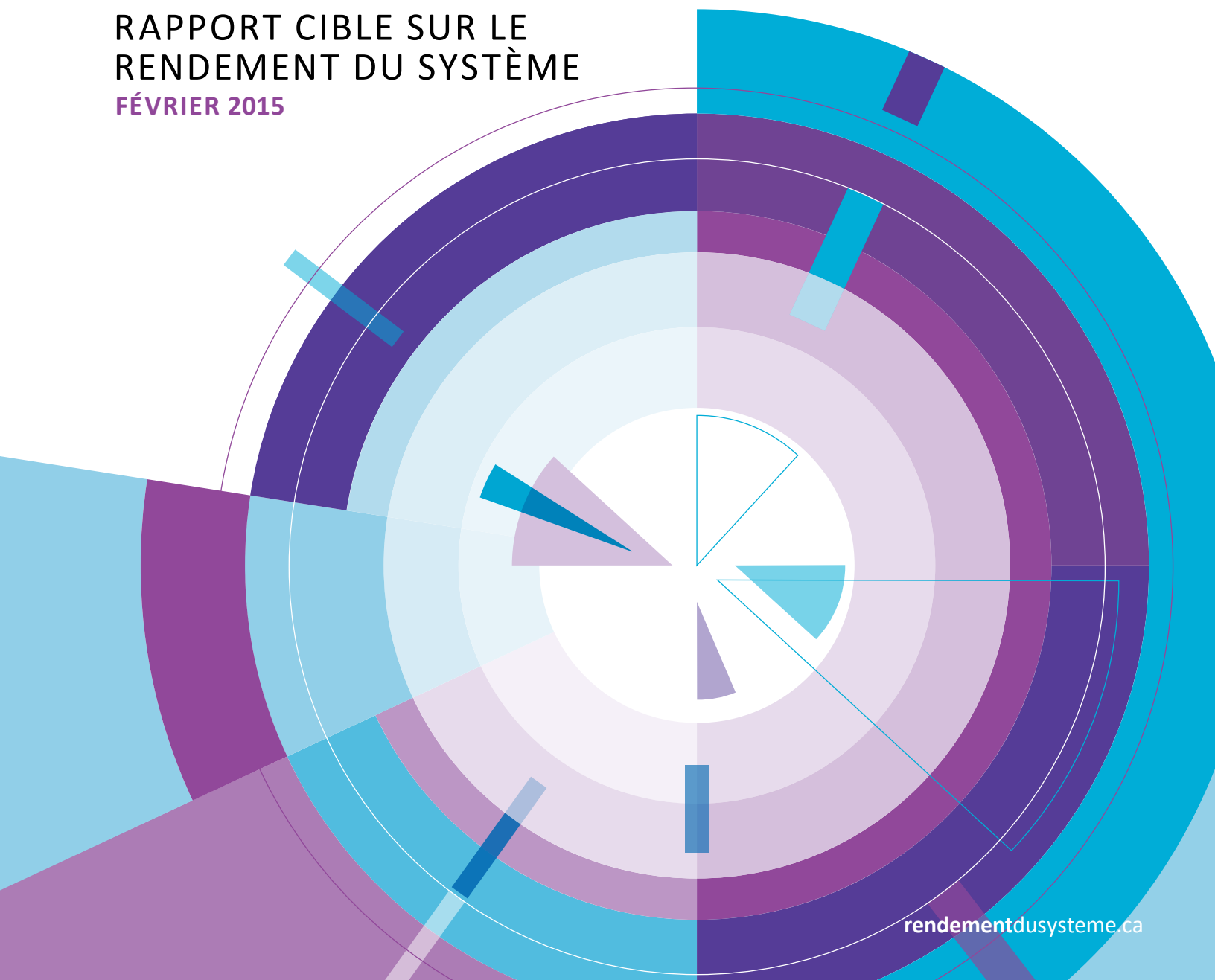




Le stade du cancer dans la mesure du rendement : un premier coup d'œil

RAPPORT CIBLE SUR LE
RENDEMENT DU SYSTÈME

FÉVRIER 2015



Le stade du cancer dans la mesure du rendement : un premier coup d'œil

RAPPORT CIBLE SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME

FÉVRIER 2015

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

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

Citation suggérée :

Le Partenariat canadien contre le cancer. *Le stade du cancer dans la mesure du rendement : un premier coup d'œil - Rapport cible sur le rendement du système*. Toronto: Le Partenariat; 2015.

Téléchargeable à :
rendementdusysteme.ca

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

Tél. : 416.915.9222
Sans frais : 1.877.360.1665

partenariatcontrelecancer.ca

Pour plus d'information sur la présente publication, veuillez envoyer un courriel à : info@systemperformance.ca

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

Also available in English under the title:
Cancer Stage in Performance Measurement: A First Look
A System Performance Spotlight Report

Remerciements

Le présent rapport est le fruit des efforts et du dévouement des membres du Comité directeur pancanadien sur le rendement du système et du Comité de travail technique (dont les membres sont énumérés ci dessous), ainsi que des travaux de collecte de données du personnel des registres sur le cancer et des organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer. Le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) tient également à remercier Statistique Canada, tout particulièrement la Division de la statistique de la santé, qui lui a accordé l'accès aux données utilisées dans ce rapport.

La rédaction et la diffusion du rapport ont été dirigées par l'équipe du rendement du système, qui se compose des membres suivants : **D^{re} Heather Bryant**, vice-présidente, Lutte contre le cancer; **Rami Rahal**, directeur; **Jose Hernandez**, gestionnaire de programme; **Kristen DeCaria**, spécialiste; **Carolyn Sandoval**, spécialiste; **Jennifer Chadder**, spécialiste; **Evelyne Michaels**, rédactrice scientifique en chef; **Beth Dunford**, gestionnaire de la prestation; **Erna Mursel**, assistante administrative, et **Eric Vorauer**, stagiaire. L'extraction et l'analyse des données et la production des graphiques ont été faites par l'équipe d'analyse, soit **Gina Lockwood**, chef, Analytique et surveillance, et biostatisticienne principale; **Cheryl Louzado**, gestionnaire de programme, Capacité analytique et Initiative coordonnée d'élaboration de données; **Sharon Fung**, gestionnaire de programme, Analytique, et biostatisticienne; ainsi que les analystes **Julie Xu**, **Jin Niu** et **Jenny Liu**.

Tout aussi essentielle à la publication de ce rapport est la précieuse collaboration des membres du programme Diagnostic et soins cliniques, qui nous ont fourni leurs connaissances en la matière et leurs conseils spécialisés, plus particulièrement les personnes suivantes :

D^r Geoff Porter, directeur scientifique principal, Diagnostic et soins cliniques; **D^r James Brierley**, spécialiste principal, Stadification et surveillance, et **M^{me} Mary Argent-Katwala**, directrice, Diagnostic et soins cliniques. Les membres des groupes d'experts en pathologie et en stadification, ainsi que du Comité de travail sur la stadification concertée ont également mis à profit leurs compétences en la matière.

Nous aimerions également remercier l'équipe de gestion du savoir du Partenariat, qui a fourni des stratégies de transfert et d'échange du savoir; l'équipe des communications, qui a dirigé la participation des médias et la sensibilisation; l'équipe des stratégies, qui a donné des conseils sur les politiques et les relations

gouvernementales; ainsi que le personnel du Bureau de la gestion de la prestation, qui a soutenu la gestion du projet.

COMITÉ DIRECTEUR SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME

(anciens membres* et membres actuels)

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

D^r Andy Coldman*, ancien vice-président, Oncologie des populations, BC Cancer Agency

D^r Peter Craighead, directeur médical, Tom Baker Cancer Centre, et président du Département d'oncologie, Université de Calgary

D^r Carman Giacomantonio*, ancien directeur médical en chef, Cancer Care Nova Scotia

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

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

D^r Ethan Laukkanen*, radio-oncologue (retraité), Centre de traitement du cancer de l'Île-du-Prince-Édouard

D^{re} Robin McLeod, vice-présidente, Programmes cliniques et Initiatives qualité, Action cancer Ontario

D^{re} Sri Navaratnam, présidente-directrice générale, Action cancer Manitoba

D^r Pdraig Warde*, responsable provincial, Programme de radiothérapie, Action cancer Ontario

M^{me} Elaine Warren, directrice, Programme de soins contre le cancer, Eastern Health de Terre-Neuve-et-Labrador

COMITÉ DE TRAVAIL TECHNIQUE SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME

(anciens membres* et membres actuels)

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

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

M^{me} Rebecca Comrie, directrice par intérim,
Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario,
Action cancer Ontario

M^{me} Angela Eckstrand, analyste de programmes,
Lutte contre le cancer, Alberta Health Services

M^{me} Farah McCrate, épidémiologiste clinique,
Programme de soins contre le cancer, Eastern Health
de Terre-Neuve-et-Labrador

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

M^{me} France Paquette, conseillère, Direction québécoise de
cancérologie, Ministère de la Santé et des Services sociaux
du Québec

M. Haim Sechter, gestionnaire, Données sur le cancer,
méthodes et normes, Action cancer Ontario

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

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

D^r Jon Tonita*, vice-président, Santé de la population,
Saskatchewan Cancer Agency

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

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

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

Table des matières

Faits saillants	4	Figure 2.1	Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du sein chez les femmes, selon le stade au diagnostic et la province, pour les diagnostics établis en 2010	17
À propos du Partenariat canadien contre le cancer	7	Figure 2.2	Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer colorectal, selon le stade au diagnostic et la province, pour les diagnostics établis en 2010	18
À propos de cette publication	8	Figure 2.3	Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer de la prostate, selon le stade au diagnostic et la province, pour les diagnostics établis en 2010	20
Pourquoi faire rapport du stade du cancer?	9	Figure 2.4	Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du poumon, selon le stade au diagnostic et la province, pour les diagnostics établis en 2010	22
Rédaction du rapport	11	Figure 3.1	Pourcentage des cas de cancer du sein envahissant (femmes âgées de 20 ans ou plus) triple négatifs (ER, PR, HER2), selon la province, pour les diagnostics établis en 2010	25
Structure du rapport	11	Figure 3.2	Répartition des cas de cancer de la prostate non métastatique (hommes âgés de 20 ans ou plus), selon le groupe de risque et la province, diagnostic établi en 2010	28
Résultats liés aux indicateurs	12	Figure 3.3	Pourcentage des résections effractives en cas de cancer du rectum (patients âgés de 20 ans ou plus), présentant une marge circonférentielle positive, selon la province, pour les diagnostics établis en 2010	29
Collecte de données et production de rapports sur les stades du cancer	13			
Incidence de quatre cancers selon le stade	16			
Au-delà du stade : les autres facteurs pronostiques	24			
Perspectives d'avenir	30			
Références	32			
Liste des figures				
Figure 1.1	Pourcentage des nouveaux cas pour lesquels des données sur le stade du cancer figurent dans les registres provinciaux, pour les quatre types de cancer les plus courants et pour tous les cancers selon la province – diagnostic établi en 2011	14		
Tableau 1.1	Pourcentage des cas pour lesquels le stade du cancer est inconnu selon le siège de la maladie et la province, pour les diagnostics établis en 2010 et 2011	15		

Faits saillants

Les données de grande qualité contenues dans les registres du cancer sont nécessaires pour décrire le fardeau que représente le cancer au Canada et évaluer les efforts menés collectivement pour réduire ce fardeau à l'échelle du système.

La collecte de données sur le stade du cancer auprès de la population, lesquelles permettent d'établir l'étendue de la maladie et de faciliter le pronostic, vient ajouter une très grande valeur aux renseignements que contiennent les registres.

- Pour les personnes atteintes de cancer, les données de stadification permettent aux médecins de choisir les meilleurs traitements et aux cliniciens d'entrevoir plus clairement l'évolution probable de la maladie.
- Combinées aux données de traitement, les données de stadification permettent de déterminer plus facilement si les soins prodigués pour lutter contre le cancer sont conformes aux lignes directrices de pratique clinique recommandées.
- Les données de stadification peuvent servir à évaluer la qualité et l'efficacité des programmes de dépistage et de détection précoce.
- Les données de stadification s'avèrent également utiles pour évaluer les résultats, particulièrement les taux de survie, qui diffèrent énormément selon le stade.
- Puisque le coût de la prise en charge des cas de cancer varie habituellement selon le stade, la collecte et l'utilisation de données de stadification permettent aux responsables du système provincial de santé d'optimiser l'utilisation des ressources en soins de santé.

La nécessité d'avoir des données pancanadiennes fiables sur le stade du cancer a été reconnue voilà plus de 25 ans. On dispose maintenant de données sur au moins 90 % des Canadiens ayant reçu un diagnostic de cancer du sein, de cancer colorectal, de cancer de la prostate ou de cancer du poumon (année de diagnostic 2010) dans neuf provinces. Ces données sont maintenant disponibles grâce aux sommes investies par le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) dans l'Initiative nationale en matière de stadification et aux efforts de ses partenaires de la communauté de la lutte contre le cancer.

Le présent *rapport cible sur le stade du cancer dans la mesure du rendement* jette un premier coup d'œil sur les aspects de la qualité et du rendement du système de lutte contre le cancer que tous ces efforts nous permettent maintenant de mieux comprendre.

Principales constatations sur l'incidence du cancer selon le stade

- Au Canada, la plupart des cancers du sein sont décelés au stade I ou II, et le taux d'incidence normalisé selon l'âge des cas de cancer du sein de stade I est jusqu'à dix fois supérieur au taux d'incidence du cancer du sein de stade IV. Voilà qui témoigne du succès des efforts pour favoriser le dépistage et la détection précoce du cancer du sein.

- Le cancer colorectal est le plus souvent diagnostiqué au stade III, lorsqu'il est encore curable. Le taux d'incidence de ce cancer au stade IV est semblable à celui du cancer de stade I. Toutefois, cette tendance devrait être contrecarrée à mesure que les efforts des programmes de dépistage du cancer colorectal mis en place il y a plusieurs années portent fruit et permettent une détection plus hâtive du cancer et une hausse du nombre de cas détectés à un stade précoce (stade I ou II).
- Bien qu'il soit probable qu'un nombre plus élevé de tests de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) mène à un taux d'incidence du cancer colorectal de stade précoce (stade I et II) accru, les données ne permettent pas d'affirmer qu'un nombre plus élevé de tests de dépistage de l'APS entraîne également un moindre taux d'incidence de cancer de stade avancé (stade III et IV).
- La détection précoce du cancer du poumon reste difficile. Selon les dernières études et les nouvelles lignes directrices, la détection précoce à l'aide de la tomographie par ordinateur à faible dose peut s'avérer efficace pour les personnes à très grand risque d'avoir le cancer du poumon, mais il faut élaborer avec soin l'approche à adopter dans ce domaine. Comme dans de nombreux pays, le taux d'incidence du cancer du poumon de stade IV chez les Canadiens représente plus du double de celui du cancer de stade I ou II.

Principales constatations sur les facteurs pronostiques maintenant disponibles dans le cadre de la collecte des données de stadification

Bien que le stade du cancer soit un indicateur important de la maladie d'un patient, d'autres facteurs (génétiques, moléculaires, hormonaux) influençant le pronostic et la réponse au traitement sont dorénavant pris en considération pour établir les options de traitement. Bon nombre des éléments de données sur les facteurs pronostiques sont recueillis dans le cadre du système de stadification concertée utilisé dans

neuf provinces. Nous sommes ainsi en mesure d'utiliser ces éléments de données pour parvenir à mieux comprendre les tendances liées aux pronostics des patients et à soutenir l'évaluation des taux de traitement globaux par rapport aux lignes directrices de pratique clinique. Voici quelques-unes de ces données :

- le pourcentage de cas de cancer du sein triple négatif, c'est-à-dire que les tumeurs ne contiennent pas de récepteur des œstrogènes (ER), de récepteur de la progestérone (PR) ni de récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2);
- l'incidence du cancer de la prostate selon la catégorie de risque (faible, intermédiaire ou élevé);
- l'incidence des marges circonférentielles positives (c'est-à-dire contenant des cellules cancéreuses) à la suite d'une chirurgie visant à retirer des tumeurs rectales.

Pourquoi ces données sont-elles importantes?

Pendant de nombreuses années, l'hypothèse voulant que le dépistage de certains cancers courants ait des effets réels et durables sur la morbidité et la mortalité (en réduisant le nombre de patients recevant un diagnostic de cancer avancé) n'a pu être démontrée à l'échelle pancanadienne. Maintenant, grâce aux données de stadification fondées sur la population atteinte du cancer du sein et du cancer colorectal, nous pouvons faire rapport de l'incidence selon le stade de la maladie au diagnostic et utiliser cette information pour évaluer les retombées du dépistage collectif.

En ayant des données détaillées sur le stade du cancer et les principaux facteurs pronostiques, nous pourrions discuter plus à fond des options de traitement et des résultats pour le patient. Nous y parviendrons en analysant les taux de traitement selon le stade et d'autres facteurs pronostiques, comme la catégorie de risque du

cancer de la prostate et la présence de récepteurs hormonaux chez les personnes atteintes du cancer du sein.

Finalement, nous pouvons démontrer que les investissements faits dans le cadre de l'Initiative nationale en matière de stadification du cancer 2008-2012 ont été fructueux. Nous continuerons à renforcer la collecte de données clés et les capacités de production de rapports, ce qui nous permettra de mieux gérer la qualité du système et de faire avancer la lutte contre le cancer.

Perspectives d'avenir

Malgré les énormes progrès accomplis dans la saisie des données sur le stade du cancer dans les registres provinciaux, nous n'en sommes qu'au début. Il faut poursuivre le travail pour étendre la collecte de données de stadification à d'autres types de cancer et mieux comprendre toutes les possibilités que nous offrent ces données.

Entre-temps, la méthode de stadification du cancer adoptée au Canada est sur le point de changer. Le retrait de l'aide financière américaine au cadre de stadification concertée à compter de janvier 2016 incite les experts canadiens à revoir les façons de recueillir les données sur le stade du cancer et les facteurs pronostiques au pays. Pour faciliter ce virage, le Conseil canadien des registres du cancer, en collaboration avec le Partenariat, a mis sur pied un groupe de travail canadien sur la stadification du cancer, dont le rôle est d'orienter l'établissement d'une nouvelle norme pour la collecte des données de stadification au Canada.

Données à venir : la survie relative à deux ans selon le stade

La surveillance du taux de survie et des résultats connexes en fonction du stade du cancer peut fournir de précieux renseignements sur l'efficacité des efforts de détection précoce et de

traitement. Pour faire suite au premier coup d'œil sur la stadification du cancer qu'offre le présent rapport cible, le Partenariat a commencé à travailler avec les provinces pour recueillir et analyser de nouvelles données sur la survie selon le stade. L'accent sera mis sur la survie relative à deux ans selon le stade pour deux des quatre cancers affectant le plus souvent les Canadiens : le cancer du poumon et le cancer colorectal. Les données sur la survie selon le stade seront présentées par province lorsque c'est possible et rendues publiques plus tard en 2015.

Prochains rapports sur le rendement du système

Plus tard en 2015, le Partenariat publiera deux autres rapports sur le rendement du système de lutte contre le cancer :

- *Rapport cible sur le cancer de la prostate au Canada* : Ce rapport présentera divers indicateurs sur le rendement du système de la lutte contre le cancer de la prostate, dont les tests de dépistage de l'APS, l'incidence selon le stade et les modèles de soins. Il donnera également le point de vue de certains survivants et patients atteints du cancer de la prostate sur leur expérience du système de santé.
- *Rapport de 2015 sur le rendement du système de lutte contre le cancer* : Ce rapport présentera les tout derniers résultats liés aux 17 indicateurs du tableau de bord, ainsi qu'un tout nouveau contenu portant sur certaines particularités, par exemple une analyse de l'utilisation de la tomographie par émission de positrons dans la prise en charge du cancer du poumon au Canada.

À propos du Partenariat canadien contre le cancer

Le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) a été créé en 2007 par le gouvernement fédéral grâce à un financement de Santé Canada. Depuis lors, son principal mandat a été de mettre en œuvre la stratégie canadienne de lutte contre le cancer et de favoriser la concrétisation de sa vision grâce à un changement systémique coordonné dans tout le continuum de la lutte contre le cancer — de la prévention au traitement, en passant par les questions liées à la survie et les soins palliatifs.

Le Partenariat obtient des résultats en collaborant étroitement avec des partenaires provinciaux, territoriaux et nationaux pour stimuler et soutenir la production de connaissances sur le cancer et la lutte contre le cancer, ainsi qu'en favorisant l'échange et l'adoption de pratiques exemplaires dans l'ensemble du pays pour aider les personnes les plus affectées par le cancer. La diminution des cas de cancer, la diminution du nombre de Canadiens qui meurent de cette maladie et une meilleure qualité de vie pour les personnes qui en sont atteintes sont les résultats que nous cherchons à obtenir.

À propos de l'Initiative sur le rendement du système

L'Initiative sur le rendement du système du Partenariat est un effort consenti à l'échelle nationale dans le but de déterminer les divers aspects de la lutte contre le cancer qui doivent être mesurés, de définir des indicateurs de rendement, de recueillir des données valides et

comparables, puis de présenter les résultats dans un rapport intégré qui permet de faire la synthèse des résultats et d'interpréter les tendances de manière à pouvoir cerner les améliorations à apporter au système. Ce travail s'accomplit en étroite collaboration avec des partenaires provinciaux, territoriaux et nationaux.

Les conclusions sont publiées dans une série de rapports destinés à la communauté de la lutte contre le cancer, surtout les organismes provinciaux de lutte contre le cancer, les ministères provinciaux de la Santé, les cliniciens, les chercheurs, ainsi que les patients atteints de cancer et leur famille. Les indicateurs de rendement visent à aider les décideurs, les planificateurs des services de santé, les chercheurs et les cliniciens à cerner les pratiques exemplaires et les mesures à prendre pour améliorer la qualité de la lutte contre le cancer dans l'ensemble du Canada.

Pour obtenir de l'information sur le rendement du système et consulter les rapports antérieurs, il faut aller à l'adresse rendementdusysteme.ca.

À propos de cette publication

**Pourquoi faire rapport du
stade du cancer?**

9

**Rédaction du
rapport**

11

**Structure du
rapport**

11



À propos de cette publication

Dans le présent rapport, le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) met en lumière l'importance des données de stadification au sein du système canadien de lutte contre le cancer. Le Canada dispose de plus en plus de telles données grâce aux registres provinciaux du cancer, qui consentent des efforts considérables pour recueillir et communiquer ces données à l'échelle de la population.

Les constatations pancanadiennes présentées

dans ce rapport reposent sur les toutes dernières données recueillies auprès de sources nationales et provinciales. Ces données concernent les indicateurs liés à l'incidence du cancer selon le stade et trois facteurs pronostiques précis, soit le nombre de cas de cancer du sein triple négatifⁱ, la répartition des cas de cancer de la prostate selon le niveau de risque et le taux de résection de la marge circonférentielle positive après une chirurgie rectale.

Pourquoi faire rapport du stade du cancer?

Il est très utile, tant pour le patient que son médecin, de connaître le stade du cancer lorsque ce dernier est diagnostiqué. Grâce à cette donnée, les professionnels de la santé qui traitent les personnes atteintes de cancer peuvent prescrire les meilleurs traitements et prévoir plus précisément l'évolution probable de la maladie. Il est également avantageux pour les patients de comprendre le stade de leur maladie au diagnostic et les choix de traitements qui s'offrent à eux pour envisager la suite possible des choses.

À propos de l'Initiative nationale en matière de stadification

L'initiative nationale en matière de stadification 2008-2012, fruit d'un investissement de 20 millions de dollars en infrastructure et en technologie consenti par le Partenariat canadien contre le cancer, établit une échéance précise pour recueillir auprès de la population des données de stadification sur au moins 90 % des cas de cancer du sein, de cancer colorectal, de cancer du poumon et du cancer de la prostate diagnostiqués chez les Canadiens à partir de 2010. Ces quatre types de cancer représentent plus de la moitié des cancers diagnostiqués au Canada.

Pour l'année de diagnostic 2010, neuf des dix provinces ont atteint ce but et voient à recueillir, à analyser et à communiquer des données de stadification normalisées pour ces quatre cancers les plus courants. Au Québec, on est à recueillir de telles données en vue du prochain Registre québécois du cancer.

ⁱ L'analyse de la tumeur confirme l'absence de récepteurs des oestrogènes (ER) et de la progestérone (PR) ainsi que du récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2).

Pour le système de lutte contre le cancer dans son ensemble, la disponibilité de données de stadification normalisées fondées sur la population canadienne, ainsi que d'autres données de diagnostic et de traitement du cancer, s'avère utile de bien des façons :

- les données de stadification permettent à la communauté de la lutte contre le cancer de mieux interpréter les mesures de résultat à long terme, comme l'incidence du cancer, la mortalité et la survie;
- combinées aux données de traitement, les données de stadification permettent de déterminer si les soins prodigués pour lutter contre le cancer sont conformes aux lignes directrices de pratique clinique recommandées;
- les données de stadification facilitent l'évaluation de la qualité et de l'efficacité des efforts de dépistage et de détection précoce;
- de nombreux chercheurs sur le cancer utilisent les données de stadification pour mieux évaluer la taille et le profil des cohortes en vue des essais cliniques et autres projets de recherche;
- enfin, la collecte et l'utilisation de données de stadification permettent aux responsables du système provincial de santé d'optimiser l'utilisation des ressources en soins de santé, puisque le coût de la prise en charge des cas de cancer varie habituellement selon le stade^{1,2}.

Progression du cancer selon le stade

Pour être capable d'établir le stade de certains cancers, il faut comprendre comment ceux-ci évoluent. Les cellules cancéreuses se multiplient et se divisent de manière incontrôlée, et ne meurent pas au moment prévu. Elles forment ainsi souvent une masse de tissus appelée « tumeur ».

Une tumeur apparaît généralement comme une bosse localisée qui se limite à un organe ou à une partie du corps en particulier. Cependant, à mesure qu'elle grossit, la tumeur peut envahir les tissus et les organes environnants. Des cellules cancéreuses peuvent également se détacher de la tumeur et entrer dans le flux sanguin ou le système lymphatique.

De cette façon, les cellules cancéreuses peuvent se propager du siège primaire aux ganglions lymphatiques ou à d'autres organes. La prolifération du cancer est appelée *métastase*.

Stade 0

Carcinome *in situ* - forme précoce

Stade I

Localisé

Stade II

Localement avancé précoce

Stade III

Localement avancé tardif

Stade IV

Métastasé

Rédaction du rapport

Les indicateurs et analyses présentés dans le présent rapport sont le fruit d'une collaboration entre de nombreux partenaires à l'échelle nationale, provinciale et territoriale. Le travail effectué repose également sur des consultations menées auprès de nombreux experts et chefs de file du savoir du programme du diagnostic et des soins cliniques du Partenariat.

À l'échelle provinciale, le Comité directeur et le Comité de travail technique, qui se composent de représentants des dix provinces nommés à l'échelon local, soutiennent le travail de l'Initiative sur le rendement du système du Partenariat et ont orienté la planification et l'élaboration du rapport. Pour ce faire, des paramètres et méthodes de calcul détaillés ont été établis, puis utilisés lors de la collecte et de l'analyse des données, en particulier pour la saisie de données sur le stade du cancer, afin d'assurer l'uniformité et la comparabilité des données entre les provinces.

À l'échelle nationale, le Partenariat travaille en étroite collaboration avec Statistique Canada, qui est l'administrateur du Registre canadien du cancer (RCC). Le RCC est une base de données administratives qui recueille les renseignements sur l'incidence du cancer auprès de tous les registres provinciaux et territoriaux du cancer au Canada. Les données de RCC ont servi à calculer et à établir des indicateurs sur l'incidence du cancer selon le stade et les facteurs pronostiques connexes.

Les indicateurs présentés dans ce rapport reposent, pour la plupart, sur l'année de diagnostic 2010, toute première année pour laquelle neuf provinces ont soumis des données de stadification fondées sur la population pour les quatre types de cancer les plus courants du RCC. Les données de 2011 et de 2012 n'étaient pas encore disponibles au moment de la publication du rapport. Les prochains rapports sur le rendement du système présenteront des données plus actuelles puisque Statistique Canada est à rendre publiques les données mises à jour du registre national du cancer.

Structure du rapport

En guise de mise en contexte, le rapport fait tout d'abord état de *l'ampleur de la collecte de données de stadification* dans chaque province. Ces données sont exprimées en pourcentage provincial des nouveaux cas de cancer pour lesquels des données valides sur le stade au diagnostic sont disponibles.

Ensuite, le rapport examine pour la toute première fois les *taux d'incidence selon le stade au diagnostic* pour les quatre cancers les plus courants (sein, colorectal, poumon et prostate). Puis, il donne un aperçu de la prévalence de trois principaux facteurs pronostiques, soit l'incidence des cas de cancer du sein triple négatif, la répartition des cas de cancer de la prostate selon la catégorie de risque et l'incidence des cas de cancer du rectum avec résection de la marge circonférentielle positive.

Outre le stade du cancer, on utilise les *facteurs pronostiques* pour déterminer les stratégies de traitement convenant à chaque patient et obtenir des données utiles sur les grandes options de traitement et les résultats pour le patient à l'échelle de la population. Puisque la stadification concertée compte plus de points de données que le système de classification habituel fondé sur l'anatomie « tumeur-ganglion-métastase » (TNM), l'analyse de ces trois facteurs pronostiques a été possible.

Pour chacun des indicateurs présentés dans ce rapport, les résultats sont comparés par province et présentés sous forme de graphiques et de tableaux. Des renseignements supplémentaires sont mis en évidence dans des encadrés.

Résultats liés aux indicateurs

Collecte de données et
production de rapports sur
les stades du cancer

13

Incidence de quatre cancers
selon le stade

16

Au-delà du stade : les autres
facteurs pronostiques

24



Résultats liés aux indicateurs

Collecte de données et production de rapports sur les stades du cancer

Pour les cas diagnostiqués en 2010, neuf provinces ont recueilli des données de stadification pour plus de 90 % des cas liés aux quatre cancers les plus courants (sein, poumon, prostate et colorectal) à l'aide du système de saisie de données de stadification concertée (SC)ⁱⁱ (voir la figure 1.1 pour les diagnostics établis en 2011). Voilà qui constitue un progrès considérable depuis 2007, année où il n'y avait que cinq provinces à rapporter des données de stadification pour plus de 90 % des cas liés à ces cancers — telles que présentées dans le Rapport de 2012 sur le rendement du système de lutte contre le cancer du Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat).

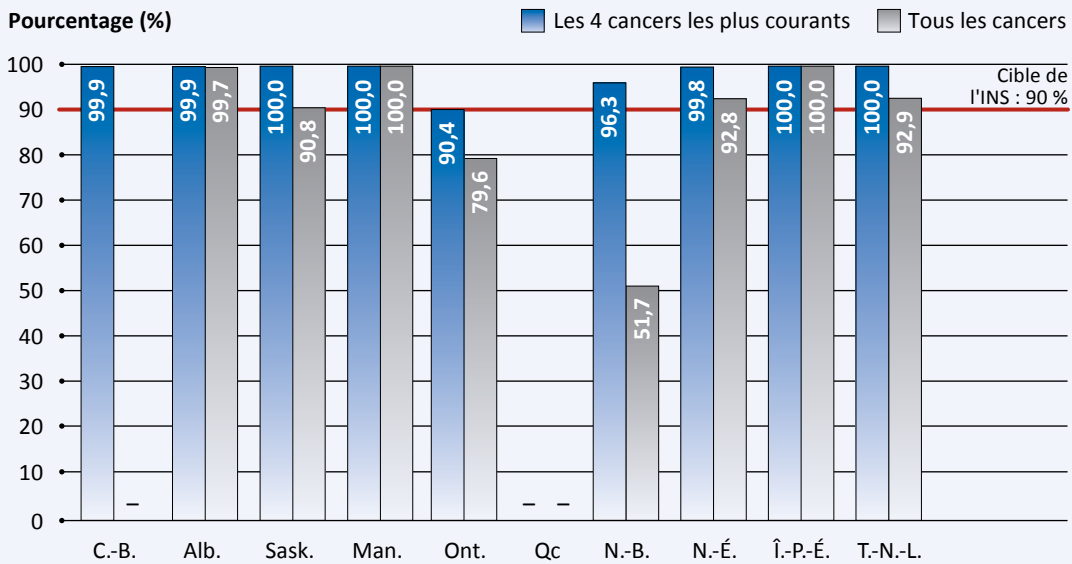
Dans le système de saisie de données de SC, un cas est considéré comme de « stade inconnu » lorsque les investigations diagnostiques nécessaires pour déterminer le stade ne sont pas encore toutes terminées ou que la documentation d'investigation est incomplète. Le pourcentage de cas de stade inconnu (pour les cancers du sein, colorectal, du poumon et de la prostate) est de 6 % ou moins pour huit des neuf provinces ayant fourni des données (tableau 1.1). La Colombie-Britannique compte le plus grand pourcentage de cas de stade inconnu, bien que le taux de cancer de la prostate semble décliner (de 32,9 % en 2010 à 19,7 % en 2011).

Le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat), en collaboration avec les gouvernements, continuera de surveiller la saisie des données de stadification et le taux de cancers de stade inconnu pour veiller à ce que ces données soient constamment accessibles à l'échelle pancanadienne.

ii **Système de saisie de données de stadification concertée (SC).** Par une méthode informatisée, des codeurs formés — appelés « technologues spécialisés en registre de tumeurs » (*certified tumour registrars*) — obtiennent l'accès à tous les dossiers de patients qui contiennent des résultats cliniques et des résultats d'analyse pathologique (analyse des tissus ou des cellules de la tumeur). Ils reçoivent et examinent les données, effectuent quelques évaluations en matière de codage, puis entrent les données dans les champs pertinents. Un ordinateur génère le stade approprié, mais permet également l'inclusion d'autres facteurs pronostiques. Cette information est saisie et stockée dans les registres provinciaux du cancer.

FIGURE 1.1

Pourcentage des nouveaux cas pour lesquels des données sur le stade du cancer figurent dans les registres provinciaux, pour les quatre types de cancer les plus courants et pour tous les cancers selon la province – diagnostic établi en 2011



Les quatre cancers les plus courants : sein, prostate, colorectal et poumon.

« - » Données non disponibles pour la C.-B. (tous les cancers) et le Qc (quatre cancers les plus courants et tous les cancers).

Qc : La collecte de données n'a commencé qu'en 2013.

Ont. : Les données excluent les cas de cancer in situ.

Cible de l'INS = cible établie par l'Initiative nationale en matière de stadification.

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

TABLEAU 1.1

Pourcentage des cas pour lesquels le stade du cancer est inconnu selon le siège de la maladie et la province, pour les diagnostics établis en 2010 et 2011

Siège de la maladie	Année	Province									
		C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
Sein	2010	5,3	1,6	1,6	1,7	2,2	-	0,9	2,9	1,9	1,4
	2011	3,6	1,6	1,5	1,3	1,7	-	1,6	2,9	1,6	1,5
Colorectal	2010	13,2	4,1	2,8	3,2	2,6	-	3,6	3,4	3,8	5,8
	2011	13,9	3,4	2,9	4,3	4,3	-	4,6	3,9	4,5	3,6
Poumon	2010	7,7	1,3	1,6	1,1	0,9	-	1,0	2,0	1,6	4,7
	2011	9,1	1,5	0,6	1,9	1,9	-	2,1	1,4	1,7	3,5
Prostate	2010	32,9	5,4	4,1	5,1	0,8	-	0,9	6,2	0,8	2,3
	2011	19,7	3,2	2,5	5,8	1,4	-	2,3	4,3	2,5	3,7
Tous les autres cancers	2010	-	-	-	-	1,7	-	-	-	-	-
	2011	-	5,6	3,8	3,6	1,7	-	-	2,5	3,4	5,0

« - » Données non disponibles.

Qc : La collecte de données n'a commencé qu'en 2013.

C.-B. : Les données ne concernent que les stades du cancer du sein, du cancer colorectal, du cancer du poumon, du cancer de la prostate et du cancer du col de l'utérus.

Ont. : Les données excluent les cas de cancer *in situ*.

N.-B. : Les données ne concernent que les stades du cancer du sein, du cancer colorectal, du cancer du poumon et du cancer de la prostate.

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

Incidence de quatre cancers selon le stade

Deux cancers faisant l'objet d'un programme de dépistage organisé : cancer du sein et cancer colorectal

Dans ce rapport, notre premier coup d'œil à l'incidence du cancer selon le stade s'attarde au cancer du sein et au cancer colorectal. Des programmes de dépistage du cancer du sein auprès de la population (comme la mammographie) sont en place dans toutes les provinces depuis au moins 15 ans. En revanche,

les premiers programmes provinciaux de dépistage du cancer colorectal n'ont été qu'instaurés en 2007, et certains d'entre eux n'étaient toujours pas entièrement mis en œuvre en 2014. C'est donc dire que les répercussions du dépistage du cancer colorectal sur l'incidence des cancers de stade avancé, et sur la réduction de la mortalité, ne pourront être observées avant un certain temps.

Pourquoi faire rapport de l'incidence du cancer selon le stade plutôt que de la répartition des cas selon le stade?

La répartition des cas de cancer selon le stade sert couramment d'indicateur pour mesurer le pourcentage des patients recevant un diagnostic à chaque stade de la maladie (I, II, III et IV).

Lorsqu'il y a dépistage systématique, on parvient généralement à détecter un plus grand nombre de cancers au stade précoce. Cela dit, le dépistage n'est efficace que s'il y a diminution du *nombre de cancers au stade avancé* (puisque, en décelant le cancer à un stade précoce, on prévient son diagnostic tardif) et du *taux de mortalité* (parce que la détection précoce et le traitement subséquent ont été curatifs).

D'un point de vue purement mathématique, le nombre accru de cancers détectés à un stade précoce (0-I) permet de réduire le pourcentage de cas détectés à un stade avancé (III-IV). Il serait donc possible de constater une baisse du *pourcentage* de cancers au stade avancé, même si le dépistage ne parvient pas à réduire le *nombre* de cancers au stade avancé.

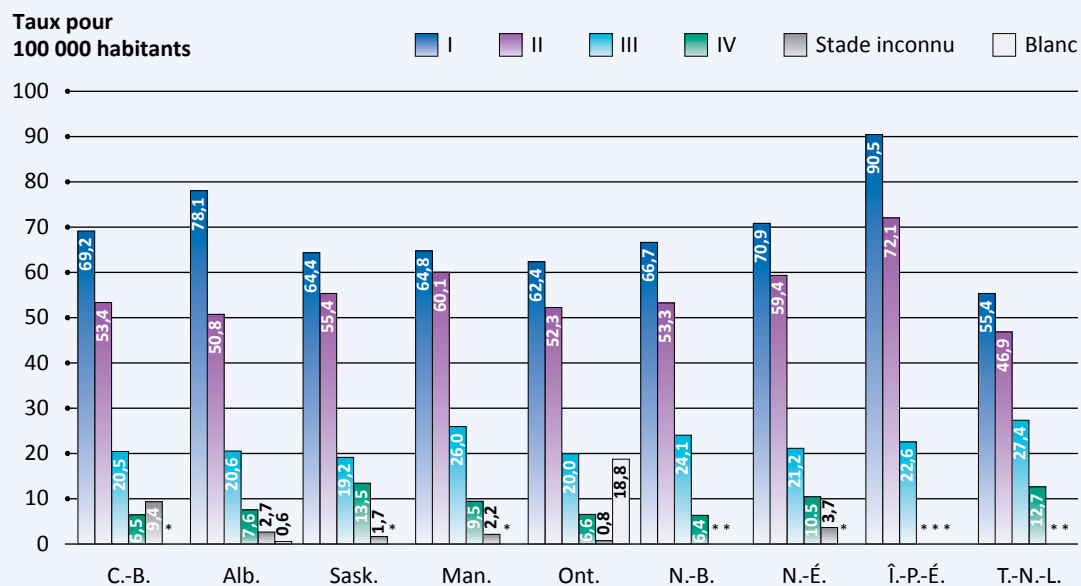
Pour évaluer l'incidence d'une détection précoce, il nous faut donc une mesure des taux d'incidence selon le stade : nous pourrions alors constater les retombées indépendantes du dépistage sur chaque stade de la maladie au diagnostic.

Jusqu'à ce qu'une telle mesure puisse être obtenue à grande échelle, il sera difficile d'utiliser les données de stadification pour évaluer les répercussions des efforts de dépistage et de détection précoce menées auprès de la population.

INCIDENCE DU CANCER DU SEIN SELON LE STADE

FIGURE 2.1

Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du sein chez les femmes, selon le stade au diagnostic et la province, pour les diagnostics établis en 2010



* Données supprimées en raison de l'incertitude statistique causée par les petits nombres.

Qc : Les données de stadification pour 2010 ne sont pas disponibles.

Stade inconnu : Les données entrées dans l'algorithme de stadification concertée (SC) ne suffisent pas à déterminer un stade avec certitude.

Blanc : Aucune donnée de stadification n'a été consignée dans le dossier du patient.

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

Selon les données de l'année de diagnostic 2010, les taux d'incidence du cancer du sein de stade I et II étaient beaucoup plus élevés que le taux d'incidence du cancer du sein de stade III (figure 2.1). Le taux d'incidence normalisé selon l'âge des cas de cancer du sein de stade I était dix fois supérieur au taux d'incidence du cancer du sein de stade IV.

Il est intéressant de constater que, selon les données des États-Unis, le taux d'incidence du cancer du sein de stade I à IV a presque doublé entre le début des années 1980 et la fin des années 1990³. Bien qu'aucune source canadienne ne puisse donner de telles données historiques de stadification, il est fort probable

que des tendances similaires aient été observées ici, étant donné la mise en œuvre progressive des programmes organisés de dépistage à partir de la fin des années 1980.

Durant l'année de diagnostic 2010, les taux d'incidence du cancer du sein de stade IV variaient entre 6,4 et 13,5 cas pour 100 000 habitants au Canada (figure 2.1). La Saskatchewan enregistrait le taux d'incidence du cancer du sein de stade IV le plus élevé (13,5 cas pour 100 000 habitants), mais l'un des plus bas pour le cancer du sein de stade I (64,4 cas pour 100 000 habitants). En Colombie-Britannique, c'était le contraire : la province affichait les plus faibles taux d'incidence normalisés selon l'âge

pour le cancer du sein de stade IV (6,5 cas pour 100 000 habitants), mais figurait parmi les provinces présentant le taux d'incidence normalisé selon l'âge le plus élevé de cancer du sein de stade I (69,2 cas pour 100 000 habitants).

Bien que le lien entre le taux de dépistage provincial et la répartition de l'incidence selon le stade présentée dans ce rapport n'en soit pas nécessairement un de cause à effet, de telles comparaisons peuvent au fil du temps permettre l'évaluation des efforts de dépistage et de détection précoce du cancer du sein.

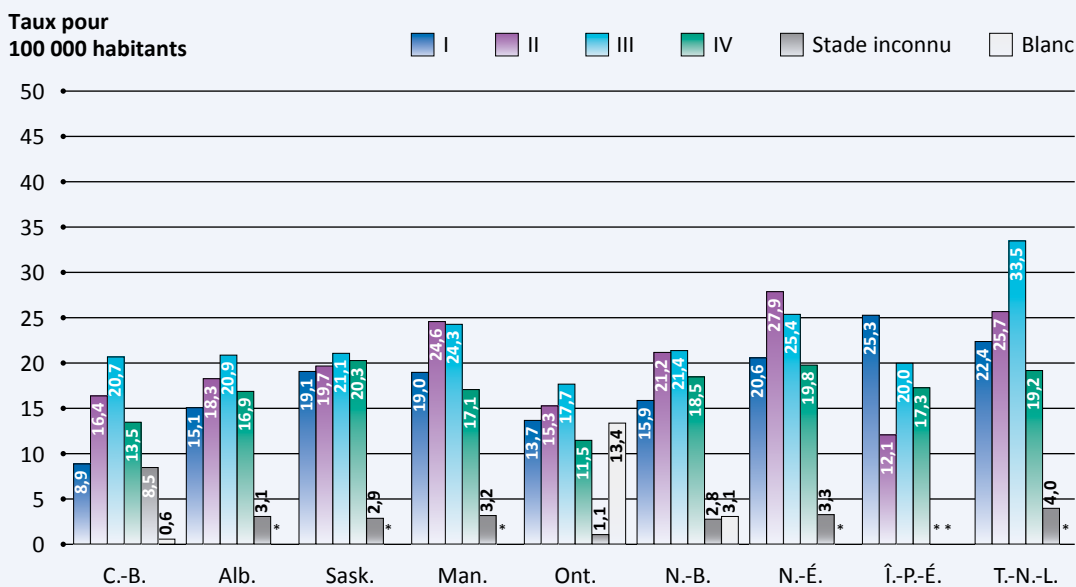
Ainsi, les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012 — telles

que présentées dans le *Rapport de 2014 sur le rendement du système de lutte contre le cancer* du Partenariat — indiquent le pourcentage de femmes (de 50 à 69 ans) disant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes. Ce pourcentage était de 63 % en Saskatchewan, province affichant le taux d'incidence normalisé selon l'âge le plus élevé pour le cancer du sein de stade IV selon le présent rapport. En Colombie-Britannique, le taux de dépistage était de 70 %; le présent rapport indique que cette province enregistre l'un des taux d'incidence normalisés selon l'âge les plus faibles pour le cancer du sein de stade IV parmi les provinces ayant fourni des données.

INCIDENCE DU CANCER COLORECTAL SELON LE STADE

FIGURE 2.2

Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer colorectal, selon le stade au diagnostic et la province, pour les diagnostics établis en 2010



* Données supprimées en raison de l'incertitude statistique causée par les petits nombres.

Qc : Les données de stadification pour 2010 ne sont pas disponibles.

Stade inconnu : Les données entrées dans l'algorithme de stadification concertée (SC) ne suffisent pas à déterminer un stade avec certitude.

Blanc : Aucune donnée de stadification n'a été consignée dans le dossier du patient.

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

Le cancer colorectal est le plus souvent diagnostiqué au stade III, lorsqu'il est encore curable par la chirurgie et la chimiothérapie, mais aussi lorsque le risque de récurrence après traitement est plus élevé que pour les cancers diagnostiqués à un stade moins avancé⁴. Les données de l'année de diagnostic 2010 indiquent que les taux d'incidence du cancer colorectal selon le stade au diagnostic étaient répartis plus uniformément que ceux du cancer du sein (figure 2.2).

Vu la mise en œuvre récente du dépistage du cancer colorectal auprès de la population, les différences de répartition des taux d'incidence selon le stade entre les neuf provinces ayant fourni des données constituent davantage une mesure de base (un point de départ pour les futures comparaisons). Cette base de référence varie selon la province : le plus faible taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer colorectal de stade IV se constate en Ontario (11,5 cas pour 100 000 habitants), alors que le plus élevé est observé en Saskatchewan (20,3 cas pour 100 000 habitants).

La mise en œuvre progressive des programmes de dépistage du cancer colorectal s'est faite à compter de 2007 et 2008 en Ontario, au Manitoba et en Alberta. En 2008, les taux de dépistage au sein de la population canadienne âgée de 50 à 74 ans variaient de 16,2 % au Québec à 46,6 % au Manitoba; l'Ontario suivait de près à 44,7 %. En 2012, toutes les provinces enregistraient une hausse des taux de dépistage allant de 28,3 % à 59,2 % de la population admissible⁵. Cette variation s'explique probablement par les diverses phases de la mise en œuvre des programmes de dépistage dans ces provinces.

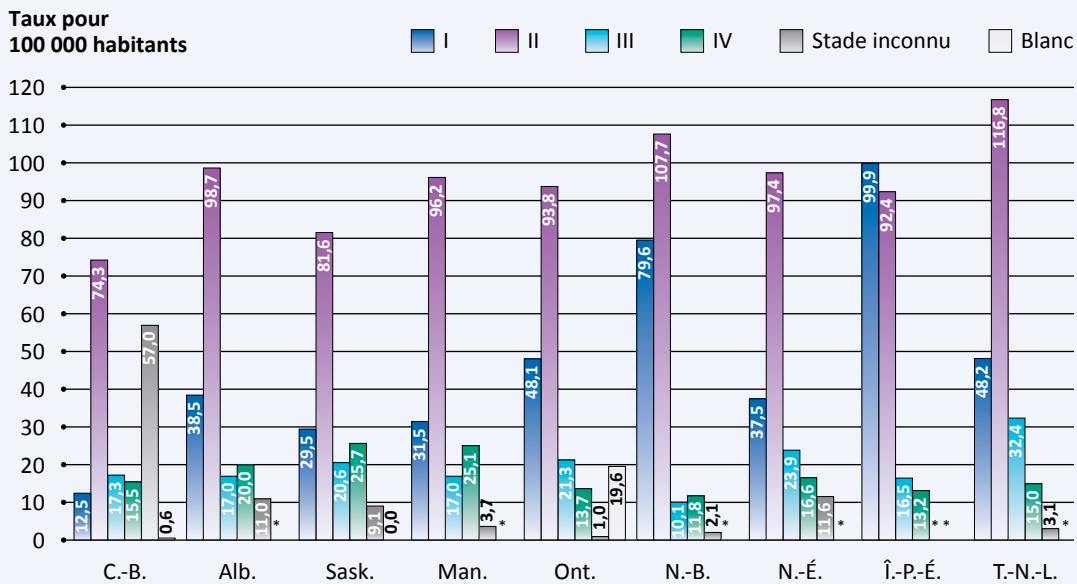
Les données indiquent que le taux d'incidence du cancer colorectal de stade précoce (stade I) variait de 25,3 cas pour 100 000 habitants à l'Île-du-Prince-Édouard à 8,9 cas pour 100 000 habitants en Colombie-Britannique. Au moment de comparer les divers taux d'incidence des provinces selon le stade du cancer colorectal au diagnostic, il est important de se rappeler qu'il existe des écarts interprovinciaux dans l'incidence globale de cette maladie. Ainsi, bien que les provinces de l'Atlantique présentent le taux d'incidence normalisé selon l'âge le plus élevé pour le cancer colorectal de stade précoce, elles affichent également les taux d'incidence globale les plus élevés pour cette maladie.

Au cours des 10 à 15 prochaines années, lorsque les programmes de dépistage du cancer colorectal seront plus évolués, on peut s'attendre à ce que la répartition de l'incidence du cancer colorectal selon le stade se modifie : il devrait y avoir plus de cancers de stade précoce et moins de cancers de stade avancé. De plus, puisque le dépistage du cancer colorectal permet réellement de détecter et d'enlever de nombreuses lésions précancéreuses, nous espérons voir une diminution des taux d'incidence globale.

INCIDENCE DU CANCER DE LA PROSTATE SELON LE STADE

FIGURE 2.3

Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer de la prostate, selon le stade au diagnostic et la province, pour les diagnostics établis en 2010



* Données supprimées en raison de l'incertitude statistique causée par les petits nombres.

Qc : Les données de stadification pour 2010 ne sont pas disponibles.

Stade inconnu : Les données entrées dans l'algorithme de stadification concertée (SC) ne suffisent pas à déterminer un stade avec certitude.

Blanc : Aucune donnée de stadification n'a été consignée dans le dossier du patient.

Source de données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer; Organismes provinciaux de lutte contre le cancer (C.-B. et Sask.).

Contrairement au cancer du sein et au cancer colorectal, le cancer de la prostate ne fait pas l'objet d'un programme de dépistage organisé auprès de la population canadienne. En effet, un tel programme n'est pas recommandé parce que, selon les données probantes, les bienfaits qu'il offre ne surpassent pas les préjudices qu'il peut causer.

Cela dit, les médecins prescrivent couramment le test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) à leurs patients à l'échelle du pays, mais dans une mesure qui varie selon la province. Cette variation s'explique en partie par les différentes politiques et pratiques en vigueur dans chaque province (p. ex., certaines provinces remboursent tous les tests de dépistage de l'APS prescrits par un médecin, alors que d'autres, non).

La figure 2.3 rend compte de l'incidence du cancer de la prostate selon le stade et la province durant l'année de diagnostic 2010. L'incidence des cas de cancer de la prostate de stade inconnu était particulièrement élevée en Colombie-Britannique (57,0 cas pour 100 000 habitants). Elle était beaucoup moins élevée — de 1,0 à 11,6 cas pour 100 000 habitants — dans les autres provinces.

Si on limite la comparaison aux provinces affichant une faible proportion de cas de cancer de stade inconnu, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard présentent le plus faible taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer de la prostate de stade avancé, alors que la Saskatchewan et le Manitoba affichent le taux le plus élevé. Le taux d'incidence du cancer de stade IV va de 11,8 cas pour 100 000 habitants au Nouveau-Brunswick à 25,7 cas pour 100 000 habitants au Saskatchewan.

Les données probantes concernant le test de dépistage de l'APS

Dans son rapport de 2014, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ne recommande pas l'utilisation systématique du test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) auprès de la population, en raison des données probantes insuffisantes quant à son efficacité et du fait qu'il peut faire du tort⁶.

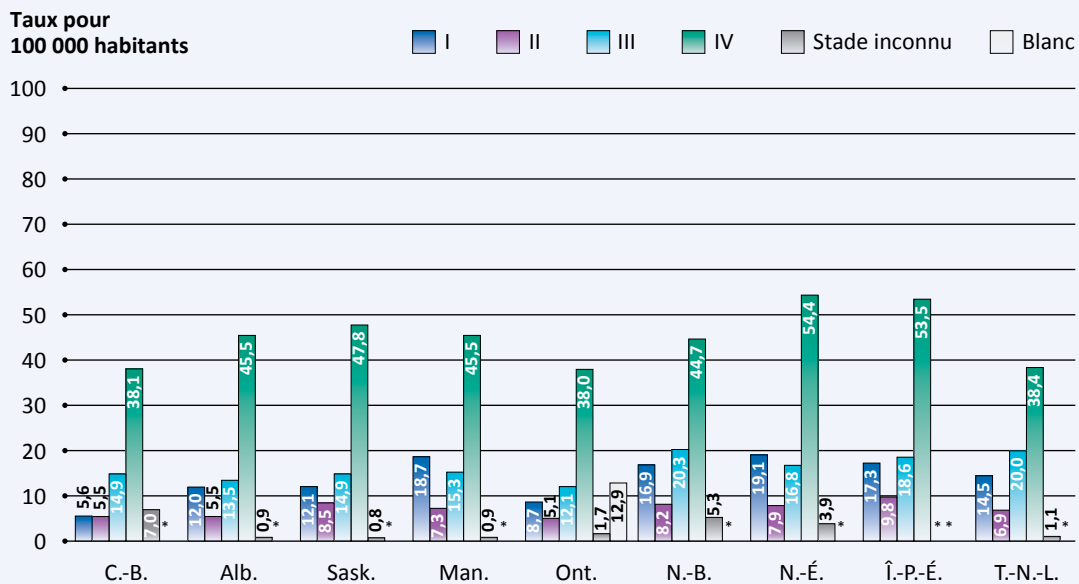
En effet, le test de dépistage de l'APS peut causer certains préjudices, comme des faux-positifs, des biopsies inutiles, un surdiagnostic de cancers de la prostate latents ou de stade précoce qui ne sont pas susceptibles de faire du tort, puis un traitement subséquent inutile qui peut augmenter les problèmes d'impuissance et d'incontinence et réduire la qualité de vie⁶.

L'étude sur le dépistage du cancer de la prostate, des poumons, colorectal et ovarien (l'étude PLCO), vaste essai clinique randomisé mené aux États-Unis, a permis de constater que le dépistage de l'APS n'a pas d'incidence sur la mortalité par cancer de la prostate⁷.

INCIDENCE DU CANCER DU POUMON SELON LE STADE

FIGURE 2.4

Taux d'incidence normalisé selon l'âge (population de 2011) des cas de cancer du poumon, selon le stade au diagnostic et la province, pour les diagnostics établis en 2010



* Données supprimées en raison de l'incertitude statistique causée par les petits nombres.

Qc : Les données de stadification pour 2010 ne sont pas disponibles.

Stade inconnu : Les données entrées dans l'algorithme de stadification concertée (SC) ne suffisent pas à déterminer un stade avec certitude.

Blanc : Aucune donnée de stadification n'a été consignée dans le dossier du patient.

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

Puisque le cancer du poumon s'accompagne rarement de symptômes avant d'avoir atteint un stade avancé, toute détection précoce est fortuite (p. ex., il peut être dépisté lors d'une tomographie par ordinateur prescrite pour un autre problème de santé non lié). Au Canada comme ailleurs, la plupart des cancers du poumon sont diagnostiqués lorsqu'ils ont déjà atteint le stade IV⁵. Il n'existe actuellement aucun programme de dépistage organisé auprès de la population pour détecter hâtivement le cancer du poumon. Toutefois, de nombreux gouvernements, dont ceux des provinces canadiennes, envisagent sérieusement de soumettre les patients à risque élevé d'avoir un cancer du poumon à une détection précoce au moyen d'une tomographie par ordinateur à faible dose⁸.

La figure 2.4 présente les taux d'incidence du cancer du poumon selon le stade et la province pour l'année de diagnostic 2010. Les taux d'incidence du cancer du poumon de stade IV vont de 38,0 à 54,4 cas pour 100 000 habitants, alors que ceux du cancer de stade précoce (stade I) sont beaucoup moins élevés, allant de 5,6 à 19,1 cas pour 100 000 habitants.

Les différences interprovinciales reflètent les variations de l'incidence globale du cancer du poumon, qui sont largement attribuables aux différents taux de tabagisme. Les provinces de l'Atlantique présentent des taux d'incidence proportionnellement plus élevés de cancer du poumon de stade avancé, mais il est important de noter qu'elles affichent également des taux d'incidence globale supérieurs pour cette maladie. Cette incidence plus élevée découle sans doute des taux de tabagisme plus élevés dans ces provinces.

Au-delà du stade : les autres facteurs pronostiques

Bien que le stade du cancer soit un indicateur important de la maladie d'un patient, d'autres facteurs influençant le pronostic et la réponse au traitement sont dorénavant pris en considération pour établir les options de traitement. Cela s'explique par l'amélioration considérable des connaissances sur de nombreux autres aspects du cancer — génétiques, moléculaires, hormonales — observée au cours des vingt dernières années.

Des données sur plusieurs de ces facteurs pronostiques ont été systématiquement recueillies dans le cadre du système de collecte de données de stadification concertée maintenant utilisé au Canada. Entre autres données, mentionnons certains biomarqueurs, comme la présence du récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2) dans les tumeurs mammaires et les niveaux d'antigènes prostatiques spécifiques (APS) observés chez les hommes atteints du cancer de la prostate. La présence de ces biomarqueurs nous aide à prévoir la réponse du patient à divers traitements et à comprendre l'évolution probable de sa maladie.

i. Pourcentage des cas de cancer du sein envahissant qui sont triple négatifs (absence d'ER, de PR et du HER2)

Selon certaines études, entre 15 % et 20 % de toutes les tumeurs mammaires sont triple négatives, c'est-à-dire qu'elles ne répondent pas aux critères de l'expression positive des récepteurs des œstrogènes (ER), des récepteurs de la progestérone (PR) et du HER2.

Les données probantes donnent à penser que les patientes présentant des tumeurs triple négatives font face à un pronostic plus sombre. Ces patientes sont plus susceptibles de se voir offrir de la chimiothérapie parce que, selon les données probantes, elles ne peuvent profiter des médicaments ciblant le HER2, comme le trastuzumab (Herceptin), ou des traitements hormonaux les plus efficaces pour stimuler l'expression positive des ER et des PR⁹. Voilà pourquoi le cancer « triple négatif » a été lié à un nombre disproportionné de décès chez les femmes atteintes du cancer du sein, particulièrement les plus jeunes¹⁰.

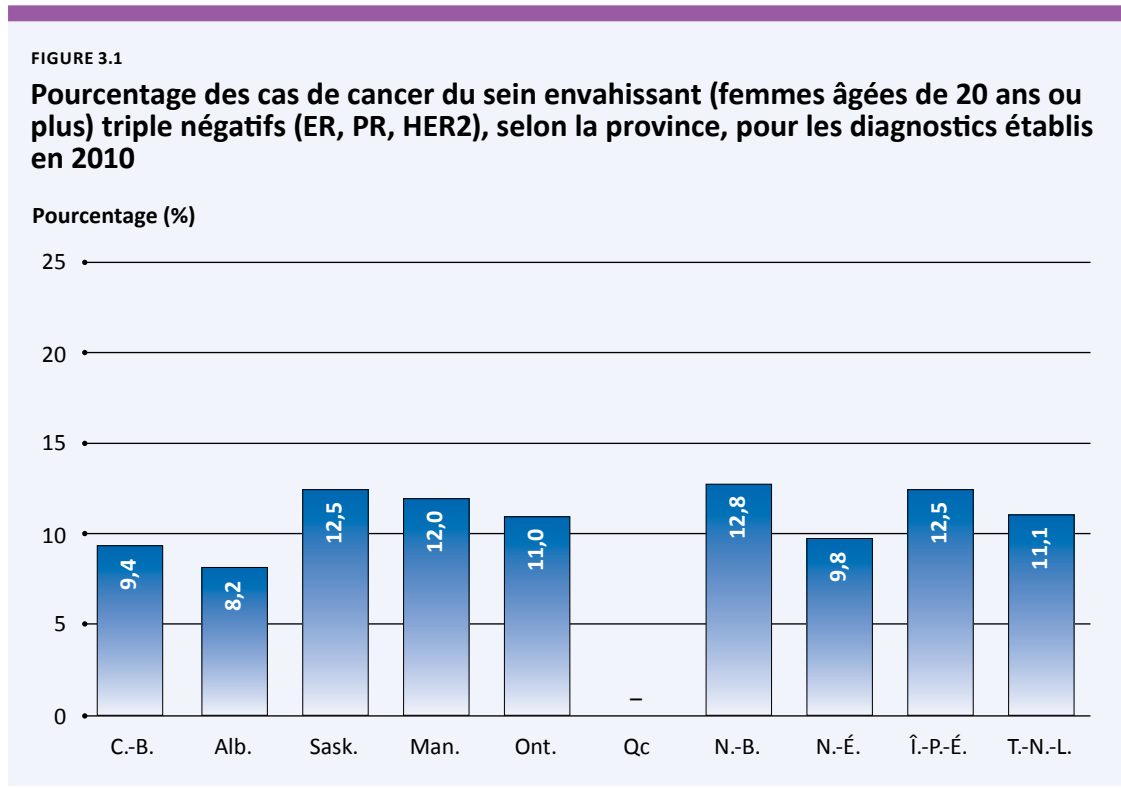
Marqueurs tumoraux du cancer du sein

La plupart des cellules cancéreuses du sein ont à leur surface certains récepteurs d'hormones ou de facteurs de croissance sans lesquels elles ne peuvent croître. Ces récepteurs peuvent servir de cibles aux médicaments connus pour inhiber la croissance des tumeurs. Il peut être utile de savoir que certains marqueurs tumoraux sont présents pour choisir la pharmacothérapie appropriée.

Les biomarqueurs les plus souvent utilisés pour prévoir la réponse au traitement sont les **récepteurs des œstrogènes (ER)** et les **récepteurs de la progestérone (PR)**. La protéine appelée **récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2)** est un autre marqueur tumoral utile pour soigner le cancer du sein. Les cellules cancéreuses du sein produisant trop de HER2 tendent à être plus agressives en l'absence d'un traitement adjuvant anti-HER2 ou à moins bien réagir au traitement hormonal.

La figure 3.1 montre que le pourcentage des cancers du sein diagnostiqués comme triple négatifs tombe dans une catégorie relativement petite (de 8,2 % en Alberta à 12,8 % au Nouveau-Brunswick). Ces résultats canadiens correspondent aux données provenant des États-Unis. Selon une récente analyse de la base de données SEER (*Surveillance Epidemiology and End Results*) pour 2010, 12,2 % des cancers du sein des femmes aux États-Unis étaient triple négatifs pour les marqueurs ER, PR et HER2¹¹. Ces données américaines indiquent également que la proportion de cas de cancer triple négatif est

deux fois plus grande chez les femmes noires (22,5 %) que chez les femmes blanches (10,7 %). Voilà qui soulève la possibilité d’une susceptibilité ethnique ou génétique à ce type de cancer du sein. Bien que cette constatation puisse également s’appliquer au contexte canadien, aucune donnée démographique (comme la race ou l’ethnicité) n’est systématiquement recueillie auprès des patients atteints de cancer au Canada. Les variations provinciales présentées ci-après peuvent découler de l’ethnicité, ainsi que d’autres facteurs qui doivent être pris en considération pour interpréter les résultats.



« - » Données non disponibles.

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

ii. Répartition des cas de cancer de la prostate non métastatique selon la catégorie de risque

Dans les cas de cancer de la prostate, les caractéristiques de stadification classiques ne nous racontent qu'une partie de l'histoire de la maladie du patient et de la pertinence des divers traitements. Plusieurs autres facteurs pronostiques ou prédictifs sont maintenant considérés de façon systématique dans le pronostic et la planification du traitement contre le cancer de la prostate.

Lors d'une réunion de concertation tenue en 2000, les radio-oncologues génito-urinaires du Canada (GUROC) se sont entendus sur un ensemble de définitions pour regrouper en catégories les risques du cancer de la prostate localisé; les tumeurs localisées sont celles qui ne se sont pas propagées au-delà de la prostate. Ces catégories (faible risque, risque intermédiaire et risqué élevé) sont fondées sur le score de Gleason de la biopsie du patient, les taux sanguins d'APS et le stade clinique T¹².

Catégories de risque du cancer de la prostate

Faible risque

Doit avoir *toutes* les caractéristiques suivantes :

- APS ≤ 10 ng/mL
- Score de Gleason ≤ 6
- Stade T1-T2A

Risque intermédiaire

Doit avoir *toutes* les caractéristiques suivantes (si *pas* à faible risque) :

- APS ≤ 20 ng/mL
- Score de Gleason < 8
- Stade T1/T2

Risque élevé

Doit avoir *l'une* des caractéristiques suivantes :

- APS > 20 ng/mL
- Score de Gleason ≥ 8
- Stade $\geq T3$

Facteurs pronostiques du cancer de la prostate

Score de Gleason

Cette classification repose sur le degré d'agressivité de la tumeur, évaluée par l'examen microscopique de cellules prélevées par biopsie. Un score de 2 à 6 laisse croire à un cancer de la prostate à faible risque, qui devrait croître très lentement. Un score de 7 révèle la présence d'une tumeur à risque intermédiaire qui progressera à un rythme modéré. Un score de 8 à 10 indique un cancer agressif susceptible de croître plus rapidement.

Antigène prostatique spécifique (APS)

L'APS est une protéine produite par la prostate et sécrétée dans le liquide séminal. Un ASP élevé peut révéler la présence d'un cancer au stade précoce, mais peut également déclencher des analyses et des traitements inutiles. C'est pourquoi les médecins tiennent compte des autres facteurs de risque du patient avant de recommander un traitement particulier ou toute autre approche.

Stade clinique T

Les données sur le stade clinique T se fondent sur un toucher rectal ou une échographie transrectale (qui peut comprendre une analyse microscopique des tissus). La définition du stade clinique T permet également de déterminer si certains traitements conviennent ou non au patient, notamment la prostatectomie radicale (ablation de la prostate), la radiothérapie externe, la curiethérapie, la cryochirurgie et l'hormonothérapie prétraitement.

La figure 3.2 démontre que la répartition des cas de cancer de la prostate non métastatique selon la catégorie de risque varie substantiellement d'une province à l'autre. Les pourcentages vont de 15,5 % à 47,8 % dans les cas à faible risque, de 30,4 % à 52,5 % dans les cas à risque intermédiaire, et de 13,0 % à 35,1 % dans les cas à risque élevé.

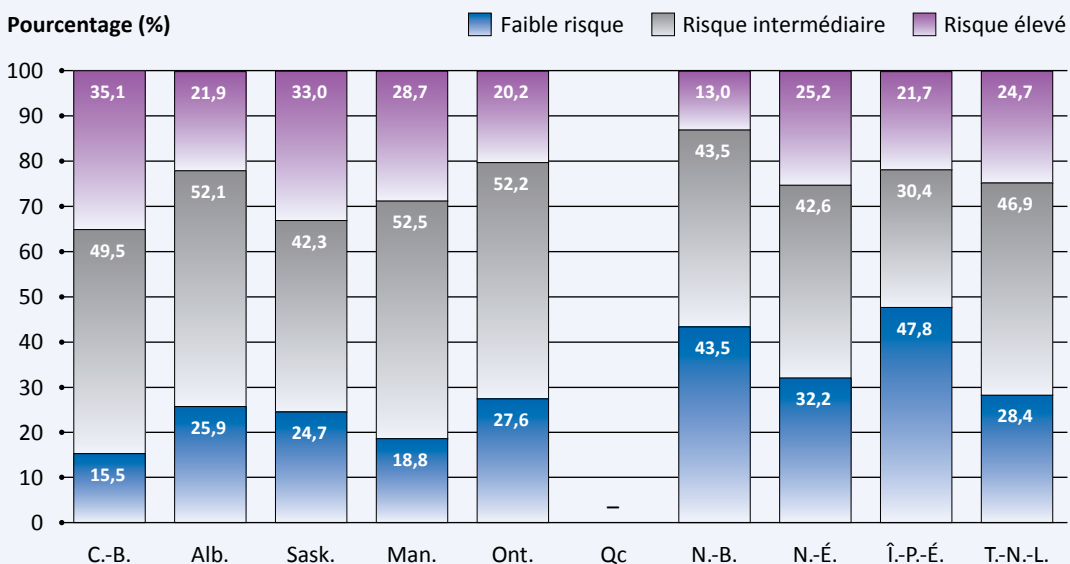
Il est possible qu'une partie de cette variation reflète certaines différences dans l'exercice de la pathologie ou la saisie et la communication de données. Cela dit, il est aussi possible que le nombre plus élevé de tests de dépistage de l'APS menés dans certaines provinces entraîne une proportion plus élevée de patients classés dans la catégorie à faible risque.

À titre de comparaison, une étude américaine menée auprès de plus de 200 000 hommes atteints du cancer de la prostate a établi la répartition suivant : 29 % des hommes ont été jugés à faible risque, 49 % étaient à risque intermédiaire et 22 % étaient considérés comme à risque élevé¹³. Cette répartition est comparable à celle de l'Alberta et de l'Ontario (la répartition de la Colombie-Britannique est difficile à interpréter en raison du grand nombre de cas de cancer de stade inconnu).

Dans le prochain rapport cible sur le rendement du système de lutte contre le cancer de la prostate au Canada, nous présenterons des indicateurs qui mesurent les modèles de soins selon la catégorie de risque du cancer de la prostate (et selon le groupe d'âge). Ces données souligneront comment les approches couramment utilisées pour prendre en charge le cancer de la prostate peuvent varier selon la catégorie de risque du patient.

FIGURE 3.2

Répartition des cas de cancer de la prostate non métastatique (hommes âgés de 20 ans ou plus) selon la catégorie de risque et la province, pour les diagnostics établis en 2010



« - » Données non disponibles.

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

iii. Taux de résection de la marge circonférentielle positive dans les cas de cancer envahissant du rectum

La chirurgie est le principal traitement pour les patients atteints d'un cancer du rectum. Lors d'une procédure de résection d'un cancer du rectum, le chirurgien tentera de retirer complètement la tumeur et certains tissus normaux qui l'entourent (appelés « marge »).

Dans une *marge négative*, les tissus examinés par un pathologiste sont exempts de toute cellule cancéreuse. Il y a donc plus de chances que la tumeur ait été entièrement retirée. Dans une *marge positive*, des cellules cancéreuses peuvent être détectées en bordure du prélèvement chirurgical, ce qui donne à penser que des cellules malignes peuvent ne pas avoir été retirées. Il s'agit d'une marge de tissus normaux mesurant moins de 1 mm en bordure de la tumeur originale.

Parmi les types de marges étudiées en cas de cancer du rectum — proximale, distale et circonférentielle (aussi appelée radiale) — la marge circonférentielle est considérée comme étant la plus importante.

Depuis les vingt dernières années, les conclusions d'analyse de la marge circonférentielle servent à prédire les chances de succès d'une chirurgie chez les patients atteints du cancer du rectum. Par exemple, la tumeur risque-t-elle de réapparaître? La situation est d'autant plus compliquée lorsqu'il s'agit de retirer des tumeurs cancéreuses logées dans une région anatomique très étroite. C'est pourquoi la marge circonférentielle peut également servir d'indicateur de la qualité de la chirurgie effectuée dans les cas de cancer du rectum.

L'évolution des techniques chirurgicales pour le cancer du rectum, notamment l'utilisation de l'exérèse complète du mésorectum combinée à la radiothérapie préopératoire pour diminuer les tumeurs, a mené à une réduction notable des marges positives. Cette réduction a, à son tour, entraîné la diminution des taux de récurrence du cancer du rectum¹⁴.

Comme l'indique la figure 3.3, le pourcentage des cas de cancer du rectum ayant une marge circonférentielle positive est aussi bas que 7,7 % au Manitoba et aussi élevé que 21,1 % en Nouvelle-Écosse. Cet important écart persiste même lorsque l'analyse se limite aux grandes provinces effectuant un plus grand nombre de chirurgies. Ainsi, le taux de marges positives était

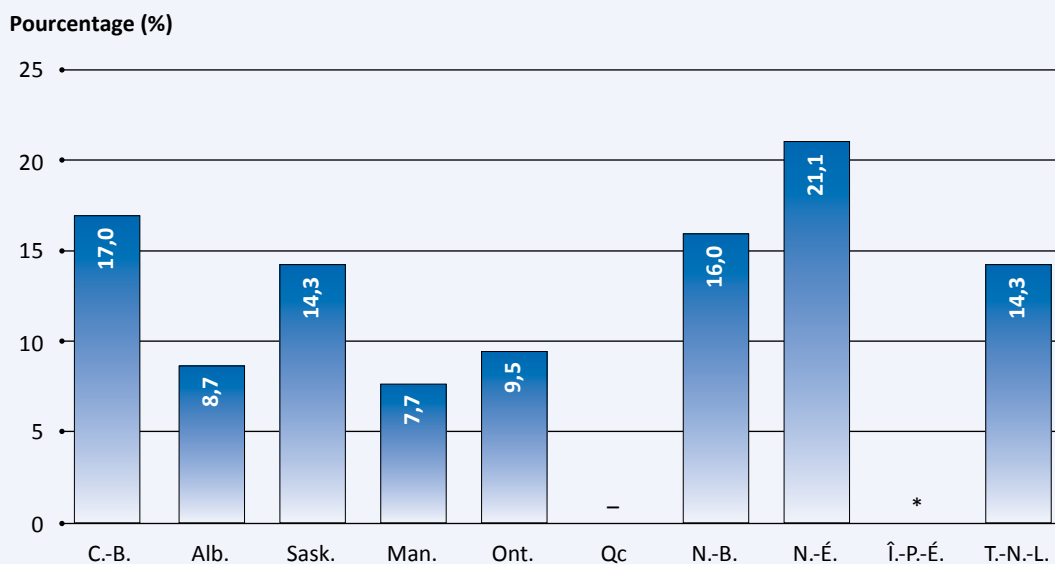
presque deux fois plus élevé en Colombie-Britannique (17 %) qu'il ne l'était en Alberta (8,7 %).

On constate une variabilité similaire dans les résultats d'autres études américaines fondées sur la population, où les taux de marges circonférentielles positives vont de 8 % à 22 %¹⁴.

À mesure que d'autres données de stadification seront disponibles au fil des ans, il sera possible de déterminer si une telle variation interprovinciale découle d'une instabilité générale dans les données utilisées pour mesurer les indicateurs ou si elle souligne une différence réelle dans la pratique chirurgicale entre les provinces.

FIGURE 3.3

Pourcentage des résections efficaces en cas de cancer du rectum (patients âgés de 20 ans ou plus), présentant une marge circonférentielle positive, selon la province, pour les diagnostics établis en 2010



* Données supprimées en raison de l'incertitude statistique causée par les petits nombres.

« - » Données non disponibles.

La marge circonférentielle positive (MCP) est une marge de résection de moins de 1 mm en bordure de la tumeur originale.

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

Perspectives d'avenir

Comme nous l'avons mentionné précédemment dans le présent rapport, l'Initiative nationale en matière de stadification nous a permis d'achever la collecte de données de stadification fondées sur la population pour les quatre cancers affectant le plus souvent les Canadiens. Cependant, la méthode de stadification concertée est sur le point de changer.

En août 2013, les principaux organismes américains de normalisation de la collecte de données dans les registres du cancerⁱⁱⁱ ont annoncé qu'ils ne soutiendraient plus le cadre de stadification concertée pour les cas diagnostiqués après le 1^{er} janvier 2016. Les principaux motifs de ce retrait sont les coûts et la complexité du maintien d'un tel système d'algorithmes, surtout en raison de la demande accrue en données sur des « variables pronostiques » qui ne relèvent pas de la classification normalisée fondée sur l'anatomie « tumeur-ganglion-métastase » (TNM).

Le retrait de l'aide financière américaine au cadre de stadification concertée incite les experts canadiens à revoir les façons de recueillir les données sur le stade du cancer et les autres facteurs pronostiques au pays. Si la classification TNM constitue la norme en matière de donnée à l'avenir, notre principale tâche sera de définir avec quel niveau de détail il faudra recueillir des données sur les tumeurs, ganglions et métastases à l'échelle régionale et nationale.

Pour faciliter ce virage, le groupe de travail canadien sur la stadification du cancer (collaboration entre le Conseil canadien des registres du cancer et le Partenariat canadien contre le cancer) voit à orienter l'établissement d'une nouvelle norme pour la collecte des données de stadification au Canada. Il verra à superviser la transition entre la stadification concertée et un système moins exigeant en ressources, mais permettant tout de même de recueillir les éléments de données les plus utiles sur le stade et le pronostic du cancer.

Rapports synoptiques d'anatomopathologie : ajout de valeur aux données de stadification

Dès le début de son mandat, le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) a reconnu l'importance de se doter de rapports d'anatomopathologie complets et détaillés en temps opportun pour lutter efficacement contre le cancer. En 2008, l'Initiative nationale en matière de stadification a été lancée et est parvenue à mettre en œuvre un système de production de *rapports synoptiques d'anatomopathologie* en Ontario et au Nouveau-Brunswick. Un système semblable existait déjà à l'Île-du-Prince-Édouard.

iii Les Centers for Disease Control and Prevention et leur programme national des registres de cancer (National Program of Cancer Registries), le National Cancer Institute et son programme SEER et la Commission on Cancer.

Les rapports synoptiques d'anatomopathologie par voie électronique permettent la normalisation de la collecte, de la transmission, du stockage, de la récupération et de la communication des données entre les systèmes d'information clinique. Les facteurs diagnostiques et pronostiques importants sont énumérés dans une liste ou un tableau structuré au lieu d'être exprimés dans un format texte sans structure. La communication entre les prestataires de soins de santé s'en trouve améliorée, et le traitement est plus facile à choisir. Nous pouvons également comparer le rendement de divers pathologistes et examiner la répartition des caractéristiques tumorales à l'échelle d'une population.

Grâce au soutien du Partenariat, la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba et la Nouvelle-Écosse ont commencé à produire des rapports synoptiques d'anatomopathologie électroniques. Le Nouveau-Brunswick a étendu leur utilisation à l'échelle de la province. L'Île-du-Prince-Édouard a travaillé à instaurer un nouveau système de registre et d'interfaces pour recueillir des données électroniques.

Ces améliorations témoignent des investissements consentis par les provinces, Inforoute Santé du Canada et le Partenariat¹⁵. Les données des rapports synoptiques d'anatomopathologie viendront bonifier les données de stadification et de pronostic entrées dans les registres et permettre une analyse plus significative des données diagnostiques, y compris la définition des pratiques exemplaires qui améliorent la qualité des soins à l'échelle du pays.

Prochains rapports sur le rendement du système

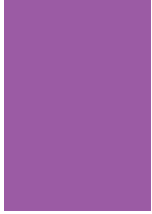
Le prochain rapport sur le rendement du système et les suivants continueront de présenter des indicateurs et des analyses connexes qui reposent lourdement sur les données de stadification et de pronostic de qualité recueillies par les registres provinciaux du cancer.

- Ces données concernent les 17 indicateurs du tableau de bord qui sert de fondement aux rapports annuels sur le rendement du système de lutte contre le cancer, à commencer par l'édition 2015, qui paraîtra plus tard dans l'année.
- La série de rapports cibles renfermera également des indicateurs fondés sur le stade et les facteurs pronostiques. Mentionnons notamment le prochain rapport cible sur le rendement du système de lutte contre le cancer de la prostate au Canada, qui présentera des modèles de traitement selon la catégorie de risque.
- Plus tard en 2015, le Partenariat publiera de nouvelles données concernant la survie selon le stade des cas de cancer du poumon et de cancer colorectal.

Nous croyons que ces travaux soulignent l'importance d'avoir des données de registre de grande qualité, y compris des données sur le stade et les facteurs pronostiques. De tels renseignements nous permettent de mesurer et d'évaluer avec précision le rendement du système de lutte contre le cancer et de déterminer les améliorations à apporter à l'échelle du Canada pour en assurer la qualité.

Références

1. Yabroff K.R., Lund J., Kepka D., Mariotto A. « Economic Burden of Cancer in the US: Estimates, Projections, and Future Research ». *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention* : publication de l'American Association for Cancer Research, cofinancée par l'American Society of Preventive Oncology 2011; 20(10), p. 2006-2014.
2. Demeter S.J., Jacobs P., Chmielowiec C. et coll. « The cost of lung cancer in Alberta ». *Can Respir J* 2007; 14(2), p. 81-86.
3. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2011-2012. Atlanta: American Cancer Society, Inc. Disponible à : <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-030975.pdf>
4. Tsikitis V.L., Larson D.W., Huebner M., Lohse C.M., Thompson P.A. « Predictors of recurrence free survival for patients with stage II and III colon cancer ». *BMC Cancer*. 2014; 14, p. 336.
5. Partenariat canadien contre le cancer. *Rapport de 2014 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. Toronto (Ont.) : Le Partenariat; 2014.
6. Bell N., Connor Gorber S., Shane A., Joffres M., Singh H., Dickinson J. et coll. « Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test ». *CMAJ*. 27 octobre 2014.
7. Andriole G.L., Crawford E.D., Grubb R.L. III, Buys S.S., Chia D., Church T.R. et coll. « Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up ». *J Natl Cancer Inst*. 18 janvier 2012; 104(2), p. 125-132.
8. American Cancer Society. Can non-small cell lung cancer be found early? 2014 [cite le 10 octobre 2014]. Disponible à : <http://www.cancer.org/cancer/lungcancer-non-smallcell/detailedguide/non-small-cell-lung-cancer-detection>
9. Dent R., Trudeau M., Pritchard K.I., Hanna W.M., Kahn H.K., Sawka C.A. et coll. « Triple-negative breast cancer: clinical features and patterns of recurrence ». *Clin Cancer Res*. 1^{er} août 2007; 13(15 Pt 1), p. 4429-4434.
10. Carey L., Winer E., Viale G., Cameron D., Gianni L. « Triple-negative breast cancer: disease entity or title of convenience? » *Nat Rev Clin Oncol*. Décembre 2010, 7(12), p. 683-692.
11. Howlander N., Altekruse S.F., Li C.I., Chen V.W., Clarke C.A., Ries L.A. et coll. « US incidence of breast cancer subtypes defined by joint hormone receptor and HER2 status ». *J Natl Cancer Inst*. Mai 2014; 106(5).
12. Lukka H, Warde P, Pickles T, Morton G, Brundage M, Souhami L. « Controversies in prostate cancer radiotherapy: consensus development » *Can J Urol*. 2001 Aug;8(4):1314-22.
13. Kamran K.A., Kim J., Biagioli M.C., Fernandez D.C., Pow-Sang J., Poch M.A. et coll. « Management trends in the United States for low-, intermediate-, and high-risk prostate cancer ». *Journal of clinical oncology*, revue officielle de l'American Society of Clinical Oncology. 2014.
14. Nagtegaal I.D., Quirke P. « What is the role for the circumferential margin in the modern treatment of rectal cancer? » *J Clin Oncol*. 10 janvier 2008; 26(2), p. 303-312.
15. Partenariat canadien contre le cancer. Le Partenariat lance l'initiative sur la production de rapports synoptiques d'anatomopathologie électroniques (IPRSAE) pour faire progresser la normalisation des rapports d'anatomopathologie du cancer à l'échelle du Canada. 2012. Disponible à : <http://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/2012/07/18/the-partnership-launches-electronic-synoptic-pathology-reporting-initiative-espri-to-advance-pan-canadian-standardized-cancer-pathology-reporting/>



**PARTENARIAT CANADIEN
CONTRE LE **CANCER****




**CANADIAN PARTNERSHIP
AGAINST **CANCER****

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

Tél. : 416.915.9222
Sans frais : 1.877.360.1665

partenariatcontrecancer.ca



*Orienter les améliorations en
matière de lutte contre le cancer*