

# Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick

*Rapport sur le rendement du système de  
lutte contre le cancer 2019*

Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick -  
Rapport sur le rendement du système de lutte contre le cancer 2019

Publié par le :

Gouvernement du Nouveau-Brunswick  
Case postale 6000  
Fredericton (Nouveau-Brunswick)  
E3B 5H1  
Canada

Imprimé au Nouveau-Brunswick

ISBN 978-1-4605-2373-5 : Document imprimé (Bilingue)

ISBN 978-1-4605-2374-2 : PDF (Anglais)

ISBN 978-1-4605-2375-9 : PDF (Français)

12317-09-2019

# TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DU RÉSEAU DU CANCER DU NOUVEAU-BRUNSWICK.....	1
REMERCIEMENTS.....	2
LE FARDEAU DU CANCER AU NOUVEAU-BRUNSWICK.....	3
LISTE DES FIGURES.....	4
PRÉVENTION ET DÉPISTAGE.....	5
PRÉVENTION.....	5
Prévalence du tabagisme et abandon du tabagisme.....	5
Embonpoint et obésité.....	7
Vaccination contre le VPH.....	8
DÉPISTAGE.....	9
Dépistage du cancer du sein.....	9
Dépistage du cancer du col utérin.....	10
Dépistage du cancer du côlon.....	11
DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT.....	12
Temps d'attente pour les diagnostics de cancer du sein.....	12
Temps d'attente pour les diagnostics de cancer colorectal.....	13
Temps d'attente pour les interventions chirurgicales liées au cancer.....	14
Saisie de données sur la stadification concertée.....	14
Excision et examen de douze ganglions lymphatiques ou plus dans le cadre de résections relatives au cancer du côlon.....	15
État de la positivité des résultats d'analyse des récepteurs des hormones de l'oestrogène et de la progestérone et des HER2, cancer du sein .....	16
RADIOTHÉRAPIE.....	18
Temps d'attente pour la radiothérapie.....	18
Utilisation de la radiothérapie de conformation avec modulation d'intensité de dose.....	19
Traitements de radiothérapie préopératoires pour les patients atteints de cancer colorectal.....	20
TEMPS D'ATTENTE RELATIFS À LA THÉRAPIE SYSTÉMIQUE.....	21
PROGRAMME PROVINCIAL DE GREFFE DE CELLULES SOUCHES.....	22
SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE.....	22
RÉFÉRENCES.....	26
ANNEXE A – NOTES TECHNIQUES.....	28



## MESSAGE DU RÉSEAU DU CANCER DU NOUVEAU-BRUNSWICK

---

Le Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick (RCNB) est heureux de publier son deuxième rapport sur le rendement du système de lutte contre le cancer. Le RCNB, en tant que division du ministère de la Santé, a été chargé de coordonner, dans toute la province, l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies provinciales fondées sur des données probantes pour tous les aspects des soins oncologiques au Nouveau-Brunswick.<sup>1</sup>

Le cancer est la cause principale de décès et d'invalidité au Nouveau-Brunswick et au Canada en entier. Il est responsable de 30% de tous les décès, suivi par les maladies du cœur et cardiovasculaires. On estime que la moitié de la population canadienne développera un cancer au cours de sa vie.<sup>2,3</sup>

Le RCNB a pour but de réduire l'incidence du cancer et la mortalité qui y est associée et d'améliorer le bilan de santé des personnes atteintes du cancer. L'une des priorités principales pour atteindre ce but est de favoriser continuellement la qualité et la responsabilisation en mesurant régulièrement le rendement du réseau provincial du cancer. Les mesures du rendement recueillies et rapportées depuis la création du RCNB ont été choisies en fonction de leur pertinence stratégique, de leur importance dans le contexte du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick, de leur valeur scientifique et de leur comparabilité à l'échelle provinciale, nationale et internationale. Grâce à ce travail, la capacité du Nouveau-Brunswick de produire des rapports s'est considérablement améliorée au cours des dix dernières années. Le RCNB peut maintenant produire des rapports sur les traitements de radiothérapie, la stadification, la concordance avec les lignes directrices de traitement dans certains domaines et trois programmes de dépistage du cancer structurés en fonction de la population. Toutefois, il reste encore beaucoup de travail à faire dans certains domaines comme l'expérience vécue par les patients, ainsi que les soins palliatifs et de fin de vie.

Les efforts du RCNB visant à définir et à produire des rapports sur la mesure du rendement de la lutte contre le cancer sont inspirés de l'expérience de la participation à l'Initiative sur le rendement du système de lutte contre le cancer du PCCC. Le PCCC (Le Partenariat canadien contre le cancer) a été créé par le gouvernement fédéral, avec un financement de Santé Canada de mettre en œuvre la stratégie de lutte contre le cancer du Canada et d'aider à sa réussite. 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. Le RCNB est un partenaire actif de ce processus depuis 2009.

Le cancer touche tous les Néo-Brunswickois, qu'ils soient eux-mêmes atteints de la maladie, ou qu'un membre de leur famille, un ami, un voisin ou un collègue en soit atteint. Compte tenu de l'augmentation prévue du fardeau du cancer au cours des 10 prochaines années, nous espérons que le travail effectué sur la mesure du rendement de la lutte contre le cancer continuera de servir la communauté de lutte contre le cancer dans l'atteinte d'un niveau encore plus élevé de qualité et de rentabilité au Nouveau-Brunswick.

Le RCNB poursuivra son initiative sur le rendement du système de lutte contre le cancer en collaboration avec des partenaires provinciaux et nationaux pour la sélection et l'élaboration d'indicateurs de lutte contre le cancer, de points de référence et d'objectifs; le renforcement de l'utilisation des mécanismes de collecte de données existants et la mise au point de nouveaux mécanismes afin d'assurer la disponibilité de données de bonne qualité; et permettre la comparaison avec d'autres provinces.

## REMERCIEMENTS

---

Le Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick (RCNB) 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 :

D<sup>e</sup> Grlica Bolesnikov  
Directrice des opérations  
RCNB, ministère de la Santé, N.-B.

D<sup>r</sup> Eshwar Kumar  
Conseiller médical  
RCNB, ministère de la Santé, N.-B.

D<sup>r</sup> Réjean Savoie  
Conseiller médical  
RCNB, ministère de la Santé, N.-B.

D<sup>r</sup> Bin Zhang  
Épidémiologiste principal  
RCNB, ministère de la Santé, N.-B.

Jenna Clarkson  
Analyste fonctionnelle  
RCNB, ministère de la Santé, N.-B.

D<sup>e</sup> Julie Easley  
Gestionnaire de la mise en œuvre -  
Intervention pivot en oncologie  
RCNB, ministère de la Santé, N.-B.

Lisa Lemieux  
Soutien administratif  
RCNB, ministère de la Santé, N.-B.

Le RCNB tient également à remercier les collègues des Régies régionales de la santé et du ministère de la Santé qui ont fourni de l'information et des données utiles à la préparation de ce rapport.

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  
C.P. 5100, Place-HSBC, 2<sup>e</sup> étage  
Fredericton, Nouveau-Brunswick E3B 5G8  
Tél. : 1 506 453 5521  
Télec : 1 506 453 5522

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

En français: Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick: Rapport sur le rendement du système de lutte contre le cancer 2019

<https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/Cancer/2019-rapport-rendement-systeme-lutte-contre-cancer.pdf>

In English: [https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/en/Cancer/2019\\_cancer\\_system\\_performance.pdf](https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/en/Cancer/2019_cancer_system_performance.pdf)

## LE FARDEAU DU CANCER AU NOUVEAU-BRUNSWICK

---

- Les Statistiques canadiennes sur le cancer estiment qu'il y a eu 5100 nouveaux cas de cancer et 2 100 décès attribuables à cette maladie au Nouveau-Brunswick en 2019.<sup>2</sup>
- Globalement, le nombre de nouveaux cas de cancer augmente. Le nombre de nouveaux cas de cancer au N.-B. devrait augmenter de 50,6% d'ici 2030. Trois types de cancers devraient représenter la majorité des nouveaux cas : le cancer de la prostate, le cancer du poumon et le cancer colorectal chez les hommes, et le cancer du sein, le cancer du poumon et le cancer colorectal chez les femmes.<sup>4</sup>
- Pour les deux sexes confondus, en moyenne, 12,6 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués par jour pour la période de 2007 à 2013, contre 10,7 nouveaux cas par jour entre 2002 et 2006.<sup>4</sup>
- Les cancers les plus souvent diagnostiqués chez les hommes étaient le cancer du poumon, le cancer colorectal et le cancer de la prostate, qui comptaient pour 57,1% de tous les cancers. Les cancers les plus souvent diagnostiqués chez les femmes étaient le cancer du poumon, le cancer colorectal et le cancer du sein, qui comptaient pour 53,4% de tous les cancers.<sup>4</sup>
- En général, les taux de mortalité normalisés selon l'âge et la survie pour tous les cancers combinés se sont améliorés au fil des années. Ces améliorations sont liées à des améliorations dans le traitement et la détection précoce, ce qui a fait croître le nombre de personnes vivant plus longtemps après avoir obtenu un diagnostic de cancer, avec divers besoins en soins de santé.<sup>4</sup>
- Le cancer du poumon est la principale cause de décès attribuable au cancer chez les hommes et les femmes, comptant pour 32,3% et 26,2% de tous les décès attribuables au cancer, respectivement. Le cancer colorectal est la deuxième cause de décès attribuable au cancer chez les hommes et les femmes, comptant pour 11,2% et 13,5% de tous les décès attribuables au cancer.<sup>4</sup>



## LISTE DES FIGURES

---

- Figure 1 : Pourcentage de la population (âge  $\geq 12$ ) qui déclare fumer quotidiennement ou occasionnellement
- Figure 2 : Pourcentage de fumeurs récents (âge  $\geq 20$ ) qui ont cessé de fumer au cours des deux dernières années
- Figure 3 : Pourcentage des adultes qui se sont déclarés obèse ou faisant de l'embonpoint
- Figure 4 : Pourcentage des filles de 7<sup>e</sup> année ayant reçu toutes les doses du vaccin contre le VPH
- Figure 5 : Pourcentage de femmes (âgées de 50 à 74 ans) qui ont pris part au programme de dépistage du cancer du sein au cours des 30 derniers mois
- Figure 6 : Taux de participation normalisé selon l'âge pour les femmes âgées de 21 à 69 ans qui ont subi au moins un test Pap au cours des 42 derniers mois
- Figure 7 : 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
- Figure 8 : 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
- Figure 9 : 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
- Figure 10 : Pourcentage de résections du cancer du côlon où on a retiré et examiné douze ganglions lymphatiques ou plus
- Figure 11 : Pourcentage de femmes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein en 2014-2016, pour qui on a établi le stade et qui ont eu des résultats positifs pour les récepteurs de l'œstrogène ou de la progestérone
- Figure 12 : Pourcentage de femmes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein en 2016, pour qui on a établi le stade et qui ont eu des résultats positifs pour les récepteurs de la HER2
- Figure 13 : Temps d'attente médian et celui du 90<sup>e</sup> percentile pour la radiothérapie
- Figure 14 : 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
- Figure 15 : Pourcentage de traitements de radiothérapie préopératoires pour les patients atteints de cancer du rectum de stade II ou III
- Figure 16 : Pourcentage de patients recevant leur premier traitement de thérapie générale dans les sept jours suivants le moment où ils sont prêts au traitement
- Figure 17 : Lieu du décès, patients atteints de cancer
- Figure 18 : Pourcentage des patients ayant un diagnostic de cancer qui avaient été admis dans des USI et qui y sont décédés
- Figure 19 : 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



# PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

---

## PRÉVENTION

---

Un 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.<sup>5</sup> La recherche révèle qu'il est possible de prévenir jusqu'à deux tiers des cancers en mettant en œuvre des stratégies pour l'abandon du tabac, une amélioration de l'alimentation, une consommation d'alcool modérée, le maintien d'un poids santé et une activité physique régulière.<sup>6</sup>

Ce qui suit correspond à une sélection de haut niveau d'indicateurs pour la prévention qui correspondent à ceux utilisés dans d'autres rapports, comme les rapports sur le rendement du système de lutte contre le cancer du PCCC (Partenariat canadien contre le cancer) et les rapports de Statistique Canada. Ces indicateurs ont été regroupés à l'aide du dossier portant sur le Nouveau-Brunswick de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Compte tenu de la petite taille de l'échantillon, les résultats doivent être interprétés prudemment. 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.

### Prévalence du tabagisme et abandon du tabagisme

L'usage du tabac est la plus importante cause évitable de cancer et est responsable pour 30 % de tous les décès attribués au cancer.<sup>7,8</sup> L'usage du tabac réduit l'efficacité de nombreux traitements oncologiques et les données probantes appuient le besoin d'inclure des efforts assidus d'abandon du tabagisme auprès des patients atteints de cancer.<sup>9,10</sup> L'un des objectifs du RCNB, en collaboration avec les régions régionales de la santé, est de mettre en œuvre des méthodes cliniques d'abandon du tabac comme norme parmi les soins oncologiques dans les centres d'oncologie partout dans la province.

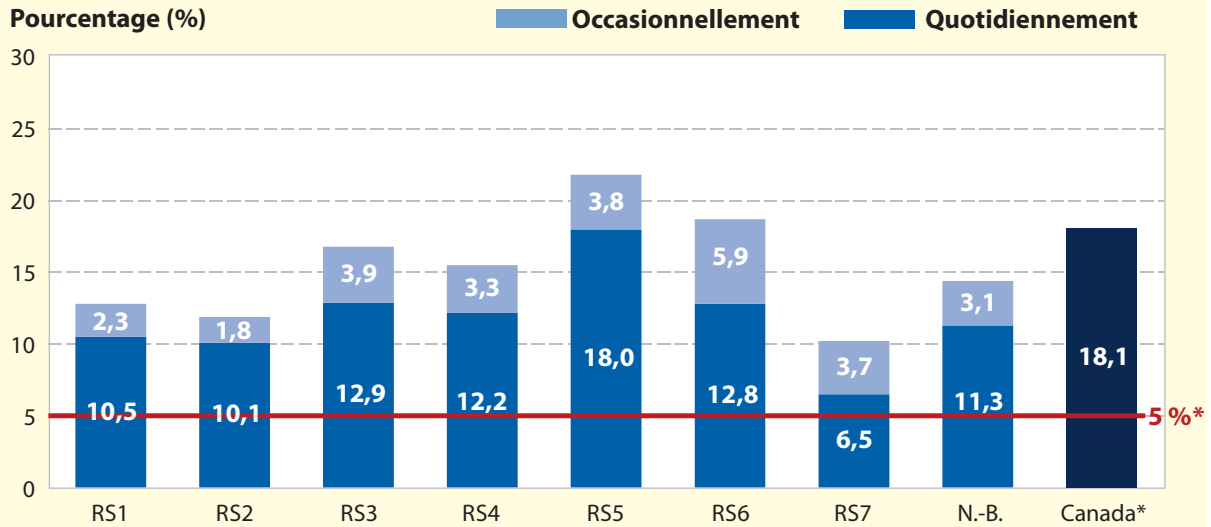
La prévalence du tabagisme au Nouveau-Brunswick (le nombre de Néo-Brunswickois âgés de 12 ans et plus qui déclarent fumer quotidiennement ou occasionnellement) a diminué pour passer de 21,6% en 2011 à 14,4% en 2017. Le pourcentage de la population qui déclare fumer oscille entre 10,2% dans la région de santé 7 et 21,8% dans la région de santé 5 (figure 1). Santé Canada a récemment établi l'objectif global de réduction la prévalence du tabagisme à 5% de la population en 2035.<sup>6</sup>

Les études ont montré que l'abandon du tabagisme réduit les risques de développer un cancer. En 2017, 22,1% des Néo-Brunswickois ont déclaré avoir cessé de fumer dans les deux années précédentes (figure 2). Les taux d'abandon du tabac variaient de 30,0% dans la région de santé 2 à 11,1% dans la région de santé 4.

**FIGURE 1**

**Pourcentage de la population (âge ≥ 12) qui déclare fumer quotidiennement ou occasionnellement**

Par région de santé, au Nouveau-Brunswick



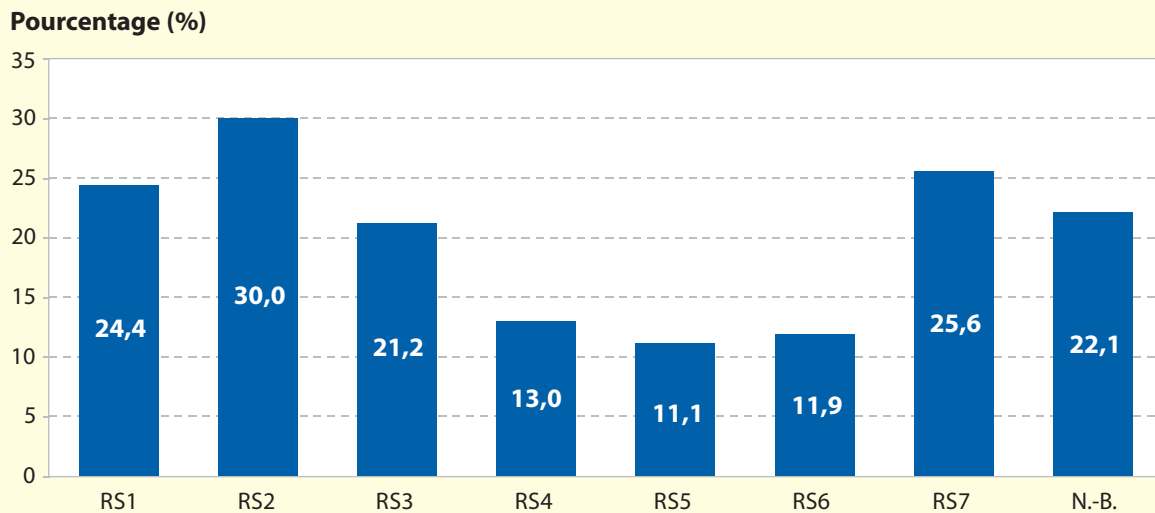
Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données du Nouveau-Brunswick, 2017

\*Rapport de 2018 sur le rendement du système de lutte contre le cancer du PCCC

**FIGURE 2**

**Pourcentage de fumeurs récents (âge ≥ 20) qui ont cessé de fumer au cours des deux dernières années**

Par région de santé, au Nouveau-Brunswick



Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données du Nouveau-Brunswick, 2017

## Embonpoint et obésité

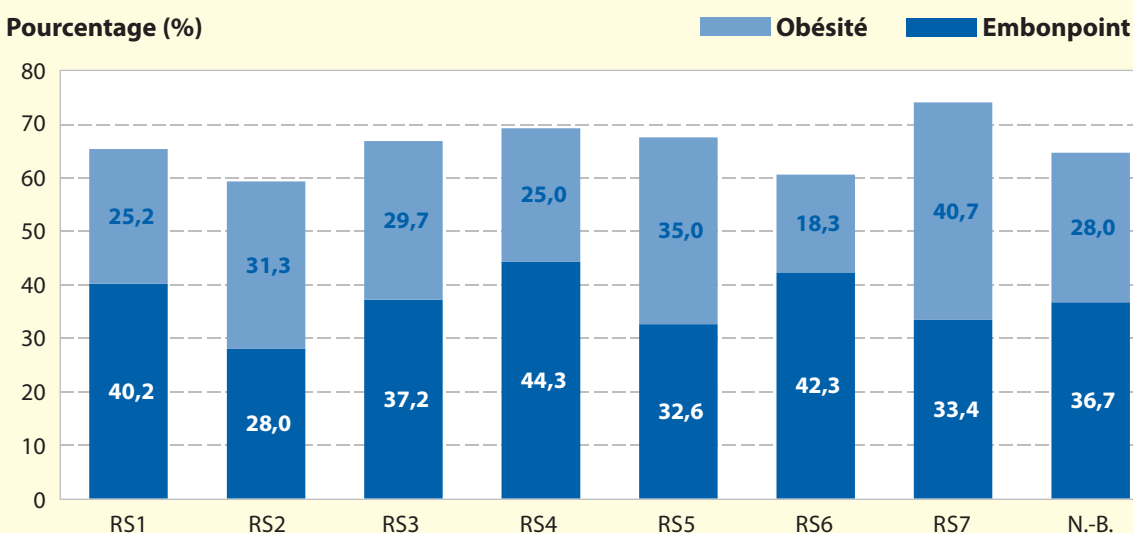
L'embonpoint et l'obésité sont des facteurs de risque pour plusieurs cancers, y compris les cancers du côlon, du sein, de l'endomètre, de la vésicule biliaire, du foie, du pancréas, de la prostate, de l'ovaire, et du rein. Les risques augmentent avec l'augmentation de l'indice de masse corporelle (IMC).<sup>6</sup>

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 64,7%, l'un des taux les plus élevés au Canada.<sup>8</sup> Le pourcentage d'adultes obèses ou faisant de l'embonpoint varie de 59,3% dans la région de santé 2 à 74,1% dans la région de santé 7 (figure 3).

**FIGURE 3**

### Pourcentage des adultes qui se sont déclarés obèse ou faisant de l'embonpoint

Par région de santé, au Nouveau-Brunswick



Source des données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données du Nouveau-Brunswick, 2017

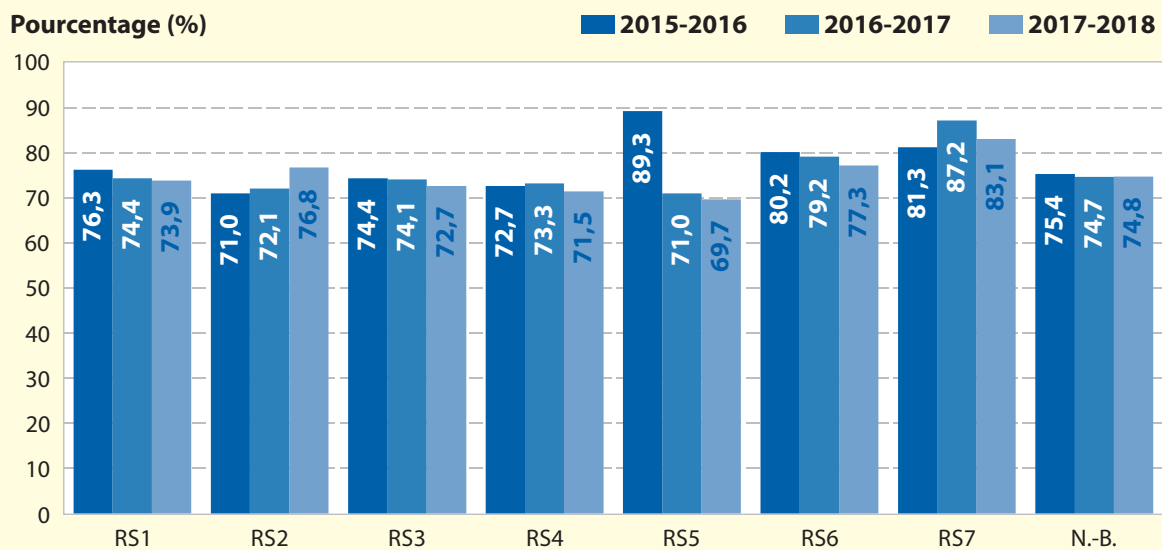
## Vaccination contre le VPH

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 des cancers du col de l'utérus, de l'oropharynx, du pénis et de l'anus.<sup>8</sup> En 2008, le Nouveau-Brunswick a mis en œuvre un nouveau programme scolaire d'immunisation contre le papillomavirus destiné aux filles de la 7<sup>e</sup> année (nées en 1995 et après) et financé par les fonds publics comme partie intégrante de la stratégie globale de la province en matière de dépistage et de prévention du cancer du col de l'utérus. Deux améliorations ont été mises en œuvre à l'automne de 2017 - le programme a été élargi pour comprendre les garçons de la 7<sup>e</sup> année (nés en 2005 et après) et le vaccin a été remplacé par un vaccin qui protège contre 5 autres souches du VPH. À compter de l'année scolaire 2015-2016, le Nouveau-Brunswick est passé d'un calendrier de vaccination à trois doses contre le VPH à un calendrier à deux doses.<sup>11</sup> La figure 4 montre le pourcentage de la population féminine, par année scolaire, qui a reçu la série complète du vaccin contre le VPH. En 2017-2018, 70,2% des élèves masculins au Nouveau-Brunswick ont reçu la série complète du vaccin contre le VPH, la couverture vaccinale variant de 62,0% dans la région de santé 4 à 73,3% dans les régions de santé 6 et 7. 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 4**

### Pourcentage des filles de 7<sup>e</sup> année ayant reçu toutes les doses du vaccin contre le VPH

Par région de santé et année scolaire



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

## DÉPISTAGE

La participation régulière à des programmes structurés de dépistage dans la population réduit le fardeau du cancer du sein, du col utérin et colorectal.<sup>12</sup> Le Nouveau-Brunswick a établi son programme de dépistage du cancer du sein en 1994. Le Programme de prévention et de dépistage du cancer du col utérin (PPDCCU) est en vigueur depuis novembre 2014 et le Programme de dépistage du cancer du côlon depuis juillet 2017. Le RCNB 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

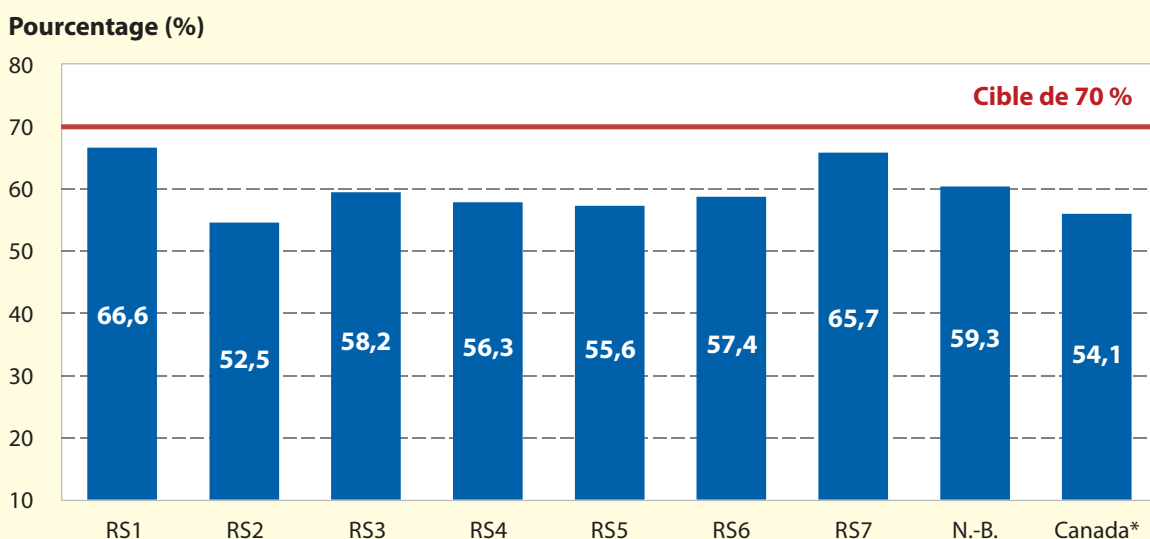
Au Nouveau-Brunswick, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes. En 2019, on estimait que 580 nouveaux cas seraient diagnostiqués et que 110 femmes succomberaient à la maladie.<sup>2</sup>

Les services de dépistage du cancer du sein (SDCS) du Nouveau-Brunswick sont offerts dans 14 centres de mammographie, dont 13 effectuent la mammographie de dépistage et la mammographie diagnostique, l'autre centre 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 74 ans n'ayant jamais reçu un diagnostic de cancer du sein. Les femmes à l'extérieur de ce groupe d'âge doivent être recommandées par un médecin ou une infirmière praticienne. Un dépistage aux 2 ou 3 ans est recommandé.

Les programmes canadiens structurés de dépistage du cancer du sein visent un taux de participation de 70%.<sup>13</sup> Le taux de participation a constamment augmenté au Nouveau-Brunswick, atteignant 59,3% dans la période de 2015-2017 (figure 5).

**FIGURE 5**  
**Pourcentage de femmes (âgées de 50 à 74 ans) qui ont pris part au programme de dépistage du cancer du sein au cours des 30 derniers mois**

Par région de santé, du 1er juillet 2015 au 31 décembre 2017



Source des données : Base de données sur le dépistage du cancer du sein au Nouveau-Brunswick

\*Partenariat canadien contre le cancer. Lutte contre le cancer du sein au Canada – Rapport thématique spécial sur le rendement du système

## Dépistage du cancer du col utérin

On estimait que 20 nouveaux cas de cancer du col utérin seraient diagnostiqués et que 10 femmes succomberaient à la maladie en 2019.<sup>2</sup>

Le Programme de prévention et de dépistage du cancer du col utérin du Nouveau-Brunswick est un programme de dépistage provincial créé pour faire en sorte que les Néo-Brunswickoises âgées de 21 à 69 ans passent régulièrement un test Pap. Dans le cadre du programme, les Néo-Brunswickoises admissibles reçoivent des lettres d'invitation, de rappel et de suivi selon les lignes directrices de la pratique clinique.<sup>14</sup> Des lettres de rappel sont également envoyées aux fournisseurs de soins de santé primaires lorsque les femmes sont en retard pour un suivi recommandé en raison de résultats anormaux au test de dépistage. Cela a été rendu possible grâce à la création du répertoire de données du Programme de prévention et de dépistage du cancer du col utérin du N.-B., un répertoire sécurisé de données sur les tests Pap effectués dans la province.

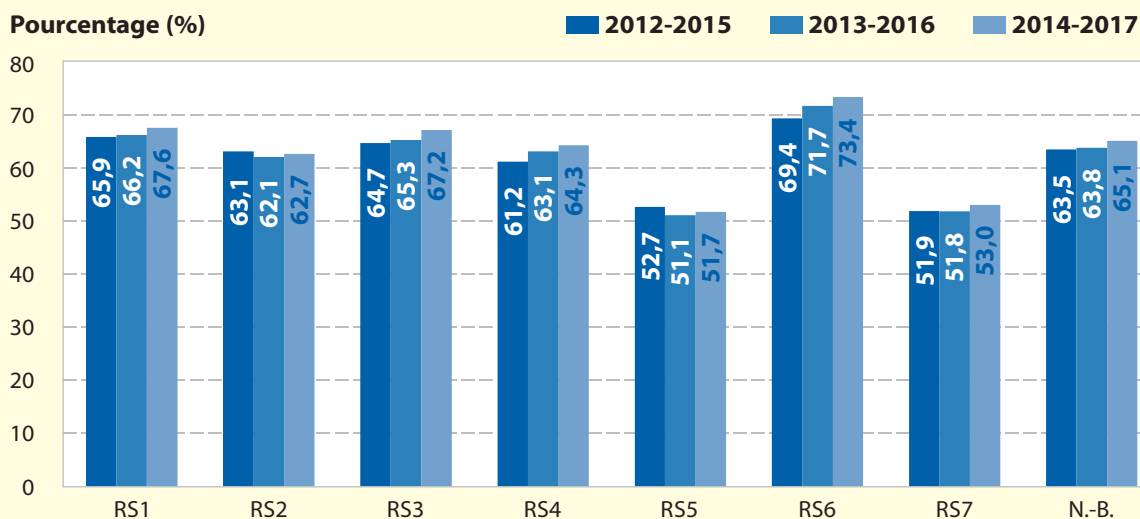
Le Guide de pratique clinique – Prévention et dépistage du cancer du col utérin au Nouveau-Brunswick, publié en 2011, recommande que le dépistage du cancer du col utérin se fasse chaque année jusqu'à l'obtention de trois résultats négatifs consécutifs au test Pap. Par la suite, l'intervalle de dépistage recommandé est de deux ou trois ans jusqu'à l'âge de 69 ans.<sup>14</sup>

La cible canadienne actuelle pour la participation aux programmes de dépistage du cancer du col utérin est établie à  $\geq 80\%$  dans une période de 42 mois pour les femmes âgées de 21 à 69 ans.<sup>13</sup> La figure 6 montre le pourcentage de femmes dans le groupe d'âge cible des 21 à 69 ans qui ont subi un test Pap dans une période de 42 mois, entre 2012 et 2017.

**FIGURE 6**

**Taux de participation normalisé selon l'âge\* pour les femmes âgées de 21 à 69 ans qui ont subi au moins un test Pap au cours des 42 derniers mois**

Par région de santé, 2012-2017



Sources de données : Répertoire du Programme de prévention et de dépistage du cancer du col utérin du N.-B.

\*Les pourcentages ne sont pas corrigés pour l'hystérectomie et sont normalisés selon les estimations de la population canadienne de 2011.

## Dépistage du cancer du côlon

On estimait que 650 nouveaux cas de cancer colorectal seraient diagnostiqués dans la province et que 230 résidents du Nouveau-Brunswick succomberaient à la maladie en 2019.

Le Programme provincial de dépistage du cancer du côlon a été mis sur pied en novembre 2014 et il est déployé à l'échelle provinciale depuis juillet 2017. Le Programme invite les hommes et les femmes asymptomatiques âgés de 50 à 74 ans à demander et à effectuer un test simple à la maison, le test immunochimique fécal (TIF).<sup>15</sup> Conformément au Guide de pratique clinique pour le dépistage du cancer du côlon, le Programme coordonne l'accès au dépistage complet et au processus de suivi des résultats anormaux.<sup>15</sup>

Étant donné que la mise en œuvre complète du programme est en cours, les données sur les taux de participation sont incomplètes. Toutefois, en date de décembre 2018, les taux de réponse (personnes répondant à l'invitation par demander le TIF) dans les zones de santé ont été plus élevés que prévu, variant de 26% à 35%. Pour la même période, le Programme a permis de détecter 219 cancers précoces chez des personnes asymptomatiques.

Le RCNB étudie continuellement les possibilités d'accroître la participation aux programmes de dépistage du cancer afin d'atteindre ou de dépasser les cibles nationales en matière de taux de participation. En 2014, le RCNB a lancé l'approche intégrée pour la mise en œuvre des programmes provinciaux de dépistage. Actuellement, seuls les processus liés aux programmes relatifs au côlon et au col utérin sont intégrés et hautement automatisés tout au long des étapes au moyen du Système d'information intégré centralisé sur le dépistage du cancer (SIIDC). Le SIIDC appuie les opérations automatisées des programmes, telles que les processus d'invitation et de réinvitation, la correspondance, la promotion, l'éducation, la surveillance de la qualité et l'évaluation du rendement.



# DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

## Temps d'attente pour les diagnostics de cancer du sein

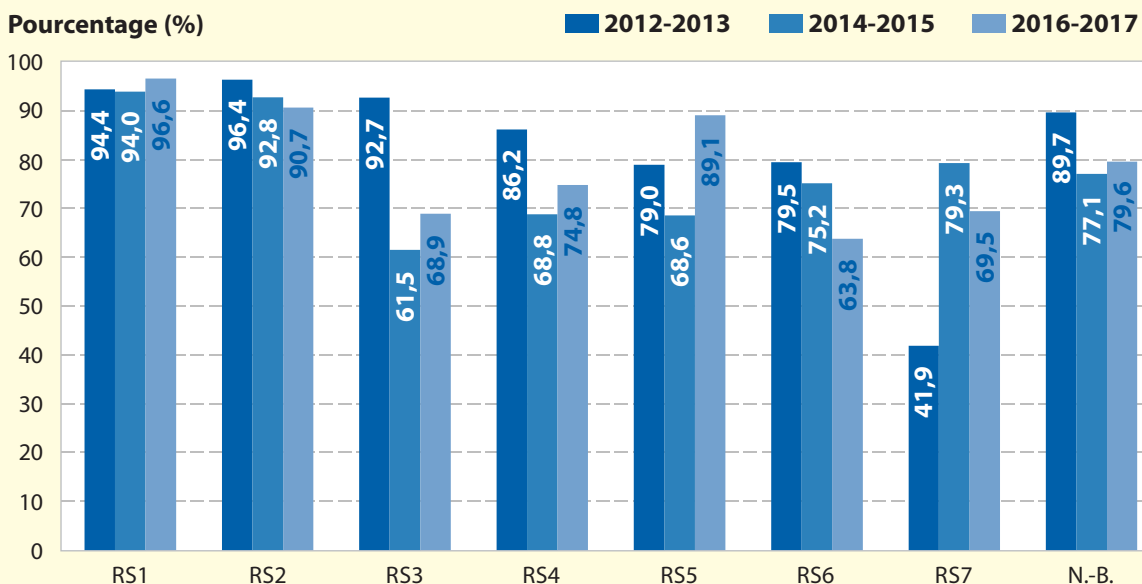
À la suite de résultats anormaux de dépistage, l'établissement en temps opportun d'un diagnostic définitif permet d'amorcer le traitement plus rapidement. Le Réseau canadien de dépistage du cancer du sein a établi les objectifs suivants pour les intervalles de diagnostic : d'arriver à s'occuper, dans un délai de cinq semaines d'au moins 90% des cas ayant un test de dépistage anormal quand aucune biopsie n'est nécessaire, et dans un délai de sept semaines d'au moins 90% des cas si une biopsie s'avère nécessaire.<sup>16</sup>

En 2016-2017, le pourcentage de femmes dont le diagnostic a été établi de manière définitive pendant la période cible de cinq semaines lorsqu'une biopsie n'était pas nécessaire oscillait entre 63,8% dans la région de santé 6 et 96,6% dans la région de santé 1 (figure 7).

**FIGURE 7**

**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, 2012-2017



Source des données : Base de données sur le dépistage du cancer du sein au Nouveau-Brunswick

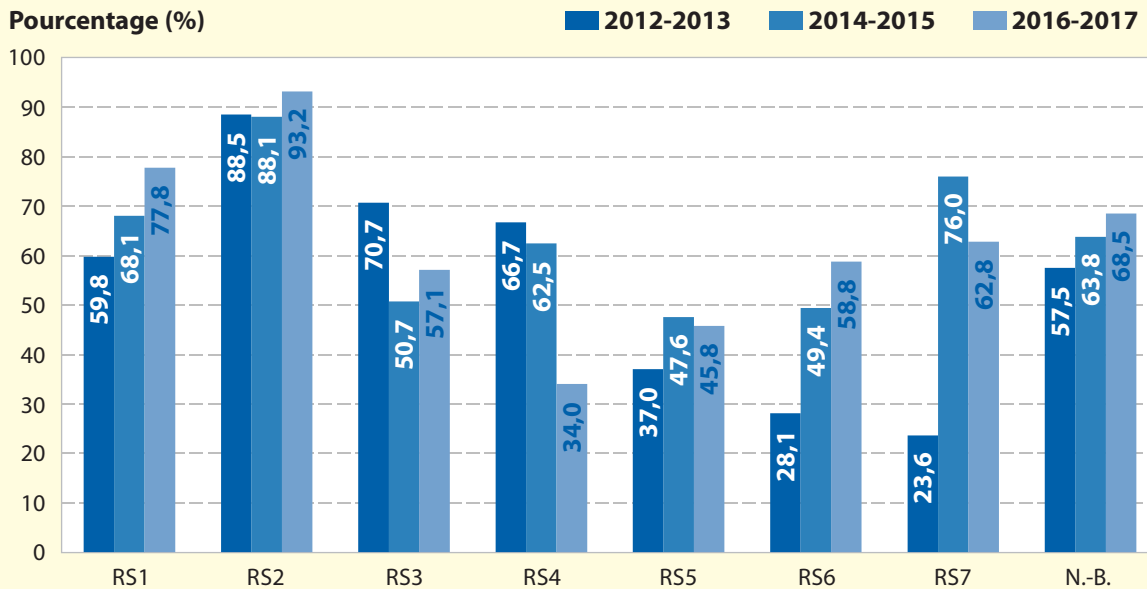
\* Le délai cible pour en arriver à la résolution d'un dépistage anormal du cancer du sein qui ne demande pas de biopsie est de 5 semaines

Le pourcentage de femmes dont le diagnostic a été établi de manière définitive pendant la période cible de sept semaines quand il faut recourir à la biopsie oscillait entre 34,0% dans la région de santé 4 et 93,2% dans la région de santé 2 pour la même période (figure 8).

**FIGURE 8**

**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, 2012-2017



Source des données : Base de données sur le dépistage du cancer du sein au Nouveau-Brunswick

\* 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 7 semaines

## Temps d'attente pour les diagnostics de cancer colorectal

Le Programme de dépistage du cancer du côlon organise centralement des colonoscopies de suivi pour les participants avec un résultat TIF positif (anormal). Les infirmières du Programme font une évaluation de la santé par téléphone et orientent les participants directement à la colonoscopie dans l'un des 11 établissements participants près du domicile du participant. Du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2018, 51,3% des colonoscopies ont été réalisées en respectant la cible nationale de 60 jours après le résultat anormal de l'analyse des selles.<sup>19</sup> Le temps d'attente médian était de 59 jours et le 90e percentile était 109 jours.

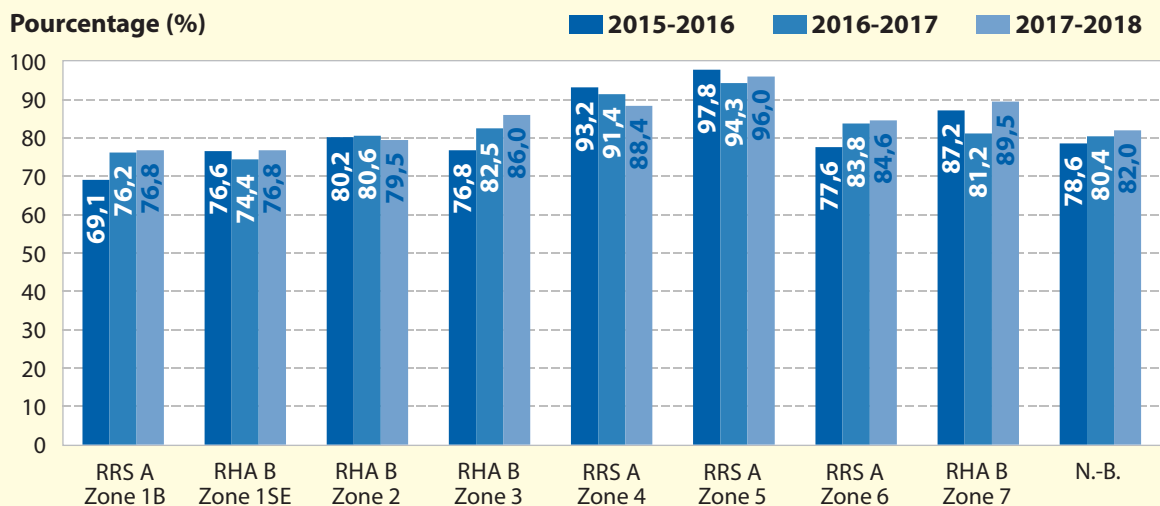
## Temps d'attente pour les interventions chirurgicales liées au cancer

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.<sup>18</sup> 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 (figure 9).

**FIGURE 9**

### 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 région de santé et par exercice financier, 2015-2017



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

Remarque : Le temps d'attente se mesure à compter de la date à laquelle le patient et le médecin s'entendent sur l'intervention chirurgicale et que le patient est prêt à la recevoir, jusqu'à la date à laquelle l'intervention chirurgicale est effectivement réalisée.

## Saisie de données sur la stadification concertée

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 l'avenir des résultats à long terme et de l'incidence des pratiques de détection ou de dépistage précoce.

Le RCNB a facilité la mise en œuvre du Projet national sur la stadification et la production de rapports synoptiques de pathologie, avec l'objectif de collecter des données normalisées sur la stadification concertée fondées sur la population pour les 5 principaux cancers (sein, colorectal, poumon, prostate et endomètre) à partir du Registre du cancer du Nouveau-Brunswick. La stadification relative à tous les cas nouveaux à l'aide de cette méthode de stadification 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, de cancer du poumon en 2010 et de l'endomètre en 2014. Le RCNB a entre autres pour objectif d'élargir la stadification et la

production de rapports synoptiques de pathologie aux autres sièges de cancer à partir d'éléments du College of American Pathology.

Le Nouveau-Brunswick a collecté 99,9% des données sur la stadification pour les cas nouveaux des 5 principaux cancers en 2014, 2015 et 2016. Les figures 10 à 12 font état d'une sélection d'indicateurs relatifs aux diagnostics, aux stades et aux traitements tirés du Registre du cancer du Nouveau-Brunswick.

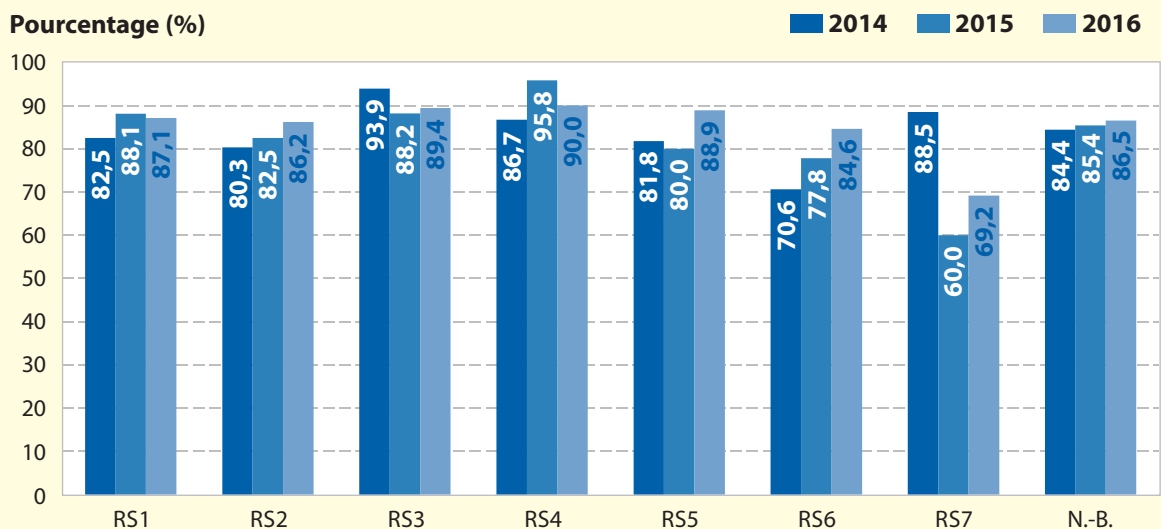
## Excision et examen de douze ganglions lymphatiques ou plus dans le cadre de résections relatives au cancer du côlon

Les lignes directrices cliniques recommandent l'examen d'au moins 12 ganglions lymphatiques pour permettre la stadification adéquate chez tous les patients atteints du cancer du côlon qui subissent une intervention chirurgicale.<sup>6</sup> Le pourcentage de résections du cancer du côlon où l'on a examiné 12 ganglions lymphatiques ou plus était de 84,4% en 2014, 85,4% en 2015 et 86,5% en 2016 (figure 12). En 2016, les taux pour les régions de santé variaient de 69,2% dans la région de santé 7, à 90,0% dans la région de santé 4. Le groupe de travail sur les points de référence et les cibles de rendement du système du PCC a établi à 90% la cible de 2014.<sup>19</sup>

**FIGURE 10**

### 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, 2014-2016



Source des données : Registre du cancer du Nouveau-Brunswick; Base de données sur les congés des patients du Nouveau-Brunswick.

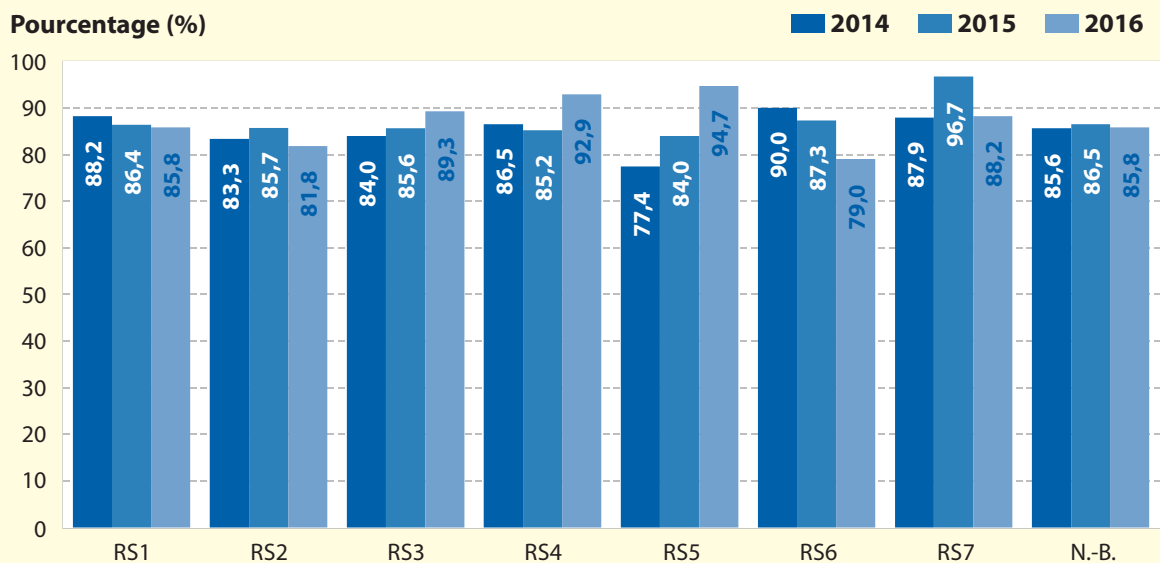
## État de la positivité des résultats d'analyse des récepteurs des hormones de l'œstrogène et de la progestérone et des HER2, cancer du sein

L'analyse des récepteurs d'hormone est critique pour la prise de décisions de traitement 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 et de la progestérone s'effectue dans la plupart des hôpitaux régionaux au 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 2016, 85,8% des femmes atteintes d'un cancer du sein envahissant ont eu des résultats positifs pour les récepteurs de l'œstrogène ou de la progestérone. La figure 11 montre une légère variation dans la positivité des analyses entre les zones de santé, qui va de 79,0% dans la région de santé 6 à 94,7% dans la région de santé 5. La positivité des résultats relatifs aux récepteurs de l'œstrogène et de la progestérone chez les Canadiennes atteintes d'un cancer du sein envahissant oscillait entre 84 % et 89 %, pour une moyenne canadienne globale de 85%.<sup>20</sup>

**FIGURE 11**

**Pourcentage de femmes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein en 2014-2016, 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, 2014-2016



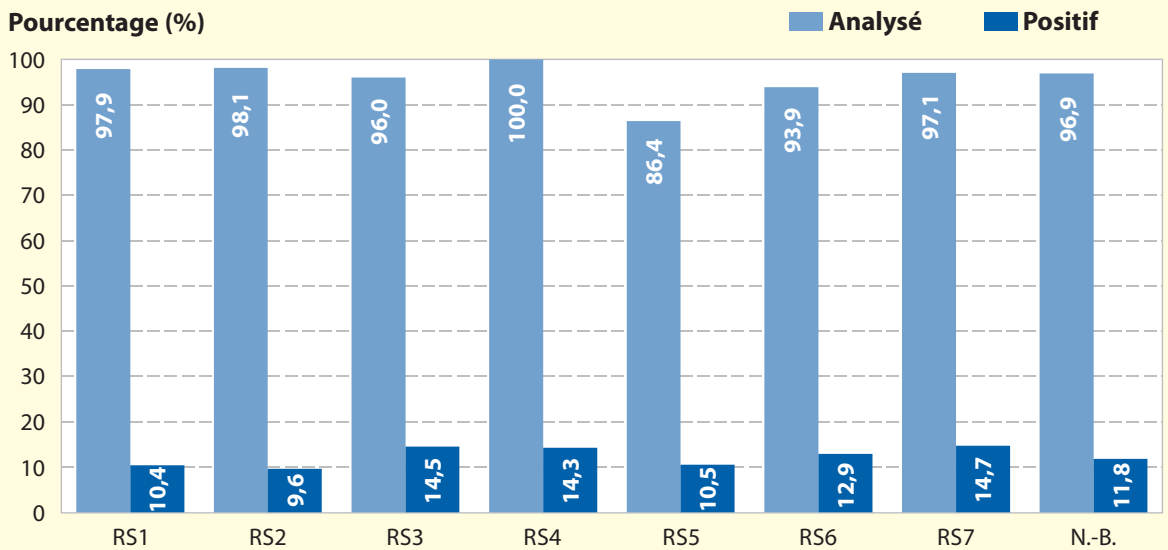
Source des données : Registre du cancer du Nouveau-Brunswick

Le pourcentage de femmes atteintes d'un cancer du sein envahissant qui avaient subi une analyse de la HER2 était de 96,9% en 2016, dont 11,8% ont obtenu un résultat positif (figure 14). La positivité aux analyses de la HER2 chez les Canadiennes atteintes d'un cancer du sein envahissant oscillait entre 9,6% et 14,7%, la moyenne canadienne étant de 13,8% comme l'indique le rapport Lutte contre le cancer du sein au Canada du PCCC.<sup>20</sup>

**FIGURE 12**

**Pourcentage de femmes nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein en 2016, pour qui on a établi le stade et qui ont eu des résultats positifs pour les récepteurs de la HER2**

Par région de santé, 2016



Source des données : Registre du cancer du Nouveau-Brunswick

## RADIOTHÉRAPIE

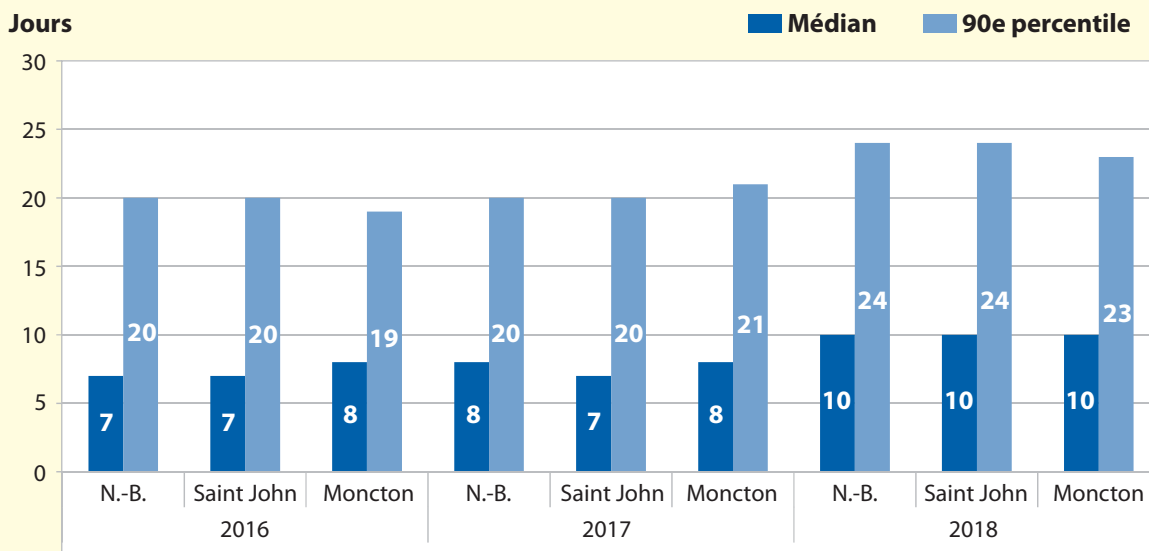
La radiothérapie est une importante composante des services de traitement du cancer. Le Nouveau-Brunswick compte deux centres tertiaires de lutte contre le cancer qui offrent la radiothérapie aux patients atteints de cancer : l'hôpital régional de Saint John, à Saint John, et Centre hospitalier universitaire 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.<sup>18</sup> 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 2018, 95,2% des patients de la province avaient commencé leur radiothérapie dans les quatre semaines suivant le moment où ils étaient prêts à recevoir leur traitement. Le temps d'attente médian était de 10 jours et le 90e percentile était 24 jours (figure 13). L'objectif provincial est que 90% ou plus des patients dans les quatre semaines après la date à laquelle ils sont considérés comme prêts à recevoir le traitement.

**FIGURE 13**

### Temps d'attente médian et celui du 90e percentile pour la radiothérapie

Par établissement de traitement de radiothérapie, 2016-2018



Source des données : Répertoire sur l'accès aux traitements en oncologie



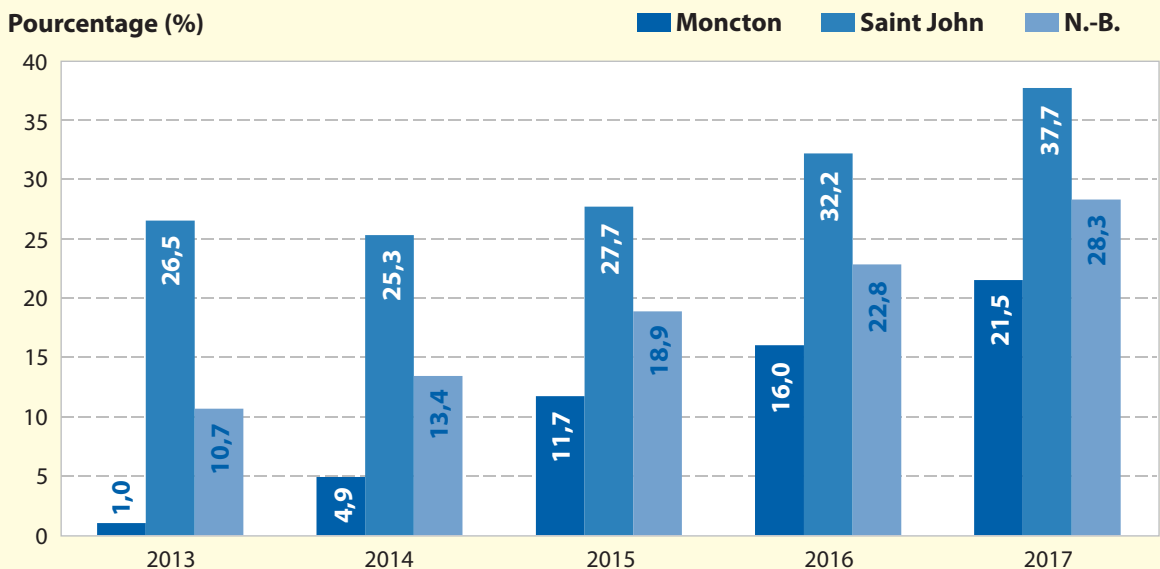
L'adoption de techniques thérapeutiques plus complexes comme la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (RCMI), une méthode pour administrer des doses élevées de radiation avec davantage de précision tout en réduisant les dommages aux tissus sains voisins, a amélioré l'administration de la radiothérapie. L'introduction de la RCMI a commencé graduellement, et on s'en sert pour certains cas, surtout pour le cancer de la prostate, de la tête et du cou. Le pourcentage de tous les traitements administrés à l'aide de la technique de la RCMI a augmenté, passant de 10,7% en 2013 à 28,3% en 2017 (figure 14).

Parmi les autres améliorations qui ont été apportées à l'administration des traitements figurent la radiochirurgie stéréotaxique sans cadre utilisant la radiothérapie guidée par la surface; la radiothérapie stéréotaxique corporelle (RSC) pour les poumons; la radiothérapie en inspiration profonde bloquée pour le sein gauche; et l'élargissement des services de brachythérapie à Saint John. À Moncton, les programmes de curiethérapie à haut débit de dose pour le cancer de la prostate et le cancer gynécologique sont offerts depuis 2003 et 2009 respectivement, et la radiothérapie en inspiration profonde bloquée a été mise en œuvre en janvier 2019.

**FIGURE 14**

**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 de traitement de radiothérapie, 2013-2017



Source des données : Centres de traitements de radiothérapie du RCNB

Remarque : Peut comprendre des patients qui résident dans une autre province

## Traitements de radiothérapie préopératoires pour les patients atteints de cancer colorectal

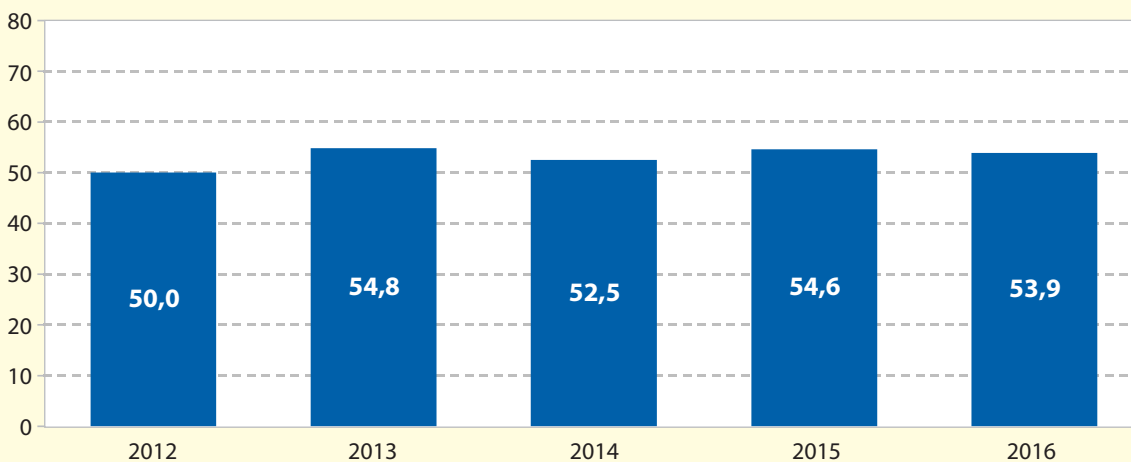
Les traitements de radiothérapie préopératoires (avec la chimiothérapie) sont associés à des améliorations du contrôle local des maladies et à une réduction de la toxicité en rapport avec le traitement pour les patients atteints de cancer colorectal de stade II ou III en comparaison avec les traitements de radiothérapie postopératoires.<sup>19,21</sup> Au Nouveau-Brunswick le pourcentage de personnes atteintes de cancer colorectal de stade II ou III qui ont reçu des traitements de radiothérapie préopératoires varie de 50,0% à 54,8% sur une période de cinq ans (figure 15). Selon le dernier rapport sur le rendement du système de lutte contre le cancer au Canada, l'utilisation de la radiothérapie préopératoire pour les patients du cancer du rectum de stade II ou III variait de 52,5% au Nouveau-Brunswick à 64,7% à l'Île-du-Prince-Édouard.<sup>6</sup>

**FIGURE 15**

### Pourcentage de traitements de radiothérapie préopératoires pour les patients atteints de cancer du rectum de stade II ou III

Par année de diagnostic, 2012-2016

Pourcentage (%)



Source des données : Registre du cancer du Nouveau-Brunswick et Répertoire sur l'accès aux traitements en oncologie

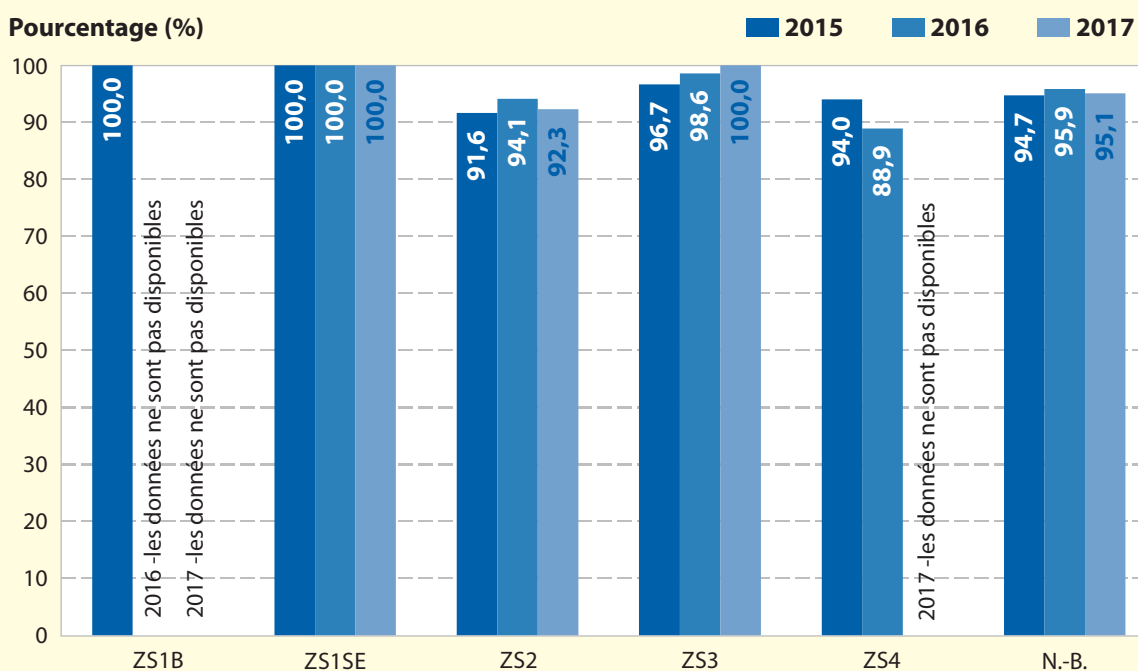
## TEMPS D'ATTENTE RELATIFS À LA THÉRAPIE SYSTÉMIQUE

Le RCNB déploie aussi des efforts pour étendre la surveillance et la mesure des temps d'attente au secteur de la thérapie systémique. Un projet pour la surveillance des temps d'attente relatifs à la thérapie systémique a été entrepris avec les régies régionales de la santé afin d'élaborer des définitions et des processus communs pour rendre compte des temps d'attente relatifs à la thérapie systémique depuis le moment où les patients sont considérés comme prêts au traitement jusqu'au moment où ils reçoivent leur premier traitement (figure 16).

**FIGURE 16**

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

Par zone de santé, 2015-2017



Source de données : Zones de santé

Remarque : Données sur les patients externes seulement; Les données des zones 5,6 et 7 sont rapportées par les Zones 1B et 1SE

## 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, 180 greffes de cellules souches ont été réalisées. Les données relatives aux patients démontrent que tous les paramètres désirés ont été atteints. Les indicateurs de résultats se basent sur les normes de la FACT (Foundation for Accreditation of Cellular Therapy). Certains cas de greffe ont eu recours à des traitements de pointe et ont participé à la recherche pour des essais cliniques.

Le Programme de greffe de cellules souches du Nouveau-Brunswick collabore en tant que centre de recherche avec le CIBMTR (Center for International Blood and Marrow Transplant Research) et lui soumet tous ses résultats des greffes dans le cadre d'un processus d'évaluation par les pairs. Le CIBMTR collabore avec la communauté scientifique internationale à l'avancement de la recherche mondiale sur la greffe de cellules hématopoïétiques et la thérapie cellulaire. En tant que programme de recherche conjointe du National Marrow Donor Program et du Medical College of Wisconsin, le CIBMTR favorise la recherche cruciale qui contribue à améliorer la survie et la qualité de vie de milliers de patients.

En septembre 2016, le programme de greffe a commencé à offrir des traitements extracorporels avec photorèse pour le lymphome T cutané, la maladie du greffon contre l'hôte (MGCH), et d'autres maladies auto-immunes dermatologiques. Les traitements extracorporels avec photorèse sont une forme de thérapie cellulaire efficace pour contrôler le système immunitaire sans causer de maladies graves. Utilisés pour traiter la maladie du greffon contre l'hôte, ils bloquent le système immunitaire juste assez pour atténuer les dommages au corps du greffé; ils n'occasionnent pas une trop grande immunosuppression, qui pourrait mener à des infections mortelles ou des cancers secondaires. Le programme étant le seul fournisseur de traitements extracorporels avec photorèse au Canada atlantique, son succès est impressionnant, avec 1000 traitements extracorporels avec photorèse effectués à ce jour.<sup>22</sup>

## SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

---

Au Nouveau-Brunswick, les services de soins palliatifs sont fournis dans des résidences privées, des foyers de soins spéciaux, des résidences communautaires, des foyers de soins, des hôpitaux et certains centres de santé communautaires. Les centres de soins palliatifs résidentiels du Nouveau-Brunswick sont situés à Saint John et Fredericton, et sont en cours d'implantation à Miramichi et à Moncton. Le niveau et l'uniformité des services varient d'une région à l'autre de la province et, dans la plupart des cas, les initiatives à ce jour ont été axées surtout sur l'aspect fin de vie des soins palliatifs.

Le RCNB a reconnu comme partie intégrante de son mandat la nécessité d'adopter une approche provinciale quant aux soins palliatifs et aux soins de fin de vie liés au cancer. L'une des premières initiatives a été l'organisation et la tenue d'un forum provincial sur les soins palliatifs destinés aux personnes atteintes de cancer, forum auquel participaient des intervenants clés de toute la province. Ce forum a fourni au RCNB les thèmes clés pour l'aider à orienter le programme de soins palliatifs destinés aux personnes atteintes de cancer au Nouveau-Brunswick.

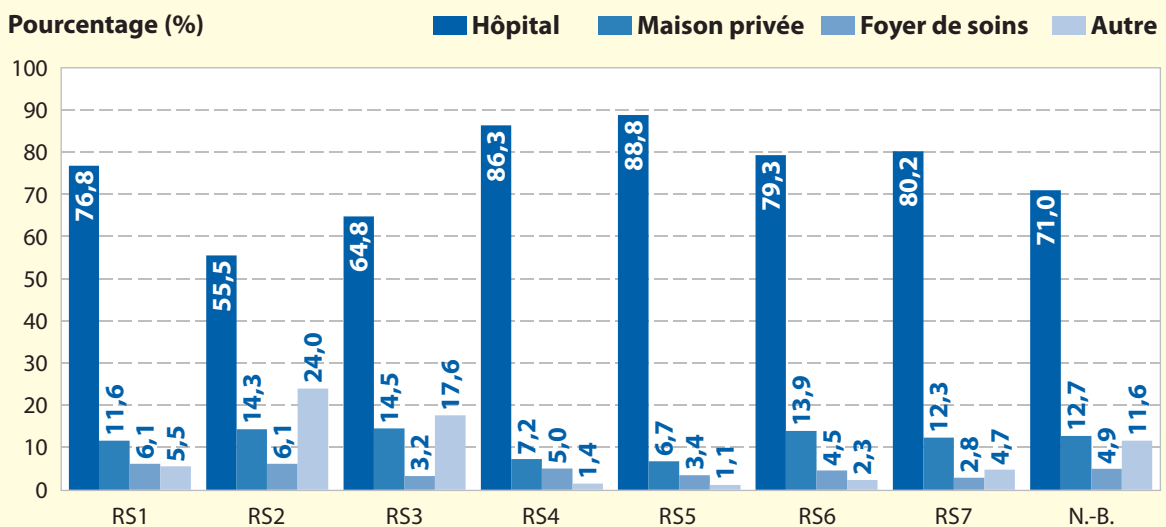
Le mois d'avril 2018 a vu la publication du document intitulé Les soins palliatifs au Nouveau-Brunswick : Soins axés sur la personne et cadre de services intégrés.<sup>23</sup> L'objectif du Cadre est de définir les orientations stratégiques des services intégrés de soins palliatifs et de fin de vie afin d'améliorer la qualité de vie des Néo Brunswickois vivant avec des maladies limitant l'espérance de vie, leurs familles

et leurs soignants. L'une des priorités principales définies dans le Cadre est la collecte de données pour soutenir l'amélioration continue en matière de soins palliatifs.

La plupart des indicateurs publiés sur la qualité des soins palliatifs et des soins de 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 des hôpitaux). Ces données sont très précieuses, mais de nombreuses limites ont été constatées, comme une faible comparabilité et le manque de données relatives à l'expérience du patient.<sup>24</sup>

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.<sup>6,25</sup> La figure 17 montre que 71,0% des patients néo-brunswickois atteints de cancer sont décédés à l'hôpital et 12,7% sont décédés à leur domicile en 2017. Le pourcentage de patients atteints de cancer qui sont décédés à l'hôpital variait de 55,5% dans la région de santé 2 à 88,8% dans la région de santé 5. Au Canada, 43,0% des décès attribués au cancer se sont produit à l'hôpital, et les pourcentages variaient entre les provinces, de 37,0% en Ontario à 70,0% au Manitoba et au Nouveau-Brunswick.<sup>26</sup>

**FIGURE 17**  
**Lieu du décès, patients atteints de cancer**  
Par région de santé, 2017



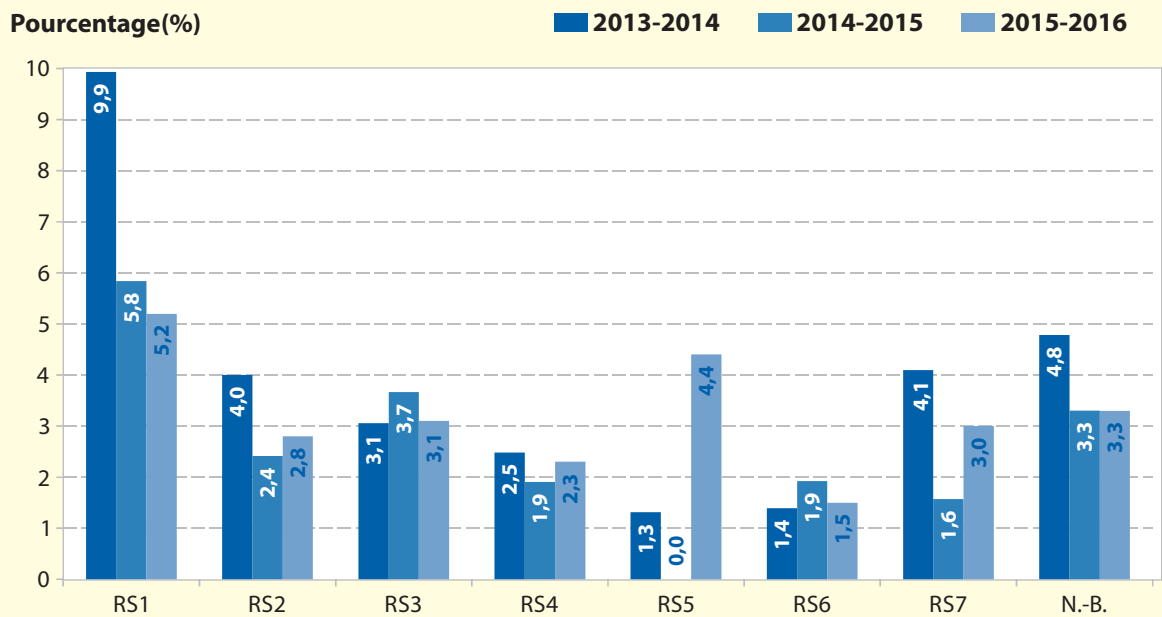
Source des données : Statistiques sur l'état civil, Services Nouveau-Brunswick  
Remarque : « Autres » comprend les décès à l'arrivée/SU/patients externes, salon funéraire, autre établissement de soins de santé, et autres.

Un des indicateurs souvent signalés 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 une préparation à la mort imminente fondée sur 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. Durant l'exercice financier 2015-2016, 3,3% des décès attribués au cancer ont été consignés pour des patients qui avaient été admis en USI. Ce taux oscille entre 5,2% dans la région de santé 1 et 1,5% dans la région de santé 5 (figure 18).

**FIGURE 18**

**Pourcentage des patients ayant un diagnostic de cancer qui avaient été admis dans des USI et qui y sont décédés**

Par région de santé et exercice financier-2013/2014 - 2015/2016



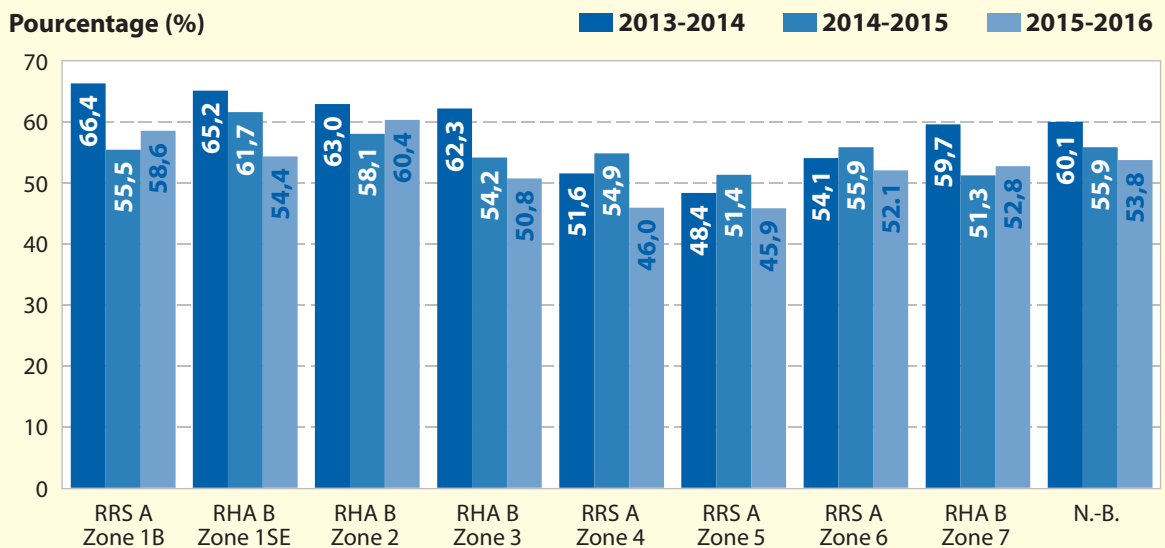
Source des données : Base de données des statistiques de l'état civil du Nouveau-Brunswick et base de données sur les congés des patients

Les patients atteints de cancer constituent la majorité des patients qui obtiennent des soins palliatifs et des soins de fin de vie.<sup>27</sup> La figure 19 illustre des données de la Base de données sur les congés des patients (BDGP) du Nouveau-Brunswick qui ne correspondent qu'aux patients hospitalisés des services de soins de courte durée. Les renseignements sur les patients qui reçoivent des soins palliatifs dans la collectivité (maisons privées, foyers de soins spéciaux, résidences communautaires, foyers de soins ou centre de soins palliatifs) ne sont pas recueillis de manière systématique et coordonnée. Au cours de la période 2015-2016, 53,8% (en moyenne) des patients en soins palliatifs obtenant leur congé d'un hôpital du Nouveau-Brunswick avaient reçu un diagnostic de cancer (figure 19).

**FIGURE 19**

**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 région de santé et exercice financier, 2013/2014 - 2015/2016



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



## RÉFÉRENCES

---

1. Réseau du Nouveau Brunswick de lutte contre le cancer (RNBLC) : cadre d'imputabilité. 2003. Sur internet : <http://leg-horizon.gnb.ca/e-repository/monographs/30000000044025/30000000044025.pdf> (consulté le 05/04/2019).
2. Comité consultatif de la Société canadienne du cancer : Statistiques canadiennes sur le cancer 2019. Toronto, ON : Société canadienne du cancer, 2019.
3. Agence de la santé publique du Canada. Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2010. Ottawa, ON:2017. Sur internet: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ebic-femc/index-eng.php> (consulté le 05/04/2019).
4. Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick. Le cancer au Nouveau-Brunswick 2007-2013. Gouvernement du Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé; 2018
5. Gapstur, S. M., Drope, J. M., Jacobs, E. J., Teras, L. R., McCullough, M. L., Douglas, C. E., ... & Brawley, O. W. (2018). A blueprint for the primary prevention of cancer: Targeting established, modifiable risk factors. *CA : a cancer journal for clinicians*, 68(6), 446-470.
6. Partenariat Canadien contre le cancer. Rapport de 2018 sur le rendement du système de lutte contre le cancer Toronto:Partenariat Canadien contre le cancer; 2018
7. American Cancer Society. Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figures 2017-2018. Atlanta : American Cancer Society; 2017
8. Comité consultatif de la Société canadienne du cancer : Statistiques canadiennes sur le cancer 2015. Toronto, ON : Société canadienne du cancer, 2015
9. Warren, G. W., Kasza, K. A., Reid, M. E., Cummings, K. M., & Marshall, J. R. (2013). Smoking at diagnosis and survival in cancer patients. *International Journal of Cancer*, 132(2), 401-410.
10. Warren, G. W., Sobus, S., & Gritz, E. R. (2014). The biological and clinical effects of smoking by patients with cancer and strategies to implement evidence-based tobacco cessation support. *The Lancet Oncology*, 15(12), e568-e580.
11. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. Rapport sur la vaccination des garderies, de l'entrée scolaire et des programmes scolaires pour l'année scolaire 2015/16 Accessed January 2019 at: [https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/MaladiesTransmissibles/ProfessionnelsEnSantePublique/Rapport\\_immunisation\\_regionale\\_SP\\_2016.pdf](https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/MaladiesTransmissibles/ProfessionnelsEnSantePublique/Rapport_immunisation_regionale_SP_2016.pdf)
12. Spayne, M., Rabeneck, L. and Guerriero, L. Successes and Challenges in Population-Based Cancer Screening. *Healthcare Quarterly* 2015; 17: 16-22
13. Partenariat Canadien contre le cancer. Dépistage du cancer au Canada : aperçu de la participation au dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et colorectal Toronto, ON : Partenariat Canadien contre le cancer, 2015
14. Réseau du cancer du Nouveau Brunswick. Guide de pratique clinique : Prévention et dépistage du cancer du col utérin (col de l'utérus) au Nouveau Brunswick. Ministère de la Santé; 2011
15. Réseau du cancer du Nouveau Brunswick. Guide de pratique clinique pour le dépistage du cancer du côlon au Nouveau-Brunswick. Ministère de la Santé; 2013
16. Partenariat canadien contre le cancer. Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada rapport sur la performance des programmes en 2007 et en 2008. Toronto: Partenariat canadien contre le cancer; 2013.
17. Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer colorectal au Canada : Surveillance et évaluation des indicateurs de la qualité – Rapport des résultats de janvier 2013 à décembre 2014. Toronto : Partenariat canadien contre le cancer, 2017.
18. Santé Canada, système de santé: Réunion des premiers ministres sur l'avenir des soins de santé 2004, «Un plan décennal pour consolider les soins de santé», 15 septembre 2004.

19. Partenariat Canadien contre le cancer. Rapport de 2016 sur le rendement du système de lutte contre le cancer Toronto:Partenariat Canadien contre le cancer; 2016.
20. Partenariat Canadien contre le cancer. Lutte contre le cancer du sein au Canada: Rapport thématique spécial sur le rendement du système Toronto : Partenariat Canadien contre le cancer, 2012.
21. Benson, A. B., Venook, A. P., Al-Hawary, M. M., Cederquist, L., Chen, Y., Ciombor, K. K., ... & Freedman-Cass, D. A. (2018). Rectal Cancer, Version 2.2018, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Journal of the National Comprehensive Cancer Network J Natl Compr Canc Netw, 16(7), 874-901.
22. Byrne, L. (6 mars 2019) Mise à jour par courriel au nom du Groupe de travail du Programme de greffe de cellules souches du Nouveau-Brunswick
23. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. Les soins palliatifs au Nouveau-Brunswick : soins axés sur la personne et cadre de services intégrés. Fredericton, NB : Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2018
24. 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
25. Association canadienne de soins palliatifs. Résultats du sondage sur l'initiative Aller de l'avant. Ottawa:Association canadienne de soins palliatifs, December 2013.
26. Partenariat canadien contre le cancer. Soins palliatifs et de fin de vie : rapport sur le rendement du système de lutte contre le cancer. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer, septembre, 2017
27. Institut canadien d'information sur la santé. Accès aux soins palliatifs au Canada. Ottawa, ON : ICIS; 2018.

# ANNEXE A – NOTES TECHNIQUES

## Prévention

### INDICATEUR : Prévalence du tabagisme (figure 1)

**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 :** 2017.

### INDICATEUR : Cessation du tabagisme (figure 2)

**Définition :** Pourcentage de fumeurs récents, quotidiens ou occasionnels, de 20 ans et plus qui ont signalé avoir cessé de fumer au cours des deux dernières années et qui ne fument plus.

**Numérateur :** Anciens fumeurs de 20 ans et plus qui ne fumaient plus au moment de l'enquête qui ont cessé au cours des deux dernières années (fumeurs qui ont cessé récemment).

**Dénominateur :** Fumeurs qui ont cessé pendant moins que 2 ans ou fumeurs actuels (fumeurs quotidiens ou occasionnels ayant fumé plus de 100 cigarettes au cours de leur vie), âgés de 20 ans et plus.

**Source des données :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, données du Nouveau-Brunswick.

**Période de mesure :** 2017.

### INDICATEUR : Obésité et embonpoint (figure 3)

**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'indice de masse corporelle (IMC) : de 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 :** 2017.

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 : Adoption du programme de vaccination contre le VPH (figure 4)

**Définition :** Pourcentage de filles de la cohorte cible ayant reçu les trois doses du vaccin contre le VPH.

**Numérateur :** Pourcentage des filles de 7e année ayant reçu toutes les doses du vaccin contre le VPH.

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

**Cohorte cible :** Filles de 7e année.

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

**Période de mesure :** Exercices financiers 2015-2016 et 2017-2018.

## Dépistage

### **INDICATEUR : Taux de participation au dépistage du cancer du sein (figure 5)**

Définition : Pourcentage de femmes asymptomatiques âgées de 50 à 74 ans qui ont subi au moins une mammographie de dépistage dans les 30 derniers mois dans le cadre du programme organisé de dépistage du cancer du sein.

Numérateur : Nombre total de femmes asymptomatiques âgées de 50 à 74 ans qui ont subi au moins une mammographie de dépistage au cours des 30 derniers mois.

Dénominateur : Nombre total de femmes admissibles.

Période de mesure : De juillet 2015 à décembre 2017.

Source des données : Registre des résidents pour l'assurance-maladie du N.-B.; Base de données sur le dépistage du cancer du sein au N.-B.

### **INDICATEUR : Taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus (figure 6)**

Définition : Pourcentage des femmes âgées de 21 à 69 ans qui ont subi au moins un test Pap au cours des 42 derniers mois.

Numérateur : Nombre de femmes âgées de 21 à 69 ans qui ont subi un test Pap au cours des 42 derniers mois.

Dénominateur : Nombre total de femmes admissibles.

Période de mesure : 2012-2017.

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, de 2001 à 2015.

## Diagnostic et traitement

### **INDICATEUR : Délais entre le test de dépistage du cancer du sein anormal et l'établissement d'un diagnostic définitif (figures 7 et 8)**

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 : Des 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 : 7 semaines dans le cas de femmes pour lesquelles une biopsie est nécessaire, 5 semaines dans le cas de femmes n'exigeant pas de biopsie.

Mesure : Pourcentage d'établissement d'un diagnostic définitif parmi les dépistages anormaux du cancer du sein dans le délai cible.

Période de mesure : 2012-2017.

Source des données : Base de données sur le dépistage du cancer du sein au N.-B.

### **INDICATEUR : Temps d'attente pour les chirurgies oncologiques (figure 9)**

Définition : Pourcentage d'interventions chirurgicales liées au cancer réalisées dans les délais cibles de six semaines ou 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.

Temps d'attente médians en jours : Temps d'attente médians (en jours) à compter de la date de réception de la demande de réservation jusqu'à la date de réalisation de l'intervention chirurgicale.

Période de mesure : Exercices financiers de 2015-2016 à 2017-2018.

Source des données : Registre d'accès aux soins chirurgicaux du N.-B.

Remarque : Le temps d'attente se mesure à compter de la date à laquelle le patient et le médecin s'entendent sur l'intervention chirurgicale et que le patient est prêt à la recevoir, jusqu'à la date à laquelle l'intervention chirurgicale est effectivement réalisée.

Les périodes pendant lesquelles un patient ne pouvait pas subir l'intervention chirurgicale sont exclues du calcul.

Les cas où l'intervention chirurgicale a été réalisée d'urgence sont exclus du calcul.

**INDICATEUR : Excision et examen de douze ganglions lymphatiques ou plus dans le cadre de résections relatives au cancer du côlon (figure 10)**

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 lymphatique 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 : 2014-2016.

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

Remarque : La région de santé correspond à celle où résidait le patient au moment du diagnostic, et non à celle où la chirurgie a eu lieu.

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 (figures 11 et 12)**

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 stadifié.

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 stadifié.

Période de mesure : Analyses des récepteurs de l'œstrogène et de la progestérone, de 2014 à 2016; HER2, 2016.

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

**INDICATEUR : Temps d'attente médian et celui du 90e percentile pour la radiothérapie (figure 13)**

Définition : 1. Médiane et 90e percentile du temps d'attente (jours) pour la radiothérapie entre le moment où le patient est prêt à recevoir le traitement et le début du traitement, pour les patients traités pour tous les types de cancer et pour les quatre cancers les plus courants.

2. Pourcentage des cas de radiothérapie pour lesquels le temps d'attente se situait dans les délais visés.

Numérateur: Du dénominateur, the nombre total de cas de cancer ayant commencé la radiothérapie dans les 4 semaines suivant le moment où ils sont prêts à recevoir le traitement.

Dénominateur: Le nombre total de cas de cancer recevant une radiothérapie

Période de mesure : 2016-2018.

Source des données : Répertoire sur l'accès aux traitements en oncologie

Remarque : 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 (figure 14)**

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 de mesure : Années civiles de 2013 à 2017.

Remarque : Peut comprendre des patients qui résident dans une autre province

**INDICATEUR : Traitements de radiothérapie préopératoires – cancer du rectum (figure 15)**

Définition : Pourcentage de patients ayant reçu un diagnostic de cancer du rectum de stade II ou III et qui ont reçu un traitement de radiothérapie préopératoire.

Numérateur : Patients atteints de cancer du rectum de stade II ou III qui reçoivent des traitements de radiothérapie préopératoire jusqu'à 120 jours avant la résection.

Dénominateur : Patients atteints de cancer du rectum de stade II ou III qui ont subi une résection rectale au cours de l'année suivant le diagnostic.

Source des données : Registre du cancer du N.-B. et répertoire sur l'accès aux traitements en oncologie

Période de mesure : 2012-2016.

**INDICATEUR : Temps d'attente relatifs aux thérapies générales (figure 16)**

Définition : Pourcentage des patients qui reçoivent leur premier traitement dans les sept jours suivants le moment où ils sont prêts au traitement.

Numérateur : Nombre total des patients qui ont reçu leur premier traitement dans les sept jours suivants le moment où ils étaient prêts au traitement.

Dénominateur : Nombre total de patients recevant leur premier traitement.

Période de mesure : 2015-2017.

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 : Données sur les patients externes seulement. Il y a des problèmes reconnus qui touchent la qualité des données 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.

Définition de « prêt au traitement » : 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 de fin de vie

### INDICATEUR : Lieu du décès (figure 17)

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

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

**Dénominateur :** Nombre total de patients décédés de cancer.

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

**Période de mesure :** 2017.

**Remarque :** Lieu du décès indiqué sur le certificat de décès.

### INDICATEUR : Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic de cancer qui avaient été admis dans une unité de soins intensifs et qui y sont décédés (figure 18)

**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; base de données des statistiques sur l'état civil du Nouveau-Brunswick, Service Nouveau-Brunswick.

**Période de mesure :** Exercices financiers 2013-2014 et 2015-2016.

### INDICATOR: Percentage of Patients with Cancer Diagnosis Who were Admitted to Acute Care Hospitals for Palliative Care (Figure 19)

**Definition:** The percentage of patients admitted to NB acute care hospitals with cancer diagnosis (main diagnosis or subsequent diagnosis) for palliative care or for whom palliative care was initiated any time during the admission.

**Numerator:** Number of patients with cancer diagnosis admitted to NB acute care hospitals for palliative care.

**Denominator:** Total number of patients with cancer diagnosis admitted to NB acute care hospitals.

**Data Source:** NB Discharge Abstract Database.

**Measurement timeframe:** Fiscal years 2013/2014 - 2015/2016

**Note:** Palliative cancer care discharges for the purpose of this report were identified as patients admitted to NB acute care hospitals with cancer diagnosis (main diagnosis or subsequent diagnosis, ICD 10 –CA codes C000 to D4890) and for which the intent of admission was palliative care or palliative care was initiated any time during the admission (code Z51.5, CIHI Canadian Coding Standards, Version 2009).

**Notes:** New Brunswick has two Regional Health Authorities (RHAs), Vitalité Health Network and Horizon Health Network. The two RHAs have a broad mandate to deliver health services within New Brunswick. Throughout the report, the nomenclature for the subprovincial levels of geography follows the original nomenclature for the subprovincial levels of geography (health regions or health zones) as designated by the source databases.