

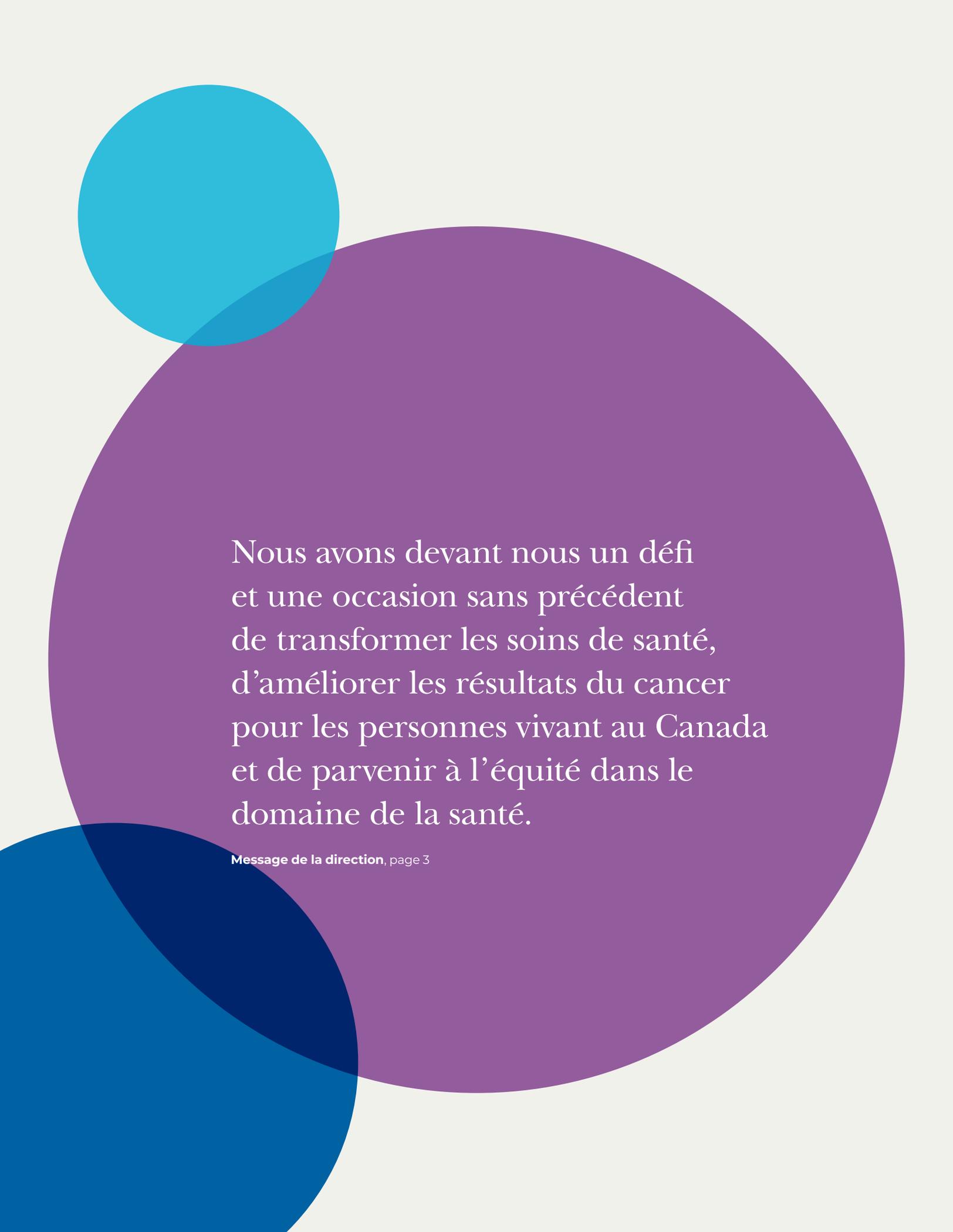
AXÉS SUR L'AVENIR



RAPPORT ANNUEL 2021-2022



**PARTENARIAT
CANADIEN CONTRE
LE CANCER**



Nous avons devant nous un défi
et une occasion sans précédent
de transformer les soins de santé,
d'améliorer les résultats du cancer
pour les personnes vivant au Canada
et de parvenir à l'équité dans le
domaine de la santé.

Message de la direction, page 3

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|-------|---|
| 2 | Message de la direction |
| 4 | Mettre l'équité au premier plan des soins contre le cancer |
| 6 | L'engagement du Partenariat envers la réconciliation |
| <hr/> | |
| 7 | Bilan de l'année 2021-2022 |
| 8 | Accélérer l'innovation pour soutenir la relance après la pandémie |
| 10 | Élargir l'accès aux soins palliatifs |
| 12 | Atténuer les obstacles au dépistage du cancer colorectal |
| 14 | Éliminer le cancer du col de l'utérus |
| 16 | Répondre aux besoins des survivants du cancer |
| 18 | Prendre des mesures pour améliorer les soins contre le cancer chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis |
| 21 | Autres faits saillants |
| <hr/> | |
| 26 | Collaborations pancanadiennes et internationales |
| 29 | Collaborer pour faire progresser les soins contre le cancer |
| 30 | Conseil d'administration |
| 32 | États financiers |
| 43 | Tiers |
| 44 | Documents publiés |
| 46 | Autres renseignements à déclarer |
| 47 | Références |

ISSN 2369-3274 (en ligne)

La réalisation du présent rapport et des programmes qui y sont décrits a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions qui y sont exprimées sont celles du Partenariat canadien contre le cancer.

MESSAGE DE LA DIRECTION

Alors que les vagues successives de la pandémie de COVID-19 continuent de mettre à l'épreuve les systèmes de lutte contre le cancer et de santé dans tout le Canada, le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) n'a pas faibli dans son engagement à soutenir ses partenaires et les personnes atteintes de cancer.

Nous continuons à nouer des partenariats solides, à favoriser l'alignement sur les priorités communes et à adopter de nouvelles approches avec nos partenaires pour arriver à un système de lutte contre le cancer plus équitable et plus résilient.

Après 15 années d'expérience du Partenariat en tant que coordonnateur de la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer* (la Stratégie), il est encore évident que tous les Canadiens ne bénéficient pas de manière égale des progrès réalisés dans la lutte contre le cancer, et que la pandémie de COVID-19 n'a fait qu'exacerber les inégalités existantes.

Cette réalité guide les efforts continus du Partenariat pour soutenir ses partenaires dans leur réponse à la pandémie, dans la mise en œuvre des initiatives en cours et nouvelles, et dans la planification de la relance après la pandémie.

En 2021-2022, le Partenariat a continué à concevoir, à financer et à mettre en œuvre des initiatives visant à concrétiser les priorités et les objectifs de la Stratégie. Malgré les retards causés par la pandémie, les partenaires de tout le Canada sont restés déterminés dans leurs efforts pour éliminer le cancer du col de l'utérus, mettre en œuvre des programmes de dépistage du cancer du poumon, former les ambulanciers paramédicaux à fournir des soins palliatifs à domicile, offrir un soutien à l'abandon du tabagisme aux personnes atteintes de cancer, ainsi qu'élaborer et mettre en œuvre des plans de lutte contre le cancer afin d'améliorer l'expérience et les résultats du cancer pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Le travail a également commencé sur les initiatives définies dans le nouveau Plan d'affaires 2022-2027 du Partenariat.

Les progrès réalisés dans ces domaines et dans d'autres domaines prioritaires constituent la base sur laquelle nous et nos partenaires construirons la prochaine phase de notre travail commun. Les premiers jours de la pandémie ont exigé une réponse en temps réel et les années à venir exigeront la même chose de nous.

Nous avons devant nous un défi et une occasion sans précédent de transformer les soins de santé, d'améliorer les résultats du cancer pour les personnes vivant au Canada et de parvenir à l'équité dans le domaine de la santé. Le Plan d'affaires 2022-2027 du Partenariat est un cadre souple et réactif qui aidera le Partenariat à soutenir ses partenaires et le système de santé pour relever les nouveaux défis en constante évolution, tout en exploitant les possibilités d'innovation pendant que nous nous remettons de la pandémie.

Nous poursuivons d'importantes conversations avec le personnel et notre conseil d'administration afin de consolider notre engagement envers la réconciliation et de poursuivre notre quête de diversité, d'équité et d'inclusion dans tout ce que nous faisons et dans la façon dont nous le faisons.

Les priorités et les mesures énoncées dans la Stratégie sont conçues pour s'aligner sur les priorités communes des systèmes de santé fédéraux, provinciaux et territoriaux, et de la population du Canada. Notre plan d'affaires pour les cinq prochaines années est également fondé sur la Stratégie, et sa mise en œuvre efficace reposera sur quatre piliers : l'équité, la relance après la pandémie, la gouvernance et l'excellence organisationnelle. Une collaboration continue avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ainsi que nos partenaires pancanadiens du secteur de la santé est essentielle pour rester au fait des nouveaux défis en cette période critique, atteindre nos résultats pour 2027 et soutenir les personnes au Canada qui risquent d'avoir un cancer ou qui ont reçu un diagnostic de cancer.

Au sein du Partenariat, nous poursuivons d'importantes conversations avec le personnel et notre conseil d'administration afin de consolider notre engagement envers la réconciliation et de poursuivre notre quête de diversité, d'équité et d'inclusion dans tout ce que nous faisons et dans la façon dont nous le faisons. Nous avons été attristés par la nouvelle de la découverte de dépouilles d'enfants dans d'anciens pensionnats l'année dernière et nous continuons à veiller à ce que le personnel et les membres du conseil d'administration reçoivent une formation sur la sensibilisation culturelle à l'appui du processus de réconciliation. Nous avons créé une feuille de route pluriannuelle sur la diversité, l'équité et l'inclusion afin de garantir qu'une optique de diversité, d'équité et d'inclusion sous-tende l'ensemble de notre travail au sein du Partenariat et avec nos partenaires. Le conseil d'administration a également approuvé un plan d'action pour la diversité, l'équité et l'inclusion, ainsi que la réconciliation, comprenant des pratiques applicables, afin d'intégrer ces principes et ces responsabilités dans tous les aspects de son travail.

Le fort leadership de centaines de partenaires et de conseillers, de notre conseil d'administration et du personnel du Partenariat est essentiel à la réalisation de la vision commune de la Stratégie, soit un avenir dans lequel les Canadiens ont un accès équitable à des soins de qualité contre le cancer, moins de personnes reçoivent un diagnostic de cancer, plus de personnes y survivent et celles touchées par la maladie jouissent d'une meilleure qualité de vie. C'est avec grand plaisir que nous confirmons que le travail du Partenariat au cours de l'année à venir sera guidé par le nouveau président du conseil d'administration, Jeff Zweig. M. Zweig a rejoint le conseil d'administration du Partenariat en 2016 et est animé d'une grande passion pour la réalisation de la vision de la Stratégie. Nous tenons également à exprimer notre plus sincère gratitude à l'ancienne PDG Cynthia Morton, qui a pris sa retraite en novembre 2021, pour les efforts inlassables qu'elle a déployés afin de défendre l'équité en matière de santé et de conserver le lien entre les patients et leur équipe soignante pendant la pandémie de COVID-19.

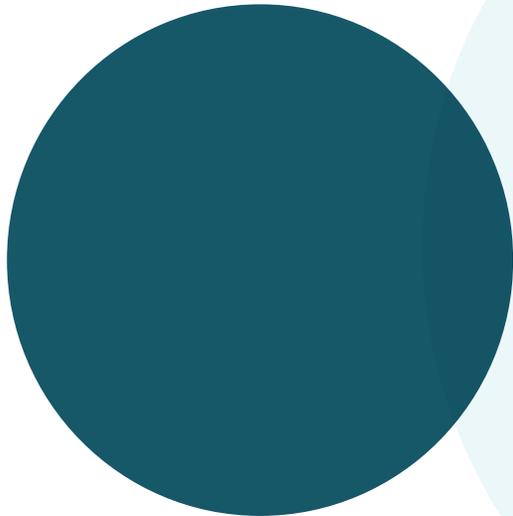
Alors que nous portons notre attention sur la prochaine phase de mise en œuvre de la Stratégie, nous vous remercions de votre engagement à mieux répondre aux besoins de toutes les personnes touchées par le cancer au Canada.

D^r Graham Sher, O.C.
Président



D^r Craig Earle
Président-directeur général





METTRE L'ÉQUITÉ AU PREMIER PLAN DES SOINS CONTRE LE CANCER

Au Canada, nous attendons l'excellence de notre système de santé, et les soins contre le cancer ne font pas exception. Cependant, la résilience du système a été mise à rude épreuve par la pandémie de COVID-19, et les inégalités qui existent depuis longtemps au sein du système se sont accentuées.

Depuis maintenant 15 ans, la communauté de la lutte contre le cancer favorise la collaboration pour atteindre les objectifs de la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer* (la Stratégie), et la pandémie a montré une fois de plus la valeur de cette approche collaborative. Ensemble, le Partenariat et ses partenaires ont soutenu les patients et les familles, ainsi que les systèmes de santé et de lutte contre le cancer, lors des vagues successives de COVID-19.

Cet engagement en faveur d'une action collaborative et d'une vision commune des changements nécessaires pour mieux soutenir les personnes atteintes de cancer a permis de nombreuses avancées dans l'ensemble du système. Cette année, le Partenariat a poursuivi sur sa lancée en atteignant les objectifs fixés pour 2022, tout en soutenant la relance et la planification en cas de pandémie et en mettant en œuvre les priorités définies dans la Stratégie actualisée.

S'ATTAQUER AUX DISPARITÉS EN MATIÈRE D'ACCÈS, D'EXPÉRIENCE ET DE RÉSULTATS

Malgré les progrès importants réalisés dans la lutte contre le cancer, tous les Canadiens n'en bénéficient pas de façon égale. Certaines populations continuent de se heurter à des obstacles systémiques à l'accès à des soins de qualité élevée, et les inégalités qui en résultent en ce qui concerne l'accès, les expériences et les résultats ne sont que trop réelles.

Le travail du Partenariat est fermement ancré dans l'objectif de la Stratégie qui consiste à assurer un accès équitable à des soins de qualité contre le cancer pour tous les Canadiens. Tous les programmes de travail accordent la priorité aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis ainsi qu'aux populations en quête d'équité, y compris les immigrants récents, les communautés racisées et les personnes qui vivent dans des régions rurales et éloignées. Avec le soutien du Partenariat, les partenaires ont dirigé les initiatives suivantes en faveur de l'équité en 2021-2022 :

- **Agir sur les priorités autodéterminées** : élaboration et mise en œuvre des stratégies et des priorités en matière de cancer propres aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis et déterminées par ces derniers.
- **Mettre en œuvre le plan d'action du Canada pour l'élimination du cancer du col de l'utérus** : mobilisation des communautés où les taux de vaccination contre le VPH sont faibles afin de lever les obstacles à la vaccination, et planification du dépistage primaire du cancer du col de l'utérus par détection du VPH, y compris l'autoprélèvement dans certains territoires de compétence.

Le personnel et les membres du conseil d'administration ont tous reçu une formation sur la sensibilisation culturelle, et les priorités des Premières Nations, des Inuits et des Métis sont intégrées dès les premières étapes de tous les travaux.

- **Travailler pour augmenter les taux de dépistage du cancer colorectal** : établissement de partenariats avec des dirigeants et des organisations communautaires dans les collectivités touchées par des inégalités afin d'accroître la participation aux programmes de dépistage du cancer colorectal.
- **Rendre le dépistage du cancer du poumon accessible** : travail avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis et les communautés présentant un risque élevé de cancer du poumon pour s'assurer que les programmes de dépistage de ce cancer sont élaborés de manière à répondre à leurs besoins et qu'ils comprennent un soutien intégré à l'abandon du tabagisme.
- **Faciliter la relance après la pandémie** : définition et mise en œuvre de stratégies innovantes pour réduire les retards dans le dépistage dus à la pandémie tout en contribuant à améliorer l'équité en santé à long terme.
- **Soutenir de nouvelles approches des soins contre le cancer** : planification de la mise en œuvre de modèles de soins innovants qui favorisent l'équité dans l'accès, l'expérience et les résultats, tout en relevant les défis en matière de ressources humaines en santé exacerbés par la pandémie.

Ce travail, ainsi que les initiatives prévues dans le Plan d'affaires 2022-2027, contribuera à garantir un système de lutte contre le cancer durable et de grande qualité, offrant un accès, une expérience et des résultats équitables à tous les Canadiens.

Un tableau plus complet de ces initiatives et des autres réalisations avec les partenaires en 2021-2022 est présenté dans les pages qui suivent.

PRIORITÉ À L'ÉQUITÉ EN SANTÉ : DES PAROLES AUX ACTES

L'équité en santé est au premier plan des préoccupations du Partenariat dans le cadre de ses travaux pour la période 2022-2027, ce qui nécessite de nouvelles façons de penser et de travailler. Le Partenariat a adopté une approche axée sur l'équité en santé afin que la planification et la mise en œuvre de nouvelles initiatives donnent la priorité aux populations exclues du système.

Donner la priorité à l'équité en santé, c'est reconnaître qu'une approche à plusieurs volets est nécessaire pour favoriser le changement. Il s'agit de comprendre les inégalités et les obstacles auxquels se heurtent les populations qui ont été systématiquement exclues, de s'assurer que les bons partenaires sont mobilisés et de s'appuyer sur les forces de ces communautés pour créer et mettre en œuvre conjointement des solutions permettant d'atteindre l'équité en santé.

Le Partenariat a donné la priorité au renforcement de la sensibilisation et des compétences, et le personnel a reçu une formation de base sur la diversité, l'équité et l'inclusion, et continue de renforcer ses propres capacités. Les politiques et les pratiques ont été revues et actualisées, et un cadre d'équité en santé est en cours d'élaboration pour guider toutes les initiatives et assurer la responsabilisation du Partenariat et des partenaires.

L'accent mis sur l'équité en santé guide également le processus de planification des nouveaux travaux. Le Partenariat élaborera conjointement avec ses partenaires des propositions de projets visant à remédier aux inégalités recensées. Les partenaires seront également encouragés à inviter à la table de planification des organismes communautaires axés sur l'équité et à les faire participer activement à la planification et à la mise en œuvre.

Ces efforts sont renforcés par l'engagement continu du Partenariat envers la réconciliation par le biais d'un rapprochement significatif avec les partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Le personnel et les membres du conseil d'administration ont tous reçu une formation sur la sensibilisation culturelle, et les priorités des Premières Nations, des Inuits et des Métis sont intégrées dès les premières étapes de tous les travaux.

Le système canadien de lutte contre le cancer **peut** offrir un accès, une expérience et des résultats équitables. Le travail a déjà commencé.

L'ENGAGEMENT DU PARTENARIAT ENVERS LA RÉCONCILIATION

Le Partenariat canadien contre le cancer reconnaît que les pratiques et les politiques coloniales continuent de nuire au bien-être de générations de Premières Nations, d'Inuits et de Métis.

Les gouvernements, les organisations et les collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis dirigent les travaux qui permettront d'améliorer leur bien-être grâce à l'élaboration et à la mise en œuvre de solutions qui leur sont propres et qu'ils auront déterminées. Il est essentiel de soutenir ce travail pour apporter des changements durables au système et combler les écarts entre les Premières Nations, les Inuits et les Métis et les autres peuples du Canada concernant les soins et les résultats en matière de cancer.

Nous nous engageons à travailler dans un esprit de réconciliation avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis afin d'améliorer le système de lutte contre le cancer :

- Mettre en œuvre les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada.
- Soutenir les priorités régionales, propres aux peuples et déterminées par ces derniers dans la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer*.
- Soutenir les partenaires dans leurs efforts pour améliorer la qualité de vie et les résultats en matière de santé de tous les patients et familles inuits, métis et des Premières Nations.
- Encourager une approche à l'échelle de l'organisation pour la mise en œuvre de la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer*, guidée par les gouvernements, les organisations, les conseillers et les partenaires inuits, métis et des Premières Nations, et soutenue par une formation continue obligatoire du personnel du Partenariat sur le savoir-faire culturel.





2021-2022

BILAN DE L'ANNÉE

Les initiatives actuelles font progresser les priorités et les mesures de la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer*, donnent la priorité à l'équité en santé et soutiennent la relance après la pandémie.



ACCÉLÉRER L'INNOVATION POUR SOUTENIR LA RELANCE APRÈS LA PANDÉMIE

La pandémie de COVID-19 a fondamentalement perturbé le système de lutte contre le cancer, entraînant des retards, des arriérés et des inégalités croissantes.

Le Partenariat travaille avec ses partenaires pour faire face à ces répercussions durables, tout en créant un système résilient et équitable pour l'avenir.

Les perturbations causées par la pandémie ont été fulgurantes et profondes – les programmes scolaires de vaccination contre le VPH et de dépistage du cancer ont été interrompus, des interventions chirurgicales ont été reportées ou annulées, et des symptômes de cancer n'ont pas été décelés, car de nombreuses personnes n'ont pas pu consulter en personne des spécialistes ou leur fournisseur de soins primaires. Dans une enquête réalisée en 2021 par le Réseau canadien des survivants du cancer, la moitié des patients atteints de cancer ont déclaré que leurs rendez-vous de soins avaient été annulés, reportés ou reprogrammés¹.

Diminution allant jusqu'à

40 %

des tests de dépistage du cancer en 2020 par rapport à 2019

Les interventions chirurgicales liées au cancer ont diminué de près de

30 %

en avril et en mai 2020

Les répercussions de ces perturbations se feront sentir encore longtemps. À titre d'exemple, la modélisation du Partenariat montre qu'en raison de la diminution du dépistage uniquement au cours de la première vague de la pandémie, 3 200 personnes supplémentaires pourraient recevoir un diagnostic de cancer colorectal et 550 personnes supplémentaires pourraient recevoir un diagnostic de cancer du sein à un stade avancé entre 2020 et 2029. Plus le dépistage est retardé, plus le nombre de cancers et de cancers à un stade avancé sera élevé, ce qui entraînera davantage de décès par cancer qui auraient pu être évités².

RÉAGIR ET INNOVER

Tout au long de la pandémie, le Partenariat a travaillé avec ses partenaires pour accélérer les innovations qui favoriseront une prestation sûre des services de lutte contre le cancer, tout en contribuant à une plus grande équité en santé et à une meilleure qualité des soins à long terme. Il s'agit notamment de mesures visant à réduire les taux de faux positifs pour les mammographies, à soutenir une utilisation plus large des tests fécaux envoyés par courrier pour le dépistage du cancer colorectal et à passer au test de détection du VPH pour le dépistage primaire du cancer du col de l'utérus (qui permet l'autoprélèvement).

Lorsque le dépistage a repris, les territoires de compétence se sont empressés de définir et de mettre en œuvre des stratégies visant à réduire les retards dans le dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal. En 2021-2022, le Partenariat a utilisé son outil de simulation OncoSim pour modéliser les retombées et les résultats potentiels de différentes stratégies afin d'aider les territoires de compétence dans leur prise de décisions. Le Partenariat a également continué à faciliter l'apprentissage partagé en réunissant les territoires de compétence pour qu'ils discutent des répercussions des vagues successives de la pandémie et des approches novatrices pour rattraper les retards de dépistage.

LA PRIORITÉ AUX SOINS CONTRE LE CANCER

Alors que la situation entourant la pandémie continue d'évoluer, les décideurs gouvernementaux sont confrontés à des pressions concurrentes pour déterminer où allouer les ressources dans la période postpandémique. Une nouvelle ressource en ligne élaborée par le Partenariat au cours de l'année écoulée justifie la priorité accordée au cancer en raison du fardeau de la maladie et du nombre de décès évitables. Le document [La voie du rétablissement : le cancer à l'ère de la COVID-19](#) se concentre sur trois domaines qui nécessitent une attention accrue de la part des décideurs politiques et des responsables des soins contre le cancer :

- **S'attaquer aux pénuries de ressources humaines en santé :** l'épuisement et l'attrition des prestataires de soins aux personnes atteintes de cancer, notamment les infirmières, les thérapeutes et les techniciens, nuisent à la capacité du système de lutte contre le cancer à répondre aux besoins actuels.
- **Se préparer à la hausse du nombre de cas :** le système aura besoin de plus de ressources pour répondre de manière optimale à la hausse potentielle du nombre de cas et des retards de soins causés par les perturbations dans les services de dépistage, de diagnostic et de traitement.
- **Tirer profit des nouveaux modèles de soins :** les nouveaux modèles de soins qui fournissent des soins plus efficaces et équitables avec les ressources existantes peuvent contribuer à résoudre les problèmes de capacité et d'accès, mais des investissements sont nécessaires.

De même, le document *La voie du rétablissement* reconnaît que la pandémie de COVID-19 n'a pas touché tout le monde de la même façon et qu'elle a exacerbé les inégalités existantes. Il décrit également les défis auxquels sont confrontés les Premières Nations, les Inuits et les Métis, et présente les réponses communautaires pour assurer la sécurité des membres des collectivités pendant la pandémie tout en veillant à ce que les besoins en matière de soins de santé soient satisfaits.

À l'aide de données et d'exemples de solutions novatrices provenant de tout le pays, *La voie du rétablissement* recense les domaines d'intérêt et les mesures potentielles nécessaires pour relever les défis à venir et met en lumière les moyens de placer l'équité en santé au premier plan de la relance du Canada après la pandémie.

ABORDER LES BESOINS ÉMERGENTS

Alors que l'accent est mis sur le rétablissement, le Partenariat continuera à soutenir les partenaires dans leur adaptation aux réalités du système de santé postpandémique. Dans le même temps, le Partenariat donnera la priorité aux stratégies visant à améliorer l'équité en santé et à soutenir l'adoption de nouveaux modèles de soins efficaces afin de contribuer à réduire la pression sur les ressources humaines en santé dans l'ensemble du système. Le nouveau plan d'affaires du Partenariat guidera ce travail au cours des cinq prochaines années, alors qu'il poursuivra son rôle de coordonnateur de la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer* et travaillera avec ses partenaires pour faire avancer les priorités et les mesures énoncées dans la Stratégie actualisée.



ÉLARGIR L'ACCÈS AUX SOINS PALLIATIFS

Les soins palliatifs offrent aux patients un soutien pour les symptômes physiques et émotionnels qui peuvent rendre l'expérience du cancer plus difficile.

Cependant, l'accès aux soins palliatifs varie considérablement au pays, et il est particulièrement difficile pour les personnes vivant dans des collectivités rurales et éloignées de trouver du soutien. Un modèle de soins innovant soutenu par le Partenariat et Excellence en santé Canada (ESC) contribue à changer cette situation.

PRESTATION DE SOINS PALLIATIFS À DOMICILE

Pour les patients ayant besoin de soins palliatifs qui préfèrent que leur douleur et leurs symptômes soient pris en charge à domicile, le traitement de problèmes urgents tels que la douleur ou la difficulté à respirer nécessitent souvent un appel au 911 et une visite au service des urgences. Les ambulanciers paramédicaux reçoivent maintenant une formation en soins palliatifs afin de pouvoir évaluer et traiter les patients à domicile.

Plus de

7 000

ambulanciers paramédicaux formés aux soins palliatifs, soit 2 000 de plus que le nombre prévu à l'origine

93 %

des patients dans les centres qui ont mis en place des résultats signalés par le patient (RSP) peuvent signaler leurs symptômes afin d'obtenir le soutien dont ils ont besoin

Le modèle a d'abord été introduit en Alberta, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard, et s'est depuis étendu à six autres provinces (Colombie-Britannique, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador), qui ont formé plus de 7 000 ambulanciers paramédicaux à ce jour. Ce programme efficace continue également à évoluer. Par exemple, pendant la pandémie, le programme a pris une importance accrue, car les systèmes de soins de santé ont essayé de garder les patients hors des hôpitaux dans la mesure du possible. Ainsi, le programme de la Colombie-Britannique, qui a débuté dans cinq régions, a depuis été étendu à l'ensemble de la province. Et à Terre-Neuve-et-Labrador, le programme lancé dans la région de St. John's a maintenant été adapté pour répondre aux besoins de 16 collectivités rurales environnantes.

Le programme ayant été mis en œuvre dans tout le pays, des travaux sont en cours pour assurer sa pérennité et son extension. À titre d'exemple, la Saskatchewan a intégré le programme de formation dans son programme standard pour les ambulanciers paramédicaux. Le Partenariat et ESC ont également élaboré une [trousse de changement](#) exhaustive pour guider les services paramédicaux désireux d'appliquer cette approche aux soins au sein du système de soins du cancer et au-delà. La ressource résume les éléments de base nécessaires à la mise en œuvre du modèle, ainsi que les expériences et les apprentissages des équipes qui ont mis en œuvre cette approche avec succès.

COMMENCER LES SOINS PALLIATIFS DE FAÇON PLUS PRÉCOCE

Les soins palliatifs ne sont pas seulement des soins de fin de vie. Des soins palliatifs de grande qualité se concentrent sur l'évaluation et la prestation des soutiens dont les personnes ont besoin le plus tôt possible, afin qu'elles puissent vivre aussi pleinement et confortablement que possible tout au long de leur parcours face au cancer.

Les outils de mesure des résultats signalés par le patient (RSP) permettent de recenser les patients qui pourraient bénéficier de soins palliatifs en dépistant des symptômes comme la douleur, la fatigue, les nausées et la dépression. Le Partenariat a aidé deux territoires (Yukon et Territoires du Nord-Ouest) et cinq provinces (Colombie-Britannique, Saskatchewan, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador) à étendre leur utilisation des RSP en mettant l'accent sur l'introduction plus précoce des soins palliatifs. Une grande partie de ces efforts a porté sur la formation des cliniciens aux soins palliatifs, et les compétences se sont considérablement améliorées. Par exemple, 71 % des professionnels de la santé ont amélioré leur capacité à traiter les symptômes.

MISE EN ŒUVRE D'UNE NORME NATIONALE EN MATIÈRE DE SOINS PALLIATIFS

La prise en charge des symptômes est un exemple des aptitudes et des connaissances (compétences) requises pour fournir des soins palliatifs de qualité. En collaboration avec Santé Canada, le BC Centre for Palliative Care et Pallium Canada, le Partenariat a établi une norme nationale pour ces compétences avec le [Cadre canadien de compétences interdisciplinaires en soins palliatifs](#), publié l'an dernier.

Plus de 20 organisations nationales et provinciales de soins de santé ont approuvé les normes à ce jour, et les partenaires ont commencé à mettre en œuvre et à intégrer les compétences et les outils d'auto-évaluation dans les programmes d'études, les pratiques d'embauche et les normes d'accréditation. Par exemple, le Yukon utilise des auto-évaluations avec le personnel infirmier en soins palliatifs et le personnel des soins de longue durée pour cerner les lacunes dans leurs connaissances en matière de soins palliatifs afin d'élaborer une formation ciblée. Le cadre a également inspiré la nouvelle norme d'Agrément Canada sur les soins de longue durée.

De plus, le Partenariat est en train de mettre au point une application d'apprentissage numérique avec Pallium Canada, un chef de file de l'enseignement des soins palliatifs. L'application permettra aux professionnels de la santé de s'auto-évaluer, puis de se connecter à une bibliothèque de contenus répondant à leurs besoins d'apprentissage.

PRESTATION DE SOINS PALLIATIFS RESPECTUEUX DE LA CULTURE

Améliorer l'accès aux soins palliatifs signifie également améliorer l'accès à des soins palliatifs respectueux de la culture en collaboration avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis.

Pour amorcer ce travail, le Partenariat a réuni des aînés et des porteurs de savoirs inuits, métis et des Premières Nations, des associations de professionnels de la santé autochtones, des organismes de soins palliatifs et de soins à domicile, des professionnels de la santé communautaire et des chercheurs. Les rencontres ont permis de cerner les lacunes à combler, ainsi que les pratiques exemplaires en matière de soins palliatifs qui existent actuellement au sein des collectivités autochtones. Une ressource sur les pratiques exemplaires en matière de soins palliatifs pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis est en cours d'élaboration.



ATTÉNUER LES OBSTACLES AU DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Le cancer colorectal est l'un des cancers les plus traitables s'il est détecté à temps. Mais trop peu de personnes au Canada participent au dépistage régulier.

En fait, même là où les taux de dépistage sont les plus élevés, seuls 55 % des personnes admissibles profitent des programmes de dépistage organisé³. La réalité est que de nombreuses personnes sont confrontées à des obstacles qui rendent leur participation difficile. Ces obstacles sont souvent complexes et influencés par des déterminants sociaux de la santé tels que le revenu, la situation géographique et le statut d'immigrant, ainsi que par des sensibilités culturelles. Pour y remédier, il faut déployer des efforts ciblés à l'échelle des communautés afin de comprendre leurs problèmes et de travailler avec elles pour créer conjointement des solutions.

2 X

La participation au dépistage a doublé dans la région nord des Territoires du Nord-Ouest grâce à une campagne de sensibilisation menée par la collectivité

Réduction des temps d'attente pour une coloscopie à Saskatoon de

49 %

grâce à un système centralisé de liste d'attente et de programmation

ABATTRE LES OBSTACLES

Grâce au financement du Partenariat, un territoire (Territoires du Nord-Ouest) et quatre provinces (Alberta, Manitoba, Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador) ont noué le dialogue avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis et d'autres partenaires, ainsi qu'avec les populations victimes d'iniquités, en vue d'élaborer conjointement des approches qui répondent aux besoins de ces communautés. Ce territoire et ces provinces constatent déjà des progrès.

Les Territoires du Nord-Ouest ont profité de l'occasion pour mettre en œuvre leur premier programme de dépistage organisé du cancer colorectal. En travaillant en étroite collaboration avec les représentants locaux de la santé communautaire, les professionnels de la santé et les membres de confiance des collectivités, les Territoires du Nord-Ouest ont lancé une campagne de sensibilisation communautaire localisée et culturellement adaptée dans leur région la plus septentrionale – une région où les taux de dépistage du cancer colorectal sont les plus faibles des territoires. Les programmes de dépistage du cancer colorectal reposent sur un simple test fécal (TFi) que les personnes effectuent à domicile et renvoient pour traitement. La campagne a été lancée avant la distribution des trousseaux de TFi et comprenait des affiches en langues gwichin, inuvialuktun, française et anglaise, des annonces dans les journaux et à la radio, des messages sur les médias sociaux et des champions des collectivités locales. Le résultat a été encourageant : les taux de participation au dépistage ont doublé, et les leçons apprises seront utilisées pour soutenir le déploiement dans toutes les autres régions des Territoires du Nord-Ouest.

À Terre-Neuve-et-Labrador, les données de dépistage ont été analysées afin de déterminer les régions de la province où la participation au dépistage est plus faible. L'équipe a ensuite collaboré avec les partenaires communautaires, les communautés autochtones et les fournisseurs de soins primaires (y compris ceux qui s'occupent des sans-abris, des réfugiés et des populations mal desservies) en vue d'adopter des stratégies visant à améliorer la participation. Afin de composer avec les problèmes d'alphabétisation et de langue, des instructions illustrées ont été élaborées pour les trousseaux de TFi, et les instructions ont également été traduites en innu et en inuktitut.

CRÉER UN SYSTÈME DE DÉPISTAGE RÉSILIENT

La pandémie de COVID-19 a présenté des défis supplémentaires à la participation au dépistage dans tout le pays. De nombreux programmes ont été mis en pause ou ont réduit leur capacité; d'autres ont dû procéder à des changements importants. Le financement du Partenariat a permis à l'Alberta de passer à des tests envoyés par la poste

afin que les gens n'aient pas à se rendre chez leur médecin de famille pour obtenir une trousse – une préoccupation constante pendant la pandémie de COVID-19. Le Manitoba emboîtera le pas bientôt.

Le passage aux tests envoyés par la poste présente un avantage supplémentaire : la réduction des obstacles à la participation. Les gens ne doivent plus jongler avec les horaires de travail et de garde d'enfants pour passer un test pendant les heures de bureau, et les personnes qui vivent dans des régions rurales ou éloignées n'ont plus à se rendre dans un cabinet médical.

DIMINUER LES TEMPS D'ATTENTE POUR UNE COLOSCOPIE

L'augmentation du nombre de personnes effectuant des tests fécaux n'est qu'une étape dans la détection précoce du cancer colorectal. Les personnes dont le résultat du test est anormal doivent également avoir accès rapidement à une coloscopie afin de confirmer ou d'écarter la possibilité d'un cancer. Le financement du Partenariat a permis à un territoire (Yukon) et à cinq provinces (Saskatchewan, Manitoba, Québec, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard) de prendre des mesures pour réduire les temps d'attente.

Par exemple, la Saskatchewan a mis à l'essai un système centralisé de liste d'attente et de planification à Saskatoon qui donne la priorité aux patients chez qui l'on soupçonne un cancer colorectal et qui permet de combler facilement les places qui se libèrent en raison d'annulations. Grâce à ce nouveau système, les temps d'attente ont été réduits de 49 %, malgré les perturbations dues à la pandémie. Et au Manitoba, le programme de dépistage de la province a été élargi pour créer un point d'entrée unique pour toutes les personnes exposées à un risque de cancer colorectal, avec des lignes directrices et des voies de dépistage actualisées pour s'assurer qu'elles reçoivent des soins appropriés en temps opportun.

SURVEILLANCE DES INDICATEURS DE LA QUALITÉ

Les programmes de dépistage doivent continuellement surveiller leurs résultats afin de garantir la qualité et d'évaluer l'efficacité des efforts visant à accroître la participation au dépistage. Pour soutenir ce processus, le Partenariat a relancé son rapport de suivi du dépistage en 2021-2022 dans un format numérique simplifié. Publié tous les deux ans, [le rapport](#) permet aux programmes de tout le pays d'évaluer leurs résultats par rapport à leurs pairs, de relever les domaines auxquels il faut prêter attention et de tirer des enseignements de l'expérience d'autres territoires de compétence.



ÉLIMINER LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Le Canada est en voie d'éliminer le cancer du col de l'utérus d'ici 2040.

Pour atteindre cet objectif, les partenaires de tout le pays prennent des mesures en fonction des principales priorités du [Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada](#) : améliorer les taux de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) et mettre en œuvre le dépistage primaire par détection du VPH avec un suivi approprié et opportun.

Mais le cancer du col de l'utérus ne sera éliminé que si chacun a un accès équitable à des services de prévention, de dépistage et de soins de la plus grande qualité. À l'heure actuelle, l'incidence du cancer du col de l'utérus est plus élevée chez les personnes vivant dans des régions rurales ou éloignées, chez les personnes à faible revenu, chez les immigrants récents et chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis⁴. Cela doit changer.

AMÉLIORER LES TAUX DE VACCINATION

La plupart des cas de cancer du col de l'utérus sont causés par le VPH, une infection transmissible sexuellement courante. La bonne nouvelle est que la vaccination contre le VPH peut prévenir plus de 90 % des cas, et le Canada s'est fixé comme objectif de vacciner 90 % des jeunes de 17 ans d'ici 2025.

GRÂCE AU FINANCEMENT DU PARTENARIAT :

3

organisations nationales définissent des stratégies pour accroître la vaccination contre le VPH parmi les groupes sous-vaccinés

7

provinces planifient la transition vers le dépistage primaire par détection du VPH

1

organisation nationale élabore actuellement des directives visant à améliorer le suivi des personnes dont le test de détection du VPH est positif

Cependant, les taux de vaccination contre le VPH varient à l'échelle du pays, un problème qui s'est aggravé pendant la pandémie de COVID-19 avec la suspension des programmes de vaccination en milieu scolaire. Par exemple, en Ontario, les taux de vaccination sont passés d'environ 60 % des enfants de 12 ans en 2018-2019 à moins de 1 % en 2020-2021⁵.

Pour atteindre les objectifs de vaccination, le Partenariat a financé trois groupes nationaux – le Réseau pour la santé publique urbain, le Rural, Remote and Northern Public Health Network (réseau de santé publique des régions rurales, éloignées et nordiques) et les Médecins de santé publique du Canada – afin d'examiner les données régionales pour mieux comprendre qui n'est pas vacciné et pourquoi. Des informations seront également recueillies auprès de groupes de discussion composés de jeunes et de parents de groupes sous-vaccinés, de responsables de programmes de vaccination en milieu scolaire et d'autres intervenants. L'objectif est de repérer les obstacles qui empêchent les jeunes de participer aux programmes existants, ainsi que les solutions possibles pour augmenter les taux de vaccination.

Le Réseau pour la santé publique urbain, qui comprend des médecins-hygiénistes des plus grands centres urbains du Canada, établit des relations avec les organisations et les gouvernements des Premières Nations, des Inuits et des Métis dans les régions urbaines et rurales afin de comprendre les obstacles à la vaccination contre le VPH et de trouver des moyens de les surmonter. Cet engagement a permis de jeter les bases de partenariats durables qui favoriseront le partage des données et la création conjointe de stratégies visant à lever les obstacles à l'adoption de la vaccination dans ces collectivités.

FAVORISER L'ÉQUITÉ EN ÉLARGISSANT L'ACCÈS AUX VACCINS

Les programmes scolaires n'atteignent pas tout le monde, et la pandémie a accentué le problème. Bien que certaines provinces et certains territoires offrent des programmes de rattrapage publics pour les jeunes qui ont manqué la vaccination à l'école, l'admissibilité varie. Pour ceux qui n'y ont pas droit, le coût peut être élevé : jusqu'à 300 \$ pour chacune des deux ou trois doses requises⁶. L'élargissement de l'admissibilité à tous les jeunes et la mise à disposition des vaccins dans un plus grand nombre d'endroits amélioreraient le taux de vaccination, et le Partenariat a fourni des données probantes à l'appui de cette évolution.

Dans le cadre de ce travail, le Partenariat a élaboré une ressource sur la vaccination contre le VPH afin d'aider les gouvernements, la santé publique, les organisations de santé et les autres personnes concernées. Cette ressource donne un aperçu des données probantes sur la vaccination contre le VPH, des obstacles à l'accès et de l'admissibilité à la vaccination financée par les pouvoirs publics.

PASSER AU DÉPISTAGE PRIMAIRE PAR DÉTECTION DU VPH

L'élimination du cancer du col de l'utérus dépend également du passage du test Pap au test de détection du VPH comme outil de dépistage primaire. La détection du VPH permet de repérer plus tôt les états précancéreux. Cela permet une intervention plus précoce, si nécessaire, ce qui réduit les risques de contracter un cancer du col de l'utérus⁷. Le Partenariat finance sept provinces (Colombie-Britannique, Saskatchewan, Manitoba, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador) pour les aider à faire la transition.

La plupart des provinces sont actuellement en phase de planification et nombre d'entre elles ont connu des retards dus à la COVID-19. Certaines provinces mettront en œuvre l'autoprélèvement, qui permet aux personnes de prélever leur propre échantillon à domicile ou dans une clinique. L'autoprélèvement est un outil précieux pour améliorer l'accès équitable au dépistage, car il offre ce qui pourrait être une option plus acceptable pour les personnes ayant des antécédents de traumatisme ou de discrimination, les personnes vivant dans des régions rurales ou éloignées et celles qui n'ont pas de fournisseur de soins primaires.

La Colombie-Britannique a lancé un projet pilote d'autoprélèvement pour le dépistage primaire par détection du VPH en 2021-2022 et mobilise les Premières Nations et les Métis, ainsi que diverses populations, pour recueillir des renseignements précieux sur les soutiens et les processus requis par les patients et les fournisseurs. La province partage déjà son approche et son expérience avec d'autres territoires de compétence.

Au moment où les provinces mettent en place leurs plans, elles peuvent également s'inspirer de pays comme les Pays-Bas, l'Australie et le Royaume-Uni, qui ont déjà mis en œuvre le dépistage primaire par détection du VPH. Le Partenariat a effectué une [analyse de l'environnement](#) pour recenser ces apprentissages et les stratégies couronnées de succès qui pourraient être adaptées au contexte canadien. Le Partenariat a également collaboré avec l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) à une [étude des données probantes sur les dispositifs d'autoprélèvement](#) afin d'examiner des enjeux importants comme la disponibilité, le rapport coût-efficacité, ainsi que l'expérience et l'acceptabilité des patients et des fournisseurs.

Des travaux sont également en cours pour garantir que les personnes dont le test de détection du VPH est positif bénéficient d'un suivi approprié. Le Partenariat finance la Société de gynéco-oncologie du Canada afin qu'elle élabore des directives cliniques nationales pour aiguiller ces personnes vers la colposcopie, le principal test de suivi.



RÉPONDRE AUX BESOINS DES SURVIVANTS DU CANCER

Grâce aux progrès réalisés dans la détection et le traitement du cancer, davantage de personnes atteintes de cette maladie vivent plus longtemps.

Mais trouver leur « nouvelle normalité » peut être difficile, et les survivants du cancer ont souvent du mal à obtenir le soutien dont ils ont besoin.

Les professionnels des soins primaires et communautaires sont des partenaires clés dans l'accompagnement des personnes à la fin de leur traitement contre le cancer, et le Partenariat aide les fournisseurs à remplir ce rôle.

LE PARTENARIAT ET LA COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA MÈNENT DES ACTIVITÉS DE SENSIBILISATION AU LIEN ENTRE LA SANTÉ MENTALE ET LE CANCER :

1 CANADIEN SUR 5

est touché par un problème de santé mentale chaque année, et le risque est plus élevé pour les personnes vivant avec un cancer

Les personnes traitées pour un cancer sont

2 X

plus susceptibles de souffrir de dépression et d'anxiété

AMÉLIORER LA CONTINUITÉ DES SOINS

Après le traitement, les patients atteints de cancer retournent consulter leur fournisseur de soins primaires. Cependant, il y a souvent un manque de coordination et de communication entre les centres de cancérologie et les soins primaires quant aux soins nécessaires. Les fournisseurs de soins primaires peuvent également manquer de connaissances ou de temps pour apporter un soutien psychosocial et ne pas connaître les ressources disponibles dans la communauté. Par conséquent, les survivants du cancer et leur famille ne reçoivent pas toujours les soins et le soutien qui leur sont nécessaires pour leurs besoins physiques, mentaux, émotionnels et pratiques.

Un projet pilote financé par le Partenariat au Québec vise à améliorer la continuité des soins et à fournir aux survivants un soutien personnalisé lorsqu'ils quittent le milieu des soins du cancer. Les membres de l'équipe du centre de cancérologie s'assurent qu'ils transfèrent les informations sur le cancer, le traitement et les soins de suivi du patient au fournisseur de soins primaires à l'aide d'outils et de modèles. Les patients ont accès à une boîte à outils numérique de ressources éducatives et de soutien, ainsi qu'à une infirmière-pivot et à des ressources de la communauté.

En Alberta, le Partenariat soutient la gestion du changement pour une initiative existante à l'échelle de la province, conçue pour briser les silos traditionnels de l'oncologie et des soins primaires. Cette initiative permet de s'assurer que les fournisseurs de soins primaires reçoivent des centres de cancérologie des lettres de transfert contenant des informations sur les soins de suivi et qu'ils connaissent les directives relatives aux soins de survie et les ressources pour les patients.

ABORDER LES BESOINS EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE

Les survivants du cancer sont plus susceptibles d'éprouver des problèmes de santé mentale que les personnes non atteintes de cancer. En fait, on estime que les personnes traitées pour un cancer sont deux fois plus susceptibles de souffrir de dépression et d'anxiété⁸. L'année dernière, le Partenariat et la Commission de la santé mentale du Canada ont collaboré à la création de plusieurs ressources qui portent sur la relation entre la santé mentale et le cancer (et d'autres maladies chroniques). Le rapport exhaustif et les fiches d'information permettront de sensibiliser les fournisseurs de soins primaires, les organismes communautaires et les décideurs à l'importance du dépistage des troubles de santé mentale tout au long de l'évolution du cancer et à la nécessité de disposer de services de santé mentale de qualité pour soutenir les survivants et leur famille.

Le Partenariat finance également la Société canadienne du cancer (SCC) pour aider les survivants à trouver les ressources existantes en matière de santé mentale et de survie. La SCC travaille avec ses partenaires pour s'assurer que les personnes atteintes d'un cancer sont systématiquement orientées vers la ligne d'aide et d'information sur le cancer et le répertoire des services à la communauté (RSC) de la SCC. La ligne d'aide et le RSC aiguillent les personnes vers des ressources proches de chez elles, notamment des groupes de soutien et du counseling.

LE FARDEAU ÉCONOMIQUE DU CANCER POUR LES PERSONNES ATTEINTES ET LEUR FAMILLE

Une étude réalisée par le Partenariat en 2021-2022 révèle que pour les individus, les répercussions du cancer ne sont pas seulement physiques et émotionnelles, mais aussi financières.

La plupart des études sur le fardeau économique du cancer se sont concentrées sur les coûts pour le système de santé. Toutefois, une étude du Partenariat a démontré qu'un tiers du fardeau financier est supporté par les personnes atteintes de cancer et leur famille.

Les personnes atteintes d'un cancer doivent payer elles-mêmes un grand nombre de dépenses liées au cancer, notamment les médicaments, les soins à domicile et les frais de rendez-vous. Elles peuvent également être incapables de travailler pendant de longues périodes, ce qui entraîne une perte de revenus. Si l'étude a révélé que le fardeau est le plus lourd au cours de la première année suivant le diagnostic, les coûts restent souvent élevés les années suivantes.

Cette combinaison de dépenses personnelles et de perte de revenus rend les soins contre le cancer inabordable pour de nombreuses personnes, en particulier pour les personnes à faible revenu. En fournissant une meilleure image du fardeau économique du cancer, le Partenariat espère susciter des solutions politiques qui garantissent que toutes les personnes atteintes de cancer ont accès aux soutiens dont elles ont besoin.



PRENDRE DES MESURES POUR AMÉLIORER LES SOINS CONTRE LE CANCER CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS, LES INUITS ET LES MÉTIS

La stratégie canadienne en matière de cancer est axée sur les changements importants visant à améliorer les soins et les résultats en matière de cancer pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis.

Et on constate un changement. Le Partenariat finance 29 partenaires pour les aider à prendre des mesures concernant les priorités et les initiatives déterminées par les peuples autochtones et qui leur sont propres, et ce, dans tout le pays. Plus de 130 gouvernements, organisations et partenaires communautaires autochtones sont mobilisés, et plus de 500 collectivités en bénéficieront.

FAIRE AVANCER LES PRIORITÉS DÉTERMINÉES PAR LES PEUPLES

Les partenaires élaborent des plans de lutte contre le cancer propres aux peuples autochtones ou mettent en œuvre des plans existants dans les 13 provinces et territoires et dirigent le travail sur des priorités déterminées par les peuples autochtones. Dans le cadre de ce travail, des initiatives menées par des partenaires abordent tous les aspects du parcours du patient.

Plusieurs projets ont achevé leurs travaux en 2021-2022, notamment :

- **Promouvoir l'abandon du tabagisme et un mode de vie sain :** la Métis Nation of Ontario (Nation métisse de l'Ontario) a élaboré un certain nombre de ressources propres aux Métis, notamment des mesures de soutien à l'abandon du tabagisme, des ateliers sur les modes de vie sains assortis d'une formation à l'intention des animateurs afin d'assurer une prestation continue, ainsi qu'une série de vidéos « Champions du changement » mettant en valeur les histoires de citoyens métis.
- **Créer des services d'abandon du tabagisme :** la Société canadienne du cancer a collaboré avec des partenaires des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des collectivités autochtones urbaines de l'Ontario, de la Saskatchewan et du Manitoba pour élaborer et mettre en œuvre le programme Parlez tabac, qui offre des services de soutien à l'abandon du tabagisme et du vapotage par téléphone, par messagerie texte et par clavardage, ainsi que des ressources en ligne.

Parmi les autres travaux en cours, on compte :

- **Mise en place d'un programme de dépistage organisé du cancer colorectal au Nunavut :** les plans pour un programme de dépistage à l'échelle du territoire sont sur la bonne voie; le plan d'affaires du programme a été approuvé par la législature territoriale, et du personnel permanent a été embauché pour exécuter et gérer le programme.

- **Élaboration d'une campagne de sensibilisation au dépistage culturellement adaptée en Colombie-Britannique :** afin d'augmenter le taux de dépistage du cancer chez les Premières Nations, la Régie de la santé des Premières Nations lance une campagne de sensibilisation qui reflète les besoins des Autochtones et utilise des images et des messages adaptés à leur culture.
- **Élaboration d'un plan de lutte contre le cancer pour les Premières Nations au Nouveau-Brunswick :** le Centre de santé Neqotkuk dirige l'élaboration d'un plan global de lutte contre le cancer grâce à des partenariats avec un vaste groupe d'intervenants, dont les 16 collectivités des Premières Nations de la province, les conseils tribaux et les organisations autochtones, le Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick, les régies régionales de la santé et les organismes sans but lucratif de lutte contre le cancer.
- **Amélioration du parcours vers le diagnostic au Labrador :** les partenaires autochtones du Labrador s'efforcent d'améliorer le parcours précédant le diagnostic pour les Innus et les Inuits en mobilisant les collectivités, notamment en élaborant des outils et des ressources pour soutenir les personnes atteintes de cancer et leur famille.

Malgré les retards dus à la COVID-19, les relations entre les partenaires sont restées solides grâce aux connexions virtuelles, et le Partenariat continue de fournir un soutien continu. Dans le cadre de ce soutien, le Partenariat a organisé deux ateliers de partage des connaissances lors desquels les partenaires ont pu faire part de leurs réussites et de leurs difficultés, et discuter de la manière d'assurer la durabilité au sein et au-delà de leurs projets.

Le Partenariat continue également d'organiser des réunions avec les responsables de la santé autochtone d'autres organismes de santé pancanadiens afin d'explorer les possibilités d'améliorer la collaboration avec les partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis, tout en évitant les chevauchements entre les organismes.

SOUTENIR LA RECHERCHE ET LES SYSTÈMES DE DONNÉES RÉGIS PAR LES AUTOCHTONES

Les données propres aux peuples autochtones et déterminées par ces derniers sont essentielles pour quantifier les disparités et soutenir les efforts de la communauté visant à améliorer l'accès, l'expérience et les résultats des Premières Nations, des Inuits et des Métis en matière de soins du cancer. C'est l'une des raisons pour lesquelles la recherche et les systèmes de données régis par les Premières Nations, les Inuits et les Métis sont une priorité de la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer*.

Pour mieux comprendre comment soutenir ce travail, le Partenariat a financé le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations de l'Alberta pour qu'il effectue une analyse de l'environnement et mène des entrevues et des groupes de discussion avec des experts autochtones en données et en recherche, des gardiens du savoir et des aînés. Ces travaux permettront de cerner les lacunes actuelles dans les données et la recherche sur la lutte contre le cancer chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis, ainsi que les pratiques exemplaires et prometteuses qui peuvent être soutenues et diffusées.

De nombreuses approches prometteuses pour la gouvernance des données par les Autochtones sont déjà en cours dans l'ensemble du pays. Deux partenaires, la Métis Nation of Saskatchewan (Nation métisse de la Saskatchewan) et la Saskatchewan Cancer Agency (SCA), ont signé une entente de partage de données et s'associent à l'Université de la Saskatchewan et au Partenariat pour un projet de données unique visant à améliorer la surveillance du cancer. Le projet permettra de relier les renseignements sur les citoyens métis aux profils des patients et des clients dans les bases de données du registre du cancer et du dépistage de la SCA, ce qui permettra de surveiller l'incidence du cancer dans la population métisse de la Saskatchewan et fournira des renseignements précieux pour les programmes et les services ciblés.

“

« En utilisant les données des consultations communautaires de 2018 et 2019, nous avons lancé un guide de l'expérience du cancer et une ressource vidéo sur l'expérience du cancer pour soutenir les Métis albertains et leurs proches dans leur expérience de la maladie. Grâce au financement du Partenariat, nous avons constaté une augmentation de la participation à notre programme de transport pour les personnes atteintes de cancer. Ce programme offre une aide financière aux Métis albertains qui se déplacent pour des rendez-vous liés au cancer. »

MÉTIS NATION OF ALBERTA (NATION
MÉTISSE DE L'ALBERTA)

« La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador soutient les collectivités des Premières Nations du Québec dans la mise en œuvre de projets communautaires de lutte contre le cancer, notamment par des activités de formation et des séances d'échange sur la prévention, le dépistage et la lutte contre le cancer. Plusieurs initiatives sont financées dans les collectivités, dont certaines sont axées sur le dépistage du cancer, la prévention, la lutte contre le tabagisme et la protection solaire. »

PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

« Alors que l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIIAC) collabore avec le Partenariat pour donner suite aux priorités de la Stratégie visant le système de santé autochtone, nous reconnaissons les contributions et les connaissances uniques de tous les contributeurs. Un partenariat efficace et stratégique permet aux équipes de faire valoir le meilleur de leurs talents et de leurs forces, et il est gratifiant de voir des solutions fonctionnelles et créatives se présenter. Ensemble, nous avons tiré parti de canaux de communication ouverts et efficaces entre l'AIIAC et le Partenariat pour nous aligner sur les attentes. Les occasions d'apprentissage pour tous les partenaires ont été accueillies positivement. »

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS
AUTOCHTONES DU CANADA

AUTRES FAITS SAILLANTS



MISE EN PLACE DE MODÈLES DE SOINS INNOVANTS

Dans tout le Canada, les territoires de compétence sont à la recherche de nouveaux modèles de soins du cancer qui favorisent la qualité et l'efficacité, et permettent d'atteindre l'équité en santé pour les populations exclues du système. La nécessité d'adopter des approches innovantes s'est encore accentuée depuis la pandémie, laquelle a exacerbé les inégalités et mis à rude épreuve un système qui avait déjà du mal à répondre à la demande.

De nouveaux modèles de soins fournissent des services en utilisant des approches novatrices qui répondent mieux aux besoins des personnes atteintes de cancer et utilisent plus efficacement les ressources du système de santé, par exemple en formant des médecins de famille à l'administration de la chimiothérapie (supervisée à distance par des oncologues médicaux) ou en demandant à des infirmières et infirmiers praticiens de coordonner les soins de suivi dans les collectivités rurales.

Grâce à une large consultation des territoires de compétence et d'autres intervenants, le Partenariat a recensé les défis communs et les domaines dans lesquels de nouveaux modèles de soins sont nécessaires, notamment :

- Améliorer la coordination entre le système de lutte contre le cancer et les soins primaires afin de mieux soutenir les personnes atteintes de cancer;
- Optimiser les champs d'exercice des membres des équipes de cancérologie pour remédier aux pénuries de personnel et fournir des soins plus proches du domicile;
- Utiliser des modèles de réseaux pour élargir l'accès aux services spécialisés et aux soins centrés sur la personne.

La nouvelle [Boîte à outils des modèles de soins](#) du Partenariat, lancée en 2021-2022, présente des exemples de modèles de soins novateurs et de pratiques exemplaires au Canada et à l'étranger qui répondent à ces besoins et souligne les domaines où de nouvelles approches en matière de soins virtuels et d'orientation des patients peuvent encore améliorer les soins. Chaque exemple fournit une description du modèle, l'endroit où il est utilisé et la personne à contacter pour en savoir plus. L'outil comprend également des conseils sur la façon de faire participer les Premières Nations, les Inuits et les Métis à la sélection et à la mise en œuvre de modèles de soins respectueux de la culture.

Au cours des cinq prochaines années, le Partenariat investira 13 millions de dollars dans de nouveaux modèles de soins dans l'ensemble du Canada; les idées et les informations contenues dans la boîte à outils aideront les dirigeants des systèmes de santé à élaborer ces projets.

En outre, le Partenariat continue de mettre au point OncoLocate, un outil de géocartographie qui permet de localiser les spécialistes du cancer, comme les oncologues, les pathologistes et certaines spécialités chirurgicales, par rapport aux données locales sur le fardeau du cancer (nouveaux cas, décès, prévalence). L'outil aidera les territoires de compétence à mieux recenser les problèmes d'offre et de demande en matière de ressources humaines en santé et permettra de savoir comment les modèles de soins novateurs, nouveaux ou existants, peuvent être appliqués pour améliorer l'accès aux soins, soutenir l'efficacité du système et favoriser des soins équitables contre le cancer.



MISE EN ŒUVRE DE PROGRAMMES DE DÉPISTAGE DU CANCER DU POUMON AU CANADA

Le cancer du poumon est la principale cause de décès par cancer au Canada. Cependant, un diagnostic précoce augmente considérablement le taux de survie. En fait, le dépistage des personnes exposées à un risque élevé peut réduire dans une proportion allant jusqu'à 24 % les décès dus au cancer du poumon.

Ainsi, les provinces canadiennes s'empressent de mettre en place des programmes de dépistage organisé du cancer du poumon pour les personnes présentant un risque élevé de contracter cette maladie. L'Ontario a été la première province à se lancer, s'appuyant sur un projet pilote antérieur pour établir le programme dans quatre centres en 2021. Grâce au soutien du Partenariat, d'autres provinces ne sont pas loin derrière. Au printemps 2022, la Colombie-Britannique a lancé un programme à l'échelle de la province, et le dépistage est en cours dans sept centres au Québec dans le cadre d'un projet pilote qui guidera la mise en œuvre dans toute la province. Des partenaires de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador travaillent également sur leur propre plan de projets pilotes ou de programmes. Tous bénéficieront de l'expérience et de l'expertise de l'Ontario; grâce au financement du Partenariat, le programme de l'Ontario fournit aux autres territoires de compétence des ressources, un soutien individuel et des séances de formation sur des questions comme le recrutement des patients et l'assurance de la qualité.

Le besoin de dépistage du cancer du poumon chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis est particulièrement aigu. Les Premières Nations, les Inuits et les Métis sont touchés de façon disproportionnée par le cancer du poumon, et les provinces travaillent en étroite collaboration avec ces communautés pour s'assurer que les programmes répondent à leurs besoins particuliers. Les aides à l'abandon du tabagisme, y compris les aides respectueuses de la culture, feront également partie intégrante de tous les programmes de dépistage du cancer du poumon.

Alors que le nombre de programmes de dépistage organisé du cancer du poumon dans l'ensemble du pays continue d'augmenter, le Partenariat met en place une infrastructure pour soutenir un dépistage cohérent et de qualité élevée dans tous les programmes. À titre d'exemple, le Partenariat a financé l'Association canadienne des radiologistes et la Société canadienne de radiologie thoracique pour qu'elles élaborent un programme d'accréditation pour le dépistage du cancer du poumon, et des modules éducatifs pour l'assurance de la qualité sont également en cours d'élaboration.



AIDER LES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER À CESSER DE FUMER

Lorsqu'une personne atteinte d'un cancer arrête de fumer, son traitement devient plus efficace et ses chances de survie augmentent. Dans tout le pays, les centres de cancérologie aident ces personnes à cesser de fumer. Au cours des cinq dernières années, le financement du Partenariat a permis aux centres d'étendre considérablement ce soutien : 87 % des centres de cancérologie intègrent désormais des aides à l'abandon du tabagisme dans leurs services de consultation externe, comparativement à 26 % en 2016.

Il faut cependant en faire plus. Les médicaments d'aide à l'abandon du tabagisme peuvent plus que doubler la probabilité qu'une personne arrête de fumer⁹, mais de nombreuses personnes n'y ont pas accès ou ne peuvent les payer. Le financement du Partenariat a permis à plusieurs provinces de fournir gratuitement des médicaments d'aide à l'abandon du tabagisme pendant la pandémie, y compris par la poste, lorsque les consultations en personne pour l'abandon du tabagisme étaient suspendues. Cependant, peu de territoires de compétence offrent des médicaments gratuits aux personnes atteintes de cancer sur une base permanente.

Pour combler cette lacune, le Partenariat a créé une [analyse de rentabilité](#) pour aider les centres de cancérologie à faire valoir que toutes les personnes atteintes d'un cancer devraient recevoir gratuitement des médicaments d'aide à l'abandon du tabagisme lorsqu'elles reçoivent des soins contre le cancer. En réponse, un territoire, les Territoires du Nord-Ouest, a déjà pris des mesures pour résoudre les problèmes d'accès auxquels sont confrontés les habitants des régions éloignées. Bien que le territoire couvre le coût des médicaments d'aide à l'abandon du tabagisme, les gens ont du mal à les obtenir. Peu de collectivités éloignées disposent d'une pharmacie, et les centres de santé communautaires ne peuvent fournir que les médicaments figurant sur la liste des médicaments remboursés du territoire. Les Territoires du Nord-Ouest ont maintenant révisé la liste des médicaments et prévoient de les rendre disponibles dans les centres de santé du territoire.

Le Partenariat s'efforce également d'améliorer le soutien aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis dans tout le pays. Les centres de cancérologie ont commencé à établir des partenariats avec les organisations et les collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis afin d'accroître la disponibilité et la qualité des services de soutien à l'abandon du tabagisme adaptés à la culture; 45 % des établissements de soins du cancer offrent maintenant ces aides.



AMÉLIORER LA QUALITÉ GRÂCE AUX RAPPORTS SYNOPTIQUES

Pendant plus d'une décennie, le Partenariat a joué un rôle de premier plan dans le financement et le soutien de l'adoption des rapports synoptiques électroniques dans tout le pays. Les avantages des rapports synoptiques sont importants. En normalisant la manière dont les données pathologiques et chirurgicales sont recueillies et communiquées, ces rapports garantissent que les cliniciens disposent d'informations claires et complètes pour fonder leurs décisions de traitement. Les données synoptiques offrent également d'importantes possibilités d'amélioration de la qualité, car elles permettent de suivre les variations des pratiques et des résultats dans l'ensemble des organisations et du système.

Dans le cadre de son travail final dans ce domaine, le Partenariat a financé six équipes au Canada afin de se concentrer sur ce potentiel d'amélioration de la qualité. Malgré les difficultés créées par la pandémie, les équipes ont mené à bien 23 projets d'amélioration de la qualité en 2021-2022, et presque tous ont permis d'améliorer considérablement les soins dispensés aux patients.

Les projets ont familiarisé les chirurgiens et les pathologistes avec les pratiques d'amélioration de la qualité. Les rapports de rétroaction les ont aidés à utiliser les données pour en apprendre davantage sur leur propre pratique clinique et à se comparer à leurs pairs au sein de leur centre et dans d'autres territoires de compétence. Au cours de séances réunissant des communautés de praticiens multidisciplinaires, ils ont également discuté des causes profondes des différences constatées dans les soins dispensés aux patients et de la manière de les aborder.

Les petits changements mènent souvent à des gains importants. Par exemple, auparavant, à l'Île-du-Prince-Édouard, toutes les biopsies de l'endomètre étaient envoyées à Halifax aux fins d'analyse, et les patientes attendaient souvent plus d'une semaine avant de recevoir les résultats. En modifiant les informations incluses dans le modèle synoptique, les gynécologues ont pu déterminer quelles biopsies n'avaient pas besoin d'être envoyées à Halifax et lesquelles devaient l'être immédiatement. En conséquence, le temps de traitement des biopsies de l'endomètre s'est considérablement amélioré, passant de 8,8 jours à 1,3 jour. En Alberta, un examen des données synoptiques a révélé que les patients atteints d'un cancer de la thyroïde ne subissaient pas tous une échographie, une pratique exemplaire pour déterminer avec précision le stade du cancer. Les discussions qui en ont résulté entre les chirurgiens et une modification du modèle synoptique ont permis une amélioration notable : le pourcentage de patients bénéficiant d'une évaluation échographique a augmenté, passant de 65 % à 92 %.

L'évaluation des projets indique également un changement culturel à plus long terme. Parmi les cliniciens participants, 95 % ont déclaré qu'ils étaient susceptibles d'utiliser les données synoptiques pour améliorer les soins prodigués aux patients et 89 % pour discuter des lacunes en matière de soins avec leurs pairs.



ASSURER UN ACCÈS ÉQUITABLE AUX ESSAIS CLINIQUES

La participation à des essais cliniques n'est souvent pas envisageable pour les personnes atteintes d'un cancer qui vivent dans des régions rurales ou éloignées, car elles vivent trop loin des centres de cancérologie urbains où se déroulent les essais. Ce manque d'accès crée une inégalité troublante; les essais cliniques offrent aux patients un accès important et rapide aux technologies et traitements innovants qui peuvent améliorer les résultats et la qualité de vie. Et sans un éventail représentatif de participants, les résultats de la recherche peuvent ne pas s'appliquer à l'ensemble de la population.

Grâce au financement du Partenariat, le Réseau canadien d'essais cliniques sur le cancer (RCECC) met à l'essai un nouveau modèle pour rendre les essais cliniques plus accessibles, quel que soit le lieu de résidence. Le *Canadian Remote Access Framework for Clinical Trials (CRAFT)* (cadre canadien de l'accès à distance aux essais cliniques; en anglais seulement) utilise un modèle en étoile pour permettre aux centres de santé locaux ou régionaux de fonctionner comme des satellites de centres de cancérologie plus importants. Le modèle est mis à l'essai en Colombie-Britannique, en Ontario et à Terre-Neuve-et-Labrador. Dans chaque province, un grand centre de santé mène un essai clinique en partenariat avec deux hôpitaux régionaux plus petits, qui dispensent les soins et suivent les patients inscrits à l'essai. Par exemple, en Colombie-Britannique, des patients de Terrace participent à un essai sur la radiothérapie non effractive réalisé à Prince George, à une journée de route. Et à Terre-Neuve, les patients de Grand Falls-Windsor atteints d'un cancer avancé de la prostate peuvent participer à un essai sur un médicament mené à plus de 400 km de là, à St. John's.

Le projet pilote permet de tester le modèle pour différents types d'essais cliniques et de tirer des enseignements de l'expérience de tous les centres concernés. L'expérience des patients sera également suivie, afin que le modèle puisse être ajusté si nécessaire. En plus d'élargir les options de traitement pour les personnes vivant dans des régions rurales et éloignées, le nouveau modèle offre un avantage important aux chercheurs. Les essais peuvent désormais inclure un échantillon plus large de la population, ce qui permet d'obtenir des résultats plus fiables et généralisables à l'ensemble de la population.



FAIRE PARTICIPER LES PATIENTS À LA RECHERCHE SUR LE CANCER

Les derniers développements de la recherche canadienne sur le cancer ont été mis en lumière lors de la Conférence canadienne sur la recherche sur le cancer (CCRC) bisannuelle, organisée par l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer. En réponse à la pandémie, la CCRC de 2021 est passée à un événement virtuel qui a rassemblé près de 800 membres de la communauté canadienne de la recherche sur le cancer, y compris des patients partenaires.

Grâce au Programme de participation des patients à la recherche sur le cancer (PPP), ces patients participent activement à la conférence, coprésidant toutes les séances principales et simultanées et apportant leur point de vue aux présentations et aux discussions. Cette année, un nombre record de personnes de partout au Canada ont posé leur candidature pour les 25 places du PPP. Dans le cadre du PPP, les patients partenaires ont participé à l'attribution d'une bourse de recherche pour les stagiaires et les chercheurs en début de carrière, axée sur la recherche centrée sur les patients.

Ce rôle visible et actif des patients dans le cadre de la conférence fait évoluer les perceptions des chercheurs. Lors d'un sondage réalisé à l'issue de la conférence, 87 % des participants ont indiqué qu'ils souhaitaient faire participer des patients ou des aidants à leurs recherches, un pourcentage qui n'a cessé d'augmenter depuis le lancement du PPP en 2017.

La conférence continue également à promouvoir de manière proactive la diversité des voix et de la participation. Pour la conférence de 2021, la sensibilisation accrue des partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis, ainsi que de la communauté de recherche autochtone, a permis de créer un volet de recherche sur le cancer chez les Autochtones, proposant un conférencier principal, une séance simultanée, diverses présentations orales et par affiches, et un atelier sur l'éthique de la recherche autochtone.



UTILISER LES RÉSULTATS SIGNALÉS PAR LE PATIENT POUR AMÉLIORER LES SOINS

L'utilisation d'outils de mesure des résultats signalés par le patient (RSP) permet de s'assurer que les patients atteints de cancer font l'objet d'un dépistage régulier des symptômes qui rendent l'expérience du cancer plus difficile, comme la douleur, la fatigue, les nausées, l'anxiété et la dépression.

Toutefois, les cliniciens doivent pouvoir accéder facilement et rapidement aux informations que ces outils permettent de recueillir afin de fournir aux patients le soutien dont ils ont besoin; l'intégration des données dans les systèmes d'information clinique est essentielle. Plusieurs territoires de compétence avaient en cours des initiatives financées par le Partenariat lorsque la pandémie a commencé, ce qui a créé une nouvelle série de défis. Les questionnaires de mesure des RSP sont généralement remplis lors d'un rendez-vous clinique; avec le passage aux visites virtuelles, ce dépistage des symptômes n'a pas eu lieu et de nombreux patients n'ont pas été aiguillés vers un soutien psychosocial ou autre.

En réponse, un certain nombre de provinces ont accéléré le passage des questionnaires papier aux questionnaires électroniques, et plusieurs sont passées à l'accès à domicile. À titre d'exemple, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse ont lancé une plateforme électronique qui permet aux patients soumis à une radiothérapie de remplir leur évaluation des RSP depuis leur ordinateur ou leur téléphone à domicile. Terre-Neuve-et-Labrador fera bientôt de même pour certains patients suivis dans les centres de cancérologie. Et au Québec, une application pour téléphone intelligent a permis à certains patients atteints de cancer de signaler leurs symptômes par voie électronique, ainsi que de réaliser leur dépistage de la COVID-19 et de prendre rendez-vous pour les visites en personne.

Avec le soutien du Partenariat, l'Alberta a poussé l'utilisation des RSP encore plus loin, en examinant comment ils peuvent être utilisés pour assurer une prise en charge des symptômes de grande qualité lorsque les soins sont dispensés virtuellement. Par exemple, un patient présentant peu de symptômes peut se contenter d'un soutien téléphonique, tandis qu'une personne présentant davantage de symptômes peut avoir besoin d'une visite en personne auprès d'une équipe multidisciplinaire. L'Alberta vérifie également si les RSP peuvent être utilisés pour prévoir le pourcentage de patients qui présenteront un nombre élevé de symptômes. Ces informations pourraient aider les centres de soins ambulatoires à planifier des rendez-vous suffisamment longs pour répondre aux besoins des patients représentant des cas complexes et à prévoir un personnel suffisant.



APPUYER LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES ATTEINTS D'UN CANCER

Pour les adolescents et les jeunes adultes qui suivent un traitement contre le cancer, la perte de fertilité est un risque important. Ils ne sont que trop nombreux à le découvrir après le traitement, lorsque les stratégies de préservation de la fertilité ne sont plus une option. Le Partenariat collabore avec ses partenaires pour s'assurer que les discussions sur la fertilité ont lieu avant le début du traitement et que les patients et leur famille disposent des informations nécessaires pour prendre une décision éclairée.

Pour faciliter ces discussions, l'Ontario et l'Alberta incluent une question sur les problèmes de fertilité dans les outils de mesure des RSP que les programmes de lutte contre le cancer utilisent pour recueillir des informations sur les symptômes et les préoccupations des patients. De nouveaux plans d'intervention permettront d'aiguiller rapidement les patients vers une consultation externe de fertilité. Des supports éducatifs adaptés fourniront également aux patients et à leur famille des informations qui les aideront à décider de ce qu'ils veulent faire.

Les deux provinces cherchent surtout à répondre aux besoins des jeunes inuits, métis et des Premières Nations, ainsi que des patients de l'extérieur de la province. L'Alberta offre des soins aux adolescents et aux jeunes adultes des Territoires du Nord-Ouest atteints de cancer et l'Ontario offre des soins aux résidents du Nunavut. Aucun de ces territoires de compétence du Nord ne dispose de services liés à la fertilité, de sorte que les plans d'intervention doivent tenir compte de l'accès pour ces patients résidant à l'extérieur de la province, et tout le matériel éducatif doit être adapté à la culture.

Une récente enquête du Partenariat a révélé qu'une fois leur traitement contre le cancer terminé, les adolescents et les jeunes adultes ont également besoin de l'aide de leur fournisseur de soins primaires pour gérer les problèmes de santé connexes, notamment la fatigue, les troubles de santé mentale et la surveillance continue d'une récurrence du cancer. Pour sensibiliser les fournisseurs de soins primaires et leur donner les outils dont ils ont besoin, le Partenariat a créé une vidéo numérique et deux outils contenant des informations sur les soutiens locaux à la disposition des patients. Le personnel de la Société canadienne du cancer a également accès aux outils et les Territoires du Nord-Ouest, l'Alberta et le Québec sont en train de les adapter pour y inclure des ressources locales.



COLLABORATIONS PANCANADIENNES ET INTERNATIONALES

UTILISER LES DONNÉES POUR FAIRE ÉVOLUER LE SYSTÈME

Le Partenariat travaille en étroite collaboration avec d'autres organisations pancanadiennes de santé (OPS) et des partenaires internationaux dans des domaines d'intérêt commun. Grâce à ces collaborations, le Partenariat et d'autres acteurs partagent leur expertise et leurs connaissances, ce qui permet à tous les partenaires de faire progresser leur travail. Les collaborations actuelles comprennent les initiatives suivantes axées sur les données :

- **Élaboration d'une stratégie pancanadienne en matière de données :** les lacunes du système de données sur la santé du Canada sont devenues évidentes pendant la pandémie, lorsque les décideurs ont eu du mal à accéder à des données complètes et opportunes pour éclairer la prise de décisions. Le gouvernement fédéral s'efforce de résoudre ces problèmes en élaborant une stratégie pancanadienne de données sur la santé, et le Partenariat et la Société canadienne du cancer y contribuent en dirigeant conjointement l'élaboration d'une *stratégie pancanadienne de données sur le cancer*. La stratégie établira un cadre général commun et définira les priorités en matière de données à court, moyen et long terme pour les décideurs, les chercheurs et les autres intervenants afin d'orienter les améliorations et les investissements, de sorte que le système de lutte contre le cancer puisse réagir rapidement

Le couplage des données sur les diagnostics et les résultats du cancer avec les données sur l'immigration, les revenus d'emploi et les dépenses personnelles permet une analyse détaillée du fardeau économique du cancer dans une optique d'équité.

lorsque des fonds seront disponibles. Un large éventail d'organisations et de personnes y participent, notamment des OPS, des organisations provinciales de lutte contre le cancer, des représentants des patients et des familles, des organisations autochtones nationales et des organisations autochtones régionales de gouvernance des données.

- **Apport de données de modélisation pour faciliter la prise de décisions :** les modèles de données sont devenus un outil essentiel pour prévoir les répercussions de la pandémie et guider la prise de décisions. L'outil OncoSim du Partenariat a permis de modéliser les résultats afin d'éclairer les décisions, qu'il s'agisse de stratégies visant à réduire les retards de dépistage ou de plans pour de nouveaux programmes de dépistage du cancer du poumon. De plus, le Partenariat a aidé les chercheurs à mettre au point et à diffuser des modèles permettant de prévoir les conséquences des retards de diagnostic et de traitement sur les résultats en matière de cancer.
- Tout au long de la pandémie, le Partenariat a coparrainé le [COVID-19 and Cancer Global Modelling Consortium](#) (en anglais seulement) qui a fourni des données de modélisation pour aider à gérer les défis de la pandémie et à orienter le rétablissement après la pandémie. Le Partenariat a également participé à un réseau d'échange de pratiques de modélisation créé par l'Association canadienne des agences provinciales du cancer (ACAPC), qui a facilité les liens et l'échange d'informations entre les groupes de modélisation.
- **Réalisation d'une analyse axée sur l'équité afin de combler les lacunes du système :** un effort conjoint du Partenariat, du Centre canadien de recherche appliquée en lutte contre le cancer et de Statistique Canada a permis de relier les données du Registre canadien du cancer à des bases de données nationales telles que le recensement et l'enquête annuelle de Statistique Canada sur les dépenses des ménages. Le couplage des données sur les diagnostics

et les résultats du cancer avec les données sur l'immigration, les revenus d'emploi et les dépenses personnelles permet une analyse détaillée du fardeau économique du cancer dans une optique d'équité. Les recherches financées par le Partenariat mettent déjà en lumière les difficultés financières des personnes atteintes de cancer et fournissent des informations précieuses pour l'élaboration des politiques.

- Le Partenariat a également réalisé des analyses axées sur l'équité afin d'appuyer un prochain rapport thématique spécial sur la prévalence du cancer, qui sera publié par la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. L'analyse met en évidence la manière dont le fardeau du cancer varie en fonction des revenus et du lieu de résidence.
- **Suivi des variations dans les soins pour guider l'amélioration de la qualité :** les taux de survie au cancer varient d'un pays à l'autre et l'International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP) analyse les données de neuf pays afin de déterminer pourquoi. En tant que membre de l'ICBP, le Partenariat a collaboré avec neuf provinces pour recueillir et analyser des données canadiennes, notamment le nombre de patients qui reçoivent un diagnostic à la suite d'une visite aux urgences. Lorsque les personnes ne reçoivent pas un diagnostic à un stade précoce par l'entremise des programmes de dépistage ou des soins primaires, cela indique des lacunes dans le système. Bien que le Canada se classe généralement bien par rapport aux autres pays, près d'une personne sur trois reçoit un diagnostic aux urgences, et il existe des variations importantes entre les provinces. En participant à cette analyse comparative, les territoires de compétence sont mieux placés pour comprendre ce qui détermine les résultats pour les patients et dans quels domaines ils doivent concentrer leurs efforts d'amélioration de la qualité.



COLLABORER POUR FAIRE PROGRESSER LES SOINS CONTRE LE CANCER

Depuis 2006, la Stratégie a réuni des partenaires de tout le pays dans le but de réduire le fardeau du cancer et d'améliorer la prévention, le dépistage et les soins du cancer.

Aujourd'hui, le Partenariat et ses partenaires doivent relever de nouveaux défis et saisir de nouvelles occasions pour assurer la durabilité du système de santé et l'équité de l'expérience du cancer pour tous les Canadiens, en particulier les communautés systématiquement exclues qui continuent de subir des inégalités en matière d'accès, d'expérience et de résultats. La Stratégie guidera les travaux à venir, et le Partenariat continuera de s'appuyer sur les enseignements tirés avant et pendant la pandémie de COVID-19 sur la meilleure façon de soutenir les partenaires et de réaliser des progrès significatifs vers les objectifs de la Stratégie.

FAIRE PROGRESSER LA STRATÉGIE EN 2022-2023

En 2022-2023, le Partenariat aidera les partenaires à achever les travaux retardés par la pandémie, à lancer de nouvelles initiatives pour mettre en œuvre le Plan d'affaires 2022-2027 et à adopter de nouvelles approches pour améliorer l'équité en santé dans le système de lutte contre le cancer. Ce travail sera fondé sur les priorités et les mesures énoncées dans la Stratégie ainsi que sur les quatre piliers du plan d'affaires : l'équité, la relance après la pandémie, la gouvernance et l'excellence organisationnelle. Les initiatives de l'année à venir mettront l'accent sur l'équité en santé et comprendront les éléments suivants :

- **Mettre en place des modèles de soins innovants :** le Partenariat financera la mise en œuvre et l'évaluation de modèles de soins innovants qui font progresser l'équité, l'efficacité et la qualité des soins de santé au sein du système de lutte contre le cancer.
- **Éliminer le cancer du col de l'utérus :** les travaux visant à améliorer les taux de vaccination contre le VPH parmi les groupes faisant l'objet d'une vaccination insuffisante et la planification continue du dépistage primaire par détection du VPH permettront au Canada d'atteindre son objectif d'éliminer le cancer du col de l'utérus d'ici 2040.

- **Introduire le dépistage du cancer du poumon :** les programmes de dépistage organisé du cancer du poumon continueront d'être déployés dans tout le pays, en mettant l'accent sur la participation des Premières Nations, des Inuits et des Métis à la création conjointe de programmes respectueux de la culture.

PRODUIRE DES RAPPORTS À L'INTENTION DES CANADIENS

Le Partenariat a également créé un outil d'établissement de rapports d'avancement en ligne qui permet à tous les Canadiens de suivre les progrès réalisés par rapport aux huit priorités de la Stratégie. Les provinces et les territoires présentent des données sur les indicateurs pour cinq des priorités, ainsi que des objectifs pour chaque domaine et les travaux en cours pour les atteindre. Pour la première fois, un grand nombre d'indicateurs font l'objet d'un suivi et d'une déclaration à l'échelle pancanadienne, et l'outil offre au public une occasion importante de connaître les progrès réalisés pour améliorer les soins liés au cancer dans chaque territoire de compétence.

Pour les trois priorités de la Stratégie déterminées par les peuples autochtones et qui leur sont propres, le Partenariat travaille avec les organisations, les aînés et les gardiens du savoir des Premières Nations, des Inuits et des Métis afin de créer conjointement des histoires de progrès qui sont fondées sur les forces et qui sont significatives pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Ces histoires comprendront des données issues d'enquêtes menées par des Autochtones, des ensembles de données sur les soins de santé, des entretiens et des séances d'échanges communautaires avec des personnes ayant vécu l'expérience du cancer.

Les antécédents du Partenariat en matière de partenariats solides et d'alignement sur les priorités stratégiques ont créé une dynamique d'innovation importante et soutenue dans le domaine des soins contre le cancer au Canada. En collaboration avec des partenaires, actuels et nouveaux, le Partenariat continuera à stimuler cette innovation et à créer un système de lutte contre le cancer plus durable et plus équitable pour l'avenir.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022



Graham Sher, M.D.

Président, Partenariat canadien contre le cancer; président-directeur général, Société canadienne du sang



Jeff Zweig

Président élu et vice-président, Partenariat canadien contre le cancer; président et chef de la direction, Mosaic Forest Management



Julien Billot

Président-directeur général, Scale Ai; professeur associé, HEC Montréal



Ruby Brown

Sous-ministre de la Santé, gouvernement du Nunavut (*a quitté ses fonctions en avril 2021*)



Kim Nguyen Chi, M.D.

Médecin-chef, BC Cancer (*a quitté ses fonctions en avril 2021*)



Katherine Chubbs

Présidente et directrice générale, The Good Samaritan Society, Good Samaritan Canada et Good Samaritan Delta View Care Centre Ltd. (*élue en juin 2021*)



Ewan Clark

Conseiller juridique, Cox & Palmer



Teri Collins

Sous-ministre adjointe, Division des services de santé, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (*élue en juin 2021; a quitté ses fonctions en janvier 2022*)



Bruce Cooper

Sous-ministre, Santé et Services sociaux, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (*élu en juin 2021*)



André Corriveau, M.D.

Consultant en santé publique et prestation de services de santé



Michael Crump, M.D.

Hématologue et clinicien-chercheur, Princess Margaret Cancer Centre



Linda Dempster

Vice-présidente, Expérience des patients et réponse à la pandémie, Fraser Health Authority



Darren Dick

Directeur des relations extérieures, Faculté de droit Schulich, Université Dalhousie (*a quitté ses fonctions en juin 2021*)



Craig Earle, M.D.

Président-directeur général, Partenariat canadien contre le cancer



Melanie Fraser

Sous-ministre associée, Services de santé, ministère de la Santé de l'Ontario



Desirée Hao, M.D.

Oncologue médicale, Tom Baker Cancer Centre; professeure de médecine, Cumming School of Medicine, Université de Calgary



Karen Herd

Sous-ministre, ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active, Manitoba



Helen Mallovy Hicks

Directrice d'entreprise et ancienne associée et responsable mondiale du groupe Évaluation, PricewaterhouseCoopers LLP



Eshwar Kumar, M.D.

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



David Lai

Directeur d'entreprise et directeur, Infrastructure et opérations technologiques, McCarthy Tétrault (élu en octobre 2021)



Darren Larsen, M.D.

Conseiller principal, Soins de santé au Canada, Accenture; chargé de cours, Département de médecine familiale et communautaire et Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Université de Toronto



Jean Latreille, M.D.

Observateur; directeur national, Programme québécois de cancérologie, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec



Cynthia Morton

Présidente-directrice générale, Partenariat canadien contre le cancer (a pris sa retraite en octobre 2021)



Mary O'Neill

Directrice d'entreprise (a quitté ses fonctions en octobre 2021)



Michelle Owen

Observatrice; directrice, Division des programmes, Direction des programmes et politiques de soins de santé, Santé Canada (s'est jointe en décembre 2021)



David Sabapathy, M.D.

Médecin hygiéniste en chef adjoint, ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard



Andrea Seale

Présidente et chef de la direction, Société canadienne du cancer



Cheryl Smith

Préfète, municipalité rurale de Saint-Laurent; directrice du district d'Entre-les-Lacs pour l'Association des municipalités du Manitoba



Kendal Weber

Sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada (élu en octobre 2021; a quitté ses fonctions en janvier 2022)

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Aux membres du Partenariat canadien contre le cancer

OPINION

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints du Partenariat canadien contre le cancer (ci-après le « Partenariat »), qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2022, les états des résultats, de l'évolution de l'actif net et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes complémentaires aux états financiers, y compris un résumé des principales méthodes comptables.

À notre avis, les états financiers ci-joints donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Partenariat au 31 mars 2022, ainsi que des résultats de son exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour les organismes sans but lucratif.

FONDEMENT DE L'OPINION

Nous avons effectué notre audit conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Les responsabilités qui nous incombent en vertu de ces normes sont plus amplement décrites dans la section « Responsabilités de l'auditeur à l'égard de l'audit des états financiers » du présent rapport. Nous sommes indépendants du Partenariat conformément aux règles de déontologie qui s'appliquent à notre audit des états financiers au Canada et nous nous sommes acquittés des autres responsabilités déontologiques qui nous incombent selon ces règles. Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

RESPONSABILITÉS DE LA DIRECTION ET DES RESPONSABLES DE LA GOUVERNANCE À L'ÉGARD DES ÉTATS FINANCIERS

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux normes comptables canadiennes pour les organismes sans but lucratif ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Lors de la préparation des états financiers, c'est à la direction qu'il incombe d'évaluer la capacité du Partenariat à poursuivre son exploitation, de communiquer, le cas échéant, les questions relatives à la continuité de l'exploitation et d'appliquer le principe comptable de continuité d'exploitation, sauf si la direction a l'intention de liquider l'organisme ou de cesser son activité ou si aucune autre solution réaliste ne s'offre à elle.

Il incombe aux responsables de la gouvernance de surveiller le processus d'information financière du Partenariat.

RESPONSABILITÉS DE L'AUDITEUR À L'ÉGARD DE L'AUDIT DES ÉTATS FINANCIERS

Nos objectifs sont d'obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers pris dans leur ensemble sont exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs, et de délivrer un rapport de l'auditeur contenant notre opinion. L'assurance raisonnable correspond à un niveau élevé d'assurance, qui ne garantit toutefois pas qu'un audit réalisé conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada permettra toujours de détecter toute anomalie significative qui pourrait exister. Les anomalies peuvent résulter de fraudes ou d'erreurs et elles sont considérées comme significatives lorsqu'il est raisonnable de s'attendre à ce que, individuellement ou collectivement, elles puissent influencer sur les décisions économiques que les utilisateurs des états financiers prennent en se fondant sur ceux-ci.

Dans le cadre d'un audit réalisé conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada, nous exerçons notre jugement professionnel et faisons preuve d'esprit critique tout au long de cet audit. En outre :

- nous identifions et évaluons les risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs, concevons et mettons en œuvre des procédures d'audit en réponse à ces risques, et réunissons des éléments probants suffisants et appropriés pour fonder notre opinion. Le risque de non-détection d'une anomalie significative résultant d'une fraude est plus élevé que celui d'une anomalie significative résultant d'une erreur, car la fraude peut impliquer la collusion, la falsification, les omissions volontaires, les fausses déclarations ou le contournement du contrôle interne;
- nous acquérons une compréhension des éléments du contrôle interne pertinents pour l'audit afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne du Partenariat;
- nous apprécions le caractère approprié des méthodes comptables retenues et le caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que des informations y afférant fournies par cette dernière;
- nous tirons une conclusion quant au caractère approprié de l'utilisation par la direction du principe comptable de continuité d'exploitation et, selon les éléments probants obtenus, quant à l'existence ou non d'une incertitude significative liée à des événements ou situations susceptibles de jeter un doute important sur la capacité du Partenariat à poursuivre son exploitation. Si nous concluons à l'existence d'une incertitude significative, nous sommes tenus d'attirer l'attention des lecteurs de notre rapport sur les informations fournies dans les états financiers au sujet de cette incertitude ou, si ces informations ne sont pas adéquates, d'exprimer une opinion modifiée.

Nos conclusions s'appuient sur les éléments probants obtenus jusqu'à la date de notre rapport. Des événements ou situations futurs pourraient par ailleurs amener le Partenariat à cesser son exploitation;

- nous évaluons la présentation d'ensemble, la structure et le contenu des états financiers, y compris les informations fournies dans les notes, et apprécions si les états financiers représentent les opérations et événements sous-jacents d'une manière propre à donner une image fidèle.

Nous communiquons aux responsables de la gouvernance notamment l'étendue et le calendrier prévus des travaux d'audit et nos constatations importantes, y compris toute déficience importante du contrôle interne que nous aurions relevée au cours de notre audit.

BDO Canada s.r.l./S.E.N.C.R.L

Comptables professionnels agréés,
Experts-comptables autorisés

Oakville (Ontario)

Le 22 juin 2022

État des résultats et de l'évolution de l'actif net

| Exercice terminé le 31 mars | 2022 | 2021 |
|---|-------------------|-------------------|
| | \$ | \$ |
| Charges | | |
| Prévention | 3 387 515 | 2 929 094 |
| Dépistage | 5 719 950 | 3 525 864 |
| Diagnostic et soins du cancer | 2 291 612 | 3 005 194 |
| Expérience du patient | 6 256 838 | 5 055 076 |
| Recherche | 8 346 943 | 5 392 956 |
| Lutte contre le cancer chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis | 7 331 128 | 7 208 563 |
| Rendement du système | 3 328 776 | 2 557 387 |
| Stratégie et analyse (note 5) | 2 420 309 | 2 971 601 |
| Mobilisation des connaissances (notes 5 et 9) | 2 682 783 | 3 189 848 |
| Engagement et sensibilisation du public | 1 996 296 | 1 808 365 |
| Soutien aux programmes | 2 032 938 | 2 028 999 |
| | 45 795 088 | 39 672 947 |
| Charges de fonctionnement (notes 4 et 9) | 8 912 436 | 8 343 598 |
| | 54 707 524 | 48 016 545 |
| Produits | | |
| Gouvernement du Canada (note 7) | 54 419 050 | 47 001 768 |
| Excellence en santé Canada | 100 000 | 957 097 |
| Autres sources de financement | 188 474 | 57 680 |
| | 54 707 524 | 48 016 545 |
| Excédent des produits sur les charges de l'exercice et actif net, à la fin de l'exercice | - | - |

Approuvé par le conseil d'administration,



Graham Sher

Président du conseil d'administration



Helen Mallovy Hicks

Présidente du comité des finances, de la vérification et de la gestion des risques

État de la situation financière

| Au 31 mars | 2022 | 2021 |
|--|-------------------|------------|
| | \$ | \$ |
| Actifs | | |
| Court terme | | |
| Encaisse | 4 448 582 | 4 668 046 |
| Placements à court terme | 8 037 660 | 5 020 979 |
| Débiteurs | 615 617 | 304 820 |
| Projets en cours et avances (note 3) | 2 752 795 | 6 344 986 |
| Charges payées d'avances | 677 462 | 689 460 |
| | 16 532 116 | 17 028 291 |
| Immobilisations corporelles (note 4) | 2 035 624 | 2 547 156 |
| Actifs incorporels (note 5) | - | 113 953 |
| | 2 035 624 | 2 661 109 |
| | 18 567 740 | 19 689 400 |
| Passifs et actif net | | |
| Court terme | | |
| Créditeurs et charges à payer | 5 224 583 | 4 337 518 |
| Sommes à remettre à l'État (note 6) | 75 027 | 52 748 |
| Apports reportés – charges des périodes futures (note 7(a)) | 10 840 807 | 12 216 320 |
| | 16 140 417 | 16 606 586 |
| Apports reportés – immobilisations corporelles et actifs incorporels (note 7(b)) | 1 530 276 | 2 073 813 |
| Avantages incitatifs (note 8) | 897 047 | 1 009 001 |
| | 2 427 323 | 3 082 814 |
| | 18 567 740 | 19 689 400 |
| Actif net | - | - |
| | 18 567 740 | 19 689 400 |

Engagements et garanties (notes 10 et 11)

État des flux de trésorerie

| Exercice terminé le 31 mars | 2022 | 2021 |
|--|--------------------|--------------------|
| | \$ | \$ |
| Augmentation (diminution) de l'encaisse | | |
| Activités d'exploitation | | |
| Apports du gouvernement du Canada reçus (note 7) | 52 500 000 | 51 000 000 |
| Autres apports reçus | 555 635 | 1 020 403 |
| Intérêts reçus sur les placements à court terme | 70 829 | 72 456 |
| Intérêts versés au gouvernement du Canada | (63 281) | (110 864) |
| Trésorerie versée pour les programmes et les charges de fonctionnement | (50 214 028) | (46 837 962) |
| | 2 849 155 | (5 144 033) |
| Activités d'investissement | | |
| Acquisition de placements à court terme | (7 000 000) | (9 500 000) |
| Rachat de placements à court terme | 4 001 145 | 7 500 000 |
| | (2 998 855) | (2 000 000) |
| Activités de financement | | |
| Acquisition d'immobilisations corporelles et d'actifs incorporels | (69 764) | (188 131) |
| | (69 764) | (188 131) |
| Augmentation (diminution) de l'encaisse | (219 464) | 2 955 902 |
| Encaisse, au début de l'exercice | 4 668 046 | 1 712 144 |
| Encaisse, à la fin de l'exercice | 4 448 582 | 4 668 046 |

Notes complémentaires aux états financiers

1. DESCRIPTION DE L'ORGANISME

Le Partenariat canadien contre le cancer (ci-après le « Partenariat ») a été constitué le 24 octobre 2006 en vertu de la *Loi sur les corporations canadiennes* et a commencé ses activités de démarrage le 1^{er} janvier 2007 afin de mettre en œuvre la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer*. En juin 2013, le Partenariat a soumis des statuts de prorogation à Industrie Canada et a fait la transition vers la *Loi canadienne sur les organisations à but non lucratif*.

En mettant en œuvre la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer*, le Partenariat joue un rôle unique avec ses partenaires en encourageant l'utilisation intergouvernementale du savoir issu de la recherche sur le cancer et des meilleures pratiques afin d'optimiser la planification de la lutte contre le cancer et de mettre en œuvre des améliorations à l'égard de la qualité de la pratique partout au pays. Les partenaires comprennent des programmes contre le cancer provinciaux et territoriaux, des organisations et organismes fédéraux, des organismes œuvrant auprès des Premières Nations, des Inuits et des Métis, des organismes de santé nationaux et des associations de patients ainsi que des spécialistes indépendants qui offrent des avis et des conseils stratégiques sur la lutte contre le cancer du point de vue des patients et des professionnels de la santé.

Axé sur le processus complet de la lutte contre le cancer, de la prévention au traitement jusqu'à la survie et aux soins de fin de vie, le Partenariat encourage le travail collectif de l'importante communauté de la lutte contre le cancer en obtenant des résultats à long terme qui auront une incidence directe sur la santé des Canadiens afin :

- a) de réduire l'incidence du cancer;
- b) de réduire le risque, pour les Canadiens, de mourir d'un cancer;
- c) d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer.

Le Partenariat est financé principalement au moyen d'une convention de financement avec le gouvernement du Canada. La convention de financement initiale a fourni des apports de 240,4 millions de dollars au cours de la période de cinq ans terminée le 31 mars 2012. La seconde convention de financement a fourni un apport de 239,6 millions de dollars

pour la période du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2017. La convention d'apport signée en mars 2017 avec le gouvernement du Canada, fournissant un apport de 237,5 millions de dollars au cours de la période de cinq ans se terminant le 31 mars 2022, a été prolongée jusqu'au 31 mars 2023 en raison de la pandémie de COVID-19. Le 10 mars 2022, le Partenariat a signé une quatrième convention d'apport avec le gouvernement du Canada, fournissant un apport de 237,5 millions de dollars au cours de la période de cinq ans se terminant le 31 mars 2027.

Le Partenariat est inscrit à titre de société sans but lucratif en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* et, par conséquent, il est exonéré des impôts sur le revenu.

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Présentation des états financiers

Les présents états financiers ont été établis selon les normes comptables canadiennes pour les organismes sans but lucratif et comprennent les principales méthodes comptables suivantes :

Comptabilisation des produits

Le Partenariat utilise la méthode du report pour la comptabilisation des apports affectés. Les apports reçus du gouvernement du Canada sont comptabilisés à titre de produits au cours de l'exercice pendant lequel les charges connexes sont comptabilisées.

Les apports visant l'acquisition d'immobilisations corporelles et d'actifs incorporels sont comptabilisés à titre d'apports reportés – immobilisations corporelles et actifs incorporels – et sont par la suite comptabilisés à titre de produits selon les mêmes modalités et la même méthode que l'amortissement des immobilisations corporelles et des actifs incorporels connexes.

Placements à court terme

Les placements à court terme comprennent des dépôts dans des comptes d'épargne à taux d'intérêt élevés et des dépôts qui, à l'acquisition, sont assortis d'échéances de moins d'un an. En vertu des conditions de la convention d'apport signée avec le gouvernement du Canada, les produits financiers, qui sont uniquement composés d'intérêts, sont inscrits au compte du gouvernement du Canada et sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice.

Immobilisations

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût et sont amorties selon la méthode de l'amortissement linéaire sur leur durée de vie utile estimative de la façon suivante :

| | |
|---|----------------------|
| Technologies de l'information et télécommunications | 3 ans |
| Mobilier et matériel | 5 ans |
| Améliorations locatives | Sur la durée du bail |

Actifs incorporels

Les actifs incorporels sont comptabilisés au coût et sont amortis selon la méthode de l'amortissement linéaire sur leur durée de vie utile estimative de la façon suivante :

| | |
|---|-------|
| Développement du portail et des logiciels | 3 ans |
|---|-------|

Instruments financiers

Le Partenariat considère tout contrat qui crée un actif ou un passif financier comme un instrument financier. Le Partenariat comptabilise les éléments suivants dans les instruments financiers :

- Encaisse;
- Placements à court terme;
- Débiteurs;
- Projets en cours;
- Crédeurs et charges à payer;
- Sommes à remettre à l'État.

Un actif ou un passif financier est comptabilisé lorsque le Partenariat devient une partie aux dispositions contractuelles de l'instrument. Le Partenariat retire les passifs financiers, ou une partie de ceux-ci, lorsque l'obligation est acquittée ou annulée, ou lorsqu'elle expire.

L'évaluation initiale des actifs financiers et des passifs financiers par le Partenariat se fait à la juste valeur. Si un actif ou un passif financier n'est pas évalué ultérieurement à la juste valeur, la valeur initiale est ajustée en fonction du montant des frais de financement et des coûts de transaction directement attribuables à sa création, à son acquisition, à son émission ou à sa prise en charge. Par la suite, le Partenariat évalue tous ses actifs financiers et ses passifs financiers au coût ou au coût après amortissement moins la dépréciation.

À la clôture de chaque exercice, le Partenariat évalue s'il existe ou non des indices que les actifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement ont subi une perte de valeur. Lorsqu'il existe un indice de dépréciation, le Partenariat détermine si un changement significatif défavorable a eu lieu au cours de la période dans le délai prévu ou dans le montant des flux de trésorerie futurs à tirer de cet actif financier. Le cas échéant, la valeur comptable des actifs est réduite à la plus élevée de la valeur attendue qui est recouvrable des actifs, soit en détenant les actifs, soit en les vendant ou en exerçant le droit à tout actif détenu en garantie après les coûts. Les valeurs comptables des actifs sont réduites directement ou en utilisant un compte de provision et le montant de la réduction est comptabilisé à titre de perte de valeur à l'état des résultats.

Utilisation d'estimations

La direction révisé les valeurs comptables des postes des états financiers chaque date d'état de la situation financière afin d'évaluer le besoin de révision ou la possibilité de dépréciation. Lors de la préparation des états financiers, plusieurs postes exigent la meilleure estimation de la part de la direction. La direction détermine ces estimations en s'appuyant sur les hypothèses qui reflètent la conjoncture économique la plus probable et les mesures qu'elle entend prendre.

Les présentes estimations sont révisées régulièrement, et des ajustements appropriés sont faits à l'excédent des produits sur les charges pour l'exercice où ils deviennent connus.

Les éléments assujettis aux estimations significatives de la direction comprennent la durée de vie utile estimative des immobilisations corporelles et des actifs incorporels. Les résultats réels peuvent différer de ces estimations.

3. PROJETS EN COURS ET AVANCES

Les projets en cours et les avances représentent les projets pour lesquels le Partenariat a avancé des fonds à des tiers partenaires et dans le cadre desquels des étapes étaient en voie d'achèvement, et dont les fonds n'avaient pas été utilisés par le tiers partenaire.

4. IMMOBILISATIONS

| | | | 2022 | 2021 |
|---|-----------|----------------------|------------------------|------------------------|
| | Coût | Amortissement cumulé | Valeur comptable nette | Valeur comptable nette |
| | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Technologies de l'information et télécommunications | 1 171 936 | 1 122 973 | 48 963 | 109 394 |
| Mobilier et matériel | 914 893 | 840 899 | 73 994 | 214 933 |
| Améliorations locatives | 3 247 695 | 1 335 028 | 1 912 667 | 2 222 829 |
| | 5 334 524 | 3 298 900 | 2 035 624 | 2 547 156 |

Une charge d'amortissement de 581 296 \$ (2021 – 597 128 \$) liée aux immobilisations corporelles est comprise dans les charges de fonctionnement. Au cours de l'exercice, le Partenariat a cédé, au coût de 420 455 \$ (2021 – néant), des immobilisations corporelles qui étaient entièrement amorties.

5. ACTIFS INCORPORELS

| | | | 2022 | 2021 |
|----------------------|-----------|----------------------|------------------------|------------------------|
| | Coût | Amortissement cumulé | Valeur comptable nette | Valeur comptable nette |
| | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Portail et logiciels | 1 670 405 | 1 670 405 | - | 113 953 |
| | 1 670 405 | 1 670 405 | - | 113 953 |

Une charge d'amortissement de 113 953 \$ (2021 – 113 954 \$) relative aux actifs incorporels est comprise dans les charges liées à la mobilisation des connaissances ainsi qu'à la stratégie et à l'analyse. Au cours de l'exercice, aucun actif incorporel n'a été cédé (2021 – néant).

6. SOMMES À REMETTRE À L'ÉTAT

| | 2022 | 2021 |
|---|---------------|---------------|
| | \$ | \$ |
| Intérêts reçus sur les placements à court terme à payer | 30 690 | 18 303 |
| Retenues salariales et autres charges | 44 337 | 34 445 |
| Sommes à remettre à l'État | 75 027 | 52 748 |

7. APPORTS REPORTÉS**(a) Charges des périodes futures**

Les apports reportés sont affectés aux charges des périodes futures.

| | 2022 | 2021 |
|--|---------------------|--------------|
| | \$ | \$ |
| Apports reportés, au début de l'exercice | 12 216 320 | 7 777 085 |
| Apports reçus du gouvernement du Canada au cours de l'exercice courant | 52 500 000 | 51 000 000 |
| Intérêts gagnés sur les apports reçus | 75 667 | 65 017 |
| | 64 791 987 | 58 842 102 |
| Montants comptabilisés comme produits au cours de l'exercice | (53 805 749) | (46 372 634) |
| Montant attribué à l'acquisition d'immobilisations corporelles et d'actifs incorporels | (69 764) | (188 131) |
| Intérêts versés au gouvernement du Canada | (44 978) | (46 714) |
| Intérêts à verser au gouvernement du Canada | (30 689) | (18 303) |
| Apports reportés, à la fin de l'exercice | 10 840 807 | 12 216 320 |

(b) Immobilisations corporelles et actifs incorporels

Les apports reportés liés aux immobilisations corporelles et actifs incorporels comprennent les fractions non amorties des apports au moyen desquels les immobilisations corporelles et les actifs incorporels ont été acquis.

| | 2022 | 2021 |
|--|------------------|-----------|
| | \$ | \$ |
| Apports reportés, au début de l'exercice | 2 073 813 | 2 514 816 |
| Apports attribués aux acquisitions d'immobilisations corporelles et d'actifs incorporels | 69 764 | 188 131 |
| Montants comptabilisés comme produits au cours de l'exercice | (613 301) | (629 134) |
| Apports reportés, à la fin de l'exercice | 1 530 276 | 2 073 813 |

Le total des produits provenant du gouvernement du Canada de 54 419 050 \$ (2021 – 47 001 768 \$) comptabilisés au cours de l'exercice comprend les montants comptabilisés comme produits provenant des immobilisations corporelles et des actifs incorporels.

8. AVANTAGES INCITATIFS

Les avantages incitatifs comprennent les montants suivants :

| | 2022 | 2021 |
|---------------------------------------|----------------|------------------|
| | \$ | \$ |
| Améliorations locatives | 505 348 | 587 296 |
| Loyer gratuit et autre | 391 699 | 421 705 |
| Total des avantages incitatifs | 897 047 | 1 009 001 |

Au cours de l'exercice, des améliorations locatives et d'autres avantages d'une valeur de 30 006 \$ (2021 – 12 751 \$) ont été amortis. L'amortissement des améliorations locatives est de 81 948 \$ (2021 – 81 948 \$).

9. VENTILATION DES CHARGES

Le site Web du Partenariat et d'autres actifs numériques sont des canaux essentiels pour soutenir l'utilisation intergouvernementale du savoir issu de la recherche sur le cancer et des meilleures pratiques afin de mettre en œuvre des améliorations à l'égard de la qualité de la pratique et d'optimiser la planification de la lutte contre le cancer, partout au pays. Pour ce faire, des charges liées aux technologies de l'information et aux ressources humaines ont été imputées en fonction du niveau d'efforts déployés dans le cadre du programme de mobilisation des connaissances, soit 1 812 564 \$ (2021 – 2 028 840 \$).

10. ENGAGEMENTS

Engagements contractuels

Au 31 mars 2022, le Partenariat avait des engagements contractuels liés à des projets particuliers et à des services professionnels d'environ 26,7 millions de dollars (2021 – 42,7 millions de dollars), lesquels sont assujettis aux modalités stipulées dans les conventions connexes. Plus précisément, ces engagements liés à des projets sont conditionnels à la réalisation des étapes du projet ainsi qu'à des livrables établis dans les conventions. Ces engagements contractuels se détaillent comme suit :

| | (en milliers de dollars) |
|----------------------|--------------------------|
| | \$ |
| 2023 | 25 422 |
| 2024 et par la suite | 1 327 |
| | <u>26 749</u> |

Engagements en vertu de contrats de location-exploitation

Les paiements minimums exigibles en vertu des contrats de location-exploitation pour les installations et le matériel pour les cinq prochains exercices et par la suite s'établissent comme suit :

| | (en milliers de dollars) |
|----------------------|--------------------------|
| | \$ |
| 2023 | 750 |
| 2024 | 750 |
| 2025 | 750 |
| 2026 | 793 |
| 2027 | 802 |
| 2028 et par la suite | 935 |
| | <u>4 780</u> |

11. GARANTIES

Dans le cours normal de ses activités, le Partenariat signe des conventions qui répondent à la définition d'une garantie.

Le Partenariat a versé des engagements d'indemnisation en vertu d'une convention de bail pour l'utilisation d'installations d'exploitation. Selon les modalités de cette convention, le Partenariat doit indemniser les contreparties pour différents éléments, y compris, mais sans s'y limiter, tous les passifs, pertes, poursuites engagées et dommages qui surviennent pendant la durée de la convention ou par la suite. Le montant maximal de tout paiement futur potentiel ne peut être raisonnablement estimé. Le Partenariat a souscrit une police d'assurance immeuble commercial et responsabilité civile générale relativement à ces engagements d'indemnisation.

Le Partenariat indemnise ses administrateurs, dirigeants et salariés, actuels et futurs, à l'égard de frais, de montants découlant d'un jugement ou de montants réellement engagés par ces derniers ou pouvant avoir été raisonnablement engagés relativement à des poursuites ou à des procédures judiciaires aux termes desquelles les administrateurs sont poursuivis dans le cadre de leurs fonctions, s'ils ont agi en toute honnêteté et en toute bonne foi au mieux des intérêts du Partenariat. La nature même des engagements d'indemnisation ne permet pas au Partenariat d'estimer au prix d'un effort raisonnable le risque maximal en cause. Le Partenariat a souscrit une assurance responsabilité civile pour ses administrateurs et dirigeants afin de couvrir ce genre d'indemnisation.

12. ÉVENTUALITÉS

Le Partenariat est membre de Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (« HIROC »), qui a été établie par des hôpitaux et d'autres organisations pour s'autoassurer. Si le total des primes payées n'est pas suffisant pour couvrir les réclamations, le Partenariat devra fournir du financement supplémentaire en fonction de la participation.

Depuis sa création, HIROC a accumulé un excédent non affecté, qui correspond au total des primes payées par tous les adhérents et des produits financiers moins l'obligation relative aux provisions pour sinistres ainsi que les dépenses et les charges de fonctionnement. Chaque adhérent ayant un excédent de primes et de produits financiers au titre de l'obligation relative aux provisions pour sinistres et charges de fonctionnement peut être admissible à des distributions correspondant à sa part des excédents non affectés au moment où les distributions sont déclarées par le conseil d'administration de HIROC.

13. RÉGIME DE RETRAITE

Le Partenariat est membre de Healthcare of Ontario Pension Plan (« HOOPP »). Le HOOPP est un régime interentreprises à prestations définies comptabilisé à titre de régime à cotisations définies étant donné qu'il n'existe pas suffisamment d'informations pour suivre les notes d'orientation relatives aux régimes à prestations définies. Les cotisations de l'employeur versées au régime par le Partenariat au cours de l'année en cours se sont élevées à 1 421 998 \$ (2021 – 665 862 \$) et sont présentées à l'état des résultats et de l'évolution de l'actif net.

14. PANDÉMIE DE COVID-19

Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (« OMS ») a déclaré que l'écllosion de COVID-19 était devenue une pandémie compte tenu de l'augmentation rapide de l'exposition mondiale.

La pandémie de COVID-19 pourrait avoir une incidence sur le montant et le moment de la comptabilisation des produits dans les résultats financiers du Partenariat. La direction surveille de près l'incidence de la COVID-19 sur sa situation financière, son exploitation, ses tiers partenaires, ses fournisseurs, son secteur et son effectif. On ne connaît toujours pas toutes les conséquences potentielles de la pandémie de COVID-19 sur le Partenariat.

TIERS

Les organisations citées ci-dessous ont reçu un financement de la part du Partenariat canadien contre le cancer au cours de l'exercice 2021-2022 afin de faire progresser le travail relatif à la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer*. La participation de ces organisations s'est effectuée conformément à notre politique d'approvisionnement publiée sur le site partenariatcontrelcancer.ca.

- Action cancer Manitoba
- Alberta Health Services
- Association canadienne de chirurgie thoracique
- Association canadienne des agences provinciales du cancer
- Association canadienne des radiologistes
- Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada
- Association pour la Santé publique du Québec
- BC Cancer Foundation
- BC Cancer
- Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations de l'Alberta
- Centre de santé Negotkuk
- CISSS de Laval
- CIUSSS – Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- Commission de la santé mentale du Canada
- Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
- Gouvernement du Nunatsiavut
- Gouvernement du Yukon
- Hôpital St. Michael's
- Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa
- Institut ontarien de recherche sur le cancer (IORC)
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
- Kenora Chiefs Advisory
- Lennox Island Health Centre
- Manitoba Metis Federation Inc.
- Métis Nation British Columbia
- Métis Nation of Alberta
- Métis Nation of Ontario
- Métis Nation of Saskatchewan
- Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
- Municipalité régionale de York
- Municipalité rurale de St. Laurent
- Northern Inter-Tribal Health Authority
- Office régional de la santé d'Entre-lacs et de l'Est
- Organisation canadienne des médecins
- Pediatric Oncology Group of Ontario
- Portail canadien en soins palliatifs
- Premières Nations du Québec et du Labrador
- Prince Albert Métis Women's Association
- Ralliement national des Métis
- Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse
- Régie de la santé des Premières Nations
- Régie de santé de l'Est – Terre-Neuve-et-Labrador
- Régie des hôpitaux du Yukon
- Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik
- Réseau pour la santé publique urbaine
- Réseau universitaire de santé
- Santé Î.-P.-É.
- Santé Ontario
- Saskatchewan Cancer Agency
- Saskatchewan Health Authority
- Société canadienne du cancer
- Statistique Canada
- Union of Nova Scotia Mi'kmaq (auparavant Union of Nova Scotia Indians)
- Université de l'Alberta
- Université de Toronto
- Université McGill
- Université McMaster
- Université Simon-Fraser

DOCUMENTS PUBLIÉS

Du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

PRÉVENTION

[Couverture financière des médicaments d'aide à l'abandon du tabagisme au Canada, 2021](#)

[Analyse de rentabilité pour améliorer l'accès aux médicaments d'aide à l'abandon du tabagisme au Canada](#)

[Abandon du tabagisme dans les soins contre le cancer au Canada, 2020](#)

[La politique en matière d'alcool et le cancer au Canada](#)

[Activité physique et cancer au Canada](#)

DÉPISTAGE

[Surveillance et évaluation des indicateurs de la qualité du dépistage du cancer colorectal](#)

[Scénarios de modélisation pour l'établissement des priorités de dépistage pendant la pandémie de COVID-19](#)

[Les dispositifs d'autoprélèvement pour la détection du VPH : analyse prospective](#)

APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE

[Analyse de rentabilité visant à améliorer l'accès au dépistage de l'oncofertilité au Canada](#)

[Couverture des services de préservation de la fertilité au Canada](#)

[Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs pour un service vital aux Canadiens](#)

[Cadre canadien de compétences interdisciplinaires de compétences en soins palliatifs](#)

[Favoriser des transitions harmonieuses entre les programmes de soins liés au cancer et les soins primaires](#)

[Répondre aux besoins des survivants du cancer en matière de santé mentale et de retour au travail : analyse de l'environnement](#)

[Outils de soins primaires pour soutenir les adolescents et les jeunes adultes ayant survécu à un cancer](#)

[Vers une meilleure santé mentale et physique : Prévenir et gérer les troubles mentaux et physiques concomitants – Étude de la portée et examen réaliste rapide](#)

[Faits en bref : Santé mentale et maladie chronique](#)

[Faits en bref : Santé mentale et cancer](#)

RENFORCER LA COORDINATION DE LA RECHERCHE CANADIENNE SUR LE CANCER

[Investissements dans la recherche sur les cancers de l'enfant et de l'adolescent au Canada de 2005 à 2019](#)

[Investissements dans la recherche sur les facteurs de risque de cancer et la prévention au Canada de 2005 à 2019](#)

[Investissements dans la recherche sur la survie au cancer au Canada de 2005 à 2019](#)

[Investissements dans la recherche sur les soins palliatifs et de fin de vie liés au cancer au Canada de 2005 à 2019](#)

[Investissements dans les étapes initiales de la recherche translationnelle sur le cancer au Canada de 2005 à 2019](#)

[What do we mean when we ask for more metastatic breast cancer research? \(que voulons-nous dire lorsque nous demandons que plus de recherches soient réalisées au sujet du cancer du sein métastatique?; en anglais seulement\)](#)

[Recommandations pour orienter le plan de mise en œuvre pour la recherche sur les services et les politiques de santé en lien avec le cancer au Canada](#)

[Évaluation du PPP virtuel 2021 et recommandations pour les futurs programmes](#)

[Programme scientifique de la Conférence canadienne sur la recherche sur le cancer de 2021 \(en anglais seulement\)](#)

[Compte rendu final de la 6^e Conférence canadienne sur la recherche sur le cancer de 2021](#)

RENDEMENT DU SYSTÈME DE LUTTE CONTRE LE CANCER

[Outil d'établissement de rapports sur les progrès de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer](#)

[La voie du rétablissement : le cancer à l'ère de la COVID-19](#)

CONCEPTION D'UN SYSTÈME DURABLE

[Boîte à outils des modèles de soins](#)

[Predicted impact of Covid-19 on cancer outcomes \(2020-2030\): An interactive app](#) (incidence prévue de la COVID-19 sur les résultats du cancer (2020-2030) : application interactive; en anglais seulement)

[Cancer in Canada: Future projections interactive tool](#) (Le cancer au Canada : outil interactif de projections; en anglais seulement)

[Le dépistage du cancer colorectal pendant la pandémie de COVID-19 : répercussions de l'interruption du dépistage et évaluation des stratégies pour rattraper les retards](#)

[Prioritisation of colonoscopy services in colorectal cancer screening programmes to minimise impact of COVID-19 pandemic on predicted cancer burden: A comparative modelling study](#) (priorisation des services de coloscopie dans les programmes de dépistage du cancer colorectal afin de réduire au minimum l'incidence de la pandémie de COVID-19 sur le fardeau prévu du cancer : étude de modélisation comparative; en anglais seulement)

[Participatory simulation modeling to inform colorectal cancer screening in a complex remote northern health system: Canada's Northwest Territories](#) (modélisation de simulation participative afin d'orienter le dépistage du cancer colorectal dans un système de santé complexe et éloigné du Nord : les Territoires du Nord-Ouest du Canada; en anglais seulement)

[The OncoSim-Breast cancer microsimulation model](#) (Le modèle de microsimulation du cancer Oncosim-Sein; en anglais seulement)

[The economic burden of cancer in Canada from a societal perspective](#) (Le fardeau économique du cancer au Canada du point de vue de la société; en anglais seulement)

ORGANISATION

[Ensemble dans le même bateau : rapport annuel 2020-2021](#)

[Campagne « Apprenez à connaître votre corps » – Partenariat canadien contre le cancer/Société canadienne du cancer](#)



AUTRES

RENSEIGNEMENTS

À DÉCLARER

Au 31 mars 2022, l'effectif du Partenariat était de 122 employés permanents et de 15 employés ayant un contrat à durée déterminée. L'organisation comprend quatre divisions qui relèvent du président-directeur général, chacune d'entre elles étant dirigée par un vice-président. Il s'agit de la Division de la lutte contre le cancer, de la Division des partenariats stratégiques, de la Division des finances et des services de l'entreprise et de la Division des systèmes de lutte contre le cancer, du rendement et de l'innovation.

Depuis sa création en 2007, le Partenariat a adopté une philosophie en matière de rémunération, orientée par des principes approuvés par son conseil d'administration, notamment l'offre à ses employés d'un régime de rémunération juste et régulièrement évalué par rapport au marché et à des organisations comparables, responsable sur le plan public, et en mesure d'attirer et de retenir des employés très qualifiés pour coordonner la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer*. Plus particulièrement, les fourchettes de salaire des membres du personnel du Partenariat sont fixées au 50^e centile des données de référence, et les membres du personnel sont admissibles à des rajustements annuels des salaires fondés sur le mérite.

Vous trouverez d^e plus amples renseignements à ce sujet sur le site partenariatcontrelecancer.ca.

RÉFÉRENCES

1. Réseau canadien des survivants du cancer. (2021, 30 juillet). Impact of COVID-19 crisis on cancer patients and their ability to receive treatment. 3rd survey. Sur Internet. Ottawa, Ontario : Réseau canadien des survivants du cancer [consulté le 12 juillet 2022]. 103 p. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : https://survivornet.ca/wp-content/uploads/2021/08/Survey-3-CCSN-Impact-on-Cancer-Patients-3rd-Report_July-30-2021.pdf
2. Parmar, A., Eskander, A., Sander B., Irish J. C., Chan K. K. W. (2022). Impact of cancer surgery slowdowns on patient survival during the COVID-19 pandemic: a microsimulation modelling study. CMAJ, 194(11), e408-14. DOI : <https://doi.org/10.1503/cmaj.202380>
3. Partenariat canadien contre le cancer. (2021, octobre). Surveillance et évaluation des indicateurs de la qualité du dépistage du cancer colorectal. Sur Internet. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer [consulté le 12 juillet 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/colorectal-indicators-2017-2018/indicators/participation-rate/>
4. Partenariat canadien contre le cancer. (2020). Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030. Sur Internet. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer [consulté le 12 juillet 2022]. 48 p. Disponible à l'adresse : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/elimination-cervical-cancer-action-plan/>
5. Santé publique Ontario. (2021, 29 novembre). Immunization coverage report for school-based programs in Ontario: 2019-20 and 2020-21 School Years. Sur Internet. Toronto, Ontario : Santé publique Ontario [consulté le 12 juillet 2022]. 24 p. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/i/2021/immunization-coverage-2019-2021.pdf>
6. Earle, C. (2021, 9 juin). Policy change is needed to eliminate cervical cancer. The Hill Times, Sect. Advertorial:3. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : https://www.hilltimes.com/wp-content/uploads/2021/06/060921_ht_1.pdf
7. Partenariat canadien contre le cancer. (2021, mars). Dépistage primaire par détection du VPH et suivi des résultats anormaux. Sur Internet. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer [consulté le 12 juillet 2022]. 81 p. Disponible à l'adresse : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/hpv-primary-screening-environmental-scan>
8. Commission de la santé mentale du Canada. (2021, 22 novembre). Faits en bref : Santé mentale et maladie chronique. Sur Internet. Ottawa, Ontario : Commission de la santé mentale du Canada [consulté le 12 juillet 2022]. 4 p. Disponible à l'adresse : <https://commissionsantementale.ca/resource/faits-en-bref-sante-mentale-et-maladie-chronique>
9. U.S. Department of Health and Human Services. (2020). Smoking Cessation: A report of the Surgeon General. Sur Internet. Atlanta, Géorgie : U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health [consulté le 12 juillet 2022]. 700 p. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.cdc.gov/tobacco/sgr/2020-smoking-cessation/index.html#full-report>

PARTENARIATCONTRELECANCER.CA

145, rue King Ouest, bureau 900
Toronto (Ontario) M5H 1J8
TÉL : 416.915.9222
SANS FRAIS : 1.877.360.1665
info@partenariatcontrecancer.ca

