

Canadian Oncology Nursing Journal

Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie

Volume 35, Issue 1 • Winter 2025
eISSN: 2368-8076



Canadian Association of Nurses in Oncology
Association canadienne des infirmières en oncologie

Revue exploratoire des soins oncologiques dans les régions rurales et éloignées du Canada

par Jacqueline Galica, Agnès Alsius, Sania Sahi, Jessica Holmes, Hanna Kerr, Kirsten Bildfell, Laura Patton, Claudia Sinasac, Amanda Ross-White et Joanne Crawford

RÉSUMÉ

Contexte : Pour guider la recherche et les priorités en matière de services de santé, il serait utile de résumer les obstacles aux soins oncologiques que rencontrent les populations vivant en milieu rural et éloigné au Canada. L'objectif général de la présente étude est donc de synthétiser la littérature portant sur ce sujet.

Méthodologie : À l'aide de la méthode de revue exploratoire de l'Institut Joanna Briggs (JBI), les données suivantes ont été extraites : définition de milieu rural ou éloigné; étapes de la trajectoire des soins du cancer (dépistage, diagnostic, traitement et soins, période post-traitement, issue de la maladie); province(s) ou territoire(s) de provenance de l'échantillon; diagnostic(s) de cancer.

Résultats : Dans les 45 études retenues, la définition des termes « région rurale » et « région éloignée » variait considérablement. La phase de traitement ou de soins était la plus fréquemment étudiée ($n = 18$), suivie du dépistage ($n = 12$). Toutes les provinces étaient représentées, sauf le Yukon, pour lequel il n'y avait pas de données. Le cancer du sein et le cancer colorectal étaient les diagnostics les plus courants ($n = 20$ et $n = 18$, respectivement) et la plupart des études ($n = 31$) étaient quantitatives.

AUTEURES

Jacqueline Galica, École de sciences infirmières, Université Queen's, Kingston (Ontario); Institut de recherche sur le cancer de l'Université Queen's, Division d'oncologie et d'épidémiologies, Kingston (Ontario)

Agnès Alsius, École de sciences infirmières, Université Queen's, Kingston (Ontario)

Sania Sahi, École de sciences infirmières, Université Queen's, Kingston (Ontario)

Jessica Holmes, Centre des sciences de la santé de Kingston, Kingston (Ontario)

Hanna Kerr, École de sciences infirmières, Université Queen's, Kingston (Ontario); Faculté des sciences de la santé et des services à la population, Université Vancouver Island, Nanaimo (Colombie-Britannique)

Kirsten Bildfell, Équipe de santé autochtone Mino M'shki-ki, New Liskeard (Ontario)

Laura Patton, Centre des sciences de la santé de Kingston, Kingston (Ontario)

Claudia Sinasac, Ministère de la Défense nationale, gouvernement du Canada, Kingston (Ontario)

Amanda Ross-White, Bibliothèque de l'Université Queen's, Équipe de collaboration pour la qualité des soins de santé, Kingston (Ontario)

Joanne Crawford, Faculté des sciences de la santé appliquées, Université Brock, St. Catharines (Ontario)

Auteure-ressource : Jacqueline Galica, École de sciences infirmières de l'Université Queen's, 92, rue Barrie, Kingston (Ontario) K7L 3N6, Canada. Courriel : jacqueline.galica@queensu.ca

DOI:10.5737/2368807635126

Conclusion : Les résultats mettent en lumière l'état de la recherche sur le cancer auprès des populations des régions rurales et éloignées du Canada, et soulignent la nécessité de procéder à des études supplémentaires.

INTRODUCTION

D'une superficie de 8 788 702 kilomètres carrés, le Canada compte 37 millions d'habitants répartis dans 10 provinces et 3 territoires (Statistics Canada/Statistique Canada, 2022). Les habitants sont dispersés sur ce territoire aussi vaste que diversifié : environ 6 millions de personnes (soit 16 % de la population du pays) vivent en région rurale (Statistics Canada, 2023). Il est donc plausible que les habitants des régions rurales du Canada puissent avoir des expériences très variées. Signalons toutefois que la définition de la ruralité influence notre compréhension de ces nuances. Il existe plusieurs définitions du concept de ruralité (Nelson et al., 2021). Le gouvernement du Canada décrit les zones rurales comme des endroits situés au-delà des régions métropolitaines de recensement comptant au moins 1 000 habitants (Government of Canada/gouvernement du Canada, 2022). La définition du terme « éloigné » varie également (Hosseininasabnajar et al., 2023); Statistique Canada a d'ailleurs mis au point un « indice d'éloignement » pour classer les degrés de proximité par rapport aux centres urbains (Rajendra Subedi et al., 2019). Malgré cette variabilité dans les définitions, les termes « rural » et « éloigné » seront utilisés pour désigner l'ensemble des zones géographiques sises au-delà des régions urbaines.

Dans l'ensemble du Canada, les personnes vivant en milieu rural se déclarent plus satisfaites de leur vie que celles qui vivent en milieu urbain (John et al., 2021); cette différence persiste même lorsqu'on tient compte des facteurs sociodémographiques et des facteurs liés à la santé (John et al., 2021). Néanmoins, la vie rurale au Canada n'est pas sans poser de problèmes, notamment des obstacles à l'accès à des soins de qualité en temps opportun (Baylak et al., 2020; Rajendra Subedi et al., 2019). Ces obstacles ont été reconnus par le gouvernement fédéral, il y a près de 20 ans, dans son *Plan décennal pour consolider les soins de santé* (Government of Canada, 2004). Ce document souligne la nécessité de renouveler les soins de santé de manière à ce que tous les Canadiens disposent d'un accès rapide à des services de qualité. Les populations rurales et éloignées ont été explicitement désignées comme prioritaires dans le document; toutefois, 20 ans plus tard, elles continuent de subir des inégalités en matière de soins et de santé (Baylak et al., 2020; Rajendra Subedi et al., 2019).

Outre les disparités déjà mentionnées, la prévalence du cancer est plus élevée dans les zones rurales que dans les

zones urbaines (Canadian Cancer Statistics Advisory en collaboration/Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer avec la Canadian Cancer Society/Société canadienne du cancer; Statistics Canada/Statistique Canada et la Public Health Agency of Canada/Agence de la santé publique du Canada, 2022). Cela peut être dû à des obstacles socio-contextuels ou systémiques aux soins oncologiques pour les habitants des régions rurales, notamment la distance à parcourir pour obtenir des soins (Loughery et Woodgate, 2019; Nadalin et al., 2016; Vallance et al., 2013), le temps (Vallance et al., 2013) et le coût (Vallance et al., 2013), ainsi que la pénurie de personnel, ou alors le fort taux de roulement (Howard et al., 2014). Ces facteurs peuvent entraîner une issue moins favorable du cancer chez les habitants des localités rurales et éloignées comparativement à ceux des zones urbaines (ex. délai plus long entre le diagnostic et la radiothérapie [Andkhoie et Szafron, 2020] ou encore incidence plus élevée du cancer et de la mortalité associée [Blake et al., 2017]). Consciente de ces disparités, l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer a fait de l'accès aux soins pour les populations rurales et éloignées une priorité des recherches sur les services et les politiques de santé (Canadian Cancer Research Alliance/Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer, 2021).

Bien que des suggestions aient été faites pour répondre aux besoins des habitants des régions rurales et éloignées du Canada en matière de soins oncologiques (Booker, 2023), aucune synthèse de la littérature sur le cancer portant précisément sur ce groupe n'a été réalisée. Cette synthèse aiderait à éclairer l'emploi des termes « rural » et « éloigné » dans la littérature canadienne sur le cancer, afin d'y déceler les tendances relatives aux soins oncologiques. Elle permettrait en outre de faire la part des choses entre ce que l'on sait et ce que l'on ne sait pas sur les soins prodigués aux habitants des régions rurales et éloignées, et d'orienter la planification de la recherche et des services de santé. Étant donné que la survie et les soins psychosociaux ont été expressément nommés comme des priorités de la recherche sur les politiques et les services de santé (Canadian Cancer Research Alliance, 2021), il serait utile de synthétiser la littérature en fonction des différentes étapes de la trajectoire des soins oncologiques (Cancer Care Ontario/Action Cancer Ontario, s.d.). Dans cette même veine, la présente revue avait donc pour objectifs de :

1. déterminer comment les termes « rural » et « éloigné » sont employés dans la littérature canadienne sur le cancer;
2. résumer la littérature sur le cancer portant sur les populations des régions rurales et éloignées du Canada.

MÉTHODOLOGIE

Protocole et inscription de l'étude au registre

L'étude a suivi les principes de revue exploratoire de l'Institut Joanna Briggs (JBI) (Aromataris et al., 2021). Les méthodes exploratoires sont particulièrement utiles pour déterminer l'étendue des recherches effectuées sur un sujet sur un sujet et en faire la synthèse afin d'éclairer les travaux ultérieurs (Tricco et al., 2016); leurs objectifs conviennent bien à la présente étude. Afin d'améliorer la transparence, le protocole a été publié sur Open Science Framework (<https://osf.io/sw2gu/>) et

suit les lignes directrices PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018) pour la présentation des rapports.

Stratégie de recherche

L'approche utilisée pour faire ressortir les études publiées était exhaustive. On a d'abord procédé à une recherche préliminaire dans la base Ovid MedLine sur le thème plus général des soins oncologiques que reçoivent les populations mal desservies (Cancer Care Ontario, s.d.). Après approbation par toutes les auteures, cette recherche s'est étendue à d'autres bases de données, c'est-à-dire Embase, PsycInfo (Ovid) et CINAHL (Ebsco). Cette étape a été suivie d'une analyse des études pertinentes, afin de trouver les mots-clés applicables et les rubriques thématiques spécifiques aux bases de données, y compris sur le thème bien précis des communautés rurales et éloignées. Toutes les bases ont été consultées sans restriction de langue ou de date. Les recherches complètes ont été faites le 7 juillet 2021, puis mises à jour le 11 mai 2022.

Par la suite, une autre recherche, plus ciblée, a porté expressément sur les populations des régions rurales et éloignées. Les auteures, après s'être consultées, ont élaboré des stratégies pour les bases de données Medline, Embase et PsycInfo (tous Ovid) ainsi que pour CINAHL (Ebsco). Les recherches ont été effectuées le 18 avril 2023. Les stratégies détaillées des recherches génériques et spécialisées sont présentées dans un **tableau supplémentaire**.

Choix des études

Une fois les recherches terminées, les références ont été importées dans la plateforme Covidence (Veritas Health Innovation, s.d.). Deux membres de l'équipe de recherche ont indépendamment examiné les titres, les résumés et les textes intégraux conformément aux critères d'admissibilité. Les désaccords ont été résolus par une tierce personne (un autre membre de l'équipe de recherche) dans la plateforme Covidence.

Les articles intégrés à la revue décrivaient les soins oncologiques prodigués à des adultes (âgés de 18 ans ou plus) vivant dans des régions rurales ou éloignées du Canada. C'est la définition d'Action Cancer Ontario (Cancer Care Ontario, s.d.) qui a été retenue pour caractériser les étapes du continuum des soins oncologiques; toutefois, les articles sur les initiatives de prévention du cancer ont été exclus, car ils ne cadraient pas avec l'axe d'analyse choisi. Ainsi, n'ont été inclus que les articles portant sur le dépistage, le diagnostic, le traitement et les soins, la période post-traitement ou l'issue de la maladie. Les travaux devaient avoir été publiés en français ou en anglais, et faire appel à des méthodes de collecte de données primaires (qualitatives, quantitatives, mixtes, etc.). Les études populationnelles n'ont été incluses que si leur objectif principal était d'explorer les populations vivant en milieu rural ou éloigné, ou les variables propres à ces milieux. Pour tenir compte des changements possibles dans les soins de santé depuis la publication du *Plan décennal pour consolider les soins de santé* du gouvernement du Canada (Government of Canada, 2004), seuls les articles publiés ou utilisant des données collectées à partir de 2005 ont été intégrés à la revue.

Extraction des données

Les examinatrices ont été jumelées et assignées à une étape particulière du continuum du cancer : HK et KB ont extrait les données relatives au dépistage et au diagnostic, LP et JH, l'information relative au traitement et aux soins, et AA et CS, les données sur l'issue de la maladie et la période post-traitement. Dans chaque paire, les examinatrices dégageaient, de manière indépendante, l'information concernant les objectifs des différentes études. Les examinatrices ont également testé le fonctionnement d'un fichier Excel où elles ont ensuite rassemblé toutes les données. Elles y notaient : 1) l'auteur, 2) l'année, 3) la province ou le territoire, 4) l'objectif ou les buts, 5) le devis et la méthodologie, 6) la phase du continuum des soins oncologiques, 7) les détails de l'échantillon (ex. âge, sexe, statut socio-économique, type de cancer) et 8) les principales conclusions en rapport avec les objectifs de la présente revue. Les désaccords ont été résolus par discussion ou consultation d'une troisième examinatrice (JG).

Analyse des données

Dans un premier temps, les paires d'examinatrices ont résumé de manière descriptive les données extraites en fonction des objectifs de l'étude. Ensuite, pour répondre à l'objectif 1, l'auteure principale (JG) a colligé les résumés descriptifs pour chaque objectif, en commençant par les définitions des termes « rural » et « éloigné ». Puis, la synthèse de chaque étape du continuum de soins a été organisée en un résumé narratif cohérent, conformément à l'objectif 2.

RÉSULTATS

Au total, la stratégie de recherche a mis au jour 2 285 articles. Après élimination des doublons ($n = 788$), l'admissibilité de 1 497 articles a été évaluée dans le cadre du processus de triage. En tout, 45 articles ont été retenus (voir tableaux 1 et 2). Le nombre total de résultats pour chaque base de données ainsi que les motifs d'exclusion sont indiqués dans la figure 1.

La phase de la trajectoire du cancer la plus souvent abordée était le traitement et les soins ($n = 18$), suivie du dépistage ($n = 12$) et de la période post-traitement ($n = 10$). Côté diagnostique, certains échantillons étaient homogènes et d'autres hétérogènes; le cancer du sein était toutefois le plus fréquent ($n = 20$), suivi par les cancers du côlon et du rectum ($n = 18$). Les données provenant de l'Ontario étaient les plus courantes ($n = 17$), suivies par la Colombie-Britannique ($n = 9$) et le Québec ($n = 4$). En tout, six articles présentaient des données couvrant plusieurs provinces et territoires; les provinces ou territoires varient considérablement d'une étude à l'autre (voir tableau 2). Dans l'ensemble, les études quantitatives étaient les plus nombreuses ($n = 31$), les études de cohorte ou de population étant les plus fréquentes ($n = 18$; voir tableau 3). Les études incluses avaient pour la plupart été publiées récemment, dont plus de la moitié ($n = 24$ [53 %]) dans les cinq dernières années (depuis 2019).

Définitions des termes « rural » et « éloigné »

Les définitions variaient considérablement d'un chercheur à l'autre. Certains affirmaient avoir réalisé l'étude en milieu

rural ou éloigné sans autre description (Chow et al., 2020; Gagnon et Hébert, 2023; Loughery et Woodgate, 2019; Mcbride et Gesink, 2018; Mema et al., 2017; Nostedt et al., 2014; Racey et Gesink, 2016; Racey et al., 2016; Vallance et al., 2013; Watanabe et al., 2013). D'autres avaient choisi une localité (Hartford et al., 2019), une région (Nadalin et al., 2016; Olson et al., 2014; Smith-Turchyn et al., 2021) ou une province ou un territoire en particulier (Jull et al., 2021; Miedema et al., 2013; Smith et al., 2020). D'autres encore se fondaient sur la taille de la population (El-Haouly, Dragomir et al., 2021; El-Haouly, Lacasse et al., 2021; Fitch et al., 2021; Gesink et al., 2014; Mathews et al., 2017; Mclay et al., 2017; Pesut et al., 2010; Vander Meer et al., 2017) ou la distance à parcourir pour recevoir des soins oncologiques (Canale et al., 2018; Ding et al., 2022; Smith et al., 2011; Vander Meer et al., 2017). Dans deux cas, les auteurs ont utilisé des méthodes spatiales combinant quelques éléments (ex. adresse et code postal) (Parker et al., 2015; Springer et al., 2020).

La définition de Statistique Canada des termes « rural » et « éloigné » était reprise dans 11 études (Blair et Datta, 2020; Evans et al., 2017; Febraro et al., 2020; Gold et al., 2023; Howard et al., 2014; Lofters et al., 2019; Price et Brunet, 2021; Santi et al., 2023; Simkin et al., 2019; St-Jacques et al., 2013; Yu et al., 2021); toutefois, l'application de la définition variait de l'une à l'autre. Par exemple, Evans (2017) définissait plusieurs catégories (milieu urbain, rural, rural éloigné et très éloigné), St-Jacques et collaborateurs (2013) ont créé une échelle à cinq niveaux (Statistics Canada, 2001), et Febraro (2020) a utilisé la définition de la « ruralité » donnée dans le recensement, c'est-à-dire la population vivant à l'extérieur des agglomérations de 1 000 habitants ou plus, dont la densité démographique atteint 400 habitants ou plus par kilomètre carré. D'autres définitions de Statistique Canada étaient employées; par exemple, Gold (2023) et Khalil (2019) se sont servis de la définition des régions métropolitaines de recensement (Statistics Canada, s.d.), Simkin (2019), de la classification des zones d'influence métropolitaines (Statistics Canada, 2015), et Blair (2020), de la distinction « rural vs urbain » des aires de diffusion (Statistics Canada, 2018).

Expériences vécues tout au long du continuum des soins oncologiques

Dépistage

En tout, 12 études portaient sur le dépistage du cancer. En Ontario, les habitants des villes (Gold et al., 2023; Lofters et al., 2019) et des banlieues (Lofters et al., 2019) étaient significativement plus susceptibles de passer un examen de dépistage que ceux des localités rurales. Cependant, aucune différence significative n'a été constatée dans les taux de dépistage du cancer colorectal les plus récents entre les populations des milieux urbains, ruraux et éloignés (Simkin et al., 2019). Au Québec, la distance à parcourir influence les taux de dépistage du cancer du sein : on a observé une diminution absolue de 6,3 % du dépistage lorsque la personne vivait entre 50 et 75 km d'un centre de dépistage, et une baisse de 10 % lorsque la distance dépassait 75 km (St-Jacques et al., 2013). Ces résultats montrent que les populations des régions rurales et éloignées

suite à la page 46...

Tableau 1

Résumé des études retenues

Étape de la trajectoire du cancer	Auteur (année)	Objectif/But	Devis de l'étude	Définition de région rurale/isolée	Détails sur l'échantillon	Principaux constats
Dépistage	Chow et al. (2020)	Fournir un accès à la sensibilisation sur le dépistage du cancer et aux possibilités de dépistage, et augmenter le taux de dépistage pour les membres des Premières Nations du nord-ouest de l'Ontario.	Quantitatif – intervention pilote	Non précisée.	Sur les 841 adultes des Premières Nations qui se sont présentés aux rendez-vous, la plupart étaient des femmes (81 %, n = 685), surtout de plus de 50 ans (49 %, n = 410).	Au cours des trois années de la collecte des données, le nombre de rendez-vous de dépistage fixé (et auquel les personnes se sont présentées) a augmenté. La satisfaction à l'égard de l'expérience s'est également accrue au fil des ans.
	Gesink et al. (2014)	Savoir quelles sont les populations de l'Ontario qui ne bénéficient pas ou pas assez du dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et du côlon.	Qualitatif – théorie ancrée	Une collectivité d'une population légèrement supérieure à 4 000 repérée sur un schéma des populations archétypales.	Professionnels de la santé et membres de la communauté de 4 collectivités : urbaine, suburbaine, petite et rurale. Milieu rural : 26 femmes blanches de moins de 40 ans (âgées de plus de 21 ans, âge minimal pour le dépistage du cancer du col), 8 hommes blancs de plus de 40 ans.	Différences culturelles (ex. les mennonites plus âgés) dans l'accès aux soins de santé. Les hommes des régions rurales pensent que les retraités accèdent davantage aux soins que les personnes actives et que les hommes préfèrent généralement s'en remettre à eux-mêmes ou à la médecine traditionnelle plutôt qu'à un médecin.
Dépistage	Gold et al. (2023)	Reconnaître les caractéristiques associées à la participation au programme de dépistage du cancer du sein de l'Ontario et déterminer si le dépistage est associé à un diagnostic du cancer aux stades précoces.	Quantitatif – Étude de cohorte rétrospective	Les personnes qui vivaient en dehors de la RMR (ex. zones urbaines de moins de 100 000 habitants à plus de 1 500 000 habitants [Statistics Canada, s.d.]).	Femmes (n = 48 927) âgées de 51 à 74 ans, chez qui un cancer du sein a été diagnostiqué entre 2010 et 2017; 12,1 % de l'échantillon vivait en zone rurale.	Les femmes vivant dans les zones rurales étaient moins susceptibles de ne pas avoir passé un examen de dépistage (RC 0,73, IC à 95 %; 0,68–0,78) que les femmes vivant dans les grandes zones urbaines.
Dépistage	Lofters et al. (2019)	Décrire la population de l'Ontario qui est admissible au dépistage du cancer du sein, du col et du cancer colorectal, mais pour qui le dépistage a un retard d'au moins 5 ans, afin de mettre en évidence les sous-populations et les régions de l'Ontario ayant les besoins les plus urgents en matière d'interventions de dépistage.	Quantitatif – Étude de cohorte rétrospective	Le statut de ville, de banlieue ou de collectivité rurale a été déterminé à partir des codes postaux tirés des données du recensement de 2016 de Statistique Canada.	Dans les cohortes atteintes du cancer du sein (n = 1 534 000), du cancer du col de l'utérus (n = 3 630 981) et du cancer colorectal (n = 3 102 453), 139 297 (9,1 %), 241 842 (6,7 %) et 289 816 (9,3 %) vivaient respectivement en milieu rural. Parmi les personnes ayant effectué un dépistage du cancer du sein, du col et du cancer colorectal au cours des 5 dernières années, 29 965 (21,5 %), 57 039 (23,6 %) et 73 326 (25,3 %) vivaient en milieu rural.	Par rapport aux habitants des zones rurales, ceux des régions urbaines étaient plus susceptibles de se soumettre au dépistage du cancer du sein (RC = 1,04 [IC à 95 %; 1,03–1,06]) et du cancer colorectal (RC = 1,04 [IC à 95 %; 1,03–1,06]); toutefois, l'inverse a été observé pour le dépistage du cancer du col (RC = 0,98 [IC à 95 %; 0,97–0,99]). Par rapport aux habitants des campagnes, ceux des banlieues étaient plus susceptibles de passer un examen de dépistage du cancer du sein (RC = 1,06 [IC à 95 %; 1,04–1,08]) et du col (RC = 1,02 [IC à 95 %; 1,01–1,03]); toutefois, l'inverse a été constaté pour le dépistage du cancer colorectal (RC = 0,99 [IC à 95 %; 0,98–1,00]).

Étape de la trajectoire du cancer	Auteur (année)	Objectif/But	Devis de l'étude	Définition de région rurale/isolée	Détails sur l'échantillon	Principaux constats
Dépistage	McBride & Gesink (2018)	Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une intervention de dépistage du cancer axée sur les communautés rurales anabaptistes de l'Ontario afin d'augmenter le nombre d'examen réguliers de dépistage du cancer du sein, du col, du sang et du côlon chez les femmes.	Action participative	Imprécis.	Sur les 75 femmes amish ou mennonites de l'ancien ordre âgées de 21 ans ou plus, seules 64 ont fourni des informations démographiques; 53 % (n = 33) avaient moins de 50 ans, 39 % (n = 25) avaient entre 50 et 70 ans; dans 85 % des cas, il n'y avait eu que peu ou pas de dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus, du sang ou du côlon.	Presque toutes les femmes avaient déjà participé au dépistage du cancer du col, bien que ce n'ait pas été récent dans tous les cas. En tout, 26 % ont passé pour la première fois un dépistage du cancer du sein, et 29 %, un dépistage du cancer du côlon pour la première fois. La plupart des femmes (78 %) ont déclaré que la journée d'intervention avait facilité le dépistage du cancer et, dans l'échantillon, l'intention de passer un test de dépistage régulièrement à l'avenir avait augmenté de 12 %. La participation des membres de la communauté (ex. leaders, groupe consultatif) a permis de cerner les obstacles au dépistage du cancer et de mettre en place des interventions adaptées à la culture.
Dépistage	Mema et al. (2017)	Comparer la participation au dépistage du cancer du col et du cancer colorectal chez les femmes des régions rurales et isolées du nord de l'Alberta qui participent à un programme de mammographie mobile avec ou sans l'intervention appelée « Enhanced Access to Cervical and Colorectal Cancer Screening » (EACS).	Quantitatif – étude non randomisée pré-test/post-test	Imprécis.	Parmi les 9 702 femmes s'étant présentées à des cliniques mobiles de mammographie, 6 174 de celles en âge d'avoir un dépistage du cancer du col de l'utérus ou du cancer colorectal ont reçu les soins usuels, et 958 ont eu l'intervention EACS. Données démographiques absentes.	La participation au dépistage du cancer du col dans le groupe EACS a augmenté de 14,5 % [IC à 95 %; 12,3–16,7] à 3 mois, contre 4,9 % [IC à 95 %; 4,3–5,4 %] dans le groupe recevant les soins usuels. La participation au dépistage du cancer colorectal a augmenté de 16,5 % [IC à 95 % 14,3–18,8 %] à 3 mois dans le groupe EACS, contre 7,4 % [IC à 95 % 6,8–8,0 %] dans le groupe recevant les soins usuels.
Dépistage	Nadalin et al. (2016)	Demander aux groupes de femmes n'ayant jamais subi de dépistage ou très peu ce qu'elles savent du cancer du sein et du dépistage, leurs expériences et les obstacles au dépistage, en notant toute variation régionale entre Timmins, le centre-ville de Toronto et la région de Peel.	Qualitatif – groupes de discussion	Habitant de la circonscription sanitaire de Timmins.	Parmi les 74 participantes, il y en avait 19 à Timmins, 30 à Toronto, et 25 à Peel. L'âge moyen des participantes de Timmins était de 60,8 ans, toutes étaient nées au Canada et plus de 70 % d'entre elles avaient déjà passé une mammographie.	Les obstacles signalés uniquement par les participantes habitant en régions rurales sont les suivants : craintes et anxiété liées à la sécurité et à l'exactitude des tests de dépistage, et difficultés d'accessibilité à cause de la distance et de la sécurité des moyens de transport.

Étape de la trajectoire du cancer	Auteur (année)	Objectif/But	Devis de l'étude	Définition de région rurale/isolée	Détails sur l'échantillon	Principaux constats
Dépistage	Racey & Gesink (2016)	Explorer la réaction initiale et la perception des femmes d'une communauté rurale de l'Ontario où le dépistage du cancer du col est insuffisant dans le contexte des obstacles actuels et des facteurs facilitant le dépistage.	Qualitatif – groupes de discussion	Collectivité de Mount Forest, ON, qualifiée de « rurale ».	25 femmes, âgées de 18 à 70 ans, « sous-dépistées »; aucun dépistage du cancer du col de l'utérus consigné au dossier au cours des 3 dernières années.	Thèmes : Obstacles logistiques (temps pour se rendre chez le médecin, heures d'ouverture des cliniques et réservations de rendez-vous), obstacles procéduraux (gêne, manque de distance sociale, vie privée), obstacles à l'intention de se soumettre au dépistage (peur du cancer, manque de sensibilisation, absence de comportement préventif en matière de santé). Facteurs facilitants : relation positive et significative avec le professionnel de la santé, système d'appel électronique, réduction des préjugés par la sensibilisation et l'éducation.
Dépistage	Racey et al. (2016)	Déterminer si la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus augmenterait chez les femmes sous-dépistées vivant dans les zones rurales de l'Ontario si on leur proposait un test d'auto-dépistage du VPH à domicile comme modalité de dépistage primaire du cancer du col, par opposition à l'invitation à passer un test de Pap ou aux soins usuels.	Quantitatif – Essai clinique randomisé	Collectivité de Mount Forest, ON, qualifiée de « rurale ».	818 femmes âgées de 30 à 70 ans ont participé à l'étude : 335 ont reçu une trousse d'auto-dépistage du VPH, 331 ont reçu une lettre de rappel pour un frottis, et 152 ont reçu les soins usuels.	Au total, 32 % (n = 107) des patientes du groupe ayant réalisé un auto-prélèvement (VPH), 15 % (n = 51) du groupe ayant reçu une lettre pour leur rappeler de passer le test de Papanicolaou, et 8,5 % (n = 13) des patientes du groupe ayant reçu les soins usuels ont été dépistées. Les femmes ayant reçu la trousse d'auto-prélèvement étaient 3,7 fois plus susceptibles (IC à 95 %; 2,2–6,4) de se soumettre à un dépistage que les femmes du groupe ayant bénéficié des soins usuels. Dans le groupe d'auto-prélèvement, 80 % des participantes ont dit qu'elles choisiraient très probablement cette même méthode à l'avenir.
Dépistage	Simkin et al. (2019)	Quantifier l'effet du revenu sur les dernières données sur le dépistage du cancer colorectal et mettre en évidence les différences importantes selon le degré d'urbanisation.	Quantitatif – étude de cohorte transversale	Classification des ZIM de Statistique Canada (Statistics Canada, 2015). Les régions rurales ont été définies comme des ZIM fortes et modérées (5 % à < 50 %) et les régions éloignées, comme des ZIM faibles et inexistantes (0 % à < 5 %).	Parmi les 22 523 participants âgés de 50 à 74 ans, 48,7 % étaient des hommes, 5 190 (23 %) vivaient en région rurale et 4 004 (17,7 %) en région éloignée.	Bien que cela ne soit pas significatif, le taux de dépistage récent était le plus élevé parmi les répondants des régions éloignées (54,9 %), suivis par ceux des régions urbaines (51,9 %) et des régions rurales (50,9 %). Pour tous les degrés d'urbanisation, un revenu plus élevé est associé à une plus grande probabilité d'un dépistage récent. Les populations rurales et à faible revenu sont moins susceptibles d'avoir passé récemment un examen de dépistage du cancer colorectal que les populations urbaines et à revenu élevé.

Étape de la trajectoire du cancer	Auteur (année)	Objectif/But	Devis de l'étude	Définition de région rurale/isolée	Détails sur l'échantillon	Principaux constats
Dépistage	Smith et al. (2020)	Évaluer la participation au dépistage colorectal d'une population nordique isolée et l'incidence des directives de dépistage.	Quantitatif – étude de cohorte rétrospective	Imprécis.	Entre 2014 et 2019, 6 817 résidents des TNO, âgés de 50 à 74 ans, ont effectué un test immuno-histochimique fécal. Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon ne sont pas fournies.	Le taux annuel moyen de dépistage était de 25 %. Aucune différence significative n'a été constatée pour ce qui est du stade de la maladie, de la pathologie ou du foyer entre les cancers détectés grâce au dépistage et les cancers détectés en clinique. Le dépistage du CCR par TIF n'a pas permis une détection plus précoce du CCR.
Dépistage	St. Jacques et al. (2013)	Évaluer l'effet de la distance sur la participation des femmes au programme de dépistage du cancer du sein au Québec, et déterminer si la classification rurale-urbaine modifie la relation entre la distance et la participation.	Quantitatif – étude de cohorte rétrospective	Une échelle rurale-urbaine à 5 niveaux a été créée sur la base d'une classification élaborée par Statistique Canada (Statistics Canada, 2001) : Île de Montréal, banlieue de Montréal, villes de taille moyenne (plus de 50 000 habitants), petites villes (10 000 à 50 000 habitants) et villages et zones rurales (municipalités < 10 000 habitants).	Parmi les 833 856 femmes âgées de 52 à 69 ans et vivant au Québec au 15 octobre 2008, l'âge moyen était de 59 ans, et la distance moyenne à parcourir en voiture de 11,3 km jusqu'à leur centre de dépistage désigné (médiane de 5,3 km). La plupart (74 %) vivaient à moins de 12,5 km du centre et 3 % à plus de 50 km.	Par rapport aux femmes qui vivaient à moins de 2,5 km du centre de dépistage désigné le plus proche, on a observé une diminution absolue de 6,3 % des taux de participation pour des distances de 50 à 75 km (rapport des taux (RT) = 0,88, IC à 95 %; 0,86–0,89) et une diminution de 9,8 % \geq 75,0 km (RT = 0,81, IC à 95 %; 0,79–0,83). L'association entre la distance et la participation variait en fonction de la classification rurale-urbaine utilisée dans l'étude (interaction $p < 0,0001$).
Diagnostic	Blair & Datta (2020)	Évaluer les associations entre les privations sociales et matérielles, le nombre de médecins par habitant, le fait de vivre en milieu rural et l'absence de programmes provinciaux de dépistage par la poste et le stade du CCR au moment du diagnostic.	Quantitatif – étude de cohorte rétrospective	Classification rurale-urbaine de Statistique Canada pour les aires de diffusion (Statistics Canada, 2018).	Dans le Registre canadien du cancer, 54 745 diagnostics de CCR ont été passés en revue entre 2011 et 2015. Plus de la moitié étaient des hommes (58 %) et avaient plus de 60 ans (66 %). La plupart (77 %) vivaient en zone urbaine.	Aucune différence statistiquement significative dans la prévalence des stades avancés n'a été observée en fonction du lieu de résidence (urbain ou rural). Pour tous les stades, aucune différence significative n'a été constatée par rapport au fait de vivre en milieu rural.
Diagnostic	Khalil et al. (2019)	Mieux classer et comprendre les différences d'accès aux soins de santé selon le lieu de résidence (rural ou urbain, ou par province) qui peuvent conduire à la variabilité du stade de présentation du cancer du larynx.	Quantitatif – étude de cohorte rétrospective	Imprécis.	1 550 patients du Registre canadien du cancer et les données sur la stadification de la maladie, pour 2005 à 2013 (hommes $n = 1 280$ et femmes $n = 265$). Pas de données sur la ruralité dans l'échantillon.	Le cancer est plus avancé chez les habitants des régions rurales des quartiles de revenus les plus élevés et les plus bas qui reçoivent un diagnostic comparativement aux habitants des zones urbaines se trouvant dans le quartile de revenus le plus élevé (RC = 1,73, IC 95 %; 1,07–2,78, $p = 0,02$).

Étape de la trajectoire du cancer	Auteur (année)	Objectif/But	Devis de l'étude	Définition de région rurale/isolée	Détails sur l'échantillon	Principaux constats
Diagnostic	Shah et al. (2021)	Mesurer la relation entre le lieu de résidence géographique en Saskatchewan et le stade du cancer du poumon au moment du diagnostic.	Quantitatif – étude de cohorte rétrospective	Les régions sanitaires de Saskatoon et de Regina ont été classées comme urbaines et toutes les autres comme rurales; les régions rurales ont été subdivisées en parties nord et sud.	2 972 patients (de 35 ans et plus) ayant reçu un diagnostic primaire de CPNPC ou de CPPC entre 2007 et 2012. L'âge moyen était de 68,7 ans (écart-type de 10,0 ans), le nombre d'hommes et de femmes était égal, 80 % des patients étaient atteints d'un CPNPC et 20 % d'un CPPC. La répartition entre les quintiles de revenus était la suivante : 22,4 % gagnaient le revenu le plus faible, 20,9 % un revenu moyennement faible, 18,5 % un revenu moyennement élevé, 20,3 % un revenu élevé et 16,8 % le revenu le plus élevé.	L'incidence du CPNPC au stade avancé était plus élevée dans les zones rurales que dans les zones urbaines (RR en SK rurale = 1,11 [IC à 95 % 1,01–1,22] et AR 3 pour 10 000 [IC à 95 % 0–6] par rapport à la SK urbaine). Le risque était significativement plus élevé dans les zones rurales du nord de la SK [RR 1,17, IC à 95 % 1,01–1,31, AR 5, IC à 95 % 1–9]. Les patients des zones rurales du nord de la Saskatchewan étaient plus susceptibles d'être des hommes, d'être plus jeunes et d'avoir un statut socio-économique moins élevé. Les tendances pour le SCLC étaient similaires, mais pas statistiquement significatives. Les données n'incluaient pas le tabagisme ou l'exposition au radon.
	Canale et al. (2018)	Déterminer l'effet de la ruralité sur la prise en charge des patients atteints d'un cancer du pancréas avancé et l'issue de la maladie.	Quantitatif – étude de cohorte rétrospective	Le fait de vivre à ≥ 100 et < 100 km du centre de traitement le plus proche, respectivement, servait à définir le statut rural ou urbain.	L'échantillon ($n = 659$) avait un âge moyen de 66,9 ans (ET $\pm 9,94$); 358 (54 %) étaient des hommes.	Aucune association significative n'a été trouvée entre la ruralité et les résultats de l'étude (ex. variations de traitement, chimiothérapie utilisée, risque de décès).
	Traitement et soins et résultats	El-Haouly, Lacasse et al. (2021)	Décrire les coûts directs médicaux et non médicaux ainsi que la charge financière perçue par les patients et déterminer les facteurs cliniques et sociodémographiques associés à cette charge chez les patients atteints d'un cancer de la prostate.	Quantitatif – enquête transversale	Région de l'Abitibi-Témiscamingue au Québec, où 58 % des personnes vivent en zones urbaines ($\geq 10 000$ habitants) et 42 % en zones rurales ($\leq 10 000$ habitants).	L'âge moyen des 171 participants était de 68,73 ($\pm 7,3$) ans; 73 (43 %) vivaient en régions rurales.
Traitement et soins	El-Haouly Dragomir et al. (2021)	Décrire et cerner les déterminants de la prise de décision en matière de traitement chez les hommes atteints d'un cancer de la prostate localisé et vivant dans des régions isolées.	Quantitatif – enquête transversale	Région de l'Abitibi-Témiscamingue au Québec, où 58 % des personnes vivent en zones urbaines ($\geq 10 000$ habitants) et 42 % en zones rurales ($\leq 10 000$ habitants).	L'âge moyen des 127 participants était de 68,3 ($\pm 7,2$) ans; 53 (42 %) vivaient en régions rurales.	En tenant compte de l'âge et du revenu, aucune différence entre les participants des régions rurales et urbaines n'a été observée en ce qui concerne leur choix de recevoir le traitement de radiothérapie en dehors de la région (RC = 1,18 [IC à 95 %; 0,55–2,52]).

Étape de la trajectoire du cancer	Auteur (année)	Objectif/But	Devis de l'étude	Définition de région rurale/isolée	Détails sur l'échantillon	Principaux constats
Traitement et soins	Evans et al. (2017)	Évaluer les taux de résection chirurgicale du cancer du poumon et la concordance avec les directives de chimiothérapie adjuvante postopératoire par région sanitaire au cours de 2 périodes (2010-2011 et 2012-2013) en fonction de 5 mesures d'équité (y compris le lieu de résidence).	Quantitatif – étude populationnelle	Définitions des termes « urbain », « rural », « rural éloigné » et « rural très éloigné » données par Statistique Canada.	5 968 patients ayant reçu un diagnostic de CPNPC de stade I, II ou IIIA.	Les patients des zones rurales avaient autant de chances de recevoir une chimiothérapie adjuvante que les citadins, bien que certaines variations régionales aient été mises au cours des périodes examinées.
Traitement et soins	Febbraro et al. (2020)	Établir le pourcentage de patients atteints de cancer qui n'ont aucun dossier de consultation médicale ou en radio-oncologie, et déterminer les facteurs qui entravent l'accès à la consultation d'un spécialiste dans le nord-ouest de l'Ontario.	Quantitatif – étude de cohorte rétrospective	Définition de « rural » du recensement de Statistique Canada : population en dehors des agglomérations ≥ 1000 habitants avec une densité de population ≥ 400 habitants par km^2 .	Sur les 2 583 cas, la plupart ($n = 774$, 30 %) étaient âgés de ≥ 80 ans, et 1 404 (54 %) étaient des hommes. Parmi les catégories de diagnostics de cancer, la plupart des participants étaient atteints d'un cancer défini comme « autre » ($n = 1\,368$, 53 %), c'est-à-dire que le diagnostic n'était pas précisé.	Les personnes résidant en zone rurale étaient moins susceptibles de bénéficier d'une consultation médicale ou de radio-oncologie ($p < 0,0001$; RC = 0,48; IC à 95 %; 0,48–0,72).
Traitement et soins	Gagnon et al. (2023)	Explorer les besoins des patients cancéreux en milieu rural nécessitant des soins palliatifs et de fin de vie à domicile, et décrire les soins infirmiers et les services qui leur sont offerts.	Qualitatif – entrevues descriptives	Imprécis.	Les 5 participants étaient âgés de 63 ans en moyenne (de 52 à 74 ans).	Chaque participant a fait état de besoins multiples, divisés en besoins physiques, informationnels, émotionnels, psychologiques, sociaux, spirituels et pratiques.
Traitement et soins	Hartford (2019)	Examiner l'incidence d'un programme de chirurgie HBP sur la prise en charge des cancers du pancréas avant et après sa mise en place.	Quantitatif – étude pré-test/post-test	Imprécis.	Avant le programme de chirurgie HPB, les participants ($n = 98$) avaient, en moyenne, 71 ans (± 12) et 52 d'entre eux étaient des hommes (54 %). Après le programme, les participants ($n = 109$) avaient, en moyenne, 71 ans (± 10) et 57 d'entre eux étaient des hommes (52 %).	Le délai médian pour la consultation en chirurgie était plus court pour le groupe ayant subi une opération HBP (11 contre 43 jours, $p < 0,001$) et un plus grand nombre des patients de ce groupe ont bénéficié d'une consultation chirurgicale (34 % contre 74 %, $p < 0,001$), pour une distance médiane de déplacement réduite (411 contre 79 km, $p < 0,001$).

Étape de la trajectoire du cancer	Auteur (année)	Objectif/But	Devis de l'étude	Définition de région rurale/isolée	Détails sur l'échantillon	Principaux constats
Traitement et soins	Jull et al. (2021)	Comprendre l'expérience des Inuits qui se déplacent du Nunavut pour recevoir des soins oncologiques à Ottawa, ON, et comprendre comment ces expériences influencent la possibilité de participer aux décisions pendant le processus.	Qualitatif – méthodes narratives	Imprécis.	Les patients inuits (n = 8) et les accompagnateurs médicaux (n = 6) étaient âgés en moyenne de 20 à 80 ans; 9 ont déclaré être des hommes et 5 des femmes.	Les participants ont dit avoir reçu des directives, avec peu ou pas de soutien, et avoir cherché des occasions de collaborer avec d'autres personnes dans leur parcours de soins oncologiques. Ils ont trouvé qu'il était difficile de prendre part aux décisions concernant les soins, et que personne ne leur expliquait ce qu'ils avaient à décider. Le manque de connaissances a influencé les possibilités de participer à la prise de décision. Ils ont également dit devoir de prendre des décisions qui profitent à la famille et à la communauté.
Traitement, soins et résultats	Kagedan et al. (2016)	Clarifier l'influence de la marginalisation sociodémographique sur l'obtention d'une pancréatectomie et d'un traitement adjuvant, et sur le taux de survie général.	Quantitatif – étude de cohorte observationnelle	Région métropolitaine de recensement (> 100 000) et agglomération de recensement (10 000).	Des 6 296 cas, 885 (14 %) provenaient de régions rurales.	Les patients vivant en milieu rural (RC = 0,68; IC à 95 %; 0,51–0,91) avaient moins de chances de subir une résection chirurgicale que les patients vivant dans les zones urbaines et dont les revenus étaient les plus élevés. Aucune différence quant au taux de survie général ou d'accès au traitement adjuvant n'a été observée entre les régions rurales et urbaines aux revenus les plus élevés.
Traitement et soins	Loughery et al. (2019)	Mieux comprendre les expériences en matière de soins de soutien des femmes adultes qui ont besoin d'un traitement pour un cancer du sein invasif et qui habitent les régions rurales du Manitoba.	Qualitatif – description interprétative	Imprécis.	20 participantes âgées de 34 à 85 ans, la plupart ayant entre 46 et 65 ans; 11 vivaient dans une ville ≥ 7 500 habitants ou à proximité; les autres vivaient dans une ville < 7 500 habitants ou à proximité; 16 d'entre elles bénéficiaient d'un programme de traitement dans leur localité rurale et 4 devaient se déplacer pour recevoir leur chimiothérapie. Les distances parcourues étaient comprises entre 15 et 1100 km. La voie terrestre était le principal mode de déplacement, mais 4 prenaient l'avion et avaient accès à une compensation financière.	Les participants ont décrit les aspects positifs et négatifs de la vie en milieu rural dans 7 domaines : physique (prise en charge des effets secondaires, difficultés d'accès aux soins), informationnel (accès et pertinence), social (manque d'intimité, fort sentiment d'appartenance à la communauté), pratique (prise en charge de la famille, déplacements pour le traitement), émotionnel (frais de déplacement, professionnels insensibles), psychologique (manque de contrôle, tentative de rester en bonne santé) et spirituel (découverte de soi et mortalité).

Étape de la trajectoire du cancer	Auteur (année)	Objectif/But	Devis de l'étude	Définition de région rurale/isolée	Détails sur l'échantillon	Principaux constats
Traitement et soins	Mathews et al. (2017)	Examiner les expériences des patients de Terre-Neuve-et-Labrador atteints de cancer, depuis l'apparition des symptômes jusqu'au début du traitement, et décrire les temps d'attente et les efforts déployés pour améliorer la rapidité des soins du point de vue des patients.	Qualitatif – entrevues suivies d'analyses thématiques	Population < 10 000.	60 participants, dont 33 (55 %) étaient des hommes et 29 (48 %) étaient considérés comme venant d'un milieu rural.	Les patients des régions rurales qui avaient la possibilité de consulter des oncologues dans un centre de traitement urbain ou dans une « clinique itinérante » organisée dans de petits centres régionaux ont obtenu des rendez-vous plus rapidement en contactant le personnel et en disant qu'ils étaient prêts à se déplacer ou à se rendre dans une clinique en particulier.
Traitement et soins	Mahar et al. (2019)	Étudier les facteurs liés au patient, à la maladie et au système de santé qui sont associés au dépistage des symptômes dans l'année qui suit le diagnostic de cancer.	Quantitatif – étude de cohorte rétrospective	Bases de données de conversion des codes postaux (Wilkins, 2009) et IRO (Kralj, 2009).	Des 425 905 participants, 18 919 (4 %) vivaient dans une collectivité dont le score sur l'IRO était > 51.	Par rapport aux patients vivant dans des zones mi-urbaines, ceux des régions les plus rurales (et urbaines) étaient significativement moins susceptibles d'avoir passé au moins une fois un examen de dépistage des symptômes.
Traitement et soins	Nostedt (2014)	Établir le lieu le plus fréquent où les patients des zones rurales du Manitoba ont subi une intervention chirurgicale pour un cancer du rectum (établissement local ou urbain) et explorer les facteurs ayant influencé leur décision de choisir l'opération.	Quantitatif – étude populationnelle – théorie ancrée	Imprécis.	Entre 2004 et 2006, 2 086 patients ont reçu un diagnostic de CCR, dont 508 (24 %) cas de cancer du rectum. Les 20 participants étaient en moyenne âgés de 62 ($\pm 11,2$) ans et 14 (70 %) étaient des hommes.	Des 427 patients atteints de cancer colorectal opérés, 80 (46 %) ont subi l'intervention à Winnipeg et 92 (54 %) dans un hôpital rural. Les participants aux entrevues ont indiqué n'avoir pas tous eu le même mot à dire dans la décision. Lorsqu'on leur avait demandé leur avis, ils avaient mentionné l'importance des facteurs liés au traitement (ex. les compétences du chirurgien en charge de l'opération et la réputation de l'hôpital et le volume de cas traités) et les facteurs personnels (ex. le déplacement, le soutien, l'hébergement, les finances et l'emploi).
Traitement et soins	Pesut et al. (2010)	Comprendre les expériences des patients atteints de cancer en milieu rural qui se rendent dans un centre de cancérologie urbain pour recevoir des soins palliatifs.	Méthodes mixtes – entrevues et sondages	Résidents de collectivités dont la population est inférieure à 10 000 habitants.	Sur les 15 participants, 8 (53 %) étaient des femmes, et l'âge moyen était de 62 ans (de 48 à 79 ans). La longueur moyenne du trajet (aller simple) était de 177 km : 6 personnes parcouraient entre 101 et 200 km et 3, plus de 200 km.	Selon les données recueillies à l'aide du questionnaire, les participants rencontrent un certain nombre de problèmes, le plus souvent des douleurs et des difficultés à effectuer les tâches ménagères les plus exigeantes. Les participants planifiaient leurs déplacements en accordant une attention particulière à la gestion de la douleur, à l'optimisation du temps et au maintien de relations significatives. L'adoption d'une routine apaisait l'anxiété liée aux déplacements. Ces derniers étaient coûteux, mais la qualité de vie et les relations de soutien obtenues grâce au traitement constituaient des avantages non négligeables.

Étape de la trajectoire du cancer	Auteur (année)	Objectif/But	Devis de l'étude	Définition de région rurale/isolée	Détails sur l'échantillon	Principaux constats
Traitement et soins	Santi et al. (2022)	Analyser le nombre de renvois vers des spécialistes en urologie, en radiothérapie et en oncologie médicale qui ont été facturés pour les patients atteints du cancer de la prostate dans le nord de l'Ontario et dans l'ensemble de l'Ontario pour qui la chirurgie ou la radiothérapie était le traitement indiqué.	Quantitatif – étude populationnelle rétrospective	Utilisation floue d'une définition de Statistique Canada.	La population étudiée (n = 22 169) comprenait des hommes ayant reçu un premier diagnostic de cancer de la prostate en Ontario entre 2010 et 2019, ayant subi une prostatectomie dans l'année suivant le diagnostic et n'ayant reçu aucun autre diagnostic de cancer entre le moment du diagnostic initial du cancer de la prostate et la date de la prostatectomie; 3 019 (14 %) de l'échantillon vivaient en zones rurales.	Le fait de résider en milieu rural était associé à une plus faible probabilité d'être vu en radio-oncologie avant une prostatectomie radicale (RCa = 0,72, IC à 95 %; 0,65–0,79). Lorsque le lieu de résidence géographique était analysé, on a constaté que les habitants de la région 13-Nord-Est du RLSS présentaient les plus faibles probabilités de recevoir une consultation en radio-oncologie par rapport au reste de l'Ontario (RCa = 0,50, IC à 95 %; 0,42–0,59).
	Springer et al. (2020)	Déterminer si la proximité des sites de formation des boursiers spécialistes en médecine colorectale influence le recours à la laparoscopie pour traiter les patients atteints de cancer du rectum.	Quantitatif – étude de cohorte rétrospective	Les codes postaux des adresses domiciliaires ont été codés pour analyser les grappes spatiales.	Les données de 11 261 personnes ont été utilisées. L'âge moyen de la cohorte était de 65,5 (±11,6) ans et 62 % étaient des hommes. 2 226 (20 %) vivaient en milieu rural et 5 403 (48 %) vivaient à plus de 100 km d'un centre de formation de spécialistes du cancer colorectal.	Un nombre significativement plus élevé de patients ayant subi une résection rectale ouverte vivaient en milieu rural comparativement au groupe ayant subi une résection laparoscopique (21,5 % contre 15 %, p < 0,001). L'éloignement par rapport au centre de traitement réduit la probabilité d'une résection laparoscopique (p < 0,001). Cependant, après ajustement des facteurs liés à la maladie, au patient, au chirurgien, à l'hôpital, à la province et à la proximité du centre de traitement, les patients des zones rurales n'étaient pas plus susceptibles de subir une résection ouverte (RC = 0,95, IC à 95 %; 0,84–1,08, p < 0,001).
Traitement et soins	Watanabe et al. (2013)	Évaluer la faisabilité de l'utilisation de la vidéoconférence pour fournir une consultation multidisciplinaire spécialisée en soins palliatifs et en réadaptation aux patients atteints de cancer en zones rurales, et explorer les résultats en termes de symptômes, de coûts et de satisfaction.	Quantitatif – étude pilote	Imprécis.	Parmi les 44 participants, l'âge médian était de 60 ans (de 20 à 88 ans), 26 (59 %) étaient des hommes et 15 (34 %) avaient reçu un diagnostic de cancer GI.	Les économies moyennes par consultation pour les patients vus en vidéoconférence comparativement aux patients reçus au centre de cancérologie étaient respectivement de 471,13 km, 7,96 heures et 192,71 \$ CAN. Les patients et les médecins traitants se sont déclarés très satisfaits des rendez-vous par vidéoconférence.

Étape de la trajectoire du cancer	Auteur (année)	Objectif/But	Devis de l'étude	Définition de région rurale/isolée	Détails sur l'échantillon	Principaux constats
Traitement, soins et résultats	Yu et al. (2021)	Évaluer l'influence de la géographie sur l'accès aux différents spécialistes et aux options de traitement du foie, et comprendre le lien avec les taux de survie.	Quantitatif – étude de cohorte rétrospective	Les codes postaux de l'adresse des patients ont été mis en corrélation avec le centre de population correspondant, puis catégorisés selon la taille des centres de population de Statistique Canada (Statistique Canada, 2018) : petite (population de 1 000 à 29 999 habitants), moyenne (de 30 000 à 99 999), et grande ($\geq 100\ 000$ habitants).	286 patients atteints de CHC, âge médian de 62 ans; 82 % étaient des hommes et 25 (9 %) vivaient dans un petit centre de population.	Les patients vivant dans des zones densément peuplées étaient plus susceptibles d'être aiguillés vers un hépatologue (62 % contre 48 % et 40 %; $p = 0,031$) et de subir une chimioembolisation transartérielle (43 % contre 24 % et 24 %; $p = 0,018$) que ceux habitant dans des zones à densité de population moyenne ou faible, respectivement. Les résultats relatifs à la survie étaient similaires lorsqu'analysés en fonction de la taille de la population, ce qui indique que la géographie n'a pas d'influence sur le TSG.
Post-traitement	Fitch et al. (2020)	Explorer (et comparer) le contexte du lieu de résidence (rural ou urbain) sur les expériences des survivants du cancer dans 3 domaines : les préoccupations physiques, les préoccupations émotionnelles et les problèmes pratiques.	Quantitatif – enquête transversale	Habitant d'un milieu rural : personne vivant dans un village ou une ville de $\leq 10\ 000$ habitants ou dans un domaine, un ranch ou une ferme.	12 899 participants, dont 4 646 (36 %) vivant en milieu rural. De ceux-ci, la plupart ($n = 4\ 052$, 87 %) étaient âgés de 55 ans ou plus, et 2 327 (50 %) étaient des hommes.	Qu'ils viennent de régions rurales ou urbaines, les répondants présentaient un niveau d'inquiétude semblable. Ils cherchaient aussi de l'aide dans des proportions similaires. Toutefois, les participants des régions rurales ont été moins nombreux à solliciter de l'aide pour le retour au travail (28 % contre 35 %). D'autres différences dans la recherche d'aide ont été observées en ce qui concerne l'obtention d'une assurance-maladie ou assurance-vie (31 % en milieu rural contre 20 % en milieu urbain). De plus, en zone rurale, les participants ont eu plus de difficultés à trouver de l'aide pour s'adapter aux changements dans les relations avec les amis et collègues (45 % contre 39 %) et la famille (40 % contre 34 %). Bien que les besoins non satisfaits soient semblables entre les deux groupes, une proportion plus grande de répondants vivant en milieu rural avait des besoins non satisfaits liés au retour au travail (75 % contre 67 %).

Étape de la trajectoire du cancer	Auteur (année)	Objectif/But	Devis de l'étude	Définition de région rurale/isolée	Détails sur l'échantillon	Principaux constats
Post-traitement	Howard et al. (2014)	Décrire les expériences des survivants du cancer habitant en milieu rural en matière d'accès aux soins médicaux et aux soins de soutien après le traitement du cancer.	Qualitatif – entrevues et groupes de discussion	Statistique Canada (aucune référence fournie), ou définition de l'éloignement en fonction de la distance par rapport à un hôpital tertiaire.	52 participantes de 8 collectivités situées à une distance de 98 à 695 km (1 à 9,5 heures) d'un centre régional. Les caractéristiques des Autochtones et des non-Autochtones étaient les suivantes : moyenne de 50 et 59 ans; 64 % et 83 % de femmes; et 27 % et 68 % avaient reçu un diagnostic de cancer du sein.	Bien que les types de besoins diffèrent, Autochtones et non-Autochtones ont rapporté des problèmes d'accès aux soins, au soutien, aux services psychologiques et à l'information après le traitement. Les deux groupes ont également éprouvé des difficultés financières et professionnelles après le traitement.
Post-traitement	Miedema et al. (2013)	Comparer les expériences des jeunes adultes atteints de cancer au NB, une province rurale de l'Est du Canada, et de Toronto (ON), le plus grand centre métropolitain du Canada.	Qualitatif – théorie ancrée	Zone géographique peu peuplée (NB).	Les participantes, au nombre de 15 pour chaque milieu (rural ou urbain), étaient âgées en moyenne de 29,5 et 34,6 ans, et 20 % et 27 % d'entre eux avaient reçu un diagnostic de cancer du sein.	Les participants vivant en zone rurale sont plus nombreux que ceux des zones urbaines à rapporter un diagnostic tardif et un plus faible soutien communautaire plus faibles. Ils étaient toutefois plus satisfaits des soins oncologiques prodigués. Les participants des régions urbaines ont davantage évoqué le sujet des dépenses personnelles que ceux des régions rurales.
Post-traitement	Olson et al. (2014)	Déterminer les catégories de besoins non satisfaits des survivants du cancer habitant en milieu rural dans le nord de la CB afin d'élaborer des programmes de survie et des plans de soins.	Méthodes mixtes – enquêtes, entrevues et groupes de discussion	La région rurale du nord de la CB occupe une superficie de 600 000 km ² et compte environ 300 000 habitants.	79 participants, dont 23 (29 %) s'identifiaient comme membres des Premières Nations et 56 (71 %) comme étant non autochtones. L'âge moyen était respectivement de 55 ans (intervalle 21–81) et de 59 ans (intervalle 33–83). La plupart (n = 48, 61 %) avaient reçu un diagnostic de cancer du sein. Les Autochtones vivaient plus loin de tous les centres de traitement du cancer que les non-Autochtones.	Les participants ont exprimé des besoins non satisfaits dans tous les domaines évalués; cependant, les Autochtones rapportaient davantage de besoins que les non-Autochtones dans les domaines suivants : Information (2,29 contre 0,8, p < 0,001), Travail et finances (1,66 contre 0,5, p < 0,001), Accès aux et continuité (1,83 contre 0,44, p < 0,001), Adaptation et partage (2,22 contre 0,62, p < 0,001), et Émotionnel (2,12 contre 0,63, p < 0,001).

Étape de la trajectoire du cancer	Auteur (année)	Objectif/But	Devis de l'étude	Définition de région rurale/isolée	Détails sur l'échantillon	Principaux constats
Post-traitement	Parker et al. (2015)	Déterminer les taux de participation à une enquête sur l'intérêt des patients ayant reçu de la radiothérapie pour un cancer de la prostate envers un programme de suivi en ligne des résultats associés à la maladie et à la qualité de vie après traitement.	Quantitatif – enquête	Les codes postaux et l'analyse statistique spatiale ont permis de calculer la distance par rapport à la plus proche des 5 installations provinciales de radiothérapie. Ces distances ont été regroupées en 3 catégories : < 200 km, de 200 à 400 km et > 400 km.	358 personnes atteintes d'un cancer de la prostate et traitées par radiothérapie entre 2007 et 2011. L'âge moyen de l'échantillon était de 73 ans (± 8 ans) et 96 (27 %) vivaient en milieu rural; 295 personnes (82 %) de l'échantillon vivaient à moins de 200 km d'un centre d'oncologie, tandis que 41 (11 %) et 22 (6 %) vivaient entre 200 et 400 km de distance ou > 400 km, respectivement.	Les taux de participation étaient plus élevés dans les zones urbaines que dans les zones rurales (262/700, 37,5 %, contre 96/330, 29,1 %). Après ajustement pour l'âge, le manque d'accès à une connexion sans fil à large bande, le fait de vivre dans une zone rurale et le fait de recevoir de la RTE étaient des facteurs prédictifs significatifs d'une faible participation. L'augmentation de la distance par rapport au centre de traitement n'était pas significative dans le modèle ajusté pour l'âge.
	Price & Brunet (2021)	Tester la faisabilité et l'acceptabilité d'une intervention de changement de comportement par téléconsultation d'une durée de 12 semaines visant à promouvoir l'activité physique et la consommation de fruits et légumes.	Quantitatif – étude de faisabilité à méthodes mixtes	Collectivité rurale : régions comptant moins de 35 000 habitants (Statistique Canada, 2011).	9 jeunes adultes ayant survécu à un cancer étaient âgés en moyenne de 33,9 ans (écart-type = 3,1; intervalle 28–37) et avaient terminé leur traitement depuis 4,6 ans (écart-type = 6,7). La plupart étaient des femmes (n = 6) et avaient terminé leurs études universitaires (n = 5).	Le taux de rétention sur 1 an était de 74 % et le taux de respect des recommandations de 95 %, ce qui indique la faisabilité de l'intervention. En ce qui concerne l'acceptabilité, la méthode de diffusion a facilité l'accès aux soins de soutien pour les personnes vivant en zones rurales (comparativement aux zones urbaines). Les participants des régions rurales ont dit ne pas avoir accès à de nombreuses ressources, voire aucune, pour les aider à consommer moins d'alcool et à manger davantage de fruits et de légumes. Ils ont donc estimé que ce type d'intervention était nécessaire et que le fait de l'offrir à distance était favorable.
	Smith et al. (2011)	Explorer les préférences en matière de contenu et de format des soins de survie parmi les survivantes du cancer du sein appartenant à différents groupes d'âge et provenant de zones rurales et urbaines.	Qualitatif – groupes de discussion	Collectivité rurale : située à plus de 2 heures de voiture du centre de traitement du cancer.	26 survivantes du cancer du sein d'un âge moyen de 59 ans (de 45 à 80 ans); 5 d'entre elles vivaient en milieu rural.	Aucune différence n'a été observée entre les habitants des zones urbaines et ceux des zones rurales en ce qui concerne le contenu à privilégier. Bien que tous les participants aient souhaité rester en contact permanent avec une personne-ressource en oncologie, ceux des régions rurales préféraient les formats électroniques (ex. le courriel) comme moyen de communication.

Étape de la trajectoire du cancer	Auteur (année)	Objectif/But	Devis de l'étude	Définition de région rurale/isolée	Détails sur l'échantillon	Principaux constats
Post-traitement	Smith-Turchyn et al. (2021)	Décrire les comportements en matière d'exercice, les obstacles, ainsi que les facteurs qui facilitent et motivent la pratique d'exercice physique des survivants du cancer.	Quantitatif – enquête transversale	Région de North Simcoe Muskoka, qui compte une population régionale stable d'environ 60 000 habitants.	L'âge moyen de l'échantillon de 72 participantes était de 65 ans (ÉT±10 ans); 35 (49 %) avaient reçu un diagnostic de cancer du sein; 26 (36 %) vivaient à 10 minutes du centre-ville, 28 (39 %) entre 20 et 30 minutes et 18 (25 %) à ≥ 40 minutes.	En tout, 38 % des personnes interrogées respectaient les recommandations en matière d'exercices aérobiques. Ils ont indiqué que, pendant et après le traitement, les effets secondaires physiques constituaient l'obstacle le plus fréquent à l'exercice (65 % et 35 %), suivis du temps (13 % et 13 %), du manque de connaissances de l'existence des programmes d'activité physique (13 % et 22 %), de la distance (13 % et 13 %) et du coût des programmes d'exercice (10 % et 6 %). Les principaux facteurs facilitant la pratique de l'exercice physique sont l'information fournie par un professionnel qualifié (46 %) et l'accès à un gymnase (33 %) et à de l'équipement (26 %).
Post-traitement	Vallance et al. (2013)	Déterminer les préférences en matière d'aide psychologique et de programmes d'activité physique, ainsi que les obstacles à la participation à ces programmes.	Quantitatif – enquête transversale	L'Alberta Cancer Registry a été utilisé pour repérer les survivants admissibles résidant dans les zones rurales et les secteurs des petites villes de la province.	L'échantillon de survivantes du cancer du sein des zones rurales et des petites villes (n = 524) était en moyenne âgé de 62 ans (ÉT±11) et devait parcourir un trajet moyen de 77 minutes (ÉT±54 minutes) pour se rendre dans un centre de traitement.	La plupart (85 %) ont estimé qu'ils pourraient participer à un programme d'AP. Les obstacles à la participation étaient les suivants : déplacements (73,1 %), manque de temps (50,2 %) et coût (29,5 %). Les caractéristiques démographiques et cliniques sont associées à la volonté de recevoir des conseils en matière d'activité physique.
Post-traitement	Vander Meer et al. (2017)	Déterminer les sources d'information sur le mode de vie, les besoins et les préférences des survivantes du cancer du sein dans le nord de la CB.	Quantitatif – enquête transversale	Le degré de ruralité a été stratifié : (i) personnes qui vivent dans une collectivité et (ii) ceux qui vivent en dehors de la ville (> 10 minutes de route pour se rendre aux services) ou à la campagne (> 30 minutes de route pour obtenir des services).	132 survivantes du cancer du sein, dont 117 (89 %) étaient âgées de 50 ans ou plus, 90 (68 %) n'avaient pas de partenaire et 89 (70 %) vivaient dans une collectivité.	La distance à parcourir pour obtenir des services de santé n'entraînait aucune différence sur les besoins d'information (sur le poids, l'alimentation ou l'activité physique). Bien que la plupart des participants aient préféré les rencontres en personne au format virtuel, aucune différence entre les groupes n'a été observée.

Étape de la trajectoire du cancer	Auteur (année)	Objectif/But	Devis de l'étude	Définition de région rurale/isolée	Détails sur l'échantillon	Principaux constats
Outcomes	Ding et al. (2022)	Examiner l'effet du temps écoulé entre le début du premier traitement de chimiothérapie et les autres facteurs influençant la survie globale.	Quantitatif – étude de cohorte rétrospective	Milieu rural : situé à > 50 km du centre d'oncologie le plus proche.	Sur les 4 520 patients, 53 % étaient des hommes et 14 % venaient de zones rurales. Dans l'échantillon, les revenus étaient presque égaux (~20 %) et répartis dans les 5 tranches de revenus. Le délai avant le premier traitement était en moyenne de 63 jours (IIQ : 40-98 jours), tandis que la distance par rapport au centre le plus proche était en moyenne de 12 km (IIQ : 5-48 km).	Le type de chimiothérapie, le temps écoulé avant le premier traitement et la distance par rapport au centre le plus proche avaient un effet statistiquement significatif sur la survie. Chaque tranche supplémentaire de 10 km par rapport au centre de traitement le plus proche était associée à une augmentation de 0,5 % du risque de décès (RRI = 1,005; IC 95 %; 1,000-1,010).
Outcomes	McLay et al. (2017)	Évaluer l'effet du centre de traitement sur le taux de survie général et la survie au cancer de la tête et du cou.	Quantitatif – étude de cohorte rétrospective	Circonscription sanitaire définie comme rurale si plus de 50 % des résidents vivaient dans une collectivité de moins de 10 000 habitants.	Parmi les 2 330 participants, l'âge médian au moment du diagnostic était de 68 ans (de 23 à 101 ans); 1 742 étaient des hommes; 306 (13 %) vivaient en milieu rural.	Des analyses multivariées ont été réalisées pour évaluer l'influence des caractéristiques du patient, de la tumeur et du traitement sur la survie au cancer de la tête et du cou et sur le TSG, à partir de la taille de la population de la circonscription sanitaire comme covariable, aucune différence significative n'a été constatée pour le taux de survie au cancer de la tête et du cou pour les sujets des zones rurales (RRI = 0,89; 0,68-1,16; $p = 0,38$) par rapport à ceux des principales zones urbaines. De même, le TSG n'était pas significativement différent pour les sujets des régions rurales (RRI = 0,97; 0,85-1,11; $p = 0,67$) et des grandes régions urbaines.

Note. AB = Alberta; CB = Colombie-Britannique; CAN = dollars canadiens; CCR = cancer colorectal; CHC = cancer hépatocellulaire; CPPC = cancer du poumon à petites cellules; CPNPC = cancer du poumon non à petites cellules; GI = gastro-intestinal; HBP = hépato-bilio-pancréatique; IC = intervalle de confiance; IIQ = intervalle interquartile; IRO = index de ruralité de l'Ontario; km = kilomètres; MB = Manitoba; min = minutes; NB = Nouveau-Brunswick; ON = Ontario; QC = Québec; RC = rapport de cotes; RMR = région métropolitaine de recensement; RRI = rapport de risques instantanés; RT = radiothérapie; RTE = radiothérapie externe; SK = Saskatchewan; SP = soins palliatifs; SSE = statut socio-économique; TNL = Terre-Neuve-et-Labrador; TNO = Territoires du Nord-Ouest; TSG = taux de survie général; VPH = virus du papillome humain; ZIM = zones d'influence des régions métropolitaines.

Tableau 2

Études retenues en fonction du diagnostic de cancer, de l'étape du continuum et de la province

Étape du continuum du cancer	Lieu	Auteur (année)	Diagnostic															
			Sein (n = 20)	Col (n = 7)	Colo n ou rectum (n = 18)	Sang (n = 8)	Hépatocellulaire (n = 1)	Gé nito-urinaire (n = 3)	Gynécologique (n = 9)	Larynx/Tête et cou (n = 1)	Poumon (n = 4)	Mélanome (n = 2)	Pancréas (n = 4)	Prostate (n = 7)	Testicules (n = 1)	Thyroïde (n = 2)	Autres (n = 11)	
Dépistage (n = 12)	AB	Mema et al. (2017)		X	X													
	TNO	Smith et al. (2020)			X													
	ON (n = 8)	Chow et al. (2020)	X	X	X													
		Gesink et al. (2014)	X	X	X													
		Gold et al. (2023)	X															
		Lofters et al. (2019)	X	X	X													
	McBride & Gesink (2018)	X	X	X														
	Nadalín et al. (2016)	X																
	Racey & Gesink (2016)		X															
	Racey et al. (2016)		X															
QC	St. Jacques et al. (2013)	X																
Diagnostic (n = 3)	Multiple	Simkin et al. (2019) ^b			X													
	SK	Shah et al. (2021)								X								
	Multiple (n = 2)	Blair & Datta (2020) ^c			X													
		Khalil et al. (2019) ^d							X									
Traitement et soins (n = 18)	AB	Watanabe et al. (2013)	X		X	X		X			X						X ^f	
	CB (n = 3)	Canale et al. (2018)										X						
		Pesut et al. (2010)																X ^f
		Yu et al. (2021)						X										
	MB (n = 2)	Loughery et al. (2019)	X															
		Nostedt et al. (2014)			X													
	TNL	Mathews et al. (2017)	X		X						X		X					
NU	Jull et al. (2021)																X ^f	

ON (n = 6)	Evans et al. (2017)									X			
	Febbraro et al. (2020)	X	X							X	X	X ^f	
	Hartford et al. (2019)										X		
	Kagedan et al. (2016)										X		
	Mahar et al. (2019)	X		X	X	X	X	X	X			X ^g	
	Santi et al. (2022)				X								
	QC (n = 3)	El-Haouly, Lacasse et al. (2021)										X	
		El-Haouly, Dragomir et al. (2021)										X	
		Gagnon & Hébert (2023)		X			X		X				X ^h
	Multiple	Springer et al. (2020) ^c		X									
Post-traitement (n = 10)	AB	Vallance et al. (2013)	X										
	CB (n = 5)	Howard et al. (2014)	X	X	X			X				X	
		Olson et al. (2014)	X	X	X			X				X ^f	
		Parker et al. (2015)									X		
		Smith et al. (2011)	X										
		Vander Meer et al. (2017)	X										
	ON (n = 2)	Price & Brunet (2021)			X						X	X	
		Smith-Turchyn et al. (2021)	X	X	X		X	X	X	X			X ^f
	Multiple (n = 2)	Fitch et al. (2021)	X	X	X				X	X			X ^f
		Miedema et al. (2013) ^e	X		X							X	X
Résultats (n = 2)	CB	McLay et al. (2017)						X					
	ON	Ding et al. (2022)						X					

Note. AB = Alberta; CB = Colombie-Britannique; MB = Manitoba; NB = Nouveau-Brunswick; NU = Nunavut; TNL = Terre-Neuve-et-Labrador; TNO = Territoires du Nord-Ouest; ON = Ontario; QC = Québec; SK = Saskatchewan.

^a Certaines études portaient sur plus d'un type de cancer.

^b Les données provenaient des provinces suivantes : AB, MB, NB, TNL, IPE et QC.

^c Les données provenaient de toutes les provinces et de tous les territoires sauf le QC.

^d Les données provenaient des provinces suivantes : AB, MN, NL, NS, IPE et SK.

^e Les données provenaient de l'ON et du NB.

^f Non précisé

^g Os, jointures, ou tissus mous; système nerveux et orbitaire; gastro-intestinal; système endocrinien, autre/incertain

^h Œsophage et neuroendocrine

Figure 1

Diagramme PRISMA

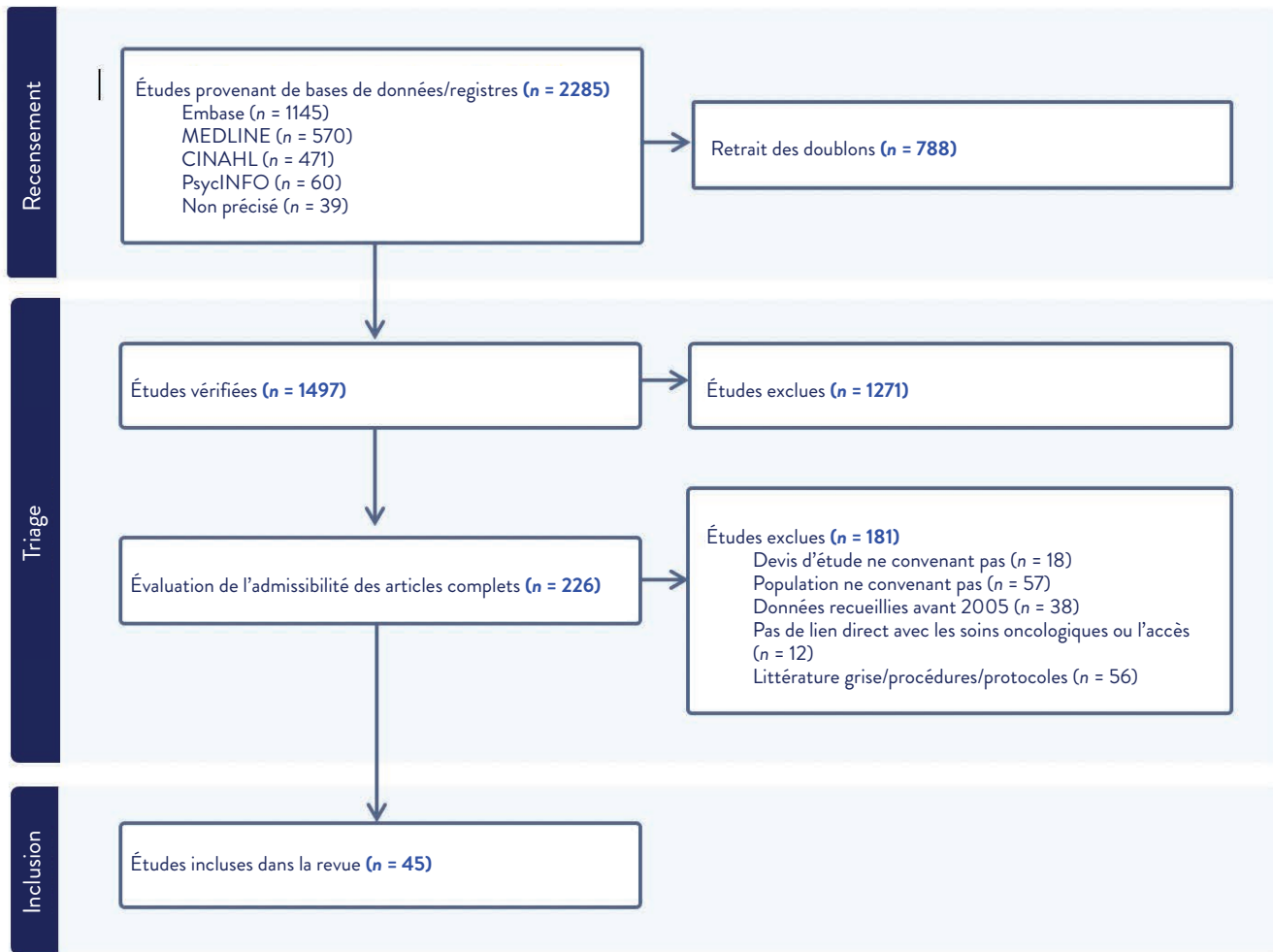


Tableau 3

Devis des études en fonction de l'étape du continuum de soins

Étape du continuum du cancer	Devis de l'étude
Dépistage (n = 12)	Quantitatif (n = 8): intervention (n = 2); étude de cohorte ou étude populationnelle (n = 5) Qualitatif (n = 4): théorie ancrée (n = 1); action participative (n = 1); descriptive (n = 2)
Diagnostic (n = 3)	Quantitatif (n = 3): étude de cohorte ou étude populationnelle (n = 3) Qualitatif (n = 0)
Traitement et soins (n = 18)	Quantitatif (n = 12): étude de cohorte ou étude populationnelle (n = 8); enquête transversale (n = 2); étude d'intervention pré-test/post-test (n = 2) Qualitatif (n = 4): description interprétative (n = 1); descriptive (n = 2); narrative (n = 1) Méthodes mixtes ou multiples (n = 2): enquête + intervention (n = 1); étude de cohorte + théorie ancrée (n = 1)
Post-traitement (n = 10)	Quantitatif (n = 6): enquête transversale (n = 5); essai clinique (n = 1) Qualitatif (n = 3): descriptive (n = 2); théorie ancrée (n = 1) Méthodes mixtes ou multiples (n = 1): enquête + entrevue (n = 1)
Résultats (n = 2)	Quantitatif (n = 2): étude de cohorte ou étude populationnelle (n = 2) Qualitatif (n = 0)

rencontrent des obstacles au dépistage du cancer, ce qui a été spécifiquement exploré dans trois des études retenues (Gesink et al., 2014; Nadalin et al., 2016; Racey et Gesink, 2016). Les habitants des zones rurales ont qualifié les obstacles au dépistage de logistiques, procéduraux et intentionnels (Racey et Gesink, 2016); ils nomment, par exemple, l'anxiété par rapport à la sûreté et à l'exactitude des tests (Nadalin et al., 2016), la distance à parcourir et la sécurité des transports (Nadalin et al., 2016), ainsi que les croyances culturelles entourant l'accès au système de santé (Gesink et al., 2014).

Des initiatives particulières ont été mises en œuvre pour surmonter les obstacles au dépistage en région rurale ou éloignée; elles consistent notamment à promouvoir le dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal dans un service de mammographie de proximité en milieu rural (Mema et al., 2017), lors d'une journée consacrée à la santé communautaire (Mcbride et Gesink, 2018), ou encore dans le cadre d'un dépistage ponctuel du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal dans une résidence de séjour temporaire (Chow et al., 2020), de même que par la distribution de trousseaux d'autodépistage à domicile (Racey et al., 2016; Smith et al., 2020). Certaines initiatives, telles que les programmes mobiles (Mema et al., 2017) et d'autodépistage (Racey et al., 2016) ont permis d'augmenter les taux de dépistage du cancer; il existe aussi d'autres facteurs facilitants, comme les relations positives et significatives avec les professionnels de la santé, l'existence d'un système d'appel électronique et la diminution des préjugés par la sensibilisation et l'éducation (Racey et Gesink, 2016). En revanche, les initiatives de dépistage à grande échelle (ex. le test immunohistochimique fécal pour le cancer colorectal [Smith et al., 2020]) n'ont pas facilité la détection précoce. Les programmes de dépistage ponctuel et ciblé produisaient quant à eux des résultats très satisfaisants lorsqu'ils étaient conçus en collaboration avec la communauté (Chow et al., 2020; Mcbride et Gesink, 2018).

Diagnostic

Le lien entre la ruralité et le stade du diagnostic de cancer a été examiné dans le cadre de trois études (Blair et Datta, 2020; Khalil et al., 2019; Shah et al., 2021). Dans les quartiles de revenus les plus élevés, la vie en milieu rural était associée à un diagnostic à des stades plus avancés du cancer du larynx comparativement au milieu urbain (Khalil et al., 2019). Cependant, après contrôle des variables d'âge, de sexe et de quintile de revenus, aucune différence n'a été observée entre le fait de vivre en ville ou à la campagne et le stade de la maladie au moment du diagnostic (Khalil et al., 2019). De même, on a constaté une incidence plus élevée de cancer avancé du poumon non à petites cellules chez les habitants des zones rurales de la Saskatchewan que chez ceux des zones urbaines (Shah et al., 2021). Plus précisément, les habitants des régions rurales du nord présentaient un risque de près de 20 % plus élevé de recevoir un diagnostic de ce type de cancer par rapport aux gens des régions urbaines (Shah et al., 2021). Bien que des tendances similaires aient été observées pour les diagnostics de cancer du poumon à petites cellules, les résultats n'étaient pas statistiquement significatifs (Shah et al., 2021). Pour ce

qui est du cancer colorectal, on n'a constaté aucune différence significative en fonction du lieu de résidence dans le stade au moment du diagnostic (Blair et Datta, 2020).

Traitement et soins

Au total, 18 études portaient sur le traitement et les soins du cancer; elles illustrent les expériences du traitement ainsi que les besoins en matière de soins des personnes vivant en milieu rural. Les besoins recensés couvrent de multiples sphères de la vie, notamment le soutien physique, informationnel, émotionnel, psychologique, social, spirituel et pratique (Gagnon et Hébert, 2023; Loughery et Woodgate, 2019). Par exemple, les personnes ayant dû se déplacer pour recevoir des soins ont connu une aggravation de leurs symptômes physiques, des difficultés professionnelles, des pertes financières et même la nécessité de déménager (Loughery et Woodgate, 2019). Pour lutter contre les problèmes complexes et coûteux qu'entraînent les allers-retours au centre de traitement, les habitants des zones rurales ont mis en œuvre des stratégies pour préparer leurs déplacements, en portant par exemple une attention accrue au contrôle de la douleur et à l'adoption de routines pour réduire l'anxiété (Pesut et al., 2010). Les patients vivant dans les régions les plus reculées de l'Ontario étaient moins susceptibles de passer des tests de dépistage en cas de symptômes que ceux des communautés mi-urbaines (Mahar et al., 2019). Néanmoins, aucune différence significative n'a été constatée dans la perception du fardeau financier entre les habitants des zones rurales et urbaines, (El-Haouly, Lacasse et al., 2021).

La participation des patients des zones rurales aux décisions concernant le traitement a été examinée dans trois études. Lorsque les gens pouvaient choisir le lieu de l'opération, leur décision était influencée par le fait de connaître le chirurgien (c'est-à-dire ses compétences, le nombre de cas traités, sa réputation) et par des facteurs liés à l'hôpital (ex. le nombre de cas, la réputation, les expériences antérieures avec cet hôpital) (Nostedt et al., 2014). Parmi les patients des régions rurales inclus dans la présente étude, 46 % ont décidé de se faire opérer dans un centre urbain, tandis que 54 % ont subi leur opération dans un hôpital rural (Nostedt, 2014, no 4244). Les facteurs personnels (c.-à-d. les déplacements, le soutien, l'hébergement, les finances et le travail) n'influençaient pas autant les décisions (Nostedt et al., 2014). Jull et collaborateurs (2021) ont constaté qu'il était difficile pour les Inuits vivant en milieu rural de participer aux décisions relatives aux soins oncologiques à cause d'un manque de connaissances et d'un manque de clarté dans les attentes quant au rôle du patient. Néanmoins, le choix de recevoir un traitement de radiothérapie à l'extérieur de la collectivité de résidence ne différait pas entre les habitants des régions rurales et ceux des régions urbaines (El-Haouly, Dragomir et al., 2021).

Sept études ont comparé le traitement du cancer entre les populations rurales et urbaines. Par rapport aux personnes vivant en ville, les habitants des zones rurales étaient moins susceptibles d'être dirigés vers un hépatologue et de bénéficier d'une chimioembolisation transartérielle pour traiter un carcinome hépatocellulaire (Yu et al., 2021), d'une résection

chirurgicale pour traiter un cancer du pancréas (Kagedan et al., 2016) et d'une consultation avec des oncologues et des radio-oncologues (Febbraro et al., 2020) avant une intervention chirurgicale (Santi et al., 2023). Si l'on considère la distance parcourue pour recevoir un traitement chirurgical, les patients qui vivaient plus loin (ex. plus de 100 km) d'un centre spécialisé dans le traitement du cancer colorectal étaient plus susceptibles de subir une résection ouverte (par opposition à une résection laparoscopique) pour le cancer du rectum (Springer et al., 2020). Toutefois, dans d'autres études, les régimes de traitement des personnes atteintes d'un cancer du pancréas ne variaient pas significativement en fonction du lieu de résidence (Canale et al., 2018), et le nombre de traitements du cancer du poumon par chimiothérapie adjuvante était comparable entre les résidents des villes et des campagnes (Evans et al., 2017).

Pour les habitants des régions rurales ayant besoin de soins oncologiques, les difficultés causées par les déplacements étaient un mal nécessaire, car ils considéraient leur vie à la campagne comme un élément important de leur bien-être général (Pesut et al., 2010), mentionnant plus précisément leur amour de la vie rurale, le sens aigu de la communauté et la vie paisible qu'on y mène (Loughery et Woodgate, 2019). Watanabe et collaborateurs (2013) et Mathews et collaborateurs (2017) ont tous deux examiné les stratégies visant à offrir des soins plus près du domicile des patients. Ils ont constaté que la vidéoconférence améliorait l'accès aux soins palliatifs et aux consultations en radio-oncologie (Watanabe et al., 2013), et que le fait de proposer des options (ex. des « cliniques mobiles ») où les habitants des régions rurales pouvaient recevoir des soins oncologiques permettait d'obtenir un rendez-vous plus rapidement (Mathews et al., 2017).

Période post-traitement

Dix études portaient sur la période suivant le traitement. Bon nombre des besoins et expériences post-traitement signalés par les habitants des zones rurales étaient les mêmes qu'en zones urbaines (Fitch et al., 2021); toutefois, une plus grande proportion d'habitants des régions rurales (par rapport à ceux des régions urbaines) avaient des difficultés à faire l'aller-retour à leurs rendez-vous, ainsi qu'à obtenir du soutien en cas de problèmes dans leurs relations avec leurs collègues, leurs amis et leur famille (Fitch et al., 2021). En outre, comparativement aux gens des collectivités urbaines, les habitants des zones rurales avaient, proportionnellement parlant, davantage de besoins non satisfaits liés à leur retour au travail, mais ils étaient moins nombreux à demander de l'aide à cet égard (Fitch et al., 2021). Bien qu'il existe parfois des ressources de soutien pour les survivants du cancer en milieu rural, ces derniers n'étaient souvent pas au courant (Howard et al., 2014; Olson et al., 2014; Smith-Turchyn et al., 2021). L'information sur le cancer (ex. les effets à long terme du traitement, ce à quoi il faut s'attendre par la suite) ne tenait souvent pas compte des variations saisonnières dans les services ou des installations communautaires disponibles (Howard et al., 2014). De plus, les coûts associés aux déplacements et à la distance étaient les principaux obstacles à l'accès aux services

post-traitement (Howard et al., 2014; Olson et al., 2014; Smith-Turchyn et al., 2021). Des subventions sont disponibles, mais tout le monde n'y a pas droit (Howard et al., 2014).

Parmi les habitants des zones rurales, ceux qui s'identifiaient comme membres des Premières Nations présentaient davantage de besoins non satisfaits après le traitement que les autres (Olson et al., 2014). Les membres des Premières Nations ont rapporté plusieurs difficultés liées à l'accès aux services post-traitement, notamment pour franchir les multiples niveaux de la bureaucratie permettant d'obtenir un soutien financier (Olson et al., 2014). Ils ont également indiqué que les soins de soutien n'étaient généralement pas disponibles ou difficiles d'accès en raison des barrières linguistiques et de l'insensibilité culturelle (Howard et al., 2014). À ces problèmes s'ajoutent le manque de fiabilité de la connexion Internet ainsi que les coûts associés à la connectivité Internet et à la possession d'un ordinateur (Howard et al., 2014).

Dans la recherche, six articles ont exploré les types d'interventions destinées aux survivants du cancer habitant en milieu rural, dont deux examinaient les obstacles à la pratique de l'exercice physique. La plupart de ces obstacles étaient les mêmes que pour les résidents des milieux urbains (c.-à-d. les effets secondaires physiques, le coût des programmes, le manque de connaissance des activités et le temps pour faire de l'exercice); toutefois, la distance, le manque de temps et le coût des programmes d'exercice (Smith-Turchyn et al., 2021; Vallance et al., 2013) étaient des barrières propres au milieu rural. Pour les surmonter, une intervention de télésanté visant à promouvoir l'activité physique et la consommation de fruits et légumes a été mise en place (Price et Brunet, 2021), mesure que les participants ont jugée acceptable et réalisable. Les habitants des régions rurales ont apprécié le fait que la séance avait lieu à distance, mais en temps réel (Price et Brunet, 2021); ils appréciaient aussi la communication continue par courriel avec une personne-ressource en oncologie (Smith et al., 2011). Néanmoins, dans d'autres études, les populations rurales (tout degré de ruralité confondu) (Vander Meer et al., 2017), préféraient les interventions en personne aux consultations par Internet (Olson et al., 2014). Le contenu le plus apprécié pour la planification des soins de survie était semblable dans les deux groupes (Smith et al., 2011).

Résultats

Les cinq études¹ qui ont exploré l'issue de la survie ou de la mortalité ont été réalisées à partir de données populationnelles. Aucune différence dans les taux de mortalité n'a été constatée entre les échantillons ruraux et urbains de patients atteints d'un cancer du pancréas (Canale et al., 2018; Kagedan et al., 2016), d'un cancer de la tête et du cou (Mclay et al., 2017) ou d'un cancer hépatocellulaire (Yu et al., 2021). Cependant, la distance par rapport au centre de traitement le plus proche² avait une influence statistiquement significative sur la survie

1 De ces études, trois exploraient aussi les traitements et les soins et ont été intégrées à cette phase du continuum (voir la section sur les soins et les traitements).

2 En plus du type de chimiothérapie et la durée du premier traitement.

au cancer du poumon non à petites cellules (Ding et al., 2022); chaque tranche de 10 kilomètres supplémentaires par rapport au centre de traitement le plus proche a été associée à une augmentation de 0,5 % du risque de décès (RRI = 1,005, IC à 95 %; 1,000–1,010) (Ding et al., 2022).

DISCUSSION

L'objectif global de la présente étude était de synthétiser la littérature sur les populations atteintes de cancer vivant en régions rurales et éloignées au Canada. La méthode de revue exploratoire, qui comprenait une recherche systématique et l'établissement de critères d'admissibilité a priori, a fait ressortir 45 études. Les définitions conceptuelles et opérationnelles des termes « région rurale » et « région éloignée » variaient considérablement d'une étude à l'autre. Le devis quantitatif était le plus fréquent et la province la plus représentée était l'Ontario; du côté des étapes du continuum du cancer, c'est la phase de soins et de traitement qui a fait l'objet du plus grand nombre d'études. Près de la moitié des études avaient dans leur échantillon des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein. Les résultats de la présente revue seront explorés dans les sections suivantes afin d'en dégager des suggestions pour la recherche et la planification des services de santé.

Implications pour la définition des concepts de « région rurale et éloignée »

Les définitions des termes « rural » et « éloigné » varient et cette difficulté constitue un problème de longue date dans la recherche (Du Plessis et al., 2001). Le vaste territoire géographique canadien est diversifié et hétérogène (Lavergne et Kephart, 2012), ce qui contribue probablement à la définition des concepts et aux caractéristiques qu'on leur attribue (ex. la distance par rapport à un centre urbain [Du Plessis et al., 2001; Lavergne et Kephart, 2012]). Pour ces raisons, il faut se garder de mettre toutes les communautés rurales et éloignées du Canada dans le même panier. Bien que le manque d'uniformité des définitions limite les possibilités de généralisation, il souligne également l'importance pour les chercheurs et les administrateurs des services de santé de comprendre les contextes uniques qui existent au Canada (ex. en se concentrant sur les déterminants sociaux de la santé dans les régions rurales et éloignées du Canada, et les différences entre chacune de ces régions [Lavergne et Kephart, 2012]). Les résultats de la présente revue montrent également que les chercheurs et les administrateurs des services de santé doivent définir clairement les concepts de « région rurale » et de « région éloignée » dans leurs rapports. Dans ces rapports, ils doivent aussi mentionner s'ils utilisent une définition élaborée antérieurement (ex. par Statistique Canada ou autre) et articuler le ou les effets possibles du choix de cette définition sur les résultats et sur les répercussions du projet. Ces précisions amélioreront la transparence de la recherche sur les régions rurales et éloignées, ainsi que leurs implications pour la prestation des services de santé.

Implications pour les populations des régions rurales et éloignées

Malgré le caractère unique des populations rurales et éloignées, et compte tenu du fait qu'on juge que les « personnes

vivant loin des services » (Cancer Care Ontario, s.d.) ont besoin d'une attention particulière, il est intéressant de noter que, selon les résultats de la présente revue, elles demeurent sous-étudiées. Par exemple, seulement 4 des 45 études incluses comportaient des échantillons provenant des territoires du Canada, et 2 de ces 4 études fournissaient des données provenant aussi d'habitants d'autres provinces. On voit donc clairement le manque de recherches sur le cancer qui s'intéressent aux régions rurales et éloignées des territoires du Canada. De même, les provinces atlantiques n'ont fait l'objet que de peu d'attention : seulement 5 des 45 études incluses avaient des échantillons provenant des Maritimes, dont une seule portait sur les populations rurales et éloignées d'une province de l'Atlantique (Terre-Neuve-et-Labrador [Mathews et al., 2017]). Ces quelques exemples, qui brossent le portrait des provinces et des territoires canadiens moins peuplés, mettent en lumière une « inégalité géographique » dans la compréhension de la réalité particulière des régions rurales et éloignées lorsqu'il est question du cancer. Ce constat renforce la nécessité d'étudier ces régions afin de mieux appréhender leur situation. Cette compréhension permettra d'orienter la création de services de santé en oncologie adaptés aux populations desservies.

Implications pour l'ensemble du continuum des soins oncologiques

Dans les études retenues, la phase de traitement (et de soins) du continuum (Cancer Care Ontario, s.d.) est la plus souvent explorée. Cette phase est très importante, étant donné la prévalence croissante du cancer au Canada, et la recherche à ce sujet est donc incontournable (Canadian Cancer Statistics Advisory en collaboration avec la Canadian Cancer Society; Statistics Canada et la Public Health Agency of Canada, 2022). Il convient de noter qu'aucune des études incluses ne portait précisément sur le diagnostic et l'issue du cancer du sein ou de la prostate; il s'agit pourtant des diagnostics de cancer les plus courants au Canada (Canadian Cancer Statistics Advisory en collaboration avec la Canadian Cancer Society; Statistics Canada et la Public Health Agency of Canada, 2023). Le nombre de personnes vivant en milieu rural ou éloigné chez qui ces cancers ont été diagnostiqués n'est pas clairement établi; des recherches supplémentaires seront donc nécessaires pour en savoir plus.

Les méthodes quantitatives (telles que les études de cohortes et de populations couramment utilisées dans les recherches sur le cancer au Canada retenues dans la présente revue) permettent de comprendre les données relatives aux grands groupes. En effet, les modèles quantitatifs étaient les plus fréquents pour toutes les étapes du continuum des soins oncologiques; cependant, ces approches n'ont pas la portée et la profondeur nécessaires pour mettre au jour les déterminants de la santé et les facteurs socio-structurels qui, par leurs interactions, engendrent des inégalités sociales. Dans certains cas, le fait de ne pas tenir compte de la diversité peut être vu comme un prolongement des inégalités, car les différences entre les groupes ne sont alors pas analysées sous l'angle de l'intersectionnalité (Truant et al., 2019). C'est à ce moment que

les modèles qualitatifs seraient les plus utiles, mais elles n'ont pas été utilisées pour explorer le diagnostic de cancer et l'issue de la maladie chez les populations des régions rurales et éloignées, ce qui révèle une lacune notable dans le paysage de la recherche, lacune qui a d'importantes répercussions sur la prestation de services de santé adaptés.

En examinant les méthodes employées dans les différentes études, on constate un autre manque : l'absence de participation des patients et des membres de la communauté. Cette participation est cependant essentielle pour véritablement comprendre la communauté et élaborer ou adapter des stratégies et des solutions convenant au contexte (Canadian Partnership against Cancer/Partenariat canadien contre le cancer, 2021; Springer et Skolarus, 2019). En outre, les organisations (Canadian Cancer Society, 2024; Canadian Institutes of Health Research/Instituts de recherche en santé du Canada, 2014) appuient de plus en plus les partenariats avec les patients dans le domaine de la recherche. Néanmoins, une seule des études incluses à la revue décrivait des méthodes participatives axées sur la communauté et faisant appel aux utilisateurs des connaissances (Mcbride et Gesink, 2018); cette étude a pourtant montré que cette approche améliorerait l'accès au dépistage et permettait de détecter un plus grand nombre de cas. Nevertheless, the lack of patient- and/or community-engaged cancer research with rural and remote populations in Canada is a gap that should be addressed in future health services and policy work. A number of resources exist (Canadian Institute for Health Information (Cih); Canadian Institutes of Health Research, 2014; Canadian Partnership against Cancer, n.d.) to support research and/or health services delivery teams to complete this work. Malgré tout, le peu de recherches encourageant la participation des patients ou de la communauté des régions rurales et éloignées au Canada est une lacune à laquelle devraient s'attaquer à l'avenir les services de santé et les décideurs politiques. Il existe un certain nombre de ressources (Canadian Institute for Health Information/Institut canadien d'information sur la santé; Canadian Institutes of Health Research, 2014; Canadian Partnership against Cancer, s.d.) pour aider les équipes de recherche ou de soins à mener à bien ce travail.

LIMITES ET POINTS FORTS

Parmi les points forts de la présente revue exploratoire, mentionnons la recherche systématique de grande envergure qui a permis de recenser des études provenant de partout au Canada. De plus, la synthèse de la recherche en fonction des

phases du continuum de soins (Cancer Care Ontario, s.d.) est aussi un point fort, en ce sens qu'elle permet une compréhension nuancée des travaux, ce qui pourra servir à adapter les services de santé et à orienter les politiques (Canadian Cancer Research Alliance, 2021). Cependant, l'une des limites de la présente revue exploratoire est qu'elle n'a pas vraiment tenu compte de la phase de prévention des soins oncologiques, mais ce n'était pas l'une des visées de l'équipe de recherche. Autre limite : les données sur les régions rurales et éloignées ont été synthétisées et agrégées; il n'est donc pas possible de distinguer les deux réalités. Toutefois, la synthèse était justement l'objectif de la présente étude, le but étant de proposer des pistes pour approfondir les recherches. Évidemment, au fur et à mesure que la recherche sur les populations des régions rurales et éloignées s'étoffera et que les termes gagneront en nuance, le sujet deviendra trop complexe pour être synthétisé. Dernier point enfin : la qualité des articles inclus à la revue n'a pas été évaluée, car une telle évaluation dépassait l'objectif exploratoire d'une recherche générale dans la documentation disponible afin d'établir l'état des connaissances au sujet des habitants des régions rurales et éloignées du Canada qui ont recours à des soins oncologiques ou qui en ont besoin.

CONCLUSION

L'augmentation de la prévalence du cancer met en évidence la nécessité de recherches et de politiques astucieuses pour répondre aux besoins des communautés rurales et éloignées du Canada en matière de soins oncologiques. Dans certains cas, des stratégies visant à améliorer l'accès aux soins de santé en milieu rural ont été mises en place (comme The Rural Road Map for Action/Feuille de route pour l'action en milieu rural [College of Family Physicians of Canada, 2017]) et s'arriment à la priorité de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, qui consiste à éliminer les obstacles empêchant les gens d'obtenir les services dont ils ont besoin (Canadian Partnership against Cancer, 2019). Cependant, il faut d'abord comprendre les expériences des populations touchées et faire participer les membres de la communauté au processus. La présente revue exploratoire, en synthétisant la littérature canadienne sur le cancer pour les populations des régions rurales et éloignées du Canada, constitue une première étape vers l'atteinte de cet objectif.

Autres informations

La présente étude n'a reçu aucun financement.

RÉFÉRENCES

- Andkhoie, M., & Szafron, M. (2020). Geographic factors associated with time-to-treatment outcomes for radiation therapy among localized prostate cancer patients in Saskatchewan. *Journal of Cancer Policy*, 26. <https://doi.org/10.1016/j.jcpc.2020.100259>
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global> <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- Baylak, A., Dublin, N., Eastwood, C., Gill, S., Lee, J., Mattu, R., Phelan, P., Palombi, S., Wilcox, W., & Wilson, L. (2020). Telehealth in rural Canada: Emergent technologies to address historical issues. *Canadian Journal of Nursing Informatics*, 15(2).
- Blair, A., & Datta, G. D. (2020). Associations between area-level deprivation, rural residence, physician density, screening policy and late-stage colorectal cancer in Canada. *Cancer Epidemiology*, 64. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2019.101654>
- Blake, K. D., Moss, J. L., Gaysynsky, A., Srinivasan, S., & Croyle, R. T. (2017). Making the case for investment in rural cancer control: An analysis of rural cancer incidence, mortality, and funding trends.

- Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 26(7), 992–997. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-17-0092>
- Booker, R. (2023). Building bridges between clinic and community: Supporting patients and caregivers living in rural and remote Canada. *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 33(4), 509–516. <https://canadianoncologynursingjournal.com/index.php/conj/article/view/1432/1162>
- Canadian Cancer Research Alliance. (2021). *Recommendations to guide implementation planning for cancer health services and policy research in Canada*. https://www.ccrac-acrc.ca/wp-content/uploads/2021/07/HSPR_Recommendations_EN.pdf
- Canadian Cancer Society. (2024). *Patient and community engagement for researchers*. <https://cancer.ca/en/research/for-researchers/patient-and-stakeholder-engagement-for-researchers>
- Canadian Cancer Statistics Advisory in collaboration with the Canadian Cancer Society; Statistics Canada and the Public Health Agency of Canada. (2022). *Canadian Cancer Statistics: A 2022 special report on cancer prevalence*. Canadian Cancer Society. <https://cancer.ca/en/research/cancer-statistics/canadian-cancer-statistics>
- Canadian Cancer Statistics Advisory Committee in collaboration with the Canadian Cancer Society; Statistics Canada and the Public Health Agency of Canada. (2023). *Canadian Cancer Statistics 2023*. Canadian Cancer Society. <https://cancer.ca/en/cancer-information/resources/publications/canadian-cancer-statistics-2023>
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). (1996–2024). *Rural health service decision guide*. <https://www.cihi.ca/en/rural-health-service-decision-guide>
- Canadian Institutes of Health Research. (2014). *Strategy for patient-oriented research: Patient engagement framework*.
- Canadian Partnership Against Cancer. (2019). *Canadian strategy for cancer control: Doing together what cannot be done alone*. <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2019/06/Canadian-Strategy-Cancer-Control-2019-2029-EN.pdf>
- Canadian Partnership Against Cancer. (n.d.). *Strategies to improve access to screening for rural and remote populations*. <https://www.partnershipagainstcancer.ca/topics/colorectal-cancer-screening-in-canada-2021-2022/population-outreach/rural-remote/>
- Canadian Partnership Against Cancer. (2021). *Equity-focused interventions to increase colorectal cancer screening: Program pack*. <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2021/04/Equity-focused-interventions-colorectal-cancer-screening-EN.pdf>
- Canale, T. D., Cho, H., & Cheung, W. Y. (2018). A population-based analysis of urban-rural disparities in advanced pancreatic cancer management and outcomes. *Medical Oncology*, 35(8), 116. <https://doi.org/10.1007/s12032-018-1173-9>
- Cancer Care Ontario. (n.d.). *Ontario Cancer Plan 5: 2019–2023*. <https://www.cancercareontario.ca/en/cancerplan>
- Chow, S., Bale, S., Sky, F., Wesley, S., Beach, L., Hyett, S., Heiskanen, T., Gillis, K.-J., & Paroschy Harris, C. (2020). The Wequedong Lodge Cancer Screening Program: Implementation of an opportunistic cancer screening pilot program for residents of rural and remote Indigenous communities in Northwestern Ontario, Canada. *Rural and Remote Health*. <https://doi.org/10.22605/rrh5576>
- College of Family Physicians of Canada. (2017). *The rural road map for action*. <https://www.cfpc.ca/en/policy-innovation/innovation-in-family-medicine-and-primary-care/the-rural-roadmap-for-action>
- Ding, J. W., Hussein, A. A., Huang, Z. R., Ehsan, K., Moudgil, D., & Kulkarni, S. (2022). Pattern of treatment initiation and outcomes for patients with metastatic non-small cell lung cancer in Ontario. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.24605>
- du Plessis, V., Beshiri, R., Bollman, R. D., & Clemenson, H. (2001). Definitions of rural [Catalogue no. 21-006-XIE]. *Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin*, 3(3). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/21-006-x/21-006-x2001003-eng.pdf?st=ZaSi5rql>
- El-Haouly, A., Dragomir, A., El-Rami, H., Liandier, F., & Lacasse, A. (2021). Treatment decision-making in men with localized prostate cancer living in a remote area: A cross-sectional, observational study. *Can Urol Assoc J*, 15(3), E160–E168. <https://doi.org/10.5489/cuaj.6521>
- El-Haouly, A., Lacasse, A., El-Rami, H., Liandier, F., & Dragomir, A. (2021). Out-of-pocket costs and perceived financial burden associated with prostate cancer treatment in a Quebec remote area: A cross-sectional study. *Current Oncology*, 28(1), 26–39. <https://doi.org/10.3390/curroncol28010005>
- Evans, W. K., Stiff, J., Woltman, K., Ung, Y. C., Su-Myat, S., Manivong, P., Tsang, K., Nazen-Rad, N., Gatto, A., Tyrrell, A., Anas, R., Darling, G., & Sawka, C. (2017). How equitable is access to treatment for lung cancer patients? A population-based review of treatment practices in Ontario. *Lung Cancer Management*, 6(3), 77–86. <https://doi.org/https://doi.org/10.2217/lmt-2017-0013>
- Febbraro, M., Conlon, M., Caswell, J., & Laferriere, N. (2020). Access to cancer care in Northwestern Ontario—A population-based study using administrative data. *Current Oncology*, 27(3), 271–275. <https://doi.org/10.3747/co.27.5717>
- Fitch, M. I., Lockwood, G., & Nicoll, I. (2021). Physical, emotional, and practical concerns, help-seeking and unmet needs of rural and urban dwelling adult cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*, 53, 101976. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101976>
- Gagnon, M.-C., & Hébert, J. (2023). Gaining a better understanding of the needs of rural cancer patients requiring in-home palliative and end-of-life care and nursing care and services. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 33(1), 46–60. <https://doi.org/10.5737/2368807633146>
- Gesink, D., Mihic, A., Antal, J., Filsinger, B., Racey, C. S., Perez, D. F., Norwood, T., Ahmad, F., Kreiger, N., & Ritvo, P. (2014). Who are the under- and never- screened for cancer in Ontario: A qualitative investigation. *BMC Public Health*, 14(1), 495. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-495>
- Gold, N., Christensen, R. A. G., Arneja, J., Aminoleslami, A., Anderson, G. M., & Brooks, J. D. (2023). Screening behaviours, demographics, and stage at diagnosis in the publicly funded Ontario Breast Screening Program. *Breast Cancer Research and Treatment*, 198(3), 523–533. <https://doi.org/10.1007/s10549-022-06848-1>
- Government of Canada. (2004). *A 10-year plan to strengthen health care*. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/health-care-system-delivery/federal-provincial-territorial-collaboration/first-ministers-meeting-year-plan-2004/10-year-plan-strengthen-health-care.html>
- Government of Canada. (2022). *Rural population*. <https://open.canada.ca/data/en/dataset/baddda46-54bf-5e3b-9d8e-ec41f3a04262>
- Hartford, L., Doucet, V., Ramkumar, J., Leslie, K., Shum, J., & Asai, K. (2019). The impact of a new hepatopancreatobiliary surgery program on the management of pancreatic cancer at Health Sciences North. *Canadian Journal of Surgery*, 62(4), 275–280. <https://doi.org/10.1503/cjs.016517>
- Hosseinasabnajar, F., Munro, A., & Jafri, H. (2023). Toward a classification of communities by remoteness: A proposal. *Reports on Special Business Projects*(Catalogue no. 18-001-X). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/18-001-x/18-001-x2023001-eng.pdf>
- Howard, F. A., Smillie, K., Turnbull, K., Zirul, C., Munroe, D., Ward,

- A., Tobin, P., Kazanjian, A., & Olson, R. (2014). Access to medical and supportive care for rural and remote cancer survivors in Northern British Columbia. *The Journal of Rural Health, 30*(3), 311–321. <https://doi.org/10.1111/jrh.12064>
- Jull, J., Sheppard, A. J., Hizaka, A., Barton, G., Doering, P., Dorschner, D., Edgecombe, N., Ellis, M., Graham, I. D., Habash, M., Jodouin, G., Kilabuk, L., Koonoo, T., & Roberts, C. (2021). Experiences of Inuit in Canada who travel from remote settings for cancer care and impacts on decision making. *BMC Health Services Research, 21*(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06303-9>
- Kagedan, D. J., Abraham, L., Goyert, N., Li, Q., Paszat, L. F., Kiss, A., Earle, C. C., Mittmann, N., & Coburn, N. G. (2016). Beyond the dollar: Influence of sociodemographic marginalization on surgical resection, adjuvant therapy, and survival in patients with pancreatic cancer. *Cancer, 122*(20), 3175–3182. <https://doi.org/10.1002/cncr.30148>
- Khalil, D., Corsten, M. J., Holland, M., Balram, A., McDonald, J. T., & Johnson-Obaseki, S. (2019). Does socioeconomic status affect stage at presentation for larynx cancer in Canada's Universal Health Care System? *Otolaryngology and Head and Neck Surgery, 160*(3), 488–493. <https://doi.org/10.1177/0194599818798626>
- Kralj, B. (2009). *Measuring rurality – RIO2008_BASIC: Methodology and Results*. <https://content.oma.org/wp-content/uploads/2008rio-fulltechnicalpaper.pdf>
- Lavergne, M., & Kephart, G. (2012). Examining variations in health within rural Canada. *Rural and Remote Health, 12*. <https://www.rrh.org.au/journal/article/1848>
- Lofters, A., Kopp, A., Vahabi, M., & Glazir, R. (2019). Understanding those overdue for cancer screening by five years or more: A retrospective cohort study in Ontario, Canada. *Preventative Medicine, 129*(December). <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105816>
- Loughery, J., & Woodgate, R. (2019). Supportive care experiences of rural women living with breast cancer: An interpretive descriptive qualitative study. *Canadian Oncology Nursing Journal, 170–176*. <https://doi.org/10.5737/23688076293170176>
- Mahar, A., Davis, L. E., Bubis, L. D., Li, Q., Sutradhar, R., Coburn, N. G., & Barbera, L. (2019). Factors associated with receipt of symptom screening in the year after cancer diagnosis in a universal health care system: A retrospective cohort study. *Current Oncology, 26*(1), 8–16. <https://doi.org/10.3747/co.26.4160>
- Mathews, M., Bulman, D., & Ryan, D. (2017). The role of patient and physician advocacy in reducing wait times for cancer care: A qualitative analysis. *CMAJ Open, 5*(4), E773–E778. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20170039>
- McBride, K., & Gesink, D. (2018). Increasing cancer screening among Old Order Anabaptist women through specialized women's health and integrated cancer screening interventions. *Journal of Immigrant and Minority Health, 20*(2), 465–478. <https://doi.org/10.1007/s10903-017-0551-2>
- McLay, M., Stedford, A., Yurkowski, E., Matlock, S., Cheung, W., Tran, E., Berthelet, E., Wu, J., & Olson, R. (2017). Population-based assessment of relationship between volume of practice and outcomes in head and neck cancer patients treated in a provincially coordinated radiotherapy program. *Radiotherapy and Oncology, 124*(1), 174–181. <https://doi.org/10.1016/j.radonc.2017.06.001>
- Mema, S. C., Yang, H., Elnitsky, S., Jiang, Z., Vaska, M., & Xu, L. (2017). Enhancing access to cervical and colorectal cancer screening for women in rural and remote northern Alberta: A pilot study. *CMAJ Open, 5*(4), E740–E745. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20170055>
- Miedema, B., Easley, J., & Robinson, L. M. (2013). Comparing urban and rural young adult cancer survivors' experiences: A qualitative study. *Rural and Remote Health, 13*, 2324. <https://www.rrh.org.au/journal/article/2324>
- Nadalin, V., Maher, J., Lessels, C., Chiarelli, A., & Kreiger, N. (2016). Breast screening knowledge and barriers among under/never screened women. *Public Health, 133*, 63–66. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.11.028>
- Nelson, K. S., Nguyen, T. D., Brownstein, N. A., Garcia, D., Walker, H. C., Watson, J. T., & Xin, A. (2021). Definitions, measures, and uses of rurality: A systematic review of the empirical and quantitative literature. *Journal of Rural Studies, 82*, 351–365. <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2021.01.035>
- Nostedt, M. C., McKay, A. M., Hochman, D. J., Wirtzfeld, D. A., Yaffe, C. S., Yip, B., Silverman, R., & Park, J. (2014). The location of surgical care for rural patients with rectal cancer: Patterns of treatment and patient perspectives. *Canadian Journal of Surgery, 57*(6), 398–404. <https://doi.org/10.1503/cjs.002514>
- Olson, R. A., Howard, F., Turnbull, K., Munroe, D., Zirul, C., Manji, R., Tobin, P., & Ward, A. (2014). Prospective evaluation of unmet needs of rural and Aboriginal cancer survivors in Northern British Columbia. *Current Oncology, 21*(2), 179–185. <https://doi.org/10.3747/co.21.1729>
- Parker, B., Rajapakshe, R., Moldovan, A., Araujo, C., & Crook, J. (2015). An internet-based means of monitoring quality of life in post-prostate radiation treatment: A prospective cohort study. *JMIR Research Protocols, 4*(3), e115. <https://doi.org/10.2196/resprot.3974>
- Pesut, B., Robinson, C. A., Bottorff, J. L., Fyles, G., & Broughton, S. (2010). On the road again: Patient perspectives on commuting for palliative care. *Palliative and Supportive Care, 8*(2), 187–195. <https://doi.org/10.1017/s1478951509990940>
- Price, J., & Brunet, J. (2021). Feasibility and acceptability of a telehealth behavior change intervention for promoting physical activity and fruit and vegetable consumption among rural-living young adult cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology, 39*(6), 715–733. <https://doi.org/10.1080/07347332.2021.1896616>
- Racey, C. S., & Gesink, D. C. (2016). Barriers and facilitators to cervical cancer screening among women in rural Ontario, Canada: The role of self-collected HPV testing. *The Journal of Rural Health, 32*(2), 136–145. <https://doi.org/10.1111/jrh.12136>
- Racey, C. S., Gesink, D. C., Burchell, A. N., Trivers, S., Wong, T., & Rebbapragada, A. (2016). Randomized intervention of self-collected sampling for Human Papillomavirus testing in under-screened rural women: Uptake of screening and acceptability. *Journal of Women's Health (Larchmont), 25*(5), 489–497. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5348>
- Rajendra Subedi, R., Greenberg, T., & Roshanafshar, S. (2019). *Does geography matter in mortality? An analysis of potentially avoidable mortality by remoteness index in Canada* (Catalogue no. 82-003-X). Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2019005/article/00001-eng.pdf>
- St-Jacques, S., Philibert, M. D., Langlois, A., Daigle, J.-M., Pelletier, É., Major, D., & Brisson, J. (2013). Geographic access to mammography screening centre and participation of women in the Quebec Breast Cancer Screening Programme. *Journal of Epidemiology and Community Health, 67*(10), 861–867. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-202614>
- St John, P. D., Menec, V., Tate, R., Newall, N., Cloutier, D., & O'Connell, M. E. (2021). Life satisfaction in adults in rural and urban regions of Canada – the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Rural and Remote Health, 21*. <https://doi.org/10.22605/rrh6631>

- Santi, S. A., Caswell, J. M., Beruar, A. S., Conlon, M. S. C., Carlson, R. G., & Pearce, A. G. (2022). A comparison between the rates of radiation oncologist and urologist consultations in men diagnosed with prostate cancer in Northern Ontario, Canada. *Advances in Radiation Oncology*, 8(2), 101131. <https://doi.org/10.1016/j.adro.2022.101131>
- Shah, B. D., Tyan, C. C., Rana, M., Goodridge, D., Hergott, C. A., Osgood, N. D., Manns, B., & Penz, E. D. (2021). Rural versus urban inequalities in stage at diagnosis for lung cancer. *Cancer Treatment and Research Communications*, 29, 100495. <https://doi.org/10.1016/j.ctarc.2021.100495>
- Simkin, J., Ogilvie, G., Hanley, B., & Elliott, C. (2019). Differences in colorectal cancer screening rates across income strata by levels of urbanization: Results from the Canadian Community Health Survey (2013/2014). *Canadian Journal of Public Health*, 110(1), 62–71. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0143-5>
- Smith-Turchyn, J., Allen, L., Dart, J., Lavigne, D., Rooprai, S., Dempster, H., Trenholm, R., Santa Mina, D., Sabiston, C. M., MacMillan, L., & Adams, S. C. (2021). Characterizing the exercise behaviour, preferences, barriers, and facilitators of cancer survivors in a rural Canadian community: A cross-sectional survey. *Current Oncology (Toronto, Ont.)*, 28(4), 3172–3187. <https://doi.org/10.3390/curroncol28040276>
- Smith, H. A., Scarffe, A. D., Brunet, N., Champion, C., Kandola, K., Tessier, A., Boushey, R., & Kuziemy, C. (2020). Impact of colorectal cancer screening participation in remote northern Canada: A retrospective cohort study. *World Journal of Gastroenterology*, 26(48), 7652–7663. <https://doi.org/10.3748/wjg.v26.i48.7652>
- Smith, S. L., Singh-Carlson, S., Downie, L., Payeur, N., & Wai, E. S. (2011). Survivors of breast cancer: Patient perspectives on survivorship care planning. *Journal of Cancer Survivorship*, 5(4), 337–344. <https://doi.org/10.1007/s11764-011-0185-7>
- Springer, J. E., Doumouras, A. G., Eskicioglu, C., & Hong, D. (2020). Regional variation in the utilization of laparoscopy for the treatment of rectal cancer: The importance of Fellowship training sites. *Annals of Surgical Oncology*, 27(7), 2478–2486. <https://doi.org/10.1245/s10434-019-08115-y>
- Springer, M. V., & Skolarus, L. E. (2019). Community-based participatory research. *Stroke*, 50(3). <https://doi.org/10.1161/strokeaha.118.024241>
- Statistics Canada. (n.d.). *Census metropolitan influenced zones: Detailed definition*. MIZ: Detailed Definition. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/92-195-x/2011001/other-autre/miz-zim/def-eng.htm>
- Statistics Canada. (2001). *Census dictionary*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/98-301-X>
- Statistics Canada. (2011). *Population, urban and rural, by province and territory*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/index-eng.cfm>
- Statistics Canada. (2015). *Census metropolitan influenced zone (MIZ)*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/ref/dict/geo010-eng.cfm>
- Statistics Canada. (2018). *Census metropolitan area (CMA) and Census agglomeration (CA)*. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/92-195-x/2011001/geo/cma-rmr/cma-rmr-eng.htm>
- Statistics Canada. (2018). *Population centre (POPCTR)*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/92-195-x/2011001/geo/pop/pop-eng.htm>
- Statistics Canada. (2022). *Focus on Geography Series, 2021 Census of Population*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/fogs-spg/page.cfm?lang=E&topic=1&dguid=2021A000011124>
- Statistics Canada. (2023). *Rural Canada Statistics*. https://www.statcan.gc.ca/en/subjects-start/society_and_community/rural_canada
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Kastner, M., Levac, D., Ng, C., Sharpe, J. P., Wilson, K., Kenny, M., Warren, R., Wilson, C., Stelfox, H. T., & Straus, S. E. (2016). A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garrity, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Truant, T., Varcoc, C., Gotay, C., & Thorne, S. (2019). Toward equitably high-quality cancer survivorship care. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 156–162. <https://doi.org/10.5737/23688076293156162>
- Vallance, J., Lavallee, C., Culos-Reed, N., & Trudeau, M. (2013). Rural and small town breast cancer survivors' preferences for physical activity. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(4), 522–528. <https://doi.org/10.1007/s12529-012-9264-z>
- Vander Meer, L., Vallance, J., Ball, G. D. C., & Johnson, S. (2017). Examining lifestyle information sources, needs, and preferences among breast cancer survivors in Northern British Columbia. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 78(4), 212–216. <https://doi.org/10.3148/cjdp-2017-016>
- Veritas Health Innovation. (n.d.). *Covidence systematic review software*. In www.covidence.org
- Watanabe, S. M., Fairchild, A., Pituskin, E., Borgersen, P., Hanson, J., & Fassbender, K. (2013). Improving access to specialist multidisciplinary palliative care consultation for rural cancer patients by videoconferencing: Report of a pilot project. *Supportive Care in Cancer*, 21(4), 1201–1207. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1649-7>
- Wilkins, R. (2009). *PCCF+ Version 3G User's Guide*. Statistics Canada. <https://publications.gc.ca/site/eng/9.853482/publication.html>
- Yu, I. S., Liu, S. L., Zaborska, V., Raycraft, T., Gill, S., Lim, H., & Davies, J. M. (2021). The impact of geography in hepatocellular carcinoma: A retrospective population-based study. *Current Oncology*, 28(1), 396–404. <https://doi.org/10.3390/curroncol28010042>