid, J. L., Hammond, D., Rynard, V. L., Madill, C. L. et Burkhalter, R. (2017). *Tobacco use in Canada: Patterns and trends, 2017 Edition*. Waterloo, Ontario : Propel Centre for Population Health Impact, Université de Waterloo, 112 p.
41. Partenariat canadien contre le cancer. (2010, décembre). *Smoking and lung cancer in Canada*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer, 4 p.
42. Gingras, D. et Béliveau, R. (2011). Colorectal cancer prevention through dietary and lifestyle modifications. *Cancer Microenvironment*, 4(2), 133-9.

43. Kirkegaard, H., Johnsen, N. F., Christensen, J., Frederiksen, K., Overvad, K. et Tjønneland, A. (2010). Association of adherence to lifestyle recommendations and risk of colorectal cancer: A prospective Danish cohort study. *The BMJ*, 341, c5504.
44. Ahmed, S. et Shahid, R. K. (2012). Disparity in cancer care: A Canadian perspective. *Current Oncology*, 19(6), e376-e82.
45. Kamangar, F., Dores, G. M. et Anderson, W. F. (2006). Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: Defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. *Journal of Clinical Oncology*, 24(14), 2137-50.
46. Garriguet, D. (2009). La qualité de l'alimentation au Canada. *Rapports sur la santé*, 20(3), 41.
47. Jiang, L., Gilbert, J., Langley, H., Moineddin, R. et Groome, P. A. (2015). Effect of specialized diagnostic assessment units on the time to diagnosis in screen-detected breast cancer patients. *British Journal of Cancer*, 112(11), 1744-50.
48. Partenariat canadien contre le cancer. Initiative sur l'expérience du patient et les résultats signalés par le patient [Internet]. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer; 2017 [mis à jour le 2 mars 2017; consulté le 26 janvier 2018]. Disponible à l'adresse : http://www.cancerview.ca/fr/traitement_et_soutien/initiative_relative_a_la_perspective_centree_sur_la_personne/experience_du_patient_et_resultats_signales_par_le_patient/.
49. Bultz, B. D., Groff, S. L., Fitch, M., Blais, M. C., Howes, J., Levy, K. et coll. (2011, mai). Implementing screening for distress, the 6th vital sign: A Canadian strategy for changing practice. *Psycho-Oncology*, 20(5), 463-9.
50. Edmonton Zone Palliative Care Program. (2015). Assessment tools - Edmonton symptom assessment system revised (ESAS-r). [Consulté le 30 janvier 2018]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <http://www.palliative.org/tools.html>.
51. Burge, F., Lawson, B., Johnston, G., Asada, Y., McIntyre, P. F. et Flowerdew, G. (2015, décembre). Preferred and actual location of death: What factors enable a preferred home death? *Journal of Palliative Medicine*, 18(12), 1054-9.
52. Association canadienne de soins palliatifs. (2006, décembre). *Normes de référence pancanadiennes en matière de soins palliatifs à domicile : vers l'accès équitable à des soins palliatifs et de fin de vie à domicile de qualité*. Ottawa, Ontario : Association canadienne de soins palliatifs, 23 p.
53. Gouvernement du Québec. (2018). *Bulletin national de performance en cancérologie*. Montréal, Québec.
54. Le Conference Board du Canada. (2014). *Définir la viabilité en matière de santé et de soins de santé*. Ottawa, Ontario : Le Conference Board du Canada, 68 p.
55. Warren, G. W. S., Sobus, S. et Gritz, E.R. (2014, novembre). The biological and clinical effects of smoking by patients with cancer and strategies to implement evidence-based tobacco cessation support. *Lancet Oncology*, 15(12), 568-80.
56. National Cancer Institute. *Smoking in cancer care (PDQ®)* [Internet]. Bethesda, Maryland : National Cancer Institute; 2014 [mis à jour le 27 juin 2014; consulté le 20 octobre 2015]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65764/>.
57. Park, E. J., Japuntich, S. J., Rigotti, N. A., Traeger, L., He, Y., Wallace, R. B. et coll. (2012). A snapshot of smokers after lung and colorectal cancer diagnosis. *Cancer*, 118(12), 3153-64.
58. Burke, L., Miller, L. A., Saad, A. et Abraham, J. (2009, janvier). Smoking behaviors among cancer survivors: An observational clinical study. *Journal of Oncology Practice*, 5(1), 6-9.
59. Parsons, A., Daley, A., Begh, R. et Aveyard, P. (2010, janvier). Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: Systematic review of observational studies with meta-analysis. *The BMJ*, 340, b5569.
60. U.S. Department of Health and Human Services. (2014, janvier). *The health consequences of smoking: 50 years of progress. A report of the Surgeon General*. Atlanta, Géorgie : U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 944 p.
61. Parkin, D. M. et Bray, F. (2006, 31 août). Chapter 2: The burden of HPV-related cancers. *Vaccine*, 24(3 Suppl), S11-S25.
62. Watson, M., Saraiya, M., Ahmed, F., Cardinez, C. J., Reichman, M. E., Weir, H. K. et coll. (2008, 15 novembre). Using population-based cancer registry data to assess the burden of human papillomavirus-associated cancers in the United States: Overview of methods. *Cancer*, 113(10 Suppl), 2841-54.
63. Comité canadien sur l'immunisation. (2014). *Recommandations relatives au programme de vaccination contre le virus du papillome humain*. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada, 62 p.

64. Agence de la santé publique du Canada. *Guide canadien d'immunisation : Partie 4 - Agents d'immunisation active* [Internet]. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada; 2016 [mis à jour en mars 2018; consulté en juin 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active.html>.
65. Agence de la santé publique du Canada. (2015, février). Déclaration du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). *Mise à jour des recommandations visant le calendrier d'immunisation relatif au vaccin contre le virus du papillome humain (VPH)*. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada, 34 p.
66. Choisir avec soin. Médecine familiale – Les onze examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger [Internet]. Toronto, Ontario : Choisir avec soin; 2014 [mis à jour en juin 2017; consulté en janvier 2018]. Disponible à l'adresse : <https://choisiravecsoin.org/medecine-familiale/>.
67. Tonelli, M., Connor Gorber, S., Joffres, M., Dickinson, J., Singh, H., Lewin, G. et coll. (2011, 22 novembre). Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. *CMAJ*, 183(17), 1991-2001.
68. Lauby-Secretan, B., Scoccianti, C., Loomis, D., Benbrahim-Tallaa, L., Bouvard, V. et Bianchini, F. (2015, juin). Breast-cancer screening-viewpoint of the IARC Working Group. *New England Journal of Medicine*, 372(24), 2353-8.
69. Partenariat canadien contre le cancer. (2016, mars). *Qualité et durabilité de la lutte contre le cancer : rapport cible sur le rendement du système*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer, 54 p.
70. National Comprehensive Cancer Network. *NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN guidelines): Breast cancer. Version 1.2018* [Internet]. 2018 [mis à jour en mars 2018; consulté le 26 juin 2018]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf.
71. Downing, A., Lansdown, M., West, R. M., Thomas, J. D., Lawrence, G. et Forman, D. (2009, 9 novembre). Changes in and predictors of length of stay in hospital after surgery for breast cancer between 1997/98 and 2004/05 in two regions of England: A population-based study. *BMC Health Services Research*, 9, 202.
72. Margolese, R. G. et Lasry, J. C. (2000, avril). Ambulatory surgery for breast cancer patients. *Annals of Surgical Oncology*, 7(3), 181-7.
73. Marla, S. et Stallard, S. (2009, août). Systematic review of day surgery for breast cancer. *Internal Journal of Surgery*, 7(4), 318-23.
74. Dawe, D. B., Bennett, L. R., Kearney, A. et Westera, D. (2014). Emotional and informational needs of women experiencing outpatient surgery for breast cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 24(1), 20-30.
75. Marsden, J. *Same day/23 hour ambulatory surgery breast care model: Is it feasible?* [Internet]. King's College Hospital NHS; 2011 [consulté le 21 septembre 2015]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <http://slideplayer.com/slide/5942764/>.
76. Azoulay, E., Soares, M., Darmon, M., Benoit, D., Pastores, S. et Afessa, B. (2011, 23 mars). Intensive care of the cancer patient: Recent achievements and remaining challenges. *Annals of Intensive Care*, 1(1), 5.
77. Cruz, V. C., Camaliente, L. et Caruso, P. (2015, mai). Factors associated with futile end-of-life intensive care in a cancer hospital. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 32(3), 329-34.
78. Gade, G. V., Venohr, I., Conner, D., McGrady, K., Beane, J. et Richardson, R. H. (2008, mars). Impact of an inpatient palliative care team: A randomized control trial. *Journal of Palliative Medicine*, 11(2), 180-90.
79. Khandelwal, N. K., Kross, E. K., Engelberg, R. A., Coe, N. B., Long, A. C. et Curtis, J. R. (2015). Estimating the effect of palliative care interventions and advance care planning on ICU utilization: A systematic review. *Critical Care Medicine*, 43(5), 1102-11.
80. Klingler, C., om der Schmitzen, J. et Marckmann, G. (2016, mai). Does facilitated advance care planning reduce the costs of care near the end of life? Systematic review and ethical considerations. *Palliative Medicine*, 30(5), 423-33.

Remerciements

La rédaction du présent rapport est le fruit des efforts et du dévouement des membres du **Comité directeur et du Groupe de travail technique sur le rendement du système**. Il a été élaboré en collaboration avec des partenaires nationaux, provinciaux et territoriaux, avec l'appui d'experts en la matière de l'ensemble du pays. Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez le site rendementdusysteme.ca/a-propos-du-rendement-du-systeme/

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

Pour obtenir de plus amples renseignements :

rendementdusysteme.ca info@rendementdusysteme.ca

Also available in English under the title:

The 2018 Cancer System Performance Report

145, rue King Ouest, bureau 900

Toronto (Ontario) M5H 1J8

Tél. : 416-915-9222

Sans frais : 1-877-360-1665

partenariatcontrecancer.ca

Citation suggérée :

Partenariat canadien contre le cancer. (2018, juin). *Rapport de 2018 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer, 66 p.

ISSN: 2369-2464 (version imprimée)

ISSN: 236-2472 (en ligne)