

Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick

*Rendement du système
de lutte contre le cancer
2012*

Janvier 2014

TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE	
Le contexte au Nouveau-Brunswick.....	1
Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick.....	2
INTRODUCTION.....	4
LISTE DES FIGURES.....	5
PRÉVENTION ET DÉPISTAGE	
Prévalence du tabagisme.....	7
Consommation d'alcool et abstinence.....	8
Régime alimentaire, activité physique et poids corporel.....	10
Dépistage du cancer du sein	12
Dépistage du cancer du col utérin.....	15
Dépistage du cancer du côlon.....	18
DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT	
Intervention chirurgicale et étude pathologique.....	19
Utilisation de l'intervention chirurgicale.....	20
Temps d'attente pour une intervention chirurgicale.....	21
Saisie des données sur les stades.....	23
Excision et examen de douze ganglions lymphatiques ou plus dans le cadre de résections relatives au cancer du côlon.....	24
État de la positivité des résultats d'analyse des récepteurs des hormones de l'œstrogène et de la progestérone et des HER2, cancer du sein.....	25
Marge de résection circonférentielle – cancer du côlon et du rectum.....	27
État des marges chirurgicales après prostatectomie radicale – cancer de la prostate.....	27
Invasion de la plèvre viscérale (IPV) - cancer du poumon.....	27
Radiothérapie.....	28
Utilisation de la radiothérapie.....	29
Temps d'attente pour la radiothérapie.....	30
Utilisation de la radiothérapie de conformation avec modulation d'intensité de dose.....	31
Thérapie générale.....	32
Visites de traitement antinéoplasique.....	33
Temps d'attente pour la thérapie générale.....	34
Programme provincial de greffe de cellules souches.....	35
Participation aux essais cliniques.....	35
SOINS PALLIATIFS ET SOINS EN FIN DE VIE	
Lieu du décès.....	37
Utilisation des soins palliatifs et des soins en fin de vie.....	38
RÉFÉRENCES.....	40
ANNEXE A (notes techniques).....	43
ANNEXE B (Liste de publications - Initiative sur le rendement du système de lutte contre le cancer du PCCC).....	57

Si vous souhaitez donner votre avis ou formuler des suggestions, veuillez communiquer avec :

Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

CP 5100, place HSBC, 2^e étage

Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8

Tél: 506-453-5521

Télec. : 506-453-5522

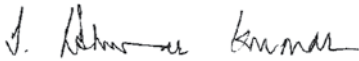
Le présent rapport est disponible en ligne à l'adresse suivante :

www.gnb.ca/santé

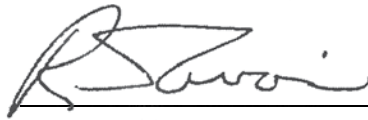
ISBN - 978-1- 4605-0319-5

Message des co-chefs de la direction du Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick (RCNB)

Nous sommes heureux de vous présenter le premier rapport de l'initiative sur le rendement du système de lutte contre le cancer depuis l'établissement du Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick (RCNB) en 2006. Le présent rapport vise à offrir un aperçu de ce qui a été effectué au cours de la période de 2006 à 2012 et de ce qui est prévu. Il a aussi pour objectif de susciter la discussion sur les indicateurs de rendement du système de lutte contre le cancer. Nous espérons que ce premier rapport constituera le fondement des prochaines évaluations provinciales uniformes et coordonnées des services de lutte contre le cancer, qu'il jettera les bases pour la sélection et l'élaboration des indicateurs de lutte contre le cancer, des points de référence et des objectifs, qu'il permettra la comparaison avec d'autres provinces et qu'il contribuera à l'amélioration continue des résultats de la lutte contre le cancer.



Dr S. Eshwar Kumar
Co-chef de la direction,
Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick



Dr Réjean Savoie
Co-chef de la direction,
Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick

REMERCIEMENTS

Le présent rapport est le fruit de la collaboration de nombreuses personnes qui contribuent à la lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick, les participants au Forum de l'initiative sur le rendement du système de lutte contre le cancer du Nouveau-Brunswick, organisé en septembre 2011, ainsi que les employés de deux ministères du Nouveau-Brunswick, ceux de la Santé et des Communautés saines et inclusives, qui ont fourni des renseignements et des commentaires sur la structure du rapport. Le Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick tient à souligner tout particulièrement la contribution du groupe de travail sur les indicateurs de rendement du système de lutte contre le cancer du Nouveau-Brunswick :

Groupe de travail sur les indicateurs de rendement des systèmes associés au cancer du Nouveau-Brunswick :

D^{re} Grlica Bolesnikov (Présidente)

Coordonnatrice de la gestion de la qualité et de l'imputabilité

RCNB, ministère de la Santé (N.-B.)

Jingyu (Vickey) Bu

Biostatisticienne

RCNB, ministère de la Santé (N.-B.)

Lisa Byrne

Directrice administrative du programme d'oncologie

Réseau de santé Horizon

Frances MacEachern-Stewart

Gestionnaire régionale, Classification des données cliniques et Qualité des données

Réseau de santé Horizon

Lisa Lemieux

Adjointe administrative

RCNB, ministère de la Santé (N.-B.)

D^r Bin Zhang

Épidémiologiste

RCNB, ministère de la Santé (N.-B.)

Chantal Dugas

Directrice administrative du programme d'oncologie

Réseau de santé Vitalité

Camilo Maya

Gestionnaire régional de la mesure des résultats

Réseau de santé Vitalité

CONTEXTE

Le contexte au Nouveau-Brunswick

- En 2013, au Nouveau-Brunswick, on estime qu'il y a eu 4 800 nouveaux cas de cancer et 1 930 décès causés par cette maladie.¹
- Représentant 57 p. 100 de tous les cas de cancer dans la province, le cancer du poumon, le cancer colorectal, le cancer du sein et le cancer de la prostate sont les quatre principaux cancers au Nouveau-Brunswick.²
- La population du Nouveau-Brunswick est vieillissante, et cette situation se reflétera dans le nombre croissant de nouveaux cas au cours des prochaines années. Selon l'évolution des tendances antérieures et actuelles, on prévoit, chez les hommes, un total d'environ 12 343 nouveaux cas de cancer et 5 290 décès attribuables à cette maladie pour la période de 2011 à 2015. Ce chiffre représente une augmentation de 17,6 p. 100 de l'incidence et de 11,4 p. 100 de la mortalité comparativement au total actuel de 2002 à 2006. Chez les femmes, on prévoit qu'il y aura 10 725 nouveaux cas de cancer, soit une augmentation de 18,3 p. 100 de l'incidence, et 4 453 décès, soit une augmentation de 9,1 p. 100 de la mortalité pour la même période.²
- Les trois cancers qui devraient représenter la majorité des nouveaux cas chez les hommes de 2011 à 2015 sont ceux de la prostate et du poumon ainsi que le cancer colorectal, alors que chez les femmes, il s'agit plutôt de ceux du sein et du poumon ainsi que le cancer colorectal. Le cancer du poumon et le cancer colorectal resteront les deux principales causes de décès attribuables au cancer tant chez les hommes que chez les femmes.²
- Le Nouveau-Brunswick a deux régies régionales de la santé (RRS), le Réseau de santé Vitalité (RRS A) et le Réseau de santé Horizon (RRS B). Le mandat des deux régies sont étendues à la prestation des soins de santé dans la province. Dans ce rapport la nomenclature pour les sous niveaux géographiques est celle d'origine (régions de santé et zones de santé) tel que désignées dans les bases de données utilisés.

Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick (RCNB)

Une direction du ministère de la Santé, le Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick (RCNB) est chargé de superviser l'élaboration et la mise en oeuvre de stratégies provinciales fondées sur des preuves, et ce, pour tous les aspects des soins aux personnes atteintes de cancer. Le RCNB a pour but de réduire l'incidence du cancer et la mortalité qui y est associée et d'améliorer les résultats pour les personnes atteintes du cancer.

- L'une des grandes priorités du RCNB, dans les efforts qu'il déploie pour alléger le fardeau du cancer dans la province, consiste en l'établissement et l'amélioration de programmes intégrés de prévention et de dépistage du cancer qui soient conformes aux normes de qualité et aux cibles nationales.
 - **Le service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick** a été établi en 1994. Seize cliniques de mammographie y participent et la majorité d'entre elles offre des mammographies numériques. Le taux de participation au programme du Nouveau-Brunswick est l'un des plus élevés au pays (57 p. 100).
 - **Le Programme de prévention et de dépistage du cancer du col utérin du Nouveau-Brunswick** devrait être entièrement mis en oeuvre à l'échelle de la province en 2014-2015. Parmi les premières grandes réalisations, mentionnons la publication du *Guide de pratique clinique pour la prévention et dépistage du cancer du col utérin au Nouveau-Brunswick* ainsi que la mise en oeuvre de l'infrastructure de surveillance de la qualité du programme.
 - **Le Programme de dépistage du cancer du côlon du Nouveau-Brunswick** est en cours d'élaboration et sa mise en oeuvre complète à l'échelle de la province est prévue en 2015.
- **Un délai d'attente garanti pour la radiothérapie pour le Nouveau-Brunswick** a été mis en oeuvre en 2010. Le Nouveau-Brunswick s'est doté de cette garantie sur les délais d'attente en radiothérapie, dans la foulée d'un accord entre les gouvernements du Nouveau-Brunswick et du Canada. Grâce à cette garantie, les patients du Nouveau-Brunswick n'attendent pas plus de huit semaines pour recevoir leur traitement de radiothérapie à partir du moment où ils sont prêts à le recevoir. En raison de cette initiative menée en collaboration avec Santé Canada, la capacité du Nouveau-Brunswick à répondre aux demandes actuelles et futures en radiothérapie s'améliore considérablement. Parallèlement à la garantie du délai d'attente en radiothérapie, on a créé le Répertoire sur l'accès aux traitements en oncologie (RATO) afin de surveiller et de gérer l'accès rapide à la radiothérapie et de rendre des comptes à cet effet.
- **L'initiative nationale de stadification du cancer et de production de rapports synoptiques sur les pathologies**, financées par Partenariat canadien contre le cancer (PCCC), ont permis de recueillir les données électroniques de la stadification concertée (étendue de la tumeur au moment du diagnostic) au sein de la population pour le cancer du sein, le cancer colorectal, le cancer du poumon et le cancer de la prostate. On a introduit des outils pour la production de rapports pathologiques synoptiques dans les laboratoires de la province à l'aide des listes de vérification et des protocoles liés au cancer, mis au point par le *College of American Pathology* (CAP). Les listes de vérification pour les cancers du CAP ont été reconnues par l'Association canadienne des pathologistes et l'Association des médecins de laboratoire du

Nouveau-Brunswick comme la norme pour ce qui est de l'établissement des rapports pour les échantillons de pathologie oncologique. Grâce à l'adoption de la norme provinciale sur l'établissement des rapports de pathologie, les données nécessaires sur la tumeur et son stade seront présentes dans les rapports de pathologie, ce qui facilitera le diagnostic et les décisions de traitement. Le Registre du cancer du Nouveau-Brunswick, qui relève du RCNB, continue de présenter des renseignements de haute qualité sur les patients et les tumeurs, et ces renseignements sont utilisés dans le cadre de la surveillance du cancer ainsi que de la planification et de l'évaluation des programmes.

- **Intervenants-pivots pour les patients en oncologie pédiatrique**, des postes ont été créés à raison d'un poste dans chacune des deux régions régionales de la santé (RRS) en 2010. Bien que certains traitements soient accessibles aux enfants de la province, les patients en oncologie pédiatrique sont diagnostiqués dans des centres spécialisés à l'extérieur du Nouveau-Brunswick et y reçoivent une grande partie de leur traitement. Les intervenantes-pivots en pédiatrie aident les patients en oncologie pédiatrique et leur famille à s'orienter dans le système de soins de santé pour trouver des services disponibles le plus rapidement et le plus facilement possible. Ils aident aussi au suivi à long terme des survivants d'un cancer infantile.
- Le **Comité consultatif sur le formulaire provincial des médicaments oncologiques**, qui a un rôle consultatif auprès du RCNB, a grandement contribué à la formulation de recommandations de financement de nouveaux médicaments contre le cancer destinés aux programmes d'oncologie dans les deux RRS de la province. Pour faciliter ce processus, le RCNB participe à l'examen pancanadien des médicaments anticancéreux (PCEM), une initiative nationale qui consiste à l'examen et à la recommandation de nouveaux médicaments contre le cancer. Cette initiative vise à améliorer la cohérence et la transparence des décisions touchant le financement des médicaments partout au pays.
- Du côté des **soins palliatifs et en fin de vie**, le RCNB contribue à l'élaboration d'une stratégie en matière de soins palliatifs à l'échelle de la province, qui prévoit la formulation de recommandations pour la mesure du rendement dans ce domaine des soins.
- Dès la création du RCNB, on a désigné **la mesure du rendement de la lutte contre le cancer** comme une priorité.³ Bien que plusieurs bases de données contiennent une mine de renseignements sur les services offerts, ces données sont recueillies pour des raisons administratives et ne comportent pas de renseignements sur les résultats liés aux patients. La création et la surveillance directes des solutions de technologie de l'information, comme les programmes intégrés de dépistage du cancer, le RATO et le Registre du cancer du Nouveau-Brunswick, auront des répercussions majeures sur la capacité du RCNB de rendre compte des mesures du rendement du système de lutte contre le cancer. Pour améliorer les capacités d'établissement de rapports, il est tout aussi important de créer de meilleurs liens entre les différentes bases de données qui ne relèvent pas directement du RCNB et qui recueillent des renseignements ayant trait à la lutte contre le cancer. Le RCNB a mis en place plusieurs activités pour promouvoir et faciliter l'utilisation des sources de données existantes afin de mesurer la qualité des services de lutte contre le cancer. L'ensemble de ces mesures permet de poursuivre la collecte systématique et coordonnée de données sur la lutte contre le cancer et de préparer le terrain pour la production continue de rapports sur les mesures du rendement.

INTRODUCTION

La surveillance des indicateurs clés du rendement du système de lutte contre le cancer et l'établissement de rapports sur ces mêmes indicateurs sont des éléments importants du mandat du RCNB. Dans le cadre de ces tâches, le RCNB travaille de concert avec d'autres divisions du ministère de la Santé, les RRS, FacilicorpNB, la Société canadienne du cancer et la Société médicale du Nouveau-Brunswick qui, en prenant part à divers groupes de travail et à des groupes consultatifs organisés par le RCNB, proposent des idées et donnent des conseils relativement au processus de sélection des indicateurs et d'établissement de rapports sur ces indicateurs.

Les efforts du RCNB visant à définir le cadre de mesure du rendement de la lutte contre le cancer sont aussi inspirés de l'expérience de la participation à l'Initiative sur le rendement du système de lutte contre le cancer du PCCC. Le PCCC est un organisme indépendant créé en 2007 pour mettre en œuvre une stratégie de lutte contre le cancer au Canada. L'une de ses principales fonctions est d'évaluer le rendement du système de lutte contre le cancer à l'échelle pancanadienne et de rendre compte de ce rendement, ce qui sollicite la participation de tous les organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou des organismes ayant la même fonction.⁴ La liste des publications du PCCC sur le rendement des systèmes de lutte contre le cancer auxquelles le RCNB a pris part se trouve à l'annexe B.

L'objectif de ce premier rapport est de présenter un aperçu de l'initiative sur le rendement du système de lutte contre le cancer au sein du RCNB. Le choix des indicateurs est fondé sur la disponibilité des données et sur les principales mesures visant à améliorer le système provincial de lutte contre le cancer. Des définitions détaillées de chaque indicateur sont fournies dans l'annexe A.

Les prochains travaux concernant l'initiative sur le rendement du système de lutte contre le cancer du RCNB se poursuivront en fonction du cadre de référence défini par le mandat du RCNB. Bien que nous ayons fait beaucoup de chemin, des lacunes persistent quant à notre capacité de présenter des indicateurs qui mesurent les pratiques thérapeutiques et évaluent l'expérience des patients ainsi que la qualité des soins palliatifs et en fin de vie. Le RCNB continue d'améliorer et de faire progresser la mesure du rendement des systèmes de lutte contre le cancer par les moyens suivants :

- la collaboration avec ses partenaires pour le développement continu de l'initiative de mesure du rendement et l'utilisation des résultats pour orienter les améliorations à apporter au système de lutte contre le cancer;
- la collaboration avec ses partenaires au renforcement de l'utilisation des mécanismes de collecte de données existants et à la mise au point continue de nouveaux mécanismes afin d'assurer la disponibilité de données de bonne qualité;
- la collaboration avec ses partenaires nationaux, comme le PCCC et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), pour l'élaboration des indicateurs, des points de référence et des objectifs du système de lutte contre le cancer et pour la participation régulière aux efforts d'évaluation de la lutte contre le cancer au Canada.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Pourcentage de la population (âgée de 12 ans et plus) qui déclare fumer quotidiennement ou occasionnellement.....	7
Figure 2 :	Pourcentage des adultes qui dépassent les lignes directrices de consommation à faible risque.....	8
Figure 3 :	Pourcentage des adultes (âgés de 18 ans et plus) qui déclarent n'avoir bu aucun alcool dans les 12 mois précédents.....	9
Figure 4 :	Pourcentage de la population (âgée de 12 ans et plus) qui déclare consommer cinq portions ou plus de fruits ou de légumes chaque jour.....	10
Figure 5 :	Pourcentage des adultes (âgés de 18 ans et plus) qui déclarent être actifs ou très actifs pendant leurs moments libres.....	11
Figure 6 :	Pourcentage des adultes classés obèses ou faisant de l'embonpoint.....	11
Figure 7 :	Pourcentage de femmes (âgées de 50 à 69 ans) qui ont pris part au programme provincial de dépistage du cancer du sein au cours des deux dernières années.....	13
Figure 8 :	Pourcentage de femmes (âgées de 50 à 69 ans) n'ayant pas besoin de biopsie dont le diagnostic définitif a été établi dans les délais cibles* après un dépistage anormal.....	14
Figure 9 :	Pourcentage de femmes (âgées de 50 à 69 ans) ayant besoin de biopsie dont le diagnostic définitif a été établi dans les délais cibles* après dépistage anormal.....	14
Figure 10 :	Pourcentage de femmes (âgées de 20 à 69 ans) ayant subi un test Pap.....	15
Figure 11 :	Pourcentage de femmes (âgées de 18 à 69 ans) déclarant avoir subi un test Pap au cours des trois dernières années.....	16
Figure 12 :	Pourcentage des filles de 7e année ayant reçu au moins une dose du vaccin contre le VPH.....	17
Figure 13 :	Pourcentage des filles de 7e année ayant reçu toutes les doses du vaccin contre le VPH..	17
Figure 14 :	Pourcentage de nouveaux cas de cancer qui ont nécessité une intervention chirurgicale.....	19
Figure 15 :	Répartition des interventions chirurgicales liées au cancer effectuées pour les quatre principaux cancers (sein, colorectal, poumon, prostate).....	20
Figure 16 :	Pourcentage des interventions chirurgicales liées au cancer réalisées en respectant la cible combinée de six semaines ou de trois mois, toutes les interventions chirurgicales liées au cancer.....	21
Figure 17 :	Temps d'attente médians, toutes les interventions chirurgicales liées au cancer.....	21
Figure 18 :	Consignation des nouveaux cas pour lesquels on dispose de données de la stadification concertée, quatre principaux types de cancer.....	23
Figure 19 :	Pourcentage de résections du cancer du côlon où on a retiré et examiné douze ganglions lymphatiques ou plus.....	24
Figure 20 :	Pourcentage de femmes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein en 2010, pour qui on a établi le stade et qui ont eu des résultats positifs pour les récepteurs de l'œstrogène ou de la progestérone.....	25
Figure 21 :	Pourcentage de femmes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein en 2010, pour qui on a établi le stade et qui ont eu des résultats positifs pour les réceptions de la HER2e.....	26
Figure 22 :	Traitements de radiothérapie par accélérateur linéaire.....	29
Figure 23 :	Pourcentage de patients qui ont reçu leur radiothérapie dans les quatre semaines suivant le moment où ils étaient prêts au traitement.....	30
Figure 24 :	Pourcentage des traitements de radiothérapies par faisceaux de rayonnement externe administrés à l'aide de la technique de la RTMI, tous les types de cancer, toutes les raisons.....	31
Figure 25 :	Pourcentage de patients recevant leur premier traitement de thérapie générale dans les sept jours suivant le moment où ils sont prêts au traitement.....	34
Figure 26 :	Lieu du décès, patients atteints de cancer.....	37
Figure 27 :	Pourcentage de décès attribuables au cancer survenu en unité de soins intensifs (USI)....	38
Figure 28 :	Pourcentage des patients admis à des hôpitaux de soins de courte durée qui ont reçu un diagnostic de cancer et qui ont été admis pour des soins palliatifs.....	39

INDICATEURS POUR LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE

La recherche révèle qu'un certain nombre de facteurs de risque modifiables tels que le tabagisme, un mauvais régime alimentaire et le manque d'activité physique peuvent concourir à l'augmentation de l'incidence du cancer et de la mortalité attribuable au cancer. Les efforts déployés pour réduire l'exposition à ces facteurs de risque peuvent prévenir au moins le tiers de tous les cas de cancer.⁵ Ces mêmes facteurs de risque évitables sont aussi associés à d'autres maladies chroniques, d'où l'approche intégrée de la prévention et de gestion des maladies chroniques. Au Nouveau-Brunswick, cette approche est présentée dans diverses stratégies gouvernementales tel la stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick et la Stratégie globale sur le diabète pour les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises 2011-2015.^{7,49} Comptant parmi les nombreux intervenants particulièrement intéressés par les activités de prévention, le Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick (RCNB) soutient cette approche. Étant donné le mandat du RCNB, ses activités sont davantage axées sur la détection précoce du cancer.

Ce qui suit correspond à une sélection de niveau élevé d'indicateurs pour la prévention qui se situent dans la foulée d'autres rapports tels que les rapports sur le rendement du système de lutte contre le cancer du Partenariat canadien contre le cancer et les rapports de Statistique Canada. Ces indicateurs ont été regroupés par le Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick à l'aide du dossier portant sur le Nouveau-Brunswick et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Compte tenu de la petite taille de l'échantillon de la population, il faudrait interpréter les constats avec circonspection, et certains indicateurs que l'on trouve habituellement dans des rapports nationaux ou internationaux de même nature pourraient être tout à fait absents. Seules les données relatives aux résidents du Nouveau-Brunswick qui ont accordé leur consentement sont utilisées, ce qui peut se solder par de légères différences par rapport aux observations des rapports de Statistique Canada.

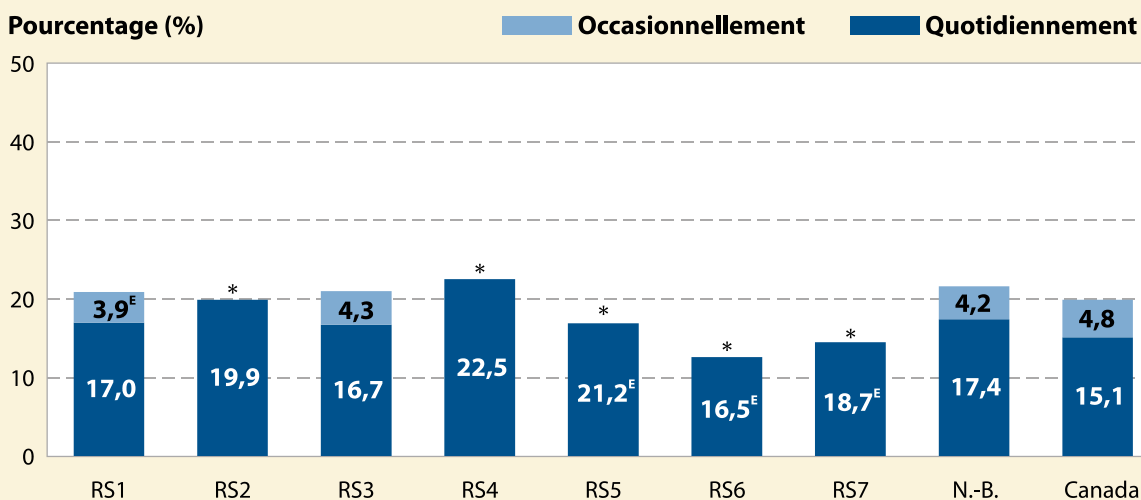
Tabagisme

Le tabagisme est la principale cause évitable de cancer. En 2011, 22 p. 100 des Néo-Brunswickois âgés de 12 ans et plus déclaraient fumer quotidiennement ou occasionnellement, ce qui se compare à la moyenne nationale de 20 p. 100.⁸ Le pourcentage de la population qui déclare fumer oscille entre 16 p. 100 dans la région de santé 6 et 22 p. 100 dans la région de santé 4 (figure 1).

Les études ont montré que l'abandon du tabagisme et la réduction de l'exposition à la fumée secondaire réduisent le risque de développer un cancer. En 2011, 15 p. cent de Néo-Brunswickois ont déclaré avoir cessé de fumer dans les deux années précédentes comparativement à la moyenne nationale de 18 p. 100. Le pourcentage de Néo-Brunswickois (âgés de 12 ans et plus) qui ne fument pas, mais qui ont déclaré une exposition secondaire était de 27 p. 100 (exposition combinée à domicile, dans des véhicules et dans des lieux publics).⁸ Le Nouveau-Brunswick a adopté la Loi sur les endroits sans fumée, qui interdit de fumer dans les milieux de travail intérieurs et les lieux publics fermés.⁹

FIGURE 1
Pourcentage de la population (âgée de 12 ans et plus) qui déclare fumer quotidiennement ou occasionnellement

Par région de santé, ESCC N.-B., 2011



Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données du Nouveau-Brunswick, 2011.

*Données supprimées car elles ne sont pas fiables sur le plan statistique à cause des petits nombres.

[‡]Interpréter avec prudence; coefficient de variation entre 16,6 p. 100 et 33,3 p. 100.

Consommation d'alcool et abstinence

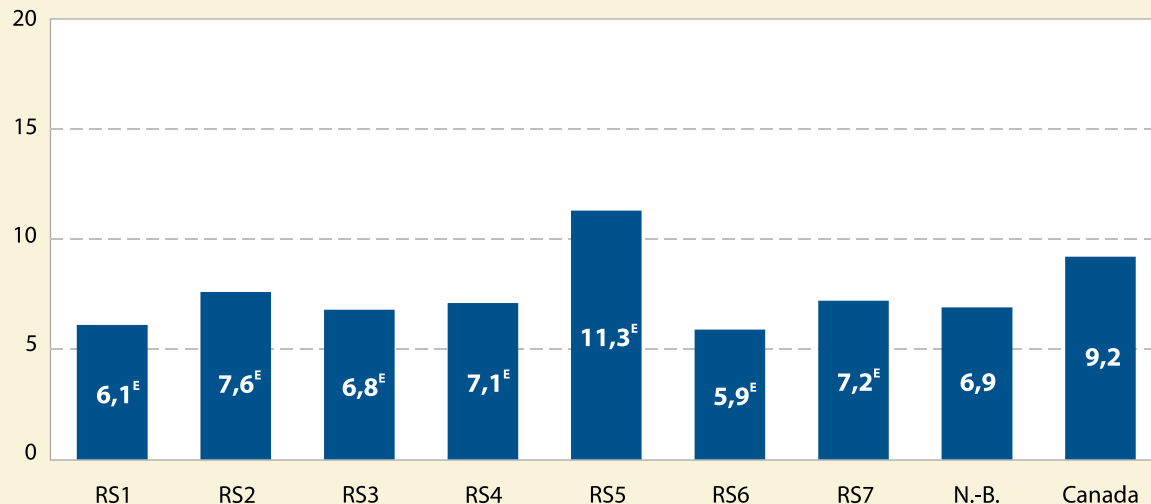
La consommation d'alcool accroît le risque de certains cancers tels que le cancer de la bouche, de l'œsophage, de la gorge, du sein, du foie et le cancer colorectal.¹⁰ La proportion de Néo-Brunswickois âgés de 18 ans ou plus qui ne respectent pas les lignes directrices sur la consommation d'alcool à faible risque (une moyenne de 2 consommations ou moins par jour pour les hommes et d'une consommation ou moins par jour pour les femmes) était de 7 p. 100, le pourcentage le plus élevé se situant dans la région de santé 5 (11 p. 100) et le moins élevé dans la région de santé 1 (6 p. 100) (figure 2).

FIGURE 2

Pourcentage des adultes qui dépassent les lignes directrices de consommation à faible risque

Par région de santé, ESCC N.-B., 2005

Pourcentage (%)



Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données du Nouveau-Brunswick, 2005

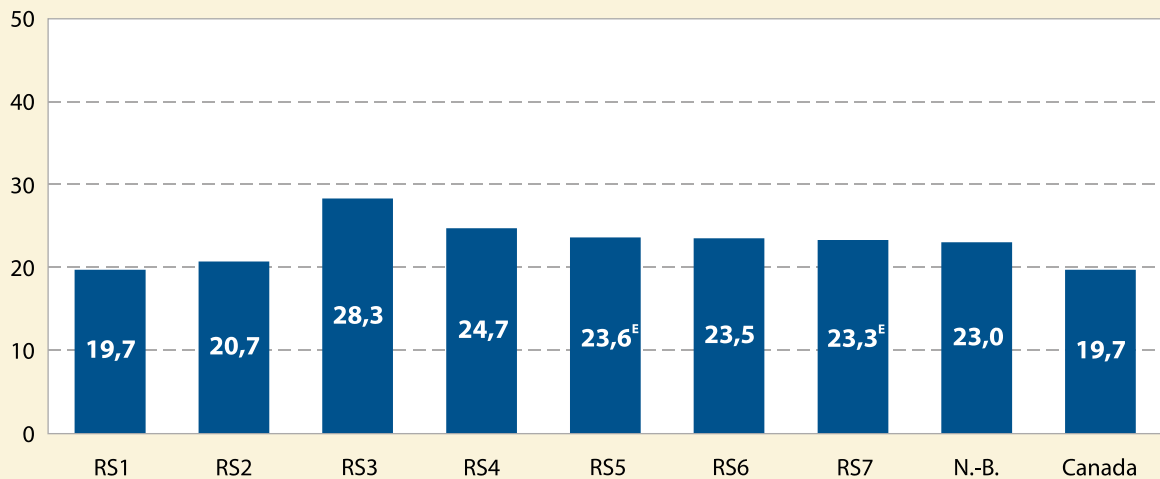
^EInterpréter avec prudence; coefficient de variation entre 16,6 p. 100 et 33,3 p. 100.

Les indications que la consommation d'alcool augmente le risque de nombreux cancers se sont renforcées depuis les années 1990. Selon le rapport du World Cancer Research Fund, la consommation, ne serait-ce que de petites quantités d'alcool, devrait être évitée.¹¹ Au N.-B., le pourcentage des adultes (âgés de 18 ans et plus) qui ont déclaré n'avoir consommé aucun alcool au cours des 12 mois précédents oscille entre 20 p. 100 dans la région de santé 1 et 28 p. 100 dans les régions de santé 3 (figure 3). Plusieurs pays, dont le Canada, ont abordé la consommation d'alcool dans leurs stratégies de lutte contre les maladies chroniques. Les premières lignes directrices nationales de consommation à faible risque pour le Canada ont été publiées en 2011 dans le cadre de la Stratégie nationale sur l'alcool.¹²

FIGURE 3
Pourcentage des adultes (âgés de 18 ans et plus) qui déclarent n'avoir bu aucun alcool dans les 12 mois précédents

Par région de santé, ESCC N.-B., 2011

Pourcentage (%)



Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données du Nouveau-Brunswick, 2011

^EInterpréter avec prudence; coefficient de variation entre 16,6 p. 100 et 33,3 p. 100.

Régime alimentaire, activité physique et poids corporel

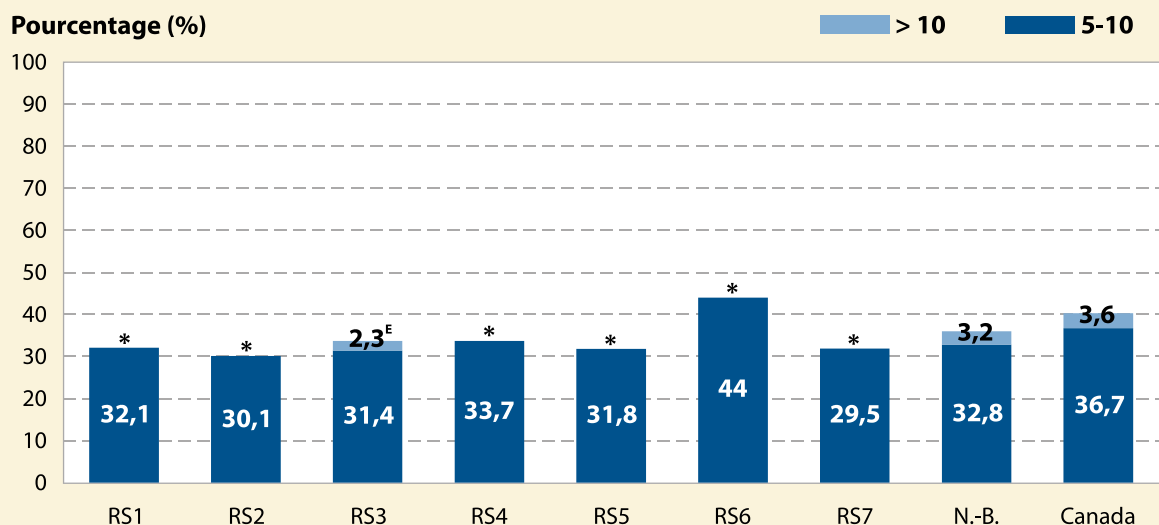
On a constaté que des régimes alimentaires malsains, le manque d'activité physique et un poids corporel excessif accroissent le risque de nombreux types de cancer. On estime qu'environ de 30 à 40 p. 100 de tous les cas de cancer pourraient être évités si l'on agissait sur ces facteurs de risque.¹⁰

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande de consommer au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour.¹³ Le pourcentage de Néo-Brunswickois de 12 ans et plus qui ont déclaré consommer au moins cinq portions de fruits et légumes oscille entre 29 p. 100 dans la région de santé 7 et 44 p. 100 dans la région de santé 6 (figure 4). La moyenne provinciale était de 36 p. 100, comparativement à la moyenne nationale de 40 p. 100.⁸

FIGURE 4

Pourcentage de la population (âgée de 12 ans et plus) qui déclare consommer cinq portions ou plus de fruits ou de légumes chaque jour

Par région de santé, ESCC N.-B., 2011



Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données du Nouveau-Brunswick, 2011.

*Données supprimées car elles ne sont pas fiables sur le plan statistique à cause des petits nombres.

[‡]Interpréter avec prudence; coefficient de variation entre 16,6 p. 100 et 33,3 p. 100.

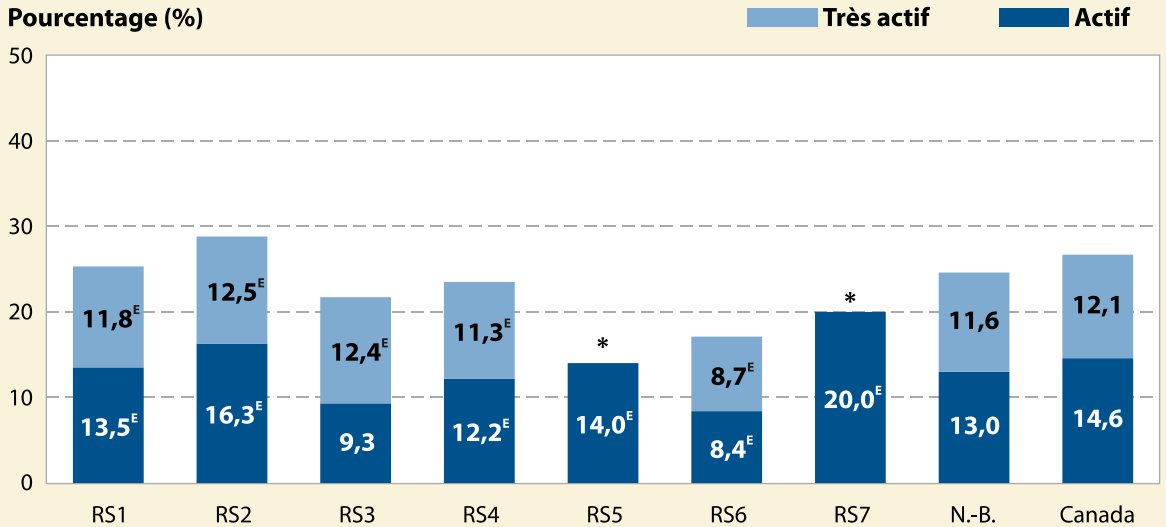
La proportion de Néo-Brunswickois âgés de 18 ans ou plus qui se sont déclarés actifs était de 25 %, soit l'un des plus faibles niveaux d'activité physique au Canada (figure 5).⁸

Le pourcentage de Néo-Brunswickois âgés de 18 ans et plus qui, selon la taille et le poids qu'ils déclarent, ont été classés comme obèses ou faisant de l'embonpoint était de 59 p. 100, l'un des taux les plus élevés au Canada.⁸ Le pourcentage d'adultes obèses ou faisant de l'embonpoint varie de 57 p. 100 dans la région de santé 1 à 70 p. 100 dans la région de santé 7 (figure 6).

FIGURE 5

Pourcentage des adultes (âgés de 18 ans et plus) qui déclarent être actifs ou très actifs pendant leurs moments libres

Par région de santé, ESCC N.-B., 2011



Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données du Nouveau-Brunswick, 2011.

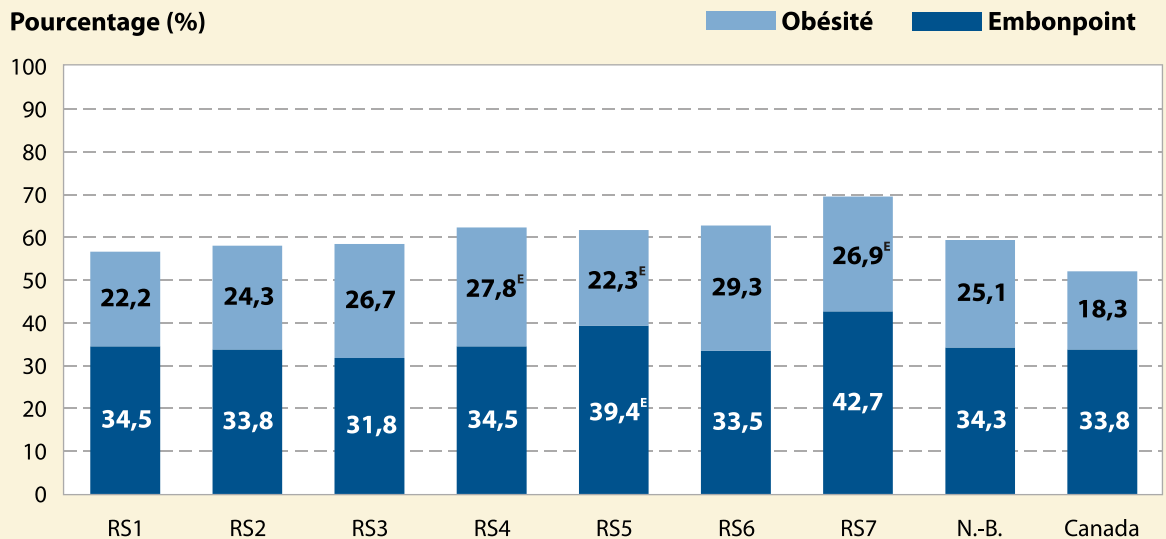
*Données supprimées car elles ne sont pas fiables sur le plan statistique à cause des petits nombres.

^EInterpréter avec prudence; coefficient de variation entre 16,6 p. 100 et 33,3 p. 100.

FIGURE 6

Pourcentage des adultes classés obèses ou faisant de l'embonpoint

Par région de santé, ESCC N.-B., 2011



Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données du Nouveau-Brunswick, 2011.

^EInterpréter avec prudence; coefficient de variation entre 16,6 p. 100 et 33,3 p. 100%.

Indicateurs pour le dépistage

La participation régulière à des programmes de dépistage structurés, axés sur la population peut réduire le fardeau du cancer du sein, du col de l'utérus et colorectal.¹⁴ Le Nouveau-Brunswick a établi des services de dépistage du cancer du sein depuis 1994, et les travaux sont en cours pour élaborer et mettre en œuvre de services de dépistage du cancer du col de l'utérus et du côlon. L'effet positif du dépistage sur la morbidité et la mortalité attribuables au cancer dépend du niveau de participation ainsi que de la qualité globale des services de dépistage. Le Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick collabore avec divers partenaires à l'échelle provinciale et nationale afin de trouver des indicateurs de rendement adaptés à la surveillance et à l'évaluation de ces programmes de dépistage.

Dépistage du cancer du sein

Au Nouveau-Brunswick, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes. En 2013, on estime que 550 nouveaux cas seront diagnostiqués et que 110 femmes succomberont à la maladie.¹

Le dépistage du cancer du sein au Nouveau-Brunswick est offert dans 16 centres de mammographie, dont 14 effectuent la mammographie de dépistage et la mammographie diagnostique, les deux autres centres n'offrant que la mammographie de dépistage. On a défini comme population cible du dépistage du cancer du sein les femmes asymptomatiques âgées de 50 à 69 ans n'ayant jamais reçu un diagnostic de cancer du sein*. Il faut que les femmes âgées de 40 à 49 ans ou de plus de 69 ans soient recommandées au programme par un médecin ou une infirmière praticienne.

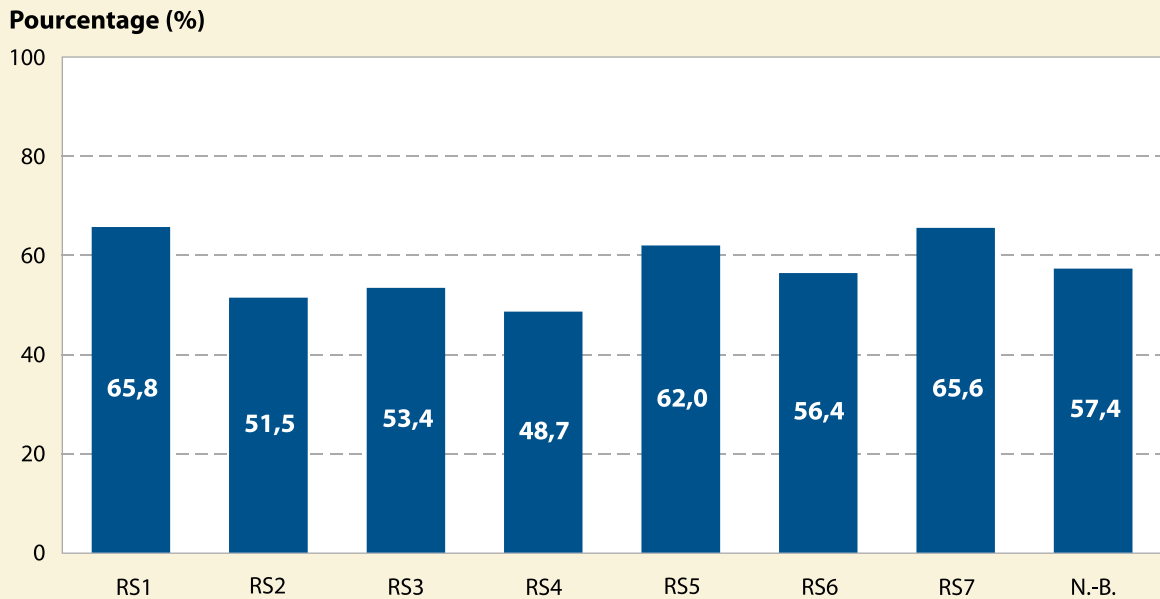
Le taux de participation cible aux programmes canadiens structurés pour le dépistage du cancer du sein est d'arriver à ce que 70 p. 100 des femmes admissibles subissent une mammographie de dépistage tous les deux ans. Le taux de participation a constamment augmenté au Nouveau-Brunswick, atteignant 57,4 p. 100 pendant la période 2010-2011 (figure 7), l'un des taux de participation bisannuelle les plus élevés au Canada pour les femmes de 50 à 69 ans.¹⁵ Le RCNB continue d'explorer les possibilités d'accroître la participation au dépistage du cancer du sein chez les femmes des tranches d'âge cible, afin d'atteindre ou de dépasser le taux de participation national visé (70 p. 100).

* Remarque : En juin 2013, le groupe d'âge cible des SDCS du N.-B. est passé de 50 à 69 ans à 50 à 74 ans.

FIGURE 7

Pourcentage de femmes (âgées de 50 à 69 ans) qui ont pris part au programme provincial de dépistage du cancer du sein au cours des deux dernières années

Par région de santé, 2010-2011



Source des données : Base de données provinciale du service de dépistage du cancer du sein

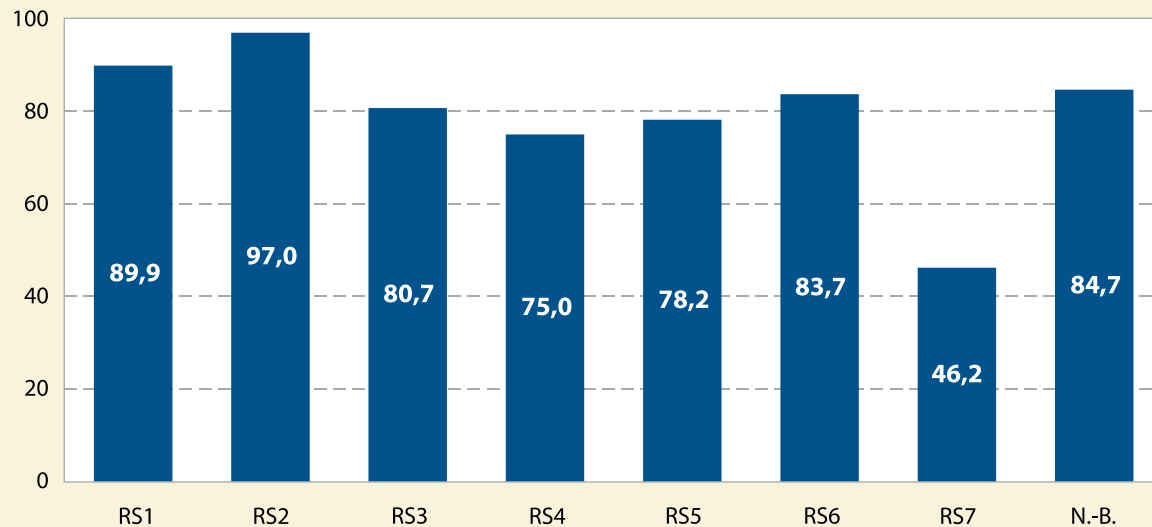
L'établissement en temps opportun du diagnostic définitif après la réception de résultats anormaux à un test de dépistage du cancer du sein permet d'amorcer le traitement plus rapidement. Au Canada, les programmes structurés de dépistage du cancer du sein ont des cibles pour les intervalles précédant le diagnostic, c'est-à-dire le délai entre un dépistage à résultat anormal et l'établissement du diagnostic définitif. La cible est d'arriver à s'occuper dans un délai de cinq semaines d'au moins 90 p. 100 des cas ayant un test de dépistage anormal quand aucune biopsie n'est nécessaire, et d'au moins 90 p. 100 des cas dans les sept semaines s'il faut une biopsie.¹⁶ Le pourcentage de femmes dont le diagnostic est établi de manière définitive pendant la période cible de cinq semaines lorsqu'il ne faut pas de biopsie oscille entre 46 p. 100 dans la région de santé 7 et 97 p. 100 dans la région de santé 2 (figure 8). Le pourcentage de femmes dont le diagnostic est établi de manière définitive pendant la période cible de sept semaines quand il faut recourir à la biopsie oscille entre 27 p. 100 dans la région de santé 5 et 95 p. 100 dans la région de santé 2 (figure 9).

FIGURE 8

Pourcentage de femmes (âgées de 50 à 69 ans) n'ayant pas besoin de biopsie dont le diagnostic définitif a été établi dans les délais cibles* après un dépistage anormal

Par région de santé, 2010-2011

Pourcentage (%)



Source des données : Base de données provinciale du service de dépistage du cancer du sein

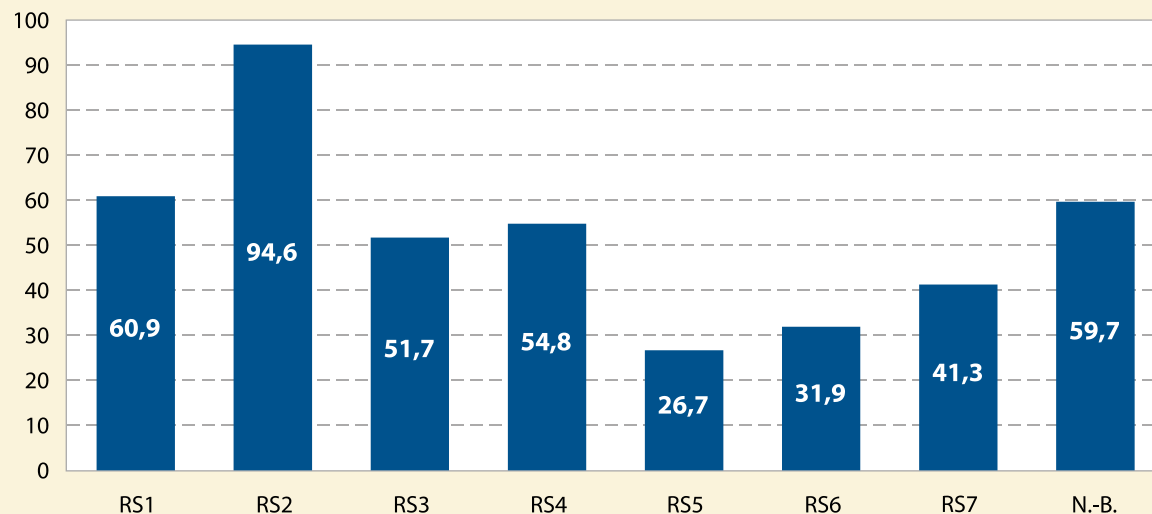
*Le délai cible pour en arriver à la résolution d'un dépistage anormal du cancer du sein qui ne demande pas de biopsie est de cinq semaines.

FIGURE 9

Pourcentage de femmes (âgées de 50 à 69 ans) ayant besoin d'une biopsie dont le diagnostic définitif a été établi dans les délais cibles* après dépistage anormal

Par région de santé, 2010-2011

Pourcentage (%)



Source des données : Base de données provinciale du service de dépistage du cancer du sein

* Le délai cible pour en arriver à la résolution d'un dépistage anormal du cancer du sein qui demande une biopsie est de sept semaines.

Dépistage du cancer du col utérin

Selon les estimations pour 2013, au Nouveau-Brunswick 30 nouveaux cas de cancer du col utérin seront diagnostiqués et 10 femmes succomberont à la maladie.¹

Au Nouveau-Brunswick, à l'heure actuelle, le dépistage du cancer du col utérin est effectué de manière opportuniste. Depuis l'annonce de la stratégie globale de dépistage et de prévention du cancer du col utérin, le RCNB travaille à la planification et à la mise en œuvre d'un dépistage structuré du cancer du col utérin axé sur la population. En 2011, on a publié le Guide de pratique clinique pour la prévention et le dépistage du cancer du col utérin au Nouveau-Brunswick, ce qui a été suivi par la mise en œuvre du répertoire de données du Programme de prévention et de dépistage du cancer du col utérin du N.-B. pour soutenir l'évaluation continue.¹⁷ Les travaux se poursuivent pour trouver d'autres solutions de technologie de l'information et mettre au point des stratégies d'éducation, de promotion et de sensibilisation et une structure de fonctionnement pour le programme.

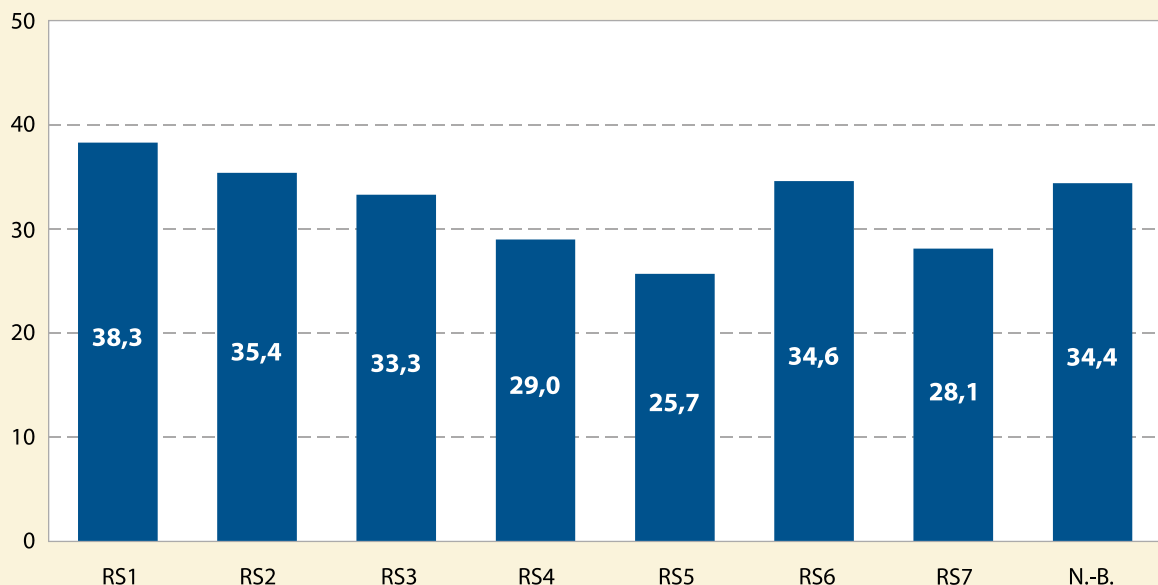
C'est en 2011 que des données sur le test Pap (Papanicolaou) ont été recueillies pour la première fois sous une forme normalisée et coordonnée. La figure 10 montre le pourcentage de femmes dans le groupe d'âge cible des 20 à 69 ans qui ont subi un test Pap en 2011. À l'heure actuelle, le Nouveau-Brunswick n'a pas assez de données antérieures pour permettre une analyse en fonction des intervalles de dépistage recommandés. La prochaine version du répertoire de données du Programme de prévention et de dépistage du cancer du col utérin du N.-B., en cours d'élaboration, permettra une surveillance plus détaillée du rendement, y compris le suivi, les invitations et la vaccination antérieure contre le virus du papillome humain (VPH).

FIGURE 10

Pourcentage de femmes (âgées de 20 à 69 ans) ayant subi un test Pap

Par région de santé, 2011

Pourcentage (%)



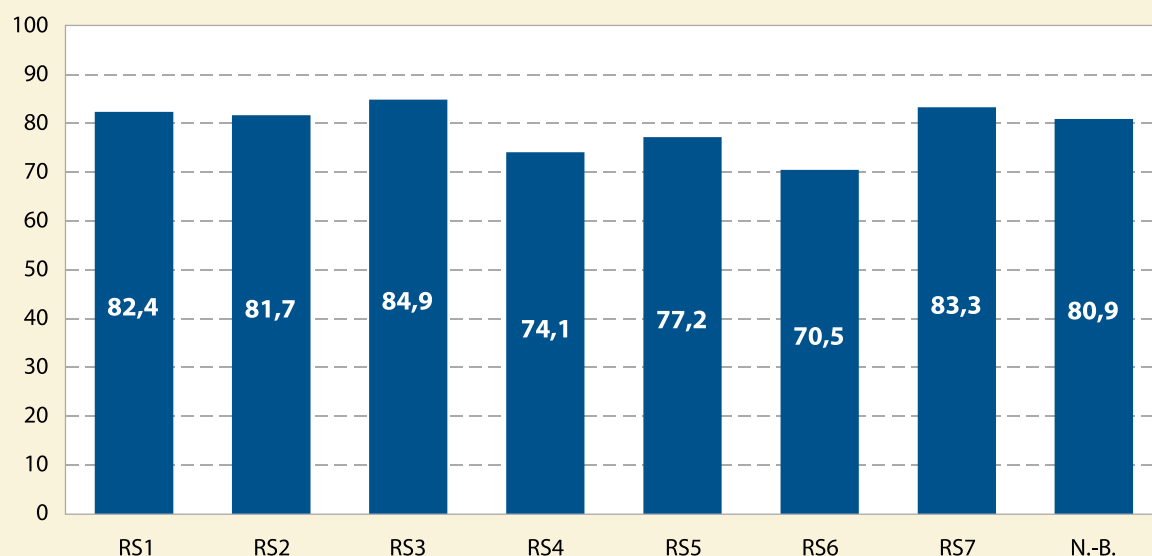
Source des données : Répertoire du Programme de prévention et de dépistage du cancer du col utérin du Nouveau-Brunswick, 2011

Le dépistage du cancer du col de l'utérus devrait se faire chaque année jusqu'à l'obtention de trois résultats négatifs au test Pap. Par la suite, l'intervalle de dépistage recommandé est de deux ou trois ans jusqu'à l'âge de 69 ans.¹⁷ Jusqu'à ce que le répertoire de données du Programme de prévention et de dépistage du cancer du col utérin du N.-B. accumule au moins trois années complètes de données, le RCNB se servira des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) pour estimer le taux de participation. La figure 11 indique que le pourcentage de femmes, âgées de 18 à 69 ans, qui déclarent elles-mêmes avoir subi un test Pap au cours des trois années précédentes oscille entre 85 p. 100 dans la région de santé 3 et 71 p. 100 dans la région de santé 6. La moyenne globale était de 81 p. 100, comparativement à la moyenne canadienne de 79 p. 100.¹⁸

FIGURE 11
Pourcentage de femmes (âgées de 18 à 69 ans) déclarant avoir subi un test Pap
au cours des trois dernières années

Par région de santé, ESCC N.-B., 2007

Pourcentage (%)



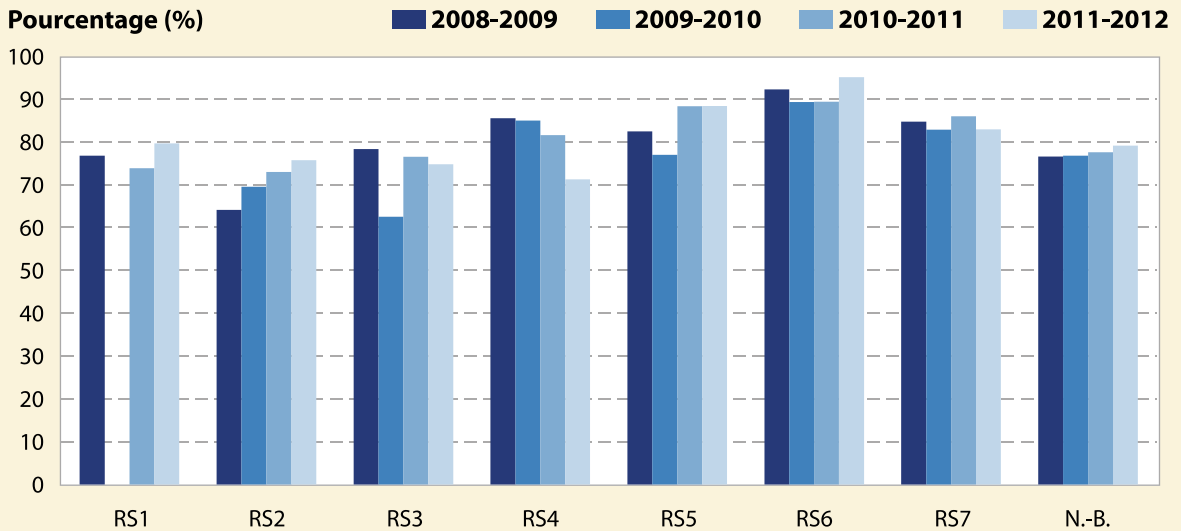
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données du Nouveau-Brunswick, 2007.

L'infection persistante par l'un des types du virus du papillome humain (VPH) à risque cancérigène élevé est le principal facteur étiologique du développement du cancer du col de l'utérus.¹⁷ Le Nouveau-Brunswick a mis en œuvre en 2008 un programme d'immunisation structuré contre le VPH, financé par des fonds publics et axé sur les écoles comme partie intégrante de la stratégie globale de la province en matière de dépistage et de prévention du cancer du col utérin. Le programme d'immunisation contre le VPH de la Santé publique cible les filles de la 7^e année.¹⁹ Les figures 12 et 13 indiquent le pourcentage de la population cible, par année scolaire, de filles qui ont reçu au moins une dose du vaccin contre le VPH et le pourcentage de la population cible, par année scolaire, de filles qui ont reçu les trois doses du vaccin contre le VPH. À l'heure actuelle, nous ne disposons d'aucun outil qui permette la collecte d'information sur la population vaccinée ailleurs que dans le cadre du programme scolaire.

FIGURE 12

Pourcentage des filles de 7^e année ayant reçu au moins une dose du vaccin contre le VPH

Par région de santé et année scolaire, de 2008 à 2011



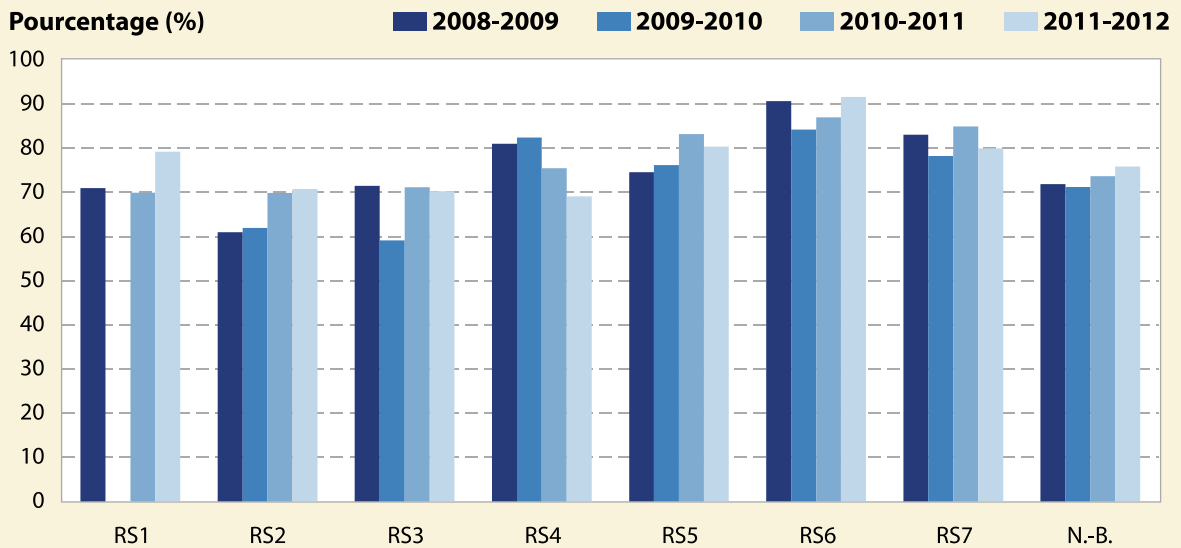
Source des données : Bureau du médecin-hygiéniste en chef du Nouveau-Brunswick

Remarque : a) La région de santé 1 n'a pas effectué de vaccination contre le VPH en 2009-2010 à cause d'une épidémie de grippe. b) Seules trois écoles ont administré des vaccins contre le VPH dans la région de santé 3 pendant la période 2009-2010, d'où le nombre peu élevé.

FIGURE 13

Pourcentage des filles de 7^e année ayant reçu toutes les doses du vaccin contre le VPH

Par région de santé et année scolaire, de 2008 à 2011



Source des données : Bureau du médecin-hygiéniste en chef du Nouveau-Brunswick

Remarque : La région de santé 1 n'a pas effectué de vaccination contre le VPH en 2009-2010 à cause d'une épidémie de grippe.

Des programmes de vaccination contre le VPH sont mis en œuvre dans chaque province et chaque territoire, mais les populations cibles varient. L'Agence de la santé publique du Canada, de pair avec l'Initiative pancanadienne de dépistage du cancer du col utérin, est en train d'élaborer des indicateurs de qualité pour la vaccination contre le VPH qui feront partie des indicateurs de base pour la lutte contre le cancer du col de l'utérus.⁴

Dépistage du cancer du colon

En 2013, on estime que 600 nouveaux cas de cancer colorectal seront diagnostiqués dans la province et que 210 résidents du Nouveau-Brunswick succomberont à la maladie.¹

Le Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick s'affaire à concevoir et mettre en œuvre un programme structuré de dépistage du cancer du côlon axé sur la population. La mise en œuvre à l'échelle provinciale est prévue en 2015. D'ici la mise en œuvre du programme, les Néo-Brunswickois peuvent accéder au dépistage du cancer colorectal par l'entremise de leurs fournisseurs de soins de santé. Le principal mode de dépistage, soit la recherche de sang occulte dans les selles, est surtout réalisée de manière opportuniste (selon des soupçons découlant des symptômes ou des facteurs de risque du patient). La coloscopie est le principal mode d'établissement d'un diagnostic pour confirmer la présence d'un cancer colorectal après découverte de sang occulte dans les selles.

Le Partenariat canadien contre le cancer et le Réseau national de dépistage du cancer colorectal a commandé deux sondages pancanadiens intitulés Dépistage du cancer du côlon au Canada 2009 et Dépistage du cancer du côlon au Canada 2011. Ces sondages ont permis d'obtenir des renseignements sur la compréhension du dépistage du cancer du côlon et des attitudes à son égard chez les Canadiens âgés de 50 à 74 ans. Selon ces sondages, 36 p. 100 des Néo-Brunswickois étaient à jour pour leur dépistage du cancer du côlon en 2011, contre 32 p. 100 en 2009. On entend par dépistage à jour un dépistage ayant été effectué au cours des deux dernières années pour ce qui est de la recherche de sang occulte dans les selles et au cours des cinq dernières années dans le cas d'une coloscopie.⁴

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Intervention chirurgicale et étude pathologique

L'intervention chirurgicale est un élément important du traitement curatif pour la plupart des cas de cancer, et elle est essentielle pour prélever les tissus cancéreux nécessaires à l'établissement d'un diagnostic exact. La proportion de nouveaux cas de cancer qui ont nécessité une intervention chirurgicale en 2010 oscillait entre 94 p. 100 chez les patientes atteintes d'un cancer du sein et 26 p. 100 chez les patients atteints d'un cancer du poumon (figure 14). On voit à la figure 15 la répartition des interventions chirurgicales liées au cancer effectuées pour les quatre principaux cancers (sein, colorectal, poumon et prostate) selon la région de santé.

L'intervention chirurgicale constitue le traitement de premier recours pour les cancers du sein, du côlon et du rectum. Le cancer du poumon est habituellement diagnostiqué à un stade avancé. Il y a plusieurs types différents de cancer du poumon, le plus fréquent étant le cancer du poumon « non à petites cellules » (CPNPC). Seuls les CPNPC de stade II (stade précoce) et quelques-uns du stade IIIA (sans envahissement) sont habituellement traités par résection de la tumeur.

FIGURE 14

Pourcentage de nouveaux cas de cancer qui ont nécessité une intervention chirurgicale

Par type de tumeur, 2010

Pourcentage (%)

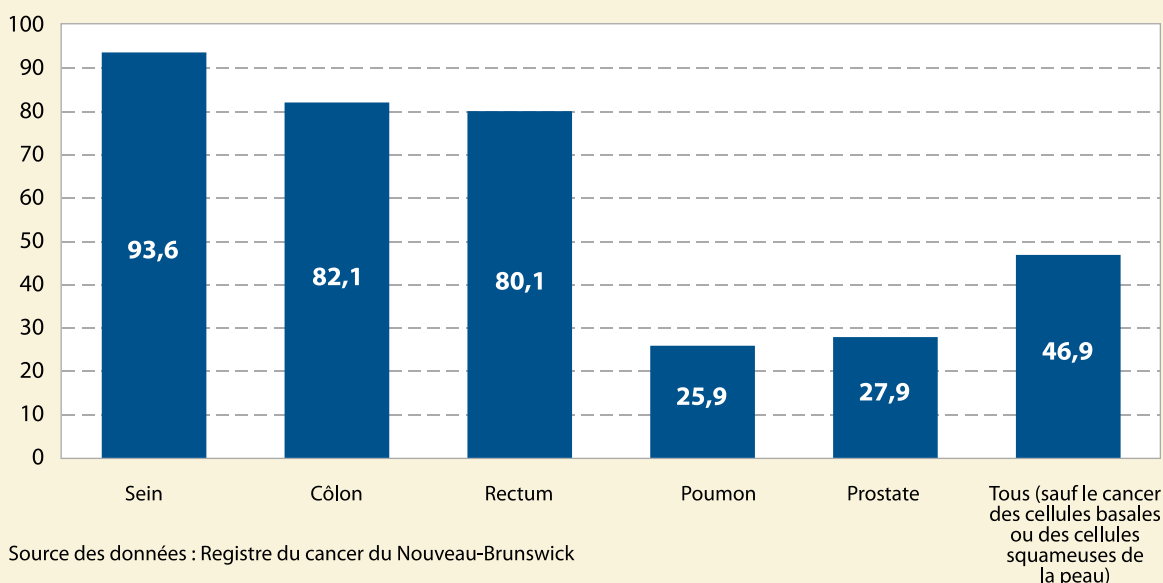
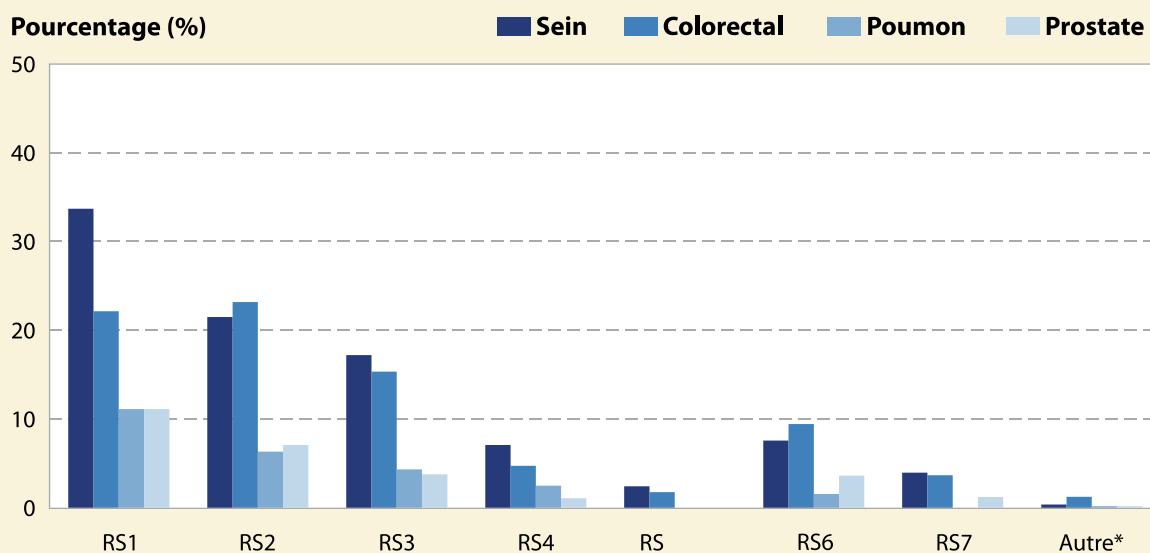


FIGURE 15**Répartition des interventions chirurgicales liées au cancer effectuées pour les quatre principaux cancers (sein, colorectal, poumon, prostate)**

Par région de santé (où la chirurgie a été effectuée), 2010



Source des données : Registre du cancer du Nouveau-Brunswick

* Aiguillé pour traitement à l'extérieur du Nouveau-Brunswick

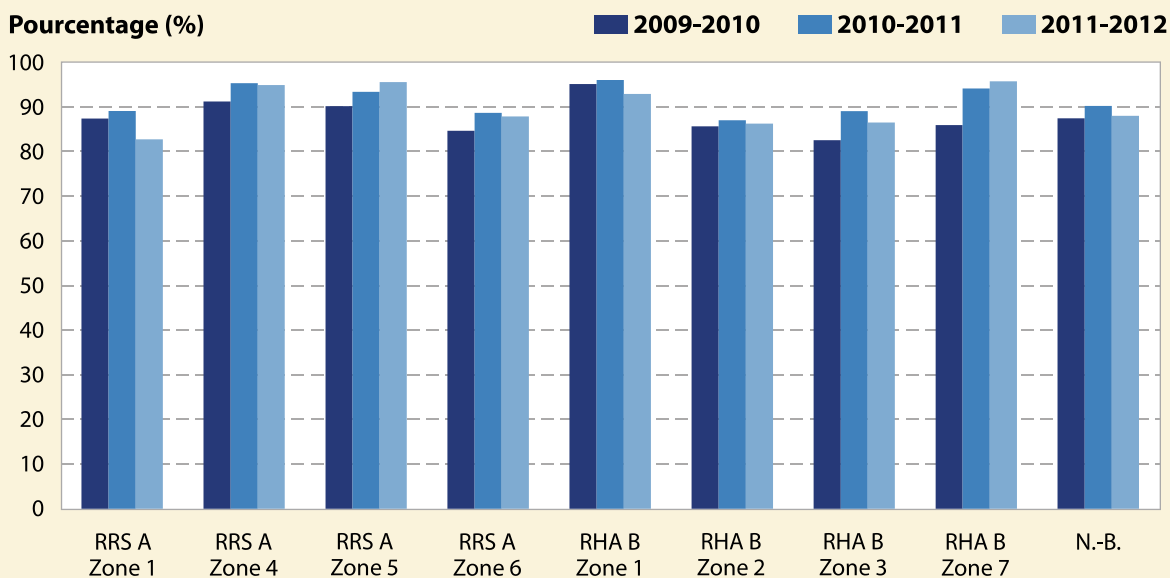
Le Nouveau-Brunswick rend compte des temps d'attente pour toutes les interventions chirurgicales pour satisfaire aux exigences de l'entente des premiers ministres canadiens visant à réduire les temps d'attente dans cinq domaines prioritaires.²⁰ On rend compte des temps d'attente pour les interventions chirurgicales réalisées en fonction des cibles combinées de six semaines et de trois mois, dans les cas où ce sont les chirurgiens qui établissent si le traitement doit être administré dans les six semaines ou dans les trois mois. Les temps d'attente pour les interventions chirurgicales liées au cancer se sont généralement améliorés au fil des années (figures 16 et 17).

En 2011, le temps d'attente médian entre la date de réception d'une demande de réservation et l'intervention chirurgicale est resté à 15 jours comme par les années précédentes, sauf en 2008 année pendant laquelle on a entrepris ces rapports. Il y a des écarts substantiels d'une zone de santé à l'autre, allant de 28 jours dans la zone 1 de la région régionale de la santé RRS A à huit jours dans la zone 7 de la RRS B. Le temps d'attente médian a augmenté en 2011-2012 dans la zone 1 de la RRS A et dans les zones 1 et 2 de la RRS B.

FIGURE 16

Pourcentage des interventions chirurgicales liées au cancer réalisées en respectant la cible combinée de six semaines ou de trois mois, toutes les interventions chirurgicales liées au cancer

Par zone de santé et exercice financier, de 2009 à 2011



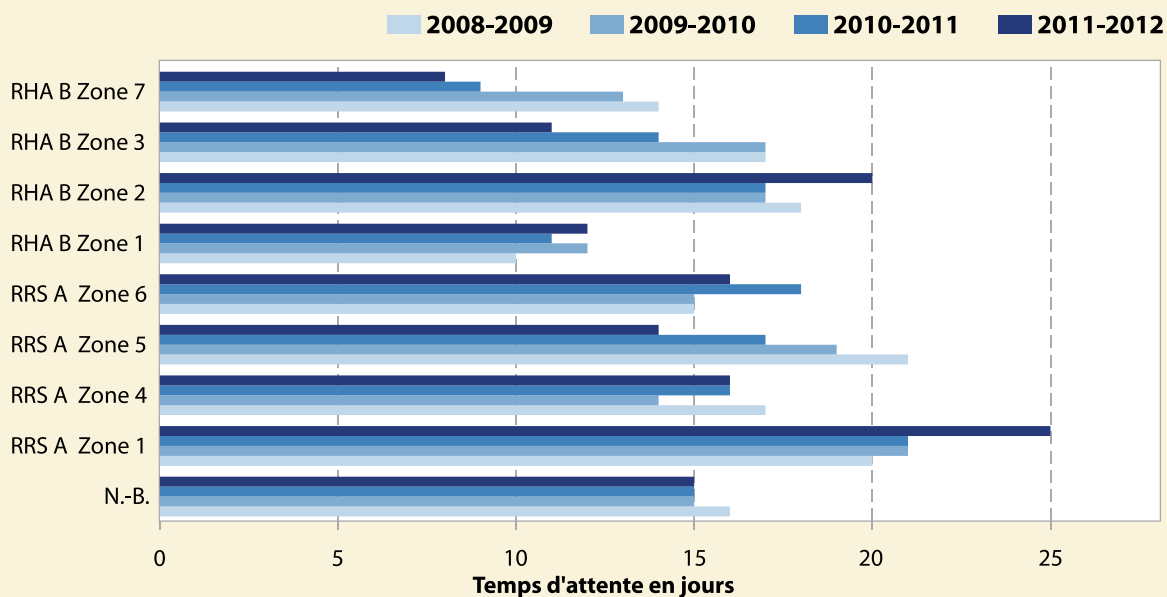
Source des données : Registre d'accès aux soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick

Remarque : Le temps d'attente se mesure à compter de la date de réception de la demande de réservation jusqu'à la date où l'intervention chirurgicale est effectivement réalisée.

FIGURE 17

Temps d'attente médians, toutes les interventions chirurgicales liées au cancer

Par zone de santé et exercice financier, de 2008 à 2011



Source des données : Registre d'accès aux soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick

Remarque : Le temps d'attente se mesure à compter de la date de réception de la demande de réservation jusqu'à la date où l'intervention chirurgicale est effectivement réalisée.

Le « stade » s'entend de l'étendue de la maladie au moment du diagnostic et les rapports de pathologie jouent un rôle déterminant dans l'identification exacte du stade du cancer lorsque sont effectuées des résections chirurgicales. En plus de sa valeur clinique, le stade du cancer au moment du diagnostic est un important indicateur du rendement du système de lutte contre le cancer qui donne une perspective approfondie pour l'interprétation à venir des résultats à long terme et de l'incidence des pratiques de détection ou de dépistage précoce.

En 2009, on a adopté les listes de vérification et les protocoles mis au point par le College of American Pathology (CAP) comme norme pancanadienne de définition des pathologies. La même année, le ministère de la Santé a signé une entente avec le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) pour la mise en œuvre d'un projet de production de rapports synoptiques nationaux d'anatomopathologie et de stadification des données.²⁹ Le projet visait l'élaboration de processus et d'outils pour faciliter une collecte rapide et normalisée de données démographiques sur la stadification concertée à partir des registres provinciaux sur le cancer pour les quatre principaux cancers (sein, colorectal, poumon et prostate).

Les figures 18 à 21 font état d'une sélection d'indicateurs relatifs aux diagnostics, aux stades et aux traitements tirés du Registre du cancer du Nouveau-Brunswick.

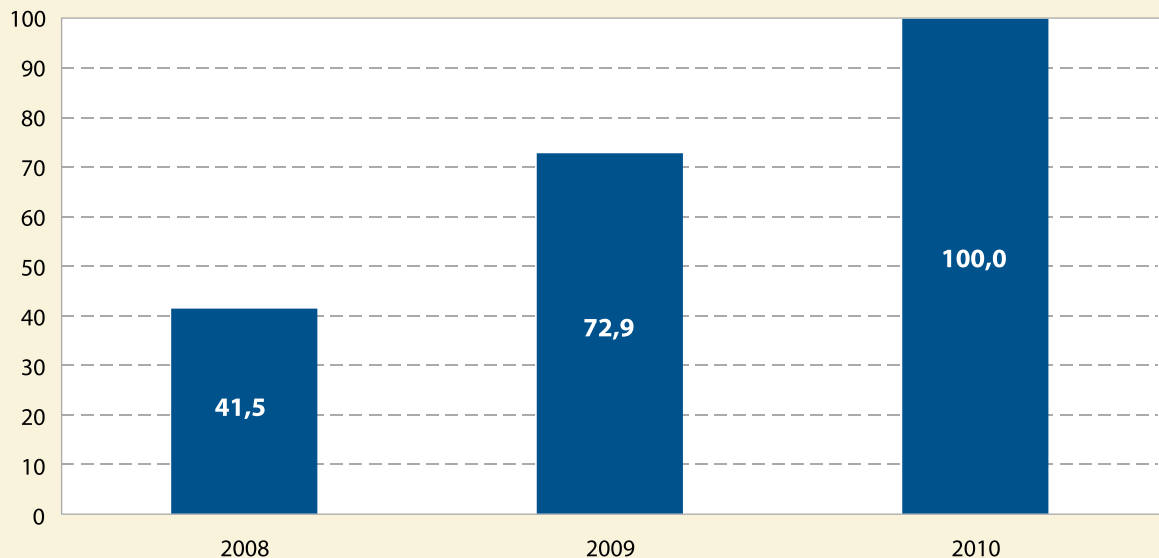
La **saisie de données sur la stadification concertée** menée dans le cadre du Registre du cancer du Nouveau-Brunswick (figure 18) compte parmi les indicateurs déclarés à l'échelle nationale. Elle permet de mesurer la collecte et la conservation de données sur les stades dans les registres démographiques provinciaux sur le cancer.⁴ Au Nouveau-Brunswick, la stadification relative à tous les cas nouveaux des quatre principaux cancers (sein, colorectal, poumon, prostate) à l'aide d'une méthode de stadification concertée s'est faite par étapes, d'abord avec les cas de cancer du sein et de cancer colorectal en 2008, de cancer de la prostate en 2009 et de cancer du poumon en 2010. Le projet de production de rapports synoptiques nationaux d'anatomopathologie et de stadification des données établit une cible, d'ici l'année de diagnostic 2010, de 90 p. 100 de cas nouveaux des quatre principaux cancers stadifiés.

FIGURE 18

Consignation des nouveaux cas pour lesquels on dispose de données de la stadification concertée, quatre principaux types de cancer

Par année du diagnostic, de 2008 à 2010

Pourcentage (%)



Source des données : Registre du cancer du Nouveau-Brunswick

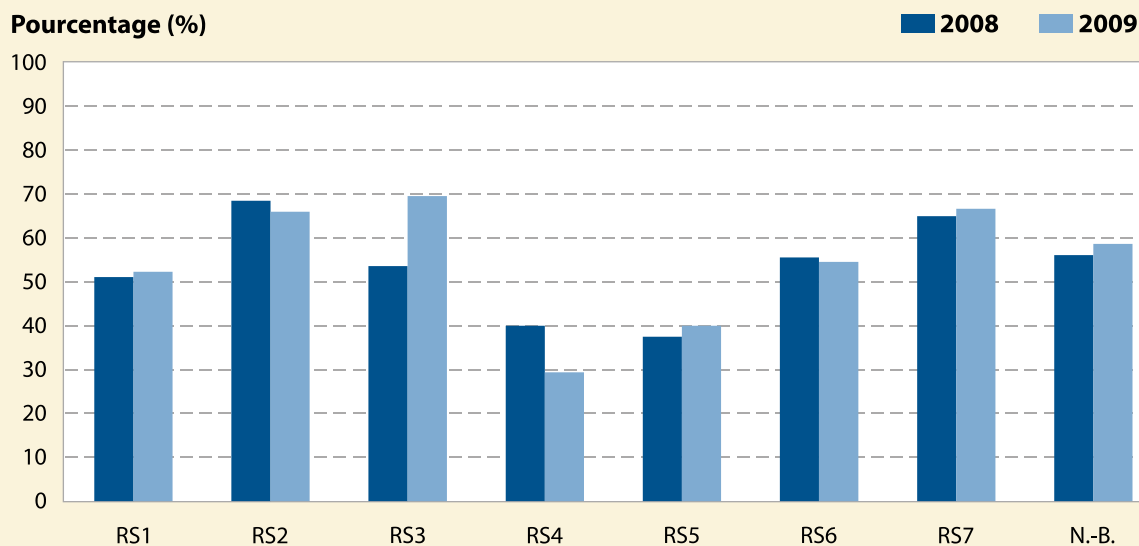
Excision et examen de douze ganglions lymphatiques ou plus dans le cadre de résections relatives au cancer du côlon

Les lignes directrices cliniques recommandent l'examen d'au moins douze ganglions lymphatiques pour permettre la stadification adéquate chez tous les patients atteints du cancer du côlon qui subissent une intervention chirurgicale.²¹ Le pourcentage de résections du cancer du côlon où l'on a examiné douze ganglions lymphatiques ou plus était de 56 p. 100 en 2008 et de 58 p. 100 en 2009 (figure 19). Les taux des régions de la santé oscillaient de 30 p. 100 dans la région de santé 4 à 70 p. 100 dans la région de santé 3. À l'heure actuelle, aucune cible ni point de référence nationaux n'ont été établis pour cet indicateur.⁴

FIGURE 19

Pourcentage de résections du cancer du côlon où on a retiré et examiné douze ganglions lymphatiques ou plus

Par région de santé et année du diagnostic, 2008-2009



Source des données : Registre du cancer du Nouveau-Brunswick

Remarque : Aux fins du présent rapport, compte tenu des limites des données, la région sanitaire (RS) correspond à celle où résidait le patient au moment du diagnostic, et non à celle où la chirurgie a eu lieu.

État de la positivité des résultats d'analyse des récepteurs des hormones de l'œstrogène et de la progestérone et de la HER2, cancer du sein

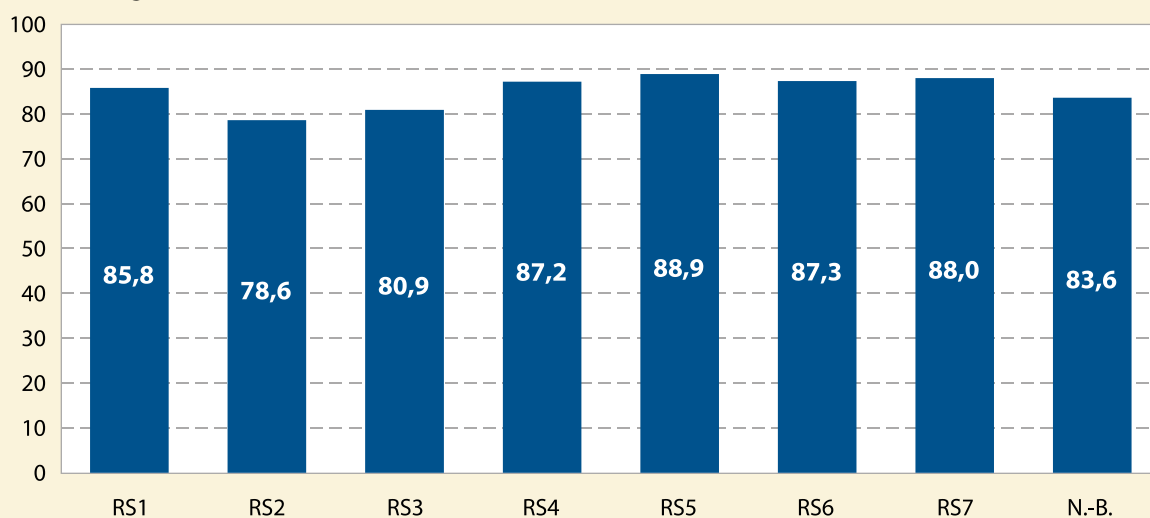
L'analyse des récepteurs d'hormone est critique pour la prise de décisions relatives à l'approche thérapeutique à employer dans les cas de cancer du sein et pour établir si la patiente aurait avantage à recevoir une hormonothérapie. L'analyse des récepteurs de l'œstrogène (ER) et de la progestérone (PR) s'effectue dans la plupart des laboratoires du Nouveau-Brunswick, tandis que les analyses pour la HER2 (récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain) sont effectuées dans deux laboratoires (Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont et Hôpital régional de Saint John). En 2010, le pourcentage de femmes atteintes d'un cancer du sein envahissant qui avaient subi des analyses des récepteurs de l'œstrogène et de la progestérone était de 98 p. 100, dont 84 p. 100 avaient reçu un résultat positif. On voit dans la figure 20 qu'il y a peu d'écart quant aux résultats positifs des analyses entre les régions de santé. La positivité des résultats relatifs aux ER et PR chez les canadiennes atteintes d'un cancer du sein envahissant oscillait entre 84 et 89 p. 100, pour une moyenne canadienne globale de 85 p. 100, comme l'indique le rapport Lutte contre le cancer du sein au Canada⁷ du Partenariat canadien contre le cancer (PCCC).¹⁵

FIGURE 20

Pourcentage de femmes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein en 2010, pour qui on a établi le stade et qui ont eu des résultats positifs pour les récepteurs de l'œstrogène ou de la progestérone

Par région de santé

Pourcentage (%)



Source des données : Registre du cancer du Nouveau-Brunswick

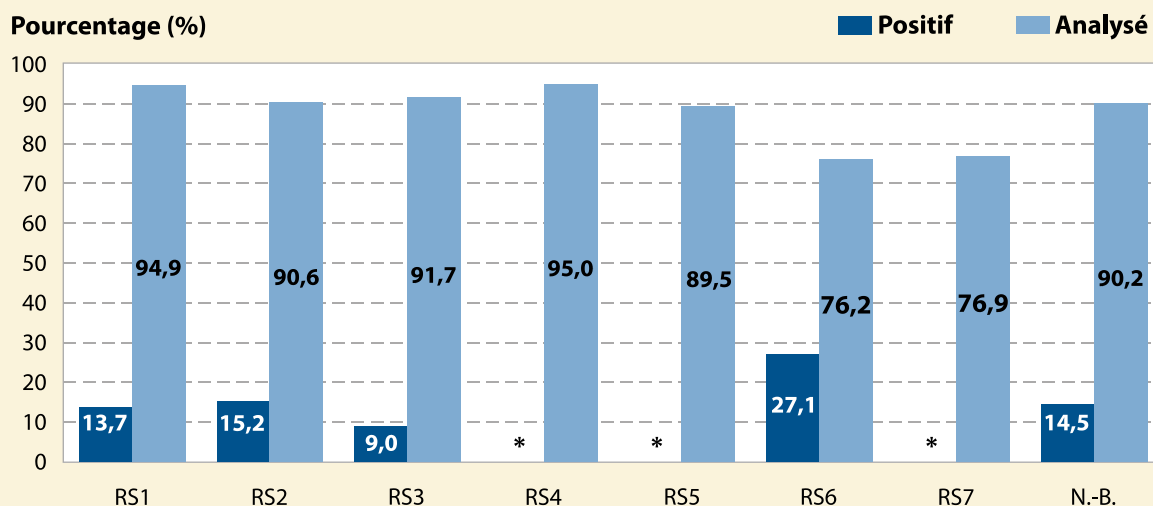
Remarque : Aux fins du présent rapport, compte tenu des limites des données, la région sanitaire (RS) correspond à celle où résidait le patient au moment du diagnostic, et non à celle où la chirurgie a eu lieu.

Le pourcentage de femmes atteintes d'un cancer du sein envahissant qui avaient subi une analyse de la HER2 était de 90 p. 100 en 2010, dont 15 p. 100 ont obtenu un résultat positif (figure 21). La positivité aux analyses de la HER2 chez les canadiennes atteintes d'un cancer du sein envahissant oscillait entre 8,7 et 14,8 p. 100, la moyenne canadienne étant de 13,8 p. 100 comme l'indique le rapport *Lutte contre le cancer du sein au Canada*¹⁵ du PCCC.¹⁵

FIGURE 21

Pourcentage de femmes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein en 2010, pour qui on a établi le stade et qui ont eu des résultats positifs pour les réceptions de la HER2e

Par région de santé



Source des données : Registre du cancer du Nouveau-Brunswick

*On a supprimé les résultats des RS4, RS5 et RS7 en raison du petit nombre de cas ayant fait l'objet d'un dépistage (<5), mais ils entrent dans le calcul du total provincial.

Remarque : Aux fins du présent rapport, compte tenu des limites des données, la région sanitaire (RS) correspond à celle où résidait le patient au moment du diagnostic, et non à celle où la chirurgie a eu lieu.

L'état de la marge chirurgicale est un indicateur de la qualité de l'intervention chirurgicale et de l'étude pathologique.²² Une marge chirurgicale positive signifie qu'il y a présence d'une tumeur sur les rebords de l'échantillon de résection, ce qui suppose donc l'excision incomplète des tissus cancéreux.

Marge de résection circonférentielle – cancer du côlon et du rectum

Une marge de résection circonférentielle positive dans un cas de cancer du rectum est un facteur qui indique fortement un mauvais pronostic.²⁴ Les données laissent entrevoir une relation similaire pour le cancer du côlon.²⁵ Les lignes directrices recommandent des marges négatives pour tous les patients.²¹ Au Nouveau-Brunswick, le pourcentage de nouveaux cas qui avaient subi une résection et dont la marge de résection circonférentielle était positive était, en 2010, de 8,5 p. 100 dans le cas du cancer du rectum et de 8,4 p. 100 dans le cas du cancer du côlon.

État des marges chirurgicales – cancer de la prostate

Les marges chirurgicales positives chez les hommes qui subissent une prostatectomie radicale pour le cancer de la prostate sont associées à un risque accru de récurrence de la maladie.^{22,26} En 2010, le pourcentage de nouveaux cas de cancer de la prostate qui ont subi une prostatectomie radicale et qui avaient des marges chirurgicales positives était de 16,8 p. 100 (stade pT2) et de 32,3 p. 100 (stade pT3).

Invasion de la plèvre viscérale (IPV) – cancer du poumon

L'invasion de la plèvre viscérale (extension de la tumeur au-delà de la couche élastique de la plèvre viscérale) est un élément critique de la stadification des carcinomes pulmonaires « non à petites cellules » et constitue le facteur de pronostic le plus important pour les patients qui subissent une résection. La présence d'une invasion de la plèvre viscérale est un indicateur de pronostic sombre. En 2010, 50,7 p. 100 des cas de cancer du poumon non à petites cellules diagnostiqués à un stade T1/T2 ont été évalués pour y déceler une éventuelle invasion de la plèvre viscérale, celle-ci a été confirmée dans 35,9 p. 100 de ces cas. Diverses études indiquent que l'on a observé une invasion de la plèvre viscérale dans de 11,5 à 26,8 p. 100 des échantillons liés au cancer du poumon « non à petites cellules ».²⁷

Radiothérapie

La radiothérapie est une importante composante des services de traitement du cancer. Le Nouveau-Brunswick compte deux centres tertiaires de lutte contre le cancer qui offrent la radiothérapie aux patients atteints de cancer : l'hôpital régional de Saint John, à Saint John, et le Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont, à Moncton. Le Nouveau-Brunswick s'est doté d'une garantie sur les délais d'attente en radiothérapie afin de s'assurer que les patients de la province n'attendent pas plus de huit semaines entre la date à laquelle ils sont prêts à recevoir des traitements et celle où ces traitements commencent.²⁰ La pierre angulaire de la garantie est une capacité améliorée de prestation des traitements et une meilleure gestion des temps d'attente des patients.

Le RCNB participe depuis 2009, par l'entremise de l'initiative sur le rendement du système de lutte contre le cancer du PCCC, à l'évaluation de la capacité en radiothérapie et de son utilisation à l'échelle nationale. La documentation suggère qu'environ 50 p. 100 de tous les nouveaux patients atteints de cancer devraient recevoir une radiothérapie à un moment donné au cours de leur maladie.³⁶ Étant donné les limites actuelles de la collecte des données, le RCNB rend compte de l'utilisation de la radiothérapie en tant que ratio de tous les traitements de radiothérapie (administrés à tous les patients atteints de cancer, nouveaux cas et cas récurrents, pour n'importe quelle indication) par rapport aux nouveaux cas diagnostiqués au cours d'une année. Pendant la période de 2008 à 2010, le ratio d'utilisation de la radiothérapie au N.-B. a été en moyenne de 60 p. 100.⁸

La capacité en accélérateurs linéaires se mesure par le nombre d'accélérateurs linéaires disponibles pour le traitement par habitant et le nombre de traitements de radiothérapie par appareil. Grâce à l'introduction de la garantie sur les délais d'attente en radiothérapie, le Nouveau-Brunswick a vu sa capacité de prestation des traitements s'accroître d'environ 40 p. 100. La province dispose désormais de sept accélérateurs linéaires (LINACS), ce qui correspond à 7,9 appareils par million de personnes, comparativement à la moyenne canadienne de 6,6 en 2011.⁴

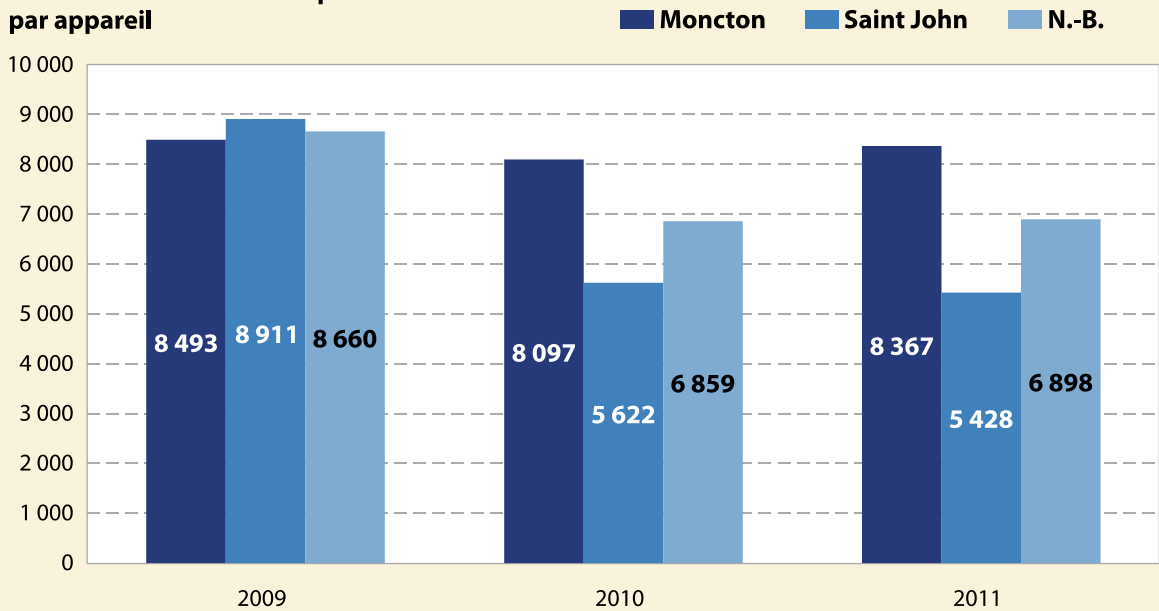
Le nombre moyen de traitements de radiothérapie par accélérateur linéaire était de 6 898 en 2011 (figure 22). Ce nombre a diminué depuis 2009, suivant ainsi la tendance observée à l'échelle nationale dans le Rapport de 2011 sur le rendement du système de lutte contre le cancer du PCCC.⁸ Au cours de la période couverte par ce rapport, le nombre d'appareils disponibles a augmenté, et de nouvelles techniques thérapeutiques plus complexes ont été mises en œuvre. Il n'est pas encore possible, avec la méthode actuelle de collecte de données, de rendre compte de l'incidence de la complexité croissante des nouvelles technologies sur l'utilisation des appareils. Les nouveaux processus de collecte de données introduits par le RCNB permettront une meilleure évaluation de l'utilisation de la radiothérapie.

FIGURE 22

Traitements de radiothérapie par accélérateur linéaire

Par établissement offrant la radiothérapie, de 2009 à 2011

Traitements de radiothérapie par appareil



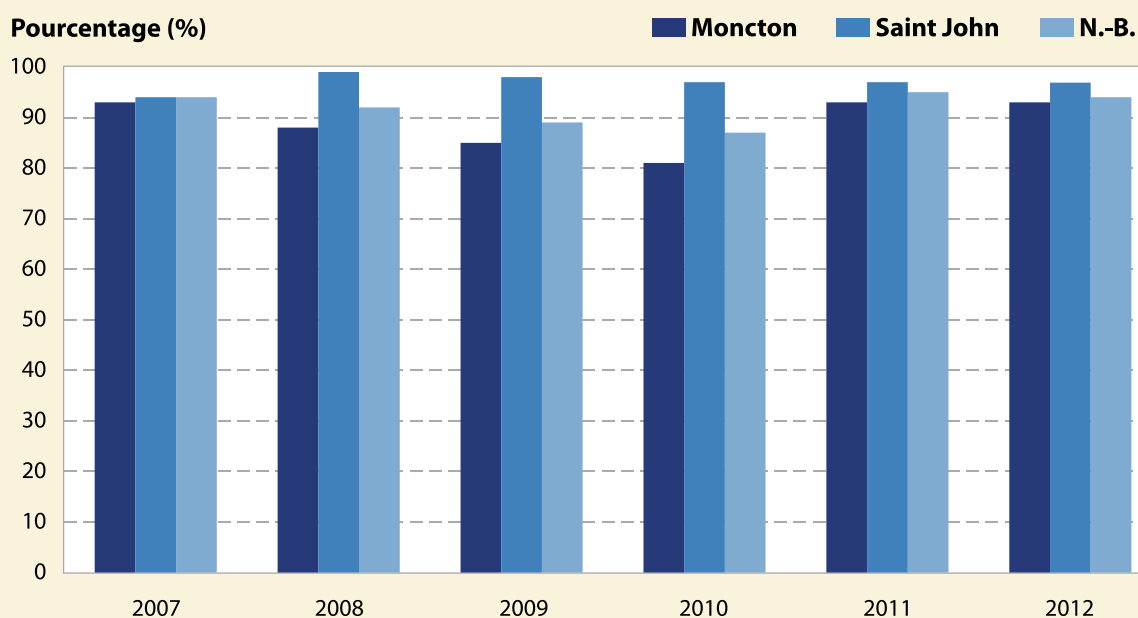
Source des données : Établissements du Nouveau-Brunswick offrant la radiothérapie

Le RCNB rend publics les rapports sur les temps d'attente en radiothérapie depuis 2007. Le point de référence reconnu à l'échelle nationale, c'est que les patients recevront leur premier traitement dans les quatre semaines suivant le moment où ils sont prêts au traitement.²⁰ La date à laquelle un patient est prêt aux traitements se définit comme la date à laquelle le patient peut commencer à recevoir ses traitements, tant d'un point de vue médical que social ou personnel. Au Nouveau-Brunswick, les temps d'attente pour la radiothérapie se sont améliorés depuis l'installation de nouveaux accélérateurs linéaires et l'introduction de meilleurs processus de gestion des temps d'attente. En décembre 2012, 94 p. 100 des patients de la province avaient commencé leur radiothérapie dans les quatre semaines suivant le moment où ils étaient prêts à recevoir leur traitement, contre 85 p. 100 en décembre 2008 et 87 p. 100 en décembre 2009 (figure 23). La cible provinciale veut que 90 p. 100 ou plus des patients recevront leur premier traitement dans les quatre semaines suivant le moment où ils sont prêts au traitement.

FIGURE 23

Pourcentage de patients qui ont reçu leur radiothérapie dans les quatre semaines suivant le moment où ils étaient prêts au traitement

Par établissement offrant la radiothérapie, de 2007 à 2012



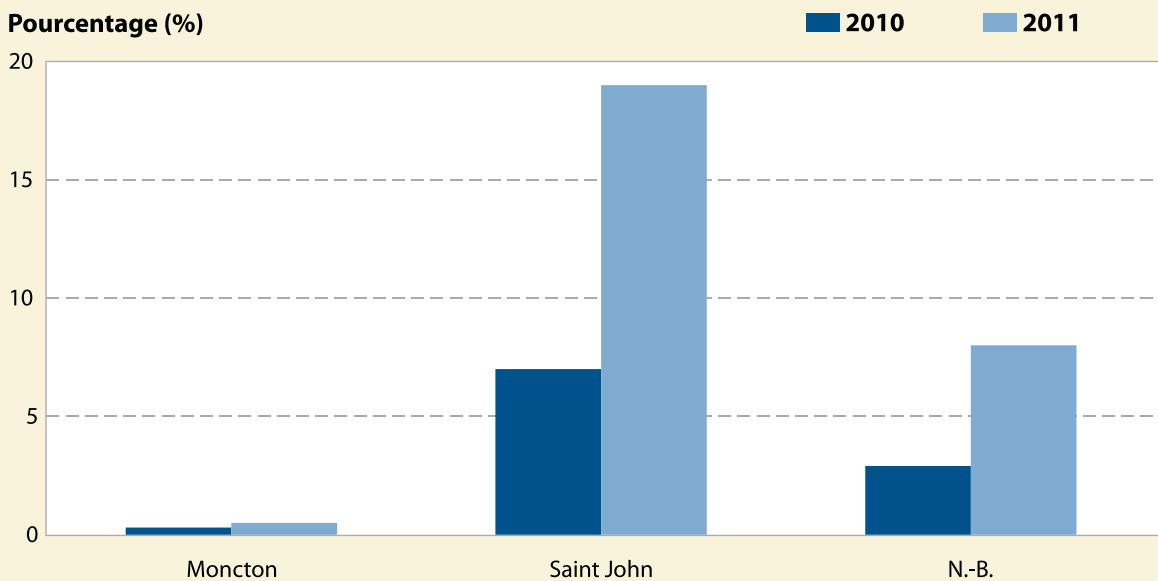
Source des données : Établissements du Nouveau-Brunswick offrant la radiothérapie

L'adoption de techniques thérapeutiques plus complexes a amélioré l'administration de la radiothérapie. Une de ces techniques est la radiothérapie par modulation d'intensité (RTMI), une méthode plutôt récente pour administrer des doses élevées de radiation avec davantage de précision tout en réduisant les dommages aux tissus sains voisins. L'introduction de la RTMI a commencé graduellement, et on s'en sert pour certains cas, surtout pour le cancer de la prostate, de la tête et du cou. Lors de la préparation du rapport, la plupart des traitements de RTMI étaient administrés au centre d'oncologie de Saint John. Le pourcentage de tous les traitements administrés à l'aide de la technique de la RTMI a augmenté, passant de 3 p. 100 en 2010 à 8 p. 100 en 2011 (figure 24). D'autres améliorations ont récemment été apportées à l'administration des traitements de radio chirurgie stéréotaxique et l'expansion des services de curiethérapie à Saint John. Le Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont à Moncton offre un programme de curiethérapie à haut débit de dose pour le cancer de la prostate et le cancer gynécologique depuis 2003 et 2009 respectivement.

FIGURE 24

Pourcentage des traitements de radiothérapies par faisceaux de rayonnement externe administrés à l'aide de la technique de la RTMI, tous les types de cancer, toutes les raisons

Par établissement offrant la radiothérapie, 2010 et 2011



Source des données : Établissements du Nouveau-Brunswick offrant la radiothérapie

Thérapie générale

La chimiothérapie et d'autres thérapies de nature générale font partie intégrante des traitements contre le cancer. La hausse du nombre de nouveaux patients atteints de cancer, la disponibilité de nouveaux médicaments et l'évolution de la pratique sont quelques-uns des facteurs qui concourent à la croissance globale du recours aux thérapies de nature générale.³

À l'heure actuelle, le Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière (SIGFUH) constitue l'unique source d'information sur les traitements par chimiothérapie au Nouveau-Brunswick. L'objet principal de ce système est de faciliter la mesure des activités financières et cliniques en fonction des ressources disponibles. Bien qu'une quantité considérable d'information au sujet des services fournis soit recueillie, il est impossible de faire le lien entre ces renseignements et ceux se rattachant à chacun des patients atteints de cancer et, en outre, de rendre compte de résultats sur le plan du rendement axés sur les patients. De nouvelles initiatives visant à améliorer les processus et à renforcer les capacités de collecte de données ont été planifiées ou sont en voie de mise en œuvre.

Les consultations visant des thérapies antinéoplasiques (consultations liées au cancer dans un contexte de soins ambulatoires pour des thérapies générales axées sur un protocole), dont on rend compte par le SIGFUH, donnent une bonne estimation des traitements de chimiothérapie administrés. Au total, 25 671 consultations ont été rapportées dans l'ensemble de la province pour l'exercice 2011-2012. Le tableau 1 présente un aperçu des données pour les trois derniers exercices selon sa répartition par hôpital.

Tableau 1. Consultations pour des thérapies antinéoplasiques par région régionale de la santé, zone et établissement, et exercices 2009-2010, 2010-2011 et 2011-2012

Consultations pour thérapies antinéoplasiques	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Total au Nouveau-Brunswick, tous les emplacements	23 847	25 022	25 671
Réseau de santé Vitalité	6 357	6 102	6 787
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	3 485	3 597	4 020
Hôpital général de Grand-Sault	166	176	239
Hôpital régional d'Edmundston	825	755	979
Hotel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin	98	110	52
Dalhousie*	26	-	-
Hôpital Régional de Campbellton*	399	-	-
Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJ	621	676	699
Hôpital régional Chaleur	737	788	798
Réseau de santé Horizon	17 490	18 920	18 884
The Moncton Hospital	4 824	4 665	4 697
Charlotte County Hospital	248	271	343
Saint John Regional Hospital	8 588	9 752	8 109
Sussex Health Centre	176	347	311
Dr. Everett Chalmers Regional Hospital	2 347	2 531	2 624
Hotel-Dieu of St. Joseph	246	275	379
Upper River Valley Hospital	437	452	602
Miramichi Regional Hospital	624	627	1 819

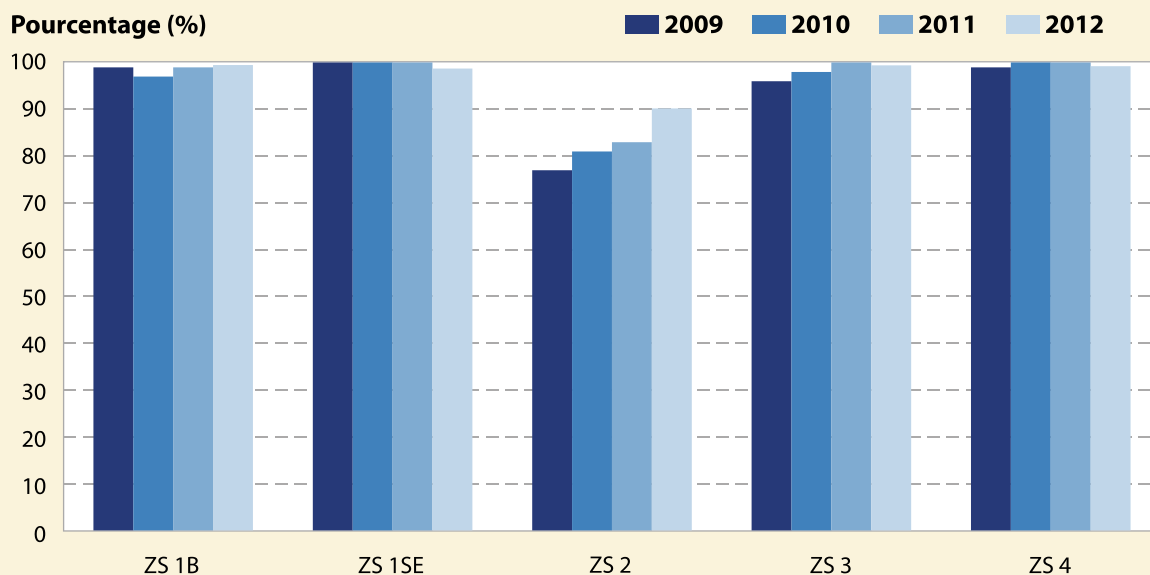
* Remarque : Nous ne disposons pas des données au moment de la publication du présent rapport.

Le RCNB surveille les temps d'attente de radiothérapie et collabore activement à l'élaboration et à la surveillance des indicateurs relatifs à l'attente en chirurgie dans le cadre de l'initiative axée sur les temps d'attente en chirurgie. Le RCNB déploie aussi des efforts pour étendre la surveillance et la mesure des temps d'attente au secteur de la chimiothérapie. Comme premier pas, on a entrepris avec les régions régionales de la santé un projet pilote pour la surveillance des temps d'attente relatifs aux thérapies générales. Dans le cadre du projet, on a élaboré des définitions et des processus communs pour rendre compte des temps d'attente relatifs aux thérapies générales depuis le moment où les patients sont considérés prêts au traitement jusqu'au moment où ils reçoivent le premier traitement. La figure 25 indique que la grande majorité des patients reçoivent leur premier traitement dans les sept jours, sauf dans la zone 2 de la RRS B où, bien qu'il s'améliore, le pourcentage des patients qui reçoivent leur premier traitement dans cette période est constamment inférieur à 90 p. 100.

FIGURE 25

Pourcentage de patients recevant leur premier traitement de thérapie générale dans les sept jours suivant le moment où ils sont prêts au traitement

Par zone de santé, de 2009 à 2012



Source des données : Zones de santé

Note: les données de la zone de santé B1 n'étaient pas disponibles pour les mois d'octobre, de novembre et de décembre 2009, ni pour les mois d'août et d'octobre 2011 ainsi que les mois de mars, d'avril, de mai, de juin, de septembre et d'octobre 2012.

Programme provincial de greffe de cellules souches

Une des améliorations récentes apportées aux soins d'oncologie a été l'instauration en 2011 du programme provincial de greffe de cellules souches, établi à l'Hôpital régional de Saint John. La greffe de cellules souches autologues est une composante critique du traitement de certains types de cancer tels que la leucémie, les lymphomes et les myélomes multiples. Depuis le lancement du Programme, 40 greffes de cellules souches ont été réalisées.

Essais cliniques

Les essais cliniques et la recherche clinique sont essentiels au développement et à l'amélioration du traitement du cancer. Les essais cliniques relatifs au cancer ont lieu à quatre cliniques d'oncologie du Nouveau-Brunswick : le centre d'oncologie du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont, l'hôpital régional de Saint John, le Moncton Hospital et l'hôpital régional Dr Everett Chalmers. La participation des patients est cruciale, et des études ont révélé que les centres qui prennent part à des essais cliniques tendent à avoir de meilleurs résultats pour leurs patients.⁴¹ Depuis 2009, le Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick recueille des données sur la participation aux essais cliniques dans la province dans le cadre de l'initiative nationale sur le rendement du système de lutte contre le cancer du PCCC. Ainsi, toutes les provinces canadiennes font état de la participation à des essais cliniques sous forme de ratio des patients (19 ans et plus) nouvellement inscrits à des essais thérapeutiques ou à des recherches cliniques liés au cancer par rapport au nombre total de nouveaux cas recommandés aux centres d'oncologie.⁴ Pour le Nouveau-Brunswick, le ratio est resté à 0,02 p. 100 en 2009, 2010 et 2011. À l'heure actuelle, le PCCC rend compte du ratio national de participation à des essais cliniques pédiatriques en se servant de données recueillies par le Conseil C¹⁷ par l'entremise des centres tertiaires d'oncologie pédiatrique répartis dans huit provinces. La méthodologie actuelle ne permet pas de calculer ce ratio en fonction de la province de résidence des patients. Le ratio moyen global de patients pédiatriques participant à des essais cliniques par rapport aux patients de centres pédiatriques nouvellement inscrits était de 0,27 au Canada.⁴

Pour réaliser des essais cliniques, il faut surmonter de nombreuses difficultés telles que des coûts élevés, la complexité accrue des essais et l'évolution des cadres réglementaires et éthiques.⁴² Pour renforcer la sensibilisation et, en fin de compte, le recrutement en prévision des essais cliniques, le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) a élaboré un outil, soit le portail canadien sur les essais cliniques relatifs au cancer. Accessible au www.CanadianCancerTrials.ca, le portail permet aux utilisateurs (le public, les médecins et les gestionnaires) de trouver les études en cours à au moins l'un des centres canadiens.

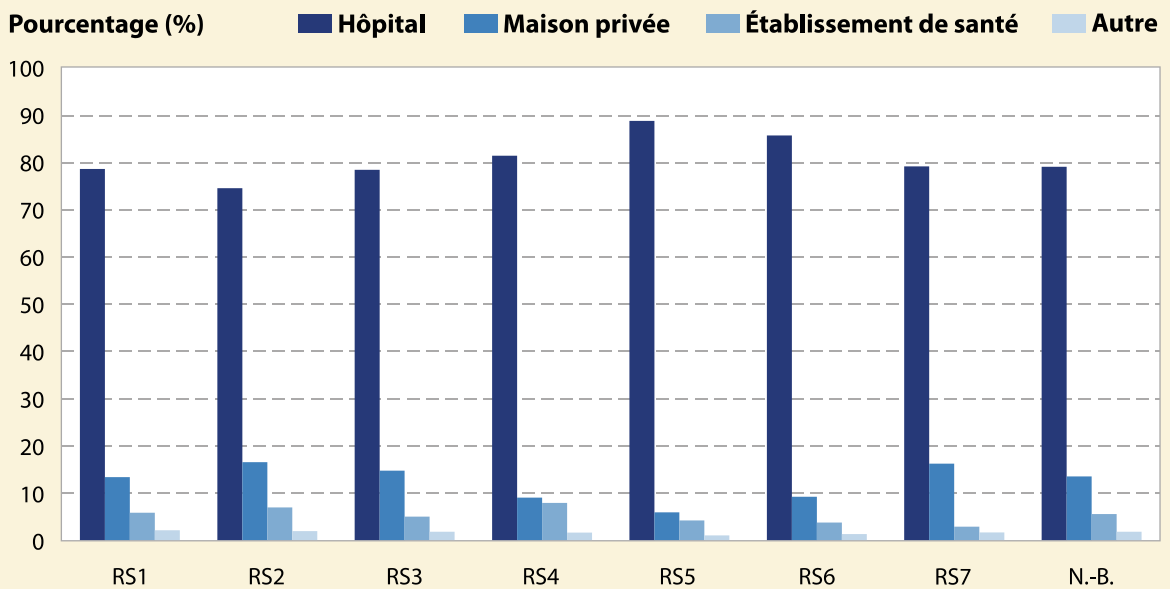
SOINS PALLIATIFS ET SOINS EN FIN DE VIE

L'Organisation mondiale de la Santé définit les soins palliatifs et les soins en fin de vie comme « une approche qui améliore la qualité de vie des patients et de leur famille aux prises avec les problèmes associés à une maladie qui menace la vie par la prévention et le soulagement de la souffrance au moyen de la détection précoce et de l'évaluation et du traitement impeccables de la douleur et des autres problèmes, physiques, psychosociaux et spirituels ». ⁴³ Au Nouveau-Brunswick, les services de soins palliatifs sont fournis dans des foyers de particuliers, des foyers de soins spéciaux, des résidences communautaires, des foyers de soins, des hôpitaux et certains centres de santé communautaires. La seule maison de soins palliatifs du Nouveau-Brunswick est située à Saint John. Le niveau et la cohérence des services varient d'une région à l'autre et, dans la plupart des cas, les initiatives à ce jour ont été axées surtout sur la composante fin de vie des soins palliatifs.

Les différences quant à l'organisation et à la prestation des soins palliatifs et des soins en fin de vie et l'absence à ce jour d'une stratégie à l'échelle de la province en matière de soins palliatifs compliquent l'accès à ces services. La même situation est observée dans l'ensemble du Canada. ⁴⁴ La plupart des indicateurs publiés sur la qualité des soins palliatifs et des soins en fin de vie s'appuient sur la collecte de données par l'entremise de banques de données administratives (telles que les données sur les congés des patients hospitalisés). Ces données sont très précieuses, mais de nombreuses limites ont été documentées, comme une faible comparabilité et le manque de données relatives à l'expérience du patient. ⁴⁶

Le cancer est la principale cause de décès au Nouveau-Brunswick (31 p. 100), à l'instar des tendances nationales observées en 2007, comme l'indique la publication *Utilisation des soins de santé en fin de vie* dans les provinces de l'Atlantique (Institut canadien d'information sur la santé, 2011).⁴⁵ Le lieu du décès est un indicateur dont on rend périodiquement compte, étant donné que la documentation reconnaît que les patients atteints de cancer préfèrent mourir à domicile ou dans des contextes qui rappellent leur domicile. La figure 26 indique que, sur une période de cinq ans, 79 p. 100 (en moyenne) des patients néo-brunswickois atteints de cancer sont décédés à l'hôpital et 14 p. 100, à domicile. Le pourcentage de patients atteints de cancer qui sont décédés à l'hôpital variait de 75 p. 100 dans la région sanitaire 2 à 90 p. 100 dans la région sanitaire 5. Au Canada, une proportion plus élevée de patients atteints de cancer sont décédés à l'hôpital – les pourcentages variaient de 50 à 90 p. 100 entre les provinces. Les écarts peuvent fort bien être liés à des méthodes de déclaration différentes d'une province à l'autre, plutôt qu'à des tendances réelles.⁸

FIGURE 26
Lieu du décès, patients atteints de cancer
 Par région de santé, de 2006 à 2010



Source des données : Statistiques de l'état civil, Services Nouveau-Brunswick

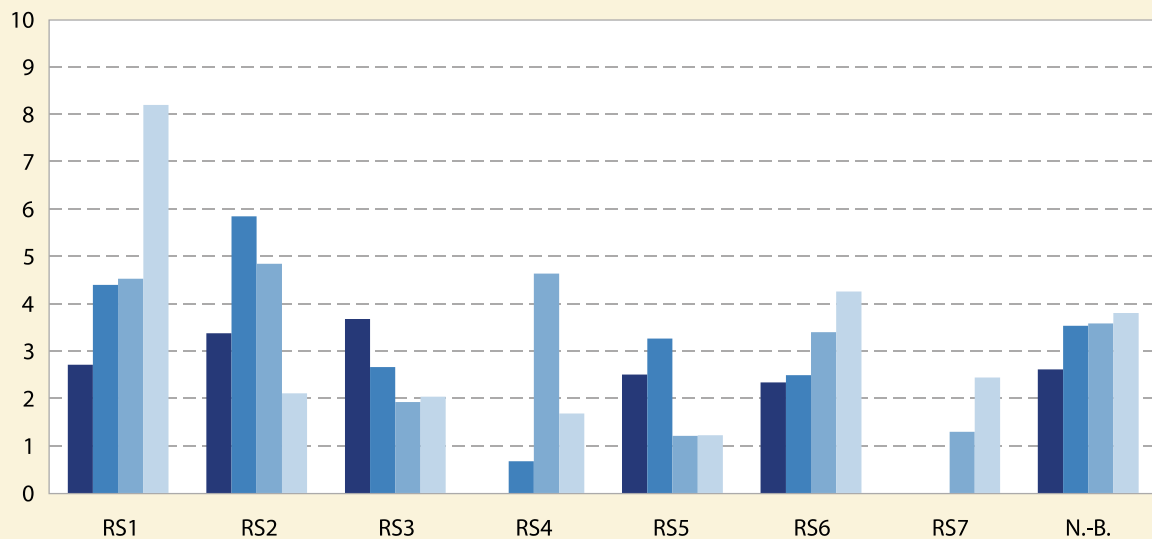
Un des indicateurs souvent relevés dans ce domaine des soins est l'évaluation des admissions et des décès dans les unités de soins intensifs (USI). La recherche porte à croire qu'un grand nombre de ces admissions pourraient être évitées par le recours à des approches différentes telles que l'offre d'un meilleur soutien à domicile ou le recours à des centres de soins palliatifs en fin de vie. Pour l'année financière 2010-2011, 3,8 p. 100 des décès par cancer au Nouveau-Brunswick ont été consignés pour des patients qui avaient été admis aux soins intensifs. Ce taux oscille entre 8,2 p. 100 dans la région de santé 1 et 1,2 p. 100 dans la région de santé 5 (figure 27).

FIGURE 27

Pourcentage de décès attribuables au cancer survenu en unité de soins intensifs (USI)

Par région de santé et exercice financier, de 2007 à 2010

Pourcentage (%) ■ 2007-2008 ■ 2008-2009 ■ 2009-2010 ■ 2010-2011



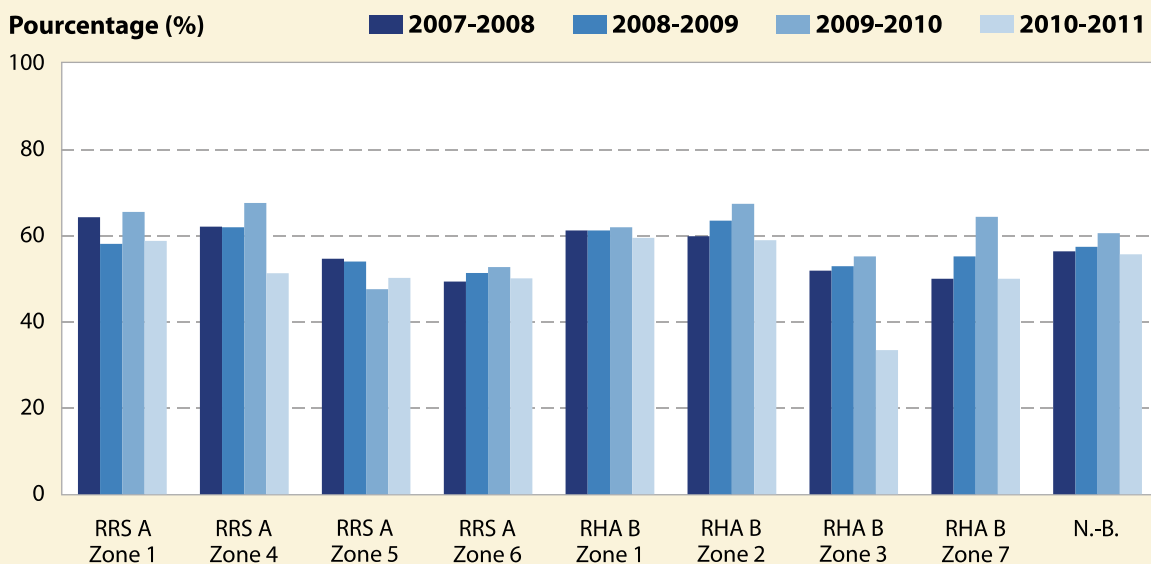
Source des données : Statistiques de l'état civil, Services Nouveau-Brunswick et Base de données sur les congés des patients

Les patients atteints de cancer constituent la majorité de ceux qui ont reçu des soins palliatifs et des soins en fin de vie.⁴⁷ La figure 27 illustre des données tirées de la Base de données sur les congés des patients (BDCP) du Nouveau-Brunswick, laquelle ne tient compte que des patients hospitalisés qui reçoivent des soins intensifs de courte durée. Les renseignements sur les patients qui reçoivent des soins palliatifs dans la collectivité (maisons de particuliers, foyers de soins spéciaux, résidences communautaires, foyers de soins ou centre de soins palliatifs) ne sont pas recueillis de manière systématique et coordonnée. Dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick, pour les périodes de 2007-2008 et 2010-2011, en moyenne 57 p. 100 des congés de soins palliatifs étaient associés à un diagnostic de cancer (figure 28).

FIGURE 28

Pourcentage des patients admis à des hôpitaux de soins de courte durée qui ont reçu un diagnostic de cancer et qui ont été admis pour des soins palliatifs

Par zone de santé et exercice financier, de 2007 à 2010



Source des données : Base de données sur les congés des patients du Nouveau-Brunswick

Le RCNB a reconnu que la nécessité d'une approche à l'échelle de la province des soins palliatifs et des soins en fin de vie liés au cancer était une partie intégrante de son mandat. L'une des premières initiatives a été l'organisation et la tenue du forum provincial sur les soins palliatifs, forum auquel participaient les intervenants clés de la province. Ce forum a fourni au RCNB les thèmes clés pour l'aider à orienter le programme de soins palliatifs au N.-B. L'un des besoins pressants repérés est l'éducation en matière de soins palliatifs et de soins en fin de vie. En collaboration avec le Partenariat canadien contre le cancer, le RCNB a organisé deux ateliers régionaux (2011 et 2012) intitulés Enseignement des soins palliatifs et de fin de vie en oncologie au Canada (ESPSV-O Canada).

En mars 2012, le travail relié au développement d'une Stratégie provinciale sur les soins palliatifs a été entrepris, sous la supervision conjointe du RCNB et de la Direction des services de traitement des dépendances et de santé mentale, des soins de santé primaire et du programme extra-mural du ministère de la Santé.

RÉFÉRENCES

1. Comité consultatif de la Société canadienne du cancer : Statistiques canadiennes sur le cancer 2013. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer, 2013
2. Le Réseau du cancer au Nouveau-Brunswick : Le cancer au Nouveau-Brunswick 2002-2006. Ministère de la Santé, Nouveau-Brunswick, 2009
3. Carlow, D., O'Reilly, S., Roy, D. (2003). Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer (RNBLC). Cadre d'imputabilité. Ministère de la Santé et du Mieux-être du N.-B. Disponible au <http://leg-horizon.gnb.ca/e-repository/ograp/hs/30000000044025/30000000044025.pdf>
4. Partenariat canadien contre le cancer (2012). Rapport de 2012 sur le rendement du système de lutte contre le cancer. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer.
5. Organisation mondiale de la Santé. Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques. Consultation OMS/FAO d'experts sur Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques. Genève, Suisse. 2002 (Rapport technique de l'OMS 916)
6. Agence de la santé publique du Canada. Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains Disponible au <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/sum-res-fra.php>
7. Ministère du Mieux-être, Culture et Sports. Vivre bien, être bien. La Stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick (2009-2013). Publié par la province du Nouveau-Brunswick. Disponible au <http://www.gnb.ca/mieux-etre>
8. Partenariat canadien contre le cancer (2011). Rapport de 2011 sur le rendement du système de lutte contre le cancer. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer.
9. Health Canada. Public Smoking Bans by Province and Territory. Available at <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/res/news-nouvelles/ban-interdiction-public-eng.php>
10. Société canadienne du cancer et Institut national du cancer du Canada : Statistiques canadiennes sur le cancer 2005, Toronto, Canada, 2005.
11. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR, 2007
12. Butt, P., D. Beirness, F. Gliksman, C. Paradis et T. Stockwell. L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque, Ottawa (Ontario), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2011.
13. World Health Organization. Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment: WHO global report. Available at http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html
14. von Karsa L, Anttila A, Ronco G, Ponti A, Malila N, Arbyn M, Segnan N, Castillo-Beltran M, Boniol M, Ferlay J, HeryC, Sauvaget C, Voti L, Autier P European Commission. Cancer screening in the European Union. Report on the Implementation of the Council Recommendation on cancer screening – First Report. 2008.
15. Partenariat Canadian contre le cancer (2012). Lutte contre le cancer du sein au Canada : Rapport thématique spécial sur le rendement du système. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer.
16. Agence de la santé publique du Canada. Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada - Rapport sur la performance des programmes en 2005 et en 2006. Ottawa : Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, numéro de catalogue No. HP32-1/2006
17. Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick. Guide de pratique clinique pour la prévention du dépistage du cancer du col utérin au Nouveau-Brunswick : Ministère de la Santé, Nouveau-Brunswick, 2011
18. Partenariat canadien contre le cancer (2010). Rapport sur le rendement du système de lutte contre le cancer. Toronto, 2010.
19. Comité consultative national de l'immunisation (CCNI). Une déclaration d'un comité consultatif (DCC). Mise à jour sur les vaccins contre le virus du papillome humain (VPH). Relevé des maladies transmissibles au Canada. Janvier 2012; Volume 38;DCC-1

20. Santé Canada, Système de soins de santé : Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé 2004, « Un plan décennal pour consolider les soins de santé », 16 septembre 2004. Voir <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>
21. Smith AJ, Driman DK, Spithoff K, McLeod R, Hunter A, Rumble RB, et al. Optimization of surgical and pathological quality performance in radical surgery for colon and rectal cancer: margins and lymph nodes. Toronto (ON): Cancer Care Ontario; 2008 Apr [In review 2011 Sep]. Program in Evidence-based Care Evidence-based Series No.: 7-14 IN REVIEW.
22. Emerson RE, Koch MO, Jones TD, Daggy JK, Juliar BE, Cheng L. The influence of extent of surgical margin positivity on prostate specific antigen recurrence. *J Clin Pathol* 2005;58: 1028-1032.
23. Cancer Quality Council of Ontario (2012). Quality of Pathology and Cancer Surgery: Margin Status in Rectal Cancer Surgery. Available at <http://www.csqi.on.ca/>
24. Iris D. Nagtegaal ID, Quirke P. What Is the Role for the Circumferential Margin in the Modern Treatment of Rectal Cancer? *J Clin Oncol* 26:303-312.
25. Bateman AC, Carr NJ, Warren BF. The retroperitoneal surface in distal caecal and proximal ascending colon carcinoma: the Cinderella surgical margin? *J Clin Pathol*. 2005;58:426-8.
26. Christopher E. Desch, Kristen K. McNiff, Eric C. Schneider, Deborah Schrag, Joan McClure, Eva Lepisto, Molla S. Donaldson, Katherine L. Kahn, Jane C. Weeks, Clifford Y. Ko, Andrew K. Stewart, Stephen B. Edge. American Society of Clinical Oncology/National Comprehensive Cancer Network Quality Measures. *J Clin Oncol*. 2008; 26:3631-3637
27. Kimihiro Shimizu, Junji Yoshida, Kanji Nagai, Mitsuyo Nishimura, Genichiro Ishii, Yasuo Morishita, Yutaka Nishiwaki. Visceral pleural invasion is an invasive and aggressive indicator of non-small cell lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2005;130:160-165
28. Urbach DR, Simunovic M, Schultz SE, editors. Cancer Surgery in Ontario: ICES Atlas. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2008.
29. Canadian Partnership Against Cancer. National Staging Initiative. Available at <http://www.partnershipagainstcancer.ca/priorities/surveillance/strategic-initiatives/staging-initiative/>
30. Washington MK, Berlin J, Branton PA, et al. Protocol for the examination of specimens from patients with primary carcinomas of the colon and rectum. *Arch Pathol Lab Med* 2008; 132:1182-93
31. Nair A, et al. Revisions to the TNM Staging of Non-Small Cell Lung Cancer: Rationale, Clinicoradiologic Implications, and Persistent Limitations. *RadioGraphics* 2011; 31:215-238
32. Travis, William D.; Brambilla, Elisabeth; Rami-Porta, Ramon; Vallières, Eric; Tsuboi, Masahiro; Rusch, Valerie; Goldstraw, Peter; on behalf of the International Staging Committee Journal of Thoracic Oncology. Visceral Pleural Invasion: Pathologic Criteria and Use of Elastic Stains: Proposal for the 7th Edition of the TNM Classification for Lung Cancer. *Journal of Thoracic Oncology*. 3(12):1384-1390, December 2008
33. Chin J. et al. Guideline for Optimization of Surgical and Pathological Quality Performance for Radical Prostatectomy in Prostate Cancer Management. Cancer Care Ontario, Program in Evidence-Based Care [Internet]. 2008; Section 2: Evidentiary Base: 42. Available from <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=34414>
34. Collaborative Stage Work Group of the American Joint Committee on Cancer. Collaborative Stage Data Collection System Coding Instructions, version 02.00.00. Incorporates updates through January 1, 2010.
35. Cancer Quality Council of Ontario (2012). Quality of Pathology and Cancer Surgery: Margin Status in Rectal Cancer Surgery. Available at <http://www.csqi.on.ca/>
36. Delaney G, Jacob S, Featherstone C, Barton M. The role of radiotherapy in cancer treatment: estimating optimal utilization from a review of evidence-based clinical guidelines. Collaboration for Cancer Outcomes Research and Evaluation (CCORE), Liverpool Hospital, Sydney, Australia. *Cancer*. 2005 Sep 15;104(6):1129

37. McNair HA, Adams EJ, Clark CH, Miles EA, Nutting CM. Implementation of IMRT in the radiotherapy department. *Br J Radiol.* 2003Dec; 76(912):850-6.
38. Galvin JM et al. American Society for Therapeutic Radiology and Oncology; American Association of Physicists in Medicine. Implementing IMRT in clinical practice: a joint document of the American Society for Therapeutic Radiology and Oncology and the American Association of Physicists in Medicine. *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.*, Vol. 58, No. 5, pp. 1616-1634, 2004
39. Whitton A, Warde P, Sharpe M, Oliver TK, Bak K, Leszczynski K, Etheridge S, Fleming K, Gutierrez E, Favell L, Green E. Organisational standards for the delivery of intensity-modulated radiation therapy in Ontario. *Clin Oncol.* 2008; 21:192-203.
40. Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière. Rapport annuel des services hospitaliers. Ministère de la Santé, Nouveau Brunswick.
41. Sumit R. Majumdar, MD, MPH; Matthew T. Roe, MD, MHS; Eric D. Peterson, MD, MPH; Anita Y. Chen, MS; W. Brian Gibler, MD; Paul W. Armstrong, MD. Better Outcomes for Patients Treated at Hospitals That Participate in Clinical Trials. *Arch Intern Med.* 2008;168(6):657-662.
42. Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (2010). Stratégie pancanadienne de recherche sur le cancer : Un plan de collaboration entre les bailleurs de fonds de la recherche sur le cancer au Canada. Toronto : ACRC
43. Programmes nationaux de lutte contre le cancer : Politiques et principes gestionnaires, 2e ed. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
44. Société canadienne du cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2010. Toronto : Société canadienne du cancer.
45. Institut canadien d'information sur la santé. Utilisation des soins de santé en fin de vie dans les provinces de l'Atlantique. Ottawa, ICIS, 2011
46. Earle CC, Park ER, Lai B, et al: Identifying potential indicators of the quality of end-of-life cancer care from administrative data. *J Clin Oncol* 21: 1133-1138, 2003
47. Leeb K, Morris K, Kasman N. Dying of cancer in Canada's acute care facilities. *Health Services Research, CIHI. Healthc Q.* 2005;8(3):26-8.
48. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composantes annuelle (ESCC). Disponible au http://www23.statcan.gc.ca:81/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2
49. Stratégie globale sur le diabète pour les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises 2011-2015. Ministère de la Santé, 2011. Disponibles au <http://www.gnb.ca/0053/phc/diabetes-f.asp>
50. C.E. Adair, E. Simpson, A.L. Casebeer, J. M. Birdsell, K. A. Hayden, Steven Lewis. « La mesure du rendement dans les soins de santé : Partie I – Concepts et tendances issus d'un examen de l'état de la science », *Politiques de santé*, mai 2006, vol. 1, no 4, p. 85–104.
51. Donabedian, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol. II. The Criteria and Standards of Quality. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1982.

ANNEXE A - NOTES TECHNIQUES

Section de la prévention et du dépistage

INDICATEUR : Prévalence du tabagisme

Définition : Pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus de chacune des zones de santé qui déclare fumer quotidiennement ou à l'occasion.

Numérateur : Nombre de personnes qui fument chaque jour ou à l'occasion, qui sont d'anciens fumeurs ou qui n'ont jamais fumé, âgées de 12 ans et plus.

Dénominateur : Population totale, âgée de 12 ans et plus.

Source des données :

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, données du Nouveau-Brunswick.

Période de mesure : 2011

INDICATEUR : Consommation d'alcool – ligne directrice de consommation à faible risque

Définition : Pourcentage des adultes âgés de 18 ans et plus qui déclarent dépasser la ligne directrice de consommation à faible risque.

Numérateur : Nombre de personnes âgées de 18 ans et plus qui déclarent dépasser la ligne directrice de consommation à faible risque.

Dénominateur : Population totale, âgée de 18 ans et plus.

Source des données :

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, données du Nouveau-Brunswick.

Période de mesure : 2005

Ligne directrice de consommation d'alcool à faible risque :

Une moyenne de deux consommations ou moins par jour pour les hommes et d'une consommation ou moins par jour pour les femmes. La moyenne quotidienne a été calculée à partir du nombre total de consommations que les répondants ont déclaré avoir consommé dans la semaine précédant l'entrevue de l'ESCC, divisé par sept jours.

INDICATEUR : Consommation d'alcool – abstinence

Définition : Pourcentage des adultes âgés de 18 ans et plus qui ont déclaré n'avoir consommé aucun alcool au cours des 12 derniers mois.

Numérateur : Nombre d'adultes âgés de 18 ans et plus qui ont déclaré n'avoir consommé aucun alcool au cours des 12 derniers mois.

Dénominateur : Population totale, âgée de 18 ans et plus.

Source des données :

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, données du Nouveau-Brunswick.

Période de mesure : 2011

INDICATEUR : Consommation de fruits et de légumes

Définition : Pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus se situant à chacun des niveaux de consommation de fruits et de légumes : de 5 à 10 portions par jour ou plus de 10 portions par jour.

Numérateur : Nombre de personnes âgées de 12 ans et plus qui déclarent consommer de 5 à 10 portions par jour de fruits et de légumes ou plus de 10 portions par jour.

Dénominateur : Population totale, âgée de 12 ans et plus.

Source des données :

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, données du Nouveau-Brunswick.

Période de mesure : 2011

INDICATEUR : Activité physique (adultes)

Définition : Pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus à chacun des niveaux d'activité physique - inactif, modérément actif, actif et très actif.

Numérateur : Nombre de personnes âgées de 18 ans et plus qui sont inactives, modérément actives, actives et très actives.

Dénominateur : Population totale, âgée de 18 ans et plus.

Source des données :

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, données du Nouveau-Brunswick.

Période de mesure : 2011

INDICATEUR : Embonpoint et obésité

Définition : Pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus dans chacun des groupes d'indice de masse corporelle (IMC) : poids insuffisant, poids normal, embonpoint, obésité.

Numérateur : Nombre d'adultes âgés de 18 ans et plus dans chacun des groupes d'IMC : poids insuffisant, de poids normal, qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses.

Dénominateur : Nombre total d'adultes (âgés de 18 ans et plus) ayant donné des réponses valides quant à leur taille et à leur poids.

Source des données :

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, données du Nouveau-Brunswick.

Période de mesure : 2011

Les groupes d'IMC sont définis ainsi :

inférieur à 18,5 (poids insuffisant); de 18,5 à 24,9 (poids normal); de 25,0 à 29,9 (embonpoint); de 30,0 à 34,9 (obésité de catégorie I); de 35,0 à 39,9 (obésité de catégorie II); 40 et plus (obésité de catégorie III).

INDICATEUR : Taux de participation au dépistage du cancer du sein

Définition : Pourcentage de femmes asymptomatiques âgées de 50 à 69 ans qui ont subi au moins une mammographie de dépistage dans les 24 derniers mois.

Numérateur : Nombre total de femmes asymptomatiques âgées de 50 à 69 ans qui ont subi au moins une mammographie de dépistage sur une période de deux ans.

Dénominateur : Nombre total de femmes admissibles.

Cible : taux de participation bisannuel de 70 p. 100 chez les femmes âgées de 50 à 69 ans.

Période de mesure : 2010 et 2011

Source des données :

Base de données du système de dépistage du cancer du sein du RCNB; registre des résidents pour l'assurance-maladie du N.-B.

Remarque : Le taux de participation pourrait être légèrement sous-estimé, car il ne comprend que les femmes ayant consenti à être inscrites dans la base de données du système de dépistage du cancer du sein du N.-B.

INDICATEUR : Temps d'attente – délais entre le test de dépistage du cancer du sein anormal et l'établissement d'un diagnostic définitif

Définition : Délai en semaines entre la réception d'un résultat anormal au dépistage du cancer du sein et l'établissement d'un diagnostic définitif.

Population : Femmes âgées de 50 à 69 ans ayant obtenu un résultat anormal au dépistage du cancer du sein, demandant une biopsie et ne demandant pas une biopsie.

Délai cible : sept semaines dans le cas de femmes pour lesquelles une biopsie est nécessaire, cinq semaines dans le cas de femmes n'exigeant pas de biopsie.

Mesure : Pourcentage ayant obtenu un diagnostic définitif dans les délais cibles.

Période de mesure : 2010 et 2011

Source des données :

Base de données du système de dépistage du cancer du sein du RCNB.

INDICATEUR : Cancer du col utérin; pourcentage de femmes qui ont subi un test PAP

Définition : Pourcentage de femmes âgées de 20 à 69 ans qui ont subi un test Pap.

Numérateur : Nombre de femmes (âgées de 20 à 69 ans) qui ont subi un test Pap

Dénominateur : Nombre total de femmes admissibles.

Période de mesure : 2011.

Source des données :

Répertoire de données du Programme de prévention et de dépistage du cancer du col utérin du N.-B.; estimations de la population de Statistique Canada, mars 2012.

INDICATEUR : Dépistage du cancer du col de l'utérus, tests de Papanicolaou autodéclarés

Définition : Pourcentage de femmes âgées de 18 à 69 ans qui ont elles-mêmes déclaré avoir subi au moins un test Pap dans les trois années précédentes.

Numérateur : Nombre de femmes âgées de 18 à 69 ans qui ont déclaré avoir subi un test Pap au cours des trois dernières années.

Dénominateur : Nombre total de répondantes âgées de 18 à 69 ans.

Exclusion : Femmes ayant subi une hystérectomie.

Source des données :

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, données du Nouveau-Brunswick.

Période de mesure : 2007

INDICATEUR : Adoption du programme de vaccination contre le VPH

Définition : a) Pourcentage de filles de la cohorte cible ayant reçu au moins une dose du vaccin contre le VPH.

b) Pourcentage de filles de la cohorte cible ayant reçu les trois doses du vaccin contre le VPH.

Numérateur : a) Nombre de filles de 7^e année ayant reçu au moins une dose du vaccin contre le VPH;
b) nombre de filles de 7^e année qui ont reçu les trois doses du vaccin contre le VPH.

Dénominateur : Nombre de filles inscrites en 7^e année.

Cohorte cible : Filles de 7^e année.

Source des données :

Bureau du médecin-hygiéniste en chef du Nouveau-Brunswick
Stadifiée par région de santé et année scolaire (de 2008-2009 à 2011-2012).

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Intervention chirurgicale et étude pathologique

INDICATEUR : Pourcentage de nouveaux cas ayant subi une intervention chirurgicale		de réservation jusqu'à la date de réalisation de l'intervention chirurgicale.
Définition :	Pourcentage de nouveaux cas de cancer envahissant ayant subi une résection.	Période de mesure : exercices de 2009-2010 à 2011-2012.
Numérateur :	Nombre de nouveaux cas de cancer envahissant ayant subi une résection.	Source des données :
Dénominateur :	Nombre total de nouveaux cas de cancer envahissant.	Registre d'accès aux soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick
Période de mesure :	année 2010	Remarque :
Source des données :	Registre du cancer du N.-B.	- Le temps d'attente se mesure à compter de la date de réception de la demande de réservation jusqu'à la date où l'intervention chirurgicale est effectivement réalisée.
Exclusions :	cancers de la peau avec mélanome bénin	- En 2008-2009, le Nouveau-Brunswick n'avait qu'une seule cible, soit de six semaines, pour toutes les interventions chirurgicales liées au cancer. En 2009-2010, on a créé une nouvelle catégorie de cible de trois mois, et ce sont les chirurgiens qui établissent si le cas se doit d'être traité dans les six semaines ou dans les trois mois. En 2008-2009, toutes les interventions chirurgicales liées au cancer étaient classées dans la catégorie du délai de six semaines, et ces temps d'attente ne sont pas inclus dans la figure 16.
Stadification :	par type de tumeur, par hôpital ou l'intervention chirurgicale a eu lieu.	- Les périodes pendant lesquelles un patient ne pouvait pas subir l'intervention chirurgicale sont exclues du calcul.
INDICATEUR : Temps d'attente pour les interventions chirurgicales liées au cancer		- Les cas où l'intervention chirurgicale a été réalisée d'urgence sont exclus du calcul.
Définition :	1) Pourcentage d'interventions chirurgicales liées au cancer réalisées dans les délais cibles de six semaines et de trois mois, combinés.	
Numérateur :	Nombre d'interventions chirurgicales liées au cancer réalisées dans les délais cibles de six semaines ou de trois mois.	
Dénominateur :	Nombre total d'interventions chirurgicales liées au cancer réalisées.	
	2) Temps d'attente médians en jours : temps d'attente médians (en jours) à compter de la date de réception de la demande	

INDICATEUR : Saisie des données de stadification concertée – cancer du sein, colorectal, du poumon et de la prostate

Définition : Pourcentage de cas de cancer envahissant, quatre principaux sièges de cancer (sein, colorectal, poumon et prostate) stadifiés selon la méthode de la stadification concertée.

Numérateur : Nombre de cas de cancer envahissant, quatre principaux sièges de cancer (sein, colorectal, poumon et prostate) stadifiés selon la méthode de la stadification concertée. Les cas dont on ne connaît pas le stade sont inclus.

Dénominateur : Nombre total de cas de cancer envahissant, quatre principaux cancers (sein, colorectal, poumon et prostate).

Période de mesure : années de diagnostic 2008, 2009 et 2010.

Source des données : Registre du cancer du N.-B.

INDICATEUR : Excision et examen de douze ganglions lymphatiques ou plus dans le cadre de résections relatives au cancer du côlon

Définition : Pourcentage de résections du cancer du côlon où on a examiné douze ganglions lymphatiques ou plus.

Numérateur : Nombre de cas de cancer du côlon diagnostiqués au cours de l'année, résectionnés dans l'année suivant le diagnostic et pour lesquels on a examiné douze ganglions lymphatiques ou plus.

Dénominateur : Nombre total de cas de cancer du côlon diagnostiqués au cours de l'année, résectionnés dans l'année suivant le diagnostic.

Période de mesure : années de diagnostic 2008 et 2009

Stadification : par région de la santé.

Remarque : La région de santé est celle de résidence du patient au moment du diagnostic et non celui où l'intervention chirurgicale a eu lieu.

Source des données :

Registre du cancer du N.-B.;
Base de données sur les congés des patients du N.-B.

Exclusions : Les cas dont on ne connaît pas le nombre de ganglions retirés et examinés ont été exclus.

INDICATEUR : État de la positivité des résultats d'analyse des récepteurs des hormones de l'œstrogène et de la progestérone et de la HER2, cancer du sein

Définition : Pourcentage de femmes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein qui ont subi des analyses des récepteurs de l'œstrogène et de la progestérone et de la HER2 et qui ont eu des résultats positifs.

1. Numérateur : Nombre de cas de cancer du sein envahissant stadifié chez qui on a effectué l'analyse des récepteurs de l'œstrogène et de la progestérone et qui ont obtenu des résultats positifs.

Dénominateur : Nombre total de cas de cancer du sein envahissant.

2. Numérateur : Nombre de cas de cancer du sein envahissant stadifié chez qui on a effectué l'analyse de la HER2 et qui ont obtenu des résultats positifs.

Dénominateur : Nombre total de cas de cancer du sein envahissant.

Période de mesure : année de diagnostic 2010.

Stadification : Par région de santé.

Remarque : La région de santé est celle de résidence du patient au moment du diagnostic et non celui où l'intervention chirurgicale a eu lieu.

Source des données : Registre du cancer du N.-B.

INDICATEUR : État des marges de résection circonférentielles associées aux interventions chirurgicales liées au cancer du côlon ou du rectum

Définition : Pourcentage des nouveaux cas de cancer du côlon ou du rectum qui ont subi une résection et qui supposent des marges de résection circonférentielles.

Numérateur : Nombre de nouveaux cas de cancer du côlon ou du rectum qui ont subi une résection et qui supposent des marges de résection circonférentielles.

Dénominateur : Nombre total de nouveaux cas de cancer du côlon ou du rectum qui ont subi une résection.

Période de mesure : année de diagnostic 2010.

Source des données : Registre du cancer du N.-B.

INDICATEUR : **Invasion de la plèvre viscérale, cancer du poumon**

Définition : Pourcentage de nouveaux cas de cancer du poumon « non à petites cellules » qui ont subi une résection et qui supposent l'invasion de la plèvre viscérale.

Numérateur : Nombre de nouveaux cas de cancer du poumon « non à petites cellules » qui ont subi une résection et qui supposent l'invasion de la plèvre viscérale.

Dénominateur : Nombre total des cas de cancer du poumon « non à petites cellules » qui ont subi une résection.

Période de mesure : année de diagnostic 2010.

Source des données : Registre du cancer du N.-B.

INDICATEUR : **État de la marge chirurgicale, cancer de la prostate**

Définition : Pourcentage de nouveaux cas de cancer de la prostate (stades pT2 et pT3) qui ont subi une prostatectomie et qui avaient une marge chirurgicale positive.

Numérateur : Nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate (stades pT2 et pT3) qui ont subi une prostatectomie et qui supposaient une marge chirurgicale.

Dénominateur : Nombre total de nouveaux cas de cancer de la prostate (stades pT2 et pT3) qui ont subi une prostatectomie.

Période de mesure : année de diagnostic 2010.

Source des données : Registre du cancer du N.-B.

Radiothérapie

INDICATEUR : Ratio d'utilisation de la radiothérapie

Définition : Ratio de tous les traitements de radiothérapie (administrés à tous les patients atteints de cancer, nouveaux cas et cas récurrents, pour toute indication, à tout moment au cours de la maladie) aux nouveaux cas diagnostiqués en un an.

Numérateur : Nombre de traitements de radiothérapie administrés à tous les patients atteints de cancer, nouveaux cas et cas récurrents, pour toute indication, à tout moment au cours de la maladie.

Dénominateur : Nombre total de nouveaux cas diagnostiqués en un an.

Source des données :

Centres d'oncologie offrant la radiothérapie; Registre du cancer du N.-B.

Période : années civiles 2007 à 2010.

Exclusions : Cas de cancer de la peau localisés ou non mélaniques.

INDICATEUR : Capacité en accélérateurs linéaires

Définition : Disponibilité d'accélérateurs linéaires par habitant au Nouveau-Brunswick.

Numérateur : Nombre d'accélérateurs linéaires en état de fonctionnement au Nouveau-Brunswick.

Dénominateur : Population totale du Nouveau-Brunswick.

Source des données :

Centres d'oncologie offrant la radiothérapie; estimations de la population par âge et sexe pour le Canada, les provinces et les territoires, Statistique Canada au site www.statcan.gc.ca.

INDICATEUR : Taux d'utilisation des accélérateurs linéaires

Définition : Taux d'utilisation des accélérateurs linéaires.

Numérateur : Nombre de traitements de radiothérapie administrés à l'aide d'accélérateurs linéaires.

Dénominateur : Nombre d'accélérateurs linéaires en état de fonctionnement au Nouveau-Brunswick.

Source des données :

Centres d'oncologie offrant la radiothérapie.

Période : années civiles 2009 à 2011

INDICATEUR : Temps d'attente en radiothérapie

Définition : Pourcentage de patients en radiothérapie qui reçoivent leur premier traitement dans les quatre semaines suivant le moment où ils sont prêts au traitement.

Numérateur : Nombre de patients en radiothérapie qui ont reçu leur premier traitement dans les quatre semaines suivant le moment où ils étaient prêts au traitement.

Dénominateur : Nombre total de patients en radiothérapie recevant leur premier traitement.

Source des données :

Banque de données sur les traitements de radiothérapie du RCNB, centres d'oncologie offrant la radiothérapie.

Période : années civiles 2007 à 2012

Définition de « prêt au traitement » :

date à laquelle tout délai planifié est écoulé et à laquelle le patient est prêt à commencer le traitement sur les plans social, personnel et médical.

INDICATEUR : Utilisation de la RTMI

Définition : Pourcentage de traitements de radiothérapie par faisceaux de rayonnement externe administrés à l'aide de la technique de la RTMI, toutes les raisons, tous les types de cancer.

Numérateur : Nombre total de traitements de radiothérapie par faisceaux de rayonnement externe administrés à l'aide de la technique de la RTMI, toutes les raisons, tous les types de cancer.

Dénominateur : Nombre total de traitements de radiothérapie par faisceaux de rayonnement externe, toutes les raisons, tous les types de cancer.

Source des données :

Centres d'oncologie offrant la radiothérapie.

Période : années civiles 2010 et 2011

Thérapie générale

INDICATEUR : Temps d'attente d'une thérapie générale

Définition : Pourcentage des patients hospitalisés et des malades externes qui reçoivent leur premier traitement dans les sept jours suivant le moment où ils sont prêts au traitement.

Numérateur : Nombre total des patients hospitalisés et de malades externes qui ont reçu leur premier traitement dans les sept jours suivant le moment où ils étaient prêts au traitement.

Dénominateur : Nombre total de patients hospitalisés et de malades externes recevant leur premier traitement.

Période de mesure : 2009 à 2012.

Source des données :

L'information sur les temps d'attente d'une thérapie générale est déposée directement par les établissements qui fournissent les premiers traitements. L'information a été analysée par le RCNB, et l'exactitude des renseignements signalés est fonction des données déposées par les établissements.

Remarque :

Le projet pilote de surveillance des temps d'attente relatifs à une thérapie générale n'englobe que la population adulte (qu'il s'agisse de patients hospitalisés ou de malades externes) qui reçoit une chimiothérapie par intraveineuse dans un milieu hospitalier. Il y a des problèmes reconnus qui touchent la qualité de l'information sur les temps d'attente liés à la chimiothérapie, notamment les différences de fonctionnement des cliniques et les effectifs disponibles pour s'occuper des processus de collecte de données.

La date « prêt au traitement » correspond à la date à laquelle tout délai planifié est écoulé et à laquelle le patient est prêt à commencer le traitement, par exemple des délais planifiés pour des raisons personnelles du patient ou pour des raisons médicales.

Soins palliatifs et soins en fin de vie

INDICATEUR : Lieu du décès

Définition : Pourcentage de patients décédés de cancer par lieu du décès* : hôpital, autre établissement de soins de santé, maison privée et autre.

Numérateur : Nombre de patients décédés de cancer par lieu du décès* : hôpital, autre établissement de soins de santé, maison privée et autre.

Dénominateur : Nombre total de patients qui meurent de cancer.

Source des données :

Statistiques de l'état civil,
Services Nouveau-Brunswick

Période : de 2006 à 2010

* Lieu du décès indiqué sur le certificat de décès.

INDICATEUR : Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic de cancer qui ont été admis dans une unité de soins intensif (USI) et qui y sont décédés

Définition : Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic de cancer qui avaient été admis dans une unité de soins intensifs (USI) et qui y sont décédés.

Numérateur : Nombre de patients ayant reçu un diagnostic de cancer qui avaient été admis dans une unité de soins intensifs (USI) et qui y sont décédés.

Dénominateur : Nombre total de patients décédés de cancer.

Source des données :

Base de données sur les congés des patients du Nouveau-Brunswick; statistiques de l'état civil du Nouveau-Brunswick, Services Nouveau-Brunswick

Période : exercices 2007-2008 à 2010-2011.

INDICATEUR : Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic de cancer et ayant été admis pour des soins palliatifs dans un hôpital de soins de courte durée

Définition : Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic de cancer (principal diagnostic ou diagnostic subséquent) et ayant été admis pour des soins palliatifs dans un hôpital de soins de courte durée du N.-B. ou pour qui on a amorcé des soins palliatifs à tout moment pendant leur hospitalisation.

Numérateur : Nombre de patients ayant reçu un diagnostic de cancer et ayant été admis pour des soins palliatifs dans un hôpital de soins de courte durée du N.-B.

Dénominateur : Nombre total de patients ayant reçu un diagnostic de cancer et ayant été admis dans un hôpital de soins de courte durée du N.-B.

Source des données :

Base de données sur les congés des patients du Nouveau-Brunswick.

Période : exercices 2007-2008 à 2011-2012.

Remarque : Aux fins de ce rapport, on entend par congé d'hôpital accordé en soins palliatifs à une personne atteinte de cancer le congé d'un patient ayant reçu un diagnostic de cancer (principal diagnostic ou diagnostic subséquent, CIM-10 - CA, codes C000 à D4890) et ayant été admis dans un hôpital de soins de courte durée du N.-B. dans le but de recevoir des soins palliatifs ou pour qui des soins palliatifs ont été amorcés à tout moment au cours de l'hospitalisation (code Z51.5, Normes nationales de codification de l'ICIS, version 2009).

Au sujet de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

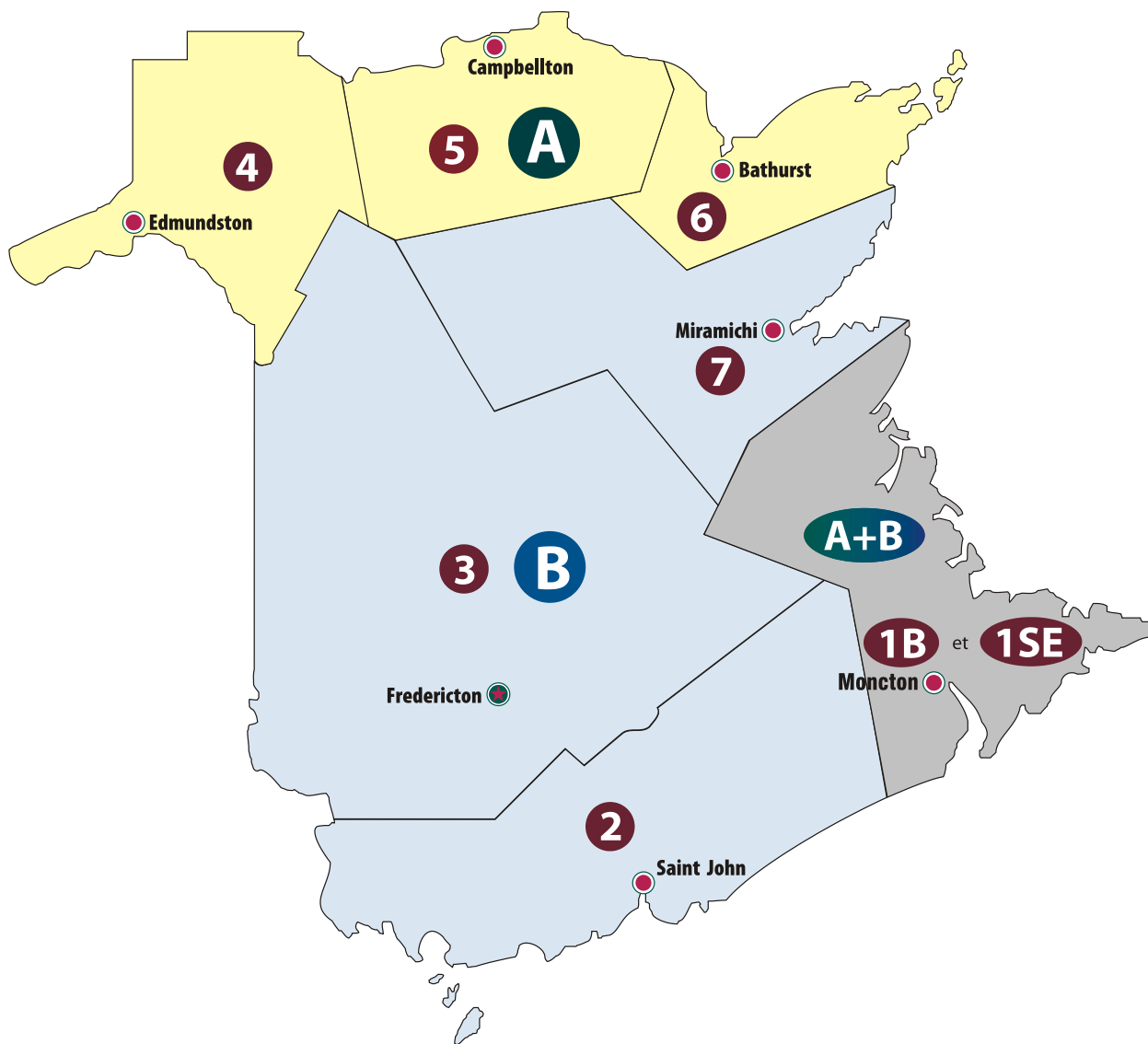
Les données relatives aux indicateurs pour la prévention et à certains indicateurs pour le dépistage proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), en collaboration avec la Direction de la responsabilisation et de la gestion de l'information sur la santé du ministère de la Santé du N.-B. L'ESCC est une enquête transversale réalisée chaque année depuis 2007. Avant cela, les enquêtes étaient réalisées tous les deux ans, et les données en découlant sont accessibles pour 2001, 2003 et 2005. La population cible de l'ESCC est constituée de tous les Canadiens âgés de 12 ans et plus. La réponse à l'enquête est volontaire, et les données sont recueillies directement auprès des répondants. Sont exclues de la base d'échantillonnage les personnes qui vivent sur des terres des Premières nations et de la Couronne, les pensionnaires d'un établissement institutionnel, les membres du personnel à temps plein des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées. L'ESCC se sert de jeux de questions qui restent à peu près les mêmes pendant plusieurs années, mais d'autres questions peuvent être facultatives ou changer d'un cycle à l'autre. Aux fins administratives, chacune des provinces est divisée en régions de santé. Le Nouveau-Brunswick est divisé en sept régions de la santé en vertu de la Loi sur les régies régionales de la santé (chapitre R-5.05).⁴⁸

Terminologie à propos de la mesure du rendement

Aux fins du présent rapport, le RCNB a généralement utilisé les définitions suivantes :

- Mesure du rendement :** Utilisation de preuves statistiques pour mesurer les progrès réalisés en vue d'atteindre les buts indiqués dans le mandat du RCNB.
- Indicateur de rendement :** Moyen de mesurer l'efficacité d'un système par rapport aux points de référence et aux cibles fixés. L'établissement d'indicateurs comparables présente l'avantage supplémentaire de permettre les comparaisons entre les systèmes de santé, par exemple d'une province à l'autre. Les indicateurs reposent sur des données recueillies de manière cohérente d'un site à l'autre.
- Point de référence :** Niveau de rendement considéré comme étant idéal en fonction de données probantes. Un point de référence reste le même d'un système à l'autre en raison de la nature des données probantes sur lesquelles il s'appuie.
- Cible :** Objectif qu'un système ou une organisation peut établir au cours d'une période donnée afin d'orienter les efforts déployés pour atteindre un point de référence. Une cible est discrétionnaire et peut prendre la forme d'un objectif de rendement.

ZONES DE SANTÉ DU NOUVEAU-BRUNSWICK



A Réseau de santé Vitalité
Vitalité Health Network

B Horizon Health Network
Réseau de santé Horizon

ANNEXE B

Liste de publications –Initiative sur le rendement du système de lutte contre le cancer du PCCC

Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) Publications sur le rendement du système auxquelles le RCNB a participé:

1. Partenariat canadien contre le cancer (2009). Initiative sur le rendement du système - Un premier rapport annuel. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer.
2. Partenariat canadien contre le cancer (2010). Rapport sur le rendement du système. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer.
3. Partenariat canadien contre le cancer (2011). Rapport de 2011 sur le rendement du système de lutte contre le cancer. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer.
4. Partenariat canadien contre le cancer (2012). Rapport de 2012 sur le rendement du système de lutte contre le cancer. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer.
5. Partenariat canadien contre le cancer (2012). Lutte contre le cancer du sein au Canada: Rapport thématique spécial sur le rendement du système. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer.

Les rapports sont disponibles au <http://www.vuesurlecancer.ca>