

# RAPPORT DE 2011 SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME DE LUTTE CONTRE LE CANCER

DÉPISTAGE COLLABORATION TRAITEMENT  
PRÉVENTION DIAGNOSTIC SYSTÈME  
EXPÉRIENCE DU PATIENT QUALITÉ AMÉLIORATION  
ÉVALUATION PROCESSUS RAPPORTS  
CANCER SANTÉ RENDEMENT RECHERCHE  
PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER

L'équipe responsable de l'élaboration du rapport était dirigée par Heather Bryant, vice-présidente à la lutte contre le cancer, Partenariat canadien contre le cancer. L'équipe responsable de la production de ce rapport est composée de : Rami Rahal, responsable principal; Julie Klein-Geltink, gestionnaire; Kaileah McKellar, assistante à la recherche, et les analystes Sharon Fung, Dan He, Jin Niu et Gina Lockwood.

#### Remerciements

Ce rapport a été rendu possible grâce au dévouement des membres du groupe consultatif stratégique et des membres du groupe de travail technique sur le rendement du système à l'échelle nationale, ainsi qu'à celui du personnel des agences provinciales de lutte contre le cancer ou leur équivalent. Le Conseil C17, la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein, le Réseau national de dépistage du cancer colorectal et l'Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus ont également joué un rôle clé dans la cueillette des données.

Le Partenariat désire aussi remercier Statistique Canada, tout particulièrement la Division de la statistique de la santé, qui lui a accordé l'accès à des données, qui en a validé d'autres et qui a fourni des projections sur la survie conditionnelle.

**Nous désirons remercier d'une manière toute particulière les membres du groupe consultatif stratégique et les membres du groupe de travail technique sur le rendement du système à l'échelle canadienne.**

GROUPE CONSULTATIF STRATÉGIQUE SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME	
<b>Peter Craighead</b>	Directeur médical, Tom Baker Cancer Centre, et président du Département d'oncologie, Université de Calgary (Alb.)
<b>Andy Coldman</b>	Vice-président, Oncologie des populations, BC Cancer Agency (C.-B.)
<b>Eric Bow</b>	Directeur médical, Services cliniques et universitaires, Services de la lutte contre les infections, Action cancer Manitoba Directeur médical, Programme d'oncologie, Régie régionale de la santé de Winnipeg (Man.)
<b>Eshwar Kumar</b>	Cochef de la direction, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (N.-B.)
<b>Sharon Smith</b>	Directrice, Programme de soins contre le cancer, Eastern Health, Dr. H. Bliss Murphy Cancer Centre (T.-N.-L.)
<b>Carman Giacomantonio</b>	Chef, directrice médicale, Cancer Care Nova Scotia (N.-É.)
<b>Carol Sawka</b>	Vice-présidente, Action Cancer Ontario (Ont.)
<b>Dagny Dryer</b>	Conseiller médical, Registre du cancer de l'Î.-P.-É. (Î.-P.-É.)
<b>Antoine Loutfi</b>	Directeur, Direction québécoise du cancer, Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec)
<b>Colum Smith</b>	Vice-président, Services cliniques et médecin-hygiéniste principal, Saskatchewan Cancer Agency (Sask.)
GROUPE DE TRAVAIL TECHNIQUE SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME	
<b>Tom Snodgrass</b>	Chef de section, Cancer Outcomes & Performance Measurement (COPM), Alberta Health Services – Cancer Care (Alb.)
<b>Colleen Mcgahan</b>	Chef de la biostatistique, Cancer Surveillance & Outcomes, Population Oncology, BC Cancer Agency (C.-B.)
<b>Donna Turner</b>	Épidémiologiste et directrice provinciale, Oncologie et population, Action Cancer Manitoba (Man.)
<b>Grlica Bolesnikov</b>	Coordonnatrice, Gestion de la qualité et de la responsabilisation, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (N.-B.)
<b>Farah McCrate</b>	Épidémiologiste clinique, Programme de soins contre le cancer, Eastern Health (T.-N.-L.)
<b>Gordon Walsh</b>	Épidémiologiste, Unité de surveillance et d'épidémiologie, Cancer Care Nova Scotia (N.-É.)
<b>Rebecca Anas</b>	Directrice, Secrétariat du contrôle de la qualité de l'Ontario (Ont.)
<b>Katya Duvalko</b>	Ancienne directrice, Secrétariat du contrôle de la qualité, Action cancer Ontario (Ont.)
<b>Haim Sechter</b>	Chef, Méthodologies et normes, Données informatiques sur le cancer, Action cancer Ontario (Ont.)
<b>Kim Vriends</b>	Directeur, Registre du cancer de l'Î.-P.-É. (Î.-P.-É.)
<b>Liz Dobbin</b>	Chef, Centre de traitement du cancer de l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.)
<b>Chantal Bouchard</b>	Agente de recherche et de planification, Direction québécoise du cancer, Ministère de la Santé et des Services sociaux (Qc)
<b>Jon Tonita</b>	Vice-président, Santé de la population, Saskatchewan Cancer Agency (Sask.)

Ce document a été rendu possible grâce à la participation financière de Santé Canada, par l'entremise du Partenariat canadien contre le cancer. Les opinions exprimées dans le présent 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 qu'une citation fasse référence au Partenariat canadien contre le cancer.

Citation suggérée : Partenariat canadien contre le cancer (2011). Rapport de 2011 sur le rendement du système de lutte contre le cancer. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ</b>	<b>2</b>	<b>Thérapie générale</b>	<b>80</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>5</b>	Chimiothérapie adjuvante pour les cas de cancer du côlon au stade III	80
i. À propos du Partenariat	5	Chimiothérapie adjuvante pour les cas de cancer du poumon « non à petites cellules », au stade II ou IIIA	84
ii. Pourquoi produire un rapport sur le rendement du système?	5	<b>Interventions chirurgicales</b>	<b>87</b>
iii. Méthodologie d'évaluation du rendement du système fondée sur la collaboration	6	Prélèvement et examen d'au moins 12 ganglions pour les résections du cancer du côlon	87
iv. À propos du <i>Rapport de 2011</i>	6	<b>INDICATEURS SUR LA RECHERCHE</b>	<b>91</b>
<b>INDICATEURS DE PRÉVENTION</b>	<b>9</b>	Participation aux essais cliniques chez les adultes	92
Prévalence du tabagisme	12	Participation aux essais cliniques chez les enfants	95
Abandon du tabagisme	15	<b>INDICATEURS SUR L'EXPÉRIENCE DES PATIENTS</b>	<b>99</b>
Exposition à de la fumée de tabac ambiante	18	Degré de satisfaction des patients par rapport à la coordination et à la continuité des soins	100
Consommation d'alcool — Pourcentage dépassant la limite des recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque	21	Lieu du décès	103
Consommation d'alcool — Abstinence de l'alcool depuis 12 mois	24	<b>INDICATEURS DES RÉSULTATS À LONG TERME</b>	<b>107</b>
Consommation de fruits et de légumes	26	<b>Incidence, mortalité et survie relative selon le type de cancer</b>	<b>109</b>
Activité physique — Loisirs	29	Tous les types de cancer	109
Excès de poids et obésité chez les adultes	32	Cancer du sein	112
Excès de poids et obésité chez les adolescents	36	Cancer du poumon	115
Immunisation contre le papillomavirus humain	39	Cancer colorectal	118
<b>INDICATEURS DE DÉPISTAGE</b>	<b>43</b>	Cancer de la prostate	121
Dépistage du cancer du col de l'utérus	45	Survie relative selon le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada	124
Dépistage du cancer colorectal	49	Survie relative conditionnelle	127
<b>INDICATEURS DE DIAGNOSTIC</b>	<b>53</b>	<b>INDICATEURS DÉVELOPPEMENTAUX ET INTÉRIMAIRES</b>	<b>131</b>
Saisie de données sur le stade du cancer	54	Capacité de tomographie par émission de positrons et son utilisation	132
Temps d'attente entre un résultat positif à une mammographie et la résolution	57	Ratio d'utilisation de la radiothérapie	135
<b>INDICATEURS DE TRAITEMENT</b>	<b>61</b>	Dépistage de la détresse	137
<b>Temps d'attente en radiothérapie</b>	<b>63</b>	<b>PERSPECTIVES D'AVENIR</b>	<b>141</b>
Capacité et utilisation en radiothérapie	66	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>143</b>
Radiothérapie néoadjuvante pour les cas de cancer du rectum au stade II ou III	70	<b>ANNEXE TECHNIQUE</b>	<b>151</b>
Radiothérapie adjuvante pour les cas de cancer du sein au stade I et II	75		

# Résumé

---

## CONTEXTE

Le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) a été créé pour intensifier les efforts de lutte contre le cancer dans l'ensemble de la population canadienne. L'un des principaux aspects de ce mandat consiste à évaluer le rendement du système de lutte contre le cancer à l'échelle canadienne et à produire des rapports. Le Partenariat doit donc travailler en étroite collaboration avec ses partenaires nationaux et provinciaux dans le but de définir des indicateurs de rendement, de recueillir et d'analyser des données et de produire des résultats et des interprétations portant sur les principaux aspects du rendement du système. Ces différents aspects couvrent l'ensemble du continuum de la lutte contre le cancer, dont la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, la recherche, l'expérience vécue par les patients et les résultats à long terme. Le *Rapport de 2011 sur le rendement du système de lutte contre le cancer (le Rapport)* est le troisième rapport annuel portant sur les indicateurs de rendement du système.

Le *Rapport* s'inscrit dans la lignée des deux autres rapports publiés en 2009 et en 2010. En effet, il actualise certains indicateurs avec des données plus récentes. Par ailleurs, il présente de nouveaux indicateurs dans les domaines de la Prévention, du Dépistage, du Traitement et des Résultats à long terme. Dans le cas de plusieurs indicateurs des modèles d'intervention thérapeutique, l'ajout d'une année additionnelle de données marque une étape de plus vers le dégageant de certaines tendances. Tout comme dans les rapports antérieurs, les résultats de rendement sont répartis, le cas échéant, selon la province ou le territoire, l'âge, le sexe, le lieu de résidence (région urbaine, rurale ou très éloignée) et le statut ou la situation socioéconomique (mesuré selon le revenu ou le niveau de scolarité). Le cas échéant, ces résultats tiennent également compte des tendances temporelles ou séculaires. En outre, le rapport comporte de nouvelles corrélations, telles que la survie relative selon la situation socioéconomique.

Par ailleurs, cette année, nous avons modifié le format et la disposition du *Rapport* pour en faciliter la consultation et pour mieux agencer les chiffres, le texte et les discussions. Nous avons également inséré un nouveau chapitre intitulé *Indicateurs développementaux et intérimaires*, dans lequel on trouve des indicateurs sur lesquels il faudra se pencher davantage ou des paramètres substituables qui pourront être mieux définis à l'avenir. Enfin, nous avons ajouté un nouveau chapitre intitulé *Indicateurs sur l'expérience des patients*. Ce chapitre remplace celui qui était intitulé *Soins de soutien et soins aux survivants* dans les rapports antérieurs. Cet ajout a été fait pour élargir la portée du domaine abordé et prêter une plus grande attention à l'élaboration d'indicateurs permettant d'évaluer les soins axés sur les patients.

## RÉSULTATS

Les *Indicateurs de prévention* comprennent la prévalence du tabagisme, de l'abandon du tabagisme, de l'exposition à de la fumée de tabac ambiante, de la consommation d'alcool, de l'abstinence d'alcool, de la consommation de fruits et de légumes, de l'activité physique, de l'obésité chez les adultes et les adolescents et de l'immunisation contre le papillomavirus humain. Les données de rendement portant sur les habitudes de tabagisme permettent de dégager deux points encourageants, soit une baisse de la prévalence du tabagisme et de l'exposition à de la fumée de tabac ambiante. Par contre, on note une augmentation de la consommation d'alcool. Le fait que le pourcentage de la population canadienne considérée comme ayant un excès de poids ou comme étant obèse continue d'augmenter est peut-être plus inquiétant, et ce, malgré le fait que l'on observe une intensification de l'activité physique et de la consommation de fruits et de légumes. Les données actuellement disponibles à propos de l'immunisation contre le papillomavirus humain indiquent que son administration varie d'une province à l'autre.

Les *Indicateurs de dépistage* démontrent que les taux de participation au test de Papanicolaou sont généralement plus uniformes d'une province à l'autre, l'écart étant généralement inférieur à 10 %. Les taux de participation déclarée par les intéressés au test de dépistage du cancer colorectal varient toujours considérablement d'une province à l'autre (22 % à 52 %) et sont le reflet des différentes dates de démarrage des programmes provinciaux.

Les *Indicateurs de diagnostic* dévoilent que le pourcentage de nouveaux cas pour lesquels des données sur le stade du cancer ont été recueillies par les registres provinciaux du cancer est toujours à la hausse. Il s'élève maintenant à au moins 90 % dans six provinces sur neuf pour les quatre types de cancer les plus courants. On observe toutefois des écarts considérables en ce qui a trait au respect du temps d'attente cible entre une mammographie anormale et une résolution à un diagnostic de cancer, car il varie de 38 % à 84 % d'une province à l'autre.

Les *Indicateurs de traitement* contenus dans le *Rapport* de cette année comprennent les données d'une année de plus, ce qui permet d'effectuer des analyses préliminaires sur la tendance par rapport aux indicateurs qui évaluent le respect des directives thérapeutiques factuelles. En matière de temps d'attente pour la radiothérapie, dans sept provinces sur dix, 90 % des patients prêts à traiter ont entamé une radiothérapie dans l'intervalle cible de quatre semaines. On a observé une chute du 90<sup>e</sup> centile des temps d'attente dans la plupart des provinces entre 2008 et 2010. En ce qui a trait à la capacité en radiothérapie, le nombre d'accélérateurs linéaires par habitant était à la hausse dans plusieurs provinces en 2010 par rapport à la situation relative en 2009. Entre-temps, le taux d'utilisation de la radiothérapie, bien qu'il soit relativement uniforme d'une province à l'autre (29 % à 34 %), continue d'afficher une tendance à la baisse par rapport aux taux de prestation du traitement selon l'âge du patient. Les écarts se maintiennent d'une province à l'autre en ce qui a trait au taux de prestation du traitement respectant les directives thérapeutiques. Par ailleurs, on observe des tendances selon l'âge ou selon le sexe dans les cinq indicateurs de traitement respectant les directives thérapeutiques qui figurent dans le *Rapport*, à l'exception d'un seul.

Les *Indicateurs de recherche* démontrent que les taux de participation à des essais cliniques chez les adultes varient de 1 % à 8 %. Par contre, les taux cumulatifs de participation à des essais cliniques chez les enfants ont fléchi entre 2009 et 2010 dans sept des huit provinces qui ont présenté des données.

Dans la section intitulée *Indicateurs sur l'expérience des patients*, le degré de satisfaction des patients en matière de coordination et de continuité des soins variait de 50 % à 90 %. L'énoncé « Prestataires au courant des antécédents médicaux » est celui qui a obtenu le score le plus bas dans toutes les provinces, alors que « Savait qui était responsable de chaque traitement » est celui qui avait le score le plus élevé dans la plupart des provinces. Selon les statistiques de la base de données sur l'état civil, approximativement 70 % des décès attribuables au cancer sont survenus dans des établissements hospitaliers; ce taux variait de 50 % à 90 % d'une province à l'autre, quoiqu'il s'avère toujours difficile de comparer ces données.

La section intitulée *Résultats à long terme* démontre que les taux de mortalité et les taux d'incidence normalisés selon l'âge observés dans les rapports antérieurs se maintiennent. En effet, de 1995 à 2007, les taux globaux d'incidence du cancer se sont maintenus chez les hommes, alors qu'ils étaient à la hausse chez les femmes. On a observé une chute marquée des taux globaux de mortalité attribuable au cancer chez les hommes, mais cette baisse était moins marquée chez les femmes. Ces courants sont attribuables pour une large part au cancer du poumon, puisque l'incidence et le taux de mortalité ont chuté de 20 % entre 1992 et 2007 chez les hommes, alors que l'on a observé une augmentation de 8 % chez les femmes au cours de la même période. La survie relative selon le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada démontre l'existence d'écarts considérables selon le revenu familial, car l'écart de survie relative sur cinq ans est de 12 % entre le quintile de revenu le plus

faible et le quintile de revenu le plus élevé. Pour sa part, la survie conditionnelle relative sur cinq ans varie selon le type de cancer. Par exemple, l'âge est un facteur dans le cas du cancer du poumon, mais ne l'est pas dans celui du cancer colorectal.

## **PERSPECTIVES D'AVENIR**

L'évaluation du rendement du système et la production de rapports passe d'une méthodologie originale plus « opportuniste » à une méthodologie plus délibérée et systématique. Les orientations prévues à partir de 2012 comprennent le travail effectué en collaboration avec des partenaires afin de consolider les sources d'information existantes dans le but de développer de nouveaux indicateurs dans des domaines pour lesquels les données sont déficientes. Ces données portent tout particulièrement sur l'expérience vécue par les patients ou sur le concept des soins axés sur les patients, sur la recherche et le développement d'indicateurs qui permettent d'évaluer l'efficacité du système et en matière d'élaboration et d'adoption d'objectifs de rendement factuel (et de les intégrer dans les rapports). Elles portent également sur une évaluation plus étroite des répercussions des principaux déterminants de la santé (p. ex. statut socioéconomique), sur les questions liées aux populations particulières (p. ex. collectivités rurales ou éloignées, immigrants nouvellement arrivés) et sur la tenue d'études exploratoires ayant pour objet d'expliquer des écarts ou d'autres aspects des résultats de rendement.

Des plans sont également en place pour élaborer plusieurs catégories de rapports, dont des rapports sur le rendement du système qui n'abordent que des paramètres assortis de normes et de cibles claires et bien définies, des rapports sur les tendances émergentes et des paramètres développementaux qui comportent de nouveaux indicateurs explicatifs et qui abordent de nouvelles tendances devant être étudiées plus à fond, des rapports thématiques qui se penchent sur des types spécifiques de cancer, des modalités (p. ex. diagnostic, traitements à action générale, chirurgie) ou des sous-groupes de la population. Ceux-ci ont pour objet d'offrir une meilleure compréhension de domaines précis et de documenter la marche à suivre pour améliorer la qualité du système.

Enfin, des actions seront prises pour communiquer plus efficacement les données sur le rendement du système, pour recueillir de l'information sur le rendement et en améliorer l'accès et l'utilité, et ce, par le biais de l'élaboration d'outils permettant d'effectuer des analyses et de produire des rapports personnalisables.

# Introduction

---

## **i. À PROPOS DU PARTENARIAT**

Le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) est un organisme indépendant financé par Santé Canada. Il a été créé pour intensifier les efforts de lutte contre le cancer dans l'ensemble de la population canadienne. Le Partenariat regroupe des spécialistes du cancer, des organismes caritatifs ou gouvernementaux ainsi que des personnes atteintes d'un cancer et des personnes ayant survécu à un cancer déterminés à apporter un changement dans le domaine de la lutte contre le cancer. Ce travail de collaboration favorise la production de nouvelles connaissances et accélère la mise en application des connaissances actuelles au sujet de la lutte contre le cancer dans tout le Canada.

La vision du Partenariat est d'intensifier la lutte contre le cancer au Canada en agissant comme catalyseur, au moyen d'une action coordonnée qui permettra :

- de réduire le nombre prévu de cas de cancer;
- d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer;
- de réduire le risque de succomber à un cancer chez les Canadiens et les Canadiennes; et
- d'améliorer l'efficacité et l'efficience de la lutte contre le cancer.

À l'appui de cette vision, l'un des principaux mandats du Partenariat est de mesurer la qualité des soins prodigués dans le domaine de la lutte contre le cancer et d'en faire état. Le Partenariat a déterminé que l'analyse du rendement du système et la production de rapports constituent l'un de ses rôles principaux dans le cadre de son nouveau mandat de cinq ans (2012 à 2017). Pour ce faire, le Partenariat a élaboré un plan multidimensionnel qui a pour objet d'approfondir davantage la compréhension du rendement du système au Canada.

## **ii. POURQUOI PRODUIRE UN RAPPORT SUR LE RENDEMENT DU SYSTÈME?**

Le recours à des données factuelles pour la planification, la gestion et l'élaboration de politiques est depuis longtemps une caractéristique normative de l'évolution des soins de santé au Canada. Bien que les provinces et les territoires assument la responsabilité de la planification et du financement de la prestation des services de santé sur leur territoire, la collaboration à l'échelle nationale permet de participer plus facilement à des échanges portant sur les pratiques exemplaires. Cette collaboration permet de réaliser des progrès qualitatifs considérables à l'échelle du pays. En outre, la possibilité de comparer le rendement du système canadien à celui d'autres pays développés permet d'établir plus facilement des paramètres qui contribueront à améliorer le système.

Pour que les comparaisons interprovinciales du rendement du système puissent avoir un sens, une stratégie coordonnée est requise pour obtenir des définitions, des analyses et des interprétations normalisées. L'initiative d'analyse du rendement du système et de production de rapports entreprise par le Partenariat est une activité menée à l'échelle nationale dans le but de déterminer les aspects du système de lutte contre le cancer qui doivent être paramétrés. Cette initiative vise également à définir et à recueillir des données pouvant être comparées aux fins de paramétrage et à présenter des résultats dans un rapport intégré qui permette de synthétiser les résultats et d'interpréter des modèles de manière à pouvoir appuyer les stratégies d'amélioration de la qualité.

### **iii. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION DU RENDEMENT DU SYSTÈME FONDÉE SUR LA COLLABORATION**

Les indicateurs cités dans le *Rapport* sont le fruit des activités menées en collaboration avec de nombreux partenaires nationaux, provinciaux ou territoriaux. Le travail effectué repose également sur des consultations menées auprès de nombreux experts et chefs de file du savoir dans le domaine de la lutte contre le cancer.

À l'échelle nationale, le Partenariat travaille en étroite collaboration avec Statistique Canada. Cet organisme est l'administrateur des sondages et le responsable des données pour l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Il recueille des données sur l'état de santé, l'utilisation des soins de santé et les déterminants de la santé pour la population canadienne qui ont servi à l'élaboration de ce rapport. Statistique Canada héberge également le Registre canadien du cancer (RCC) qui a été utilisé pour générer des paramètres clés tels que l'incidence du cancer, la mortalité et la survie, suivant la soumission de données par les treize registres provinciaux et territoriaux du cancer. Le Partenariat travaille également en collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) à élaborer des normes uniformes pour les interventions chirurgicales liées au cancer.

Les organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent ont présenté des données détaillées sur le dépistage, le diagnostic, le traitement et l'expérience vécue par les patients. Les données ont servi au calcul de nombreux indicateurs contenus dans ce rapport. Ces données provinciales ont été rehaussées encore davantage par un jumelage de données qui a permis de développer des indicateurs capables de déterminer les taux de prestation du traitement par rapport aux directives thérapeutiques factuelles.

La production du *Rapport* a été supervisée par le comité de travail technique sur le rendement du système et le comité consultatif stratégique, où siègent des représentants de chacune des dix provinces. La liste des membres de ces deux groupes figure dans le contreplat du *Rapport*.

### **iv. À PROPOS DU RAPPORT DE 2011**

Le *Rapport de 2011* est le troisième rapport sur le rendement du système canadien de lutte contre le cancer présenté par le Partenariat. Les deux premiers rapports ont été produits en 2009 et en 2010. Tout comme dans les rapports antérieurs, la présentation du rapport de cette année tient compte des différents aspects du continuum de la lutte contre le cancer : Prévention, Dépistage, Diagnostic, Traitement, Recherche, Expérience vécue par les patients (Soins de soutien et soins aux survivants dans les rapports antérieurs) et Résultats à long terme.

Le rapport de cette année comporte aussi un nouveau chapitre intitulé Indicateurs développementaux et intérimaires dans lequel on trouve des indicateurs qui en sont toujours à l'étape de l'élaboration et qui devront être peaufinés davantage ou validés avant de devenir des indicateurs de rendement. Par ailleurs, ce chapitre comporte des indicateurs qui, sans être des paramètres privilégiés pour évaluer le rendement de certains aspects spécifiques de la lutte contre le cancer, s'avèrent utiles en l'absence d'indicateurs plus précis. Ce chapitre renferme également des indicateurs intérimaires, lorsque ceux-ci sont utilisés à l'échelle internationale et qu'ils se prêtent à des comparaisons outre-frontières.



Le *Rapport* contient un certain nombre de nouveaux indicateurs. Ceux-ci sont :

- Prévention :
  - ▲ Taux d'abstinence d'alcool
  - ▲ Exposition à de la fumée de tabac ambiante
  - ▲ Consommation de fruits et de légumes
  - ▲ Obésité chez les adolescents
  - ▲ Immunisation contre le papillomavirus humain
- Dépistage :
  - ▲ Taux de participation aux tests de dépistage du cancer du col de l'utérus (calculés à partir des données factuelles présentées par les programmes provinciaux)
- Traitement :
  - ▲ Chimiothérapie adjuvante contre le cancer du poumon « non à petites cellules »
- Résultats à long terme :
  - ▲ Survie conditionnelle
  - ▲ Survie selon le statut socioéconomique

Tout comme dans les rapports antérieurs, outre les comparaisons provinciales et territoriales, de nombreux indicateurs sur les patients et la population sont présentés selon le groupe d'âge, le sexe, le lieu de résidence (urbain, rural ou très éloigné) et le statut socioéconomique. Ce dernier indicateur tient compte, selon le cas, du revenu ou du niveau de scolarité d'un individu ou d'un ménage. Des tendances temporelles sont présentées lorsque des données pluriannuelles sont disponibles.

La disposition des chapitres a été modifiée cette année. En effet, tous les chapitres commencent par une introduction qui présente une toile de fond, une mise en contexte, une description de la source des données et d'autres renseignements pertinents à propos des indicateurs contenus dans le chapitre en question. Des graphiques et des tableaux présentent les résultats des indicateurs et des discussions sont disposées dans les catégories suivantes (bien que les indicateurs ne comportent pas tous nécessairement toutes ces catégories) :

- **Que mesure-t-on?** Description des indicateurs présentés.
- **Pourquoi le mesure-t-on?** Explication des motifs d'inclusion de l'indicateur et de l'information pertinente sur le fardeau de la maladie ou de ses répercussions sur l'activité de lutte contre le cancer évaluée.
- **Qu'est-ce qui se dégage des résultats?** Description des résultats associés à un courant ou à une tendance et, le cas échéant, quelques interprétations utiles.
- **Que se passe-t-il à l'échelle internationale?** Présentation d'échantillons de niveaux de rendement tirés des données obtenues ailleurs dans le monde et pouvant être utilisées aux fins de comparaison ou de normes émanant d'études pertinentes.
- **Qu'est-ce qui se fait?** Survol de quelques-unes des principales activités qui sont prévues ou qui sont en cours pour améliorer le paramètre dans ce domaine. Cette section traite également des travaux entrepris par le Partenariat et ses partenaires.
- **Que devrait-on savoir à propos de ces données ou de ces paramètres?** Explication des données connues ou des paramètres de calcul qui ont des répercussions pertinentes sur l'interprétation des résultats de l'indicateur. Tout comme dans les rapports antérieurs, à la fin du *Rapport*, on trouve une annexe technique qui comporte des explications exhaustives sur les données et la méthodologie liée à chacun des indicateurs.

Le tableau suivant énumère les indicateurs en fonction des différents aspects du continuum de la lutte contre le cancer. Les indicateurs surlignés sont ceux qui sont présentés pour la première fois.

CONTINUUM DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER	INDICATEUR	BASE DE DONNÉES			ACTUALISÉE	ENRICHIE EN 2011	NOUVELLE EN 2011
		ESCC	RCC	Agences de lutte contre le cancer ou un équivalent			
Prévention	Prévalence du tabagisme	●			●		
	Abandon du tabagisme	●			●		
	Fumée de tabac ambiante	●					●
	Consommation d'alcool	●				●	
	Consommation de fruits et de légumes	●					●
	Activité physique	●			●		
	Excès de poids et obésité chez les adultes	●			●		
	Excès de poids et obésité chez les adolescents	●					●
	Participation aux programmes d'immunisation contre le papillomavirus humain			● (réseau de dépistage)			●
Dépistage	Dépistage du cancer du col de l'utérus (programmes structurés)			● (réseau de dépistage)			●
	Accès à un programme de dépistage du cancer colorectal et taux de participation divulgué par les intéressés	●		● (réseau de dépistage)	●		
Diagnostic	Saisie des données sur le stade du cancer			●	●		
	Temps d'attente entre une mammographie anormale et la résolution			●	●		
Traitement	Temps d'attente en radiothérapie entre le moment où le patient est prêt à être traité et le début d'un traitement			●	●		
	Capacité et utilisation des accélérateurs linéaires			●	●		
	Utilisation de la radiothérapie			●	●		
	Radiothérapie néoadjuvante chez les personnes atteintes d'un cancer du rectum au stade II ou III			●	●		
	Radiothérapie adjuvante chez les personnes atteintes d'un cancer du sein au stade I ou II			●	●		
	Chimiothérapie adjuvante chez les personnes atteintes d'un cancer du côlon au stade III			●	●		
	Chimiothérapie adjuvante chez les personnes atteintes d'un cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II ou IIIA			●			●
	Résections du côlon avec examen ou exérèse d'au moins 12 ganglions			●	●		
Recherche	Ratio de participation à des essais cliniques chez les adultes			●		●	
	Ratio de participation à des essais cliniques chez les enfants			● (C17)	●		
Expérience du patient	Degré de satisfaction des patients			●		●	
	Lieu du décès		●		●		
Résultats à long terme	Taux d'incidence normalisés selon l'âge		●		●		
	Taux de mortalité normalisés selon l'âge		●		●		
	Survie relative		●			●	
	Survie conditionnelle		●				●
Développementaux ou intérimaires	Capacité et utilisation de la tomographie par émission de positrons			●	●		
	Ratio d'utilisation de la radiothérapie			●		●	
	Dépistage de la détresse			●	●		

# Indicateurs de prévention

Ce chapitre s'inscrit dans la lignée des indicateurs de prévention contenus dans le *Rapport de 2011 sur le rendement du système de lutte contre le cancer*. Il en comprend toutefois trois nouveaux, soit l'exposition à de la fumée de tabac ambiante, la consommation de fruits et de légumes et l'immunisation contre le papillomavirus humain. Des données plus récentes ont également permis de mettre à jour de nombreux autres indicateurs. La nouvelle présentation des données sur la consommation de l'alcool et sur l'activité physique permet d'étudier le profil des personnes qui ne consomment pas d'alcool et de celles qui font de l'activité physique pendant leurs loisirs. De plus, le *Rapport de 2011* comprend des mises à jour à propos de la prévalence et de l'abandon du tabagisme.

## DES COMPORTEMENTS SAINS PEUVENT PRÉVENIR DE NOMBREUX TYPES DE CANCER.

La prévention est une stratégie à long terme efficace pour réduire le fardeau du cancer. Selon le Fonds mondial de recherche contre le cancer, l'abstinence du tabac pourrait prévenir approximativement le tiers des cas de cancer. L'adoption d'une alimentation et d'une nutrition saines, la consommation d'alcool avec modération, la pratique régulière d'activité physique et le maintien d'un poids santé pourraient prévenir un autre tiers des cas de cancer<sup>1</sup>.

## DES CIBLES NATIONALES PERMETTENT DE FIXER LA NORME EN MATIÈRE DE SAINES HABITUDES DE VIE.

Les cibles liées à la prévention, lorsqu'il y en a, sont fixées à l'échelle municipale, provinciale ou nationale. Les énoncés suivants sont des exemples de cibles ou de directives en matière de prévention à l'échelle canadienne :

- La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains propose une série de cibles liées à une saine alimentation, à l'activité physique et au maintien d'un poids santé. Ces cibles prévoient une amélioration de 20 % d'ici à 2015 par rapport aux données de référence obtenues dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) en 2003<sup>2</sup>.
- La Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme a dégagé des cibles en matière de prévalence du tabagisme, d'abandon du tabagisme et d'exposition à de la fumée de tabac ambiante<sup>3</sup>. Selon ces cibles, la prévalence du tabagisme devrait passer de 19 %, en 2003, à 12 %, en 2011. Pour sa part, le pourcentage des personnes exposées à de la fumée de tabac ambiante, qui s'élevait à 28 % en 2006, devrait être de 20 % en 2011. Enfin, le nombre d'adultes qui ont cessé de fumer devrait être de 1,5 million<sup>3</sup>. La source des données utilisées pour fixer ces cibles est l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada.
- Aucune cible n'a été fixée en matière de consommation d'alcool. Des recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque font toutefois l'objet d'un large consensus. Les recommandations actuelles sont 1 verre d'alcool par jour chez les femmes et 2 verres d'alcool par jour chez les hommes. Cette recommandation fait toutefois présentement l'objet d'une évaluation par rapport aux risques de cancer<sup>4</sup>.

## LE PARTENARIAT, EN COLLABORATION AVEC SES PARTENAIRES, APPUIE DE NOMBREUSES INITIATIVES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DU CANCER ET EN FAIT LA PROMOTION.

Le portefeuille en Prévention primaire du Partenariat travaille en collaboration avec un certain nombre de partenaires au Canada dans le but de faciliter la mise en œuvre des nouvelles stratégies de prévention et de promouvoir l'adoption des initiatives existantes. Le programme Connaissances et action liées pour une meilleure prévention est l'une de ces grandes initiatives. Cette initiative, qui est financée en collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada et la Fondation des maladies du cœur, a pour objet d'améliorer la santé de la population canadienne en mobilisant des organismes de diverses provinces et de divers territoires qui forment des coalitions dans le but d'intégrer la prévention du cancer avec des stratégies pour prévenir d'autres maladies chroniques<sup>5</sup>.

Le rapport intitulé *Analyse environnementale des activités de prévention primaire au Canada Partie 1 – Politiques et lois*<sup>6</sup>, qui a été publié par le Groupe d'action pour la prévention primaire du Partenariat, offre une aperçu des politiques et des lois ayant un lien avec des facteurs de risque du cancer qui ont été promulguées au Canada, tant à l'échelle fédérale que provinciale ou municipale, entre 1997 et 2007. Il offre des données de référence sur lesquelles s'appuie le Répertoire des politiques de prévention, un répertoire exhaustif qui contient des données à jour accessibles en ligne<sup>7</sup>.

## LA PLUPART DES DONNÉES SUR LA PRÉVENTION PROVIENNENT DE SONDAGES MENÉS AUPRÈS DE LA POPULATION, SURTOUT L'ESCC.

Les données présentées dans la section du *Rapport* portant sur la prévention proviennent surtout de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Depuis 2007, on effectue tous les ans ce sondage transversal. De 2001 à 2005, les données de l'ESCC étaient recueillies tous les deux ans sur une période d'un an auprès de 130 000 personnes. Depuis 2007, les données de l'ESCC sont recueillies tous les ans auprès d'approximativement 65 000 personnes. Pendant ces deux périodes, approximativement la moitié des entrevues ont été effectuées par un enquêteur qui utilisait un ordinateur, alors que les autres entrevues ont été effectuées au téléphone par un enquêteur qui utilisait un ordinateur. L'échantillon ne tient pas compte des personnes qui vivaient dans des réserves ou sur des terres publiques, des pensionnaires d'un établissement institutionnel, des membres du personnel à plein temps des Forces canadiennes ni des personnes qui habitaient dans certaines régions éloignées<sup>8</sup>. Chaque cycle du sondage comporte un certain nombre de questions prédéterminées. D'autres questions peuvent être facultatives ou varier d'un cycle à l'autre. L'ESCC offre une riche source de données pour faire le suivi temporel des comportements sanitaires dans la population canadienne. Lorsque l'on compare ces taux à ceux qui sont observés dans d'autres pays, il est toutefois important d'interpréter ces données avec prudence, puisque la définition des indicateurs, l'échantillonnage de la population et la méthode de cueillette des données ne sont pas nécessairement semblables et qu'ils peuvent avoir des répercussions sur les résultats.

Le tableau suivant résume les résultats des Indicateurs de prévention contenus dans le *Rapport*.

INDICATEUR DE PRÉVENTION	RÉSUMÉ DE LA SITUATION À L'ÉCHELLE NATIONALE (2009*)	TENDANCES DEPUIS 2003*
<b>Prévention du tabagisme</b>	20 % de la population canadienne ≥ 12 ans fumaient.	La prévalence du tabagisme, qui était de 23 %, a fléchi graduellement.
<b>Promotion de l'abandon du tabagisme</b>	18 % des adultes qui fumaient récemment ont déclaré avoir cessé de fumer au cours des deux dernières années.	Le pourcentage des personnes qui fumaient récemment et qui ont cessé de fumer, qui était de 22 %, a fléchi.
<b>Prévention de l'exposition à de la fumée de tabac ambiante</b>	L'exposition publique signalée est de 10 %. Les taux d'exposition à la maison ou à bord d'un véhicule étaient toutefois plus faibles, puisqu'ils étaient respectivement de 7 % et 6 %.	L'exposition à de la fumée de tabac ambiante est à la baisse, surtout dans les lieux publics.
<b>Prévention de la consommation d'alcool — recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque</b>	En 2005, 9 % de la population canadienne consommaient une quantité d'alcool supérieure aux recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque.	Le pourcentage des adultes qui consomment une quantité d'alcool supérieure aux recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque a légèrement augmenté dans tous les groupes d'âge.
<b>Prévention de la consommation d'alcool — abstinence de l'alcool</b>	19 % de la population canadienne n'avaient pas consommé d'alcool au cours de l'année précédente.	Le pourcentage des adultes qui n'ont pas consommé d'alcool au cours de l'année précédente est demeuré à peu près le même.
<b>Promotion de la consommation de fruits et de légumes</b>	46 % de la population canadienne ≥ 12 ans consommaient au moins cinq portions de fruits ou de légumes par jour.	Le pourcentage de la population canadienne ≥ 12 ans qui consomme au moins cinq portions de fruits ou de légumes par jour a augmenté depuis 2003, alors que 41 % de la population canadienne ≥ 12 ans en consommaient cinq portions.
<b>Promotion de l'activité physique</b>	26 % de la population canadienne déclarent être actifs ou très actifs pendant leurs loisirs.	On observe une légère augmentation de 2 %.
<b>Prévention de l'obésité chez les adultes</b>	52 % des adultes au Canada avaient un excès de poids ou étaient considérés comme obèses.	Le pourcentage des adultes ayant un excès de poids ou considérés comme obèses a augmenté de 3 %.
<b>Prévention de l'obésité chez les adolescents</b>	20 % des adolescents avaient un excès de poids ou étaient considérés comme obèses.	Le pourcentage des adolescents ayant un excès de poids ou considérés comme obèses est relativement stable, à 19 %, depuis 2005 (aucune donnée n'est disponible avant 2005).
<b>Promotion de l'immunisation contre le papillomavirus humain</b>	La mise en œuvre de programmes d'immunisation en milieu scolaire a commencé en 2007 et couvre toutes les provinces et tous les territoires. Pour 2008-2009, les taux d'immunisation variaient de 52 % à 87 %.	Les premiers programmes provinciaux d'immunisation contre le papillomavirus humain ont été mis en œuvre en 2007.

\* Sauf indication contraire.

## PRÉVALENCE DU TABAGISME

### QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur présente le pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus déclarant avoir fumé tous les jours ou à l'occasion au cours de l'année précédente.

### POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- On a démontré que le tabagisme est l'une des principales causes évitables de cancer au Canada, et qu'il est responsable de 85 % de tous les cas de cancer du poumon<sup>9-10</sup>.
- Le tabagisme joue également un rôle dans de nombreux autres types de cancer. Selon le Fonds mondial de recherche contre le cancer, l'abstinence du tabac pourrait prévenir approximativement le tiers des cas de cancer<sup>1</sup>.
- Les rapports sur les comportements liés au tabagisme à l'échelle nationale permettent d'évaluer les progrès dans le domaine de l'usage du tabac. Ils contribuent également à dégager de nouvelles avenues pour intensifier les activités de prévention du tabagisme.
- L'objectif actuel de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme est de faire passer la prévalence du tabagisme, telle que définie dans l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, de 19 %, en 2006, à 12 %, en 2011<sup>3</sup>.

### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

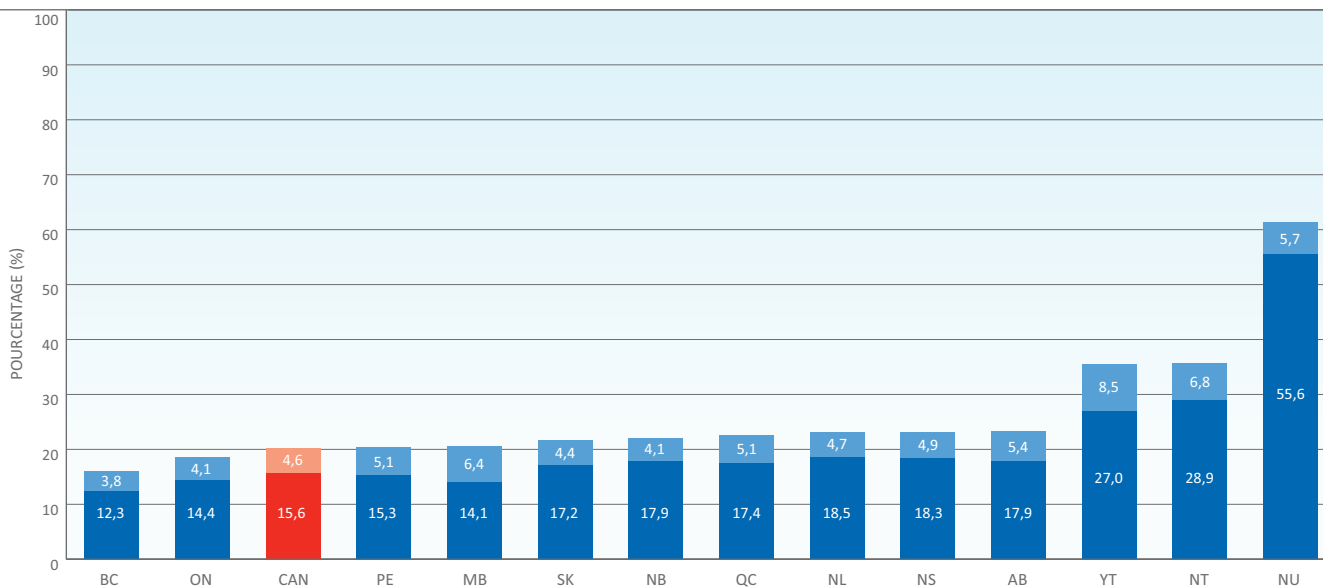
- ***On observe un écart selon la province ou le territoire dans le pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus déclarant fumer tous les jours ou à l'occasion (Figure 1).***
  - ▲ Le pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus déclarant fumer tous les jours ou à l'occasion en 2009 variait de 16 %, en Colombie-Britannique, à 61 %, au Nunavut. La moyenne était 20 % à l'échelle nationale. Les trois territoires avaient les taux de tabagisme les plus élevés au Canada.
- ***On observe un écart selon l'âge et le sexe dans le pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus déclarant fumer tous les jours ou à l'occasion (Figure 2).***
  - ▲ Les hommes étaient plus nombreux que les femmes à déclarer qu'ils fumaient tous les jours ou à l'occasion.
  - ▲ Le pourcentage le plus élevé des personnes ayant déclaré fumer tous les jours était chez celles qui sont âgées de 45 à 64 ans, soit 19 %. Le pourcentage le plus faible était chez les personnes âgées de 12 à 19 ans, soit 7 %. Simultanément, le pourcentage le plus élevé des personnes ayant déclaré fumer tous les jours était chez celles qui sont âgées de 20 à 34 ans, soit 8 %. Le pourcentage le plus faible était chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, soit 2 % (ces données ne sont pas illustrées).
- ***On observe un écart selon le quintile de revenu familial, le niveau de scolarité du ménage et le lieu de résidence dans le pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus déclarant fumer tous les jours ou à l'occasion (Figure 3).***
  - ▲ On observe une forte corrélation entre le statut socioéconomique et les habitudes de tabagisme. Le pourcentage le plus élevé des personnes ayant déclaré fumer tous les jours ou à l'occasion s'élevait à 26 % chez les personnes appartenant au quintile de revenu le plus faible, alors qu'il était de 15 % chez les personnes appartenant au quintile de revenu le plus élevé. Lorsque l'on évalue le niveau de scolarité le plus élevé d'un ménage, le pourcentage le plus élevé des personnes ayant déclaré qu'elles fumaient tous les jours ou à l'occasion se situait dans les foyers n'ayant pas obtenu un diplôme d'études secondaires et dans les foyers détenant un diplôme d'études secondaires, alors que le pourcentage le plus faible correspondait aux foyers ayant fait des études postsecondaires. Enfin, le pourcentage de personnes ayant déclaré fumer tous les jours ou à l'occasion était plus élevé dans les régions rurales que dans les régions urbaines (23 % à 25 %, comparativement à 19 %).

**FIGURE 1**

Pourcentage de la population (≥ 12 ans) déclarant fumer tous les jours ou à l'occasion

SELON LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE – ESCC, 2009

■ À L'OCCASION  
■ TOUS LES JOURS



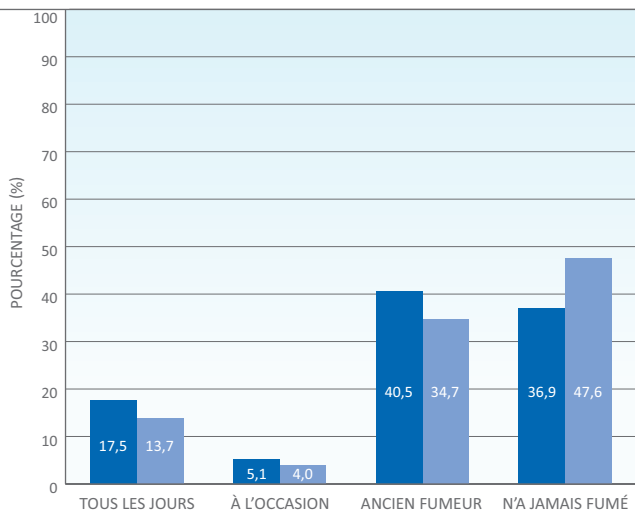
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**FIGURE 2**

Pourcentage de la population (≥ 12 ans) selon les habitudes de tabagisme

SELON LE SEXE – ESCC, 2009

■ HOMME  
■ FEMME



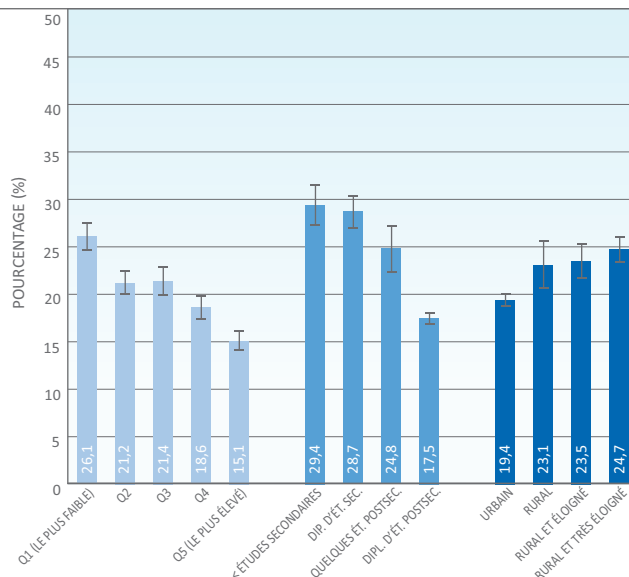
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**FIGURE 3**

Pourcentage de la population (≥ 12 ans) déclarant fumer tous les jours ou à l'occasion

SELON LE QUINTILE DE REVENU, LE NIVEAU DE SCOLARITÉ DU MÉNAGE ET LE LIEU DE RÉSIDENCE, CANADA – ESCC, 2009

■ REVENU  
■ ÉDUCATION  
■ LIEU DE RÉSIDENCE



La figure comporte des indices de confiance de 95 pour 100.  
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

## QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

- Le pourcentage de la population adulte qui fume au Canada est semblable à celui que l'on observe dans d'autres pays développés.
  - ▲ Aux É.-U., les données du sondage BRFSS (système de surveillance des facteurs de risque comportementaux), démontrent que 17,2 % des répondants âgés de 18 ans ou plus déclarent fumer tous les jours ou à l'occasion<sup>11</sup>.
  - ▲ Selon les données d'un sondage général sur le mode de vie effectué en 2009 en Grande-Bretagne, 21 % de la population adulte (16 ans ou plus) de ce pays fumaient la cigarette<sup>12</sup>.
  - ▲ Selon les données d'un sondage, la prévalence du tabagisme chez les personnes âgées de 18 ans ou plus en Australie en 2007-2008 était de 19 %<sup>13</sup>.

## QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- Le financement de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme, qui a pour objet de réduire les décès et les maladies liés au tabagisme par le biais de la prévention du tabagisme, de l'abandon du tabagisme, de la protection du public et de la réglementation du produit, a été prolongé du 31 mars 2001 au 31 mars 2012<sup>3</sup>.
- Quatre initiatives entreprises dans le cadre du programme COALITION portent sur le tabagisme. Ces programmes se déroulent dans différents milieux, dont des établissements de soins primaires, dans des collectivités des Premières nations et dans des écoles. À noter, le programme Les jeunes excellent a élaboré des indicateurs sur les habitudes de tabagisme et créé des mécanismes de collaboration qui sont destinés aux chercheurs, aux responsables de l'élaboration de politiques, aux cliniciens et aux collectivités et qui ont pour objet de faciliter l'accès à des politiques et à des programmes axés sur les habitudes de tabagisme ou d'orienter ces programmes et ces politiques<sup>5</sup>.

## QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

- L'Annexe technique (consultez la page 151) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.



## ABANDON DU TABAGISME

### QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes âgées de 20 ans ou plus qui fumaient récemment (qui déclaraient avoir fumé tous les jours ou à l'occasion au cours des deux dernières années), mais qui ont cessé de fumer au cours des deux dernières années et qui sont actuellement des non-fumeurs.

### POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- Des modèles internationaux démontrent que l'abandon du tabagisme aurait les répercussions les plus immédiates sur la mortalité attribuable au cancer chez les fumeurs<sup>1</sup>. Des études démontrent également que le risque de contracter un cancer du poumon attribuable au tabagisme est réduit de plus de 90 % lorsque l'abandon du tabagisme survient avant qu'un fumeur n'atteigne l'âge mûr<sup>14</sup>. Peu importe l'âge, des bienfaits sont associés à l'abandon du tabagisme. Le risque cumulatif de décès attribuables au cancer du poumon est de 15,9 % chez les hommes qui fument et qui sont âgés de 75 ans ou plus, alors qu'il n'est que de 6 % chez les hommes qui ont arrêté de fumer avant l'âge de 50 ans<sup>14</sup>.
- L'objectif actuel de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer est d'inciter 1,5 million d'adultes au Canada à arrêter de fumer<sup>3</sup>. La source de cette cible est l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC).
- Les rapports sur les taux d'abandon du tabagisme à l'échelle du pays permettent d'évaluer les progrès réalisés dans la lutte contre le tabagisme, alors que la comparaison de la prévalence et du taux d'abandon du tabagisme permet d'évaluer plus facilement les répercussions des activités de prévention et de cibler des modes d'intervention.

### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- ***On observe un écart selon la province dans le pourcentage des personnes qui fumaient récemment, mais qui ont cessé de fumer au cours des deux dernières années (Figure 4).***
  - ▲ Le pourcentage des personnes qui fumaient récemment, mais qui ont cessé de fumer au cours des deux dernières années (mesuré en 2009) variait de 9 %, au Nunavut, à 23 %, en Colombie-Britannique. La moyenne était 18 % à l'échelle nationale.
- ***On observe un écart selon le sexe dans le pourcentage des personnes qui fumaient récemment, mais qui ont cessé de fumer au cours des deux dernières années (Figure 5).***
  - ▲ Le taux d'abandon était particulièrement élevé chez les personnes âgées de 20 à 34 ans, soit 21 %. Il était suivi de celui des personnes âgées de 65 ans ou plus, soit 20 %. Le pourcentage le plus faible était chez les personnes âgées de 45 à 64 ans, soit 15 %.
- ***On observe les taux d'abandon les plus élevés dans les segments de la population qui ont les revenus et les niveaux de scolarité les plus élevés et chez les personnes qui vivent en milieu urbain (Figure 6).***
  - ▲ De manière générale, le taux d'abandon du tabagisme augmente à mesure que le revenu familial augmente. On observe le taux le plus faible dans le quintile de revenu le plus faible, soit 14 % des fumeurs, alors qu'il est le plus élevé dans le quintile de revenu le plus élevé, soit 23 % des fumeurs.
  - ▲ Le nombre de personnes qui arrêtent de fumer augmente avec le niveau de scolarité d'un ménage. Chez les personnes qui n'ont pas obtenu un diplôme d'études secondaires, seulement 12 % déclarent avoir arrêté de fumer, alors que cette proportion est de 20 % chez celles qui ont un diplôme d'études secondaires. Puisque les taux d'abandon du tabagisme sont plus faibles, mais que la prévalence du tabagisme est plus élevée, dans les groupes ayant les revenus et les niveaux de scolarité les plus faibles, les écarts entre les statuts socioéconomiques en matière de tabagisme sont toujours à la hausse.

- ▲ Enfin, le pourcentage des personnes qui habitent en milieu urbain ayant déclaré avoir arrêté de fumer dans les deux dernières années est de 19 %, alors qu'il varie de 13 % à 15 % chez les personnes qui vivent en milieu rural ou dans une région éloignée.

### QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

- En 2009, 51 % des élèves du palier secondaire aux États-Unis ont déclaré avoir tenté d'arrêter de fumer au cours de l'année qui a précédé<sup>15</sup>.
- Aux États-Unis, tout comme au Canada, on observe une corrélation entre l'abandon du tabagisme et le niveau de scolarité. Entre 1998 et 2008, le pourcentage des personnes détenant un baccalauréat et des personnes détenant un diplôme d'études supérieures qui ont tenté d'arrêter de fumer s'élevait à 60 %<sup>16</sup>. Le groupe de personnes détenant un diplôme d'études supérieures était le seul chez lequel on a observé une tendance d'abandon du tabagisme à la hausse.

### QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- Consultez « Qu'est-ce qui se fait? » dans la section qui traite de l'indicateur sur la Prévalence du tabagisme.

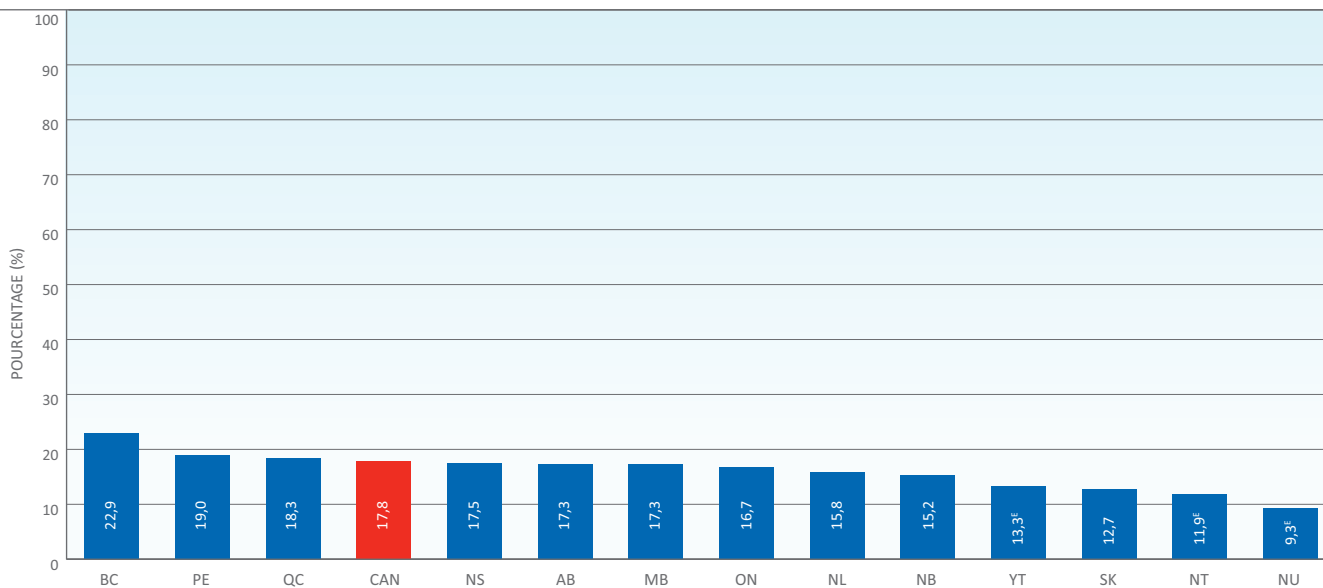
### QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

- L'Annexe technique (consultez la page 151) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

**FIGURE 4**

Pourcentage des personnes qui fumaient récemment\*, mais qui ont cessé de fumer au cours des deux dernières années

SELON LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE – ESCC, 2009



\* L'expression « personnes qui fumaient récemment » désigne des adultes qui ont cessé de fumer au cours des deux dernières années.

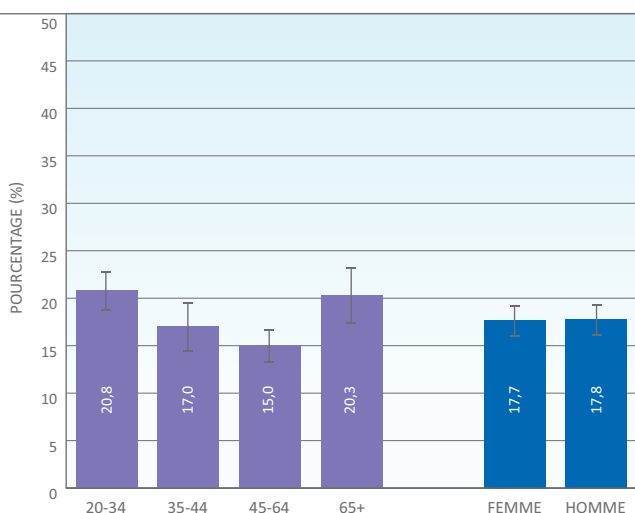
<sup>f</sup> Utiliser avec prudence, puisque le coefficient de variation fluctue entre 16,6 % et 33,3 %.

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

**FIGURE 5**

Pourcentage des personnes qui fumaient récemment\*, mais qui ont cessé de fumer au cours des deux dernières années

SELON L'ÂGE ET LE SEXE, CANADA – ESCC, 2009



\* L'expression « personnes qui fumaient récemment » désigne des adultes qui ont cessé de fumer au cours des deux dernières années.

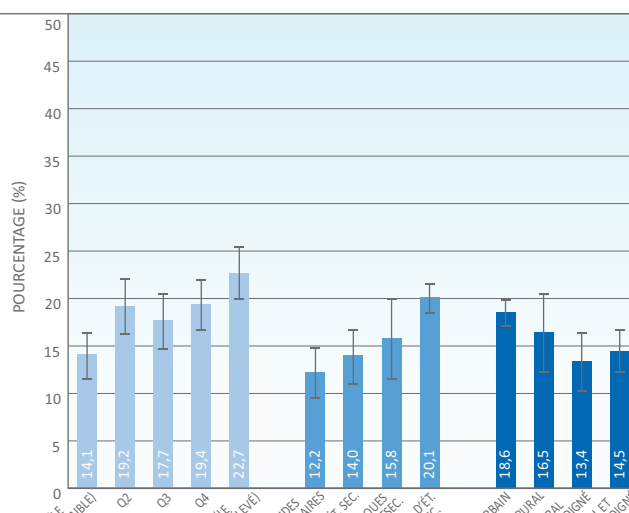
La figure comporte des indices de confiance de 95 pour 100.

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

**FIGURE 6**

Pourcentage des personnes qui fumaient récemment\*, mais qui ont cessé de fumer au cours des deux dernières années

SELON LE QUINTILE DE REVENU, LE NIVEAU DE SCOLARITÉ DU MÉNAGE ET LE LIEU DE RÉSIDENCE, CANADA – ESCC, 2009



\* L'expression « personnes qui fumaient récemment » désigne des adultes qui ont cessé de fumer au cours des deux dernières années.

La figure comporte des indices de confiance de 95 pour 100.

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

# EXPOSITION À DE LA FUMÉE DE TABAC AMBIANTE

## QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur présente le pourcentage des non-fumeurs âgés de 12 ans ou plus déclarant avoir été exposés à de la fumée de tabac ambiante à la maison, dans un véhicule ou dans un lieu public, tous les jours ou presque tous les jours, au cours de l'année précédente. L'exposition à de la fumée de tabac ambiante est un indicateur présenté pour la première fois dans le *Rapport de 2011*.

## POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- Selon le rapport de 2006 du chirurgien général aux États-Unis, plus de 50 études épidémiologiques se sont penchées sur l'association entre l'exposition à de la fumée de tabac ambiante et le risque couru par les non-fumeurs de contracter un cancer du poumon au cours de leur vie<sup>17</sup>. Des données groupées tirées de ces études laissent croire que le risque de développer un cancer du poumon attribuable à de la fumée de tabac ambiante est de 20 % à 30 % plus élevé chez les personnes qui vivent avec un fumeur<sup>17</sup>.
- Des statistiques provenant des États-Unis laissent croire que l'exposition à de la fumée de tabac ambiante est responsable, tous les ans, de 3 400 décès attribuables à un cancer du poumon chez des adultes qui ne fumaient pas<sup>18</sup>.
- L'objectif actuel de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme est de réduire la prévalence de l'exposition quotidienne des Canadiens et des Canadiennes à de la fumée de tabac ambiante, soit de 28 %, en 2006, à 20 %, en 2011<sup>3</sup>.

## QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- **Malgré une réduction entre 2003 et 2009, on observe un écart considérable selon la province et le groupe d'âge dans le pourcentage des non-fumeurs âgés de 12 ans ou plus déclarant avoir été exposés à de la fumée de tabac ambiante à la maison, dans un véhicule ou dans un lieu public.**
  - ▲ La Figure 7 indique que le pourcentage d'exposition est particulièrement élevé dans les foyers des territoires, comparativement au pourcentage observé dans les provinces (p. ex. 12 % au Yukon, comparativement à 4 % en Colombie-Britannique), alors que le pourcentage d'exposition dans les lieux publics est plus élevé en Alberta, en Colombie-Britannique et en Ontario (environ 12 % en Colombie-Britannique et en Ontario, comparativement à 3 % au Yukon).
  - ▲ La Figure 8 démontre que la réduction la plus marquée du pourcentage d'exposition des non-fumeurs à de la fumée de tabac ambiante a été observée dans les lieux publics (une réduction à 10 % en 2009, comparativement à 20 % en 2003). Cette réduction est fort probablement attribuable au fait que de nombreuses localités canadiennes ont adopté des règlements régissant l'usage du tabac dans les lieux publics au cours des huit dernières années. On observe également une réduction de l'exposition à de la fumée de tabac ambiante à la maison et dans les véhicules, qui est passée de 11 %, en 2003, à environ 7 %, en 2009.
  - ▲ La Figure 9 démontre que l'exposition de non-fumeurs à de la fumée de tabac ambiante à la maison, dans les véhicules ou dans les lieux publics semble affecter les personnes âgées de 16 ans à 19 ans (respectivement 14 %, 18 % et 21 %) le plus souvent, et celles qui sont âgées de 65 ans ou plus (respectivement 3 %, 2 % et 4 %) le moins souvent.

## QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

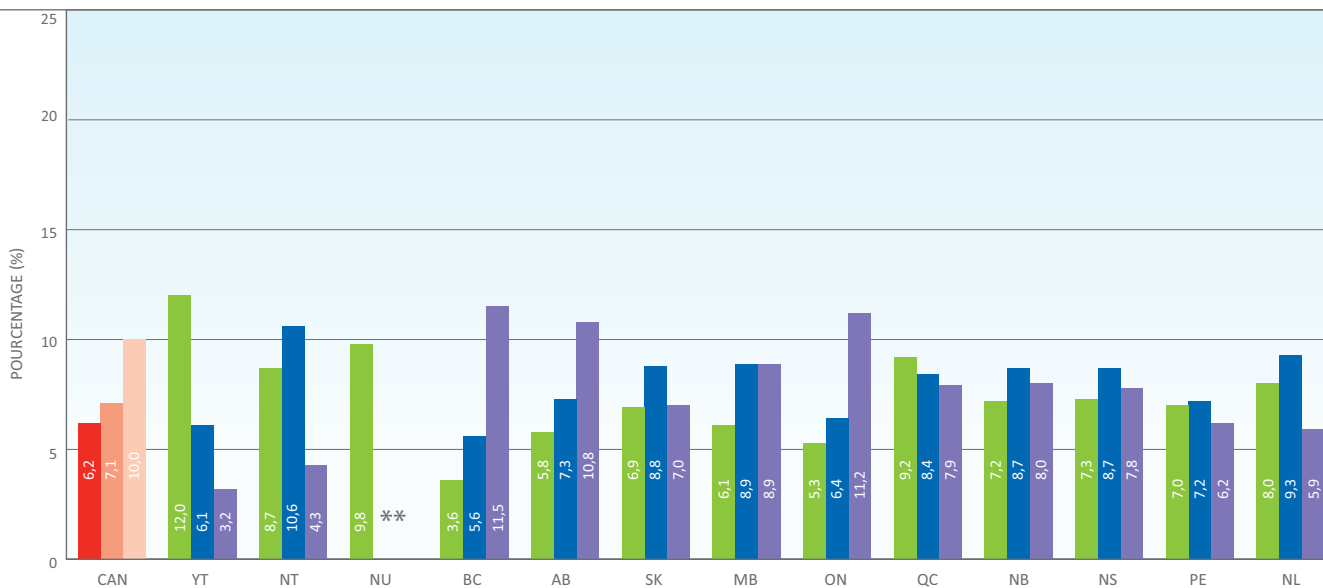
- Aux États-Unis, le sondage NHANES (Enquête nationale d'examen sur la nutrition et la santé) a été mené en personne auprès d'un échantillon de l'ensemble de la population. Ce sondage comprenait également un examen physique qui mesurait les concentrations de cotinine sérique, soit le principal métabolite de la nicotine<sup>19</sup>.

**FIGURE 7**

Pourcentage des non-fumeurs (≥ 12 ans) déclarant être exposés à de la fumée de tabac ambiante

SELON LE LIEU D'EXPOSITION, LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE – ESCC, 2009

- RÉSIDENCE
- VÉHICULES
- LIEUX PUBLICS



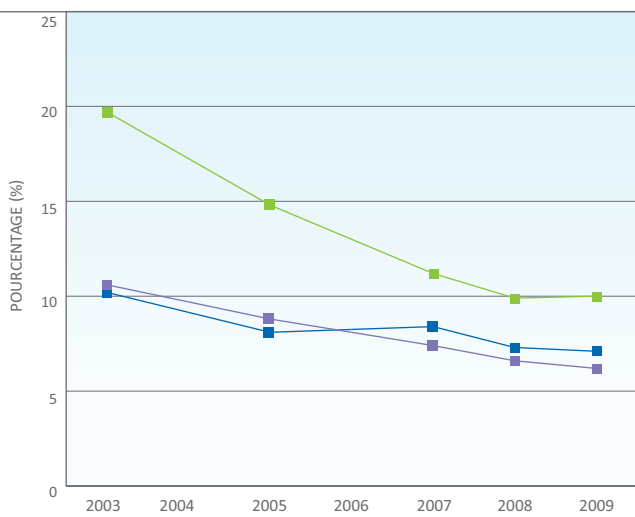
\* Données supprimées en raison de l'incertitude statistique attribuable aux petits nombres.  
 Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**FIGURE 8**

Pourcentage des non-fumeurs (≥ 12 ans) déclarant être exposés à de la fumée de tabac ambiante

SELON LE LIEU D'EXPOSITION, CANADA-ESCC, 2003 À 2009

- RÉSIDENCE
- VÉHICULES
- LIEUX PUBLICS



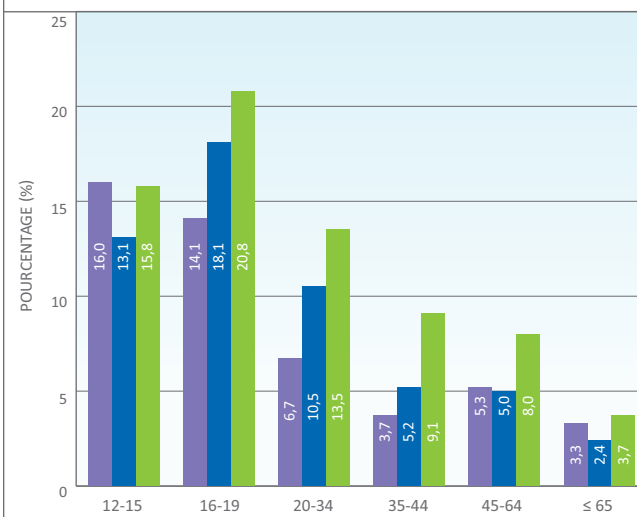
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**FIGURE 9**

Pourcentage des non-fumeurs (≥ 12 ans) déclarant être exposés à de la fumée de tabac ambiante

SELON LE LIEU D'EXPOSITION ET L'ÂGE, CANADA-ESCC, 2009

- RÉSIDENCE
- VÉHICULES
- LIEUX PUBLICS



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

- ▲ Dans l'ensemble de la population de non-fumeurs (comprenant les adultes et les enfants), 40,4 % avaient été exposés à de la fumée de tabac ambiante en 2007 et 2008, dont 53,6 % étaient des jeunes enfants âgés de 3 à 11 ans et 36,7 %, des adultes âgés de 20 ans ou plus.
- ▲ Alors que seulement 5,4 % des adultes non-fumeurs âgés de 20 ans ou plus vivaient dans le même foyer qu'un fumeur aux États-Unis, 18,2 % des enfants qui ne fumaient pas vivaient avec quelqu'un qui fume.

### QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- De nombreuses provinces canadiennes ont adopté des règlements régissant l'exposition à de la fumée de tabac ambiante. Depuis 2007, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Québec, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador ont adopté des règlements interdisant la consommation de tabac dans les lieux publics<sup>20</sup>. Des lois interdisant l'usage du tabac dans des véhicules dans lesquels des enfants prennent place ont été adoptées en Colombie-Britannique, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, au Yukon et à Terre-Neuve-et-Labrador<sup>21</sup>. Des projets de loi en ce sens sont actuellement à l'étude au Québec et en Alberta<sup>22</sup>.
- Consultez « Qu'est-ce qui se fait? » dans la section qui traite de l'indicateur sur la Prévalence du tabagisme.

### QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

- L'Annexe technique (consultez la page 151) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

## CONSOMMATION D'ALCOOL – POURCENTAGE DÉPASSANT LA LIMITE DES RECOMMANDATIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL À FAIBLE RISQUE

### QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur mesure le pourcentage des adultes âgés de 18 ans ou plus déclarant dépasser la limite des recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque. Celle-ci est définie comme étant une consommation maximale de 2 verres d'alcool par jour chez les hommes et de 1 verre d'alcool par jour chez les femmes.

### POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- Des données probantes convaincantes démontrent que la consommation d'alcool augmente le risque de contracter un cancer de l'œsophage, de la bouche, de la gorge (pharynx et larynx) ou du sein. Chez les hommes, elle augmente également le risque de développer un cancer du côlon ou du rectum. Des données probantes laissent également entendre que la consommation d'alcool accroît probablement le risque de cancer du foie chez les hommes et chez les femmes, et de cancer colorectal chez les femmes<sup>1</sup>.

### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- *Tout comme l'indiquait le Rapport sur le rendement du système de 2010, on observe toujours des écarts selon la province ou le territoire et le statut socioéconomique dans le pourcentage des adultes dépassant la limite des recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque.*
  - ▲ Le pourcentage des adultes qui dépassaient la limite des recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque variait de 7 %, à l'Île-du-Prince-Édouard, à 13 %, au Yukon. La moyenne était 9 % à l'échelle nationale (Figure 10).
  - ▲ La Figure 11 indique que le pourcentage des adultes déclarant dépasser la limite des recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque augmente en fonction du revenu familial (soit 6 % dans le quintile de revenu le plus faible, et 14 % dans le quintile de revenu le plus élevé) et du niveau de scolarité du ménage (6 % chez les personnes n'ayant pas obtenu un diplôme d'études secondaires comparativement à 10 % chez celles qui détiennent un diplôme d'études secondaires).
  - ▲ Il ne semble pas y avoir de lien solide entre le lieu de résidence, soit le milieu urbain, rural ou éloigné, et les taux de consommation d'alcool.

### QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

- La définition de faible risque varie d'un pays à l'autre.
  - ▲ En Australie, la consommation d'alcool à faible risque est définie comme étant 2 verres d'alcool par jour tant chez les hommes que chez les femmes. Les statistiques d'un sondage mené à l'échelle du pays en 2004 et 2005 indiquent que 13 % des adultes âgés de 18 ans ou plus dépassaient les recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque, ce qui correspond à une augmentation de près de 5 % par rapport aux statistiques décrivant la situation 10 ans plus tôt. Plus d'hommes que de femmes dépassent les recommandations (15,2 % comparativement à 11,7 %). Les comportements à risque concernant la consommation d'alcool atteignent un plateau chez les personnes âgées de 45 à 54 ans et déclinent rapidement après l'âge de 64 ans<sup>23</sup>.

## QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- Compte tenu de la publication récente de données probantes qui démontrent de manière convaincante que la consommation d'alcool constitue un facteur évitable de risque de cancer, plusieurs pays, dont le Canada, prêtent une attention toute particulière aux recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque. En 2011, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, en collaboration avec Santé Canada, les médecins-hygiénistes provinciaux et territoriaux et d'autres intervenants, a publié les premières directives nationales sur la consommation d'alcool. Ces directives abordent également différentes habitudes de consommation d'alcool, telles que les « épisodes occasionnels de consommation abusive d'alcool ». Le projet BETTER, l'une des initiatives du programme COALITION, aborde la consommation d'alcool sous l'angle du facteur de risque de maladie chronique. Il comprend des stratégies cliniques de prévention des maladies chroniques qui ont pour objet de réduire la consommation d'alcool<sup>5</sup>.

## QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

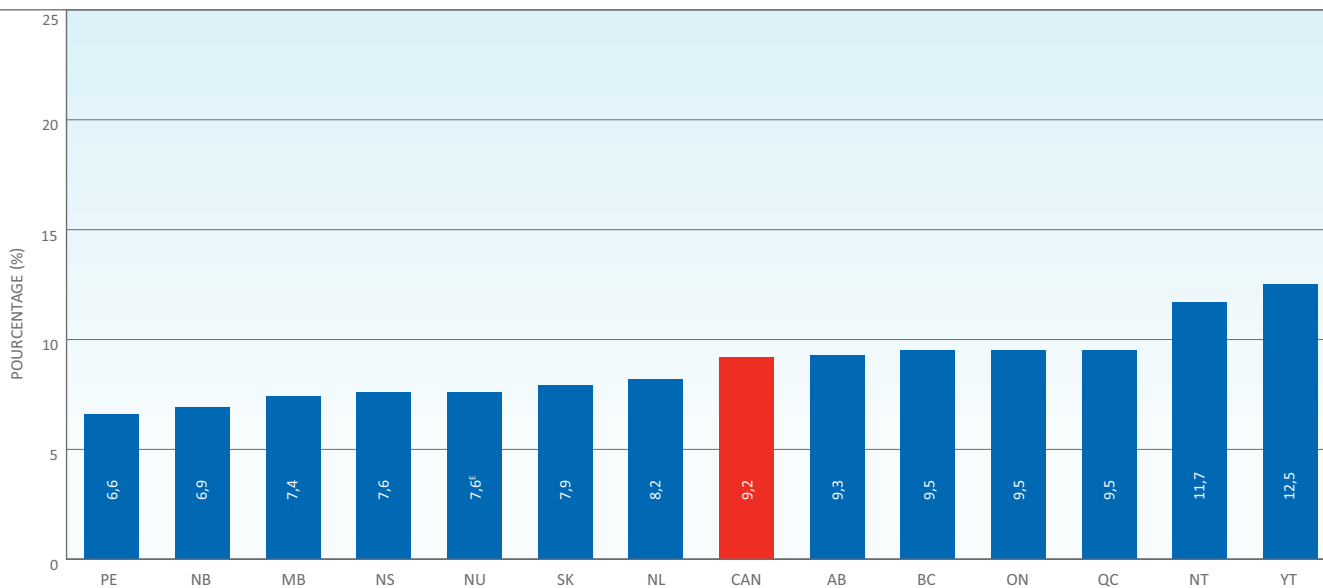
- La moyenne quotidienne a été calculée en fonction de la quantité totale de verres que le répondant a déclaré avoir pris dans la semaine qui a précédé l'entrevue réalisée dans le cadre de l'ESCC, divisée par sept jours.
- L'Annexe technique (consultez la page 152) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.



**FIGURE 10**

**Pourcentage des adultes dépassant la limite des recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque**

PAR PROVINCE OU TERRITOIRE – ESCC, 2005



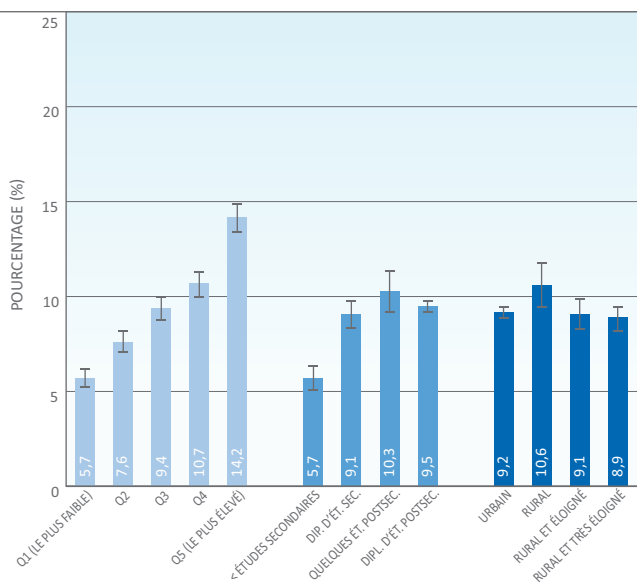
<sup>E</sup> Utiliser avec prudence, puisque le coefficient de variation fluctue entre 16,6 % et 33,3 %.  
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**FIGURE 11**

**Pourcentage des adultes dépassant la limite des recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque**

SELON LE QUINTILE DE REVENU, LE NIVEAU DE SCOLARITÉ DU MÉNAGE ET LE LIEU DE RÉSIDENCE, CANADA – ESCC, 2005

- REVENU
- ÉDUCATION
- LIEU DE RÉSIDENCE



La figure comporte des indices de confiance de 95 pour 100.  
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

## CONSOMMATION D'ALCOOL – ABSTINENCE DE L'ALCOOL DEPUIS 12 MOIS

### QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur mesure le pourcentage des adultes âgés de 18 ans ou plus qui déclarent ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 12 mois qui ont précédé.

### POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- Selon le Fonds mondial de recherche contre le cancer, la consommation d'alcool, en quantité si minime soit-elle, contribue toujours à accroître le risque de contracter un cancer<sup>1</sup>. L'abstinence complète de l'alcool pourrait donc présenter certains avantages.

### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- *On observe un écart selon l'âge, le sexe et la province ou le territoire dans le pourcentage des adultes qui déclarent ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 12 mois qui ont précédé (Figure 12). On observe un écart considérable selon le revenu, le niveau de scolarité et le fait d'habiter dans une région rurale (Figure 13).*
  - ▲ Les résultats provinciaux et territoriaux variaient de 29 %, au Nunavut, à 14 %, au Québec. La moyenne était 19 % à l'échelle nationale.
  - ▲ Le pourcentage d'abstinence de l'alcool était de 23 % chez les femmes, comparativement à 15 % chez les hommes. Le pourcentage d'abstinence augmente à mesure que l'âge augmente (ces données ne sont pas illustrées).
  - ▲ L'abstinence de l'alcool décroît à mesure que le revenu familial et le niveau de scolarité du ménage augmentent. Il ne semble pas y avoir de liens entre l'abstinence et le lieu de résidence.

### QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

- Selon un rapport produit par l'Organisation mondiale de la santé en 2004, l'année précédente, le taux d'abstinence de l'alcool dans les pays participants variait de 2,5 %, au Luxembourg, soit le taux le plus faible, à 99,5 % en Égypte, soit le taux le plus élevé. Le taux d'abstinence plus élevé chez les femmes que chez les hommes est une constante qui semble commune à tous les pays<sup>24</sup>.
  - ▲ Les données d'un sondage sur les habitudes de vie mené au Royaume-Uni en 2009 indiquent que 15 % des adultes s'étaient abstenus de consommer de l'alcool l'année précédente. L'abstinence était plus fréquente chez les femmes (18 %) que chez les hommes (12 %) dans tous les groupes d'âge<sup>12</sup>.

### QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- Consultez « Qu'est-ce qui se fait? » dans la section Consommation d'alcool — Pourcentage dépassant la limite des recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque.

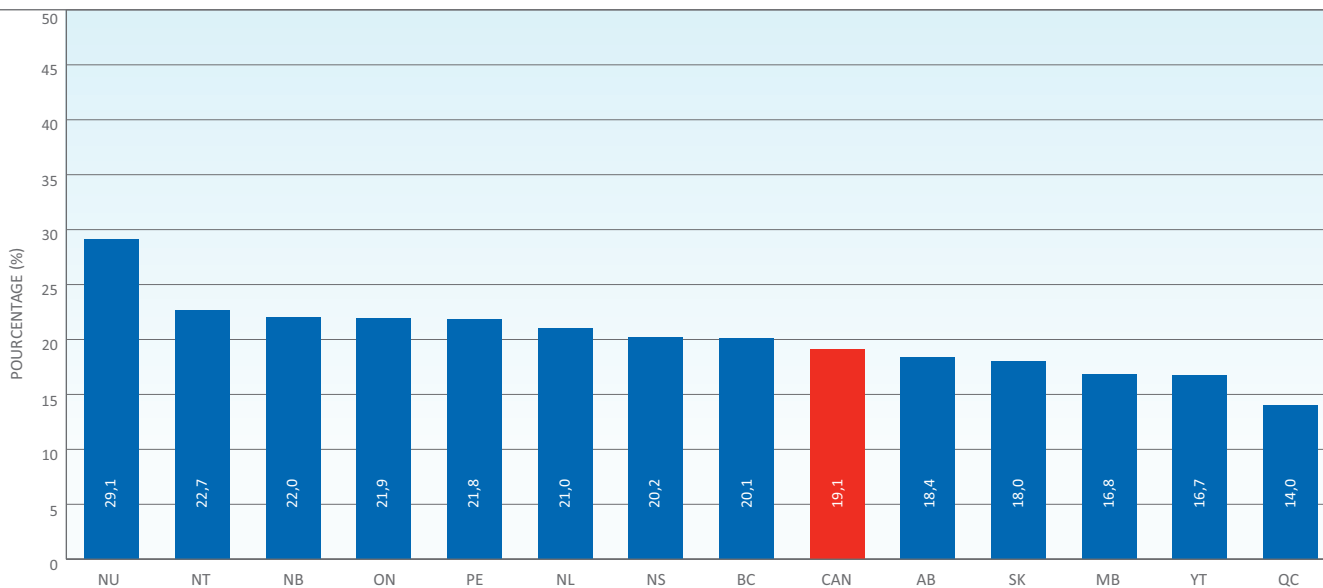
### QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

- Il n'y a pas nécessairement de lien entre le degré d'abstinence de l'alcool au sein d'une population et la consommation d'alcool à faible risque. Ainsi, une province dans laquelle un faible pourcentage de la population s'abstient de consommer de l'alcool ne désigne pas nécessairement une province dans laquelle un pourcentage élevé de la population dépasse la limite des recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque.
- L'Annexe technique (consultez la page 152) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

**FIGURE 12**

Pourcentage des adultes déclarant ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 12 mois qui ont précédé

SELON LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE – ESCC, 2009



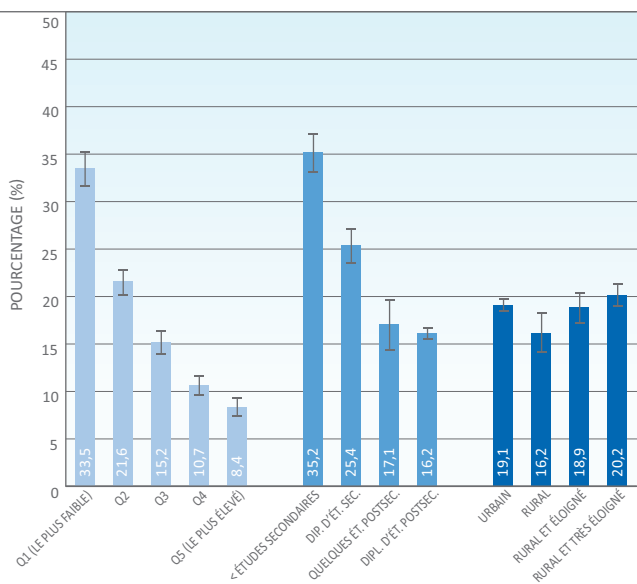
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**FIGURE 13**

Pourcentage des adultes déclarant ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 12 mois qui ont précédé

SELON LE QUINTILE DE REVENU, LE NIVEAU DE SCOLARITÉ DU MÉNAGE ET LE LIEU DE RÉSIDENCE, CANADA – ESCC, 2009

- REVENU
- ÉDUCATION
- LIEU DE RÉSIDENCE



La figure comporte des indices de confiance de 95 pour 100.

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

## CONSOMMATION DE FRUITS ET DE LÉGUMES

### QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur mesure le pourcentage de la population qui déclare consommer au moins cinq portions de fruits ou de légumes par jour.

### POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- Les habitudes alimentaires jouent un rôle important dans la santé et le bien-être des personnes. Un régime alimentaire riche en fruits et légumes comporte de nombreux avantages pour la santé, dont le potentiel de réduire les risques de développer certains types de cancer<sup>1,25</sup>.
- Il est probable que la consommation de fruits et de légumes réduise le risque de développer certaines formes de cancer, dont le cancer de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage et de l'estomac<sup>1</sup>.
- Généralement, la consommation d'aliments denses à faible teneur énergétique (dont les fruits et les légumes) contribue au maintien d'un poids santé, ce qui réduit le risque de développer plusieurs types de cancer (consultez la section Excès de poids et obésité)<sup>1</sup>.
- Un rapport publié en 2003 par l'OMS et la FAO recommande de consommer tous les jours au moins 400 grammes de fruits et de légumes, soit cinq portions par jour, dans le but de prévenir les maladies chroniques<sup>26</sup>.
- La cible de la Stratégie canadienne en matière de modes de vie sains est de faire passer à 20 %, d'ici à 2015, la proportion de Canadiens et de Canadiennes qui choisissent de s'alimenter sainement<sup>2</sup>.
- Les rapports sur la consommation de fruits et de légumes à l'échelle du pays permettent d'évaluer les progrès réalisés dans la promotion de l'adoption de modes de vie sains et de repérer les écarts au sein des sous-groupes de population vulnérables.

### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

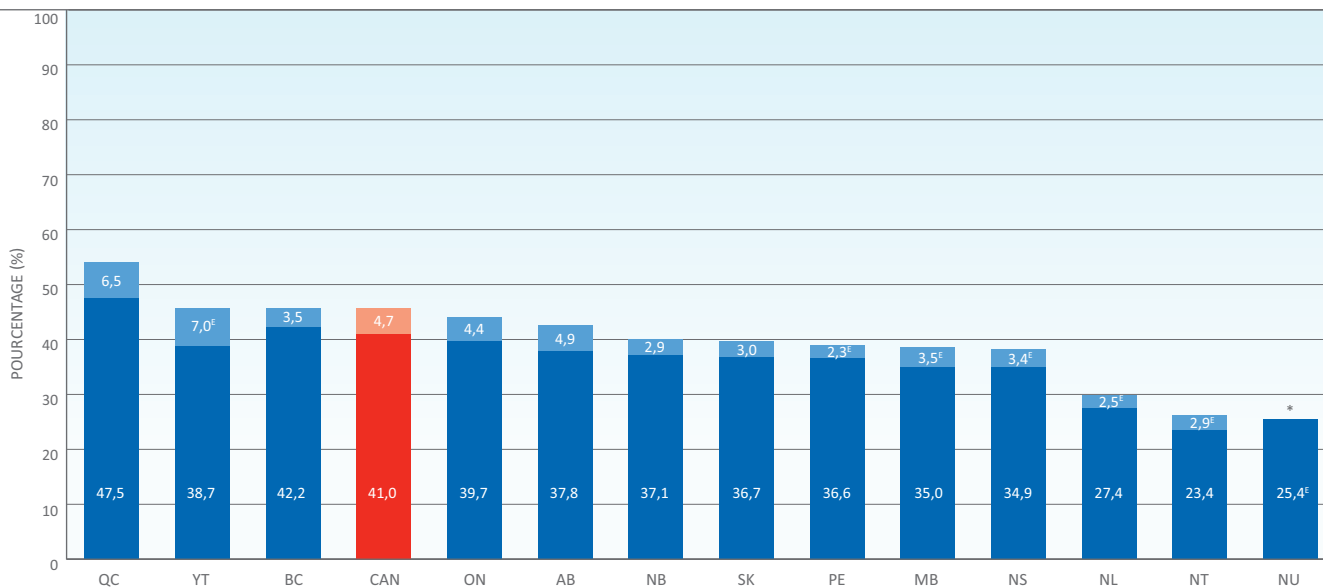
- ***On observe des écarts considérables selon la province ou le territoire dans le pourcentage de la population adulte déclarant consommer au moins cinq portions de fruits ou de légumes par jour (Figure 14).***
  - ▲ Le pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus déclarant consommer au moins cinq portions de fruits ou de légumes par jour selon la province ou le territoire varie de 54 %, au Québec, à un peu plus de 25 %, au Nunavut. La moyenne était 46 % à l'échelle nationale.
- ***Les segments de la population correspondant aux revenus et aux niveaux de scolarité plus élevés consomment plus de fruits et de légumes, alors que les personnes qui vivent dans des régions éloignées en consomment moins (Figure 15).***
  - ▲ Plus le revenu augmente, plus la consommation de fruits et de légumes augmente. On observe cet effet tant chez les adultes que chez les adolescents (ces données ne sont pas illustrées).
  - ▲ La consommation de fruits et de légumes est plus élevée chez les personnes qui détiennent un diplôme d'études secondaires, comparativement aux segments de la population moins instruits.
  - ▲ Le pourcentage des personnes vivant dans des collectivités rurales ou éloignées qui déclarent consommer au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour est moins élevé que celui des personnes vivant en milieu rural ou urbain.
- ***La consommation de fruits et de légumes semble avoir augmenté entre 2001 et 2009 (Figure 16).***
  - ▲ En 2001, seules 38 % des personnes ayant participé au sondage ont déclaré avoir consommé au moins cinq portions de fruits ou de légumes par jour, comparativement à 46 % en 2009.

**FIGURE 14**

Pourcentage de la population (≥ 12 ans) déclarant consommer au moins cinq portions de fruits ou de légumes par jour

SELON LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE – ESCC, 2009

■ 5-10  
■ > 10



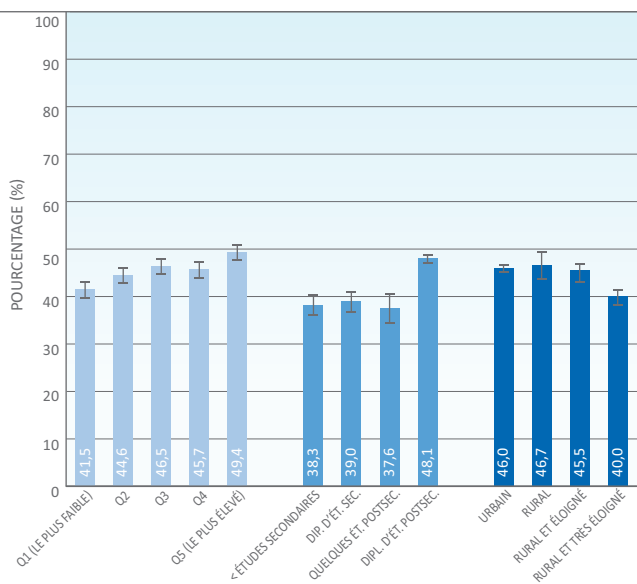
\* Données supprimées en raison de l'incertitude statistique attribuable aux petits nombres.  
<sup>†</sup> Utiliser avec prudence, puisque le coefficient de variation fluctue entre 16,6 % et 33,3 %.  
 Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**FIGURE 15**

Pourcentage de la population (≥ 12 ans) déclarant consommer au moins cinq portions de fruits ou de légumes par jour

SELON LE QUINTILE DE REVENU, LE NIVEAU DE SCOLARITÉ DU MÉNAGE ET LE LIEU DE RÉSIDENCE, CANADA – ESCC, 2009

■ REVENU  
■ ÉDUCATION  
■ LIEU DE RÉSIDENCE



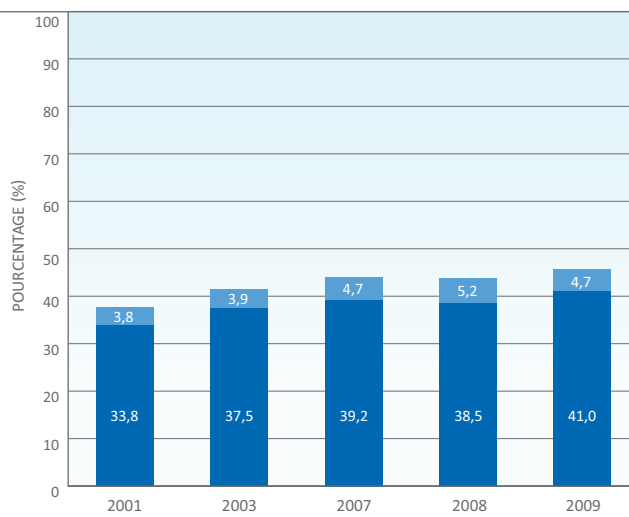
La figure comporte des indices de confiance de 95 pour 100.  
 Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**FIGURE 16**

Pourcentage de la population (≥ 12 ans) déclarant consommer au moins cinq portions de fruits ou de légumes par jour

SELON L'ANNÉE, CANADA – ESCC, 2001 À 2009

■ 5-10  
■ > 10



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

- **L'âge et le sexe sont des facteurs déterminants de la consommation de fruits et de légumes (ces données ne sont pas illustrées).**
  - ▲ On n'observe qu'un faible écart en ce qui a trait à la consommation de fruits et de légumes d'un groupe d'âge à l'autre. La proportion des personnes qui déclarent consommer au moins cinq portions de fruits ou de légumes par jour s'élève à 50 % chez les personnes âgées de 12 à 17 ans, comparativement à 43 % chez celles qui sont âgées de 35 à 49 ans (le groupe d'âge déclarant le niveau de consommation le plus faible).
  - ▲ Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de consommer au moins cinq portions de fruits et de légumes (51 % chez les femmes, comparativement à 40 % chez les hommes).

## QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

- Selon un sondage sur la santé effectué en 2008 en Écosse, qui consistait en des entrevues personnelles, 20 % des hommes et 24 % des femmes consommaient au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour<sup>27</sup>.
- Le sondage BRFSS effectué en 2009 a déterminé que 33 % de la population adulte aux États-Unis consommait au moins deux portions de fruits par jour, et que 26 % de cette population consommait au moins trois portions de légumes par jour<sup>28</sup>.
- D'autre part, un sondage australien, qui consistait en des entrevues personnelles, rapporte qu'approximativement 10 % de la population consommait les cinq portions recommandées de fruits et de légumes par jour, alors que 50 % de la population ne consommait que deux portions de fruits et de légumes par jour<sup>29</sup>.

## QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- Cinq initiatives entreprises dans le cadre du programme COALITION comportent une composante nutritionnelle. Cette composante se fait indirectement par l'entremise de la promotion de la collaboration ou directement par le biais de programmes de sensibilisation. Le Programme d'action coopérative contre l'obésité chez les enfants comporte notamment un volet qui a pour objet de décourager la consommation d'aliments malsains, de restreindre l'accès à ces aliments et de faire la promotion de plats traditionnels dans les collectivités des Premières nations<sup>5</sup>.
- Au Canada, on observe un recours croissant à des politiques qui bannissent les aliments malsains ou qui en restreignent l'accès dans les écoles<sup>6</sup>, certaines de ces politiques étant liées à une augmentation de la consommation de fruits et de légumes.
- Puisque la consommation de fruits et de légumes est moins élevée dans les territoires et dans les régions éloignées, le programme Nutrition Nord Canada subventionne certaines de ces denrées dans le but de les rendre plus accessibles<sup>30</sup>.

## QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

- Les rapports tirés de sondages sur les habitudes alimentaires qui reposent sur des divulgations personnelles diffèrent souvent de la réalité. Les mesures évaluant les habitudes alimentaires sont souvent moins fiables que d'autres paramètres épidémiologiques<sup>31,32</sup>.
- L'Annexe technique (consultez la page 153) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

## ACTIVITÉ PHYSIQUE — LOISIRS

### QUE MESURE-T-ON?

- Cet indicateur traite du pourcentage des adultes déclarant être physiquement actifs pendant leurs loisirs.

### POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- Depuis une vingtaine d'années, des données probantes démontrent de plus en plus l'effet protecteur de l'activité physique contre le développement de plusieurs types de cancer<sup>1</sup>.
- Un rapport publié en 2007 par le Fonds mondial de recherche contre le cancer concluait que l'activité physique avait un effet protecteur contre le cancer du côlon et un effet potentiellement protecteur contre le cancer du sein (chez les femmes ménopausées) et le cancer de l'endomètre<sup>1</sup>.
- D'un point de vue plus général, l'activité physique intense réduit l'obésité, soit un autre facteur qui contribue à accroître le risque de développer certains types de cancer<sup>1</sup>.
- La cible de la Stratégie canadienne en matière de modes de vie sains est de faire passer à 20 %, d'ici à 2015, la proportion de Canadiens et de Canadiennes qui consacrent 30 minutes par jour à une activité physique d'intensité modérée ou vigoureuse. En utilisant 2003 comme année de référence, au moins 60 % de la population devraient pratiquer régulièrement une activité physique d'ici à 2015<sup>2</sup>.

### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- ***On observe un écart selon la province ou le territoire dans le pourcentage des adultes déclarant être actifs.***
  - ▲ Le pourcentage des adultes déclarant être actifs pendant leurs loisirs variait de 19 %, dans les Territoires du Nord-Ouest, à 32 %, en Colombie-Britannique. À l'échelle nationale, 26 % des Canadiens et des Canadiennes déclaraient être actifs ou très actifs (Figure 17).
- ***On observe un lien très marqué entre l'activité physique et le revenu familial et le niveau de scolarité du ménage (Figure 18).***
  - ▲ Les adultes ayant les revenus et les niveaux de scolarité les moins élevés sont ceux qui déclaraient faire le moins d'activité physique pendant leurs loisirs, alors que ceux qui ont les revenus et les niveaux de scolarité les plus élevés sont ceux qui déclaraient être plus physiquement actifs.
  - ▲ On n'observe aucune différence significative dans l'intensité de l'activité physique déclarée selon l'éloignement par rapport à un centre urbain.
- ***Les jeunes adultes et les hommes sont ceux qui ont déclaré être les plus actifs pendant leurs loisirs.***
  - ▲ Un pourcentage plus élevé d'hommes ont déclaré être actifs ou très actifs (15 % et 14 %), comparativement aux femmes (13 % et 10 %) (Figure 19).
  - ▲ On observe un écart considérable dans le taux d'activité physique soutenue selon l'âge. En effet, 17 % des personnes âgées de 18 à 34 ans déclaraient être très actives, comparativement à 7 % des personnes âgées de 65 ans ou plus (ces données ne sont pas illustrées).
- ***On a observé une tendance similaire par rapport à l'activité physique pour les déplacements.***
  - ▲ Lorsque l'on étudie le degré d'activité dans le cadre des déplacements (p ex. pour se rendre au travail ou pour rentrer à la maison), les tendances observées selon le statut socioéconomique, le lieu de résidence, le sexe et le groupe d'âge sont les mêmes que les tendances observées pour l'activité physique pendant les loisirs (ces données ne sont pas illustrées).

## QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

- Aux États-Unis, de 2005 à 2007, 30,7 % des adultes déclaraient pratiquer régulièrement une activité physique pendant leurs loisirs<sup>33</sup>.
- En Australie, 72 % de la population âgée de 15 ans ou plus est considérée comme étant sédentaire ou peu active<sup>34</sup>.
- Au Royaume-Uni, 40 % des hommes et 28 % des femmes effectuent 30 minutes ou plus d'activité physique d'intensité modérée au moins cinq fois par semaine, ce qui correspond à la recommandation minimale en matière d'activité physique chez les adultes<sup>35</sup>.
- Toutes les données qui précèdent sont tirées de sondages effectués lors d'entrevues qui se sont déroulées en personne.

## QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- Toutes les initiatives entreprises dans le cadre du programme COALITION comportent une composante d'activité physique, bien que certaines initiatives abordent l'activité physique plus directement que d'autres. Ces initiatives ont recours à différentes approches, dont l'amélioration du transport scolaire, de manière à privilégier la marche ou le vélo pour se rendre à l'école, la réduction des activités sédentaires chez les jeunes et l'incitation à l'intensification de l'activité physique chez les patients qui reçoivent des soins primaires et chez les Premières nations<sup>5</sup>.
- Depuis 2004, le Canada produit un bulletin exhaustif sur l'activité physique chez les enfants. Ce bulletin constitue une source d'information pour les personnes qui ont la responsabilité d'élaborer des politiques et le grand public dans le but d'affecter plus de ressources à l'activité physique chez les jeunes et prêter une plus grande attention à cette question<sup>36</sup>.

## QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

- Pour mesurer le niveau d'activité physique de la population canadienne, une série de questions insérée dans un sondage mené par l'ESCC a permis de recueillir des données portant sur une gamme d'activités physiques et la durée consacrée à chacune de ces activités. Différentes activités de loisirs (p. ex. jardinage, marche, pratique du soccer ou du ski) ont été saisies. On a calculé la quantité d'énergie dépensée quotidiennement en tenant compte de la fréquence et de la durée de l'activité physique et de l'équivalent métabolique d'un effort physique (valeur MET) associé à cette activité. L'activité était ensuite désignée comme inactive, modérément active ou active, selon les tertiles de données observées.
- L'équivalent métabolique d'un effort physique, ou valeur MET, exprime le rapport entre la consommation d'énergie à l'effort et la consommation d'énergie au repos.
- L'Annexe technique (consultez la page 153) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

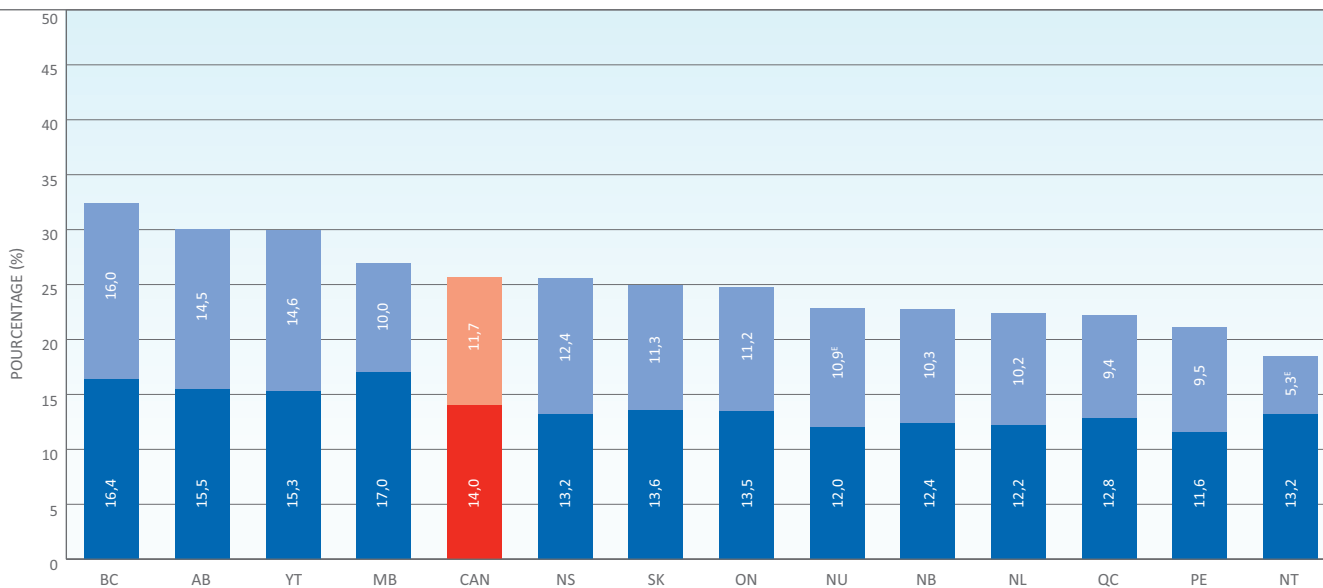


**FIGURE 17**

**Pourcentage des adultes déclarant être actifs ou très actifs pendant leurs loisirs**

SELON LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE – ESCC, 2009

■ TRÈS ACTIF  
■ ACTIF



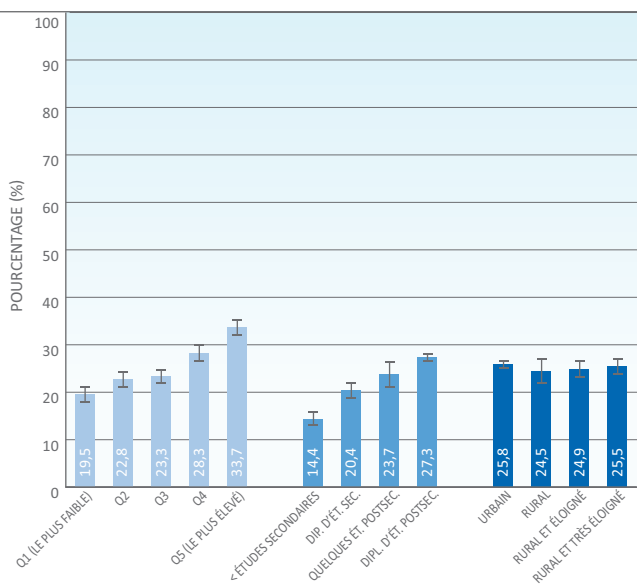
<sup>f</sup> Utiliser avec prudence, puisque le coefficient de variation fluctue entre 16,6 % et 33,3 %.  
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**FIGURE 18**

**Pourcentage des adultes déclarant être actifs ou très actifs pendant leurs loisirs**

SELON LE QUINTILE DE REVENU, LE NIVEAU DE SCOLARITÉ DU MÉNAGE ET LE LIEU DE RÉSIDENCE, CANADA – ESCC, 2009

■ REVENU  
■ ÉDUCATION  
■ LIEU DE RÉSIDENCE



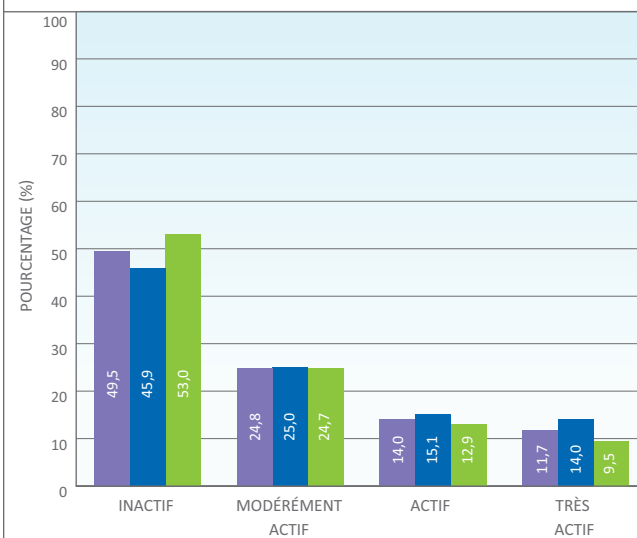
La figure comporte des indices de confiance de 95 pour 100.  
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**FIGURE 19**

**Pourcentage de la population adulte selon l'intensité d'activité physique déclarée pendant les loisirs**

SELON LE SEXE, CANADA – ESCC, 2009

■ LES DEUX SEXES  
■ HOMME  
■ FEMME



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

## EXCÈS DE POIDS ET OBÉSITÉ CHEZ LES ADULTES

### QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur présente le pourcentage de la population âgée de 18 ans ou plus ayant déclaré une taille et un poids dont le calcul produit un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 25kg/m<sup>2</sup>.

### POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- Il a été déterminé que l'obésité accroît le risque de développer un certain nombre de types de cancer. Des données probantes convaincantes démontrent que l'excès de tissus adipeux augmente le risque de développer un cancer du côlon, un cancer du rectum, un cancer du sein (chez les femmes ménopausées), un cancer de l'endomètre, un cancer de l'œsophage, un cancer du pancréas ou un cancer du rein<sup>1</sup>.
- La cible de la Stratégie canadienne en matière de modes de vie sains est de faire passer à 20 %, d'ici à 2015, la proportion de Canadiens et de Canadiennes qui ont un poids « normal » (IMC = 18,5 kg/m<sup>2</sup> à 24,9 kg/m<sup>2</sup>). En utilisant 2003 comme année de référence, alors que 46,7 % de la population avait un poids « normal », ce pourcentage passerait à 56,0 % en 2015<sup>2</sup>.
- Les rapports sur les modèles et les taux relatifs au poids et à l'obésité à l'échelle nationale permettent d'évaluer les progrès réalisés, incitent la population à adopter un mode de vie sain et contribuent à déterminer les sous-groupes vulnérables de la population.

### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

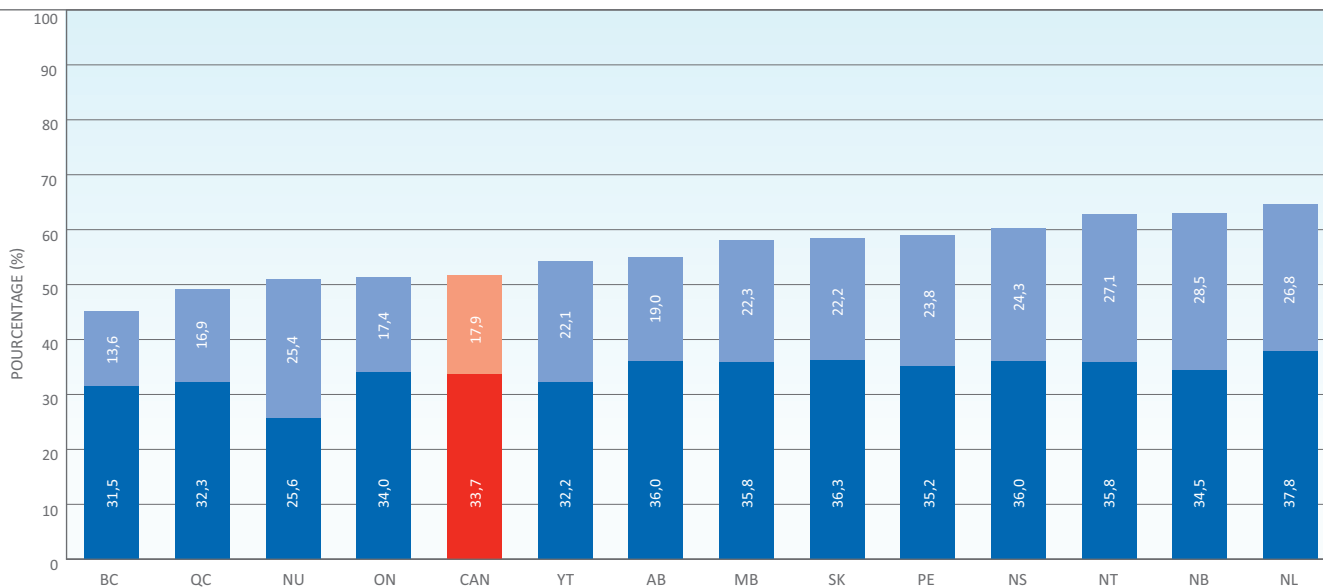
- ***On observe un écart considérable selon la province ou le territoire dans le pourcentage des adultes ayant un excès de poids ou considérés comme (Figure 20).***
  - ▲ Au total, 52 % des Canadiens et des Canadiennes qui ont participé au sondage ont déclaré avoir une taille et un poids qui les définissent comme ayant un excès de poids ou comme étant obèses (34 % ont un excès de poids, 18 % sont obèses).
  - ▲ La Colombie-Britannique et le Québec sont les provinces canadiennes ayant les proportions les plus faibles de personnes ayant un excès de poids ou considérées comme obèses, soit 45 % en Colombie-Britannique et 49 % au Québec. Les provinces de l'Atlantique continuent d'afficher les pourcentages les plus élevés de la population ayant un excès de poids ou considérée comme obèse.
- ***Le rapport entre l'obésité et le statut socioéconomique n'est pas le même chez les hommes et chez les femmes.***
  - ▲ Parmi les personnes qui ont participé à ce sondage, la proportion des hommes qui ont un excès de poids ou qui sont considérés comme obèses est plus élevée que la proportion observée chez les femmes (Figure 21).
  - ▲ Lorsque l'on tente d'évaluer l'interaction entre le sexe, le revenu familial et l'obésité, le rapport n'est pas le même chez les hommes et chez les femmes. Chez les hommes, le taux d'excès de poids et d'obésité augmente à mesure que le revenu augmente. On observe toutefois le phénomène contraire chez les femmes, car les taux d'excès de poids et d'obésité correspondent surtout aux quintiles de revenu le plus faible. Ces taux ont généralement tendance à fléchir à mesure que le revenu augmente (Figure 22).
  - ▲ Les femmes détenant les niveaux de scolarité les plus élevés sont moins susceptibles d'avoir un excès de poids ou d'être obèses. Tout comme dans le cas du revenu familial, le rapport n'est pas le même chez les hommes et chez les femmes. Dans les groupes ayant les revenus et les niveaux de scolarité les plus élevés, on observe un écart plus élevé entre les taux d'excès de poids et d'obésité chez les hommes et chez les femmes (Figure 23).

**FIGURE 20**

Pourcentage des adultes ayant un excès de poids ou considérés comme obèses

SELON LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE – ESCC, 2009

■ EXCÈS DE POIDS  
■ OBÉSITÉ



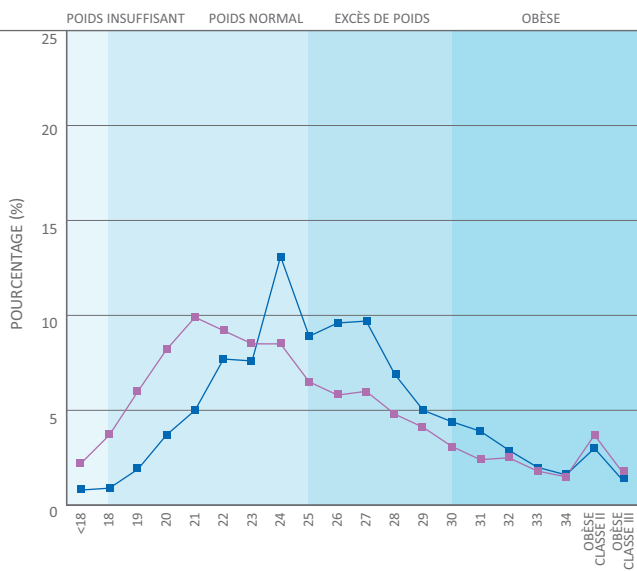
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**FIGURE 21**

Courbes de répartition de l'IMC chez les adultes

SELON LE SEXE, CANADA – ESCC, 2009

■ HOMME  
■ FEMME



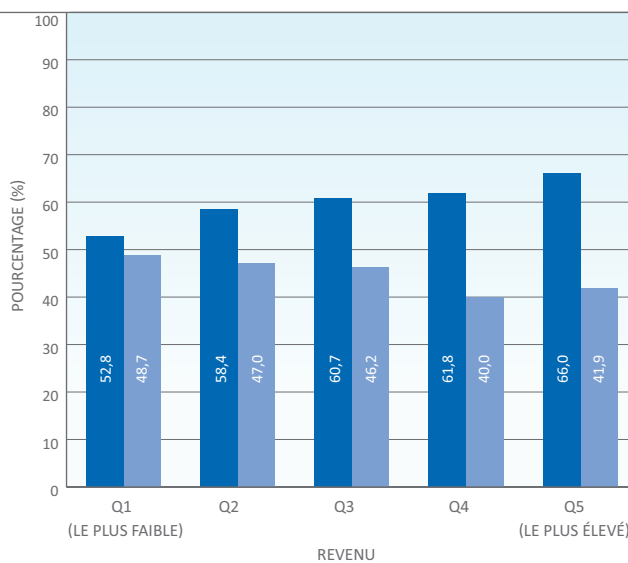
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**FIGURE 22**

Pourcentage des adultes ayant un excès de poids ou considérés comme obèses

SELON LE QUINTILE DE REVENU ET LE SEXE, CANADA – ESCC, 2009

■ HOMME  
■ FEMME



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

- ▲ Le pourcentage des adultes ayant un excès de poids ou considérés comme obèses était plus faible dans les centres urbains que partout ailleurs. On n'observe aucun écart significatif entre les personnes vivant en milieu rural ou éloigné, bien que les taux d'excès de poids et d'obésité y soient plus élevés que dans les régions urbaines (Figure 24).
- **L'analyse de la tendance temporelle observée entre 2003 et 2009 dévoile une augmentation constante de l'obésité dans la population, une baisse constante du poids normal dans la population et une proportion relativement stable de la population ayant un excès de poids (ces données ne sont pas illustrées).**
  - ▲ De nombreux aspects de l'adoption de saines habitudes de vie ayant été abordés dans le Rapport affichent une amélioration (prévalence du tabagisme, consommation de fruits et de légumes, activité physique). On remarque par contre que la prévalence de l'obésité continue d'augmenter.

## QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

- Aux États-Unis, le taux d'obésité chez les adultes est de 27 %, alors que 37 % de la population avait un excès de poids en 2009, soit un total de 64 % de la population<sup>37</sup>.
- Si l'on utilise l'IMC, le Canada se classe au quatrième rang en matière de prévalence de l'obésité dans les pays de l'OCDE, derrière les États-Unis, le Mexique et la Nouvelle-Zélande. Par contre, si l'on utilise les données tirées de divulgations personnelles, le Canada occupe le 10<sup>e</sup> rang des 30 pays de l'OCDE évalués<sup>a, 38</sup>.

## QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains aborde les facteurs de risque, dont l'inactivité physique, les mauvaises habitudes alimentaires ainsi que l'excès de poids et l'obésité. Elle propose également un plan d'action<sup>2</sup>.
- Toutes les initiatives entreprises dans le cadre du programme COALITION comportent une composante qui aborde les facteurs de risque associés à l'excès de poids et à l'obésité, dont l'activité physique, l'alimentation, l'environnement bâti, les déterminants sociaux de la santé et le dépistage de l'excès de poids et de l'obésité dans les centres de soins de premier recours<sup>5</sup>.
- Pour en savoir plus au sujet des initiatives qui abordent les facteurs de risque associés à l'excès de poids et à l'obésité, consultez les sections Activité physique et Alimentation.

## QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

- L'IMC a été calculé à partir d'une divulgation personnelle de la taille et du poids. La prévalence de l'obésité est plus élevée dans les études canadiennes qui ont recours à des paramètres précis que dans celles qui reposent sur une divulgation personnelle (24,3 % dans l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, de 2007 à 2009)<sup>39</sup>.
- Les personnes qui déclaraient avoir un IMC se situant entre 25 kg/m<sup>2</sup> et 29,9 kg/m<sup>2</sup> étaient considérées comme des personnes ayant un excès de poids, alors que celles qui déclaraient avoir un IMC supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup> étaient considérées comme obèses<sup>40, 41</sup>.
- L'Annexe technique (consultez la page 154) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

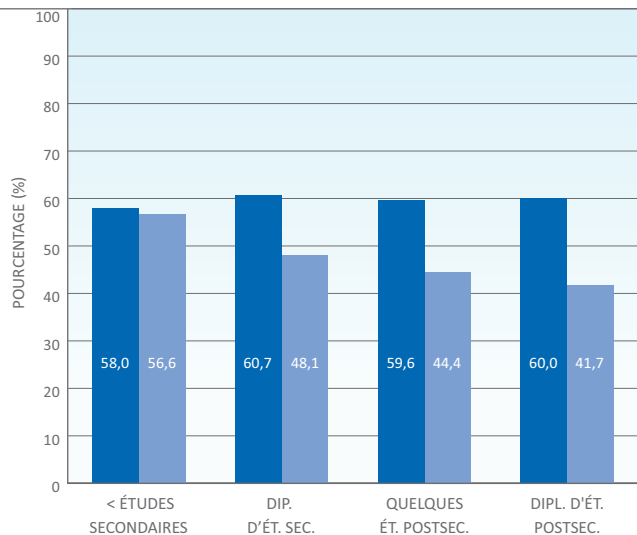
<sup>a</sup> Les méthodes utilisées pour la cueillette des données varient d'un pays à l'autre (auto-évaluation vs paramètres, année de cueillette de données, définition de la population)

**FIGURE 23**

Pourcentage des adultes ayant un excès de poids ou considérés comme obèses

SELON LE NIVEAU DE SCOLARITÉ ET LE SEXE, CANADA – ESCC, 2009

■ HOMME  
■ FEMME

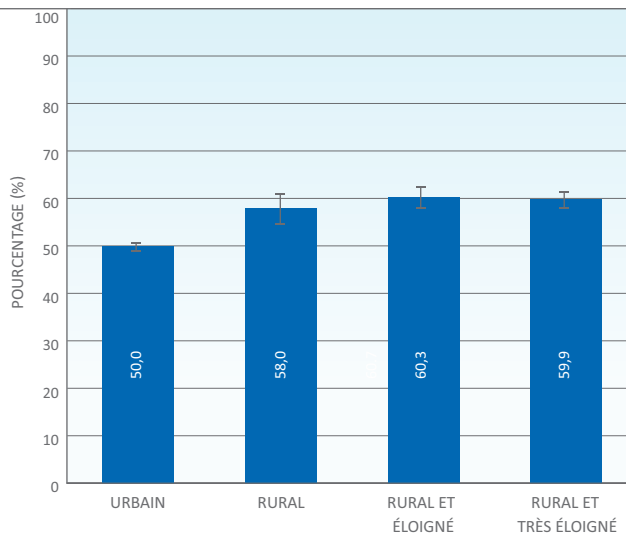


Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**FIGURE 24**

Pourcentage des adultes ayant un excès de poids ou considérés comme obèses

SELON LE LIEU DE RÉSIDENCE, CANADA – ESCC, 2009



La figure comporte des indices de confiance de 95 pour 100.

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

## EXCÈS DE POIDS ET OBÉSITÉ CHEZ LES ADOLESCENTS

### QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur présente le pourcentage de la population âgée de 12 à 17 ans ayant un « excès de poids » ou considérée comme « obèse ». L'IMC seuil assigné à ce classement tient compte de l'âge. Les seuils pour les groupes d'âge les plus bas sont légèrement inférieurs.

### POURQUOI LE MESURE-T-ON ?

- La prévalence de l'obésité chez les enfants est un phénomène de plus en plus marqué à l'échelle internationale. Au Canada, la prévalence de l'excès de poids ou de l'obésité chez les enfants âgés de 12 à 17 ans a doublé depuis dix ans<sup>42</sup>.
- L'obésité chez les enfants et les adolescents augmente le risque d'être obèse à l'âge adulte<sup>43</sup>, ce qui intensifie le risque de manifester des problèmes de santé, dont le risque de développer certains types de cancer<sup>1</sup>.

### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- ***On observe un écart considérable selon la province ou le territoire dans le pourcentage d'adolescents ayant un excès de poids ou considérés comme obèses (Figure 25).***
  - ▲ 20 % des adolescents qui ont participé à ce sondage au Canada ont déclaré avoir un poids et une taille qui les classent dans la catégorie des personnes ayant un excès de poids (15 %) ou comme obèses (5 %).
- ***On observe un écart selon le niveau de scolarité du ménage et le lieu de résidence dans le pourcentage d'adolescents ayant un excès de poids ou considérés comme obèses. Le revenu familial ne semble toutefois pas être un facteur (Figure 26).***
  - ▲ Contrairement à ce que l'on observe chez les adultes, le lien entre le revenu familial et le risque d'avoir un excès de poids ou d'être considéré comme obèse semble faible.
  - ▲ Les pourcentages de personnes ayant un excès de poids ou considérées comme obèses sont considérablement plus élevés chez les jeunes dont les parents ont déclaré avoir le niveau de scolarité le moins élevé.
  - ▲ Lorsque l'on tient compte du lieu de résidence, les pourcentages de personnes ayant un excès de poids ou considérées comme obèses sont les plus élevés chez les adolescents qui vivent en région éloignée.
- ***On observe un écart entre les garçons et les filles et entre le début et la fin de l'adolescence (Figure 27).***
  - ▲ Comparativement aux adolescentes, les adolescents sont plus susceptibles de déclarer un poids et une taille qui les classent dans la catégorie des personnes ayant un excès de poids ou considérées comme obèses.
  - ▲ Comparativement aux adolescents âgés de 12 à 14 ans, surtout les garçons, les adolescents âgés de 15 à 17 ans étaient plus susceptibles de déclarer une taille et un poids qui les classaient dans la catégorie des personnes ayant un excès de poids ou considérées comme obèses. En effet, 27 % des adolescents âgés de 15 à 17 ans ont déclaré avoir un excès de poids ou être obèses, comparativement à 20 % des adolescents âgés de 12 à 14 ans.

### QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

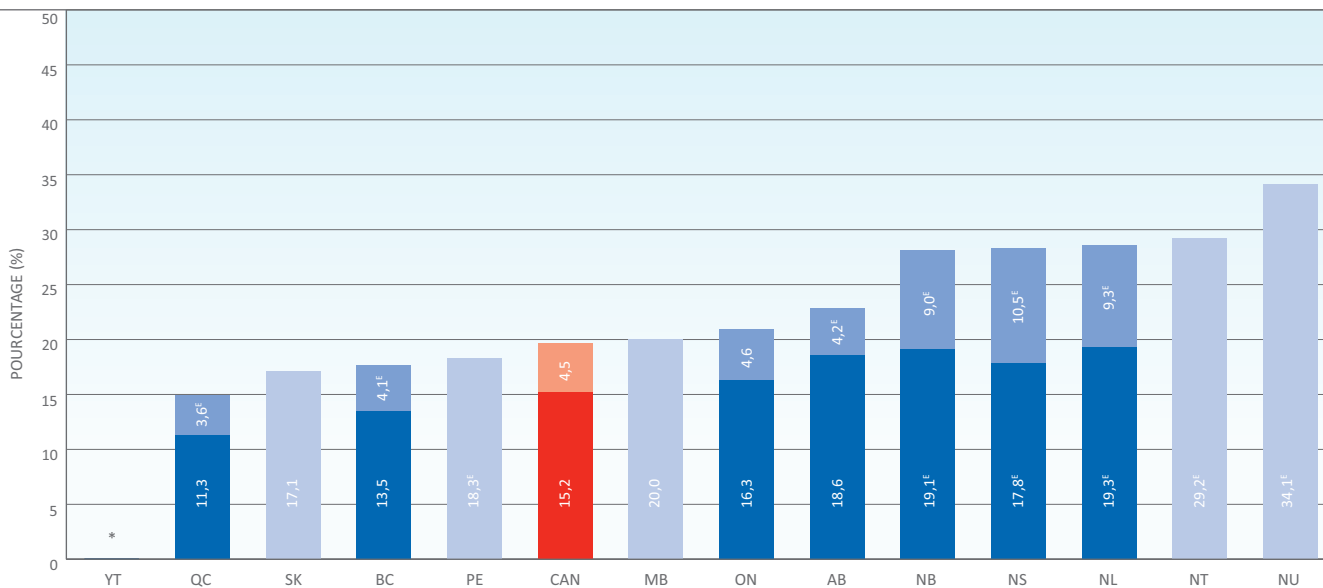
- Dans le cadre d'une étude comparative menée dans 34 pays (des pays européens pour la plupart), le Canada s'est classé au cinquième rang en matière d'obésité chez les enfants, seuls le Groenland, le pays de Galles, les États-Unis et Malte avaient des scores moins élevés<sup>44</sup>.

**FIGURE 25**

**Pourcentage des adolescents (12 à 17 ans) ayant un excès de poids ou considérés comme obèses**

SELON LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE – ESCC, 2009

■ EXCÈS DE POIDS  
OU OBÈSE  
■ OBÈSE  
■ POIDS  
INSUFFISANT



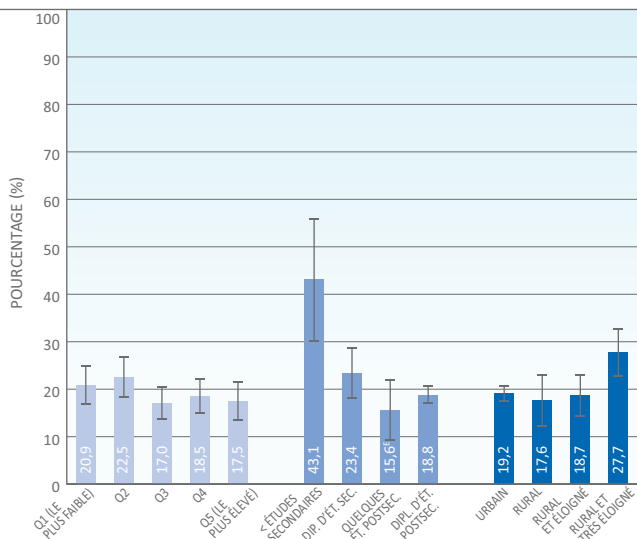
\* Données supprimées en raison de l'incertitude statistique attribuable aux petits nombres.  
<sup>†</sup> Utiliser avec prudence, puisque le coefficient de variation fluctue entre 16,6 % et 33,3 %.  
 Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**FIGURE 26**

**Pourcentage des adolescents (12 à 17 ans) ayant un excès de poids ou considérés comme obèses**

SELON LE QUINTILE DE REVENU, LE NIVEAU DE SCOLARITÉ DU MÉNAGE ET LE LIEU DE RÉSIDENCE, CANADA – ESCC, 2009

■ REVENU  
■ ÉDUCATION  
■ LIEU DE RÉSIDENCE



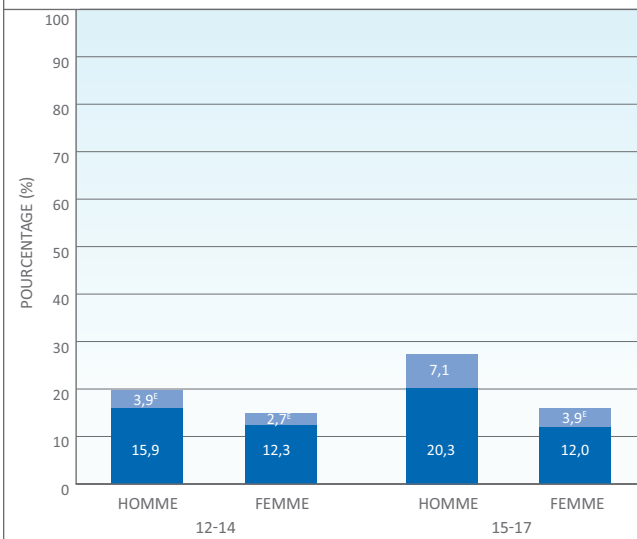
La figure comporte des indices de confiance de 95 pour 100.  
<sup>†</sup> Utiliser avec prudence, puisque le coefficient de variation fluctue entre 16,6 % et 33,3 %.  
 Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**FIGURE 27**

**Pourcentage des adolescents (12 à 17 ans) ayant un excès de poids ou considérés comme obèses**

SELON L'ÂGE ET LE SEXE, CANADA – ESCC, 2009

■ EXCÈS DE POIDS  
■ OBÈSE



<sup>†</sup> Utiliser avec prudence, puisque le coefficient de variation fluctue entre 16,6 % et 33,3 %.  
 Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

- Un sondage sur les habitudes alimentaires mené en Australie en 1995 a dévoilé que 20 % des enfants âgés de 5 à 17 ans avaient un excès de poids ou étaient considérés comme obèses. Tout comme au Canada, l'obésité et l'excès de poids étaient plus élevés chez les garçons âgés de 15 à 17 ans : 6 % étaient obèses et 18 % avaient un excès de poids<sup>45</sup>.

### QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- L'Agence de la santé publique du Canada a développé un cadre d'action intitulé « Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé » qui décrit trois stratégies utilisées pour renverser la tendance par rapport aux excès de poids qui compromettent la santé<sup>42</sup>.
- Cinq initiatives entreprises dans le cadre du programme COALITION comportent une composante qui aborde les facteurs de risque associés à l'excès de poids et à l'obésité, dont l'activité physique, l'alimentation, l'environnement bâti et les déterminants sociaux de la santé. Trois de ces initiatives ciblent directement les jeunes<sup>5</sup>.

### QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

- Les adolescents âgés de 12 à 17 ans sont considérés comme des personnes ayant un « excès de poids » ou comme « obèses » conformément à un seuil de l'IMC qui tient compte de l'âge et du sexe, tels que définis par Cole *et al.*<sup>46</sup>.
- Les seuils définis par Cole reposent sur des données groupées sur l'IMC qui ont été recueillies à l'échelle internationale (Brésil, Grande-Bretagne, Hong-Kong, Pays-Bas, Singapour et États-Unis). Ils sont liés au seuil de l'IMC généralement accepté, à l'échelle internationale, soit 25 kg/m<sup>2</sup> (excès de poids) et 30 kg/m<sup>2</sup> (obésité)<sup>46</sup>.
- L'IMC a été calculé à partir de la divulgation personnelle de la taille et du poids.
- L'Annexe technique (consultez la page 154) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.



## IMMUNISATION CONTRE LE PAPILLOMAVIRUS HUMAIN

### QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur présente la proportion des personnes de la cohorte ciblée qui ont reçu la première dose du vaccin contre le papillomavirus humain. La cohorte comprend les femmes qui fréquentent les écoles (plus précisément les années scolaires et les groupes d'âge visés) participant au programme d'immunisation contre le papillomavirus humain.

### POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- Presque tous les cas de cancer du col de l'utérus et une proportion considérable de cas de cancer anogénital sont attribuables à des infections causées par le papillomavirus humain (PVH)<sup>47</sup>. Au Canada, 60 % de tous les cas de cancer attribuables au PVH sont des cas de cancer du col de l'utérus<sup>48</sup>.
- L'immunisation contre le PVH confère une protection contre les souches les plus virulentes du PVH (16 et 18). Ces souches sont responsables de plus de 70 % des cas de cancer du col de l'utérus<sup>47</sup>.
- En 2007, le Comité consultatif national de l'immunisation a publié des recommandations à propos du vaccin contre le PVH<sup>49</sup>. Plus tard la même année, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il subventionnerait la mise sur pied de programmes provinciaux et territoriaux d'immunisation contre le PVH.
- Puisque ces programmes d'immunisation viennent tout juste d'être créés, il est encore trop tôt pour pouvoir évaluer les taux globaux d'immunisation.
- L'évaluation des programmes provinciaux d'immunisation contre le PVH et la production de rapports à leur sujet permettent de déceler les écarts de rendement et de documenter des avenues pour intensifier les efforts consacrés aux activités de prévention.

### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- **Toutes les provinces et tous les territoires ont mis sur pied un programme d'immunisation contre le PVH.**
  - ▲ En 2007, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador et l'Île-du-Prince-Édouard ont été les premières provinces à mettre sur pied des programmes d'immunisation contre le PVH en milieu scolaire. D'autres provinces leur ont emboîté le pas en 2008. Depuis 2010, toutes les provinces et tous les territoires disposent d'un programme d'immunisation en milieu scolaire.
  - ▲ Les populations visées par les programmes d'immunisation varient d'une province ou d'un territoire à l'autre, le groupe le plus jeune étant la quatrième année scolaire (9 à 10 ans) et le groupe le plus âgé étant la huitième année scolaire (13 à 14 ans). Des cohortes de rattrapage ont été créées dans 10 des 13 provinces ou territoires pour offrir le vaccin aux filles plus âgées. Les cohortes de rattrapage s'appliquent généralement aux quatre niveaux scolaires au-dessus de la population visée. Le programme de rattrapage a également été étendu à toutes les femmes âgées de moins de 18 ans au Québec et à celles de moins de 22 ans dans les Territoires du Nord-Ouest. Tous les programmes provinciaux ne visent que les femmes.

- **Les taux de participation<sup>b</sup> aux programmes d'immunisation contre le PVH varient selon la province ou le territoire (Figure 28).**
  - ▲ Dans les provinces qui ont été en mesure de présenter des données portant sur cet indicateur, le pourcentage de la population visée par les programmes d'immunisation pendant l'année scolaire 2008-2009 ayant reçu la première dose du vaccin variait de 88 %, à Terre-Neuve-et-Labrador, à 52 %, au Manitoba.
  - ▲ Terre-Neuve-et-Labrador et l'Île-du-Prince-Édouard n'étaient pas en mesure de fournir des données concrètes. Ces provinces ont offert plutôt des évaluations estimatives du taux de participation. Les données fournies dans ces évaluations correspondent toutefois aux données concrètes présentées par les autres provinces et territoires.

## QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

- Au Royaume-Uni, le programme national d'immunisation contre le PVH a rejoint 88 % des personnes visées au cours de sa première année (septembre 2008)<sup>50</sup>.
- Pendant la première année du programme australien d'immunisation contre le PVH, l'administration de la première dose du vaccin a rejoint 84 % à 57 % des personnes visées<sup>51</sup>.

## QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- La Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie de l'Agence de la santé publique du Canada, en collaboration directe avec l'Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, élabore actuellement des indicateurs qui auront pour objet d'évaluer la qualité de l'immunisation contre le PVH et d'évaluer la possibilité d'évaluer ces indicateurs à l'échelle des provinces. L'objectif de ces activités est de pouvoir éventuellement produire des rapports portant sur des indicateurs de base en matière de lutte contre le cancer du col de l'utérus.
- Le déploiement des programmes provinciaux et territoriaux se poursuit, ce qui permet aux femmes appartenant aux groupes d'âge visés de se faire vacciner.

## QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

- Le vaccin contre le PVH comporte trois doses administrées sur une période de six mois. Cet indicateur présente le pourcentage de la population visée qui a reçu la première des trois doses.
- Les programmes provinciaux et territoriaux visent différentes populations et comportent des calendriers et des phases de déploiement distinctes. À mesure que les provinces poursuivent la mise en œuvre de leurs programmes d'immunisation respectifs, on s'attend à ce que les pourcentages de participation augmentent et que les écarts interprovinciaux s'amenuisent.
- Les données de l'Alberta et de l'Ontario décrivent le pourcentage de la population visée ayant reçu les trois doses du vaccin. On peut conclure de ces résultats que le nombre de personnes ayant reçu la première dose est plus élevé que celui qui est indiqué. Une étude effectuée en 2010 par les CDC (Centres sur la prévention et la lutte contre les maladies aux États-Unis) sur l'immunisation des adolescentes âgées de 13 à 17 ans a dévoilé que 49 % des femmes recevaient au moins 1 dose, alors que 32 % des femmes recevaient au moins 3 doses<sup>52</sup>.
- Terre-Neuve-et-Labrador et l'Île-du-Prince-Édouard n'ont été en mesure de fournir des valeurs estimatives qu'à propos du nombre de personnes immunisées. Ces données doivent donc être interprétées avec prudence.
- L'Annexe technique (consultez la page 155) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

<sup>b</sup> Le dénominateur du taux de participation dont on tient compte dans le *Rapport* est le nombre de jeunes filles qui fréquentent les années scolaires visées (qui varient d'une province à l'autre) dans les écoles offrant le programme d'immunisation contre le PVH. Par conséquent, il n'est pas le reflet de toutes les femmes appartenant aux groupes d'âge visés qui habitent dans cette province.

**TABEAU 1**

Implantation d'un programme provincial d'immunisation contre le papillomavirus humain (VPH), selon la province

	NU	NT	YT	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PE	NL
DATE DU DÉBUT DE L'IMPLANTATION	2010	Sept. 2009	Nov. 2009	Sept. 2008	Sept. 2008	Sept. 2008	Sept. 2008	Sept. 2007	Sept. 2008	Sept. 2008	2007	2007	Sept. 2007
GROUPE D'ÂGE VISÉ / COHORTE DE FEMMES IMMUNISÉES	6 <sup>e</sup> année ou ≥ 9 ans	5 <sup>e</sup> année	6 <sup>e</sup> année	6 <sup>e</sup> année	6 <sup>e</sup> année	6 <sup>e</sup> année	6 <sup>e</sup> année	8 <sup>e</sup> année	4 <sup>e</sup> pr., 3 <sup>e</sup> sec. (4 <sup>e</sup> année, 9 <sup>e</sup> année)	7 <sup>e</sup> année	7 <sup>e</sup> année	6 <sup>e</sup> année	7 <sup>e</sup> année
PROGRAMME DE RATTRAPAGE	Non	Oui	Oui	Oui*	Oui	Oui	Non	Non**	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
DÉTAILS DU PROGRAMME DE RATTRAPAGE	S. O.	Toutes les femmes < 22 ans	7 <sup>e</sup> année, 8 <sup>e</sup> année	9 <sup>e</sup> année	9 <sup>e</sup> année	7 <sup>e</sup> année	S. O.	S. O.	< 18 ans	8 <sup>e</sup> année	S.O.	9 <sup>e</sup> année	9 <sup>e</sup> année

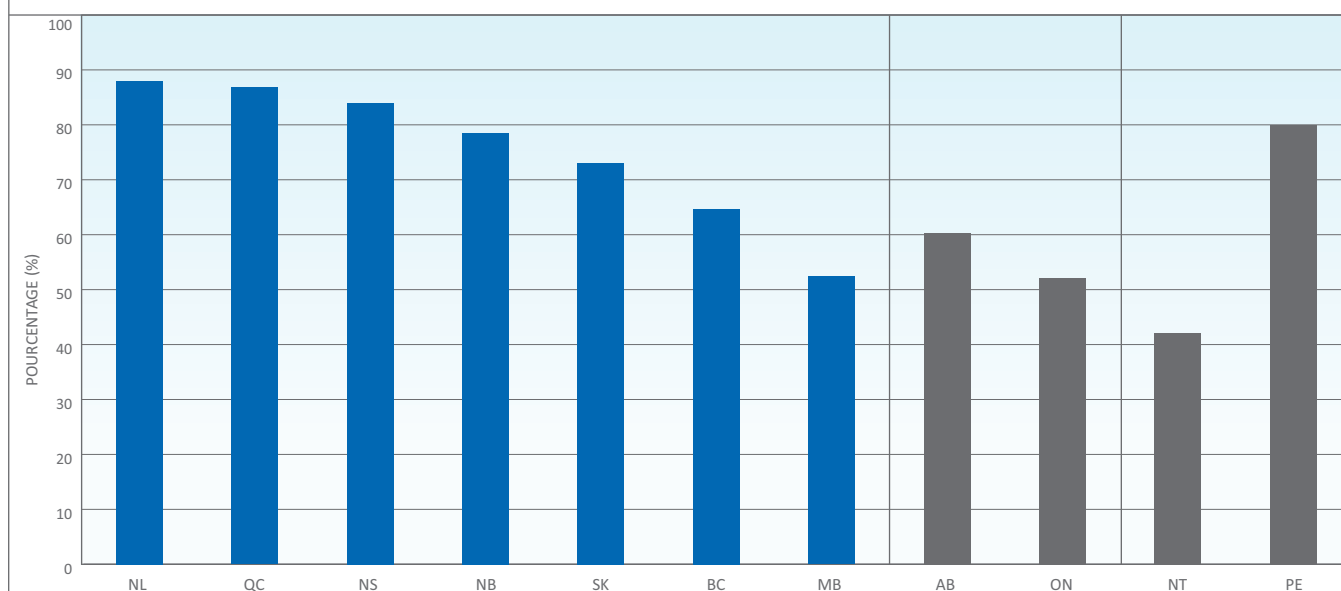
\* Le programme de rattrapage vient de se terminer en C.-B. À compter de 2011-2012, le vaccin ne sera plus offert aux femmes de 9<sup>e</sup> année.

\*\* L'Ont. offre une admissibilité prolongée aux étudiantes de la 9<sup>e</sup> année qui ont reçu au moins une dose en 8<sup>e</sup> année.

**FIGURE 28**

Pourcentage de la cohorte ayant reçu la première dose\* du vaccin contre le VPH

SELON LA PROVINCE – ANNÉE SCOLAIRE 2008-2009



Les données de l'Alb. et de l'Ont. sont celles de la 3<sup>e</sup> dose.

Les données de T.-N.-L. et de l'Y.-P.-É. sont des estimations.

\* La cohorte ayant reçu la première dose ne s'applique qu'à la province et à l'étape de mise en œuvre. Elle ne regroupe que les écoles et les années scolaires où les programmes sont offerts.

Source des données : Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus



# Indicateurs de dépistage

Ce chapitre du *Rapport* présente les indicateurs liés au dépistage du col de l'utérus et du cancer colorectal. Contrairement aux rapports antérieurs, qui présentaient des données divulguées par les intéressés, le *Rapport* de cette année présente des données de référence concrètes sur le taux de participation aux programmes de dépistage à l'aide du test de Papanicolaou (Pap) qui participent à l'Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus. Dans le cas du cancer colorectal, le *Rapport* actualise les données sur les programmes de dépistage qui ont été divulgués par les intéressés dans quelques provinces et territoires. Aucune nouvelle donnée sur les programmes de dépistage du cancer du sein ayant été déclarée par des intéressées n'était disponible au moment de la préparation du *Rapport* de cette année.

## **IL A ÉTÉ DÉMONTRÉ QUE LE DÉPISTAGE RÉDUIT LA MORTALITÉ ET L'INCIDENCE DE PLUSIEURS TYPES DE CANCER.**

La détection précoce offerte par les programmes de dépistage régulier constitue une stratégie efficace pour réduire la mortalité attribuable au cancer du sein, au cancer du col de l'utérus et au cancer colorectal, car elle permet de recourir à des traitements plus efficaces. Des données probantes tirées d'essais cliniques et de recensions systématiques des ouvrages publiés démontrent que le dépistage peut réduire l'incidence du cancer colorectal, ainsi que la mortalité qui y est associée, grâce à la détection précoce des polypes précancéreux<sup>53-56</sup>. Pour obtenir ces résultats, de larges segments de la population visée par ces types de cancer doivent avoir accès à des programmes de dépistage de grande qualité.

## **DES CIBLES NATIONALES ONT ÉTÉ ADOPTÉES POUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN, ET DES CIBLES SONT EN COURS D'ÉLABORATION POUR LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL.**

L'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS) a fixé la cible du taux de participation au test de dépistage du cancer du sein à au moins 70 % chez les femmes âgées de 50 à 69 ans. Cette cible est semblable à celle qui a été fixée au Royaume-Uni, en Australie et dans les directives européennes (nonobstant quelques différences dans la définition de la population visée)<sup>57</sup>. Le Réseau national de dépistage du cancer colorectal a entrepris des démarches dans le but de fixer des cibles nationales pour le dépistage du cancer colorectal. À l'heure actuelle, il n'y a pas de cibles nationales pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. De nombreuses provinces ont toutefois fixé leurs propres cibles pour le dépistage du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus.

## **LE PARTENARIAT, EN COLLABORATION AVEC SES PARTENAIRES, TRAVAILLE À CRÉER UNE INFRASTRUCTURE QUI PERMETTRA DE SURVEILLER, D'ÉVALUER ET, EN FIN DE COMPTE, D'AMÉLIORER LE DÉPISTAGE AU CANADA.**

Trois organismes nationaux, le Réseau national de dépistage du cancer colorectal, l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein et l'Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, s'affairent à promouvoir et à faire progresser le dépistage des types de cancer dont ils ont la responsabilité. Chacun de ces organismes élabore et mesure des indicateurs de rendement variés qui contribueront à évaluer les progrès réalisés et à déterminer des possibilités d'amélioration. Ces organismes assument également la responsabilité de produire des directives et des normes de dépistage qui font la promotion du savoir à l'échelle nationale.

## LES DONNÉES SUR LE DÉPISTAGE PROVIENNENT DE DIVERSES SOURCES.

Les données sur le dépistage du cancer du col de l'utérus proviennent des réseaux provinciaux de dépistage dans les provinces qui participent à l'Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus. Les données sur le dépistage du cancer colorectal proviennent de données dévoilées par les intéressés dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

Pour des notes additionnelles à propos de l'ESCC, consultez l'introduction de la section Prévention.

## LORSQUE DES DONNÉES SUR LES TENDANCES SONT DISPONIBLES, LES TAUX DE PARTICIPATION AUX TESTS DE DÉPISTAGE SONT À LA HAUSSE.

INDICATEUR DE DÉPISTAGE	RÉSUMÉ DE LA SITUATION À L'ÉCHELLE NATIONALE	TENDANCES
<b>Taux de participation aux tests de dépistage du cancer du col de l'utérus</b>	Le taux de participation est relativement comparable d'une province à l'autre. Il varie de 64 % à 76 % pour les femmes qui ont passé au moins un test de Pap au cours des trois dernières années (2006 à 2008).	Les données de référence sur le taux de participation laissent entendre que la participation est historiquement aussi élevée que ce que les rapports de divulgation par les intéressés indiquaient <sup>58</sup> .
<b>Taux de participation aux tests de dépistage du cancer colorectal</b>	Les taux de participation varient de 22 % à 52 % (dans les provinces qui ont présenté des données pour 2009).	La proportion des personnes âgées de 50 à 74 ans au Canada qui affirment avoir subi tous les tests de dépistage du cancer colorectal qu'elles devraient avoir subis est à la hausse depuis quelques années dans toutes les provinces qui ont mis sur pied un programme de dépistage.

## DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

### QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur étudie le taux de participation aux programmes provinciaux de tests de dépistage. Ce calcul repose sur deux méthodologies différentes. Dans le premier cas, on présente le pourcentage moyen des femmes âgées de 20 à 69 ans qui ont subi au moins un test de Pap au cours des trois années qui ont précédé, ce que l'on désigne par « taux de participation ». Dans le deuxième cas, on présente le pourcentage de femmes âgées de 20 à 69 ans qui ont subi un test de Pap au cours des trois années qui ont suivi l'obtention d'un résultat négatif à un test de Pap, ce que l'on désigne par « taux de rétention ». Dans l'idéal, le calcul du taux de participation au test de dépistage du cancer du col de l'utérus devrait exclure les femmes qui ont subi une hystérectomie totale (dont l'ablation du col de l'utérus). Seule la Colombie-Britannique a présenté des données qui tiennent compte des femmes ayant subi une hystérectomie. Ailleurs, à cause de l'absence de données ou d'une méthodologie ou d'une capacité analytique permettant de tenir compte des femmes ayant subi une hystérectomie, les pourcentages n'ont pas été ajustés.

### POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- Tous les ans au Canada, approximativement 1 300 femmes font l'objet d'un diagnostic de cancer du col de l'utérus, dont le taux de létalité est supérieur à 25 %<sup>48</sup>.
- Le test de dépistage du cancer du col de l'utérus permet de détecter de manière précoce des lésions précancéreuses qui pourraient devenir un cancer invasif du col de l'utérus. Ce test de dépistage permet donc de réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus et de la mortalité attribuable à ce cancer<sup>59, 60</sup>. Depuis l'introduction du test de Papanicolaou (Pap) en 1949, on a observé une baisse marquée de l'incidence du cancer du col de l'utérus et de la mortalité qui lui est attribuable<sup>48</sup>.
- La publication des taux de participation aux programmes provinciaux de dépistage du cancer du col de l'utérus permet de relever des écarts potentiels et de participer à des échanges interprovinciaux en matière de pratiques exemplaires. Finalement, les liens entre les indicateurs sur le taux de participation au test de dépistage et sur l'issue du traitement pourront servir de base pour procéder à des évaluations et pour analyser les répercussions de ces programmes.
- Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs procède actuellement à l'étude des directives canadiennes sur le dépistage du cancer du col de l'utérus. En outre, des directives provinciales ont été récemment mises à jour et font actuellement l'objet d'une évaluation. Les directives provinciales en matière de tests de dépistage du cancer du col de l'utérus recommandent généralement de commencer les tests à 21 ans (soit un changement par rapport aux recommandations antérieures qui visaient les femmes âgées de 18 ans) ou dans les trois ans suivant la première relation sexuelle et de subir le test tous les deux ou trois ans après l'obtention d'un résultat négatif à trois reprises lors des tests annuels. Le test de Pap comporte toutefois des lacunes, notamment l'occurrence élevée de faux résultats négatifs<sup>61</sup>. Puisque la maladie se développe lentement, le test de Pap n'est vraiment efficace que chez les femmes qui s'y soumettent de manière régulière.
- À ce jour, aucune cible n'a été fixée au Canada en matière de taux de participation de dépistage du cancer du col de l'utérus ou de taux de rétention.

## QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- **Le pourcentage moyen des femmes âgées de 20 à 69 ans qui ont subi un test de Pap dans le cadre d'un programme provincial de dépistage (« taux de participation ») au cours d'une période de trois ans, soit entre 2006 et 2008, est de 70 %. Ce pourcentage n'a pas été corrigé pour tenir compte des femmes ayant subi une hystérectomie.**
  - ▲ Le pourcentage des femmes qui ont subi au moins un test de Pap pendant cette période de trois ans variait de 64 %, en Saskatchewan, à 76 %, en Alberta. Le taux de dépistage corrigé pour tenir compte des femmes ayant subi une hystérectomie est de 80 % en Colombie-Britannique (Figure 29).
  - ▲ Le pourcentage des femmes qui ont subi au moins un test de Pap, pourcentage non corrigé pour tenir compte des femmes ayant subi une hystérectomie, varie de 81 %, chez les femmes âgées de 20 à 29 ans, à 51 %, chez les femmes âgées de 60 à 69 ans (Figure 30). En Colombie-Britannique, le taux de participation corrigé pour tenir compte des femmes ayant subi une hystérectomie est uniforme dans tous les groupes d'âge, parce que le calcul du taux de participation ne tient pas compte des femmes qui ne sont pas admissibles au test de Pap.
- **Le pourcentage des femmes âgées de 20 à 69 ans qui ont subi un test de Pap dans le cadre d'un programme provincial de dépistage dans les trois ans suivant l'obtention d'un résultat négatif à un test de Pap (« taux de rétention ») est de 80,6 % (Figure 31).**
  - ▲ Le taux de rétention varie de 75 %, en Saskatchewan, à 87 %, en Alberta.
  - ▲ Le taux de rétention décroît à mesure que l'âge augmente. Le taux de rétention est de 82 % chez les femmes âgées de 20 à 29 ans, alors qu'il n'est que de 72 % chez les femmes âgées de 60 à 69 ans (ces données ne sont pas illustrées).

## QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

- Le *Rapport sur le rendement du système de 2010* présentait des statistiques compilées à partir de données dévoilées par les intéressés dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) faite en 2008. Le pourcentage des femmes âgées de 18 à 69 ans (qui n'avaient pas subi une hystérectomie) qui ont déclaré avoir subi un test de Pap au cours des trois années qui avaient précédé était de 79 % à l'échelle canadienne. Il variait de 74 %, au Nunavut, à 88 % aux Territoires du Nord-Ouest<sup>62</sup>. Les données dévoilées par les intéressés sont un peu plus élevées que les taux de participation au test de dépistage mesurés par les réseaux et présentés dans le *Rapport*. Cette situation peut être attribuable au biais inhérent aux données dévoilées par les intéressés.
- Les taux de participation au test de dépistage du cancer du col de l'utérus ont chuté et se situent maintenant entre 70 % et 80 % dans d'autres pays :
  - ▲ Selon des données fournies par d'autres programmes structurés de dépistage pour les années 2005 à 2007, 74 % des Australiennes âgées de 20 à 69 ans ont subi un test de Pap au cours des trois années qui ont précédé<sup>63</sup>.
  - ▲ Au Royaume-Uni en 2009, 80 % des femmes âgées de 25 à 64 ans habitant en Grande-Bretagne ont subi un test de Pap dans les cinq années qui ont précédé. Ces tests avaient également été effectués dans le cadre d'un programme structuré de dépistage<sup>64</sup>.
  - ▲ Aux États-Unis en 2008, 75,6 % des personnes ayant participé au sondage mené par entrevues à l'échelle nationale qui avaient 18 ans ou plus ont déclaré avoir subi un test de dépistage au cours des trois années qui ont précédé<sup>65</sup>.

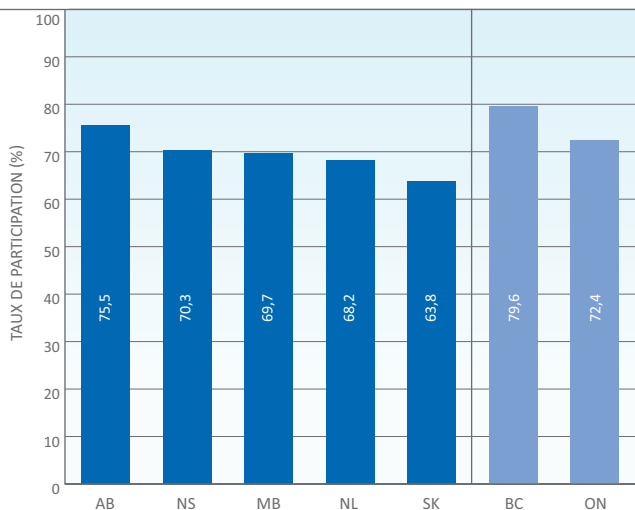
## QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- L'Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, qui a tenu sa première réunion en juin 2009, offre un forum de discussion et d'action d'envergure nationale qui a pour objet d'améliorer la lutte contre le cancer du col de l'utérus. Outre le groupe consultatif sur le dépistage du Partenariat, l'Initiative comprend les principaux intervenants provinciaux et territoriaux, des regroupements professionnels dans le domaine de la santé, l'Agence de la santé publique



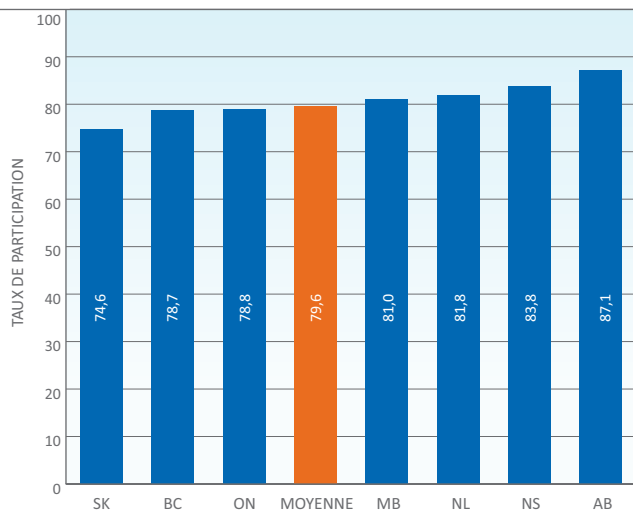
**FIGURE 29**  
**Pourcentage des femmes âgées de 20 à 69 ans qui ont subi au moins un test de Pap**  
 SELON LA PROVINCE, 2006 À 2008

■ DONNÉES NON CORRIGÉES POUR TENIR COMPTE DES FEMMES AYANT SUBI UNE HYSTÉRECTOMIE  
 ■ DONNÉES CORRIGÉES POUR TENIR COMPTE DES FEMMES AYANT SUBI UNE HYSTÉRECTOMIE



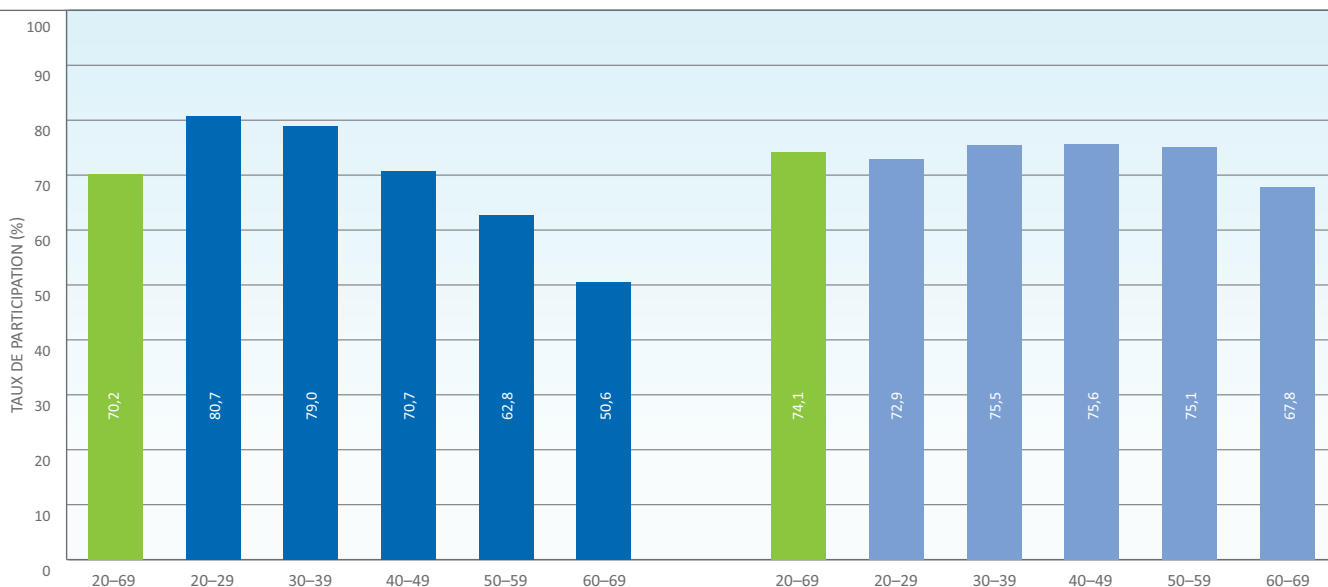
Les données de l'Ont. et celle de la C.-B. ont été corrigées pour tenir compte des femmes ayant subi une hystérectomie.  
 Les données de T.-N.-L. sont celles de 2005 à 2007.  
 Les données de l'Alb. couvrent les régions dotées de programmes structurés au cours de ces années (= 40 % de la population).  
 Source des données : Programmes de dépistage du cancer du col utérin au Canada : Surveillance du rendement des programmes (document de travail)

**FIGURE 31**  
**Pourcentage des femmes âgées de 20 à 69 ans qui ont subi un test de Pap dans les 3 ans qui ont suivi l'obtention d'un résultat négatif à un test de Pap**  
 SELON LA PROVINCE, 2004 ET 2005



Les données de l'Ont. pour 2003 et 2005 couvrent = 85 % de tous les tests de Pap pratiqués dans la province.  
 Les données de T.-N.-L. sont celles de 2004.  
 Les données de l'Alb. couvrent les régions dotées de programmes structurés au cours de ces années (= 40 % de la population).  
 Source des données : Programmes de dépistage du cancer du col utérin au Canada : Surveillance du rendement des programmes (document de travail)

**FIGURE 30**  
**Pourcentage des femmes qui ont subi au moins un test de Pap**  
 SELON L'ÂGE, 2006 À 2008, TOUTES PROVINCES CONFONDUES



■ DONNÉES NON CORRIGÉES POUR TENIR COMPTE DES FEMMES AYANT SUBI UNE HYSTÉRECTOMIE  
 ■ DONNÉES CORRIGÉES POUR TENIR COMPTE DES FEMMES AYANT SUBI UNE HYSTÉRECTOMIE  
 Données de la Sask., de T.-N.-L., de la N.-É. et de l'Alb. (données non corrigées), de la C.-B. et de l'Ont. (données corrigées)  
 Les données de T.-N.-L. sont celles de 2005 à 2007.  
 Les données de l'Alb. couvrent les régions dotées de programmes structurés au cours de ces années (= 40 % de la population).  
 Source des données : Programmes provinciaux de dépistage, Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus

du Canada — Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, le Réseau d'action de lutte au cancer et la Société canadienne du cancer<sup>66</sup>.

- Le rapport intitulé « Dépistage du cancer du col utérin au Canada : Rapport de surveillance » est l'une des premières stratégies à avoir été entreprises dans le cadre de l'Initiative. L'objectif de ce rapport, le premier du genre au Canada, est de fournir de l'information sur le rendement des programmes canadiens de dépistage du cancer du col de l'utérus qui tiennent compte d'indicateurs de rendement uniformes à l'échelle nationale. Cette information a pour objet de faciliter les comparaisons de données recueillies à l'échelle du pays et de repérer les lacunes dans la cueillette des données.

### QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

- Les données qui ont servi au calcul de cet indicateur proviennent de l'Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus. Cette initiative a reçu l'appui du Partenariat.
- Les données portant sur les femmes âgées de 20 à 69 ans qui ont été recueillies en 2006, 2007 et 2008 ont été présentées par les programmes provinciaux de dépistage de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse, de l'Ontario, du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique.
- Normalement, le calcul du taux de participation au test de dépistage du cancer du col de l'utérus devrait exclure les femmes qui ont subi une hystérectomie totale (dont l'ablation du col de l'utérus) et celles qui n'ont jamais eu de relations sexuelles. De plus, les femmes qui ont déjà fait l'objet d'un diagnostic de cancer gynécologique ne devraient pas être incluses, car elles n'ont pas nécessairement besoin de subir un test de dépistage. Seule la Colombie-Britannique a présenté des données qui tiennent compte des femmes ayant subi une hystérectomie. D'autres provinces, telles que l'Ontario, le Manitoba et Terre-Neuve-et-Labrador se préparent à calculer des taux de participation qui tiennent compte des femmes ayant subi une hystérectomie.
- Terre-Neuve-et-Labrador a présenté des données sur l'indicateur du taux de participation au test de dépistage du cancer du col de l'utérus de 2005 à 2007, alors que l'Alberta a présenté des données pour deux offices régionaux de la santé (approximativement 40 % de la population).
- Terre-Neuve-et-Labrador a présenté des données sur l'indicateur du taux de rétention pour l'année 2004, alors que l'Alberta a présenté des données pour deux offices régionaux de la santé (approximativement 40 % de la population). Puisque les Albertaines pourraient avoir subi un test de Pap dans une autre région de la province, le taux de rétention en Alberta pourrait être sous-représentatif de la réalité.
- L'Annexe technique (consultez la page 155) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

## DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

### QUE MESURE-T-ON?

L'indicateur étudie le pourcentage de la population appartenant au groupe d'âge visé (50 à 74 ans) qui a déclaré avoir subi un test de dépistage du cancer colorectal sans avoir aucun symptôme. Le test de dépistage comprend soit le test de recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) effectué au cours des deux années qui ont précédé, soit une coloscopie ou une sigmoïdoscopie effectuée au cours des cinq dernières années. Cet indicateur présente également l'accessibilité à des programmes provinciaux de dépistage par la population visée.

### POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- En 2011, 12 500 Canadiens et 9 700 Canadiennes devraient faire l'objet d'un diagnostic de cancer colorectal, et 8 900 devraient succomber à cette maladie, ce qui en fait la deuxième cause de décès attribuable au cancer au Canada, juste après le cancer du poumon<sup>67</sup>.
- Les tests fécaux de dépistage réduisent la mortalité attribuable au cancer colorectal et l'incidence globale de ce cancer (par la détection des polypes cancéreux)<sup>53-55</sup>. Il est recommandé de faire subir les tests de dépistage du cancer colorectal dans le cadre de programmes structurés afin de pouvoir déterminer plus efficacement le potentiel offert par le programme et de pouvoir évaluer les progrès réalisés. En 2011, toutes les provinces s'étaient dotées d'un programme de dépistage qui fait appel à la recherche de sang occulte dans les selles (test au gâïac ou test immunochimique) à titre de test de dépistage initial et recommandent que toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen passent ce test. La coloscopie est le test diagnostic généralement recommandé comme test de suivi à un résultat positif à une recherche de sang occulte dans les selles ou pour les personnes très vulnérables.
- Les rapports sur les taux de participation aux tests de dépistage permettent de dégager des avenues visant à améliorer le programme et à adopter des pratiques exemplaires.

### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- ***Les taux de participation aux tests de dépistage du cancer colorectal et l'accès à des programmes structurés de dépistage varient considérablement selon le lieu de résidence.***
  - ▲ En 2009, les taux de participation aux tests de dépistage colorectal dévoilés par les intéressés chez les personnes âgées de 50 à 74 ans qui ne manifestaient aucun symptôme variaient selon la province ou le territoire, soit de 22 %, au Yukon, à 52 % en Ontario (Figure 32). Au cours des trois derniers cycles couverts par l'ESCC, la plupart des provinces qui ont présenté des données tous les ans affichent une augmentation constante du taux de participation (ces données ne sont pas illustrées).
  - ▲ Au mois d'août 2011, les programmes de dépistage provinciaux de l'Ontario, de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Nouvelle-Écosse déclaraient être accessibles par 100 % de la population visée (Figure 33). Le Manitoba a déclaré que de 50 % à 99 % de la population visée avait accès à ces tests, alors que 10 % à 49 % de cette population avait accès à de tels programmes en Alberta et en Saskatchewan. La Colombie-Britannique a déclaré que ces programmes rejoignaient de 1 % à 9 % de la population visée. Le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador en sont actuellement à l'étape de la mise en œuvre de leurs programmes.

## QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

- Plusieurs pays mettent actuellement en place des programmes de dépistage du cancer colorectal, dont le Royaume-Uni, l'Australie, la France, l'Espagne, l'Italie, la Finlande et Israël<sup>68-75</sup>. Les taux de participation varient d'un programme ou d'une étude pilote à l'autre, soit de 17 %, en Espagne, à 70 %, en Finlande. La conception de ces programmes varie considérablement, dont le type de test de dépistage et les stratégies utilisées pour inciter la population visée à y participer.

## QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- Le Réseau national de dépistage du cancer colorectal a été créé en 2007 dans le but d'examiner les préoccupations ou les questions d'intérêt commun relativement au dépistage du cancer colorectal, pour en débattre et pour prendre des mesures à cet égard<sup>76</sup>. Ce réseau a contribué à faire accélérer le développement de programmes structurés de dépistage du cancer colorectal dans toutes les provinces.
- En 2010, le Réseau a lancé la campagne « Côlonversation », qui a pour objet de faire la promotion des tests de dépistage du cancer colorectal. Un site Web a été créé dans le but d'encourager les débats, de renseigner le public et de faire augmenter le taux de participation aux tests de dépistage<sup>77</sup>.
- Le Réseau a également créé une démarche qui permet de produire des rapports sur les indicateurs de la qualité à l'échelle nationale. Le premier rapport, qui a été publié en 2010, est un document interne axé sur la démarche. Le Réseau a l'intention de publier son premier rapport destiné au public d'ici à trois ans.
- Le Réseau s'affaire actuellement à travailler à l'amélioration de la qualité des programmes de dépistage au Canada. Il élabore ainsi des cibles communes pour les indicateurs de la qualité des programmes de dépistage du cancer colorectal à l'échelle nationale. Pour ce faire, il cherche à obtenir un consensus afin de déterminer les cibles qui peuvent être atteintes et de proposer un calendrier d'adoption pour les principaux indicateurs de la qualité et les nouveaux indicateurs nationaux.

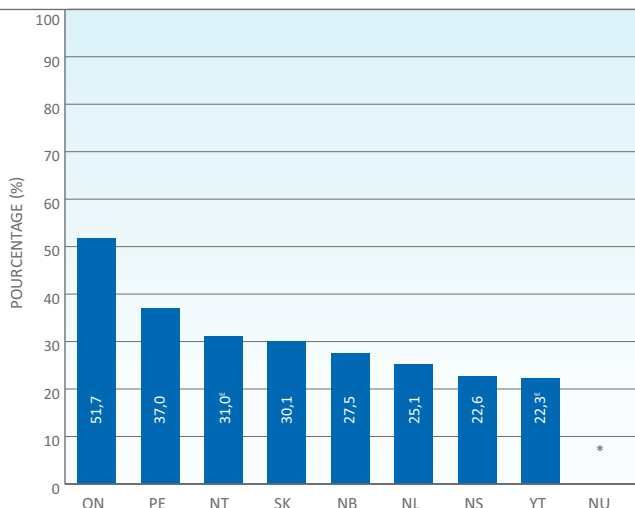
## QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

- Les données tiennent compte des personnes qui ont déclaré avoir subi soit un test de dépistage par la recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux années qui ont précédé, soit une sigmoïdoscopie ou une coloscopie au cours des cinq années qui ont précédé. La portée de cet indicateur n'est donc pas restreinte aux programmes structurés de dépistage.
- On observe des écarts d'une province à l'autre en ce qui a trait à l'étape de planification et d'application des programmes, à la conception de ces programmes, aux modèles de dépistage et aux modes de recrutement des participants.
- L'Annexe technique (consultez la page 156) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

**FIGURE 32**

Pourcentage de la population (50 à 74 ans) déclarant avoir subi un test de dépistage par la RSOS, une sigmoïdoscopie ou une coloscopie sans avoir aucun symptôme

SELON LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE, CANADA – ESCC, 2009



\* Données supprimées en raison de l'incertitude statistique attribuable aux petits nombres.  
<sup>f</sup> Utiliser avec prudence, puisque le coefficient de variation fluctue entre 16,6 % et 33,3 %.  
 Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

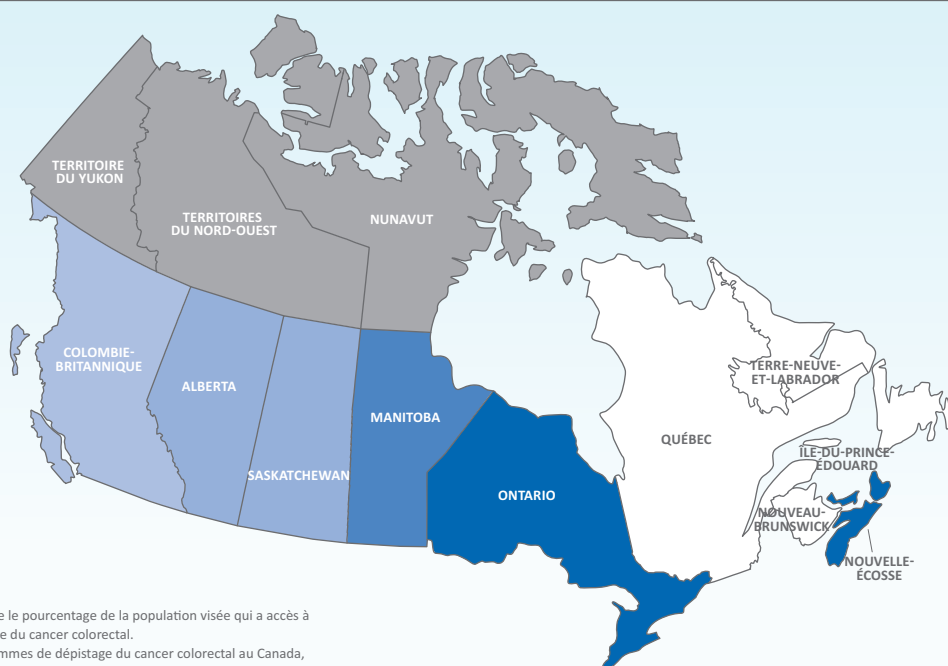
**FIGURE 33**

Accès à un programme de dépistage du cancer colorectal

SELON LA PROVINCE-RÉSEAU NATIONAL DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL, 2011

% de la population visée ayant accès à des programmes de dépistage structurés

- ABSENCE DE PROGRAMME STRUCTURÉ
- 0 %
- 1-9 %
- 10-49 %
- 50-99 %
- 100 %



La zone ombragée représente le pourcentage de la population visée qui a accès à des programmes de dépistage du cancer colorectal.  
 Source des données : Programmes de dépistage du cancer colorectal au Canada, Réseau national de dépistage du cancer colorectal



# Indicateurs de diagnostic

Le *Rapport* présente des données portant sur deux marqueurs de la démarche de diagnostic, soit la saisie des données sur le stade du cancer comme une entrée de diagnostic essentielle pour calculer d'autres indicateurs importants, et les temps d'attente entre une mammographie anormale et la résolution chez les femmes, comme une mesure de l'accès opportun aux services. Dans le chapitre sur les *Indicateurs développementaux et intérimaires*, les données présentées sur la capacité de tomographie par émission de positrons permettent de mesurer l'utilisation et la capacité du système. Malgré leur importance dans le domaine de la lutte contre le cancer, l'accès à des données permettant de comparer le rendement du système à l'échelle nationale dans le domaine de l'établissement du diagnostic du cancer est restreint.

## LE PERFECTIONNEMENT DE LA DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE AMÉLIORERA L'EXPÉRIENCE DES PATIENTS.

La divulgation d'un diagnostic de cancer marque le point d'entrée des patients dans l'expérience globale du cancer. À ce titre, tous les paramètres qui améliorent le processus d'établissement du diagnostic contribuent à accélérer la prestation des soins et à réduire l'anxiété chez les patients tout au long de leur expérience avec le cancer.

INDICATEUR DE DIAGNOSTIC	RÉSUMÉ DES RÉSULTATS
Saisie de données sur le stade du cancer	Pour l'année 2009, six des neuf registres provinciaux du cancer ont saisi des données portant sur le stade du cancer d'au moins 90 % des cas des quatre types de cancer les plus courants. De 2007 à 2009, on a observé une tendance à la hausse en matière de saisie du stade du cancer pour tous les types de cancer.
Temps d'attente entre une mammographie anormale et la résolution	Suivant un résultat positif à une mammographie, les patientes qui n'avaient pas besoin d'une biopsie étaient plus susceptibles de faire l'objet d'un diagnostic dans le délai cible par rapport à celles qui avaient besoin d'une biopsie pour confirmer le diagnostic.
Capacité de tomographie par émission de positrons et son utilisation*	On observe un écart considérable à l'échelle nationale en matière de disponibilité et d'utilisation des tomographes par émission de positrons, soit le nombre d'appareils par million d'habitants (0 à 1,8 appareil) ou le nombre d'exams de tomographie par émission de positrons par million d'habitants (515 à 1 819). Comparativement à 2009, l'utilisation des appareils semble toutefois avoir augmenté en 2010 dans trois des quatre provinces qui ont présenté des données.

\* Voir le chapitre intitulé *Indicateurs développementaux et intérimaires*.

## EN COLLABORATION AVEC SES PARTENAIRES, LE PARTENARIAT S'AFFAIRE À METTRE SUR PIED UNE INFRASTRUCTURE POUR SURVEILLER, ÉVALUER ET FINALEMENT AMÉLIORER LES SERVICES DE DIAGNOSTIC AU CANADA.

Le Partenariat a mis sur pied l'Initiative sur la stadification du cancer dans le but de faciliter la cueillette de données auprès de la population sur le stade du cancer. Ces données, qui portent sur les quatre principaux types de cancer, sont recueillies sous forme électronique et en collaboration avec les provinces et les territoires. Les données sur le stade du cancer recueillies auprès de la population nous offrent, entre autres avantages, la possibilité d'approfondir notre compréhension de la démarche utilisée pour établir un diagnostic de cancer. Le Partenariat appuie également l'adoption des rapports synoptiques d'anatomopathologie à l'échelle nationale, car ceux-ci contribuent grandement à la capacité d'évaluation des modèles d'anatomopathologie ainsi que des directives et des normes qui y sont associées au Canada.

# SAISIE DE DONNÉES SUR LE STADE DU CANCER

## QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur mesure le pourcentage de nouveaux cas de cancer à l'échelle provinciale, tant pour l'ensemble des cas de cancer que pour les quatre types de cancer les plus courants (cancer du sein, cancer de la prostate, cancer colorectal et cancer du poumon), pour lesquels des données sur le stade du cancer au moment de l'établissement du diagnostic sont disponibles et ont été recueillies par les agences provinciales du cancer en 2007, 2008 et 2009.

## POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- Le stade du cancer au moment de l'établissement du diagnostic est un important facteur pronostique qui a une grande importance clinique. De plus, l'accès aux données sur le stade du cancer prélevées par les registres provinciaux permet de calculer des indicateurs qui jouent un plus grand rôle sur le rendement du système. Ces indicateurs permettent d'approfondir l'interprétation des paramètres de résultats à long terme, tels que l'incidence, la mortalité et la survie, et des modèles temporels de prestation de traitement, tels que la conformité aux directives thérapeutiques. Le stade du cancer joue également un rôle important dans l'évaluation des répercussions du dépistage et de la détection précoce sur la réduction du pourcentage des cas de cancer qui font l'objet d'un diagnostic à un stade évolué.
- L'objectif de l'Initiative sur la stadification du cancer du Partenariat est de saisir les données sur le stade du cancer pour 90 % des patients qui ont fait l'objet d'un diagnostic en 2010, et au cours des années subséquentes, pour les quatre types de cancer les plus courants (cancer du sein, cancer colorectal, cancer du poumon et cancer de la prostate).

## QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- ***En ce qui a trait aux diagnostics posés en 2009, six des neuf provinces participantes disposaient de données sur le stade du cancer d'au moins 90 % des cas des quatre types de cancer les plus courants.***
  - ▲ Sur les neuf provinces qui ont présenté des données sur le stade du cancer pour les diagnostics posés en 2009, cinq disposaient des données pour plus de 90 % de tous les cas de cancer, comparativement à seulement trois provinces en 2008 (Figure 34). Pour les quatre types de cancer les plus courants, six des neuf provinces ont déclaré disposer des données pour plus de 90 % des nouveaux cas diagnostiqués en 2009 (Figure 35).
  - ▲ Le pourcentage du total des nouveaux cas de cancer pour lesquels des données sont disponibles a augmenté de manière constante entre 2007 et 2009 dans la plupart des provinces.

## QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

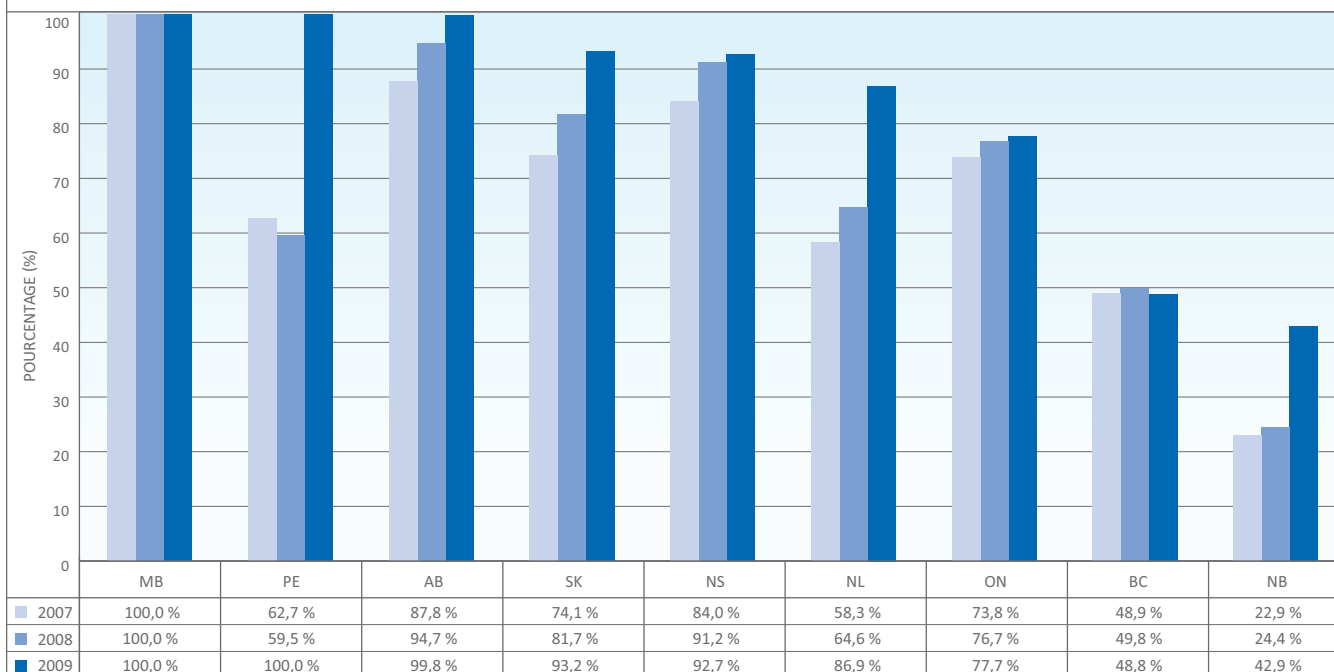
- Quelques grands pays développés disposent d'un recueil centralisé sur le stade du cancer à l'échelle de la population pour tous les types de cancer. En Australie, une étude de faisabilité effectuée en 2004 sur la stadification du cancer axée sur la population a dégagé de nombreux obstacles à la cueillette centralisée de données exhaustives sur le stade du cancer<sup>78</sup>. Aux États-Unis, la plupart des données sur le stade du cancer sont saisies par la base de données SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results); elles ne comprennent toutefois que 28 % des cas de cancer aux États-Unis. La National Cancer Data Base comprend des données sur le stade du cancer pour 70 % des cas de cancer pour lesquels des données sont disponibles aux États-Unis<sup>79</sup>. En Europe, le projet de base de données EURO CARE recueille des données sur le stade du cancer auprès des registres européens du cancer. Ces données reposent toutefois sur un échantillonnage, plutôt que sur la population<sup>80</sup>.



**FIGURE 34**

Pourcentage des nouveaux cas pour lesquels des données sur le stade de cancer ont été recueillies dans les registres provinciaux – tous les cancers invasifs

SELON LA PROVINCE – DIAGNOSTICS ÉTABLIS ENTRE 2007 ET 2009

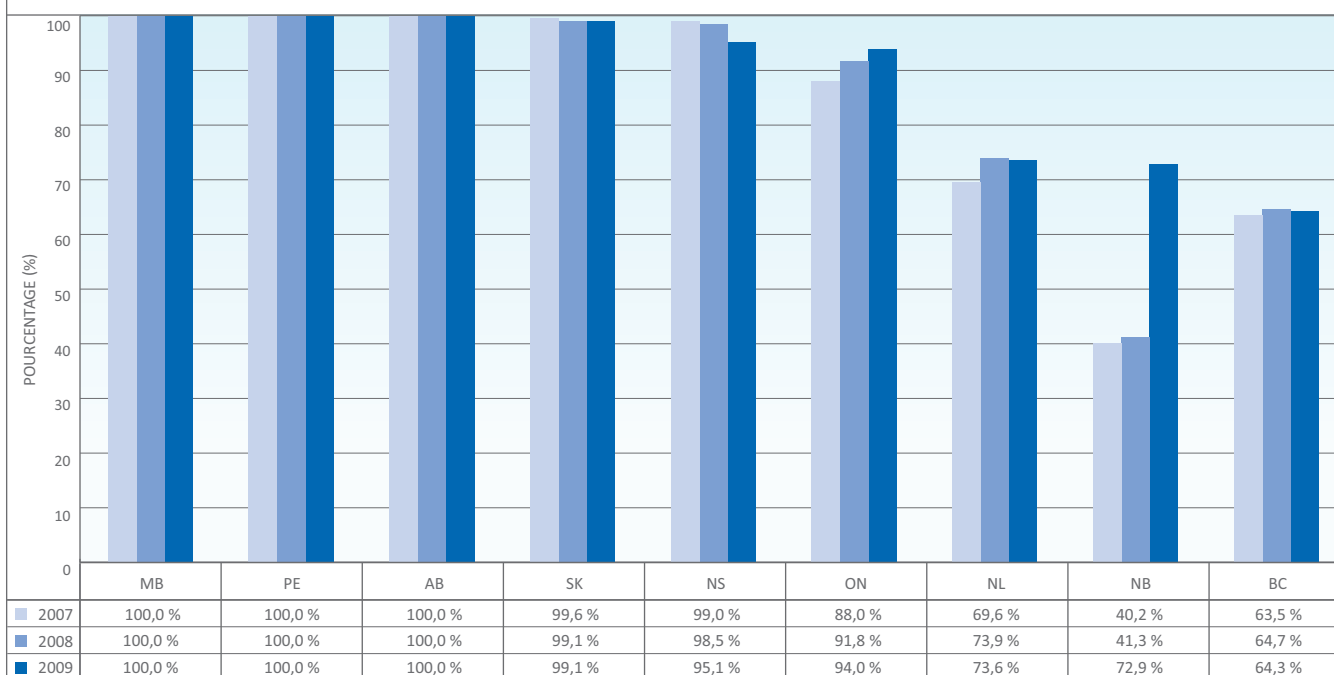


Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

**FIGURE 35**

Pourcentage des nouveaux cas pour lesquels des données sur le stade de cancer ont été recueillies dans les registres provinciaux – les 4 types de cancer les plus courants\*

SELON LA PROVINCE – DIAGNOSTICS ÉTABLIS ENTRE 2007 ET 2009



\* Les 4 types de cancer les plus courants sont le cancer du sein, le cancer de la prostate, le cancer colorectal et le cancer du poumon.

Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

## QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- L'Initiative sur la stadification du cancer du Partenariat propose un modèle de cueillette de données sur le stade du cancer et de normalisation de la cueillette de ces données à l'échelle canadienne. À cette fin, cette initiative tente de créer des liens communs et de venir en aide aux provinces et aux territoires pour mettre en œuvre une démarche de cueillette de données auprès de la population sur le stade du cancer. Ces données sont recueillies sous forme électronique et portent sur les types de cancer les plus courants, soit le cancer du sein, le cancer colorectal, le cancer de la prostate et le cancer du poumon.

## QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

- Tout en reconnaissant l'importance du rôle de tous les stades cliniques du cancer dans la détermination d'un pronostic et la planification du traitement, cet indicateur mesure la cueillette et le stockage centralisé des données sur le stade du cancer dans un registre du cancer.
- Le taux de saisie du stade du cancer comprend le système AJCC TNM de saisie de données ou la stadification concertée. Les cas qui comportent des données invalides, tout comme ceux pour lesquels des données ont été omises, sont dits non stadifiés. Les cas pour lesquels le stade est inconnu (UNK) et ceux pour lesquels l'évaluation clinique ou pathologique ne permet pas de déterminer avec certitude le stade du cancer, sont inclus comme étant stadifiés dans le calcul de l'indicateur.
- Plusieurs provinces ont intégré de manière rétroactive des données sur le stade du cancer pour des cas ayant fait l'objet d'un diagnostic antérieur. Par conséquent, le taux de stade du cancer correspondant à une année donnée pourrait être plus précis à l'avenir.
- L'Annexe technique (consultez la page 157) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

## TEMPS D'ATTENTE ENTRE UN RÉSULTAT POSITIF À UNE MAMMOGRAPHIE ET LA RÉOLUTION

### QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur étudie le temps d'attente entre l'obtention d'un résultat positif à une mammographie et la résolution du diagnostic, par l'intermédiaire d'une biopsie ou d'un autre mode d'établissement du diagnostic, selon la province. L'indicateur présente le pourcentage des femmes qui ont été traitées dans les délais cibles et le 90<sup>e</sup> centile du temps d'attente chez les femmes âgées de 50 à 69 ans qui ne présentaient aucun symptôme et qui ont participé aux programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein en 2009.

### POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- La résolution rapide d'une mammographie anormale par le biais d'un examen clinique et, au besoin, le recours à une biopsie confirmant le diagnostic contribuent à accélérer l'amarce du traitement et, le cas échéant, à en améliorer l'issue.
- L'évaluation et la comparaison des temps d'attente d'une province à l'autre entre un résultat positif à une mammographie et la résolution permettent de déceler les écarts qui pourraient être amoindris par l'adoption de stratégies d'amélioration de la qualité.
- En 2000, le Groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein a présenté des directives qui proposent des cibles en matière de temps d'attente entre une mammographie anormale et la résolution<sup>81</sup>. Le temps d'attente cible est de sept semaines chez les femmes qui ont besoin d'une biopsie et cinq semaines chez les femmes qui ont besoin d'un autre mode d'intervention diagnostique. Ces directives s'appliquent aux femmes âgées de 50 à 69 ans qui n'ont aucun symptôme et qui n'ont jamais fait l'objet d'un diagnostic de cancer du sein.

### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- **Les patientes qui n'avaient pas besoin d'une biopsie tissulaire étaient plus susceptibles de faire l'objet d'un diagnostic dans les délais cibles (suivant un résultat positif à une mammographie) que celles qui avaient besoin d'une biopsie pour résoudre leur diagnostic.**
  - ▲ Le pourcentage des femmes inscrites à un programme de dépistage dont le diagnostic a été résolu dans les délais cibles suivant un résultat positif à une mammographie variait de 45 % à 84 % lorsqu'une biopsie n'était pas requise (Figure 36) et de 36 % à 65 % lorsqu'une biopsie était requise (Figure 38).
  - ▲ On observe également un écart d'une province à l'autre en ce qui a trait au 90<sup>e</sup> centile du temps d'attente; l'écart entre le temps d'attente provincial le plus court et le temps d'attente provincial le plus long est de 15,1 jours sans biopsie (Figure 37) et de 7,6 jours avec biopsie (Figure 39).

### QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

- On dispose de quelques comparateurs internationaux en matière de temps d'attente entre l'obtention d'un résultat positif à une mammographie et la résolution du diagnostic. Le Royaume-Uni a déterminé un temps d'attente cible de deux semaines pour le premier rendez-vous en présence d'un cas « urgent », et de 31 jours entre l'établissement d'un diagnostic et le début des traitements pour les cas de cancer<sup>82</sup>.

## QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- L'Agence de la santé publique du Canada, par l'entremise du Comité national de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein, appuie la mise sur pied de programmes structurés de qualité pour le dépistage du cancer du sein au Canada. Tous les deux ans, le Comité national surveille et évalue le rendement des programmes de dépistage au Canada. Les premières enquêtes portaient sur les temps d'attente dans les provinces et les territoires qui ont présenté des données dans le cadre de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein<sup>83</sup>.
- Le Partenariat est représenté au sein de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein par le directeur du portefeuille de dépistage. Conjointement avec le président de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein, celui-ci préside actuellement un groupe de travail qui a été créé pour s'occuper de deux priorités récentes, soit une remise en question du temps d'attente cible de sept semaines entre une mammographie anormale et la résolution et l'adoption de stratégies visant à réduire davantage le temps d'attente.
- Le Réseau canadien du cancer du sein, un réseau national de femmes ayant survécu à un cancer du sein, a publié le Rapport de 2008 sur le temps d'attente au Canada entre l'établissement d'un diagnostic et le début des traitements contre le cancer du sein. Le rapport renferme également des recommandations et des cibles, des facteurs justificatifs des temps d'attente, ainsi que des suggestions stratégiques visant à réduire les temps d'attente<sup>84</sup>.

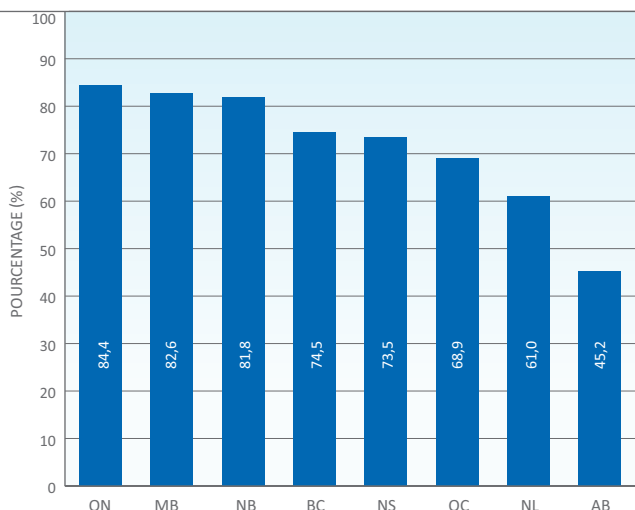
## QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

- Les données ont été recueillies directement auprès des provinces et présentées au groupe d'action pour le dépistage du Partenariat canadien contre le cancer. Il est important de noter que les données recueillies ne portent que sur les femmes qui ont subi une mammographie ou des examens cliniques des seins dans le cadre d'un programme provincial de dépistage du cancer du sein. Le taux de participation à ces programmes varie grandement d'une province à l'autre (de 8 %, en Alberta, à 55 %, au Québec et au Nouveau-Brunswick, de 2007 à 2008). L'analyse des résultats doit en tenir compte. Pour en savoir plus à propos des taux de participation aux programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein, consultez la Figure A de l'Annexe technique.
- L'Annexe technique (consultez la page 158) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

**FIGURE 36**

Pourcentage des femmes (âgées de 50 à 69 ans) n'ayant pas besoin d'une biopsie qui ont obtenu une résolution à une mammographie anormale dans le temps d'attente cible\*

SELON LA PROVINCE, 2009



\* Le temps d'attente cible entre une mammographie anormale et la résolution est 5 semaines chez les femmes qui n'ont pas besoin d'une biopsie.

Les données du Québec sont celles de 2007.

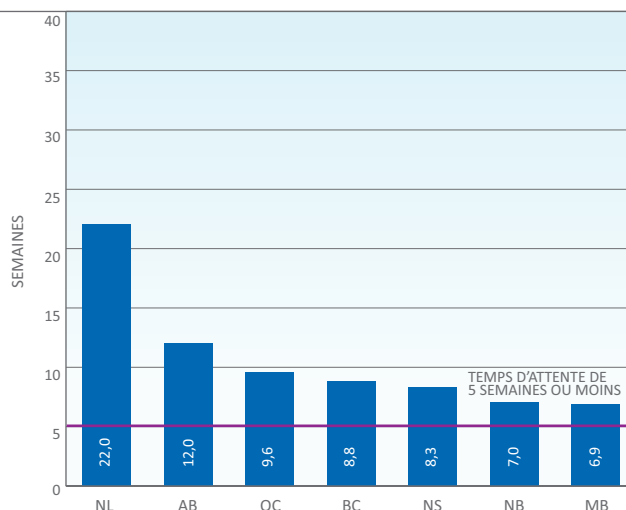
Les données de l'Alb. ne portent que sur le programme *Screen Test* (6 % des mammographies de dépistage prodiguées dans la province).

Source des données : Bases de données provinciales sur le dépistage du cancer du sein

**FIGURE 37**

90<sup>e</sup> centile du temps d'attente jusqu'à la résolution d'une mammographie anormale chez les femmes (50-69 ans) qui n'avaient pas besoin d'une biopsie

SELON LA PROVINCE, 2009



Les données du Québec sont celles de 2007.

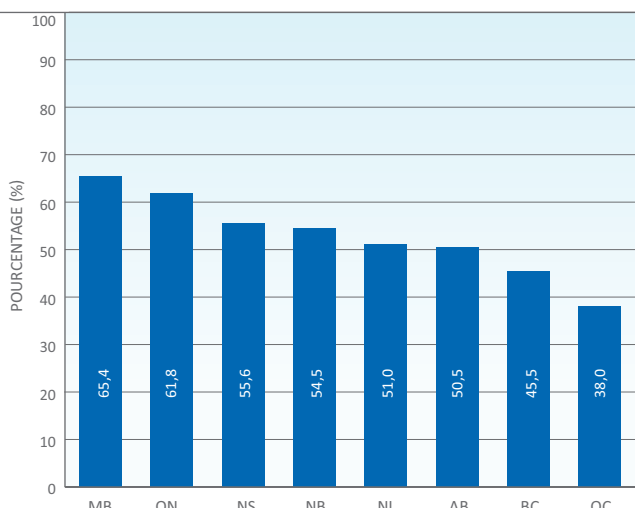
Les données de l'Alb. ne portent que sur le programme *Screen Test* (6 % des mammographies de dépistage prodiguées dans la province).

Source des données : Bases de données provinciales sur le dépistage du cancer du sein

**FIGURE 38**

Pourcentage des femmes (50-69 ans) qui avaient besoin d'une biopsie et qui ont obtenu une résolution à une mammographie anormale dans le temps d'attente cible\*

SELON LA PROVINCE, 2009



\* Le temps d'attente cible entre une mammographie anormale et la résolution est 7 semaines chez les femmes qui ont besoin d'une biopsie.

Les données du Québec sont celles de 2007.

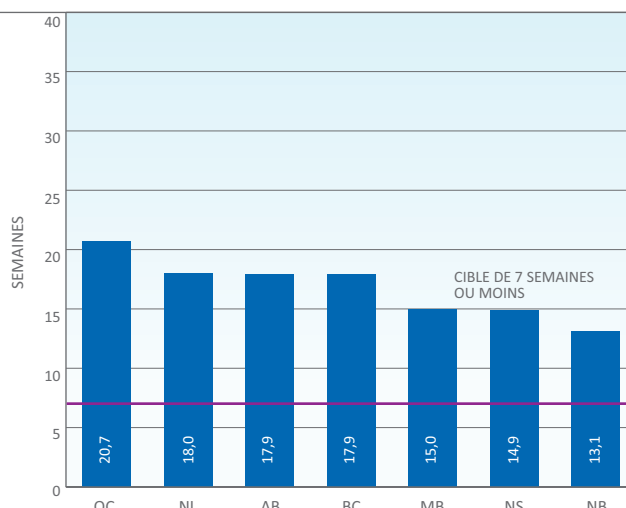
Les données de l'Alb. ne portent que sur le programme *Screen Test* (6 % des mammographies de dépistage prodiguées dans la province).

Source des données : Bases de données provinciales sur le dépistage du cancer du sein

**FIGURE 39**

90<sup>e</sup> centile du temps d'attente entre une mammographie anormale et la résolution chez les femmes (50-69 ans) qui n'avaient pas besoin d'une biopsie

SELON LA PROVINCE, 2009



Les données du Québec sont celles de 2007.

Les données de l'Alb. ne portent que sur le programme *Screen Test* (6 % des mammographies de dépistage prodiguées dans la province).

Source des données : Bases de données provinciales sur le dépistage du cancer du sein



# Indicateurs de traitement

---

Le traitement contre le cancer accapare la majorité des ressources du système de lutte contre le cancer. Il regroupe la prestation de services, tels que la chirurgie, les traitements systémiques et la radiothérapie. Le *Rapport de 2011* renferme de nombreux indicateurs sur le traitement contre le cancer, dont des comparaisons entre la capacité et l'utilisation, les temps d'attente et les modalités thérapeutiques et des directives thérapeutiques universellement reconnues.

---

## **POUR FACILITER LA PARTICIPATION DES PROVINCES, NOUS AVONS INCLUS DES VERSIONS SIMPLIFIÉES DES INDICATEURS CONTENUS DANS DES DIRECTIVES EN MATIÈRE DE TAUX DE PRESTATION DE TRAITEMENT.**

Puisque les traitements jouent un rôle prépondérant dans la lutte contre le cancer, de nombreux indicateurs ont été créés dans ce domaine. Les données requises pour évaluer ces indicateurs ne sont toutefois pas toujours disponibles au Canada. Par conséquent, ce chapitre comporte souvent des versions « simplifiées » de ces indicateurs. Sans constituer des paramètres factuels d'évaluation, ces indicateurs simplifiés ont été créés pour faciliter la participation des provinces. Les paramètres simplifiés sont clairement indiqués dans ce chapitre. Ils sont présentés en conjonction avec la version intégrale des indicateurs, et les résultats obtenus sont interprétés d'une manière très claire.

INDICATEUR DE TRAITEMENT	RÉSUMÉ DES RÉSULTATS
<b>Temps d'attente en radiothérapie</b>	Sept des dix provinces ont atteint l'objectif de 90 % des patients ayant entamé une radiothérapie dans les quatre semaines qui ont suivi la désignation « prêt à traiter ». Le 90 <sup>e</sup> centile du temps d'attente avait chuté dans la plupart des provinces de 2008 à 2010.
<b>Capacité et utilisation en radiothérapie</b>	La capacité en radiothérapie, soit le nombre d'accélérateurs linéaires par habitant, a augmenté dans plusieurs provinces, tout comme de manière globale, lorsque l'on compare les données de 2010 à celles de 2009. Simultanément, l'utilisation en radiothérapie varie selon la province, d'une manière générale, et selon le type de cancer. Aucune tendance uniforme ne se dégage de 2007 à 2009.
<b>Radiothérapie néoadjuvante pour les cas de cancer du rectum au stade II ou III ayant fait l'objet d'une résection</b>	On observe un certain écart d'une province à l'autre par rapport au pourcentage de cas de cancer du rectum au stade II ou III qui ont fait l'objet d'une résection et qui ont reçu une radiothérapie avant l'intervention chirurgicale. Cet écart variait de 36 % à 48 % en 2008, soit une augmentation par rapport à 2007.
<b>Radiothérapie adjuvante pour les cas de cancer du sein au stade I et II</b>	En 2008, on a observé un écart considérable en ce qui a trait au pourcentage de cas de cancer du sein à un stade précoce ayant reçu une radiothérapie. Cet écart variait de 77 % à 89 % dans les provinces qui ont présenté des données portant sur les patientes atteintes d'un cancer du sein au stade I ou II qui ont reçu une radiothérapie adjuvante après avoir subi une chirurgie conservatrice du sein. On note donc une augmentation en 2008, comparativement à 2007. Le pourcentage des patientes atteintes d'un cancer du sein au stade I ou II qui ont reçu une radiothérapie dans un délai de 21 mois (qu'elles aient subi une intervention chirurgicale ou non) variait de 40 % à 67 %.
<b>Chimiothérapie adjuvante pour les cas de cancer du côlon au stade III ayant fait l'objet d'une résection complète</b>	Le pourcentage de cas de cancer du côlon au stade III ayant reçu une chimiothérapie adjuvante variait de 49 % à 90 % d'une province à l'autre. Le taux de prestation du traitement semble toutefois avoir chuté dans certaines provinces de 2007 à 2008.
<b>Chimiothérapie adjuvante pour les cas de cancer du poumon « non à petites cellules », au stade II ou IIIA</b>	Les taux variaient de 41 % à 64 % d'une province à l'autre. Aucune tendance ne se dégage toutefois des taux observés de 2007 à 2008.
<b>Résections du côlon avec ablation et examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques</b>	Le pourcentage de résections du côlon avec exérèse ou examen d'au moins 12 ganglions variait de 52 % à 76 % d'une province à l'autre en 2008, ce qui représente une légère augmentation par rapport à 2007.



# Radiothérapie

## TEMPS D'ATTENTE EN RADIOTHÉRAPIE

### QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur mesure le temps d'attente en radiothérapie entre la désignation « prêt à traiter » et le début des traitements de 2008 à 2010, soit le pourcentage des patients traités dans le délai cible et le 90<sup>e</sup> centile du temps d'attente en jours.

### POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- L'accès rapide à la radiothérapie est une caractéristique de base d'un système de lutte contre le cancer de grande qualité.
- Des objectifs nationaux en matière de temps d'attente en radiothérapie ont été créés, et toutes les provinces ont adopté des mécanismes visant à évaluer et à réduire le temps d'attente<sup>85</sup>. L'objectif national prévoit que les patients entreprennent une radiothérapie dans un délai de quatre semaines suivant la désignation « prêt à traiter ». Les provinces ciblent une réduction du temps d'attente qui permettra à 90 % des patients de commencer leur traitement dans un délai inférieur à ce paramètre national.

### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- **En 2010, sept des dix provinces avaient atteint l'objectif de traiter 90 % des patients dans un délai inférieur au paramètre national en matière de temps d'attente.**
  - ▲ Le pourcentage des patients traités dans les quatre semaines ayant suivi la désignation « prêt à traiter » variait 80 %, en Nouvelle-Écosse, à 100 %, au Manitoba (Figure 40).
  - ▲ Le 90<sup>e</sup> centile du temps d'attente s'est amélioré dans la plupart des provinces de 2008 à 2010 (Figure 41). Le 90<sup>e</sup> centile du temps d'attente le plus faible pendant la dernière année d'évaluation était de 20 jours, en Saskatchewan et en Ontario.

### QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

- Étonnamment, peu de comparateurs ont été relevés à l'échelle internationale en matière de temps d'attente en radiothérapie. Des études portant sur certains aspects du temps d'attente en situation d'urgence ou du temps d'attente pour une intervention chirurgicale ont été effectuées dans d'autres pays. Aucune de ces études ne porte toutefois sur le temps d'attente en radiothérapie.

### QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- Toutes les provinces ont adopté des mesures visant à réduire le temps d'attente et à évaluer les écarts d'une province à l'autre. Cette comparaison à l'échelle interprovinciale produit des données de rendement comparatif à l'échelle nationale. On peut ainsi dégager les pratiques exemplaires en place à l'échelle locale, dans le but de les reproduire ailleurs.

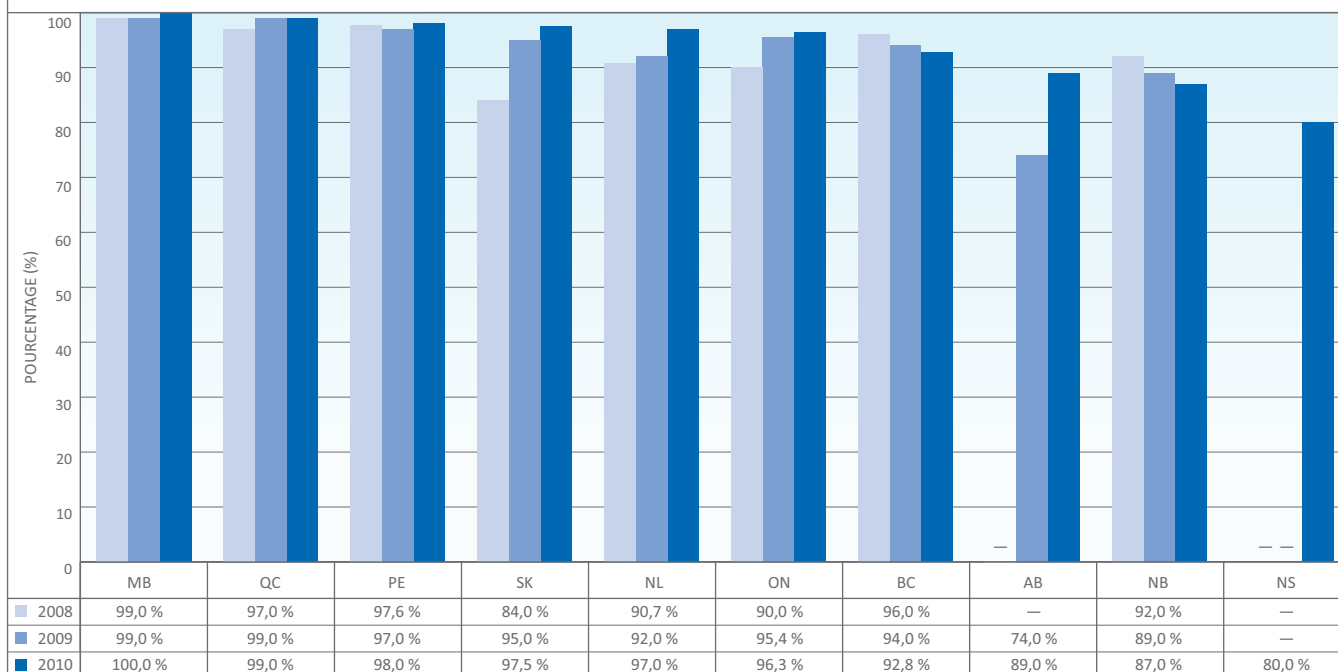
<sup>3</sup> La notion de « prêt à traiter » désigne différentes réalités d'une province à l'autre. Elle couvre toutefois la période comprise entre le moment que le clinicien juge approprié pour entreprendre l'administration d'une radiothérapie et la prise du rendez-vous pour la première séance.

## QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

- La désignation « prêt à traiter » marque le point de départ de l'évaluation du temps d'attente. Alors que des efforts considérables ont été consacrés à l'élaboration et à l'adoption de définitions normalisées dans ce domaine, on observe toujours des écarts d'une province à l'autre.
- La Nouvelle-Écosse n'a commencé à mesurer et à évaluer le temps d'attente entre la désignation « prêt à traiter » et le début des traitements qu'en 2010.
- L'Annexe technique (consultez la page 159) décrit en détail la méthodologie de calcul et les définitions qui ont été utilisées.

**FIGURE 40****Pourcentage de personnes atteintes d'un cancer ayant été traitées par radiothérapie dans l'intervalle cible\* – tous les types de cancer**

SELON L'ANNÉE DE PRESTATION DU TRAITEMENT (2008 À 2010) ET LA PROVINCE



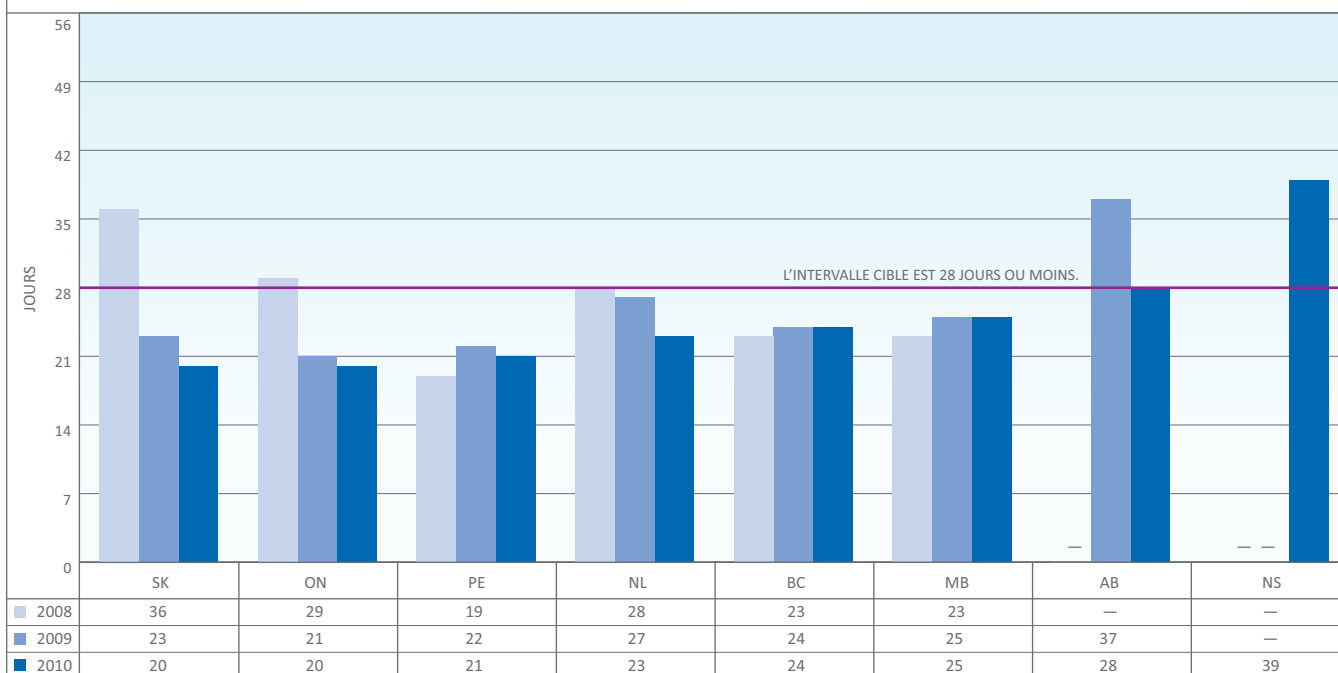
\* L'intervalle cible entre le moment où le patient est prêt à être traité et le début des traitements est de 4 semaines.

Avant 2010, la N.-É. ne recueillait pas de données sur les patients « prêts à traiter ».

Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

**FIGURE 41****90<sup>e</sup> centile du temps d'attente pour la radiothérapie pour tous les types de cancer**

SELON LA PROVINCE ET L'ANNÉE DE PRESTATION DU TRAITEMENT, 2008 À 2010



Avant 2010, la N.-É. ne recueillait pas de données sur les patients « prêts à traiter ».

« — » Données non disponibles

Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

## CAPACITÉ ET UTILISATION EN RADIOTHÉRAPIE

### QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur évalue la capacité et l'utilisation des services de radiothérapie selon la province. La capacité est déterminée en fonction du nombre d'accélérateurs linéaires par habitant et par le nombre de traitements prodigués avec chaque appareil. Le recours à la radiothérapie anticancéreuse est déterminé par le pourcentage de nouveaux cas ayant été traités par radiothérapie dans les deux ans qui ont suivi l'établissement du diagnostic. L'examen a porté sur les tendances selon l'année et selon l'âge des patients.

### POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- Outre les interventions chirurgicales et les traitements de nature générale, la radiothérapie constitue l'essence même des services de traitement contre le cancer. Elle joue un rôle de premier plan dans le traitement visant à guérir le patient, tout autant que dans les soins palliatifs. On peut lui attribuer un rôle thérapeutique primaire, un rôle néoadjuvant (préthérapeutique) ou un rôle adjuvant (post-thérapeutique).
- L'évaluation et la comparaison de la capacité et de l'utilisation en radiothérapie aident à repérer les écarts potentiels au sein du système.

### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

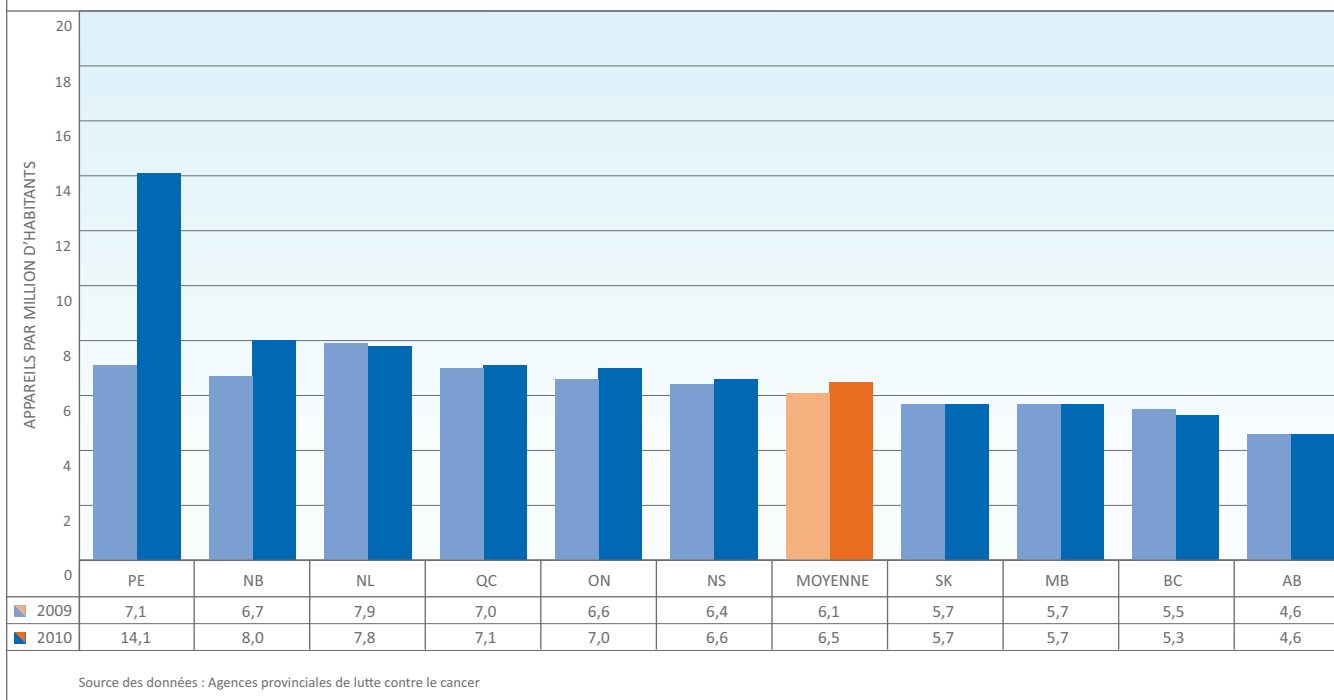
- **La capacité en radiothérapie a augmenté dans plusieurs provinces et dans l'ensemble du pays.**
  - ▲ En 2010, le nombre d'accélérateurs linéaires par million d'habitants variait de 4,6, en Alberta, à 14,1, à l'Île-du-Prince-Édouard. La moyenne était 6,5 à l'échelle nationale. La moyenne de l'exercice 2010 représente une augmentation de 0,8 accélérateur linéaire par habitant (ou 13 %) par rapport à 2009 (Figure 42).
  - ▲ Le nombre moyen de traitements prodigués avec chaque accélérateur linéaire a légèrement fléchi, soit une baisse de 2,4 %, de 2009 à 2010 (ces données ne sont pas illustrées). Ces données laissent croire que l'utilisation de ces appareils accuse un certain retard par rapport à l'expansion de la capacité. Le nombre moyen de traitements prodigués avec chaque appareil était légèrement supérieur à 7 000 en 2010 (Figure 43).
- **L'utilisation de la radiothérapie varie selon la province, à l'échelle nationale, et selon le type de cancer.**
  - ▲ Le pourcentage des patients recevant des soins de radiothérapie dans les deux ans suivant l'établissement de leur diagnostic est relativement uniforme d'une province à l'autre. Il varie de 29 %, en Nouvelle-Écosse, à 34 %, à l'Île-du-Prince-Édouard (Figure 44).
  - ▲ Une évaluation selon l'âge révèle que le taux de prestation du traitement est moins élevé chez les personnes âgées. En effet, ce taux est deux fois plus élevé chez les personnes âgées de 60 ans ou moins, comparativement aux patients âgés de 80 ans ou plus (Figure 45).
  - ▲ On observe également des différences selon le sexe. En effet, les femmes plus jeunes sont plus nombreuses que les jeunes hommes, alors que l'on observe la situation inverse chez les personnes plus âgées (ces données ne sont pas illustrées). Ce fait est probablement attribuable aux traitements contre le cancer du sein, qui font l'objet d'un diagnostic à un plus jeune âge, comparativement au cancer de la prostate, qui fait habituellement l'objet d'un diagnostic à un âge plus avancé (le cancer du sein et le cancer de la prostate ont tous les deux recours plus souvent à la radiothérapie).

### QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

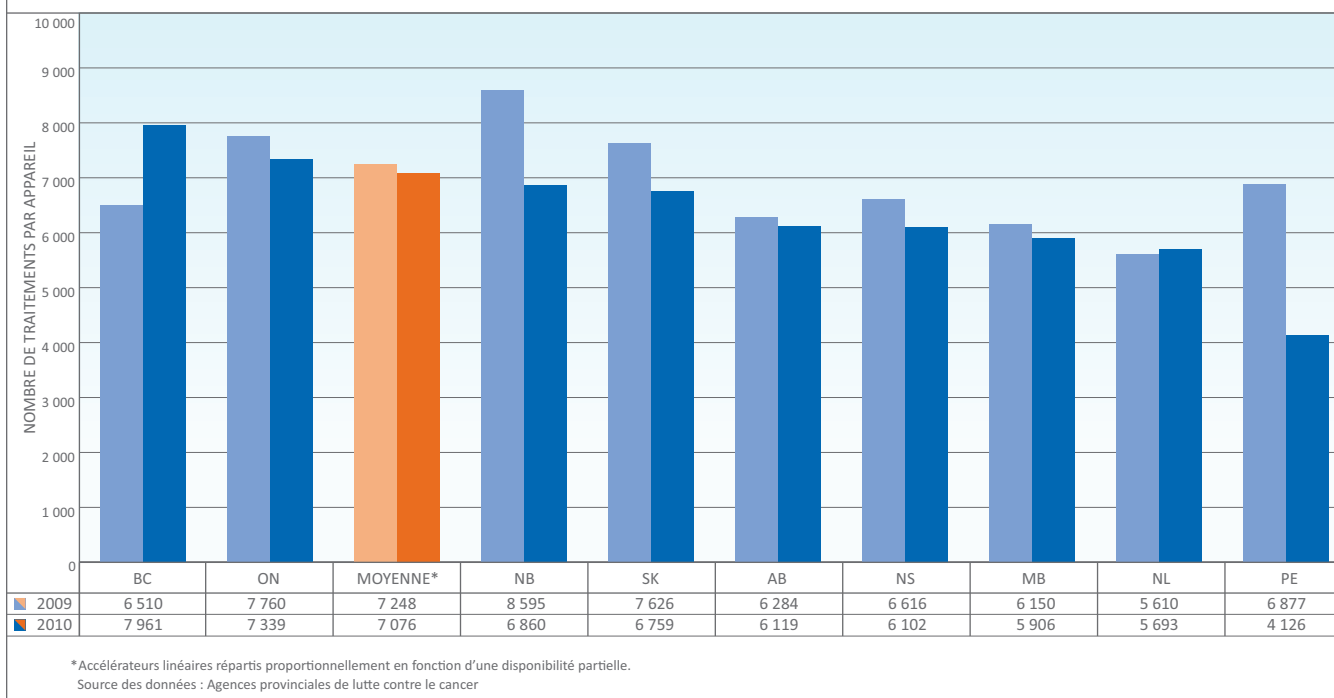
- Des études portant sur d'autres pays ou sur plusieurs autres pays se sont penchées sur le nombre d'accélérateurs linéaires par habitant. Selon un rapport préparé en 2005 par l'Organisation de coopération et de développement économiques, on

**FIGURE 42****Accélérateurs linéaires par million d'habitants**

SELON LA PROVINCE, 2009 ET 2010

**FIGURE 43****Traitements de radiothérapie à l'aide d'accélérateurs linéaires**

SELON LA PROVINCE, 2009 ET 2010



compte en moyenne 6,2 appareils par million d'habitants dans les pays membres de l'Organisation<sup>86</sup>. Ce pourcentage est moins élevé que la moyenne canadienne, qui était de 6,9 appareils par million d'habitants en 2010 (le Japon est le pays dont le taux s'approche le plus de la moyenne canadienne, soit 6,8). Une évaluation préliminaire des données publiées à l'échelle internationale à propos du nombre moyen de traitements prodigués avec chaque accélérateur linéaire démontre que de 4 500 à 8 000 traitements sont prodigués avec chaque appareil<sup>87</sup>. Le taux moyen d'utilisation, qui est de 7 000 traitements par appareil au Canada en 2010, se situe parmi les fréquences d'utilisation les plus élevées.

- Selon un paramètre couramment cité en matière de taux d'utilisation de la radiothérapie, 50 % des personnes atteintes d'un cancer reçoivent des soins de radiothérapie à une étape ou à l'autre de leur expérience avec la maladie<sup>88, 89</sup>. Il est difficile de comparer ce paramètre international avec l'indicateur mesuré dans le *Rapport*, qui est restreint (pour des motifs méthodologiques) aux soins de radiothérapie prodigués dans les deux ans suivant l'établissement d'un diagnostic. Le taux d'utilisation en radiothérapie, qui est présenté dans la section intitulée *Indicateurs développementaux et intérimaires*, offre un mode de comparaison plus directe au paramètre de 50 %.

### QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- Le Partenariat prévoit mener des études spéciales qui auront pour objet d'examiner et d'analyser plus à fond les données portant sur les indicateurs de rendement du système. Ces études comprennent des évaluations et des examens des dossiers médicaux ayant pour but d'expliquer les motifs justifiant les pratiques thérapeutiques observées. En 2011, on a procédé à des études de dossiers médicaux portant sur des cas de cancer du poumon ou de cancer du rectum. D'autres types de cancer et de modalités thérapeutiques pourraient être évalués d'ici à quelques années.
- L'équipe de Mise en œuvre des initiatives en matière de qualité du Partenariat canadien contre le cancer utilisera les résultats des indicateurs du rendement du système pour dégager des possibilités de mise en œuvre de stratégies visant à améliorer la qualité de l'exercice clinique. Le *Partenariat canadien pour la qualité en radiothérapie* a été créé en vue de planifier et de mettre en œuvre un programme national de la qualité en radiothérapie. Ce programme pourrait comprendre des normes plus précises en matière de dispositifs de radiothérapie et de prestation des soins, ainsi que l'élaboration d'une taxonomie commune et uniforme pour évaluer le respect des normes et la divulgation des incidents, l'expérimentation d'un outil de vérification conçu pour mesurer le respect des normes ou pour divulguer les quasi-incidents et les incidents graves.

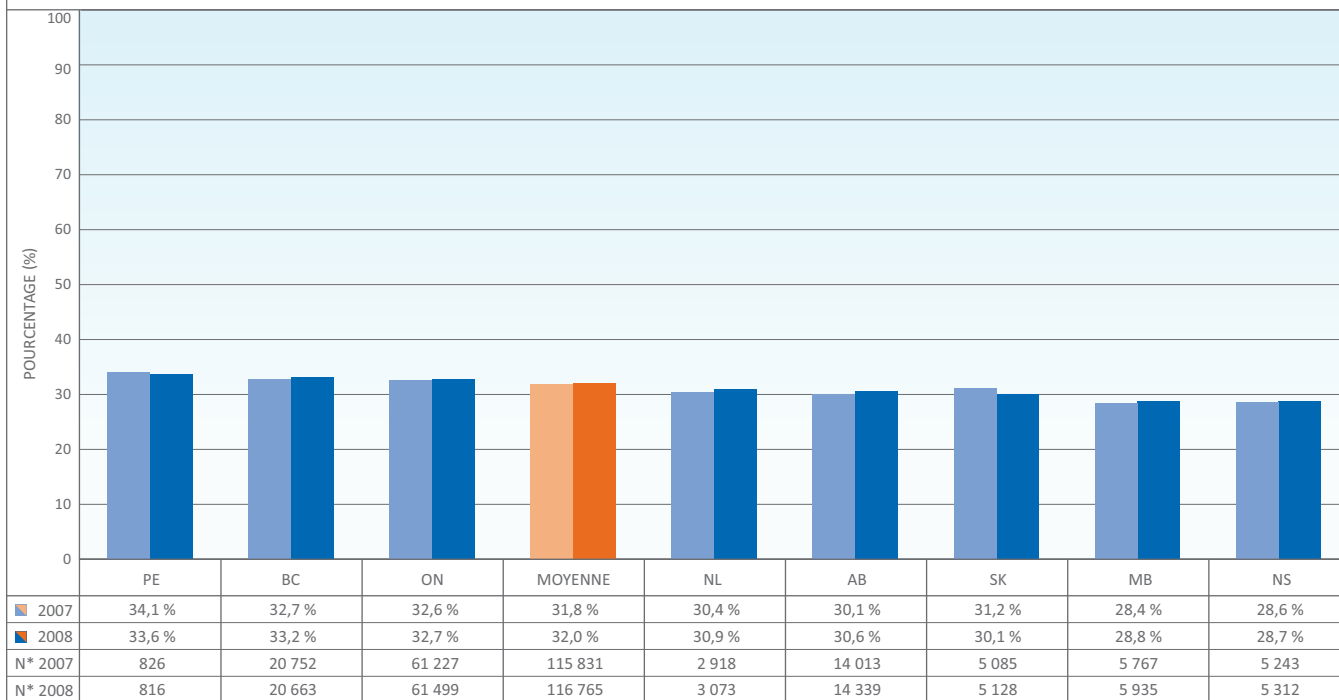
### QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

- Le nombre d'accélérateurs linéaires est celui qui a été présenté par les agences provinciales de lutte contre le cancer. Il a été ajusté pour tenir compte des appareils qui ont été ajoutés au réseau ou retirés du réseau au cours de l'année.
- Le nombre de traitements utilisé pour le rapport d'utilisation de l'appareil correspond au nombre de fractions.
- Le taux d'utilisation de la radiothérapie étudie le pourcentage de nouveaux cas ayant reçu des soins de radiothérapie dans les deux ans suivant l'établissement du diagnostic. Le délai de deux ans a été choisi pour comprendre principalement les traitements de premiers recours (traitement néoadjuvant, traitement adjuvant ou traitement visant à guérir le patient), bien que des soins de radiothérapie palliative aient été prodigués pour plusieurs types de cancer pendant la même période. En raison des contraintes inhérentes à la méthodologie et aux données, il ne s'est pas avéré possible de calculer un taux de radiothérapie pour le *Rapport*. Des tentatives seront entreprises pour développer des modèles permettant de calculer le taux à vie à l'avenir.
- Un autre indicateur portant sur l'utilisation, le ratio d'utilisation de la radiothérapie, est présenté dans le chapitre intitulé *Indicateurs développementaux et intérimaires*.
- L'Annexe technique (consultez la page 160) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

**FIGURE 44**

**Pourcentage des patients atteints d'un cancer qui ont subi une radiothérapie moins de 2 ans après l'établissement du diagnostic**

SELON LA PROVINCE – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2007 ET EN 2008



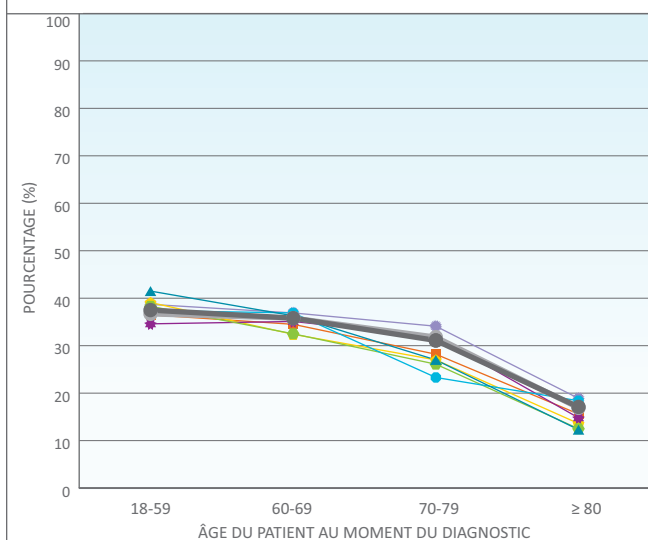
\*N : Nombre total de cas de cancer diagnostiqués au cours de l'année.  
Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

**FIGURE 45**

**Pourcentage des patients atteints d'un cancer qui ont subi une radiothérapie moins de 2 ans après l'établissement du diagnostic**

SELON L'ÂGE ET LA PROVINCE – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2008

- AB ▲ SK
- BC ● ON
- ◆ MB ● 2008\*
- ✱ NL ● 2007\*
- NS



\* Moyenne des provinces ayant soumis des données pouvant être comparées (l'Alb., la C.-B., le Man., T.-N.-L., la N.-É., l'Ont., la Sask.).  
Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

## RADIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE POUR LES CAS DE CANCER DU RECTUM AU STADE II OU III

### QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur mesure le pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum au stade II ou III qui ont fait l'objet d'une résection et qui reçoivent une radiothérapie néoadjuvante (préopératoire), conformément aux directives thérapeutiques largement diffusées. L'indicateur de cette année compare les résultats qui ont été observés chez des patients dont le diagnostic a été établi en 2007 et en 2008. Il examine les tendances selon l'âge et le sexe, tout en comparant des données d'une province à l'autre.

Une version simplifiée de cet indicateur étudie tous les cas de cancer du rectum au stade II et III, sans se restreindre aux cas ayant fait l'objet d'une résection. Il présente le pourcentage des patients ayant reçu une chimiothérapie dans l'intervalle de 120 jours qui a suivi l'établissement du diagnostic. Sans être un indicateur portant sur les pratiques reposant sur des données probantes, cette version simplifiée permet d'inclure les résultats présentés par les provinces qui n'étaient pas en mesure de déterminer les cas ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale, tel que le paramètre intégral l'exige.

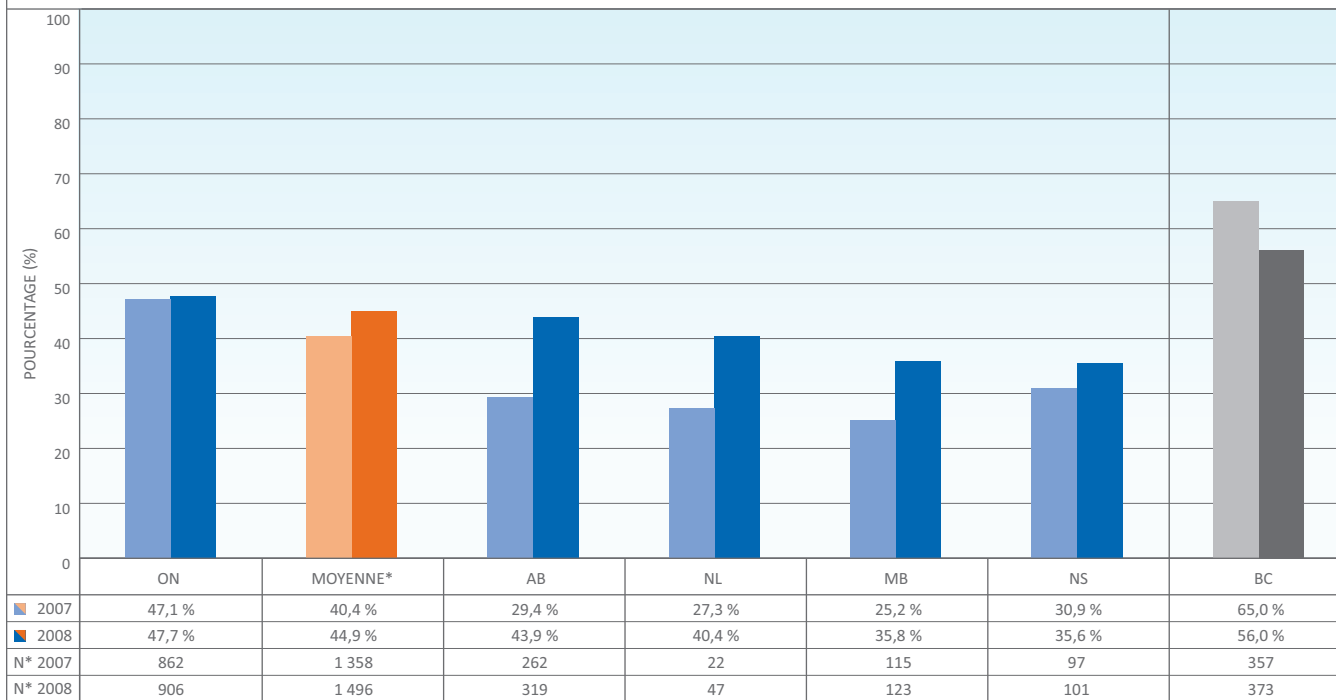
### POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- Tous les ans, plus de 9 000 personnes succombent à un cancer colorectal au Canada<sup>48</sup>. Environ 20 % des cas de cancer colorectal sont des tumeurs rectales<sup>90</sup>. La survie relative à cinq ans à un cancer rectal au stade II ou III varie de 78 %, pour le stade IIA, à 31 %, pour le stade IIIC. Le taux de récurrence locale peut s'élever jusqu'à 22 % pour les cas de cancer au stade III<sup>91</sup>.
- Il a été démontré que la prestation d'une radiothérapie avant une résection chirurgicale (c.-à-d. néoadjuvante) améliore l'issue de l'intervention chirurgicale et la lutte contre le cancer à l'échelle locale chez les patients atteints d'un cancer rectal au stade II ou III<sup>91</sup>. Des données cliniques laissent également entendre que la prestation de courtes séances de radiothérapie avant l'intervention chirurgicale améliore la survie relative sans maladie par rapport à la radiothérapie administrée après l'intervention chirurgicale<sup>92</sup>.
- L'évaluation des tendances à l'échelle nationale par rapport à cette directive clinique permet de repérer les écarts et de contribuer à les amoindrir, grâce à l'adoption de stratégies d'amélioration de la qualité.
- On devrait envisager de recourir à la radiothérapie néoadjuvante dans la plupart des cas de cancer rectal au stade II ou III qui font l'objet d'une résection. Il n'existe toutefois aucune cible de rendement à l'échelle canadienne pour évaluer le taux de prestation de ce traitement. L'administration d'une radiothérapie avant une intervention chirurgicale peut être contre-indiquée dans certaines situations. Dans un tel cas, on recommande fortement d'administrer une radiothérapie après l'intervention chirurgicale<sup>93</sup>. Sans connaître la fréquence des cas pour lesquels une radiothérapie néoadjuvante est contre-indiquée, on ne croit pas qu'elle varie considérablement d'une province à l'autre.



**FIGURE 46**

**Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum au stade II ou III qui ont subi une radiothérapie avant une résection chirurgicale**  
 RADIOTHÉRAPIE AYANT ÉTÉ ENTREPRISE DANS LES 120 JOURS QUI ONT PRÉCÉDÉ LA CHIRURGIE, SELON LA PROVINCE – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2007 ET EN 2008

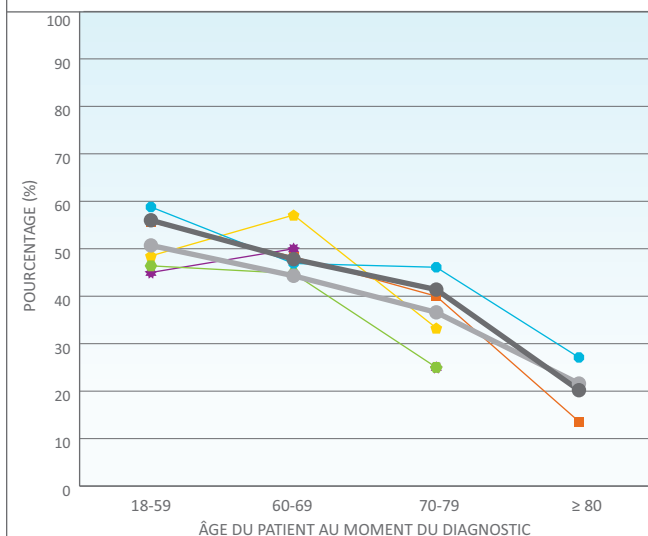


Les données de la C.-B. ne tiennent compte que des cas assignés aux centres de traitement contre le cancer.  
 Les données de l'Î.-P.-É. ont été supprimées en raison des petits nombres.  
 \* La moyenne comprend l'Alb., le Man., T.-N.-L., la N.-É. et l'Ont.  
 Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

**FIGURE 47**

**Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum au stade II et III qui ont subi une radiothérapie avant la résection chirurgicale**

RADIOTHÉRAPIE AYANT ÉTÉ ENTREPRISE DANS LES 120 JOURS QUI ONT PRÉCÉDÉ LA CHIRURGIE, SELON LA PROVINCE ET L'ÂGE – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2008

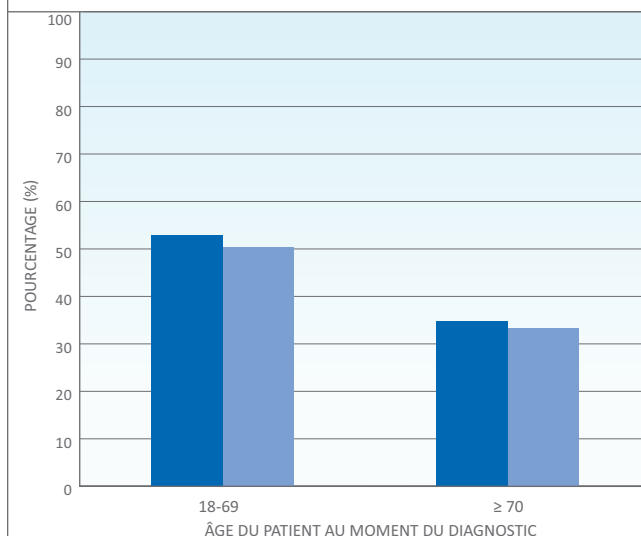


Certaines données ont été supprimées en raison des petits nombres.  
 \* La moyenne comprend l'Alb., le Man., T.-N.-L., la N.-É. et l'Ont.  
 La moyenne\* ne tient pas compte des provinces qui n'ont pas fourni de données pour 2007 et pour 2008.  
 Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

**FIGURE 48**

**Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum au stade II et III qui ont subi une radiothérapie avant la résection chirurgicale**

SELON LE SEXE, CANADA – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2008



Moyenne des provinces ayant soumis des données pouvant être comparées (l'Alb., le Man., T.-N.-L., la N.-É. et l'Ont.)  
 Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

## QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- ***On observe un écart d'une province à l'autre dans le pourcentage de cas de cancer du rectum au stade II ou III qui font l'objet d'une résection et qui reçoivent une radiothérapie néoadjuvante.***
  - ▲ Les taux de prestation d'un traitement néoadjuvant dans les cinq provinces qui ont présenté des données qui n'ont pas été supprimées et qui respectent les critères de l'indicateur pour les cas ayant fait l'objet d'un diagnostic en 2008 varient de 36 % à 48 %. La moyenne est 45 % (Figure 46). Les données présentées par l'Île-du-Prince-Édouard étaient semblables à celles qui ont été présentées par d'autres provinces; cette province se situait toutefois au-dessus de la moyenne des provinces qui ont présenté des données.
  - ▲ Parmi les cinq provinces qui ont présenté des données au cours des deux années, le taux de prestation du traitement a augmenté en 2008 par rapport à 2007. Cette augmentation était considérable dans certains cas. Le taux moyen de prestation du traitement dans ces cinq provinces est passé de 40 % à 45 %. Une analyse plus poussée s'impose toutefois pour déterminer l'importance qu'il faut accorder à cette tendance.
- ***Le taux de prestation du traitement est considérablement moins élevé chez les patients plus âgés.***
  - ▲ On observe une chute considérable en ce qui a trait au taux de prestation d'une radiothérapie néoadjuvante chez les patients plus âgés, soit 56 % chez les patients âgés de 60 ans ou moins, comparativement à 20 % chez les patients âgés de 80 ans ou plus (Figure 47).
  - ▲ Le taux de prestation du traitement semble être le même chez les hommes et chez les femmes (Figure 48).
- ***L'écart d'une province à l'autre était plus marqué avec le paramètre simplifié, comparativement à l'indicateur qui respecte intégralement la directive (Figure 49).***
  - ▲ Sept provinces ont présenté des données pour le paramètre simplifié (sans préciser si le patient avait subi une résection). Le taux moyen de prestation d'une radiothérapie était de 51 %, ce qui comprend la radiothérapie administrée avant et après l'intervention chirurgicale. Une comparaison des données qui respectent intégralement la directive par rapport au paramètre simplifié laisse sous-entendre que 70 % des patients atteints d'un cancer du rectum, en moyenne, ont reçu une radiothérapie avant l'intervention chirurgicale, conformément aux directives thérapeutiques.

## QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

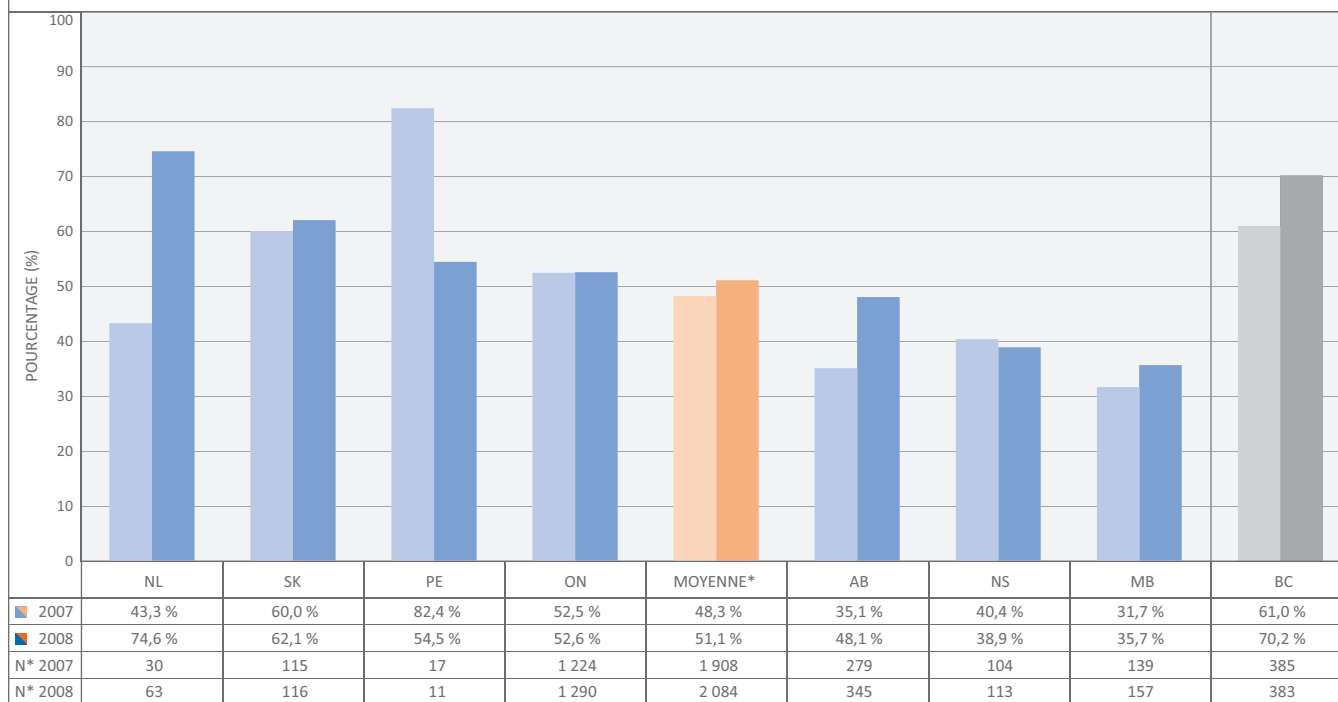
- L'analyse la plus récente à propos du recours à la radiothérapie dans le traitement du cancer du rectum est tirée des données SEER (Surveillance Epidemiology and End Result) qui regroupent 3 151 cas ayant fait l'objet d'un diagnostic entre 2002 et 2005. Selon cette base de données, 42 % des patients ont reçu une radiothérapie avant l'intervention chirurgicale<sup>94</sup>, soit une proportion comparable aux résultats obtenus au Canada et présentés dans le *Rapport*.
- Une étude portant sur le traitement des patients âgés atteints d'un cancer du rectum aux États-Unis, qui repose sur une analyse des données SEER, a dévoilé que 37 % des patients âgés de 65 ans ou plus recevaient une radiothérapie, mais que seulement un quart d'entre eux avaient reçu leur traitement avant l'intervention chirurgicale<sup>95</sup>.

## QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- Le Partenariat procède actuellement à un examen rétrospectif du dossier médical des patients atteints d'un cancer colorectal qui ont été traités dans cinq provinces. Cette étude a pour objet d'approfondir la compréhension des modèles de recommandations et de traitement et les motifs qui justifient les décisions qui sont prises par rapport à la radiothérapie. Les résultats de cette étude devraient être publiés en 2012.

**FIGURE 49****Paramètre simplifié : Pourcentage des patients atteints d'un cancer du rectum au stade II et III qui ont subi une radiothérapie**

RADIOTHÉRAPIE AVANT ÉTÉ ENTREPRISE DANS LES 120 JOURS QUI ONT SUIVI L'ÉTABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC, SELON LA PROVINCE – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2007 ET EN 2008



Les données de la C.-B. ne tiennent compte que des cas assignés aux centres de traitement contre le cancer.

\* La moyenne comprend l'Alb., le Man., T.-N.-L., la N.-É., l'Ont., l'Î.-P.-É. et la Sask.

Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

## QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

- L'indicateur « simplifié » permet d'inclure les données présentées par les provinces qui ne disposaient pas de données sur les cas qui font l'objet d'une intervention chirurgicale. Cet indicateur présente le taux global de prestations de radiothérapie pour tous les cas de cancer du rectum au stade II et III (avant et après une intervention chirurgicale). L'indicateur simplifié ne tient toutefois pas compte du respect des directives thérapeutiques factuelles.
- Les résultats de la Colombie-Britannique sont présentés séparément et ne sont pas inclus dans la moyenne générale parce qu'ils ne tiennent compte que des données portant sur les cas recommandés aux soins des centres provinciaux de traitement contre le cancer. Les patients recommandés aux soins d'un centre de traitement contre le cancer et d'un oncologue sont plus susceptibles de recevoir une radiothérapie que les membres de la population dans son ensemble. Cette contrainte dans le mode de cueillette des données augmente donc artificiellement les résultats par rapport aux provinces qui ont présenté des résultats tenant compte de l'ensemble de la population.
- Les résultats de l'Île-du-Prince-Édouard proviennent d'évaluations du dossier médical de patients (alors que les résultats des autres provinces reposent sur une analyse de données administratives).
- Plusieurs provinces ont signalé une augmentation substantielle en ce qui a trait au nombre de cas présents dans le calcul de l'indicateur de 2008, par rapport à celui de 2007. Cette augmentation pourrait être attribuable aux améliorations apportées dans la capacité de repérer les cas cibles à partir de données administratives. Elle pourrait toutefois être le reflet d'une tendance réelle.
- L'Annexe technique (consultez la page 161) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

## RADIOTHÉRAPIE ADJUVANTE POUR LES CAS DE CANCER DU SEIN AU STADE I ET II

### QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur mesure le pourcentage des patientes atteintes d'un cancer du sein au stade I ou II qui ont reçu une radiothérapie adjuvante après avoir subi une chirurgie conservatrice du sein, conformément aux directives thérapeutiques largement diffusées. L'indicateur de cette année compare les résultats qui ont été observés chez des patientes dont le diagnostic a été établi en 2007 et en 2008. Il examine les tendances selon l'âge et le sexe, tout en comparant des données d'une province à l'autre.

Une version simplifiée de cet indicateur étudie tous les cas de cancer du sein au stade I et II, sans se restreindre aux cas ayant fait l'objet d'une résection. Il présente le pourcentage des patientes ayant reçu une chimiothérapie dans l'intervalle de 21 mois qui a suivi l'établissement du diagnostic. Cette version simplifiée permet d'inclure les résultats présentés par les provinces qui n'étaient pas en mesure de déterminer les cas ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale, tel que le paramètre intégral l'exige.

### POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- Tous les ans, plus de 23 000 diagnostics de cancer du sein sont établis et 5 400 personnes succombent à cette maladie au Canada<sup>48</sup>. Il a été démontré que le taux de récurrence à cinq ans des cas de cancer du sein au stade I et II augmente de plus de 25 % en l'absence de normes thérapeutiques<sup>96</sup>.
- La chirurgie est le principal traitement contre le cancer du sein à un stade précoce, et la chirurgie conservatrice du sein est une option autre que l'ablation du sein ou la mastectomie. De nombreuses études ont démontré que l'administration d'une radiothérapie après une chirurgie conservatrice du sein réduit le risque de récurrence à un degré comparable à celui qui est associé à une mastectomie<sup>96</sup>.
- L'évaluation des tendances à l'échelle nationale par rapport à cette directive clinique permet de repérer les écarts et de contribuer à les amoindrir, grâce à l'adoption de stratégies d'amélioration de la qualité.
- On devrait envisager de recourir à la radiothérapie adjuvante chez la plupart des patientes atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce qui subissent une chirurgie conservatrice du sein. Il n'existe toutefois aucune cible de rendement à l'échelle canadienne pour évaluer le taux de prestation de ce traitement. Chez certaines patientes, les risques associés à la radiothérapie pourraient être plus grands que les avantages associés à ce traitement (p ex. les patientes atteintes d'une maladie qui affecte les tissus conjonctifs ou celles qui ont déjà subi une radiothérapie au même endroit)<sup>97</sup>. Dans un tel cas, une mastectomie peut s'avérer être une meilleure option.

### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- ***On observe un écart considérable d'une province à l'autre dans le pourcentage des patientes atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce qui subissent une chimiothérapie.***
  - ▲ Seulement trois provinces ont présenté les données requises pour calculer le taux de prestation du traitement conformément aux directives thérapeutiques (c.-à-d. après une chirurgie conservatrice du sein). Dans ces provinces, le taux de prestation du traitement variait de 77 % à 89 % en 2008. La moyenne était 82 %. Ce taux semble avoir augmenté légèrement par rapport à 2007 (Figure 50).

- **Le taux de prestation du traitement est considérablement moins élevé chez les patientes âgées de 80 ans ou plus.**
  - ▲ Le taux de prestation d'une radiothérapie adjuvante a diminué considérablement chez les patientes âgées, passant d'une moyenne de 87 %, chez les patientes âgées de 70 ans ou moins, à 48 %, chez les patientes âgées de 80 ans ou plus (Figure 51). Plusieurs essais cliniques semblent indiquer que la prestation d'une radiothérapie à une patiente âgée de 70 ans ou plus, qui est atteinte d'un cancer du sein au stade I avec récepteurs d'estrogènes et qui a subi une chirurgie conservatrice du sein, n'offre que des bienfaits marginaux par rapport à la récurrence et à la survie<sup>98</sup>.
- **Sept provinces ont présenté des données permettant de calculer l'indicateur simplifié qui porte sur la prestation d'une radiothérapie à toutes les patientes atteintes d'un cancer du sein au stade I et II (sans égard au type d'intervention chirurgicale) (Figure 52).**
  - ▲ Cet indicateur comporte un écart considérable qui varie de 40 %, à l'Île-du-Prince-Édouard, à 67 %, en Ontario. La moyenne était 61 % en 2008. L'un des facteurs qui contribuent à produire cet écart pourrait être les différents taux du recours à la mastectomie d'une province à l'autre. En effet, la prestation d'une radiothérapie n'est généralement pas recommandée après une mastectomie chez les patientes qui ne présentaient pas un envahissement ganglionnaire, soit la majorité des cas de cancer du sein au stade I et II.

### QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

- Selon un examen comparatif des études qui ont été publiées ailleurs dans le monde pour cet indicateur (administration d'une radiothérapie chez les patientes atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce qui ont subi une chirurgie conservatrice du sein), les taux de concordance varient de 90 % à 95 %. Aux États-Unis, les données SEER pour les années 2000 à 2002 dévoilent que le taux de prestation du traitement chez les femmes âgées de 66 à 70 ans était de 94 %<sup>99</sup>. Selon une étude faite à l'échelle nationale en Suisse, le taux de concordance est de 92 % chez les patientes âgées de 80 ans ou moins qui sont atteintes d'un cancer du sein au stade I, II ou III<sup>100</sup>. Au Canada, le taux mesuré dans le cadre du *Rapport* est légèrement inférieur à celui de ces paramètres de comparaison.
- En 2007, une étude rétrospective de cohorte portant sur 1 999 nouveaux cas de cancer du sein relevés dans une région d'Angleterre a indiqué que la prise en charge non normative des patientes atteintes de ce type de cancer augmente avec l'âge. L'étude a également indiqué que le taux d'incidence du cancer du sein atteint son sommet chez les femmes âgées de 70 ans ou plus. Les femmes âgées de 70 ou plus sont moins susceptibles que les femmes âgées de 65 à 69 ans de recevoir une radiothérapie après avoir subi une chirurgie conservatrice du sein<sup>101</sup>. Par ailleurs, plusieurs directives thérapeutiques (p. ex. NCCN<sup>102</sup>) restreignent leur recommandation envers la radiothérapie adjuvante aux patientes âgées de 70 ans ou moins. Ces directives justifient ce choix compte tenu d'un certain nombre d'essais cliniques indiquant que les bienfaits cliniques en matière de survie sont limités chez les patientes âgées de 70 ans ou plus<sup>98</sup>. Par conséquent, la chute observée dans le taux de prestation du traitement par rapport aux directives thérapeutiques chez les femmes âgées de 79 ans ou plus peut être le reflet d'un mode de prestation de traitement justifié sur le plan clinique.

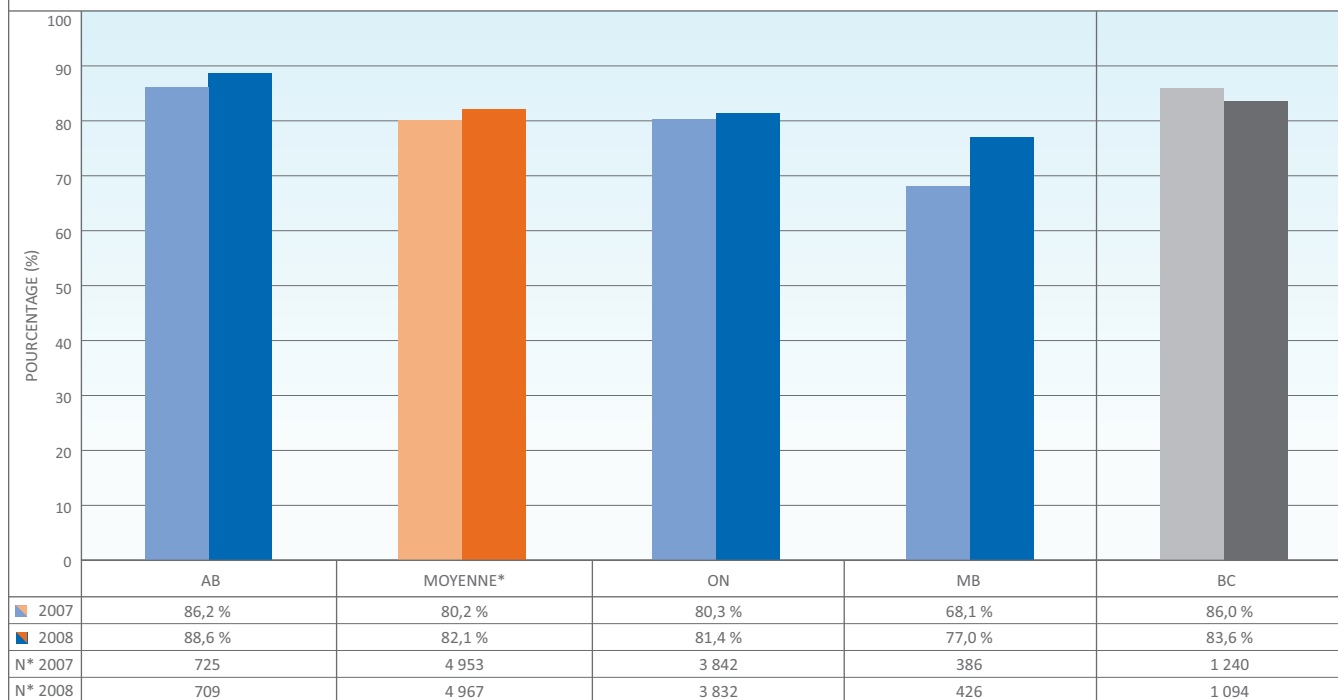
### QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- Le Partenariat collabore avec l'Institut canadien d'information sur la santé afin d'étudier les tendances en matière du recours aux interventions chirurgicales pour traiter les cas de cancer du sein à l'échelle du pays. Les différences relatives par rapport aux taux d'utilisation de la mastectomie et de la chirurgie conservatrice du sein seront comparées en vue de déterminer les corrélations qui pourraient expliquer les résultats présentés dans le *Rapport*. Cette analyse sera intégrée dans un rapport sur le cancer du sein qui devrait être publié au début de 2012.

**FIGURE 50**

Pourcentage des patientes atteintes d'un cancer du sein au stade I ou II qui ont subi une radiothérapie après une chirurgie conservatrice du sein

RADIOTHÉRAPIE AVANT ÉTÉ ENTREPRISE DANS LES 270 JOURS QUI ONT SUIVI L'INTERVENTION CHIRURGICALE, SELON LA PROVINCE – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2007 ET EN 2008



Les données de la C.-B. ne tiennent compte que des cas assignés aux centres de traitement contre le cancer.

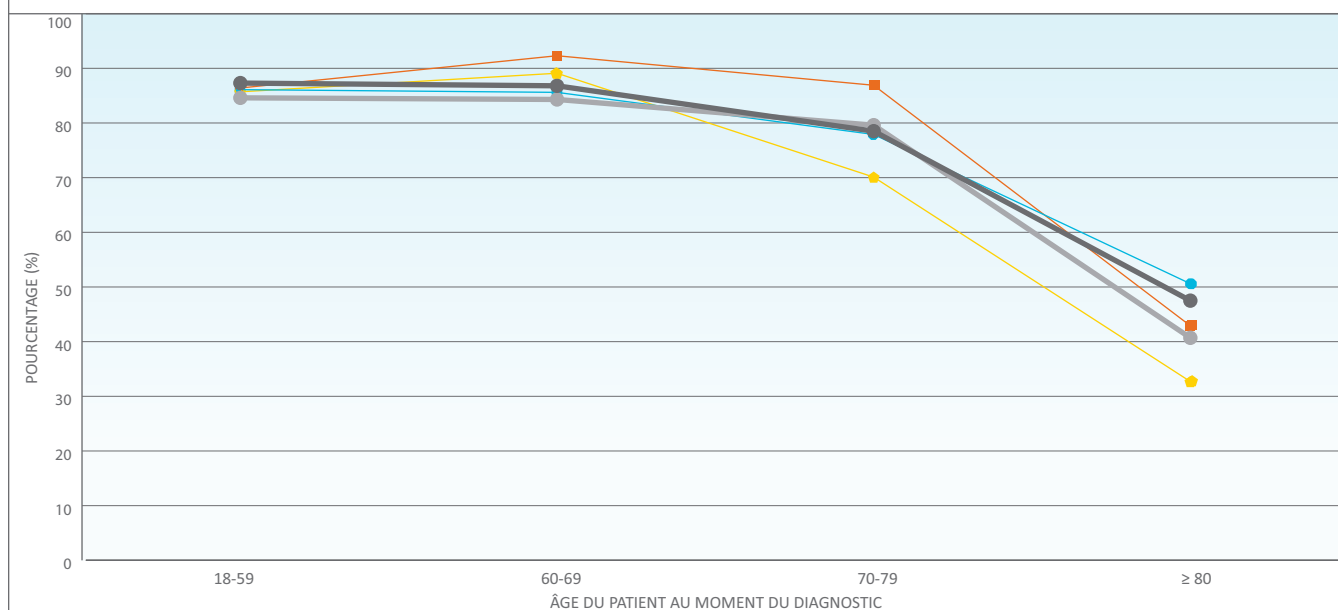
\* La moyenne de 2007 et de 2008 ne comprend que l'Alb., le Man. et l'Ont.

Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

**FIGURE 51**

Pourcentage des patientes atteintes d'un cancer du sein au stade I ou II qui ont subi une radiothérapie après une chirurgie conservatrice du sein

RADIOTHÉRAPIE AVANT ÉTÉ ENTREPRISE DANS LES 270 JOURS QUI ONT SUIVI L'INTERVENTION CHIRURGICALE, SELON L'ÂGE ET LA PROVINCE – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2008



\* La moyenne ne comprend que l'Alb., le Man. et l'Ont.

Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

## QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

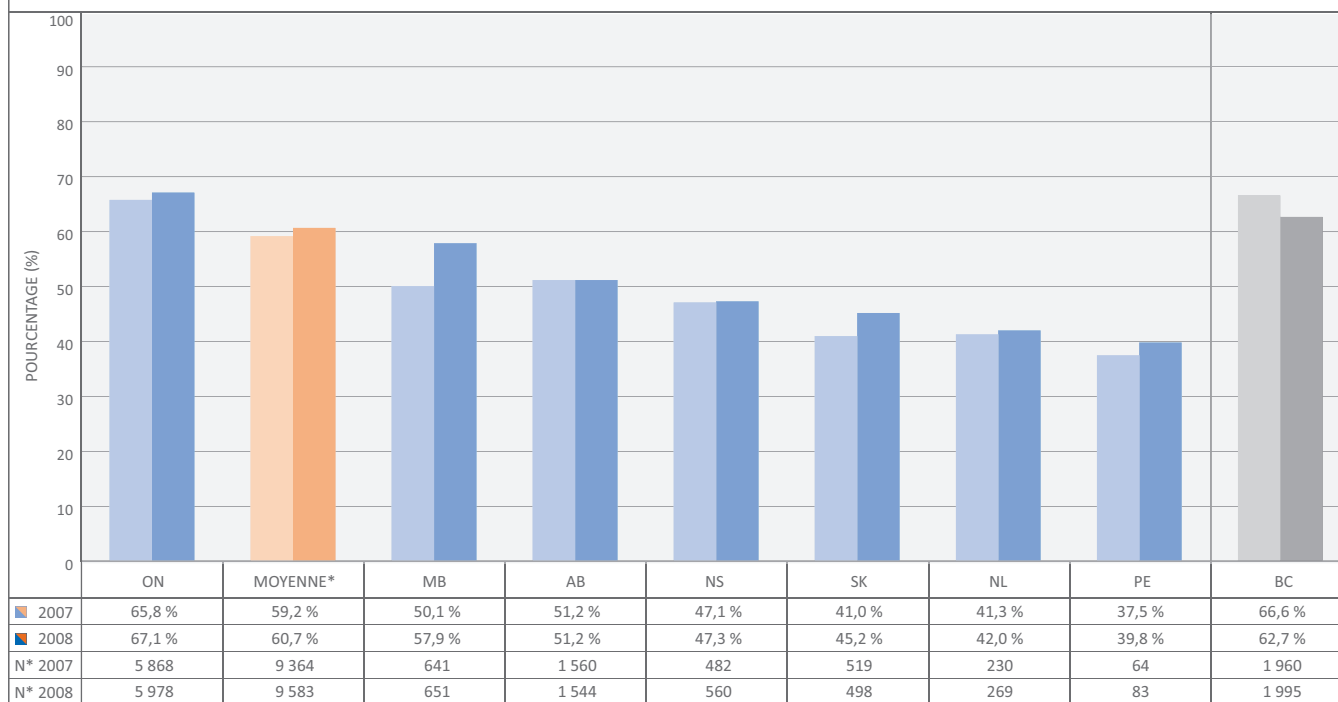
- L'indicateur simplifié permet d'inclure les données présentées par les provinces qui ne disposaient pas de données sur les cas qui font l'objet d'une ablation partielle. Cet indicateur présente le taux global de prestation de radiothérapie pour tous les cas de cancer du sein au stade I et II. L'indicateur simplifié ne tient toutefois pas compte du respect des directives thérapeutiques factuelles.
- Les résultats de la Colombie-Britannique sont présentés séparément. Ils n'ont pas été inclus dans la moyenne globale, parce qu'ils ne tiennent compte que des données portant sur les cas recommandés aux soins des centres provinciaux de traitement contre le cancer. Cette contrainte dans le mode de cueillette des données augmente donc artificiellement les résultats par rapport aux provinces qui ont présenté des résultats prélevés auprès de l'ensemble de la population.
- L'Annexe technique (consultez la page 162) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.



**FIGURE 52****Paramètre simplifié : Pourcentage des patientes atteintes d'un cancer du sein au stade I ou II qui ont subi une radiothérapie**

RADIOTHÉRAPIE AYANT ÉTÉ ENTREPRISE DANS UN INTERVALLE DE 1 AN PLUS 270 JOURS APRÈS L'ÉTABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC, SELON LA PROVINCE –

DIAGNOSTICS POSÉS EN 2007 ET EN 2008



Les données de la C.-B. ne tiennent compte que des cas assignés aux centres de traitement contre le cancer.

\* La moyenne comprend l'Alb., le Man., T.-N.-L., la N.-É., l'Ont., l'Î.-P.-É. et la Sask.

Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

# CHIMIOTHÉRAPIE ADJUVANTE POUR LES CAS DE CANCER DU CÔLON AU STADE III

### QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur mesure le pourcentage des patients atteints d'un cancer du côlon au stade III qui reçoivent une chimiothérapie néoadjuvante, conformément aux directives thérapeutiques largement diffusées. L'indicateur de cette année compare les résultats qui ont été observés chez des patients dont le diagnostic a été établi en 2007 et en 2008. Il examine les tendances selon l'âge et le sexe, tout en comparant des données d'une province à l'autre.

Une version simplifiée de cet indicateur étudie tous les cas de cancer du côlon au stade III, sans se restreindre aux cas qui ont subi une intervention chirurgicale. Il présente le pourcentage des patients ayant reçu une chimiothérapie dans l'intervalle de 16 mois qui a suivi l'établissement du diagnostic. Cette version simplifiée permet d'inclure les résultats présentés par les provinces qui n'étaient pas en mesure de déterminer les cas ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale, tel que le paramètre intégral l'exige.

### POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- Tous les ans, plus de 9 000 personnes succombent à un cancer colorectal au Canada<sup>48</sup>. Le cancer du côlon représente environ 70 % de tous les cas de cancer colorectal<sup>103</sup>.
- Il a été démontré que la prestation d'une chimiothérapie après une résection améliore l'issue de l'intervention chirurgicale chez les patients atteints d'un cancer du côlon avec envahissement ganglionnaire (stade III)<sup>104-105</sup>.
- L'évaluation des tendances à l'échelle nationale par rapport à cette directive clinique permet de repérer les écarts et de contribuer à les amoindrir, grâce à l'adoption de stratégies d'amélioration de la qualité.
- On devrait envisager de recourir à une chimiothérapie adjuvante dans la plupart des cas de cancer du côlon au stade III. Il n'existe toutefois aucune cible de rendement à l'échelle canadienne pour évaluer le taux de prestation de ce traitement. Chez certaines patientes, les risques associés à la chimiothérapie pourraient être plus grands que les avantages associés à ce traitement. On ne connaît pas la fréquence de ces cas; elle ne devrait toutefois pas varier de manière significative d'une province à l'autre.

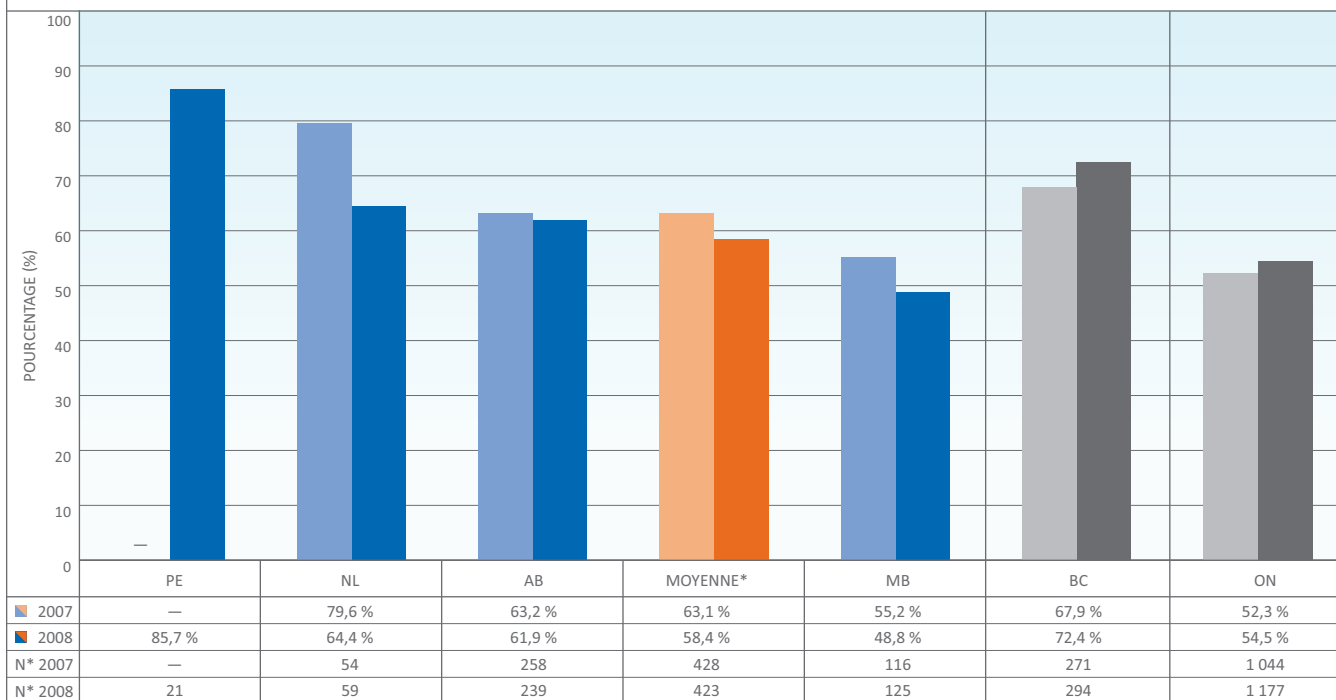
### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- ***On observe un écart considérable d'une province à l'autre dans le pourcentage des patients atteints d'un cancer du côlon au stade III qui reçoivent une chimiothérapie adjuvante.***
  - ▲ Les taux de prestation d'une chimiothérapie dans les quatre provinces ayant présenté des données qui respectent les exigences de l'indicateur pour les cas dont le diagnostic a été établi en 2008 varient de 49 % à 86 %. La moyenne est 62 % (Figure 53).
  - ▲ Bien que le taux de prestation du traitement semble avoir été à la baisse de 2007 à 2008 dans toutes ces provinces, les données actuellement disponibles sont insuffisantes pour laisser entrevoir la présence d'une véritable tendance.
- ***Le taux de traitement est considérablement plus bas chez les patients âgés; c'est surtout le cas chez les femmes âgées, comparativement aux hommes âgés.***
  - ▲ Le taux de prestation d'une chimiothérapie adjuvante est passé d'une moyenne de 87 % des patients, chez les personnes âgées de 60 ans ou moins, à une moyenne de 25 %, chez les patients âgés de 80 ans ou plus (Figure 54).

**FIGURE 53**

**Pourcentage des patients atteints d'un cancer du côlon au stade III qui ont subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale**

CHIMIOTHÉRAPIE AYANT ÉTÉ ENTREPRISE DANS LES 120 JOURS QUI ONT SUIVI L'INTERVENTION CHIRURGICALE – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2008



« — » Données non disponibles

\* La moyenne comprend l'Alb., le Man. et T.-N.-L.

Les données de la C.-B. ne tiennent compte que des cas assignés aux centres de traitement contre le cancer.

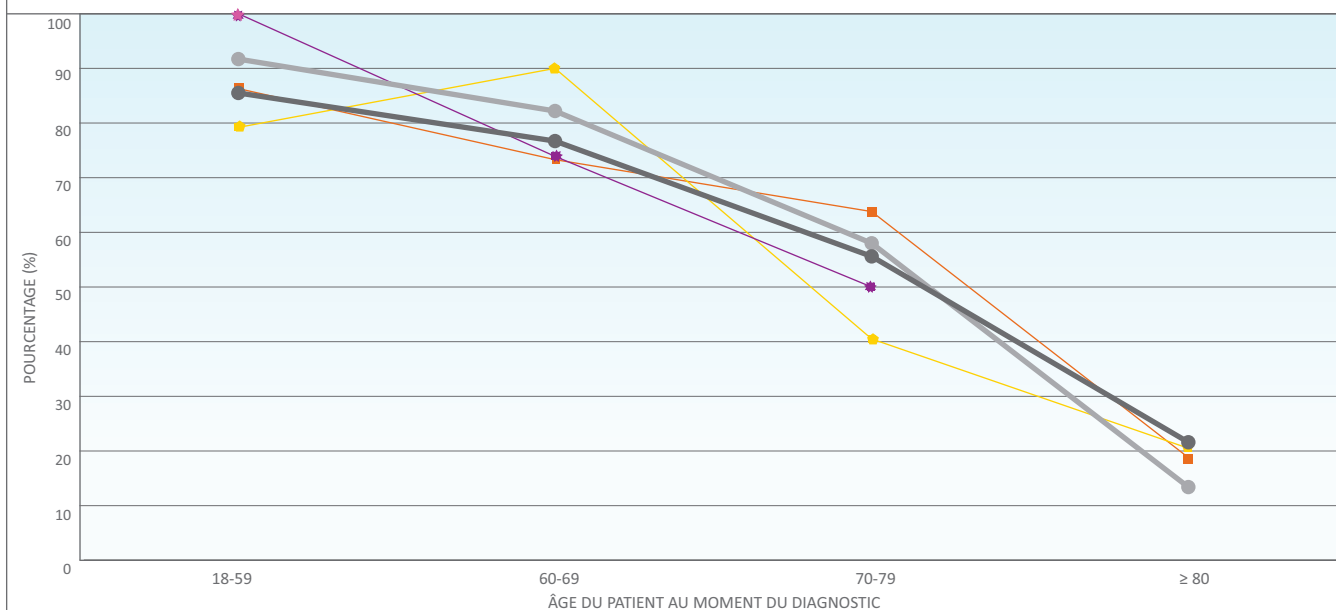
L'Ont. ne saisit pas toutes les données sur la chimiothérapie.

Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

**FIGURE 54**

**Pourcentage des patients atteints d'un cancer du côlon au stade III qui ont subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale**

CHIMIOTHÉRAPIE AYANT ÉTÉ ENTREPRISE DANS LES 120 JOURS QUI ONT SUIVI L'INTERVENTION CHIRURGICALE, SELON L'ÂGE ET LA PROVINCE – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2008



Certaines données ont été supprimées en raison des petits nombres.

\* La moyenne comprend l'Alb., le Man. et T.-N.-L.

Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

- ▲ Le taux de prestation du traitement chez les personnes âgées de 70 ans ou plus est de 37 % chez les femmes, comparativement à 47 % chez les hommes (Figure 55).
- **Le taux moyen de prestation d'une chimiothérapie pour le paramètre simplifié (sans préciser si une résection a été effectuée) était également de 62 % dans les cinq provinces qui ont présenté des données qui s'appuient sur la population (Figure 56).**

### QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

- Les taux de prestation d'une chimiothérapie néoadjuvante pour les taux de cancer du côlon au stade III mesurés ailleurs dans le monde varient de 55 % à 65 %<sup>106, 107</sup>. Les taux tirés des données canadiennes présentées dans le *Rapport* se situent à l'intérieur de cet intervalle.
- Les bienfaits associés au traitement des patients âgés font l'objet d'opinions et de données probantes divergentes<sup>108</sup>. Une méta-analyse des études pertinentes effectuées récemment laisse entendre que seulement 50 % des patients âgés de 75 ans ou plus atteints d'un cancer du côlon au stade III retireraient des bienfaits de la prestation d'une chimiothérapie après une intervention chirurgicale<sup>109</sup>; cette observation appuie le taux moins élevé que prévu du recours à la chimiothérapie chez les patients âgés.

### QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- Le Partenariat planifie actuellement une série d'études spéciales ayant pour objet d'examiner et d'analyser plus en détail les conclusions tirées des indicateurs sur le rendement du système. Ces études comprennent des évaluations et des examens des dossiers médicaux ayant pour but d'expliquer les motifs justifiant les pratiques thérapeutiques observées. En 2011, on a procédé à des études de dossiers médicaux portant sur des cas de cancer du poumon ou de cancer du rectum. D'autres types de cancer, dont le cancer du côlon, et d'autres directives thérapeutiques pourraient faire l'objet d'une évaluation d'ici à quelques années.

### QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

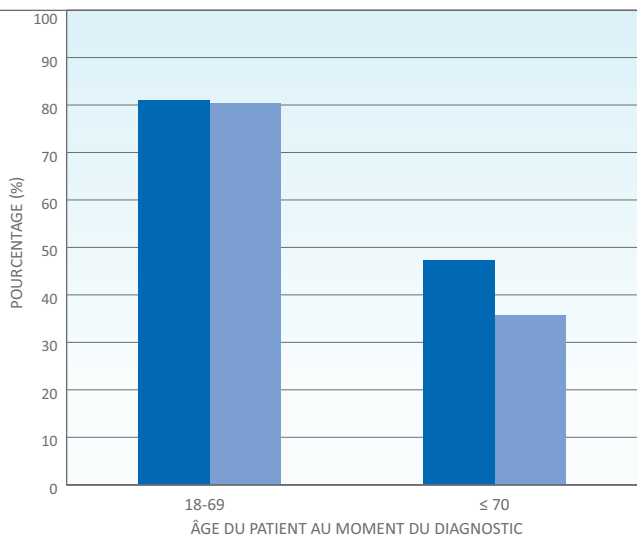
- L'indicateur « simplifié » permet d'inclure les données présentées par les provinces qui ne disposaient pas de données sur les cas qui font l'objet d'une intervention chirurgicale. Cet indicateur présente le taux global de prestation d'une chimiothérapie pour les cas de cancer du côlon au stade III. Puisque la majorité des patients atteints d'un cancer du côlon au stade III ne subissent pas de résection, les résultats de l'indicateur simplifiés devraient donner une bonne indication du taux de prestation du traitement adjuvant conformément aux directives thérapeutiques.
- Les résultats de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse sont présentés séparément. Ils n'ont pas été utilisés dans le calcul de la moyenne globale, à cause des caractéristiques de l'indicateur qui affectent leur compatibilité avec ceux des autres provinces. Les résultats de la Colombie-Britannique et ceux de la Nouvelle-Écosse ne portent que sur les cas qui ont été recommandés aux soins des centres provinciaux de traitement contre le cancer. Cette contrainte dans le mode de cueillette des données augmente donc artificiellement les résultats par rapport aux provinces qui ont présenté des résultats prélevés auprès de l'ensemble de la population, parce que la plupart des patients traités dans un centre de traitement contre le cancer sont plus susceptibles de subir une chimiothérapie. L'Ontario ne saisit pas toutes les données sur la chimiothérapie. Par conséquent, puisque l'on a souvent recours à d'autres formes de traitement que l'administration par voie intraveineuse chez les patients atteints d'un cancer du côlon, les taux de prestation du traitement sont probablement inférieurs aux taux réels.
- Les résultats de l'Île-du-Prince-Édouard proviennent d'évaluations du dossier médical de patients (alors que les résultats des autres provinces reposent sur une analyse de données administratives).
- L'Annexe technique (consultez la page 163) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

**FIGURE 55**

**Pourcentage des patients atteints d'un cancer du côlon au stade III qui ont subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale**

CHIMIOTHÉRAPIE AYANT ÉTÉ ENTREPRISE DANS LES 120 JOURS QUI ONT SUIVI L'INTERVENTION CHIRURGICALE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, CANADA – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2008

■ HOMME  
■ FEMME

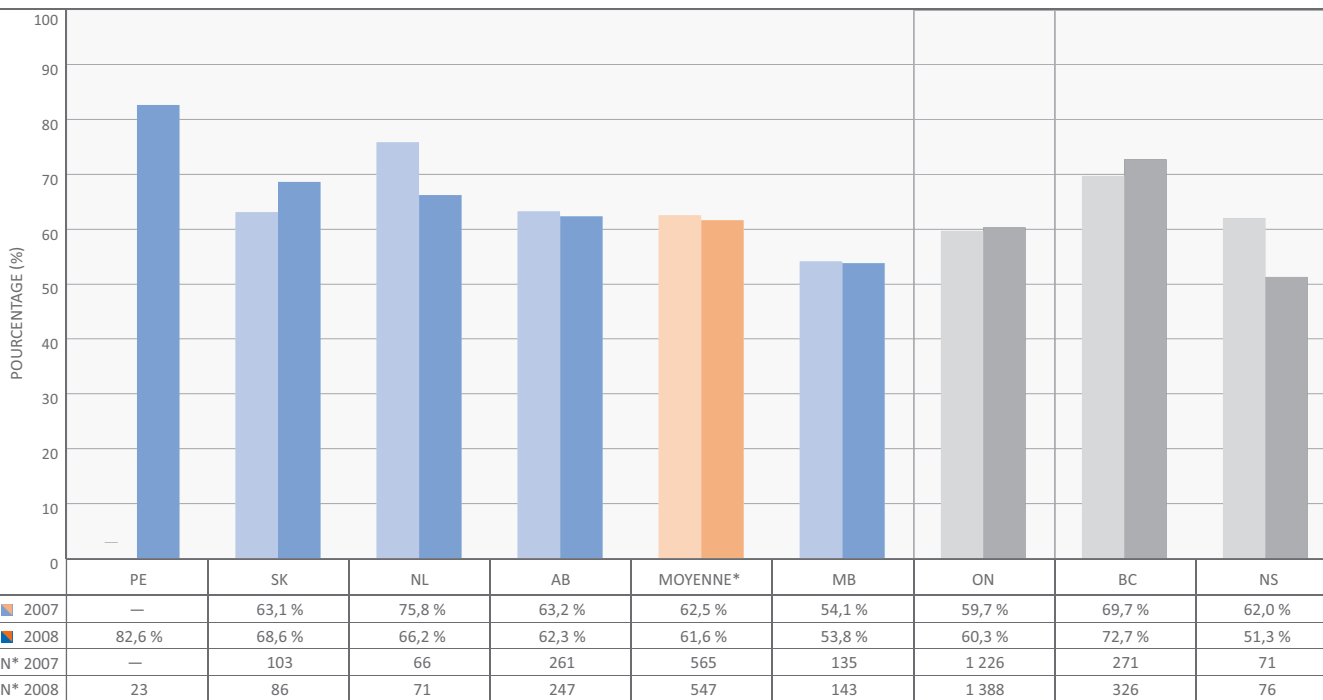


Moyenne des provinces ayant soumis des données pouvant être comparées (Alb., Man., T.-N.-L., Î.-P.-É.)  
Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

**FIGURE 56**

**Paramètre simplifié : Pourcentage des patients atteints d'un cancer du côlon au stade III ayant subi une chimiothérapie**

CHIMIOTHÉRAPIE AYANT ÉTÉ ENTREPRISE DANS UN INTERVALLE D'UN AN PLUS 120 JOURS APRÈS L'ÉTABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC, SELON LA PROVINCE – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2007 ET EN 2008



« — » Données non disponibles  
Les données de la N.-É. ne tiennent compte que des patients desservis par la région de la santé du Cap-Breton et par celle de la capitale provinciale, parce que les données portant sur la chimiothérapie ne sont saisies que lorsqu'elles proviennent des centres de traitement contre le cancer. Les données de la C.-B. ne tiennent compte que des cas assignés aux centres de traitement contre le cancer.

La moyenne\* de 2007 et de 2008 ne comprend que l'Alb., le Man, T.-N.-L. et la Sask. L'Ont. ne saisit pas toutes les données sur la chimiothérapie.  
Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

## CHIMIOTHÉRAPIE ADJUVANTE POUR LES CAS DE CANCER DU POUMON « NON À PETITES CELLULES », AU STADE II OU IIIA

### QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur mesure le pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules, au stade II ou IIIA, qui ont reçu une chimiothérapie adjuvante, conformément aux directives thérapeutiques largement diffusées.

Cet indicateur porte sur les diagnostics qui ont été établis en 2007 et en 2008. Il examine les tendances selon l'âge et le sexe, tout en comparant des données d'une province à l'autre.

### POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- Tous les ans, plus de 20 000 personnes succombent à un cancer du poumon au Canada. Ce type de cancer tue plus de personnes que les quatre autres types de cancer les plus mortels réunis<sup>48</sup>.
- La survie médiane à un cancer du poumon non à petites cellules est de 47 mois chez les personnes atteintes d'un cancer au stade IIA, de 24 mois chez celles qui sont atteintes d'un cancer au stade IIB, et de 17 mois chez celles qui sont atteintes d'un cancer au stade IIIA (d'après des données internationales tirées de la base de données IASLC)<sup>110</sup>.
- Il a été démontré que la prestation d'une chimiothérapie après une résection améliore la durée de vie sans maladie et la survie chez les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules sans envahissement (stade II et IIIA)<sup>111</sup>.
- L'évaluation des tendances à l'échelle nationale par rapport à cette directive clinique permet de repérer les écarts et de contribuer à les amoindrir, grâce à l'adoption de stratégies d'amélioration de la qualité.
- On devrait envisager de recourir à une chimiothérapie adjuvante dans la plupart des cas de cancer du poumon non à petites cellules, au stade II ou IIIA, qui ont subi une résection. Il n'existe toutefois aucune cible de rendement à l'échelle canadienne pour évaluer le taux de prestation de ce traitement. Des facteurs, tels que l'état du rendement d'un patient ou la présence d'affections concomitantes, entre autres facteurs, jouent un rôle dans la décision d'administrer une chimiothérapie. Sans connaître la fréquence des cas pour lesquels une chimiothérapie adjuvante est contre-indiquée, on ne croit pas qu'elle varie considérablement d'une province à l'autre.

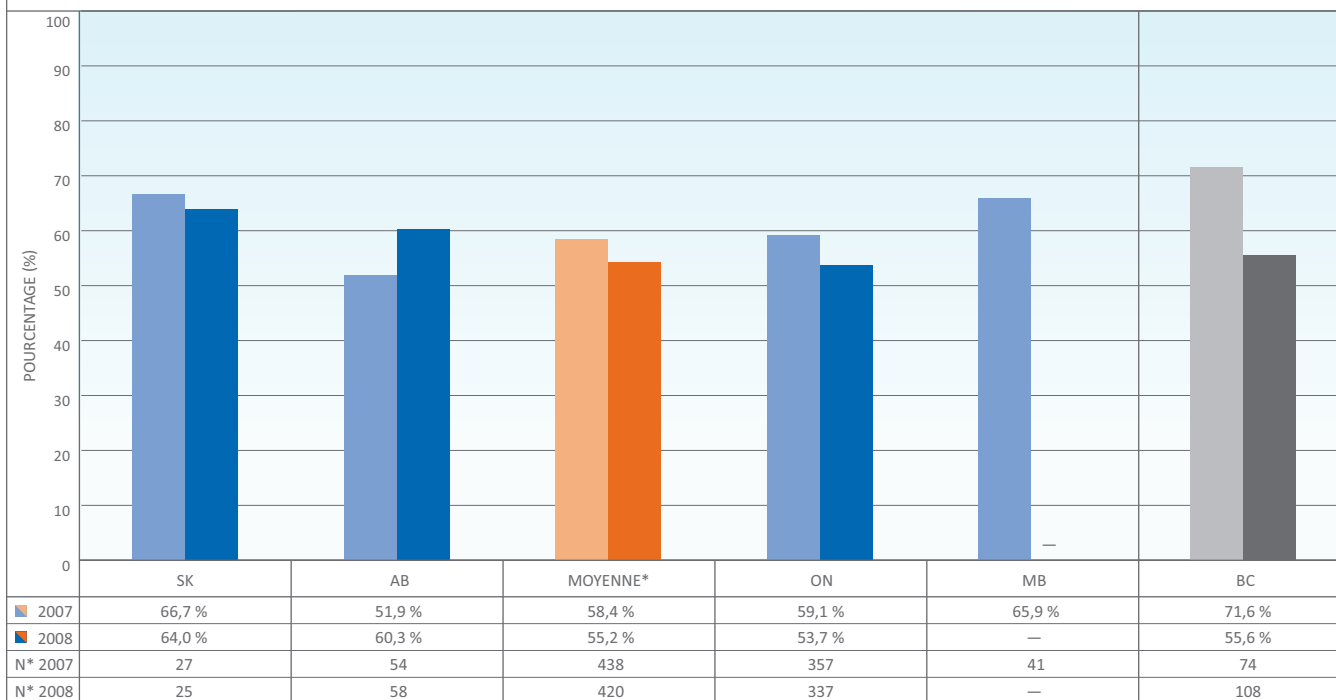
### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- ***On observe un écart considérable d'une province à l'autre dans le pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules, au stade II et IIIA, qui reçoivent une chimiothérapie adjuvante.***
  - ▲ Les taux de prestation d'une chimiothérapie adjuvante dans les quatre provinces ayant présenté des données qui respectent les exigences de l'indicateur pour les cas dont le diagnostic a été établi en 2008 varient de 54 % à 64 %. La moyenne est 55 %. Les taux de la Saskatchewan, de l'Alberta et de l'Ontario se situaient dans un intervalle de 10 % l'un de l'autre (Figure 57).
  - ▲ Les taux ne permettent pas de dégager une tendance en 2007 et en 2008, partiellement en raison du faible nombre de patients.

**FIGURE 57**

Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II ou IIIA qui ont subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale

CHIMIOTHÉRAPIE AYANT ÉTÉ ENTREPRISE DANS LES 120 JOURS QUI ONT SUIVI LA RÉSECTION CHIRURGICALE, SELON LA PROVINCE – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2007 ET EN 2008



« — » Données non disponibles

Les données de la C.-B. ne tiennent compte que des cas assignés aux centres de traitement contre le cancer. Les données du Man. ne sont pas disponibles pour les rapports de 2008.

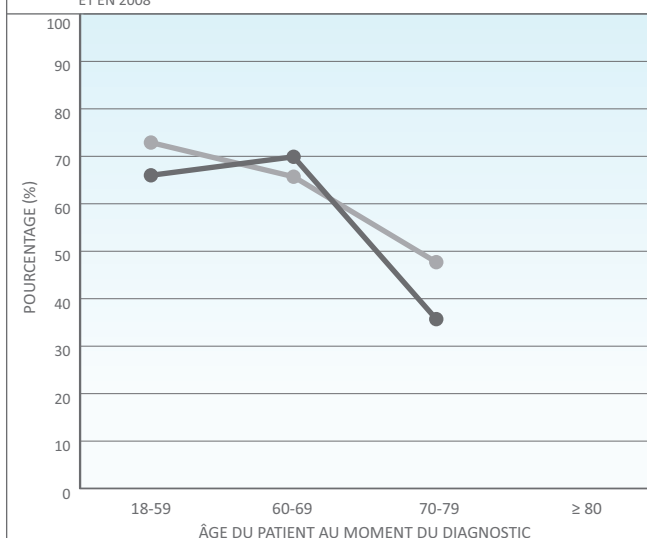
\* La moyenne ne comprend que l'Alb., l'Ont. et la Sask.

Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

**FIGURE 58**

Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II ou IIIA qui ont subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale

CHIMIOTHÉRAPIE AYANT ÉTÉ ENTREPRISE DANS LES 120 JOURS QUI ONT SUIVI LA RÉSECTION CHIRURGICALE, SELON L'ÂGE, CANADA – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2007 ET EN 2008



Certaines données ont été supprimées en raison des petits nombres.

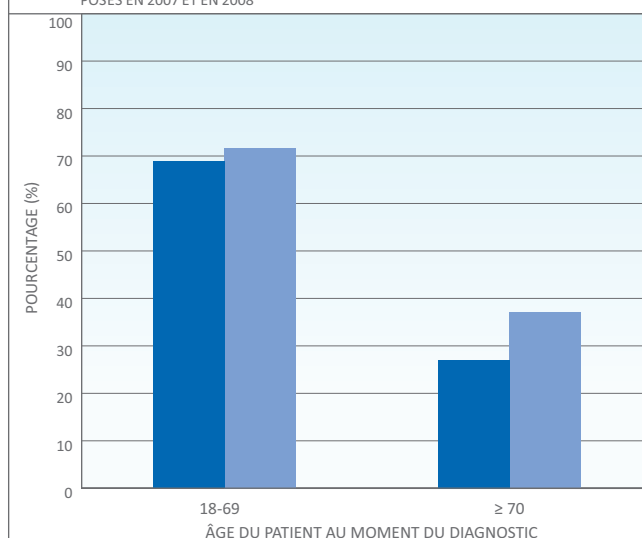
\* La moyenne comprend l'Alb., l'Ont. et la Sask.

Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

**FIGURE 59**

Pourcentage des patients atteints d'un cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II ou IIIA qui ont subi une chimiothérapie après la résection chirurgicale

CHIMIOTHÉRAPIE AYANT ÉTÉ ENTREPRISE DANS LES 120 JOURS QUI ONT SUIVI LA RÉSECTION CHIRURGICALE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, CANADA – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2007 ET EN 2008



Moyenne des provinces ayant soumis des données pouvant être comparées (l'Alb., l'Ont., la Sask.)  
Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

- **Le taux de prestation du traitement chez les patients âgés de 70 ans ou plus est presque la moitié du taux observé chez les patients plus jeunes; le taux de prestation du traitement semble plus élevé chez les patientes âgées que chez les patients âgés.**
  - ▲ Le taux de prestation d'une chimiothérapie adjuvante est d'approximativement 70 % en moyenne chez les personnes âgées de 70 ans ou moins. Il n'est cependant que de 35 % environ chez les patients âgés de 70 ans ou plus (Figure 58).
  - ▲ Le taux de prestation du traitement chez les femmes âgées de 70 ans ou plus est de 38 %, comparativement à 28 % chez les hommes du même âge. Cette différence doit faire l'objet d'une étude plus poussée (Figure 59).

### QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

- Outre les taux d'observance aux essais cliniques, l'information publiée à propos du taux de prestation d'une chimiothérapie adjuvante ailleurs dans le monde à des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules est restreinte.
- Les quelques études portant sur le traitement des patients plus âgés atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules laissent entendre que les bienfaits de la prestation d'une chimiothérapie diminuent chez les patients âgés, en raison des affections concomitantes, des insuffisances organiques ou des risques de toxicité plus élevés<sup>112</sup>. Cette situation pourrait expliquer le taux de prestation moins élevé d'un traitement adjuvant chez les patients âgés que l'on observe dans le *Rapport*.

### QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- Le Partenariat planifie actuellement une série d'études spéciales ayant pour objet d'examiner et d'analyser plus en détail les conclusions tirées des indicateurs sur le rendement du système. Ces études comprennent des évaluations et des examens des dossiers médicaux ayant pour but d'expliquer les motifs justifiant les pratiques thérapeutiques observées. En 2011, on a procédé à des études de dossiers médicaux portant sur des cas de cancer du poumon non à petites cellules qui sont subi une résection chirurgicale (conformément à la directive thérapeutique mesurée par cet indicateur). Un rapport des résultats de l'examen des dossiers médicaux devrait être publié au début de 2012. D'autres types de cancer et d'autres directives thérapeutiques pourraient faire l'objet d'une évaluation d'ici à quelques années.

### QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

- Les résultats de la Colombie-Britannique sont présentés séparément. Ils n'ont pas été inclus dans la moyenne globale, parce qu'ils ne tiennent compte que des données portant sur les cas recommandés aux soins des centres provinciaux de traitement contre le cancer. Cette contrainte dans le mode de cueillette des données augmente donc artificiellement les résultats par rapport aux provinces qui ont présenté des résultats prélevés auprès de l'ensemble de la population.
- L'Annexe technique (consultez la page 164) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.



## Interventions chirurgicales

### PRÉLÈVEMENT ET EXAMEN D'AU MOINS 12 GANGLIONS POUR LES RÉSECTIONS DU CANCER DU CÔLON

#### QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur mesure le pourcentage des cas de cancer du côlon comportant une résection au terme de laquelle au moins 12 ganglions ont été prélevés et examinés. Les résultats sont présentés pour les cas qui ont fait l'objet d'une résection en 2007 et en 2008. L'indicateur compare les résultats selon la province, le groupe d'âge et le sexe.

#### POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- Il a été démontré que le nombre de ganglions prélevés et examinés au terme d'une résection joue un rôle prépondérant pour déterminer correctement le stade d'un cancer, ce qui permet par la suite de planifier le traitement qui sera prodigué<sup>113</sup>.
- La plupart des directives thérapeutiques recommandent de prélever au moins 12 ganglions pour déterminer de manière précise le stade N<sup>105</sup> (qui indique le degré de propagation ganglionnaire du cancer). Cette situation s'explique parce que l'examen de 12 ganglions réduit le risque d'établir par erreur un diagnostic positif à un niveau acceptable.
- Les tendances provinciales en matière de prestation du traitement, par rapport au respect des directives thérapeutiques, peuvent orienter les améliorations qualitatives.
- On recommande de prélever au moins 12 ganglions lors d'une résection en présence d'un cas de cancer du côlon non-métastatique, avec envahissement<sup>105</sup>.

#### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- **Le pourcentage de résections du côlon comportant le prélèvement ou l'examen d'au moins 12 ganglions varie considérablement d'une province à l'autre.**
  - ▲ Le pourcentage varie de 52 % à 76 % dans les provinces qui ont présenté des données. La moyenne est 72 % (Figure 60).
  - ▲ Le pourcentage semble avoir légèrement augmenté de 2007 à 2008. Cette tendance ne pourra toutefois être confirmée que par les données des années ultérieures.
- **On n'observe qu'un écart relativement faible selon l'âge ou le sexe des patients.**
  - ▲ Bien que la concordance plus faible observée chez les patients âgés soit moins prononcée dans ces résultats que dans les autres directives décrites dans le *Rapport*, les différences sont plus marquées d'une province à l'autre chez les groupes plus âgés (Figure 61).
  - ▲ On observe une légère différence entre les hommes et les femmes, tant chez les personnes âgées de 18 à 69 ans que chez les personnes âgées de 70 ans ou plus (Figure 62).

#### QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

- Les taux globaux ressemblent au taux observés ailleurs dans le monde et dans d'autres études, puisque les résultats varient de 65 % à 75 %<sup>106</sup>.
- Les écarts relatifs aux taux selon l'âge et le sexe des patients correspondent généralement aux écarts observés ailleurs dans le monde, bien que des tendances plus marquées (des taux plus élevés chez les patients âgés que chez les patients plus jeunes) aient été observées dans des études effectuées récemment<sup>107, 109</sup>.

## QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- Les initiatives de rapports synoptiques d'anatomopathologie et de rapports synoptiques de chirurgie entreprises par le Partenariat à l'échelle nationale jettent un nouvel éclairage sur les prélèvements ganglionnaires pour combattre le cancer du côlon (et d'autres types de cancer). Une expérience faite récemment a démontré un lien entre la qualité des rapports synoptiques et l'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux et pathologiques<sup>109</sup>.
- Des rapports ultérieurs sur le rendement du système pourraient comparer la répartition selon l'âge (particulièrement le statut N) en rapport avec les cas de cancer du côlon ayant fait l'objet d'un prélèvement et de l'examen d'au moins 12 ganglions.

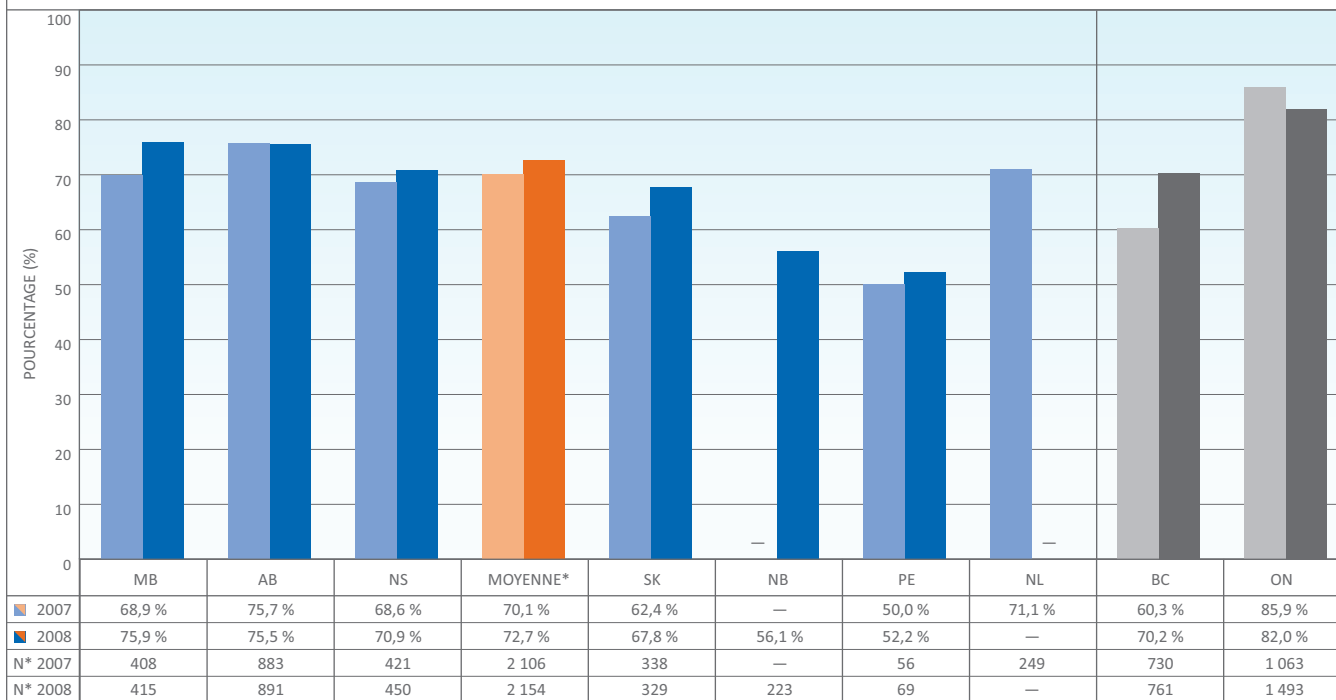
## QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

- Les résultats de la Colombie-Britannique sont présentés; ils n'ont toutefois pas été inclus dans la moyenne globale, parce qu'ils ne tiennent compte que des données portant sur les cas recommandés aux soins des centres provinciaux de traitement contre le cancer (50 % des cas de cancer du côlon répertoriés) et ne tiennent pas compte de l'ensemble de la population. Cette contrainte dans le mode de cueillette des données pourrait augmenter artificiellement les résultats par rapport aux provinces qui ont présenté des résultats prélevés auprès de l'ensemble de la population.
- Les données de l'Ontario ne comprennent que les cas pour lesquels des données de stadification concertées ont été recueillies. En 2008, ces données représentaient 41 % des cas de cancer du côlon. L'augmentation du nombre de cas compris dans les données de l'Ontario en 2008, par rapport à celles de 2007, est attribuable au fait qu'un plus grand nombre d'établissements hospitaliers produisent des rapports synoptiques.
- Les données de l'Île-du-Prince-Édouard tiennent compte des cas de cancer du côlon dont le diagnostic a été établi en 2007 et en 2008 et qui ont fait l'objet d'un prélèvement (contrairement aux cas qui ont fait l'objet d'un prélèvement en 2007 et en 2008). Certains taux selon l'âge ont été supprimés à l'Île-du-Prince-Édouard en raison de la faible numération cellulaire.
- L'Annexe technique (consultez la page 165) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

**FIGURE 60**

**Pourcentage de résections du côlon avec examen ou exérèse d'au moins 12 ganglions**

SELON LA PROVINCE – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2007 ET EN 2008



« — » Données non disponibles pour les diagnostics posés au cours de l'année dans la province. Les données de la C.-B. ne tiennent compte que des cas assignés aux centres de traitement contre le cancer.

Les données de l'Ont. reposent sur 41 % des cas de cancer du côlon pour lesquels des données de stadification concertées ont été recueillies en 2008.

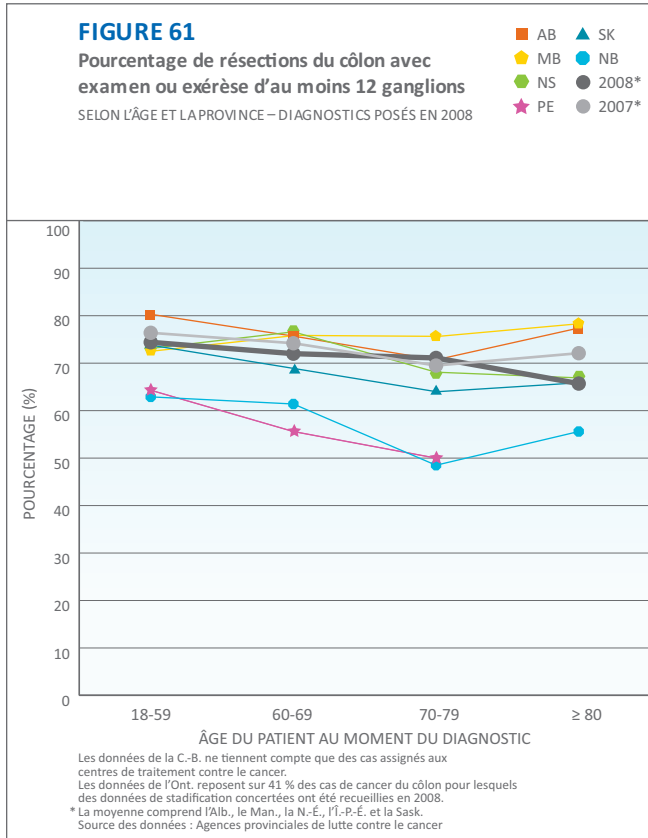
\* La moyenne comprend l'Alb., le Man., la N.-É., l'I.-P.-É. et la Sask.

Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

**FIGURE 61**

**Pourcentage de résections du côlon avec examen ou exérèse d'au moins 12 ganglions**

SELON L'ÂGE ET LA PROVINCE – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2008

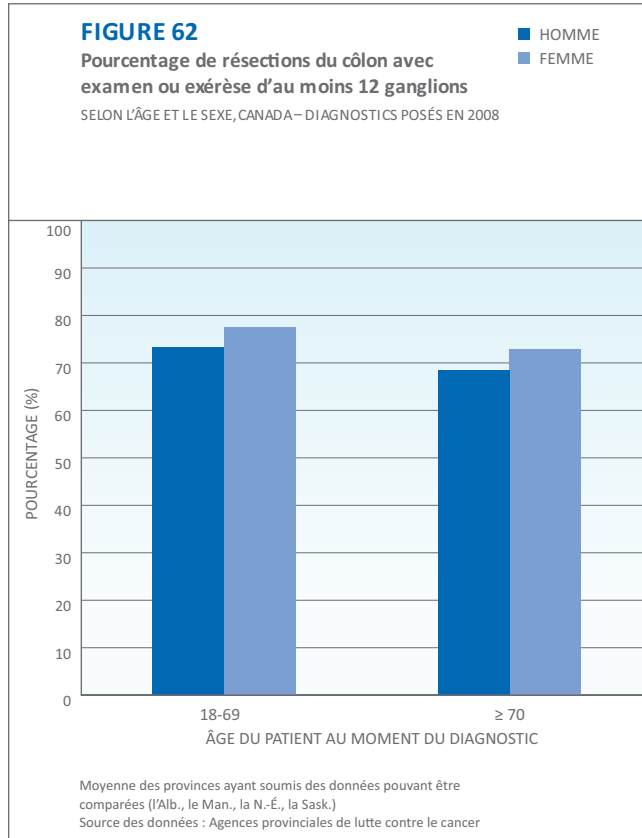


Les données de la C.-B. ne tiennent compte que des cas assignés aux centres de traitement contre le cancer. Les données de l'Ont. reposent sur 41 % des cas de cancer du côlon pour lesquels des données de stadification concertées ont été recueillies en 2008. \* La moyenne comprend l'Alb., le Man., la N.-É., l'I.-P.-É. et la Sask. Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

**FIGURE 62**

**Pourcentage de résections du côlon avec examen ou exérèse d'au moins 12 ganglions**

SELON L'ÂGE ET LE SEXE, CANADA – DIAGNOSTICS POSÉS EN 2008



Moyenne des provinces ayant soumis des données pouvant être comparées (l'Alb., le Man., la N.-É., la Sask.) Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer



# Indicateurs sur la recherche

Ce chapitre présente des indicateurs qui traitent de la participation des adultes et des enfants aux essais cliniques. Il s'appuie sur les données du *Rapport sur le rendement du système de 2010* qui portaient sur la participation des adultes à des essais cliniques selon le type de cancer.

## LA RECHERCHE QUI ÉVALUE L'INNOCUITÉ ET L'EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS ÉMERGENTS OUVRE LA VOIE VERS L'ADOPTION DE PRATIQUES EXEMPLAIRES.

Les essais cliniques jouent un rôle essentiel pour évaluer l'innocuité et l'efficacité des nouveaux traitements et des nouveaux protocoles de lutte contre le cancer. Par conséquent, la participation aux essais cliniques selon le type de patients permet de développer et de perfectionner des pratiques exemplaires qui, à leur tour, amélioreront l'issue du traitement chez les patients à l'avenir. Des données à propos de la participation aux essais cliniques et l'issue du traitement se contredisent. Un certain nombre d'études a toutefois démontré que l'issue des traitements offerts dans les centres de traitement contre le cancer qui participent à des essais cliniques est meilleure que celle des traitements offerts dans des centres qui ne participent pas à de tels essais<sup>114, 115</sup>.

Pour cette raison, on a calculé les indicateurs sur les taux de participation aux essais cliniques chez les adultes et les enfants. Cet indicateur a été défini comme étant le rapport entre le total de tous les patients nouvellement inscrits à des essais cliniques de phase I à IV (études de recherche clinique ou essais thérapeutiques liés au cancer) en 2010 et le total de tous les cas de cancer dont le diagnostic a été établi dans les centres de cancer en 2010. Pour être retenu, un essai clinique doit être une étude de recherche liée au cancer qui assigne de manière prospective des participants humains à une intervention thérapeutique dans le but d'en évaluer les effets sur la santé. Les données excluent les inscriptions aux études biologiques; elles incluent toutefois les essais cliniques de phase I à IV. Consultez l'Annexe technique pour en savoir plus à propos des données présentées par chaque province à propos des indicateurs de recherche.

INDICATEUR DE RECHERCHE	RÉSUMÉ DES RÉSULTATS
Participation des adultes à des essais cliniques	Chez les adultes, le ratio des patients inscrits à des essais cliniques et des patients nouvellement inscrits dans un centre de traitement contre le cancer variait de 6 % à 8 % d'une province à l'autre en 2010, et de 4 % à 9 % d'un établissement à l'autre. On n'observe aucune tendance uniforme entre le ratio de 2009 et celui de 2010.
Participation des enfants à des essais cliniques	Chez les enfants, le ratio des patients inscrits à des essais cliniques et des patients nouvellement inscrits dans un centre de traitement contre le cancer variait de 11 % à 38 % dans les huit provinces dotées d'un centre pédiatrique de lutte contre le cancer. On n'observe aucune tendance uniforme entre le ratio de 2009 et celui de 2010.

## LE PARTENARIAT APPUIE LA COORDINATION ET LE MAINTIEN DU FINANCEMENT DE LA RECHERCHE SUR LE CANCER AU CANADA.

L'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer, une alliance financée par le Partenariat, est une coalition regroupant des organismes qui financent la recherche sur le cancer et des partenaires associés. Cette coalition forme également le groupe consultatif sur la recherche du Partenariat. L'Alliance a élaboré la Stratégie pancanadienne pour la recherche sur le cancer dans le but d'optimiser l'impact du financement ciblé dans la recherche sur le cancer et d'accélérer la progression de la lutte contre le cancer. Cette alliance est le fruit de la collaboration entre 23 grands organismes qui coordonnent d'importantes activités de recherche et d'activités connexes. Cette initiative est la première du genre au Canada.

## PARTICIPATION AUX ESSAIS CLINIQUES CHEZ LES ADULTES

### QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur présente le ratio du total de tous les patients âgés de 19 ans ou plus qui ont été nouvellement inscrits à un essai clinique lié au cancer ou à des études de recherche clinique en 2010 par rapport au total des nouveaux cas de cancer chez des patients âgés de 19 ans ou plus dont le cas a été nouvellement recommandé à un centre de soins contre le cancer en 2010.

### POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- La participation à des essais cliniques de phase I à IV joue un rôle prépondérant dans le développement et l'évolution des pratiques exemplaires, ce qui contribue à améliorer le traitement et son issue. Il a également été démontré que l'issue du traitement chez les patients qui reçoivent des soins dans un centre qui participe à des essais cliniques est meilleure que celle des centres qui ne participent pas à de telles études. Cette situation est probablement attribuable au fait que les centres qui participent à ces études respectent de manière plus stricte les directives thérapeutiques<sup>114-116</sup>.
- La comparaison du pourcentage des patients inscrits à des essais cliniques à l'échelle du pays pourrait contribuer à dégager des moyens qui permettraient d'intensifier les efforts visant à encourager une plus grande participation aux essais cliniques. Compte tenu des contraintes associées à ces données, on a eu recours à des données indirectes pour calculer ce pourcentage, soit le ratio des inscriptions des patients à des essais cliniques par rapport aux patients nouvellement inscrits dans des centres de traitement contre le cancer.

### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- ***On observe un écart dans la participation aux essais cliniques d'une province à l'autre et de l'un des quatre principaux types de cancer à l'autre.***
  - ▲ En 2010, le ratio des patients qui participaient à des essais cliniques par rapport aux patients nouvellement inscrits dans des centres de traitement contre le cancer variait de 0,01, à l'Île-du-Prince-Édouard, à 0,08, en Alberta. La moyenne générale était 0,05 dans les huit provinces qui ont présenté des données. On n'observe aucune tendance uniforme entre le ratio de 2009 et celui de 2010 (Figure 63).
  - ▲ Le ratio de participation aux essais cliniques en 2010 pour les quatre types de cancer les plus courants variait de 0,04, pour le cancer colorectal, à 0,09, pour le cancer de la prostate (Figure 64).

### QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

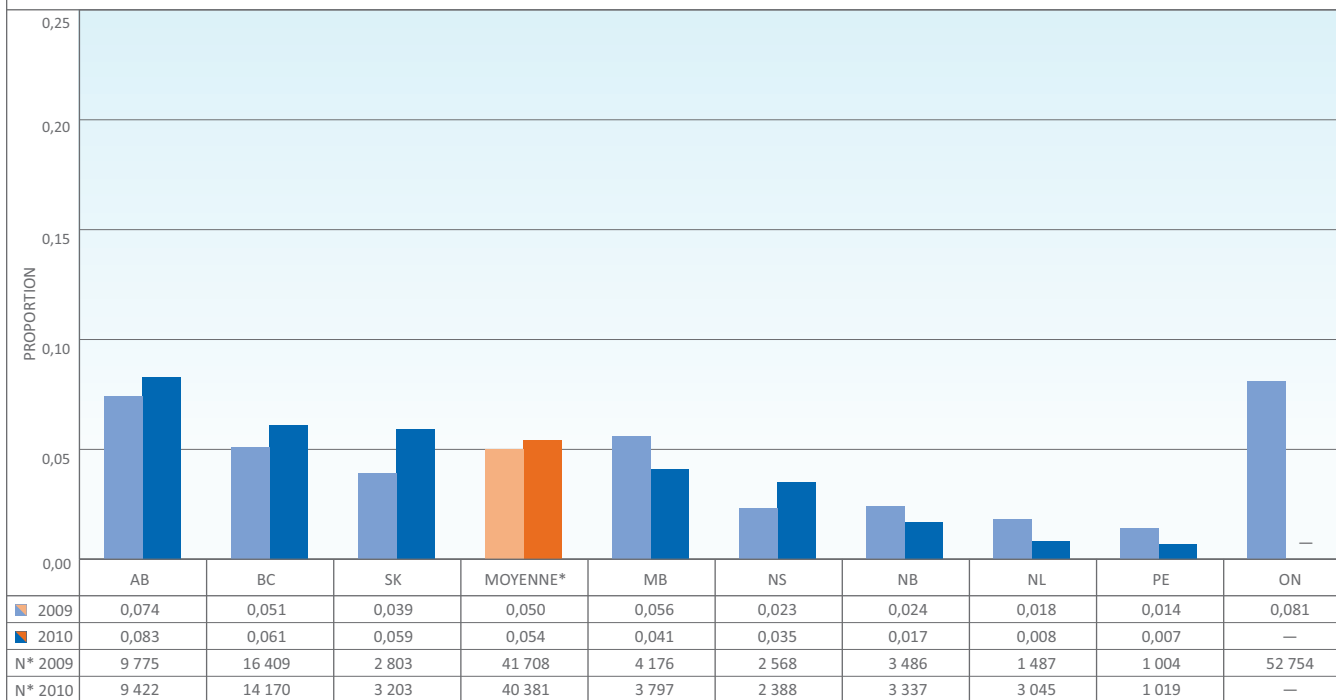
- Au Canada, de 2002 à 2007, on a observé une augmentation du nombre total de tous les essais cliniques de phase I, alors que le nombre d'essais de phase II ou III est demeuré stable ou a connu une légère baisse<sup>117</sup>. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette tendance, notamment les coûts élevés associés aux essais cliniques, les difficultés de recrutement et d'inscription des patients, la surveillance déontologique et réglementaire, le nombre décroissant de médecins recrutés, l'émergence de marchés plus concurrentiels pour mener de tels essais et les compressions dans les programmes d'essais cliniques à domicile. Le Canada n'est pas le seul pays à relever de tels défis. Dans d'autres pays confrontés à des problèmes du même genre, tels que le Royaume-Uni, des investissements considérables ont été faits dans la recherche translationnelle, la recherche axée sur le patient et un meilleur accès à l'information sur les essais cliniques destinée au grand public<sup>118</sup>.

**FIGURE 63**

**Ratio des patients qui participaient à des essais cliniques et des patients nouvellement inscrits dans des centres de traitement contre le cancer**

SECON LA PROVINCE – ADULTES DONT LE CAS A ÉTÉ OBSERVÉ DANS DES CENTRES PROVINCIAUX DE TRAITEMENT CONTRE LE CANCER EN 2009 ET EN 2010.

■ 2009  
■ 2010



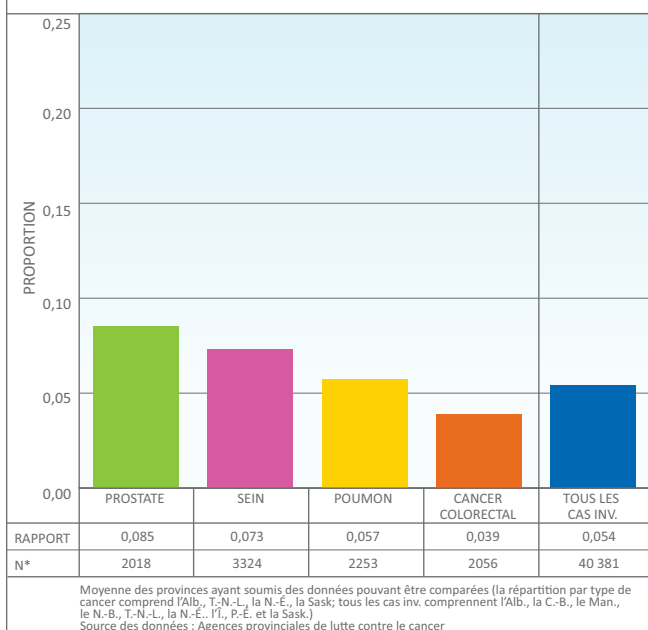
« — » Données non disponibles

\* La moyenne ne comprend que les provinces qui ont fourni des données pour 2009 et pour 2010.  
Source des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer

**FIGURE 64**

**Ratio des patients qui participaient à des essais cliniques et des patients nouvellement inscrits dans des centres de traitement contre le cancer**

SECON LE TYPE DE CANCER, CANADA – ADULTES DONT LE CAS A ÉTÉ OBSERVÉ DANS DES CENTRES PROVINCIAUX DE TRAITEMENT CONTRE LE CANCER EN 2009 ET EN 2010



- Les normes pour les programmes de traitement contre le cancer désignés ont été fixées par la commission sur le cancer de l'American College of Surgeons. Ces normes exigent un taux agrégé minimal qui varie de 4 % à 6 % (des cas analysés annuellement) de participation aux essais cliniques. Ce taux varie selon le type d'établissement, l'âge des patients et l'établissement du diagnostic et la prestation du traitement dans les établissements qui participent aux études ou ailleurs<sup>119</sup>. Il y a une dizaine d'années, un objectif plus ambitieux a été adopté au Royaume-Uni pour le taux agrégé de participation à des essais cliniques. Cette initiative a permis de créer le National Cancer Research Network en 2001<sup>120</sup>.
- Aux États-Unis, les rapports produits par le National Cancer Institute indiquent que moins de 5 % des adultes ayant fait l'objet d'un diagnostic de cancer participent à des essais cliniques. Approximativement 14 % des adultes ayant fait l'objet d'un diagnostic de cancer au Royaume-Uni sont inscrits à un essai clinique, soit le taux de participation à des essais cliniques le plus élevé dans le monde<sup>120</sup>.

### QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- Lors des consultations régionales entreprises dans le cadre de l'élaboration de la Stratégie pancanadienne de recherche sur le cancer, certaines des préoccupations portaient sur le maintien de la capacité des chercheurs à mener des essais cliniques sur le cancer au Canada. Ce point constitue maintenant un domaine d'action spécifique par les bailleurs de fonds de la recherche sur le cancer au Canada<sup>117</sup>.

### QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

- Pour cet indicateur, le numérateur est le nombre total d'adultes atteints d'un cancer ( $\geq 19$  ans), soit les nouveaux cas et les cas dont le diagnostic a été posé antérieurement, nouvellement inscrits à des essais cliniques dans des centres provinciaux de lutte contre le cancer en 2009 et en 2010. Le dénominateur est le nombre total des cas de cancer chez des adultes, soit les nouveaux cas et les cas dont le diagnostic a été posé antérieurement, nouvellement inscrits à des essais cliniques dans des centres provinciaux de lutte contre le cancer en 2009 et en 2010.
- Le dénominateur, soit les nouveaux cas recommandés aux soins d'un centre de traitement contre le cancer, a été choisi précisément pour mesurer les patients qui ne reçoivent que des traitements actifs. Par conséquent, il exclut les patients qui figurent sur la liste d'un centre de traitement contre le cancer, mais qui ne recevaient pas de traitements actifs, et qui, par conséquent, ne pouvaient pas participer à des essais cliniques.
- Le Tableau A et l'Annexe technique (consultez la page 166) décrivent en détail la méthodologie qui a été utilisée pour inclure ou rejeter les données présentées par les provinces.



## PARTICIPATION AUX ESSAIS CLINIQUES CHEZ LES ENFANTS

---

### QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur étudie le ratio du total de tous les patients âgés de 18 ans ou moins nouvellement inscrits à un essai clinique lié au cancer ou à des études de recherche clinique en 2010 par rapport au total des nouveaux cas de cancer chez des patients âgés de 18 ans ou moins dont le cas a été nouvellement recommandé aux soins d'un centre pédiatrique de traitement contre le cancer en 2010.

### POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- La participation à des essais cliniques joue un rôle prépondérant dans le développement et l'évolution des pratiques exemplaires, ce qui contribue à améliorer le traitement et son issue. Il a également été démontré que l'issue du traitement chez les patients qui reçoivent des soins dans un centre qui participe à des essais cliniques est meilleure que celle des centres qui ne participent pas à de telles études. Cette situation est probablement attribuable au fait que les centres qui participent à ces études respectent de manière plus stricte les directives thérapeutiques<sup>114-116</sup>.
- Les types de cancer qui affectent les enfants ne sont pas les mêmes que chez les adultes. Par conséquent, la recherche sur les causes et le développement de ces types de cancer est de toute première importance pour comprendre comment les prévenir et en freiner la progression chez les enfants.
- La comparaison du pourcentage des patients inscrits à des essais cliniques à l'échelle du pays pourrait contribuer à dégager des moyens qui permettront d'intensifier les efforts visant à encourager une plus grande participation aux essais cliniques.

### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- **On observe un écart dans la participation aux essais cliniques chez les enfants d'une province à l'autre (Figure 65).**
  - ▲ En 2010, le ratio des enfants qui participaient à des essais cliniques par rapport aux patients nouvellement inscrits dans des centres pédiatriques de traitement contre le cancer variait de 0,11, en Saskatchewan, à 0,38, au Manitoba. Le ratio moyen était de 0,31 dans les huit provinces qui ont présenté des données en 2010. L'Ontario avait le ratio le plus élevé (0,04) en 2009, alors que la Saskatchewan affichait le ratio le plus faible (0,15). À l'exception du Manitoba, le ratio était moins élevé dans toutes les provinces en 2010, comparativement à 2009. Les différences les plus marquées ont été observées au Québec, à Terre-Neuve-et-Labrador et en Alberta.

### QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

- Les données compilées par le groupe de coopération du National Cancer Institute aux États-Unis démontrent que 50 % des enfants âgés de zéro à 14 ans qui ont reçu des traitements contre le cancer de 1998 à 1999 étaient inscrits à un essai clinique. De plus, près de 95 % des patients qui étaient atteints d'un cancer et qui étaient âgés de 15 ans ou moins aux États-Unis étaient inscrits auprès du Children's Cancer Group et du Pediatric Oncology Group, soit deux des quatre organismes de recherche sur le cancer chez les enfants aux États-Unis<sup>121, 122</sup>.

- Le Children's Oncology Group est un organisme de recherche sur les essais cliniques qui regroupe 5 000 spécialistes du cancer chez les enfants et approximativement 230 centres pédiatriques de traitement contre le cancer aux États-Unis, au Canada, en Suisse, aux Pays-Bas, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Cet organisme entretient des liens d'action et de planification avec des groupes de collaboration d'Europe, d'Israël, de l'Amérique centrale et de l'Amérique du Sud. En 2007, l'organisme regroupait plus de 70 000 enfants atteints d'un cancer qui étaient pris en charge par un protocole de recherche ou qui étaient inscrits à un groupe de suivi actif<sup>123</sup>.
- Au Royaume-Uni, 70 % de tous les enfants qui ont fait l'objet d'un diagnostic de cancer sont présentement inscrits à des essais cliniques. Ces essais sont coordonnés par le UK Children's Cancer Study Group (tumeurs) ou le Medical Research Council (leucémie)<sup>124</sup>.

### QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- En 2009, l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer et le Partenariat ont publié un rapport qui dévoile que pour trente dollars investis dans la recherche sur le cancer au Canada, un seul dollar est consacré au cancer chez les enfants et les adolescents. Ce rapport démontre également que les investissements annuels dans la recherche sur le cancer chez les enfants et les adolescents sont passés de 12,4 millions \$, en 2005, à 13,2 millions \$, en 2007<sup>125</sup>.
- Le réseau de recherche C<sup>17</sup> organise deux fois par année un programme de subventions évalué par des pairs pour financer la recherche sur le cancer, sur les maladies hématologiques graves et sur la greffe de la moelle osseuse chez les enfants. Ce programme couvre toutes les phases des essais cliniques<sup>126</sup>.
- En mars 2010, un atelier sur le cancer chez les adolescents et les jeunes adultes a eu lieu à Toronto. Le groupe de travail sur les adolescents et les jeunes adultes a pour objet d'améliorer l'issue et la qualité de vie associée à la santé chez les adolescents et les jeunes adultes atteints d'un cancer et chez les adolescents et les jeunes adultes qui ont survécu à un cancer. Ce groupe de travail a élaboré des recommandations en matière de soins et des stratégies de définition et de mise en œuvre des priorités de recherche pour chacun de ces groupes<sup>127</sup>.

### QUE FAUT-IL SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES ET DE CES PARAMÈTRES?

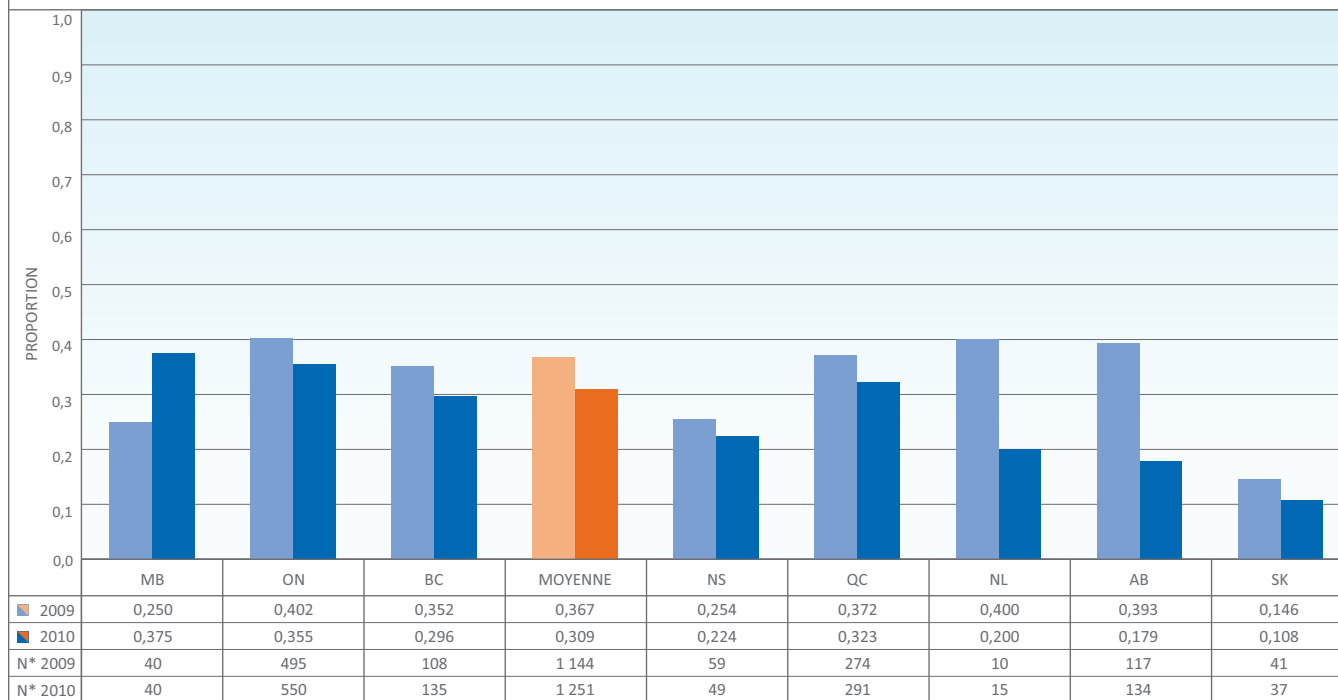
- Huit provinces dotées d'un centre pédiatrique de traitement contre le cancer qui prodiguent des soins à des enfants âgés de 14 ans ou moins et à des patients âgés de 15 à 18 ans ont présenté des données portant sur la proportion des patients qui participent à des essais cliniques. On sait que la taille des programmes pédiatriques de lutte contre le cancer varie d'une province à l'autre. On sait également que certains programmes sont affiliés à des groupes internationaux de coopération de plus grande envergure, à d'autres centres de lutte contre le cancer ou à des groupes de collaboration internationale sur les essais cliniques chez les enfants. Ces groupes coordonnent la majorité des essais cliniques en oncologie pour les enfants. Cette situation explique peut-être l'écart observé dans la portion des patients inscrits à des essais cliniques pédiatriques.
- Les adolescents (âgés de 15 à 18 ans) sont généralement traités dans des centres pédiatriques ou dans des centres de soins pour adultes. Ces assignations sont souvent le reflet des besoins médicaux, des modèles locaux de prestation des soins et de l'accès général aux services. On sait que la proportion des adolescents qui reçoivent des traitements contre le cancer dans des centres pédiatriques varie d'une province à l'autre et que les chances qu'un adolescent soit inscrit à un essai clinique sont plus élevées dans les centres pédiatriques. Selon le Programme canadien de surveillance et de lutte contre le cancer chez les enfants, on ne savait pas si jusqu'à 80 % des adolescents qui ont fait l'objet d'un diagnostic de cancer au Canada de 1995 à 2000 participaient à un essai clinique<sup>128</sup>.
- L'Annexe technique (consultez la page 166) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

**FIGURE 65**

Ratio des patients qui participaient à des essais cliniques et des patients nouvellement inscrits dans des centres de traitement contre le cancer

■ 2009  
■ 2010

SELON LA PROVINCE – CAS OBSERVÉS DANS DES CENTRES PÉDIATRQUES DE TRAITEMENT CONTRE LE CANCER EN 2009 ET EN 2010



Source des données : données recueillies en juillet 2011 par le Conseil C17.



# Indicateurs sur l'expérience des patients

Au Canada, les personnes actives dans le domaine de la lutte contre le cancer s'entendent généralement pour accepter l'importance d'élaborer des indicateurs qui permettent d'évaluer l'expérience des patients par rapport au système de lutte contre le cancer. Un travail considérable reste encore à faire pour recueillir des données utiles. Le *Rapport* présente des données portant sur les deux indicateurs abordés dans ce chapitre, soit le degré de satisfaction des patients par rapport à la coordination et à la continuité des soins et le lieu du décès des personnes atteintes d'un cancer. Un troisième indicateur, soit le dépistage de la détresse, est présenté dans le chapitre intitulé *Indicateurs développementaux et intérimaires*. Regroupés, ces trois indicateurs aident à mieux comprendre des aspects importants des soins prodigués aux personnes atteintes d'un cancer et à aborder des domaines de la lutte contre le cancer pour lesquels les données disponibles sont encore déficientes.

Un diagnostic de cancer a des répercussions affectives, sociales, spirituelles et pratiques pour le patient et ses proches. Ces répercussions sont toujours présentes même après la fin des traitements. Une prestation de soins de grande qualité doit tenir compte des besoins propres à chaque patient. Chez de nombreuses personnes qui reçoivent des soins, les difficultés d'accès à l'information et aux services compliquent considérablement leur expérience. Par ailleurs, de plus en plus de données probantes démontrent que les personnes qui ont survécu à un cancer continuent souvent d'avoir des besoins particuliers après la fin du traitement. D'autres circonstances démontrent également que des améliorations doivent être apportées aux soins en fin de vie.

INDICATEUR DES SOINS DE SOUTIEN ET DE LA SURVIE	RÉSUMÉ DES RÉSULTATS
<b>Soins axés sur le patient – coordination et continuité des soins</b>	Le taux global de satisfaction en matière de coordination et de continuité des soins varie de 73 % à 60 %. Selon les patients interrogés, sur huit énoncés décrivant la coordination et la continuité des soins évalués, l'énoncé « savoir qui est responsable de chaque traitement » est celui qui obtient le score le plus élevé, alors que l'énoncé « les prestataires sont au courant des antécédents médicaux » est celui qui obtient le score le moins élevé.
<b>Lieu du décès des patients atteints d'un cancer</b>	Approximativement 70 % des décès attribuables à un cancer surviennent dans des établissements hospitaliers. Ce taux varie de 50 % à 90 % d'une province à l'autre. Les modes de répartition varient d'une province à l'autre et d'une année à l'autre, ce qui explique une bonne part de la nature de cet écart.
<b>Dépistage de la détresse*</b>	On observe des écarts en matière d'adoption des outils normalisés de dépistage. Six provinces déploient actuellement des outils normalisés de dépistage des symptômes. On a également recours à de tels produits dans d'autres provinces; leur usage n'a toutefois pas été normalisé à l'échelle provinciale.

\* Voir le chapitre intitulé *Indicateurs développementaux et intérimaires*.

# DEGRÉ DE SATISFACTION DES PATIENTS PAR RAPPORT À LA COORDINATION ET À LA CONTINUITÉ DES SOINS

## QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur étudie le score comparatif du degré de satisfaction des patients dans les sept provinces qui ont procédé à un sondage d'évaluation s'inspirant du questionnaire AOPSS (*Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey*) produit par NCR Picker. Ce questionnaire, qui se concentre sur la coordination et la continuité des soins, comporte huit questions.

## POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- La coordination et la continuité des soins sont des aspects particulièrement complexes du système de lutte contre le cancer, puisqu'ils exigent l'intégration de différents éléments du système de lutte contre le cancer pour assurer la prestation des soins.
- Le degré d'appui et de soins ressentis par le patient tout au long de son expérience globale du cancer exige un système de lutte contre le cancer de grande qualité<sup>129, 130</sup>.

## QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

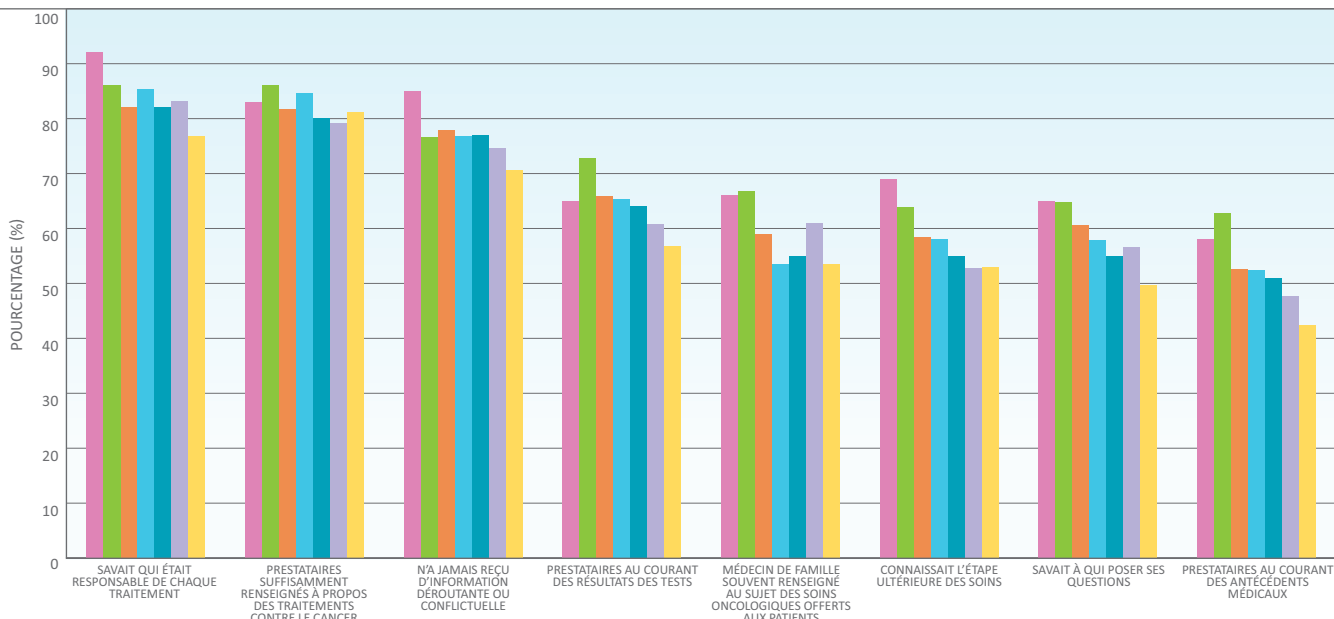
- **Le degré de satisfaction des patients pour chacun des énoncés est relativement uniforme d'une province à l'autre (Figure 66).**
  - ▲ L'ordre décroissant du degré de satisfaction dans les différentes sections du sondage était relativement uniforme d'une province à l'autre
  - ▲ L'énoncé « savoir qui est responsable de chaque traitement » est celui qui a reçu le score le plus élevé : il variait de 92 % à 77 %. Les énoncés « les prestataires étaient suffisamment renseignés à propos des traitements contre le cancer » et « n'a jamais reçu d'information déroutante ou conflictuelle » ont également obtenu des scores élevés : ils variaient respectivement de 86 % à 79 % et de 85 % à 71 %.
  - ▲ L'énoncé « les prestataires au courant des antécédents médicaux » est celui qui a obtenu le score le plus faible dans les sept provinces qui ont présenté des données : il variait de 40 % à 60 %.
  - ▲ L'écart entre la province ayant le score le plus élevé et celle ayant le score le plus faible était uniforme pour chacune des huit questions, soit environ 15 %.
- **Le Rapport de 2010 démontre que les taux globaux de satisfaction des patients étaient élevés, et les écarts portaient sur des aspects particuliers.**
  - ▲ Plus de 95 % des personnes ayant répondu à ces questionnaires dans chaque province se sont déclarées satisfaites de la qualité globale des soins qu'elles avaient reçus au cours des six mois précédents.
  - ▲ Les taux de satisfaction variaient toutefois lorsque l'on évaluait un à un chacun des six domaines. Les scores affichaient des tendances similaires d'une province à l'autre. En effet, dans toutes les provinces, les taux de satisfaction des patients variaient de 60 % à 85 % pour le bien-être physique, le respect des préférences des patients, l'accès aux soins, la coordination et le suivi des soins, l'information, la communication, l'éducation et le soutien affectif. L'aspect soutien affectif est celui qui a reçu le score le plus faible dans toutes les provinces.

**FIGURE 66**

Pourcentage des patients ayant indiqué qu'ils étaient satisfaits, très satisfaits ou extrêmement satisfaits de la coordination ou de la continuité des soins

SELON LES CARACTÉRISTIQUES DES SOINS, CANADA, 2007 À 2009

PE SK  
NS BC  
AB MB  
ON



\* La date du sondage varie selon la province. Ceux-ci se sont déroulés de 2007 à 2009.  
Sources des données : résultats du *NRC Picker Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey*  
Les données ont été fournies individuellement par les agences provinciales de lutte contre le cancer.

## QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

- Des sondages sur le degré de satisfaction menés auprès de personnes atteintes d'un cancer qui reçoivent des soins ambulatoires ont été effectués dans de nombreux pays. Les différences méthodologiques d'un pays à l'autre ne permettent toutefois pas de procéder à des analyses comparatives directes avec les résultats obtenus au Canada.

## QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- L'équipe sur l'Expérience globale du cancer du Partenariat travaille en collaboration avec les provinces et les territoires du pays pour mettre en œuvre des programmes locaux, provinciaux ou territoriaux dans le but de former des professionnels et des bénévoles qui seront en mesure d'orienter les patients et les membres de leur famille de manière pratique et proactive pour qu'ils puissent s'y retrouver plus facilement dans le dédale de traitements et de services qui parsèment l'expérience globale du cancer.
- Le Partenariat poursuit l'élaboration d'indicateurs capables d'évaluer différents aspects de la satisfaction des patients, des soins de soutien et des autres résultats axés sur le patient.

## QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

- Bien que les sondages provinciaux qui ont été effectués pour évaluer le degré de satisfaction des patients s'inspirent du questionnaire AOPSS produit par NCR Picker, on observe des écarts en ce qui a trait à la méthodologie d'utilisation de cette grille d'une province à l'autre. De plus, les résultats présentés dans le *Rapport* sont tirés des derniers sondages qui ont été effectués dans chacune de ces provinces. Ces sondages ont toutefois été effectués à des dates variant d'une province à l'autre.
- L'Annexe technique (consultez la page 168) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.



## LIEU DU DÉCÈS

### QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur étudie le pourcentage des patients qui sont décédés dans un établissement hospitalier comparativement à d'autres lieux. Comme tel, il aborde de manière préliminaire un aspect important des soins en fin de vie et pourrait contribuer à améliorer la planification et la qualité des soins en fin de vie prodigués aux personnes atteintes d'un cancer.

### POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- Les résultats de nombreux sondages laissent entendre que les personnes atteintes d'un cancer en phase terminale préfèrent mourir à la maison ou dans un milieu semblable, tels qu'un centre de soins palliatifs ou un autre type d'établissement de type résidentiel<sup>48</sup>. Dans une section spéciale sur les soins en fin de vie, les *Statistiques canadiennes sur le cancer de 2010* ont confirmé que des mesures s'imposent pour améliorer les soins en fin de vie et pour résoudre le manque d'uniformité en matière d'accès aux services de soins en fin de vie à l'intérieur d'une province ou d'une province à l'autre<sup>48, 131</sup>.
- En l'absence d'indicateurs plus élaborés à propos des soins en fin de vie, les rapports sur le lieu du décès des personnes atteintes d'un cancer contribuent à mettre l'accent sur un aspect encore relativement mal paramétré des soins contre le cancer.

### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- ***Des divergences persistent dans les données statistiques sur l'état civil utilisées pour analyser le lieu du décès des personnes atteintes d'un cancer.***
  - ▲ Selon les données de la statistique de l'état civil des 10 provinces, le pourcentage des personnes atteintes d'un cancer qui meurent dans un établissement hospitalier varie de 50 % à 90 %. On observe toutefois un manque de cohérence dans l'attribution du lieu du décès d'une banque de données provinciale à l'autre. Par exemple, les données du Manitoba établissent une distinction entre les établissements hospitaliers et d'autres types d'établissements, alors que celles de la Saskatchewan n'enregistrent pas le lieu des décès survenus à l'extérieur d'un établissement hospitalier.
  - ▲ Approximativement 70 % des décès attribuables au cancer surviennent dans un établissement hospitalier. Une analyse des tendances observées de 2003 à 2007 révèle que les fluctuations sont fort probablement attribuables à l'adoption de différentes méthodologies d'enregistrement du lieu du décès d'une année à l'autre, plutôt qu'à une tendance réelle dans le mode de prestation de soins aux patients.

### QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

- Selon une étude sur le lieu du décès des personnes atteintes d'un cancer qui a été effectuée récemment dans six pays européens, le pourcentage des patients qui meurent à la maison s'élève à 12,8 % en Norvège, à 22,1 % en Angleterre, à 22,7 % au pays de Galles, à 27,9 % en Belgique, à 35,8 % en Italie et à 45,4 % aux Pays-Bas<sup>132</sup>. Aux États-Unis, 29 % des personnes qui ont succombé à un cancer entre 2003 et 2007 sont mortes dans un établissement hospitalier<sup>133</sup>.

## QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et leurs partenaires ont entrepris des travaux de recherche sur les soins en fin de vie en 2003. Cette initiative a été conçue pour appuyer l'élaboration d'une infrastructure, améliorer la collaboration en matière de recherche interdisciplinaire, encourager le perfectionnement des chercheurs en début de carrière et recruter des stagiaires dans ce nouveau secteur.
- Plusieurs réseaux et regroupements sont actifs dans le domaine des soins en fin de vie au Canada, dont le réseau Canadian Researchers at the End of Life Network (CARENET) et la Coalition pour des soins de fin de vie de qualité du Canada.
- Le réseau des soins palliatifs et des soins en fin de vie du Partenariat élabore de nouvelles méthodes d'évaluation des soins palliatifs et de production de rapports dans ce domaine.
- Le Partenariat accorde son appui à de nombreuses autres initiatives. Ces initiatives comprennent le programme EPEC™-O (Education in Palliative and End-of-Life Care for Oncology), qui offre une formation dans le domaine des soins palliatifs et des soins en fin de vie, la campagne « Parlons-en » de l'Association canadienne de soins palliatifs, qui traite de la planification des soins en fin de vie, et le site Portail canadien en soins palliatifs, qui offre des ressources en ligne destinées aux personnes prodiguant des soins aux patients et aux professionnels de la santé.
- Dans plusieurs provinces, la stratégie du système provincial de santé comporte un volet axé sur les soins palliatifs et les soins en fin de vie.

## QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

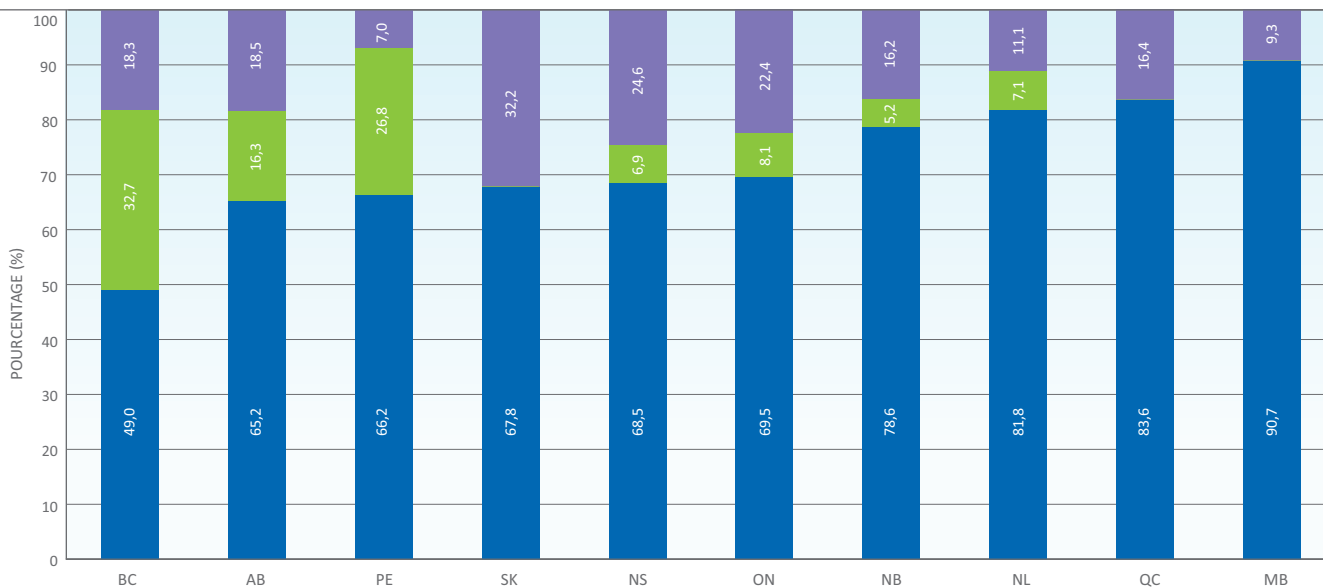
- Les données pour cet indicateur sont tirées des statistiques sur l'état civil que les provinces ont présentées à Statistique Canada. Les données recueillies comprennent le lieu du décès, soit un établissement hospitalier, un autre type d'établissement de soins (p. ex. établissement de soins de longue durée ou centre de soins infirmiers), le domicile du patient ou un endroit inconnu.
- Tout comme il en a déjà été question, on observe certaines divergences dans le mode d'utilisation des données statistiques sur l'état civil utilisées pour calculer ces indicateurs, particulièrement en ce qui a trait à l'interprétation lieu de décès décrit précédemment. Par exemple, les centres de soins palliatifs sont parfois considérés comme un « autre type d'établissement de soins de santé », alors que dans d'autres cas ils sont considérés comme un « autre lieu déterminé ». On espère que la production de rapports portant sur ces résultats servira d'incitatif pour améliorer l'uniformisation et la qualité des données prélevées.
- L'Annexe technique (consultez la page 168) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

**FIGURE 67**

**Lieu du décès des personnes atteintes d'un cancer**

SELON LA PROVINCE, 2007

- HÔPITAL
- AUTRE ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ
- AUTRE



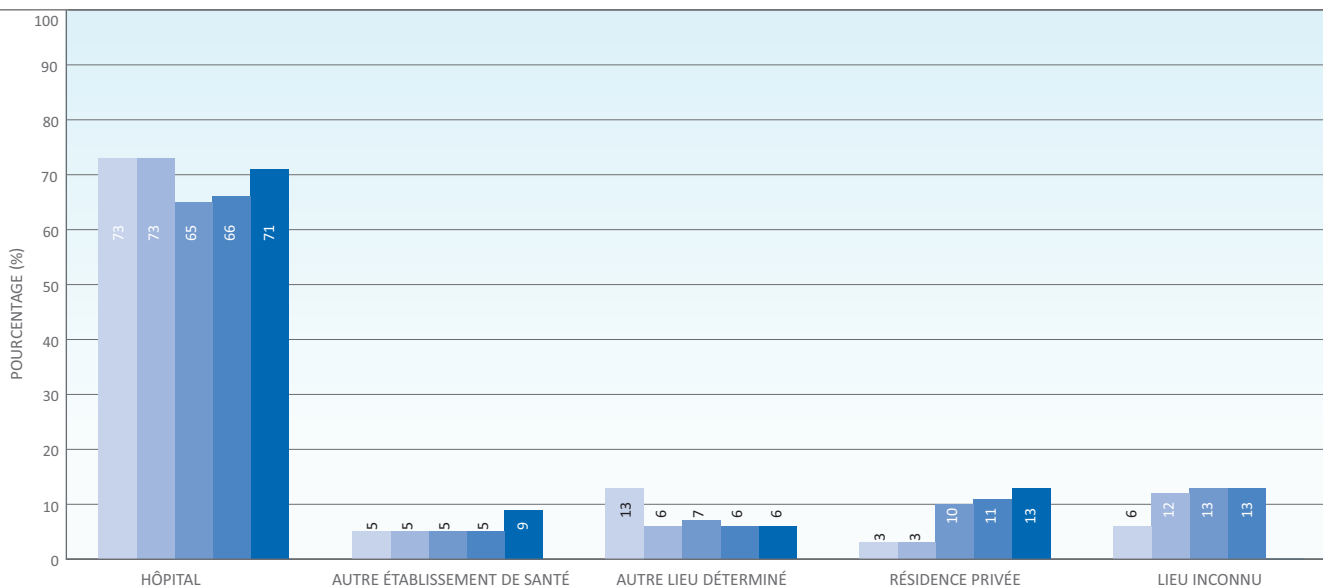
Autre comprend d'autres lieux déterminés et des résidences privées (à l'exception des lieux inconnus).  
Source des données : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès

**FIGURE 68**

**Lieu du décès des personnes atteintes d'un cancer**

TENDANCE TEMPORELLE PAR LIEU DU DÉCÈS, CANADA – 2003 À 2007

- 2003
- 2004
- 2005
- 2006
- 2007



Source des données : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès



# Indicateurs des résultats à long terme

Ce chapitre actualise les statistiques sur l'incidence, la mortalité et la survie relative qui ont été présentées dans le *Rapport sur le rendement du système de 2010* pour l'ensemble des types de cancer, ainsi que pour le cancer du poumon, le cancer du sein et le cancer colorectal. Pour le cancer de la prostate, seules les statistiques sur l'incidence et la mortalité sont présentées. Dans le rapport de cette année, une nouvelle section est consacrée à la survie relative conditionnelle. De plus, cette année, les statistiques sur la survie sont présentées selon le statut socioéconomique (SES) mesuré à partir du quintile de revenu d'un quartier.

## LES STATISTIQUES SUR LA SURVEILLANCE DU CANCER CONTRIBUENT À APPROFONDIR NOTRE COMPRÉHENSION DU FARDEAU DU CANCER.

La plupart des travaux entrepris dans le domaine de la lutte contre le cancer ont pour objet d'améliorer les résultats à long terme, dont la réduction de l'*incidence* et de la *mortalité* et la prolongation de la *survie*. Les définitions de chacun de ces résultats appliquées dans le contexte du *Rapport* sont les suivantes :

- Le taux d'incidence du cancer est défini comme étant le nombre de nouveaux cas de cancer par 100 000 habitants dont le diagnostic a été établi sur une période d'un an. L'incidence normalisée selon l'âge est définie comme étant le taux d'incidence que l'on aurait obtenu si la répartition selon l'âge de la population visée était la même que celle que l'on observe dans l'ensemble de la population.
- Le taux de mortalité est défini comme étant le nombre de décès attribuables au cancer par 100 000 habitants survenus sur une période d'un an. La mortalité normalisée selon l'âge est définie comme étant le taux de mortalité que l'on aurait obtenu si la répartition selon l'âge de la population visée était la même que celle que l'on observe dans l'ensemble de la population.

La survie observée est déterminée par le pourcentage d'une population déterminée qui survit pendant un nombre d'années données à partir d'un point bien précis dans le temps, soit le moment de l'établissement du diagnostic dans la plupart des cas (à quelques exceptions près, telle que la survie conditionnelle). La survie relative est le ratio entre la survie observée chez un groupe de personnes atteintes d'un cancer et la survie anticipée chez les membres de l'ensemble de la population (soit la population de référence) qui présentent les mêmes caractéristiques affectant la survie (sexe, âge, lieu de résidence). La survie relative conditionnelle décrit les chances de survie pendant un nombre d'années donné (p. ex. 5 ans) à différents intervalles suivant l'établissement d'un diagnostic (p. ex. 1 an, 2 ans ou autres) par rapport aux chances de survie observées dans l'ensemble de la population ayant les mêmes caractéristiques.

Les statistiques sur l'incidence et la mortalité contribuent à quantifier le fardeau du cancer au Canada et à mesurer les répercussions des activités de lutte contre le cancer pour en réduire les effets à l'échelle du pays. La survie est un indicateur clé pour mesurer l'efficacité globale des systèmes de santé en matière de prise en charge des personnes atteintes d'un cancer.

Les rapports sur les résultats à long terme permettent de dégager les écarts d'une province à l'autre et de tenir compte des liens qu'ils entretiennent avec d'autres indicateurs de la lutte contre le cancer (tels que la prévention, le dépistage, le diagnostic et les traitements) afin d'en déterminer la répercussion. Des profils de survie ont été utilisés pour évaluer le succès des systèmes de santé en matière d'établissement de diagnostic et de traitements prodigués aux personnes atteintes d'un cancer<sup>134</sup>.

## POUR COMPRENDRE LES INDICATEURS PRÉSENTÉS DANS CE CHAPITRE, IL FAUT TENIR COMPTE DE NOMBREUX DÉTAILS TECHNIQUES.

Le calcul des statistiques sur l'incidence et la mortalité a été effectué à l'aide de données compilées sur une période de trois ans (soit de 2005 à 2007 inclusivement). Cette façon de procéder a permis d'obtenir des taux plus stables dans les quatre provinces dont la population est inférieure à 1 million d'habitants (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador). Les données portant sur le statut socioéconomique et le lieu de résidence sont celles de l'année la plus récente, puisqu'elles s'appliquent à l'ensemble du Canada.

Pour la production de statistiques sur la survie relative, la désignation « Canada » regroupe toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec (en raison des contraintes associées aux données présentées). Les proportions de survie anticipée sont tirées de la version intégrale des tables provinciales de survie selon le sexe qui ont été produites par Statistique Canada selon la méthode Ederer II<sup>135</sup>. Les personnes âgées de 15 ans ou moins ou de 74 ans ou plus au moment de l'établissement du diagnostic ont été exclues du calcul de l'analyse de la survie relative pour tous les types de cancer, tout comme pour le cancer du poumon, le cancer colorectal et le cancer de la prostate. Par ailleurs, les femmes âgées de 15 ans ou moins ou de 79 ans ou plus ont été exclues du calcul pour le cancer du sein. Les personnes âgées ont été exclues, parce que la survie était particulièrement élevée dans ce groupe, ce qui laisse présager que ces données pourraient être biaisées en raison d'une saisie partielle des données relatives aux décès. L'inclusion des patients âgés aurait pour effet d'accroître les estimations de survie relative dans l'ensemble du pays et de compromettre la possibilité de comparer les données sur la survie d'une province à l'autre. L'analyse de la survie comprend les données associées à tous les nouveaux cas de cancer ayant fait l'objet d'un diagnostic (c.-à-d. que si le patient a fait l'objet de plus d'un nouveau diagnostic de cancer, tous les cas ont été inclus).

Les estimations portant sur l'incidence, la mortalité et la survie relative présentées dans cette section ont été normalisées selon l'âge de la population canadienne en 1991 et excluent le cancer de la peau avec mélanome bénin. Il est important de comprendre que la normalisation selon l'âge permet d'effectuer des comparaisons temporelles qui s'appliquent à toutes les provinces, car cette technique retranche l'effet de la structure par groupe d'âge de l'indice synthétique<sup>136</sup>. Les taux normalisés selon l'âge ne sont pas le reflet de la réalité. Par conséquent, on ne doit pas s'en servir aux fins de planification des ressources. Ces taux permettent toutefois de faire des comparaisons d'une province ou d'un territoire à l'autre. Les estimations de survie relative conditionnelle ne sont pas normalisées selon l'âge.

Le calcul des taux d'incidence n'est pas nécessairement le même que celui qui est utilisé dans des rapports produits ailleurs au Canada ou dans le monde, d'autant plus que la normalisation selon l'âge peut reposer sur différentes populations de référence. Par conséquent, on doit s'abstenir de faire des comparaisons directes entre les taux obtenus au Canada et ceux qui ont été calculés dans d'autres pays ou dans d'autres régions. Des données statistiques sur les résultats à long terme sont produites dans de nombreux pays. Il est toutefois impossible de comparer les données de ces rapports, à moins que ceux-ci n'aient eu recours aux mêmes définitions et qu'ils reposent sur des normes communes appliquées auprès d'une population semblable. Par conséquent, plutôt que de présenter les statistiques qui s'appliquent à d'autres pays ou à d'autres régions, les données sur les tendances disponibles servent à présenter un aperçu de la tendance ou de l'orientation générale.

Les indicateurs à long terme présentés dans ce chapitre sont disposés selon le type de cancer, en commençant par *Tous les types de cancer*, suivi de l'incidence, de la mortalité et de la survie relative pour le cancer du sein, le cancer du poumon, le cancer colorectal et le cancer de la prostate. Le chapitre traite ensuite des données sur la survie relative selon le statut socioéconomique (quintile de revenu). La dernière section du chapitre présente les indicateurs sur la survie relative conditionnelle.

# Incidence, mortalité et survie relative selon le type de cancer

## TOUS LES TYPES DE CANCER

### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- *De 1995 à 2007, le taux de l'incidence du cancer normalisé selon l'âge est demeuré stable en large part chez les hommes. Il était toutefois légèrement à la hausse chez les femmes. Le taux de mortalité normalisé selon l'âge a toutefois baissé de manière significative chez les hommes et chez les femmes (Figure 69).*
  - ▲ Le taux de l'incidence du cancer normalisé selon l'âge est demeuré relativement stable au Canada chez les hommes pour tous les types de cancer de 1995 à 2007, soit un peu plus de 450 cas par 100 000 habitants. Pendant la même période, le taux de l'incidence du cancer normalisé selon l'âge a légèrement augmenté chez les femmes, bien que cette augmentation soit significative. Elle est passée d'un peu moins de 350 cas par 100 000 habitants à un peu plus de 350 cas par 100 000 habitants (augmentation de 0,46 % du pourcentage annuel).
  - ▲ Par ailleurs, de 1995 à 2007, le taux de mortalité normalisé selon l'âge a baissé de manière globale mais significative au Canada chez les hommes (réduction de 1,44 % du pourcentage annuel) et chez les femmes (réduction de 0,62 % du pourcentage annuel).
- *En général, les provinces de l'Ouest canadien ont affiché des taux d'incidence (Figure 70) et de mortalité (Figure 71) plus faibles que l'Ontario, le Québec et les provinces de l'Atlantique.*
  - ▲ La moyenne des taux d'incidence du cancer normalisés selon l'âge au Canada était de 405 cas par 100 000 habitants. Elle variait de 370 cas par 100 000 habitants, en Colombie-Britannique, à 455 cas par 100 000 habitants, en Nouvelle-Écosse.
  - ▲ La moyenne des taux de mortalité normalisés selon l'âge au Canada était de 166 décès par 100 000 habitants. Elle variait de 153 décès par 100 000 habitants, en Colombie-Britannique, à 195 décès par 100 000 habitants, à Terre-Neuve-et-Labrador.

### QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

- Aux États-Unis, le programme SEER (Surveillance Epidemiology and End Results) recueille des données sur l'incidence, la mortalité et la survie dans 17 localités qui représentent 28 % de la population de ce pays<sup>137</sup>. On a calculé les taux ajustés selon l'âge sur une seule année en tenant compte de l'ensemble de la population des États-Unis en l'an 2000. Selon ces données, l'incidence de tous les types de cancer a baissé chez les hommes de 2000 à 2008 et chez les femmes de 1998 à 2004. Outre ces périodes, on n'observe toutefois aucun changement significatif des taux<sup>137</sup>.

### QU'EST-CE QUI SE FAIT?

- Les données sur l'incidence et la survie selon le stade du cancer amélioreront la capacité d'interprétation des résultats. L'une des initiatives stratégiques du Partenariat porte sur la stadification du cancer à l'échelle nationale<sup>138</sup>. L'objectif de cette initiative est de travailler en collaboration avec les provinces et les territoires dans le but de mettre en place un mode de saisie électronique et uniforme des données sur le stade du cancer à l'échelle du pays.

### QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

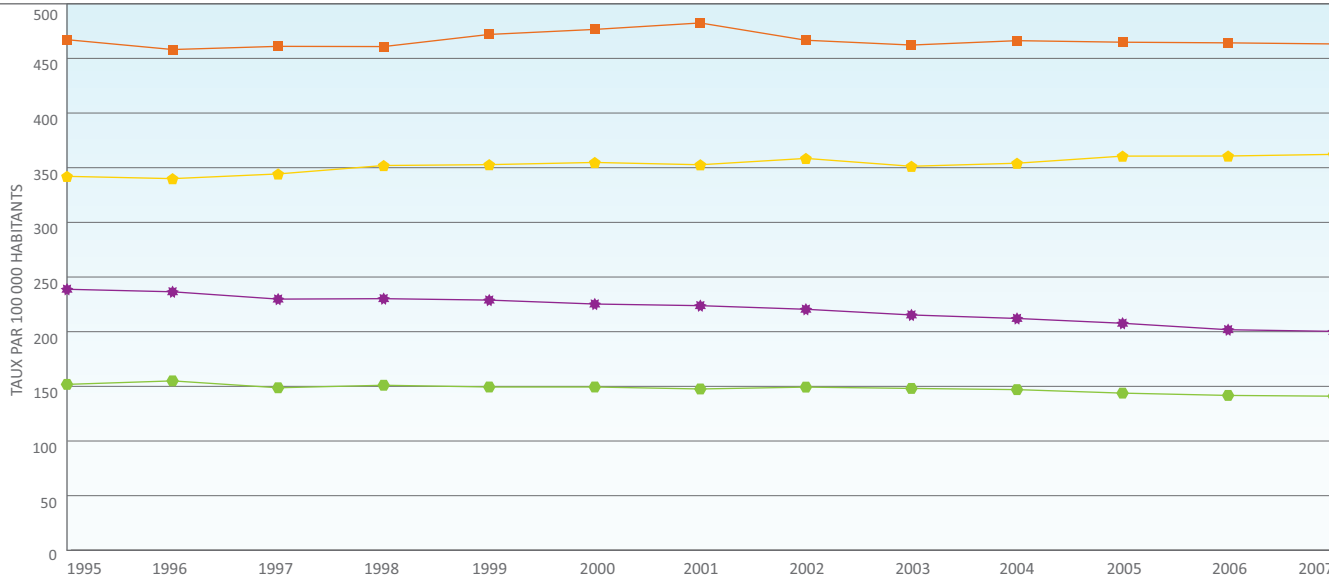
- L'Annexe technique (consultez les pages 169-170) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

**FIGURE 69**

**Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge – tous les types de cancer**

SELON LE SEXE, CANADA, 1995 À 2007

■ INCIDENCE – HOMMES    ◆ MORTALITÉ – HOMMES  
● INCIDENCE – FEMMES    ● MORTALITÉ – FEMMES

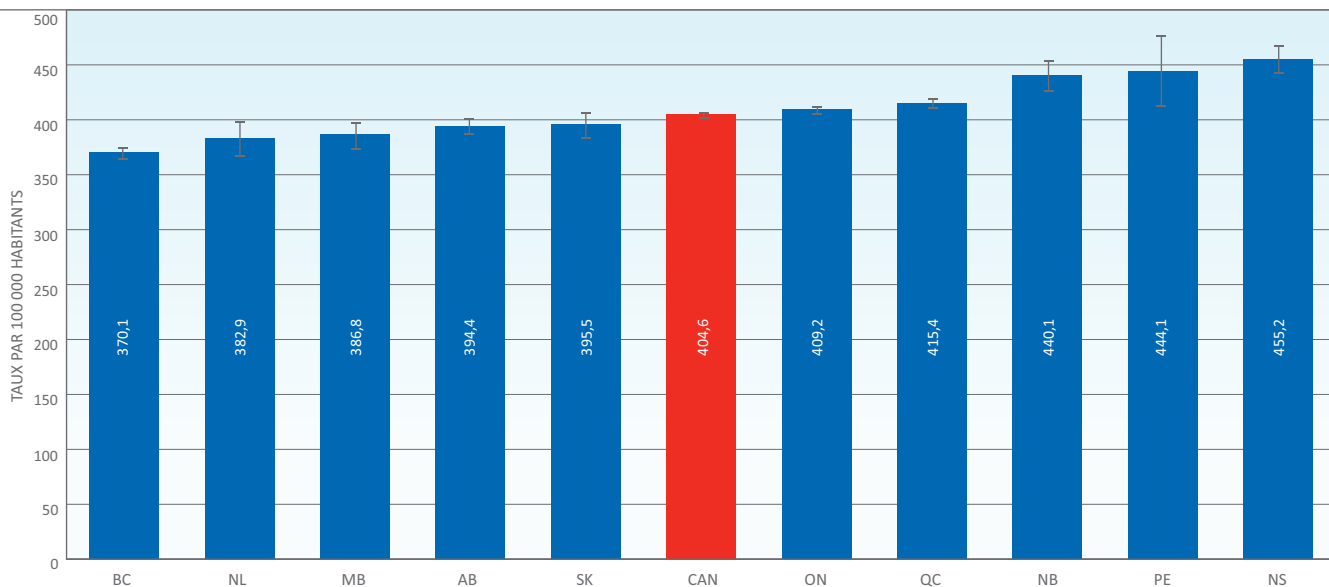


Source des données : Statistique Canada – Registre canadien du cancer, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès

**FIGURE 70**

**Taux d'incidence normalisés selon l'âge – tous les types de cancer**

SELON LA PROVINCE, 2005 À 2007

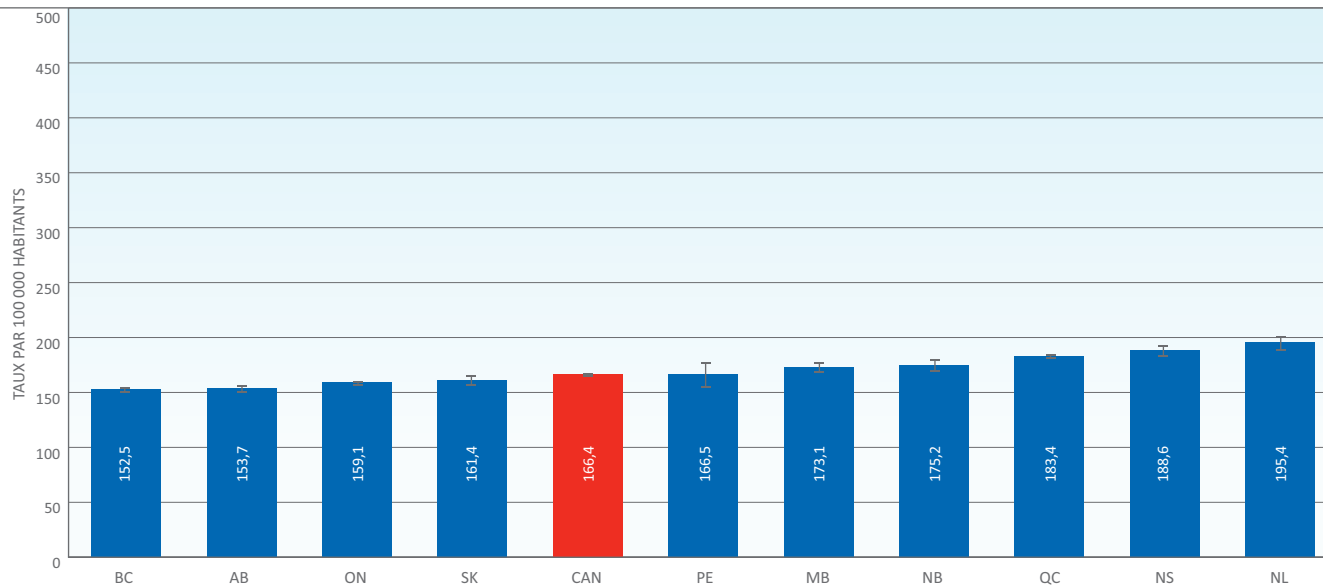


La figure comporte des indices de confiance de 95 pour 100.  
 Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer



**FIGURE 71****Taux de mortalité normalisés selon l'âge – tous les types de cancer**

SELON LA PROVINCE, 2005 À 2007



La figure comporte des indices de confiance de 95 pour 100.

Source des données : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès

## CANCER DU SEIN

### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- **De 1992 à 2007, le taux d'incidence du cancer normalisé selon l'âge et le taux de mortalité normalisé selon l'âge pour le cancer du sein sont demeurés relativement stables au Canada (Figure 72).**
  - ▲ Le taux d'incidence du cancer normalisé selon l'âge se situait aux environs de 100 cas par 100 000 femmes pendant toute la durée de l'étude, alors que le taux de mortalité normalisé selon l'âge a baissé de manière significative pour se situer à moins de 25 décès par 100 000 cas (réduction de 2,35 % du pourcentage annuel).
- **De 2005 à 2007, l'écart entre la province qui affichait le taux le moins élevé et celle qui affichait le taux le plus élevé était 19 % pour les taux d'incidence (Figure 73) du cancer normalisés selon l'âge et 21 % pour les taux de mortalité (Figure 74) normalisés selon l'âge.**
  - ▲ La moyenne globale des taux d'incidence du cancer normalisés selon l'âge au Canada était de 98 cas par 100 000 femmes. Elle variait de 84 cas par 100 000 femmes, à l'Île-du-Prince-Édouard, à 102 cas par 100 000 femmes, en Nouvelle-Écosse.
  - ▲ La moyenne globale des taux de mortalité normalisés selon l'âge au Canada était de 22 décès par 100 000 femmes. Elle variait de 19 décès par 100 000 femmes, en Colombie-Britannique, à 25 décès par 100 000 femmes, à Terre-Neuve-et-Labrador.

### QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

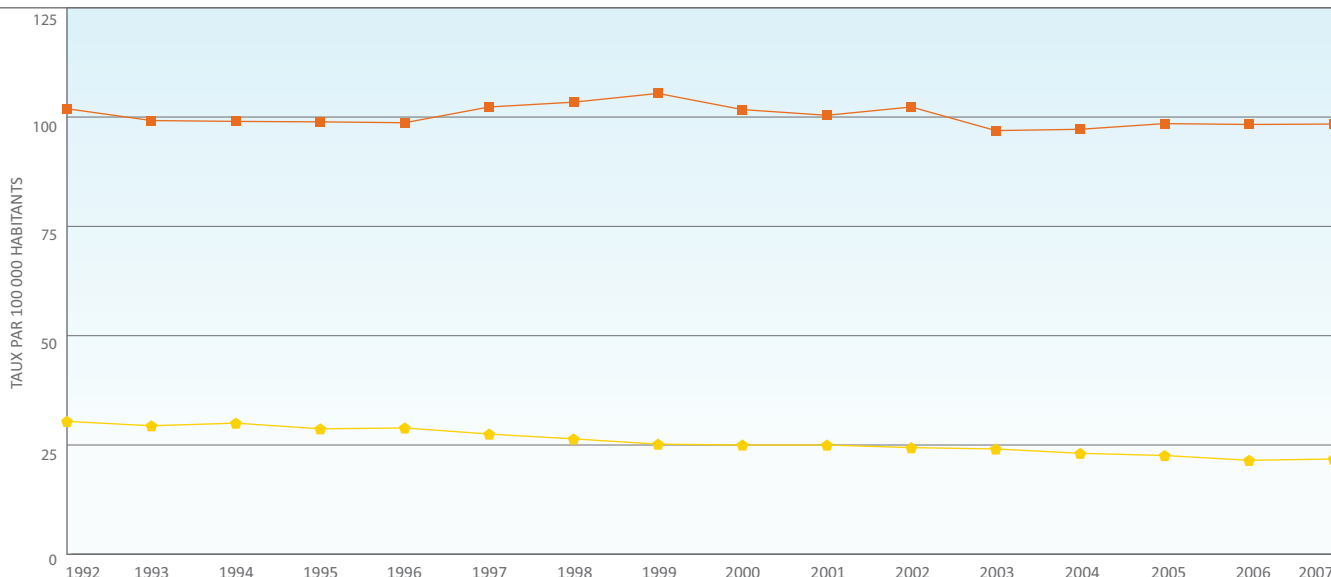
- Aux États-Unis, les données recueillies par le programme SEER (Surveillance Epidemiology and End Results)<sup>137</sup> laissent sous-entendre que les taux d'incidence du cancer du sein ont augmenté de manière considérable de 1992 à 1999, qu'ils ont fléchi de 1999 à 2005, et qu'ils se sont stabilisés depuis 2005. Le taux de survie relative a toutefois augmenté de 15 % depuis 1975, pour atteindre 90 % en 2003.
- Une étude internationale s'est penchée sur les taux d'incidence et de mortalité de la moyenne mobile sur trois années successives, normalisés à l'échelle internationale de 1985 à 2005, dans le but de comparer les taux des cas de quelques types de cancer d'un pays à l'autre<sup>134</sup>. Dans le cas du cancer du sein, les taux d'incidence de la moyenne mobile sur trois années successives, normalisés à l'échelle internationale, ont augmenté plus lentement au Canada qu'au Royaume-Uni ou en Australie.
- Entre-temps, les taux de mortalité du cancer du sein normalisés à l'échelle internationale ont fléchi de manière globale au Canada pour atteindre le taux le plus bas depuis 1950. Cette baisse est probablement attribuable au recours plus fréquent à la mammographie et à des traitements adjuvants plus efficaces après une intervention chirurgicale au sein. Cette baisse a également été observée dans plusieurs autres pays<sup>134, 139</sup>.

**FIGURE 72**

**Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge – cancer du sein**

FEMMES, CANADA, 1992 À 2007

■ INCIDENCE  
● MORTALITÉ



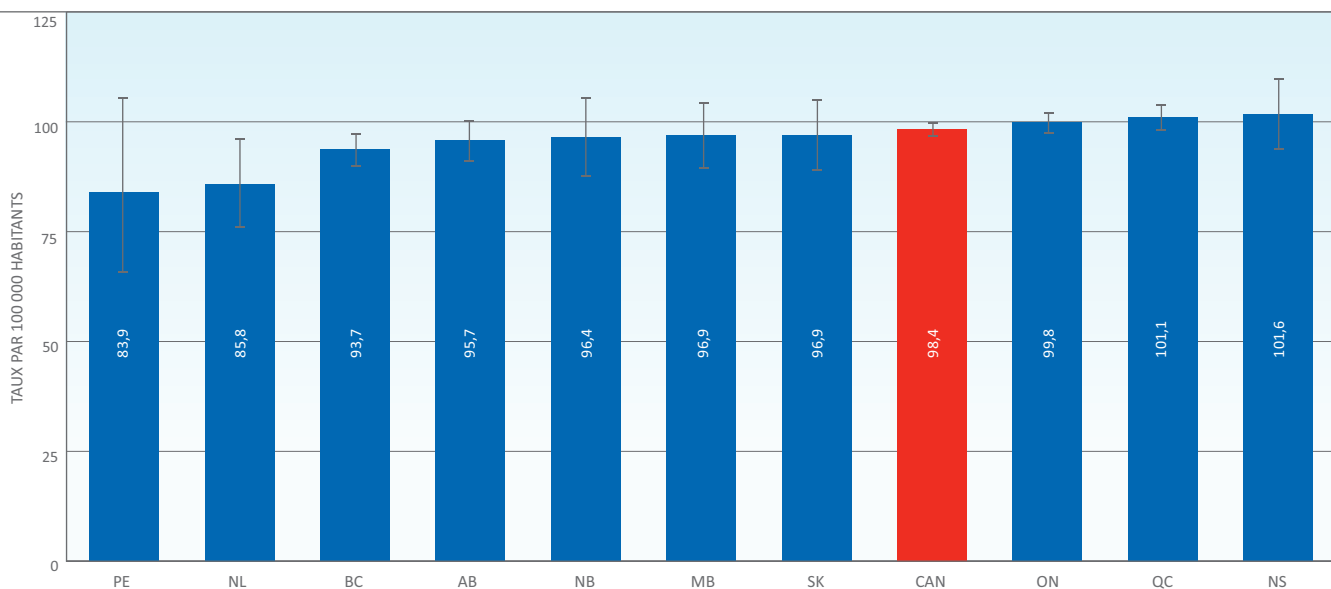
Uniquement les cas de cancer du sein chez des femmes

Source des données : Statistique Canada – Registre canadien du cancer, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès

**FIGURE 73**

**Taux d'incidence normalisés selon l'âge – cancer du sein**

SELON LA PROVINCE, 2005 À 2007



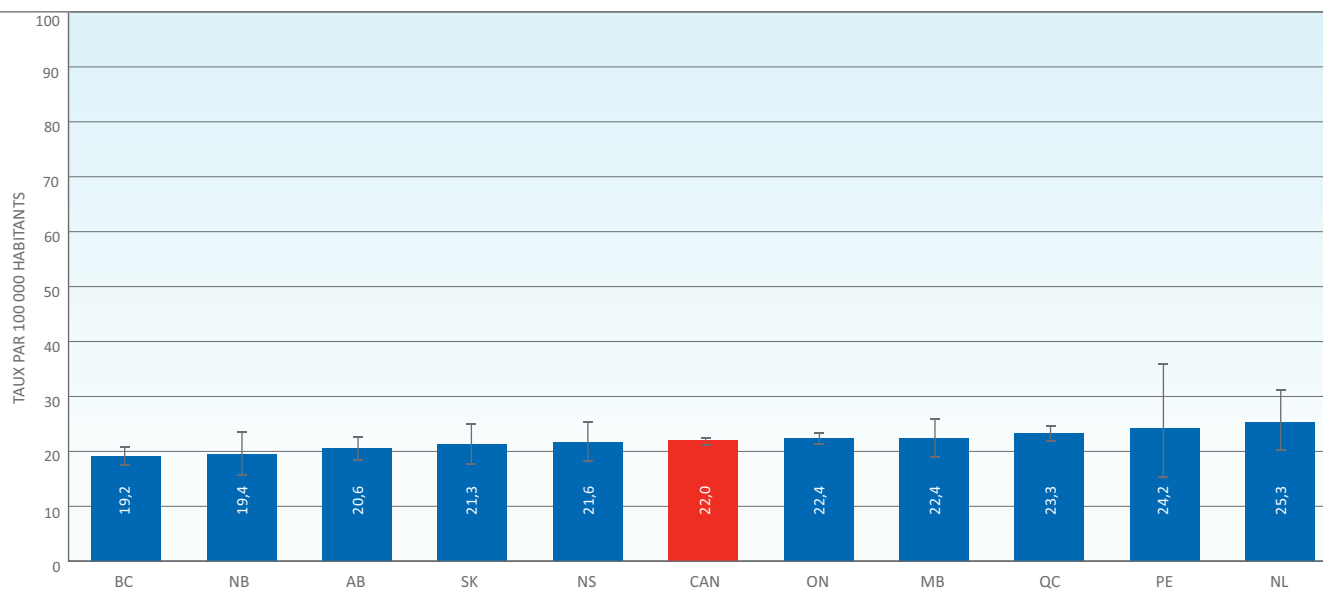
Uniquement les cas de cancer du sein chez des femmes

La figure comporte des indices de confiance de 95 pour 100.

Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

**FIGURE 74****Taux de mortalité normalisés selon l'âge - cancer du sein**

SELON LA PROVINCE, 2005 À 2007



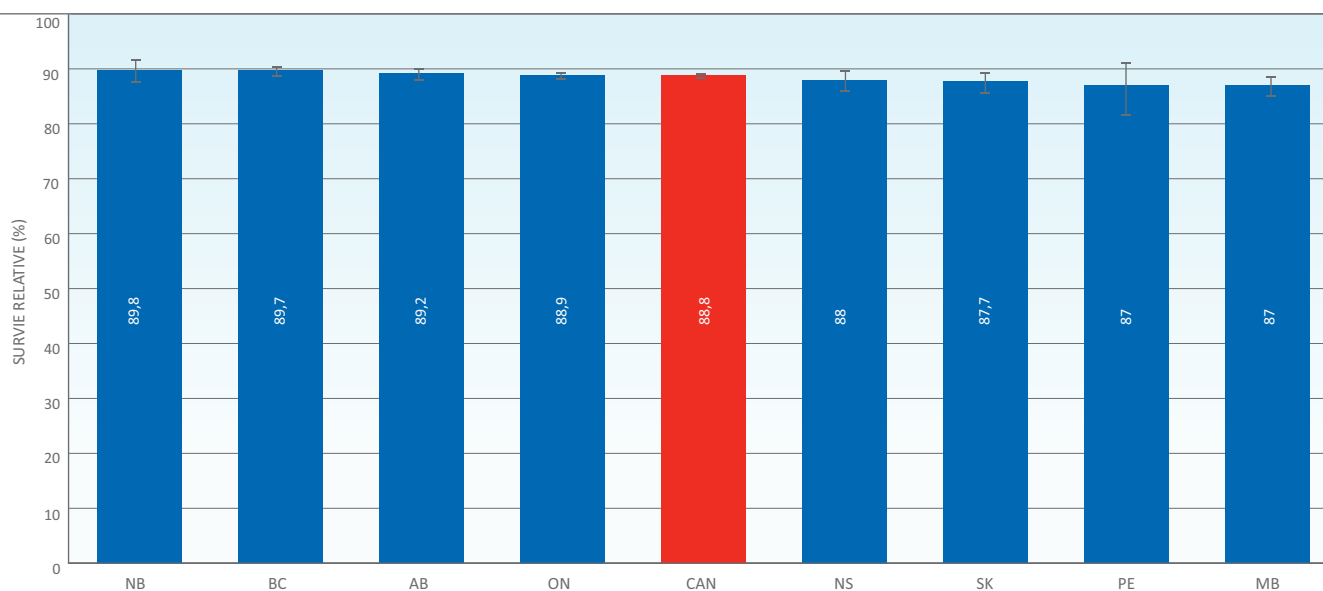
Uniquement les cas de cancer du sein chez des femmes

La figure comporte des indices de confiance de 95 pour 100.

Source des données : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès

**FIGURE 75****Ratios de survie relative à cinq ans – cancer du sein**

SELON LA PROVINCE, 2004 À 2006



Uniquement les cas de cancer du sein chez des femmes

La figure comporte des indices de confiance de 95 pour 100.

Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

## QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- **De 1992 à 2007, le taux d'incidence du cancer normalisé selon l'âge et le taux de mortalité normalisé selon l'âge pour le cancer du poumon ont fléchi constamment chez les hommes au Canada. Il a toutefois augmenté chez les femmes (Figure 76).**
  - ▲ Le taux d'incidence du cancer normalisé selon l'âge du cancer du poumon a fléchi de manière significative chez les hommes, passant d'approximativement 90 cas par 100 000 hommes en 1992 à approximativement 68 cas par 100 000 hommes en 2007 (réduction de 1,9 % du pourcentage annuel). Chez les femmes, on observe une augmentation significative, soit d'environ 40 cas par 100 000 femmes à un peu moins de 50 cas par 100 000 femmes (augmentation de 1,32 % du pourcentage annuel) au cours de la même période.
  - ▲ Le taux de mortalité normalisé selon l'âge pour le cancer du poumon a fléchi de manière significative chez les hommes, passant d'approximativement 78 décès par 100 000 hommes en 1992 à approximativement 56 décès par 100 000 hommes en 2007 (réduction de 2,13 % du pourcentage annuel). Chez les femmes, on observe une augmentation significative, soit d'approximativement 30 décès par 100 000 femmes à approximativement 35 décès par 100 000 femmes (augmentation de 1,17 % du pourcentage annuel) pendant la même période.
- **Au Canada, de 2005 à 2007, le taux d'incidence (Figure 77) du cancer normalisé (Figure 78) selon l'âge et le taux de mortalité normalisé selon l'âge pour le cancer du poumon variaient d'une province à l'autre.**
  - ▲ Le taux global d'incidence du cancer normalisé selon l'âge du cancer du poumon était de 56 cas par 100 000 habitants. Il variait de 50 cas par 100 000 habitants, en Alberta, à 69 cas par 100 000 habitants, au Nouveau-Brunswick (ces données ne sont pas illustrées).
  - ▲ Dans toutes les provinces, le taux d'incidence était généralement plus élevé chez les hommes que chez les femmes, mais ces proportions variaient d'une province à l'autre. La différence entre le taux d'incidence du cancer normalisé chez les hommes et chez les femmes était 68 % au Québec, mais seulement 24 % en Colombie-Britannique.
  - ▲ Le taux global de mortalité normalisé selon l'âge au Canada était de 46 décès par 100 000 habitants. Il variait de 39 décès par 100 000 habitants, en Alberta, à 56 décès par 100 000 habitants, au Québec.
- **Le ratio normalisé selon l'âge de survie relative à cinq ans pour le cancer du poumon au Canada variait également selon la province (Figure 79).**
  - ▲ Au Canada, le taux global normalisé selon l'âge de la survie relative à cinq ans pour les diagnostics qui ont été établis de 2004 à 2006 était 18 %. Il variait de 15 %, en Nouvelle-Écosse, à 20 %, au Manitoba.

## QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

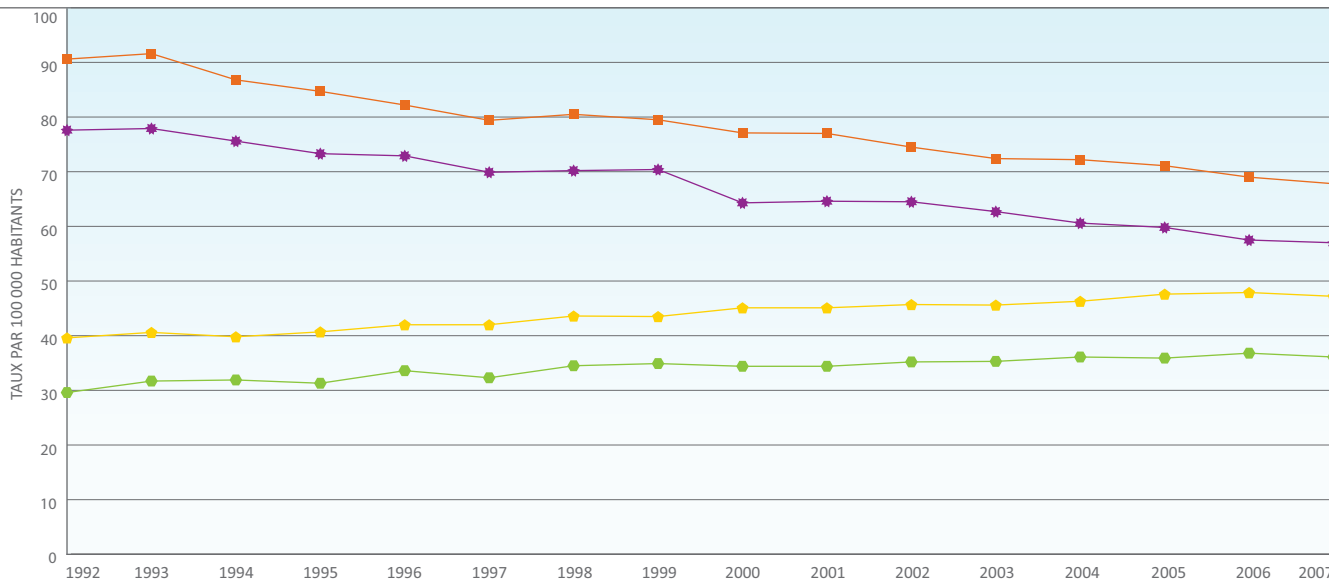
- Aux États-Unis, les données recueillies par le programme SEER (Surveillance Epidemiology and End Results) laissent sous-entendre que les tendances observées chez les hommes et chez les femmes aux États-Unis sont les mêmes qu'au Canada. En effet, les taux sont à la baisse chez les hommes depuis un certain temps, alors que ces taux fluctuent chez les femmes. La survie relative à cinq ans est toutefois demeurée relativement stable et s'élève à environ 10 %<sup>137</sup>.
- Les données sur les tendances observées à l'échelle internationale semblent indiquer que les taux d'incidence et de mortalité ont atteint leur sommet chez les hommes dans de nombreux pays, dont les États-Unis, le Canada, l'Angleterre, le Danemark et l'Australie. Ces taux continuent toutefois d'augmenter chez les femmes dans la plupart des pays, car ils n'ont pas encore atteint leur sommet, sauf aux États-Unis, où des données récentes indiquent que les taux sont à la baisse<sup>140, 141</sup>.
- Les chercheurs laissent entendre que les écarts observés chez les hommes et chez les femmes sont liés aux différents comportements en matière de tabagisme. La consommation du tabac a commencé à décliner chez les hommes au milieu des années 1960, soit une vingtaine d'années avant la baisse des taux de cancer du poumon. Chez les femmes toutefois, ce n'est qu'au milieu des années 1980 que la consommation du tabac a commencé à décliner<sup>67</sup>.

**FIGURE 76**

**Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge – cancer du poumon**

SELON LE SEXE, CANADA, 1992 À 2007

■ INCIDENCE – HOMMES    ◆ MORTALITÉ – HOMMES  
● INCIDENCE – FEMMES    ● MORTALITÉ – FEMMES



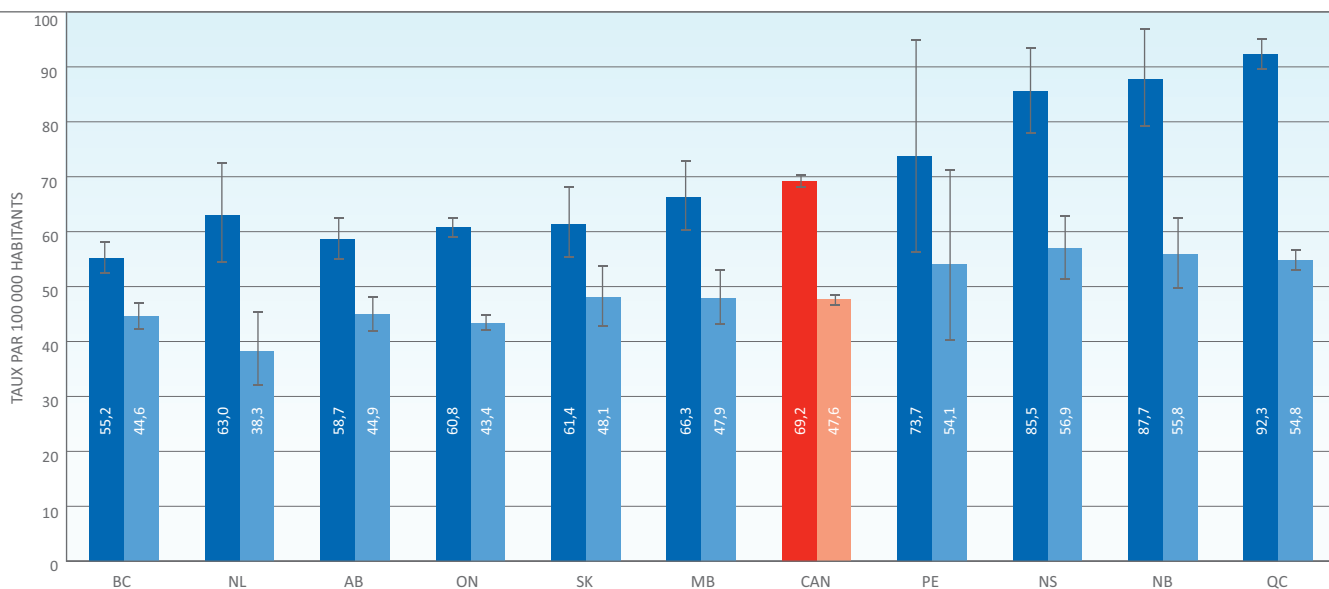
Source des données : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès

**FIGURE 77**

**Taux d'incidence normalisés selon l'âge – cancer du poumon**

SELON LA PROVINCE ET LE SEXE, 2005 À 2007

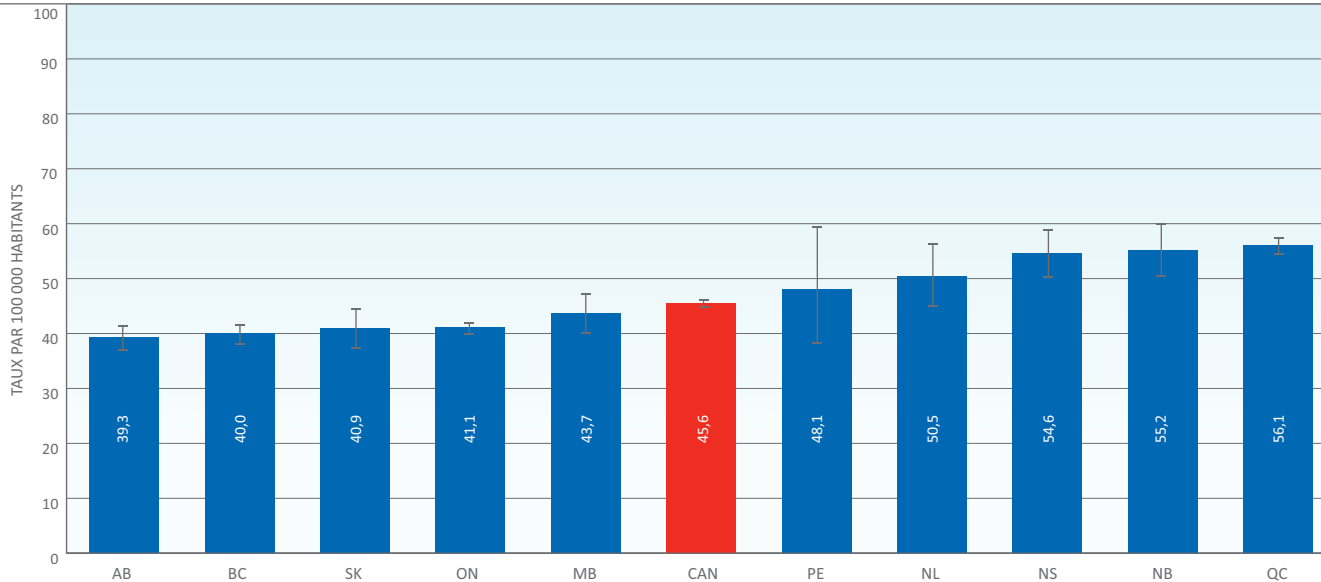
■ HOMME  
■ FEMME



La figure comporte des indices de confiance de 95 pour 100.  
 Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

**FIGURE 78****Taux de mortalité normalisés selon l'âge – cancer du poumon**

SELON LA PROVINCE, 2005 À 2007

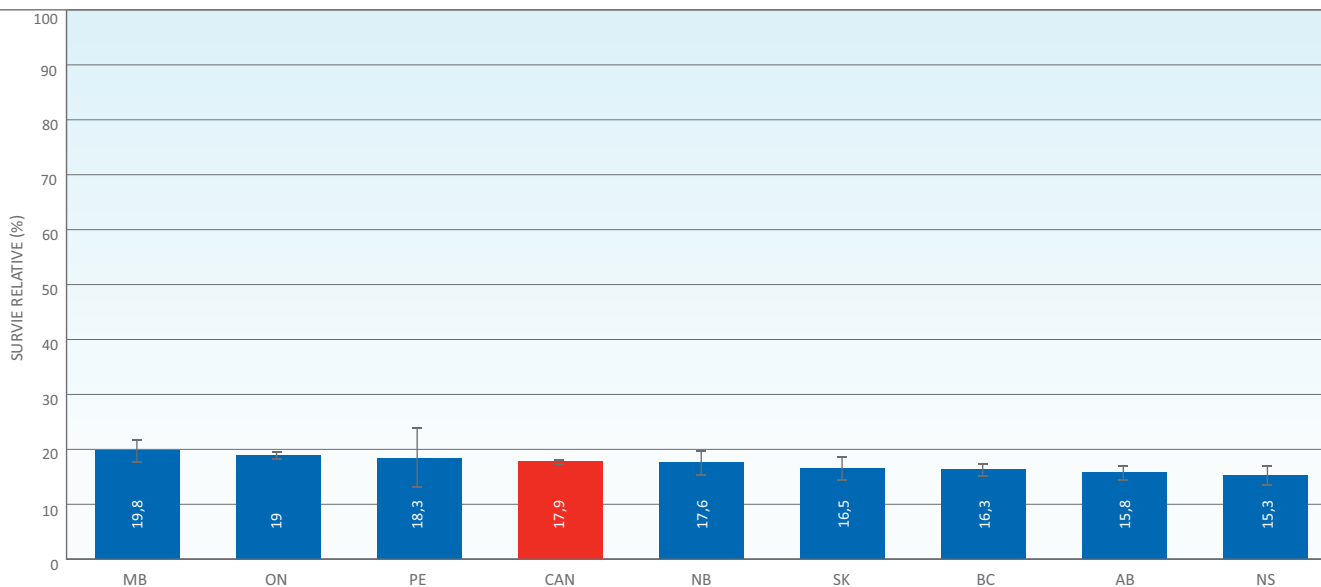


La figure comporte des indices de confiance de 95 pour 100.

Source des données : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès

**FIGURE 79****Ratios de survie relative à cinq ans (âge : 15 à 79 ans) – cancer du poumon**

SELON LA PROVINCE, 2004 À 2006



La figure comporte des indices de confiance de 95 pour 100.

Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

## CANCER COLORECTAL

### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- **De 1992 à 2007, le taux d'incidence du cancer normalisé selon l'âge et le taux de mortalité normalisé selon l'âge pour le cancer colorectal sont demeurés relativement stables chez les hommes et chez les femmes. Ils étaient toutefois substantiellement plus élevés chez les hommes (Figure 80).**
  - ▲ De 1992 à 2007, le taux d'incidence du cancer normalisé selon l'âge pour le cancer colorectal au Canada n'a pas changé de manière significative chez les hommes, soit approximativement 60 cas par 100 000 habitants. Chez les femmes, on a observé une réduction significative (réduction de 0,26 % du pourcentage annuel, valeur  $P < 0,05$ ), mais légère, ce taux passant de 43 cas à 41 cas par 100 000 habitants.
  - ▲ Entre-temps, le taux de mortalité normalisé selon l'âge pour le cancer colorectal a fléchi de manière significative au Canada, passant d'approximativement 30 décès à environ 25 décès par 100 000 habitants (réduction de 1,18 % du pourcentage annuel, valeur  $P < 0,05$ ), chez les hommes, et d'approximativement 20 décès à environ 16 décès par 100 000 habitants (réduction de 1,36 % du pourcentage annuel, valeur  $P < 0,05$ ), chez les femmes.
- **De 2005 à 2007, l'écart entre la province qui affichait le taux le moins élevé et celle qui affichait le taux le plus élevé pour le cancer colorectal était 43 % pour le taux d'incidence (Figure 81) du cancer normalisé selon l'âge et 58 % pour le taux de mortalité (Figure 82) normalisé selon l'âge.**
  - ▲ La moyenne globale des taux d'incidence du cancer normalisés selon l'âge au Canada était de 50 cas par 100 000 habitants. Elle variait de 44 cas par 100 000 habitants, en Colombie-Britannique, à 69 cas par 100 000 habitants, à Terre-Neuve-et-Labrador.
  - ▲ La moyenne globale des taux de mortalité normalisés selon l'âge au Canada était de 21 décès par 100 000 habitants. Elle variait de 18 décès par 100 000 femmes, en Alberta, à 33 décès par 100 000 femmes, à Terre-Neuve-et-Labrador.
- **Le ratio normalisé selon l'âge de survie relative à cinq ans pour le cancer colorectal au Canada variait de quatre points entre la province qui affichait le taux le moins élevé et celle qui affichait le taux le plus élevé de 2004 à 2006 (Figure 83).**
  - ▲ Le ratio de survie globale était de 66 % au Canada. Il variait de 64 %, en Alberta, à 68 %, à l'Île-du-Prince-Édouard.

### QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

- Les données recueillies par le programme SEER (Surveillance Epidemiology and End Results) laissent entendre que l'on observe une baisse significative de l'incidence du cancer colorectal chez les hommes et chez les femmes aux États-Unis depuis le début des années 1990. Les tendances en matière de survie relative à cinq ans à partir du moment de l'établissement du diagnostic révèlent que la survie relative a augmenté chez les hommes et chez les femmes de 1975 à 2003<sup>137</sup>.
- Une étude internationale s'est penchée sur les taux d'incidence et de mortalité de la moyenne mobile sur trois années successives, normalisés à l'échelle internationale de 1985 à 2005, dans le but de comparer les taux des cas de cancer colorectal. Les chercheurs ont remarqué que, comparativement à ce qui s'est produit dans d'autres pays, les taux d'incidence du cancer colorectal étaient à la baisse au Canada entre 1985 et 2000 et qu'ils étaient à la hausse dans d'autres pays, dont la Suède, l'Australie, la Norvège, le Danemark et le Royaume-Uni. Cependant, depuis 2000, ce taux a recommencé à augmenter plus rapidement au Canada que dans les autres pays<sup>134</sup>. Entre-temps, les taux de mortalité attribuables au cancer colorectal ont baissé légèrement au Royaume-Uni et en Australie. Cette baisse semble être attribuable à des traitements améliorés, à des techniques de dépistage plus efficaces et à l'adoption de programmes de dépistage<sup>67</sup>.

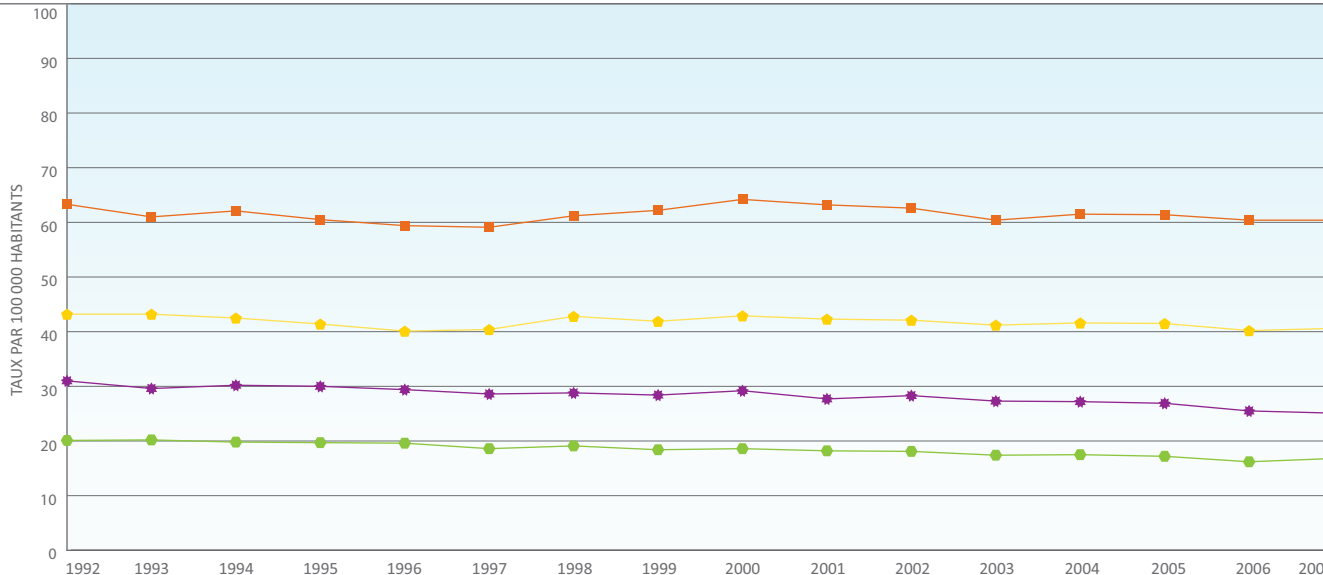


**FIGURE 80**

**Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge – cancer colorectal**

SELON LE SEXE, CANADA, 1992 À 2007

■ INCIDENCE – HOMMES    ✱ MORTALITÉ – HOMMES  
● INCIDENCE – FEMMES    ● MORTALITÉ – FEMMES

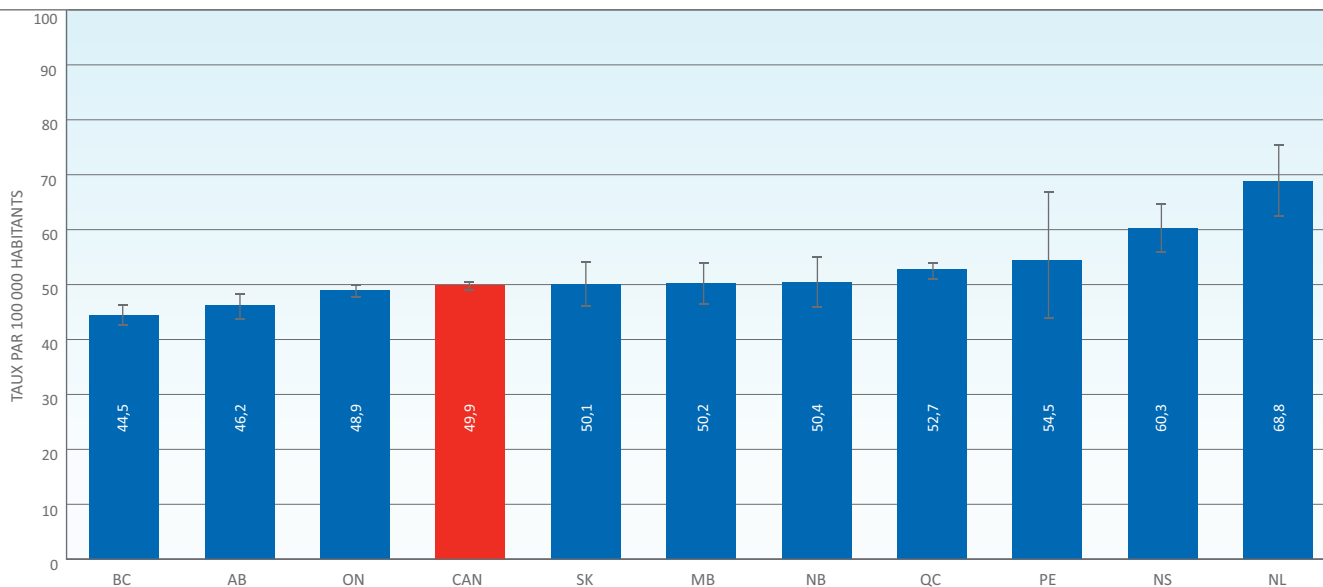


Source des données : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès

**FIGURE 81**

**Taux d'incidence normalisés selon l'âge – cancer colorectal**

SELON LA PROVINCE, 2005 À 2007

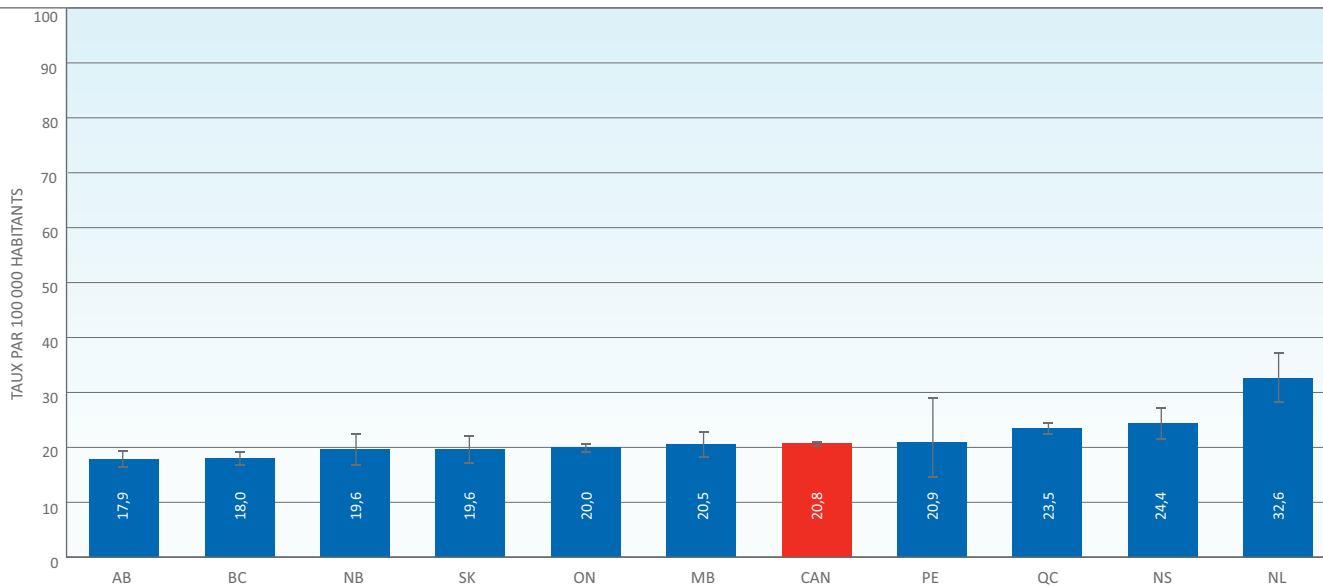


La figure comporte des indices de confiance de 95 pour 100.  
 Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

**FIGURE 82**

**Taux de mortalité normalisés selon l'âge – cancer colorectal**

SELON LA PROVINCE, 2005 À 2007

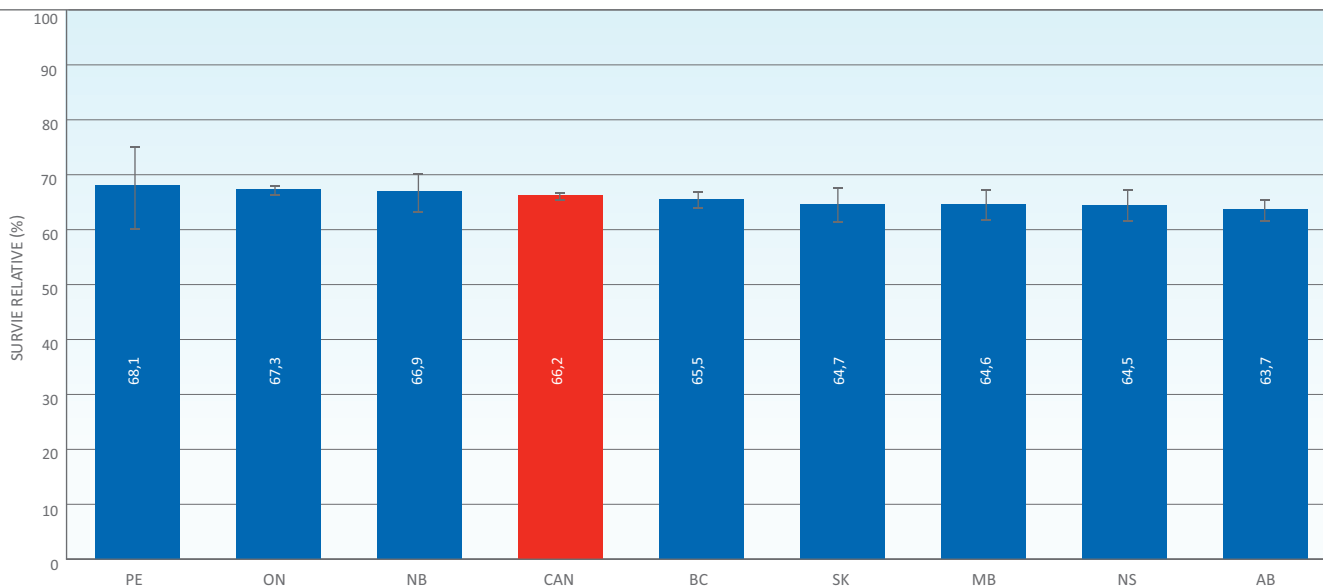


La figure comporte des indices de confiance de 95 pour 100.  
 Source des données : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès

**FIGURE 83**

**Ratios de survie relative à cinq ans – cancer colorectal**

SELON LA PROVINCE, 2004 À 2006



La figure comporte des indices de confiance de 95 pour 100.  
 Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

## CANCER DE LA PROSTATE

### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- *De 1992 à 2007, le taux d'incidence du cancer normalisé selon l'âge pour le cancer de la prostate n'a pas vraiment changé au Canada. Au cours de la même période, le taux de mortalité normalisé selon l'âge pour le cancer de la prostate a toutefois légèrement baissé (Figure 84).*
  - ▲ Le taux d'incidence du cancer normalisé selon l'âge pour le cancer de la prostate est demeuré relativement stable, soit environ 125 cas par 100 000 hommes. Le taux de mortalité normalisé selon l'âge pour le cancer de la prostate a toutefois baissé de manière significative, passant de 31 cas à 20 cas par 100 000 hommes (réduction de 2,9 % du pourcentage annuel, valeur  $P < 0,05$ ).
- *De 2005 à 2007, l'écart entre la province qui affichait le taux le moins élevé et celle qui affichait le taux le plus élevé pour le cancer de la prostate était 52 % pour le taux d'incidence (Figure 85) du cancer normalisé selon l'âge et 46 % pour le taux de mortalité (Figure 86) normalisé selon l'âge.*
  - ▲ Le taux global d'incidence du cancer normalisé selon l'âge pour le cancer de la prostate était de 124 cas par 100 000 hommes au Canada. Il variait de 97 cas par 100 000 hommes, au Québec, à 166 cas par 100 000 hommes, à l'Île-du-Prince-Édouard.
  - ▲ Le taux global de mortalité normalisé selon l'âge était 21 décès par 100 000 hommes au Canada. Il variait de 18 décès par 100 000 hommes, au Québec, à 29 décès par 100 000 hommes, en Saskatchewan.

### QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

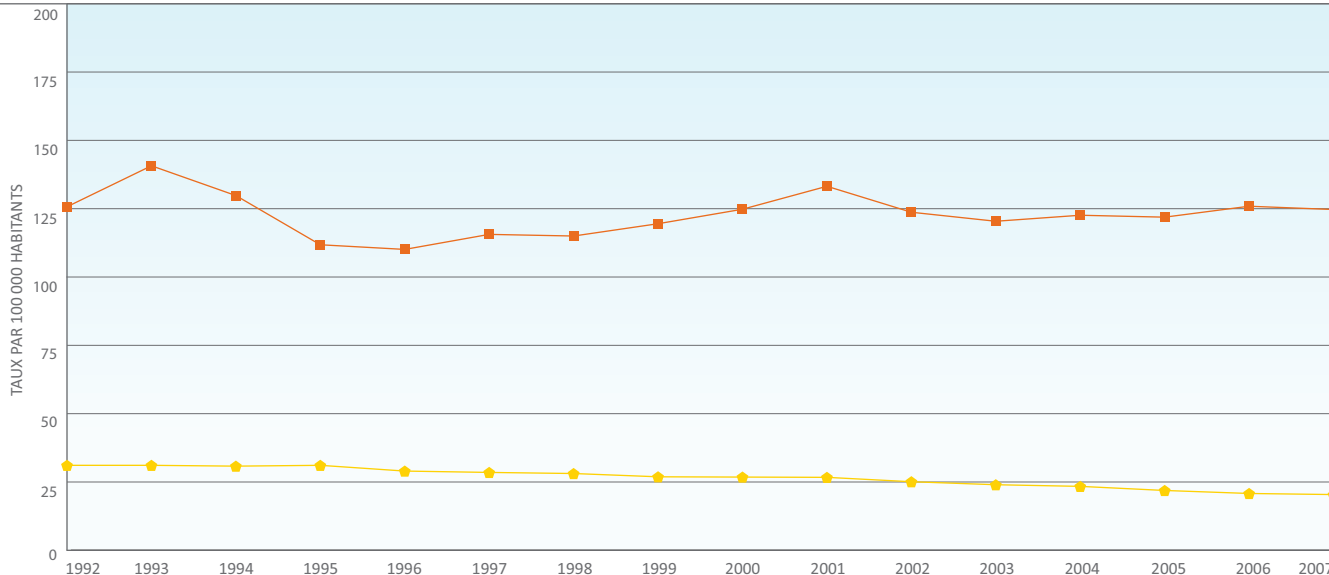
- Dans les pays où le test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique est effectué couramment, dont les États-Unis, le Canada et l'Australie, les tendances en matière d'incidence suivent un modèle semblable, soit une augmentation du nombre de cas peu après l'introduction du test<sup>142</sup>. Entre-temps, au Royaume-Uni et au Japon, les taux ont augmenté plus lentement avec le temps. Au Royaume-Uni, cette situation est probablement attribuable au fait que le test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique y est utilisé moins souvent que dans d'autres pays, tels que les États-Unis et le Canada. De 1979 à 2005, des réductions statistiquement significatives de la mortalité ont été observées chez les hommes âgés de 50 à 79 ans dans 15 pays développés sur 24<sup>142</sup>.
- Les travaux de recherche laissent entendre que l'augmentation de l'incidence qui a été observée antérieurement est probablement attribuable à l'introduction du test de dépistage de l'antigène prostatique pour détecter le cancer de la prostate à un stade précoce<sup>67</sup>. La baisse des taux de mortalité et la prolongation de la survie sont probablement attribuables à l'amélioration des traitements. C'est ainsi qu'un groupe d'experts en science par anticipation créé par le Partenariat en 2009 a publié une trousse d'outils sur le test de dépistage de l'antigène prostatique dans laquelle on trouve des données de référence à propos de ce test (dépistage opportuniste, recherche de cas ou tests ponctuels). On y traite également des modalités de dépistage dont il faut tenir compte et de celles qui doivent être évitées. Le groupe a conclu que l'expansion du recours au test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique à des fins autres que son utilisation ponctuelle actuelle n'est pas justifiée et qu'elle pourrait même s'avérer néfaste<sup>143</sup>.

**FIGURE 84**

Taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge – cancer de la prostate

CANADA, 1992 À 2007

■ INCIDENCE  
● MORTALITÉ

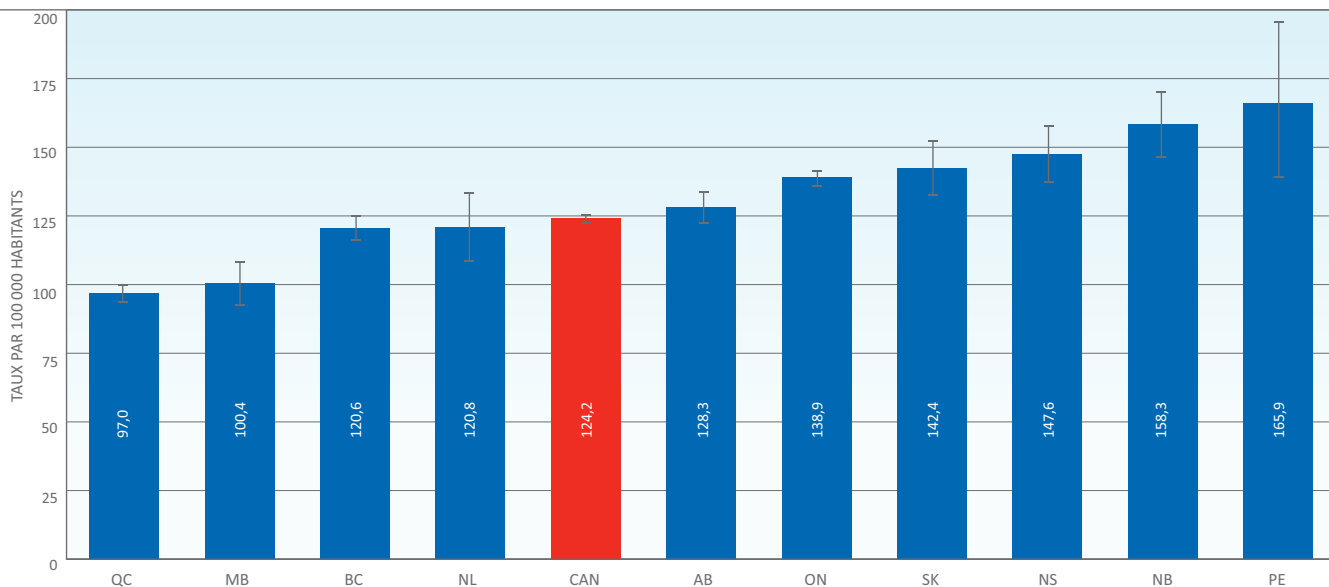


Source des données : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès

**FIGURE 85**

Taux d'incidence normalisés selon l'âge – cancer de la prostate

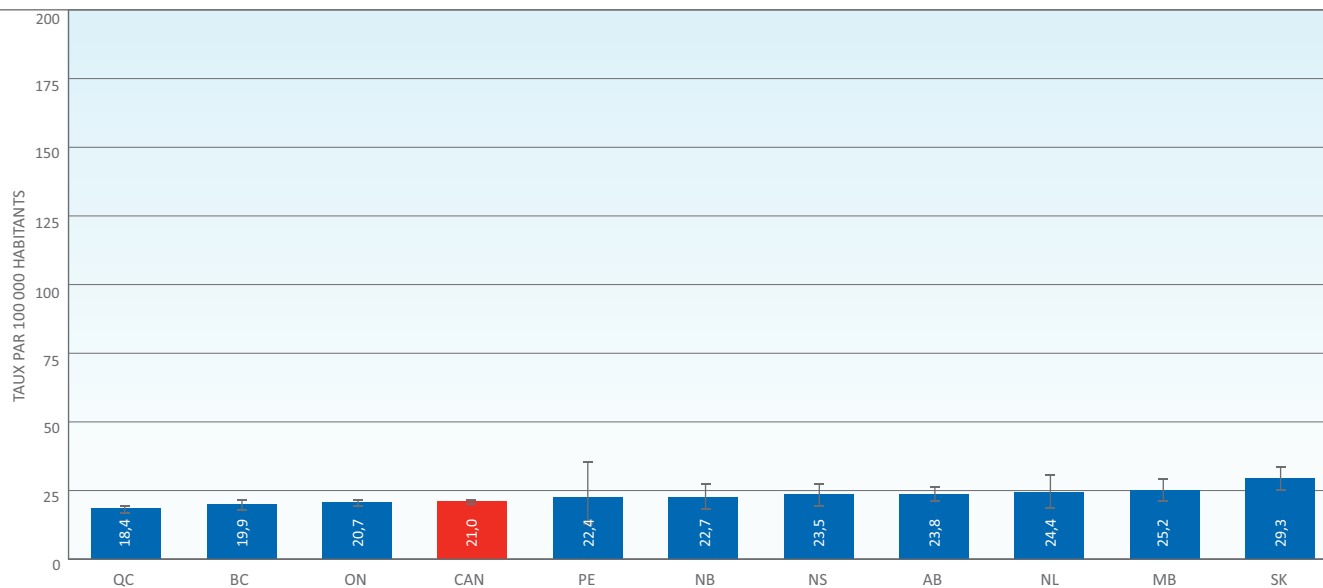
SELON LA PROVINCE, 2005 À 2007



La figure comporte des indices de confiance de 95 pour 100.  
Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

**FIGURE 86****Taux de mortalité normalisés selon l'âge – cancer de la prostate**

SELON LA PROVINCE, 2005 À 2007



La figure comporte des indices de confiance de 95 pour 100.

Source des données : Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès

# SURVIE RELATIVE SELON LE STATUT SOCIOÉCONOMIQUE EN MILIEU URBAIN AU CANADA

## QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur mesure la survie relative à cinq ans selon le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada. La survie relative est le ratio entre la survie observée chez un groupe de personnes atteintes d'un néoplasme malin et la survie anticipée chez les membres de l'ensemble de la population (soit la population de référence) qui présentent les mêmes caractéristiques affectant la survie (sexe, âge, lieu de résidence). Le statut socioéconomique a été déterminé à l'aide des quintiles de revenu familial. Des tables de survie selon le quintile de revenu ont été utilisées pour calculer la survie relative pour tous les types de cancer. On sait que la survie relative à cinq ans chez les personnes atteintes d'un cancer du poumon est faible et que l'incidence de ce type de cancer est beaucoup plus élevée chez les personnes ayant un faible revenu<sup>144</sup>. Quant au cancer de la prostate, il est associé à un taux élevé de survie relative à cinq ans, et les hommes ayant des revenus plus élevés sont ceux qui font le plus souvent l'objet d'un diagnostic pour ce type de cancer<sup>145</sup>. Compte tenu des liens étroits entre la survie et le statut socioéconomique qui sont associés au cancer du poumon et au cancer de la prostate, ces deux types de cancer ont été exclus de l'étude du lien entre la survie et le statut socioéconomique pour les autres types de cancer.

## POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- La durée globale de la survie à un cancer est un important indicateur pour mesurer l'efficacité globale du système de santé en matière de prise en charge des personnes atteintes d'un cancer.

## QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- *Pour tous les types de cancer, la survie relative augmente à mesure que le revenu familial (Figure 87) augmente. Cette relation persiste, sans toutefois être aussi marquée, même après l'exclusion du cancer du poumon et du cancer de la prostate (Figure 88).*
  - ▲ Le ratio de survie relative à cinq ans chez les personnes âgées de 15 à 74 ans qui ont fait l'objet d'un diagnostic de cancer était de 61 % dans le quintile de revenu le plus faible, comparativement à 74 % dans le quintile de revenu le plus élevé.
  - ▲ Après l'exclusion du cancer du poumon et du cancer de la prostate, le ratio de survie relative à cinq ans chez les personnes âgées de 15 à 74 ans qui ont fait l'objet d'un diagnostic de cancer était de 64 % dans le quintile de revenu le plus faible, comparativement à 72 % dans le quintile de revenu le plus élevé.

## QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

- Une série d'études comparatives portant sur la survie à un an et à cinq ans selon le quintile de revenu dans des grandes villes des États-Unis, dont Détroit, Hartford, San Francisco et Seattle, a révélé que la durée de survie était moins longue chez les groupes appartenant aux quintiles de revenu les plus faibles que chez leurs concitoyens ayant des revenus plus élevés. Ces études comportaient un volet comparatif avec la ville de Toronto, qui a dévoilé que la relation entre le statut socioéconomique n'y était pas aussi marquée que dans les villes étasuniennes<sup>146-149</sup>.

## QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

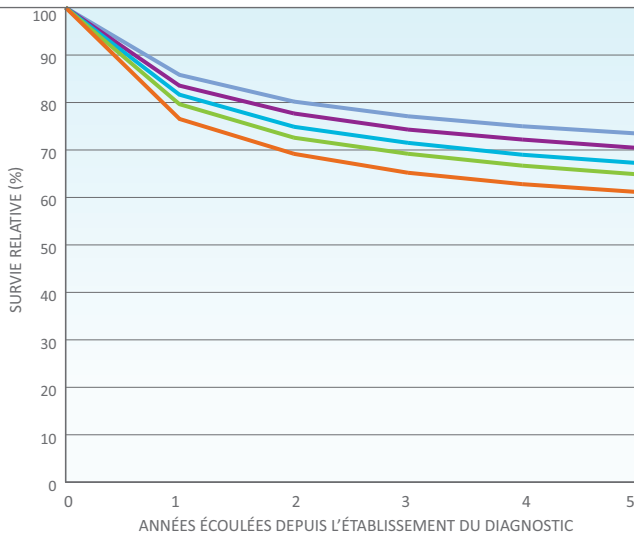
- Il est important de noter que cette analyse ne porte que sur les tables de survie en milieu urbain au Canada, puisque l'on ne dispose pas de tables de survie portant sur le statut socioéconomique en milieu rural au Canada. Les tables de survie utilisées portaient sur l'ensemble d'une région urbaine; elles ont ensuite été subdivisées selon le groupe d'âge et le quintile du revenu familial. Des tables portant spécifiquement sur la survie en rapport avec le quintile de revenu ont été utilisées pour éliminer l'effet de confusion associé aux décès attribuables à d'autres causes également liées au statut socioéconomique. Ces conclusions ne peuvent toutefois pas s'appliquer de manière générale à toutes les personnes qui font l'objet d'un diagnostic de cancer au Canada. Dans cette analyse, il est important de retenir que le quintile de revenu est un paramètre composite calculé à partir du revenu moyen au sein d'une aire de dissémination géographique. Cette définition est fournie dans l'Annexe technique en tant que Variables de stratification du recensement de la population canadienne selon le quartier et le quintile de revenu (consultez la page 174). Par conséquent, le quintile de revenu doit être considéré comme une donnée agrégée, plutôt que comme une caractéristique individuelle.
- Zhang-Salomons et ses collaborateurs ont étudié la relation entre le statut socioéconomique et la survie à un cancer. Ils ont conclu que la survie varie en fonction des paramètres utilisés pour déterminer le statut socioéconomique. Le quintile de revenu est le paramètre recommandé, car il s'avère plus fiable que d'autres paramètres pour effectuer ce genre d'études, tels que la population dont le revenu se situe en deçà de la désignation d'un revenu faible ou le pourcentage de la population appartenant à la classe ouvrière<sup>150</sup>.
- L'Annexe technique (consultez la page 170) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

**FIGURE 87**

**Ratios de survie relative –  
régions urbaines au Canada**

SELON LE REVENU FAMILIAL, POUR TOUS  
LES TYPES DE CANCER, 2004 À 2006

- Q1 (LE PLUS FAIBLE)
- Q2
- Q3
- Q4
- Q5 (LE PLUS ÉLEVÉ)



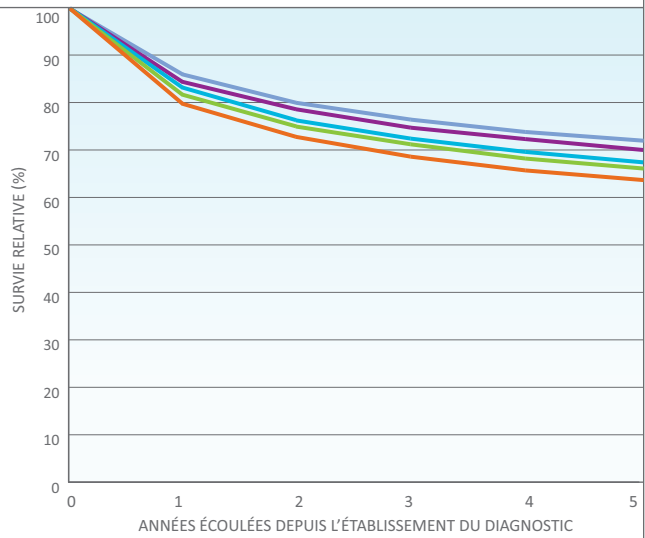
Les estimations reposent sur des tables de survie qui tiennent compte de la situation socioéconomique dans les régions urbaines au Canada.  
Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

**FIGURE 88**

**Ratios de survie relative –  
régions urbaines au Canada**

SELON LE REVENU FAMILIAL, POUR TOUS LES TYPES  
DE CANCER, À L'EXCEPTION DU CANCER DU POUMON  
ET DU CANCER DE LA PROSTATE, 2004 À 2006

- Q1 (LE PLUS FAIBLE)
- Q2
- Q3
- Q4
- Q5 (LE PLUS ÉLEVÉ)



Les estimations reposent sur des tables de survie qui tiennent compte de la situation socioéconomique dans les régions urbaines au Canada.  
Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer



## SURVIE RELATIVE CONDITIONNELLE

### QUE MESURE-T-ON?

Cet indicateur présente la survie absolue (observée) chez les personnes atteintes d'un cancer, divisée par la survie anticipée chez un groupe constitué de membres de l'ensemble de la population qui présentent des caractéristiques comparables (même période, âge et sexe) pourvu qu'ils soient en vie au début de l'année qui suit l'établissement du diagnostic<sup>151</sup>. Cet indicateur étudie le ratio de la survie conditionnelle à cinq ans par rapport à la survie conditionnelle à 1 an, à 2 ans, à 3 ans, à 4 ans et à 5 ans à partir du moment de l'établissement du diagnostic, comparativement à la survie à 5 ans à partir du moment de l'établissement du diagnostic (ou à l'année 0).

### POURQUOI LE MESURE-T-ON?

- La survie est un indicateur clé pour mesurer l'efficacité globale des systèmes de santé en matière de prise en charge des personnes atteintes d'un cancer. Les modèles de survie ont contribué à orienter les stratégies qui ont été adoptées dans d'autres pays, tels que le Danemark, la Norvège et le Royaume-Uni, pour combattre le cancer. La survie est également une donnée utilisée par les cliniciens qui prodiguent des soins directement aux patients, car ceux-ci désirent généralement que leur pronostic comprenne cette information<sup>152</sup>.
- Les statistiques sur la survie conditionnelle sont particulièrement utiles, puisqu'elles fournissent un aperçu de la survie anticipée lorsque le patient a survécu à la période qui vient immédiatement après l'établissement du diagnostic, soit lorsque le risque de décès est le plus grand.

### QU'EST-CE QUI SE DÉGAGE DES RÉSULTATS?

- **Les profils de survie conditionnelle varient selon le type de cancer (Figure 89).**
  - ▲ On a observé un ratio de survie relative conditionnelle d'au moins 90 % après deux ans chez les femmes qui ont eu un cancer du sein. Ce ratio s'est maintenu la deuxième année et pendant les années de survie qui ont suivi. Il atteignait 93 % après cinq ans (Figure 89).
  - ▲ Par contre, la survie relative conditionnelle chez les personnes qui ont eu un cancer colorectal démontre une amélioration d'une année de survie à l'autre. La survie est toutefois toujours un peu plus élevée chez les femmes que chez les hommes. La survie conditionnelle à cinq ans d'au moins 90 % était tributaire d'une survie d'au moins trois ans chez les femmes et d'au moins quatre ans chez les hommes (Figure 90).
- **L'âge du patient était un facteur dans la survie conditionnelle chez les personnes atteintes d'un cancer du poumon, mais pas chez les personnes atteintes d'un cancer colorectal.**
  - ▲ La survie relative conditionnelle au fil du temps chez les personnes qui ont eu un cancer colorectal n'était pas vraiment affectée par l'âge (Figure 91).
  - ▲ Par contre, la survie relative conditionnelle chez les personnes qui ont eu un cancer du poumon variait selon le groupe d'âge pour chacune des années qui ont suivi l'établissement du diagnostic (Figure 92). Avec le temps, le ratio de survie relative conditionnelle augmentait de façon marquée chez les adultes âgés de 15 à 44 ans et de 45 à 54 ans pendant la première et la deuxième année qui ont suivi l'établissement du diagnostic. Le prolongement de la survie relative conditionnelle se stabilise avec le temps dans tous les groupes d'âge.

## QUE SE PASSE-T-IL À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE?

- Selon les données du programme SEER (Surveillance Epidemiology and End Results) portant sur des cas dont le diagnostic a été établi de 1990 à 2001 et qui ont fait l'objet d'un suivi en 2006, plus le patient survivait longtemps, plus les probabilités de survie relative à cinq ans augmentaient. Le rythme de cette augmentation décroît toutefois d'une année à l'autre<sup>153</sup>.
- Une étude sur la survie conditionnelle effectuée au Danemark a dévoilé que les différences liées à l'âge au moment de l'établissement du diagnostic chez les personnes qui ont eu un cancer colorectal avaient tendance à s'amenuiser à mesure que le temps s'écoulait depuis l'établissement du diagnostic. Dans le cas des personnes qui ont eu un cancer du poumon, il y avait peu de différences liées à l'âge au moment de l'établissement du diagnostic. Ces différences devenaient toutefois de plus en plus marquées à mesure que le temps s'écoulait depuis l'établissement du diagnostic, ce qui est précisément ce qu'on a observé dans le *Rapport*<sup>154</sup>.

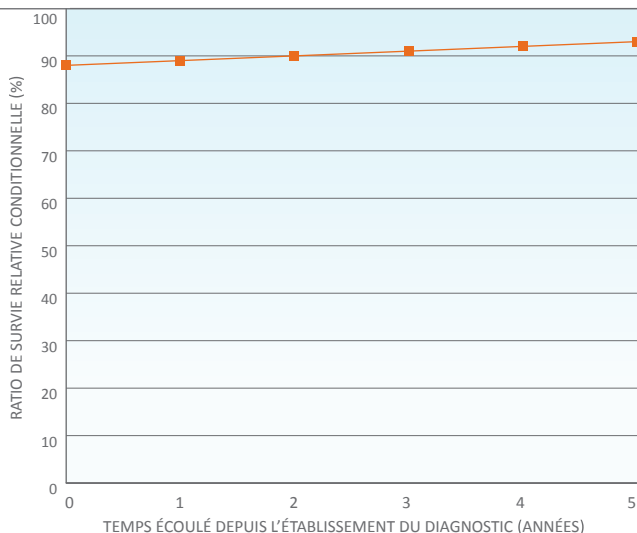
## QUE DEVRAIT-ON SAVOIR À PROPOS DE CES DONNÉES OU DE CES PARAMÈTRES?

- Ces conclusions sont basées sur la population, on ne peut donc pas s'en servir à des fins d'extrapolation pour déterminer le pronostic d'un patient.
- Les données du Québec ont été exclues, surtout parce qu'il s'avérait difficile de déterminer les données d'état civil associées aux cas rapportés. Les données portant sur les cas de patients âgés de 15 ans ou moins ou de 99 ans ou plus au moment du diagnostic ont également été exclues, tout comme les données portant sur les cas pour lesquels le diagnostic a été déterminé au moment de l'autopsie, les cas pour lesquels le diagnostic ne figurait que sur un certificat de décès et les cas pour lesquels l'année de la naissance ou l'année du décès n'était pas indiquée.
- Pour calculer la survie, on a eu recours à la méthode d'analyse par période, qui offre une évaluation prédictive plus conservatrice, mais plus précise, de la survie.
- L'Annexe technique (consultez la page 171) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

**FIGURE 89**

**Survie relative conditionnelle à cinq ans – cancer du sein**

FEMME, CANADA, 2004 À 2006

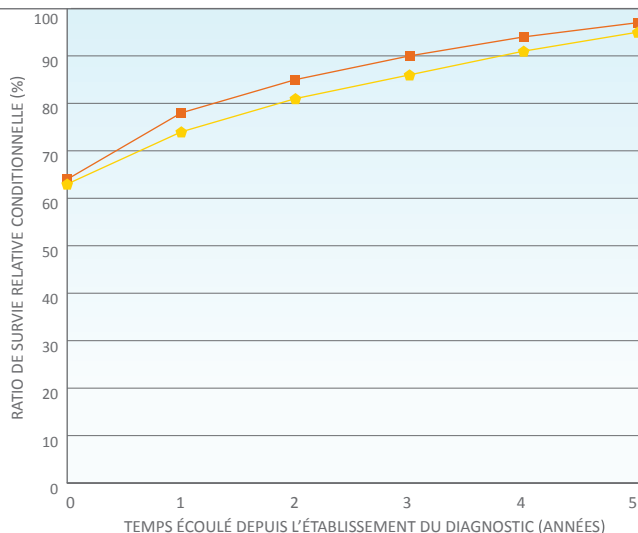


Analyse effectuée par Santé Canada – Division de la statistique de la santé  
Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

**FIGURE 90**

**Survie relative conditionnelle à cinq ans – cancer colorectal**

SELON LE SEXE, CANADA, 2004 À 2006

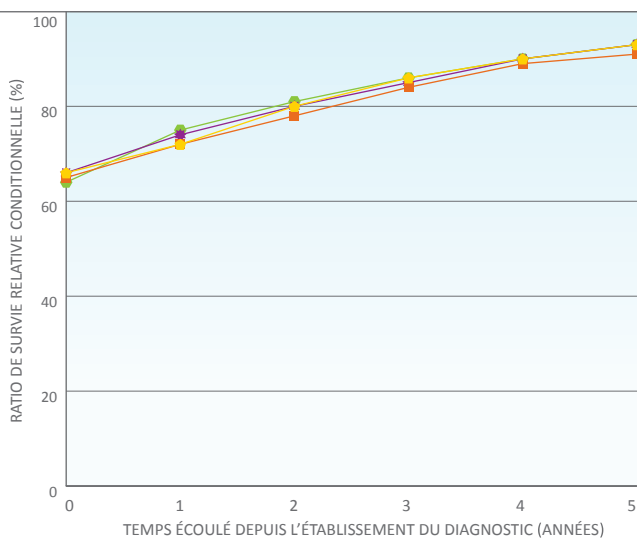


Analyse effectuée par Santé Canada – Division de la statistique de la santé  
Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

**FIGURE 91**

**Survie relative conditionnelle à cinq ans – cancer colorectal**

SELON L'ÂGE, CANADA, 2004 À 2006

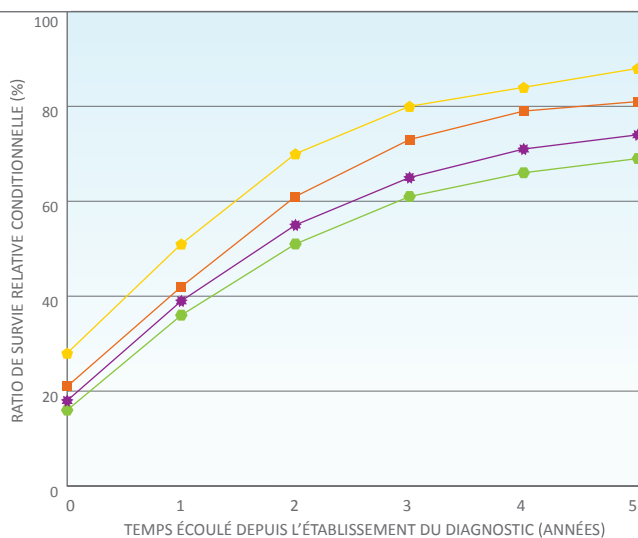


Analyse effectuée par Santé Canada – Division de la statistique de la santé  
Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer

**FIGURE 92**

**Survie relative conditionnelle à cinq ans – cancer du poumon**

Selon l'âge, Canada, 2004 À 2006



Analyse effectuée par Santé Canada – Division de la statistique de la santé  
Source des données : Statistique Canada, Registre canadien du cancer



# Indicateurs développementaux et intérimaires

---

Ce chapitre du *Rapport* comprend deux types d'indicateurs :

1. Les indicateurs développementaux en sont toujours à l'étape de l'élaboration et devront être peaufinés davantage ou validés avant de devenir des indicateurs de rendement.
  2. Ce chapitre comporte des indicateurs intérimaires qui, sans être des paramètres privilégiés pour évaluer le rendement de certains aspects spécifiques de la lutte contre le cancer, s'avèrent utiles en l'absence d'indicateurs plus précis. On a également eu recours à des indicateurs intérimaires lorsque ceux-ci sont utilisés à l'échelle internationale et qu'ils se prêtent à des comparaisons outre-frontières.
- 

Dans les rapports ultérieurs, les indicateurs développementaux seront intégrés aux principaux chapitres du Rapport une fois que les difficultés d'élaboration auront été réglées. De la même manière, les indicateurs intérimaires seront abandonnés à mesure que des indicateurs plus significatifs deviendront disponibles ou qu'ils se qualifieront à titre d'indicateurs du rendement du système.

Ces indicateurs développementaux et intérimaires ont été intégrés dans le *Rapport* parce qu'ils répondent à des besoins de paramétrage qui seraient autrement complètement insatisfaits. Ils soulignent également les progrès réalisés pour élaborer de nouveaux paramètres qui seront utilisés dans les rapports ultérieurs.

Les indicateurs suivants ont été inclus dans ce chapitre :

- **Capacité de tomographie par émission de positrons et son utilisation**
- **Ratio d'utilisation de la radiothérapie**
- **Évaluation des symptômes**

## CAPACITÉ DE TOMOGRAPHIE PAR ÉMISSION DE POSITRONS ET SON UTILISATION

De nombreux essais cliniques qui produiront des données probantes sont en cours dans le but de déterminer les bienfaits diagnostiques et thérapeutiques de la tomographie par émission de positrons pour établir un diagnostic de cancer et pour le traiter (dont la stadification, la détection de la récurrence)<sup>155</sup>. Sans être un indicateur parfait pour évaluer la disponibilité et l'utilisation de cette technologie émergente, on a couramment recours au nombre d'appareils de tomographie par émission de positrons par habitant pour évaluer la capacité d'accès à cette technologie diagnostique dans le domaine de la santé en général et, plus précisément, dans celui des traitements prodigués aux personnes atteintes d'un cancer<sup>156</sup>.

Cet indicateur évalue la capacité des appareils de tomographie par émission de positrons en mesurant le nombre d'appareils disponibles par millions d'habitants pour établir un diagnostic de cancer et pour prodiguer des traitements contre le cancer dans chaque province en 2009 et en 2010. L'indicateur comprend également le taux d'utilisation exprimé en nombre d'exams effectués par millions d'habitants. Ce paramètre évalue la capacité des appareils et leur utilisation générale en milieu clinique. Il n'est toutefois pas le reflet de l'efficacité ou de la pertinence du recours aux appareils de tomographie par émission de positrons.

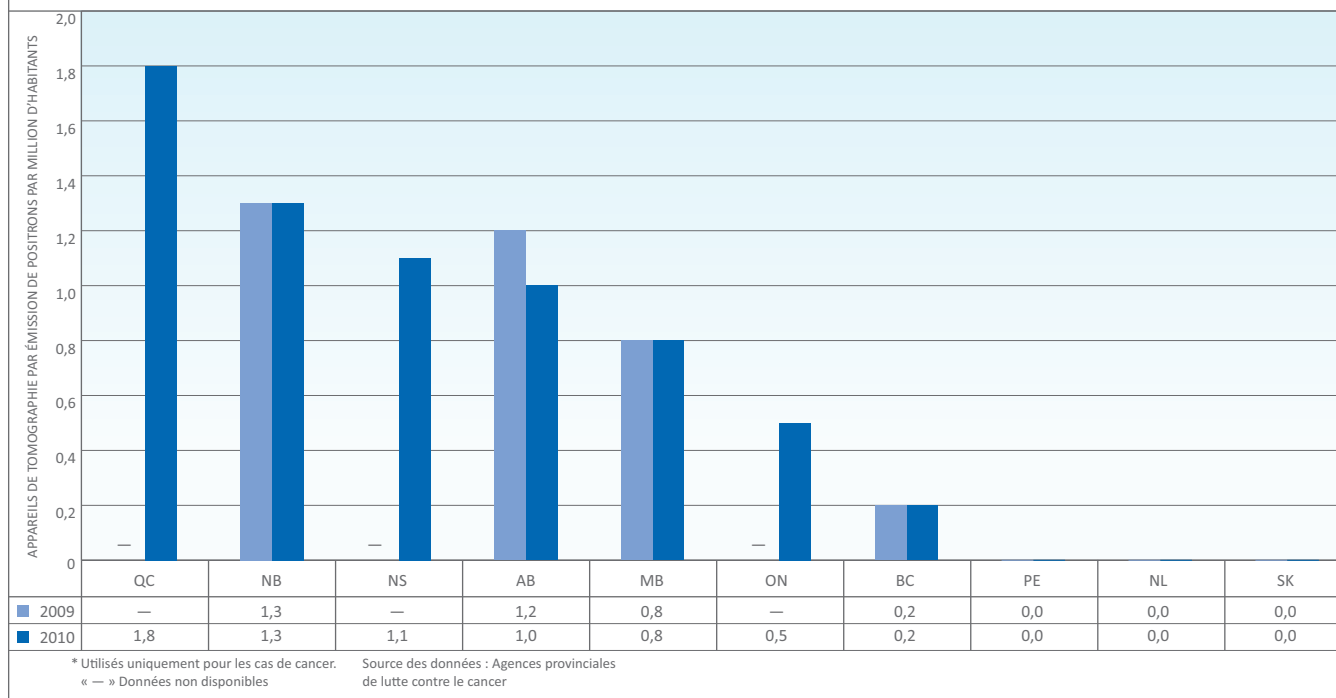
Les résultats présentés décrivent des écarts significatifs en ce qui a trait à la disponibilité et à l'utilisation des appareils de tomographie par émission de positrons d'un endroit à l'autre au Canada. Plus précisément :

- Le nombre d'appareils de tomographie par émission de positrons par million d'habitants variait de 0 appareil, à l'Île-du-Prince-Édouard, à Terre-Neuve-et-Labrador et en Saskatchewan, à 1,8 appareil au Québec (Figure 93). La différence observée entre le nombre d'appareils par million d'habitants en Ontario (0,5 appareil) et au Québec laisse sous-entendre que les écarts ne sont pas nécessairement attribuables à la taille d'une province.
- L'écart persiste lorsque l'on étudie l'utilisation des appareils en calculant le nombre de tests de tomographie par émission de positrons liés au cancer par million d'habitants. Cet écart varie de 515, en Ontario, à 1 819, en Nouvelle-Écosse (Figure 94).
- L'utilisation des appareils semble avoir augmenté en 2010, comparativement à 2009, dans trois des quatre provinces qui ont présenté des données portant sur les deux années. Cette observation laisse sous-entendre que cette technologie est de plus en plus utilisée.

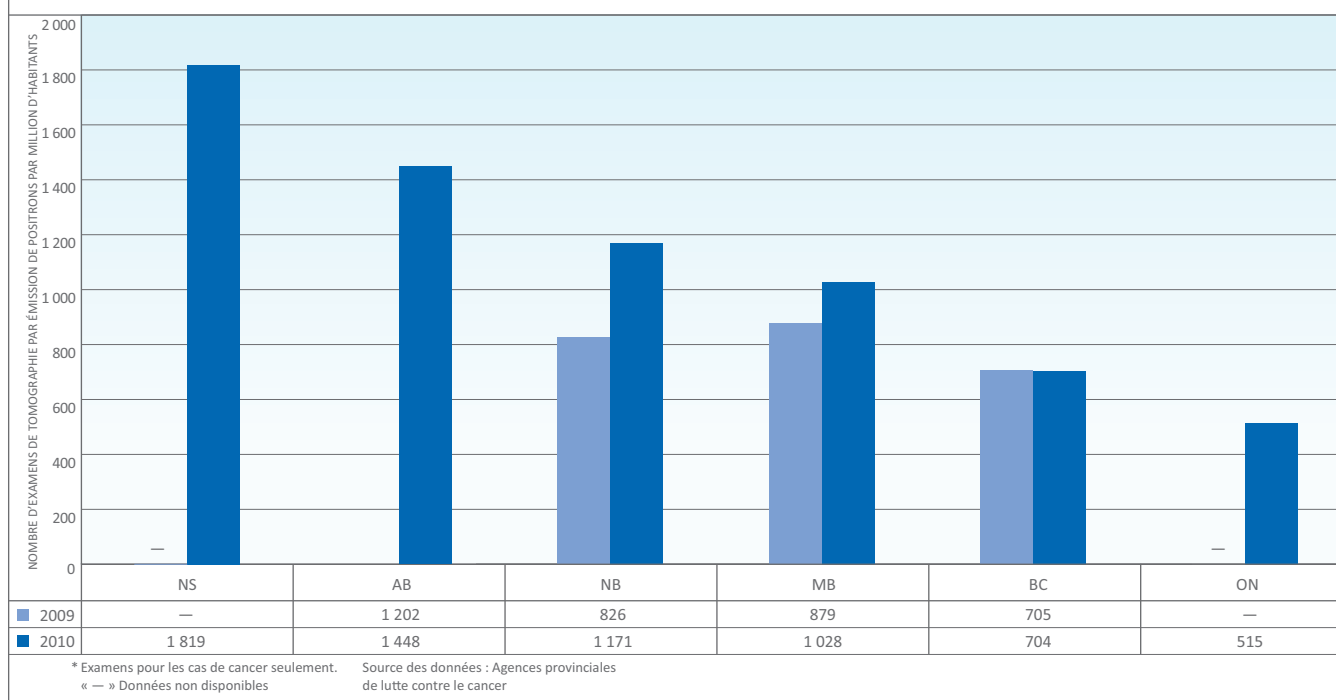
Un sondage effectué en 2004 auprès de 14 membres du Réseau international des organismes d'évaluation des technologies de la santé a déterminé que le nombre d'appareils de tomographie par émission de positrons par million d'habitants variait de 0,25, aux Pays-Bas, à 1,26, en Belgique. Le nombre d'appareils de tomographie par émission de positrons par million d'habitants était 0,65 en Australie, 0,83 aux États-Unis et 0,39 au Canada (comparativement à 0,9 en 2010)<sup>157</sup>. Si la croissance dans les pays qui ont participé au sondage est proportionnelle à celle qui a été observée en 2004, le Canada se situe probablement toujours au bas de l'échelle de la capacité de tomographie par émission de positrons par habitant.

**FIGURE 93****Appareils de tomographie par émission de positrons\* par million d'habitants**

SELON LA PROVINCE, 2009 ET 2010

**FIGURE 94****Nombre d'exams de tomographie par émission de positrons\* par million d'habitant**

SELON LA PROVINCE, 2009 ET 2010



Le nombre d'appareils de tomographie par émission de positrons par habitant et les résultats sur les taux d'utilisation présentés dans le *Rapport* sont des valeurs utilisées en l'absence de paramètres permanents et de données probantes sur l'utilisation de cette technologie. Par conséquent, les écarts observés d'une province à l'autre à l'aide de cet indicateur doivent être interprétés avec prudence. D'autres facteurs importants dont il faut tenir compte dans le calcul de cet indicateur sont les suivants :

- Une répartition proportionnelle qui tient compte du nombre de jours d'utilisation a été appliquée pour les appareils de tomographie par émission de positrons mis en service ou retirés du service pendant l'année.
- Les calculs ne tiennent compte que des appareils de tomographie par émission de positrons du secteur public qui sont utilisés à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. Les appareils utilisés exclusivement à des fins de recherche ont été exclus.
- Les provinces ont adopté des approches différentes en matière d'utilisation des appareils de tomographie par émission de positrons et d'application des critères cliniques permettant de déterminer les patients qui feront l'objet d'un test de tomographie par émission de positrons. Ces facteurs jouent un rôle dans les taux d'utilisation des appareils observés d'une province à l'autre, ce qui, pour le moment, ne doit pas être interprété comme une indication qu'il existe des écarts en matière de qualité ou de pertinence des soins.
- L'Annexe technique (consultez la page 171) décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

Le Partenariat poursuivra les travaux entrepris avec ses partenaires et d'autres intervenants pour améliorer la capacité et l'accès en matière de tomographie par émission de positrons ainsi que la pertinence de son utilisation dans la prestation des soins aux personnes atteintes d'un cancer. Des efforts seront consacrés à la tâche de s'assurer que les paramètres utilisés à l'avenir seront plus étroitement liés aux normes d'exercice clinique, lorsqu'il y en a.



## RATIO D'UTILISATION DE LA RADIOTHÉRAPIE

---

Ce chapitre du *Rapport* comprend un taux d'utilisation de la radiothérapie qui mesure le pourcentage des patients qui ont reçu une radiothérapie dans les deux ans qui ont suivi l'établissement d'un diagnostic de cancer. Si le critère de deux ans s'impose sur le plan méthodologique, il ne permet toutefois pas de faire des comparaisons par rapport au paramètre couramment cité selon lequel 50 % des personnes atteintes d'un cancer reçoivent une radiothérapie à un moment ou un autre de leur traitement<sup>88-89</sup>. Pour obtenir une comparaison plus fiable avec ce point de référence, on a eu recours à un paramètre de substitution, soit le ratio des séries de radiothérapie par rapport aux nouveaux cas sur une période d'un an. L'Annexe technique (consultez la page 172) propose des définitions et décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée.

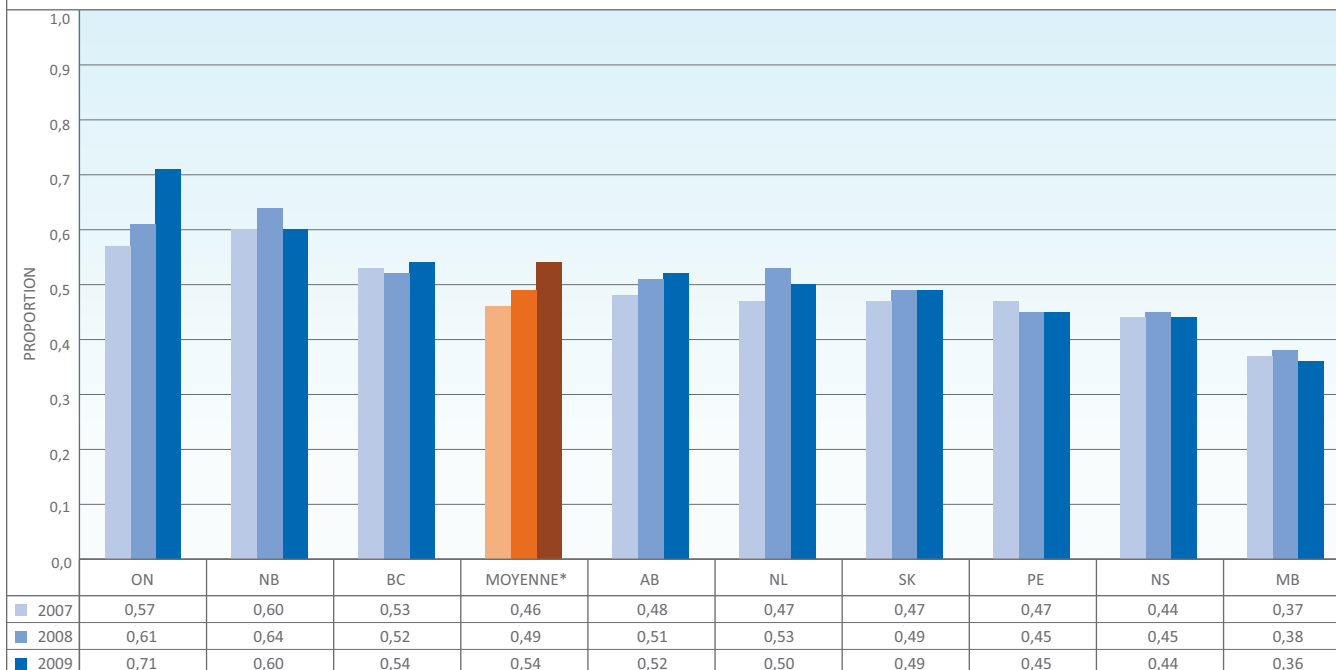
Le ratio d'utilisation de la radiothérapie en 2009 variait de 0,36, au Manitoba, à 0,71, en Ontario. La moyenne globale était 0,54. Sans avoir observé une tendance uniforme de 2007 à 2009 (Figure 95), on remarque des écarts provinciaux en matière de recours à la radiothérapie par type de cancer pour les quatre types de cancer les plus fréquents (Figure 96), tels que le cancer du poumon, dont le ratio varie de 0,31, au Manitoba, à 0,95, à Terre-Neuve-et-Labrador. Parmi les quatre types de cancer les plus fréquents, le cancer du sein est celui qui a le ratio le plus élevé de recours à la radiothérapie dans les six provinces qui ont présenté des données, à l'exception de Terre-Neuve-et-Labrador et de l'Île-du-Prince-Édouard.

Le ratio d'utilisation de la radiothérapie est un indicateur temporaire, parce qu'il n'y a aucun lien entre le numérateur et l'indicateur. Par conséquent, les séries de radiothérapie comprennent les traitements prodigués aux patients récidivistes ou les soins administrés à des fins palliatives. Le ratio peut donc être supérieur à un pour un type de cancer. L'indicateur le plus précis serait celui qui préciserait le pourcentage des personnes atteintes d'un cancer qui ont reçu une radiothérapie à un moment précis pendant leur traitement.

**FIGURE 95**

**Séries de radiothérapie par rapport aux nouveaux cas invasifs**

TENDANCE TEMPORELLE SELON LA PROVINCE, 2007 À 2009



Les données de l'Alb. sont celles de l'exercice financier.

Consultez l'Annexe technique pour connaître la définition de « série ».

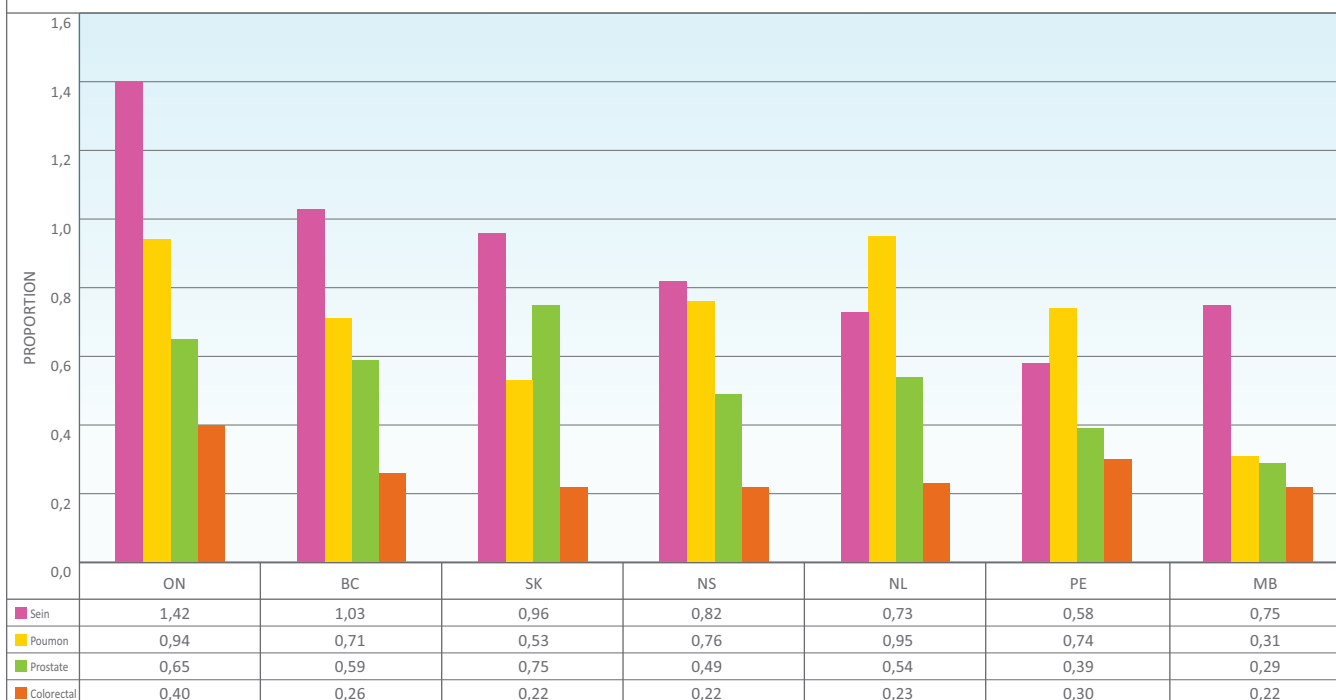
Sources des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer (séries de radiothérapie) et Registre canadien du cancer (nouveaux cas)

**FIGURE 96**

**Séries de radiothérapie par rapport aux nouveaux cas invasifs**

SELON LES 4 TYPES DE CANCER DIAGNOSTIQUÉS LE PLUS SOUVENT EN 2009

SEIN  
POUMON  
PROSTATE  
COLORECTAL



Ne comprend pas les cas de cancer *in situ* ou les cas marginaux.

Consultez l'Annexe technique pour connaître la définition de « série ».

Sources des données : Agences provinciales de lutte contre le cancer (séries de radiothérapie) et Registre canadien du cancer (nouveaux cas)

## DÉPISTAGE DE LA DÉTRESSE

Les travaux de recherche ont démontré que de 35 % à 40 % des personnes atteintes d'un cancer ressentent une intensité de détresse suffisante pour justifier le recours à des services d'aide professionnelle<sup>158</sup>. On décrit souvent le dépistage de la douleur et de la détresse affective comme étant le cinquième et le sixième signe vital<sup>159</sup>. Les tests de dépistage de la détresse permettent de détecter un problème à ses débuts et d'offrir aux patients les services d'aide qui répondent à leurs besoins. Les conséquences négatives associées à une détresse intense comprennent une observance moins étroite des recommandations thérapeutiques<sup>160</sup>, un degré de satisfaction moins élevé par rapport aux soins<sup>161</sup> et une moins bonne qualité de vie<sup>162</sup>. Le recours à des outils uniformisés d'évaluation des symptômes et de dépistage de la détresse permet de décrire l'intensité des symptômes de la douleur et du trouble émotionnel ressentis par les patients et décelés par les prestataires de soins.

Cet indicateur mesure le degré d'adoption des outils d'évaluation des symptômes uniformisés de dépistage de la douleur et des troubles affectifs par les provinces et les organismes de lutte contre le cancer. L'Annexe technique (consultez la page 173) propose des définitions et décrit en détail la méthodologie de calcul qui a été utilisée. On observe des écarts significatifs d'une province à l'autre en ce qui a trait à l'utilisation d'outils normalisés d'évaluation des symptômes d'un centre provincial de traitement contre le cancer à l'autre :

- L'Alberta, la Colombie-Britannique, le Manitoba et le Québec ont adopté un mode de dépistage normalisé des symptômes chez au moins une partie des patients traités dans les centres provinciaux de traitement contre le cancer. Ces provinces procèdent actuellement au déploiement d'outils de dépistage normalisés.
- L'Ontario, la Saskatchewan et la Nouvelle-Écosse ont recours à un outil de dépistage normalisé des symptômes chez au moins une partie des patients traités dans des centres provinciaux de traitement contre le cancer.
- Le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard viennent d'entreprendre les étapes préliminaires de l'utilisation planifiée d'un outil de dépistage normalisé. Les centres provinciaux de traitement contre le cancer n'utilisent aucun programme de dépistage normalisé à l'heure actuelle.
- Aucune norme n'a été adoptée dans les autres provinces. Certains centres de traitement contre le cancer utilisent toutefois des outils d'évaluation des symptômes à l'occasion.
- L'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton est l'outil de dépistage le plus souvent utilisé au Canada.

Des progrès ont été réalisés dans des pays tels que l'Australie<sup>163</sup>, le Royaume-Uni<sup>164</sup> et les États-Unis<sup>165</sup>. Dans ces pays, des recommandations ont été formulées pour intégrer les progrès réalisés aux normes de soins<sup>166</sup>.

En 1999, aux États-Unis, le NCCN (National Comprehensive Cancer Network) a publié des directives qui recommandent que tous les patients fassent l'objet d'un dépistage de la détresse à la première consultation et à intervalle régulier par la suite<sup>167</sup>. L'application de ces recommandations dans les outils de dépistage de routine progresse toutefois très lentement<sup>168</sup>.

En 2008, Agrément Canada et cinq organismes regroupant des professionnels et des patients ont reconnu l'importance du dépistage de la détresse. Au printemps de 2009, le Partenariat a appuyé un ensemble minimal de données pour le dépistage de la douleur et de la détresse. Les grilles retenues pour recueillir les données de base comprennent l'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EES) et la liste de contrôle des problèmes (CPC)<sup>169</sup>. La figure 97 présente un échantillon de l'EES et de cette liste de contrôle. À l'heure actuelle, le groupe d'action pour l'expérience globale du cancer du Partenariat a établi un partenariat avec huit provinces ou territoires, dont sept provinces canadiennes qui auront terminé le déploiement de programmes de dépistage de la détresse au début de l'année 2012. Le principal objectif des initiatives de dépistage de la détresse est de contribuer à créer un système qui fera en sorte que l'on posera des questions pour détecter la détresse chez toutes les personnes atteintes d'un cancer au moment de l'établissement du diagnostic, et à plusieurs autres étapes de leur traitement. Les travailleurs de la santé utiliseront ce questionnaire et les listes de vérification des symptômes qui ont été validés par la recherche.

Les prochains rapports traiteront du pourcentage des patients atteints d'un cancer auprès desquels on a eu recours à un outil d'évaluation normalisé pour dépister des symptômes de la détresse. On y traitera également des paramètres conçus pour évaluer cet aspect important des soins prodigués aux patients.

**TABLEAU 2**

Importance de l'usage d'outils uniformisés pour l'évaluation des symptômes dans l'ensemble des cliniques des agences provinciales de lutte contre le cancer

PROVINCE	IMPLANTATION À L'ÉCHELLE PROVINCIALE	CENTRES PRÉDÉTERMINÉS – (AVEC SOUTIEN PROVINCIAL)	SANS PRISE EN CHARGE CENTRALISÉE – L'UTILISATION VARIE D'UN CENTRE À L'AUTRE
BC		X	
AB		X	
SK	X		
MB		X	
ON	X		
QC		X	
NB			X
NS		X	
PE		X	
NL			X

Définitions :

Implantation à l'échelle provinciale : Un modèle normalisé de dépistage des symptômes a été appliqué auprès d'au moins une partie des patients traités dans chacun des centres de lutte contre le cancer.

Centres prédéterminés – (avec soutien provincial) : Un modèle normalisé de dépistage des symptômes a été appliqué auprès d'au moins une partie des patients traités dans les centres prédéterminés de lutte contre le cancer.

Sans prise en charge centralisée – l'utilisation varie d'un centre à l'autre : Le dépistage des symptômes n'est pas pris en charge à l'échelle provinciale. Il est toutefois possible que certains centres aient recours à un outil de dépistage.

**FIGURE 97**

Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (ESEE) et liste canadienne de vérification des problèmes (CPC)

<b>Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton</b>												
Date : _____ Heure : _____												
Rempli par :												
<input type="checkbox"/> Patient												
<input type="checkbox"/> Famille												
<input type="checkbox"/> Professionnel de la santé												
<input type="checkbox"/> Avec l'aide de la famille ou d'un professionnel de la santé												
<b>Veillez encercler le chiffre décrivant le mieux ce que vous ressentez :</b>												
Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire douleur possible
Aucune fatigue	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire fatigue possible
Aucune nausée	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pires nausées possibles
Aucune dépression	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire dépression possible
Aucune anxiété	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire anxiété possible
Aucune somnolence	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire somnolence possible
Très bon appétit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire appétit possible
Meilleure sensation de bien-être	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire sensation de mal-être possible
Aucun essoufflement	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire essoufflement possible
Autre problème	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>Liste canadienne de vérification des problèmes :</b>												
<b>Parmi les éléments ci-dessous, veuillez cocher tous ceux qui ont été une source de préoccupation ou un problème pour vous au cours de la semaine écoulée, incluant aujourd'hui :</b>												
<b>Aspect émotionnel :</b>			<b>Aspect pratique :</b>			<b>Information :</b>						
<input type="checkbox"/> Peurs/inquiétudes			<input type="checkbox"/> Travail/études			<input type="checkbox"/> Comprendre la maladie et les traitements						
<input type="checkbox"/> Tristesse			<input type="checkbox"/> Finances			<input type="checkbox"/> Communiquer avec l'équipe soignante						
<input type="checkbox"/> Colère/frustration			<input type="checkbox"/> Se rendre aux rendez-vous			<input type="checkbox"/> Prendre une décision face aux traitements						
<input type="checkbox"/> Changement d'apparence			<input type="checkbox"/> Logement			<input type="checkbox"/> Connaître les ressources disponibles						
<input type="checkbox"/> Intimité/sexualité												
<b>Aspect spirituel :</b>			<b>Aspect social/familial :</b>			<b>Physique :</b>						
<input type="checkbox"/> Me questionner sur le sens ou le but de ma vie			<input type="checkbox"/> Me sentir comme un fardeau			<input type="checkbox"/> Concentration/mémoire						
<input type="checkbox"/> Me sentir ébranlé(e) dans mes croyances			<input type="checkbox"/> Préoccupations envers la famille/les amis			<input type="checkbox"/> Sommeil						
			<input type="checkbox"/> Me sentir seul(e)			<input type="checkbox"/> Poids						
Guide d'implantation du dépistage de la détresse, le 6 <sup>ème</sup> signe vital : Contexte, recommandations et mise en œuvre												
37												



# Perspectives d'avenir

Le *Rapport de 2011* est la troisième compilation annuelle des indicateurs qui permettent de mesurer le rendement du système canadien de lutte contre le cancer. Les premières incursions du Partenariat dans le domaine de l'évaluation du rendement du système, en 2009 et en 2010, reposaient surtout sur des données qui avaient été proprement validées et qui étaient suffisamment uniformes pour permettre des comparaisons fiables d'une province à l'autre. Le *Rapport de 2011* actualise les données fournies dans les deux rapports antérieurs et propose de nouveaux indicateurs qui traitent notamment des tendances en matière de prestation de traitements. Par ailleurs, le rapport de cette année présente pour la première fois des données recueillies sur plusieurs années qui permettront éventuellement de dégager des tendances. Le travail effectué depuis trois ans en collaboration avec des partenaires provinciaux et nationaux a permis de créer des liens solides qui reposent sur la confiance, l'intégrité et la conviction pour ce qui est de l'importance de ce travail.

Le rapport d'évaluation du rendement franchit donc une nouvelle étape, passant d'une approche qui tirait parti de données existantes à une démarche systématique et délibérée. Tout comme auparavant, les travaux reposeront sur de vastes consultations d'experts et de chefs de file dans le domaine du savoir et sur une collaboration étroite avec des partenaires et d'autres collaborateurs clés.

Les grandes orientations pour 2012 et pour les années à venir comprennent :

- Travailler en collaboration avec des partenaires pour enrichir les ressources qui existent déjà et développer de nouveaux indicateurs dans des domaines pour lesquels les paramètres d'évaluation sont déficients, particulièrement en ce qui a trait à l'expérience des patients et au concept des soins axés sur les patients.
- Rechercher et élaborer des indicateurs qui évaluent l'efficacité du système.
- Élaborer et intégrer des cibles factuelles de rendement, par l'entremise d'une démarche consensuelle et de l'insertion de ces cibles dans la production des rapports.
- Évaluer plus étroitement les répercussions des principaux déterminants de la santé (p. ex. statut socioéconomique) et les réalités propres aux populations particulières (p. ex. collectivités rurales ou éloignées, nouveaux arrivants, etc.).
- Procéder à des études d'exploration qui permettent de mieux comprendre les écarts et les autres tendances qui affectent le rendement.

Des plans ont également été adoptés pour produire différents types de rapports, dont des :

- Rapports sur le rendement du système qui n'abordent que les paramètres pour lesquels des cibles et des normes sont clairement définis.
- Rapports sur les tendances émergentes et les paramètres en cours d'élaboration, dans lesquels on trouvera de nouveaux indicateurs, des indicateurs explicatifs, et de nouvelles tendances qui méritent d'être étudiées plus en détail.
- Rapports thématiques portant sur des types précis de cancer, des modalités thérapeutiques (p. ex. diagnostic, traitements généraux, interventions chirurgicales, etc.) ou des sous-groupes de la population qui permettront d'approfondir la compréhension d'un domaine spécifique, et ce, dans le but d'améliorer la qualité des soins.

Enfin, des efforts seront entrepris pour assurer une plus large diffusion et augmenter la portée de l'information sur le rendement du système.





# Bibliographie

1. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. *Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective*. Washington, DC: AICR, 2007.
2. Secrétariat du Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains, en partenariat avec le Groupe de travail FPT sur les modes de vie sains et le Comité consultatif FPT sur la santé de la population et la sécurité de la santé (CCSPSS). *Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains*. Ottawa: Public Agence de la santé publique du Canada, 2005.
3. Santé Canada. *La Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme - Un cadre d'action*. 2002.
4. Latino-Martel P, Arwidson P, Ancellin R *et al.* Alcohol consumption and cancer risk: revisiting guidelines for sensible drinking. *Can Med Assoc J*. 2011;183(16):1861-5.
5. Partenariat canadien contre le cancer. Coalition - Connaissances et action liées pour une meilleure prévention. Accessible à : [http://www.cancerview.ca/portal/server.pt/community/initiatives\\_and\\_resources/468/connaissances\\_et\\_actions\\_li%C3%A9es\\_pour\\_une\\_meilleure\\_pr%C3%A9vention\\_-\\_coalition/3937](http://www.cancerview.ca/portal/server.pt/community/initiatives_and_resources/468/connaissances_et_actions_li%C3%A9es_pour_une_meilleure_pr%C3%A9vention_-_coalition/3937).
6. Partenariat canadien contre le cancer. Analyse environnementale des activités de prévention primaire au Canada Partie 1 – Politiques et lois. 2009.
7. Partenariat canadien contre le cancer. Répertoire des politiques de prévention. Accessible à : [http://www.cancerview.ca/portal/server.pt/community/prevention\\_policies/464](http://www.cancerview.ca/portal/server.pt/community/prevention_policies/464).
8. Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle (ESCC)*. Accessible à : [http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2](http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2).
9. US Department of Health and Human Services. *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 years of Progress*. A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, eds. Washington, DC: US Government Printing Office, 1989.
10. Gaudette LA, Altmayer CA, Wysocki M, Gao RN. Cancer incidence and mortality across Canada. *Health Rep*. 1998;10(1):51-66.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Behavioural Risk Factor Surveillance System Prevalence and Trends Data: Adults who are current smokers. Accessible à : <http://apps.nccd.cdc.gov/BRFSS/display.asp?cat=TU&yr=2010&qkey=4396&state=US>.
12. Office for National Statistics. *Smoking and drinking among adults, 2009: A report on the 2009 General Lifestyle Survey*.
13. Australian Bureau of Statistics. *National Health Survey, Summary of Results: 2007–2008*. Accessible à : [http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Latestproducts/4364.0Main%20Features42007-2008%20\(Reissue\)?opendocument&tabname=Summary&prodno=4364.0&issue=2007-2008%20\(Reissue\)&num=&view="](http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Latestproducts/4364.0Main%20Features42007-2008%20(Reissue)?opendocument&tabname=Summary&prodno=4364.0&issue=2007-2008%20(Reissue)&num=&view=).
14. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *Brit Med J*. 2000;321(7257):323.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Fact Sheet—Smoking Cessation. Accessible à : [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/cessation/quitting/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/cessation/quitting/index.htm).
16. Centers for Disease Control and Prevention. *Cigarette Smoking Among Adults and Trends in Smoking Cessation—United States, 2008*. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2009;58(44):1227-1232.
17. Surgeon General. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. Atlanta, 2006.
18. Centers for Disease Control and Prevention. *Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses—United States, 2000–2004*. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2008;57(45):1226-8.
19. Centers for Disease Control and Prevention. Fact Sheet—Second hand Smoke Facts. Accessible à : [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/secondhand\\_smoke/general\\_facts/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/general_facts/index.htm).
20. Santé Canada. *Interdictions de fumer dans les lieux publics par province et territoire*. Accessible à : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/res/news-nouvelles/ban-interdiction-public-fra.php>
21. Société canadienne du cancer. *Laws Banning Smoking in Vehicles Carrying Children—International Overview*. 2011.
22. Physicians for a Smoke-Free Canada. *Exposure to secondhand smoke in vehicles; Canada 2009*. *Tobacco use in Canada: Conclusions tirées de l'ESCC*, 2010.

23. Australian Bureau of Statistics. Alcohol consumption in Australia: A snapshot, 2004/5. Accessible à : <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/4832.0.55.001/>.
24. World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse. Global Status Report on Alcohol 2004. Genève, 2004.
25. Riboli E, Norat T. Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. *Am J Clin Nutr*. 2003;78(3):559S.
26. Organisation mondiale de la santé. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint FAO/WHO Expert Consultation. *Série de Rapports techniques*, N° 916. Genève.
27. The Scottish Government. The Scottish Health Survey. Accessible à : <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2009/09/28102003/58>.
28. Centers for Disease Control and Prevention. State-Specific Trends in Fruit and Vegetable Consumption Among Adults—United States, 2000–2009. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2010;59(35):1125-1130.
29. Australian Bureau of Statistics. National Health Survey: Summary of Results: 2004–05. 2006.
30. Gouvernement du Canada. Nutrition Nord Canada. Accessible à : <http://www.nutritionnorthcanada.ca/index-fra.asp>.
31. Freedman LS, Schatzkin A, Midthune D, Kipnis V. Dealing With Dietary Measurement Error in Nutritional Cohort Studies. *J Natl Cancer Inst*. 2011.
32. Kristal AR, Vizenor NC, Patterson RE, Neuhouser ML, Shattuck AL, McLerran D. Precision and bias of food frequency-based measures of fruit and vegetable intakes. *Cancer Epidem Biomar*. 2000;9(9):939-944.
33. Schoenborn C, Adams P. Health behaviors of adults: United States, 2005–2007. Vital and health statistics. Series 10, Data from the National Health Survey. 2010;(245):1.
34. Australian Government. Physical Activity: Research and Statistics. Accessible à : <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-pubhlth-strateg-active-evidence.htm>.
35. Craig R, Mindell J. Health Survey for England 2006. Volume 1: Cardiovascular disease and risk factors in adults. London: The NHS Information Centre for Health and Social Care. 2008.
36. Jeunes en forme Canada. Faits saillants du Bulletin de l'activité physique 2011. Accessible à : <http://www.activehealthykids.ca/Francais.aspx>.
37. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL. Prevalence and trends in obesity among US adults. *JAMA*. 2002;288(14):1723-1727.
38. Institut canadien d'information sur la santé, Agence de la santé publique du Canada. Obésité au Canada, Rapport conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé. 2011.
39. Statistique Canada. Enquête canadienne sur les mesures de la santé, Cycle 1 Tableau 34, 2007 à 2009. Ottawa, 2010.
40. Douketis JD, Paradis G, Keller H, Martineau C. Canadian guidelines for body weight classification in adults: application in clinical practice to screen for overweight and obesity and to assess disease risk. *Can Med Assoc J*. 2005;172(8):995.
41. Organisation mondiale de la santé. Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale, Rapport d'une consultation de l'OMS, Série de Rapports techniques : Organisation mondiale de la santé, 2000.
42. Agence de la santé publique du Canada. Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé .
43. Singh A, Mulder C, Twisk J, Van Mechelen W, Chinapaw M. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obes Rev*. 2008;9(5): 474-488.
44. Janssen I, Katzmarzyk PT, Boyce WF *et al*. Comparison of overweight and obesity prevalence in school aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obes Rev*. 2005;6(2):123-132.
45. Australian Government. Risk factor monitoring: A rising epidemic: obesity in Australian children and adolescents. Risk Factor Data Briefing Number 2, 2004.
46. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *Brit Med J*. 2000;320(7244):1240.
47. Parkin DM, Bray F. The burden of HPV-related cancers. *Vaccine*. 2006;24:S11-S25.
48. Comité de direction des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer. De 2010. Toronto: Société canadienne du cancer, 2010.
49. Agence de la santé publique du Canada. Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) Déclaration sur le vaccin contre le virus du papillome humain. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada, 2007.
50. Kumar V, Whynes D. Explaining variation in the uptake of HPV vaccination in England. *BMC public health*. 2011;11(1):172.
51. Government of Australia. Interim estimates of human papillomavirus vaccination coverage in the school-based program in Australia. *Communicable Diseases Intelligence*. 2008;32(4).

52. Centres for Disease Control and Prevention. National and State Vaccination Coverage Among Adolescents Aged 13 Through 17 years—United States, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2011;60(33):1118-1123.
53. Hewitson P, Glasziou P, Watson E, Towler B, Irwig L. Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): an update. *Am J Gastroenterol*. 2008;103(6):1541-1549.
54. Mandel JS, Church TR, Ederer F, Bond JH. Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. *J Natl Cancer Inst*. 1999;91(5):434.
55. Jørgensen OD, Kronborg O, Fenger C. A randomised study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds. *Gut*. 2002;50(1):29.
56. Mandel JS, Church TR, Bond JH *et al*. The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. *New Engl J Med*. 2000;343(22):1603-1607.
57. The Screening Action Group of the Canadian Partnership Against Cancer. Mammography Participation and Utilization in Canada. Toronto: Partenariat canadien contre le cancer, 2010.
58. Machii R, Saito H. Time Trends in Cervical Cancer Screening Rates in the OECD Countries. *Japn J Clinl Oncol*. 2011;41(5):731.
59. Ng E, Wilkins R, Fung MFK, Berthelot JM. Cervical cancer mortality by neighbourhood income in urban Canada from 1971 to 1996. *Can Med Assoc J*. 2004;170(10):1545.
60. Spence AR, Goggin P, Franco EL. Process of care failures in invasive cervical cancer: systematic review and meta-analysis. *Prev Med*. 2007;45(2-3):93-106.
61. Nanda K, McCrory D, Myers E *et al*. Accuracy of the Papanicolaou Test in Screening for and Follow up of Cervical Cytologic Abnormalities: A Systematic Review. *J Low Genit Tract Di*. 2001;5(1):60-60.
62. Partenariat canadien contre le cancer. Rapport de 2010 sur le rendement du système. Toronto, 2010.
63. Australian Institute of Health and Welfare. Cervical screening in Australia 2006-2007. *Cancer series No. 47*. Canberra, 2009.
64. Cervical Screening Programme England. Cervical Screening Programme England 2006/07. The Information Centre, 2007.
65. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2009: with special feature on medical technology. Hyattsville, MD, 2010.
66. Vue sur le cancer Canada. Initiative sur le dépistage du cancer colorectal. Accessible à : [http://www.cancerview.ca/portal/server.pt/community/initiatives\\_and\\_resources/469/cervical\\_cancer\\_control](http://www.cancerview.ca/portal/server.pt/community/initiatives_and_resources/469/cervical_cancer_control).
67. Comité de direction des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2011. Toronto: Société canadienne du cancer, 2011.
68. Manfredi S, Piette C, Durand G, Plihon G, Mallard G, Bretagne J. Colonoscopy results of a French regional FOBT-based colorectal cancer screening program with high compliance. *Endoscopy*. 2008;40(5):422-427.
69. Shaw C, Cunningham R, Sarfati D. From screening criteria to colorectal cancer screening: what can New Zealand learn from other countries? *J New Zeal Med Assoc*. 2008;121(1279).
70. Malila N, Oivanen T, Hakama M. Implementation of colorectal cancer screening in Finland: Experiences from the first three years of a public health programme. *Z Gastroenterol*. 2008;46(Suppl 1):S25-S28.
71. Weller D, Coleman D, Robertson R *et al*. The UK colorectal cancer screening pilot: results of the second round of screening in England. *Brit J Cancer*. 2007;97(12):1601-1605.
72. Ananda SS, McLaughlin SJ, Chen F *et al*. Initial impact of Australia's National Bowel Cancer Screening Program. *Women*. 2009;53(12):14.
73. Peris M, Espinas JA, Munoz L, Navarro M, Binefa G, Borrás JM. Lessons learnt from a population-based pilot programme for colorectal cancer screening in Catalonia (Spain). *J Med Screen*. 2007;14(2):81.
74. International Cancer Screening Network. Inventory of colorectal cancer screening activities in ICSN countries. Accessible à : <http://appliedresearch.cancer.gov/icsn/colorectal/screening.html>.
75. Lisi D, Hassan CC, Crespi M. Participation in colorectal cancer screening with FOBT and colonoscopy: an Italian, multicentre, randomized population study. *Digest Dis*. 2010;42(5):371-376.
76. Vue sur le cancer Canada. Colorectal Cancer Screening Program Elements. Accessible à : [http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/screen\\_colorec\\_elements\\_dec10.pdf](http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/screen_colorec_elements_dec10.pdf).
77. Vue sur le cancer Canada. Côlonversation. Accessible à : <http://www.cancerview.ca/portal/server.pt/community/colonsversation/492/colonsversation>.
78. Threlfall T, Wittorff J, Boutdara P *et al*. Collection of population-based cancer staging information in Western Australia—a feasibility study. *Popul Health Metrics*. 2005;3(1):9.
79. National Cancer Institute. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER). Accessible à : <http://seer.cancer.gov/>.
80. EURO CARE. EURO CARE—Survival of cancer patients in Europe. Accessible à : <http://www.eurocare.it/Home/tabid/36/Default.aspx>.

81. Groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein. *Attente d'un diagnostic après le dépistage d'une anomalie au sein au Canada*. Ottawa, 2000.
82. National Institute for Clinical Excellence. *Improving Outcomes in Breast Cancer*. London: National Institute for Clinical Excellence, 2002.
83. Limburg H, Onysko J. Organized Screening Monitoring and Evaluation Program: Canadian Breast Cancer Screening Initiative.
84. Réseau canadien du cancer du sein. *Cancer du sein et les temps d'attente au Canada : Rapport 2008*. Ottawa: Réseau canadien du cancer du sein.
85. Postl, Brian D. *Rapport final du conseiller fédéral sur les temps d'attente*. Ottawa: Santé Canada, 2006.
86. OCDE. *Panorama de la santé 2007: Indicateurs de l'OCDE*. 2007.
87. Bernier J, Horiot JC, Bartelink H *et al.* Profile of radiotherapy departments contributing to the Cooperative Group of Radiotherapy of the European Organization for Research and Treatment of Cancer. *Int J Radiat Oncol*. 1996;34(4):953-960.
88. Zhang-Salomons J, Mackillop WJ. Estimating the lifetime utilization rate of radiotherapy in cancer patients: the multicohort current utilization table (MCUT) method. *Comput Meth Prog Bio*. 2008;92(1):99-108.
89. Delaney G, Jacob S, Featherstone C, Barton M. The role of radiotherapy in cancer treatment. *Cancer*. 2005;104(6):1129-1137.
90. Gunderson LL, Sargent DJ, Tepper JE *et al.* Impact of T and N substage on survival and disease relapse in adjuvant rectal cancer: a pooled analysis. *Int J Radiat Oncol*. 2002;54(2):386-396.
91. Hoffe SE, Shridhar R, Biagioli MC. Radiation therapy for rectal cancer: current status and future directions. *Cancer Control*. 2010;17(1):25-34.
92. Sebag-Montefiore D, Stephens RJ, Steele R, *et al.* Preoperative radiotherapy versus selective postoperative chemoradiotherapy in patients with rectal cancer (MRC CR07 and NCIC-CTG C016): a multicentre, randomised trial. *Lancet*. 2009;373(9666):811-820.
93. National Comprehensive Cancer Network. *Clinical Practice Guidelines in Oncology, Rectal Cancer, Version 4.2011*. 2011.
94. Lin C, Charlton M, Meza J, Enke C, Loberiza Jr F. Temporal and regional variations in the use of preoperative radiation therapy for rectal cancer. *Am J Clin Oncol*. 2010;33(5):443.
95. Neugut AI, Fleischauer AT, Sundararajan V *et al.* Use of adjuvant chemotherapy and radiation therapy for rectal cancer among the elderly: a population-based study. *J Clin Oncol*. 2002;20(11):2643.
96. Clarke M, Collins R, Darby S *et al.* Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet*. 2005;366(9503):2087.
97. Whelan TJ. Use of conventional radiation therapy as part of breast-conserving treatment. *J Clin Oncol*. 2005;23(8):1718.
98. Hughes KS, Schnaper LA, Berry D *et al.* Lumpectomy plus tamoxifen with or without irradiation in women 70 years of age or older with early breast cancer. *New Engl J Med*. 2004;351(10):971-977.
99. Smith BD, Smith GL, Roberts KB, Buchholz TA. Baseline utilization of breast radiotherapy before institution of the Medicare practice quality reporting initiative. *Int J Radiat Oncol*. 2009;74(5):1506-1512.
100. Ess S, Savidan A, Bouchardy C *et al.* *Patterns of Care of Breast Cancer Patients in Switzerland: A Population Based Study*. St Gallen: Krebsforschung Schweiz, 2009.
101. Lavelle K, Todd C, Moran A, Howell A, Bundred N, Campbell M. Non-standard management of breast cancer increases with age in the UK: a population based cohort of women > 65 years. *Brit J Cancer*. 2007;96(8):1197-1203.
102. National Comprehensive Cancer Network. *Clinical Practice Guidelines in Oncology, Breast Cancer, Version 2.2011*. 2011.
103. Giovannucci E, Wu K. *Cancers of the colon and rectum*. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF, eds. *Cancer. Epidemiology and prevention*. Oxford University Press, USA, 2006.
104. André T, Boni C, Navarro M, *et al.* Improved overall survival with oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin as adjuvant treatment in stage II or III colon cancer in the MOSAIC trial. *J Clin Oncol*. 2009;27(19):3109.
105. National Comprehensive Cancer Network. *Clinical Practice Guidelines in Oncology, Colon Cancer, Version 3.2011*. 2011.
106. Kahn KL, Adams JL, Weeks JC *et al.* Adjuvant chemotherapy use and adverse events among older patients with stage III colon cancer. *JAMA*. 2010;303(11):1037.
107. Jessup JM, Stewart A, Greene FL, Minsky BD. Adjuvant chemotherapy for stage III colon cancer: implications of race/ethnicity, age, and differentiation. *JAMA*. 2005;294(21):2703.
108. Chang G. *Issues in the Treatment of Colorectal Cancer: Not for Surgeons Only*. Medscape Education. 2005.

109. Moore M, Gibbs P. Adjuvant Chemotherapy Use Among Older Patients With Stage III Colon Cancer. *JAMA*. 2010;303(23):2353.
110. Goldstraw P, Crowley J, Chansky K *et al*. The IASLC Lung Cancer Staging Project: proposals for the revision of the TNM stage groupings in the forthcoming (seventh) edition of the TNM Classification of malignant tumours. *J Thorac Oncol*. 2007;2(8):706.
111. National Comprehensive Cancer Network. Clinical Practice Guidelines in Oncology, Non-Small Cell Lung Cancer, Version 3.2011. 2011.
112. Gridelli C, Maione P, Comunale D, Rossi A. Adjuvant chemotherapy in elderly patients with non-small-cell lung cancer. *Cancer Control: Journal of the Moffitt Cancer Center*. 2007;14(1):57.
113. Shen SS, Haupt Bx, Ro Jy, Zhu J, Bailey HR, Schwartz MR. Number of lymph nodes examined and associated clinicopathologic factors in colorectal carcinoma. *Arch Pathol Lab Med*. 2009;133(5):781-786.
114. Majumdar SR, Roe MT, Peterson ED, Chen Ay, Gibler WB, Armstrong PW. Better Outcomes for Patients Treated at Hospitals That Participate in Clinical Trials. *Arch Intern Med*. 2008;168(6):657-662.
115. Du Bois A, Rochon J, Lamparter C, Pfisterer J. Pattern of care and impact of participation in clinical studies on the outcome of ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2005;15:183-191.
116. Du Bois A, Reuss A, Pujade Lauraine E, Harter P, Ray Coquard I, Pfisterer J. Role of surgical outcome as prognostic factor in advanced epithelial ovarian cancer: A combined exploratory analysis of 3 prospectively randomized phase 3 multicenter trials. *Cancer*. 2009;115(6):1234-1244.
117. Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer. Stratégie pancanadienne de recherche sur le cancer : Un plan de collaboration entre les bailleurs de fonds de la recherche sur le cancer au Canada. Toronto: ACRC, 2010.
118. Sinha G. United Kingdom becomes the cancer clinical trials recruitment capital of the world. *J Natl Cancer Inst*. 2007;99(6):420.
119. American College of Surgeons. Commission on Cancer Cancer Program Standards 2009. Revised Edition. 2009.
120. National Cancer Research Network. Celebrating a decade of progress through partnership in cancer research: 2001–2011. 2011.
121. Bond MC, Pritchard S. Understanding clinical trials in childhood cancer. *Paediatr Child Health*. 2006;11(3):148.
122. Bleyer W. The US pediatric cancer clinical trials programmes: international implications and the way forward. *Eur J Cancer*. 1997;33(9):1439-1447.
123. O'Leary M, Krailo M, Anderson JR, Reaman GH. Progress in Childhood Cancer: 50 years of Research Collaboration. A Report From the Children's Oncology Group. 2008.
124. Ablett S, Pinkerton C. Recruiting children into cancer trials—Role of the United Kingdom Children's Cancer Study Group (UKCCSG). *Brit J Cancer*. 2003;88(11):1661-1665.
125. Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer. Investissement dans la recherche sur les cancers de l'enfant et de l'adolescent, 2005-2007: Un rapport spécial sur l'enquête de l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer sur les investissements effectués dans la recherche sur le cancer par les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux. Toronto: ACRC, 2009.
126. Council of Canadian Pediatric Hematology/Oncology Directors (C17). C17 Research Network: Annual Report, 2008–2009. 2009.
127. Partenariat canadien contre le cancer. Groupe de travail sur les adolescents et les jeunes adultes. Accessible à : [http://www.cancerview.ca/portal/server.pt/community/adolescents\\_and\\_young\\_adults/491](http://www.cancerview.ca/portal/server.pt/community/adolescents_and_young_adults/491).
128. Klein-Geltink J, Shaw A, Morrison H, Barr R, Greenberg M. Use of paediatric versus adult oncology treatment centres by adolescents 15–19 years old: the Canadian Childhood Cancer Surveillance and Control Program. *Eur J Cancer*. 2005;41(3):404-410.
129. Jacobsen PB, Shibata D, Siegel EM *et al*. Initial evaluation of quality indicators for psychosocial care of adults with cancer. *Cancer Control*. 2009;16(4):328-334.
130. Institute of Medicine (IOM). Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs. Washington, DC: The National Academies Press, 2008.
131. Leeb K, Morris K, Kasman N. Dying of Cancer in Canada's Acute Care Facilities. *Home Health Care Serv Q*. 2005; 8:26–28.
132. Cohen J, Houttekier D, Onwuteaka-Philipsen B *et al*. Which patients with cancer die at home? A study of six European countries using death certificate data. *J Clin Oncol*. 2010;28(13):2267.
133. Dartmouth Atlas of Health Care. Accessible à : <http://www.dartmouthatlas.org/data/topic/topic.aspx?cat=18>.

134. Coleman M, Forman D, Bryant H *et al.* Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995–2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership): an analysis of population-based cancer registry data. *Lancet*. 2011;377(9760):127-138.
135. Ederer F, Heise H. The effect of eliminating deaths from cancer on general population survival rates, methodological note 11: End results evaluation section. National Cancer Institute, 1959.
136. Bray F. Chapter 8 Age Standardization. In: Parkin DM WS, Ferlay J *et al*, ed. Cancer Incidence in Five Continents. IARC Scientific Publication No. 155
137. Surveillance Research Program; National Cancer Institute. Fast Stats: An interactive tool for access to SEER cancer statistics. Accessible à : <http://seer.cancer.gov/faststats>.
138. Partenariat canadien contre le cancer. Programme national de stadification du cancer. Accessible à : [http://www.cancerview.ca/portal/server.pt/community/initiatives\\_and\\_resources/470/favoriser\\_un\\_programme\\_national\\_de\\_stadification\\_du\\_cancer/3943](http://www.cancerview.ca/portal/server.pt/community/initiatives_and_resources/470/favoriser_un_programme_national_de_stadification_du_cancer/3943).
139. Bray F, McCarron P, Parkin DM. The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. *Childhood*. 2004;4:5.
140. Devesa SS, Bray F, Vizcaino AP, Parkin DM. International lung cancer trends by histologic type: male: female differences diminishing and adenocarcinoma rates rising. *Int J Cancer*. 2005;117(2):294-299.
141. Kohler BA, Ward E, McCarthy BJ *et al.* Annual report to the nation on the status of cancer, 1975–2007, featuring tumors of the brain and other nervous system. *J Natl Cancer Inst*. 2011;103(9):714.
142. Baade PD, youlden DR, Krnjacki LJ. International epidemiology of prostate cancer: geographical distribution and secular trends. *Mol Nutr Food Res*. 2009;53(2):171-184.
143. Partenariat canadien contre le cancer. Trousse d'outils sur l'APS : Dosage de l'APS et dépistage du cancer de la prostate. Toronto: Partenariat canadien contre le cancer, 2009. Accessible à : [http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/screen\\_panel\\_psa\\_tool\\_fr.pdf](http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/screen_panel_psa_tool_fr.pdf)
144. Mackillop WJ, Zhang-Salomons J, Boyd CJ, Groome PA. Associations between community income and cancer incidence in Canada and the United States. *Cancer* 2000;89(4):901-912.
145. Mao y, Hu J, Ugnat AM, Semenciw R, Fincham S. Socioeconomic status and lung cancer risk in Canada. *International journal of epidemiology* 2001;30(4):809-817.
146. Gorey KM, Holowaty EJ, Fehringer G *et al.* An international comparison of cancer survival: Toronto, Ontario, and Detroit, Michigan, metropolitan areas. *Am J Public Health*. 1997;87(7):1156-63.
147. Gorey KM, Holowaty EJ, Fehringer G, Laukkanen E, Richter NL, Meyer CM. An international comparison of cancer survival: relatively poor areas of Toronto, Ontario and three US metropolitan areas. *J Public Health Med*. 2000;22(3):343-8.
148. Gorey KM, Holowaty EJ, Fehringer G, Laukkanen E, Richter NL, Meyer CM. An international comparison of cancer survival: metropolitan Toronto, Ontario, and Honolulu, Hawaii. *Am J Public Health*. 2000;90(12):1866-72.
149. Gorey KM, Holowaty EJ, Laukkanen E, Fehringer G, Richter NL. An international comparison of cancer survival: advantage of Toronto's poor over the near poor of Detroit. *Can J Public Health*. 1998;89(2):102-4.
150. Zhang-Salomons J, Qian H, Holowaty E, Mackillop WJ. Associations between socioeconomic status and cancer survival: choice of SES indicator may affect results. *Ann Epidemiol*. 2006;16(7):521-8.
151. Janssen-Heijnen MLG, Gondos A, Bray F *et al.* Clinical relevance of conditional survival of cancer patients in Europe: age-specific analyses of 13 cancers. *J Clin Oncol*. 2010;28(15):2520.
152. Ellison LF, Bryant H, Lockwood G, Shack L. Conditional survival analyses across cancer sites. *Health Reports*. 2011;22(2):21.
153. Merrill RM, Hunter BD. Conditional survival among cancer patients in the United States. *Oncologist*. 2010;15(8):873.
154. Skuladottir H, Olsen JH. Conditional survival of patients with the four major histologic subgroups of lung cancer in Denmark. *J Clin Oncol*. 2003;21(16):3035.
155. Hillner BE, Siegel BA, Liu D *et al.* Impact of positron emission tomography/computed tomography and positron emission tomography (PET) alone on expected management of patients with cancer: initial results from the National Oncologic PET Registry. *J Clin Oncol*. 2008;26(13):2155.
156. Esmail N, Wrona D. Medical Technology in Canada. The Fraser Institute, 2008.
157. Hastings J, Adams EJ. Joint project of the international network of agencies for health technology assessment – Part 1: Survey results on diffusion, assessment, and clinical use of positron emission tomography. *Int J Technol Assess*. 2006;22(02):143-148.
158. Zabora J, Brintzenhofeszoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychol Oncol*. 2001;10(1):19-28.

159. Bultz BD, Carlson LE. Emotional distress: the sixth vital sign in cancer care. *J Clin Oncol*. 2005;23(26):6440.
160. Kennard BD, Stewart SM, Olvera R *et al*. Nonadherence in adolescent oncology patients: preliminary data on psychological risk factors and relationships to outcome. *J Clin Psychol Med S*. 2004;11(1):31-39. REFERENCES 144 2011
161. Von Essen L, Larsson G, Oberg K, Sjöden P. Satisfaction with care: associations with health-related quality of life and psychosocial function among Swedish patients with endocrine gastrointestinal tumours. *Eur J Cancer Care*. 2002;11(2):91-99.
162. Skarstein J, Aass N, Fosså SD, Skovlund E, Dahl AA. Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *J Psychosom Res*. 2000;49(1):27-34.
163. National Breast Cancer Centre NCCI. Clinical Practice Guidelines for the Psychosocial Care of Adults With Cancer. 2003.
164. NHS National Institute for Health and Clinical Excellence. How to Change Practice: Understand, identify and overcome barriers to change. London, 2007. 166.
165. Holland JC, Andersen B, Breitbart WS *et al*. Distress management. *J Nat Comprehensive Cancer Network*. 2010;8(4):448.
166. Bultz BD, Johansen C. Screening for Distress, the 6th Vital Sign: where are we, and where are we going? *Psycho Oncol*. 2011;20(6):569-571.
167. Jacobsen PB. Screening for psychological distress in cancer patients: challenges and opportunities. *J ClinOncol*. 2007;25(29):4526
168. Holland J. NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology*. 1999;13(5A):113-147.
169. Groupe d'action pour l'expérience globale du cancer du Partenariat canadien contre le cancer. Guide d'implantation du dépistage de la détresse, le 6<sup>ième</sup> signe vital: Vers des soins centrés sur la personne. Partie A : Contexte, recommandations et implantation. 2009.
170. Brenner H, Gefeller O. An alternative approach to monitoring cancer patient survival. *Cancer*. 1996;78:2004-10
171. Baili P, Micheli A, Montanari A, Capocaccia R. *Comparison of Four Methods for Estimating Complete Life Tables from Abridged Life Tables Using Mortality Data Supplied to EURO CARE-3*. Mathematical Population Studies, 2005;12:183-198.
172. Elandt-Johnson RC and Johnson NL. *Survival Models and Data Analysis*. 1980;111-115. New York: Wiley series.





# Annexe technique

## Prévention

### INDICATEUR : PRÉVALENCE DU TABAGISME

#### Définition :

Pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus dans chaque groupe précisé – fumeurs quotidiens ou occasionnels, anciens fumeurs ou personnes n’ayant jamais fumé

#### Numérateur :

Nombre de fumeurs quotidiens ou occasionnels, d’anciens fumeurs ou de personnes n’ayant jamais fumé, chez les personnes âgées de 12 ans ou plus

#### Dénominateur :

Ensemble de la population âgée de 12 ans et plus

#### Source des données :

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

#### Disponibilité des données :

2003 (ESCC, Cycle 2.1); 2009 (ESCC, 2009) – données pancanadiennes

#### Variables de l’ESCC :

- A fumé au moins 100 cigarettes de son vivant
- A déjà fumé une cigarette en entier
- Genre de fumeur en ce moment
- A déjà fumé quotidiennement

#### Variables de stratification :

Province ou territoire, âge, sexe, revenu, scolarité, milieu urbain/rural/rural éloigné/rural très éloigné (consultez les variables de stratification de l’ESCC)

#### Remarques :

Les données de l’ESCC reposent sur un échantillon représentatif qui a ensuite été extrapolé pour évoquer l’ensemble de la population.

### INDICATEUR : RENONCEMENT AU TABAC

#### Définition :

Pourcentage de personnes âgées de 20 ans ou plus qui fumaient récemment, mais qui ont cessé de fumer au cours des deux années précédentes

#### Numérateur :

Personnes qui ont renoncé au tabac récemment : personnes qui ne fumaient plus au moment du sondage et qui avaient cessé de fumer au cours des deux années précédentes

#### Dénominateur :

Personnes qui ont renoncé au tabac récemment en plus des fumeurs actuels (celles qui fument tous les jours ou à l’occasion)

#### Source des données :

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

#### Disponibilité des données :

2003 (ESCC, Cycle 2.1); 2009 (ESCC, 2009) – données pancanadiennes

#### Variables de l’ESCC :

- Usage du tabac à l’heure actuelle
- Nombre d’années écoulées depuis que la personne a cessé de fumer tous les jours
- Nombre d’années écoulées depuis que la personne a complètement cessé de fumer

#### Variables de stratification :

Province ou territoire, âge, sexe, revenu, scolarité, milieu urbain/rural/rural éloigné/rural très éloigné (consultez les variables de stratification de l’ESCC)

#### Remarques :

1. Cet indicateur ne pouvait pas être calculé à partir des données du cycle 1.1 (2000-2001), car on avait seulement demandé aux répondants s’ils avaient cessé de fumer tous les jours. Comme un répondant aurait pu passer du statut de fumeur quotidien au statut de fumeur occasionnel, il n’est pas possible de déterminer s’il avait complètement cessé de fumer. À partir du cycle 2.1, on a également posé la question suivante : « Avez-vous cessé de fumer complètement au moment où vous avez arrêté de fumer quotidiennement? Dans la négative, quand avez-vous cessé complètement de fumer? »
2. Les données de l’ESCC reposent sur un échantillon représentatif qui a ensuite été extrapolé pour évoquer l’ensemble de la population.

### INDICATEUR : EXPOSITION À DE LA FUMÉE DE TABAC AMBIANTE

#### Définition :

Pourcentage des non-fumeurs âgés de 12 ans ou plus régulièrement exposés à de la fumée de tabac ambiante à la maison, dans un véhicule ou dans un lieu public

#### Numérateur :

- Nombre de non-fumeurs qui ont déclaré que quelqu’un fumait à tous les jours ou presque tous les jours à leur domicile.
- Nombre de non-fumeurs qui ont déclaré avoir été exposés à de la fumée de tabac ambiante tous les jours ou presque tous les jours dans un véhicule particulier au cours du mois qui a précédé.
- Nombre de non-fumeurs qui ont déclaré avoir été exposé à de la fumée de tabac ambiante tous les jours ou presque tous les jours dans un lieu public au cours du mois qui a précédé.

**Dénominateur :**

Non-fumeurs âgés de 12 ans ou plus

**Sources des données :**

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**Disponibilité des données :**

2003 (ESCC, Cycle 2.1); 2005 (ESCC, Cycle 3.1); 2007 (ESCC, 2007), 2008 (ESCC, 2008), 2009 (ESCC, 2009) – données pancanadiennes

**Variables de l'ESCC :**

- En comptant les personnes qui habitent à votre domicile et les visiteurs réguliers, y a-t-il quelqu'un qui fume à l'intérieur de votre domicile, tous les jours ou presque tous les jours?
- Au cours du dernier mois, avez-vous été exposé à de la fumée de tabac ambiante, tous les jours ou presque tous les jours, dans une automobile ou dans un autre véhicule particulier?
- Au cours du dernier mois, avez-vous été exposé à de la fumée de tabac ambiante tous les jours ou presque tous les jours dans un lieu public?

**Variables de stratification :**

Province ou territoire, âge

**Remarques :**

Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif qui a ensuite été extrapolé pour évoquer l'ensemble de la population.

### INDICATEUR : CONSOMMATION D'ALCOOL – RECOMMANDATIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL À FAIBLE RISQUE

**Définition :**

Pourcentage d'adultes âgés de 18 ans ou plus qui ont déclaré avoir consommé plus d'alcool que les recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque décrites ci-dessous :

**Recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque :**

*Pas plus de deux verres par jour chez les hommes EN MOYENNE et pas plus d'un verre par jour chez les femmes EN MOYENNE.* La moyenne quotidienne a été calculée en fonction de la quantité totale de verres que le répondant a déclaré avoir consommé dans la semaine qui a précédé l'entrevue réalisée dans le cadre de l'ESCC, divisée par sept jours.

**Numérateur :**

Nombre d'adultes (> 18 ans) qui ont déclaré dépasser les recommandations sur la consommation d'alcool à faible risque

**Dénominateur :**

Ensemble de la population (> 18 ans)

**Sources des données :**

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**Disponibilité des données :**

2003 (ESCC, Cycle 2.1); 2005 (ESCC, Cycle 3.1) – données pancanadiennes

**Variables de l'ESCC :**

- Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez bu un verre de bière, de vin, d'alcool ou de toute autre boisson alcoolisée?
- Au cours des 7 derniers jours, est-ce que vous avez bu un verre de la bière, de vin, d'alcool ou de toute autre boisson alcoolisée?
- Combien de verres avez-vous bu tous les jours au cours des 7 derniers jours?

**Variables de stratification :**

Province ou territoire, revenu, scolarité, milieu urbain/rural/rural éloigné/rural très éloigné (consultez les variables de stratification de l'ESCC)

**Remarques :**

1. La population totale était légèrement différente en 2003 et en 2005. Le contexte de 2003 comprend les personnes qui avaient consommé de l'alcool au cours de la semaine précédente, alors que celui de 2005 comprend les personnes qui avaient consommé de l'alcool au cours de la semaine précédente et celles qui avaient répondu « ne sais pas » ou qui avaient refusé de répondre – approximativement 0,2 % de l'échantillon.
2. L'indicateur tient compte des données de 2005, puisque des données plus récentes ne sont pas disponibles pour toutes les provinces ou territoires.
3. Un « verre » d'alcool correspond au contenu d'une bouteille ou d'une cannette de bière, d'un verre de bière, d'un verre de vin ou de punch, ou d'un coquetel contenant 1,5 once d'alcool.
4. Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif qui a ensuite été extrapolé pour évoquer l'ensemble de la population.

### INDICATEUR : CONSOMMATION D'ALCOOL – ABSTINENCE D'ALCOOL

**Définition :**

Pourcentage des adultes âgés de 18 ans ou plus qui ont déclaré ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 12 mois qui ont précédé.

**Numérateur :**

Nombre de personnes âgées de 18 ans ou plus qui ont déclaré ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 12 mois qui ont précédé.

**Dénominateur :**

Ensemble de la population âgée de 18 ans ou plus

**Sources des données :**

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**Disponibilité des données :**

2003 (ESCC, Cycle 2.1); 2009 (ESCC, 2009) – données pancanadiennes

**Variables de l'ESCC :**

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris un verre de bière, de vin, d'alcool ou de toute autre boisson alcoolisée?

**Variables de stratification :**

Province ou territoire, revenu, scolarité, milieu urbain/rural/rural éloigné/rural très éloigné (consultez les variables de stratification de l'ESCC)

**Remarques :**

1. Un « verre » d'alcool correspond au contenu d'une bouteille ou d'une cannette de bière, d'un verre de bière, d'un verre de vin ou de punch, ou d'un coquetel contenant 1,5 once d'alcool.
2. Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif qui a ensuite été extrapolé pour évoquer l'ensemble de la population.

**INDICATEUR : CONSOMMATION DE FRUITS ET DE LÉGUMES****Définition :**

Pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus associée à chaque degré de consommation de fruits ou de légumes : 5 à 10 fois par jour ou > 10 fois par jour

**Numérateur :**

Nombre de personnes âgées de 12 ans ou plus qui ont déclaré consommer des fruits ou des légumes 5 à 10 fois par jour ou > 10 fois par jour

**Dénominateur :**

Ensemble de la population âgée de 12 ans et plus

**Sources des données :**

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**Disponibilité des données :**

2000–2001 (CCHS Cycle 1.1); 2003 (CCHS Cycle 2.1); 2007 (CCHS 2000–2001 (ESCC, Cycle 1.1); 2003 (ESCC, Cycle 2.1); 2007 (ESCC, Cycle 4.1); 2008 (ESCC, Cycle 5.1); 2009 – données pancanadiennes

**Variables de l'ESCC :**

Dérivé de FVCGTOT (consommation quotidienne totale – fruits et légumes); incluant la consommation quotidienne de jus de fruit, de fruits (excluant le jus de fruit), de salade verte, de pommes de terre (à l'exception des frites, des pommes de terre frites ou des croustilles), de carottes et d'autres légumes (à l'exception des carottes, des pommes de terre ou de la salade).

**Variables de stratification :**

Province ou territoire, revenu, scolarité, milieu urbain/rural/rural éloigné/rural très éloigné (consultez les variables de stratification de l'ESCC)

**Remarques :**

1. L'ESCC mesure la fréquence de consommation, plutôt que la quantité consommée.
2. Les données de cet indicateur pour l'année 2005 ne sont pas incluses dans cette analyse, puisqu'elles ne sont pas disponibles pour toutes les provinces ou tous les territoires.
3. Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif qui a ensuite été extrapolé pour évoquer l'ensemble de la population.

**INDICATEUR : ACTIVITÉ PHYSIQUE PENDANT LES LOISIRS****Définition :**

Pourcentage de la population âgée de 18 ans ou plus dans chaque catégorie d'activité physique – personnes inactives (DÉ < 1,5 kcal/jour); personnes modérément actives (DÉ = 1,5 à 2,0 kcal/jour); personnes actives (DÉ = 3,0 à 4,5 kcal/jour); personnes très actives (DÉ ≥ 4,5 kcal/jour)

La dépense en énergie (DÉ) quotidienne est calculée pour chaque activité de loisir mesurée en kilocalories par jour. On additionne la dépense en énergie pour chacune des activités effectuées pendant la journée. Le total ainsi obtenu représente l'énergie quotidienne totale dépensée pour les activités physiques pendant les loisirs.

**Numérateur :**

Nombre de personnes âgées de 18 ans ou plus qui étaient inactives, modérément actives, actives ou très actives

**Dénominateur :**

Ensemble de la population âgée de 18 ans ou plus

**Sources des données :**

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

**Disponibilité des données :**

2003 (ESCC, Cycle 2.1); 2009 (ESCC, 2009) – données pancanadiennes

**Variables de l'ESCC :**

- Type d'activités physiques effectuées pendant les loisirs
- Nombre de fois ayant pratiqué chaque activité physique pendant les loisirs
- Nombre d'heures consacrées à chaque activité physique pendant les loisirs

**Variables de stratification :**

Province et territoire, sexe, revenu, scolarité, milieu urbain/rural/rural éloigné/rural très éloigné (consultez les variables de stratification de l'ESCC)

**Remarques :**

1. Dépense en énergie quotidienne pour chaque activité =  $(N \times 4 \times D \times \text{valeur MET})/365$   
Soit :  
N = Le nombre de fois qu'un répondant s'est adonné à une activité physique sur une période de trois mois (N est ensuite multiplié par 4, pour obtenir le nombre de fois que le répondant s'est adonné à cette activité au cours des douze mois qui ont précédé.)  
D = La durée de l'activité physique en heures  
Valeur MET = La dépense en énergie associée à une activité est exprimée en kilocalories dépensées en une heure d'activité pour chaque kilogramme du poids corporel (kcal/kg par heure)/365 (pour convertir les données annuelles en données quotidiennes)

- Le jardinage, la marche, le soccer et le ski sont des exemples d'activités de loisir.
- Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif qui a ensuite été extrapolé pour évoquer l'ensemble de la population.

### INDICATEUR : TAUX D'EXCÈS DE POIDS OU D'OBÉSITÉ CHEZ LES ADULTES

#### Définition :

Pourcentage des adultes âgés de 18 ans et plus dans chaque groupe d'IMC - poids insuffisant (IMC < 18,50); poids normal (IMC 18,50 à 24,99); excès de poids (IMC 25,00 à 29,99); obèse II (IMC 35,00 à 39,99); obèse III (IMC 40,00 ou plus) ou obèse (IMC 30,00 ou plus)

#### Numérateur :

Nombre d'adultes (âgés de 18 ans ou plus) ayant un poids insuffisant, un poids normal ou un excès de poids, ou considérés comme obèses

#### Dénominateur :

Nombre total des adultes (âgés de 18 ans ou plus) qui ont donné des réponses valables quant à leur taille et leur poids

#### Population exclues :

Femmes enceintes, femmes qui allaitaient, personnes qui mesuraient moins de trois pieds ou plus de six pieds et onze pouces

#### Sources des données :

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

#### Disponibilité des données :

2003 (ESCC, Cycle 2.1); 2009 (ESCC, 2009) – données pancanadiennes

#### Variables de l'ESCC :

- Poids divulgué par l'intéressé (kg)
- Taille divulguée par l'intéressé (m)
- Valeurs de l'IMC calculées :  $IMC = \text{poids}/(\text{taille})^2$

#### Variables de stratification :

Province et territoire, sexe, revenu, scolarité, milieu urbain/rural/rural éloigné/rural très éloigné (consultez les variables de stratification de l'ESCC)

#### Remarques :

- Même si la taille et le poids ont été déclarés dans le cycle 1.1 (2000-2001) de l'ESCC, ils ne font pas partie de la présente analyse, car la plage d'âge était différente de celles des années subséquentes (adultes : 20-64).
- Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif qui a ensuite été extrapolé pour évoquer l'ensemble de la population.

### INDICATEUR : TAUX D'EXCÈS DE POIDS OU D'OBÉSITÉ CHEZ LES ADOLESCENTS

#### Définition :

Pourcentage des adolescents âgés de 12 à 17 ans dans chaque groupe d'IMC – ayant un excès de poids ou considérés comme obèses d'après les seuils de l'IMC selon l'âge et le sexe définis par Cole; *et al.*

#### Numérateur :

Nombre d'adolescents (âgés de 12 à 17 ans) ayant un excès de poids ou considérés comme obèses

#### Dénominateur :

Nombre total des adolescents (âgés de 12 à 17 ans) qui ont donné des réponses valables quant à leur taille et leur poids

#### Population exclues :

Femmes âgées de 15 à 17 ans qui étaient enceintes, ou qui se sont abstenues de répondre à la question sur la grossesse, celles qui allaitaient, celles qui mesuraient moins de trois pieds ou plus de six pieds et onze pouces

#### Sources des données :

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

#### Disponibilité des données :

2005 (ESCC, Cycle 3.1); 2009 (ESCC, 2009) – données pancanadiennes

#### Variables de l'ESCC :

- Poids divulgué par l'intéressé (kg)
- Taille divulguée par l'intéressé (m)
- Valeurs de l'IMC calculées :  $IMC = \text{poids}/(\text{taille})^2$
- Date de naissance
- Date de l'entrevue
- Sexe

#### Variables de stratification :

Province ou territoire, âge, sexe, revenu, scolarité, milieu urbain/rural/rural éloigné/rural très éloigné (consultez les variables de stratification de l'ESCC)

#### Remarques :

- Les adolescents âgés de 12 à 17 ans étaient considérés comme « obèses » ou « ayant un excès de poids » d'après les seuils de l'IMC selon l'âge et le sexe définis par Cole; *et al.* Les seuils établis par Cole ont recours à une agrégation de données internationales (Brésil, Grande-Bretagne, Hong-Kong, Pays-Bas, Singapour et États-Unis) sur l'IMC et sur les seuils de 25 kg/m<sup>2</sup> (excès de poids) et 30 kg/m<sup>2</sup> (obésité) reconnus internationalement pour les adultes<sup>46</sup>.
- Les données de l'année 2005 (ESCC, Cycle 2.1) ne sont pas incluses dans cette analyse, puisque la taille et le poids n'étaient pas disponibles et que, par conséquent, il s'avère impossible de calculer l'IMC.
- Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif qui a ensuite été extrapolé pour évoquer l'ensemble de la population.

## INDICATEUR : PARTICIPATION AUX PROGRAMMES D'IMMUNISATION CONTRE LE PAPILLOMAVIRUS HUMAIN

### Définition :

La proportion des femmes appartenant à la cohorte visée qui ont reçu la première des 3 doses du vaccin contre le papillomavirus humain.

### Numérateur :

Nombre de femmes qui ont reçu la première dose du vaccin contre le papillomavirus humain dans le cadre d'un programme d'immunisation provincial ou territorial

### Dénominateur :

Nombre de femmes appartenant à l'année scolaire ou au groupe d'âge visé (varie d'une province à l'autre) qui fréquentent des écoles où le programme d'immunisation contre papillomavirus humain est offert

### Sources des données :

Initiative pancanadienne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus

### Disponibilité des données :

Année scolaire 2008 à 2009 (approximativement du 1<sup>er</sup> septembre 2008 au 31 août 2009)

### Variables de stratification :

Province ou territoire

### Provinces qui ont présenté des données :

Alb., C.-B., Man., N.-B., T.-N.-L., N.-É., T.-N.-O., Ont., Î.-P.-É., Qc, Sask.

### Remarques concernant certaines provinces :

Alb. Les données sont celles de la 3<sup>e</sup> dose.

T.-N.-O. Les données reposent sur des projections.

Ont. Les données sont celles de la 3<sup>e</sup> dose.

Î.-P.-É. Les données reposent sur des projections.

### Remarques générales :

La population visée, les plans et les étapes de déploiement et de mise en œuvre varient d'une province ou d'un territoire à l'autre. À mesure que les provinces avancent dans la mise en œuvre de ces programmes d'immunisation, on s'attend à ce que ces pourcentages augmentent et que les écarts interprovinciaux diminuent.

## Dépistage

### INDICATEUR : PARTICIPATION AUX PROGRAMMES DE DÉPISTAGE DU COL DE L'UTÉRUS

#### Définition :

Pourcentage des femmes âgées de 20 à 69 ans qui ont passé au moins 1 test de Papanicolaou (Pap) de 2006 à 2008

#### Numérateur :

Nombre de femmes (20 à 69 ans) qui ont passé au moins 1 test de Papanicolaou au cours des trois années qui ont précédé

#### Dénominateur :

Nombre total de femmes âgées de 20 à 69 ans

#### Sources des données :

Programmes de dépistage du cancer du col utérin au Canada : Surveillance du rendement des programmes (document de travail)

#### Disponibilité des données :

2006 à 2008

#### Provinces qui ont présenté des données :

Alb., C.-B., Man., T.-N.-L., N.-É., Ont., Sask.

#### Variables de stratification :

Province, âge, données corrigées pour tenir compte des femmes ayant subi une hystérectomie

#### Remarques concernant certaines provinces :

- Alb. L'Alb. a présenté des données qui couvrent les régions dotées de programmes structurés au cours de ces années (approximativement 40 % de la population).
- C.-B. La C.-B. a exclu les tous les tests cytologiques non vaginaux (p. ex. les tests du dôme vaginal) et ajusté le dénominateur pour tenir compte du taux d'hystérectomies effectuées dans la province.
- T.-N.-L. T.-N.-L. a présenté des données historiques de 2005 à 2007.
- Ont. L'Ont. a présenté des taux de participation corrigés qui tiennent compte des femmes ayant subi une hystérectomie. Le taux de participation a été ajusté à l'aide d'une méthode reposant sur des données administratives permettant d'identifier les femmes qui avaient déjà subi une hystérectomie et sur les taux d'hystérectomie déjà publiés.

## INDICATEUR : DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS – RÉTENTION

### Définition :

Pourcentage des femmes âgées de 20 à 69 ans qui ont subi un test de Pap moins de 3 ans après avoir obtenu un résultat négatif à un test de Pap en 2004 ou en 2005

### Numérateur :

Nombre de femmes qui ont subi un test de Pap moins de 3 ans après avoir obtenu un résultat négatif à un test de Pap

### Dénominateur :

Nombre total de femmes âgées de 20 à 69 ans

### Sources des données :

Programmes de dépistage du cancer du col utérin au Canada : Surveillance du rendement des programmes (document de travail)

### Disponibilité des données :

2004 et 2005

### Provinces qui ont présenté des données :

Alb., Man., T.-N.-L., N.-É. et Sask. (données non corrigées) ; C.-B. et Ont. (données corrigées)

### Variables de stratification :

Province, âge

### Remarques concernant certaines provinces :

- Alb. L'Alb. a présenté des données qui couvrent les régions dotées de programmes structurés au cours de ces années (≈ 40 % de la population).
- T.-N.-L. T.-N.-L. a présenté des données historiques de 2005 à 2007.
- Ont. Les données de l'Ont. sont celles de 2003 et de 2006. Elles représentent approximativement 85 % de tous les tests de Pap effectués dans la province.

## INDICATEUR : DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL – ASYMPTOMATIQUE

### Définition :

Pourcentage de personnes asymptomatiques âgées de 50 à 74 ans qui ont déclaré avoir subi un test de dépistage du cancer colorectal (CCR) lorsque le qualificatif asymptomatique est défini comme suit :

**Asymptomatiques :** Les répondants qui ont déclaré avoir subi un test de dépistage du CCR pour l'une des raisons suivantes :

- Antécédents familiaux; dans le cadre d'un examen ou d'un dépistage de routine; âge; race

Mais pas pour l'une des raisons suivantes :

- Suivi médical à cause d'un problème; suivi d'un traitement contre le cancer colorectal; autre raison

### Numérateur :

1. Nombre de personnes asymptomatiques âgées de 50 à 74 ans qui ont déclaré avoir eu une RSOS dans les deux dernières années
2. Nombre de personnes asymptomatiques âgées de 50 à 74 ans qui ont déclaré avoir subi une RSOS au cours des deux années

qui ont précédé ou une coloscopie/sigmoïdoscopie au cours des cinq années qui ont précédé

### Dénominateur :

Nombre total de personnes âgées de 50 à 74 ans qui ne manifestaient aucun symptôme

### Sources des données :

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

### Disponibilité des données :

2009 (ESCC, 2009)

### Variables de l'ESCC :

- Avez-vous déjà subi un test de RSOS? À quand remonte la dernière fois? Pour quelle raison l'avez-vous subi?
- Avez-vous déjà subi une coloscopie ou une sigmoïdoscopie? À quand remonte la dernière fois? Pour quelle raison l'avez-vous subie?

### Provinces ou territoires ayant présenté des données :

N.-B., N.-É., T.-N.-L., T.-N.-O., Nunavut, Ont., Î.-P.-É., Sask., Yukon

### Variables de stratification :

Province

### Remarques :

1. La participation au test de dépistage du cancer colorectal faisait partie d'une section facultative du sondage de l'ESCC de 2009.
2. Les données de l'ESCC reposent sur un échantillon représentatif qui a ensuite été extrapolé pour évoquer l'ensemble de la population.

## INDICATEUR : ACCÈS À UN PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

### Définition :

Pourcentage des personnes appartenant à la population visée qui ont accès à un programme structuré de dépistage du cancer colorectal (0 %, 1 à 9 %, 10 à 49 %, 50 à 99 %, 100 %)

### Numérateur :

Personnes appartenant à la population visée qui ont accès à un test préliminaire de dépistage du cancer colorectal

### Dénominateur :

Nombre total des personnes âgées de 50 à 74 ans

### Sources des données :

Réseau national de dépistage du cancer colorectal

### Disponibilité des données :

Accessible en 2011

### Remarques concernant certaines provinces :

N.-B. Programme en cours de planification  
T.-N.-L. Programme en cours de planification  
Qc Programme en cours de planification

### Remarques générales

La population visée par les programmes provinciaux de dépistage du cancer colorectal est celle des adultes âgés de 50 à 74 ans.

## Diagnostic

### INDICATEUR : SAISIE DE DONNÉES SUR LE STADE

#### Définition :

Pourcentage des nouveaux cas de cancer pour lesquels des données sur le stade ont été versées dans les registres provinciaux du cancer

#### Numérateur :

Nombre de nouveaux cas de cancer pour lesquels des données sur le stade ont été versées dans les registres provinciaux du cancer

#### Dénominateur :

Nombre total des nouveaux cas dans le registre provincial de lutte contre le cancer

#### Sources des données :

Données présentées par les organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer

#### Disponibilité des données :

Diagnostics établis en 2007, en 2008 et en 2009

#### Variables de stratification :

Province, type de cancer :

1. Tous types de cancer avec envahissement
2. Cancer du sein
3. Cancer colorectal
4. Cancer du poumon
5. Cancer de la prostate

#### Provinces qui ont présenté des données :

Alb., C.-B., Man., N.-B., T.-N.-L., N.-É., Ont., Î.-P.-É., Sask.

#### Remarques concernant certaines provinces :

- N.-B.
- Les données présentées ne tiennent compte que des cas de cancer de la prostate qui ont fait l'objet d'une ablation complète de la prostate.
  - Les données présentées comprennent les nouveaux cas qui étaient stadifiables selon la 6<sup>e</sup> édition du *Cancer Staging Manual* de l'AJC (la 7<sup>e</sup> édition n'ayant été publiée que le 1<sup>er</sup> janvier 2010).

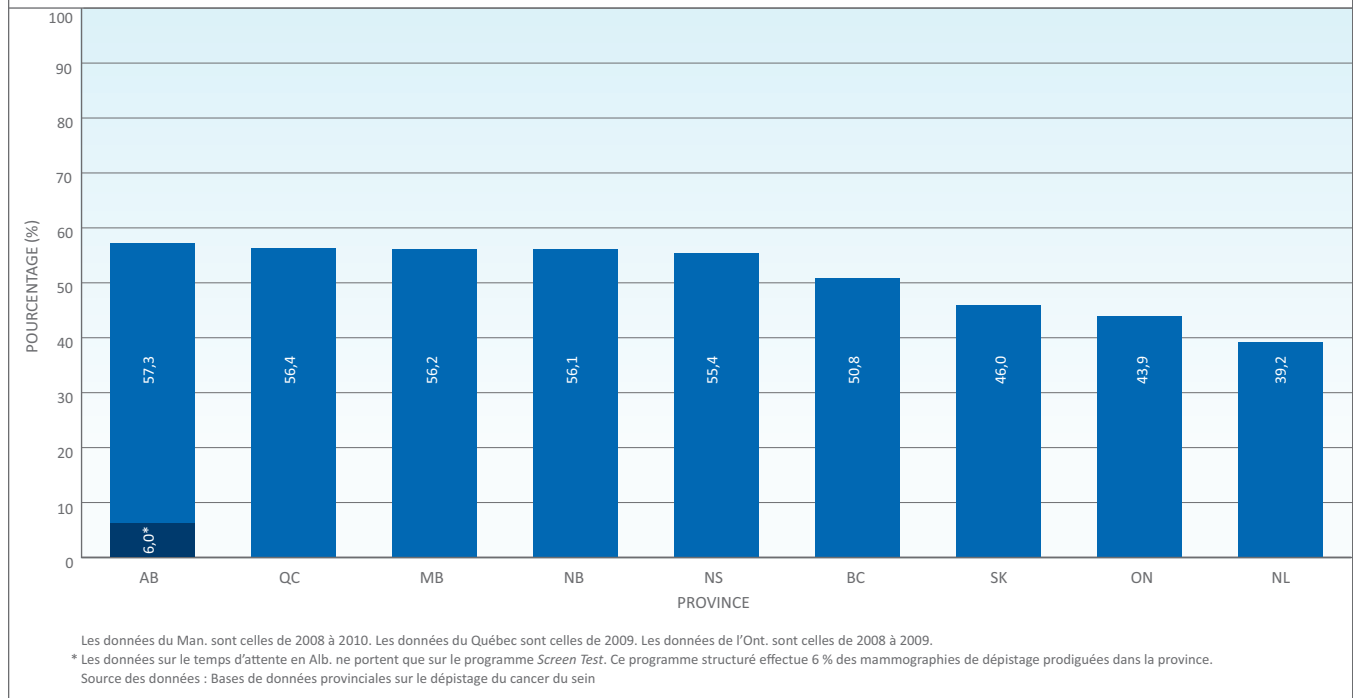
#### Remarques générales :

1. Seuls sont inclus dans le dénominateur les nouveaux cas de cancer avec envahissement qui étaient stadifiables selon la 7<sup>e</sup> édition du *Cancer Staging Manual* de l'AJCC.

**FIGURE A**

Taux de participation aux programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein

2009 ET 2010



<sup>1</sup>Agence de la santé publique du Canada, « Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada - Rapport sur la performance des programmes en 2001 et en 2002 », le 4 juillet 2005. [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/obcsp-podcs01/pdf/Breast-Fr\\_2001-2002.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/obcsp-podcs01/pdf/Breast-Fr_2001-2002.pdf)

2. L'indicateur repose sur les données déclarées directement par les provinces pour les besoins du présent rapport. Aucune validation ou vérification distincte des données fournies n'a été effectuée.
3. La stadification peut s'inspirer de la stadification selon la classification TNM de l'AJCC déclarée directement par les cliniciens ou s'appuyer sur la méthode de stadification conjointe. Les données qui proviennent d'autres systèmes ou normes de stadification n'ont pas été incluses comme un stade valable dans l'indicateur.
4. Le Partenariat a lancé dernièrement une initiative afin de favoriser l'adoption d'un programme concerté sur la stadification du cancer à l'échelle du pays. À la fin de cette initiative, des données complètes sur le stade du cancer devraient être disponibles dans les provinces qui participent à cette initiative pour les quatre principaux types de cancer, soit le cancer du sein, le cancer de la prostate, le cancer du poumon et le cancer colorectal.

#### **INDICATEUR : TEMPS D'ATTENTE ENTRE UNE MAMMOGRAPHIE ANORMALE ET LA RÉOLUTION**

##### **Définition :**

Délai (en semaines) entre une mammographie anormale et la résolution (date du test d'établissement du diagnostic définitif)

##### **Population :**

Femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont participé à un programme structuré de dépistage du cancer du sein et qui ont obtenu un résultat anormal (mammographie ou examen clinique des seins) :

1. Exigeant une biopsie
2. N'exigeant pas de biopsie

##### **Paramètres :**

1. 90<sup>e</sup> centile
2. Pourcentage de résolution dans le délai d'attente cible, c'est-à-dire sept semaines, chez les femmes qui ont besoin d'une biopsie, et cinq semaines, chez les femmes qui n'ont pas besoin d'une biopsie

##### **Sources des données :**

Bases de données provinciales sur le dépistage du cancer du sein

##### **Disponibilité des données :**

2009

##### **Données présentées :**

Alb., C.-B., Man., N.-B., T.-N.-L., N.-É., Ont., Qc

##### **Remarques concernant certaines provinces :**

- Alb. Les données incluses proviennent uniquement du programme de dépistage Screen Test. Ce programme provincial effectue approximativement 6 % des mammographies réalisées dans la province. Environ 65 % de ces mammographies sont faites dans des unités mobiles.
- Ont. Les données du 90<sup>e</sup> centile n'ont pas été déclarées.
- Qc Les données du Québec sont celles de 2007.

##### **Remarques générales :**

1. Les périodes d'attente présentées doivent être évaluées dans le contexte de la participation globale aux programmes structurés de dépistage du cancer du sein. La figure (page précédente) représente la population sur laquelle repose cet indicateur. La participation à ces programmes dans l'ensemble du Canada a été calculée à des intervalles de deux ans en raison du rappel bisannuel. La figure (page précédente) montre le taux de participation des femmes âgées de 50 à 69 ans selon la province en 2009 et en 2010. Les données de Statistique Canada pour 2003 et 2004 (à partir du fichier sur la population de juillet 2008) ont servi pour les valeurs du dénominateur. Puisque ces valeurs ne sont pas tout à fait les mêmes que les dénominateurs utilisés dans les rapports publiés antérieurement, les taux de participation ne sont pas les mêmes que les taux publiés.
2. Les biopsies comprennent les biopsies transcutanées et les biopsies chirurgicales.



## Traitement

### INDICATEUR : TEMPS D'ATTENTE POUR LA RADIOTHÉRAPIE

#### Définition :

1. Le 90<sup>e</sup> centile du temps écoulé entre le moment où le patient est déclaré « prêt à traiter » et le début de la radiothérapie, mesuré en jours/semaines
2. Le pourcentage de cas de radiothérapie pour lesquels le temps d'attente ci-dessus a été dans les délais cibles.

#### Population incluse :

Toutes les personnes atteintes d'un cancer qui ont subi une radiothérapie pour lesquelles on a recueilli les temps d'attente conformément aux spécifications de cet indicateur.

#### Paramètres :

1. Temps d'attente du 90<sup>e</sup> centile en jours
2. Pourcentage des patients ayant commencé un traitement dans le délai cible (4 semaines après la désignation « prêt à traiter »)

#### Sources des données :

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

#### Disponibilité des données :

Années de traitement 2008, 2009 et 2010

#### Variables de stratification :

Province

#### Provinces qui ont présenté des données :

Alb., C.-B., Man., N.-B., T.-N.-L., N.-É., Ont., Qc, Î.-P.-É., Sask.

#### Remarques concernant certaines provinces :

- Alb. La province a commencé à déclarer des données en 2009.
- Qc Les données du 90<sup>e</sup> centile n'ont pas été déclarées.
- N.-B.
- Les données portant sur le 90<sup>e</sup> centile ne sont pas disponibles.
  - Les rapports du Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick pour la radiothérapie couvrent les domaines suivants : cancer du cerveau et du système nerveux central, cancer du sein, cancer gastro-intestinal, cancer génito-urinaire, cancer gynécologique, cancer de la tête ou du cou, leucémie, cancer du poumon, lymphome, mélanome malin, sarcome, cancer de la peau, cancer bénin.
- N.-É. Avant 2010, la N.-É. ne recueillait pas de données sur les patients « prêts à traiter ». Les temps d'attente déclarés pour les années 2008 et 2009 reposent sur une mesure de substitution mise au point par la province.

#### Remarques générales :

1. Les données de source utilisées pour cet indicateur ont été fournies par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer selon les définitions données par le Partenariat canadien contre le cancer.

2. On observe des divergences dans le mode d'évaluation du temps d'attente d'une province à l'autre. L'une des principales divergences tient au fait que les provinces définissent différemment la notion « prêt à traiter ». Des efforts sont en cours pour normaliser cette définition. Le tableau suivant présente les définitions utilisées par les différentes provinces.

### DÉFINITIONS DE LA NOTION « PRÊT À TRAITER » AUX FINS DE L'INDICATEUR DU TEMPS D'ATTENTE POUR UNE RADIOTHÉRAPIE

#### Définition de « prêt à traiter »

- Alb. La date à laquelle le patient est physiquement prêt à commencer le traitement.
- C.-B. La date à laquelle l'oncologue et le patient conviennent que le traitement peut commencer. La désignation « prêt à traiter » exige que tous les tests diagnostiques et toutes les procédures nécessaires pour évaluer la pertinence, les indications et la capacité de subir la radiothérapie aient été effectués.
- Man. La date à laquelle une décision a été prise par le radio-oncologue et que le patient convient que la radiothérapie est appropriée et devrait commencer, ET qu'il est médicalement prêt à commencer le traitement ET qu'il est disposé à commencer le traitement.
- N.-B. La date à laquelle tous les délais anticipés ont pris fin et à laquelle le patient est prêt à commencer le traitement du point de vue social, personnel et médical.
- T.-N.-L. La date à laquelle les examens préliminaires au traitement et tous les retards anticipés ont pris fin et à laquelle le patient est prêt à commencer le traitement du point de vue social, personnel et médical.
- N.-É. La date à laquelle les examens préliminaires au traitement et tous les retards anticipés ont pris fin et à laquelle le patient est prêt à commencer le traitement du point de vue social, personnel et médical. La Nouvelle-Écosse n'avait pas de date « prêt à traiter » avant février 2010; une date de substitution était utilisée auparavant.
- Ont. La période de temps qui s'écoule entre le moment où le spécialiste est convaincu que le patient peut commencer un traitement et le moment où il reçoit le traitement.
- Î.-P.-É. La date à laquelle les examens préliminaires au traitement et tous les délais anticipés ont pris fin et à laquelle le patient est prêt à commencer le traitement du point de vue social, personnel et médical.
- Qc Pendant la consultation, le radio-oncologue inscrit sur un formulaire de demande de traitement la date à laquelle le patient pourra commencer ses traitements.

Sask. La date à laquelle le patient est prêt à recevoir un traitement, compte tenu des facteurs cliniques et de ses préférences. Dans le cas de la radiothérapie, les activités préparatoires (par exemple, la simulation, la planification du traitement, les soins dentaires) ne retardent pas la date « prêt à traiter ».

### INDICATEUR : CAPACITÉ ET UTILISATION DES ACCÉLÉRATEURS LINÉAIRES

#### Définition :

Accès à un accélérateur nucléaire par habitant / Taux d'utilisation des accélérateurs linéaires

#### Numérateur :

1. Nombre d'accélérateurs linéaires pouvant être utilisés (à des fins de radiothérapie) dans une province
2. Nombre de traitements de radiothérapie effectués à l'aide d'accélérateurs linéaires

#### Dénominateur :

1. Population totale de la province
2. Nombre d'accélérateurs linéaires utilisables (disponibles pour la radiothérapie) dans la province

#### Sources des données :

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

Population tirée du tableau CANSIM 051-0001 – Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe le 1<sup>er</sup> juillet, au Canada, selon la province ou le territoire et l'année (personnes) tirées de [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca)

#### Disponibilité des données :

Exercices 2009 – 2010

#### Variables de stratification :

Province

#### Provinces qui ont présenté des données :

Alb., C.-B., Man., N.-B., T.-N.-L., N.-É., Ont., Î.-P.-É., Qc, Sask.

#### Remarques concernant certaines provinces :

Man. Les données sont celles de l'exercice 2010-2011.

Qc Le nombre de traitements de radiothérapie effectués n'était pas disponible.

#### Remarques générales :

1. Les « traitements » correspondent au nombre de séances de radiothérapie administrées au patient. Normalement, les patients reçoivent plusieurs séances de traitement réparties sur un certain nombre de semaines au cours de la période de traitement. Dans certains cas, les patients reçoivent deux séances de traitement le même jour. Aux fins de cet indicateur, on considère qu'une séance a été administrée chaque fois

qu'un patient entre dans une chambre radio-protégée pour recevoir un rayonnement et qu'il en ressort.

2. Les accélérateurs linéaires sont répartis proportionnellement pour tenir compte d'une disponibilité partielle.

### INDICATEUR : UTILISATION DE LA RADIOTHÉRAPIE

#### Définition :

Pourcentage de cas ayant reçu une radiothérapie dans les 2 ans qui ont suivi l'établissement du diagnostic

#### Numérateur :

Nombre total de nouveaux cas de cancer dont le diagnostic a été établi pendant l'année en cours qui ont reçu une radiothérapie dans les deux ans qui ont suivi l'établissement du diagnostic

#### Dénominateur :

Nombre total de nouveaux cas de cancer dont le diagnostic a été établi pendant l'année en cours

#### Exclusions du dénominateur :

- Cas de cancer *in situ*
- Cancer de la peau non mélanique

#### Sources des données :

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

#### Disponibilité des données :

Diagnostics établis en 2007 et en 2008

#### Variables de stratification :

Province, âge

#### Provinces qui ont présenté des données :

Alb., C.-B., Man., T.-N.-L., N.-É., Ont., Î.-P.-É., Sask.

#### Remarques concernant certaines provinces :

Alb. Le lieu de l'administration du traitement ne peut pas être confirmé (les traitements qui précèdent l'administration de la radiothérapie et qui y font suite ont tous été administrés dans les délais cibles).

- N.-É. • Les cas provenant de l'Office régional de la santé de Cumberland ont été exclus, car les traitements ont pu être administrés dans un centre situé au Nouveau-Brunswick, et que la Nouvelle-Écosse ne dispose pas de données sur les traitements administrés à l'extérieur de la province.
- Les données ne tiennent compte que de la radiothérapie externe.

Î.-P.-É. Aucune répartition selon l'âge ou le sexe des patients n'a été fournie.

**Remarques générales :**

1. Les traitements associés au traitement de curiethérapie sont inclus.
2. Un « nouveau cas » désigne un patient ou une maladie primaire, tel que défini par le Registre canadien du cancer. Une même personne ayant deux maladies primaires distinctes sera traitée comme deux nouveaux cas (selon les règles CCR/NAACCR applicables).
3. Les cas des patients âgés de 18 ans ou moins ont été exclus.

**INDICATEUR : RADIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE  
ADMINISTRÉE À DES PERSONNES ATTEINTES D'UN CANCER  
DU RECTUM AU STADE II OU III**

**Définition :**

Pourcentage des personnes atteintes d'un cancer du rectum au stade II ou III qui ont fait l'objet d'une résection et qui ont subi une radiothérapie néoadjuvante (préopératoire)

**Numérateur :**

Cas de cancer du rectum au stade II ou III dont le diagnostic a été établi au cours de l'année et qui ont subi une radiothérapie ans dans les 120 jours qui ont précédé la résection

**Dénominateur :**

Cas de cancer du rectum au stade II ou III dont le diagnostic a été établi dans la province au cours de l'année et qui ont subi une résection rectale dans l'année qui a suivi l'établissement du diagnostic

**Source des données :**

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

**Disponibilité des données :**

Diagnostics établis en 2007 et en 2008

**Variables de stratification :**

Province, âge et sexe

**Provinces qui ont présenté des données :**

Alb., C.-B., Man., T.-N.-L., N.-É., Ont., Î.-P.-É.

**Remarques concernant certaines provinces :**

- Alb. La radiothérapie n'était pas limitée au siège primaire de la tumeur.
- C.-B. Les données ne comprennent que les cas recommandés aux soins des centres de traitement contre le cancer. En 2007, ces cas représentaient environ 66 pour 100 des résidents de la C.-B. qui ont fait l'objet d'un diagnostic de cancer du rectum.
- Man. La radiothérapie n'était pas limitée au siège primaire de la tumeur.
- N.-É. • Les cas provenant de l'Office régional de la santé de Cumberland ont été exclus, car les traitements ont pu

être administrés dans un centre situé au Nouveau-Brunswick, et que la Nouvelle-Écosse ne dispose pas de données sur les traitements administrés à l'extérieur de la province.

- Dans le cas de tumeurs primaires synchrones, l'analyse se limite à une seule maladie.

T.-N.-L. La radiothérapie n'était pas limitée au siège primaire de la tumeur.

Ont. La radiothérapie n'était pas limitée au siège primaire de la tumeur.

**Remarques générales :**

1. Les cas de cancer du rectum qui correspondent aux codes ICD03 : C19.9 ou C20.9, stade du groupe AJCC au moment de l'établissement du diagnostic = II ou III.
2. Les cas de cancer de résection rectale qui correspondent aux codes CCI : 1NQ59, 1NQ87 ou 1NQ89.
3. Les cas qui ont fait l'objet d'une résection ont été inclus sans égard à la marge (en raison des contraintes inhérentes aux données).
4. Période visée : Date de la dernière résection (si plusieurs) - date d'établissement du diagnostic ≤ 365 jours.
5. Les cas concernant des personnes âgées de 18 ans ou moins ont été exclus.

**INDICATEUR : MESURE SIMPLIFIÉE – CAS DE CANCER DU  
RECTUM AU STADE II OU III AYANT REÇU UNE RADIOTHÉRAPIE**

**Définition :**

Pourcentage des cas de cancer du rectum au stade II ou III qui ont subi une radiothérapie

**Numérateur :**

Cas de cancer du rectum au stade II ou III dont le diagnostic a été établi au cours de l'année et qui ont subi une radiothérapie dans les 120 jours qui ont suivi l'établissement du diagnostic

**Dénominateur :**

Cas de cancer du rectum au stade II ou III dont le diagnostic a été établi dans la province au cours de l'année

**Sources des données :**

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

**Disponibilité des données :**

Diagnostics établis en 2007 et en 2008

**Variables de stratification :**

Province

**Provinces qui ont présenté des données :**

Alb., C.-B., Man., T.-N.-L., N.-É., Ont., Î.-P.-É., Sask.

**Remarques concernant certaines provinces :**

Alb. La radiothérapie n'était pas limitée au siège primaire de la tumeur.

- C.-B. Les données ne comprennent que les cas recommandés aux soins des centres de traitement contre le cancer. En 2008, ces cas représentaient environ 66 pour 100 des résidents de la C.-B. qui ont fait l'objet d'un diagnostic de cancer du rectum.
- Man. La radiothérapie n'était pas limitée au siège primaire de la tumeur.
- Ont. La radiothérapie n'était pas limitée au siège primaire de la tumeur.
- T.-N.-L. La radiothérapie n'était pas limitée au siège primaire de la tumeur.
- N.-É. Les cas provenant de l'Office régional de la santé de Cumberland ont été exclus, car les traitements ont pu être administrés dans un centre situé au Nouveau-Brunswick, et que la Nouvelle-Écosse ne dispose pas de données sur les traitements administrés à l'extérieur de la province.

#### Remarques générales :

1. Aucun filtre concernant l'intention de traiter n'a été utilisé.
2. Les cas de cancer du rectum correspondent aux codes ICDO3 : C19.9 ou C20.9; stade du groupe AJCC au moment de l'établissement du diagnostic = II ou III.
3. Les cas qui ont fait l'objet d'une résection ont été inclus sans égard à la marge (en raison des contraintes inhérentes aux données).
4. Les cas concernant des personnes âgées de 18 ans ou moins ont été exclus.

#### INDICATEUR : RADIOTHÉRAPIE ADJUVANTE ADMINISTRÉE APRÈS UNE CHIRURGIE CONSERVATRICE DU SEIN CHEZ DES PATIENTES ATTEINTES D'UN CANCER DU SEIN AU STADE I OU II

##### Définition :

Pourcentage des patientes atteintes d'un cancer du sein au stade I ou II qui ont subi une radiothérapie après une chirurgie conservatrice du sein

##### Numérateur :

Cas de cancer du sein au stade I ou II dont le diagnostic a été établi dans la province au cours de l'année et pour lesquels la radiothérapie a commencé dans les 270 jours qui ont suivi une chirurgie conservatrice du sein

##### Dénominateur :

Cas de cancer du sein au stade I ou II dont le diagnostic a été établi dans la province au cours de l'année et qui ont subi une chirurgie conservatrice du sein dans l'année qui a suivi l'établissement du diagnostic

##### Exclusions :

Cas ayant reçu une mastectomie

##### Sources des données :

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer

ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

##### Disponibilité des données :

Diagnostics établis en 2007 et en 2008

##### Variables de stratification :

Province, âge et sexe

##### Provinces qui ont présenté des données :

Alb., C.-B., Man., Ont.

##### Remarques concernant certaines provinces :

- Alb.
- Les exérèses segmentaires ont été incluses comme chirurgies conservatrices du sein.
  - La radiothérapie n'était pas limitée au siège primaire de la tumeur.
- C.-B. Ne comprend que les cas qui ont été recommandés aux soins des centres de traitement contre le cancer. En 2008, ces cas représentaient environ 86 % des résidents de la C.-B. qui ont fait l'objet d'un diagnostic de cancer du sein.
- Man. La radiothérapie n'était pas limitée au siège primaire de la tumeur.
- Ont. La radiothérapie n'était pas limitée au siège primaire de la tumeur.

##### Remarques générales :

1. Les cas de cancer du sein qui correspondent aux codes ICDO3 : C50.0 à C50.9; stade du groupe AJCC au moment de l'établissement du diagnostic = I ou II.
2. Seuls les cas qui ont subi une chirurgie conservatrice du sein, sans mastectomie ultérieure, ont été comptabilisés. Incluent les codes CCI : 1YM87 ou 1YM88; excluent les codes CCI : 1YM89 à 1YM92, dans la période spécifiée.
3. Les cas qui ont fait l'objet d'une résection ont été inclus sans égard à la marge (en raison des contraintes inhérentes aux données).
4. Période visée : Date de la dernière résection (si plusieurs) - date d'établissement du diagnostic  $\leq$  365 jours.
5. Les cas concernant des personnes âgées de 18 ans ou moins ont été exclus.

#### INDICATEUR : MESURE SIMPLIFIÉE – CAS DE CANCER DU SEIN AU STADE I OU II AYANT REÇU UNE RADIOTHÉRAPIE

##### Définition :

Pourcentage des patientes atteintes d'un cancer du sein au stade I ou II qui ont subi une radiothérapie

##### Numérateur :

Les cas de cancer du sein au stade I ou II dont le diagnostic a été établi au cours de l'année et qui ont subi une radiothérapie dans un délai d'un an plus 270 jours (635 jours) après l'établissement du diagnostic

**Dénominateur :**

Cas de cancer du sein au stade I ou II dont le diagnostic a été établi dans la province au cours de l'année

**Sources des données :**

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

**Disponibilité des données :**

Diagnostics établis en 2007 et en 2008

**Variables de stratification :**

Province

**Provinces qui ont présenté des données :**

Alb., C.-B., Man., T.-N.-L., N.-É., Ont., Î.-P.-É., Sask.

**Remarques concernant certaines provinces :**

- Alb. • La radiothérapie n'était pas restreinte au siège primaire de la tumeur.
- Présente des données sur la radiothérapie (à savoir si la radiothérapie avait été administrée dans le délai cible), mais aucun détail lié au motif du traitement ni au type de cancer traité par radiothérapie.
- C.-B. • Ne comprend que les cas qui ont été recommandés aux soins des centres de traitement contre le cancer. En 2008, ces cas représentaient environ 86 % des résidents de la C.-B. qui ont fait l'objet d'un diagnostic de cancer du sein.
- Un filtre concernant l'intention de traiter a été appliqué pour restreindre les données au traitement adjuvant.
- Man. La radiothérapie n'était pas limitée au siège primaire de la tumeur.
- T.-N.-L. La radiothérapie n'était pas limitée au siège primaire de la tumeur.
- N.-É. Les cas provenant de l'Office régional de la santé de Cumberland ont été exclus, car les traitements ont pu être administrés dans un centre situé au Nouveau-Brunswick, et que la Nouvelle-Écosse ne dispose pas de données sur les traitements administrés à l'extérieur de la province.
- Î.-P.-É. La radiothérapie n'était pas limitée au siège primaire de la tumeur.
- Sask. La radiothérapie n'était pas limitée au siège primaire de la tumeur.

**Remarques générales :**

1. Aucun filtre concernant le motif du traitement n'a été utilisé, sauf indication contraire dans les remarques sur la province en particulier.
2. Les cas concernant des personnes âgées de 18 ans ou moins ont été exclus.
3. Les cas de cancer du sein qui correspondent aux codes ICDO3 : C50.0 à C50.9; stade du groupe AJCC au moment de

l'établissement du diagnostic = I ou II.

4. Les cas qui ont fait l'objet d'une résection ont été inclus sans égard à la marge (en raison des contraintes inhérentes aux données).
5. Les cas concernant des personnes âgées de 18 ans ou moins ont été exclus.

**INDICATEUR : CHIMIOTHÉRAPIE ADJUVANTE ADMINISTRÉE À DES PERSONNES ATTEINTES D'UN CANCER DU CÔLON AU STADE III****Définition :**

Pourcentage des cas de cancer du côlon au stade III ayant reçu une chimiothérapie après avoir subi une résection chirurgicale

**Numérateur :**

Cas de cancer du côlon au stade III dont le diagnostic a été établi au cours de l'année et qui ont reçu une chimiothérapie adjuvante dans les 120 jours qui ont suivi une chirurgie

**Dénominateur :**

Cas de cancer du côlon au stade III dont le diagnostic a été établi dans la province au cours de l'année et qui ont subi une résection du côlon moins d'un an après l'établissement du diagnostic

**Sources des données :**

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

**Disponibilité des données :**

Diagnostics établis en 2007 et en 2008

**Variables de stratification :**

Province, âge et sexe

**Provinces qui ont présenté des données :**

C.-B., Alb., Man., Ont., T.-N.-L., Î.-P.-É.

**Remarques concernant certaines provinces :**

- C.-B. • Ne comprend que les cas qui ont été recommandés aux soins des centres de traitement contre le cancer. En 2008, ces cas représentaient environ 49 % des résidents de la C.-B. qui ont fait l'objet d'un diagnostic de cancer du côlon (*in situ* ou avec envahissement).
- Un filtre concernant l'intention de traiter a été utilisé pour restreindre les données au traitement adjuvant.
- Man. Les médicaments administrés par voie orale ont été inclus mais pourraient être sous-représentés.
- Ont. La plupart des données concernant la chimiothérapie administrée par voie orale ont été exclus, parce qu'elles ne sont pas déclarées de manière systématique à Action Cancer Ontario.

**Remarques générales :**

1. Aucun filtre concernant l'intention de traiter n'a été utilisé, sauf indication contraire par la province.

- Les cas de cancer du côlon correspondent aux codes ICDO3 : de C18.0 à C18.9; stade du groupe AJCC au moment de l'établissement du diagnostic = III.
- Les résections du côlon correspondent aux codes de l'ICC : 1NM87 ou 1NM89 ou 1NM91.
- Les cas qui ont fait l'objet d'une résection ont été inclus sans égard à la marge (en raison des contraintes inhérentes aux données).
- Période visée : Date de la dernière résection (si plusieurs) – date d'établissement du diagnostic ≤ 365 jours.
- Les cas concernant des personnes âgées de 18 ans ou moins ont été exclus.

#### **INDICATEUR : MESURE SIMPLIFIÉE – CHIMIOTHÉRAPIE ADJUVANTE ADMINISTRÉE À DES PERSONNES ATTEINTES D'UN CANCER DU CÔLON AU STADE III**

##### **Définition :**

Pourcentage des cas de cancer du côlon au stade III ayant reçu une chimiothérapie dans un délai de 1 an plus 120 jours après l'établissement du diagnostic

##### **Numérateur :**

Cas de cancer du côlon au stade III dont le diagnostic a été établi au cours de l'année et qui ont reçu une chimiothérapie adjuvante dans un délai de 1 an plus 120 jours après l'établissement du diagnostic

##### **Dénominateur :**

Cas de cancer du côlon au stade III dont le diagnostic a été établi dans la province au cours de l'année

##### **Sources des données :**

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

##### **Disponibilité des données :**

Diagnostics établis en 2007 et en 2008

##### **Variables de stratification :**

Province

##### **Provinces qui ont présenté des données :**

Alb., C.-B., Man., T.-N.-L., N.-É., Ont., Î.-P.-É., Sask.

##### **Remarques concernant certaines provinces :**

- C.-B. Les données de la C.-B. ne comprennent que les cas qui ont été recommandés aux soins des centres de traitement contre le cancer. En 2008, ces cas représentaient environ 49 % des résidents de la C.-B. qui ont fait l'objet d'un diagnostic de cancer du côlon (*in situ* ou avec envahissement).
- Man. Les médicaments administrés par voie orale ont été inclus mais pourraient être sous-représentés.

- Ont. La plupart des données concernant la chimiothérapie administrée par voie orale ont été exclues, parce qu'elles ne sont pas déclarées de manière systématique à Action Cancer Ontario.
- N.-É. Les cas qui ne relèvent pas des deux offices régionaux de la santé où sont situés les centres provinciaux de lutte contre le cancer (Cap-Breton et Capital Health) ont été exclus parce que l'information sur la chimiothérapie n'était pas disponible.

##### **Remarques générales :**

- Aucun filtre concernant l'intention de traiter n'a été utilisé.
- Les cas de cancer du côlon correspondent aux codes ICDO3 : de C18.0 à C18.9; stade du groupe AJCC au moment de l'établissement du diagnostic = III.
- Les cas qui ont fait l'objet d'une résection ont été inclus sans égard à la marge.
- Les cas concernant des personnes âgées de 18 ans ou moins ont été exclus.

#### **INDICATEUR : CHIMIOTHÉRAPIE ADJUVANTE ADMINISTRÉE À DES PERSONNES ATTEINTES D'UN CANCER DU POU MON « NON À PETITES CELLULES » AU STADE II OU IIIA**

##### **Définition :**

Pourcentage des personnes atteintes d'un cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II ou IIIA qui ont reçu une chimiothérapie après avoir subi une résection chirurgicale

##### **Numérateur :**

Cas de cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II ou IIIA dont le diagnostic a été établi au cours de l'année et qui ont reçu une chimiothérapie adjuvante dans les 120 jours qui ont suivi une chirurgie

##### **Dénominateur :**

Cas de cancer du poumon « non à petites cellules » au stade II ou IIIA dont le diagnostic a été établi dans la province au cours de l'année et qui ont subi une résection moins d'un an après l'établissement du diagnostic

##### **Sources des données :**

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

##### **Disponibilité des données :**

Diagnostics établis en 2007 et en 2008

##### **Variables de stratification :**

Province, âge et sexe

##### **Provinces qui ont présenté des données :**

Alb., C.-B., Man., Ont., Sask.

**Remarques concernant certaines provinces :**

- Alb. Les résections ne sont pas nécessairement restreintes aux types précisés (lobectomie, pneumonectomie ou segmentectomie).
- C.-B. Ne comprend que les cas qui ont été recommandés aux soins des centres de traitement contre le cancer. En 2008, ces cas représentaient environ 66 % des résidents de la C.-B. qui ont fait l'objet d'un diagnostic de cancer du poumon « non à petites cellules ».
- Man. Les données de 2008 n'étaient pas disponibles au moment de la production du rapport.

**Remarques générales :**

1. Les cas de cancer du poumon « non à petites cellules » correspondent aux codes ICDO3 : C34.0 à C34.9. Les codes d'histologie ont été exclus : 8002, 8041, 8043, 8044, 8045, 8073, 8803. Les codes de lymphome ont été exclus : (M-95 à M-98).
2. Stade du groupe AJCC au moment de l'établissement du diagnostic = II ou IIIA.
3. Les cas de résection correspondent aux codes CCI : 1GR87, 1GR89, 1GR91, 1GT59, 1GT87, 1GT89 ou 1GT91.
4. Les cas qui ont fait l'objet d'une résection ont été inclus sans égard à la marge (en raison des contraintes inhérentes aux données).
5. Période visée : Date de la dernière résection (si plusieurs) – date d'établissement du diagnostic  $\leq$  365 jours.
6. Aucun filtre concernant l'intention de traitement n'a été utilisé, sauf indication contraire par la province.
7. Les cas concernant des personnes âgées de 18 ans ou moins ont été exclus.

**INDICATEUR : RÉSECTIONS AVEC EXAMEN OU EXÉRÈSE D'AU MOINS 12 GANGLIONS CHEZ DES PERSONNES ATTEINTES D'UN CANCER DU CÔLON****Définition :**

Le nombre de personnes atteintes d'un cancer du côlon chez lesquelles 12 ganglions ou plus ont été enlevés et examinés

**Numérateur :**

Cas de cancer du côlon dont le diagnostic a été établi au cours de l'année et qui ont subi une résection comportant l'ablation et l'examen d'au moins 12 ganglions au cours de l'année qui a suivi l'établissement du diagnostic

**Dénominateur :**

Tous les cas de cancer du côlon dont le diagnostic a été établi dans la province au cours de l'année et qui ont subi une résection dans les 12 mois qui ont suivi l'établissement du diagnostic

**Exclusions:**

Les cas pour lesquels le nombre de ganglions enlevés et examinés est inconnu ont été exclus du numérateur et du dénominateur.

**Sources des données :**

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport, généralement sous la forme de données concertées sur le stade du cancer.

**Disponibilité des données :**

Diagnostics établis en 2007 et en 2008

**Variables de stratification :**

Province, âge et sexe

**Provinces qui ont présenté des données :**

Alb., C.-B., Man., N.-B., N.-É., Ont., Î.-P.-É., Sask.

**Remarques concernant certaines provinces :**

- Alb. Les données ne portent pas uniquement sur les résections complètes (colectomie).
- C.-B. Les données de la C.-B. ne comprennent que les cas qui ont été recommandés aux soins des centres de traitement contre le cancer. En 2008, ces cas représentaient environ 49 % des résidents de la C. B. qui ont fait l'objet d'un diagnostic de cancer du côlon (*in situ* ou avec envahissement).
- Ont.
- Les données de 2008 reposent sur 41 % des cas de cancer du côlon pour lesquels des données de stadification concertées ont été recueillies en 2008.
  - Les données de 2007 ne comprennent que les établissements hospitaliers qui produisent des rapports de pathologie synoptiques.
- Î.-P.-É. Les résections correspondent au code d'évaluation de l'élargissement CS (= 3) qu'on a utilisé pour se conformer aux critères pathologiques de l'AJCC en matière de stadification du cancer.

**Remarques générales :**

1. Les cas de cancer du côlon correspondent aux codes ICDO3 : de C18.0 à C18.9.
2. Les résections du côlon correspondent aux codes de l'ICC : 1NM87 ou 1NM89 ou 1NM91.
3. Les cas qui ont fait l'objet d'une résection ont été inclus sans égard à la marge (en raison des contraintes inhérentes aux données).
4. Période visée : Date de la dernière résection (si plusieurs) – date d'établissement du diagnostic  $\leq$  365 jours.
5. Les cas concernant des personnes âgées de 18 ans ou moins ont été exclus.

## Recherche

### INDICATEUR : RATIO DE PARTICIPATION AUX ESSAIS CLINIQUES CHEZ LES ENFANTS

#### Définition :

Le ratio du nombre total de tous les patients ( $\leq 18$  ans) inscrits à des essais thérapeutiques ou des études de recherche clinique liés au cancer en 2010 par rapport au nombre total de nouveaux cas de cancer ( $\leq 18$  ans) dont le diagnostic a été établi dans les centres pédiatriques de traitement contre le cancer en 2010

#### Numérateur :

Tous les patients ( $\leq 18$  ans) nouvellement inscrits à des essais thérapeutiques ou des études de recherche clinique liés à cancer au cours de l'année

#### Dénominateur :

Nouveaux cas de cancer ( $\leq 18$  ans) nouvellement inscrits à des essais thérapeutiques dans des centres pédiatriques de traitement contre le cancer au cours de l'année

#### Sources des données :

Présentées au Partenariat canadien contre le cancer par le Conseil C<sup>17</sup>, données recueillies en août 2011

#### Disponibilité des données :

Années civiles 2009 et 2010

#### Provinces qui ont présenté des données :

Alb., C.-B., Man., T.-N.-L., N.-É., Ont., Qc, Sask.

#### Remarques :

1. Aux fins de l'enregistrement, un essai clinique est une étude de recherche concernant le cancer qui affecte de façon prospective des participants humains à une intervention liée à la santé pour en évaluer les effets sur la santé.
2. Les données excluent les inscriptions dans les études de biologie. Elles incluent toutefois les essais cliniques des phases I à IV.

### INDICATEUR : RATIO DE PARTICIPATION AUX ESSAIS CLINIQUES CHEZ LES ADULTES

#### Définition :

Le ratio du nombre total de tous les patients ( $\geq 19$  ans) nouvellement inscrits à des essais thérapeutiques ou des études de recherche clinique liés au cancer en 2010 par rapport au nombre total de cas de cancer ( $\geq 19$  ans) nouvellement inscrits à des centres provinciaux de lutte contre le cancer en 2010.

#### Numérateur :

Les personnes atteintes d'un cancer ( $\geq 19$  ans), qu'elles aient été de nouveaux cas ou des cas dont le diagnostic avait été établi antérieurement, nouvellement inscrites à des essais cliniques thérapeutiques dans les centres provinciaux de lutte contre le cancer au cours de l'année.

#### Dénominateur :

Patients fréquentant un centre de traitement contre le cancer, qu'ils soient de nouveaux cas ou des cas dont le diagnostic a été établi antérieurement, inscrits pour la première fois à des centres provinciaux de lutte contre le cancer au cours de l'année.

#### Variables de stratification :

Province, type de cancer :

1. Tous les cancers avec envahissement
2. Cancer du sein
3. Cancer colorectal
4. Cancer du poumon
5. Cancer de la prostate

#### Exclusions :

Voir le tableau ci-dessous.

#### Source des données :

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

#### Disponibilité des données :

Exercice 2009 – 2010

#### Provinces qui ont présenté des données :

Alb., C.-B., Man., N.-B., T.-N.-L., N.-É., Ont., Qc, Î.-P.-É., Sask.

#### Remarques concernant certaines provinces :

- AB **Données de 2010** : Les regroupements par type de cancer de 2009 ne correspondent pas nécessairement à ceux de 2010, parce qu'ils reposaient sur des regroupements par type de tumeur (c.-à-d. GI, GU, etc.), alors que les données de 2010 reposent uniformément sur les regroupements de l'AJCC.
- Données de 2009** : Les données incluses proviennent uniquement des deux centres de soins tertiaires. La compilation des essais cliniques ne se fait généralement pas dans les centres provinciaux de lutte contre le cancer.
- C.-B. Les données par type de cancer ne sont pas disponibles.
- Man.
  - Plusieurs patients participaient à plus d'un essai clinique. Ces patients ont été comptés pour chaque essai auquel ils participaient.
  - Les essais sur les cas de cancer *in situ* ont été exclus, à l'exception d'un essai qui regroupe un grand nombre de patients atteints d'un cancer *in situ* et de patients atteints d'un cancer avec envahissement.
- N.-B. Les données par type de cancer ne sont pas disponibles.
- N.-É. Les données de la Nouvelle-Écosse ne tiennent compte que des centres de traitement contre le cancer.
- Î.-P.-É. Les données par type de cancer ne sont pas disponibles.

#### Remarques générales :

Voir le tableau suivant pour connaître les indicateurs inclus et exclus selon la province.



## DÉFINITION ET DÉFINITIONS DES INDICATEURS POUR LES ESSAIS CLINIQUES

	ALB.	C.-B.	MAN.	N.-B.	T.-N.-L.	N.-É.	Î.-P.-É.	SASK.
Numérateur : Les cas de cancer (≥ 19 ans), qu'ils soient de nouveaux cas ou des cas dont le diagnostic a été établi antérieurement, nouvellement inscrits à des essais cliniques thérapeutiques dans les centres provinciaux de lutte contre le cancer en 2010								
Les cas participants à des études non thérapeutiques ont été EXCLUS de ce numérateur.	OUI <sup>1</sup>	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI
Les cas qui font l'objet d'un suivi à long terme ont été EXCLUS de ce numérateur.	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI
Les études par questionnaires ou par entrevues qui ne comportent pas un volet interventionniste ont été EXCLUES.	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI
Les cas recensés, mais qui ne comportaient pas un volet interventionniste en 2010, ont été EXCLUS.	OUI <sup>2</sup>	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI
Les personnes qui N'ONT PAS FAIT L'OBJET d'un diagnostic de cancer ont été EXCLUES de ce numérateur.	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Les personnes qui étaient atteintes d'une tumeur marginale ont été EXCLUES de ce numérateur.	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Les personnes qui étaient atteintes d'un cancer <i>in situ</i> ont été EXCLUES de ce numérateur.	OUI	OUI	OUI <sup>3</sup>	NON <sup>†</sup>	OUI	OUI	OUI	OUI
Dénominateur : Patients fréquentant un centre de traitement contre le cancer, qu'ils soient de nouveaux cas ou des cas dont le diagnostic a été établi antérieurement, inscrits pour la première fois à des centres provinciaux de lutte contre le cancer en 2010								
Les personnes qui N'ONT PAS FAIT L'OBJET d'un diagnostic de cancer ont été EXCLUES de ce dénominateur.	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI
Les personnes qui étaient atteintes d'une tumeur marginale ont été EXCLUES de ce dénominateur.	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NON*	NON	OUI
Les personnes qui étaient atteintes d'un cancer <i>in situ</i> ont été EXCLUES de ce dénominateur.	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NON*	NON	OUI

† 2 des 3 centres ont exclu de ce numérateur les personnes atteintes d'un cancer *in situ*.

\* En cas d'incertitude, la réponse affichée est « Non » (c.-à-d. qu'aucune démarche d'exclusion n'a été entreprise).

<sup>1</sup> Sauf que certaines études IGAR semblent avoir un volet interventionniste.

<sup>2</sup> Les patients qui avaient donné leur consentement, mais qui n'avaient pas été répartis aléatoirement, ont été exclus.

<sup>3</sup> Sauf pour l'inscription à un essai clinique réunissant des cas de cancer *in situ* et des cas de cancer avec envahissement.

## Expérience des patients

### INDICATEUR : RÉSULTATS DÉCLARÉS PAR LES PATIENTS – COORDINATION ET CONTINUITÉ DES SOINS

#### Définition :

Sondage AOPSS produit par NRC Picker (données dévoilées par les intéressés) – % <sup>score positif</sup> provincial (pourcentage de répondants valides qui ont répondu « bonne », « très bonne » ou « excellente ») pour les huit aspects de la coordination et de la continuité des soins :

1. Connaissait l'étape ultérieure des soins
2. Savait à qui poser ses questions
3. Prestataires suffisamment au courant du traitement contre le cancer prodigué au patient
4. Prestataires au courant des résultats des tests
5. N'a jamais reçu d'information déroutante ou contradictoire
6. Prestataires au courant des antécédents médicaux
7. Savait qui était responsable de chaque traitement
8. Médecin de famille suffisamment au courant des soins contre le cancer offerts aux patients

#### Sources des données :

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

#### Disponibilité des données :

Année la plus récente disponible (voir ci-dessous)

#### Provinces qui ont présenté des données :

Alb., C.-B., Man., N.-É., Ont., Î.-P.-É., Sask.

#### Remarques concernant certaines provinces :

- |          |  |
|----------|--|
| Alb.     | Date de l'enquête : 2008                     |
| C.-B.    | Date de l'enquête : novembre 2005 à mai 2006 |
| Man.     | Date de l'enquête : 2007 et 2008             |
| N.-É.    | Date de l'enquête : juillet à décembre 2009  |
| Ont.     | Date de l'enquête : avril à septembre 2010   |
| Î.-P.-É. | Date de l'enquête : 2008                     |
| Sask.    | Date de l'enquête : 2009 et 2010             |

### INDICATEUR : LIEU DU DÉCÈS

#### Définition :

Le pourcentage des personnes atteintes d'un cancer qui sont décédées dans l'un des lieux suivants : établissement hospitalier, établissement de soins de santé, autre lieu non déterminé, résidence privée ou lieu inconnu

#### Numérateur :

Nombre de personnes qui ont succombé à un cancer dans l'un des lieux suivants : établissement hospitalier, établissement de soins de santé, autre lieu non déterminé, résidence privée ou lieu inconnu

#### Dénominateur :

Nombre de personnes qui ont succombé à un cancer

#### Sources des données :

Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès (fichier annuel)

#### Disponibilité des données :

2003 à 2007

#### Variables de stratification :

Province

#### Remarques :

1. Tous les décès survenus en Colombie-Britannique en 2005 et en 2006 ont été enregistrés en tant que lieu inconnu.
2. Dans la figure « Lieu du décès des personnes atteintes d'un cancer, selon la province – 2007 », les décès survenus dans un lieu inconnu ont été exclus. « Autre » comprend « Autre localité précisée » et les « Résidences privées ».

## Résultats à long terme

### INDICATEUR : TAUX D'INCIDENCE NORMALISÉS SELON L'ÂGE

#### Définition :

Taux d'incidence que l'on aurait observé si la répartition selon l'âge au sein de la population visée était la même que celle de la norme, lorsque le taux d'incidence est défini comme le nombre de cas de cancer (néoplasmes malins) dont le diagnostic a été nouvellement établi au cours d'une année, par 100 000 habitants à risque

#### Numérateur :

Nombre de nouveaux cas de cancer (tous les âges confondus)

1. Tous les types de cancer
2. Cancer du sein (chez la femme)
3. Cancer colorectal
4. Cancer du poumon
5. Cancer de la prostate

#### Dénominateur :

- 1., 3., 4. Prévisions démographiques annuelles en centaines de milliers
2. Prévisions démographiques annuelles de la population féminine en centaines de milliers
5. Prévisions démographiques annuelles de la population masculine en centaines de milliers

#### Normalisation selon l'âge :

Méthode directe en prenant pour référence le recensement de la population canadienne de 1991

#### Sources des données :

Base de données du Registre canadien du cancer (RCC) (fichier de juillet 2011) - données sur l'incidence de cancer

Division de la démographie de Statistique Canada - prévisions démographiques

#### Disponibilité des données :

Tous les types de cancer : 1995 à 2007

Cancer du sein, cancer colorectal, cancer du poumon et cancer de la prostate : 1992 à 2007

#### Variables de stratification :

Province

#### Notes:

1. La troisième édition (CIM-O-3) de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les règles du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) pour déterminer les multiples types primaires de cancer ont été utilisés : cancer colorectal (CIM-O-3 C18.0 à C18.9, C19.9, C20.9, C26.0), cancer du poumon et cancer des bronches (CIM-O-3 C34.0 à C34.9), cancer du sein chez la femme (CIM-O-3 C50.0 à C50.9) et cancer de la prostate (CIM-O-3 C61.9). Les quatre catégories excluent les types morphologiques M-9050 à M-9055, M-9140 et M-9590 à M-9989. Sont inclus tous les types de cancer de la vessie *in situ* et de cancer de la vessie avec envahissement.

### INDICATEUR : TAUX DE MORTALITÉ NORMALISÉS SELON L'ÂGE

#### Définition :

Taux de mortalité que l'on aurait observé si la répartition selon l'âge au sein de la population visée était la même que celle de la norme, lorsque le taux de mortalité est défini comme le nombre de décès attribuables à un cancer (néoplasmes malins) au cours d'une année, par 100 000 habitants à risque

#### Numérateur :

Nombre de décès attribuables à un cancer (tous âges confondus)

1. Tous les types de cancer
2. Cancer du sein (chez la femme)
3. Cancer colorectal
4. Cancer du poumon
5. Cancer de la prostate

#### Dénominateur :

- 1., 3., 4. Prévisions démographiques annuelles en centaines de milliers
2. Prévisions démographiques annuelles de la population féminine en centaines de milliers
5. Prévisions démographiques annuelles de la population masculine en centaines de milliers

#### Normalisation selon l'âge :

Méthode directe en prenant pour référence le recensement de la population canadienne de 1991

#### Sources des données

Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès (fichier annuel) – données sur la mortalité par cancer

Division de la démographie de Statistique Canada - prévisions démographiques

#### Disponibilité des données :

Tous les types de cancer : 1995 à 2007

Cancer du sein, cancer colorectal, cancer du poumon et cancer de la prostate : 1992 à 2007

#### Variables de stratification :

Province, sexe

#### Remarques :

1. Jusqu'en 1999, les causes de décès étaient codées selon la neuvième révision (CIM-9) de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : tous les types de cancer (CIM-9 : 140-208), cancer colorectal (CIM-9 : 153-154), cancer du poumon (CIM-9 : 162), cancer du sein chez la femme (CIM-9 : 174) et cancer de la prostate (CIM-9 : 185).
2. Depuis 1999, les causes de décès sont codées selon la dixième révision (CIM-10) de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : tous les types de cancer (CIM-10 : C00-C97), cancer colorectal (CIM-10 : C18-C20, C26), cancer du poumon (CIM-10 : C33-C34), cancer du sein chez la femme (CIM-10 : C50) et cancer de la prostate (CIM-10 : C61).

## INDICATEUR : RATIOS DE SURVIE RELATIVE

### Définition :

Ratio de survie relative observée chez un groupe de patients atteints d'un cancer (néoplasmes malins) par rapport à la survie projetée chez les membres de l'ensemble de la population (population de référence) dont la survie est modifiée par les mêmes facteurs principaux (sexe, âge, lieu de résidence).

### Numérateur :

Survie observée chez des patients atteints d'un cancer (de 15 à 74 ans) qui étaient en vie pendant 1, 2, 3, 4 et 5 ans suivant l'établissement du diagnostic et qui ont fait l'objet d'un suivi de 2004 à 2006.

1. Cancer du sein (chez les femmes âgées de 15 à 79 ans)
2. Cancer colorectal
3. Cancer du poumon

### Dénominateur :

Survie anticipée chez la population de référence qui était en vie après un, deux, trois, quatre et cinq ans et qui ont fait l'objet d'un suivi de 2004 à 2006.

1. Femmes
- 2.,3 Les deux sexes

### Normalisation selon l'âge :

Méthode directe en prenant pour référence la pondération selon l'âge pour un type de cancer par rapport à la pondération selon l'âge des personnes dont le diagnostic de cancer a été établi de 1992 à 2001

### Populations exclues :

- Les sujets âgés de 15 ans ou moins ou de 74 ans ou plus au moment de l'établissement du diagnostic pour le cancer colorectal et le cancer du poumon les sujets âgés de 15 ans ou moins ou de 79 ans ou plus au moment de l'établissement du diagnostic pour le cancer du sein
- Les sujets dont le diagnostic n'a été établi qu'au moment de l'autopsie ou sur le certificat de décès
- Les sujets dont l'année de naissance ou de décès est inconnue

### Sources des données :

Registre canadien du cancer (juillet 2010 avec une confirmation des décès jusqu'en 2006)

Tables provinciales de survie

Milieu urbain au Canada selon les tables de survie par quintile de revenu (Statistique Canada) (Statistique Canada)

### Disponibilité des données :

Patients qui ont fait l'objet d'un suivi de 2004 à 2006

### Variables de stratification :

Province, revenu (voir les variables de stratification du recensement de la population canadienne de 2006)

### Remarques :

1. La troisième édition (CIM-O-3) de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et les règles du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) pour déterminer les multiples types primaires de cancer ont été utilisées : cancer colorectal (CIM-O-3 C18.0 à C18.9, C19.9, C20.9, C26.0), cancer du poumon et cancer des bronches (CIM-O-3 C34.0 à C34.9), cancer du sein chez la femme (CIM-O-3 C50.0 à C50.9) et cancer de la prostate (CIM-O-3 C61.9). Les quatre catégories excluent les types morphologiques M-9050 à M-9055, M-9140 et M-9590 à M-9989. Sont inclus tous les types de cancer de la vessie *in situ* et de cancer de la vessie avec envahissement.
2. Le « Canada » représente toutes les provinces et tous les territoires, à l'exclusion du Québec. Les données du Québec ont été partiellement exclues, parce que la méthode employée pour déterminer la date d'établissement d'un diagnostic de cancer diffère de la méthode utilisée dans d'autres registres et à cause des difficultés éprouvées pour déterminer correctement le statut vital des cas.
3. Les prévisions sur la survie de Terre-Neuve-et-Labrador sont incluses dans la moyenne nationale, mais ne sont pas représentées dans le présent rapport. Pendant les années visées par l'étude, il y avait une sous-déclaration connue des cas de cancer à Terre-Neuve-et-Labrador. Dans cette province, la survie est probablement surestimée dans une certaine mesure, puisque la survie des cas « omis » est généralement moins favorable que celle de la population dont le cas a été consigné dans le registre. La survie relative a été calculée en faisant appel à la méthode d'analyse par période pour tous les cas de cancer primaire<sup>170</sup>.
4. Les proportions de survie anticipée proviennent de la version intégrale des tables provinciales de survie selon le sexe réalisées par Statistique Canada en faisant appel à la méthode Ederer II<sup>35</sup>.
5. Les tables de survie abrégées par tranche d'âge de cinq ans pour 1991, 1996 et 2001 en milieu urbain selon le quintile de revenu ont été produites par Statistique Canada puis jumelées à la version intégrale des tables de survie pour chaque âge en faisant appel à la méthode Elandt-Johnson. La version intégrale des tables de survie entre deux années de recensement a été calculée en faisant appel à la méthode de l'interpolation linéaire<sup>171, 172</sup>.
6. Les patients âgés de 75 ans ou plus (80 ans ou plus dans le cas du cancer du sein) ont été exclus de l'analyse à cause de facteurs empiriques démontrant un biais systématique dans les projections provinciales de survie chez les patients âgés.

**INDICATEUR : RATIO DE SURVIE RELATIVE CONDITIONNELLE****Définition :**

La survie conditionnelle est la probabilité qu'une personne puisse vivre pendant un nombre d'années de plus ( $y$ ) si elle a déjà survécu pendant un nombre d'années  $x$ .

La survie conditionnelle à 5 ans décrit la probabilité qu'une personne puisse vivre pendant 5 ans  $x$  ( $x = 0, 1, 2, 3, 4, 5$  ans) après l'établissement d'un diagnostic, par rapport à la probabilité de survie projetée pour un membre de l'ensemble de la population présentant les mêmes caractéristiques

**Numérateur :**

Survie cumulative à  $x + 5$  ( $x = 0, 1, 2, 3, 4, 5$  ans) chez les personnes atteintes d'un cancer (âgées de 15 à 74 ans) de la cohorte 2004 à 2006.

1. Cancer du sein (chez les femmes âgées de 15 à 79 ans)
2. Cancer colorectal
3. Cancer du poumon

**Dénominateur :**

Survie cumulative à  $x$  ( $x = 0, 1, 2, 3, 4, 5$  ans) chez les personnes atteintes d'un cancer (âgées de 15 à 74 ans) de la cohorte 2004 à 2006.

**Sources des données :**

Registre canadien du cancer (juillet 2010 avec une confirmation des décès jusqu'en 2006)

Tables provinciales de survie (Statistique Canada)

Milieu urbain au Canada selon les tables de survie par quintile de revenu (Statistique Canada)

**Disponibilité des données :**

Patients qui ont fait l'objet d'un suivi de 2004 à 2006

**Variables de stratification :**

Âge et sexe

**Remarques :**

Voir ce qui précède à propos de la survie relative.

Analyse fournie par la Division de la statistique de la santé, Statistique Canada

**Indicateurs développementaux et intérimaires****INDICATEUR : CAPACITÉ DE TOMOGRAPHIE PAR ÉMISSION DE POSITRONS ET SON UTILISATION****Définition :**

1. Nombre d'appareils de tomographie par émission de positrons par habitant
2. Nombre d'exams par habitant au moyen d'appareils de tomographie par émission de positrons

**Numérateur :**

1. Nombre total d'appareils de tomographie par émission de positrons utilisés dans la province pour le diagnostic et le traitement contre le cancer
2. Nombre total d'exams diagnostiques effectués sur des personnes atteintes d'un cancer à l'aide d'appareils de tomographie par émission de positrons

**Dénominateur :**

1. Population totale de la province en millions
2. Population totale de la province en millions

**Sources des données :**

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport

Estimation de la population tirée du tableau CANSIM 051-0001 – Estimation de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1<sup>er</sup> juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes), consulté à [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca)

**Disponibilité des données :**

Exercice 2009 – 2010

**Variables de stratification :**

Province

**Provinces qui ont présenté des données :**

Alb., C.-B., Man., N.-B., T.-N.-L., N.-É., Ont., Î.-P.-É., Qc, Sask.

**Remarques concernant certaines provinces :**

- Man. Données de l'exercice 2009-2010.
- N.-É. Données de l'exercice 2009-2010.
- T.-N.-L. Aucun appareil de tomographie par émission de positrons dans cette province
- Ont. Critères d'utilisation d'un appareil de tomographie par émission de positrons :
- Service pris en charge lorsque suffisamment de faits démontrent son utilité clinique
  - Dans le cadre d'un registre permettant de produire des données probantes en l'absence d'une quantité suffisante de données probantes pour inclure l'indication dans un programme pris en charge

- Dans le cadre d'un programme provincial d'essais cliniques, et dans le cadre du Programme ontarien d'accès à la tomographie par émission de positrons, lorsqu'un médecin est en mesure d'obtenir une recommandation de la part d'un comité d'experts pour des patients qui pourraient bénéficier d'un examen à l'aide d'un appareil de tomographie par émission de positrons, sans toutefois répondre aux critères d'admissibilité

Î.-P.-É. Aucun appareil de tomographie par émission de positrons dans cette province

- Qc
- 90 % des appareils servent au traitement contre le cancer.
  - Le nombre d'examens effectués à l'aide d'un appareil de tomographie par émission de positrons n'a pas été précisé.

Sask. Aucun appareil de tomographie par émission de positrons dans cette province

#### Remarques générales :

1. Une répartition proportionnelle a été appliquée pour tenir compte du nombre de jours d'utilisation des appareils de tomographie par émission de positrons qui ont été mis en service ou retirés du service pendant l'année.
2. Ce calcul ne tient compte que des appareils de tomographie par émission de positrons utilisés pour établir un diagnostic ou pour prodiguer des traitements contre le cancer. Ce calcul comprend les appareils utilisés dans le cadre d'essais cliniques et les examens effectués dans le cadre de ces essais.

## INDICATEUR : RATIO D'UTILISATION DE LA RADIOTHÉRAPIE

### Définition :

Ratio entre le nombre de séries de radiothérapie prodiguées en un an (sans égard à la raison) et le nombre de nouveaux cas de cancer avec envahissement dont le diagnostic a été établi au cours de cette année-là

### Numérateur :

Nombre de séries de radiothérapie (sans égard à la raison, l'indication, dont les soins palliatifs, les soins prodigués dans le but d'apporter une guérison, les soins pour une maladie bénigne, la première série et les séries subséquentes) à chacune des années

### Dénominateur :

Nombre total de nouveaux cas de cancer dont le diagnostic a été établi au cours de l'année

### Dénominateurs exclus :

- Cas de cancer *in situ*
- Cancer de la peau avec mélanome bénin

### Sources des données :

**Numérateur :** Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer

**Dénominateur :** Tableau CANSIM 103-0550 — Nouveaux cas pour les sièges primaires de cancer de la CIM-O-3 (d'après le fichier des totalisations du RCC de juillet 2010), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel, consulté à [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca)

### Variables de stratification :

Province, type de cancer :

1. Tous les types de cancer avec envahissement
2. Cancer du sein
3. Cancer colorectal
4. Cancer du poumon
5. Cancer de la prostate

### Provinces qui ont présenté des données :

Alb., C.-B., Man., N.-B., T.-N.-L., N.-É., Ont., Î.-P.-É., Sask.

### Disponibilité des données :

2007, 2008 et 2009

### Remarques concernant certaines provinces :

- Alb.
- Les données sont celles des exercices 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010.
  - Les données portant sur le type particulier de cancer n'étaient pas disponibles.
- N.-B.
- Les données portant sur le type particulier de cancer n'étaient pas disponibles.

**Remarques générales :**

1. Les cas concernant des personnes âgées de 18 ans ou moins ont été exclus.
2. Une série de traitements comprend habituellement une série de séances de radiothérapie sur une période de temps définie, conformément à un plan de traitement ou de prise en charge des symptômes. Le même patient peut recevoir plusieurs séries de radiothérapie au cours du traitement et de la prise en charge de la maladie et plusieurs séances de radiothérapie seront prévues pour chaque série.
3. Les séries associées au traitement de curiethérapie sont incluses.
4. Un « cas » correspond à un patient ou à la maladie primaire, conformément au Registre canadien du cancer. Une personne atteinte de deux maladies primaires distinctes sera traitée comme deux nouveaux cas (conformément aux règles CCR/NAACCR applicables).

**INDICATEUR : DÉPISTAGE DE LA DÉTRESSE****Définition :**

Mesure dans laquelle les organismes provinciaux de lutte contre le cancer entreprennent une cueillette centralisée des résultats du dépistage de la détresse. Des exemples de tels outils comprennent l'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EES) et la liste de contrôle des problèmes CPC).

**Informations demandées :**

- Déterminer si des centres provinciaux de lutte contre le cancer ont adopté des outils de dépistage normalisés de la détresse au moment de la demande de données (juin 2009).
- Déterminer le nombre total de patients qui ont été fait l'objet d'une évaluation individuelle à l'aide de tels outils.
- Déterminer le nombre total d'évaluations effectuées.
- Décrire le rôle de l'organisme provincial de lutte contre le cancer dans la prise en charge et la mise en œuvre des outils normalisés d'évaluation des symptômes et de dépistage de la détresse.
- Déterminer le nombre de centres dans chaque province qui ont eu recours à une démarche normalisée de dépistage, c'est-à-dire uniquement les cas pour lesquels un outil a été adopté de manière centralisée au nom de l'organisme provincial de lutte contre le cancer.
- Déterminer qui est visé par le dépistage, et quel pourcentage de patients ont fait l'objet d'un dépistage.
- Déterminer la fréquence du dépistage.

**Source des données :**

Déclarées par des organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou leur équivalent au Partenariat canadien contre le cancer pour les besoins du présent rapport ainsi que ceux du groupe consultatif sur l'expérience globale du cancer du Partenariat canadien contre le cancer.

**Disponibilité des données :**

Les données ont été recueillies au cours d'entretiens informels portant sur les questions générales susmentionnées. Les provinces étaient libres de choisir une période à leur gré.

**Provinces qui ont présenté des données :**

C.-B., Alb., Sask., Man., Ont., Qc, N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L.

La plupart des provinces ont fourni des informations descriptives, mais non numériques.

## VARIABLES DE STRATIFICATION DE L'ESCC

### 1. Quintiles de revenu (situation socioéconomique)

**Définition :** Mesure relative du revenu familial de chaque répondant par rapport au revenu familial de tous les autres répondants. La mesure est un coefficient du revenu familial total par rapport au seuil de faible revenu (SFR), qui varie selon la taille de la famille et la collectivité où elle vit. Après avoir calculé le rapport entre le revenu familial et le correspondant, on normalise les coefficients dans l'ensemble des régions du Canada, puis on les classe par ordre, allant du plus faible au plus élevé, et on les divise en cinq groupes égaux afin d'obtenir les quintiles.

### 2. Situation urbaine, rurale, rurale isolée ou rurale très isolée

**Définition :** Détermination du lieu de résidence du répondant dans une région urbaine ou rurale. Les régions rurales sont subdivisées en trois groupes, soit « rural », « rural isolé » et « rural très isolé ».

- Le milieu urbain désigne une zone ayant une concentration démographique de 10 000 habitants ou plus et des zones adjacentes comptant 50 p. 100 ou plus d'habitants qui font la navette vers le noyau urbain.
- Le milieu rural désigne une zone ayant une population de moins de 10 000 habitants et où 30 à 49 p. 100 des habitants font la navette vers une zone urbaine.
- Le milieu rural isolé désigne une zone ayant une population de moins de 10 000 habitants et où 5 à 29 p. cent des habitants font la navette vers une zone urbaine.
- Le milieu rural très isolé désigne une zone ayant une population de moins de 10 000 habitants et où 0 à moins de 5 p. 100 des habitants font la navette vers une zone urbaine. Cette catégorie comprend les parties non urbaines des territoires.

### 3. Plus haut niveau de scolarité

**Définition :** Niveau de scolarité le plus élevé du ménage :

- Moins qu'un diplôme d'études secondaires
- Diplôme d'études secondaires
- Quelques études postsecondaires
- Diplôme d'études postsecondaires
- Non déclaré

## VARIABLES DE STRATIFICATION DU RECENSEMENT DE LA POPULATION CANADIENNE DE 2006

### 1. Quintiles de revenu du quartier (situation socioéconomique)

**Définition :** Revenu du quartier par équivalent par personne, c'est-à-dire une mesure du revenu en fonction de la taille du ménage selon les données sommaires du recensement de 2006 à l'échelle de l'aire de diffusion (AD) et à l'aide des équivalents par personne visés par les seuils de faible revenu (SFR) de 2006.

1. Le code postal du lieu de résidence habituel de chaque sujet (population hors établissement) au moment de l'établissement du diagnostic a été déterminé à l'aide du Fichier de conversion des codes postaux 5C+<sup>3</sup>.
2. Des quintiles de population par quartier (AD) proviennent des régions métropolitaines de recensement, des agglomérations de recensement ou des aires résiduelles dans chaque province avant d'être regroupés d'une région à l'autre. Des quintiles sont créés dans chaque région parce que les coûts de logement varient énormément d'un bout à l'autre du Canada.

<sup>3</sup> Russell Wilkins. FCCP + Version 5C Guide de l'utilisateur. Logiciel de codage géographique basé sur les Fichiers de conversion des codes postaux de Statistique Canada mis à jour en mars 2008. N° de catalogage 82F0086-XDB. Division de l'information et de la recherche sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, novembre 2008.



## 2. Situation urbaine, rurale, rurale isolée ou rurale très isolée

**Définition :** Détermination du lieu de résidence du répondant dans une région urbaine ou rurale. Les régions rurales sont subdivisées en trois groupes, soit « rural », « rural isolé » et « rural très isolé ».

- Le milieu urbain désigne une zone ayant une concentration de la population de 10 000 habitants ou plus et les zones adjacentes comptant 50 p. 100 ou plus d'habitants qui font la navette vers le noyau urbain.
  - Le milieu rural désigne une zone ayant une population de moins de 10 000 habitants et où 30 à 49 p. 100 des habitants font la navette vers une zone urbaine.
  - Le milieu rural isolé désigne une zone ayant une population de moins de 10 000 habitants et où 5 à 29 p. 100 des habitants font la navette vers une zone urbaine.
  - Le milieu rural très isolé désigne une zone ayant une population de moins de 10 000 habitants et où 0 à moins de 5 p. 100 des habitants font la navette vers une zone urbaine. Cette catégorie comprend les parties non urbaines des territoires.
1. Le code postal du lieu de résidence habituel de chaque sujet (population hors établissement) au moment de l'établissement du diagnostic a été déterminé à l'aide du Fichier de conversion des codes postaux 5C+.(voir la référence 1 ci-dessous).
  2. La taille de la collectivité se définit selon le recensement de la population de 2006 dans chaque région métropolitaine de recensement ou agglomération de recensement (RMR ou AR), tel qu'il est indiqué ci-dessus. Une collectivité de taille 1 est composée des RMR de Toronto, Montréal et Vancouver. Une collectivité de taille 2 est constituée des RMR d'Ottawa- Gatineau, Edmonton, Calgary, Québec, Winnipeg et Hamilton. Une collectivité de taille 3 englobe les 18 autres RMR ainsi que 7 des grandes AR. Une collectivité de taille 4 inclut les 106 autres AR. Une collectivité de taille 5 – « régions rurales et petites villes du Canada » – comprend tous les endroits qui ne figurent dans aucune RMR ni dans aucune AR, c'est-à-dire les endroits où la population en région urbaine est inférieure à 10 000 habitants ainsi que les régions rurales).
  3. Pour les codes postaux ruraux et pour les codes postaux urbains des régions suburbaines et rurales périphériques, le même code postal est généralement utilisé pour plusieurs secteurs de dénombrement ou aires de diffusion. La sélection d'une seule région de ce genre pour les besoins du codage est aléatoire, mais les probabilités respectent les proportions de la population qui ont ce code postal dans chacune des petites régions possibles. Le codage est donc beaucoup moins précis qu'il ne l'est pour les codes postaux urbains centralisés, qui sont habituellement liés à un seul secteur de dénombrement ou à une seule aire de diffusion.

## 3. Niveau de scolarité

Cette variable n'était pas disponible à partir des données de recensement.

DÉPISTAGE COLLABORATION TRAITEMENT  
PRÉVENTION DIAGNOSTIC SYSTÈME  
EXPÉRIENCE DU PATIENT QUALITÉ AMÉLIORATION  
ÉVALUATION PROCESSUS RAPPORTS  
CANCER SANTÉ RENDEMENT RECHERCHE  
PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER



1, avenue University, bureau 300  
Toronto (Ontario) M5J 2P1  
416-915-9222  
[www.partenariatcontrelecancer.ca](http://www.partenariatcontrelecancer.ca)