



Santé  
Canada

Health  
Canada

RAPPORT D'ÉTAPE sur la  
LUTTE CONTRE LE CANCER  
au CANADA



Canada 

*Notre mission est d'aider les Canadiens et  
les Canadiennes à maintenir et à améliorer  
leur état de santé*

Santé Canada

**Pour obtenir des exemplaires supplémentaires,  
veuillez communiquer avec :**

Publications  
Santé Canada  
A.I. 0900C2  
Pré Tunney  
Ottawa (Ontario)  
Canada  
K1A 0K9

Téléphone : (613) 954-5995  
Télécopieur : (613) 941-5366  
Courriel : **info@hc-sc.gc.ca**

Ce rapport est disponible dans le site Web de Santé Canada  
à l'adresse suivante : **<http://www.hc-sc.gc.ca>**

Renseignements généraux : (613) 957-0327

This document is also available in English under the title:

*Progress Report on Cancer Control in Canada*

La permission de reproduire à des fins non commerciales est  
accordée en autant que la source soit indiquée clairement.

No de catalogue H39-4/50-2004F-PDF

ISBN 0-662-77457-4

**R A P P O R T D ' É T A P E s u r l a  
L U T T E C O N T R E L E C A N C E R  
a u C A N A D A**

**Centre de prévention et de contrôle  
des maladies chroniques**

**Direction générale de la santé de la  
population et de la santé publique**

**Santé Canada**



# T A B L E D E S M A T I È R E S

<b>■ REMERCIEMENTS</b>	2	<b>■ LE DÉPISTAGE DU CANCER</b>	48
<b>■ SOMMAIRE</b>	3	Pratiques de dépistage	48
<b>■ INTRODUCTION</b>	9	Cancer du sein	49
Pourquoi un rapport d'étape est-il nécessaire?	9	Cancer du col utérin	53
Objectifs de la lutte contre le cancer	9	Cancer colorectal	56
Que contient ce rapport?	10	Cancer de la prostate	57
<b>■ LA LUTTE CONTRE LE CANCER AU CANADA</b>	12	Technologie naissante	59
Où en sommes-nous et où allons-nous?	12	Défis à venir	60
Le Canada est-il comparable aux autres pays?	14	<b>■ LE TRAITEMENT DU CANCER</b>	63
Incidence du cancer et mortalité au Canada	15	Qui fournit le traitement contre le cancer?	63
<b>■ LA PRÉVENTION DU CANCER</b>	24	Comment traite-t-on le cancer?	64
L'approche de la santé de la population	24	Résultats du traitement	69
Le risque de cancer, les habitudes personnelles et les comportements en matière de santé	26	Défis à venir	73
Tabac	26	<b>■ LES SOINS PALLIATIFS</b>	75
Régime alimentaire	34	Les soins palliatifs et la population vieillissante du Canada	75
Activité physique	37	Intégration des services de soins palliatifs	77
Obésité	38	Programmes de soins palliatifs	77
Consommation d'alcool	41	Création d'options pour les patients	78
Exposition au soleil	42	Application des principes des soins palliatifs au cancer chez l'enfant	79
La stratégie sur les modes de vie sains	45	Apporter un soulagement de la douleur aux personnes atteintes de cancer	80
Défis à venir	46	Formation médicale en soins palliatifs	80
		Défis à venir	82
		<b>■ LES CONCLUSIONS et ORIENTATIONS FUTURES</b>	84
		<b>■ GLOSSAIRE des termes et définitions</b>	87

# REMERCIEMENTS

## Rapport d'étape de 2004 sur la lutte contre le cancer au Canada

### Rédacteurs-réviseurs scientifiques :

D<sup>r</sup> Anthony Miller, Université de Toronto  
D<sup>r</sup> Howard Morrison, Santé Canada

### Équipe de rédaction :

D<sup>re</sup> Lynn Brodsky, Santé Canada  
D<sup>r</sup> Howard Morrison, Santé Canada  
D<sup>r</sup> William Evans, Action Cancer Ontario

### Directrice du projet :

Andrea Challis, Santé Canada

Santé Canada désire remercier les organismes suivants qui ont été les sources de données utilisées dans le présent rapport :

Statistique Canada  
Les Registres du cancer des provinces et des territoires  
Institut canadien d'information sur la santé

Bien que Santé Canada assume l'entière responsabilité du contenu de ce rapport, elle tient à souligner la contribution des personnes suivantes qui ont bien voulu lui faire profiter de leur expertise et de leurs commentaires.

### Comité directeur :

Gary Catlin, Statistique Canada  
D<sup>r</sup> Don Carlow, Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer  
Lidia Di Simone, Assemblée des Premières nations  
Mary McBride, *BC Cancer Agency*  
D<sup>r</sup> Howard Morrison (président), Santé Canada  
Laurie Potovsky-Beachell, Association des consommateurs du Canada  
D<sup>r</sup> Brent Schacter, Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer  
D<sup>re</sup> Barbara Whyllie, Société canadienne du cancer/Institut national du cancer du Canada  
Jennifer Zelmer, Institut canadien d'information sur la santé

### Collaborateurs de Santé Canada :

Samina Aziz	Les Mery
Christina Bancej	Beatrice Mullington
D <sup>r</sup> Neil Berman	Nancy Lloyd
Mitsi Cardinal	Jay Onysko
Heidi Craswell	Eleanor Paulson
D <sup>re</sup> Margaret De Groh	Pat Russel
Marie DesMeules	Robert Semenciw
Bob Ellis	Amanda Shaw
Barbara Foster	Judy Snider
Leslie Gaudette	D <sup>re</sup> Sylvie Stachenko
Sarah Kettel	Chris Waters
Susan MacPhee	Pamela Fitch
Elaine Jones-McLean	

### Autres collaborateurs :

D<sup>r</sup> Ron Barr, *McMaster Children's Hospital*  
D<sup>r</sup> Mark Berstein, Université de Montréal  
D<sup>re</sup> Heather Bryant, *Alberta Cancer Board*  
D<sup>r</sup> Dagny Dryer, *Prince Edward Island Treatment Centre*  
Laurie Gibbons, Statistique Canada  
D<sup>re</sup> Patricia Goggin, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec  
D<sup>r</sup> Neil Hagen, Autorité régionale de la santé de Calgary  
Greg Higgins, Castlebar Communications  
D<sup>re</sup> Grace Johnson, *Cancer Care Nova Scotia*  
Ellen Murphy, *Alberta Cancer Board*  
Cyril Nair, Statistique Canada  
D<sup>re</sup> Susan O'Reilly, *British Columbia Cancer Agency*  
D<sup>r</sup> Denis Roy, Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec  
D<sup>r</sup> Terry Sullivan, Action Cancer Ontario  
D<sup>r</sup> Simon Sutcliffe, *British Columbia Cancer Agency*

### Graphisme :

Acart Communications Inc.

## **Pourquoi un rapport d'étape?**

*Le Rapport d'étape sur la lutte contre le cancer au Canada* est le premier rapport national du genre à offrir aux Canadiens un aperçu global sur la façon dont le Canada s'en tire dans sa lutte contre le cancer. Il vise à sensibiliser les lecteurs du grand public de manière générale envers la problématique du cancer et à attirer l'attention du public sur des problèmes majeurs qui sont liés à la question de la lutte et des soins contre le cancer au Canada. Le rapport vise également à aider les responsables de l'élaboration des politiques de santé à comprendre les efforts qui ont été faits dans le domaine de la lutte contre le cancer afin de leur permettre d'appliquer les leçons tirées pour affecter les ressources sanitaires de façon plus adéquate et de déterminer avec perspicacité les stratégies qui conviennent le mieux à la lutte contre le cancer au Canada.

## **Comment le rapport a-t-il été élaboré?**

Le rapport a été élaboré par Santé Canada en étroite collaboration avec des intervenants clés du domaine du cancer de l'ensemble du pays et il est fondé sur les données les plus récentes de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada, de

Statistique Canada et d'autres organismes fédéraux et provinciaux, d'organismes non gouvernementaux et de chercheurs sur le cancer.

## **Quels sont les buts de la lutte contre le cancer?**

La lutte contre le cancer vise à prévenir le cancer, à guérir le cancer, à réduire la souffrance associée au cancer et à accroître la survie et la qualité de vie des personnes qui sont atteintes de cancer. Cela se fait en convertissant en stratégies et en actions les connaissances acquises grâce à la recherche, à la surveillance et à l'évaluation des résultats.

## **Qui participe à la lutte contre le cancer au Canada?**

De nombreux organismes participent à la lutte contre le cancer au Canada. Ils comprennent des organismes gouvernementaux fédéraux, provinciaux et locaux, ainsi que des organismes non gouvernementaux tels que la Société canadienne du cancer, l'Institut national du cancer du Canada et des groupes communautaires. La majorité des programmes de première ligne de lutte contre le cancer du Canada sont élaborés et dirigés par des organismes provinciaux du cancer.

# S O M M A I R E

Depuis 1999, Santé Canada travaille en partenariat avec l'Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer, la Société canadienne du cancer, l'Institut national du cancer du Canada et d'autres intervenants à l'élaboration de la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer* (SCLC). La stratégie vise à optimiser les avantages que présentent les connaissances actuelles et les ressources disponibles pour la lutte contre le cancer, tout en améliorant la durabilité du système de soins de santé grâce à une planification, à une fixation des priorités, ainsi qu'à l'élaboration et la mise en œuvre de politiques publiques axées davantage sur la collaboration. Il est prévu que l'intégration et la coordination des activités chapeautées par la SCLC pourra contribuer à réduire l'incidence du cancer, les taux de morbidité et de mortalité et à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer.

## **Comment le Canada réussit-il dans sa lutte contre le cancer?**

Pour comprendre comment le Canada réussit dans sa lutte contre le cancer, il faut comprendre la nature même du cancer. Le cancer n'est pas

qu'une seule et même maladie, mais plutôt de nombreuses maladies apparentées qui sont caractérisées par une croissance cellulaire incontrôlée. Certains cancers progressent lentement, tandis que d'autres sont très invasifs. Certains types de cancer sont très faciles à traiter, tandis que d'autres sont presque invariablement mortels.

La nature divergente et complexe du cancer constitue un défi permanent pour la lutte contre le cancer. Comme ce rapport l'indique, la réaction du Canada envers ce défi a généralement été positive et des percées importantes ont été faites au cours des 15 dernières années. De faibles diminutions des taux de mortalité associés au cancer, tant chez les hommes que chez les femmes, ont été observées depuis la fin des années 1980, principalement en raison de la diminution des taux de mortalité du cancer du sein, de la prostate et colorectal. Les progrès les plus importants ont peut-être été accomplis par la chute de la prévalence du tabagisme. Cela a entraîné la diminution des taux de cancer du poumon chez les hommes et il est prévu qu'une diminution similaire soit observée chez les femmes au cours de la prochaine décennie.



Les progrès réalisés dans ces domaines peuvent être attribués aux grandes tendances sociales, aux initiatives de prévention spécifiques contre le cancer, ainsi qu'aux progrès réalisés au niveau du dépistage et du traitement du cancer. Grâce à ces efforts combinés, le Canada se positionne bien dans la lutte contre le cancer. Une comparaison avec d'autres pays révèle que le taux des nouveaux cas de cancer (incidence) et que les taux de mortalité associés au cancer au Canada sont comparables à ceux des États-Unis et que bien que les taux d'incidence au Canada soient supérieurs à ceux des pays de l'Europe occidentale, les taux de mortalité sont en général plus faibles, ce qui signifie que le Canada a de meilleurs taux de survie au cancer.

En dépit de ces étapes positives dans la lutte contre le cancer, le cancer est toutefois actuellement la principale cause de mortalité prématurée au Canada et il est prévu qu'il soit la principale cause de décès au cours des prochaines années. Il est attendu qu'en 2004, plus de 145 000 nouveaux cas de cancer seront diagnostiqués au Canada; il est prévu que ces chiffres doubleront d'ici 2020 avec l'augmentation et le vieillissement de la population cana-

dienne. Le nombre de personnes vivant avec le cancer ou ayant reçu un diagnostic de cancer augmente environ deux fois plus que le taux d'augmentation de nouveaux cas de cancer.

Les obstacles qui s'opposent aux futurs progrès dans la lutte contre le cancer comprennent le défaut d'appliquer entièrement les connaissances émanant de la recherche qui a déjà été effectuée et du manque de connaissances sur la manière de prévenir et de traiter efficacement de nombreux cancers. En plus d'une recherche meilleure et plus abondante, il faut accorder plus d'importance à la prévention du cancer et à l'élaboration de programmes efficaces de détection précoce et de dépistage, ainsi qu'à l'expansion de soins palliatifs de qualité.

## Quels sont les principaux éléments et observations du rapport?

### Prévention

- Selon nos connaissances actuelles, environ la moitié des cancers au Canada sont évitables. La plupart des facteurs importants qui ont été identifiés jusqu'à présent sont liés au style de vie; malheureusement, les styles de vie sont difficiles à modifier à l'échelle de la population.

# S O M M A I R E

- La plus grande réussite de la lutte contre le cancer s'est peut-être produite en réduisant l'usage du tabac. Le tabac est la principale cause évitable de cancer au Canada. Le tabagisme a diminué de plus de moitié chez les Canadiens au cours du dernier tiers de siècle. En 1965, 50 % des Canadiens de 15 ans et plus fumaient, par rapport à 21 % en 2002. La réduction du tabagisme a entraîné des diminutions importantes du cancer du poumon chez les hommes, mais pas assez de temps s'est écoulé pour que l'on commence à observer une diminution des taux de cancer du poumon chez les femmes.
- Certains succès ont aussi été constatés dans le cadre de la diététique. Les Canadiens consomment davantage de fruits et de légumes et les taux de cancers du tractus gastro-intestinal sont en train de diminuer. Malheureusement, les Canadiens prennent de l'embonpoint et cela contribue à l'augmentation d'autres cancers.

## Dépistage

- Il n'y a pas de technique éprouvée de dépistage de la population pour la plupart des formes de cancer.
- Le dépistage du cancer du col utérin est très efficace pour détecter et permettre le traitement des lésions avant qu'elles ne deviennent cancéreuses. On estime qu'au Canada, la grande réduction des taux de mortalité associés au cancer du col utérin au cours des 30 dernières années découle principalement du dépistage du cancer du col utérin. La proportion de Canadiennes qui disent avoir subi un test de Papanicolaou (test de Pap) au cours des trois années précédentes est demeurée stable depuis sept ans et s'établit à environ 73 %.
- Les mammographies de dépistage courant réduisent le risque de mourir du cancer du sein des femmes âgées de 50 à 69 ans d'environ 30 %. Environ 50 % des Canadiennes appartenant à ce groupe d'âge ont déclaré avoir subi des mammographies de dépistage au cours des deux années précédentes dans l'Enquête nationale sur la santé de la population de

1994-1995 et dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001.

- Bien que des essais de dépistage aient démontré que la recherche de sang occulte dans les selles puisse réduire de 20 % la mortalité associée au cancer du côlon, le public n'y a adhéré que d'une façon limitée et aucune province n'a amorcé de programme de dépistage au sein de la population.
- Le test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS, en anglais *Prostate-Specific Antigen* [PSA]) est très utilisé pour dépister le cancer de la prostate, mais les chercheurs attendent encore les résultats de plusieurs essais de dépistage en cours qui indiqueront si le dépistage de l'APS est efficace.

### Traitement

- Plusieurs milliards de dollars ont été dépensés au cours des dernières décennies dans le monde entier pour étudier le fondement cellulaire et moléculaire du cancer, avec l'intention ultime d'améliorer les traitements du cancer. Malheureusement, à part quelques exceptions notables pour certains cancers rares, les progrès réalisés dans le traitement du cancer ont été modestes. Les améliorations du taux de survie ont été limitées beaucoup plus par le manque de nouvelles thérapies efficaces que par une incapacité à administrer les thérapies actuelles au bon moment et de manière complète.
- Il faut davantage de recherche et de meilleurs traitements, mais il y a aussi un besoin urgent de coordonner la planification des futures ressources humaines et d'augmenter le nombre de postes de formation, ainsi que d'améliorer les stratégies de conservation et de recrutement du personnel. Plusieurs provinces ont adopté ou sont en voie d'adopter des programmes complets de lutte contre le cancer gérés par des organismes.
- Le grand volume d'informations nouvelles et parfois conflictuelles sur les meilleures pratiques de lutte contre le cancer a attribué une plus grande importance aux examens méthodiques des preuves scientifiques émanant de la recherche et à l'élaboration de lignes directrices pour la pratique clinique. Plusieurs provinces collaborent de façon active à la préparation de lignes directrices pour la pratique clinique, ainsi que de protocoles de chimiothérapie.

# S O M M A I R E

## Soins palliatifs

- La plupart des soins palliatifs au Canada sont dispensés aux patients qui ont reçu un diagnostic de cancer. Des stratégies de soutien et de maintien de services efficaces de soins palliatifs deviendront de plus en plus importantes avec la croissance et le vieillissement de la population du Canada.
- Certaines institutions et services de soins à domicile intègrent des services de soins palliatifs aux soins qu'ils prodiguent aux personnes atteintes de cancer, mais dans l'ensemble, ce domaine n'est pas assez développé. Là où ces programmes existent, ils sont de plus en plus intégrés dans une variété de milieux de soins de santé institutionnels et communautaires et ils offrent une gamme complète de services, y compris de soulagement de la douleur et d'autres symptômes, de traitements psychologiques et de soutien spirituel, un système de soutien pour aider les patients à vivre pleinement jusqu'à leur mort, ainsi que du soutien aux familles.

## Défis à venir

Bien que le rapport mette en évidence les obstacles qui se dressent devant le progrès de la lutte contre le cancer, il souligne le fait que le Canada a, dans plusieurs domaines, bien répondu au défi du cancer. Néanmoins, tel qu'identifié dans la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, l'approche du Canada dans la lutte contre le cancer doit englober une plus grande reconnaissance de la valeur de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, un engagement plus soutenu envers l'intégration plus large des activités de lutte contre le cancer par une meilleure planification nationale et provinciale, la promotion d'une plus grande participation à des programmes efficaces de dépistage, l'utilisation de lignes directrices fondées sur des preuves pour éclairer les soins cliniques et la prestation des services, ainsi que la sensibilisation envers la valeur des soins palliatifs et la nécessité d'accroître la capacité des soins palliatifs en fonction de la croissance et du vieillissement de la population de notre pays.

# I N T R O D U C T I O N

Le cancer est la principale cause de décès prématurés au Canada. Il est estimé qu'en 2004, 145 500 nouveaux cas de cancer seront diagnostiqués au Canada : 74 800 chez les hommes et 70 700 chez les femmes. La proportion de tous les décès attribuables au cancer a augmenté régulièrement ces 80 dernières années, soit de 7 % en 1921 à 29 % en l'an 2000. Il est estimé que le nombre de décès par cancer dépassera le nombre de décès par maladie du cœur d'ici 2006.

## **Pourquoi un rapport d'étape est-il nécessaire?**

Ce Rapport d'étape résume les questions liées au cancer, ainsi que les politiques, les programmes et les stratégies afférentes au cancer de l'ensemble du pays, afin d'aider à déterminer comment le Canada réussit dans sa lutte contre le cancer. Basé sur les données les plus récentes qui sont disponibles auprès de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada, de Statistique Canada et d'autres organismes fédéraux et provinciaux, d'organismes non

gouvernementaux et de chercheurs sur le cancer, le rapport identifie les tendances et les profils de l'incidence du cancer. Il souligne également des problèmes clés qui sont liés au progrès (ou au manque) de la lutte contre le cancer et des soins au Canada et il offre des observations et des conclusions qui visent l'amélioration de la qualité et de l'efficacité globales de la lutte contre le cancer dans toutes les instances des quatre coins du pays.

## **Objectifs de la lutte contre le cancer**

La lutte contre le cancer vise à prévenir le cancer, à guérir le cancer, à réduire la souffrance associée au cancer et à accroître la survie et la qualité de vie des personnes qui sont atteintes de cancer. Cela se fait en convertissant en stratégies et en actions les connaissances acquises grâce à la recherche, à la surveillance et à l'évaluation des résultats. Les initiatives de lutte contre le cancer sont divisées en quatre domaines d'activités clés : la prévention, le dépistage, le traitement et les soins de soutien/soins palliatifs.

# INTRODUCTION

## Que contient ce rapport?

*Le Rapport d'étape sur la lutte contre le cancer au Canada* se divise en six chapitres : un *Aperçu de la lutte contre le cancer au Canada*, *la Prévention*, *le Dépistage*, *le Traitement*, *les Soins palliatifs*, et *les Conclusions et orientations futures*.

## Aperçu de la lutte contre le cancer au Canada

Ce chapitre offre un bref historique des programmes de lutte contre le cancer au Canada, une description des percées récentes vers une approche de santé de la population à la prévention du cancer et une description des efforts actuels qui sont déployés envers l'obtention d'une plus grande intégration des activités de lutte contre le cancer dans l'ensemble du pays.

Il fournit de l'information sur les tendances de l'incidence du cancer et la mortalité au Canada et il compare les efforts déployés au Canada pour la lutte contre le cancer avec ceux d'autres pays. Le message clé de ce chapitre est que le Canada a amorcé quelques-unes des étapes initiales vers le progrès méthodique de la lutte contre le cancer avec l'élaboration de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC) qui est étendue et qui fait grandement appel à la collaboration.

## La prévention du cancer

L'information contenue dans cette section traite des comportements qui causent ou qui préviennent le cancer, en se concentrant principalement sur les efforts de lutte contre le tabagisme du gouvernement. L'observation clé de cette section est que des nombres importants de cas de cancer et de décès pourraient être prévenus par l'adoption de styles de vie plus sains, y compris de régimes alimentaires plus sains et d'exercice régulier.

## **Le dépistage du cancer**

Cette section se penche sur l'utilisation du dépistage pour détecter les cancers de façon précoce, lorsque la probabilité de réussite du traitement est accrue. Cette section fait ressortir l'utilisation généralisée des tests de dépistage recommandés (tests de Papanicolaou pour le cancer du col utérin et mammographie pour le cancer du sein) et des tests de dépistage pour lesquels les preuves sont inadéquates (test de dépistage de l'APS pour le cancer de la prostate).

## **Le traitement du cancer**

Cette section donne un aperçu sur les schèmes de traitement actuels, ainsi que de la survie et des coûts de traitement. Bien que cette section insiste sur le fait que le traitement et les issues du cancer s'améliorent, elle met également en évidence les lacunes importantes qui existent dans de nombreuses disciplines professionnelles et techniques qui dispensent des soins

aux personnes atteintes de cancer au Canada et la nécessité d'élaborer des lignes directrices plus globales pour la pratique clinique à l'intention des professionnels du cancer de l'ensemble du pays.

## **Les soins palliatifs**

Cette dernière section du continuum du cancer décrit les programmes de soins palliatifs au Canada et présente de l'information sur la formation médicale en soins palliatifs. Cette section souligne l'importance croissante des soins palliatifs avec le vieillissement de la population du Canada.

## **Les conclusions et orientations futures**

Cette section souligne les progrès accomplis jusqu'à présent et elle dégage les besoins futurs des activités de lutte contre le cancer au Canada.

# LA LUTTE CONTRE LE CANCER AU CANADA

## Où en sommes-nous et où allons-nous?

Au Canada, à quelques exceptions près, la prestation de services de cancérologie est de compétence provinciale. La plupart des programmes provinciaux de lutte contre le cancer ont été élaborés dans des organismes provinciaux de lutte contre le cancer. Avec le temps, ces organismes se sont élargis, passant de diriger des établissements spécialisés de traitement à assumer des responsabilités majeures de divers aspects de la lutte contre le cancer, comme le dépistage organisé du cancer du sein, dans leurs provinces respectives. La prévention du cancer et de façon moins considérable, les soins de soutien/palliatifs, ont reçu moins d'attention de façon traditionnelle.

## L'approche de la santé de la population

Ces dernières années, les ministères de la Santé fédéral et provinciaux ont adopté une approche de la santé de la population dans leurs efforts de prévention du cancer et d'autres maladies chroniques, y compris des maladies du cœur, des maladies respiratoires et du diabète. L'approche de la santé de la population vise à améliorer la santé de la population entière et à réduire les inégalités en matière de santé entre

les groupes de la population en prenant des mesures envers une grande gamme de « déterminants de la santé » qui sont complexes et liés entre eux et qui influent grandement sur la santé. Les initiatives de la santé de la population mises de l'avant par les gouvernements fédéral et provinciaux comprennent les initiatives visant la lutte contre le tabagisme, les changements du régime alimentaire et la réduction de l'obésité, initiatives ayant toutes des implications majeures sur la lutte contre les maladies chroniques au Canada.

## Intégration des activités de lutte contre le cancer au Canada

La lutte contre le cancer est un défi trop complexe et trop étendu pour qu'une seule instance ou un seul organisme s'y attaque en solitaire. Il y a donc eu une tendance ces dernières années vers l'intégration des activités de lutte contre le cancer au Canada. Cette tendance a l'appui de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui a proposé de gérer la lutte contre le cancer dans le contexte d'un Programme national de lutte contre le cancer. L'OMS définit un tel programme comme étant « conçu de manière à réduire l'incidence du



cancer et la mortalité et à améliorer la qualité de vie des patients cancéreux, par la mise en œuvre systématique et équitable de stratégies de prévention, de détection précoce, de diagnostic, de traitement et de palliation fondées sur des preuves, qui fassent le meilleur usage des ressources disponibles ».

## **Vers un programme national de lutte contre le cancer**

En 1990, Santé et Bien-être social Canada et la Société canadienne du cancer ont parrainé conjointement un Groupe de travail qui a élaboré un plan de programme national de lutte contre le cancer au Canada, plan similaire au modèle proposé par l'Organisation mondiale de la Santé. En 1999, Santé Canada a commencé à travailler en partenariat avec la Société canadienne du cancer/Institut national du cancer du Canada, l'Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer et d'autres intervenants à l'élaboration de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC).

La SCLC, qui comprend maintenant des représentants de tous les intervenants majeurs de lutte contre le cancer au Canada, insiste sur

la nécessité de prévoir l'augmentation prévue du fardeau des soins prodigués aux personnes atteintes de cancer au Canada découlant de l'accroissement et du vieillissement de la population. La Stratégie a identifié les priorités suivantes : la prévention, les lignes directrices et les normes, les ressources humaines, la recherche, et les soins psychosociaux/de soutien/de réadaptation et palliatifs.

D'autres activités d'intégration de la lutte contre le cancer sont aussi matérialisées par la création de l'Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer (ACOPLC). L'ACOPLC représente des organismes et des programmes provinciaux/territoriaux engagés dans la lutte contre le cancer. Elle aide à soutenir la coordination de questions afférentes à la lutte contre le cancer et elle sert de voix à l'élaboration et à la prestation organisées de programmes de lutte contre le cancer. L'intégration entre les intervenants qui s'occupent de cancer se fait également au niveau de la défense des intérêts des patients, tel qu'en témoigne la création en 2002 du réseau Action cancer Canada (ACC).

## **Le Canada est-il comparable aux autres pays?**

Près de la moitié des 167 pays à qui l'Organisation mondiale de la Santé a fait parvenir un sondage en 2001 a indiqué qu'ils sont dotés d'une politique ou d'un plan de lutte contre le cancer. Toutefois, un nombre relativement faible de ces pays sont dotés de programmes globaux de lutte contre le cancer qui comprennent un volet de prévention, de détection précoce, de traitement et de soins palliatifs. Dans les continents américains, le Canada est l'un des seuls cinq pays à posséder des ébauches de stratégies globales; les autres pays sont le Brésil, le Chili, la Colombie et les États-Unis.

## **Le Canada par rapport à d'autres pays développés**

Le Centre international de recherche sur le cancer a estimé les taux d'incidence et de mortalité des pays du monde entier pour l'année 2000. Les taux globaux d'incidence du cancer chez les hommes sont légèrement plus faibles au Canada qu'aux États-Unis, en grande partie en raison des taux plus faibles de cancer de la

prostate. Les taux de mortalité globaux chez les hommes sont toutefois presque identiques aux États-Unis et au Canada. En général, les taux d'incidence chez les hommes sont légèrement plus élevés au Canada que dans l'ensemble des pays développés, mais les taux de mortalité sont légèrement plus faibles.

Les taux d'incidence et de mortalité chez les femmes étaient généralement plus élevés au Canada que dans les autres pays développés, à l'exception des États-Unis, qui présentaient des taux généralement comparables à ceux du Canada.

## **Le Canada par rapport aux pays en développement**

Comme pour les autres pays développés, les taux d'incidence et de mortalité chez les hommes et les femmes au Canada étaient beaucoup plus élevés que ceux notés dans les pays en développement. En plus de refléter une vraie différence au niveau des risques sous-jacents, les taux plus faibles dans les pays en développement pourraient également témoigner d'un manque de ressources d'identification et de consignation du cancer dans ces pays.

## Incidence du cancer et mortalité au Canada

### Sources de données

Au Canada, certains registres provinciaux du cancer collectent des données sur l'incidence du cancer depuis les années 1930. Un système national de déclaration des cas de cancer a été instauré à Statistique Canada en 1969 et a été étendu pour en faire un registre du cancer axé sur les patients en 1992. Présentement, divers organismes collectent de l'information afférente au cancer, y compris les registres provinciaux et territoriaux du cancer, Statistique Canada, Santé Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé.

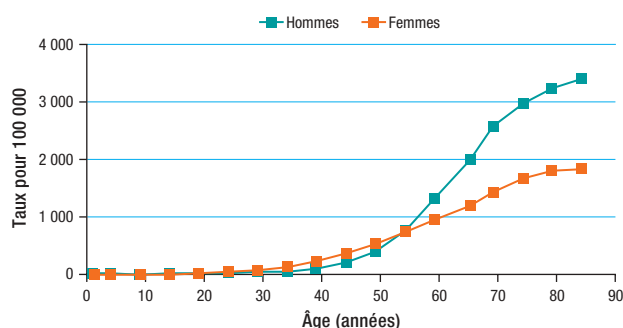
Un système de surveillance axé sur la population servant à évaluer les déterminants de la santé, les programmes de gestion et les issues du cancer est en voie d'élaboration par l'Alliance canadienne pour la surveillance du cancer, afin d'améliorer la coordination de la collecte des données et fournir de l'information en temps utile à la planification et à la surveillance de la lutte contre le cancer. Le système contribuera à l'élaboration de politiques et de stratégies de santé de la population axées sur la prévention qui visent à réduire le fardeau du cancer au Canada.

### Nouveaux cas (incidence)

- Il est estimé qu'en 2004, 145 500 nouveaux cas de cancer seront diagnostiqués au Canada; 74 800 chez les hommes et 70 700 chez les femmes.
- Pour la période de 1990-2000, le nombre de nouveaux cas de cancer a augmenté de 2,5 % par année.
- Les types de cancer les plus courants sont le cancer du poumon, de la prostate, du sein et colorectal. Ces quatre types de cancers combinés représentent plus de 56 % des nouveaux cas de cancer.
- Le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les femmes est le cancer du sein et chez les hommes, le cancer de la prostate.
- Le cancer demeure principalement une maladie des Canadiens plus âgés. En l'an 2000, 58 % de tous les nouveaux cancers ont été diagnostiqués chez des Canadiens de 65 ans et plus. À titre de comparaison, seulement 1 % des nouveaux cas se sont produits chez des Canadiens de moins de 20 ans.
- Pour la période de 1996-2000, les taux d'incidence de tous les cancers ont augmenté

# LA LUTTE CONTRE LE CANCER AU CANADA

**Figure 1.**  
Taux d'incidence standardisés selon l'âge de tous les cancers, par groupe d'âge et sexe, Canada, 1996-2000



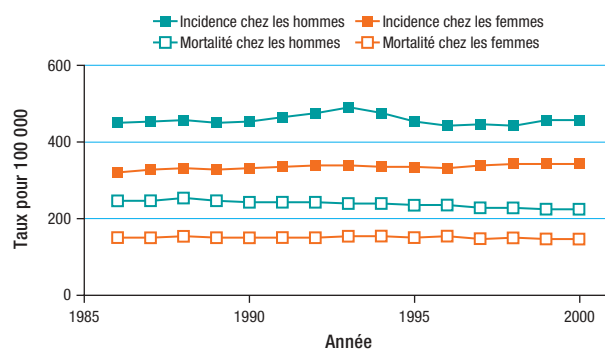
graduellement par âge lors du diagnostic, commençant par l'âge moyen et augmentant plus rapidement après l'âge de 55 ans, particulièrement chez les hommes (figure 1).

- Les taux de la tranche d'âge des 35-54 ans étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes, reflétant en grande partie l'impact du cancer du sein à ces âges.
- En l'an 2000, 62 670 Canadiens (33 358 hommes et 29 312 femmes) sont morts du cancer, ce qui représente 29 % de tous les décès s'étant produits au Canada cette année-là. La plus grande proportion de décès par cancer chez les hommes et les femmes était imputable au cancer du poumon (respectivement 29 % et 22 % de tous les décès par cancer).

- Le cancer du sein représentait 17 % de tous les décès par cancer chez les femmes, tandis que le cancer de la prostate représentait 11 % de tous les décès par cancer chez les hommes. Le cancer colorectal représentait 13 % de tous les décès par cancer chez les hommes et les femmes. Les quatre cancers les plus fréquents confondus représentaient plus de 50 % de tous les décès par cancer en l'an 2000 chez les hommes et les femmes.

- Les taux d'incidence de tous les cancers chez les hommes ont atteint un pic en 1993, ont diminué jusqu'en 1996, pour demeurer relativement stables depuis lors (figure 2). Par contraste, les taux d'incidence chez les femmes pour tous les cancers combinés ont lentement augmenté ces 15 dernières années,

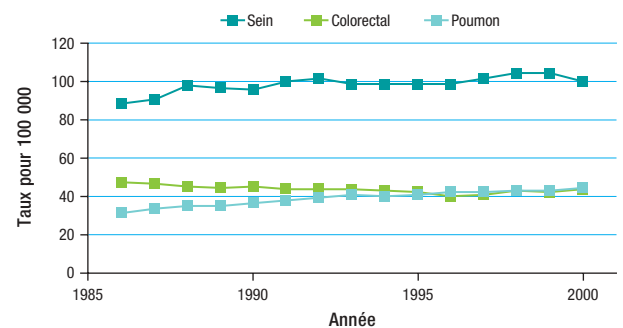
**Figure 2.**  
Taux d'incidence et de mortalité standardisés selon l'âge de tous les cancers, par sexe et par année, Canada, 1986-2000



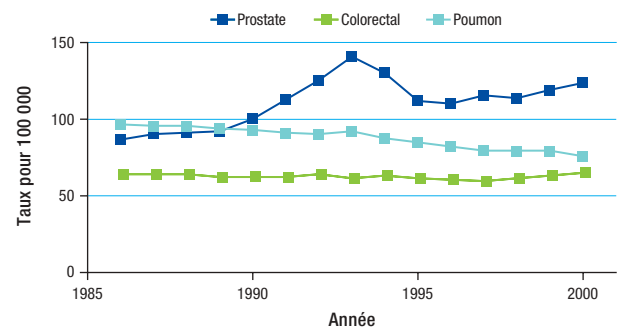
reflétant des augmentations importantes de l'incidence du cancer du poumon. Les taux d'incidence de la plupart des types individuels de cancer diminuent, tant chez les hommes que chez les femmes.

- Les taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes ont augmenté entre le milieu des années 1980 jusqu'au début des années 1990, mais ils sont relativement stables depuis lors (figure 3). Les augmentations du milieu des années 1980 reflètent l'adoption généralisée de la mammographie de dépistage durant cette période.
- La vive augmentation de l'incidence du cancer de la prostate du début des années 1990 (figure 4) correspond au lancement des tests de dépistage opportunistes de l'antigène prostatique spécifique (APS) au Canada.
- Bien que les taux d'incidence de la plupart des cancers soient à la baisse ou soient stables, deux exceptions sont le lymphome non hodgkinien et le cancer de la thyroïde. Bien que relativement rares, le lymphome non hodgkinien a vu son incidence augmenter de façon constante depuis 1986 (figure 5). L'incidence du cancer de la thyroïde a

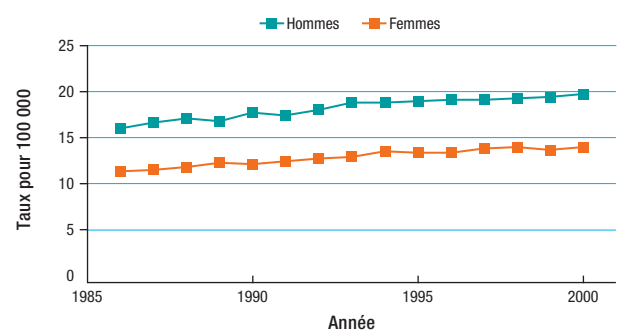
**Figure 3.**  
Taux d'incidence standardisés selon l'âge des cancers les plus courants chez les femmes, Canada, 1986-2000



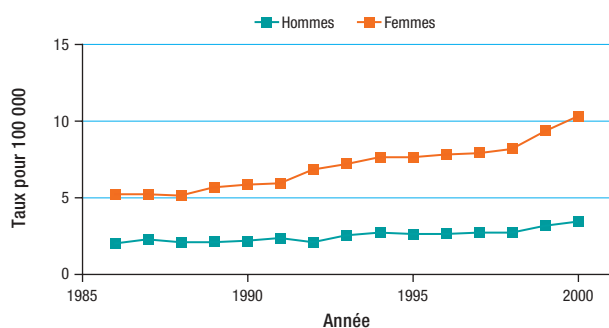
**Figure 4.**  
Taux d'incidence standardisés selon l'âge des cancers les plus courants chez les hommes, Canada, 1986-2000



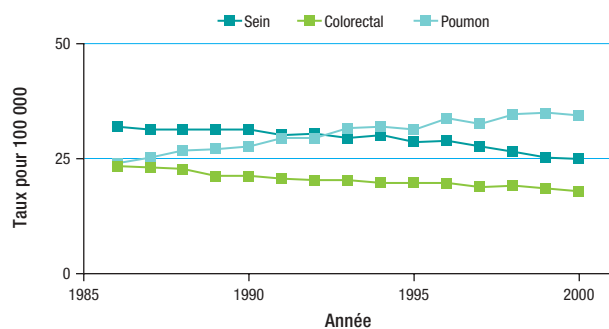
**Figure 5.**  
Taux d'incidence standardisés selon l'âge du lymphome non hodgkinien, par sexe, Canada, 1986-2000



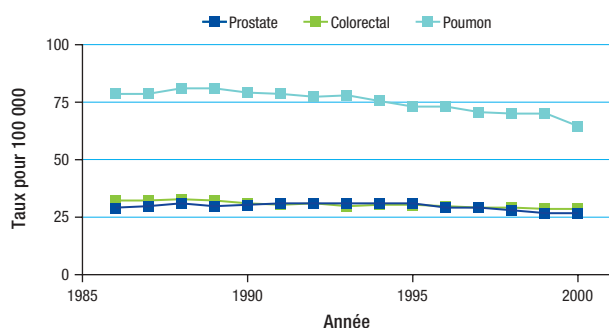
**Figure 6.**  
Taux d'incidence standardisés selon l'âge du cancer de la thyroïde, par sexe, Canada, 1986-2000



**Figure 7.**  
Taux de mortalité standardisés selon l'âge des cancers les plus courants chez les femmes, Canada, 1986-2000



**Figure 8.**  
Taux de mortalité standardisés selon l'âge des cancers les plus courants chez les hommes, Canada, 1986-2000



énormément augmenté au cours de la dernière décennie, particulièrement chez les femmes (figure 6), qui sont maintenant affectées par le cancer de la thyroïde environ trois fois plus que les hommes ne le sont.

## Décès

Les taux de mortalité de tous les cancers ont diminué chez les hommes et les femmes depuis la fin des années 1980, passant d'un pic de 195,7 pour 100 000 en 1988 à 180 pour 100 000 en l'an 2000 (figure 2). Cette diminution est largement imputable aux chutes des taux de mortalité par cancer du sein, de la prostate et colorectal et du cancer du poumon chez les hommes (figures 7 et 8).

Bien que les taux de mortalité associés au cancer du poumon chez les hommes soient encore élevés, ils ont diminué de façon significative depuis le milieu des années 1980, reflétant une diminution du tabagisme chez les hommes depuis le milieu des années 1960 (de 60 % en 1965 à 23 % en 2002). Les taux de mortalité associés au cancer du poumon chez les femmes ne cessent toutefois d'augmenter.

Des régimes thérapeutiques améliorés ont entraîné des diminutions de la mortalité par le

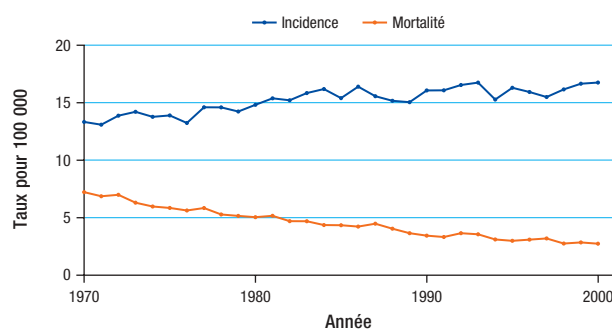
cancer du testicule et la maladie de Hodgkin, tandis que le dépistage a contribué à la diminution constante de la mortalité par cancer du col utérin.

## Cancer chez l'enfant

Le cancer est rare chez l'enfant, ne représentant qu'environ 1% de tous les cas. Entre 1996-2000, une moyenne de 1 289 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués par année chez les enfants et les jeunes de 0 à 19 ans. Les taux d'incidence sont plus élevés chez les enfants en bas âge (âgés de 1 à 4 ans) et les adolescents (de 15 à 19 ans). L'incidence globale du cancer chez l'enfant est demeurée relativement stable depuis 1985, variant de 15,1 à 16,8 pour 100 000 enfants (figure 9).

Le type de cancer diagnostiqué chez les enfants et les adolescents diffère considérablement des cancers chez les adultes. Tandis que la plupart des cancers chez les adultes sont des carcinomes (c.-à-d. des cancers qui prennent naissance dans les glandes et les tissus qui tapissent des organes tels que le côlon), les cancers chez les enfants sont principalement des leucémies (prenant naissance dans la moelle osseuse), des tumeurs cérébrales, des

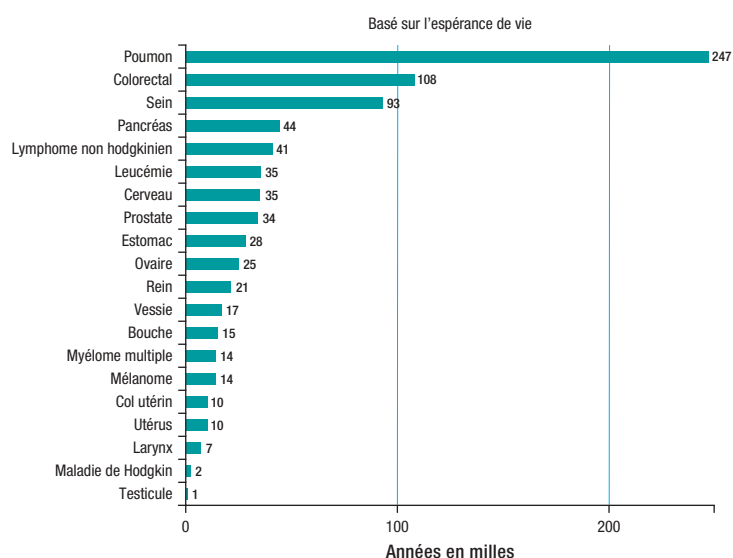
**Figure 9.**  
Taux d'incidence et de mortalité standardisés selon l'âge de tous les cancers chez les enfants et les jeunes, âgés de 0 à 19 ans, Canada, 1970-2000



lymphomes (prenant naissance dans les tissus lymphatiques) et des sarcomes (cancers retrouvés dans les os, les muscles et les tissus conjonctifs de certains organes). La leucémie est le type de cancer le plus fréquent à être diagnostiqué chez les enfants, représentant 26 % des nouveaux cas pour la période de 1996-2000. Les cancers du cerveau et de la colonne vertébrale sont le deuxième type le plus courant, représentant 17 % de tous les nouveaux cancers, suivis par les lymphomes, à 16 %.

Il s'est produit une grande diminution de la mortalité par cancer chez les enfants (figure 9). Cela est principalement dû aux percées dans le traitement qui ont entraîné une amélioration de

**Figure 10.**  
Années potentielles de vie perdues (APVP) dues au cancer,  
Canada, 2000



la survie, particulièrement pour la leucémie infantile. Présentement, 80 % des enfants atteints de leucémie sont encore en vie cinq ans après avoir reçu leur diagnostic, tandis qu'il y a 40 ans, il était rare d'y survivre. Il y a également eu une amélioration de la survie infantile aux lymphomes et au cancer du rein. En 2000, 218 enfants et adolescents (âgés de 0 à 19 ans) sont décédés du cancer, ce qui représente 6 % de tous les décès qui se sont produits cette année-là dans ce groupe d'âge.

## Années potentielles de vie perdues (APVP)

En 2000, le cancer était la principale cause de mortalité prématurée au Canada. Les deux autres principales causes d'APVP étaient les maladies du système circulatoire et les maladies respiratoires. Chez les enfants, le cancer est la sixième principale cause d'APVP.

Le cancer du poumon représentait 26 % des APVP pour tous les cancers (figure 10), témoignant du fait que le cancer du poumon est plus courant et que le taux de survie à ce type de cancer est plus faible que pour les autres cancers. Chez les hommes, le cancer du poumon, le cancer colorectal et le cancer de la prostate confondus représentaient 48 % des APVP pour le cancer. Chez les femmes, 52 % des APVP étaient dues au cancer du poumon, au cancer du sein et au cancer colorectal.

Bien que plus d'hommes que de femmes meurent du cancer chaque année, les APVP qui sont dues au cancer sont plus élevées chez les femmes (494 000 années) que chez les hommes (460 000 années). Cela est principalement dû aux différences d'APVP pour le cancer du sein (93 000 années) par rapport au cancer de la



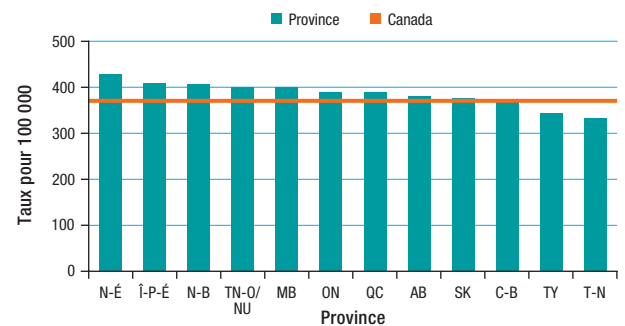
prostate (34 000 années); le cancer du sein se produit à un âge relativement plus jeune chez la femme que le cancer de la prostate chez l'homme. Certains cancers sont associés à de faibles APVP. Par exemple, la maladie de Hodgkin présente des APVP de 2 000 années, ce qui révèle un cancer moins courant et relativement guérissable.

## Variations provinciales et territoriales des taux de cancer

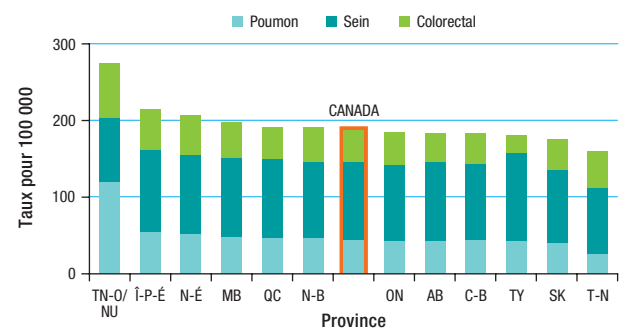
### Incidence

Globalement, les taux d'incidence du cancer sont plus élevés dans l'Est et sont les plus faibles dans l'Ouest (figure 11). L'exception est Terre-Neuve-et- Labrador, où les faibles taux témoignent de la sous-notification de certains types de cancer. Les femmes des T.N-O. et du Nunavut présentaient les taux les plus élevés de cancer du poumon, soit presque le double par rapport à tous les autres provinces/territoires (figure 12). Les femmes de l'Alberta, de la Saskatchewan et de l'Ontario présentaient les taux les plus faibles de cancer du poumon. Le taux le plus élevé de cancer colorectal est également observé chez les femmes des T.N-O.

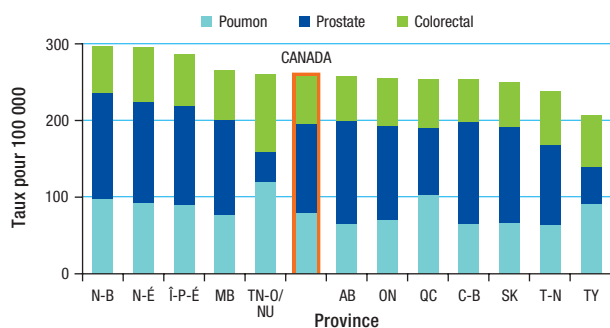
**Figure 11.**  
Taux d'incidence standardisés selon l'âge de tous les cancers, par province et territoire, 1996-2000



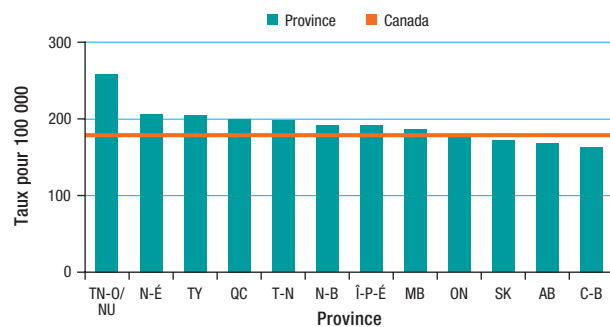
**Figure 12.**  
Taux d'incidence standardisés selon l'âge des cancers les plus courants chez les femmes, par province, 1996-2000



**Figure 13.**  
Taux d'incidence standardisés selon l'âge des cancers les plus courants chez les hommes, par province, 1996-2000



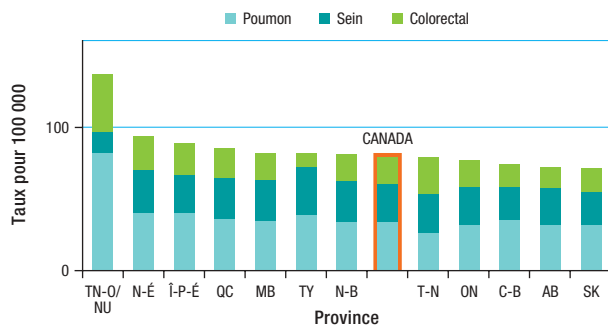
**Figure 14.**  
Taux de mortalité standardisés selon l'âge de tous les cancers, par province, 1996-2000, les deux sexes confondus



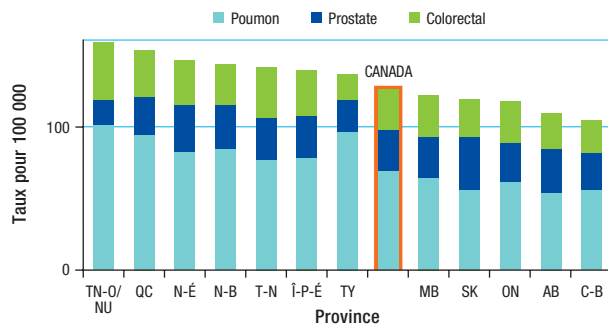
et du Nunavut, tandis que les femmes du Yukon présentaient les taux les plus faibles. Les femmes des T.N-O. et du Nunavut présentaient le plus faible taux de cancer du sein et les taux les plus élevés étaient observés chez les femmes de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Écosse, du Manitoba et du Yukon.

Les hommes des T.N-O. et du Québec présentaient les taux les plus élevés de cancer du poumon, tandis que ceux de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de la Saskatchewan présentaient les taux les plus faibles (figure 13). Les taux de cancer de la prostate étaient les plus élevés à l'Île-du-Prince-Édouard et au Nouveau-Brunswick et les plus faibles dans les T.N-O., au Nunavut et au Yukon. Les hommes des T.N-O. et du Nunavut présentaient des risques de cancer colorectal significativement plus élevés.

**Figure 15.**  
Taux de mortalité standardisés selon l'âge pour les trois cancers les plus courants chez les femmes, par province, 1996-2000



**Figure 16.**  
Taux de mortalité standardisés selon l'âge pour les trois cancers les plus courants chez les hommes, par province et territoire, 1996-2000



## Mortalité

Les taux de mortalité présentent des variations provinciales/territoriales similaires (figure 14).

Les taux de mortalité les plus élevés par cancer ont été observés chez les femmes des T.N-O., du Nunavut et du Québec et chez les hommes des T.N-O. et du Nunavut, témoignant des taux de mortalité élevés du cancer du poumon (figures 15 et 16). Les T.N-O. et le Nunavut ont aussi présenté les taux de mortalité les plus élevés au Canada pour le cancer colorectal, mais les taux les plus faibles de cancer du sein et de cancer de la prostate. Globalement, les taux de mortalité par cancer en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan et en Ontario étaient plus faibles que la moyenne nationale, tandis que ceux des provinces de l'Atlantique étaient plus élevés que la moyenne nationale.

# LA PRÉVENTION DU CANCER

## L'approche de la santé de la population

La santé de la population est une notion élargie de la santé qui reconnaît que notre santé globale et notre bien-être sont influencés par une grande variété de « déterminants » de la santé qui vont bien au-delà des indicateurs traditionnels tels que la mort, la maladie et l'invalidité. Ces déterminants comprennent : l'âge, la biologie et la qualité du matériel génétique, le développement sain de l'enfant, les habitudes personnelles en matière de santé et les habiletés d'adaptation, la culture, le sexe, les services de santé, les milieux physiques, les milieux sociaux, la scolarité et l'alphabétisation, le revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, ainsi que l'emploi et les conditions de travail. Une approche de la santé de la population maintient que l'action de collaboration sur ces déterminants dans de nombreux domaines de la société canadienne est la meilleure façon d'éliminer les inégalités en matière de santé et d'obtenir de meilleures issues de santé pour tous les Canadiens.

Bien que les déterminants tels que l'âge, la biologie et la qualité du matériel génétique ne puissent pas être changés, d'autres, tels que les habitudes personnelles en matière de santé et



les choix de style de vie, peuvent être modifiés pour produire de meilleures issues de santé au sein des populations. Étant donné que les facteurs des habitudes personnelles en matière de santé et de style de vie jouent un rôle important dans la détermination des risques que courent les individus de développer des maladies chroniques constituant un danger de mort telles que le cancer, une maladie respiratoire, une maladie du cœur et le diabète, la santé de la population comprend un volet de promotion de comportements et de styles de vie sains chez les Canadiens. Une partie importante de cette approche préventive est l'élaboration d'initiatives visant à modifier les facteurs de risque liés au style de vie — tels que le tabagisme, la consommation d'alcool, un mauvais régime alimentaire et le manque d'activité physique — qui sont liés à chacune de ces maladies chroniques.

# LA PRÉVENTION DU CANCER

Les gouvernements de divers paliers possèdent divers moyens d'influencer ces facteurs. Ils comprennent notamment : la persuasion avec l'industrie et d'autres; l'établissement d'une capacité communautaire pour soutenir les programmes de santé locaux et les coalitions; le marketing social; le fait d'exiger ou de permettre, selon les besoins, l'étiquetage de l'emballage précisant les risques et/ou les avantages du produit, la réglementation de la disponibilité et du marketing des produits; et la taxation. Les gouvernements aident à établir des politiques aussi disparates que le nombre d'heures d'éducation physique nécessaires dans les écoles publiques et la façon d'aménager les pistes cyclables dans un voisinage donné.

## **Une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques au Canada**

Ces dernières années, il y a eu une tendance croissante vers l'élaboration de programmes globaux de prévention des maladies dans l'ensemble du Canada. L'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada (APMCC) est un exemple de cette tendance. Fondée en 2001, l'APMCC est un réseau d'organismes et d'individus qui partagent une vision commune de système intégré de prévention des

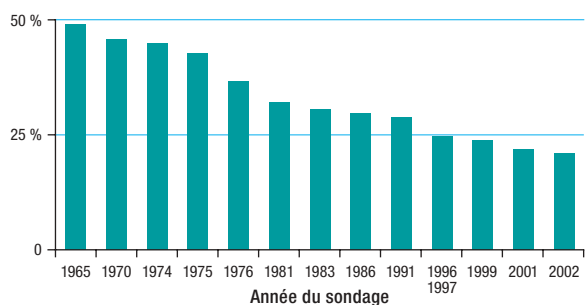
maladies chroniques au Canada; Santé Canada en est un tenant majeur. Pour de plus amples renseignements sur l'APMCC, consultez leur site Web : <http://www.apmcc.ca/>

En accord avec cette tendance à une plus grande intégration, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales et des sciences de 2002 (Commission Kirby) a recommandé la mise en œuvre d'une stratégie nationale intégrée de prévention des maladies chroniques qui serait globale, suffisamment dotée de ressources et viable, et qui intégrerait la recherche, les politiques et les programmes servant à maintenir la santé et à prévenir les maladies chroniques. Cette approche dépasserait le secteur traditionnel de la santé pour agir sur des déterminants de la santé dans des secteurs tels que le transport, l'éducation, les services sociaux et les loisirs.

En attendant, Santé Canada, les ministères de la Santé des provinces et des territoires et leurs partenaires sont en train d'élaborer une Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains. Cette stratégie vise à se servir de la politique officielle pour influencer les environnements social, économique et physique afin d'aider les Canadiens à faire des choix-

# LA PRÉVENTION DU CANCER

**Figure 1.**  
Pourcentage des fumeurs actuels au Canada, âgés de 15 ans et plus



Source : Supplément de l'Enquête sur la population active, 1965-1975, 1981-1986; Enquête sur la santé au Canada, 1978; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, 1994; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997; Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle), 1999-2002.

santé positifs. Le point de mire initial est de promouvoir l'alimentation saine et l'activité physique, ainsi que leur relation avec le poids-santé.

## Le risque de cancer, les habitudes personnelles et les comportements en matière de santé

La section suivante décrit ce que l'on sait présentement sur l'association qui existe entre le risque de cancer et les habitudes personnelles et les comportements en matière de santé, tels que le tabagisme, le régime alimentaire, la sédentarité, l'obésité, l'alcool et l'exposition au soleil.

## Tabac

La fumée de tabac contient plus de 4 000 produits chimiques dont au moins 60 sont cancérigènes. Le tabagisme a été lié à des cancers du poumon, des lèvres, de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, de l'estomac, du pancréas, du rein et de la vessie. Le tabagisme augmente aussi le risque de cancer colorectal, du col utérin, voire du cancer du sein et du foie, ainsi que du myélome multiple. Le tabagisme explique environ 30 % de tous les cancers (à l'exclusion des cancers de la peau autres que des mélanomes) et des décès par cancer au Canada.

## Prévalence du tabagisme au Canada

L'usage du tabac chez les Canadiens a lentement diminué au cours des 35 dernières années. En 1965, 50 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus fumaient, par rapport à 21 % en 2002 (figure 1).

Au cours de la dernière décennie, on a observé les chutes absolues les plus importantes dans la proportion de la population qui fume en Colombie-Britannique, en Alberta, à Terre-Neuve-et-Labrador, et en Nouvelle-Écosse (bien que les taux de l'Alberta, de Terre-Neuve-et-Labrador, et de la Nouvelle-Écosse

dépassent encore la moyenne nationale).

Présentement, la proportion de la population qui fume est la plus élevée dans les Territoires du Nord-Ouest, au Québec et dans les régions du nord des Provinces des Prairies et elle est la plus faible en Colombie-Britannique (figure 2).

La réduction de l'usage du tabac chez les hommes a entraîné des réductions importantes de leur incidence de cancer du poumon et de mortalité (figures 4 et 8, Chapitre 1). Les taux de cancer du poumon n'ont pas encore diminué chez les femmes, mais il est prévu qu'ils le fassent au cours de la prochaine décennie.

## L'usage du tabac dans la population autochtone du Canada

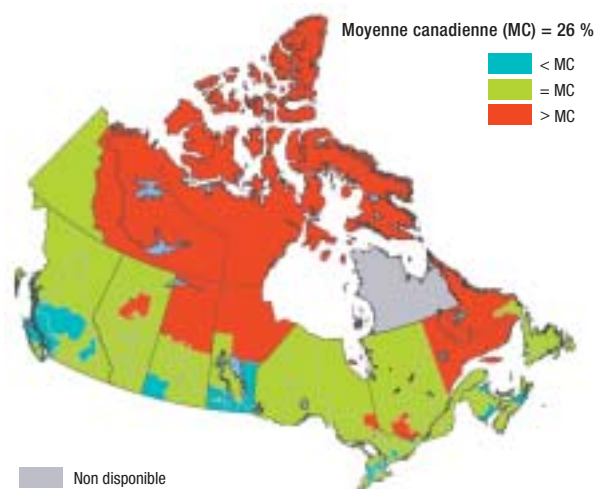
L'usage du tabac dans la population autochtone du Canada est plus de deux fois plus courante que chez l'ensemble des Canadiens. En 1993, la prévalence du tabagisme chez les Inuits était de 72 %, soit presque trois fois plus que dans la population canadienne. Les taux d'usage du tabac chez les jeunes autochtones sont également élevés : 54 % des jeunes âgés de 11 à 19 ans et 65 % du groupe des 20 à 25 ans fument. L'usage du tabac à mâcher et à priser est aussi beaucoup plus élevé chez les Inuits que dans d'autres groupes du Canada.

## Taux d'initiation à l'usage du tabac

La plupart des fumeurs actuels ont commencé à fumer à l'adolescence. Le fait de commencer à fumer au début de l'adolescence est associé à une consommation quotidienne de cigarettes plus élevée et à une plus faible probabilité d'abandon du tabagisme, par rapport aux fumeurs qui ont commencé à fumer à un âge plus avancé. Il est rare de commencer à fumer à l'âge adulte.

L'âge auquel les individus ont commencé à fumer est relativement uniforme dans l'ensemble du Canada. La majorité des Canadiens ont

Figure 2.  
Proportion de fumeurs actuels de 12 ans et plus, 2000-2001



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

# LA PRÉVENTION DU CANCER

commencé à fumer entre 15 et 19 ans. Le Nunavut fait exception, en effet, presque 20 % des fumeurs ont commencé à fumer avant l'âge de 12 ans, par rapport à 8 % pour le reste du Canada.

## **Taux de renoncement au tabac**

Plus de 20 % des personnes qui se sont elles-mêmes identifiées comme des fumeurs dans le sondage de l'ENSP de 1994-1995 ont déclaré avoir cessé de fumer avant la tenue du sondage de l'ENSP de 2000-2001. Bien que le tabac crée une très forte dépendance, les efforts visant à encourager le renoncement au tabac ont relativement bien réussi. La diminution de l'usage du tabac a été plus grande chez les Canadiens plus âgés. En 2001, le nombre d'ex-fumeurs au Canada âgés de 25 ans et plus (5,6 millions) dépassait le nombre de fumeurs actuels appartenant à la même catégorie d'âge (4,3 millions).

## **Taux de tabagisme quotidien décroissants**

Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour chez les fumeurs a aussi diminué, soit de 20,6 cigarettes par jour en 1985 à 16,4 par jour en 2002, ce qui représente une réduction de 61 paquets de cigarettes par fumeur par année.

En 2002, les hommes fumaient en moyenne 17,9 cigarettes par jour par rapport à 14,8 cigarettes par jour pour les femmes.

## **Initiatives de lutte contre le tabagisme**

Les programmes de lutte contre le tabagisme sont conçus pour aider les fumeurs actuels à cesser de fumer et à empêcher les jeunes de commencer. En 1994, le gouvernement fédéral a annoncé la Stratégie de réduction de la demande de tabac (SRDT) de 185 millions de dollars. La SRDT englobe trois types d'activités : la législation et l'exécution de la Loi, la recherche, et les initiatives communautaires et l'information publique.

En septembre 1998, la Conférence des ministres de la Santé des provinces/territoires a demandé à la Conférence des sous-ministres de la Santé des provinces/territoires d'élaborer une stratégie nationale de lutte contre le tabagisme. Les buts de la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme comprennent la prévention, le renoncement, la protection et la dénormalisation (processus de faire du tabagisme un comportement inacceptable sur le plan social). En 2001, Santé Canada a lancé la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme, qui est axée sur la



# LA PRÉVENTION DU CANCER

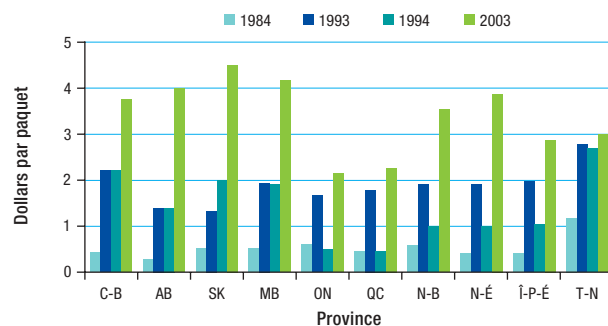
prévention, le renoncement, la protection et la réduction des préjudices. Les gouvernements fédéral, provinciaux et locaux ont mis en œuvre des stratégies différentes mais complémentaires pour atteindre ces buts. Les efforts comprenaient les taxes plus élevées sur le tabac, les programmes d'information du public, les étiquettes d'avertissement, les campagnes de média de masse, la restriction de la publicité sur les cigarettes et de la vente aux mineurs, ainsi que la restriction de l'usage du tabac dans les lieux de travail et les lieux publics.

## Taxation et niveaux de prix du tabac

Les produits du tabac canadiens sont taxés aux niveaux fédéral et provincial. Ces taxes globales représentent plus des deux tiers du coût des cigarettes achetées au Canada. Il y a des preuves à l'effet que les augmentations de prix encouragent certaines personnes à renoncer au tabac et en découragent d'autres de commencer. Les augmentations de taxe entre 1982 et 1992 ont entraîné de fortes augmentations du prix réel du tabac et une diminution substantielle de la consommation. La contrebande de cigarettes à prix plus faible provenant des États-Unis et les coupures de taxes qui en ont découlé en 1994 pour refréner

cette activité ont vraisemblablement contribué à la remontée de la consommation du tabac chez les jeunes Canadiens du début jusqu'au milieu des années 1990. Les provinces qui ont coupé leurs taxes en parallèle aux coupures du gouvernement fédéral ont présenté la plus forte augmentation de la consommation chez les jeunes et, globalement, n'ont connu qu'une diminution modeste de la consommation de tabac par habitant, par rapport aux provinces qui ont maintenu la taxe provinciale sur les cigarettes. Toutefois, en 2003, les taxes provinciales sur le tabac avaient augmenté au-dessus des niveaux d'avant les taxes dans toutes les provinces, les taxes les plus élevées étant dans l'Ouest canadien et le Canada atlantique (figure 3).

Figure 3.  
Taxes provinciales sur le tabac au Canada, 1984-2003



Note : non corrigé pour l'inflation  
Source : Statistique Canada

## **Restrictions de la publicité sur le tabac**

Avant 1988, il n'existait aucune restriction fédérale de la publicité sur le tabac au Canada. Depuis lors, il y a eu de la législation limitant le type et la nature de la publicité sur le tabac. En 1997, la Loi C-71 ou *Loi sur le tabac*, a imposé d'autres restrictions à la publicité sur le tabac, introduisant une interdiction complète de la promotion de commandite, qui est entrée en vigueur en octobre 2003.

En décembre 2002, la Cour supérieure du Québec a confirmé la constitutionnalité des restrictions fédérales de la publicité sur le tabac. Toutefois, jusqu'à présent, les dépenses faites sur la promotion par l'industrie des produits du tabac n'ont pas diminué, puisque les diminutions de la publicité ont correspondu aux augmentations des commandites et de la promotion au détail. Le Canada est l'un des rares pays développés qui ne requiert pas d'avertissement relatif à la santé dans les promotions sur le tabac.

## **Restriction de la promotion du tabac au détail**

On vise aussi de plus en plus la restriction de la promotion du tabac au détail. En mars 2002, la loi de la Saskatchewan intitulée *Tobacco Control*

*Act* interdisait l'affichage de cigarettes dans les points de vente au détail accessibles aux jeunes de moins de 18 ans. En réponse à cela, la deuxième plus grosse entreprise de tabac au Canada (Rothmans, Benson & Hedges) a allégué devant la Cour du Banc de la Reine de la Saskatchewan que la loi contredisait la *Loi fédérale sur le tabac*. La Cour a rendu une décision selon laquelle l'argument de l'entreprise a échoué; cependant, en octobre 2003, la Cour d'appel de la Saskatchewan a déclaré que la loi de la Saskatchewan intitulée *Tobacco Control Act* était invalide. Le gouvernement de la Saskatchewan interjette appel devant la Cour suprême du Canada. Une législation similaire à celle de la Saskatchewan est entrée en vigueur au Manitoba en janvier 2004, mais elle n'est pas mise à exécution, en attendant l'issue de l'appel de la Saskatchewan.

## **Restrictions de l'usage du tabac dans les lieux de travail et les lieux publics**

Un nombre croissant d'instances impose des restrictions sur le tabagisme dans les lieux publics. Selon un sondage portant sur les règlements municipaux antitabac effectué par Santé Canada en 2001, au moins 63 % de Canadiens vivaient dans des instances qui restreignaient

l'usage du tabac. Parmi ces instances, au moins 30 % des règlements municipaux ont été promulgués au cours des cinq années précédant le sondage.

Bien que la plupart des restrictions aient été imposées localement, les restrictions de lutte contre le tabagisme ont de plus en plus tendance à passer à des paliers plus élevés de gouvernement (du palier municipal au régional au provincial). En 2002, Terre-Neuve-et-Labrador a été la première province canadienne à interdire l'usage du tabac dans les restaurants et les lieux où sont admis des jeunes de moins de 19 ans. La même année, un règlement modifié sur la santé et la sécurité au travail est entré en vigueur en Colombie-Britannique; ce règlement restreint sévèrement l'usage du tabac dans les restaurants, les bars et les casinos. Depuis janvier 2003, la loi de la Nouvelle-Écosse intitulée *Nova Scotia Smoke-Free Places Act* interdisait l'usage du tabac dans les restaurants, sauf dans des salles désignées à cet effet.

### **Thérapies de substitution de nicotine et autres interventions de renoncement**

Le renoncement au tabagisme peut être aidé par l'utilisation de thérapies de substitution de nicotine. Les timbres de nicotine et la gomme

*Figure 4.*  
Exemple d'étiquette d'avertissement présentement retrouvée sur les paquets de cigarettes au Canada



de nicotine sont maintenant vendus sans prescription au Canada. Le bupropion (Zyban) est un antidépresseur d'ordonnance ayant aussi l'effet d'aider les personnes à se sevrer de la nicotine. Il peut être employé en combinaison avec les timbres ou la gomme de nicotine.

Les ventes annuelles de ces thérapies de substitution de nicotine ont augmenté ces dernières années, ce qui porte à croire que plus de Canadiens cessent de fumer ou essaient de le faire. En 1994, les pharmacies ont vendu environ 20,8 millions de dollars de timbres de nicotine. En 1998, les ventes de timbres de nicotine avaient augmenté de 42 % pour s'établir à 29,5 millions de dollars. Une tendance similaire a été observée pour les ventes de gomme de nicotine, dont la vente a augmenté de 45 %, passant de 10,4 millions de dollars à 15,1 millions de dollars au cours de la même période.

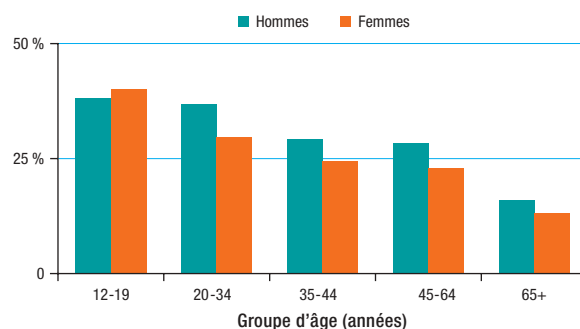
## Information du public — étiquettes d'avertissement

La loi fédérale a d'abord rendu obligatoire les mises en garde relatives à la santé sur les paquets de cigarettes en 1989. En 1994, ces mises en garde ont été rendues plus frappantes, occupant 35 % de la partie supérieure de la principale surface d'affichage du paquet. En 2000, les avertissements ont été modifiés pour inclure des illustrations des conséquences du tabagisme sur la santé et ils devaient obligatoirement couvrir la moitié du paquet de cigarettes. Certaines de ces illustrations comprenaient un cœur endommagé, un cerveau après un accident cérébrovasculaire et le rôle que le tabagisme joue dans l'impuissance (figure 4). De plus, de l'information plus détaillée sur la santé a été ajoutée à l'intérieur du paquet. Une étude financée par l'Institut du cancer des Instituts de recherche en santé du Canada a noté que presque la moitié des fumeurs auprès de qui le sondage a été effectué ont déclaré que les avertissements augmentaient leur motivation à cesser de fumer et les conscientisaient davantage envers les effets du tabac sur leur santé. En décembre 2002, la Cour supérieure du Québec a confirmé la constitutionnalité de ces mises en garde portant des illustrations sur les paquets.

## Efforts internationaux

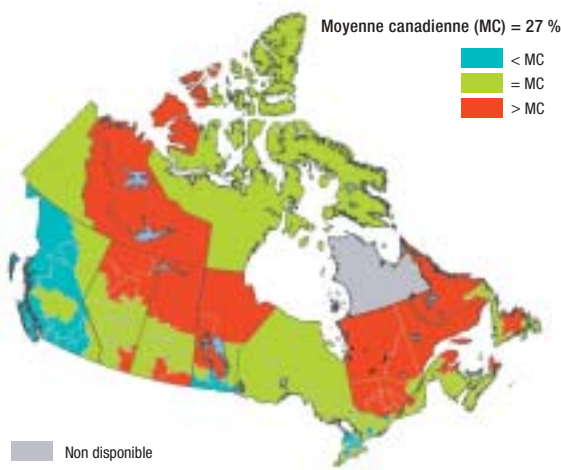
La Convention cadre internationale pour la lutte antitabac (CCILA) parrainée par l'Organisation mondiale de la Santé est le premier traité international sur la santé publique à être proposé. L'objectif de la CCILA est de réduire les conséquences sur la santé du tabagisme par une action collective et une coopération internationales de lutte contre le tabagisme. Les négociations officielles ont débuté en l'an 2000 et un cadre de travail final a été accepté en mai 2003. Le Canada a signé la Convention cadre le 15 juillet 2003. La CCILA comporte une interdiction étendue visant la publicité sur le tabac, la promotion et la commandite du tabac, avec des exemptions pour les pays qui sont restreints par des limitations constitutionnelles.

**Figure 5.**  
Pourcentage des Canadiens non-fumeurs âgés de 12 ans et plus exposés à la fumée secondaire, par groupe d'âge, 2000-2001



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

**Figure 6.**  
Proportion de non-fumeurs de 12 ans et plus exposés à la fumée secondaire, 2000-2001



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

## Fumée de tabac ambiante

La fumée de tabac ambiante (FTA) ou fumée secondaire (passive) est cancérigène pour l'homme. La fumée secondaire expose les non-fumeurs aux mêmes substances cancérigènes et toxiques que les fumeurs, quoi qu'à des doses différentes. En réalité, certains produits chimiques toxiques sont à des concentrations plus élevées dans la fumée secondaire (fumée des autres ou fumée qui émane de l'extrémité d'une cigarette allumée) que dans la fumée qui est inhalée par les fumeurs. Après avoir fait un examen minutieux des preuves des associations qui existent entre la FTA et le cancer du poumon,

un groupe de travail du Centre international de recherche sur le cancer, un organisme spécialisé de l'Organisation mondiale de la Santé, a conclu que la fumée secondaire est une cause de cancer du poumon chez les personnes qui n'ont jamais fumé. Le centre a également noté que les non-fumeurs qui sont exposés à la fumée secondaire courent un risque de 20 % à 30 % plus élevé d'être atteints de cancer du poumon que les personnes qui ne sont pas exposées à la fumée secondaire.

## Statistiques canadiennes sur la fumée secondaire

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001, 28 % des Canadiens sont exposés à la fumée secondaire. L'exposition variait en fonction de l'âge et du sexe. L'exposition la plus élevée s'est produite chez les individus âgés de 12 à 19 ans (figure 5). À l'exception du groupe d'âge le plus jeune, les hommes ont signalé des taux plus élevés d'exposition que les femmes. L'exposition à la fumée secondaire variait aussi d'un bout à l'autre du pays. Les taux d'exposition les plus élevés à la fumée secondaire ont été signalés dans les T.N.-O. (46 %) et les plus faibles en Colombie-Britannique (18 %) (figure 6).

**Figure 7.**  
Exemple d'étiquette d'avertissement présentement retrouvée sur les paquets de cigarettes au Canada portant sur la fumée secondaire



L'étiquetage des paquets de cigarettes canadiens comprend des avertissements sur les dangers de l'exposition à la fumée secondaire (figure 7).

### **Régime alimentaire**

Les preuves actuelles portent à croire que les facteurs liés au régime alimentaire représentent environ 30 % de tous les cancers des pays développés. Des études se sont penchées sur le lien qui existe entre le régime alimentaire et le cancer en fonction des types d'aliments consommés (p. ex., viande, fruits et légumes) et par constituants alimentaires (p. ex., vitamines spécifiques, fibres, matières grasses). Les données indiquent qu'un régime alimentaire riche en fruits et légumes réduit le risque de plusieurs types de cancer, particulièrement des cancers du tractus gastro-intestinal (bouche, pharynx, œsophage, estomac, côlon et rectum).

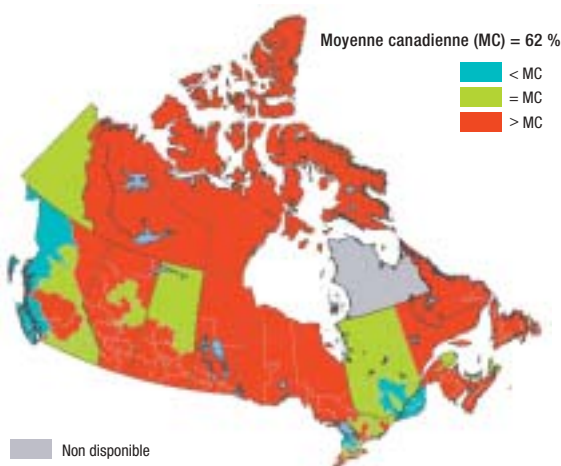
L'effet de constituants alimentaires spécifiques tels que les fibres et les vitamines anti-oxydantes (ou leurs précurseurs, tels que le bêta-carotène) sur le risque de cancer est encore incertain. La consommation de viande a été liée à des taux plus élevés de cancer du côlon et de certains autres cancers. D'autres facteurs, tels que l'obésité, la sédentarité et la faible consommation de fruits et de légumes, jouent aussi un rôle.

### **Le rôle de l'apport en matières grasses**

On a beaucoup discuté du rôle de l'apport en matières grasses sur le risque de cancer. Un examen récent conclut que d'autres mesures alimentaires, telles que d'augmenter la consommation de fruits, de légumes et de céréales complètes et de diminuer la consommation de viande rouge, pourraient être plus efficaces à réduire le risque de cancer du sein, de cancer colorectal et peut-être de cancer de la prostate que de diminuer l'apport total en matières grasses. Les types de matières grasses consommées pourraient aussi être importants. Les changements au niveau de la consommation de matières grasses du bœuf au Canada dans les années 1980, ainsi que le déclassement du bœuf persillé comme la meilleure qualité, ont contribué à une réduction de la consommation

# LA PRÉVENTION DU CANCER

**Figure 8.**  
Proportion de la population de 12 ans et plus qui mange au moins cinq portions quotidiennes de fruits et de légumes, 2000-2001



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

des graisses saturées au Canada et peuvent avoir contribué aux diminutions du cancer colorectal qui se sont produites depuis lors.

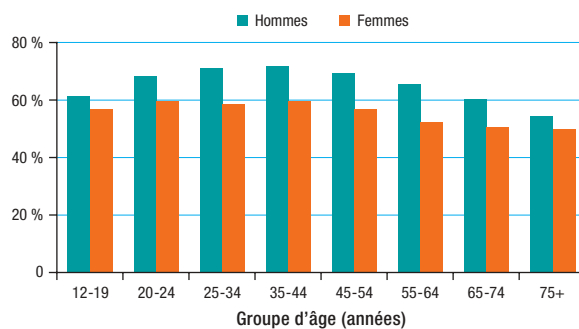
## Consommation de fruits et de légumes

Partout dans le monde, on conseille de façon uniforme aux populations de consommer un régime alimentaire varié comportant beaucoup de fruits, de légumes et de céréales entières dans un effort de réduire les risques de cancer. Le Guide alimentaire canadien recommande actuellement de 5 à 10 portions de fruits et de légumes par jour. Selon l'ESCC de 2000-2001, plus de 60 % des Canadiens en consomment moins que la quantité quotidienne recommandée.

La consommation de fruits et de légumes variait dans le pays, la consommation étant la plus faible dans les Territoires du Nord-Ouest (72 % consommaient moins que la quantité recommandée) et la plus élevée au Québec (bien que 55 % ou la majorité de la population, consomme encore moins que la quantité recommandée) (figure 8).

La consommation de fruits et de légumes varie selon le sexe et l'âge (figure 9). Dans tous les groupes d'âge, les hommes mangent inmanquablement moins de portions de fruits et de légumes par jour que les femmes. Bien que la majorité des Canadiens âgés de 20 à 54 ans consommaient une quantité moindre que la

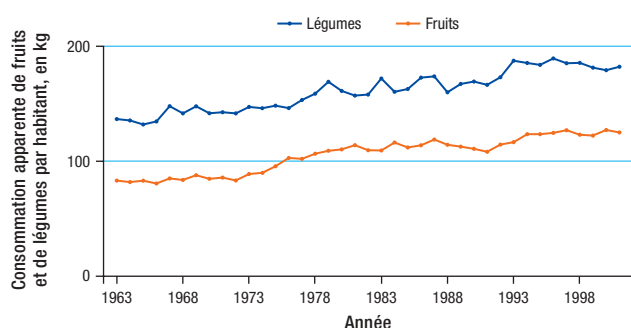
**Figure 9.**  
Pourcentage des Canadiens âgés de 12 ans et plus consommant moins de fruits et de légumes que la quantité recommandée, par sexe et âge, 2000-2001



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

# LA PRÉVENTION DU CANCER

**Figure 10.**  
Estimation des fruits et légumes consommés par habitant au Canada, 1963-2001



Source : Statistique Canada, 2002

quantité quotidienne recommandée, la consommation de fruits et de légumes a augmenté graduellement chez les hommes et les femmes de 55 ans et plus.

L'ENSP de 1998-1999 a montré des différences de préférence alimentaire entre les hommes et les femmes. Lorsque les femmes exercent des choix alimentaires, elles sont plus susceptibles de prendre en compte la santé globale, le poids et des maladies spécifiques. Quarante pour cent des femmes se préoccupaient du maintien ou de l'amélioration de la santé par des choix alimentaires, par rapport à 63 % des hommes. Tandis que 59 % des femmes tenaient compte de leur poids en choisissant des aliments, seulement 41 % des hommes le faisaient.

La consommation de fruits et de légumes était également plus élevée chez les personnes appartenant aux catégories de revenu moyen à élevé et chez celles qui ont une éducation postsecondaire. La consommation de fruits et de légumes était aussi associée à d'autres comportements favorables à la santé, dont l'activité physique et le fait de ne pas fumer.

Depuis le début des années 1960, la consommation de fruits et de légumes au Canada a augmenté de façon constante. Statistique Canada, qui estime la quantité d'aliments disponibles par habitant pour la consommation humaine, a estimé que les Canadiens mangeaient en moyenne 137 kg de fruits et 84 kg de légumes par année en 1963. En 2001, ces chiffres avaient grimpé de presque 40 %, s'établissant à 183 kg de fruits et à 125 kg de légumes (figure 10). Ces changements alimentaires ont probablement contribué à la réduction du risque de certains cancers. La meilleure preuve en est la diminution au cours de la dernière décennie des cancers du tractus gastro-intestinal, tels que le cancer colorectal (figures 3, 4, 7, 8 de l'Introduction). Les plus fortes diminutions du cancer colorectal chez les femmes peut également refléter leur utilisation croissante de l'hormonothérapie substitutive.



# LA PRÉVENTION DU CANCER

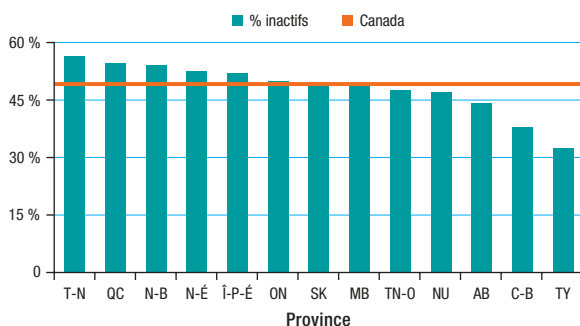


## Activité physique

### Les avantages de l'exercice

L'activité physique réduit le risque de cancer du côlon et de cancer du sein et peut-être du cancer de l'endomètre (utérus) et de la prostate. Des études ont montré une diminution de 40 % du risque de cancer du côlon pour des niveaux élevés d'activité physique et de 30 % à 40 % du risque de cancer du sein chez les femmes qui font le plus d'activité physique. Une réduction de 20 % à 40 % du risque de cancer du col utérin a été observée dans certaines études portant sur des femmes physiquement actives et une réduction de 10 % à 30 % du risque de cancer de la prostate a été noté dans certaines études portant sur des hommes physiquement actifs.

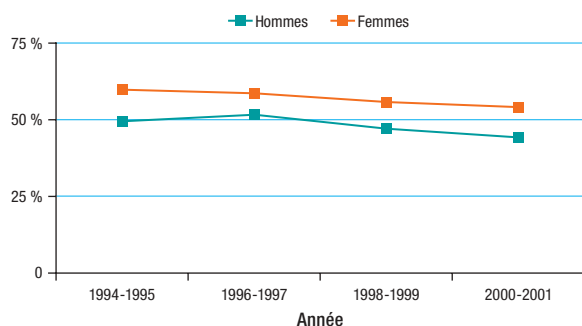
Figure 11.  
Pourcentage des Canadiens âgés de 12 ans et plus qui sont physiquement inactifs, par province, 2000-2001



### Taux de sédentarité

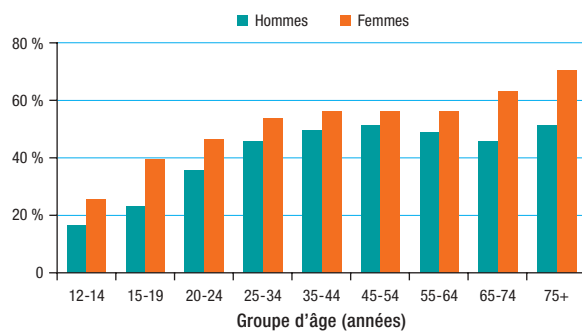
Selon l'ESCC de 2000-2001, plus de la moitié de tous les Canadiens de 12 ans et plus sont considérés comme étant sédentaires. Les niveaux les plus élevés de sédentarité ont été déclarés dans les provinces de l'Atlantique et au Québec (figure 11). Les femmes ont régulièrement été classifiées comme étant plus sédentaires (54 %) que les hommes (44 %), mais les taux de sédentarité ont graduellement diminué chez les deux sexes depuis 1994

**Figure 12.**  
Pourcentage des Canadiens âgés de 12 ans et plus qui sont physiquement inactifs, par sexe, 1994-1995 à 2000-2001



Source : Enquête nationale sur la santé de la population, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada

**Figure 13.**  
Pourcentage des Canadiens âgés de 12 ans et plus qui sont physiquement inactifs, par sexe et par âge, 2000-2001



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

(figure 12). Les niveaux de sédentarité augmentent en fonction de l'âge (figure 13). Les membres les plus actifs de la population canadienne sondée dans le cadre de l'ESCC

sont les enfants de 12 à 14 ans : seulement 20 % ont déclaré être sédentaires. Comme chez les adultes, les garçons sont plus actifs que les filles. À l'âge de 25 ans, 50 % des Canadiens étaient classifiés comme étant sédentaires.

### Facteurs qui influent sur l'activité physique

Les résultats de l'ENSPF indiquent que la participation des Canadiens à l'activité physique est influencée par un éventail complexe de facteurs environnementaux, sociaux et psychologiques, dont le statut socio-économique, le niveau de scolarité et les responsabilités familiales. La recherche a révélé que les programmes d'activité physique du lieu de travail, de la communauté et des médias de masse n'ont qu'un succès modeste et que les effets sont rarement à long terme. En dépit de l'introduction de programmes nationaux de conditionnement physique conçus pour promouvoir l'activité physique, une majorité de Canadiens demeurent sédentaires.

### Obésité

Le Centre international de recherche sur le cancer estime que l'embonpoint ou l'obésité expliquent plus de 25 % des cas mondiaux de cancer du côlon, de l'endomètre, du rein, de

l'œsophage et du sein postménopausique. L'une des façons de déterminer si un individu a un excès de poids est de calculer son Indice de masse corporelle (IMC) : poids en kilogrammes divisé par la hauteur en mètres carrés. Selon les normes internationales, les adultes dont l'IMC se situe de 25,0 à 29,9 sont considérés comme ayant un excès de poids et ceux dont l'IMC est supérieur ou égal à 30,0 sont obèses. Il est toutefois possible d'être trop mince pour être en bonne santé. La norme de poids acceptable est un IMC de 18,5 à 24,9.

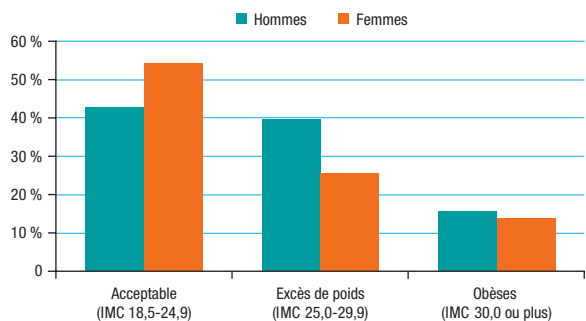
Les IMC élevés sont associés à un risque accru de cancer du côlon. Plusieurs études ont

indiqué que le risque de cancer du côlon est presque le double chez les individus obèses que chez les individus dont le poids est normal. Les femmes affichant un poids plus élevé courent également un risque plus élevé de cancer de l'endomètre et de cancer du sein durant la postménopause. Il existe un lien entre l'hypernéphrome et l'obésité : les individus obèses ont un risque deux fois plus élevé de développer cette forme de cancer du rein par rapport à ceux dont le poids est acceptable. Un risque accru d'adénocarcinome œsophagien a aussi été lié à l'obésité. L'incidence de ce type de cancer a augmenté de plus de 350 % depuis le milieu des années 1970, augmentation qui a été attribuée à l'obésité et au reflux gastro-œsophagien qui lui est associé (aigreurs).

## Obésité chez les Canadiens

Les estimations de l'ESCC montrent que presque 50 % des Canadiens ont un poids insalubre. Dans l'enquête de 2000-2001, 47,5 % des Canadiens étaient considérés comme faisant de l'embonpoint et parmi eux, presque un tiers, soit 15 % de la population totale, étaient obèses. Plus d'hommes (56 %) que de femmes (39 %) avaient un excès de poids (figure 14). Les données de l'ESCC indiquent

**Figure 14.**  
Pourcentage des Canadiens âgés de 20 à 64 ans ayant un poids acceptable, un excès de poids ou étant obèses, par sexe, 2000-2001

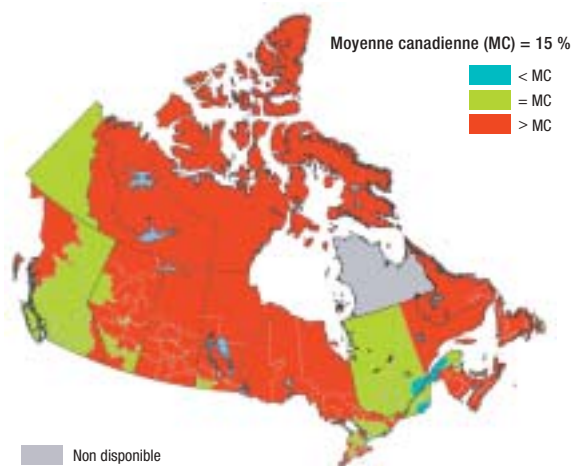


Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

# LA PRÉVENTION DU CANCER

aussi qu'il y a présentement 2,8 millions de Canadiens obèses âgés de 20 à 64 ans, soit un accroissement estimatif de 532 000 personnes depuis 1994 (figure 15). Le pourcentage le plus élevé de Canadiens faisant de l'embonpoint vivent dans les provinces de l'Atlantique où 55 % à 60 % des individus âgés de 20 à 64 ans ont un excès de poids ou sont obèses. Les populations des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut comptent aussi parmi celles ayant le plus d'excès de poids au pays. Les pourcentages les plus faibles de Canadiens faisant de l'embonpoint ou obèses sont en Colombie-Britannique (42 %) et au Québec

**Figure 15.**  
Proportion de la population de 20 à 64 ans qui est considérée comme obèse (IMC  $\geq$  30), 2000-2001



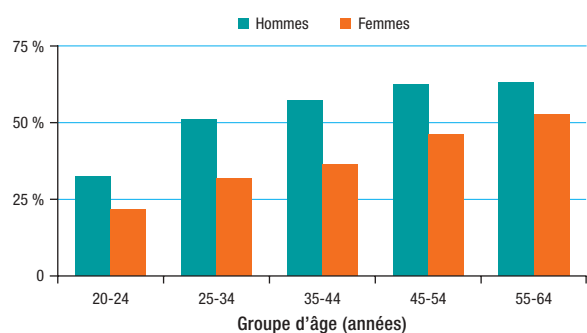
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

(44 %). Par ailleurs, le pourcentage de Canadiens faisant de l'embonpoint ou obèses augmente avec l'âge (figure 16). Plus d'hommes que de femmes font de l'embonpoint ou sont obèses dans tous les groupes d'âge. La prévalence la plus forte d'obésité est toutefois observée chez les adultes de 45 à 54 ans; 25 % de tous les Canadiens obèses tombent dans ce groupe d'âge.

## Obésité chez les enfants canadiens

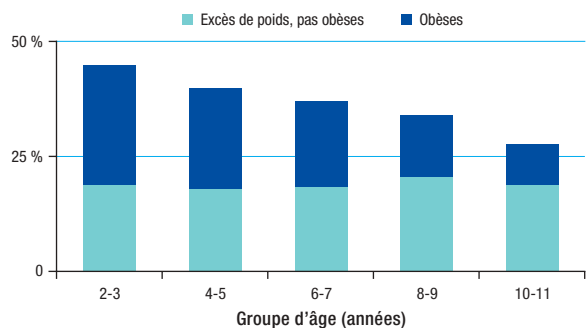
Les taux d'obésité augmentent aussi chez les enfants canadiens. Selon l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 37 % des enfants canadiens âgés de 2 à 11 ans étaient considérés comme ayant un excès de poids en 1998-1999, et 18 % étaient obèses. Cela représente une augmentation considérable depuis 1981, alors que 18 % des enfants faisaient de l'embonpoint et que seulement 5 % étaient obèses. Les enfants plus jeunes (de 2 à 5 ans) étaient plus susceptibles d'être obèses que les enfants plus âgés (de 8 à 11 ans) (figure 17). Tandis que les enfants ayant un excès de poids avaient des niveaux d'activité similaires à ceux des enfants de poids normaux, les niveaux d'activité des enfants obèses étaient considérablement plus bas. La recherche

**Figure 16.**  
Pourcentage des Canadiens âgés de 20 à 64 ans ayant un excès de poids (IMC 25-29,9) ou étant obèses ( $\geq 30$ ), par groupe d'âge et par sexe, 2000-2001



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

**Figure 17.**  
Pourcentage des enfants canadiens ayant un excès de poids ou étant obèses, par groupe d'âge, 1998-1999



Source : Étude longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes

indique aussi que des proportions plus élevées d'enfants obèses vivent dans des familles à faible revenu.

## Consommation d'alcool

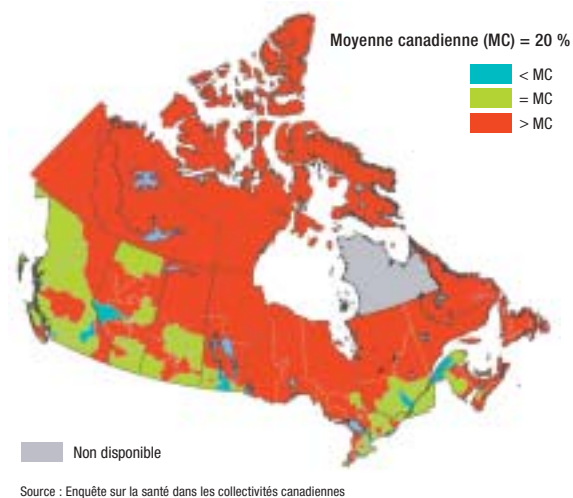
La consommation d'alcool augmente le risque de nombreux types de cancer. La consommation de 25 grammes d'alcool par jour, soit l'équivalent de deux verres standards, augmente le risque de cancer de la bouche, du pharynx, du larynx et de l'œsophage, principalement chez ceux qui fument aussi beaucoup. La forte consommation d'alcool cause la cirrhose du foie et donc, une augmentation du risque de cancer du foie. Il y a également des preuves reliant la consommation d'alcool au cancer du sein chez les femmes et au cancer colorectal, particulièrement chez les hommes. Il y a aussi certaines indications reliant la consommation d'alcool au cancer de l'estomac. Pour tous ces cancers, le risque augmente en fonction de la quantité d'alcool consommée.

L'information sur la consommation d'alcool chez les Canadiens a été collectée lors de l'ESCC (2000-2001) et de l'ENSP (1994-1995 à 1998-1999). Les résultats de ces enquêtes indiquent que les hommes consomment davantage d'alcool que les femmes de tous les âges et que les niveaux de consommation les plus élevés sont retrouvés chez les hommes âgés de 20 à 24 ans et de 65 à 74 ans, ainsi que chez

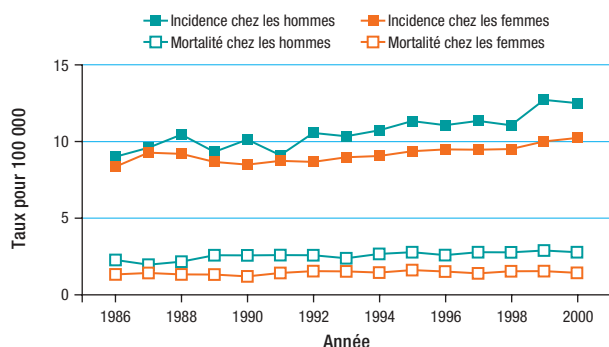
# LA PRÉVENTION DU CANCER

les femmes âgées de 65 à 74 ans (données non présentées). L'enquête a évalué la fréquence de consommation élevée d'alcool chez les buveurs actuels. La consommation élevée d'alcool a été définie comme la consommation de cinq verres ou plus en une seule occasion, 12 fois ou plus par année. La prévalence de l'ingestion excessive d'alcool variait d'un bout à l'autre du Canada. En 2000-2001, la fréquence de la consommation élevée d'alcool était la plus forte dans les trois territoires, Terre-Neuve et la Nouvelle-Écosse, et les niveaux les plus faibles étaient en Ontario, en Colombie-Britannique et au Québec (figure 18).

**Figure 18.**  
Proportion de consommateurs d'alcool de 12 ans et plus qui boivent de l'alcool avec excès au moins 12 fois par année, 2000-2001



**Figure 19.**  
Taux d'incidence et de mortalité standardisés selon l'âge du mélanome malin, par sexe, 1986-2000



## Exposition au soleil

Le cancer de la peau est la forme la plus courante de cancer au Canada. La majorité des cas de cancers de la peau sont les formes non mortelles : le carcinome basocellulaire et le carcinome spinocellulaire. La forme la plus rare et la plus grave de cancer de la peau est le mélanome. L'incidence du mélanome est à la hausse chez les hommes et les femmes (figure 19). En l'an 2000, il y a eu 3 752 nouveaux cas et 709 décès dus au mélanome au Canada.

# LA PRÉVENTION DU CANCER

Le principal facteur qui augmente le risque de tous les cancers de la peau est l'exposition excessive aux rayons ultraviolets (UV). La source la plus courante d'UV est le soleil, bien que des sources artificielles telles que les lampes solaires et les lits de bronzage produisent aussi des rayons UV. Une étude récente a conclu que ces appareils de bronzage augmentent aussi l'incidence des cancers de la peau autres que le mélanome.

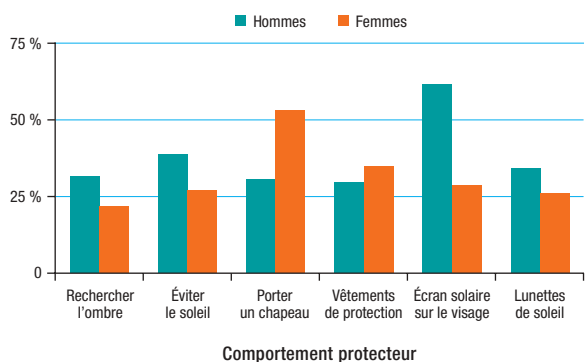
Les individus particulièrement à risque de cancer de la peau ont le teint de couleur pâle à clair, une histoire familiale de cancer de la peau

et une histoire de coups de soleil. La recherche suggère qu'il pourrait y avoir un lien entre le(s) coup(s) de soleil durant l'enfance et le mélanome à l'âge adulte. Selon l'Enquête nationale sur l'exposition au soleil de 1996, 50 % des adultes ont déclaré avoir subi au moins un coup de soleil durant les mois d'été. Les parents ont aussi déclaré que 50 % des enfants âgés de 12 ans ou moins passaient plus de deux heures au soleil chaque jour durant les mois d'été et qu'au moins 45 % des enfants avaient eu un coup de soleil pendant cette période.

L'Enquête nationale sur l'exposition au soleil de 1996 a examiné l'exposition au soleil des Canadiens pendant leur temps libre du mois de juin au mois d'août. Elle a indiqué que 32 % des individus sondés ont déclaré rester au soleil pendant une heure ou deux et que 28 % ont déclaré des expositions d'une durée de deux heures ou plus. Le 40 % restant a déclaré une exposition au soleil de moins d'une heure.

Cette enquête a aussi collecté de l'information sur les habitudes de *protection solaire* des Canadiens pendant leur temps libre. Dans la plupart des cas, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'adopter des mesures de protection contre le soleil (figure 20).

**Figure 20.**  
Pourcentage des Canadiens âgés de 15 ans et plus qui adoptent rarement ou jamais des comportements en matière de protection solaire, par sexe



Source : The National Sun Exposure Survey, UBC, 1998

# LA PRÉVENTION DU CANCER

La prévalence de la plupart des comportements de protection solaire augmentait en fonction de l'âge. Les individus âgés de 15 à 24 ans passaient le plus de temps au soleil et n'employaient que rarement des pratiques de protection solaire. La seule exception à l'association de l'âge était l'utilisation des écrans solaires. Les individus de plus de 65 ans ont déclaré n'utiliser que rarement des écrans solaires sur le visage (60 %) ou sur le corps (71 %).

## **Prévention du cancer de la peau**

Le cancer de la peau est dans une grande mesure une maladie évitable par l'emploi de pratiques de protection contre le soleil.

L'Association canadienne de dermatologie et la Société canadienne du cancer recommandent six mesures de sécurité contre le soleil : éviter l'exposition au soleil entre 11 h 00 et 16 h 00, rester à l'ombre, porter un chapeau, porter des vêtements pour se protéger du soleil, mettre de l'écran solaire et porter des lunettes de soleil.

Il ne faut cependant pas utiliser les écrans solaires pour prolonger l'exposition au soleil. Il est important d'éduquer tout le monde, particulièrement les jeunes, sur le risque de l'exposition prolongée au soleil et de les encourager à adopter des comportements sains envers le soleil, en insistant sur l'évitement du soleil et le port de vêtements de protection solaire. Il est également important de reconnaître la nécessité de fournir de l'ombre dans les cours de récréation des écoles et autres aires récréatives.

## **Progrès au niveau de la prévention**

On constate déjà des impacts suite aux changements positifs qui ont été apportés au niveau de certains facteurs de risque modifiables (p. ex., l'usage du tabac et le régime alimentaire) au Canada, particulièrement en relation avec la réduction du cancer du poumon chez les hommes et la réduction du cancer colorectal chez les hommes et les femmes.



# LA PRÉVENTION DU CANCER

Les efforts actuels visant à encourager l'adoption d'autres changements bénéfiques pour la santé en matière de régime alimentaire et d'activité physique comprennent :

- l'élaboration d'un plan national de prévention primaire des maladies chroniques par l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada;
- la mise en œuvre prévue par la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer d'un système de prévention primaire aux niveaux national, provincial/territorial et communautaire pour s'attaquer aux facteurs de risque du cancer axés sur la population;
- l'élaboration par la Stratégie sur les modes de vie sains de stratégies globales visant à encourager une alimentation saine, de l'activité physique et des poids-santé.

## La Stratégie sur les modes de vie sains

La Stratégie sur les modes de vie sains est un effort pancanadien des ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux qui vise à influencer de façon positive le régime alimentaire et les niveaux d'activité physique des Canadiens. Les orientations stratégiques comprennent l'élaboration d'un leadership et d'une politique publique, le développement et le transfert du savoir, le développement et l'infrastructure communautaires, et l'information du public.

L'un des avantages de la Stratégie sur les modes de vie sains par rapport aux efforts antérieurs qui ont été déployés pour modifier le régime alimentaire et le niveau d'activité physique est son approche globale. Cette approche révèle que l'on reconnaît de plus en plus qu'une « dose préventive » d'activité multi-sectorielle de politique et de programme est nécessaire pour avoir un impact important sur la prévalence de facteurs de risque du cancer et d'autres maladies chroniques, ainsi que sur les profils de morbidité qui leurs sont associés.

# LA PRÉVENTION DU CANCER

## Défis à venir

### S'inspirer des leçons tirées

Les réussites accomplies dans la lutte antitabac ne se sont concrétisées qu'après presque quatre décennies d'interventions en santé publique faisant appel à une grande variété d'activités de santé publique, telles que le marketing social (promotion de la santé), la taxation et les règlements restreignant le tabagisme et la façon dont il est commercialisé, et à coups de centaines de millions de dollars. L'épidémie actuelle d'obésité découlant de mauvais régimes alimentaires et de la sédentarité se prépare depuis plusieurs décennies. Les efforts visant à maîtriser cette épidémie devront s'inspirer des leçons tirées de la lutte qui est menée contre le tabagisme et ils devront être tout aussi vastes.

Lors d'un symposium national récent sur la prévention du cancer parrainé par la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, les enjeux suivants ont été soulevés en matière de prévention :

- veiller à ce que les organismes de surveillance accordent l'attention nécessaire à la surveillance des facteurs de risque et que des organismes qui octroient la recherche accordent l'attention qu'il faut à la recherche sur la prévention;
- faciliter les progrès de pratiques qui nécessitent du soutien au niveau de l'infrastructure et du renforcement des capacités dans les communautés de l'ensemble du Canada;
- promouvoir la prévention en la prônant devant le grand public et les médias;
- lier les communautés aux pratiques de prévention.

Un message clé de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer est que le fait de poser des gestes préventifs maintenant, basés sur de la recherche et des observations cliniques valables, contribuera à réduire l'incidence du cancer chez les Canadiens au cours des années à venir. La Stratégie reconnaît aussi qu'une mesure efficace de prévention exigera de la part des Canadiens l'adoption à titre de valeur sociale, la prévention des maladies et la promotion de la santé.

## **Renoncement au tabac**

- Il est essentiel que des efforts majeurs se poursuivent pour persuader les fumeurs de cesser de fumer pendant qu'ils sont encore jeunes, car un usage plus prolongé du tabac peut conduire à un risque plus élevé de cancer du poumon et d'autres cancers.
- Au Canada, la majorité des cas de cancer du poumon chez les hommes se produisent chez d'anciens fumeurs et non chez des fumeurs actuels. Il faut continuer de promouvoir le renoncement au tabac à tous les âges, parce que même chez les plus âgés, le renoncement prévient d'autres augmentations du risque de cancer et peut avoir un impact plus immédiat sur l'abaissement du risque d'autres maladies chroniques (particulièrement des maladies du cœur).

## **Porter attention au régime alimentaire**

Bien que la consommation de fruits et de légumes augmente, il convient de mettre davantage l'accent sur la consommation des fruits et des légumes entiers (plutôt que des jus ou des suppléments alimentaires) et d'augmenter la consommation quotidienne jusqu'aux niveaux recommandés de 5 à 10 portions par jour.

## **S'attaquer à l'obésité**

L'excès de poids corporel chez les enfants est associé à un risque accru d'embonpoint à l'âge adulte, ce qui donne à penser que l'obésité continuera d'être une question de santé importante au Canada au cours des quelques décennies à venir.

Compte tenu des liens puissants qui existent entre l'obésité et le risque accru de cancer (et d'autres maladies chroniques), les initiatives de politiques sanitaires visant la prévention du cancer doivent inclure des changements du milieu physique et social qui soutiendront, feront la promotion et renforceront les modifications de comportement qui mènent à des choix de style de vie plus sains.

# LE DÉPISTAGE DU CANCER



Le dépistage tente d'identifier le cancer ou ses précurseurs de façon précoce au cours du processus morbide, avant l'apparition des symptômes. Le but du dépistage du cancer est de réduire la morbidité de la maladie et d'augmenter la probabilité de survie grâce au traitement précoce. Le dépistage ne sera toutefois bénéfique que dans la mesure où des options de traitement précoce offrent certains avantages par rapport à des traitements ultérieurs. Bien qu'il semble évident que les chances de survie soient améliorées lorsque le cancer est détecté plus tôt, cela n'est pas toujours le cas.

## Pratiques de dépistage

Le dépistage est offert à des personnes qui semblent être en bonne santé par le biais de programmes organisés ou lorsque l'occasion se présente. Le dépistage opportuniste se fait lorsqu'un médecin ou autre prestataire de soins conseille au patient de subir un dépistage ou à la demande du patient. Les programmes organisés de dépistage sont caractérisés de façon typique par ce qui suit :

- la capacité d'identifier des individus dans la population cible;
- des mesures visant à promouvoir un accès et une participation élevés;
- des installations adéquates de terrain et de laboratoire;
- un contrôle de la qualité organisé;
- des installations adéquates pour le diagnostic et le traitement adéquat d'un cancer confirmé;
- un système de recommandation soigneusement conçu et convenu d'avance;
- une évaluation et une surveillance du programme.

# LE DÉPISTAGE DU CANCER

Les avantages des programmes organisés de dépistage comprennent la capacité de recruter des individus dans des groupes cibles, y compris ceux qui sont difficiles à rejoindre; la promotion d'une participation accrue à l'investigation ou à la reprise du dépistage; la diminution des coûts pour le système de santé; ainsi que l'adoption d'une assurance de la qualité courante et permanente, l'évaluation et la surveillance de l'ensemble du programme.

Au Canada, quatre cancers majeurs font l'objet d'un niveau important de dépistage, il s'agit du cancer du sein, du col utérin, de la prostate et colorectal. Bien qu'il y ait un intérêt envers le dépistage d'autres cancers (p. ex., poumon, foie, testicule, ovaire), il n'y a eu jusqu'à présent que peu de signe d'un avantage pour la santé ou d'une adoption à grande échelle.

Les gouvernements des provinces et des territoires défraient non seulement la plupart des tests de dépistage du cancer qui sont effectués au Canada, mais ils encouragent (ou découragent) l'utilisation de diverses modalités de dépistage. Le rôle du fédéral a été d'aider à soutenir l'élaboration de politiques et de lignes directrices relatives au dépistage. Cette section décrit les lignes directrices et les programmes actuels de

dépistage qui existent au Canada pour le cancer du sein, du col utérin, colorectal et de la prostate, et elle discute brièvement des technologies naissantes de dépistage génétique.

## *Cancer du sein*

### **LIGNES DIRECTRICES DU GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS**

*Il y a des données probantes en faveur du dépistage des femmes de 50 à 69 ans par examen clinique des seins (ECS) et mammographie. Les meilleures données disponibles prônent le dépistage aux 1 à 2 ans (1998). Les données actuelles n'appuient pas la recommandation que la mammographie de dépistage soit incluse ou exclue de l'examen médical périodique des femmes de 40 à 49 ans à risque moyen de cancer du sein (2001). Étant donné qu'il y a des preuves suffisantes qu'aucun avantage n'est ajouté, et qu'il y a de bonnes preuves que cela peut causer du tort, il est raisonnable de recommander que l'enseignement systématique de l'auto-examen des seins soit exclu de l'examen médical périodique des femmes de 40 à 69 ans (2001).*

Le cancer du sein est le cancer le plus courant chez les Canadiennes et il est la deuxième cause en importance de décès par cancer après le cancer du poumon chez les Canadiennes.

## LE DÉPISTAGE DU CANCER

En l'an 2000, 18 523 femmes ont reçu un diagnostic de cancer du sein et 4 857 femmes en sont mortes. Près de la moitié de tous les nouveaux cas de cancer du sein se produisent chez des femmes âgées de 50 à 69 ans. On croit que les femmes qui appartiennent à cette catégorie d'âge sont celles qui tirent le plus d'avantages du dépistage du cancer du sein par mammographie.

Une mammographie de dépistage est une radiographie du sein chez une femme qui ne présente aucun signe de cancer du sein. Elle exige habituellement deux clichés (films) de chaque sein. Les mammographies peuvent détecter des cancers du sein à un stade précoce, souvent avant que l'on puisse palper les tumeurs ou qu'ils ne se soient propagés aux ganglions lymphatiques. Les mammographies détectent aussi les cancers du sein plus avancés, à l'instar des examens cliniques des seins effectués par un professionnel de la santé bien formé. Dans les essais réguliers de mammographie de dépistage effectués chez des femmes de 50 à 69 ans, le risque de mourir du cancer du sein a été réduit en moyenne de 30 %. Toutefois, pour réaliser cet avantage, la qualité de la mammographie doit être élevée et

la procédure doit préférablement être offerte par des programmes organisés. De plus, les avantages que présente la mammographie au niveau de la mortalité de la population qui ont été relevés dans les essais cliniques n'étaient pas apparents jusqu'à 7 à 10 ans après le début du dépistage.



Au Canada, on peut avoir accès au dépistage du cancer du sein par mammographie par le biais d'un programme organisé provincial/territorial ou par le secteur de paiement à l'acte. Au Canada, la majorité des mammographies de dépistage se font dans le cadre de programmes organisés de dépistage. Les données sur le dépistage du cancer du sein peuvent être obtenues auprès des programmes organisés de dépistage ou des sondages. Bien que les données auto-déclarées comprennent, en théorie, les résultats de toutes les mammographies de dépistage, il est reconnu que les données de sondage surestiment la prévalence de la mammographie. Malheureusement, les données administratives issues du secteur de paiement à l'acte ne font souvent pas la distinction entre la

# LE DÉPISTAGE DU CANCER

mammographie de diagnostic et de dépistage, et elles ne saisissent pas la mammographie de dépistage fournie par des budgets globaux d'hôpitaux, limitant ainsi l'utilité des données servant à faire un suivi sur le dépistage.

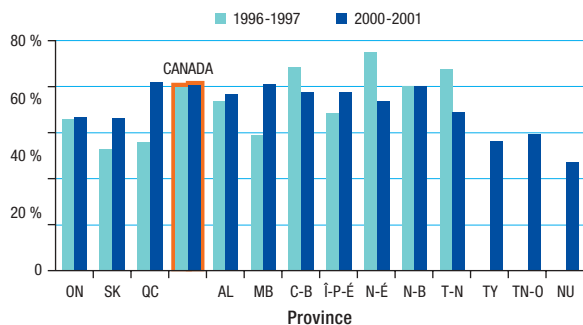
La proportion de Canadiennes âgées de 50 à 69 ans qui ont subi une mammographie a été estimée à partir des données transversales collectées dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996-1997 et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001. Environ la moitié des Canadiennes appartenant à ce groupe d'âge ont déclaré avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes dans les enquêtes de 1996-1997 et de 2000-2001. Dans l'enquête de 1996-1997, 43 % des femmes de la Saskatchewan ont déclaré avoir subi une mammographie de dépistage par rapport à 76 % des femmes de la Nouvelle-Écosse (figure 1). Cette disparité était moindre dans l'enquête de 2000-2001, avec des augmentations de la proportion déclarée de femmes ayant subi une mammographie de dépistage récente dans toutes les provinces sauf trois (Colombie-Britannique, Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador). En 2000-2001, le

plus faible taux de mammographie de dépistage au pays était au Nunavut, où seulement 38 % des femmes ont déclaré avoir subi une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes.

## Programmes organisés de dépistage

Le nombre de provinces dotées de programmes organisés de dépistage est passé de sept en 1996 à dix en l'an 2000. En 1999-2000, les femmes âgées de 50 à 69 ans de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba ont atteint un taux de participation de 50 % à la mammographie de dépistage bisannuelle. D'autres programmes provinciaux

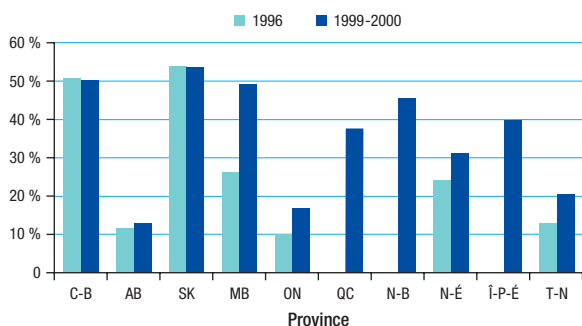
**Figure 1.**  
Pourcentage des femmes âgées de 50 à 69 ans déclarant avoir subi une mammographie de dépistage au cours des 2 dernières années, par province



Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

# LE DÉPISTAGE DU CANCER

**Figure 2.**  
Pourcentage des femmes âgées de 50 à 69 ans ayant participé à des programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein en 1996 et en 1999-2000, par province



Source : Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada, Rapports de 1996, 1999 et 2000

ont connu une participation beaucoup plus faible (figure 2). Ces taux de participation au dépistage sont bien au-dessous de la cible nationale d'une participation d'au moins 70 % des femmes âgées de 50 à 69 ans qui a été établie pour atteindre l'impact prévu sur la mortalité par cancer du sein.

## Groupes à risque élevé de ne pas passer de mammographie

Les femmes les moins susceptibles de déclarer une mammographie dans l'ESCC comprennent celles qui ont des niveaux de scolarité plus faibles, les célibataires, ainsi que les femmes sans emploi et celles dont le lieu de naissance n'est pas l'Amérique du Nord, l'Europe ou l'Australie.

## Examens cliniques et auto-examen des seins

Les examens cliniques des seins (ECS) peuvent identifier un petit nombre de cancers qui ne seraient pas décelés par mammographie. Des données sur les ECS auto-déclarés sont disponibles dans trois provinces (Terre-Neuve-et-Labrador, Nouveau-Brunswick et Ontario) dans l'ESCC de 2000-2001. Bien qu'approximativement la moitié de toutes les femmes de 18 ans et plus aient déclaré avoir passé un ECS au cours des 12 mois précédents, plus d'une femme sur cinq a déclaré n'en avoir jamais subi. Bien que la plupart des ECS soient effectués de façon opportuniste, des programmes organisés dans cinq provinces (Manitoba, Ontario, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador) offrent l'ECS en plus de la mammographie.

Les Lignes directrices du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs se sont prononcées en défaveur de l'enseignement de l'auto-examen des seins (AES) dans le cadre de l'examen médical périodique. Cependant, plusieurs provinces et territoires continuent de promouvoir son utilisation. La Société canadienne du cancer encourage les femmes à



# LE DÉPISTAGE DU CANCER

effectuer l'AES pour les aider à apprendre ce qui est normal pour leurs seins, de façon à ce qu'elles puissent remarquer des changements.

## *Cancer du col utérin*

### LIGNES DIRECTRICES DU GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS

*Le dépistage annuel est recommandé après le début de l'activité sexuelle ou à l'âge de 18 ans; après deux frottis normaux, faire un dépistage aux trois ans jusqu'à l'âge de 69 ans. Envisager d'augmenter la fréquence chez les femmes ayant les facteurs de risque suivants : âge des premiers rapports sexuels < 18 ans, nombreux partenaires sexuels ou ayant fréquenté beaucoup de partenaires, tabagisme ou faible statut socio-économique. Il y a suffisamment de preuves pour inclure le test de Papanicolaou dans l'examen médical périodique des femmes sexuellement actives. (1994)*

Le cancer du col utérin est le 12<sup>e</sup> cancer le plus couramment diagnostiqué chez les femmes au Canada. En l'an 2000, il y a eu 1 358 nouveaux cas diagnostiqués et 398 décès attribuables au cancer du col utérin. Bien que le cancer du col utérin soit relativement rare au Canada, il est le

troisième cancer le plus courant chez les femmes à travers le monde et la deuxième principale cause de décès par cancer chez les femmes des pays en développement.

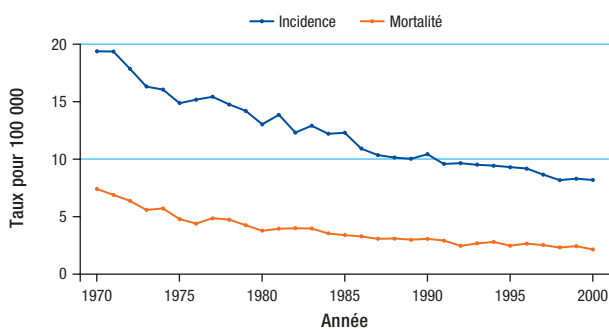
La progression des précurseurs du cancer invasif du col utérin est évitable dans une large mesure s'ils sont détectés par un dépistage efficace et si le cancer est par la suite traité. Le test du frottis de Papanicolaou (Pap) consiste à prélever des cellules de la surface du col de l'utérus de femmes asymptomatiques, puis à les déposer sur une lame de verre, à les colorer et à les examiner pour déceler la présence d'anomalies. Si la présence de modifications précancéreuses est confirmée, un médecin formé en colposcopie recherche alors la présence d'anomalies au niveau du col de l'utérus, de façon à pouvoir administrer un traitement conçu pour prévenir un cancer invasif du col utérin. Les programmes de dépistage investiguent de plus en plus ou passent à des systèmes de prélèvement cytologique à base liquide, à des outils de dépistage et de reprise du dépistage par réseau neural et à des algorithmes informatiques pour choisir des lames qui feront l'objet d'un dépistage ou d'une reprise du dépistage.

# LE DÉPISTAGE DU CANCER

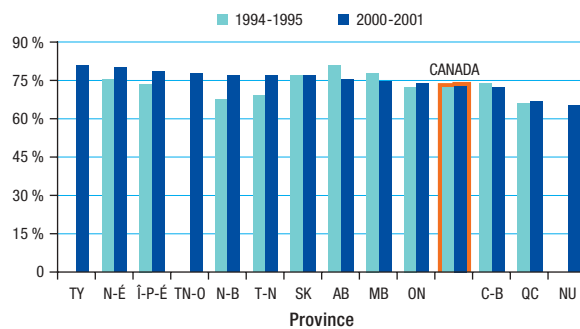
Des études internationales ont montré que dans un programme bien mené, comprenant une cytologie faite par des experts et une observance élevée des femmes à qui le dépistage a été offert, le risque de développement d'un cancer invasif du col utérin chez les femmes ayant subi le dépistage peut être réduit de plus de 90 %. Au Canada, on croit que la réduction des taux de mortalité standardisés selon l'âge du cancer du col utérin de 7,3 pour 100 000 femmes en 1969 à 2,2 pour 100 000 en l'an 2000 (figure 3) est largement due au dépistage du cancer du col utérin.

La proportion de Canadiennes qui déclarent avoir subi un test de Papanicolaou au cours des trois années précédentes a été estimée à partir des données recueillies dans l'ENSP et l'ESCC. Les données de l'ENSP de 1994-1995 et de l'ESCC de 2000-2001 suggèrent peu de changement avec le temps (figure 4), ce qui témoigne de la proportion élevée de femmes qui ont déclaré avoir passé un test de Papanicolaou récent (73 %) dans les deux enquêtes. La proportion de femmes qui ont subi un dépistage variait d'un niveau minimal de 66 % au Québec en 1994-1995 et au

**Figure 3.**  
Taux d'incidence et de mortalité standardisés selon l'âge du cancer du col utérin, Canada, 1970-2000



**Figure 4.**  
Pourcentage des femmes âgées de 18 à 69 ans déclarant avoir subi un test de Pap au cours des 3 dernières années, par province



Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001

# LE DÉPISTAGE DU CANCER

Nunavut en 2000-2001 à un niveau maximal de plus de 80 % en Alberta en 1994-1995 et en Nouvelle-Écosse et au Yukon en 2000-2001. Le pourcentage de femmes testées variait selon l'âge, les taux les plus faibles étant observés dans les groupes d'âge des plus jeunes (20 à 24 ans) et des plus âgées (65 à 69 ans) (figure 5). Dans les deux enquêtes, moins de la moitié des femmes de 18 à 19 ans (données non présentées) a déclaré avoir déjà subi un test de Pap; la prévalence des tests a augmenté dans les groupes d'âge successifs et a atteint un sommet chez les femmes de 25 à

34 ans. Après ce groupe d'âge, il y avait une diminution graduelle de la proportion de femmes testées.

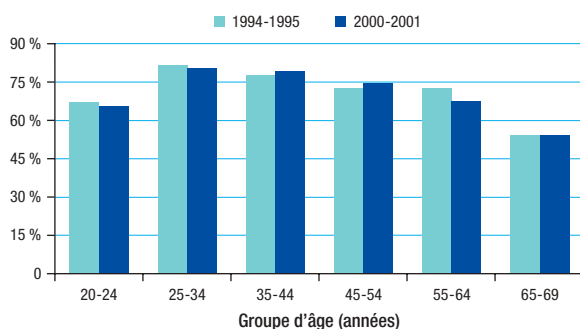
## Programmes organisés de dépistage

Huit provinces sont dotées de programmes de dépistage du cancer du col utérin (toutes sauf le Québec et le Nouveau-Brunswick). La portée de ces programmes varie considérablement. La Saskatchewan est la seule à faire des invitations personnelles initiales de dépistage. La Colombie-Britannique emploie un service de laboratoire unique et centralisé; le programme de l'Ontario ne reçoit même pas les résultats de laboratoire. La plupart des programmes n'ont aucun système en place pour inciter les femmes à venir faire une reprise systématique du dépistage.

## Populations à risque élevé

Les femmes de faible statut socio-économique, les femmes autochtones et les femmes qui sont nées à l'extérieur de l'Amérique du Nord, de l'Europe ou de l'Australie étaient moins susceptibles de déclarer dans l'ESCC qu'elles avaient subi récemment un dépistage du cancer du col utérin.

**Figure 5.**  
Pourcentage des femmes ayant subi un test de Pap au cours des 3 dernières années, par âge, Canada



Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001

# LE DÉPISTAGE DU CANCER

## Cancer colorectal

### LIGNES DIRECTRICES DU GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS

*Il y a de bonnes indications en faveur de l'inclusion de la recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) à chaque année ou aux deux ans et des indications raisonnables en faveur de l'inclusion de la sigmoïdoscopie flexible dans l'examen médical périodique des personnes asymptomatiques de plus de 50 ans. Les preuves sont insuffisantes pour faire des recommandations à savoir s'il convient d'effectuer un seul ou les deux tests. Les preuves sont insuffisantes pour inclure ou exclure la colonoscopie en tant que test de dépistage initial dans le cadre de l'examen médical périodique des personnes appartenant à ce groupe d'âge. (2001)*

Le cancer colorectal (CCR) est le troisième cancer le plus courant au Canada, après le cancer du sein et le cancer du poumon chez les femmes, et après le cancer de la prostate et le cancer du poumon chez les hommes. En 2000, il y a eu 18 397 nouveaux cas diagnostiqués de cancer et 7 927 décès attribuables au CCR.

On croit que le CCR se développe à partir d'une tumeur bénigne ou polype retrouvée dans l'intestin, bien que certains peuvent être des « adénomes plats » et donc être difficiles à détecter. Ces

polypes se développent avec le temps (au moins 10 ans) dans la paroi intestinale et envahissent plus tard la paroi et d'autres organes. Environ les deux tiers de ces cancers sont retrouvés dans le côlon et un tiers dans le rectum.

Le dépistage du CCR peut se faire par la recherche de sang occulte dans les selles (RSOS). Étant donné que les cancers de l'intestin peuvent saigner, on emploie la RSOS pour déceler de faibles quantités de sang dans les selles. Cela peut mener à un diagnostic de maladie à un stade plus précoce, alors que le cancer peut être traité de façon plus efficace, réduisant ainsi la mortalité. Des études montrent que la RSOS régulière peut abaisser le taux de mortalité par CCR d'environ 20 %. La RSOS pourrait aussi mener à la détection de certains polypes précancéreux, parce que les polypes peuvent aussi saigner.

Il n'existe pas de programme organisé de dépistage du CCR axé sur la population au Canada; le dépistage se fait présentement sur une base empirique. L'effet potentiel du dépistage sur la réduction de la mortalité par CCR est donc inconnue au Canada. Bien qu'il y ait eu une diminution de la mortalité par CCR, il semble peu probable qu'une partie, s'il en est une, soit due au dépistage.

# LE DÉPISTAGE DU CANCER

La Société canadienne du cancer et le Comité national sur le dépistage du cancer colorectal appuient une approche organisée pour le dépistage du CCR afin d'assurer que les individus de 50 ans et plus subissent une RSOS au moins aux deux ans. Ils suggèrent que les programmes comprennent un suivi pour les tests positifs accompagnés des tests concluants qui conviennent — colonoscopie, lavement baryté en double contraste ou sigmoïdoscopie. Le rapport coût-efficacité du dépistage du CCR est comparable à celui de la mammographie de dépistage. Cependant, aucun programme organisé respectant un niveau d'efficacité n'a encore été réussi où que ce soit dans le monde, en raison de l'acceptation relativement mauvaise du RSOS. En Ontario, un programme de dépistage a été proposé à tout individu de la province âgé de plus de 50 ans, mais il n'a pas encore été lancé en raison des incertitudes planant sur sa faisabilité.

Compte tenu de l'incidence élevée du cancer colorectal et des avantages de la détection précoce sur le traitement et la survie, il convient de discuter plus en profondeur de l'établissement de programmes de dépistage du CCR axé sur la population. Cependant, ces discussions

doivent également tenir compte de l'efficacité du dépistage par rapport à une plus grande importance accordée à la prévention.

## *Cancer de la prostate*

### LIGNES DIRECTRICES DU GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS

**Lignes directrices du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs :** *Test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) : L'exclusion est recommandée en se basant sur la faible valeur prédictive positive et le risque connu des effets indésirables qui sont associés aux thérapies dont l'efficacité n'est pas confirmée. Il y a des preuves raisonnables en faveur de l'exclusion du dépistage courant de l'APS de l'examen médical périodique des hommes asymptomatiques âgés de plus de 50 ans.*

**Toucher rectal :** *Il y a peu de preuve à l'appui de l'inclusion ou de l'exclusion du toucher rectal de l'examen médical périodique (EMP) des hommes âgés de plus de 50 ans; bien que la capacité du toucher rectal soit limitée pour détecter de façon précoce un cancer de la prostate, il n'y a pas assez de preuves pour recommander que les médecins qui incluent présentement le toucher rectal dans leurs examens changent cette façon de procéder. (1994)*

## LE DÉPISTAGE DU CANCER

Le cancer de la prostate est le cancer le plus souvent diagnostiqué et la deuxième cause la plus courante de décès par cancer chez les hommes. En 2000, il y a eu 18 477 nouveaux cas de cancer diagnostiqués et 3 718 décès attribuables au cancer de la prostate au Canada. Bien que la détection précoce par le dépistage puisse augmenter les chances de réussite du traitement, aucun test de dépistage du cancer de la prostate n'est actuellement recommandé par le Groupe d'étude canadien.

Plusieurs tests de dépistage, y compris le test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS), le toucher rectal, l'échographie transrectale et l'imagerie par résonance magnétique ont été envisagés jusqu'à présent. Le test de dépistage de l'APS est un dosage sanguin raisonnablement sensible qui mesure les concentrations des protéines APS qui sont libérées par la prostate. Le cancer de la prostate est hétérogène sur le plan clinique et bien que certains cancers de la prostate soient agressifs, la plupart ont une croissance lente. Malheureusement, le test de dépistage de l'APS identifie non seulement les cancers qui devraient

être traités, mais aussi les petits cancers de la prostate et les cancers à croissance lente qui n'auraient jamais provoqué de symptôme au cours de la vie de l'individu. La détection et le traitement de ces cancers sont non seulement inutiles, mais il y a également un risque de complications substantielles, y compris la mortalité postopératoire, l'incontinence et l'impuissance.

Il y a eu une augmentation des tests de dépistage de l'APS dans l'ensemble du Canada depuis le début des années 1990. Une enquête nationale, menée par Santé Canada, l'Institut national du cancer du Canada et l'Institute for Clinical Evaluative Sciences en Ontario en 1995, a relaté que 15 % des Canadiens de 40 ans et plus avaient passé un test de dépistage de l'APS depuis 1990. Les résultats de l'ESCC de 2001-2002 indiquent que 43 % des hommes de plus de 40 ans n'ont jamais subi de test de dépistage de l'APS (figure 6). Bien que la plupart des tests de dépistage de l'APS soient effectués à des fins de dépistage, ils servent aussi à aider à diagnostiquer le cancer symptomatique de la prostate et à surveiller la progression du cancer de la prostate.

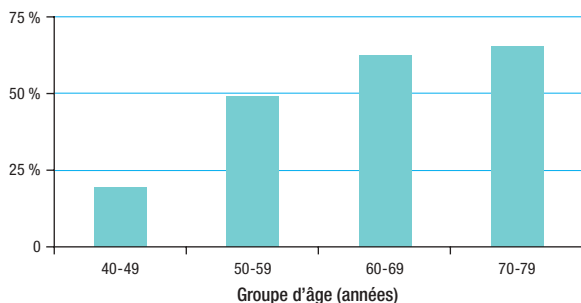
En dépit de cette augmentation des tests de dépistage de l'APS, il y a peu de preuves suggérant que les patients qui ont subi un dépistage ont des meilleures issues de santé que les individus qui n'ont pas passé de dépistage. Bien que la mortalité par cancer de la prostate soit en diminution depuis le milieu des années 1990, on ne sait pas encore très bien si cela est dû au dépistage. L'utilité du dépistage de l'APS axé sur la population sera déterminée par deux grandes études continues sur le dépistage qui sont menées aux États-Unis et en Europe.

## Technologie naissante : la génétique et le dépistage du cancer

Le cancer est une maladie qui se produit principalement en raison de mutations dans les gènes qui contrôlent la croissance cellulaire et la réparation de l'ADN. De gros progrès ont été faits au cours de la dernière décennie au niveau des connaissances sur les gènes et le cancer, et très récemment grâce au Projet du génome humain. La génétique pourrait éventuellement jouer un rôle important dans le dépistage du cancer, permettant l'identification d'individus à risque de développer un cancer spécifique, menant à des stratégies de dépistage spécifiques pour des individus ou des membres de la famille.

Lorsque de l'information génétique indique un risque accru d'un certain cancer, les personnes à risque peuvent passer un test de dépistage plus tôt dans leur vie afin d'essayer de détecter un cancer à un stade plus traitable. Le dépistage génétique d'une personne atteinte de cancer peut contribuer à clarifier le risque pour ses descendants et servir de base au conseil génétique subséquent qui sera donné aux descendants ou à la famille concernant la situation médicale et l'adoption de stratégies visant à minimiser un risque de cancer subséquent.

**Figure 6.**  
Pourcentage des Canadiens de sexe masculin déclarant n'avoir jamais subi de test de dépistage de l'APS, par âge, Canada



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

# LE DÉPISTAGE DU CANCER

La recherche de gènes à risque élevé (tel que BRCA 1 ou 2 pour le cancer du sein) par dépistage génétique courant basé sur l'ADN n'est présentement pas pratique (ni même désirable) au Canada, bien qu'elle soit mise à la disposition des familles ou des individus à risque élevé dans certains programmes. Même chez les familles à risque élevé, un test de dépistage négatif n'est utile que dans la mesure où l'on sait que le défaut génétique que l'on teste est présent chez des membres de la famille qui sont affectés (c.-à-d. que l'on vérifie la présence du gène visé). En pratique, ce type de vulnérabilité génétique à risque élevé est rare et la proportion des cancers causés par une telle prédisposition est faible (environ 5 % pour le cancer du sein et du côlon et moins pour la plupart des autres cancers, sauf pour le rétinoblastome chez l'enfant). À l'opposé, on comprend maintenant que les différences existant sur le plan génétique dans la façon dont les gens métabolisent les produits chimiques cancérigènes expliquent des différences de sensibilité des individus au cancer. Un effort majeur de recherche visant à caractériser ces différences génétiques est présentement en cours.

Au-delà des coûts élevés du dépistage génétique, des problèmes potentiels sont également associés à la protection de la vie privée du patient et à la discrimination. Qui devrait avoir accès à l'information génétique et à quelles fins une telle information devrait-elle être utilisée? Le potentiel de discrimination concernant l'emploi et l'accès à l'assurance maladie est considérable et des mesures de protection contre l'utilisation inappropriée sont en voie d'élaboration.

## Défis à venir

Le dépistage a le potentiel de réduire la morbidité et la mortalité grâce au traitement précoce, tel qu'en témoigne l'efficacité du dépistage du cancer du col utérin. Les principaux défis qui se poseront au dépistage du cancer au cours des années qui viennent sont les suivants :

- améliorer et maximiser l'utilisation des programmes organisés de dépistage lorsque de tels programmes existent;
- déterminer la meilleure manière d'offrir à la population le dépistage des cancers lorsqu'il existe des outils efficaces de dépistage, mais pas de programme organisé pour soutenir leur utilisation;



# LE DÉPISTAGE DU CANCER

- poursuivre la recherche pour développer des méthodes de dépistage pour lesquelles il n'existe pas encore de preuve pour préconiser leur utilisation.

## Défis propres au dépistage du cancer du sein

Améliorer les taux de participation aux programmes organisés de dépistage du cancer du sein.

- La stabilité relative des taux de participation provinciaux aux programmes organisés de dépistage en fonction du temps suggère que les méthodes actuelles de recrutement ont atteint le niveau maximal d'assiduité atteignable sans faire d'efforts supplémentaires majeurs.
- L'expansion des programmes organisés de dépistage du cancer du sein et l'attribution de ressources additionnelles pour le recrutement de femmes appartenant au groupe d'âge ciblé pourraient réduire des barrières telles que le manque d'accès au dépistage organisé ou les temps d'attente pour accéder au dépistage.

- Un autre défi est de convaincre les médecins de référer leurs patients à des programmes organisés de dépistage plutôt que d'utiliser le secteur des paiements à l'acte.

## Défis propres au dépistage du cancer du col utérin

- Mettre en œuvre des programmes organisés de dépistage du cancer du col utérin, lorsqu'il n'y en a pas, et les renforcer lorsqu'ils existent.
- Augmenter l'utilisation des tests de Pap chez les femmes à risque élevé.
- Des femmes à faible risque qui subissent des dépistages plus fréquemment que recommandé.
- Augmenter le taux de dépistage chez les femmes plus âgées qui ont eu un accès insuffisant au dépistage.
- Des études récentes ont confirmé que l'infection persistante par certains sérotypes de virus du papillome humain (VPH) cause le cancer du col utérin. Il pourrait être utile de

# LE DÉPISTAGE DU CANCER

déterminer si le dépistage du VPH en conjonction avec les tests de Pap pourrait servir à identifier les femmes qui présentent des lésions cervicales à risque élevé qui nécessitent une évaluation, voire un traitement rapide, ainsi que les individus à faible risque qui pourraient subir des dépistages à intervalles plus longs.

- Au Canada, le dépistage de l'ADN du VPH est présentement utilisé comme base sélective dans trois provinces (Terre-Neuve-et-Labrador, Québec et Ontario) en tant qu'outil de gestion du triage des femmes qui présentent des tests de Pap anormaux, afin d'identifier celles qui ont besoin d'être suivies par colposcopie. Reste à déterminer l'utilité de cette approche.

## **Défis propres au dépistage du cancer de la prostate**

- Déterminer l'utilité du test de dépistage de l'APS.
- S'il est reconnu comme étant efficace par les essais en cours sur le dépistage, il convient de déterminer la meilleure façon d'offrir le test de dépistage de l'APS à la population.

## **Défis propres au dépistage du cancer colorectal**

- Recherche plus approfondie sur la façon d'augmenter les taux de participation à la RSOS.
- Déterminer s'il faut offrir des programmes de dépistage par RSOS axés sur la population et comment le faire.

# LE TRAITEMENT DU CANCER



Le traitement et les issues du cancer s'améliorent suite à une meilleure compréhension du cancer aux niveaux cellulaire et moléculaire et à l'adoption de thérapies dont l'efficacité a été éprouvée par des essais cliniques.

Les contributions les plus frappantes envers le traitement ces deux dernières décennies sont venues de i) l'utilisation de la chimiothérapie pour le cancer avancé du testicule, de l'ovaire, les leucémies et les lymphomes, ainsi que d'une thérapie après la chirurgie pour le cancer du sein et du côlon; ii) l'application de la radiothérapie de haute précision au cancer de la prostate, de la tête et du cou, et d'autres sièges de tumeurs; et iii) la plus grande utilisation d'approches chirurgicales qui préservent les organes pour les cancers du sein, du rectum et du larynx, ainsi que pour les sarcomes des

extrémités. De plus, une plus grande attention portée aux soins de soutien et à la mise sur le marché de médicaments antinauséux très efficaces et d'analgésiques à effets durables a contribué à l'amélioration de la qualité de vie des patients cancéreux.

## Qui fournit le traitement contre le cancer?

La plupart des provinces sont dotées d'organismes financés par l'État qui sont responsables de la gestion des installations de traitement. La thérapie générale (l'administration d'agents chimiothérapeutiques, d'hormones, de vaccins d'anticorps et d'autres agents qui peuvent circuler dans l'organisme pour s'attaquer au cancer) est fournie dans des centres anticancéreux et des installations de traitement situées à l'extérieur des centres anticancéreux complets (p. ex., cliniques spéciales d'approche ou oncologues médicaux en cabinet privé). La radiothérapie est fournie dans des centres anticancéreux. La chirurgie (dont les biopsies) est nécessaire pour établir le diagnostic de presque tous les cancers et elle représente la principale forme de thérapie pour plus de la moitié de tous les cancers. Elle est fournie par les hôpitaux de

# LE TRAITEMENT DU CANCER

soins actifs financés par l'État. Les services de soins de soutien sont fournis par un ensemble disparate de services hospitaliers et de centres anticancéreux et communautaires. Près de la moitié de tous les patients cancéreux reçoivent leur traitement dans un centre anticancéreux à un moment ou à un autre de leur traitement.

La prestation du traitement anticancéreux est de compétence provinciale et territoriale. La majorité des provinces sont dotées d'organismes provinciaux de lutte contre le cancer qui sont responsables de nombreux aspects du traitement; toutefois, même dans ces provinces, une proportion considérable des traitements anticancéreux est fournie dans des hôpitaux communautaires qui sont indépendants de ces organismes. Le gouvernement fédéral aide à financer les soins de santé par le biais du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux et il fournit les soins primaires aux Premières nations et aux Inuits.

Les équipes multidisciplinaires sont les plus aptes à fournir des soins optimaux; ces équipes peuvent comporter des chirurgiens, des radio-oncologues et des oncologistes médicaux, travaillant en collaboration avec une variété

d'autres professionnels de la santé, dont des infirmières/iers, des anesthésiologistes, des physiciens médicaux, des radiothérapeutes, des pathologistes, des pharmaciens, des médecins de premier recours et des travailleurs en soins de soutien. Santé Canada a établi le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires pour soutenir l'innovation fondée sur des preuves liée aux soins à domicile, à l'assurance-médicaments et aux soins primaires dans un effort de passer à un système de santé davantage intégré.

## Comment traite-t-on le cancer?

La première étape dans le traitement du cancer est le diagnostic. Les masses tumorales sont habituellement diagnostiquées en prélevant une biopsie du tissu et en l'examinant au microscope. Une fois qu'un cancer est diagnostiqué, on classe son évolution par stades. Le stade d'un cancer est établi en fonction de sa taille et de son degré de propagation à d'autres parties de l'organisme. Le stade d'un cancer aide à déterminer la façon de le traiter. Un plan de traitement est élaboré. Des lignes directrices des pratiques cliniques ont été élaborées pour beaucoup de cancers afin d'aider à assurer l'adoption de thérapies dont l'efficacité est

prouvée par des essais expérimentaux (cliniques). Les trois principales formes de thérapie anticancéreuse sont la thérapie générale, la radiothérapie et la chirurgie. Un système de traitement anticancéreux qui fonctionne bien doit améliorer la survie. Il doit aussi s'efforcer d'améliorer la qualité de vie du patient cancéreux en offrant des soins de soutien qui conviennent, en minimisant les temps d'attente et en maximisant l'accès au traitement à proximité et en étant rentable.

## **Traitement du cancer chez l'enfant**

Contrairement aux cancers chez l'adulte, la plupart des cancers chez les enfants se traitent par chimiothérapie et radiothérapie. Le cancer chez l'enfant est le mieux géré dans des institutions spécialisées qui sont vouées aux soins des enfants malades. Dans la plupart des provinces, des oncologues pédiatriques travaillant dans des unités spéciales d'hôpitaux pour enfants fournissent ces services. Le traitement du cancer chez l'enfant réussit de mieux en mieux; on peut prévoir un traitement pour la plupart des cancers chez l'enfant. Avec l'amélioration de la survie, le traitement du cancer chez l'enfant est passé d'un objectif de sauver la vie d'un enfant à minimiser les effets à long terme du traitement

chez les survivants. Une gestion compétente et la disponibilité des services de réhabilitation sont essentielles à ce processus.

## **Classification des stades du cancer**

La classification des stades du cancer est une composante essentielle de la lutte contre le cancer parce qu'elle fournit de l'information qui guidera les professionnels de la santé pour traiter le cancer de façon appropriée. La connaissance de la classification des stades du cancer améliore également la communication entre les professionnels de la santé et les patients, permettant aux patients de mieux comprendre le diagnostic, la thérapie optimale et le pronostic. L'emploi des données sur la classification des stades du cancer est important pour toute une gamme d'autres intervenants, dont les chercheurs, les décideurs, les responsables de l'élaboration des politiques et les administrateurs. Parmi les utilisations spécifiques des données sur la classification des stades, notons l'évaluation de l'efficacité des programmes de dépistage et de traitement, les analyses sur la prévalence du cancer et la survie, la recherche de nouveaux traitements et la planification des ressources pour les besoins de la gestion des soins de santé.

# LE TRAITEMENT DU CANCER

Présentement, la collecte des données sur la classification des stades est incomplète dans les provinces et il n'y a pas de base de données nationale contenant de l'information sur les stades. Cependant, en dépit de la complexité de la tâche, des efforts sont amorcés vers l'établissement d'une base de données sur la classification des stades du cancer et ils portent sur l'élaboration de normes, de politiques, d'outils éducatifs et de l'infrastructure nécessaires pour soutenir la collecte des données.

## **Détermination du traitement approprié**

La thérapie qui convient le mieux à chaque stade et type de cancer est définie par l'étude systématique des stratégies de traitement dans des essais cliniques. La nécessité des essais cliniques pour les nouvelles thérapies s'est accrue parce que beaucoup de nouvelles stratégies potentiellement efficaces émergent de la recherche fondamentale en laboratoire. Malheureusement, environ seulement 5 % des Canadiens adultes atteints de cancer participent à des essais cliniques au cours de leur maladie. Cela est à l'opposé du cancer pédiatrique, pour lequel la vaste majorité des enfants sont traités dans le cadre de protocoles de recherche clinique. Le niveau de participation élevé aux

essais cliniques par les patients pédiatriques est attribuable, en partie, au fait que les tumeurs des enfants ont davantage répondu au traitement, ce qui a amené de meilleures réussites. Par contraste, la plupart des cancers chez les adultes se sont montrés relativement résistants au traitement. Par ailleurs, le plus grand nombre de patients adultes a tendance à submerger les installations de traitement, ce qui fait qu'une moins grande priorité est accordée à la recherche clinique.

## **Lignes directrices sur la pratique clinique**

La prolifération de nouveaux traitements efficaces a davantage d'options pour les patients et les médecins. Le grand volume d'information nouvelle et parfois contradictoire sur les meilleures pratiques a accordé une importance plus grande aux examens systématiques des données émanant de la recherche, ainsi que sur la compilation et l'agencement de ces preuves pour en faire des lignes directrices sur la pratique clinique. Les lignes directrices sur la pratique clinique sont des documents fondés sur des preuves qui aident les patients et les prestataires de soins de santé à prendre les meilleures décisions sur les soins à prodiguer à

# LE TRAITEMENT DU CANCER

un patient individuel. Plusieurs provinces ont investi dans l'élaboration de lignes directrices sur la pratique touchant le cancer.

De plus, des mécanismes sont en place pour partager l'élaboration de lignes directrices grâce au site Web du groupe interprovincial chargé des lignes directrices et des stratégies en matière de médicament (Interprovincial Drug Strategies and Guidelines Group) et pour mettre à la disposition les lignes directrices achevées par le biais des sites Web des organismes provinciaux de lutte contre le cancer. Des lignes directrices sur le cancer du sein portant sur plusieurs sujets différents ont été élaborées grâce à l'Initiative canadienne sur le cancer du sein. La Stratégie canadienne de lutte contre le cancer accorde une priorité élevée à l'élaboration de lignes directrices nationales pour les soins prodigués aux personnes atteintes de cancer. Pour le moment, il n'existe aucun mécanisme servant à surveiller de façon courante la constance de la pratique en ce qui concerne les recommandations contenues dans les lignes directrices, bien que des améliorations apportées aux systèmes d'information provinciaux pourraient bientôt permettre la tenue de telles études.

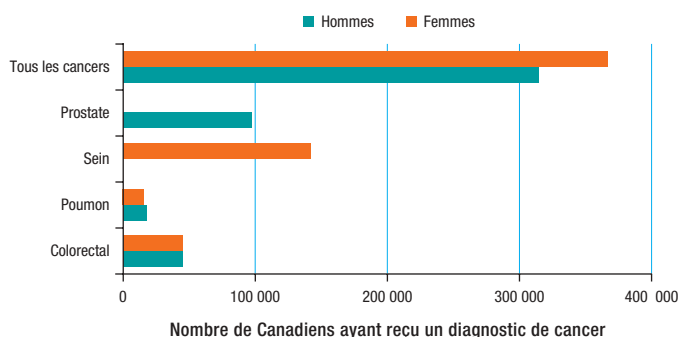
## **Demande croissante envers les services de diagnostic et de traitement**

L'augmentation du nombre de patients ayant des cancers nouvellement diagnostiqués crée une plus grande demande envers les services de diagnostic et de traitement. Étant donné que les traitements s'améliorent et que plus de personnes atteintes de cancer en profitent, davantage d'individus sont traités pendant des périodes de temps plus longues, ce qui fait que davantage de patients vivent avec le cancer (plus de cas courants). En 1998, il a été estimé que 680 000 individus (313 000 hommes et 367 000 femmes) vivaient soit avec le cancer ou avaient survécu à un cancer au Canada. La prévalence de tous les cancers et des quatre



# LE TRAITEMENT DU CANCER

**Figure 1.**  
Prévalence de tous les cancers et des quatre cancers les plus courants, par sexe, Canada, 1998



principaux cancers est présentée à la figure 1. Il est estimé que le nombre de cas courants de cancer augmente de 6 % à 8 % par année et qu'il contribue au fardeau croissant des soins prodigués aux personnes atteintes de cancer. D'ici 2020, il est prévu que le nombre de patients cancéreux nécessitant un traitement au Canada aura doublé par rapport aux niveaux de 2001.

## Accès au traitement

Toutes les provinces sont dotées de centres voués au traitement du cancer pour la provision des services de radiothérapie. Au total, 37 centres de radiothérapie sont distribués dans les dix provinces et 75 % de la population réside dans les 100 kilomètres de l'un de ces centres

(figure 2). La proximité à un centre de traitement par radiothérapie aide à assurer l'accès aux soins appropriés pour recevoir des traitements curatifs et palliatifs.

## Temps d'attente pour un traitement

Des associations professionnelles de spécialistes du cancer au Canada, telles que l'Association canadienne des radio-oncologues et l'Association canadienne des oncologues médicaux, ont généralement recommandé que le temps pendant lequel un patient attend entre la date de référence et la consultation et entre la décision de traiter et le traitement réel devrait être de moins de deux semaines. Il n'existe aucune donnée de grande qualité et complète au Canada sur les temps d'attente en cas de cancer et leurs effets sur la survie. Toutefois, ces dernières années, des temps d'attente excessifs pour la radiothérapie ont obligé certaines provinces à envoyer des patients dans d'autres provinces ou à l'extérieur du pays pour recevoir un traitement.

L'attente excessive est attribuable à l'incidence et à la prévalence accrues du cancer, à l'insuffisance des installations (salles d'opération, équipement de radiothérapie), aux pénuries de

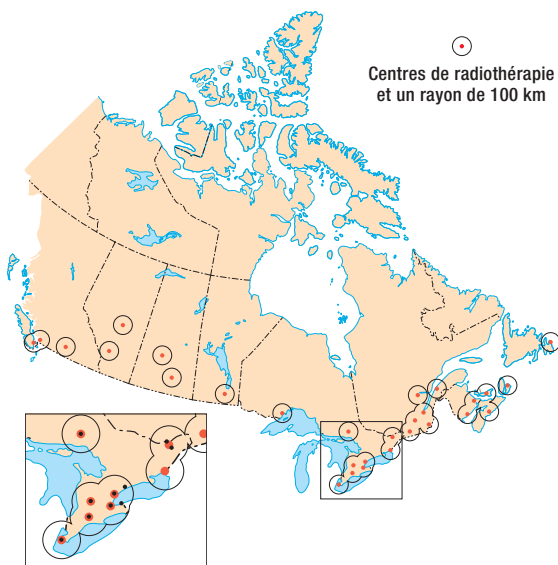


ressources humaines, à l'inefficacité des systèmes de prestations des soins de santé, à une augmentation du dépistage, aux nouvelles indications pour les soins cliniques ou à des combinaisons de ces facteurs. De nombreux programmes ne sont pas préparés à l'impact des changements de thérapie (tumorectomie du sein se substituant à la mastectomie dans le traitement du cancer du sein, demandes croissantes de radiothérapie) ni à l'impact des programmes de dépistage, sans parler de l'augmentation du nombre de patients avec le vieillissement de la population du Canada. De plus, il y a des pénuries bien documentées de

plusieurs prestataires de soins prodigués aux personnes atteintes de cancer dans l'ensemble du Canada. L'Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer a identifié un nombre important de postes vacants en oncoradiologie et en oncologie médicale, de physiciens médicaux et de radiothérapie.

Ces dernières années, les provinces ont investi dans de nouvelles installations et de nouveaux équipements de traitement anticancéreux pour faire face à l'augmentation de la charge de travail. Un rendement amélioré dans le système de lutte contre le cancer sera atteint grâce à une plus grande intégration de services et à la mise en œuvre de meilleurs systèmes d'information qui peuvent accéder à l'information clinique sur les patients au niveau régional.

**Figure 2.**  
Centres de radiothérapie au Canada, 1996



## Résultats du traitement

### Diminution des taux de mortalité

Des améliorations au niveau du traitement, généralement appliquées, devraient se traduire par une réduction de la mortalité due au cancer visé au niveau de la population, comme ce sera le cas pour les activités efficaces de prévention et de dépistage. La contribution relative des

# LE TRAITEMENT DU CANCER

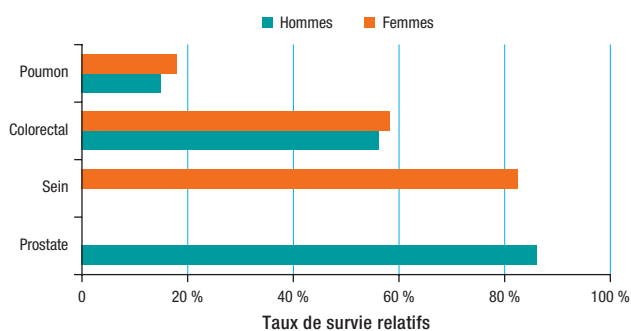
différentes interventions en matière de lutte contre le cancer à la diminution observée des taux de mortalité est difficile, sinon impossible à déterminer. Néanmoins, le traitement contribue sans aucun doute à la diminution globale des taux de mortalité.

## Taux de survie relatifs

Les améliorations des résultats après le traitement se mesurent généralement en termes de survie relative à cinq ans. La comparaison des taux de survie aux quatre cancers les plus courants par rapport aux taux prévus dans la population générale est disponible. Les taux de survie relatifs à cinq ans étaient les plus élevés pour le cancer de la prostate, suivis par le cancer du

sein, le cancer colorectal et le cancer du poumon (figure 3). Les taux de survie relatifs varient selon le groupe d'âge pour certains cancers et selon la province. Les raisons de la variance des taux de survie relatifs des cancers sont nombreuses. Elles comportent : l'étendue de la mise en œuvre des programmes de dépistage et l'utilisation de méthodes de détection précoce; les différences d'agressivité entre les cancers; la capacité de donner des traitements à différents groupes d'âge; la facilité d'accès au traitement; et les variations de la notification au registre du cancer. Bien que le traitement contribue incontestablement à la survie relative à cinq ans, l'information sur les tendances en fonction du temps et le manque de données spécifiques sur les stades rendent difficile la tâche de faire des commentaires sur la contribution précise du traitement aux améliorations de la survie observées. Toutefois, en ce qui concerne la diminution récente de la mortalité par cancer du sein, le moment de la diminution et le niveau relativement faible d'observance en ce qui a trait à la participation à la plupart des programmes de dépistage provinciaux suggèrent que la raison majeure de la diminution est l'adoption généralisée de la chimiothérapie adjuvante et du tamoxifène.

**Figure 3.**  
Taux de survie relatifs à 5 ans (%) par siège majeur de cancer pour les cas diagnostiqués en 1992, Canada



## Coûts

La distribution des coûts des soins prodigués aux personnes atteintes de cancer s'est modifiée, avec une vive diminution de l'utilisation des ressources des hôpitaux et un changement dans la prestation des soins de diagnostic et de traitement des patients hospitalisés vers les soins ambulatoires. Ce changement a été rendu possible grâce à des améliorations des soins chirurgicaux postopératoires et au lancement de médicaments qui réduisent de façon drastique les effets toxiques de la chimiothérapie et de la radiothérapie. Depuis 1998, il y a eu une augmentation rapide du nombre de médicaments efficaces mais onéreux pour traiter plusieurs cancers rares et il est prévu que cette tendance se maintiendra.

## Coûts à vie

Il a été estimé que les coûts à vie des soins prodigués aux personnes atteintes de cancer sont d'environ 25 000 \$ à 30 000 \$ par patient pour les cancers du poumon, du sein et du côlon. Pour ces trois cancers, les coûts les plus élevés sont associés au diagnostic initial et au traitement (39 % à 60 %) et aux soins terminaux (27 % à 45 %). Le traitement, qui représente une

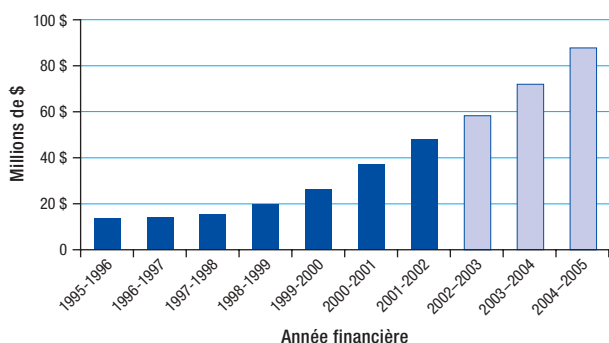
composante importante du coût total à vie des soins, est le plus fortement influencé par la durée du séjour à l'hôpital et de façon moins importante, par la nécessité possible de thérapies additionnelles, telles que la chimiothérapie et la radiothérapie.

## Coûts des médicaments anticancéreux

Les nouveaux médicaments anticancéreux sont coûteux : un cycle de traitement intraveineux moyen peut coûter plusieurs milliers de dollars et le cours d'une thérapie (généralement de quatre à six cycles de traitement) peut coûter de 8 000 \$ à 12 000 \$. En raison du coût des nouveaux médicaments intraveineux et des indications de leur utilisation qui s'étendent, les dépenses liées aux médicaments anticancéreux dans certains centres anticancéreux augmentent à un taux d'environ 20 % par année (figure 4). Une pression supplémentaire qui s'exerce sur le système émerge sous la forme de nouveaux agents administrés par voie orale qui ciblent efficacement des fonctions spécifiques de la cellule cancéreuse. Ces agents provoquent moins d'effets toxiques que la chimiothérapie, mais ils sont aussi très chers. Un médicament récemment mis sur le marché

# LE TRAITEMENT DU CANCER

**Figure 4.**  
Croissance prévue des coûts provinciaux en médicaments anticancéreux par la BC Cancer Agency



contre la leucémie myéloïde chronique coûte environ 35 000 \$ par année pour un patient individuel. La mise au point d'agents similaires pour des états plus courants va exercer une pression énorme sur les programmes provinciaux de financement des médicaments, les compagnies d'assurance ou les citoyens individuels, et elle nécessitera l'assurance que seuls les médicaments efficaces soient introduits dans la pratique autrement que dans le cadre d'essais cliniques.

Le budget total alloué aux médicaments anticancéreux en Colombie-Britannique (tous les médicaments anticancéreux) et en Ontario (médicaments intraveineux pour la chimiothérapie seulement) est gros et il augmente;

il a atteint 37 millions de dollars et 55 millions de dollars respectivement pour l'exercice 2000-2001. Cette dépense pour les médicaments anticancéreux est toutefois modeste par rapport à ce que les gouvernements payent pour d'autres classes de médicaments. En 2000-2001, par le biais de son Programme de médicaments nouvellement admissibles pour les personnes âgées et les bénéficiaires de l'aide sociale, l'Ontario a payé 143 millions de dollars pour deux médicaments utilisés pour abaisser les concentrations lipidiques sanguines (Zocor® et Lipitor®) et 85 millions de dollars pour un médicament servant à traiter l'hyperacidité gastrique (Losec®).

## Traitements complémentaires et médecines parallèles

Les thérapies complémentaires sont celles qui sont utilisées avec des traitements médicaux conventionnels, tandis que les thérapies parallèles sont celles qui sont utilisées comme traitements anticancéreux au lieu des soins anticancéreux conventionnels. L'intérêt manifesté à l'endroit des traitements complémentaires et des médecines parallèles (TCMP) a beaucoup augmenté ces quelques dernières années. Les estimations de la proportion de patients

cancéreux qui utilisent des thérapies TCMP varient de 30 % à 66 %. Ces thérapies comprennent la modification de l'alimentation et la supplémentation (p. ex., mégavitamines, antioxydants), les produits à base d'herbes médicinales, l'acupuncture, la massothérapie, l'exercice et les thérapies psychologiques et de l'esprit et du corps. L'adoption généralisée des thérapies TCMP par les patients cancéreux et d'autres patients a mené à l'établissement de plusieurs essais cliniques en cours. L'efficacité peut être évaluée en fonction de la progression de la maladie et de la survie et/ou à la lumière des soins palliatifs, tandis que les préoccupations d'innocuité portent non seulement sur les effets indésirables directs, mais aussi sur le risque d'interactions avec les thérapies conventionnelles.

Les données indiquent que certaines thérapies TCMP peuvent être nocives chez les patients cancéreux. Le millepertuis peut diminuer l'efficacité de certains agents chimiothérapeutiques, tandis que l'emploi des antioxydants peut diminuer l'efficacité de la radiothérapie et de certains types de chimiothérapie. Un souci plane également sur l'utilisation des thérapies TCMP qui contiennent des phytoestrogènes par les femmes atteintes de cancer du sein ou de cancer de l'endomètre.

Des essais randomisés ont démontré les avantages que présentent certaines thérapies complémentaires dans la maîtrise de la douleur cancéreuse, de l'anxiété et de la nausée. Par exemple, des preuves claires appuient l'efficacité de l'acupuncture dans la maîtrise de la nausée et des vomissements liés à la chimiothérapie. De telles thérapies sont de plus en plus fournies dans les centres anticancéreux.

## Défis à venir

Malgré les investissements massifs dans la recherche à travers le monde depuis quelques décennies, les améliorations de la survie découlant de meilleurs traitements ont été modestes. Les exceptions comprennent des améliorations importantes dans le traitement de certains cancers rares, tels que la maladie de Hodgkin, le cancer du testicule et la leucémie infantile. On ne sait pas exactement si l'optimisme actuel devant des approches thérapeutiques fondées sur une compréhension de la base moléculaire du cancer fonctionnera mieux que les « percées » antérieures basées sur des connaissances approfondies en immunologie et dans d'autres domaines. Un optimisme prudent pourrait toutefois convenir à la lumière du lancement récent d'une poignée

# LE TRAITEMENT DU CANCER

de nouveaux médicaments qui ciblent des molécules propres au cancer et qui semblent présenter des avantages importants par rapport aux thérapies précédentes.

## **Les défis importants au niveau du traitement comprennent :**

- le besoin d'intégrer divers aspects des services de traitement dans un continuum rationalisé pour le patient individuel;
- le besoin d'aborder des questions relatives au temps d'attente du traitement et aux pénuries de prestataires de soins prodigués aux personnes atteintes de cancer par une planification coordonnée, afin d'assurer une distribution adéquate et égale des professionnels spécialisés en soins aux cancéreux de l'ensemble du pays. Idéalement, cette planification engloberait un nombre accru de postes de formation, ainsi que des stratégies améliorées de conservation et de recrutement du personnel;
- le besoin d'étendre la planification du traitement aux spécialistes qui sont essentiels à la prestation de ces services, y compris les oncopharmaciens, ainsi que ceux qui posent le diagnostic de cancer (pathologistes) et ceux qui permettent les interventions chirurgicales (anesthésiologistes);
- le besoin d'augmenter la communication entre les prestataires de soins anticancéreux conventionnels et les patients qui emploient des thérapies TCMP. Cette communication contribuerait à prévenir les effets indésirables et à augmenter les connaissances globales sur les avantages et les inconvénients potentiels des thérapies complémentaires et des médecines parallèles;
- le besoin pressant d'élaborer des stratégies visant à augmenter le nombre de patients adultes qui participent à des essais cliniques, de sorte que le grand volume de connaissances générées par les laboratoires de recherche puisse être étudié au niveau clinique et transféré sous forme de politiques et de pratiques, si elles s'avèrent efficaces.

# LES SOINS PALLIATIFS

Les soins palliatifs ont récemment été définis par l'Organisation mondiale de la Santé comme « une approche qui améliore la qualité de vie des patients et de leur famille qui font face au problème associé à la maladie constituant un danger de mort, par la prévention et le soulagement de la souffrance au moyen de l'identification précoce, de l'évaluation irréprochable et du traitement de la douleur et d'autres problèmes d'ordre physique, psychosocial et spirituel ». La distinction entre les termes anglais palliative care (soins palliatifs) et hospice care (aussi traduit par « soins palliatifs ») n'est pas toujours claire. Au Canada, les termes anglais sont par ailleurs souvent interchangeables. Certains en font la distinction suivante : hospice care = soins palliatifs fournis dans la communauté ou à domicile plutôt que dispensés dans les hôpitaux.

## Les soins palliatifs et la population vieillissante du Canada

Au Canada, la plupart des soins palliatifs sont dispensés à des patients qui ont reçu un diagnostic de cancer. Les stratégies de soutien et de maintien des services efficaces de soins palliatifs vont devenir de plus en plus



importantes à mesure que la population du Canada grandit et vieillit. Le Rapport du sous-comité du Sénat intitulé *Des soins de fin de vie de qualité : Chaque Canadien et Canadienne y a droit*, paru en juin 2000, recommandait d'augmenter la disponibilité et d'améliorer l'accès aux services dispensés par des équipes interdisciplinaires qualifiées en soins palliatifs.

Le Rapport du sous-comité du Sénat a aussi recommandé l'élaboration d'une Stratégie canadienne sur les soins palliatifs et les soins en fin de vie. Un Secrétariat des soins palliatifs et des soins de fin de vie a été établi en juin 2001 au sein de Santé Canada pour faciliter et coordonner l'élaboration de la Stratégie. Pour la

# LES SOINS PALLIATIFS

première étape de l'élaboration de la stratégie, Santé Canada a parrainé un atelier national de planification en mars 2002. Cet événement a réuni 150 experts et intervenants qui ont discuté des priorités et qui ont fait des recommandations pour progresser. Les cinq domaines clés étaient les meilleures pratiques et les soins de haute qualité; l'information et l'éducation du public; l'éducation des prestataires de soins; la recherche; et la surveillance.

Des groupes de travail correspondant à chacun de ces domaines ont été établis et sont appuyés par le Secrétariat des soins palliatifs et des soins de fin de vie de Santé Canada. Les groupes sont présidés par des individus dont l'expertise, l'expérience et les qualités de leadership sont reconnues. Les membres de chacun des groupes représentent le large spectre des soins palliatifs et de fin de vie. La Stratégie canadienne reflétera une approche holistique et comprendra des principes de base largement reconnus. Elle comprendra aussi un cadre conceptuel intégré pour les soins palliatifs et des approches suggérées pour divers aspects de ce type de soins, tels que la pratique clinique, le

soulagement de la douleur et des symptômes, la surveillance, l'utilisation de la technologie et les outils d'évaluation. La Stratégie va également traiter les besoins particuliers de certains groupes de Canadiens en matière de soins palliatifs, notamment les immigrants, les Autochtones et les personnes handicapées.

Le Secrétariat des soins palliatifs et des soins de fin de vie continue de bâtir sur les priorités qui ont été identifiées lors de ses travaux, en mettant l'accent sur la collaboration avec des intervenants clés sur cette question. Il veille à assurer que les soins palliatifs soient pris en compte dans toutes les initiatives pertinentes afférentes aux politiques de Santé Canada et dans l'ensemble du gouvernement fédéral. En même temps, les soins palliatifs ont été identifiés comme l'une des cinq priorités de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer. L'une des priorités des chercheurs est également de déterminer la façon de dispenser les soins palliatifs de manière plus efficace aux patients cancéreux dans le besoin.



# LES SOINS PALLIATIFS

## *Intégration des services de soins palliatifs*

Traditionnellement, les soins palliatifs étaient dispensés par des membres de la famille. Les soins palliatifs officialisés ont commencé au Canada en 1974-1975 dans des hôpitaux d'enseignement de Winnipeg et de Montréal. Contrairement aux modèles traditionnels des hospices privés qui ont été développés au Royaume-Uni, puis aux États-Unis, les services canadiens de soins palliatifs ont plutôt tendance à intégrer une équipe de consultation palliative au sein des services des institutions et des soins à domicile. Aujourd'hui, ces programmes continuent d'évoluer et sont de plus en plus intégrés à une variété de milieux de soins de santé institutionnels et communautaires. Bien que les soins palliatifs soient habituellement dispensés au domicile du patient, les soins sont aussi fournis dans des centres d'hospice indépendants, des hôpitaux et des foyers de soins et d'autres établissements de soins de longue durée. Bien que les programmes individuels varient, la plupart tentent d'offrir une gamme complète de services en employant une approche d'équipe interdisciplinaire faisant intervenir des médecins, des infirmières/iers, des pharmaciens, des travailleurs sociaux, des

conseillers spirituels et des bénévoles. On conçoit aussi de plus en plus que les services de soins palliatifs n'assument pas qu'un rôle de fin de vie, quoique ce rôle devienne de plus en plus important avec le temps. Les soins palliatifs devraient être à la disposition des personnes dès le début du traitement, particulièrement pour les personnes qui ne pourront pas recevoir de traitement curatif.

## *Programmes de soins palliatifs*

Les programmes de soins palliatifs au Canada offrent une gamme complète de services dont notamment : 1) soulagement de la douleur et d'autres symptômes; 2) soins psychologiques et soutien spirituel; 3) système de soutien pour aider les patients à vivre pleinement jusqu'à leur mort; et 4) soutien à la famille en deuil. Selon les sondages effectués par l'Association canadienne des soins palliatifs (ACSP), le nombre de programmes de soins palliatifs n'a cessé d'augmenter — de 118 programmes en 1981 à plus de 600 en 2002. En 1997, la majorité de ces programmes offraient des services de soutien à la famille en deuil et environ la moitié ont fourni des consultations à domicile par un

# LES SOINS PALLIATIFS

professionnel de la santé et des soins à domicile. Toutefois, relativement peu de programmes ont prévu des programmes de jour pour des soins de relève (de répit) ou des soins communautaires ou à domicile (figure 1).

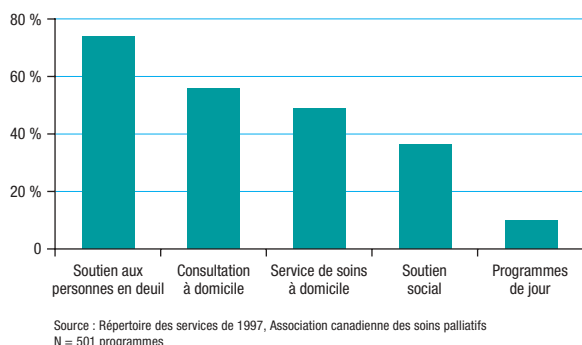
## Création d'options pour les patients

Si on leur en donnait le choix, beaucoup de gens préféreraient mourir à la maison. Traditionnellement, un patient mourant du cancer passait ses quelques derniers mois à l'hôpital, étant souvent relativement isolé de ses proches. Une mort à la maison apporte une atmosphère de confort parmi des personnes et

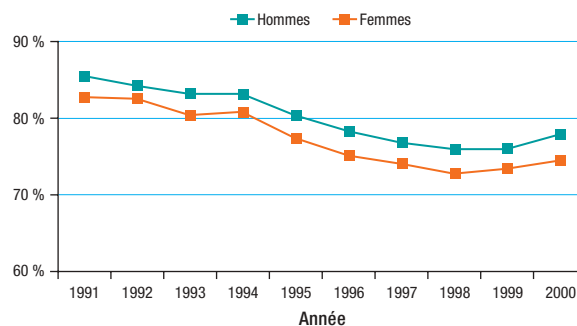
un milieu familiaux. Le pourcentage de décès à l'hôpital par cancer a généralement diminué depuis le début des années 1990 (figure 2). Or, plus de trois patients canadiens sur quatre meurent à l'hôpital. Avec la mise en œuvre d'un programme régional complet de soins palliatifs, davantage de patients canadiens devraient avoir l'option de mourir à la maison.

Un tel programme a été établi à Edmonton en 1995-1996 et a mené à plusieurs changements. La proportion de décès par cancer terminal se produisant dans des hôpitaux de soins actifs a connu une réduction impressionnante de 86 %

**Figure 1.**  
Fréquence du type de services offerts par les programmes de soins palliatifs au Canada, 1997



**Figure 2.**  
Pourcentage des décès par cancer à l'hôpital, par sexe, Canada, 1991-2000



à 49 %, et la proportion de décès à domicile est passée de 10 % à 21 %. La proportion de patients cancéreux en phase terminale recevant des soins palliatifs a augmenté de 23 % à 84 %. Le nombre de jours d'hospitalisation a aussi chuté de façon marquée, passant de 24 566 à 6 960 jours, reflétant un passage au traitement fourni dans les hospices et à domicile. Comme l'expérience le suggère, de tels changements profitent aux patients et à leur famille et il est bon de les encourager. L'une des conséquences importantes serait un revirement des ressources, puisque le financement destiné aux hôpitaux et aux soins à domicile a tendance à provenir de budgets différents.

### ***Application des principes des soins palliatifs au cancer chez l'enfant***

La majorité des enfants atteints de cancer au Canada vont survivre à la maladie, mais les traitements et les procédures en cause dans leur traitement peuvent être douloureux et avoir un impact immédiat négatif sur leur qualité de vie. L'application des principes des soins palliatifs, tels qu'une bonne gestion de la douleur et des symptômes, ainsi qu'un soutien psychosocial

à l'enfant et à la famille dès le moment du diagnostic, peut contribuer à améliorer la qualité de vie des enfants atteints de cancer.

La douleur chronique et souvent terminale nécessite un soutien multidisciplinaire, pharmacologique, comportemental et infirmier qui peut souvent être dispensé aux enfants à la maison en utilisant des opioïdes à action prolongée et la maîtrise des symptômes. Les services de réhabilitation ont aussi un rôle à jouer pour ceux qui éprouvent des complications suite au traitement. Par exemple, il existe un service de soins palliatifs pédiatriques à Halifax, qui comprend un médecin à plein temps et une infirmière clinicienne spécialisée qui, par le biais de consultations, assistent l'équipe d'oncologie à dispenser des soins aux enfants et à la famille. Le service a œuvré auprès de 89 familles sur une période de quatre ans (janvier 1998 à janvier 2002). En général, le service est consulté lorsque des symptômes difficiles à gérer apparaissent ou que l'enfant et la famille désirent recevoir des soins de fin de vie à domicile ou dans un hôpital situé plus près de la maison.

# LES SOINS PALLIATIFS



## ***Apporter un soulagement de la douleur aux personnes atteintes de cancer***

L'Organisation mondiale de la Santé a fait la promotion d'une « échelle » analgésique à trois échelons pour reconnaître les besoins croissants de soulagement de la douleur de beaucoup de patients à mesure que leur maladie progresse. Les médicaments de la classe des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) tels que l'Aspirin® et des analogues peuvent suffire au début. Si la douleur devient plus sévère, il convient alors de prescrire un opioïde pour la douleur légère à modérée, tel que la codéine. Si ce traitement ne soulage pas la douleur, il ne faut pas hésiter à prescrire de la morphine, habituellement dans la forme administrée par voie orale.

Il n'existe pas de dose standard pour les opioïdes — la « bonne » dose est celle qui soulage la douleur du patient. Il est essentiel de

donner régulièrement de la morphine pour soulager adéquatement la douleur et il faut déterminer le plan d'administration requis pour chaque patient. Bien que les spécialistes des soins palliatifs comprennent cette nécessité, d'autres professionnels de la santé, tant dans les hôpitaux qu'à domicile, pourraient avoir besoin d'instructions spéciales afin d'assurer que la douleur soit toujours soulagée. Il a été estimé que 30 % ou plus des patients cancéreux souffrent de douleur non soulagée et la réduction à un minimum absolu de ce problème devrait donc être une priorité dans tous les secteurs du Canada. Il a été estimé dans une étude menée aux États-Unis que le soulagement de la douleur du cancer peut être atteint chez environ 90 % des patients.

## ***Formation médicale en soins palliatifs***

Les soins palliatifs nécessitent une formation spécialisée pour traiter la douleur et le malaise. Ils requièrent également une compréhension en profondeur de l'impact physique, émotionnel, social et spirituel de la mort sur l'individu, la famille et les amis. Malgré ces exigences, certains professionnels de la santé ne sont pas formés de façon adéquate pour reconnaître et gérer la douleur provoquée par le cancer.

# LES SOINS PALLIATIFS

En 2002, 165 spécialistes de soins palliatifs au Canada étaient membres de la Société canadienne des médecins de soins palliatifs. La disponibilité de ces médecins varie selon les régions, bien que des différences puissent se produire parce que tous les médecins qualifiés ne sont pas membres de cette association, particulièrement ceux du Québec. Les soins palliatifs peuvent aussi être dispensés par des médecins de famille formés, par des spécialistes d'autres disciplines médicales, tant à l'hôpital qu'à domicile, et des infirmières/iers spécialement formés.

Dans un sondage effectué auprès de médecins qui s'identifiaient eux-mêmes comme participant à la gestion de la douleur, aux soins palliatifs ou à l'oncologie, 28 % ont qualifié de mauvaise leur

formation en gestion de la douleur et seulement 5 % l'ont qualifiée d'excellente. Parmi les oncologues sondés, 73 % ont qualifié d'assez bonne ou de mauvaise leur formation de diplômé sur la gestion de la douleur. Les personnes qui ont répondu au sondage ont indiqué que le facteur limitant de la gestion de la douleur n'est pas la non-disponibilité des analgésiques, des techniques ou des outils analgésiques, mais la sous-utilisation de ces techniques.

En 1991, le *Canadian Palliative Care Curriculum* a été publié et distribué à toutes les écoles de médecine canadiennes. Conçu expressément pour la formation médicale de premier cycle, le programme (*curriculum*) expose les objectifs de l'instruction sur les soins palliatifs. Malgré cet incitatif, l'instruction sur les soins palliatifs semble être minime.

Pour évaluer l'état actuel de l'instruction sur les soins palliatifs, un sondage a été fait auprès des 16 écoles de médecine du Canada (tableau 1). La plupart des écoles offraient des programmes facultatifs sur les soins palliatifs, mais seule une faible proportion des étudiants ont participé à ces programmes. Seulement deux des programmes de premier cycle et cinq des programmes pour diplômés comportaient une

**Tableau 1.**  
Pourcentage des écoles de médecine canadiennes offrant de la formation en soins palliatifs aux étudiants de premier cycle et aux diplômés

Formation en soins palliatifs	Étudiants de premier cycle	Étudiants diplômés
Programme obligatoire	12,5 %	31,3 %
Programme facultatif	68,8 %	100 %

Source : Moloughney B.W. *Canadian Undergraduate Medical Education in Palliative Care. Report to the Cancer Division, Health Canada, 2002* (Enseignement médical universitaire canadien en soins palliatifs. Rapport présenté à la Division du cancer, Santé Canada, 2002)

# LES SOINS PALLIATIFS

formation obligatoire en soins palliatifs. En ce qui concerne les programmes médicaux de premier cycle, 15 des écoles sondées offraient une moyenne de 11 heures d'instruction. La majeure partie de ce programme était enseigné par des spécialistes à plein temps en soins palliatifs et la formation était donnée au cours des deux premières années d'études médicales. Le programme comprenait l'évaluation et la gestion de la douleur, avec une mise en valeur de la capacité à communiquer. Ce niveau actuel de formation quelque peu restrictif en soins palliatifs des écoles de médecine canadiennes peut limiter la capacité des médecins à identifier et à traiter de manière adéquate les questions de la douleur et de la souffrance chez leurs patients.

## Défis à venir

### **Formation médicale et de soins infirmiers**

Compte tenu du vieillissement rapide de la population du Canada, il devient essentiel de traiter des insuffisances de la formation médicale et de soins infirmiers du domaine des soins palliatifs, particulièrement du côté de la maîtrise et de la gestion de la douleur.

Les programmes actuels sont insuffisants pour former les travailleurs de la santé qu'il nous faut. Cependant, l'ACSP a récemment achevé l'élaboration d'un programme de formation qui pourrait avoir un impact important sur les soins palliatifs dans l'ensemble du Canada. Le programme de formation à l'intention des travailleurs de soutien en soins palliatifs (Palliative Care for Support Workers Training Program) a formé plus de 2 100 travailleurs de soutien dans cinq provinces. De plus, 140 professionnels de la santé ont reçu une formation d'instructeurs en soins palliatifs pour les futurs programmes de formation. Suite à cela, de nouveaux programmes de formation sont en train d'être établis en Alberta, au Manitoba, en Ontario, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador.

## **Collecte de données et intégration des soins palliatifs**

Il est également indispensable de recueillir des données sur la surveillance, des indicateurs d'évaluation et des mesures de la performance pour aider à faciliter l'intégration de programmes de soins palliatifs à travers le Canada. Cette intégration est essentielle parce qu'il nous faut des outils communs pour la planification, l'évaluation et la surveillance des soins qui conviennent à la fin de la vie, afin d'assurer la disponibilité de soins optimaux pour dispenser des soins de fin de vie de haute qualité à tous les Canadiens qui meurent du cancer.

Il nous faut des données régionales sur le degré de soulagement de la douleur et il convient de prendre des mesures correctives si les résultats sont inacceptables. Cela pourrait exiger l'établissement de programmes de recherche spéciaux afin de déterminer la meilleure façon de maîtriser la douleur.

Un répertoire des soins palliatifs est en voie d'élaboration pour répondre à ce besoin. Le *Répertoire canadien des services de soins palliatifs* a été préparé pour compiler de l'information pertinente auprès de tous les programmes offrant des soins palliatifs dans l'ensemble du Canada (dans tous les territoires et toutes les provinces), y compris les services dispensés dans les hôpitaux, la communauté et à domicile aux patients et aux familles, peu importe le diagnostic ou la maladie. Parmi les statistiques collectées, on trouve le nombre de programmes au Canada et leur emplacement, le nombre fournissant divers services et les types de patients desservis, ainsi que des estimations de la charge professionnelle, de la capacité et du nombre annuel de patients.

## LES CONCLUSIONS et ORIENTATIONS FUTURES

*Ce Rapport d'étape sur la lutte contre le cancer au Canada* montre que des changements substantiels se sont opérés dans la lutte contre le cancer ces dernières décennies.

Des progrès importants ont été accomplis dans beaucoup de domaines. Globalement, les taux de mortalité de tous les cancers confondus ont chuté chez les hommes et les femmes depuis la fin des années 1980, principalement en raison de la diminution des taux de mortalité des cancers du sein, de la prostate et colorectal. On croit que des changements du régime alimentaire expliquent au moins en partie les diminutions du cancer colorectal, tandis qu'en termes généraux, les personnes atteintes de cancer survivent plus longtemps grâce à la détection précoce et à l'amélioration des traitements.

Les progrès les plus importants ont peut-être été réalisés à cause de la chute de la prévalence du tabagisme. Cela a entraîné une diminution des taux de cancer du poumon chez les hommes et il est prévu que des diminutions similaires seront observées chez les femmes au cours de la prochaine décennie. Les progrès dans ce domaine et dans d'autres sont

attribuables en grande partie à l'efficacité des initiatives de prévention du cancer. La recherche générique récente est prometteuse de meilleurs traitements pour l'avenir.

En dépit de ces réussites, le Canada fait face à des défis de taille en matière de lutte contre le cancer. Bien que beaucoup de choses nous échappent encore sur les causes du cancer, nous possédons tout de même beaucoup de connaissances, mais nous ne les appliquons pas.

Bien que les taux d'incidence de certains cancers au Canada soient à la baisse, les chiffres absolus des nouveaux cas nécessitant un traitement sont à la hausse d'environ 3 % par année en raison de la croissance et du vieillissement de la population canadienne. Cette tendance démographique va s'accroître au cours de la prochaine décennie, exerçant une forte demande sur le système canadien de lutte contre le cancer. Les futures initiatives de lutte contre le cancer doivent par conséquent répondre au besoin d'une capacité accrue de traitement et d'une meilleure intégration des programmes de soins palliatifs de l'ensemble du pays.



# LES CONCLUSIONS et ORIENTATIONS FUTURES

Des efforts améliorés en prévention du cancer sont indispensables pour la réussite à venir de la lutte contre le cancer. Les gouvernements fédéral, provinciaux/territoriaux et municipaux, ainsi que les organismes non gouvernementaux transmettent le message de prévention aux Canadiens au moyen d'une approche élargie de santé de la population, en insistant sur le fait que l'adoption de styles de vie sains est le meilleur moyen de prévenir le cancer et d'autres maladies chroniques. Il faut poursuivre nos efforts pour assurer que la prévention de la maladie et la promotion de la santé deviennent enracinées en tant que valeurs sociétales de base.

À plus grande échelle, au moyen de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, il y a un mouvement qui tend à mieux intégrer les activités de lutte contre le cancer au moyen d'une planification nationale et provinciale de la lutte contre le cancer. Des efforts sont également déployés pour élaborer des approches plus cohérentes qui intègrent une surveillance améliorée, ainsi que l'identification et la mise en œuvre des meilleures pratiques de prévention et de lutte.

## **Orientations futures des domaines d'activités clés**

### ***Prévention***

- Davantage de recherche sur les causes du cancer et l'efficacité des programmes de prévention augmentera l'assise de preuves à l'élaboration de programmes et de services plus efficaces.
- Nous devons mieux appliquer ce que nous savons actuellement pour aider les individus à choisir des styles de vie convenables, tels des régimes alimentaires plus sains, plus d'activité physique, pas d'usage de tabac et le maintien d'un poids corporel sain.

### ***Dépistage***

- Faire des efforts pour augmenter la participation aux programmes organisés de dépistage du cancer du sein et du cancer du col utérin.
- Déterminer la meilleure façon d'offrir le dépistage à la population pour des cancers pour lesquels il existe des preuves d'efficacité, mais pour lesquels il n'existe pas encore de programme organisé.

## LES CONCLUSIONS et ORIENTATIONS FUTURES

- Poursuivre la recherche sur les méthodes de dépistage pour lesquelles il n'y a pas encore de preuve suffisante pour prôner leur utilisation.

### **Traitement**

- Les patients cancéreux devraient avoir un meilleur accès aux soins continus prodigués aux personnes atteintes de cancer, lorsque des services de diagnostic et de traitement appropriés sont mis à leur disposition sous un délai minime.
- La pénurie actuelle de spécialistes en oncologie devrait être rectifiée et la formation devrait être améliorée afin d'assurer que suffisamment de spécialistes soient disponibles pour s'occuper du nombre croissant de patients cancéreux nécessitant des soins.

- Il convient d'encourager une plus grande participation des patients cancéreux adultes à des essais cliniques de traitement du cancer.
- Faire des efforts pour assurer que tous les patients atteints de cancer profitent des découvertes établies dans le traitement du cancer et que leurs avantages soient mis à la disposition des patients à des coûts abordables.

### **Soins palliatifs**

- Une importance plus grande doit être accordée à la promotion d'une adoption plus large des principes des soins palliatifs et la provision de professionnels de la santé munis des compétences nécessaires pour fournir de tels soins.

# GLOSSAIRE

## des termes et définitions

### **ADN (acide désoxyribonucléique)**

Porteur biochimique de l'information génétique; matière constituante de tous les gènes.

### **Années potentielles de vie perdues (APVP)**

Les APVP sont une mesure de la mortalité prématurée qui représente le nombre d'années de vie qui sont « perdues » lorsqu'une personne meurt prématurément de toute cause. Par exemple, si l'on suppose une espérance de vie de 75 ans, les APVP d'une personne mourant à l'âge de 25 ans seraient de 50 ans.

### **Axé sur la population**

Afférent à une population définie.

### **Bénin**

S'applique généralement à une tumeur ou à un néoplasme qui n'est pas malin. Les tumeurs bénignes n'envahissent pas d'autres organes; c'est la principale propriété qui les distingue des tumeurs malignes (cancer).

### **Cancer**

Tumeur maligne ou néoplasme. Les tumeurs malignes ont une tendance naturelle à se propager, soit localement ou par le biais du système lymphatique ou de la circulation sanguine, à d'autres organes. Les cancers sont habituellement définis par le nom de l'organe duquel ils ont pris naissance, p. ex., le cancer du sein, mais parfois par le type de cellules qui composent le cancer (p. ex., leucémie, prenant naissance dans les cellules souches du sang).

### **Cancérogène**

Agent chimique, infectieux ou physique pouvant causer le cancer.

### **Carcinome**

Cancer développé à partir d'un tissu épithélial (tissu tapissant un organe interne ou la peau).

### **Chimiothérapie**

Utilisation d'un agent chimique ou chimiothérapeutique pour traiter le cancer ou en limiter la progression.

### **Classification des stades (cancer)**

Les systèmes de classification des stades du cancer décrivent jusqu'à quel point un cancer s'est propagé et réunit les patients qui ont un pronostic similaire dans un même groupe. La classification globale comprend quatre stades. En général, les cancers au stade I sont de petits cancers localisés qui sont habituellement guérissables, tandis que le stade IV représente habituellement des cancers inopérables ou métastatiques. Les cancers aux stades II et III sont habituellement avancés localement et/ou présentent un envahissement des ganglions lymphatiques locaux.

### **Continuum du cancer**

Spectre de l'expérience afférente au cancer, comprenant la prévention, la détection précoce, le diagnostic, le traitement, la vie avec le cancer et la fin de vie.

# GLOSSAIRE

## des termes et définitions

### **Dépistage**

Le dépistage est le processus par lequel des maladies non diagnostiquées sont identifiées par des tests qui peuvent être appliqués rapidement à grande échelle. Les tests de dépistage trient les personnes apparemment saines de celles qui pourraient être atteintes d'une maladie. Un test de dépistage n'a pas pour objet d'être un test de diagnostic; c'est plutôt un résultat positif qui devra être confirmé par des procédures de diagnostic spéciales.

### **Dépistage génétique**

Analyse du matériel génétique d'un individu pour diagnostiquer une maladie ou un problème héréditaire, ou pour déterminer une prédisposition à un problème de santé particulier.

### **Diagnostic**

Identification d'une maladie ou d'un état de santé ou du nom de la maladie ou de l'état.

### **Épidémiologie**

Étude de la distribution et des déterminants des maladies chez la personne humaine.

### **Essai clinique**

Activité de recherche utilisée pour évaluer l'efficacité et la sûreté des approches prometteuses de prévention et de lutte contre les maladies. Les essais interventionnels déterminent dans

des environnements contrôlés si les traitements expérimentaux ou les nouvelles façons d'utiliser des thérapies connues sont sûrs et efficaces. Les essais d'observation se penchent sur des problèmes de santé au sein de grands groupes de personnes ou de populations dans des environnements naturels.

### **Examen clinique des seins (ECS)**

Processus d'examen des seins par un professionnel de la santé soigneusement formé ayant pour but de déceler des signes précoces de cancer du sein, alors qu'il est encore potentiellement guérissable.

### **Facteur de risque**

Exposition ou caractéristique génétique qui est associée à un problème de santé.

### **Gènes**

Unité fonctionnelle de l'hérédité; les gènes sont composés de séquences d'ADN. Ils sont situés dans les chromosomes et ils déterminent les caractères particuliers d'un individu.

### **Génétique**

Étude de l'hérédité et de la variabilité des caractères héréditaires.

### **Génome**

Matériel génétique d'un individu.

### **Incidence**

Fréquence de survenue de tout événement ou état dans une population donnée au cours d'une période de temps définie.

Dans ce rapport, l'incidence est le nombre total de nouveaux cas de cancer diagnostiqués une année donnée et exprimée comme le taux de nouveaux cas pour 100 000 individus dans la population. Dans les chiffres qui sont fournis, tous les taux d'incidence ont été standardisés selon l'âge pour la population canadienne de 1991 afin d'assurer la comparaison des années entre elles.

### **Issues (de santé)**

Tous les changements possibles de l'état de santé pouvant découler de l'exposition à un facteur causal ou de la manière dont on traite un problème de santé.

### **Lignes directrices**

Énoncé officiel dirigeant une tâche ou une fonction définie. Des exemples en sont les guides de pratique clinique et les lignes directrices sur l'éthique dans la recherche médicale.

### **Lutte contre le cancer**

Totalité des mesures prises pour réduire l'impact du cancer, y compris la prévention, la détection précoce et le dépistage, le traitement, la réhabilitation et les soins palliatifs.

### **Mammographie**

Utilisation des rayons X pour créer une image du sein (mammographie ou cliché mammaire) pour aider à poser un diagnostic et localiser un cancer du sein.

### **Mammographie de dépistage**

Une radiographie des seins qui est employée pour détecter des changements au niveau des seins chez des femmes qui ne présentent aucun signe de cancer du sein. Elle fait habituellement intervenir deux clichés de chaque sein.

### **Morbidité**

État d'être atteint d'une maladie ou d'en souffrir.

### **Oncologie**

Discipline médicale consacrée au cancer.

### **Précurseur**

Condition ou état précédant la manifestation pathologique d'une maladie. Les états précurseurs peuvent parfois être détectés par le dépistage ou peuvent être utilisés comme marqueur du risque.

### **Prévalence**

Nombre de cas de maladie dans une population, à un point précis dans le temps, indépendamment du moment du diagnostic. La prévalence est habituellement exprimée comme le nombre de cas de maladie pour 100 000 individus dans la population. C'est une mesure du fardeau total de la maladie au sein de la population.

# GLOSSAIRE

## des termes et définitions

### **Prévention**

Actions visant à éliminer ou à minimiser l'impact de la maladie et de l'invalidité.

### **Projet du génome humain**

Projet international conçu pour identifier la totalité des séquences des gènes humains.

### **Qualité de vie**

Mesure dans laquelle le patient est exempt de douleur ou de handicap causé par la maladie et mesure dans laquelle le patient est capable d'accomplir les fonctions normales de la vie sans aide.

### **Santé de la population**

La santé de la population est une approche qui vise à améliorer la santé de la population entière et à réduire les inégalités en matière de santé au sein de groupes de la population en agissant sur le vaste éventail de facteurs et de conditions qui ont une forte influence sur la santé.

### **Soins palliatifs**

Les soins palliatifs sont l'ensemble des soins actifs prodigués aux patients dont la maladie ne répond pas au traitement curatif. La maîtrise de la douleur, d'autres symptômes et des problèmes de nature psychologique, sociale et spirituelle est primordiale afin d'offrir la meilleure qualité de vie possible aux patients et à leur famille.

### **Statistique**

Science de la collecte, de la réduction et de l'analyse des données numériques. Le terme s'applique aussi aux données mêmes.

### **Surveillance**

Collecte, regroupement et analyse continue et systématique de données et diffusion en temps utile de l'information à ceux qui doivent la connaître de façon à pouvoir prendre des mesures.

### **Survie relative**

La survie relative est le rapport de la proportion observée des survivants appartenant à une cohorte de patients cancéreux sur la proportion attendue de survivants dans un ensemble comparable d'individus non cancéreux.

### **Taux**

Mesure de la fréquence de survenue d'un phénomène. Un taux est une expression de la fréquence à laquelle un événement se produit dans une population définie au cours d'une période de temps donnée.

### **Taux brut (de mortalité)**

Portion d'une population définie qui est morte au cours d'une période donnée. Le mot « brut » est employé pour distinguer cette mesure d'un taux qui a été ajusté en fonction de différences de la structure par âge des populations (c.-à-d. un taux standardisé selon l'âge).

### **Taux de mortalité**

Portion d'une population définie qui meurt au cours d'une période donnée. Pour le cancer, le taux de mortalité est exprimé comme le nombre de décès par cancer pour 100 000 personnes par année. Comme c'est le cas pour l'incidence, dans le présent rapport, les taux de mortalité ont été standardisés selon l'âge de la population canadienne de 1991.

### **Tendance**

Direction générale (par exemple, en hausse, en chute ou stable) d'un changement en fonction du temps.

### **Test de Papanicolaou (test de Pap)**

Test de dépistage servant à aider à identifier les modifications malignes ou précancéreuses au niveau du col utérin. Le test est effectué en prélevant des cellules siégeant à l'extérieur du col de l'utérus, en les colorant à l'aide d'une technique spéciale mise au point par Papanicolaou (d'où le nom test de Pap) et en les examinant au microscope. (Autres noms : test de Pap, frottis Papanicolaou).

### **Thérapies complémentaires et médecines parallèles (TCMP)**

Les thérapies complémentaires et les médecines parallèles renvoient à un vaste éventail de thérapies qui sont utilisées tant dans le traitement que dans la prévention des maladies et elles ne sont pas considérées comme faisant partie de la médecine conventionnelle.

### **Traitement du cancer**

Mesures de traitement spécifiques qui sont prises pour guérir le cancer ou améliorer ses effets majeurs. Le traitement anticancéreux comprend la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, l'hormonothérapie et les mesures de soulagement de la douleur.

### **Tumeur**

Formation nouvelle et anormale de tissu, tel qu'une masse ou une grosseur. Les tumeurs peuvent être bénignes (constituant rarement un danger de mort) ou malignes.

### **Valeur prédictive**

Dans les tests de dépistage ou de diagnostic, la probabilité qu'une personne affichant un test positif soit un vrai positif (c.-à-d. qu'elle ait la maladie) s'appelle la « valeur prédictive positive du test ». La valeur prédictive d'un test négatif est la probabilité qu'une personne affichant un test négatif n'ait pas la maladie.

