

# Rapport sur le rendement du dépistage du cancer en Ontario 2023

Dossier spécial : L'équité en matière de dépistage du cancer

SANTÉ ONTARIO | JANVIER 2024



**Santé Ontario**  
Action Cancer Ontario

*Des parties de ce document sont fondées sur les données et renseignements compilés et transmis par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le Ministère des Services au public et aux entreprises ou le ministère de la Santé. Les conclusions, opinions, résultats, ou énoncés contenus dans ce rapport sont ceux des auteurs et ne représentent pas nécessairement ceux de l'organisme susmentionné et on ne peut pas supposer de l'aval de ce dernier.*

*Le destinataire ne doit pas utiliser ces renseignements, seuls ou combinés avec d'autres renseignements, pour identifier une personne. Cela comprend les tentatives de déchiffrer des données chiffrées, les tentatives d'identifier une personne en se fondant sur les données chiffrées et les tentatives d'identifier une personne en se fondant sur des connaissances antérieures.*

Vous voulez obtenir cette information dans un format accessible?  
1-877-280-8538, ATS 1-800-855-0511, [info@ontariohealth.ca](mailto:info@ontariohealth.ca)

# Table des matières

<b>Rapport sur le rendement du dépistage du cancer en Ontario .....</b>	<b>1</b>
<b>Avant-propos.....</b>	<b>7</b>
<b>Principales constatations .....</b>	<b>9</b>
<b>Fardeau de la maladie .....</b>	<b>11</b>
Remarque sur les données de cette section .....	11
Incidence des cas de cancer du sein chez la femme, du col de l’utérus, du poumon et colorectal en Ontario, de 2000 à 2020 .....	11
Mortalité due au cancer du sein chez la femme, du col de l’utérus, du poumon et colorectal en Ontario, de 2000 à 2020 .....	13
<b>Dépistage structuré du cancer en Ontario.....</b>	<b>15</b>
Exigences d’un programme de dépistage structuré du cancer .....	16
Prestation de services de dépistage du cancer en Ontario .....	25
<b>L’équité en santé dans le dépistage du cancer .....</b>	<b>40</b>
Principaux concepts et définitions liés à l’équité en santé .....	43
Équité, inclusion, diversité et lutte contre le racisme à Santé Ontario .....	44
Analyse de l’équité à l’échelle du quartier à l’aide de l’Indice de marginalisation ontarien .....	44
<b>Pleins feux sur le dépistage du cancer chez les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain .....</b>	<b>48</b>
Aperçu du travail réalisé par Santé Ontario sur le dépistage du cancer chez les Autochtones .....	50
Projet de recherche « Catching Cancers Early » (détecter le cancer plus tôt) .....	50
<i>Building Pathways to an Inuit-Informed Lung Cancer Screening Initiative in Ontario</i> .....	52
Projet de recherche Métis Cancer Screening Research Project .....	53
Dépistage du cancer chez les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain : Ressources axées sur le cancer et le dépistage.....	55
<b>Rendement des programmes ontariens de dépistage du cancer : 2017 à 2021 .....</b>	<b>57</b>
Cadre d’évaluation intégré et indicateurs .....	58

Compréhension du rendement du dépistage du cancer dans le contexte de la pandémie de COVID-19.....	59
Rendement du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) et du PODCS pour les personnes présentant un risque élevé .....	61
Volumes du PODCS .....	62
Couverture du PODCS.....	65
PODCS : Suivi des résultats anormaux.....	71
PODCS : Qualité du dépistage .....	77
PODCS : Détection du cancer du sein .....	80
PODCS : Étendue de la maladie au moment du diagnostic .....	82
PODCS pour les personnes présentant un risque élevé : Couverture .....	84
PODCS pour les personnes présentant un risque élevé : Suivi et qualité du dépistage .....	88
PODCS pour les personnes présentant un risque élevé : Détection du cancer du sein .....	90
PODCS pour les personnes présentant un risque élevé : Étendue de la maladie au moment du diagnostic.....	92
Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l’utérus (PODCCU) : Rendement du programme.....	93
PODCCU : Volumes.....	94
PODCCU : Couverture.....	97
PODCCU : Suivi.....	104
PODCCU : Qualité du dépistage .....	109
PODCCU : Détection .....	111
PODCCU : Étendue de la maladie au moment du diagnostic.....	112
Rendement du Programme ContrôleCancerColorectal.....	116
ContrôleCancerColorectal : Volumes.....	117
Dépistage du cancer colorectal : Couverture .....	119
ContrôleCancerColorectal : Suivi des résultats anormaux .....	125
Dépistage du cancer colorectal : Qualité du dépistage.....	130
Dépistage du cancer colorectal : Qualité de la coloscopie .....	132
ContrôleCancerColorectal : Détection .....	135

ContrôleCancerColorectal : Étendue de la maladie au moment du diagnostic.....	137
Rendement du Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon (PODCP).....	140
PODCP : Volumes de dépistage.....	141
PODCP : Renoncement au tabac .....	142
PODCP : Couverture .....	143
PODCP : Suivi des résultats anormaux.....	146
PODCP : Détection .....	150
PODCP : Étendue de la maladie au moment du diagnostic.....	151
<b>Orientations futures .....</b>	<b>153</b>
Expansion du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS).....	154
Dépistage pour les personnes trans et non binaires.....	154
Mise en œuvre du test de détection du virus du papillome humain (VPH).....	155
Refonte du système d’envoi de lettres du PODCCU .....	156
Correspondance numérique .....	156
Dépistage du cancer colorectal chez les personnes à risque accru .....	156
Initiative de trousse de test immunochimique fécal (TIF) de la municipalité et la zone de Sioux Lookout .....	157
Projet de recherche d’étude d’évaluation personnalisée du risque de cancer du sein .....	158
Expansion du Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon (PODCP).....	158
Recherche axée sur l’équité.....	159
Remerciements.....	160
<b>Annexe 1 : Tableaux de données.....</b>	<b>162</b>
<b>Annexe 2 : Descriptions des figures.....</b>	<b>220</b>
Figure 3 : Parcours du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) .....	220
Figure 4 : Parcours du Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l’utérus (PODCCU) .....	222
Figure 5 : Parcours du Programme ContrôleCancerColorectal .....	224
Figure 6 : Parcours du Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon (PODCP) .....	226

Références..... 228

# Avant-propos

Le cancer est la principale cause de décès en Ontario. Environ une personne sur deux en Ontario peut s'attendre à recevoir un diagnostic de cancer au cours de sa vie, et environ une personne sur quatre en Ontario devrait mourir du cancer. Le dépistage efficace et le diagnostic précoce sont essentiels à la réduction du fardeau (morbidité et mortalité) du cancer. Le dépistage dans la population asymptomatique peut permettre de détecter un cancer à un stade précoce, lorsque le traitement est plus susceptible d'être efficace. Pour appuyer une détection précoce du cancer, Santé Ontario administre quatre programmes de dépistage structuré du cancer : le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein et le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein pour les personnes présentant un risque élevé, le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus, ContrôleCancerColorectal et le Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon.

Comme dans la plupart des pays du monde, en Ontario, l'accès aux services de santé a été perturbé par la pandémie de COVID-19. Tous les services de santé d'urgence et non urgents, notamment le dépistage du cancer, ont été suspendus dans la province du 23 mars au 26 mai 2020, après quoi ils ont repris progressivement. Pendant la pandémie, Santé Ontario a fourni des directives cliniques à l'appui de la prestation des services de santé, y compris sur la priorisation des services de dépistage du cancer en fonction des risques. Ce rapport présente des données remontant à 2021, les répercussions de la pandémie de COVID-19 et de la suspension des services de dépistage sur les principaux indicateurs du rendement du dépistage du cancer sont donc clairement démontrées.

Nous avons adopté une approche axée sur l'équité dans l'intégralité du rapport, en mettant l'accent précisément sur l'examen des répercussions sur la participation au dépistage et le suivi des résultats anormaux de plusieurs types de marginalisation à l'échelle du quartier. Cette approche axée sur l'équité est en harmonie avec les priorités stratégiques de Santé Ontario, son Plan d'activités annuel et le Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario.

Les conclusions du présent rapport serviront à améliorer en permanence nos programmes afin qu'ils répondent aux besoins des Ontariens, en respectant les normes internationales relatives aux programmes de dépistage structuré du cancer. Les objectifs futurs des programmes comprennent ce qui suit : améliorer l'accès au dépistage pour les personnes trans et non binaires en Ontario, mettre en œuvre le test de dépistage du papillomavirus humain comme test de dépistage du cancer du col de l'utérus recommandé en Ontario, mettre en œuvre les recommandations de dépistage pour les personnes présentant un risque élevé de cancer colorectal, et étendre à l'échelle provinciale le Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon.

Avec l'aide de nos partenaires du ministère de la Santé, nous œuvrons à réduire le fardeau du cancer en Ontario par la prestation de programmes de grande qualité de dépistage structuré du cancer.



Rebecca Truscott

Directrice principale, Lutte contre le cancer et intégration des données probantes, Instituts des services cliniques et programmes pour la qualité, Santé Ontario



Jill Tinmouth

Directrice provinciale des affaires médicales, Lutte contre le cancer, Instituts des services cliniques et programmes pour la qualité, Santé Ontario



Jonathan Irish

Vice-président, Soins cliniques, Programmes de cancérologie, Instituts des services cliniques et programmes pour la qualité, Santé Ontario



Elaine Meertens

Vice-présidente, Programmes de cancérologie, génétique et soins palliatifs, Instituts des services cliniques et programmes pour la qualité, Santé Ontario

# Principales constatations

## Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS)

- Les taux de participation et de fidélisation ont diminué pendant la pandémie de COVID-19, mais ont commencé à remonter en 2021.
- Presque tous les participants ayant des résultats anormaux à la mammographie de dépistage ont reçu un diagnostic formel dans les six mois. Les objectifs en matière de suivi en temps opportun n'ont pas été atteints ces dernières années, probablement en raison des retards dus à la pandémie de COVID-19 et aux difficultés liées aux ressources humaines.
- Les taux de détection du cancer ont augmenté en 2021, probablement en raison de la priorité accordée au dépistage pour les personnes présentant un risque accru de cancer du sein durant la pandémie.
- La sensibilité et la spécificité sont demeurées élevées.

## Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU)

- Les taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus ont continué à diminuer au fil du temps. Une importante baisse a été observée dans le groupe d'âge des 21 à 24 ans. Cette baisse est liée à une nouvelle directive qui invitait les fournisseurs de soins de santé à repousser le début du dépistage à l'aide d'un test cytologique pour les personnes immunocompétentes jusqu'à l'âge de 25 ans.
- Les taux de fidélisation ont diminué pendant la pandémie, mais ont commencé à remonter en 2021.

- La plupart des participants ayant reçu un résultat cytologique indiquant une anomalie de haut grade ont reçu un suivi dans les six mois.
- Les taux de détection de cancers et de lésions précancéreuses dans le col de l'utérus ont augmenté cette dernière année, probablement en raison de la priorité accordée aux personnes présentant un risque accru de cancer du col de l'utérus durant la pandémie.

## Contrôle Cancer Colorectal

- Le pourcentage de personnes en retard dans le dépistage du cancer colorectal était stable avant la pandémie de COVID-19, après quoi il a diminué.
- La participation aux tests de dépistage du cancer colorectal par analyses des selles est demeurée stable. La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions minimales sur la participation aux analyses des selles, probablement parce que les tests sont réalisés à domicile.
- Après la mise en œuvre du test immunochimique fécal en 2019, on a observé une amélioration des taux de suivi après un test fécal aux résultats anormaux, une valeur prédictive positive accrue et des taux de détection du cancer plus élevés.
- La qualité de la coloscopie est demeurée invariablement élevée.

## **Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon (PODCP)**

- Le Projet pilote de dépistage du cancer du poumon pour les personnes à haut risque est devenu un programme de dépistage structuré du cancer en 2021.
- Le pourcentage d'examens par tomodensitométrie (TDM) à faible dose présentant des résultats anormaux (Lung-RADS® 3, 4A, 4B, 4X) et les taux de détection du cancer ont diminué au fil du temps. Ceci s'explique par la baisse du pourcentage de personnes passant leur premier examen de TDM à faible dose à mesure de l'évolution du programme.
- La plupart des cancers détectés par le biais du Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon en étaient aux premiers stades (78 %), comparé à seulement 35 % de tous les cancers du poumon diagnostiqués en Ontario chez les personnes de 55 à 74 ans.

## **L'équité en matière de dépistage du cancer**

- Les personnes vivant dans des quartiers rencontrant davantage de difficultés matérielles et à la concentration ethnique plus importante présentaient des taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein inférieurs, ainsi que des taux de fidélisation inférieurs au Programme ontarien de dépistage du cancer du sein pour les personnes présentant un risque élevé, des taux inférieurs de suivi auprès des résultats anormaux au test de dépistage du cancer du col de l'utérus et colorectal, des taux supérieurs de retard pour le dépistage du cancer colorectal et des taux inférieurs de réalisation du dépistage du cancer du poumon après avoir été informées de leur admissibilité.

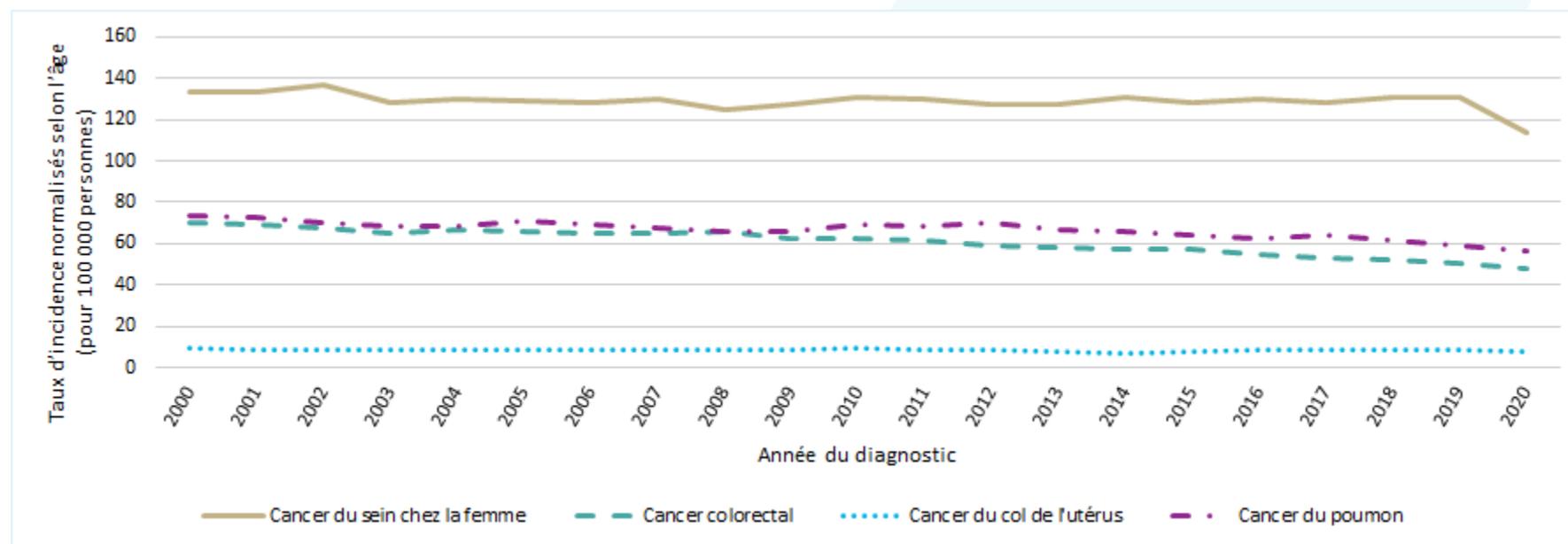
# Fardeau de la maladie

## Remarque sur les données de cette section

Les statistiques présentées par sexe dans cette section comprennent les termes « femmes » et « hommes », qui se rapportent au sexe déclaré dans le Registre des cas de cancer de l'Ontario. Cette définition binaire constitue une limite dans les données; le fait de définir le sexe de cette façon n'est pas inclusif de la diversité de genres et peut classifier de façon incorrecte les gens dont l'identité de genre diffère de leur sexe assigné à la naissance.

## Incidence des cas de cancer du sein chez la femme, du col de l'utérus, du poumon et colorectal en Ontario, de 2000 à 2020

**Figure 1 : Taux d'incidence normalisés selon l'âge des cas de cancer du sein chez la femme, du col de l'utérus, du poumon et colorectal en Ontario, de 2000 à 2020**



Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 1](#) à l'annexe 1.

En 2018, le cancer du sein chez la femme était le cancer le plus fréquemment diagnostiqué en Ontario. Avec 11 728 cas diagnostiqués en 2018, il représentait 27,8 % de tous les nouveaux cas de cancer (1). Le taux d'incidence normalisé selon l'âge pour le cancer du sein en Ontario était de 113,8 pour 100 000 personnes en 2020. L'incidence du cancer du sein est demeurée relativement stable de 2000 à 2019. La baisse de l'incidence observée de 2019 à 2020 peut refléter les difficultés d'accès aux services de dépistage et de diagnostic durant la pandémie de COVID-19, mais d'autres données sont nécessaires pour tirer des conclusions définitives.

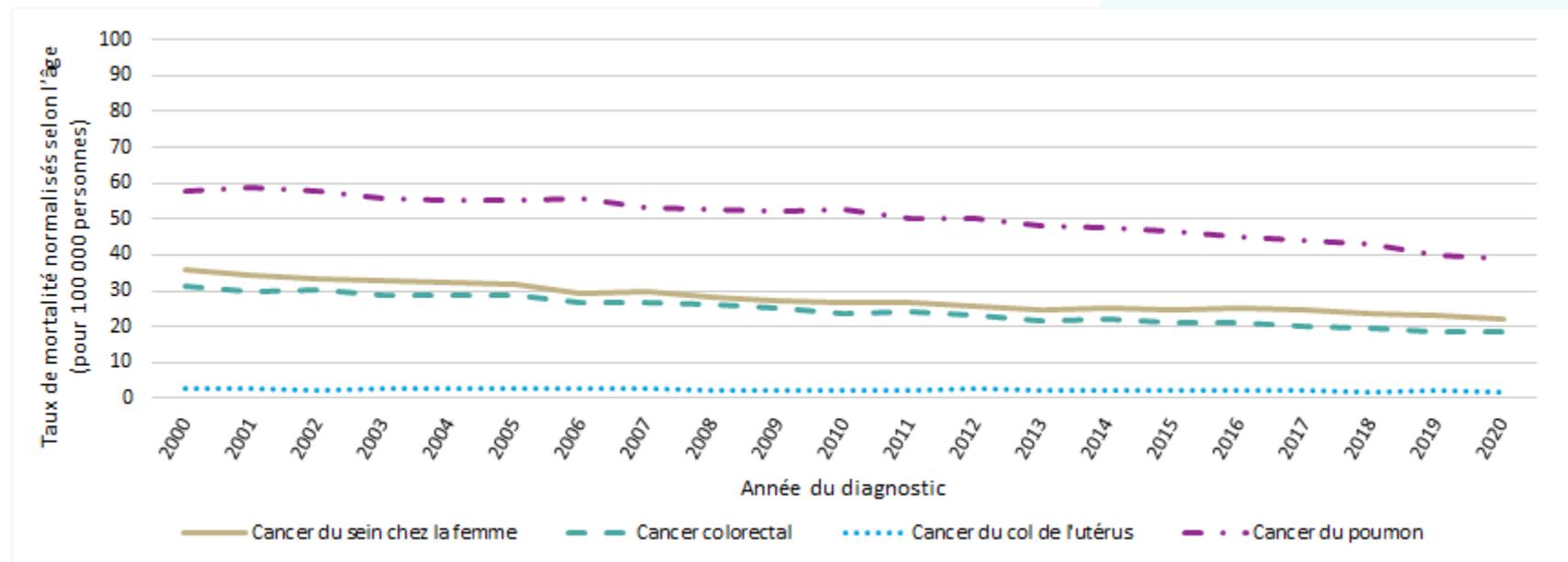
En 2018, le cancer du poumon était le troisième cancer le plus fréquemment diagnostiqué en Ontario. Avec 10 337 cas diagnostiqués en 2018, le cancer du poumon représentait 12,2 % des nouveaux cas de cancer (1). Le taux d'incidence normalisé selon l'âge a diminué au fil du temps, passant de 73,4 pour 100 000 personnes en 2000 à 56,1 pour 100 000 personnes en 2020.

Le cancer colorectal était le quatrième cancer le plus fréquemment diagnostiqué en Ontario en 2018. Avec 8 398 cas diagnostiqués en 2018, le cancer colorectal représentait 9,9 % de tous les nouveaux cas de cancer (1). Le taux d'incidence normalisé selon l'âge a diminué au fil du temps, passant de 69,7 pour 100 000 personnes en 2000 à 47,7 pour 100 000 personnes en 2020.

En 2018, le cancer du col de l'utérus représentait 1,5 % de tous les cas de cancer chez la femme (1). Le taux d'incidence normalisé selon l'âge a légèrement diminué au fil du temps, passant de 9,4 pour 100 000 personnes en 2000 à 7,9 pour 100 000 personnes en 2020. Le cancer du col de l'utérus est moins fréquent que les autres cancers pour lesquels il existe des programmes de dépistage structuré du cancer en Ontario; ceci s'explique en partie par la réussite du dépistage du cancer du col de l'utérus grâce aux tests cytologiques pour réduire l'incidence et la mortalité de ce cancer (2).

# Mortalité due au cancer du sein chez la femme, du col de l'utérus, du poumon et colorectal en Ontario, de 2000 à 2020

Figure 2 : Taux de mortalité normalisés selon l'âge due au cancer du sein chez la femme, du col de l'utérus, du poumon et colorectal en Ontario, de 2000 à 2020



Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 2](#) à l'annexe 1.

Sur les quatre types de cancer pour lesquels il existe un programme de dépistage structuré en Ontario, le cancer du poumon est le plus mortel. En 2018, le nombre de décès dus au cancer du poumon s'élevait à 6 971, représentant 23,5 % de tous les décès attribuables au cancer (1). Le taux de mortalité normalisé selon l'âge pour le cancer du poumon a diminué au fil du temps, mais est demeuré plus élevé que les taux de mortalité normalisés selon l'âge des cancers du sein chez la femme, du col de l'utérus et colorectal, s'élevant à 38,8 pour 100 000 personnes en 2020.

En 2018, le nombre de décès dus au cancer du sein chez la femme s'élevait à 2 003, représentant 14,3 % de tous les décès attribuables au cancer chez les femmes (1). Le taux de mortalité normalisé selon l'âge pour le cancer du sein chez la femme a diminué au fil du temps et était de 22 pour 100 000 personnes en 2020.

En 2018, le nombre de décès dus au cancer colorectal s'élevait à 3 099, représentant 10,4 % de tous les décès attribuables au cancer (1). Le taux de mortalité du cancer colorectal a également diminué au fil du temps, avec un taux de mortalité normalisé selon l'âge de 18,6 pour 100 000 personnes en 2020.

De même que les tendances relatives à l'incidence, le taux de mortalité du cancer du col de l'utérus est inférieur à celui des cancers du sein chez la femme, du poumon et colorectal. En 2018, le cancer du col de l'utérus était responsable de 1 % de tous les décès attribuables au cancer (145 décès) (1). Le taux de mortalité du cancer du col de l'utérus a légèrement diminué au fil du temps, avec un taux de mortalité normalisé selon l'âge de 1,9 pour 100 000 personnes en 2020.

# Dépistage structuré du cancer en Ontario



**Le dépistage efficace et le diagnostic plus précoce sont essentiels à la réduction du fardeau du cancer. Le dépistage dans la population asymptomatique permet de détecter des changements précancéreux ou des cancers à un stade précoce, lorsque le traitement est plus susceptible d'être efficace (3). Un dépistage assuré dans le cadre d'un programme structuré est plus susceptible de réduire l'incidence et la mortalité du cancer, de réduire les potentiels préjudices du dépistage et d'être rentable comparé à un dépistage assuré en dehors des programmes structurés (4).**

Santé Ontario, qui administre les programmes de dépistage structuré dans la province, vise à améliorer la qualité, la sécurité et l'accessibilité des services de cancérologie pour tous les habitants de l'Ontario. Ces programmes de dépistage, qui reposent sur les données probantes publiées et des travaux de recherche de grande qualité, comprennent le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS), le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU), ContrôleCancerColorectal et le Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon (PODCP). Les recommandations en matière de dépistage du cancer de l'Ontario sont régulièrement mises à jour pour refléter les données probantes émergentes et veiller à ce que les personnes de la province aient accès à des soins de grande qualité tout au long de leur expérience de dépistage. Vous trouverez des renseignements propres à chaque programme, y compris les critères d'admissibilité et les parcours de dépistage, aux pages 29 à 39.

## Exigences d'un programme de dépistage structuré du cancer

Conformément aux recommandations du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) pour le dépistage structuré du cancer (5,6), l'Organisation mondiale de la Santé et le CIRC ont rassemblé un groupe d'experts à compter de 2020 pour atteindre un consensus international sur les critères essentiels et souhaitables pour des programmes de dépistage structuré du cancer (7). Les 16 critères essentiels et les 8 critères souhaitables pour le dépistage structuré du cancer sont énumérés aux tableaux 1 et 2. Une note d'étape indique si le critère est satisfait pour chaque programme ontarien de dépistage du cancer.

**Tableau 1 : Critères essentiels pour les programmes de dépistage structuré du cancer**

Critères essentiels	Programme ontarien de dépistage du cancer du sein <sup>1</sup>	Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus	ContrôleCancer Colorectal <sup>2</sup>	Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon
Un protocole ou une directive décrivant au moins la population cible, les intervalles de dépistage, les examens de dépistage, le parcours d'orientation et la gestion des cas positifs.	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre
Un système en place pour déterminer la population cible.	● <sup>3</sup> Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre	◐ <sup>3</sup> Partiellement mis en œuvre
Un système en place pour inviter les personnes admissibles à se faire dépister.	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre	S.O. <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Les renseignements fournis ici s'appliquent au Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les femmes présentant un risque moyen et au PODCS pour les personnes présentant un risque élevé.

<sup>2</sup> Les renseignements fournis ne s'appliquent pas aux personnes présentant un risque élevé de cancer colorectal.

<sup>3</sup> Le PODCS pour les personnes présentant un risque élevé et le PODCP sont des programmes destinés aux personnes présentant un risque élevé de développer un cancer du sein et un cancer du poumon, respectivement. L'admissibilité au dépistage est déterminée en évaluant le risque de développer un cancer. Ce risque est évalué par l'examen des facteurs de risque pertinents. Il n'est pas possible d'adopter une approche systématique pour déterminer la population cible, mais Santé Ontario donne des directives fondées sur les données probantes et des ressources destinées aux fournisseurs de soins de santé pour appuyer l'orientation des personnes en vue de leur dépistage.

<sup>4</sup> Le Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon est offert seulement aux personnes considérées comme présentant un risque élevé de développer un cancer du poumon selon leurs antécédents de tabagisme. Les participants potentiellement admissibles peuvent se présenter d'eux-mêmes ou être orientés vers le programme par un fournisseur de soins de santé pour déterminer s'ils répondent aux critères d'admissibilité.

Critères essentiels	Programme ontarien de dépistage du cancer du sein <sup>1</sup>	Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus	ContrôleCancer Colorectal <sup>2</sup>	Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon
<b>Un cadre stratégique<sup>5</sup> de l'organisme de mise en œuvre définissant la structure de gouvernance, le financement, les objectifs du programme<sup>6</sup>.</b>	 Partiellement mis en œuvre	 Partiellement mis en œuvre	 Partiellement mis en œuvre	 Partiellement mis en œuvre
<b>Le rendement doit être évalué à l'aide des indicateurs adaptés.</b>	 Pleinement mis en œuvre	 Pleinement mis en œuvre	 Pleinement mis en œuvre	 Pleinement mis en œuvre
<b>Le protocole ou la directive doit au minimum décrire le processus de surveillance et évaluation<sup>7</sup>.</b>	 Pleinement mis en œuvre	 Pleinement mis en œuvre	 Pleinement mis en œuvre	 Pleinement mis en œuvre
<b>Un système en place pour informer des résultats et du suivi.</b>	 Pleinement mis en œuvre	 Pleinement mis en œuvre	 Pleinement mis en œuvre	 Pleinement mis en œuvre

<sup>5</sup> Un cadre stratégique définit les aides financières, la structure de gouvernance, les objectifs du programme de dépistage pour orienter la mise en œuvre et l'évaluation. Il doit décrire la coopération et les relations entre les intervenants participant à la préparation, à la prise de décisions et à la mise en œuvre du programme de dépistage.

<sup>6</sup> On a jugé que le critère était partiellement satisfait, car la plupart des composantes du cadre ont été élaborées séparément, mais n'ont pas encore été intégrées à un cadre stratégique complet.

<sup>7</sup> Les programmes de dépistage du cancer en Ontario sont soumis à un solide processus de surveillance, de déclaration et de gestion du rendement. Les évaluations ciblées sont réalisées pour tous les changements majeurs apportés au programme et le rendement global du programme est évalué régulièrement dans le cadre du Rapport sur le rendement du dépistage du cancer en Ontario.

Critères essentiels	Programme ontarien de dépistage du cancer du sein <sup>1</sup>	Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus	ContrôleCancer Colorectal <sup>2</sup>	Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon
<b>Un système en place pour envoyer des rappels aux personnes qui n'observent pas les délais de dépistage.</b>	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre	● <sup>8</sup> Pleinement mis en œuvre
<b>Audit du programme (défini comme une enquête des échecs du système de dépistage)<sup>9,10</sup>.</b>	◐ Partiellement mis en œuvre	◐ Partiellement mis en œuvre	◐ Partiellement mis en œuvre	◐ Partiellement mis en œuvre
<b>Une équipe ou un organisme désigné est responsable de l'assurance et de l'amélioration de la qualité.</b>	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre
<b>Le rendement du programme est évalué, publié et largement diffusé régulièrement.</b>	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre

<sup>8</sup> Le système pour envoyer des rappels aux participants qui sont en retard pour le dépistage ou les examens d'imagerie de surveillance est géré par les sites du Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon.

<sup>9</sup> Les échecs du système de dépistage sont définis comme suit : 1) cancers survenus chez des personnes qui n'ont pas été dépistées dans les intervalles recommandés; 2) cancers survenus chez des personnes qui ont été dépistées et chez qui on a trouvé des anomalies, mais qui n'ont pas été correctement prises en charge; 3) personnes qui ont été dépistées dans les intervalles recommandés avec des résultats apparemment normaux, mais qui ont développé un cancer avant le rendez-vous de dépistage suivant; 4) cancers survenus en dehors du groupe d'âge cible, sur-traitement ou complications liées au dépistage.

<sup>10</sup> Santé Ontario surveille systématiquement les cas de cancer après dépistage dans le cadre du PODCS, PODCCU et CCC. Les données sur les cas de cancer après dépistage sont également fournies aux radiologues et endoscopistes chaque année aux fins d'amélioration de la qualité. Les cancers du sein après dépistage étaient évalués après les quatre premières années de dépistage dans le cadre du PODCS pour les personnes présentant un risque élevé. Les cancers du poumon après dépistage étaient évalués pendant la phase pilote du PODCP. Une stratégie de déclaration à long terme pour le PODCP est en cours d'élaboration.

Critères essentiels	Programme ontarien de dépistage du cancer du sein <sup>1</sup>	Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus	ContrôleCancer Colorectal <sup>2</sup>	Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon
Toutes les activités menées dans le cadre du parcours de dépistage sont planifiées, coordonnées et évaluées par le biais d'un cadre d'amélioration de la qualité (assurance de la qualité).	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre
Un protocole ou une directive fondé(e) sur les données probantes est en cours d'élaboration, en consensus avec la majorité des intervenants <sup>11</sup> .	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre
Un système d'information avec des liens appropriés (p. ex., entre les bases de données sur la population, les renseignements sur le dépistage, le registre des cas de cancer, etc.) pour la mise en œuvre et l'évaluation du dépistage.	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre

<sup>11</sup> Le terme « stakeholder » en anglais pour « intervenant » est utilisé dans ce tableau, car il s'agit du langage utilisé dans le document source original. Santé Ontario reconnaît que cette terminologie a des origines racistes. Le terme « partenaire » est utilisé dans tout le reste de ce rapport.

Critères essentiels	Programme ontarien de dépistage du cancer du sein <sup>1</sup>	Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus	ContrôleCancer Colorectal <sup>2</sup>	Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon
Offre d'une formation continue pour les fournisseurs de services <sup>12,13</sup> .	 Partiellement mis en œuvre	 Partiellement mis en œuvre	 Partiellement mis en œuvre	 Partiellement mis en œuvre
Le rendement du programme de dépistage est évalué à l'aide de normes de référence pour les indicateurs <sup>14</sup> .	 Pleinement mis en œuvre	 Pleinement mis en œuvre	 Pleinement mis en œuvre	 Pleinement mis en œuvre

<sup>12</sup> Une formation continue (fondée sur le savoir et sur les compétences) est assurée par le programme de dépistage pour l'ensemble du personnel participant au parcours de dépistage, notamment des formations de recyclage périodiques et un encadrement pour les nouveaux fournisseurs. Une telle formation peut être assurée par le programme ou par d'autres intervenants et fait l'objet d'une surveillance régulière. Les fournisseurs de services doivent recevoir régulièrement des commentaires sur leur rendement.

<sup>13</sup> La plupart des formations pour les fournisseurs de services sont fournies par des organismes indépendants de Santé Ontario. Santé Ontario intègre certaines exigences en matière de formation et d'expertise dans ses normes de qualité et créé et met à jour les cours de perfectionnement professionnel en continu agréés par Mainpro+®, qui comptent dans la formation médicale continue ou l'adhésion et les désignations du Collège des médecins de famille du Canada.

<sup>14</sup> Les objectifs ou les points de repère sont établis pour les indicateurs selon la disponibilité des données probantes.

**Tableau 2 : Critères souhaitables pour les programmes de dépistage structuré du cancer**

Critères souhaitables	Programme ontarien de dépistage du cancer du sein	Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus	Contrôle Cancer Colo rectal	Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon
Une équipe ou un organisme désigné est responsable de la mise en œuvre et de la coordination du programme.	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre
Les professionnels de la santé respectent le protocole ou la directive du programme de dépistage en offrant leurs services <sup>15</sup> .	◐ Partiellement mis en œuvre	◐ Partiellement mis en œuvre	◐ Partiellement mis en œuvre	◐ Partiellement mis en œuvre
Le programme de dépistage du cancer a mis en place un système en place pour repérer les cas de cancer dans la population cible (p. ex., registre des cas de cancer fondé sur la population).	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre	● Pleinement mis en œuvre

<sup>15</sup> Santé Ontario entreprend diverses activités pour promouvoir la conformité aux lignes directrices sur le dépistage du cancer. Cela comprend l'offre d'outils aux fournisseurs de soins primaires et spécialistes pour faciliter l'adoption des pratiques exemplaires recommandées dans les lignes directrices sur le dépistage et les critères d'admissibilité de Santé Ontario, la collaboration avec des partenaires provinciaux notamment des laboratoires et le ministère de la Santé pour élaborer des stratégies visant à décourager les activités de dépistage non conformes (p. ex., restrictions relatives au code de facturation) et surveillance systématique des indicateurs qui mesurent les activités de dépistage non conformes. Toutefois, Santé Ontario n'a pas le pouvoir de faire respecter les exigences.

Critères souhaitables	Programme ontarien de dépistage du cancer du sein	Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus	ContrôleCancerColo rectal	Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon
Les personnes admissibles doivent pouvoir faire un choix éclairé, avec des renseignements sur les avantages et les préjudices.	 Partiellement mis en œuvre	 Partiellement mis en œuvre	 Partiellement mis en œuvre	 Pleinement mis en œuvre
Le programme de dépistage a un plan opérationnel pour encourager la participation de la population cible par le biais d'une sensibilisation renforcée <sup>17</sup> .	 Partiellement mis en œuvre	 Partiellement mis en œuvre	 Partiellement mis en œuvre	 Partiellement mis en œuvre
Un cadre juridique approprié existe pour l'inscription des personnes au programme et l'établissement des liens entre les données <sup>18</sup> .	 Pleinement mis en œuvre	 Pleinement mis en œuvre	 Pleinement mis en œuvre	 Pleinement mis en œuvre

<sup>16</sup> L'orientation vers les services de dépistage et la participation au dépistage sont facilitées par les fournisseurs de soins de santé; il y a probablement des variations quant à la tenue des discussions sur la participation éclairée.

<sup>17</sup> Les campagnes publiques de sensibilisation au dépistage du cancer sont officiellement gérées par le ministère de la Santé de l'Ontario, en consultation avec Santé Ontario. Les partenaires régionaux et les sites de dépistage mènent des campagnes de sensibilisation et de recrutement à l'échelle locale.

<sup>18</sup> Le cadre juridique offre un mandat légal pour les mesures de protection appropriées des données et reconnaît qu'il est essentiel de trouver un équilibre entre les droits fondamentaux à la vie privée et l'accès aux services de santé. La réglementation de la sécurité des données personnelles, l'inscription au programme de dépistage du cancer et l'établissement de liens entre les données liées au dépistage et d'autres sources de données pertinentes sont nécessaires pour gérer efficacement les programmes de dépistage.

Critères souhaitables	Programme ontarien de dépistage du cancer du sein	Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus	ContrôleCancerColo rectal	Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon
Disponibilité d'une infrastructure, d'une main-d'œuvre et de fournitures adéquates pour la prestation de services de dépistage, de diagnostic et traitement <sup>19</sup> .	 Partiellement mis en œuvre	 Partiellement mis en œuvre	 Partiellement mis en œuvre	 Partiellement mis en œuvre
L'équité en matière d'accès aux services de dépistage, de diagnostic et de traitement devrait être intégrée au programme de dépistage <sup>20</sup> .	 Partiellement mis en œuvre	 Partiellement mis en œuvre	 Partiellement mis en œuvre	 Partiellement mis en œuvre

<sup>19</sup> Tous les programmes de dépistage en Ontario rencontrent des difficultés en matière de rendement liées aux ressources insuffisantes principalement les ressources humaines dans le domaine de la santé (RHS).

<sup>20</sup> L'équité en santé est un objectif stratégique de Santé Ontario. Des efforts permanents sont nécessaires pour régler les problèmes d'iniquités en matière de dépistage du cancer. Santé Ontario mène plusieurs initiatives axées sur l'équité pour améliorer l'équité en santé dans le cadre du dépistage du cancer (voir la section sur les Orientations futures pour de plus amples renseignements).

# Prestation de services de dépistage du cancer en Ontario

**Les programmes de dépistage structuré du cancer en Ontario sont planifiés, conçus, mis en œuvre, exécutés, surveillés, évalués et modifiés par Santé Ontario. Les programmes régionaux de cancérologie, les équipes Santé Ontario et les fournisseurs de soins de santé sont responsables des activités de dépistage et du rendement aux échelles régionale et locale. Il est essentiel d'avoir des administrateurs du système de santé et des dirigeants cliniques pour assurer la prestation de services de dépistage du cancer fondés sur les données probantes et de grande qualité.**

## Santé Ontario

Santé Ontario a été créé par le gouvernement de l'Ontario pour connecter, coordonner et moderniser le système de santé provincial. Santé Ontario a été créé par le regroupement de 22 organismes, y compris Action Cancer Ontario, qui était responsable de l'exécution des programmes de dépistage du cancer en Ontario. Ces programmes de dépistage sont maintenant administrés par Santé Ontario. Le travail de Santé Ontario est guidé par les cinq objectifs (8), soit ses priorités stratégiques, un plan d'activités annuel et d'autres documents stratégiques, notamment le *Cadre en matière d'équité, d'inclusion, de diversité et d'anti-racisme*, la *Stratégie de soutien aux collectivités prioritaires de l'Ontario* et le *Plan pour la santé des Noirs*.

*Le Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario et la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain orientent le travail de Santé Ontario quant au réseau de cancérologie. Le Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario est une feuille de route provinciale pluriannuelle qui oriente la façon dont Santé Ontario, les programmes régionaux de cancérologie et d'autres partenaires du système de santé collaborent pour réduire le risque de développer un cancer et améliorer les résultats des personnes touchées par le cancer en Ontario. La Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain sert de feuille de route sur la façon dont Santé Ontario, les communautés et personnes autochtones et les partenaires du système de santé collaborent pour améliorer le rendement du système de santé pour les Autochtones en Ontario. Ce travail doit être réalisé de façon à honorer les concepts autochtones du bien-être, à améliorer le bien-être des Autochtones en Ontario, à réduire le fardeau du cancer dans ces communautés, et à permettre la création d'environnements sains et encourageants reposant sur les forces des personnes, familles, communautés et organisations autochtones.*

Santé Ontario est découpée en six régions sanitaires administratives (Nord-Est, Nord-Ouest, Est, Centre, Toronto, Ouest) qui mettent en relation l'organisme avec les communautés et les partenaires fournisseurs pour s'assurer que les ressources et services de soutien du système de santé sont affectés là où ils serviront le mieux à répondre aux divers besoins des personnes de toute la province.

## Programmes régionaux de cancérologie

L'Ontario possède également 14 programmes régionaux de cancérologie, chacun dirigé par un vice-président régional. Les programmes régionaux de cancérologie sont des réseaux d'hôpitaux et d'autres organismes participant à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement du cancer et aux services de soutien connexes dans chacune des six régions de Santé Ontario. Chaque programme régional de cancérologie, appuyé par un réseau de responsables cliniques régionaux, est chargé de la mise en œuvre de normes et programmes provinciaux pour les soins de cancérologie (y compris la prévention et le dépistage) et de s'assurer que les établissements respectent les exigences et les objectifs établis dans leurs ententes avec Santé Ontario. Les programmes régionaux de cancérologie répondent aux problèmes liés au dépistage, au diagnostic, au traitement et à la prise en charge du cancer selon les besoins régionaux et locaux, coordonnent les soins entre tous les fournisseurs de soins de santé locaux et régionaux, et œuvrent à l'amélioration continue de l'accès aux soins, des délais d'attente et de la qualité.

Santé Ontario appuie les programmes dans la prestation des services de dépistage du cancer en :

- produisant régulièrement des rapports sur le rendement des programmes de dépistage du cancer à l'échelle régionale, des établissements et des fournisseurs;
- communiquant des recommandations et directives cliniques pour le dépistage du cancer et le diagnostic qui ont été élaborées en collaboration avec des fournisseurs de soins primaires, des spécialistes, des administrateurs du réseau de cancérologie et des conseillers publics;
- maintenant un programme centralisé d'envoi de lettres pour le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein, le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus et ContrôleCancerColorectal afin d'encourager le dépistage systématique et le suivi en temps opportun des résultats du dépistage.

Le Programme régional de cancérologie de Hamilton Niagara Haldimand Brant et le Programme régional de cancérologie du Nord-Ouest administrent chacun une caravane de dépistage mobile, qui se déplace de communauté en communauté pour offrir des services de dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal aux personnes admissibles qui rencontrent des obstacles d'accès au dépistage.

## Équipes Santé Ontario

En 2019, les équipes Santé Ontario ont été créées pour offrir une nouvelle façon, plus connectée, d'organiser et d'offrir des soins aux patients dans leurs communautés locales. Dans le cadre des équipes Santé Ontario, les fournisseurs de soins de santé (y compris les hôpitaux, les médecins et les fournisseurs de services à domicile et en milieu communautaire) travaillent de façon coordonnée pour offrir des soins, quel que soit le milieu. Depuis 2019, 57 équipes ont été approuvées et connaissent de belles réussites, comme des transitions plus efficaces entre l'hôpital et le domicile du patient, une meilleure prise en compte des soins primaires dans la prise de décisions et les structures de direction des équipes Santé Ontario, une organisation des soins primaires plus étendue, un meilleur accès aux soins virtuels et à la santé numérique, de meilleures données et analyses, et un partenariat et des échanges plus significatifs avec les patients, les familles et les aidants.

Un lien officiel a été établi entre le travail réalisé par les équipes Santé Ontario et le dépistage du cancer par le biais du Plan d'amélioration de la qualité collaboratif (PAQc). Le PAQc est un engagement officiel des équipes Santé Ontario à l'égard de la qualité. Il sert de processus pour permettre aux partenaires de Santé Ontario de travailler ensemble afin d'assurer des soins mieux coordonnés et intégrés offrant des améliorations dans l'harmonisation avec les cinq objectifs. Avec les partenaires intersectoriels et le rôle croissant au sein du système de soins de santé, les ESO sont les mieux placées pour avoir une incidence importante sur les difficultés de longue date qui touchent notre système de santé. Le programme du PAQc appuie cette possibilité en harmonisant ses domaines d'intérêt avec les priorités du système de santé à l'échelle provinciale et locale visant à améliorer la santé des populations et l'expérience des patients et des fournisseurs en adoptant une approche axée sur

l'équité. Les ESO font état de leurs progrès réalisés par rapport à chaque domaine d'intérêt dans un plan annuel. Elles communiquent également sur les leçons retenues par le biais d'une communauté de pratique des ESO.

Concernant l'exercice financier 2022-2023, les trois domaines d'intérêt du programme PAQc avaient des indicateurs de qualité correspondants et étaient liés aux enjeux du système de santé touchés par la pandémie de COVID-19 : accès global aux soins dans le milieu le plus approprié, accès global aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances en milieu communautaire et accès global aux soins préventifs. Les soins préventifs dans ce contexte désignent la diminution du fardeau du cancer en Ontario par le biais du dépistage du cancer en utilisant les indicateurs suivants :

- Pourcentage de personnes admissibles au dépistage à jour dans leur dépistage du cancer du col de l'utérus (examens cytologiques);
- Pourcentage de personnes admissibles au dépistage à jour dans leur dépistage du cancer du sein (mammographie);
- Pourcentage de patients admissibles au dépistage à jour dans leur dépistage du cancer colorectal.

À partir des leçons tirées du programme du PAQc de l'exercice 2022-2023, ces domaines d'intérêt seront maintenus pour l'exercice 2023-2024 et les équipes Santé Ontario seront invitées à poursuivre leurs efforts dans ces domaines et auront la possibilité de personnaliser leurs efforts d'amélioration en fonction de leurs besoins uniques. Le PAQc présente une occasion pour les ESO de collaborer avec leurs programmes régionaux de cancérologie dans le cadre d'objectifs communs. Étant une exigence clé de l'entente de paiement de transfert des

équipes Santé Ontario et un élément fondamental du futur cadre de rendement des équipes Santé Ontario, le PAQc joue un rôle à l'appui des objectifs de rendement, de la promotion d'une culture d'amélioration de la qualité et de la contribution à l'élaboration d'un système de santé robuste fondé sur l'apprentissage.

## Fournisseurs de soins primaires

Les fournisseurs de soins primaires, y compris les médecins de famille et les infirmiers praticiens, jouent un rôle essentiel dans la réussite des programmes de dépistage du cancer en encourageant et en facilitant la participation au dépistage, en réalisant des examens de dépistage (dans le cas du dépistage du cancer du col de l'utérus) et en appuyant le suivi en temps opportun des résultats anormaux aux tests de dépistage. Santé Ontario offre des outils aux fournisseurs de soins primaires et aux spécialistes pour faciliter l'adoption des pratiques exemplaires recommandées par les lignes directrices et les critères d'admissibilité au dépistage de Santé Ontario.

Santé Ontario soutient également les fournisseurs de soins primaires en leur transmettant le Rapport d'activités de dépistage. Ce rapport électronique peut être consulté par le biais du système OneID® et permet aux médecins qui pratiquent selon un modèle d'inscription des patients de repérer les patients qui doivent réaliser des examens de dépistage (ou qui sont en retard dans leur dépistage) et ceux qui ont besoin d'un suivi de leurs

résultats anormaux. Il fournit également aux fournisseurs de soins primaires des données de rendement clés, comme leur rendement par rapport à d'autres fournisseurs de soins primaires de l'Ontario et de leur programme régional de cancérologie. À l'avenir, le Rapport d'activités de dépistage sera intégré au rapport *MaPratique* (un rapport similaire sur les soins primaires destiné aux médecins de famille et aux directeurs exécutifs d'équipes de santé familiale et de centres de santé communautaires) dans le Rapport intégré sur les soins primaires.

Santé Ontario crée et met à jour des cours de perfectionnement professionnel en continu agréés par Mainpro<sup>21</sup> qui comptent dans la formation médicale continue ou l'adhésion et les désignations du Collège des médecins de famille du Canada. Il y a actuellement trois cours de perfectionnement professionnel en formation continue agréés : un pour le Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon et deux pour ContrôleCancerColorectal; un quatrième devrait être offert pour le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus.

---

<sup>21</sup> Mainpro+® (Maintenance of Proficiency) est le programme du Collège des médecins de famille du Canada conçu pour soutenir et promouvoir le perfectionnement professionnel en continu des médecins de famille. Mainpro établit des normes, et examine et donne son agrément aux programmes de perfectionnement professionnel en continu.

## Programmes ontariens de dépistage du cancer

**Tableau 3 : Récapitulatif des programmes ontariens de dépistage du cancer : Programmes pour les personnes présentant un risque moyen**

Programme de dépistage	Population cible	Test de dépistage	Intervalle de dépistage
<b>Programme ontarien de dépistage du cancer du sein</b>	Femmes, personnes trans et non binaires, âgées de 50 à 74 ans	Mammographie	Tous les deux ans <sup>22</sup>
<b>Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus</b>	Toutes les personnes ayant un col de l'utérus âgées de 21 à 70 ans <sup>23</sup> qui ont ou qui ont déjà eu une activité sexuelle	Cytologie	Tous les trois ans <sup>24</sup>
<b>Contrôle Cancer Colorectal</b>	Personnes âgées de 50 à 74 ans	Test immunochimique fécal	Tous les deux ans <sup>25</sup>

<sup>22</sup> Certains participants au PODCS pourraient recevoir un rappel annuel au lieu de tous les 2 ans pour les motifs suivants : signes pathologiques documentés de lésions à haut risque, antécédents personnels de cancer ovarien, au moins deux parents (de sexe féminin assigné à la naissance) au premier degré ayant reçu un diagnostic de cancer du sein à tout âge, un parent (de sexe féminin assigné à la naissance) au premier degré ayant reçu un diagnostic de cancer du sein avant 50 ans, un parent au premier degré ayant reçu un diagnostic de cancer ovarien à tout âge, un parent (de sexe masculin assigné à la naissance) ayant reçu un diagnostic de cancer du sein à tout âge, densité mammaire de catégorie BI-RADS D au moment de l'examen de dépistage ou recommandation du radiologiste au moment de l'examen de dépistage.

<sup>23</sup> Le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus changera officiellement l'âge de début du dépistage du cancer du col de l'utérus, qui passera de 21 à 25 ans, avec la mise en œuvre des tests de dépistage du papillomavirus humain, excepté pour les personnes immunodéficientes. Jusqu'à ce que le changement soit officiellement mis en œuvre, les fournisseurs de soins de santé sont encouragés à envisager de repousser le dépistage jusqu'à l'âge de 25 ans pour les personnes immunocompétentes.

<sup>24</sup> Les personnes immunodéficientes peuvent présenter un risque élevé et devraient se faire dépister chaque année. Le dépistage annuel à l'aide d'examen cytotologiques est également recommandé pour certaines personnes sortant des services de coloscopie (celles dont le test de dépistage du papillomavirus humain est positif, celles ayant des cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée ou celles ayant des lésions malpighiennes intra-épithéliales de bas grade).

<sup>25</sup> Les personnes présentant un risque moyen de développer un cancer colorectal qui choisissent la sigmoïdoscopie flexible comme méthode de dépistage devraient faire l'objet d'un dépistage tous les 10 ans.

**Tableau 4 : Récapitulatif des programmes ontariens de dépistage du cancer : Programmes pour les personnes présentant un risque accru ou élevé**

Programme de dépistage	Population cible	Test de dépistage	Intervalle de dépistage
<b>Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les personnes présentant un risque élevé</b>	Femmes, personnes trans et non binaires, âgées de 30 à 69 ans qui répondent aux critères d'admissibilité du programme	Mammographie et imagerie par résonance magnétique <sup>26</sup>	Tous les ans
<b>ContrôleCancerColorectal</b>	Personne avec au moins un parent au premier degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal <sup>27</sup>	Coloscopie	Tous les 5 à 10 ans <sup>28</sup>
<b>Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon</b>	Personnes âgées de 55 à 74 ans ayant fumé quotidiennement des cigarettes pendant au moins 20 ans <sup>29</sup>	Tomodensitométrie à faible dose	Tous les ans <sup>30</sup>

<sup>26</sup> Si l'imagerie par résonance magnétique n'est pas appropriée sur le plan médical, elle sera remplacée par une échographie mammaire de dépistage.

<sup>27</sup> La définition de « risque accru de développer un cancer colorectal » est en cours de révision.

<sup>28</sup> La fréquence du dépistage dépend des antécédents familiaux. Les personnes avec un parent au premier degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal avant l'âge de 60 ans doivent être dépistées tous les cinq ans, à partir de leurs 50 ans, ou 10 ans avant l'âge auquel le parent a reçu le diagnostic, selon la première de ces éventualités. Les personnes dont un parent au premier degré a reçu le diagnostic de cancer colorectal à 60 ans ou plus doivent être dépistées tous les dix ans, à partir de leurs 50 ans. Toutefois, certaines personnes avec un parent au premier degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal peuvent avoir besoin d'une coloscopie plus souvent si elles répondent aux critères d'un syndrome génétique.

<sup>29</sup> Désigne 20 années cumulées, ce qui signifie qu'il peut y avoir des moments où la personne n'a pas fumé. Ces personnes peuvent être orientées vers une évaluation du risque pour déterminer leur admissibilité au dépistage dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon.

<sup>30</sup> Le Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon utilise le système Lung-RADS® de l'American College of Radiology pour gérer les nodules. Certaines personnes peuvent devoir faire des examens d'imagerie plus régulièrement ou être orientées vers une évaluation de diagnostic en fonction de leur score Lung-RADS®.

**Tableau 5 : Critères d’admissibilité par programme de dépistage : Programmes pour personnes présentant un risque moyen**

Programme de dépistage	Critères d’admissibilité
<p><b>Programme ontarien de dépistage du cancer du sein</b></p>	<p>Femmes, personnes trans et non binaires, âgées de 50 à 74 ans qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ne présentent aucun symptôme de cancer du sein;</li> <li>• n’ont pas d’antécédents personnels de cancer du sein;</li> <li>• n’ont pas subi de mastectomie;</li> <li>• n’ont pas passé de mammographie de dépistage au cours des 11 derniers mois.</li> </ul> <p>Les personnes âgées de 40 à 49 ans sont invitées à prendre une décision personnelle au sujet du dépistage du cancer du sein en consultation avec leur médecin de famille ou infirmier praticien. Si une personne dans ce groupe d’âge préfère être dépistée, son médecin de famille ou son infirmier praticien peut l’orienter vers un service de mammographie. Actuellement, les personnes de ce groupe d’âge ne sont pas admissibles au dépistage dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein.</p> <p>Toutefois, à compter de l’automne 2024, le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein étendra ses critères d’admissibilité pour inclure les personnes âgées de 40 à 49 ans. Les personnes seront invitées à avoir une conversation avec un fournisseur de soins de santé sur les risques et les avantages du dépistage, ainsi que sur leurs valeurs et préférences, afin de déterminer si le dépistage leur convient. Celles qui décident de se faire dépister pourront se présenter d’elles-mêmes pour recevoir une mammographie et bénéficier des avantages d’un dépistage structuré.</p>

Programme de dépistage	Critères d'admissibilité
<p><b>Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus</b></p>	<p>Personnes ayant un col de l'utérus (femmes, personnes transmasculines et personnes non binaires) âgées de 21 à 70 ans<sup>31</sup> et qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ne présentent aucun symptôme qui pourrait être causé par un cancer du col de l'utérus;</li> <li>• ont ou ont déjà eu une activité sexuelle – on entend par activité sexuelle le fait d'avoir un contact avec les parties génitales d'une autre personne à l'aide de ses mains, sa bouche ou ses propres parties génitales.</li> </ul> <p>Les personnes participantes peuvent arrêter de se faire dépister à l'âge de 70 ans si elles ont fait l'objet de dépistages réguliers et ont eu au moins trois résultats normaux aux tests de dépistage du cancer du col de l'utérus qu'elles ont passés au cours des dix dernières années.</p>

---

<sup>31</sup> Le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus changera officiellement l'âge de début du dépistage du cancer du col de l'utérus, qui passera de 21 à 25 ans, avec la mise en œuvre des tests de dépistage du papillomavirus humain, excepté pour les personnes immunodéficientes. Jusqu'à ce que le changement soit officiellement mis en œuvre, les fournisseurs de soins de santé sont encouragés à envisager de repousser le dépistage jusqu'à l'âge de 25 ans pour les personnes immunocompétentes.

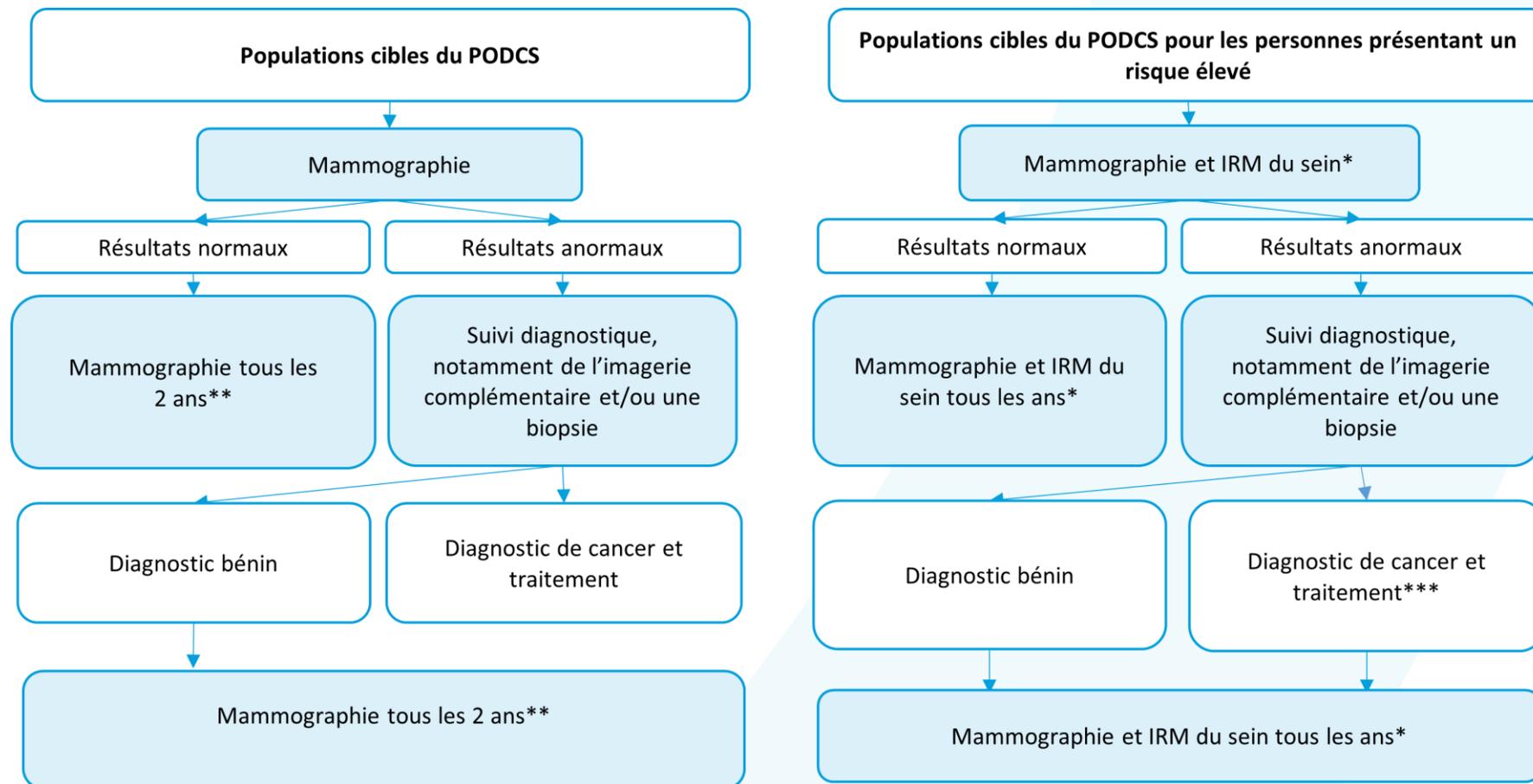
Programme de dépistage	Critères d'admissibilité
<p><b>ContrôleCancerColorectal</b></p>	<p><b>Personnes âgées de 50 à 74 ans qui :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ne présentent aucun symptôme qui pourrait être causé par un cancer colorectal;</li> <li>• n'ont aucun parent au premier degré (parent, frère, sœur ou enfant) ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal;</li> <li>• n'ont aucun antécédent personnel de polypes colorectaux précancéreux devant faire l'objet d'une surveillance;</li> <li>• n'ont aucun antécédent de maladie intestinale inflammatoire (p. ex., la maladie de Crohn [qui touche le côlon] ou la rectocolite hémorragique).</li> </ul> <p>ContrôleCancerColorectal n'envoie pas de lettres aux personnes de moins de 50 ans ou de plus de 74 ans participant au programme. Les fournisseurs de soins primaires peuvent prescrire un test immunochimique fécal (TIF) pour les personnes âgées de 49 ans à leur discrétion, afin de faciliter le début du dépistage chez les personnes qui auront bientôt 50 ans. De plus, les personnes âgées de 75 à 85 ans peuvent choisir de se faire dépister si les bénéfices du dépistage dépassent les risques. ContrôleCancerColorectal déconseille fortement le dépistage du cancer colorectal chez les personnes de plus de 85 ans. En effet, ces personnes ne sont pas admissibles au TIF dans le cadre du Programme.</p>

**Tableau 6 : Critères d’admissibilité par programme de dépistage : Programmes pour les personnes présentant un risque accru ou élevé**

Programme de dépistage	Critères d’admissibilité
<p><b>Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les personnes présentant un risque élevé</b></p>	<p>Femmes, personnes trans et non binaires, âgées de 30 à 69 ans qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ont été orientées par un médecin ou un infirmier praticien;</li> <li>• ne présentent aucun symptôme de cancer du sein;</li> <li>• possèdent une couverture du Régime d'assurance-santé de l'Ontario valide;</li> <li>• font partie d’une des catégories de risque répertoriées ci-dessous :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ personnes porteuses de mutations génétiques qui accroissent leurs risques de développer un cancer du sein (p. ex. mutations des gènes BRCA1, BRCA2, TP53 ou PALB2);</li> <li>○ personnes n’ayant pas effectué de dépistage génétique, mais qui ont passé une consultation génétique, car elles ont un parent au premier degré porteur de mutations génétiques qui accroissent leurs risques de développer un cancer du sein (p. ex. mutations des gènes BRCA1, BRCA2, TP53 ou PALB2);</li> <li>○ personnes présentant un risque à vie <math>\geq 25\%</math> de développer un cancer du sein en raison d’antécédents personnels et familiaux (confirmé par une clinique de génétique au moyen des outils d’évaluation des risques de l’International Breast Cancer Intervention Study [IBIS] et de CanRisk);</li> <li>○ personnes qui ont reçu une radiothérapie de la poitrine pour traiter une autre maladie (p. ex., lymphome hodgkinien) avant l’âge de 30 ans et il y a au moins 8 ans.</li> </ul> </li> </ul>

Programme de dépistage	Critères d'admissibilité
<p><b>Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les personnes présentant un risque élevé</b></p>	<p>Le PODCS pour les personnes présentant un risque élevé n'accepte aucune nouvelle personne participante âgée de plus de 70 ans. Cependant, si des personnes font déjà partie du programme à leur 70<sup>e</sup> anniversaire, le programme continuera de leur faire passer une mammographie de dépistage chaque année jusqu'à leur 74<sup>e</sup> anniversaire.</p> <p>Le PODCS pour les personnes présentant un risque élevé n'envoie pas de lettres aux personnes de plus de 74 ans. Ces personnes sont invitées à prendre une décision personnelle sur le dépistage du cancer du sein en consultation avec leur médecin ou infirmier praticien et peuvent continuer à se faire dépister avec une simple mammographie dans le cadre du PODCS pour les personnes présentant un risque élevé en se faisant orienter par leur médecin ou leur infirmier praticien.</p>
<p><b>ContrôleCancerColorectal</b></p>	<p>Les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer colorectal dont un ou plusieurs parents au premier degré ont reçu un diagnostic de cancer colorectal, mais qui ne répondent pas aux critères des syndromes héréditaires de cancer colorectal.</p> <p>ContrôleCancerColorectal révisé actuellement la définition de « personnes présentant un risque accru de développer un cancer colorectal ».</p>
<p><b>Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon</b></p>	<p>Personnes âgées de 55 à 74 ans qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ont été orientées par un médecin ou un infirmier praticien;</li> <li>• ne présentent aucun symptôme de cancer du poumon;</li> <li>• possèdent une couverture du Régime d'assurance-santé de l'Ontario valide; <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ont un score de risque de cancer du poumon <math>\geq 2.0</math> % selon le modèle de prévision des risques PLCOm2012 (8–10).</li> </ul> </li> </ul>

**Figure 3 : Parcours du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS)**



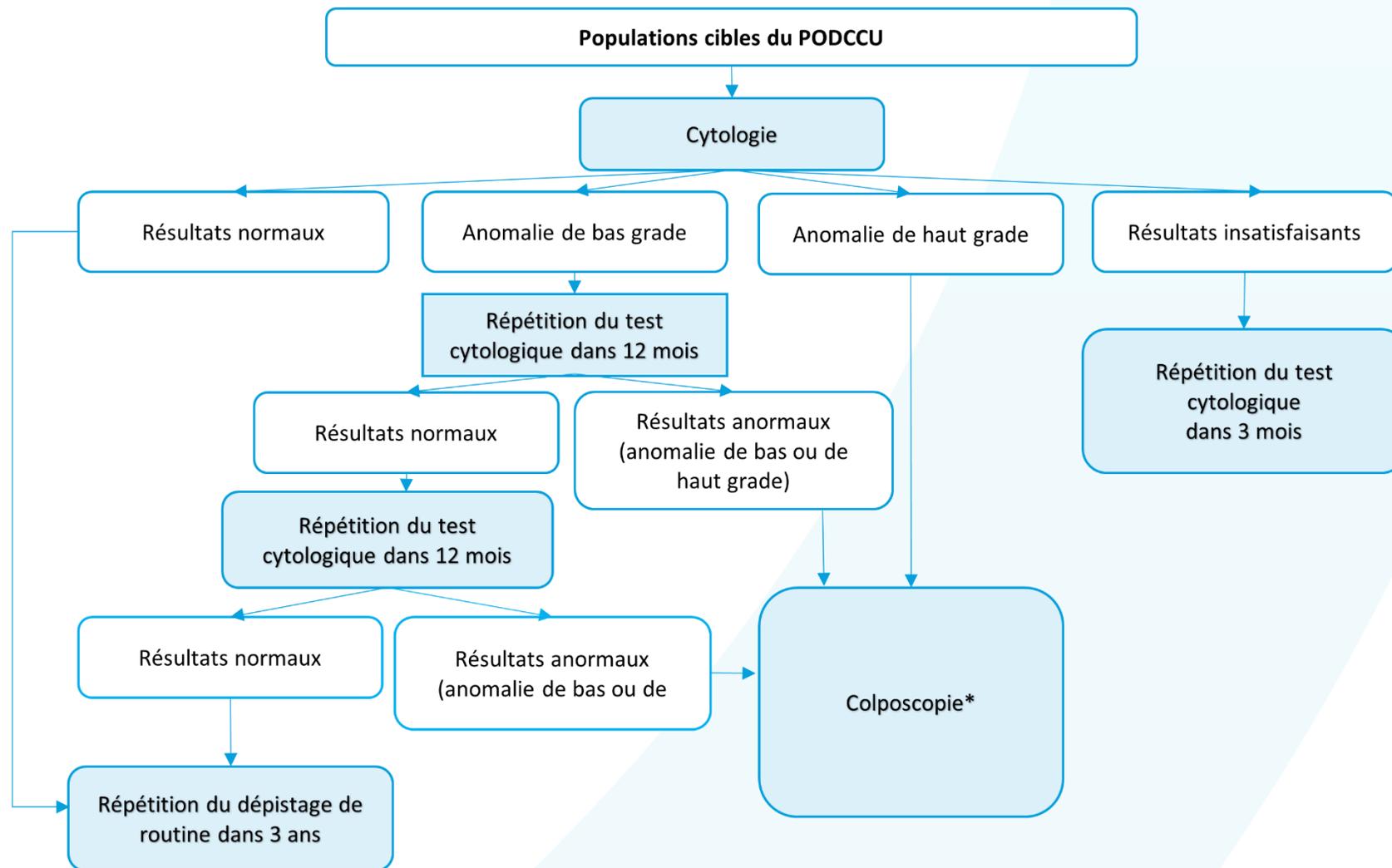
\* Si l'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'est pas appropriée sur le plan médical, elle sera remplacée par une échographie mammaire de dépistage.

\*\* Certains participants au PODCS pourraient recevoir un rappel annuel au lieu de tous les 2 ans pour les motifs suivants : signes pathologiques documentés de lésions à haut risque, antécédents personnels de cancer ovarien, au moins deux parents (de sexe féminin assigné à la naissance) au premier degré ayant reçu un diagnostic de cancer du sein à tout âge, un parent (de sexe féminin assigné à la naissance) au premier degré ayant reçu un diagnostic de cancer du sein avant 50 ans, un parent au premier degré ayant reçu un diagnostic de cancer ovarien à tout âge, un parent (de sexe masculin assigné à la naissance) ayant reçu un diagnostic de cancer du sein à tout âge, densité mammaire de catégorie BI-RADS D au moment de l'examen de dépistage ou recommandation du radiologiste au moment de l'examen de dépistage.

\*\*\* Les personnes participant au PODCS pour les personnes présentant un risque élevé ayant reçu un diagnostic de cancer du sein sont admissibles pour refaire des dépistages une fois qu'elles ont terminé le traitement et qu'elles ne présentent aucun symptôme de cancer du sein.

Pour obtenir une version texte de la Figure 3, référez-vous à l'[Annexe 2: Descriptions des figures](#).

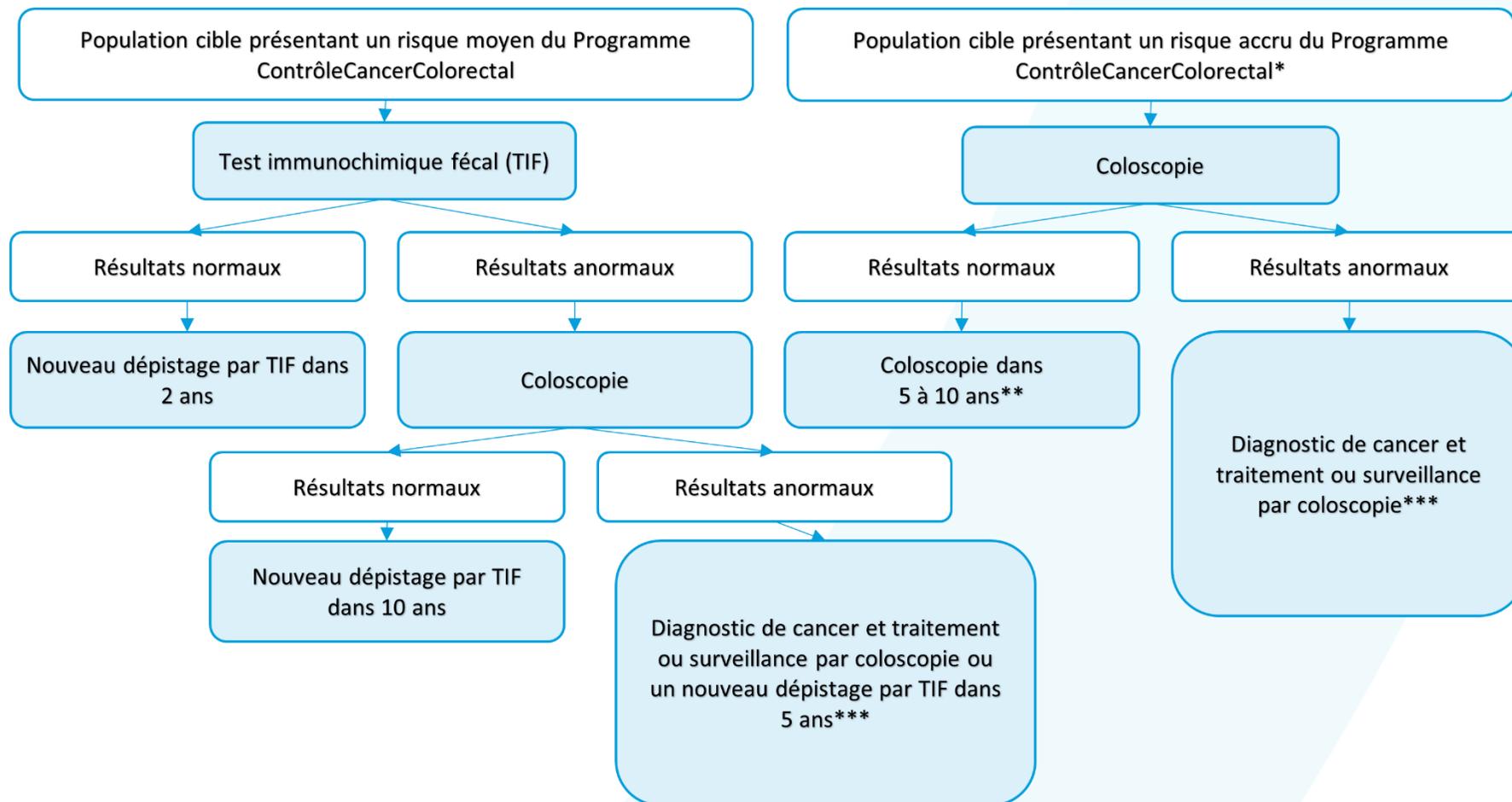
Figure 4 : Parcours du Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU)



\* Veuillez consulter les [directives cliniques sur la coloscopie](#) (en anglais seulement) pour des renseignements sur la gestion clinique des parcours de coloscopie.

Pour obtenir une version texte de la Figure 4, référez-vous à l'[Annexe 2: Descriptions des figures](#).

**Figure 5 : Parcours du Programme ContrôleCancerColorectal**



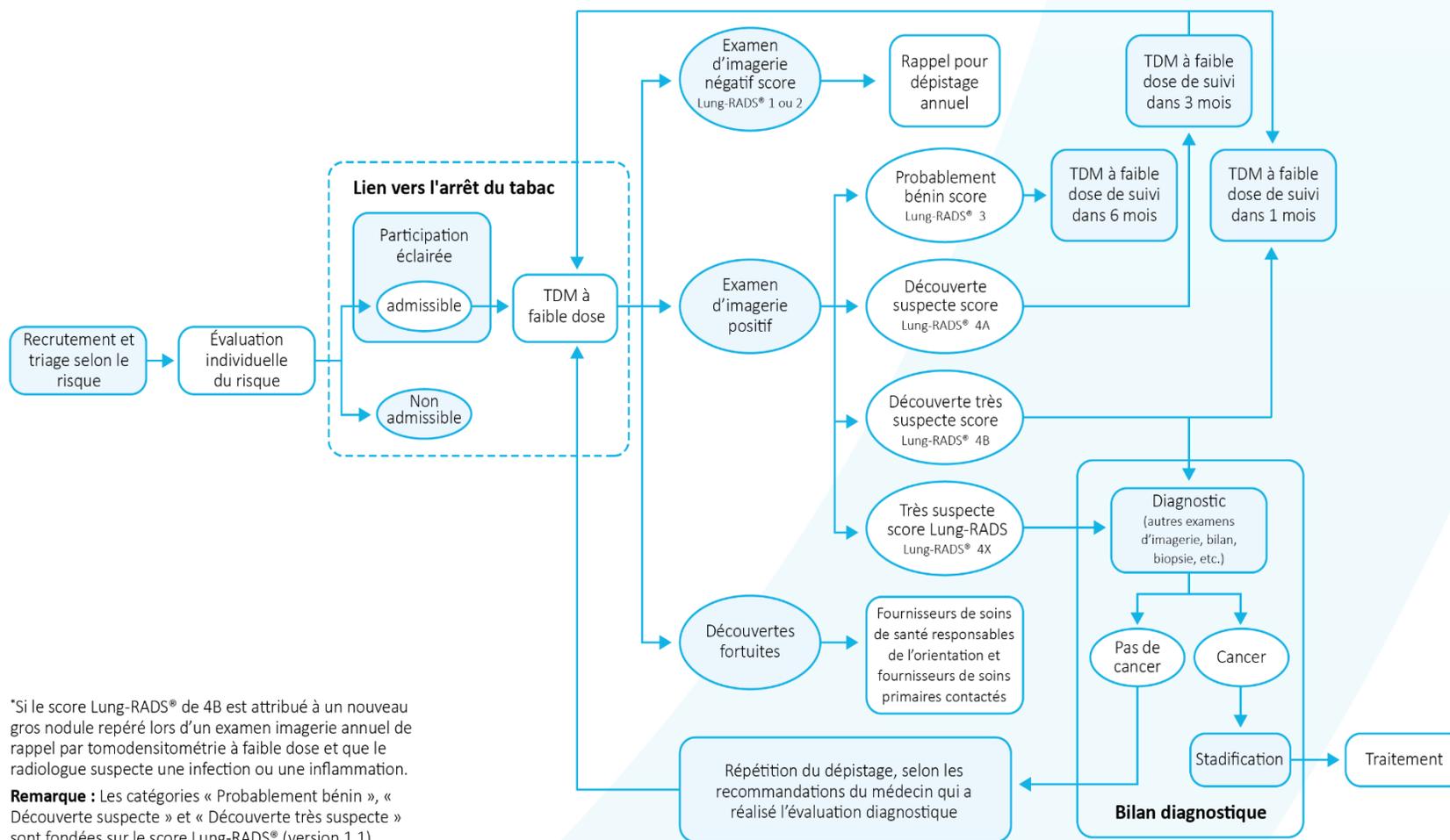
\* Les recommandations de dépistage adressées aux personnes présentant un risque accru de développer un cancer colorectal sont en cours de révision.

\*\* La fréquence du dépistage dépend des antécédents familiaux. Les personnes avec un parent au premier degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal avant l'âge de 60 ans doivent être dépistées tous les cinq ans, à partir de leurs 50 ans, ou 10 ans avant l'âge auquel le parent a reçu le diagnostic. Les personnes dont un parent au premier degré a reçu le diagnostic de cancer colorectal à 60 ans ou plus doivent être dépistées tous les dix ans, à partir de leurs 50 ans. Toutefois, certaines personnes peuvent avoir besoin d'une coloscopie plus régulièrement selon les conclusions de leur première coloscopie.

\*\*\* Veuillez vous référer aux recommandations de surveillance post-polypectomie de ContrôleCancerColorectal disponibles à la page [cancercareontario.ca/CCCsurveillance](http://cancercareontario.ca/CCCsurveillance) (en anglais seulement).

Pour obtenir une version texte de la Figure 5, référez-vous à l'[Annexe 2: Descriptions des figures](#).

**Figure 6 : Parcours du Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon (PODCP)**



Pour obtenir une version texte de la Figure 6, référez-vous à l'[Annexe 2: Descriptions des figures](#).

# L'équité en santé dans le dépistage du cancer



**On obtient l'équité en santé lorsque les personnes ont une chance équitable d'atteindre leur plein potentiel de santé (12). Pour cela, il faut réduire les différences inutiles et évitables en matière d'accès et de soins qui sont inéquitables et injustes (13). De nombreuses causes des iniquités en santé sont liées aux facteurs sociaux et environnementaux, comme les revenus, le statut social, l'origine ethnique, le genre, le niveau d'études et l'environnement physique. De plus, les politiques de santé anciennes et actuelles peuvent créer ou renforcer certaines iniquités en santé. Les iniquités peuvent être des conséquences imprévues d'une politique de santé; toutefois, dans certains cas, les politiques sont créées volontairement pour renforcer le racisme structurel et institutionnel. Santé Ontario s'engage à réduire les iniquités en santé; l'équité a été définie comme une priorité stratégique de l'organisme et un Cadre pour l'équité, l'inclusion, la diversité et la lutte contre le racisme (14) a été élaboré pour guider les orientations futures.**

Ce rapport contient une section axée sur l'équité en santé, que l'on obtient de différentes façons :

- Diffuser des renseignements sur la façon dont Santé Ontario s'engage en faveur de l'équité, de l'inclusion et de la diversité et de la lutte contre le racisme;
- Préparer un document [Pleins feux sur le dépistage du cancer chez les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain](#);
- Fournir des stratifications de l'équité pour les indicateurs de rendement clés;
- Produire des rapports et des cartes à l'échelle régionale pour comprendre les variations en matière de rendement des programmes dans les différentes régions de la province;
- Partager des renseignements sur les initiatives visant à améliorer l'équité en matière de dépistage du cancer en Ontario

Le cancer touche tous les groupes de personnes de l'Ontario. Toutefois, pour certains groupes, le fardeau du cancer est plus imposant en raison des disparités sociales, environnementales et économiques. Les disparités relatives au cancer constituent des différences dans les résultats liés au cancer (p. ex., nouveaux cas de cancer, décès attribuables au cancer, qualité de vie), les expériences et l'accès à des soins de cancérologie de qualité pour certains groupes de personnes.

Les disparités relatives au cancer reflètent l'interaction entre de nombreux facteurs, notamment les déterminants sociaux de la santé, le comportement, la biologie et la génétique, qui peuvent tous avoir des effets profonds sur la santé, y compris les risques de développer un cancer et les résultats liés au cancer. Certaines personnes en Ontario connaissent des disparités relatives au cancer, car elles sont plus susceptibles de rencontrer des obstacles d'accès aux soins de santé. Les revenus d'une personne peuvent influencer sur son accès aux services de soins primaires ou de dépistage de nombreuses façons, comme sa capacité à subvenir à ses besoins, la distance qu'elle doit parcourir pour bénéficier des services et ses droits à des congés payés. D'autres obstacles d'accès aux services de dépistage du cancer sont notamment des obstacles physiques empêchant les personnes de réaliser les tests de dépistage, leur niveau de littératie en santé, les traumatismes et expériences passés de racisme, sexisme, homophobie ou transphobie rencontrés dans le système de santé.

Les disparités relatives au dépistage du cancer ont été bien documentées en Ontario et ailleurs. Par exemple, le *Rapport sur le rendement du dépistage du cancer en Ontario de 2016* (15) souligne que le fait de ne pas être suivi par un médecin appliquant le modèle d'inscription des patients ou de vivre dans un quartier à faible revenu a été associé à une plus grande probabilité de retard dans le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal. D'autres analyses provinciales et canadiennes ont démontré que les personnes immigrantes, qui ont un faible revenu ou vivent dans des régions rurales connaissent des disparités en matière de soins liés au dépistage du cancer (16–22). Les populations autochtones en Ontario sont également touchées par les disparités relatives au cancer (plus de renseignements à la page 48) (23–30).

# Principaux concepts et définitions liés à l'équité en santé

**Racisme systémique (14) :** La culture organisationnelle, les politiques, les directives, les pratiques ou procédures qui excluent, écartent ou marginalisent certains groupes racisés ou créent des obstacles injustes pour ces personnes en matière d'accès à des avantages et possibilités précieux. Ceci découle souvent d'une partialité institutionnelle dans la culture organisationnelle, les politiques, les directives, les pratiques et procédures qui peuvent paraître neutres, mais qui ont pour effet de favoriser certains groupes et d'en désavantager d'autres.

**Lutte contre le racisme ou anti-racisme (14) :** Une méthode systématique d'analyse et de mesures proactives. L'approche anti-racisme reconnaît l'existence du racisme, y compris du racisme systémique, et cherche activement à repérer et prévenir les actes qui font perdurer ces iniquités.

**Racisme à l'égard des personnes noires (14) :** Les politiques et pratiques ancrées dans les institutions canadiennes, comme l'éducation, les soins de santé et la justice, qui reflètent et renforcent les croyances, les attitudes, les préjugés et les stéréotypes et la discrimination envers les personnes et communautés noires.

**Racisme à l'égard des personnes autochtones (14) :** Discrimination permanente fondée sur la race, stéréotypes négatifs et injustices dont sont victimes les personnes autochtones au Canada. Cela comprend les idées et

pratiques qui établissent, maintiennent et perpétuent les déséquilibres de pouvoir, les obstacles systémiques et les résultats inéquitables qui découlent des anciennes politiques et pratiques coloniales au Canada.

**Santé (12) :** Un état de bien-être physique, mental et social complet, qui ne se limite pas à l'absence de maladie ou de handicap.

**Équité en santé (13) :** Lorsque toutes les personnes (individus, groupes et communautés) ont une chance équitable d'atteindre leur plein potentiel de santé et ne sont pas désavantagées par des conditions sociales, économiques et environnementales.

**Inégalité en matière de santé (13) :** Différences mesurables en matière de santé entre les personnes, les groupes et les communautés. Ce terme est parfois employé de manière interchangeable avec le terme « disparités en matière de santé ».

**Iniquité en santé (13) :** Un sous-ensemble d'inégalités en matière de santé. Ce terme désigne les différences en matière de santé associées aux désavantages sociaux qui sont modifiables et considérés comme injustes.

**Inclusion (14) :** L'inclusion reconnaît, accueille et favorise la diversité.

# Équité, inclusion, diversité et lutte contre le racisme à Santé Ontario

Santé Ontario s'engage en faveur de l'équité, de l'inclusion et de la diversité et de la lutte contre le racisme pour offrir de meilleurs résultats à toutes les personnes atteintes de maladies, à leurs familles et à leurs fournisseurs dans le système de santé de l'Ontario. En collaborant avec des partenaires du système de santé de toute la province, Santé Ontario a élaboré un cadre qui repose sur des engagements existants prévus par la loi et des relations avec les populations autochtones et les communautés francophones, et reconnaît la nécessité d'adopter une approche d'intersectionnalité pour ce travail. Pour plus de renseignements sur ce cadre, visitez la page [Équité, inclusion, diversité et antiracisme](#) sur le site Web de Santé Ontario.

Le *Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario 5 (2019–2023)* (31) offrait également une feuille de route sur la façon dont Santé Ontario collaborera avec les programmes régionaux de cancérologie et d'autres partenaires du système de santé. Le plan indiquait que l'amélioration de l'équité en santé dans tout le système de santé était l'un des six objectifs énoncés et associait cet objectif aux objectifs stratégiques détaillés pour lesquels l'organisme avait réalisé des progrès au cours de cette période. Au moment de la rédaction de ce rapport, la préparation du *Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario 6* est en cours. Il est prévu d'étendre les objectifs en matière d'équité du Plan 5.

Depuis 2004, des stratégies provinciales pluriannuelles de lutte contre le cancer chez les peuples autochtones portant sur les soins de cancérologie offerts aux Autochtones de l'Ontario ont

permis d'apporter des améliorations. La *Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain 2019–2023* permet de poursuivre le travail accompli dans le cadre des trois premières stratégies. Au moment de la rédaction de ce rapport, la préparation de la Stratégie 5 est en cours avec des partenaires des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones en milieu urbain de toute la province.

## Analyse de l'équité à l'échelle du quartier à l'aide de l'Indice de marginalisation ontarien

L'une des étapes requises pour lutter contre les disparités en matière de santé est de les repérer. Pour évaluer l'équité dans le dépistage du cancer en Ontario, une série d'analyses utilisant l'indice de marginalisation ontarien (ON-Marg) a été réalisée et est présentée dans ce rapport. L'ON-Marg a été créé par Santé publique Ontario en collaboration avec le Centre for Urban Health Solutions de l'Hôpital St. Michael en utilisant les données du recensement de 2016. L'ON-Marg (32) est un indice agrégatif qui combine plusieurs indicateurs démographiques selon quatre dimensions de la marginalisation. Pour obtenir des définitions détaillées de chaque dimension et une liste des indicateurs inclus, veuillez consulter le tableau 7. Dans le cadre des analyses réalisées pour le présent rapport, les domaines de la difficulté matérielle et de la concentration ethnique ont été utilisés afin de stratifier les indicateurs de rendement clés sélectionnés pour chaque programme.

En l'absence de données sur l'équité à l'échelle des personnes, les mesures à l'échelle du quartier, comme l'ON-Marg, sont les

meilleures sources de données disponibles sur l'équité et la marginalisation pour les analyses fondées sur la population de l'Ontario. Toutefois, l'ON-Marg présente certaines limites. Les personnes vivant en institution (pénitenciers, maisons de santé, etc.) ne sont pas prises en compte dans les données du recensement et ne sont pas incluses dans l'ON-Marg. De plus, le nombre de personnes vivant dans les réserves de Premières Nations est sous-estimé dans le recensement; ces personnes sont

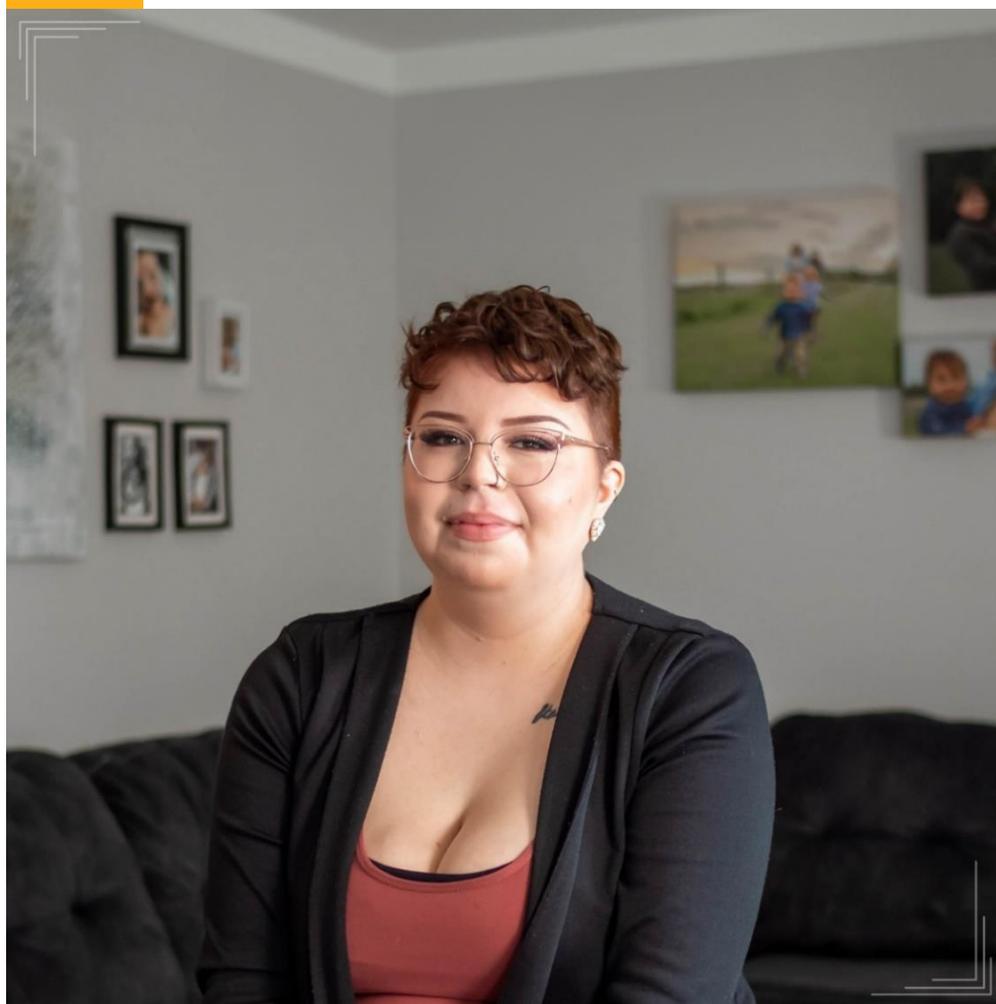
donc sous-représentées dans l'ON-Marg. Enfin, en tant que mesure à l'échelle régionale, l'ON-Marg ne fournit pas de renseignements sur les degrés individuels de marginalisation.

**Tableau 7 : Définition des dimensions de l'ON-Marg et indicateurs inclus (32)**

Dimension de l'ON-Marg	Définition	Indicateurs inclus
<p><b>Instabilité résidentielle</b></p>	<p>Concentration de personnes dans une même zone qui connaissent de forts taux d'instabilité résidentielle ou familiale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proportion de la population vivant seule</li> <li>• Proportion de la population n'étant pas âgée de 5 à 15 ans</li> <li>• Nombre moyen de personnes par logement</li> <li>• Proportion de logements qui sont des immeubles d'appartements</li> <li>• Proportion de la population qui est célibataire, divorcée ou veuf/veuve</li> <li>• Proportion de logements dont les habitants ne sont pas propriétaires</li> <li>• Proportion de la population qui a déménagé au cours des 5 dernières années</li> </ul>

Dimension de l'ON-Marg	Définition	Indicateurs inclus
<b>Difficulté matérielle</b>	Incapacité des personnes et communautés à subvenir à leurs besoins matériels de base	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proportion de la population âgée de 20 ans et plus sans diplôme d'études secondaires</li> <li>• Proportion de familles monoparentales</li> <li>• Proportion du revenu total issu de transferts gouvernementaux pour les personnes de 15 ans et plus</li> <li>• Proportion de la population âgée de 15 ans et plus sans emploi</li> <li>• Proportion de la population considérée comme à faible revenu</li> <li>• Proportion de ménages vivant dans des logements nécessitant des réparations</li> </ul>
<b>Dépendance</b>	Concentration de personnes dans une zone dont le revenu ne provient pas d'un emploi, y compris les personnes âgées, les enfants et les adultes dont le travail n'est pas rémunéré	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proportion de la population âgée de 65 ans et plus</li> <li>• Rapport de dépendance (population totale de 0 à 4 ans, de 65 ans et plus/population totale de 15 à 64 ans)</li> <li>• Proportion de la population âgée de 15 ans et plus ne faisant pas partie de la population active</li> </ul>
<b>Concentration ethnique</b>	Concentration de personnes à l'échelle de la zone qui sont des immigrants récents ou des personnes membres d'une minorité visible (selon la définition de Statistique Canada : « les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche »).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proportion de personnes dans la population qui sont des immigrants récents, arrivés au cours des 5 dernières années</li> <li>• Proportion de personnes qui se déclarent comme membres d'une minorité visible</li> </ul>

# Pleins feux sur le dépistage du cancer chez les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain



Diffusion avec l'autorisation de la campagne [Grand Council Treaty #3 Cancer Survivorship Campaign](#)

Par le passé, le cancer était très peu courant chez les Autochtones en Ontario, mais aujourd'hui il est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité (33,34). La *Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain* de Santé Ontario établit le dépistage du cancer comme l'un des sept domaines prioritaires pour l'amélioration des soins de cancérologie (35). Le Partenariat canadien contre le cancer a également indiqué que le manque de programmes de dépistage du cancer pour les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain était l'une des principales lacunes dans la lutte contre le cancer au Canada (36).

Bien que le dépistage du cancer se soit avéré efficace pour réduire le fardeau du cancer et que quatre programmes de dépistage structuré du cancer aient été mis en place en Ontario, les Autochtones de la province sont confrontés à des disparités en matière de dépistage du cancer. Les Premières Nations qui vivent dans des réserves sont moins susceptibles que les autres habitants de l'Ontario de se soumettre à un dépistage du cancer du col de l'utérus, du sein et colorectal (37). Les femmes métisses sont moins susceptibles de se faire dépister pour le cancer colorectal et le cancer du sein que les autres femmes de l'Ontario (27,30,37,38). Bien qu'il n'existe pas de données similaires pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, du sein et colorectal pour les Inuits en Ontario, les autres données sur les Canadiens suggèrent que les Inuits pourraient être moins susceptibles de se faire dépister que le reste de la population (22,39).

Le dépistage du cancer du poumon a été mis en place récemment en Ontario et il n'existe pas de données sur la participation des Premières Nations, des Inuits et des Métis à l'échelle de la population. Ce travail a été fondamental pour décrire le dépistage des Autochtones en Ontario, mais il possède des

limites méthodologiques, comme le manque d'ensembles de données avec des identifiants pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis ou des ensembles de données limités en Ontario; il faut donc se baser sur les codes postaux pour établir approximativement l'identité des Autochtones ainsi que sur les données de participation au dépistage autodéclarées.

De nombreux facteurs peuvent contribuer aux disparités observées en matière de dépistage du cancer chez les Autochtones. Ils peuvent être classés selon les obstacles personnels (connaissance limitée du dépistage du cancer, peur, manque de confiance dans le système de santé), les obstacles communautaires ou interpersonnels (p. ex; priorités concurrentes, expérience négative avec des fournisseurs de soins de santé), les obstacles structurels (manque de fournisseurs de soins de santé dans les communautés ou à proximité, mauvaise intégration des services, difficultés liées aux déplacements à faire pour se faire dépister, absence de respect de la culture dans tout le système de soins de cancérologie) et les facteurs sociaux ou historiques (conséquences du colonialisme, comme les iniquités en santé prévues par la loi découlant des hôpitaux indiens et les traumatismes intergénérationnels découlant des pensionnats) (40–42). D'autres travaux de recherche et d'analyses sont nécessaires pour améliorer l'expérience du dépistage du cancer chez les Autochtones en Ontario.

## Aperçu du travail réalisé par Santé Ontario sur le dépistage du cancer chez les Autochtones

En accord avec la priorité stratégique n° 4 de la *Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain (2019-2023)* de Santé Ontario, l'Unité des soins de cancérologie chez les peuples autochtones (l'Unité) de Santé Ontario poursuit son travail auprès des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones en milieu urbain de tout l'Ontario pour comprendre et éliminer les obstacles au dépistage du cancer. Ce travail comprend des efforts visant à améliorer l'accès et la participation au dépistage, à améliorer la coordination et l'intégration des services de dépistage, et à appuyer des initiatives précises pour améliorer les programmes de dépistage structuré de façon à mieux répondre aux besoins des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones en milieu urbain. Parmi ces efforts, on compte le Rapport d'activités de dépistage de la municipalité et la zone de Sioux Lookout, l'initiative des trousse de test immunochimique fécal de la municipalité et la zone de Sioux Lookout, l'élaboration de ressources pédagogiques distinctes sur le dépistage pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis, et un programme collaboration financé par les Instituts de recherche en santé du Canada visant à comprendre et mieux faciliter le dépistage du cancer dans les communautés autochtones en Ontario. Nous avons fourni un aperçu de trois projets retenus comme exemples du travail de l'Unité avec les partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis et avons précisé le rôle des Autochtones en milieu urbain dans chaque aperçu de projet.

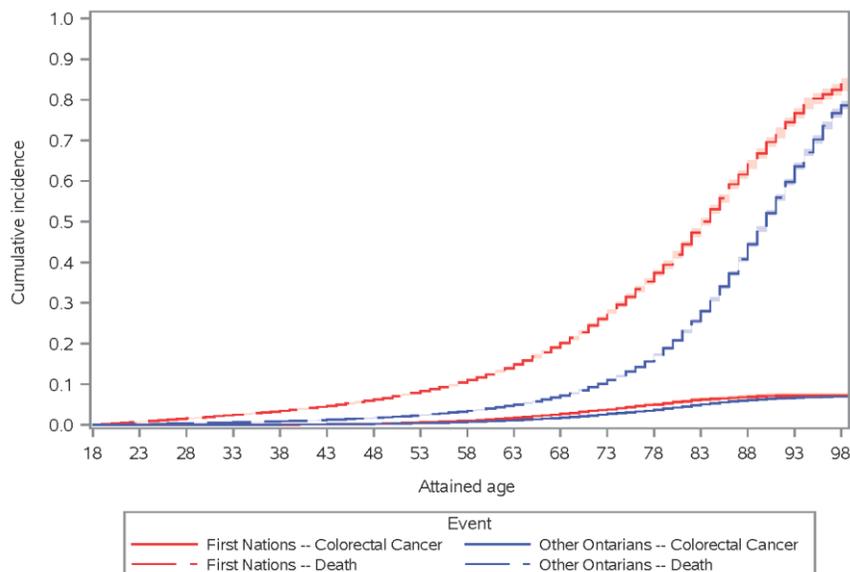
## Projet de recherche « Catching Cancers Early » (détecter le cancer plus tôt)

Le projet de recherche Catching Cancers Early est codirigé par l'Unité de Santé Ontario, des scientifiques des programmes de dépistage de Santé Ontario et de l'Institut de recherche Sunnybrook. Il est financé par les Instituts de recherche en santé du Canada. Il a été mis en place sous la direction du Comité conjoint Action Cancer Ontario et Peuples autochtones (Comité conjoint), qui donne des avis et des conseils à Santé Ontario sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de ses stratégies pour la lutte contre le cancer chez les Autochtones.

Le Comité conjoint a mis la lumière sur les préoccupations des communautés autochtones de l'Ontario, selon lesquelles les cancers visés par les programmes de dépistage se développent chez les membres de leurs communautés avant que ceux-ci n'atteignent l'âge d'admissibilité au dépistage; ces cancers se manifestent à des stades avancés et les membres des communautés rencontrent des difficultés d'accès aux services de dépistage dans la province. Ces rapports sont préoccupants, car le dépistage du cancer s'est avéré efficace pour améliorer les résultats soit en prévenant le développement du cancer soit en le détectant à un stade précoce, lorsque le traitement est plus susceptible d'être efficace. Pour enquêter sur ces préoccupations, l'équipe de recherche a examiné le délai d'attente jusqu'au diagnostic du cancer dans les cohortes de Premières Nations et d'autres personnes de l'Ontario, en tenant compte des décès comme événements concurrents. Les ensembles de données détenus par ICES liés aux ensembles de données sur les

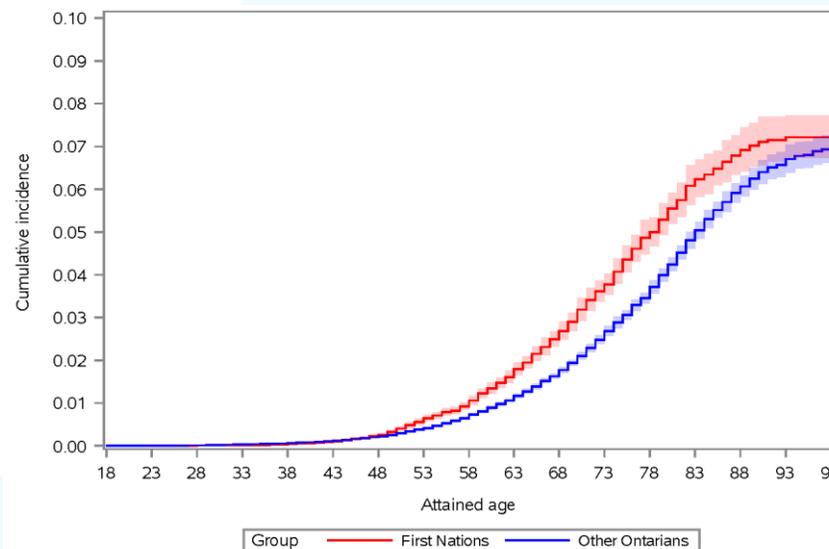
programmes de dépistage de Santé Ontario ont été utilisés. Les ensembles de données sur les Autochtones ont été utilisés conformément aux ententes de gouvernance et de partage des données, et les recherches ont été menées en collaboration avec les communautés. Ce projet comprenait également d'autres objectifs de recherche, dont il est fait état ailleurs.

**Figure 7 : Exemple\* d'incidence cumulative des cancers colorectaux diagnostiqués (événement primaire) et des décès (événement concurrent), comparaison entre les Premières Nations et les autres personnes de l'Ontario**



\* Des courbes similaires ont été produites pour les cancers du sein, du col de l'utérus et du poumon et sont résumées au tableau 8.

**Figure 8 : Exemple\* d'incidence cumulative des cancers colorectaux diagnostiqués en considérant le décès comme un événement concurrent, comparaison entre les Premières Nations et les autres personnes de l'Ontario**



\* Des courbes similaires ont été produites pour les cancers du sein, du col de l'utérus et du poumon et sont résumées au tableau 8.

Les Premières Nations ont 42 % plus de risques de développer un cancer colorectal que les autres personnes de l'Ontario (risque relatif ajusté de 1,42; 95 %; IC 1,32 – 1,53).

Les conclusions de ces travaux confirment les préoccupations des partenaires des Premières Nations concernant les membres de leurs communautés qui développent certains cancers visés par des programmes de dépistage à un plus jeune âge et à des stades plus avancés que le reste de la population ontarienne (voir

figure 8 et tableau 8). Ces conclusions sont préoccupantes et méritent qu'on y porte une attention particulière. Les chercheurs ont partagé leurs résultats avec les programmes de dépistage, qui les examinent actuellement et réfléchissent aux implications pour les recommandations de dépistage des Autochtones en Ontario.

**Tableau 8 : Résumé des conclusions de l'étude : « Catching Cancers Early »**

Type de cancer visé par un programme de dépistage	Âge au moment du diagnostic pour les Premières Nations comparé à l'âge des autres personnes de l'Ontario	Stade du cancer au diagnostic pour les Premières Nations comparé à celui des autres personnes de l'Ontario
<b>Sein</b>	Aucune différence	Aucune différence
<b>Col de l'utérus</b>	Les femmes des Premières Nations sont diagnostiquées à un plus jeune âge	Aucune différence
<b>Colorectal</b>	Les membres des Premières Nations sont diagnostiqués à un plus jeune âge	Les membres des Premières Nations sont diagnostiqués à un stade du cancer plus avancé
<b>Poumon</b>	Les membres des Premières Nations sont diagnostiqués à un plus jeune âge	Les membres des Premières Nations sont diagnostiqués à un stade du cancer plus avancé

Les membres des Premières Nations présentent un risque plus élevé de décès de causes autres que les cancers visés par des programmes de dépistage de Santé Ontario (sein, col de l'utérus, colorectal et poumon).

## *Building Pathways to an Inuit-Informed Lung Cancer Screening Initiative in Ontario*

Ce projet, codirigé par l'Akausivik Inuit Family Health Team et l'Unité des soins de cancérologie chez les peuples autochtones de Santé Ontario, est financé par le Partenariat canadien contre le cancer. Environ 73 % des Inuits du Canada vivent dans 53 communautés dans les régions du Nord du pays et dans l'Inuit Nunangat. Un pourcentage croissant d'Inuits vivent dans d'autres régions du Canada, en particulier dans les centres urbains du Sud (43). Selon le recensement de 2021, la zone Ottawa-Gatineau représente la plus grande population d'Inuits dans un centre urbain du Sud (44). Le Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon (PODCP) est destiné aux personnes âgées de 55 à 74 ans qui ont fumé pendant au moins 20 ans (cumulatifs). Le programme a été lancé après un projet pilote multi-sites destiné aux personnes présentant un risque élevé de cancer du poumon. Environ 4 % des participants au projet pilote se déclaraient membres des Premières Nations, des Inuits ou des Métis, la participation des Inuits étant très faible (45).

Les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis sont souvent sous-représentées dans les programmes de dépistage et rencontrent des obstacles d'accès aux services de

dépistage. Les taux de tabagisme dans ces populations sont les plus élevés de la province (27,30,38). Compte tenu de la forte prévalence du tabagisme et des taux d'incidence accrus du cancer du poumon dans ces populations, des efforts supplémentaires et des stratégies de recrutement adaptées sont nécessaires.

L'Akausivik Inuit Family Health Team, le seul fournisseur de soins primaires inuit de la province, s'est dit inquiet du fait que les critères d'âge établis dans la province étaient trop élevés (en particulier parce que l'espérance de vie des Inuits est de dix ans inférieure à celle du reste de la population au Canada) et que les critères de prévision (au lieu des critères seulement fondés sur l'âge) permettraient d'accroître la participation des Inuits. Ces discussions ont également révélé d'autres obstacles à la participation au dépistage du cancer découlant des déterminants de la santé propres aux Inuits, notamment les enjeux relatifs aux compétences et le manque de confiance dans les systèmes coloniaux.

Les trois objectifs du projet sont les suivants :

- 1) Mieux comprendre les obstacles systémiques des parcours de dépistage du cancer du poumon, de la réception des résultats, au traitement en passant par les soins de suivi pour les Inuits dans la région Ottawa-Champlain de l'Ontario du point de vue a) des fournisseurs de soins de santé qui offrent leurs services aux Inuits et b) des membres de la communauté inuite;
- 2) Examiner les facteurs de risque du cancer du poumon chez les Autochtones et les appliquer au modèle existant de prévision du risque pour évaluer la faisabilité de l'admissibilité à un plus jeune âge pour le dépistage du cancer du poumon dans cette population;

- 3) Utiliser les connaissances acquises pour déterminer un modèle adapté et l'âge de début du dépistage. Les données relatives au 2<sup>e</sup> objectif seront tirées d'un examen des dossiers cliniques de l'Akausivik Inuit Family Health Team pour évaluer le risque pour les Inuits de la région d'Ottawa-Champlain et des données longitudinales de la cohorte de l'étude *Ontario Health Study on First Nations, Inuit and Métis Peoples in the Province*.

## Projet de recherche Métis Cancer Screening Research Project

Le projet Métis Cancer Screening Research Project a été codirigé par la Métis Nation of Ontario, l'Institut de recherche Sunnybrook et l'Unité des soins de cancérologie chez les peuples autochtones des Santé Ontario. Il est financé par les Instituts de recherche en santé du Canada. Intégré à une subvention de politique communautaire de recherche plus vaste des Instituts de recherche en santé du Canada axée sur l'amélioration du dépistage du cancer en Ontario pour les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, le projet Cancer Screening Research Project reposait sur un programme de recherche participative visant à explorer les perceptions et expériences liées au dépistage du cancer dans la Métis Nation of Ontario (citoyens, familles et communauté dans son ensemble).

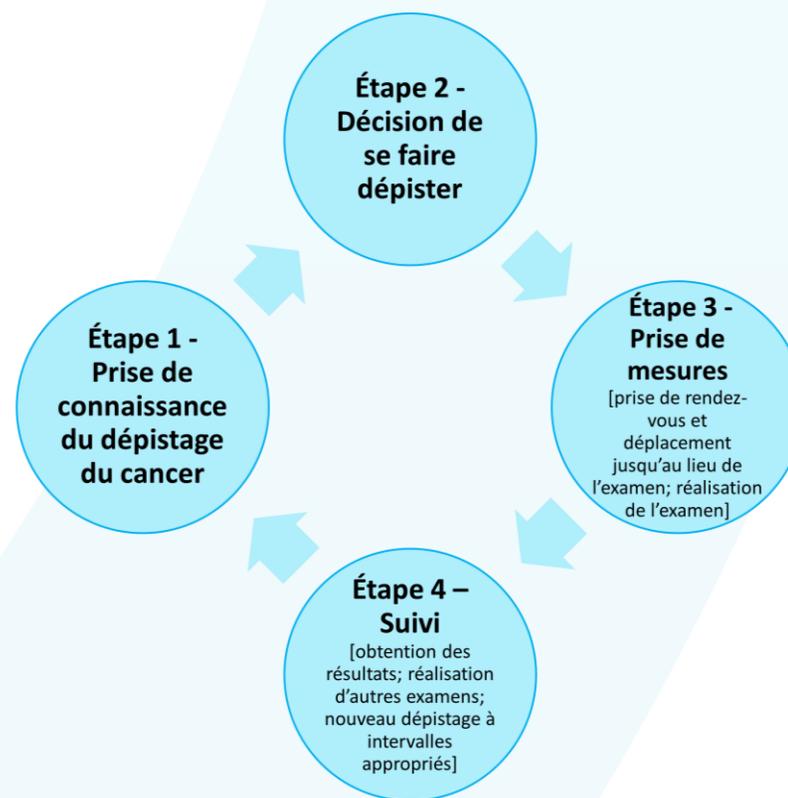
## Relations, gouvernance et processus de recherche

Les partenaires de recherche ont élaboré une entente de collaboration de recherche qui officialisait un engagement envers le respect de la gestion et de la gouvernance collectives et autodéterminées des Métis. Le groupe de travail du projet Métis Cancer Screening Research Project a conçu et mis en œuvre le projet sous la direction continue des dirigeants de chaque partenaire. Un ensemble de méthodes a été utilisé pour découvrir les obstacles et les facteurs facilitant le dépistage du cancer dans les communautés de la Métis Nation of Ontario. Des groupes de discussion et des sondages ont été organisés auprès de 66 travailleurs de première ligne en guérison et mieux-être de la Métis Nation of Ontario et de citoyens de la Métis Nation of Ontario de toute la province.

## Résumé des principales constatations

En se fondant sur le parcours de dépistage du cancer proposition « idéal » comme cadre de référence, les données de recherche ont été analysées de façon collaborative. Le parcours a été simplifié en quatre grandes étapes du dépistage du cancer, selon l'interprétation de la Métis Nation of Ontario (figure 9).

Figure 9 : Principales étapes du parcours de dépistage du cancer, selon l'interprétation des citoyens de la Métis Nation of Ontario



Les facteurs qui entravent la participation au dépistage du cancer parmi les citoyens de la Métis Nation of Ontario, ainsi que ceux qui la facilitent, ont été déterminés en lien avec ce parcours simplifié. Trois facteurs généraux qui sont au cœur des expériences de dépistage du cancer parmi les citoyens de la Métis Nation of Ontario ont été repérés et sont inclus avec une citation représentative de participants.

- 1) Sensibilisation et perceptions (p. ex., éducation nécessaire aux fournisseurs qui offrent leurs services aux citoyens de la Métis Nation of Ontario sur la culture métisse et les expériences de soins de santé; éducation sur le dépistage nécessaire aux citoyens de la Métis Nation of Ontario).

**« ... Dans la communauté métisse, vous devez trouver une façon créative d'établir des liens... En racontant des histoires ou en utilisant le symbolisme... Vous pouvez ainsi faire mouche... C'est un petit peu mieux qu'avec une affiche ou une publicité présentant des statistiques... » (personnel de guérison et de mieux-être de la Métis Nations of Ontario)**

- 2) Accès aux services de dépistage du cancer (p. ex., facteurs géographiques et socioéconomiques qui compliquent l'accès aux soins primaires et au dépistage).

**« Je pense qu'un obstacle énorme dans le Nord, dont j'entends parler systématiquement, est le transport [...] pour les Métis. Trouver un moyen de se rendre au centre de dépistage. Ce n'est pas facile. Ils ne peuvent pas simplement sauter dans un bus pour s'y rendre. » (citoyen de la Métis Nations of Ontario)**

- 3) Respect de la culture dans les services de dépistage du cancer (p. ex., respect de la culture parmi les fournisseurs et les systèmes de santé nécessaire pour respecter et soutenir les citoyens de la Métis Nation of Ontario tout au long du processus de dépistage).

**« On est traités comme un morceau de viande, c'est l'usine, aucune information n'est transmise à la famille ou au patient tout au long du processus, on se sent tellement bousculés [...] » (citoyen de la Métis Nations of Ontario)**

Ces travaux de recherche ont permis de repérer les principales lacunes en matière de services et d'établir des stratégies fondées sur la culture pour améliorer les services de dépistage du cancer dans la Métis Nation of Ontario. Plusieurs recommandations visant à améliorer l'adoption du dépistage du cancer pour la Métis Nation of Ontario ont été proposées. Elles sont décrites dans [le rapport de recherche communautaire](#) (en anglais seulement).

## Dépistage du cancer chez les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain : Ressources axées sur le cancer et le dépistage

### Trousse à outils sur le cancer et le dépistage

La [trousse à outils](#) aide les personnes à aborder le thème du dépistage du cancer avec leurs fournisseurs de soins de santé. Elle contient des renseignements sur le cancer adaptés à la culture des Premières Nations, des Inuits et des Métis et est aussi destinée aux fournisseurs de soins de santé.



# Rendement des programmes ontariens de dépistage du cancer : 2017 à 2021

---



## Cadre d'évaluation intégré et indicateurs

En 2008, avec l'aide d'Action Cancer Ontario (devenu Santé Ontario), le Partenariat canadien contre le cancer, par l'intermédiaire du Groupe de travail sur les mesures de rendement en matière de dépistage, a élaboré un cadre d'évaluation intégré pour les programmes canadiens de dépistage du cancer (46). Ce cadre a été adopté par d'autres programmes de dépistage. Il vise à favoriser l'uniformisation de la présentation, du calcul et de l'interprétation des mesures de rendement des programmes de dépistage du cancer. Le cadre recense cinq domaines de rendement du parcours de dépistage, chacun d'entre eux ayant des indicateurs de rendement recommandés. Le présent rapport y a recours pour présenter les données fournies par les indicateurs de rendement clés des programmes de dépistage du cancer.

**Tableau 9 : Cadre d'évaluation du programme de dépistage du cancer**

Domaine	Mesures de rendement recommandées
<b>Couverture</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Participation</li><li>• Fidélisation</li></ul>
<b>Suivi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proportion des résultats anormaux</li><li>• Suivi des résultats anormaux</li><li>• Intervalle de diagnostic (temps écoulé entre l'obtention de résultats anormaux au test de dépistage et le diagnostic)</li></ul>
<b>Qualité du dépistage</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sensibilité du test de dépistage</li><li>• Valeur prédictive positive du test de dépistage</li></ul>
<b>Détection</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Taux de détection des changements précancéreux</li><li>• Taux de détection de cancers invasifs</li></ul>
<b>Étendue de la maladie au moment du diagnostic</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Taux de détection des cancers invasifs à un stade précoce</li></ul>

# Compréhension du rendement du dépistage du cancer dans le contexte de la pandémie de COVID-19

Le 11 mars 2020, l'épidémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) a été déclarée comme une pandémie mondiale touchant les pays du monde entier, y compris le Canada. En mars 2020, le gouvernement du Canada a ordonné à tous les hôpitaux et les professionnels de la santé de réduire les services cliniques non urgents pour limiter la transmission de la COVID-19 et préserver les capacités du système de santé pour traiter les personnes atteintes de la COVID-19 et d'autres maladies graves. En réponse, Santé Ontario a recommandé que tous les services de dépistage de routine soient reportés au 23 mars 2020. L'organisme a suspendu l'envoi des lettres sur le dépistage du cancer (excepté les lettres sur les résultats normaux et anormaux) et des trousse de tests immunochimiques fécaux.

Après la diminution des transmissions de COVID-19 en Ontario fin mai 2020, la reprise progressive des services de santé qui avaient été reportés a été autorisée. Santé Ontario a publié plusieurs documents d'orientation clinique sur la pandémie à l'appui des programmes régionaux de cancérologie, des fournisseurs de soins de santé et des partenaires du système de santé concernant le report, la priorisation et la reprise progressive des services de dépistage du cancer et de diagnostic connexes pendant toutes les vagues de la pandémie.

À la suite de la directive de suspendre les services de santé non urgents, y compris le dépistage du cancer, des diminutions

considérables du volume global d'exams de dépistage du cancer et des procédures de suivi ont été déclarées (47–51). Les services de dépistage ont été suspendus du 23 mars au 26 mai 2020, avec une approche graduelle de reprise selon les directives de Santé Ontario.

Alors que certains programmes ont pu rattraper les volumes de dépistage d'avant la pandémie rapidement, d'autres programmes ont eu besoin de plus de temps. Par exemple, les volumes de dépistage du cancer du col de l'utérus pourraient être influencés par les difficultés actuelles d'accès aux consultations en personne auprès de fournisseurs de soins de santé en raison des transitions vers des modèles de soins virtuels et des possibilités limitées de recevoir des soins préventifs durant les vagues de la pandémie. La reprise des envois de trousse de TIF a également été progressive, pour s'assurer que les services de santé en aval ne seraient pas surchargés. La priorité initiale était de rattraper les arriérés des demandes de trousse qui se sont accumulées pendant que les services de dépistage étaient suspendus, et les fournisseurs de soins primaires n'ont pu demander de nouvelles trousse de TIF pour toutes les personnes admissibles qu'à partir du 20 octobre 2020. De plus, la reprise complète de toutes les campagnes d'envoi de lettres n'a été effective qu'en septembre 2021.

Santé Ontario continue de soutenir la reprise des services de dépistage du cancer par le biais d'initiatives continues visant à réduire les arriérés et à promouvoir l'adoption du dépistage du cancer parmi les personnes admissibles, notamment en diffusant des outils de planification mensuels pour tous les programmes afin d'aider les programmes régionaux de cancérologie à surveiller et gérer les arriérés des services de dépistage. Parmi les activités supplémentaires : des encarts ajoutés aux lettres pour promouvoir le dépistage, la traduction des documents de

sensibilisation au dépistage du cancer dans un plus grand nombre de langues et l'offre d'outils supplémentaires aux fournisseurs de soins primaires, comme des scripts pour les appels aux patients

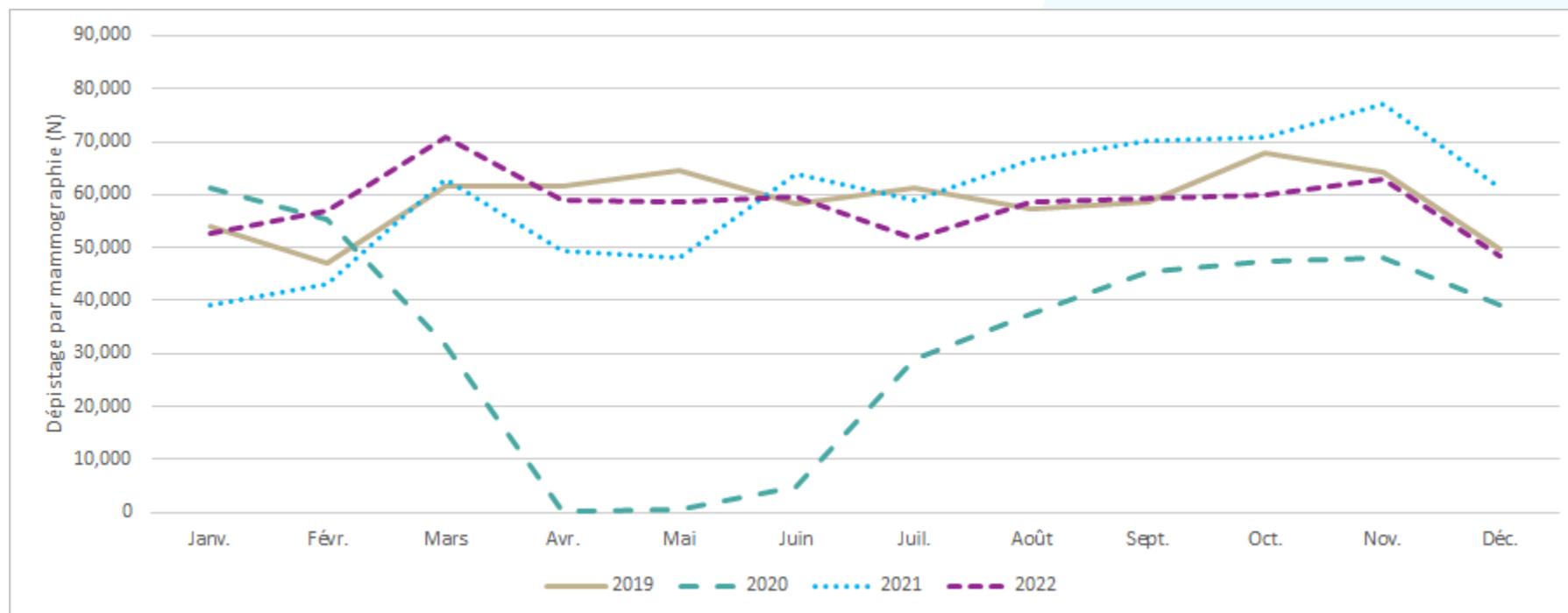
en retard pour leur dépistage et des images à diffuser sur les écrans des salles d'attente.

## Rendement du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) et du PODCS pour les personnes présentant un risque élevé



## Volumes du PODCS

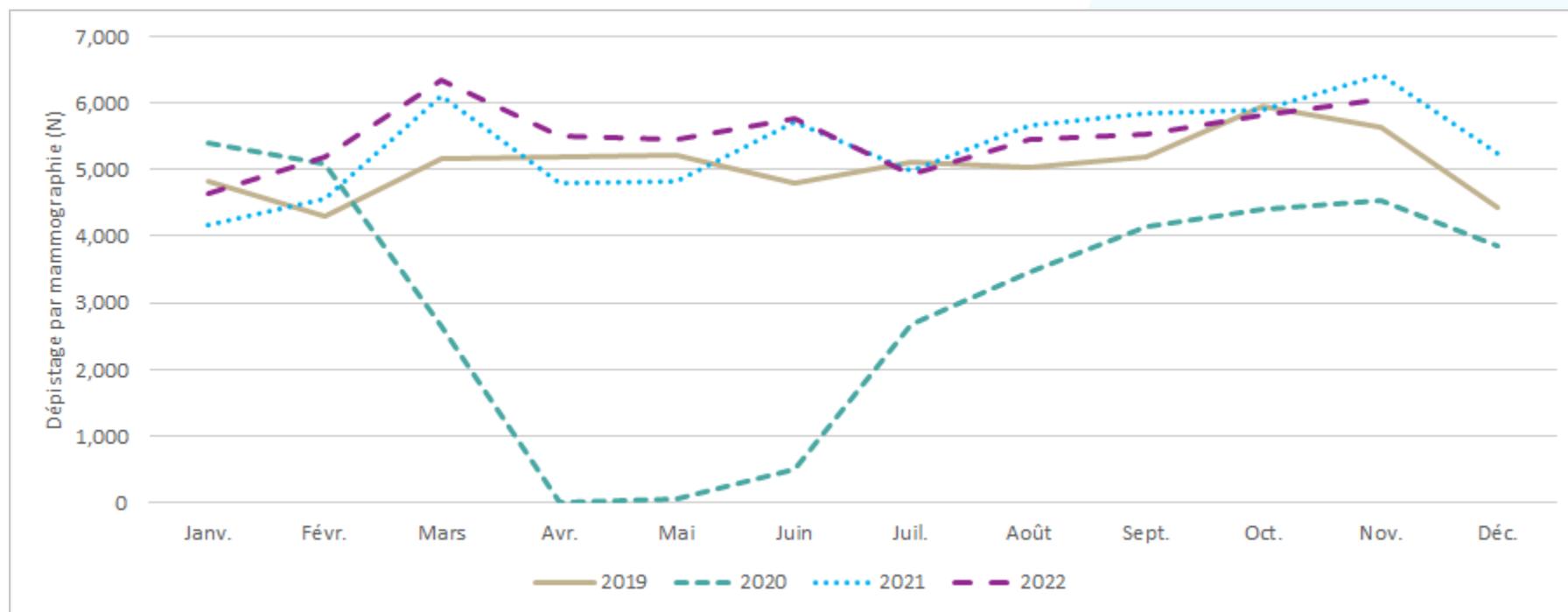
**Figure 10 : Nombre de mammographies réalisées dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) et du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les personnes présentant un risque élevé, par mois, de 2019 à 2022**



Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 3](#) à l'annexe 1.

Les volumes des mammographies ont été considérablement réduits de mars à mai 2020 en raison de la suspension des services de santé non urgents ou urgents en Ontario au cours de cette période. La reprise des volumes a commencé en juin 2020 une fois que les services de dépistage du cancer ont été rétablis progressivement, mais en décembre 2020, les volumes de mammographies étaient encore en dessous des niveaux de 2019. Les volumes ont commencé à se rapprocher ou à dépasser les niveaux d'avant la pandémie à la moitié de l'année 2021, avec certaines fluctuations correspondant aux vagues de la pandémie et aux tendances régulières en matière de dépistage (p. ex., habitudes de déplacement en hiver et en été, fluctuations des volumes de rappel).

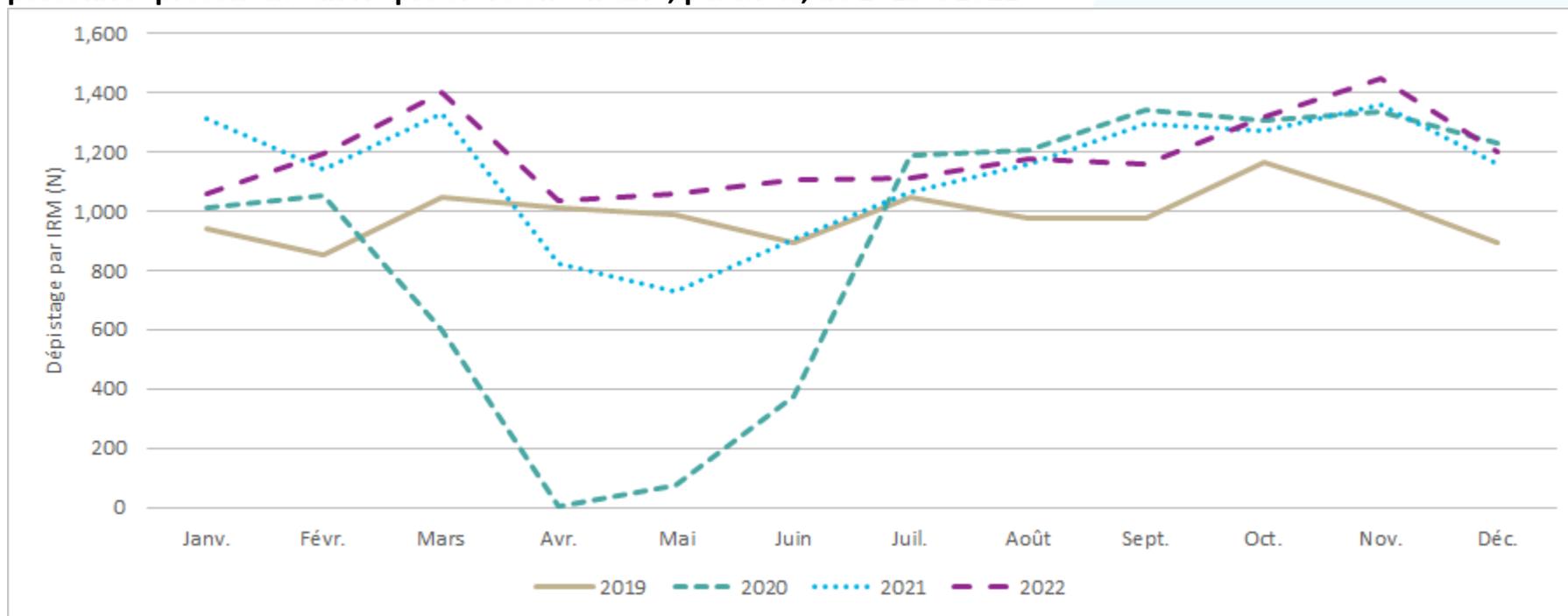
**Figure 11 : Nombre de mammographies de dépistage révélant des résultats anormaux avec une évaluation de la santé mammaire réalisées en Ontario, par mois, de 2019 à 2022**



Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 4](#) à l'annexe 1.

Le volume de mammographies de dépistage révélant des résultats anormaux dans le cadre du PODCS suivies par une évaluation de la santé mammaire a été influencé par la pandémie de COVID-19 et la suspension des services de dépistage du cancer de routine de mars à mai 2020. La reprise des volumes a commencé en juin 2020 à mesure que les services de dépistage ont été rétablis progressivement, mais en décembre 2020, les volumes étaient encore en dessous des niveaux de 2019. La reprise des volumes a été totale début 2021. Les évaluations de la santé mammaire pour les personnes ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie de dépistage dans le cadre du PODCS ont été considérées comme hautement prioritaires dans les documents d'orientation clinique de Santé Ontario sur la priorisation des services de dépistage du cancer du sein durant la pandémie de COVID-19.

**Figure 12 : Nombre d'examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisés dans le cadre du PODCS pour les personnes présentant un risque élevé en Ontario, par mois, de 2019 à 2022**

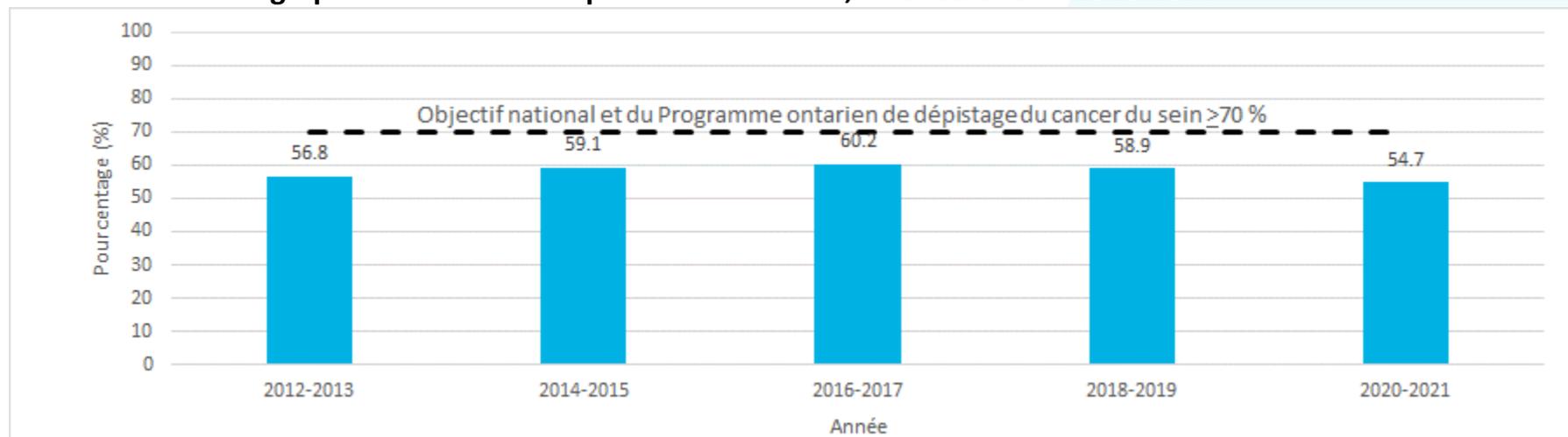


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 5](#) à l'annexe 1.

Le volume d'IRM réalisées dans le cadre du PODCS pour les personnes présentant un risque élevé a été influencé par la pandémie de COVID-19 et la suspension des services de dépistage de routine qui a eu lieu de mars à mai 2020, mais les volumes d'avant la pandémie ont été rattrapés d'ici juillet 2020. Le volume d'IRM réalisées dans le cadre du PODCS pour les personnes présentant un risque élevé a repris plus rapidement que les volumes de mammographie de dépistage, car ces services étaient prioritaires selon les documents d'orientation clinique sur la COVID-19 de Santé Ontario. De plus, comme il y a moins de personnes admissibles au PODCS pour les personnes présentant un risque élevé, l'arriéré dû à la pandémie était probablement moins important.

# Couverture du PODCS

**Figure 13 : Pourcentage de femmes en Ontario\* âgées de 21 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont effectué au moins une mammographie au cours d'une période de 30 mois, de 2012-2013 à 2020-2021**



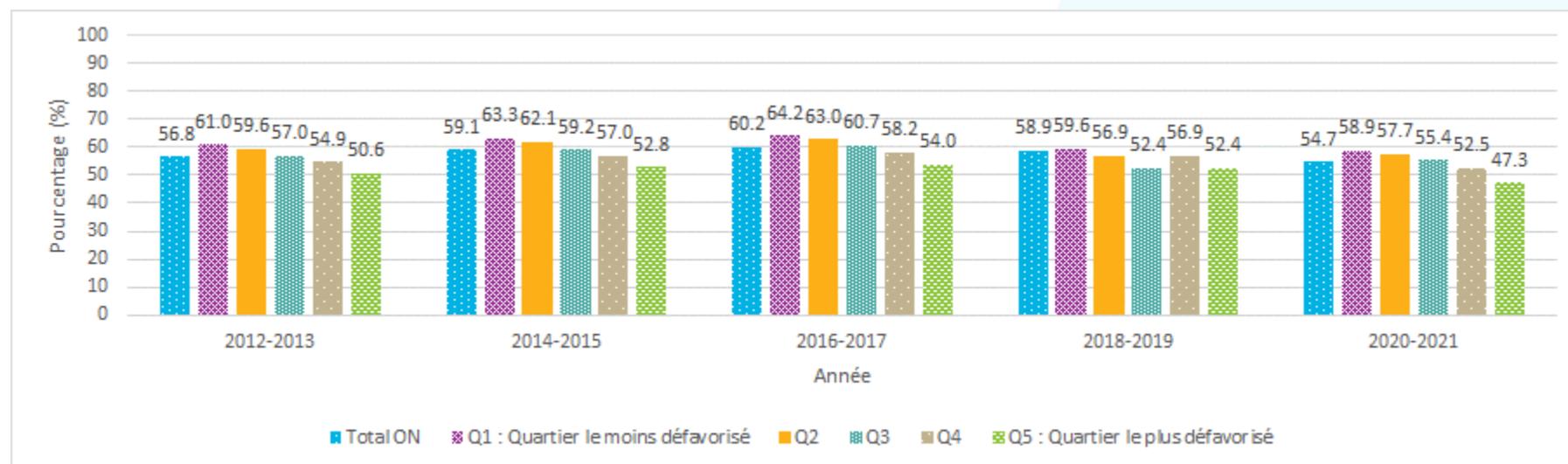
\* La population admissible au dépistage pour cet indicateur est calculée à l'aide des données du Régime d'assurance-santé de l'Ontario qui définit le sexe comme « femme » ou « homme » seulement. Cette définition binaire représente une limite des données, car elle définit le sexe d'une façon non inclusive de toutes les diversités de genres (p. ex., personnes trans, non binaires et bispirituelles) et pourrait entraîner l'exclusion de certaines personnes qui sont admissibles au dépistage du cancer du sein, ainsi que l'inclusion de certaines personnes qui ne le sont pas.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 6](#) à l'annexe 1.

En 2020-2021, 54,7 % des personnes admissibles au dépistage en Ontario avaient passé au moins une mammographie de dépistage sur une période de 30 mois. Le rendement pour 2020-2021 est inférieur à l'objectif du PODCS qui est d'obtenir un taux égal ou supérieur à 70 % (52). Le taux participation au dépistage du cancer du sein a varié au fil du temps, il était de 56,8 % en 2012-2013, puis est passé à 60,2 % en 2016-2017 avant de diminuer à nouveau. La diminution observée en 2018-2019 (58,9 %) et en 2020-2021 (54,7 %) est probablement due à la suspension des services de dépistage du cancer pendant la première vague de COVID-19 et à la priorisation des services selon le risque de cancer du sein conformément au document d'orientation clinique sur la pandémie de Santé Ontario pendant les vagues suivantes. Les dépistages réalisés en dehors PODCS continuent de diminuer au fil du temps, avec seulement 2,1 % de toutes les mammographies de dépistage du cancer du sein réalisées en dehors du programme en 2020-2021 (données non présentées). Cela signifie que la plupart des personnes bénéficiant d'un dépistage du cancer du sein en Ontario profitent pleinement d'un programme de dépistage structuré.

## Participation au PODCS – analyses sur l'équité : Difficulté matérielle

**Figure 14 : Pourcentage de femmes en Ontario\* âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont effectué au moins une mammographie au cours d'une période de 30 mois, par niveau de difficulté matérielle, de 2012-2013 à 2020-2021**



\* La population admissible au dépistage pour cet indicateur est calculée à l'aide des données du Régime d'assurance-santé de l'Ontario qui définit le sexe comme « femme » ou « homme » seulement. Cette définition binaire représente une limite des données, car elle définit le sexe d'une façon non inclusive de toutes les diversités de genres (p. ex., personnes trans, non binaires et bispirituelles) et pourrait entraîner l'exclusion de certaines personnes qui sont admissibles au dépistage du cancer du sein, ainsi que l'inclusion de certaines personnes qui ne le sont pas.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 7](#) à l'annexe 1.

Au cours de la plupart des années de déclaration, on a observé un lien entre la participation au dépistage du cancer du sein et les difficultés matérielles. Les personnes vivant dans des quartiers plus défavorisés présentaient des taux de participation au dépistage du cancer du sein inférieurs à ceux des personnes vivant dans des quartiers moins défavorisés. Les taux de participation au dépistage du cancer du sein dans les quartiers les plus défavorisés (Q5) étaient inférieurs aux taux de participation globale en Ontario et à l'objectif du PODCS qui est d'obtenir un taux égal ou supérieur à 70 % (52). L'écart dans la participation au dépistage entre les personnes vivant dans les quartiers les moins défavorisés (Q1) et celles vivant dans les quartiers les plus défavorisés (Q5) est demeuré relativement uniforme, passant de 10,2 % en 2012-2013 à 10,5 % en 2018-2019, mais il a augmenté à 11,5 % en 2020-2021. Cela pourrait être lié à l'aggravation des disparités en matière de santé observées pendant la pandémie de COVID-19.

## Participation au PODCS – analyses sur l'équité : Concentration ethnique

**Figure 15 : Pourcentage de femmes en Ontario\* âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont effectué au moins une mammographie au cours d'une période de 30 mois, par concentration ethnique, de 2012-2013 à 2020-2021**

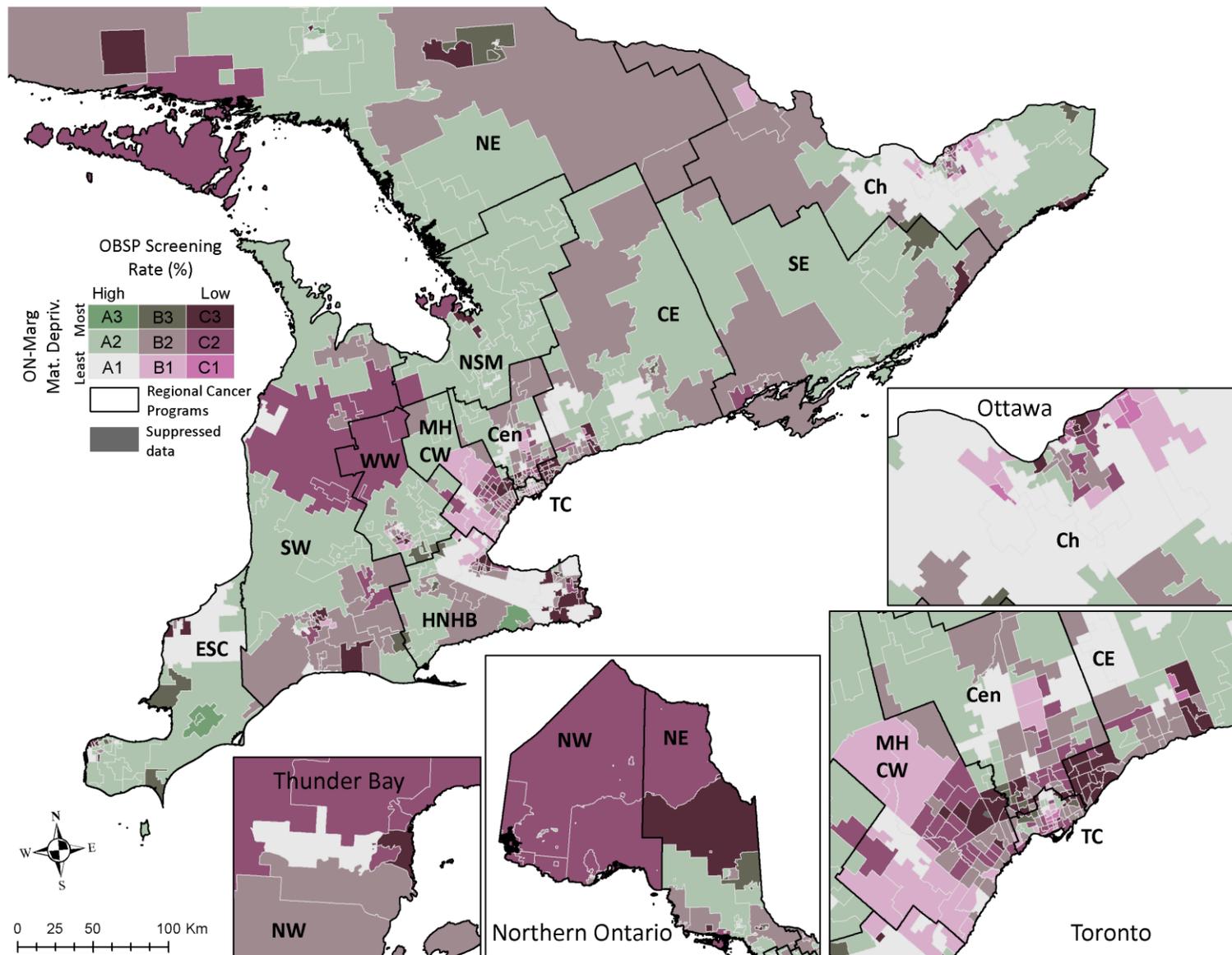


\* La population admissible au dépistage pour cet indicateur est calculée à l'aide des données du Régime d'assurance-santé de l'Ontario qui définit le sexe comme « femme » ou « homme » seulement. Cette définition binaire représente une limite des données, car elle définit le sexe d'une façon non inclusive de toutes les diversités de genres (p. ex., personnes trans, non binaires et bispirituelles) et pourrait entraîner l'exclusion de certaines personnes qui sont admissibles au dépistage du cancer du sein, ainsi que l'inclusion de certaines personnes qui ne le sont pas.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 8](#) à l'annexe 1.

Sur toutes les années de déclaration, les personnes vivant dans les quartiers à la plus forte concentration ethnique (Q5) présentaient des taux de participation au dépistage du cancer du sein inférieurs à ceux des personnes vivant dans des quartiers à la concentration ethnique moins importante. Les taux de participation au dépistage du cancer du sein dans les quartiers à la plus forte concentration ethnique (Q5) étaient inférieurs aux taux de participation globale en Ontario et à l'objectif du PODCS qui est d'obtenir un taux égal ou supérieur à 70 % (52). L'écart dans la participation au dépistage entre les personnes vivant dans des quartiers à la moins forte concentration ethnique (Q1) et celles vivant dans les quartiers à la plus forte concentration ethnique (Q5) a diminué, passant de 5,8 % en 2012-2013 à environ 4 % en 2014-2015 et 2016-2017, mais le taux a augmenté à 7 % en 2020-2021. Cela pourrait être lié à l'aggravation des disparités en matière de santé observées pendant la pandémie de COVID-19.

**Figure 16 : Carte présentant le pourcentage de femmes en Ontario\* âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont effectué au moins une mammographie au cours d'une période de 30 mois, par niveau de difficulté matérielle**



Programmes régionaux de cancérologie : ESC = Erie St. Clair, SW = Sud-Ouest, WW = Waterloo Wellington, HNHB = Hamilton Niagara Haldimand Brant, CW = Centre Ouest, MH = Mississauga Halton, TC = Toronto Centre, Cen = Centre, CE = Centre Est, SE = Sud-Est, Ch= Champlain, NSM = North Simcoe Muskoka, NE = Nord-Est, NW = Nord-Ouest

Remarques sur les données : Les quartiers sont cartographiés à l'échelle de la région de tri d'acheminement. Les données sur la participation concernent la période de déclaration 2020-2021. Carte en plages à deux variables (grisées). Les principales frontières reflètent les limites des programmes régionaux de cancérologie. Si vous avez besoin de données dans un autre format, veuillez nous envoyer un courriel ([OH-CCO\\_ScreeningPerformanceReport@OntarioHealth.ca](mailto:OH-CCO_ScreeningPerformanceReport@OntarioHealth.ca)).

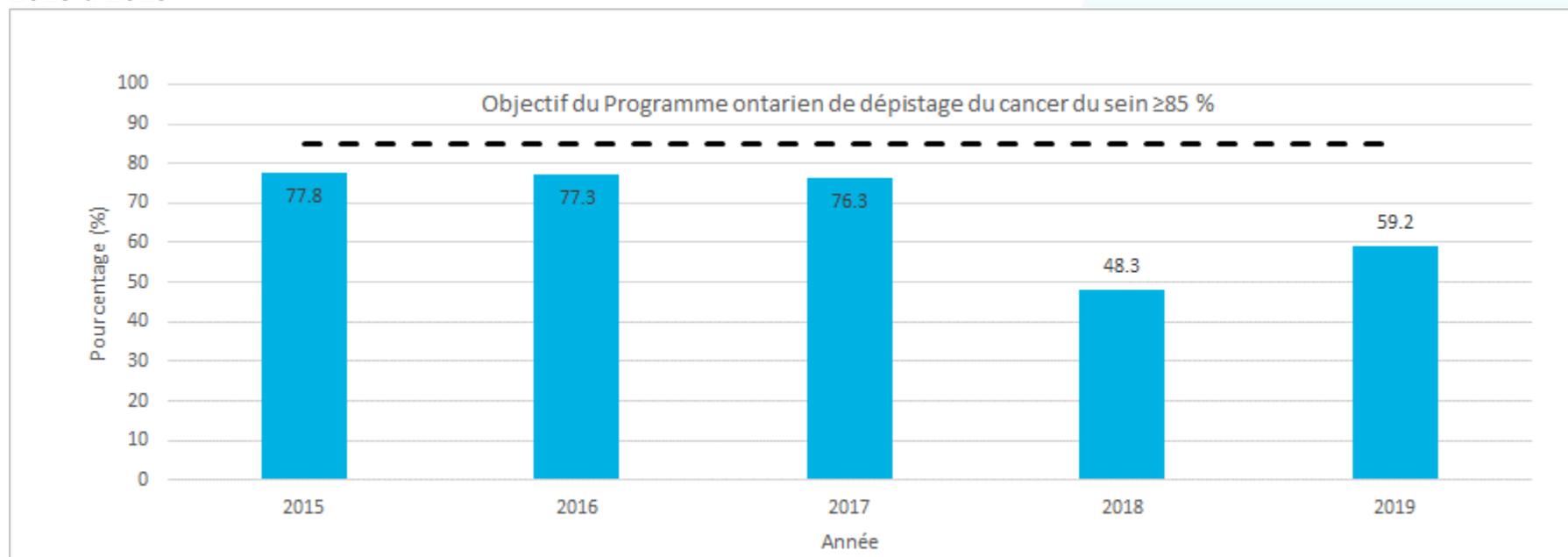
### Participation au dépistage du cancer du sein

- **A (forte participation) : >57,8 %**
- **B (participation moyenne) : 52,5 % à 57,8 %**
- **C (faible participation) : <52,5 %**

\* La population admissible au dépistage pour cet indicateur est calculée à l'aide des données du Régime d'assurance-santé de l'Ontario qui définit le sexe comme « femme » ou « homme » seulement. Cette définition binaire représente une limite des données, car elle définit le sexe d'une façon non inclusive de toutes les diversités de genres (p. ex., personnes trans, non binaires et bispirituelles) et pourrait entraîner l'exclusion de certaines personnes qui sont admissibles au dépistage du cancer du sein, ainsi que l'inclusion de certaines personnes qui ne le sont pas.

À l'intérieur des frontières de chaque programme régional de cancérologie, il y a des zones de forte participation au dépistage avec un faible niveau de difficulté matérielle, ainsi que des zones de faible participation au dépistage avec un fort niveau de difficulté matérielle. Les programmes régionaux de cancérologie du Nord-Ouest et du Nord-Est ont une grande proportion de quartiers aux plus forts niveaux de difficulté matérielle avec un faible taux de participation au dépistage du cancer du sein (moins de 52,5 %), y compris la zone autour de Thunder Bay. Il y a aussi des regroupements de quartiers ayant le plus fort niveau de difficulté matérielle avec un faible taux de participation au dépistage dans toute la région du Grant Toronto, y compris des quartiers autour du centre-ville (Programme régional de cancérologie de Toronto Centre), l'Ouest de North York et le Nord d'Etobicoke (Programme régional de cancérologie du Centre), Scarborough et des parties d'Oshawa (Programme régional de cancérologie du Centre-Est), Brampton et Mississauga (Programmes régionaux de cancérologie de Mississauga Halton et du Centre-Ouest).

**Figure 17 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont effectué une nouvelle mammographie dans les 30 mois suivant une précédente mammographie dans le cadre du programme, de 2015 à 2019**

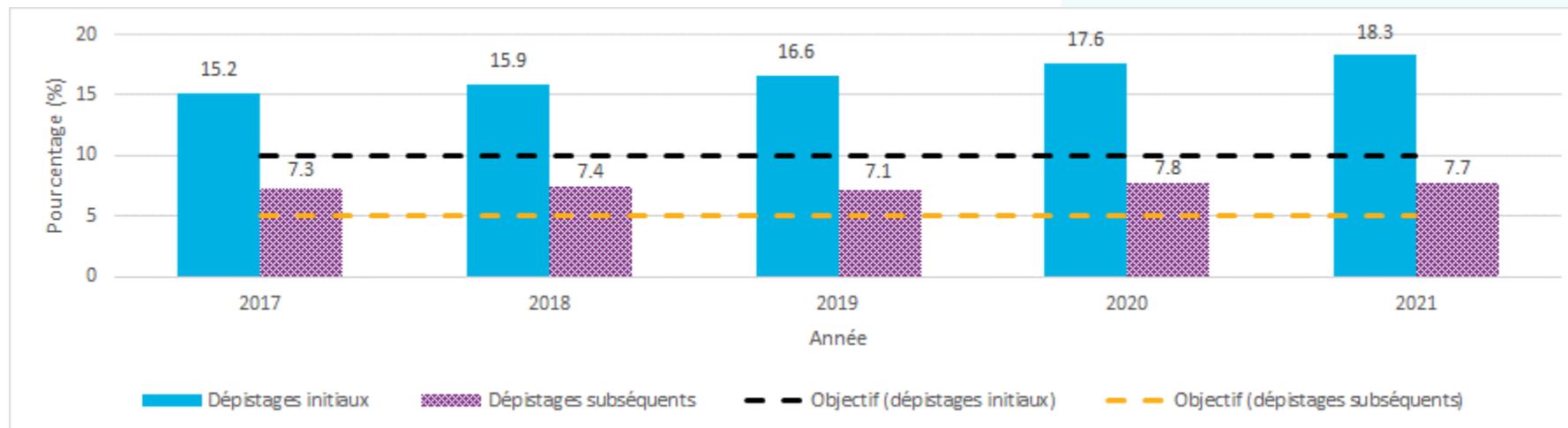


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 9](#) à l'annexe 1.

Le taux de fidélisation du Programme de dépistage du cancer du sein a diminué (s'est aggravé) passant de 77,8 % en 2015 à 59,2 % en 2019 et n'a pas permis d'atteindre l'objectif du PODCS qui est de  $\geq 85$  % (52). Le taux de fidélisation était stable à environ 76 à 78 % de 2015 à 2017, mais il est passé à 48,3 % en 2018. L'année de déclaration 2018 reflète les personnes pour qui il aurait été temps de faire un nouveau dépistage en 2020. Par conséquent, cette baisse peut être due aux répercussions de la pandémie, y compris la suspension des services de dépistage du cancer pendant la première vague, le report du dépistage par les participants ou les fournisseurs pendant les vagues suivantes, la priorisation du dépistage pour les personnes présentant un risque élevé de cancer du sein selon le document d'orientation sur la pandémie de Santé Ontario, et la suspension et la reprise progressive de l'envoi de courriers sur le dépistage du cancer. Le taux de fidélisation s'est amélioré de plus de 10 points de pourcentage de 2018 à 2019, ce qui suggère que la fidélisation commence à reprendre.

## PODCS : Suivi des résultats anormaux

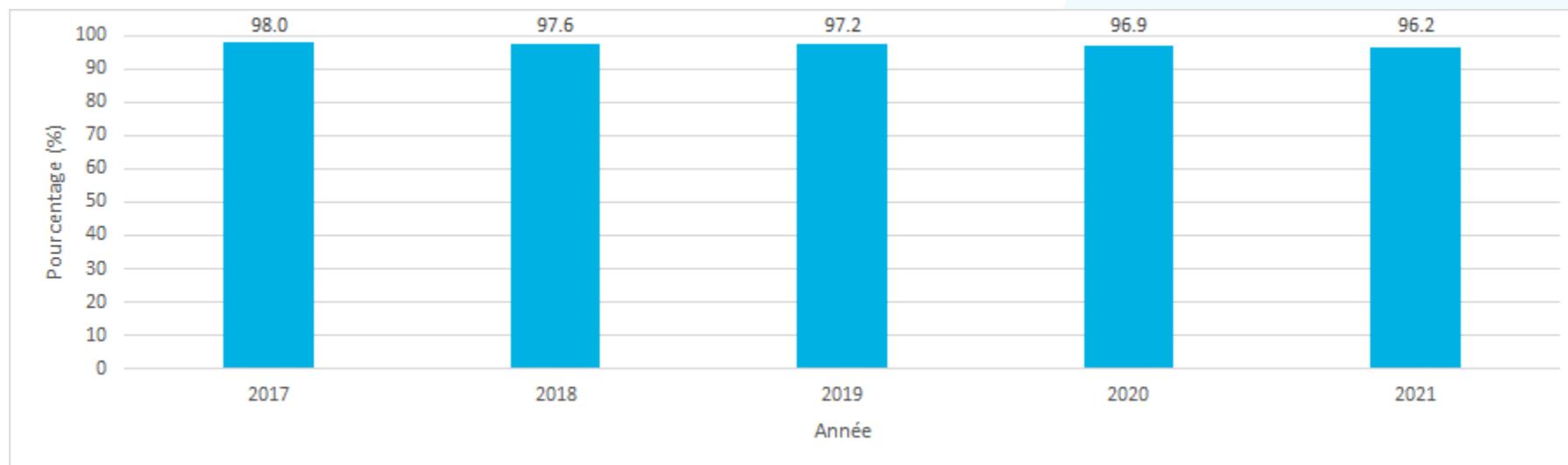
**Figure 18 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont obtenu des résultats anormaux à une mammographie dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein, de 2017 à 2021**



Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 10](#) à l'annexe 1.

Le taux de rappel pour anomalie mesure le pourcentage de participants au PODCS qui se sont vu prescrire des examens complémentaires après l'obtention de résultats anormaux à la mammographie de dépistage. Cet indicateur est une mesure importante du rendement du programme de dépistage, car les programmes de dépistage ayant des taux de rappel pour anomalie très faibles pourraient avoir des taux de détection du cancer plus faibles et des taux de cancer après dépistage plus élevés, et les programmes ayant des taux de rappel pour anomalie très élevés pourraient avoir des taux de potentiels préjudices aux participants plus élevés. Dans le cadre du PODCS, le taux de rappel pour anomalie aux dépistages initiaux est passé de 15,2 % en 2017 à 18,3 % en 2021. Le rendement relatif à cet indicateur n'a pas permis d'atteindre l'objectif du programme qui est de moins de 10 % (52). Le taux de rappel pour anomalie aux dépistages subséquents est demeuré stable de 2017 (7,3 %) à 2019 (7,1 %) et a augmenté en 2020 (7,8 %) et 2021 (7 %). Le taux de rappel pour anomalie aux dépistages subséquents n'a pas permis d'atteindre l'objectif national ou celui du programme, qui est de moins de 5 % (52). La hausse du taux de rappel pour anomalie aux dépistages subséquents en 2020 et 2021 pourrait refléter la priorité accordée aux mammographies pour les participants présentant un risque accru de dépistage du cancer du sein pendant la pandémie, selon le document d'orientation de Santé Ontario.

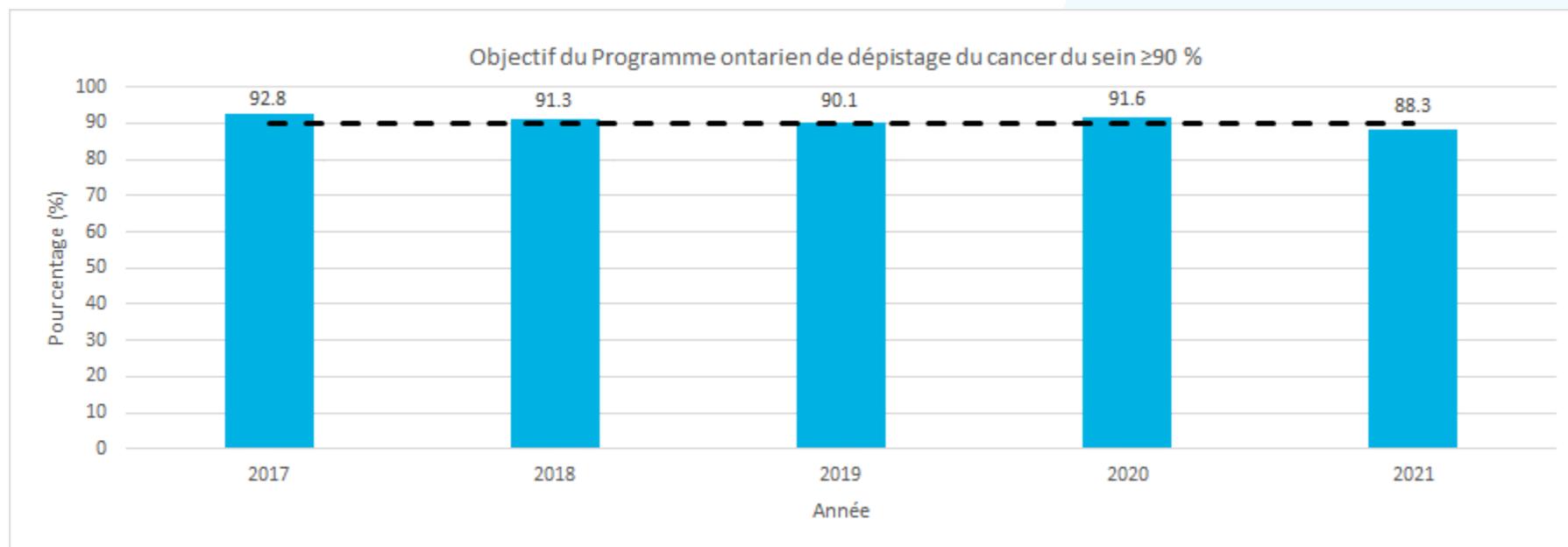
**Figure 19 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie effectuée dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein qui ont reçu un diagnostic (tumeur bénigne ou cancer) dans les 6 mois suivant la date de réception de ces résultats, de 2017 à 2021**



Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 11](#) à l'annexe 1.

Le pourcentage de personnes ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie effectuée dans le cadre du PODCS qui ont reçu un diagnostic ferme dans les 6 mois est demeuré invariablement élevé (plus de 95 %) depuis 2017. Le rendement stable relatif à cet indicateur pendant la pandémie de COVID-19 en 2020 et 2021 reflète probablement la priorité accordée au suivi des résultats anormaux de mammographies selon le document d'orientation de Santé Ontario.

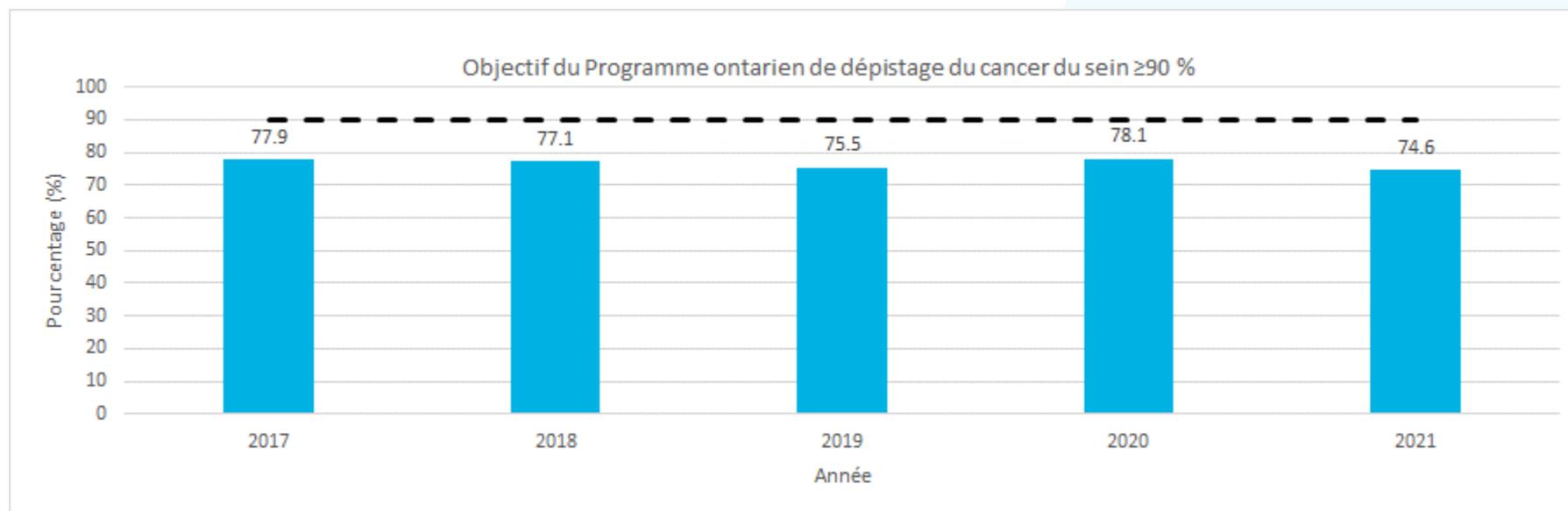
**Figure 20 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie effectuée dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein qui n’ont pas eu besoin de biopsie et qui ont reçu un diagnostic (tumeur bénigne ou cancer) dans les 5 semaines suivant la date de réception de ces résultats, de 2017 à 2021**



Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 12](#) à l’annexe 1.

Le pourcentage de personnes ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie effectuée dans le cadre du PODCS qui n’ont pas eu besoin de biopsie et qui ont reçu un diagnostic ferme dans les 5 semaines était de 88,3 % en 2021. C’est la première fois depuis 2017 que le rendement n’a pas permis d’atteindre l’objectif du programme qui est de 90 % ou plus (52). La baisse du rendement en 2021 pourrait refléter le nombre supérieur de mammographies avec résultats anormaux en 2021 pour lesquelles il n’a pas été nécessaire de réaliser une biopsie, ce qui pourrait avoir entraîné des délais d’attente supérieurs pour les services d’évaluation de la santé mammaire. Cette baisse du rendement peut aussi être en partie due aux difficultés généralisées liées aux ressources humaines dans le domaine de la santé qui existent actuellement dans le système de santé de l’Ontario, qui peuvent avoir eu des répercussions sur les délais d’attente pour les services d’évaluation de la santé mammaire et de diagnostic.

**Figure 21 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie effectuée dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein qui ont eu besoin d'une biopsie et qui ont reçu un diagnostic (tumeur bénigne ou cancer) dans les 7 semaines suivant la date de réception de ces résultats, de 2017 à 2021**

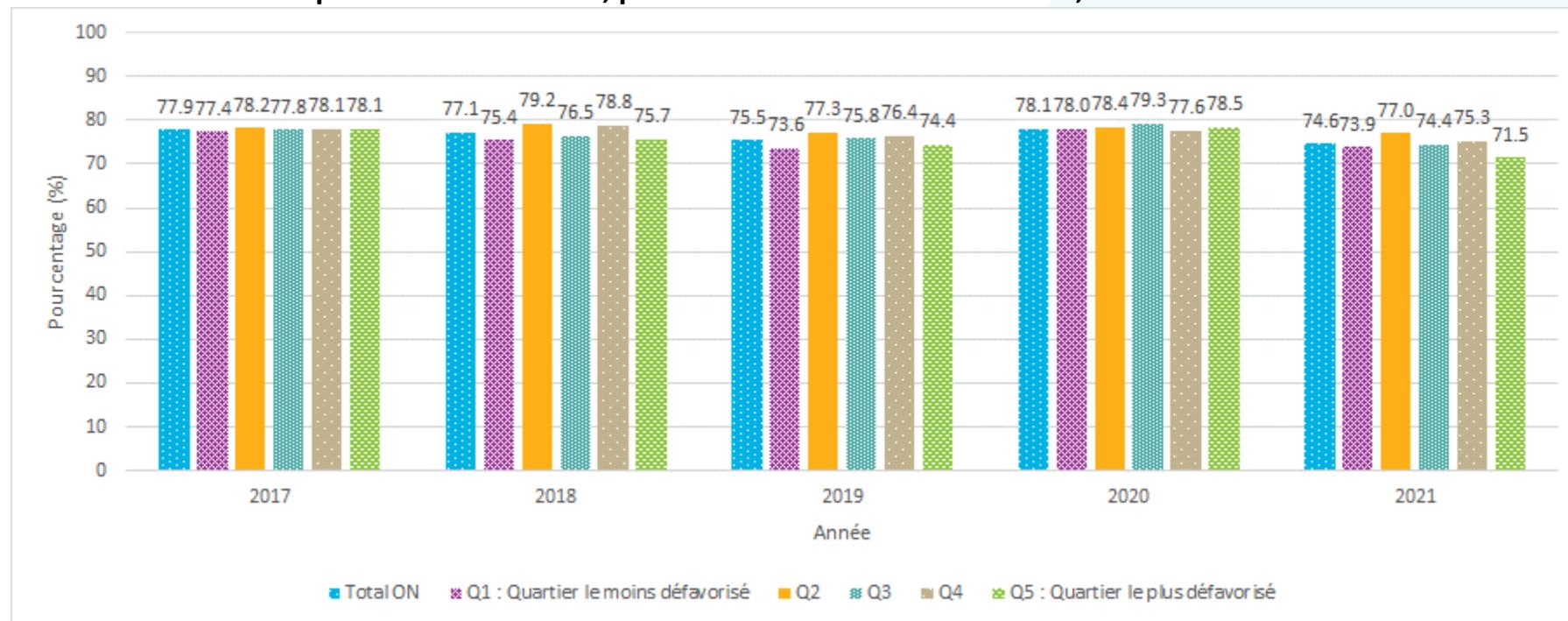


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 13](#) à l'annexe 1.

Le pourcentage de personnes ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie effectuée dans le cadre du PODCS qui ont eu besoin d'une biopsie et qui ont reçu un diagnostic dans les 7 semaines suivant la date de réception de ces résultats a diminué (s'est aggravé) passant de 77,9 % en 2017 à 74,6 % en 2021. Le rendement relatif à cet indicateur n'a pas permis d'atteindre l'objectif du programme qui est de 90 % ou plus (52). Il y a eu une hausse à court terme (amélioration) du rendement relatif à cet indicateur de 2019 à 2020, qui pourrait être due à plusieurs facteurs, notamment la priorité accordée aux évaluations de diagnostic après des mammographies de dépistage aux résultats anormaux pendant la pandémie selon le document d'orientation de Santé Ontario et le faible volume de mammographies de dépistage réalisées en 2020 en raison du report de tous les examens de dépistage pendant la première vague de la pandémie de COVID-19. La baisse du rendement 2021 peut refléter le retour aux volumes de mammographies d'avant la pandémie et être due aux difficultés généralisées liées aux ressources humaines dans le domaine de la santé qui existent actuellement dans le système de santé de l'Ontario, qui peuvent avoir eu des répercussions sur les délais d'attente pour les services d'évaluation de la santé mammaire et de diagnostic.

## Suivi des résultats anormaux dans le cadre du PODCS – analyses sur l'équité : Difficulté matérielle

**Figure 22 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie effectuée dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein qui ont eu besoin d'une biopsie et qui ont reçu un diagnostic (tumeur bénigne ou cancer) dans les 7 semaines suivant la date de réception de ces résultats, par niveau de difficulté matérielle, de 2017 à 2021**

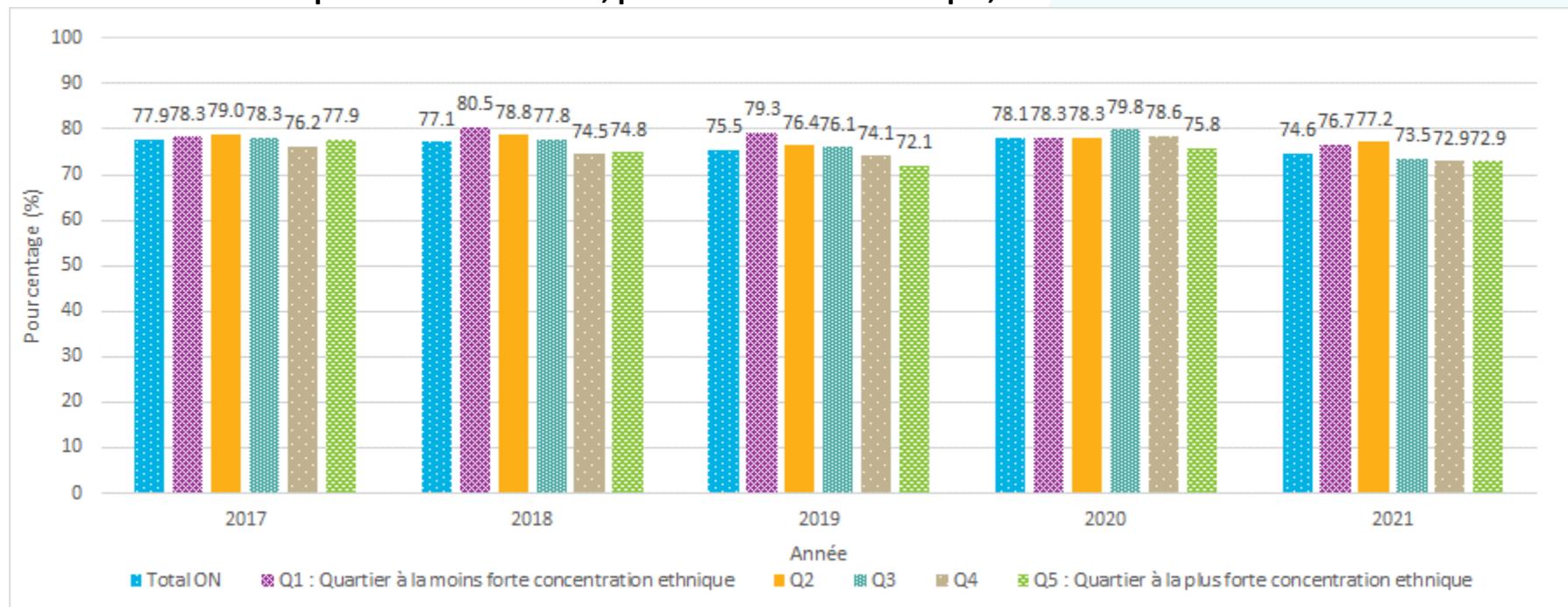


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 14](#) à l'annexe 1.

Aucun lien cohérent n'a été observé entre le niveau de difficulté matérielle du quartier et l'intervalle de diagnostic (7 semaines avec une biopsie) dans le cadre du PODCS. Lors de la période de déclaration de 2017 à 2020, le pourcentage de personnes diagnostiquées dans les 7 semaines suivant leur mammographie révélant des résultats anormaux a été à peu près identique entre les quartiers les plus défavorisés (Q1) et les moins défavorisés (Q5); toutefois, le pourcentage de personnes diagnostiquées dans un délai de 7 semaines a été inférieur dans le quintile de difficulté matérielle le plus élevé en 2021. Cette conclusion sera surveillée pour vérifier si cette tendance persiste au fil du temps.

## Suivi des résultats anormaux dans le cadre du PODCS – analyses sur l'équité : Concentration ethnique

**Figure 23 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie effectuée dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein qui ont eu besoin d'une biopsie et qui ont reçu un diagnostic (tumeur bénigne ou cancer) dans les 7 semaines suivant la date de réception de ces résultats, par concentration ethnique, de 2017 à 20**

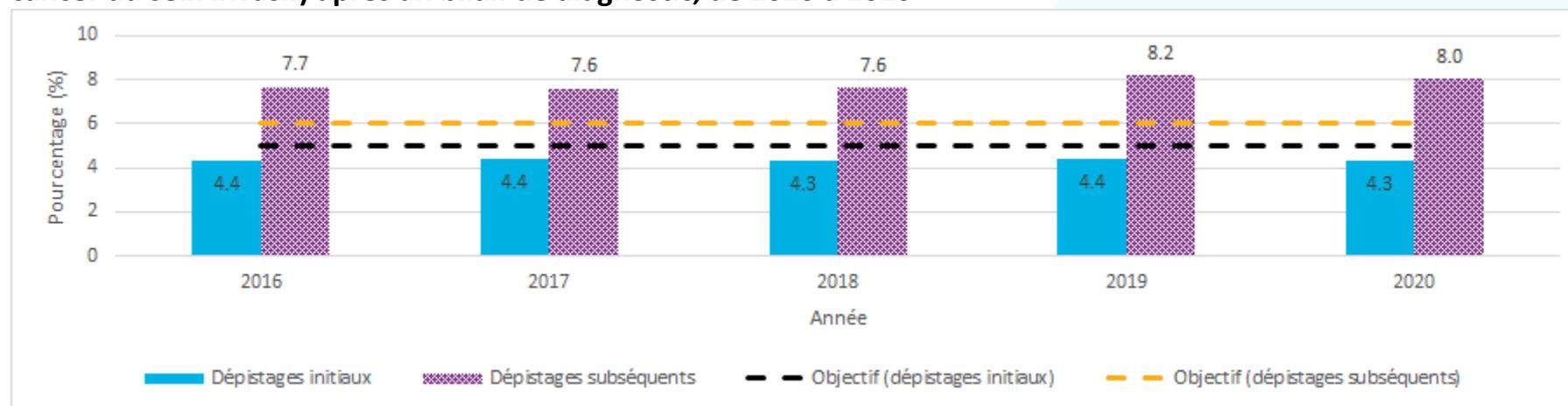


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 15](#) à l'annexe 1.

Au cours des années de déclaration, on n'a pas observé de lien entre le niveau de concentration ethnique du quartier et l'intervalle de diagnostic (7 semaines avec une biopsie) dans le cadre du PODCS. Le pourcentage de personnes diagnostiquées dans les 7 semaines suivant leurs résultats anormaux au dépistage était plus élevé dans les quartiers où la concentration ethnique était moins importante. L'écart entre les quartiers à la moins forte concentration (Q1) et ceux à la plus forte concentration (Q5) variait au cours de cette période, l'écart le plus important ayant été observé en 2019.

## PODCS : Qualité du dépistage

**Figure 24 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer du sein invasif) après un bilan de diagnostic, de 2016 à 2020**



Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 16](#) à l'annexe 1.

La valeur prédictive positive (VPP) est la probabilité qu'une personne dont le test de dépistage du cancer est positif soit véritablement atteinte de lésions précancéreuses ou d'un cancer. La VPP d'un test de dépistage dépend de la prévalence sous-jacente de la maladie dans la population dépistée et augmente avec l'âge. La VPP pour les dépistages initiaux dans le cadre du PODCS est demeurée stable allant de 4,3 % à 4,4 % de 2016 à 2020. Le rendement de cet indicateur n'a pas permis d'atteindre l'objectif du programme qui est un taux de 5 % ou plus (52) pour les dépistages initiaux de 2016 à 2020.

La VPP est généralement plus élevée pour les dépistages subséquents que pour les dépistages initiaux, ce qui a été observé en Ontario. La VPP pour les dépistages subséquents dans le cadre du PODCS est demeurée uniforme (de 7,6 à 7,7 %) de 2016 à 2018, puis elle a augmenté à plus de 8 % en 2019. Le rendement de cet indicateur n'a pas permis d'atteindre l'objectif du programme qui est un taux de 6 % ou plus (52) pour les dépistages subséquents de 2017 à 2020. La hausse de la VPP pour les dépistages subséquents de 2019 à 2020 peut être liée à la priorité accordée au dépistage des personnes présentant un risque accru de cancer du sein selon le document d'orientation sur la pandémie de Santé Ontario, à la reprise du dépistage pour les personnes en retard en raison des reports pendant la pandémie et au vieillissement de la population.

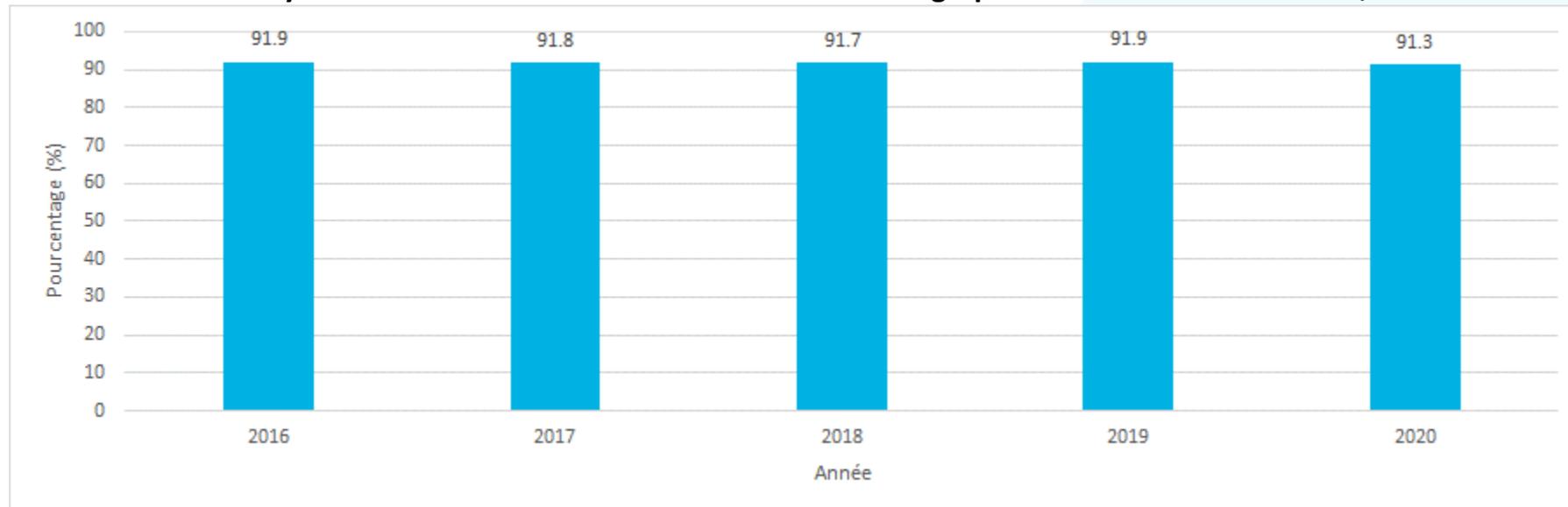
**Figure 25 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont reçu un diagnostic correct de cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer du sein invasif) après avoir obtenu des résultats anormaux à la mammographie et un bilan de diagnostic, de 2016 à 2020**



Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 17](#) à l'annexe 1.

La sensibilité correspond à l'efficacité d'un test de dépistage dans la détection d'un cancer chez les personnes véritablement atteintes de cette maladie. Il est essentiel de maintenir une sensibilité élevée, car cela signifie qu'il y aura un taux inférieur de cancers d'intervalle (cancers détectés entre les examens de dépistage de routine). La sensibilité des mammographies dans le cadre du PODCS est demeurée stable (85,5 % à 86,4 %) de 2016 à 2020.

**Figure 26 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage n'ayant pas reçu de diagnostic de cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer du sein invasif) qui ont été correctement identifiées comme ayant obtenu des résultats normaux à la mammographie dans le cadre du PODCS, de 2016 à 2020**

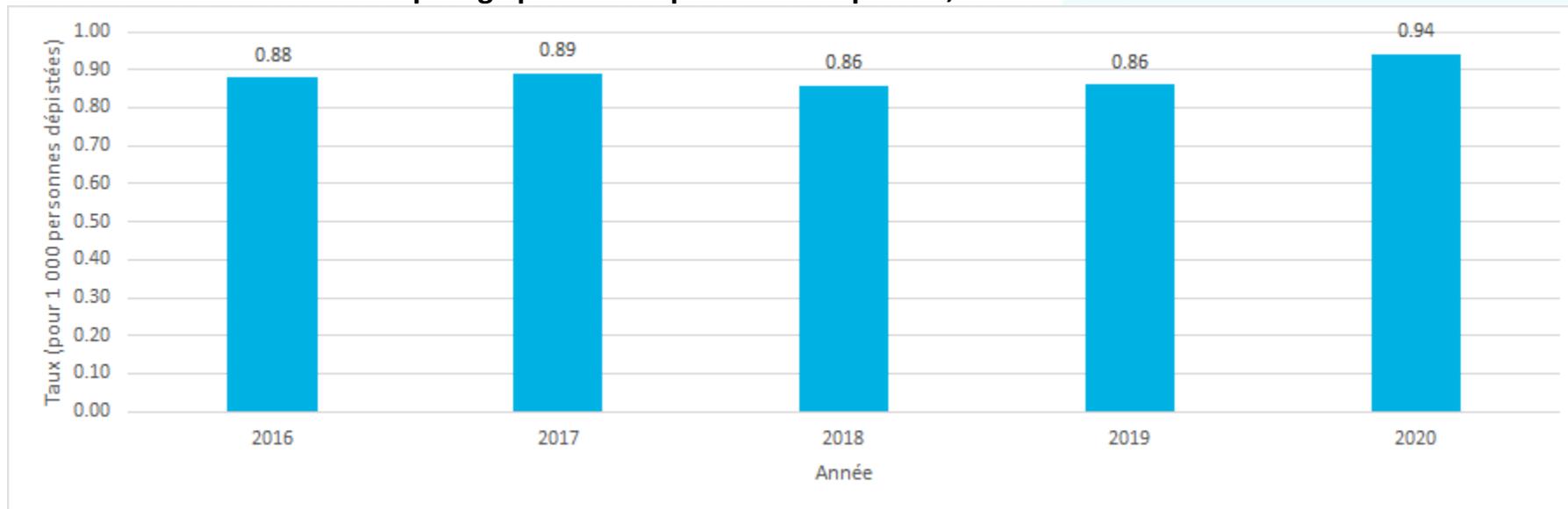


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 18](#) à l'annexe 1.

La spécificité diagnostique correspond à l'efficacité d'un test de dépistage dans l'identification exacte des personnes qui n'ont réellement pas de cancer. Une forte spécificité diagnostique d'un test de dépistage mène à moins de résultats faussement positifs (p. ex., personnes ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie de dépistage dans le cadre du PODCS qui bénéficient d'un suivi, mais qui ne sont pas atteintes d'un cancer). La spécificité diagnostique des mammographies dans le cadre du PODCS est demeurée uniformément élevée à plus de 90 % de 2016 à 2020.

## PODCS : Détection du cancer du sein

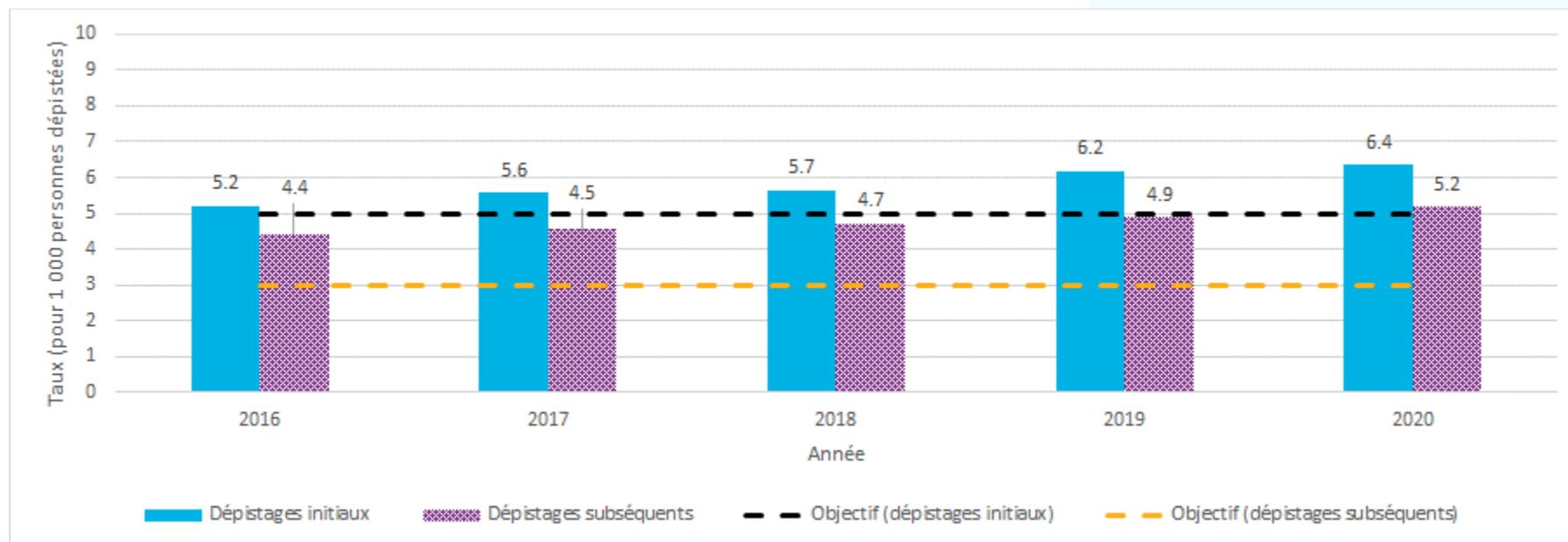
**Figure 27 : Nombre de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteintes d'un carcinome canalaire in situ détecté au dépistage pour 1 000 personnes dépistées, de 2016 à 2020**



Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 19](#) à l'annexe 1.

De 2016 à 2019, le taux de détection des carcinomes canaux in situ est demeuré stable de 0,86 à 0,89 pour 1 000 personnes dépistées. Toutefois, le taux a augmenté en 2020, passant à 0,94 pour 1 000 personnes. La hausse du taux de détection en 2020 pourrait refléter la priorité accordée au dépistage des personnes présentant un risque accru de cancer du sein selon le document d'orientation sur la pandémie de Santé Ontario.

**Figure 28 : Nombre de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteintes d'un cancer du sein invasif détecté au dépistage pour 1 000 personnes dépistées, de 2016 à 2020**



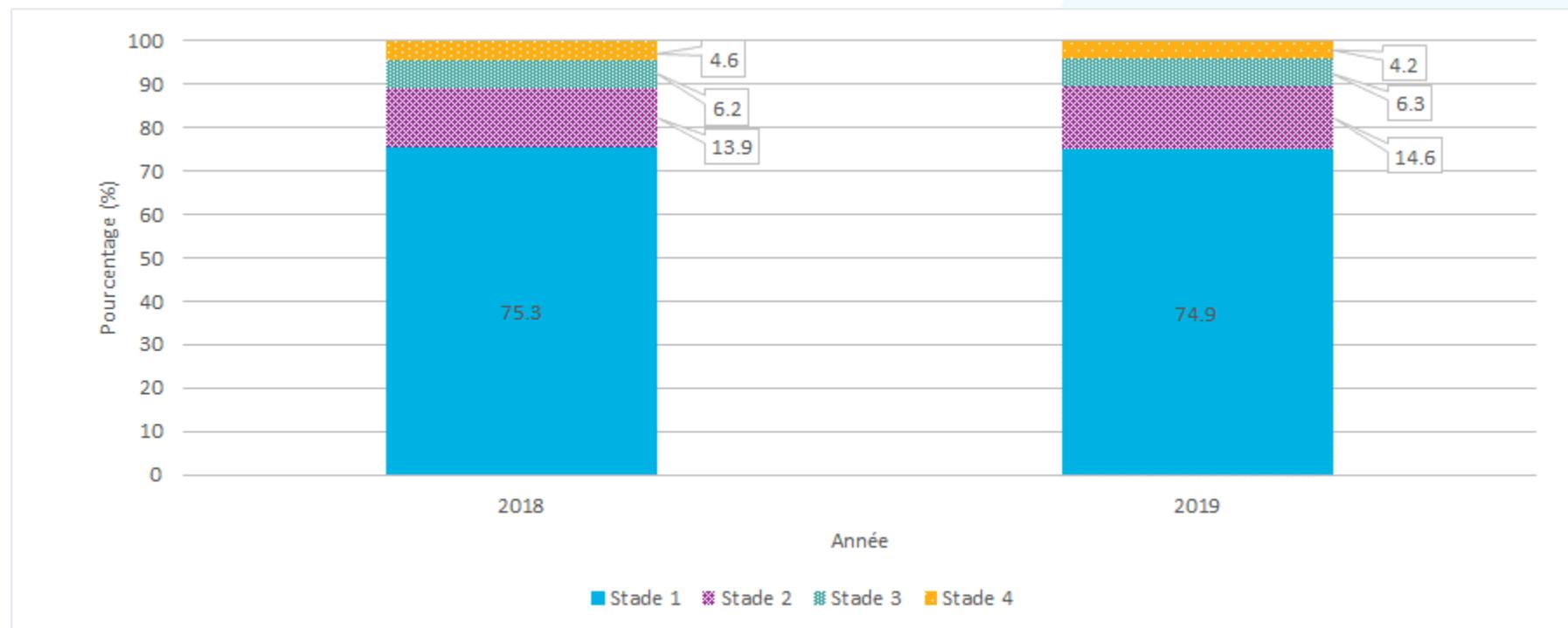
Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 20](#) à l'annexe 1.

Pour les dépistages initiaux, le taux de détection du cancer du sein invasif a augmenté de façon constante, passant de 5,2 pour 1 000 personnes dépistées en 2016 à 6,4 pour 1 000 personnes dépistées en 2020. Le rendement de cet indicateur a permis d'atteindre l'objectif du programme qui est un taux de 5 pour 1 000 personnes ou plus (52) pour les dépistages initiaux de 2016 à 2020. Le taux de détection des cancers invasifs est généralement plus élevé pour les dépistages initiaux que pour les dépistages subséquents, car les dépistages initiaux détectent principalement les cas prévalents de cancer. Pour les dépistages subséquents, le taux de détection du cancer du sein invasif est passé de 4,4 pour 1 000 personnes en 2016 à 5,2 pour 1 000 personnes en 2020. Le rendement pour les dépistages subséquents a également constamment dépassé l'objectif canadien qui est fixé à plus de 3 cas détectés pour 1 000 personnes (52).

La hausse du taux de détection des cancers invasifs pour les dépistages initiaux et les dépistages subséquents au fil du temps peut être due à plusieurs facteurs, notamment le vieillissement de la population et la transition de la technologie utilisée pour les mammographies qui est passée du film radiographique et de la radiographie assistée par ordinateur à la radiographie numérique directe. La hausse observée en 2020 peut aussi refléter la priorité accordée aux services de dépistage du cancer du sein selon le risque de cancer conformément au document d'orientation sur la pandémie de Santé Ontario pendant les premières vagues de la pandémie de COVID-19.

# PODCS : Étendue de la maladie au moment du diagnostic

Figure 29 : Répartition par stade de tous les cancers du sein invasifs diagnostiqués en Ontario, de 50 à 74 ans, de 2018 à 2019

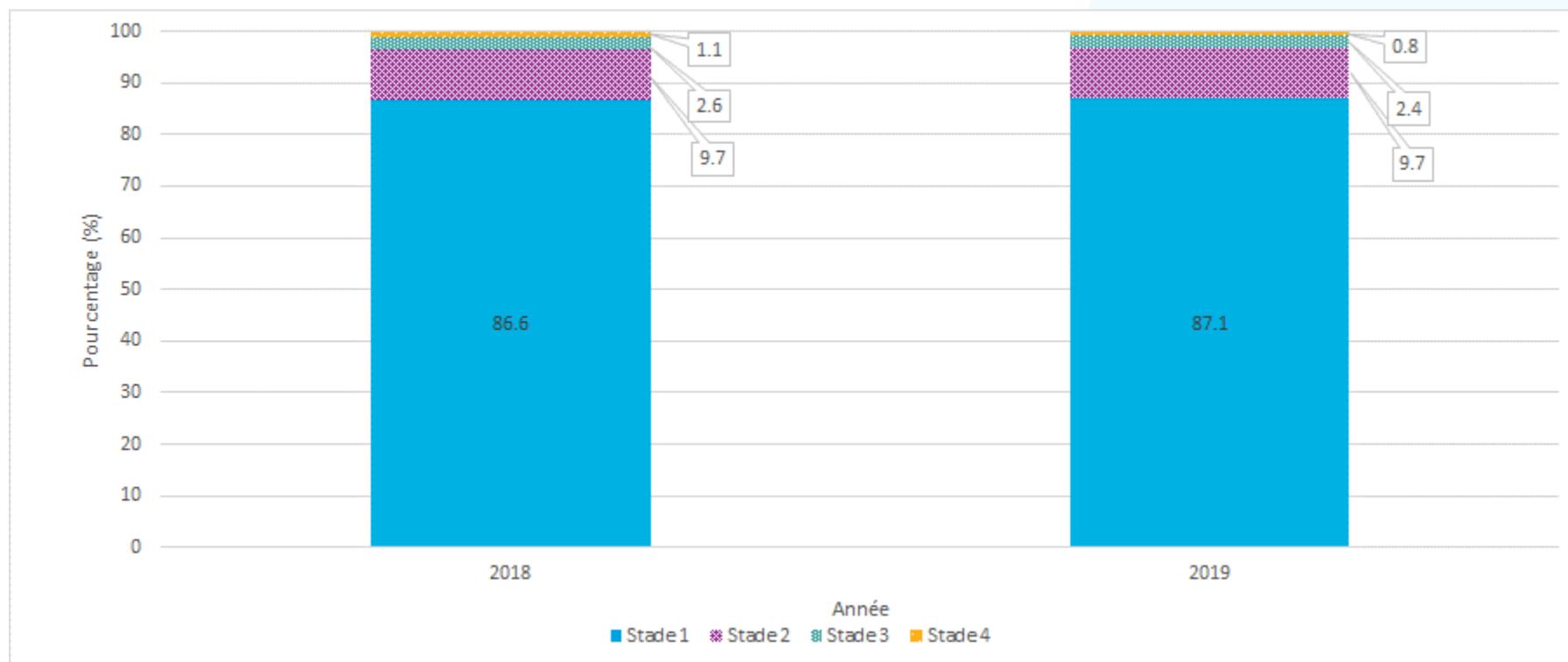


Remarque : Les données avant 2018 ne sont pas présentées, car le système de classification des stades du cancer a été modifié en 2018.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 21](#) à l'annexe 1.

Cet indicateur présente le stade au moment du diagnostic de tous les cancers du sein invasifs diagnostiqués en Ontario. Les cancers du sein au stade précoce (stade 1) représentaient environ 75 % de tous les cancers du sein diagnostiqués en 2018 et 2019. Le pourcentage de cancers du sein diagnostiqués à des stades plus avancés (stades 3 et 4) était également comparable pour 2018 (6,2 % au stade 3 et 4,6 % au stade 4) et en 2019 (6,3 % au stade 3 et 4,2 % au stade 4). La proportion de cancers du sein diagnostiqués au stade 2 a légèrement augmenté, passant de 13,9 % en 2018 à 14,6 % en 2019.

**Figure 30 : Répartition par stade de cancers du sein invasifs détectés au dépistage diagnostiqués en Ontario, chez les personnes de 50 à 74 ans, de 2018 à 2019**



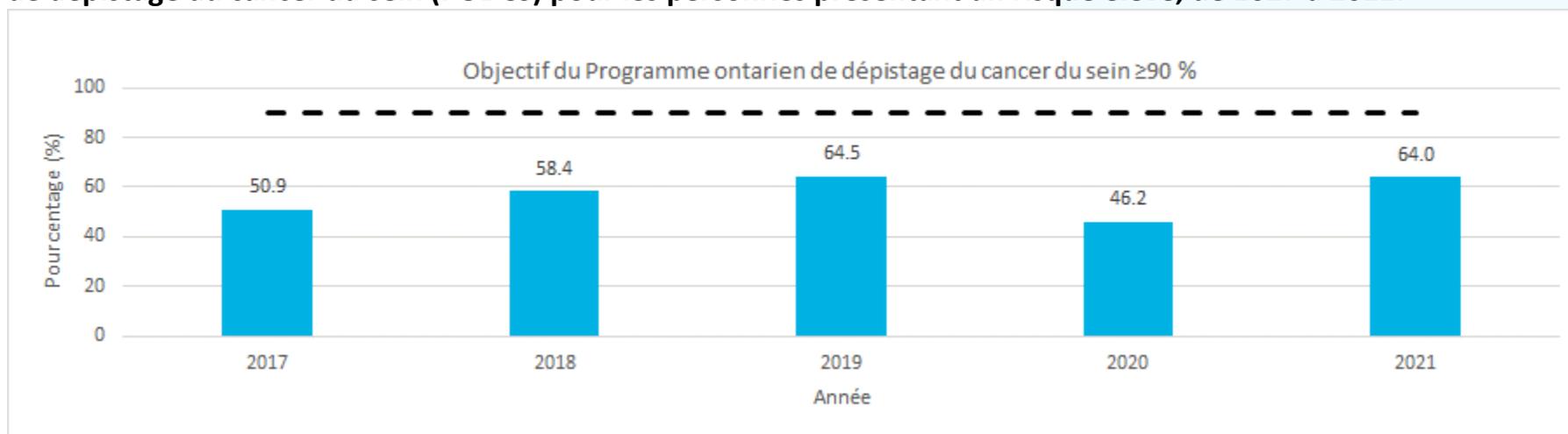
Remarque : Les données avant 2018 ne sont pas présentées, car le système de classification des stades du cancer a été modifié en 2018.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 22](#) à l'annexe 1.

Comparé à tous les cancers du sein invasifs diagnostiqués en Ontario (figure 29), le nombre de cancers du sein invasifs détectés au dépistage et diagnostiqués à un stade précoce (stade 1) était plus élevé. En 2018 et 2019, environ 87 % des cancers du sein invasifs détectés au dépistage ont été diagnostiqués au stade 1. Cette conclusion montre les avantages d'un dépistage du cancer du sein structuré pour détecter les cancers du sein à un stade précoce lorsque le traitement est plus susceptible d'être efficace.

## PODCS pour les personnes présentant un risque élevé : Couverture

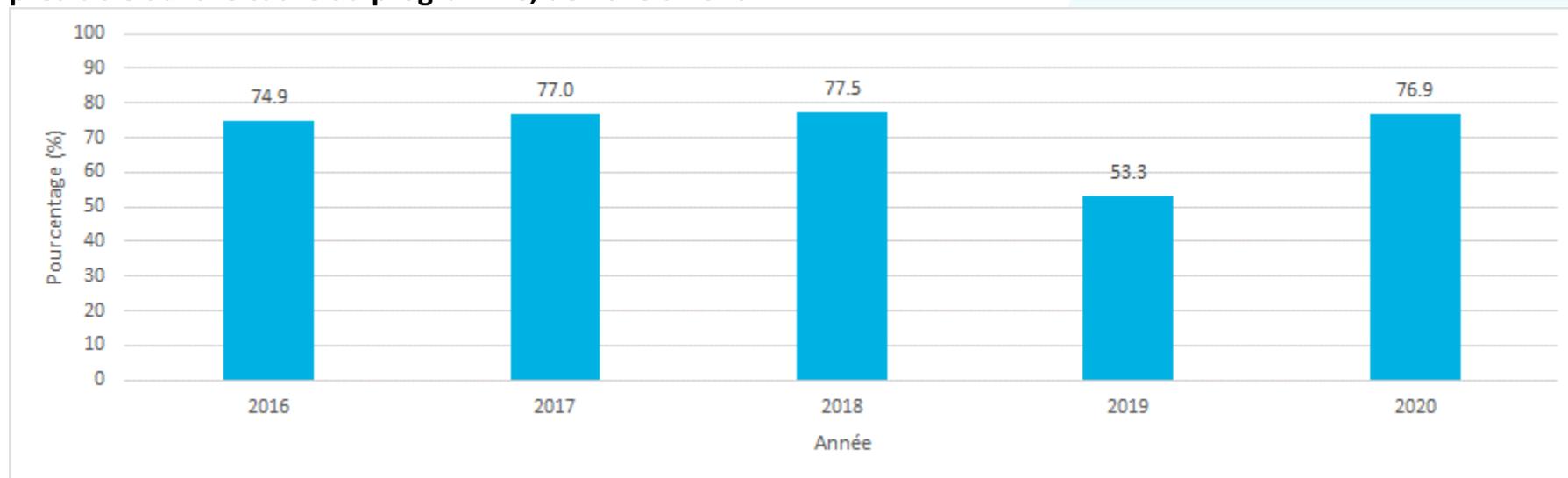
**Figure 31 : Pourcentage de personnes en Ontario, âgées de 30 à 69 ans, dépistées par imagerie à résonance magnétique ou échographie dans les 90 jours suivant la confirmation de leur admissibilité au Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les personnes présentant un risque élevé, de 2017 à 2021.**



Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 23](#) à l'annexe 1.

Cet indicateur mesure le pourcentage de participants dépistés à l'aide de l'imagerie à résonance magnétique (IRM) ou de l'échographie dans les 90 jours suivant la confirmation de leur admissibilité au PODCS pour les personnes présentant un risque élevé. Il est recommandé aux participants au PODCS pour les personnes présentant un risque élevé d'effectuer une IRM de dépistage en sus de la mammographie car cette dernière, si elle est pratiquée seule, est moins sensible que les deux examens combinés (53). Dans l'ensemble, de 2017 à 2021, le rendement de cet indicateur était inférieur à l'objectif du programme qui est un taux d'au moins 90 %. Les capacités limitées de réalisation des IRM dans la province ont une incidence sur ce rendement. Malgré ces limites, le rendement s'est amélioré, passant de 50,9 % en 2017 à 64,5 % en 2019. Le rendement s'est détérioré en 2020, lorsque seulement 46,2 % de la population était dépistée dans les 90 jours suivant la confirmation de son admissibilité au PODCS pour les personnes présentant un risque élevé. Cette baisse était probablement due au report des services de dépistage du cancer pendant la première vague de la pandémie de COVID-19. En 2021, 64 % des personnes étaient dépistées dans les 90 jours suivant la confirmation de leur admissibilité au PODCS pour les personnes présentant un risque élevé, ce qui est légèrement en dessous du rendement de 2019. Cette amélioration peut refléter la priorité continue accordée aux services de santé pour les personnes présentant un risque élevé de cancer du sein conformément au document d'orientation sur la pandémie de Santé Ontario.

**Figure 32 : Pourcentage de personnes en Ontario, âgées de 30 à 68 ans, qui ont bénéficié d'un dépistage subséquent dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les personnes présentant un risque élevé (imagerie à résonance magnétique ou échographie) dans les 15 mois suivant un test de dépistage préalable dans le cadre du programme, de 2016 à 2020**

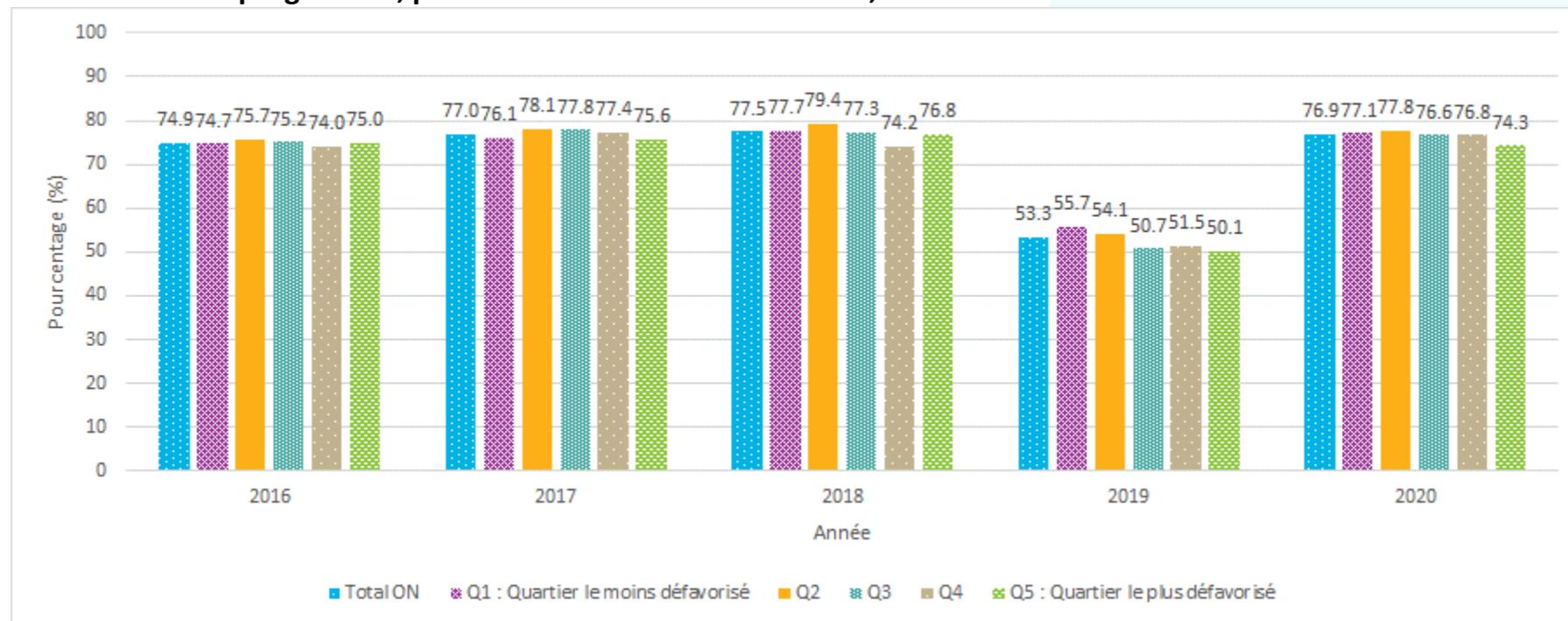


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 24](#) à l'annexe 1.

Le pourcentage de personnes revenant vers le PODCS pour les personnes présentant un risque élevé pour un dépistage dans les 15 mois a augmenté, passant de 74,9 % en 2016 à 77,5 % en 2018. Les années indiquées dans le graphique représentent la date du test de dépistage initial par rapport à laquelle on mesure la date de retour. Toutefois, le rendement a considérablement diminué en 2019, passant à 53,3 %. Cette baisse peut être due aux répercussions de la pandémie de COVID-19, comme le report des services de dépistage du cancer pendant les premières vagues. Cela peut avoir touché des personnes qui avaient eu des résultats normaux à leur dépistage en 2019 et qui auraient dû se faire dépister en 2020. Le pourcentage de personnes qui avaient eu des résultats normaux en 2020 et qui sont revenues pour leur dépistage annuel suivant s'est considérablement amélioré, passant à 76,9 %, ce qui est légèrement en dessous du rendement record de 2018. Cette amélioration du rendement reflète probablement la priorité continue accordée aux services de dépistage du PODCS pour les personnes présentant un risque élevé conformément au document d'orientation sur la pandémie de Santé Ontario.

## Fidélisation du PODCS pour les personnes présentant un risque élevé – analyses sur l'équité : Difficulté matérielle

**Figure 33 : Pourcentage de personnes en Ontario, âgées de 30 à 68 ans, qui ont bénéficié d'un dépistage subséquent dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les personnes présentant un risque élevé (imagerie à résonance magnétique ou échographie) dans les 15 mois suivant le précédent dépistage dans le cadre du programme, par niveau de difficulté matérielle, de 2016 à 2020**

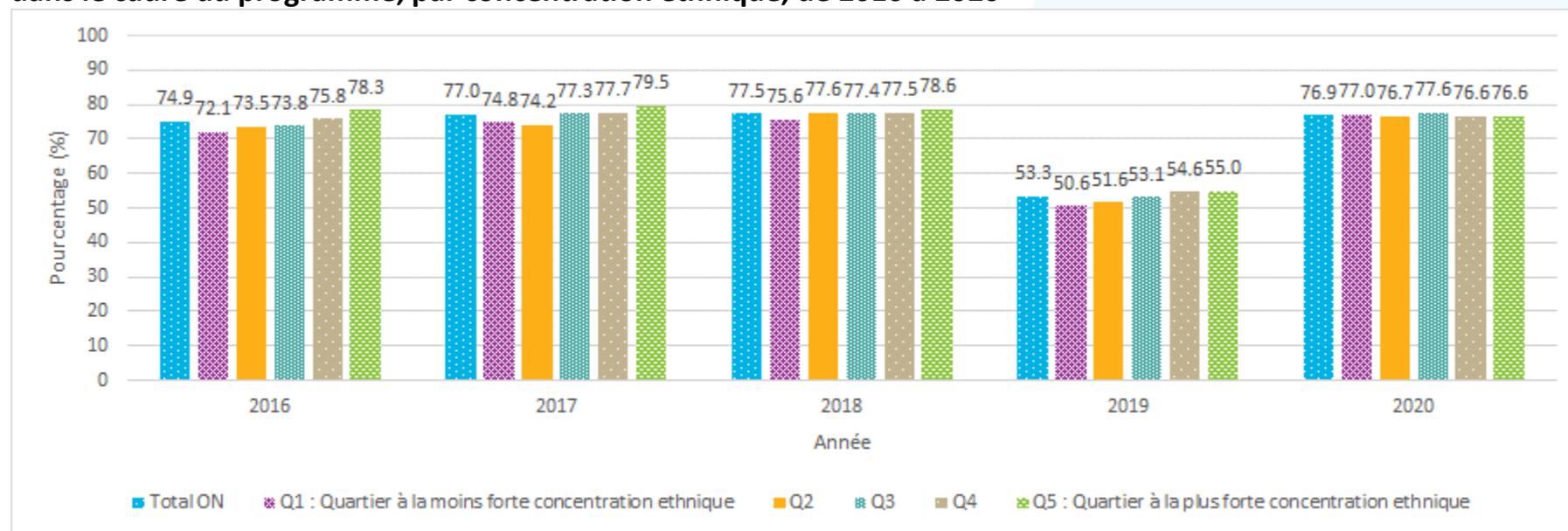


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 25](#) à l'annexe 1.

La fidélisation du PODCS pour les personnes présentant un risque élevé a été influencée par la pandémie de COVID-19, les personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés ont été les plus touchées. Les personnes de tous niveaux de difficulté matérielle qui ont été dépistées en 2019 et qui auraient dû se refaire dépister en 2020 avaient des taux de fidélisation inférieurs, ce qui pourrait refléter la suspension des services de dépistage du cancer pendant les premières vagues de la pandémie. En 2019 et 2020, les taux de fidélisation étaient également inférieurs chez les personnes vivant dans des quartiers plus défavorisés (p. ex., 55,7 % pour Q1 c. 50,1 % pour Q5 en 2019). Cette tendance n'a pas été observée lors des autres années de déclaration et pourrait refléter les disparités en matière de santé qui ont été creusées par la pandémie de COVID-19.

## Fidélisation du PODCS pour les personnes présentant un risque élevé – analyses sur l'équité : Concentration ethnique

**Figure 34 : Pourcentage de personnes en Ontario, âgées de 30 à 68 ans, qui ont bénéficié d'un dépistage subséquent dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les personnes présentant un risque élevé (imagerie à résonance magnétique ou échographie) dans les 15 mois suivant le précédent dépistage dans le cadre du programme, par concentration ethnique, de 2016 à 2020**

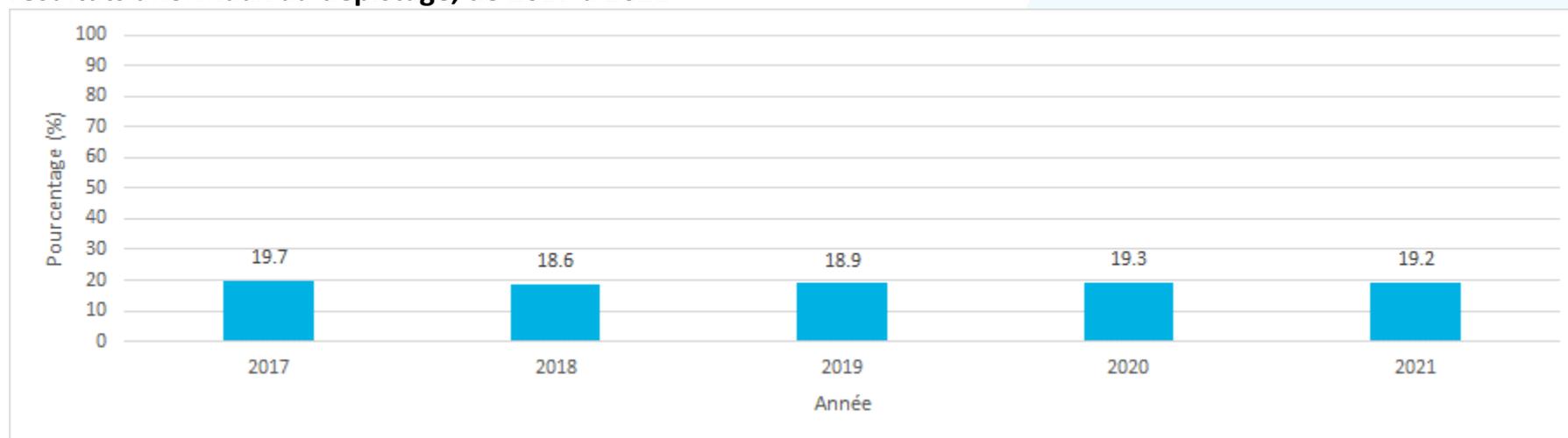


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 26](#) à l'annexe 1.

De 2016 à 2019, les personnes vivant dans les quartiers à la plus forte concentration ethnique montraient un taux de fidélisation au PODCS pour les personnes présentant un risque élevé supérieur à celui des personnes vivant dans les quartiers la moins forte concentration ethnique. En 2020, le taux de fidélisation du PODCS pour les personnes présentant un risque élevé était similaire dans tous les quartiers, par concentration ethnique. Cette conclusion peut refléter les efforts déployés par le PODCS pour les personnes présentant un risque élevé pour s'assurer que les personnes admissibles reviennent pour un dépistage dès qu'elles le peuvent, conformément au document d'orientation sur la pandémie de Santé Ontario. Le fort taux de fidélisation des personnes vivant dans les quartiers à la plus forte concentration ethnique est une conclusion positive qui peut aussi refléter les efforts généraux déployés par le PODCS pour les personnes présentant un risque élevé pour s'assurer que les personnes admissibles reviennent pour un dépistage chaque année.

## PODCS pour les personnes présentant un risque élevé : Suivi et qualité du dépistage

**Figure 35 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 30 à 69 ans dépistées dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les personnes présentant un risque élevé et ayant obtenu des résultats anormaux au dépistage, de 2017 à 2021**

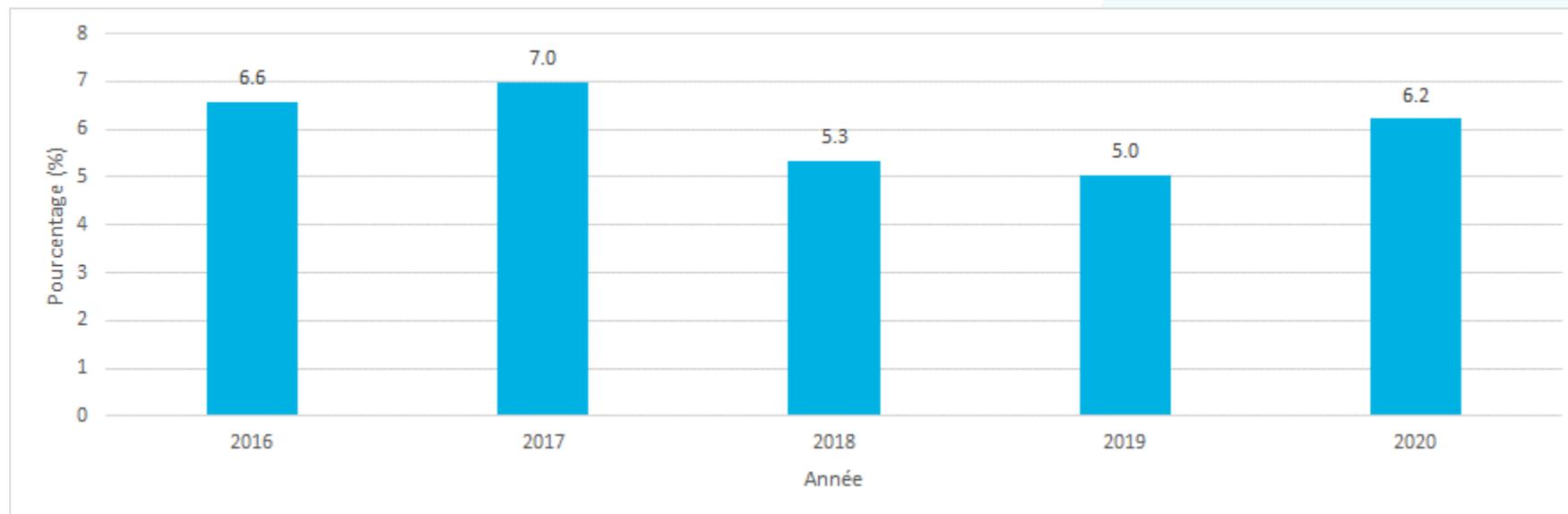


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 27](#) à l'annexe 1.

Le taux de rappel pour anomalie (pourcentage de personnes ayant obtenu des résultats anormaux au dépistage) dans le cadre du PODCS pour les personnes présentant un risque élevé est demeuré stable, variant de 18,9 à 19,7 % de 2017 à 2021.

Les participants du PODCS pour les personnes présentant un risque élevé ont plus de risque de développer un cancer du sein, donc comme on peut s'y attendre, leur taux de rappel pour anomalie est supérieur à celui des personnes du PODCS pour les personnes présentant un risque moyen. De plus, les participants au PODCS pour les personnes présentant un risque élevé se soumettent à deux examens de dépistage (IRM de la poitrine et mammographie ou échographique), dont les images sont lues indépendamment. Les écarts entre les résultats de ces deux examens peuvent également faire augmenter les taux de rappel pour anomalie.

**Figure 36 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 30 à 69 ans ayant obtenu des résultats anormaux au dépistage dans le cadre du PODCS pour les personnes présentant un risque élevé et qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer du sein invasif), de 2016 à 2020**



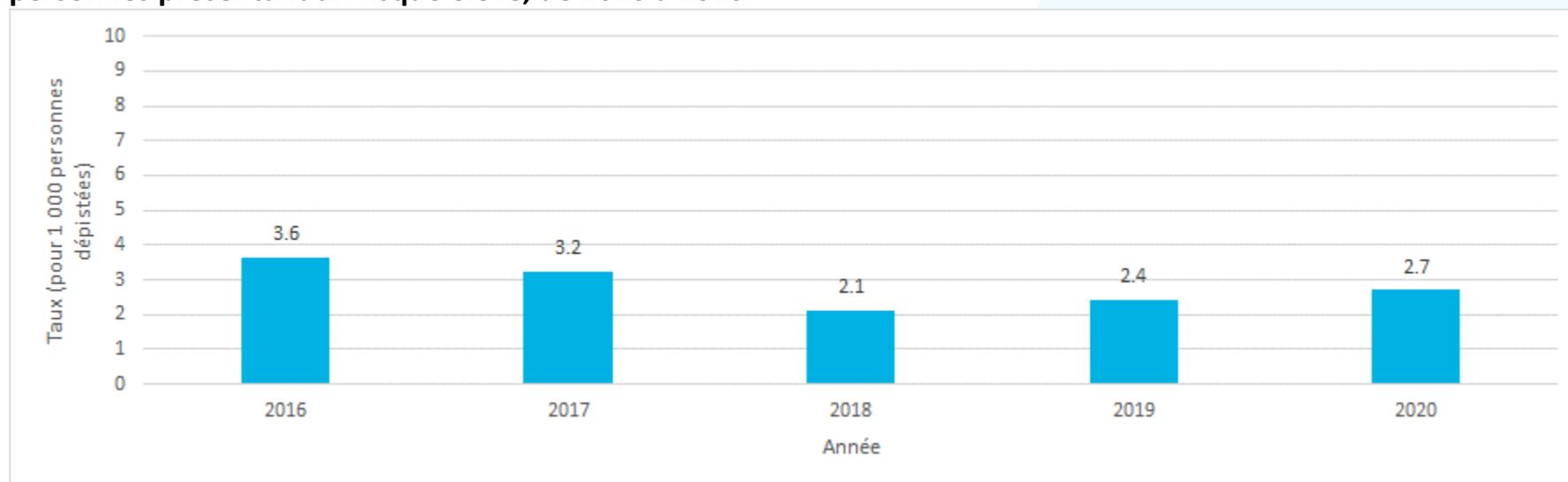
Remarque : Cet indicateur est présenté comme valeur combinée pour les dépistages initiaux et les dépistages subséquents.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 28](#) à l'annexe 1.

De 2016 à 2020, la VPP pour le dépistage par IRM et mammographie du cancer du sein dans le cadre du PODCS pour les personnes présentant un risque élevé a varié de 5 à 7 %. La hausse de la VPP observée en 2020 par rapport à 2019 est probablement due à la priorité accordée aux services de dépistage du cancer pour les personnes présentant un risque élevé selon le risque de cancer (p. ex., priorité accordée aux personnes que l'on sait porteuses de mutations et qui n'ont jamais été dépistées ou qui sont en retard pour leur dépistage) selon le document d'orientation sur la pandémie de Santé Ontario.

## PODCS pour les personnes présentant un risque élevé : Détection du cancer du sein

**Figure 37 : Nombre de personnes en Ontario, âgées de 30 à 69 ans, atteintes d'un carcinome canalaire in situ pour 1 000 personnes dépistées dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les personnes présentant un risque élevé, de 2016 à 2020.**



Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 29](#) à l'annexe 1.

Il y a eu un écart dans le taux de détection des carcinomes canaux in situ (CCIS) dans le cadre du PODCS pour les personnes présentant un risque élevé de 2016 à 2020. Le nombre de cas de CCIS détectés chaque année dans le cadre du PODCS pour les personnes présentant un risque élevé est faible, donc de petits changements peuvent entraîner une variabilité observable. Le taux de détection des CCIS était le plus élevé (3,6 pour 1 000 personnes détectées) en 2016 et a diminué à 2,1 pour 1 000 personnes en 2018. Le taux de détection des CCIS a eu tendance à remonter de 2018 à 2020, période à laquelle il a atteint 2,7 pour 1 000 personnes. La hausse du taux de détection des CCIS en 2020 peut refléter la priorité accordée aux services de dépistage du cancer du sein selon le risque de cancer du sein conformément au document d'orientation sur la pandémie de Santé Ontario pendant les premières vagues de la pandémie de COVID-19.

**Figure 38 : Nombre de personnes en Ontario, âgées de 30 à 69 ans, atteintes d'un cancer du sein invasif pour 1 000 personnes dépistées dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les personnes présentant un risque élevé, de 2016 à 2020.**

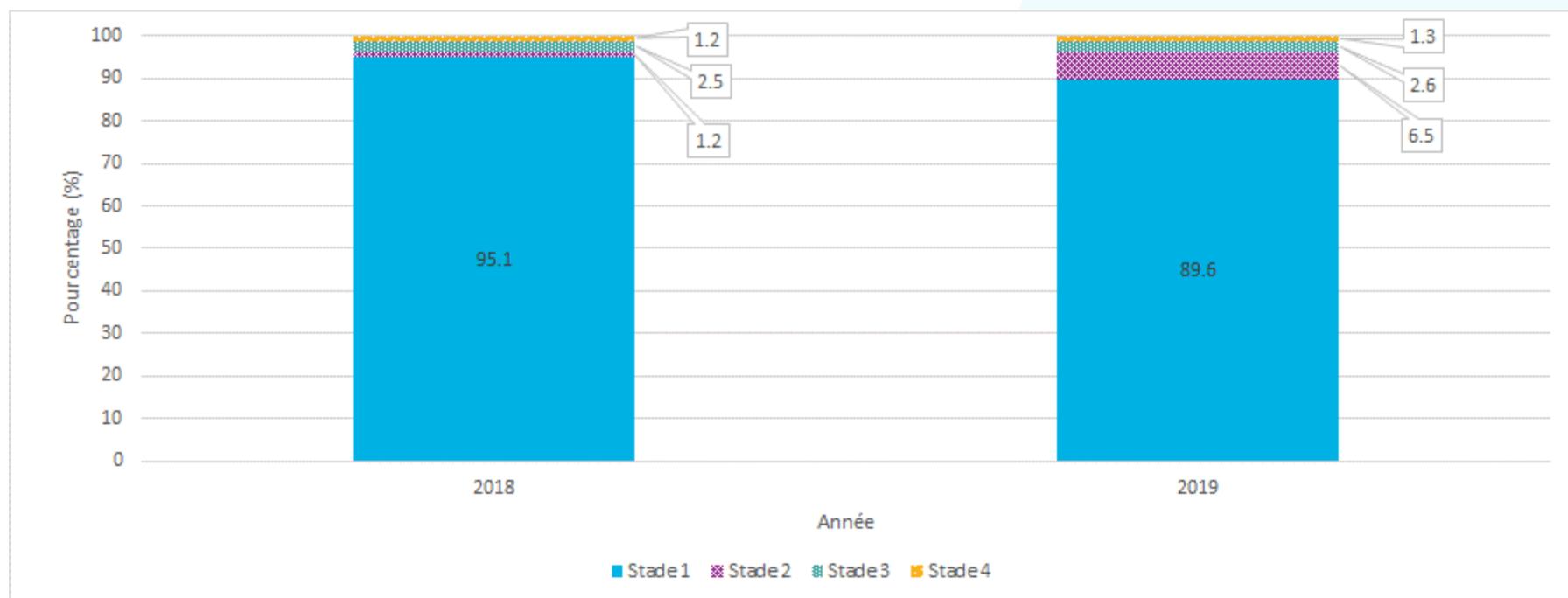


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 30](#) à l'annexe 1.

De 2016 à 2020, le taux de détection des cancers invasifs dans le cadre du PODCS pour les personnes présentant un risque élevé a varié de 6,7 à 9,9 pour 1 000 personnes dépistées. Le nombre de cas de cancers du sein invasifs détectés chaque année dans le cadre du PODCS pour les personnes présentant un risque élevé est faible, donc de petits changements peuvent entraîner une variabilité observable. La hausse allant de 6,7 pour 1 000 personnes en 2019 à 8,5 pour 1 000 personnes en 2020 pourrait refléter la priorité accordée aux services de dépistage du cancer pour les personnes présentant un risque élevé de cancer du sein selon le risque de cancer conformément au document d'orientation sur la pandémie de Santé Ontario.

## PODCS pour les personnes présentant un risque élevé : Étendue de la maladie au moment du diagnostic

**Figure 39 : Répartition du stade des cancers du sein invasifs détectés lors du dépistage chez des personnes âgées de 30 à 69 ans dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les personnes présentant un risque élevé, par stade au moment du diagnostic, de 2018 à 2019**



Remarque : Les données avant 2018 ne sont pas présentées, car le système de classification des stades du cancer a été modifié en 2018.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 31](#) à l'annexe 1.

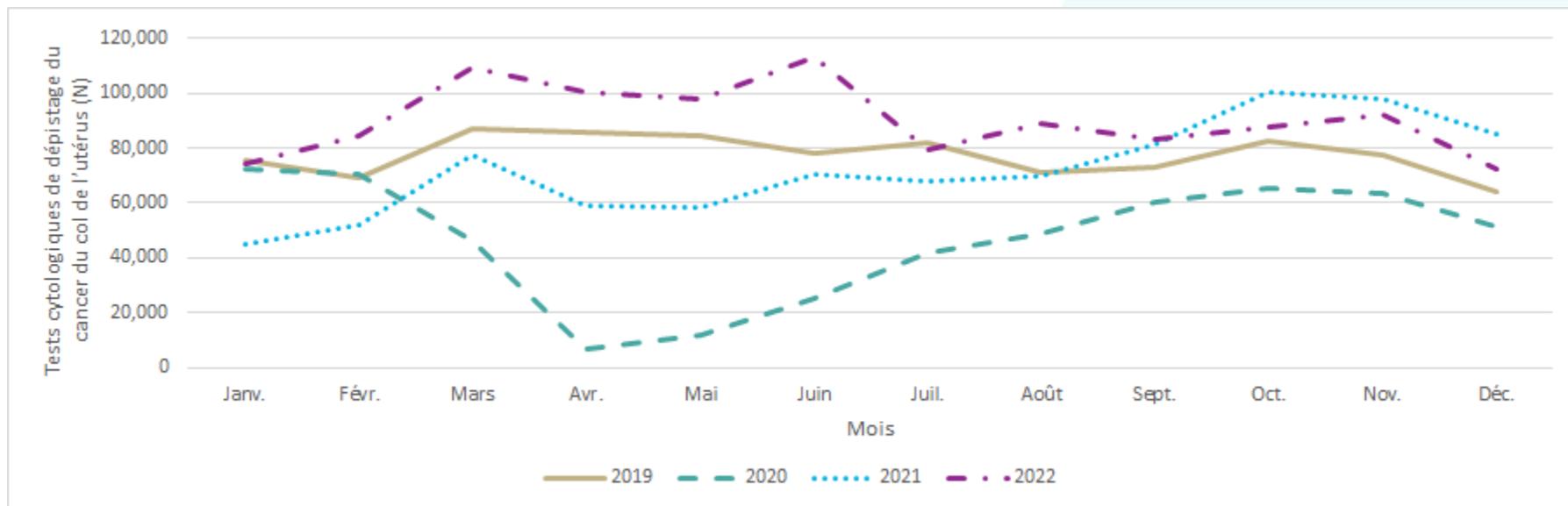
La plupart des cancers du sein invasifs détectés dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé étaient au stade 1 en 2018 (95,1 %) et 2019 (89,6 %). Un petit nombre de cancers sont détectés dans le cadre du PODCS pour les personnes présentant un risque élevé chaque année, ce qui peut entraîner une variabilité observable de la répartition des stades d'une année à l'autre (p. ex., les cancers du sein de stade 2 sont passés de 1,2 % à 6,5 % entre 2018 et 2019).

## Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU) : Rendement du programme



## PODCCU : Volumes

Figure 40 : Nombre de tests cytologiques effectués en Ontario chez des personnes âgées de 21 à 69 ans, par mois, de 2019 à 2022

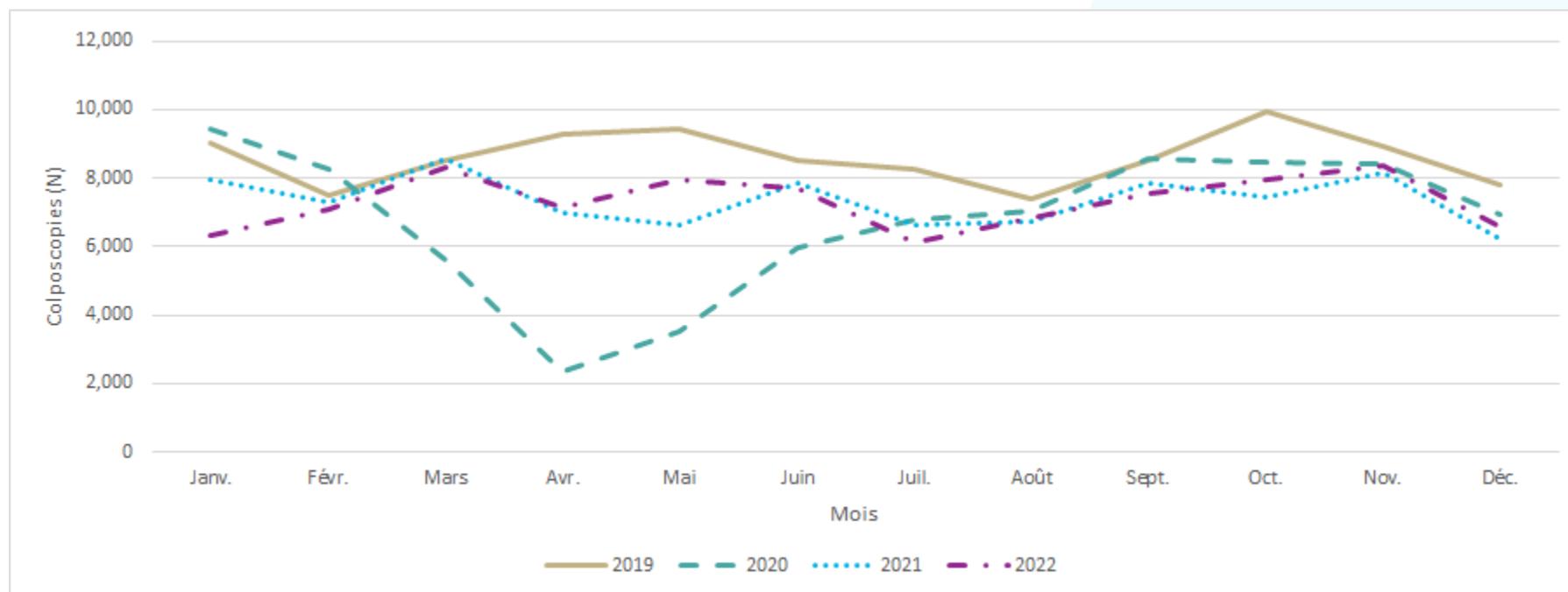


Remarque : Ces données concernent les tests cytologiques de dépistage du cancer du col de l'utérus réalisés dans les laboratoires communautaires seulement. Certains tests cytologiques peuvent ne pas être des tests de dépistage du Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus et sont réalisés pendant une coloscopie. Les données de 2022 peuvent être incomplètes en raison des retards dans la réalisation et la déclaration des tests.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 32](#) à l'annexe 1.

La baisse des volumes observée de mars à mai 2020 reflète la suspension temporaire des services de dépistage du cancer décidée fin mars 2020 en raison de la pandémie. Une reprise progressive a commencé en mai 2020, et les volumes de tests cytologiques sont revenus aux volumes d'avant la pandémie en août 2021. La reprise des volumes d'avant la pandémie pour les tests cytologiques peut avoir été retardée, car le dépistage du cancer du col de l'utérus nécessite une consultation en personne auprès d'un fournisseur de soins de santé.

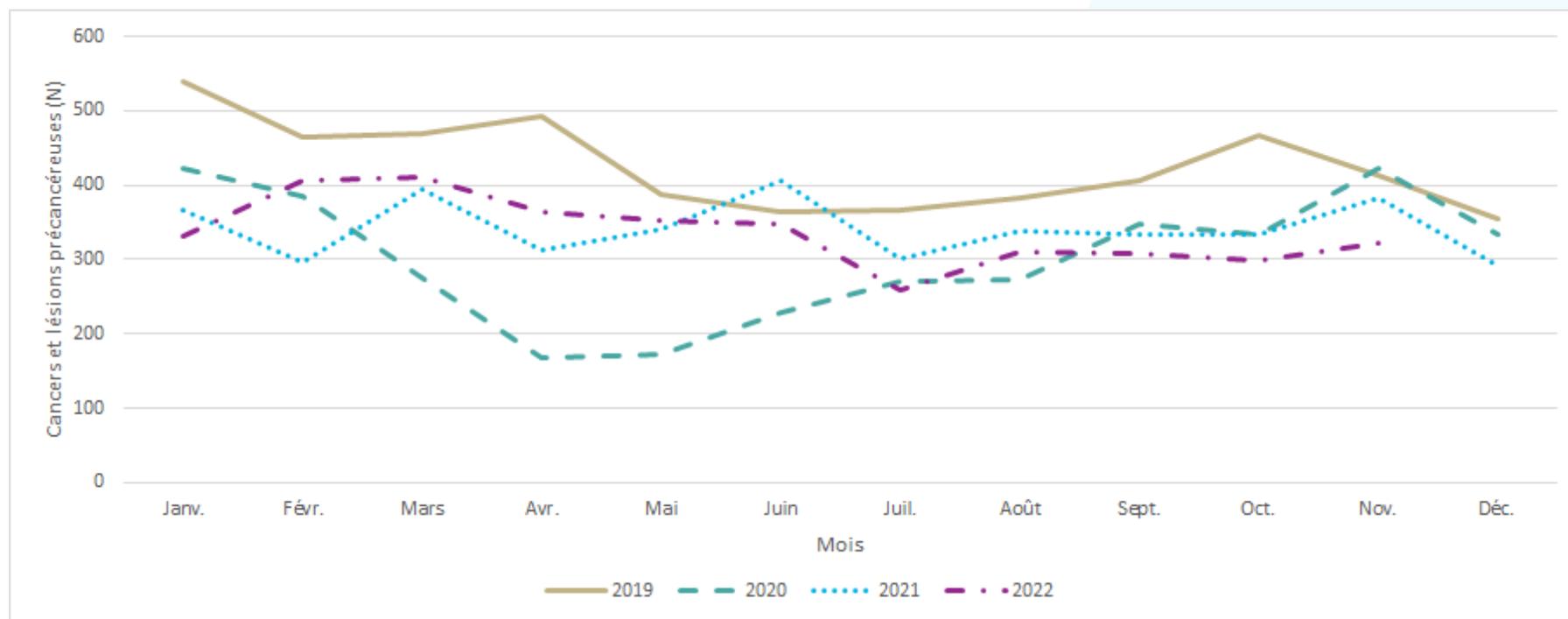
**Figure 41 : Nombre de colposcopies effectuées en Ontario chez des personnes âgées de 21 à 69 ans, par mois, de 2019 à 2022**



Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 33](#) à l'annexe 1.

Les volumes de colposcopies ont également été influencés par la pandémie de COVID-19. Une baisse des volumes a été observée à partir de mars 2020 après le report des services de dépistage du cancer de routine en raison de la pandémie. Les volumes de colposcopies sont revenus aux volumes d'avant la pandémie à partir de septembre 2020 et les volumes annuels ont augmenté de 8,5 % de 2020 à 2021.

**Figure 42 : Nombre de cancers du col de l’utérus et de lésions précancéreuses (combinés) diagnostiqués en Ontario chez des personnes âgées de 21 à 69 ans, par mois, de 2019 à 2022**

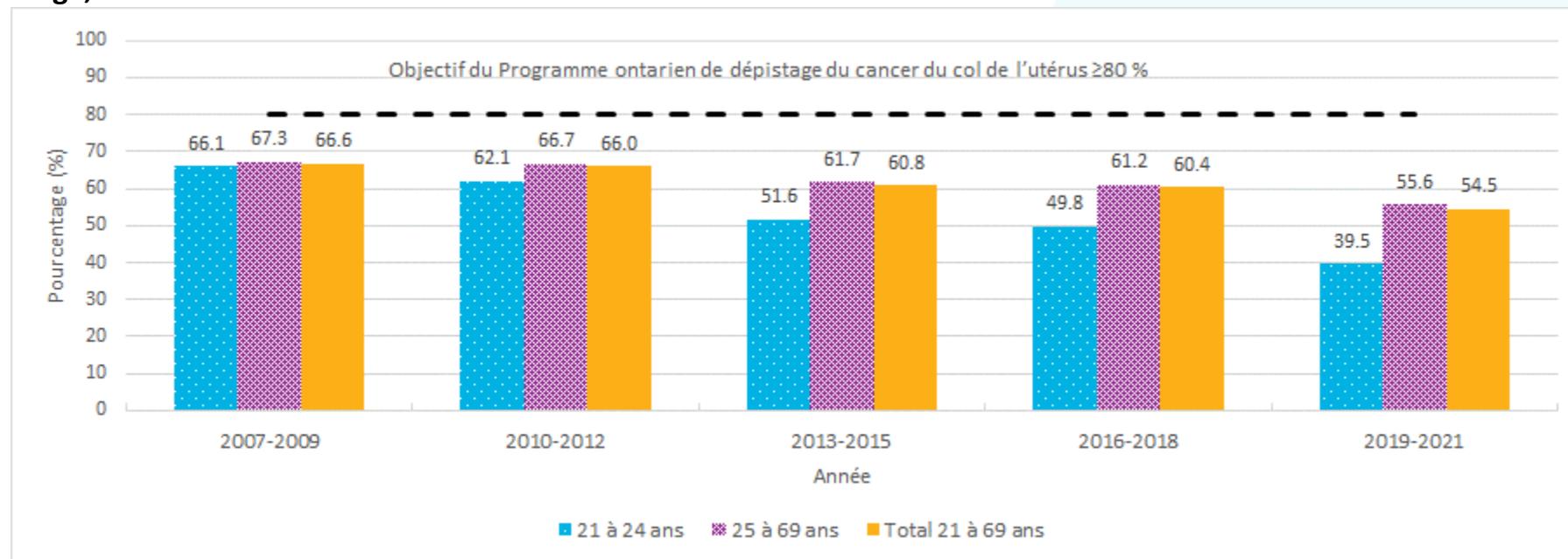


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 34](#) à l’annexe 1.

Le nombre de cancers du col de l’utérus et de lésions précancéreuses détectés a diminué de mars à mai 2020 après le report des services de dépistage de routine fin mars 2020 en raison de la pandémie. Le nombre de cancers du col de l’utérus et de lésions précancéreuses détectés n’est pas revenu aux niveaux d’avant la pandémie avant 2022. Les fluctuations dans le nombre de cancers du col de l’utérus et de lésions précancéreuses détectés d’un mois à l’autre sont prévues et normales. Il y a un retard considérable relatif aux données de 2020, ce qui pourrait avoir une incidence sur l’exhaustivité des données présentées pour cette année.

## PODCCU : Couverture

**Figure 43 : Pourcentage de femmes en Ontario\* âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage qui ont effectué au moins un test cytologique de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours d'une période de 42 mois, par groupe d'âge, de 2007-2009 à 2019-2021**



\* La population admissible au dépistage pour cet indicateur est calculée à l'aide des données du Régime d'assurance-santé de l'Ontario qui définit le sexe comme « femme » ou « homme » seulement. Cette définition binaire représente une limite des données, car elle définit le sexe d'une façon non inclusive de toutes les diversités de genres (p. ex., personnes trans, non binaires et bispirituelles) et pourrait entraîner l'exclusion de certaines personnes qui sont admissibles au dépistage du cancer du col de l'utérus, ainsi que l'inclusion de certaines personnes qui ne le sont pas.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 35](#) à l'annexe 1.

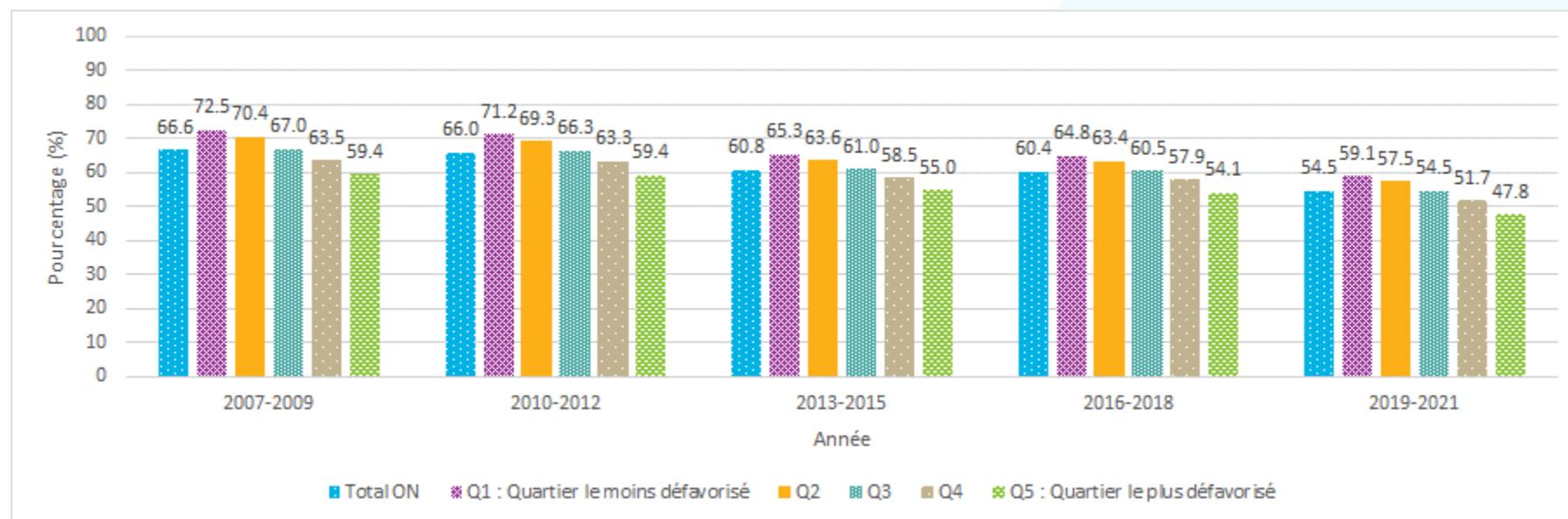
Le taux de participation au PODCCU a diminué au fil du temps, passant de 66,6 % sur la période 2007–2009 à 54,5 % sur la période 2019–2021. Le rendement n'a pas permis d'atteindre l'objectif du programme qui est de 80 % ou plus (54). La baisse du taux de participation observée en 2019-2021 peut être due aux répercussions de la pandémie de COVID-19, notamment le report des services de dépistage de routine pendant la première vague en Ontario, ce qui comprenait la suspension et la reprise progressive du programme d'envoi de lettres sur le dépistage (lettres d'invitation, rappel ou relance envoyées aux participants). De plus, la pandémie de COVID-19 a mené à une hausse

de l'utilisation des soins virtuels et une baisse des visites en personne auprès des fournisseurs de soins de santé dans le cadre des soins préventifs. Cette baisse des visites en personne peut avoir réduit la participation du dépistage du cancer du col de l'utérus à l'aide des tests cytologiques, qui nécessitent des soins en personne. Les participants peuvent avoir été réticents à se faire dépister pendant la pandémie.

En 2020, les fournisseurs de soins de santé ont été encouragés à commencer le dépistage à l'aide des tests cytologiques pour les personnes à partir de 25 ans et non de 21 ans, excepté pour les personnes immunodéficientes. Cette directive était fondée sur des données de qualité modérée suggérant que le dépistage du col de l'utérus n'était pas bénéfique pour les personnes de moins de 25 ans et cela pourrait avoir entraîné une baisse du nombre de personnes dépistées en 2019-2021. Une baisse considérable du dépistage du cancer du col de l'utérus par les personnes de 21 à 24 ans a été observée en Ontario, avec une participation pour ce groupe d'âge passant de 66,2 % en 2007-2009 à 40 % en 2019-2021. Cette tendance devrait se poursuivre et accélérer au cours des prochaines années à mesure que la politique de changement de l'âge (début du dépistage à 25 ans au lieu de 21) deviendra officielle dans le cadre des directives du PODCCU.

## Participation au PODCS – analyses sur l'équité : Difficulté matérielle

**Figure 44 : Pourcentage de femmes en Ontario\* âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage qui ont effectué au moins un test cytologique de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours d'une période de 42 mois, par niveau de difficulté matérielle, de 2007-2009 à 2019-2021**



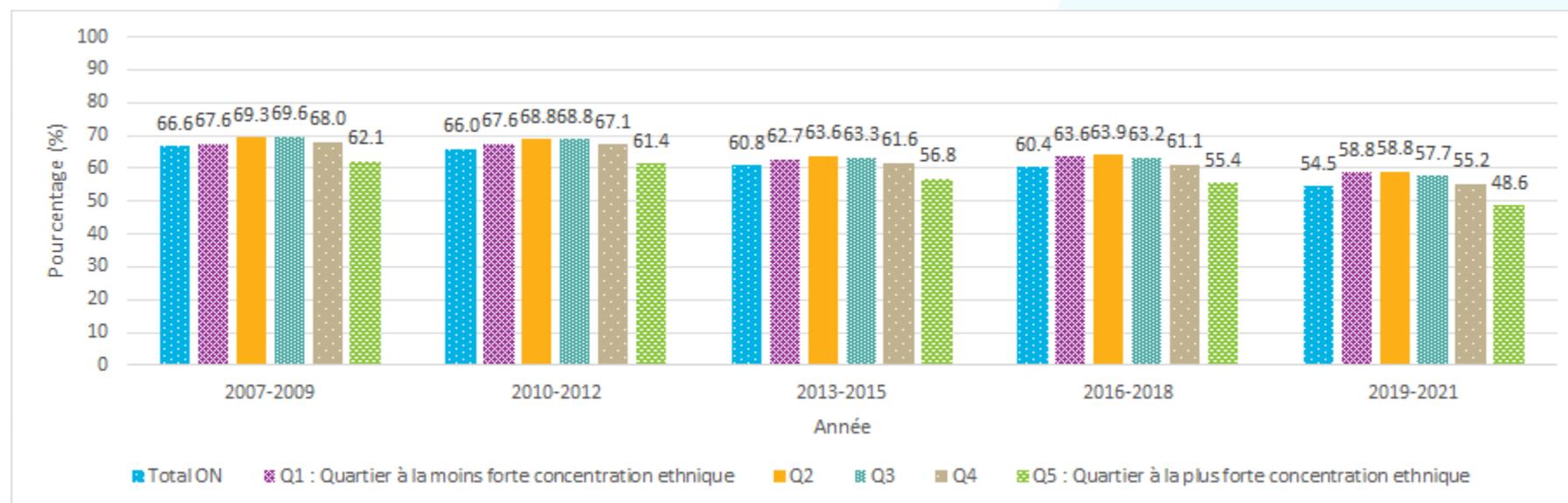
\* La population admissible au dépistage pour cet indicateur est calculée à l'aide des données du Régime d'assurance-santé de l'Ontario pharmaceutiques et définit le sexe comme « femme » ou « homme » seulement). Cette définition binaire représente une limite des données, car elle définit le sexe d'une façon non inclusive de toutes les diversités de genres (p. ex., personnes trans, non binaires et bispirituelles) et pourrait entraîner l'exclusion de certaines personnes qui sont admissibles au dépistage du cancer du col de l'utérus, ainsi que l'inclusion de certaines personnes qui ne le sont pas.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 36](#) à l'annexe 1.

Au cours de toutes les périodes de déclaration, on a observé un lien entre la difficulté matérielle et la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus. Les personnes vivant dans les quartiers les moins défavorisés (Q1, Q2) avaient des taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus supérieurs à ceux des personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés (Q3, Q4, Q5). Bien que l'écart entre le quintile de quartiers les moins défavorisés (Q1) et celui des quartiers les plus défavorisés (Q5) a diminué légèrement de 2007-2009 (13,1 %) à 2019-2021, les personnes vivant dans des quartiers plus défavorisés en 2019-2021 avaient encore des taux de participation au dépistage considérablement inférieurs aux taux globaux de la province et à l'objectif du programme qui est de 80 % ou plus (54).

## Participation au PODCS – analyses sur l'équité : Concentration ethnique

**Figure 45 : Pourcentage de femmes en Ontario\* âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage qui ont effectué au moins un test cytologique de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours d'une période de 42 mois, par concentration ethnique, de 2007-2009 à 2019-2021**

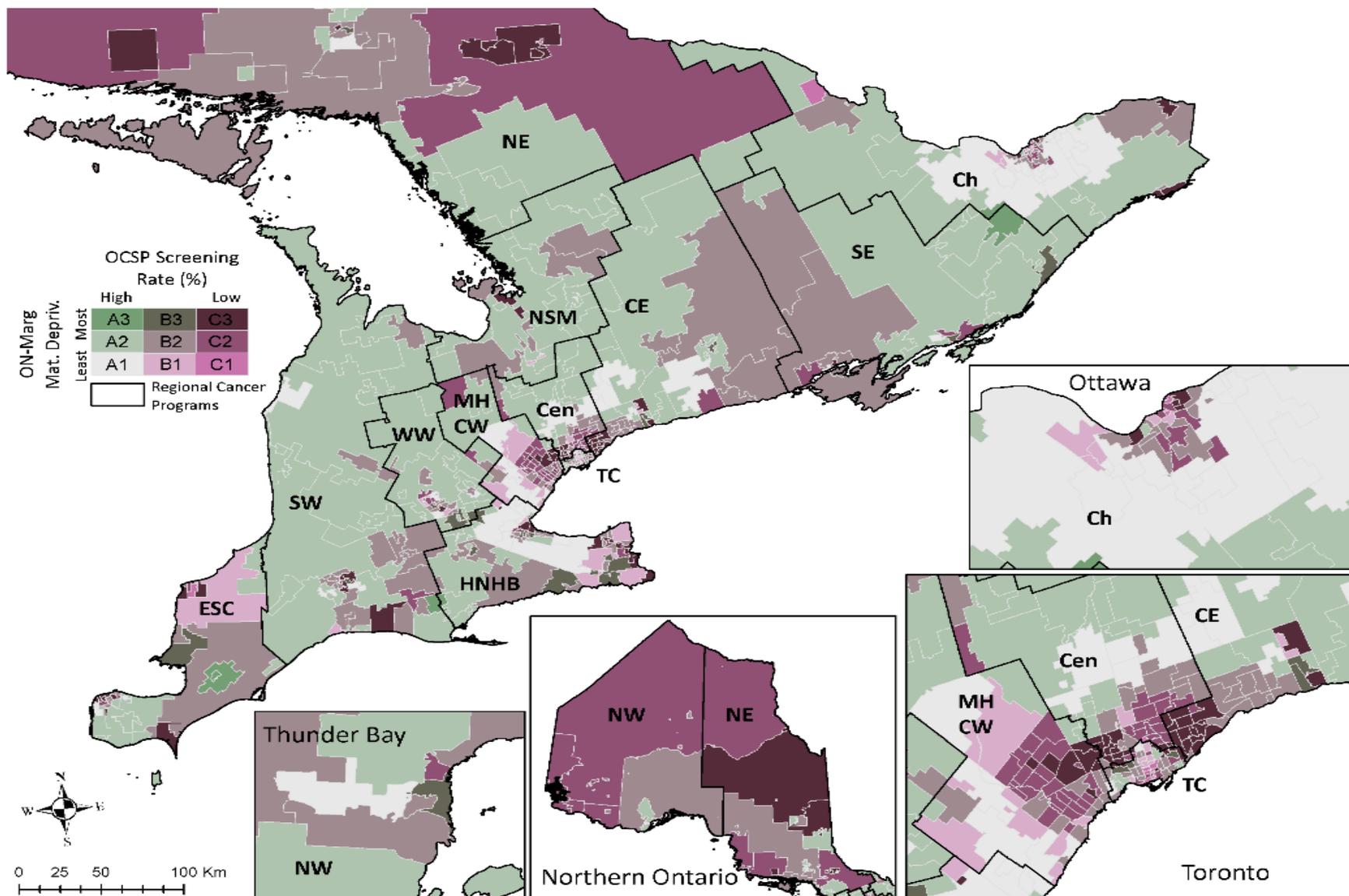


\* La population admissible au dépistage pour cet indicateur est calculée à l'aide des données du Régime d'assurance-santé de l'Ontario pharmacologiques et définit le sexe comme « femme » ou « homme » seulement. Cette définition binaire représente une limite des données, car elle définit le sexe d'une façon non inclusive de toutes les diversités de genres (p. ex., personnes trans, non binaires et bispituelles) et pourrait entraîner l'exclusion de certaines personnes qui sont admissibles au dépistage du cancer du col de l'utérus, ainsi que l'inclusion de certaines personnes qui ne le sont pas.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 37](#) à l'annexe 1.

Sur toutes les périodes de déclaration, les personnes vivant dans les quartiers à la plus forte concentration ethnique (Q5) présentaient des taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus inférieurs à ceux des personnes vivant dans des quartiers à la concentration ethnique moins importante (Q1, Q2). Les personnes vivant dans les quartiers à la concentration ethnique la plus importante présentaient des taux de participation au dépistage considérablement inférieurs aux taux globaux provinciaux et à l'objectif du programme de 80 % ou plus. L'écart entre les quartiers à la concentration ethnique la moins importante et ceux à la concentration ethnique la plus importante s'est creusé de façon constante, passant de 5,5 % en 2007-2009 à 10,1 % en 2019-2021. La hausse considérable de l'écart en 2019-2020 peut refléter les disparités en matière de santé aggravées par la pandémie de COVID-19.

**Figure 46 : Carte présentant le pourcentage de femmes en Ontario\* âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage qui ont effectué au moins un test cytologique au cours d'une période de 42 mois, par niveau de difficulté matérielle**



Programmes régionaux de cancérologie : ESC = Erie St. Clair, SW = Sud-Ouest, WW = Waterloo Wellington, HNHB = Hamilton Niagara Haldimand Brant, CW = Centre Ouest, MH = Mississauga Halton, TC = Toronto Centre, Cen = Centre, CE = Centre-Est, SE = Sud Est, Ch= Champlain, NSM = North Simcoe Muskoka, NE = Nord-Est, NW = Nord-Ouest

Remarques sur les données : Les quartiers sont cartographiés à l'échelle de la région de tri d'acheminement. Les données sur la participation concernent la période de déclaration 2020-2021. Carte en plages à deux variables (grisées). Les principales frontières reflètent les limites des programmes régionaux de cancérologie. Si vous avez besoin de données dans un autre format, veuillez nous envoyer un courriel ([OH-CCO\\_ScreeningPerformanceReport@OntarioHealth.ca](mailto:OH-CCO_ScreeningPerformanceReport@OntarioHealth.ca)).

### **Participation au Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus :**

- **A (forte participation) : >58,7 %**
- **B (participation moyenne) : 52,2 % à 58,7 %**
- **C (faible participation) : <52,2 %**

\* La population admissible au dépistage pour cet indicateur est calculée à l'aide des données du Régime d'assurance-santé de l'Ontario pharmacologiques et définit le sexe comme « femme » ou « homme » seulement. Cette définition binaire représente une limite des données, car elle définit le sexe d'une façon non inclusive de toutes les diversités de genres (p. ex., personnes trans, non binaires et bispirituelles) et pourrait entraîner l'exclusion de certaines personnes qui sont admissibles au dépistage du cancer du col de l'utérus, ainsi que l'inclusion de certaines personnes qui ne le sont pas.

Il y a eu un écart dans toute la province et à l'intérieur de la plupart des programmes régionaux de cancérologie en matière de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus par niveau de difficulté matérielle. Les programmes régionaux de cancérologie du Nord-Ouest et du Nord-Est avaient une importante proportion de quartiers avec le niveau le plus élevé de difficulté matérielle (violet le plus foncé sur la carte) et une faible participation au dépistage du cancer du col de l'utérus (moins de 52,2 %). De même que les tendances observées dans les autres programmes de dépistage, les quartiers de toute la région du Grand Toronto avec le plus haut niveau de difficulté matérielle présentaient également une faible participation au dépistage du cancer du col de l'utérus. Ces quartiers comprennent les régions autour du centre-ville de Toronto, l'Ouest de North York et le Nord d'Etobicoke (Programme régional de cancérologie du Centre), Scarborough et des parties d'Oshawa (Programme régional de cancérologie du Centre-Est), des parties de Brampton et Mississauga (Programmes régionaux de cancérologie de Mississauga Halton et du Centre-Ouest).

**Figure 47 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage qui ont effectué un nouveau test cytologique dans les 42 mois suivant un test cytologique révélant des résultats normaux, de 2014 à 2018**



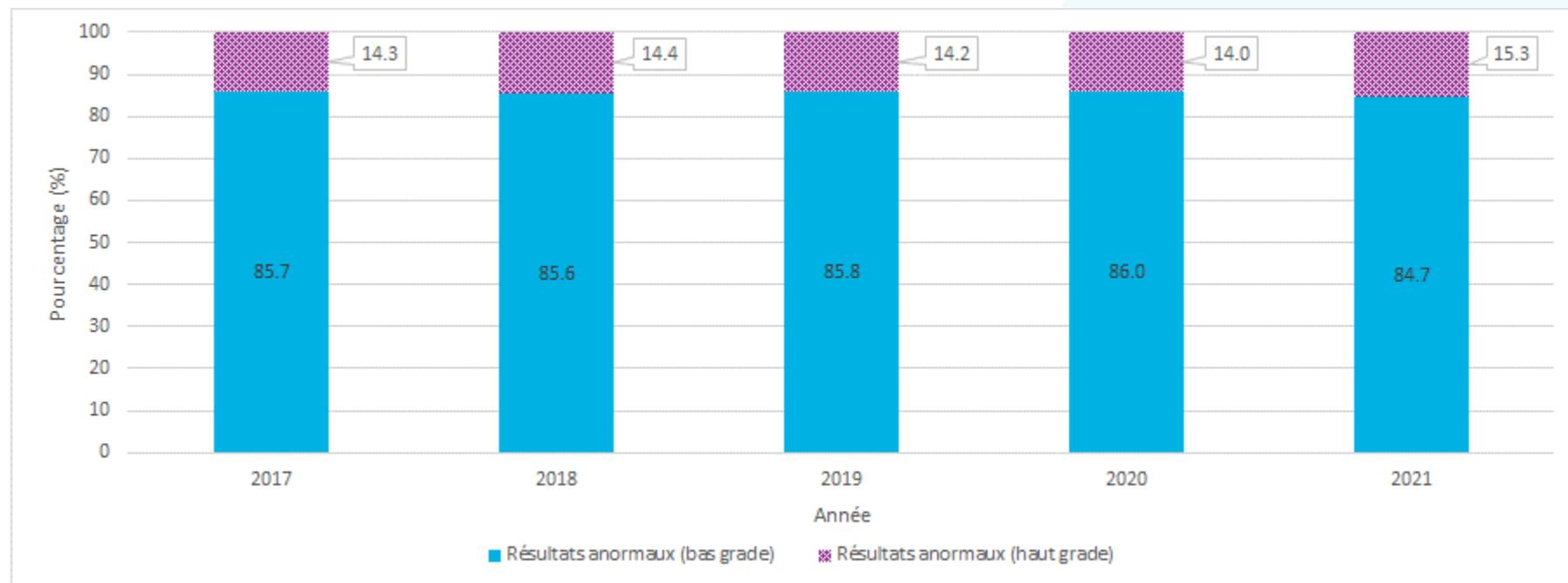
Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 38](#) à l'annexe 1.

Le taux de fidélisation du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus représente la proportion de participants qui repassent un test de dépistage dans les 42 mois (3,5 ans) suivant l'obtention de résultats normaux à un test cytologique. Les années indiquées dans le graphique représentent la date du test de dépistage initial par rapport à laquelle on mesure la date de retour. Le taux de fidélisation de ce programme a diminué, passant de 60,3 % en 2014 à 46,3 % en 2018. L'importante baisse du taux de fidélisation observée par rapport à 2017 peut être due aux répercussions de la pandémie de COVID-19, car les personnes dépistées en 2017 devaient se faire dépister à nouveau en 2020.

Les potentielles répercussions de la pandémie comprennent la suspension des services de dépistage du cancer du col de l'utérus pendant la première vague de la pandémie en Ontario, la suspension et la reprise progressive de l'envoi des lettres sur le dépistage, et le report du dépistage par les participants et les fournisseurs pendant les autres vagues de la pandémie (la hausse des soins virtuels pendant la pandémie a mené à moins de consultations en personne et à moins de tests de dépistage du cancer du col de l'utérus réalisés, car ces tests nécessitent des soins en personne). Le taux de fidélisation s'est amélioré de près de 10 points de pourcentage en 2018, ce qui suggère que la fidélisation commençait à reprendre.

## PODCCU : Suivi

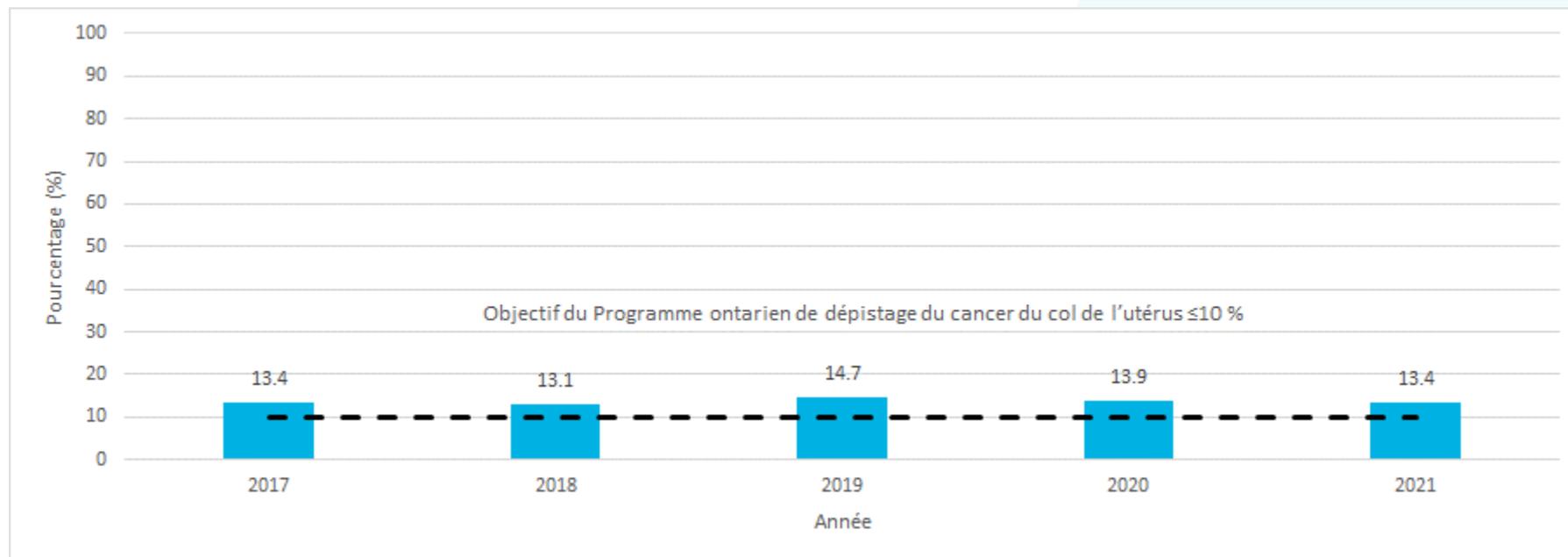
Figure 48 : Répartition des résultats anormaux aux tests cytologiques de dépistage du cancer du col de l'utérus, de 2017 à 2021



Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 39](#) à l'annexe 1.

La proportion de tests cytologiques assortis de résultats anormaux révélant des lésions de bas grade est demeurée stable à environ 86 % de 2017 à 2020, puis a diminué légèrement, passant à 84,7 % en 2021. La proportion de tests cytologiques assortis de résultats anormaux révélant des lésions de haut grade est demeurée stable à environ 14 % de 2017 à 2020, puis a augmenté, passant à 15,3 % en 2021. Ces tendances peuvent être dues à la priorité accordée par les fournisseurs au dépistage du cancer du col de l'utérus pour les participants présentant un risque élevé (p. ex., personnes immunodéficientes) au début de la pandémie, entraînant plus de résultats anormaux. La hausse des résultats révélant des lésions de haut grade peut aussi être due aux personnes en retard pour leurs tests cytologiques qui sont revenues pour un dépistage après les suspensions de services dues à la pandémie, ce qui signifie que leurs modifications cellulaires dans le col de l'utérus ont eu plus de temps pour se développer.

**Figure 49 : Pourcentage de personnes en Ontario, âgées de 21 à 69 ans, admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux aux tests cytologiques révélant des lésions de haut grade qui n’ont pas bénéficié de coloscopie ou de traitement définitif dans les 6 mois suivant l’obtention des résultats anormaux, de 2017-2021**

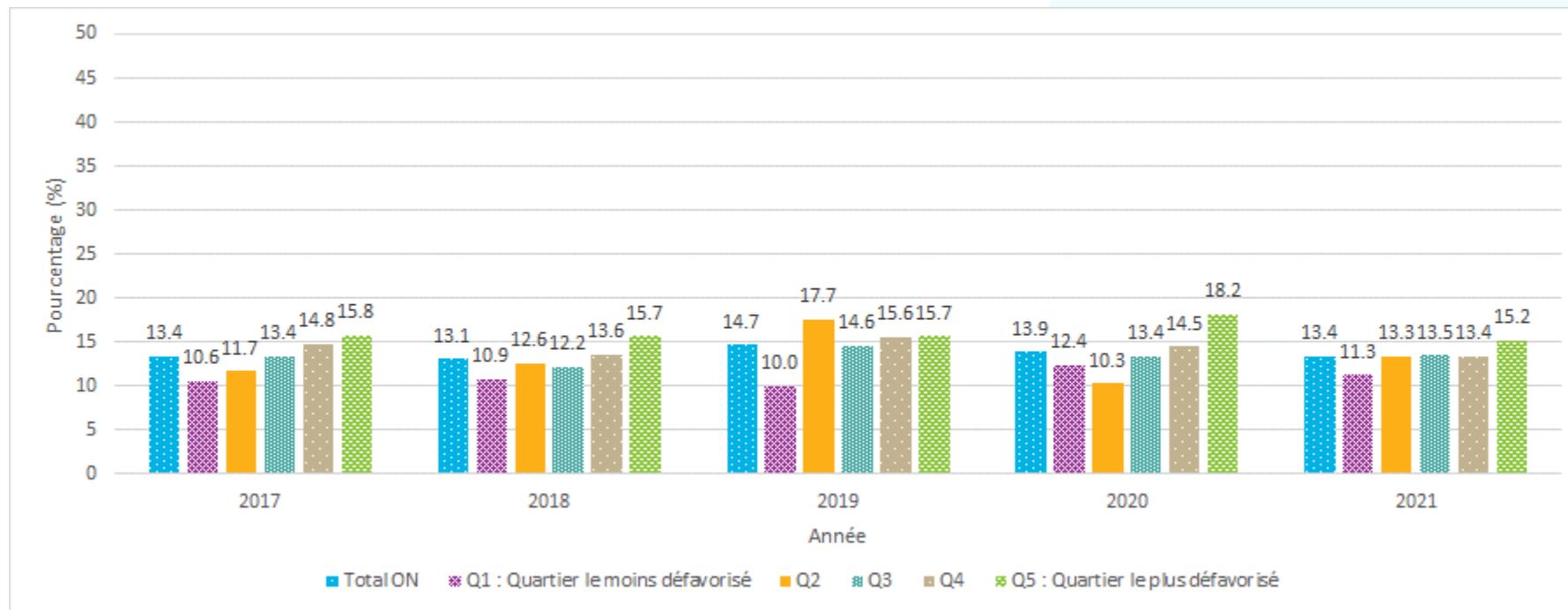


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 40](#) à l’annexe 1.

Le pourcentage de participants qui n’ont pas bénéficié de coloscopie ou de traitement définitif dans les six mois suivant l’obtention de résultats anormaux aux tests cytologiques révélant des lésions de haut grade était stable à environ 13 % de 2017 à 2021, à l’exception de 2019 où il a augmenté (s’est empiré) à 14,7 %. La hausse observée en 2019 peut être due aux personnes ayant obtenu des résultats aux tests cytologiques révélant des lésions de haut grade plus tard dans l’année qui peuvent avoir subi des retards d’accès aux services de coloscopie pendant la première vague de la pandémie de COVID-19 lorsque les capacités de ces services ont été réduites. La reprise de cet indicateur en 2020 et 2021 peut refléter l’adoption de la directive clinique sur la pandémie de Santé Ontario sur la priorisation des services de coloscopie pour les personnes présentant des lésions de haut grade. Le rendement relatif à cet indicateur n’a pas permis d’atteindre l’objectif du programme qui est de 10 % ou moins (54) depuis 2017.

## Suivi des résultats anormaux dans le cadre du PODCCU – analyses sur l'équité : Difficulté matérielle

**Figure 50 : Pourcentage de personnes en Ontario, âgées de 21 à 69 ans, admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux aux tests cytologiques révélant des lésions de haut grade qui n'ont pas bénéficié de colposcopie ou de traitement définitif dans les 6 mois suivant l'obtention des résultats anormaux, par niveau de difficulté matérielle, de 2017-2021**

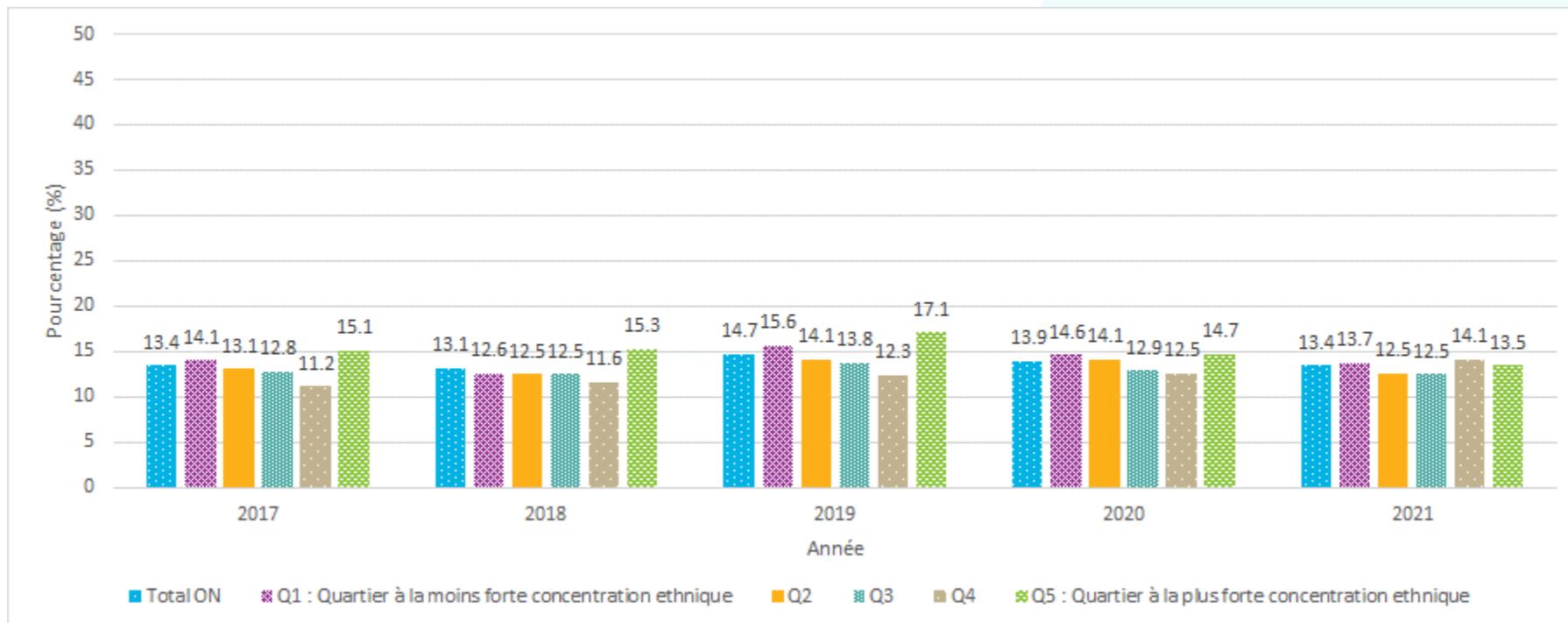


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 41](#) à l'annexe 1.

Au cours de la plupart des années de déclaration récentes, les personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés étaient moins susceptibles de bénéficier d'un suivi de leurs résultats anormaux aux tests cytologiques que les personnes vivant dans des quartiers moins défavorisés. L'écart entre les quartiers les plus défavorisés (Q5) et les moins défavorisés (Q1) allait de 3,9 % (2021) à 5,8 % (2020). L'écart plus important observé en 2020 pourrait refléter les disparités en matière de santé qui se sont aggravées pendant la première année de la pandémie de COVID-19.

## Suivi des résultats anormaux dans le cadre du PODCCU – analyses sur l'équité : Concentration ethnique

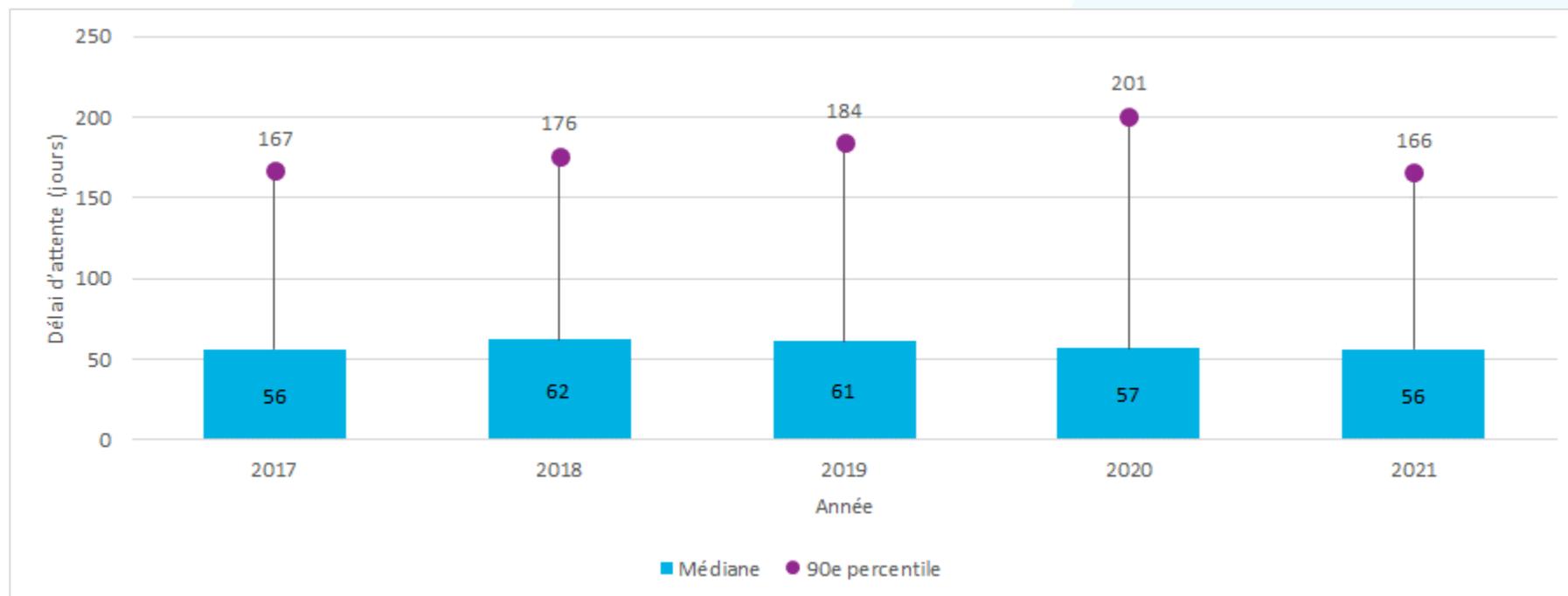
**Figure 51 : Pourcentage de personnes en Ontario, âgées de 21 à 69 ans, admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats aux tests cytologiques révélant des lésions de haut grade qui n'ont pas bénéficié de colposcopie ou de traitement définitif dans les 6 mois suivant l'obtention des résultats anormaux, par concentration ethnique, de 2017-2021**



Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 42](#) à l'annexe 1.

De 2017 à 2020, les personnes vivant dans des quartiers à la plus forte concentration ethnique (Q5) étaient moins susceptibles de bénéficier d'un suivi de leurs résultats anormaux aux tests cytologiques que les personnes vivant dans des quartiers avec une moins forte concentration ethnique. L'écart entre les quartiers à la plus forte concentration ethnique et ceux à la moins forte concentration ethnique a diminué au fil du temps et était presque inexistant en 2020 et 2021. Nous ne sommes pas certains de ce qui a contribué à cette constatation positive. Le rendement relatif à cet indicateur sera encore surveillé pour orienter les efforts d'amélioration du programme.

**Figure 52 : Délai d'attente (en jours) pour les personnes en Ontario, âgées de 21 à 69 ans, admissibles au dépistage, entre l'obtention des résultats aux tests cytologiques révélant des lésions de haut grade et la colposcopie, de 2017 à 2021**

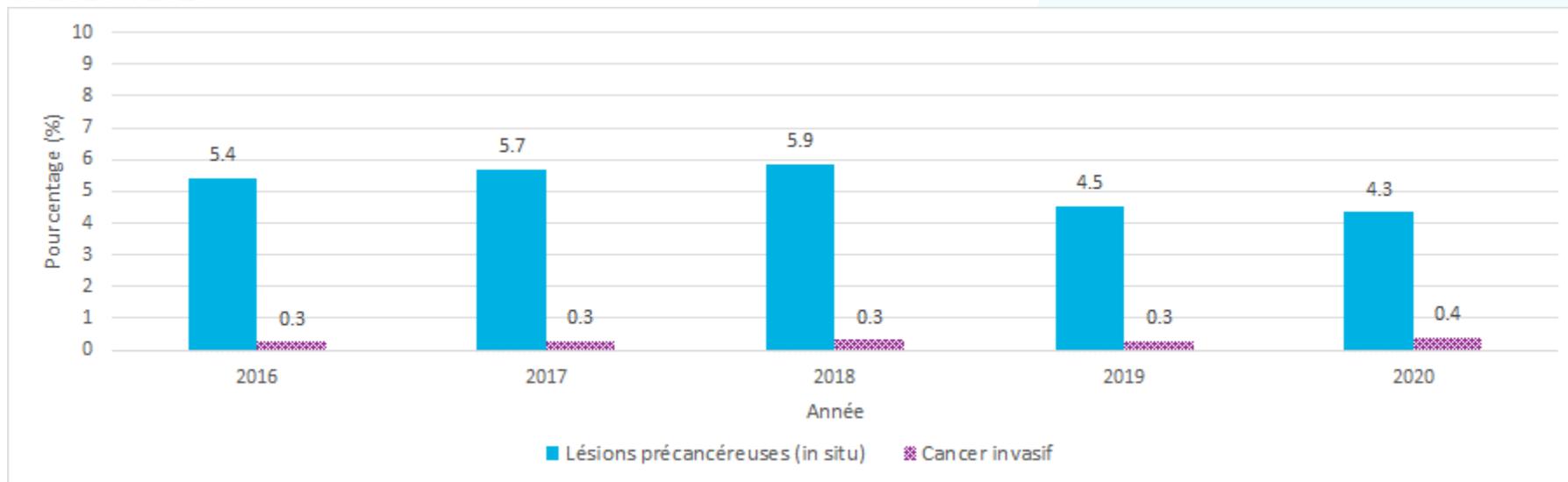


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 43](#) à l'annexe 1.

Le délai d'attente avant la colposcopie après l'obtention de résultats aux tests cytologiques révélant des lésions de haut grade a varié de 2017 à 2021 (délai médian et du 90<sup>e</sup> percentile). Le délai d'attente médian allant de 56 jours à 62 jours, et celui du 90<sup>e</sup> percentile allait de 166 jours à 201 jours. Le délai d'attente maximal du 90<sup>e</sup> percentile de 201 jours a été observé en 2020, ce qui peut être dû aux répercussions de la première vague de la pandémie de COVID-19 lorsque les services de dépistage de routine du cancer du col de l'utérus ont été suspendus et que les capacités des services de colposcopie ont été affectées.

## PODCCU : Qualité du dépistage

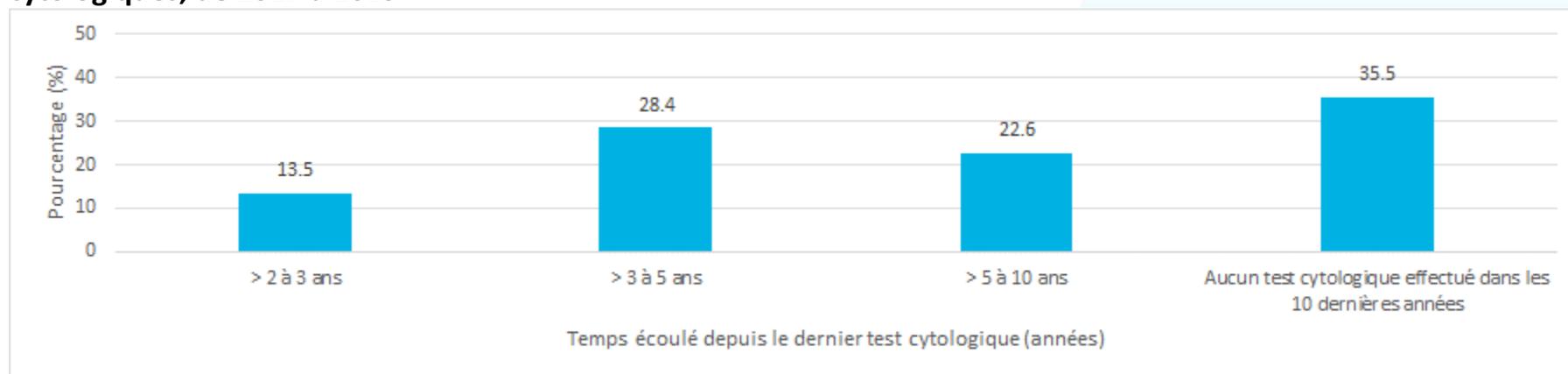
**Figure 53 : Pourcentage de femmes en Ontario âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux au test Pap qui ont reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus invasif ou de lésion précancéreuse à la suite d'une colposcopie de suivi ou d'une intervention chirurgicale au niveau du col de l'utérus, de 2016 à 2020**



Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 44](#) à l'annexe 1.

La VPP est la probabilité qu'une personne dont le test de dépistage du cancer est positif soit véritablement atteinte de lésions précancéreuses ou d'un cancer. Le dépistage du cancer du col de l'utérus par test cytologique vise à déceler les lésions précancéreuses qui pourraient devenir cancéreuses si elles ne sont pas traitées. Par conséquent, la VPP des tests cytologiques pour les lésions précancéreuses (in situ) offre une mesure plus précise de l'efficacité des tests cytologiques que la VPP des tests cytologiques pour les cancers du sein invasifs (55). De 2016 à 2018, la VPP des tests cytologiques de dépistage du cancer du col de l'utérus a légèrement augmenté, passant de 5,4 % à 5,9 %. En 2019, la VPP pour les lésions précancéreuses a diminué à 4,5 %, puis encore en 2020, passant à 4,3 %. De 2016 à 2019, la VPP pour les cancers du col de l'utérus invasifs a été stable à environ 0,3 % en 2020, elle a ensuite légèrement augmenté à 0,4 %. Nous ignorons la raison des fluctuations dans la VPP pour les lésions précancéreuses observées de 2016 à 2020 et la raison de cette légère hausse de la VPP pour le cancer du col de l'utérus en 2020 après une stabilité relative de 2016 à 2019. Le rendement sera encore surveillé.

**Figure 54 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage atteintes d'un cancer du col de l'utérus invasif, par antécédents de dépistage du cancer du col de l'utérus à l'aide de tests cytologiques, de 2017 à 2019**



Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 45](#) à l'annexe 1.

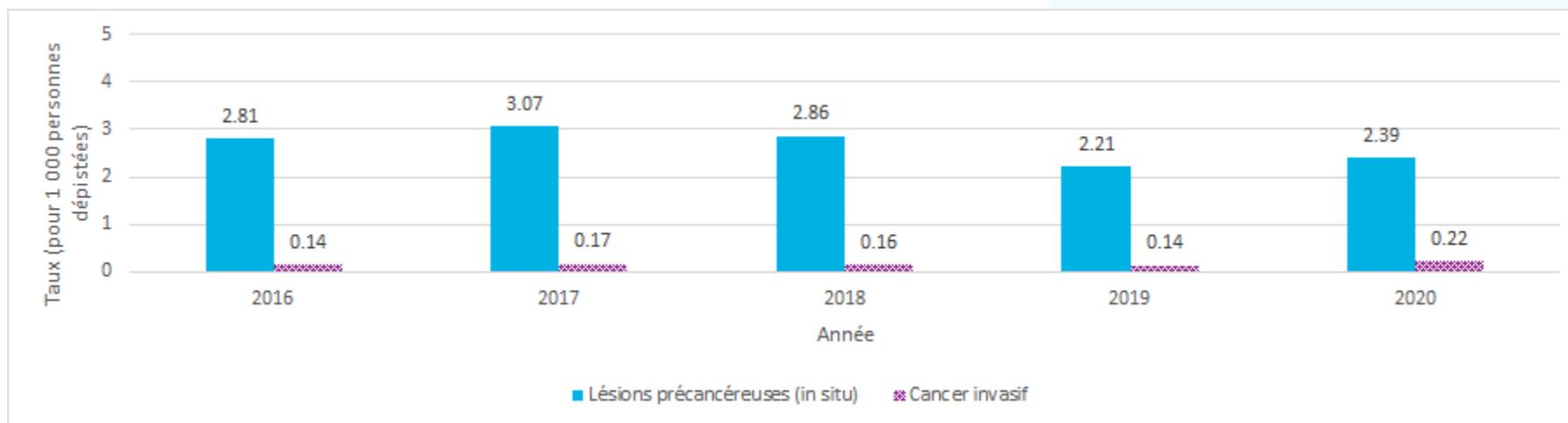
La plupart des cancers du col de l'utérus sont observés chez des personnes qui n'ont jamais été dépistées ou qui l'ont été moins souvent que les recommandations (56,57). Entre 2017 et 2019, 35,5 % des personnes qui ont reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus invasif n'avaient pas été dépistées dans les dix années précédant leur diagnostic.

Parmi celles qui ont reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus invasif, 13,5 % avaient passé un test cytologique dans les deux à trois années précédant leur diagnostic. Plusieurs raisons expliquent que certaines personnes reçoivent un diagnostic de cancer avant d'avoir atteint la date du dépistage subséquent (p. ex., dans les deux à trois ans après un test cytologique). Tout d'abord, le test cytologique peut ne pas détecter certaines lésions précancéreuses (résultats faussement négatifs). Ensuite, bien que le test cytologique puisse permettre de détecter des cancers du col de l'utérus invasifs, il n'est pas conçu à cet effet et peut ne pas détecter certaines cellules cancéreuses. Enfin, le suivi des résultats de dépistage anormaux est important pour détecter et, s'il y a lieu, traiter, les cellules précancéreuses. Bien que le pourcentage de personnes aux résultats anormaux ayant reçu des soins de suivi ait augmenté, il est possible de faire encore mieux. Il est possible que certaines personnes ayant reçu le diagnostic de cancer du col de l'utérus, qui ont effectué un test cytologique dans les deux à trois ans précédents aient obtenu un résultat de dépistage anormal sans être suivies.

Au fil du temps, on s'attend à une baisse des cas de lésions précancéreuses qui n'ont pas été détectées. L'Ontario prévoit la mise en œuvre du test du papillomavirus humain comme test de dépistage principal du cancer du col de l'utérus dans la province en 2025. Ce test est plus efficace pour détecter les lésions précancéreuses et les cancers du col de l'utérus (58).

## PODCCU : Détection

**Figure 55 : Nombre de personnes en Ontario âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage présentant des lésions précancéreuses (in situ) ou atteintes d'un cancer du col de l'utérus invasif détecté(es) au dépistage, pour 1 000 personnes dépistées, de 2016 à 2020**



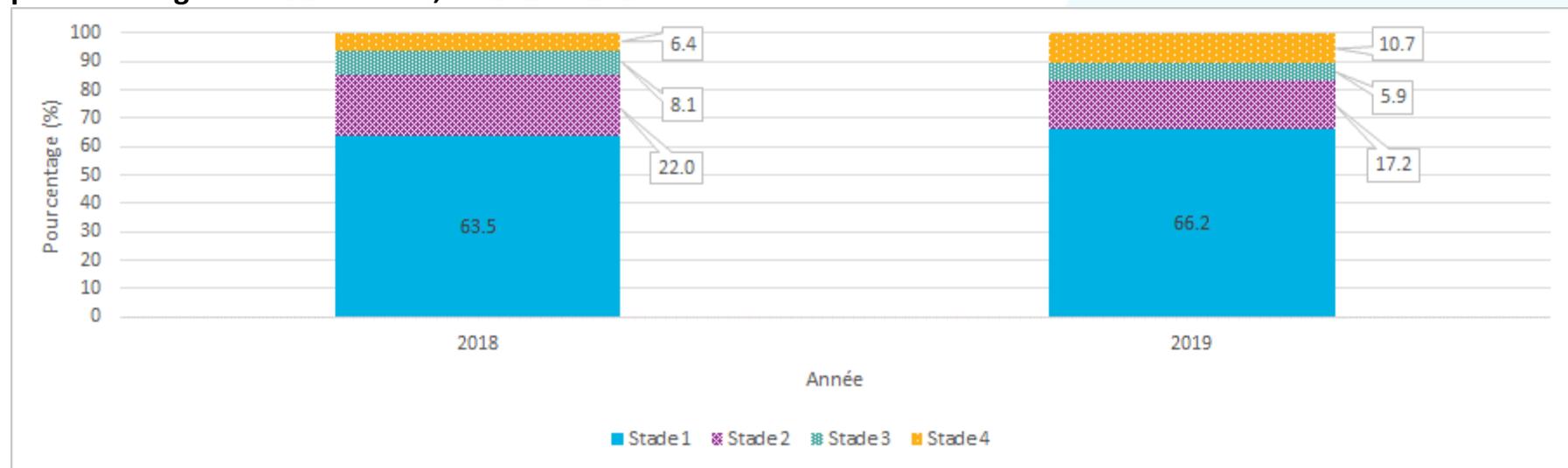
Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 46](#) à l'annexe 1.

Le test cytologique est conçu pour détecter les lésions précancéreuses dans le col de l'utérus qui pourraient devenir un cancer du col de l'utérus au fil du temps. Par conséquent, on s'attend à ce que le taux de détection des lésions précancéreuses soit supérieur à celui de détection des cancers du col de l'utérus invasifs (59,60). Le taux de détection des lésions précancéreuses (in situ) est demeuré stable de 2016 à 2018 à environ 3 cas pour 1 000 personnes dépistées, avant de diminuer en 2019, à 2,21 cas pour 1 000 personnes. En 2020, le taux a légèrement augmenté, passant à 2,39 cas pour 1 000 personnes dépistées. Le taux de détection du cancer du col de l'utérus invasif a augmenté, passant de 0,14 cas pour 1 000 personnes dépistées en 2016 à 0,22 cas pour 1 000 personnes en 2020.

L'augmentation des taux de détection des lésions précancéreuses et du cancer du col de l'utérus en 2020 pourrait être due à la priorité accordée par les fournisseurs au dépistage du cancer du col de l'utérus pour les personnes présentant un risque accru (p. ex., personnes immunodéficientes) au début de la pandémie, ce qui a mené à un plus grand nombre de détections des lésions précancéreuses et de cancer. La hausse des taux de détection des lésions précancéreuses et des cas de cancer peut aussi être due aux personnes en retard pour leur dépistage qui sont revenues pour un dépistage après les suspensions de services dues à la pandémie, ce qui signifie que leurs modifications cellulaires dans le col de l'utérus ont eu plus de temps pour se développer.

## PODCCU : Étendue de la maladie au moment du diagnostic

Figure 56 : Répartition par stade de tous les cancers du col de l'utérus invasifs diagnostiqués en Ontario, chez les personnes âgées de 21 à 69 ans, de 2018 à 2019



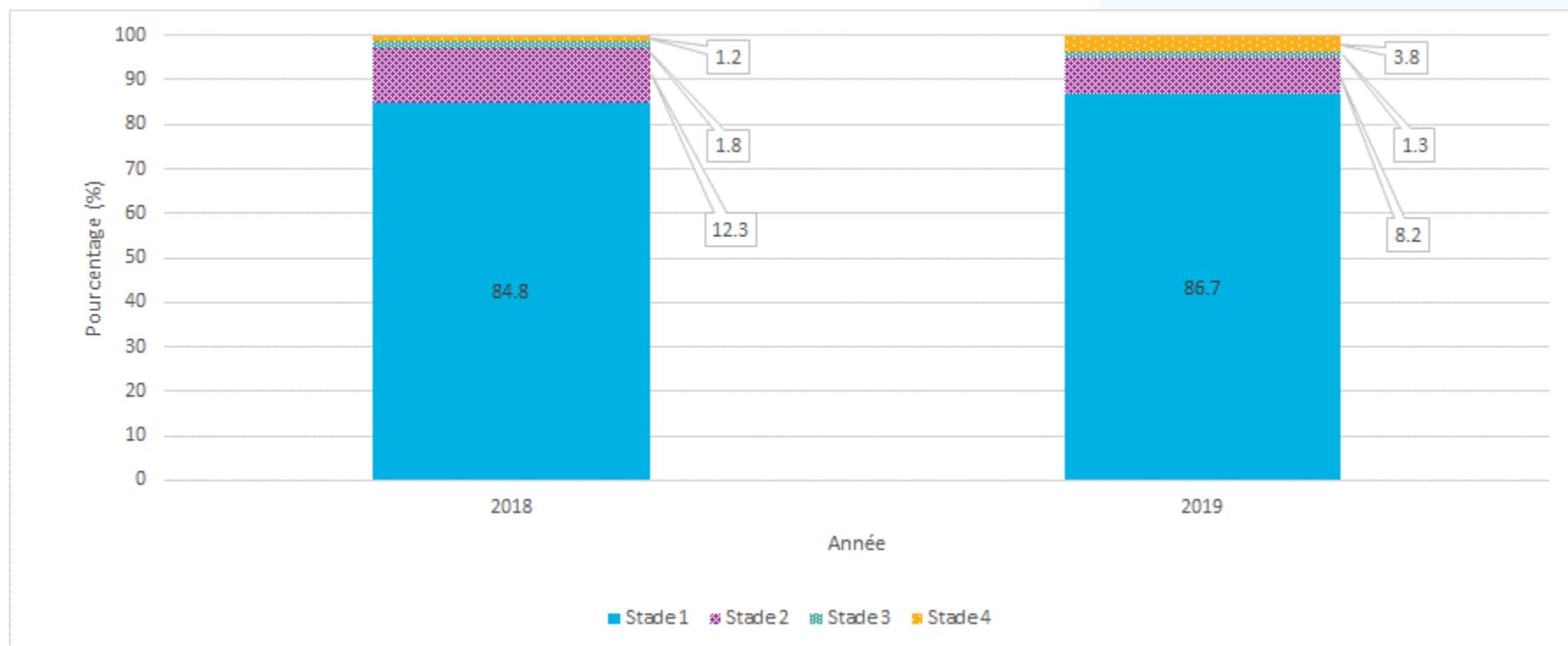
Remarque : Les données avant 2018 ne sont pas présentées, car le système de classification des stades du cancer a été grandement modifié en 2018.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 47](#) à l'annexe 1.

La plupart des cancers du col de l'utérus invasifs détectés étaient au stade 1 en 2018 (63,5 %) et 2019 (66,2 %). Un plus grand nombre de cancers invasifs détectés grâce au dépistage ont été détectés au stade 1 en 2018 (84,8 %) et 2019 (86,7 %) (voir figure 57) par rapport aux cancers non détectés au dépistage, ce qui montre les avantages des tests de dépistage du cancer pour la détection précoce. De 2018 à 2019, la proportion de cancers du col de l'utérus invasifs (en combinant ceux détectés au dépistage et ceux non détectés au dépistage) détectés au stade 2 a diminué, passant de 22 % en 2018 à 17,2 % en 2019. Une diminution similaire a été observée quant à la proportion de cancers invasifs détectés au stade 3, passant de 8,1 % en 2018 à 5,9 % en 2019. Une diminution similaire a été observée quant à la proportion de cancers du col de l'utérus invasifs détectés au stade 4, passant pour cas de 6,4 % en 2018 à 10,7 % en 2019.

Il convient de préciser que le dépistage du cancer du col de l'utérus à l'aide des tests cytologiques vise à détecter les lésions précancéreuses. Bien que le test cytologique puisse permettre de détecter des cancers du col de l'utérus invasifs, il n'est pas conçu à cet effet et peut ne pas détecter certaines cellules cancéreuses (55).

**Figure 57 : Répartition par stade des cancers du col de l'utérus invasifs détectés au dépistage diagnostiqués en Ontario, chez les personnes de 21 à 69 ans, de 2018 à 2019**

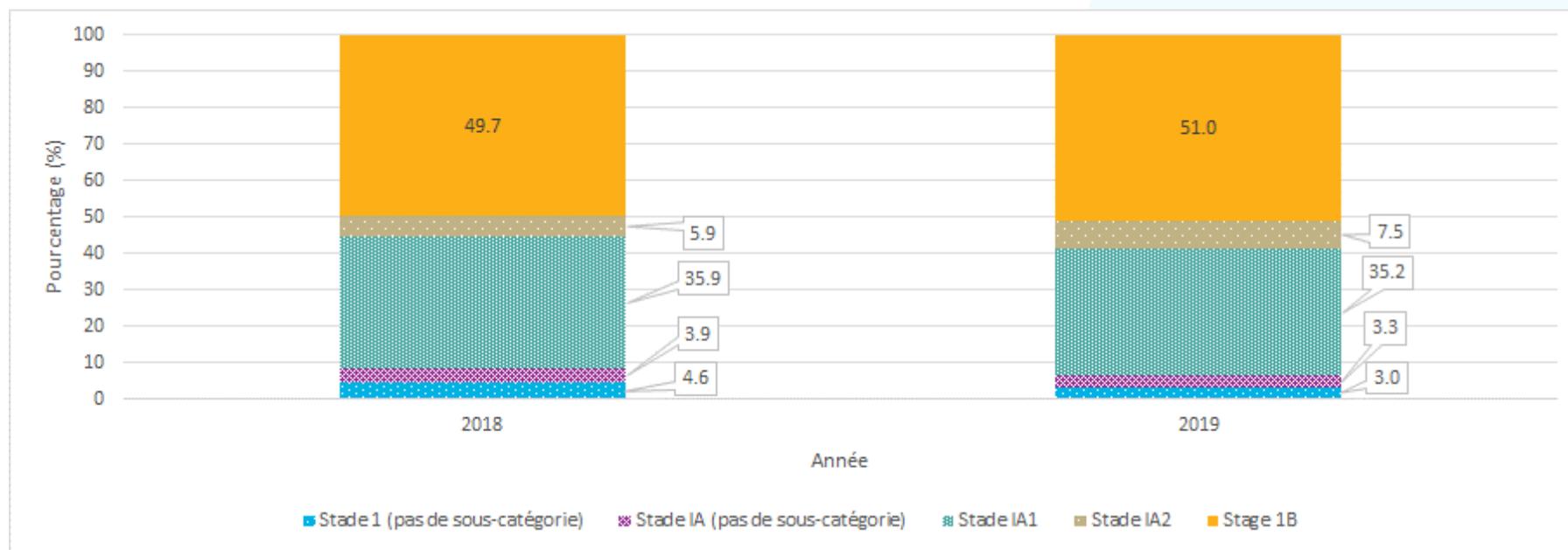


Remarque : Les données avant 2018 ne sont pas présentées, car le système de classification des stades du cancer a été modifié en 2018.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 48](#) à l'annexe 1.

La plupart des cancers du col de l'utérus invasifs détectés au dépistage étaient au stade 1 en 2018 (84,7 %) et 2109 (86,7 %). Le pourcentage de cancers du col de l'utérus invasifs détectés au dépistage au stade 2 a diminué, passant de 12,3 % en 2018 à 8,2 % en 2019, alors que le pourcentage de cancers du col de l'utérus invasifs détectés au dépistage de stade 3 est demeuré stable au cours de cette période. De 2018 à 2019, le pourcentage de cancers du col de l'utérus invasifs détectés au stade 4 a augmenté de 1,2 % à 3,8 %. Nous ignorons ce qui a contribué à ce changement dans la répartition des stades. Le rendement pour cet indicateur sera encore surveillé.

**Figure 58 : Répartition par sous-catégorie du stade 1 pour tous les cancers du col de l'utérus invasifs diagnostiqués en Ontario, chez les personnes âgées de 21 à 69 ans, de 2018 à 2019**



Remarque : Les données avant 2018 ne sont pas présentées, car le système de classification des stades du cancer a été grandement modifié en 2018.

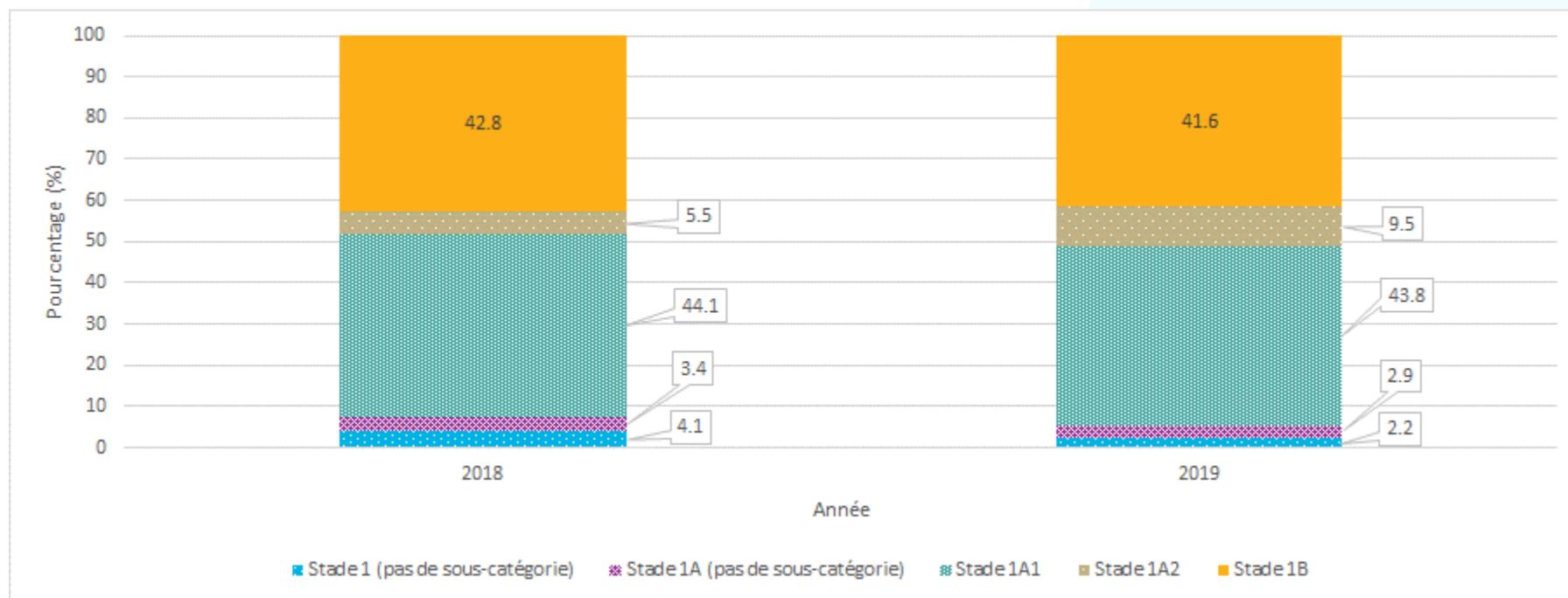
Définitions des stades (60–63) :

- Stade 1A1 : La tumeur invasive n'a pas plus de 3 mm de profondeur, ce qui peut être détecté seulement au microscope.
- Stade 1A2 : La tumeur invasive a 3 à 5 mm de profondeur, ce qui peut être détecté seulement au microscope.
- Stade 1B : la tumeur a plus de 5 millimètres de profondeur et peut être divisée en 3 sous-catégories selon la taille de la tumeur; toutefois, aux fins de ce rapport, ces catégories sont combinées et classées dans le stade 1B.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 49](#) à l'annexe 1.

La majorité de tous les cancers du col de l'utérus invasifs de stade 1 (détectés au dépistage et non détectés au dépistage) ont été diagnostiqués au stade 1B en 2018 (49,7 %) et en 2019 (51 %). Les cancers au stade 1A1 représentaient environ 35 à 36 % de tous les cancers du col de l'utérus invasifs de stade 1 en 2018 et 2019. Un plus grand nombre de cancers du col de l'utérus invasifs détectés au dépistage ont été diagnostiqués aux stades 1A, 1A1 et 1A2 (figure 53) par rapport à tous les cancers du col de l'utérus invasifs (figure 58), ce qui montre les avantages du dépistage du cancer du col de l'utérus pour la détection précoce des cancers invasifs.

**Figure 59 : Répartition par sous-catégorie du stade 1 pour les cancers du col de l'utérus invasifs détectés au dépistage diagnostiqués en Ontario, chez les personnes âgées de 21 à 69 ans, de 2018 à 2019**



Remarque : Les données avant que 2018 ne sont pas présentées, car le système de classification des stades du cancer a été modifié en 2018.

Définitions des stades (60–63) :

- Stade 1A1 : La tumeur invasive n'a pas plus de 3 mm de profondeur, ce qui peut être détecté seulement au microscope.
- Stade 1A2 : La tumeur invasive a 3 à 5 mm de profondeur, ce qui peut être détecté seulement au microscope.
- Stade 1B : La tumeur a plus de 5 millimètres de profondeur et peut être divisée en 3 sous-catégories selon la taille de la tumeur; toutefois, aux fins de ce rapport, ces catégories sont combinées et classées dans le stade 1B.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 50](#) à l'annexe 1.

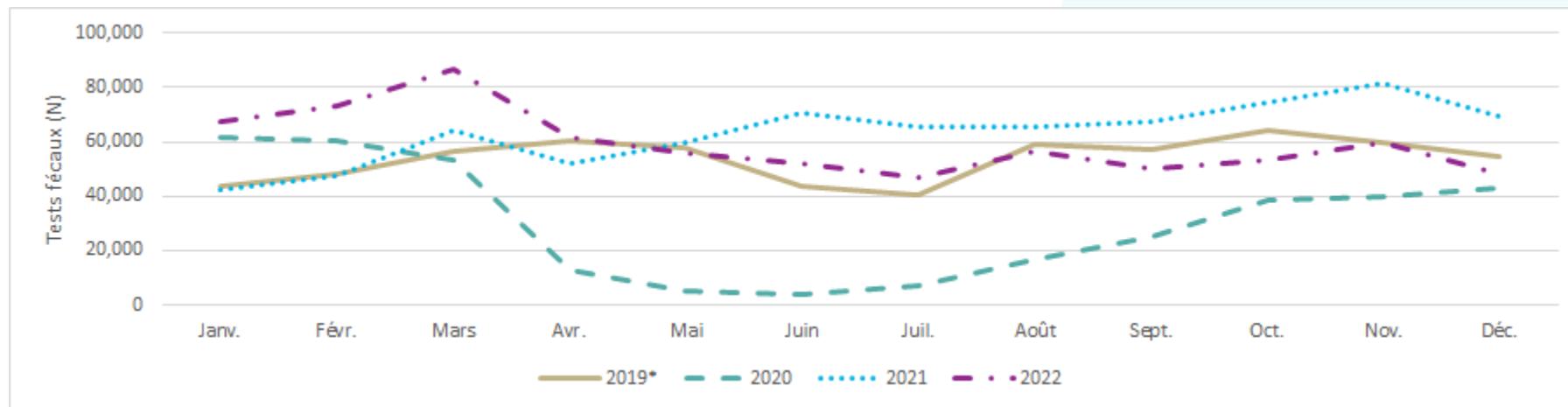
En 2018 et 2019, la majorité des cancers invasifs de stade 1 détectés au dépistage étaient au stade 1A1 (44,1 % en 2018 et 43,8 % en 2019) et au stade 1B (42,8 % en 2018 et 41,6 % en 2019). Il est important de détecter les cancers du col de l'utérus à des stades plus précoces pour améliorer les résultats de santé, notamment la préservation de la fertilité; plus le cancer est détecté à un stade précoce (ou une sous-catégorie d'un stade), meilleur sera le pronostic pour la personne diagnostiquée (64).

## Rendement du Programme ContrôleCancerColorectal



## ContrôleCancerColorectal : Volumes

**Figure 60 : Nombre d'analyses de tests fécaux réalisés en Ontario chez des personnes âgées de 49 à 85 ans, par mois, de 2019 à 2022**



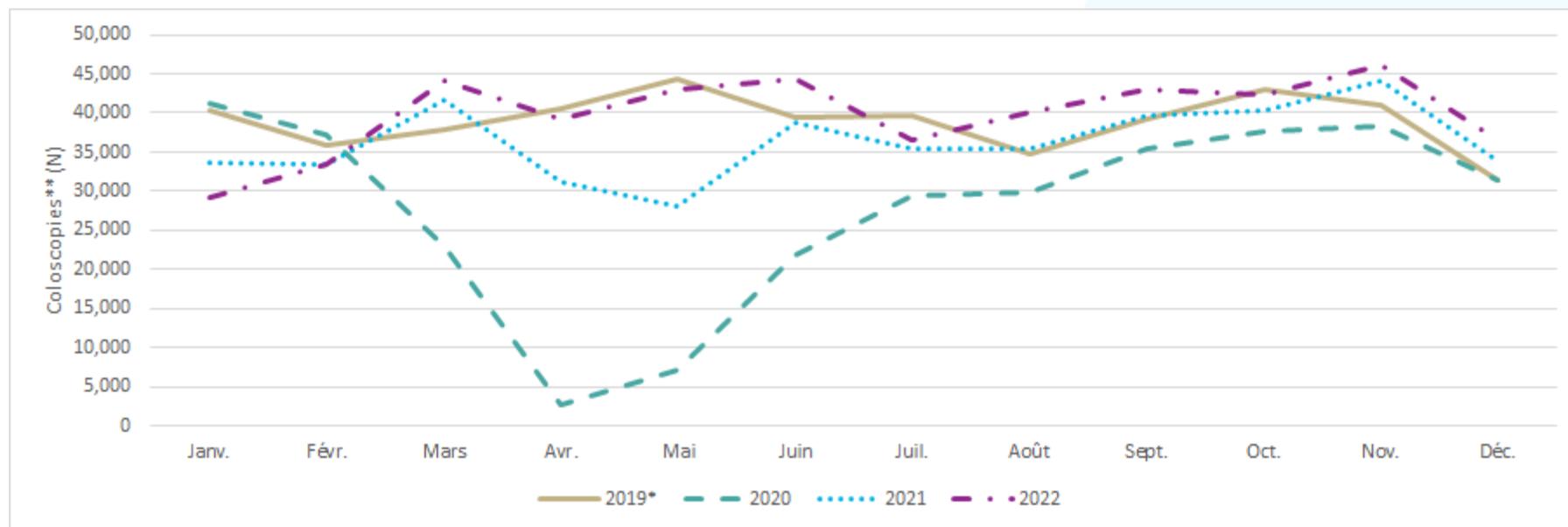
\* En juin 2019, le programme ContrôleCancerColorectal est passé de la recherche de sang occulte dans les selles par test au gaïac (RSOSg) au test immunochimique fécal (TIF) pour les personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 51](#) à l'annexe 1.

Le volume de tests fécaux réalisés a diminué de mars 2020 à juin 2020. Les volumes ont ensuite augmenté mois par mois jusqu'en mars 2022, alors que les volumes de tests fécaux dépassaient les volumes mensuels observés au cours des années précédentes. Depuis avril 2022, les volumes mensuels ont encore diminué par rapport aux volumes d'avant la pandémie. Les volumes de tests fécaux étaient 10 % supérieurs en 2022 à ceux de 2019\* avant la pandémie de COVID-19; toutefois, ils étaient 6 % inférieurs en 2022 à ceux de 2021, année de la reprise.

La pandémie de COVID-19 a contribué considérablement aux tendances observées en 2020, 2021 et 2022. Les potentielles répercussions de la pandémie comprennent la suspension des services de dépistage et d'envoi de lettres en 2020, l'accès réduit aux fournisseurs de soins primaires aux fins de dépistage et la reprise progressive de l'envoi des lettres d'invitation et de rappel en 2021 et 2022, avec de forts volumes de lettres envoyées en 2021 pour rappeler le retard. La pandémie a probablement contribué aux résultats observés en 2020, 2021 et 2022, avec des fluctuations des volumes de tests fécaux correspondant aux vagues de la pandémie et aux tendances régulières en matière de dépistage (p. ex., habitudes de déplacement en hiver et en été, fluctuations des volumes de rappel).

**Figure 61 : Nombre de coloscopies ambulatoires réalisées pour les personnes de tous âges à l’hôpital et dans d’autres établissements en Ontario, de 2019 à 2022**



\* En juin 2019, le programme ContrôleCancerColorectal est passé de la recherche de sang occulte dans les selles par test au gaïac (RSOSg) au test immunochimique fécal (TIF) pour les personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal.

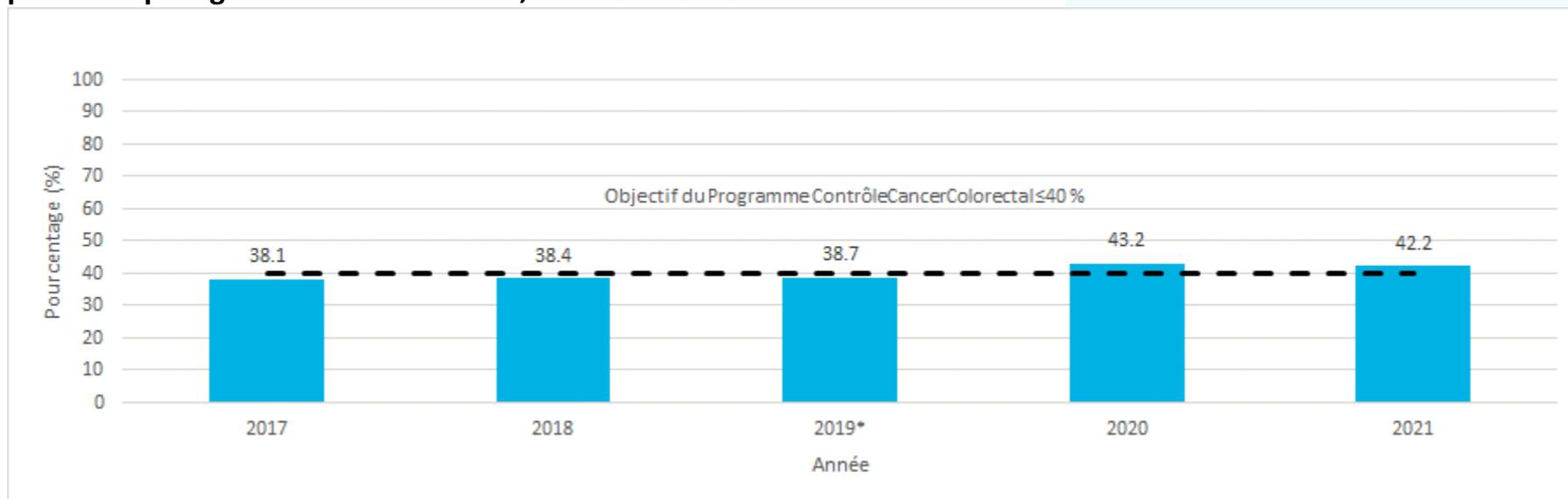
\*\* Cela comprend les coloscopies réalisées en raison de résultats positifs au test immunochimique fécal, d’une surveillance, d’antécédents familiaux, de symptômes et de résultats d’autres examens de dépistage.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 52](#) à l’annexe 1.

Le nombre de coloscopies ambulatoires réalisées pour les personnes de tous âges à l’hôpital et dans d’autres établissements a diminué de février à avril 2020 en raison des ressources limitées des services de coloscopie pendant la pandémie de COVID-19. En 2022, les volumes de coloscopies ambulatoires ont augmenté de 7,3 % comparé à 2021, ce qui reflète une reprise des volumes d’avant la pandémie (2019). Toutefois, les volumes n’ont pas encore dépassé ceux d’avant la pandémie, ce qui indique qu’il y a encore un arriéré des coloscopies en Ontario découlant de la pandémie de COVID-19.

## Dépistage du cancer colorectal : Couverture

Figure 62 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui étaient en retard pour le dépistage du cancer colorectal, de 2017 à 2021



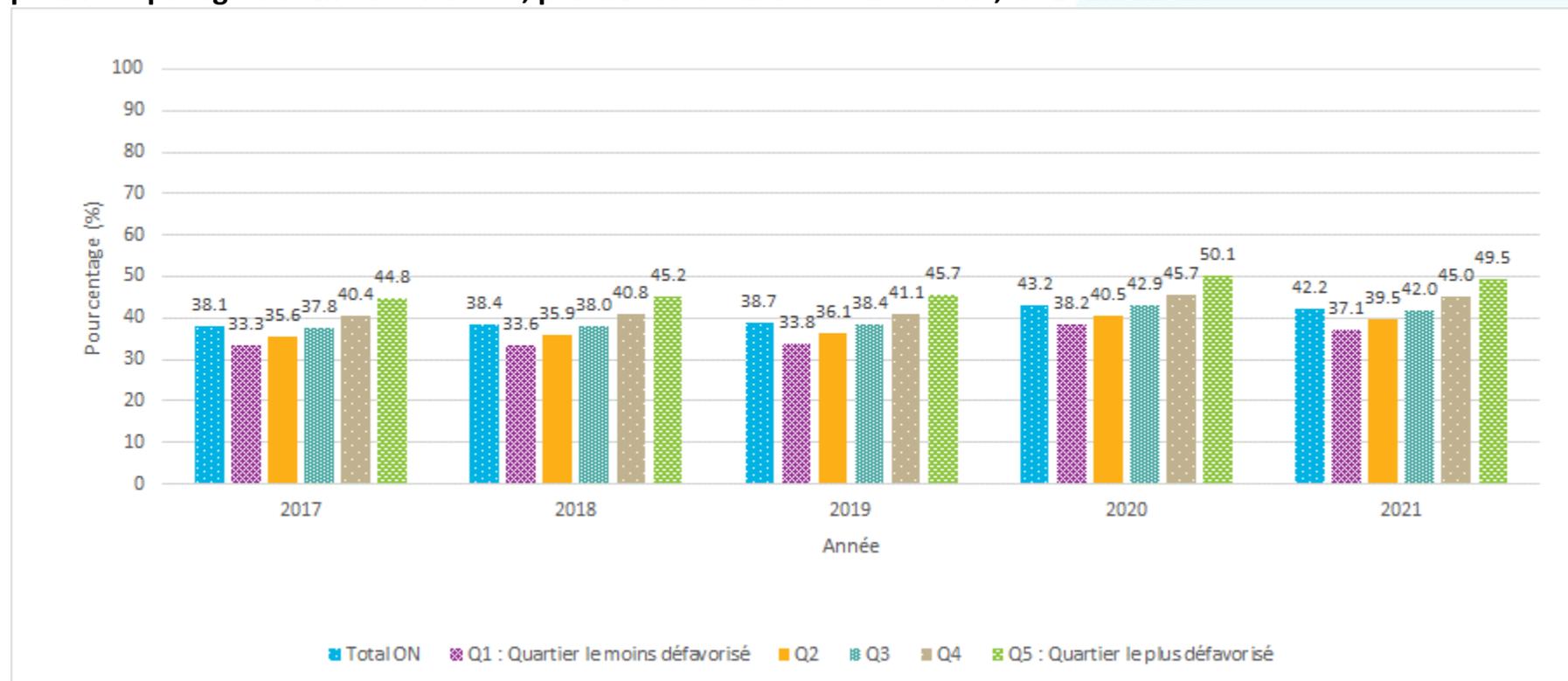
\* En juin 2019, le programme ContrôleCancerColorectal est passé de la recherche de sang occulte dans les selles par test au gaïac (RSOSg) au test immunochimique fécal (TIF) pour les personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 53](#) à l'annexe 1.

Cet indicateur représente le pourcentage de personnes admissibles au dépistage en Ontario qui n'avaient pas réalisé leur dépistage du cancer du col de l'utérus (pas de test fécal sur une période de deux ans, ni de sigmoïdoscopie flexible sur une période de dix ans ou de coloscopie sur une période de dix ans). Le pourcentage de personnes en retard dans leur dépistage était stable à environ 38 % de 2017 à 2019, puis a augmenté à 43,2 % en 2020. Cette hausse peut être due aux répercussions de la pandémie de COVID-19, y compris le report des services de dépistage du cancer pendant la première vague de la pandémie. Le rendement s'est légèrement amélioré en 2021 (42,2 %), ce qui suggère que la participation au dépistage du cancer colorectal reprend malgré les effets de la pandémie. Par rapport à cet indicateur, l'Ontario n'a pas atteint l'objectif du programme, qui est de moins de 40 % en 2020 et 2021.

## Personnes en retard pour le dépistage du cancer colorectal – analyses sur l'équité : Difficulté matérielle

Figure 63 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui étaient en retard pour le dépistage du cancer colorectal, par niveau de difficulté matérielle, de 2017 à 2021

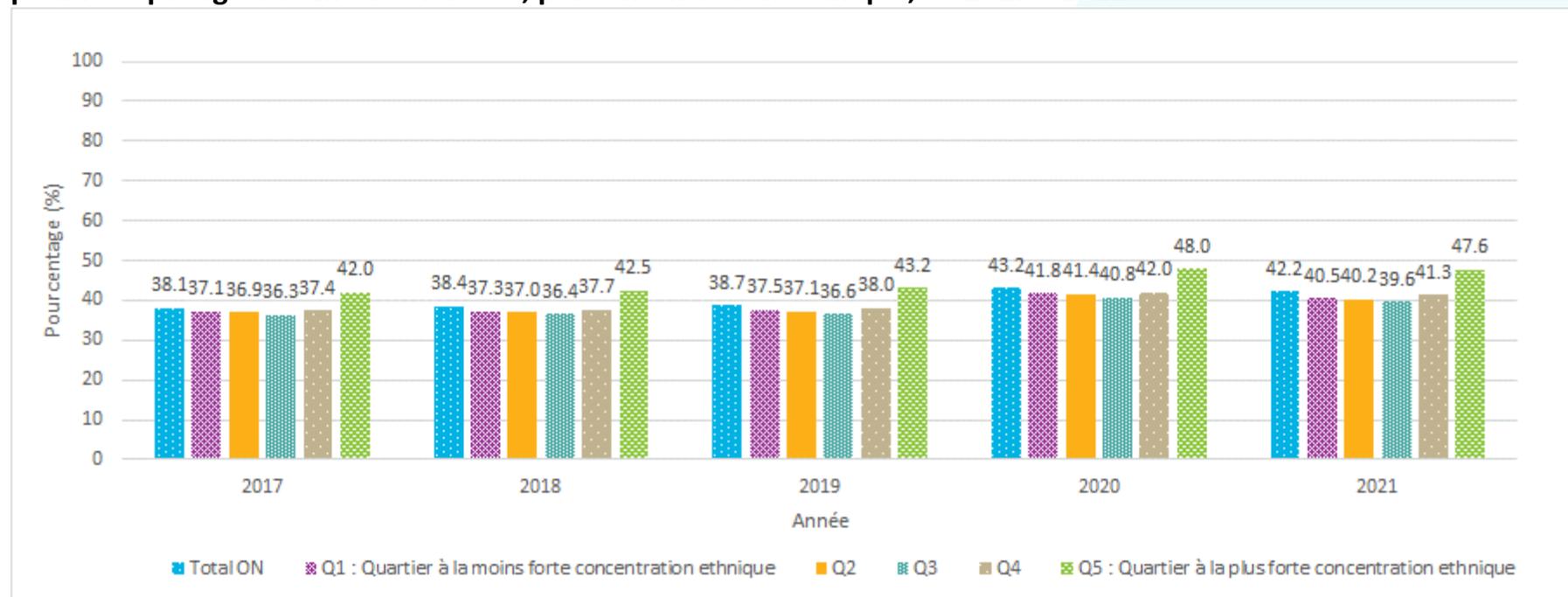


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 54](#) à l'annexe 1.

Au cours de toutes les années de déclaration, les personnes vivant dans les quartiers plus défavorisés étaient plus susceptibles d'être en retard dans leur dépistage du cancer colorectal que les personnes vivant dans des quartiers moins défavorisés. Le pourcentage de personnes en retard pour le dépistage du cancer colorectal dans les quartiers le plus défavorisés (Q5) était supérieur au pourcentage global de personnes en retard en Ontario et à l'objectif du programme, qui est de 40 % ou moins. L'écart entre les quartiers les moins défavorisés (Q1) et les plus défavorisés (Q5) s'est légèrement creusé, passant de 11,5 % en 2017 à 12,4 % en 2021.

## Personnes en retard pour le dépistage du cancer colorectal – analyses sur l'équité : Concentration ethnique

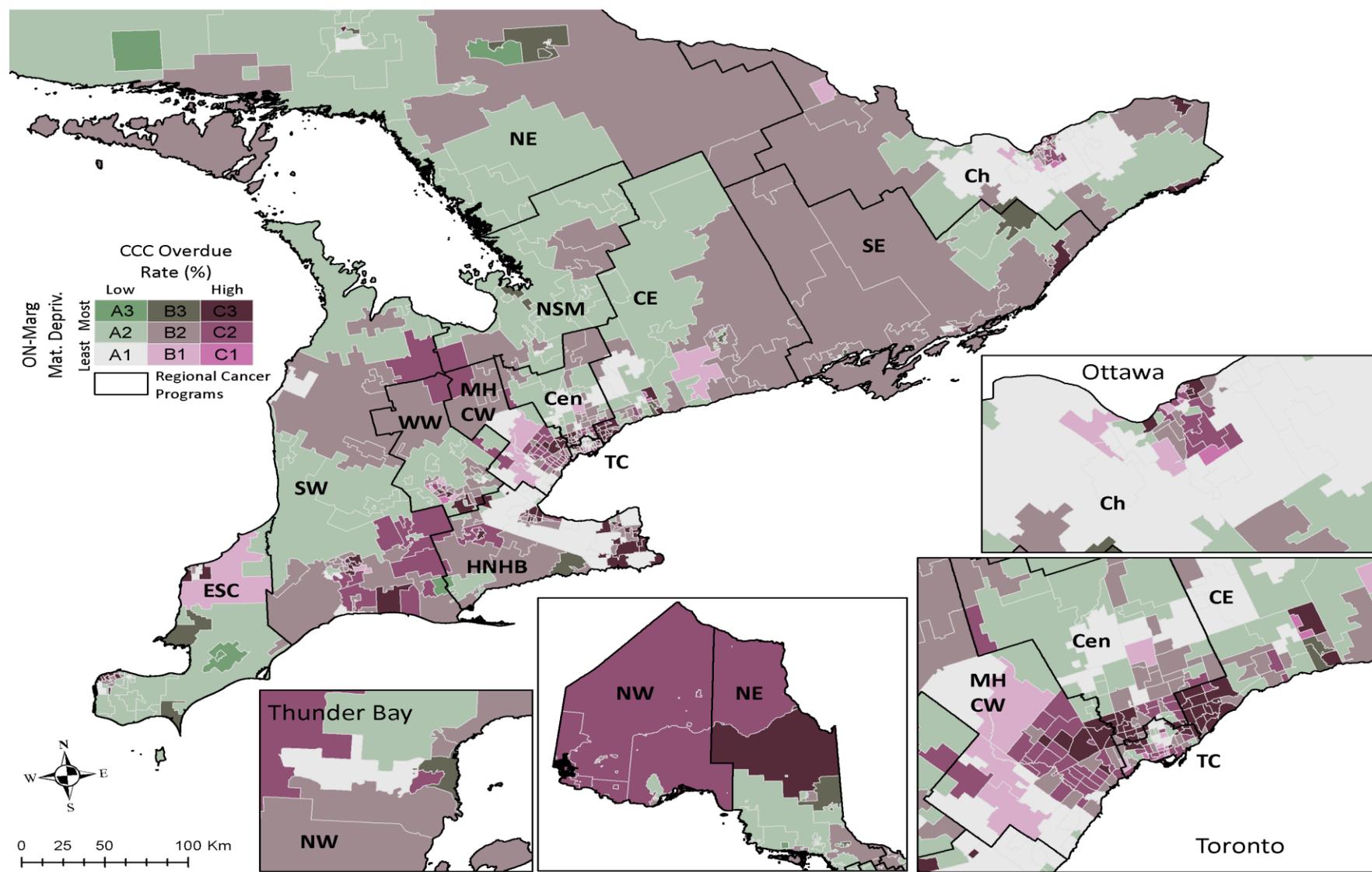
Figure 64 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui étaient en retard pour le dépistage du cancer colorectal, par concentration ethnique, de 2017 à 2021



Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 55](#) à l'annexe 1.

Au cours de toutes les années de déclaration, les personnes vivant dans les quartiers à la plus forte concentration ethnique étaient plus susceptibles d'être en retard dans leur dépistage du cancer colorectal que les personnes vivant dans les quartiers ayant une concentration ethnique moins importante. Le pourcentage de personnes en retard pour le dépistage du cancer colorectal dans les quartiers à la plus forte concentration ethnique était supérieur au taux de personnes en retard en Ontario et à l'objectif du programme, qui est de 40 % ou moins. L'écart entre les personnes vivant dans des quartiers à la moins forte concentration ethnique (Q1) et celles vivant dans les quartiers à la plus forte concentration ethnique (Q5) s'est creusé, passant de 4,9 % en 2017 à 7,1 % en 2021; la plus forte hausse a été observée en 2020. La hausse de l'écart en 2020 et 2021 peut refléter les disparités en matière de santé aggravées par la pandémie de COVID-19.

**Figure 65 : Carte présentant le pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage, qui étaient en retard pour le dépistage du cancer colorectal, par niveau de difficulté matérielle**



Programmes régionaux de cancérologie : ESC = Erie St. Clair, SW = Sud-Ouest, WW = Waterloo Wellington, HNHB = Hamilton Niagara Haldimand Brant, CW = Centre Ouest, MH = Mississauga Halton, TC = Toronto Centre, Cen = Centre, CE = Centre Est, SE = Sud-Est, Ch= Champlain, NSM = North Simcoe Muskoka, NE = Nord-Est, NW = Nord-Ouest

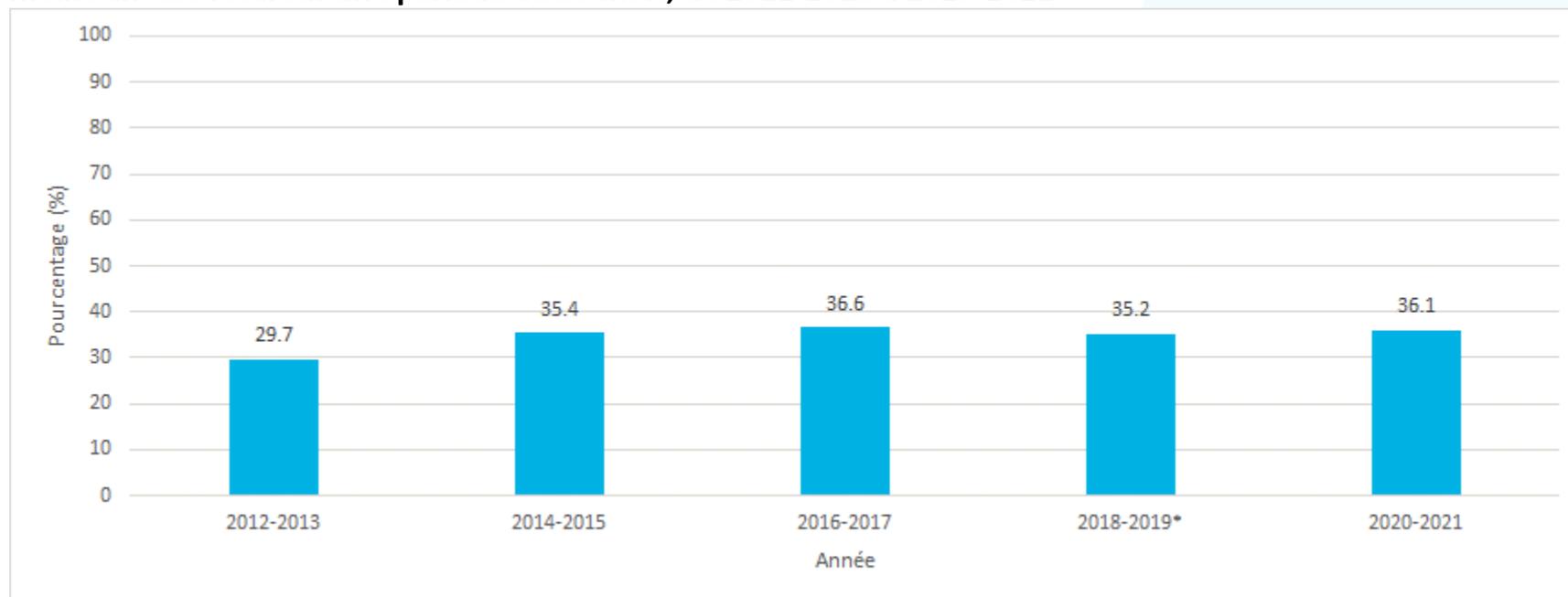
Remarques sur les données : Les quartiers sont cartographiés à l'échelle de la région de tri d'acheminement. Les données sur la participation concernent la période de déclaration 2021. Carte en plages à deux variables (grisées). Les principales frontières reflètent les limites des programmes régionaux de cancérologie. Si vous avez besoin de données dans un autre format, veuillez nous envoyer un courriel ([OH-CCO\\_ScreeningPerformanceReport@OntarioHealth.ca](mailto:OH-CCO_ScreeningPerformanceReport@OntarioHealth.ca)).

### Participation au dépistage du cancer colorectal :

- **A (forte participation) : <38,4 %**
- **B (participation moyenne) : 38,4 % à 42,8 %**
- **C (faible participation) : >42,8 %**

Dans les quartiers ayant la plus grande proportion de personnes en retard dans leur dépistage, plus de 42,8 % des personnes admissibles étaient en retard dans leur dépistage du cancer colorectal, ce qui signifie qu'elles n'avaient pas effectué récemment de tests fécaux sur une période de deux ans, de sigmoïdoscopie flexible sur une période de dix ans ou de coloscopie sur une période de dix ans. La plupart des régions du Nord de l'Ontario (Programmes régionaux de cancérologie du Nord-Ouest et du Nord-Est) comportent d'importantes proportions de personnes en retard dans leur dépistage du cancer colorectal et qui vivent dans des quartiers fortement défavorisés (violet le plus foncé sur la carte). Le Programme régional de cancérologie de Toronto Centre comporte une forte proportion de personnes admissibles en retard dans leur dépistage du cancer colorectal regroupée autour du centre-ville dans les quartiers les plus défavorisés. Les Programmes régionaux de cancérologie du Centre et du Centre-Est comportent une grande proportion de personnes admissibles qui étaient en retard dans leur dépistage du cancer colorectal vivant dans les quartiers les plus défavorisés dans l'Ouest de North York et le Nord d'Etobicoke, Scarborough et Oshawa. Le Programme régional de cancérologie de Mississauga Halton comporte une grande proportion de personnes admissibles qui étaient en retard dans leur dépistage du cancer colorectal vivant dans les quartiers les plus défavorisés de Brampton et Mississauga.

**Figure 66 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont effectué au moins un test fécal sur une période de 30 mois, de 2012-2013 à 2020-2021**



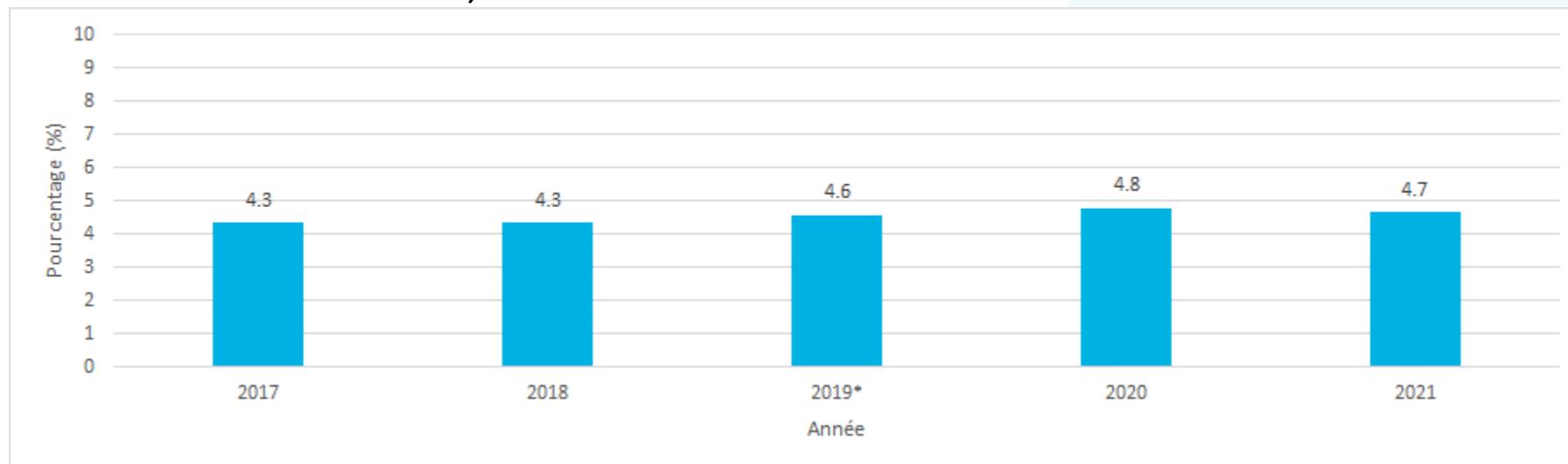
\* En juin 2019, le programme ContrôleCancerColorectal est passé de la recherche de sang occulte dans les selles par test au gaïac (RSOSg) au test immunochimique fécal (TIF) pour les personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 56](#) à l'annexe 1.

Le pourcentage de personnes qui ont effectué au moins un test fécal sur une période de 30 mois est demeuré stable à environ 35 à 36 % depuis 2014-2015. Contrairement à la tendance observée quant au pourcentage de personnes en retard dans leur dépistage du cancer colorectal (qui comprend les coloscopies et les sigmoïdoscopies flexibles en plus des tests fécaux), la pandémie de COVID-19 n'a pas eu de répercussions considérables sur la participation aux tests fécaux, probablement parce que les tests peuvent être effectués à domicile.

## ContrôleCancerColorectal : Suivi des résultats anormaux

**Figure 67 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont obtenu des résultats anormaux à un test fécal, de 2017 à 2021**

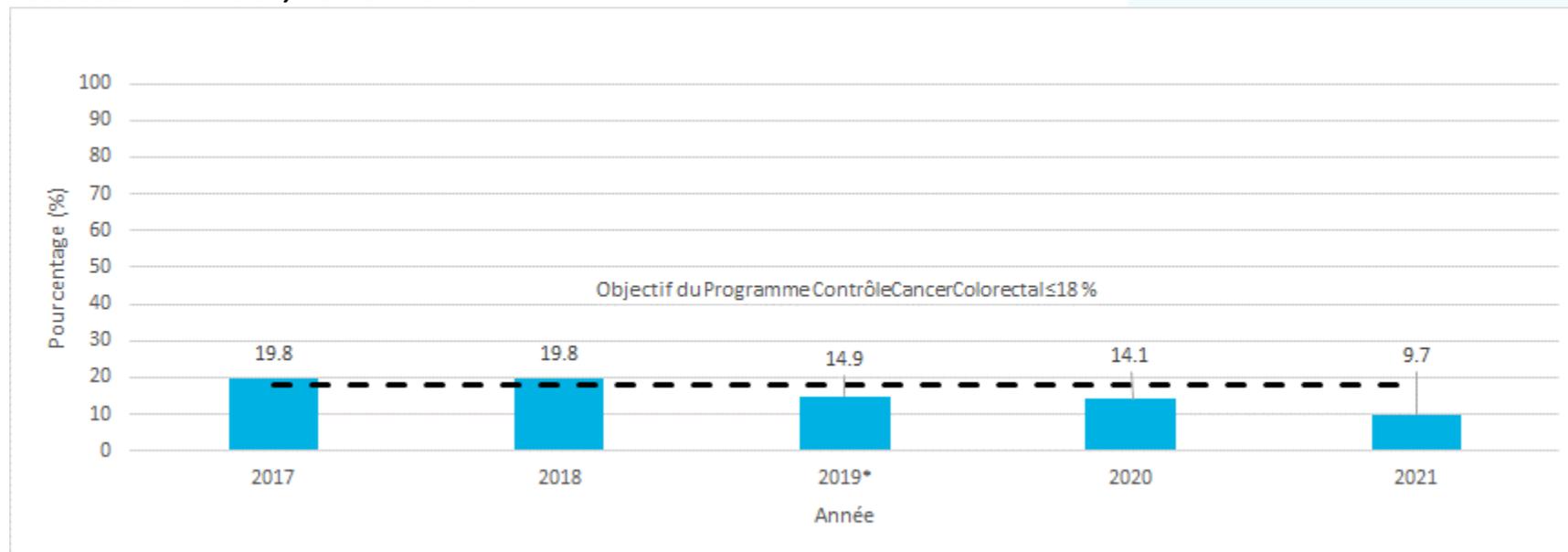


\* En juin 2019, le programme ContrôleCancerColorectal est passé de la recherche de sang occulte dans les selles par test au gaïac (RSOSg) au test immunochimique fécal (TIF) pour les personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 57](#) à l'annexe 1.

Le pourcentage de personnes dépistées qui ont obtenu des résultats anormaux à un test fécal a augmenté, passant de 4,3 % en 2017 à 4,7 % en 2021. Il y a eu une hausse de résultats anormaux aux tests fécaux, passant de 4,3 à 4,6 % en 2019, ce qui pourrait être dû à la mise en œuvre du test immunochimique fécal (TIF) en juin 2019. Le TIF permet de détecter de plus petites quantités de sang dans les selles que la recherche de sang occulte dans les selles par test au gaïac (RSOSg), qui était le test recommandé auparavant par ContrôleCancerColorectal, ce qui entraîne plus de résultats anormaux aux tests fécaux (65).

**Figure 68 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont obtenu des résultats anormaux aux tests fécaux et n'ont pas bénéficié de coloscopie dans les 6 mois suivant l'obtention des résultats anormaux, de 2017 à 2021**



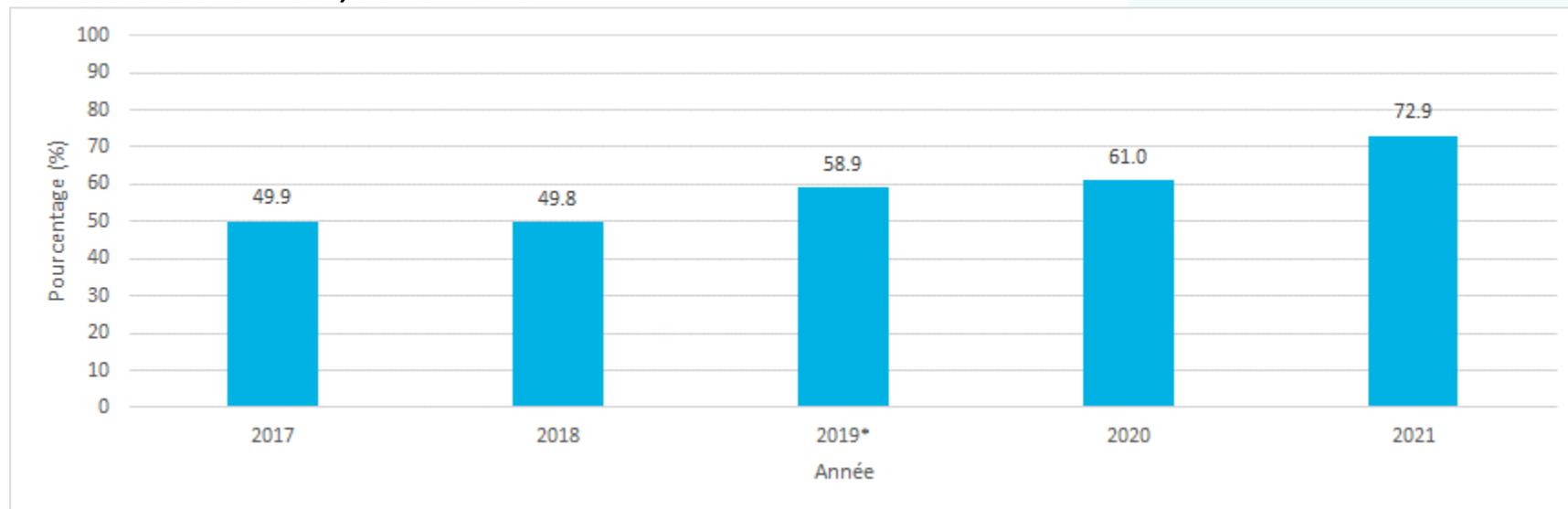
\* En juin 2019, le programme Contrôle Cancer Colorectal est passé de la recherche de sang occulte dans les selles par test au gaïac (RSOSg) au test immunochimique fécal (TIF) pour les personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 58](#) à l'annexe 1.

Le pourcentage de personnes n'ayant pas bénéficié d'une coloscopie de suivi dans les six mois suivant l'obtention de résultats anormaux aux tests fécaux a baissé (c.-à-d. s'est amélioré), passant de 19,8 % en 2017 à 9,7 % en 2021. Le rendement a permis d'atteindre l'objectif du programme de 18 % ou moins, établi depuis 2019 lors de la mise en œuvre du TIF.

Cette amélioration reflète probablement les efforts entrepris par les Programmes régionaux de cancérologie pour faciliter le suivi approprié et en temps opportun des personnes ayant obtenu des résultats anormaux aux tests fécaux en préparation du lancement du TIF dans le programme (p. ex., en informant les fournisseurs de soins primaires et les endoscopistes, en mettant en œuvre des processus d'inscription et de réservation centralisés à l'échelle régionale et de l'établissement). Le rendement a continué de s'améliorer à la suite de la pandémie de COVID-19, ce qui pourrait être dû à la priorité accordée aux coloscopies pour les personnes ayant obtenu des résultats anormaux aux tests fécaux selon le document d'orientation sur la pandémie de Santé Ontario.

**Figure 69 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont obtenu des résultats anormaux aux tests fécaux et qui ont bénéficié d'une coloscopie dans les 8 semaines suivant l'obtention des résultats anormaux, de 2017 à 2021**



\* En juin 2019, le programme ContrôleCancerColorectal est passé de la recherche de sang occulte dans les selles par test au gaïac (RSOSg) au test immunochimique fécal (TIF) pour les personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal.

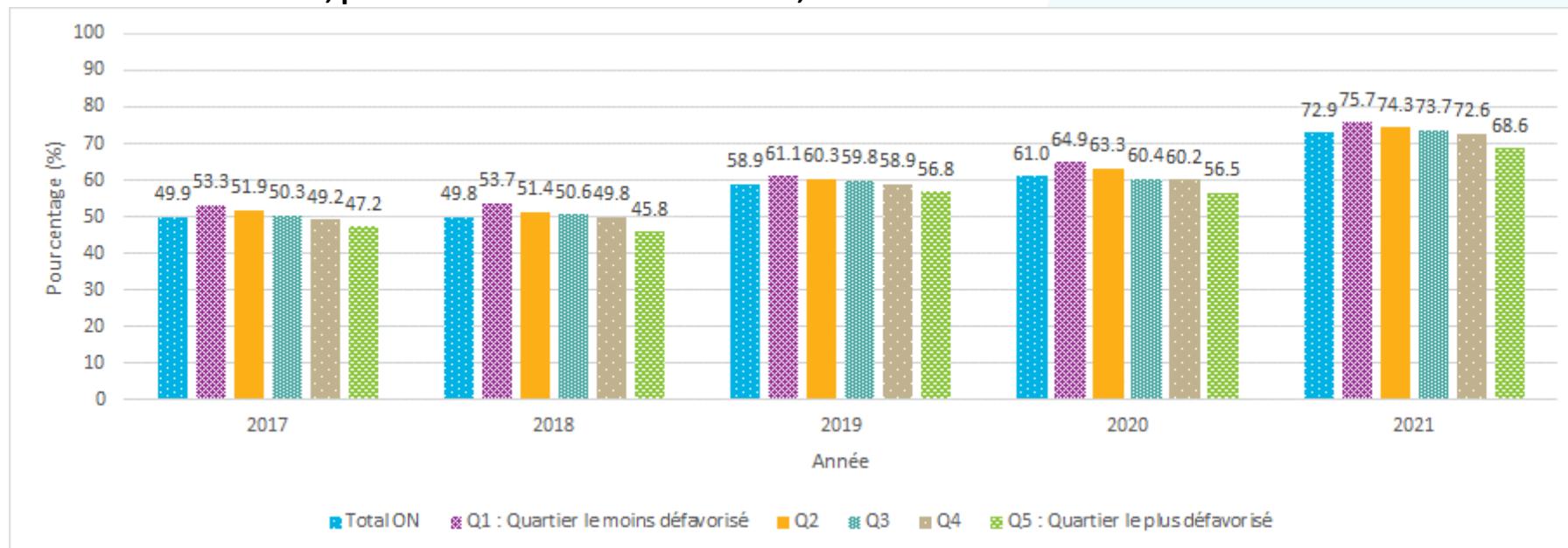
Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 59](#) à l'annexe 1.

Le pourcentage de personnes admissibles au dépistage ayant effectué une coloscopie de suivi dans les 8 semaines suivant l'obtention de résultats anormaux aux tests fécaux a augmenté (c.-à-d. s'est amélioré), passant de 49,9 % en 2017 à 72,9 % en 2021. L'amélioration du rendement pour cet indicateur depuis 2019 est probablement liée à la priorité accordée aux coloscopies de suivi en temps opportun pour les personnes ayant obtenu des résultats anormaux au TIF. Cet indicateur est en harmonie avec les lignes directrices canadiennes sur les délais d'attente acceptables pour l'endoscopie (66).

Cette amélioration du rendement malgré les répercussions de la pandémie de COVID-19 peut découler du fait que les programmes régionaux de cancérologie, les fournisseurs de soins primaires et les endoscopistes de l'Ontario ont suivi la recommandation de ContrôleCancerColorectal d'offrir aux personnes ayant obtenu des résultats anormaux aux tests fécaux une coloscopie dans un délai de 8 semaines.

## Suivi des résultats anormaux dans le cadre du programme ContrôleCancerColorectal – analyses sur l'équité : Difficulté matérielle

**Figure 70 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont obtenu des résultats anormaux aux tests fécaux et qui ont bénéficié d'une coloscopie dans les 8 semaines suivant l'obtention des résultats anormaux, par niveau de difficulté matérielle, de 2017 à 2021**

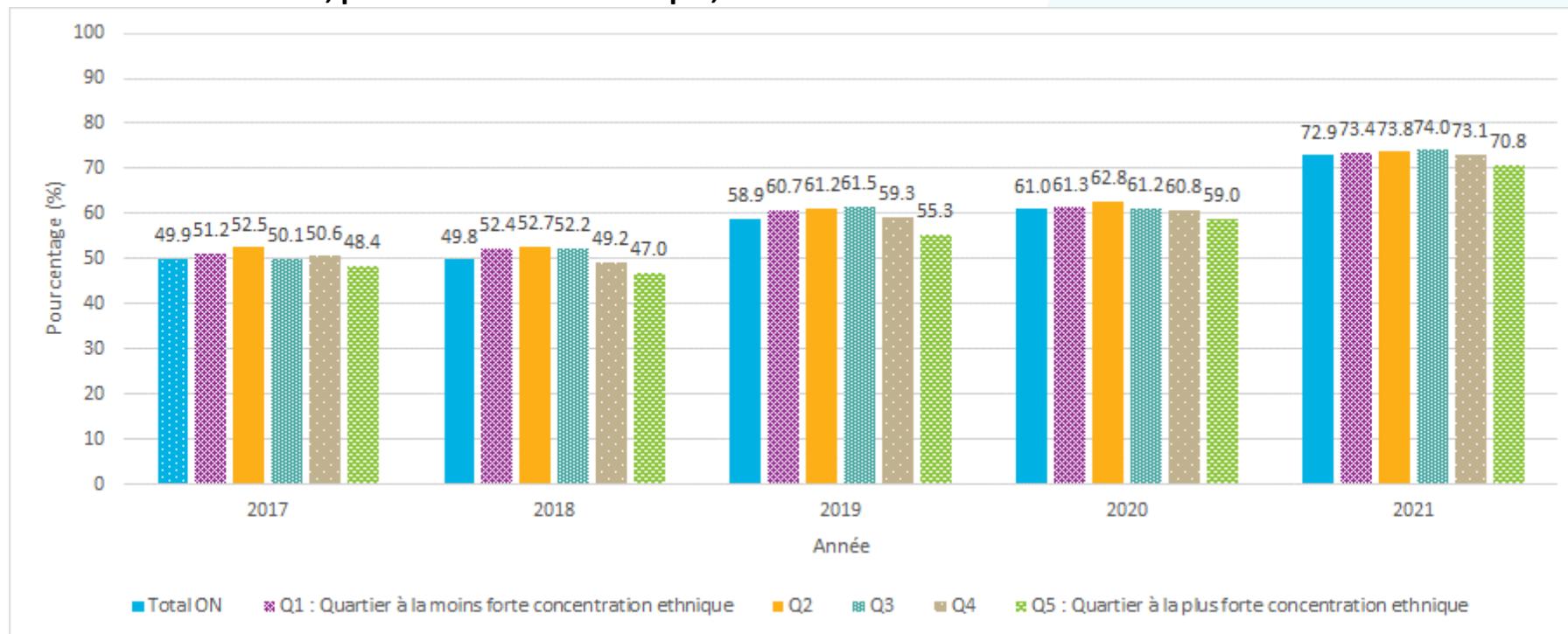


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 60](#) à l'annexe 1.

Au cours de toutes les périodes de déclaration, on a observé un lien entre la difficulté matérielle et le suivi en temps opportun des résultats anormaux aux tests fécaux. Les personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés présentaient des proportions plus faibles de suivi dans les 8 semaines suivant l'obtention des résultats anormaux par rapport aux personnes vivant dans des quartiers moins défavorisés. Cet écart était le plus important en 2020, avec 64,9 % des personnes vivant dans les quartiers les moins défavorisés (Q1) bénéficiant d'une coloscopie dans les 8 semaines suivant l'obtention des résultats anormaux par rapport à 56,5 % pour les personnes des quartiers les plus défavorisés (Q5). Ces données suggèrent que les effets de la COVID-19 et du report des services de dépistage et de diagnostic lié à la pandémie ont davantage touché les personnes vivant dans des quartiers plus défavorisés. Le rendement relatif à cet indicateur s'est amélioré à partir de 2019 pour tous les quintiles de difficulté matérielle, ce qui coïncide avec la mise en œuvre du TIF en 2019.

## Suivi des résultats anormaux dans le cadre du programme ContrôleCancerColorectal – analyses sur l'équité : Concentration ethnique

**Figure 71 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont obtenu des résultats anormaux aux tests fécaux et qui ont bénéficié d'une coloscopie dans les 8 semaines suivant l'obtention des résultats anormaux, par concentration ethnique, de 2017 à 2021**

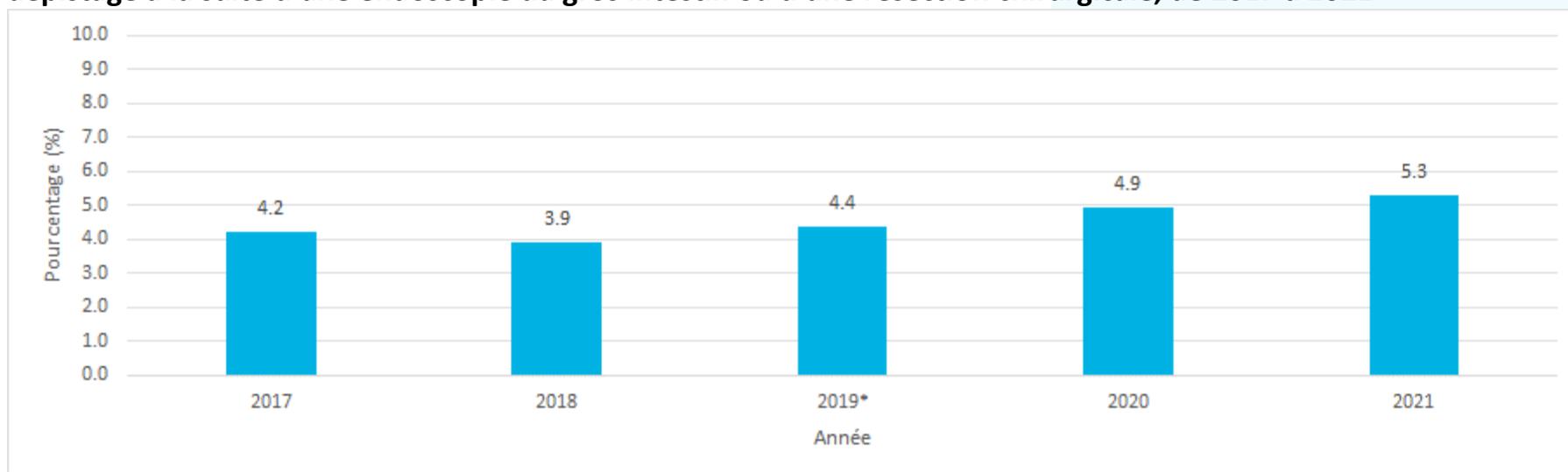


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 61](#) à l'annexe 1.

Au cours de toutes les périodes de déclaration, les personnes vivant dans les quartiers à la moins forte concentration ethnique (Q1) présentaient des proportions plus faibles de suivi dans les 8 semaines suivant l'obtention des résultats anormaux par rapport aux personnes vivant dans des quartiers où la concentration ethnique est plus forte (Q4, Q5). Le rendement relatif à cet indicateur s'est amélioré chaque année à partir de 2019 pour tous les quintiles de concentration ethnique, ce qui coïncide avec la mise en œuvre du TIF en 2019.

## Dépistage du cancer colorectal : Qualité du dépistage

**Figure 72 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux aux tests fécaux qui ont reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus invasif détecté par dépistage à la suite d'une endoscopie du gros intestin ou d'une résection chirurgicale, de 2017 à 2021**

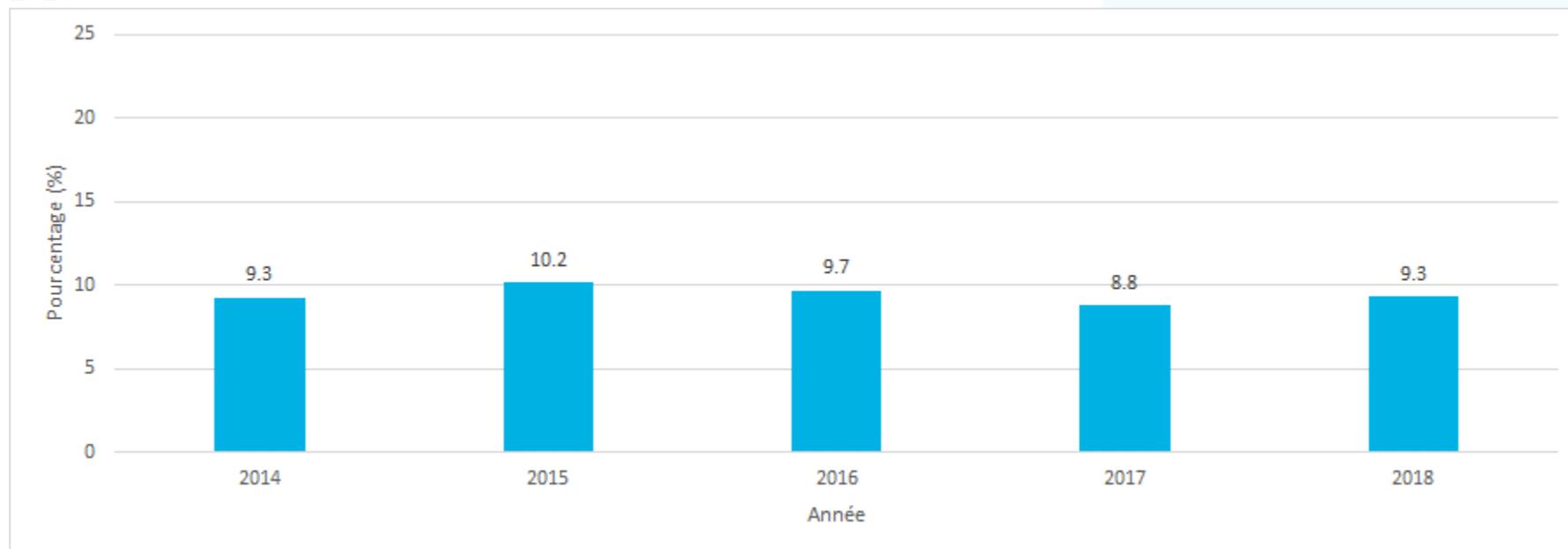


\* En juin 2019, le programme ContrôleCancerColorectal est passé de la recherche de sang occulte dans les selles par test au gaïac (RSOSg) au test immunochimique fécal (TIF) pour les personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 62](#) à l'annexe 1.

La valeur prédictive positive (VPP) est la probabilité qu'une personne dont les résultats au test immunochimique fécal (TIF) sont anormaux soit véritablement atteinte d'un cancer. Le pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux aux tests fécaux a augmenté (s'est amélioré) d'une année à l'autre depuis la mise en œuvre de la TIF en juin 2019, qui détecte plus de cancers colorectaux que la recherche de sang occulte dans les selles par test au gaïac (RSOSg) utilisée au préalable par ContrôleCancerColorectal (65). Cette amélioration suggère que le TIF fonctionne comme prévu pour détecter les personnes à risque de développer un cancer colorectal. La pandémie de COVID-19 peut avoir également contribué à la hausse observée en 2020 et 2021, car la priorité a été accordée aux personnes présentant un risque élevé de cancer colorectal pour le dépistage pendant la pandémie, selon le document d'orientation sur la pandémie de Santé Ontario.

**Figure 73 : Pourcentage de cancers colorectaux détectés qui sont des cancers colorectaux post-coloscopie, de 2014 à 2018**

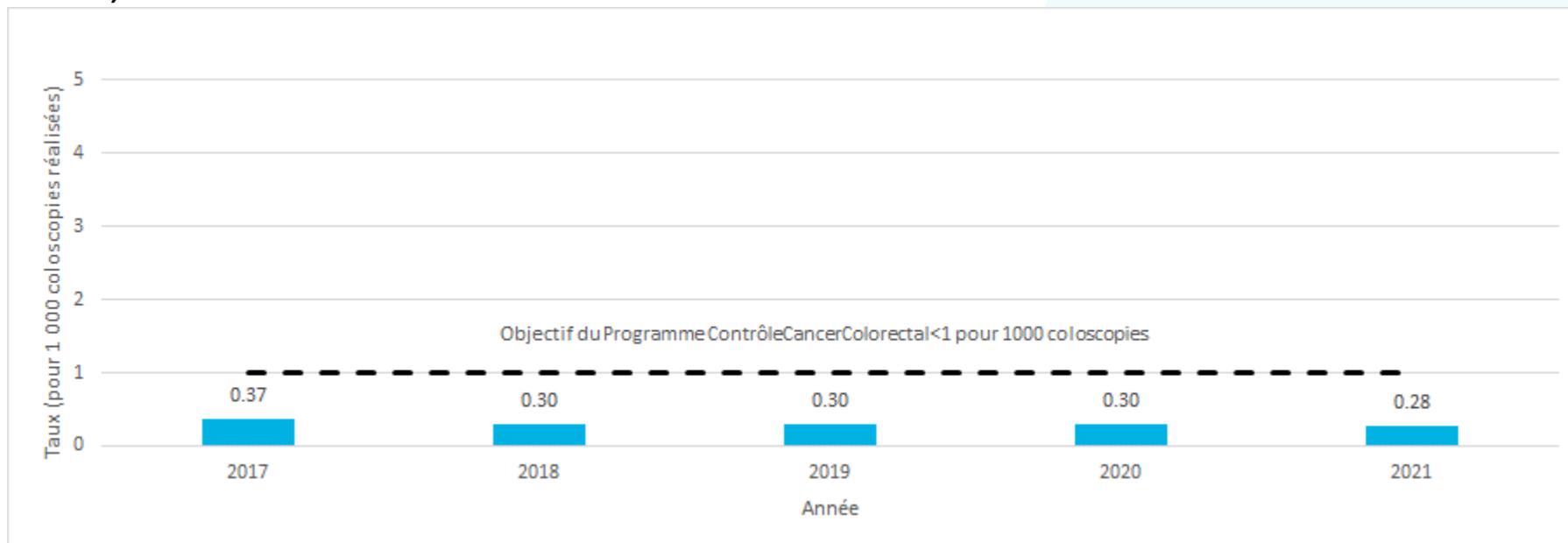


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 63](#) à l'annexe 1.

Les cancers colorectaux après coloscopie ou post-coloscopie sont des cancers diagnostiqués après une coloscopie au cours de laquelle le cancer n'a pas été détecté (coloscopie au résultat négatif). Cet indicateur utilise la méthodologie de la World Endoscopy Organization qui définit les cancers colorectaux après coloscopie comme des cancers colorectaux diagnostiqués dans les 6 à 36 mois suivant une coloscopie (67). Le taux de cancer colorectal après coloscopie est calculé ainsi : nombre de cancers colorectaux après coloscopie divisé par somme des cancers colorectaux après coloscopie et des cancers colorectaux détectés au moment de la coloscopie ou dans les 6 mois suivant la coloscopie. L'indicateur est déclaré en fonction de l'année de réalisation de la coloscopie. Le taux de cancer colorectal après coloscopie est demeuré stable à environ 9 % de 2014 à 2018.

## Dépistage du cancer colorectal : Qualité de la coloscopie

**Figure 74 : Nombre de coloscopies ambulatoires\* réalisées chez les personnes âgées de 18 ans et plus, suivies par des hospitalisations pour des perforations dans les 7 jours suivant la coloscopie, pour 1 000 coloscopies réalisées en Ontario, de 2017 à 2021**



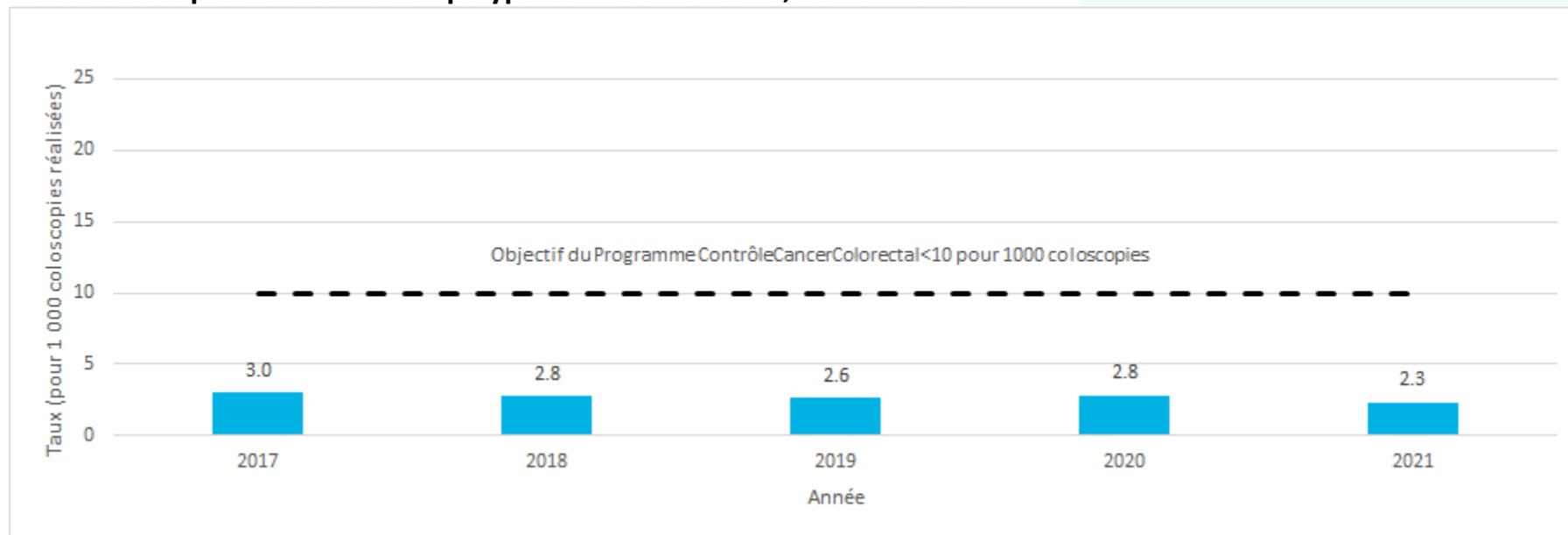
\* Cela comprend les coloscopies réalisées en raison de résultats anormaux au test immunochimique fécal, d'une surveillance, d'antécédents familiaux, de symptômes, et de résultats d'autres examens de dépistage.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 64](#) à l'annexe 1.

La coloscopie est un test sûr, mais il existe un très faible risque de perforation (petit trou) de l'intestin, qui peut nécessiter une chirurgie. Un faible taux de perforations est une mesure de la qualité des soins.

En 2017, le taux de perforations sur patient ambulatoire était de 0,37 pour 1 000 coloscopies réalisées; ce taux a diminué à 0,30 pour 1 000 coloscopies en 2018. Le taux de perforation est demeuré stable de 2018 à 2021 et était constamment en dessous de l'objectif du programme qui est <1 pour 1 000 coloscopies (68).

**Figure 75 : Nombre de coloscopies ambulatoires réalisées avec polypectomie sur des personnes âgées de 50 ans et plus, suivies d’hospitalisations pour hémorragie digestive basse dans les 14 jours suivant la coloscopie, pour 1 000 coloscopies réalisées avec polypectomie en Ontario, de 2017 à 2021**

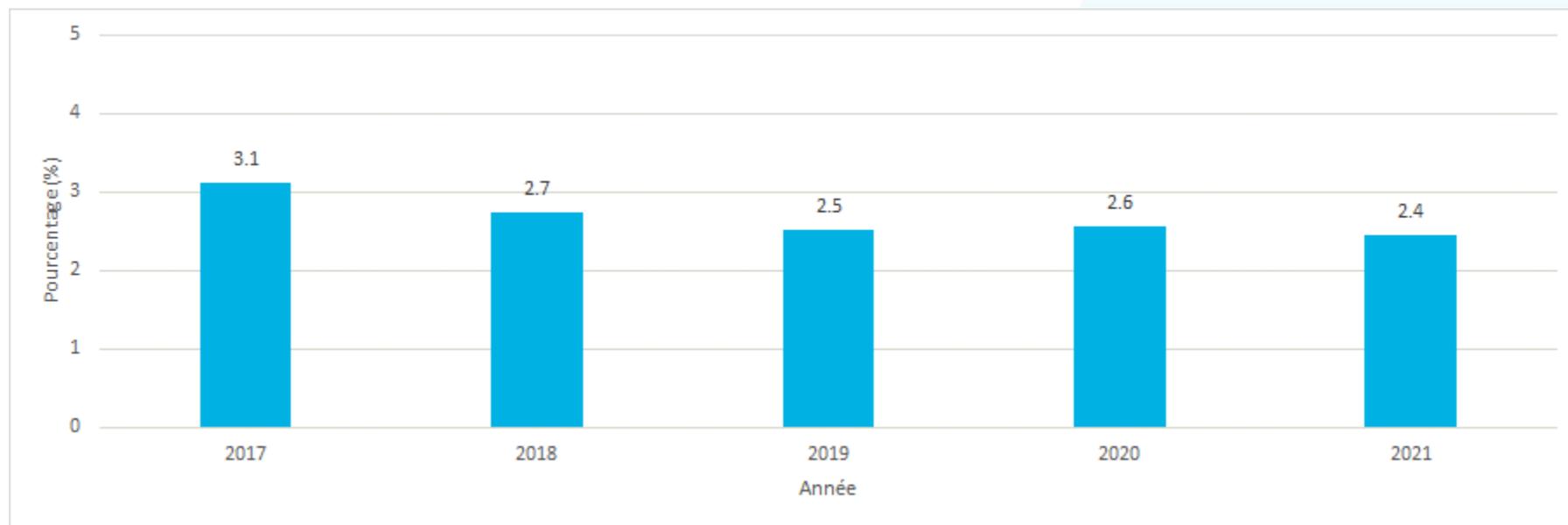


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 65](#) à l’annexe 1.

L’endoscopiste peut également pratiquer une polypectomie durant une coloscopie. Il s’agit d’une procédure réalisée pour retirer un ou plusieurs polypes, qui sont des excroissances anormales qui apparaissent sur la muqueuse du côlon. Dans les jours suivant cette procédure, certaines personnes peuvent présenter une hémorragie dans la partie inférieure de leur intestin, également appelée hémorragie post-polypectomie.

Le taux d’hémorragies post-polypectomie est une autre mesure importante de la qualité de la coloscopie. Le taux d’hémorragies post-polypectomie a diminué (s’est amélioré) passant de 3 pour 1 000 coloscopies avec polypectomie en 2017 à 2,3 pour 1 000 coloscopies avec polypectomie en 2021. Cette amélioration s’est produite malgré la priorité accordée aux personnes ayant obtenu des résultats anormaux au TIF ou ayant des indications urgentes (p. ex., symptômes gastro-intestinaux indiquant un besoin de soins d’urgence) pendant la pandémie de COVID-19, ce qui pourrait avoir mené à un plus grand nombre de personnes nécessitant une polypectomie en 2020 et 2021. Le rendement relatif à cet indicateur permet toujours d’atteindre l’objectif provincial de <10 pour 1 000 coloscopies avec polypectomie (69).

**Figure 76 : Pourcentage de coloscopies ambulatoires réalisées sur des personnes de 18 ans et plus avec une préparation inadéquate des intestins, de 2017 à 2021**

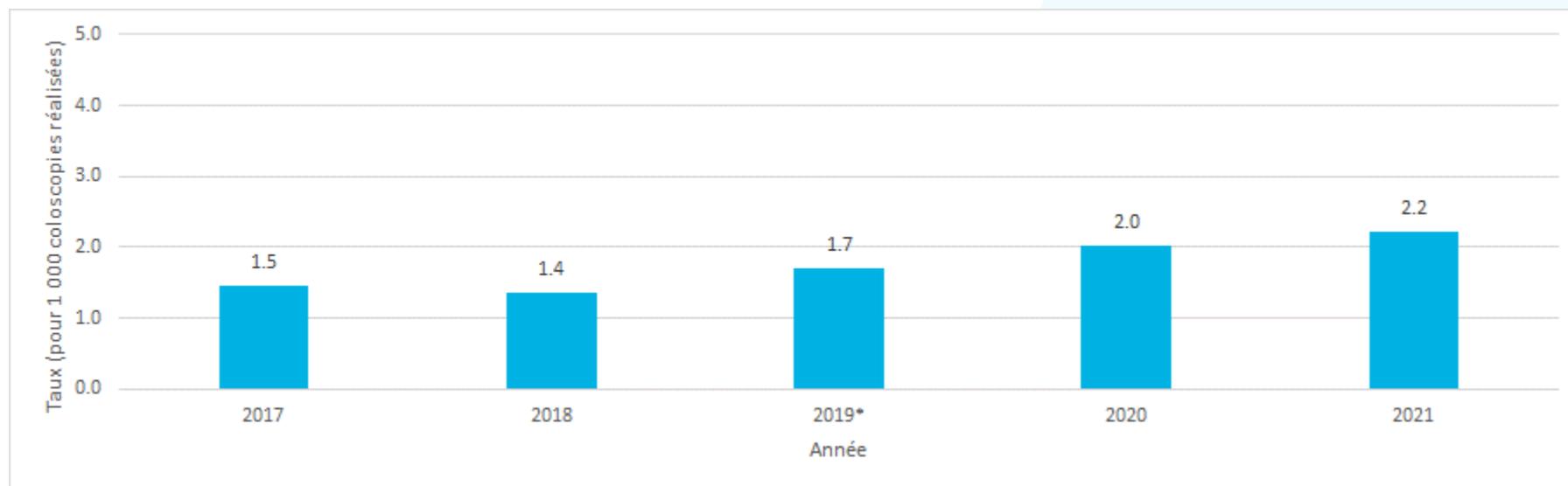


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 66](#) à l'annexe 1.

Une mauvaise préparation des intestins peut avoir un effet sur la qualité de la coloscopie et peut causer des gênes pour les patients, des procédures incomplètes et réduire la capacité à détecter des lésions précancéreuses et cancéreuses (70). Le pourcentage de coloscopies ambulatoires avec mauvaise préparation des intestins a diminué (s'est améliorée) entre 2017 et 2021, passant de 3,1 % à 2,4 %.

## ContrôleCancerColorectal : Détection

**Figure 77 : Nombre de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteintes d'un cancer colorectal invasif détecté au dépistage, pour 1 000 personnes dépistées à l'aide du test fécal de ContrôleCancerColorectal, de 2017 à 2021**

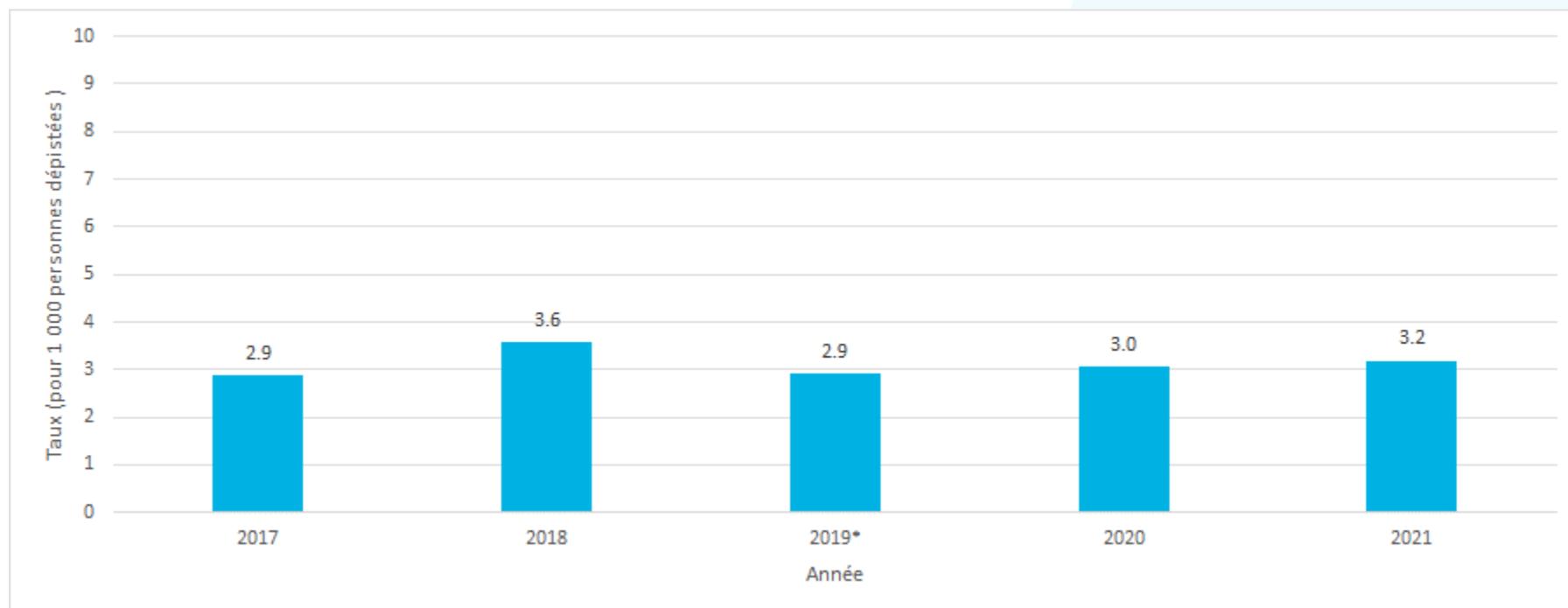


\* En juin 2019, le programme ContrôleCancerColorectal est passé de la recherche de sang occulte dans les selles par test au gaïac (RSOSg) au test immunochimique fécal (TIF) pour les personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 67](#) à l'annexe 1.

Le taux de détection du cancer colorectal invasif a augmenté, passant de 1,5 pour 1 000 tests fécaux en 2017 à 2,2 pour 1 000 tests fécaux en 2021. Cette hausse est probablement due à la mise en œuvre en juin 2019 du test immunochimique fécal (TIF), qui permet de détecter plus de cancers colorectaux que la recherche de sang occulte dans les selles par test au gaïac utilisée auparavant par ContrôleCancerColorectal (65). La pandémie de COVID-19 pourrait avoir également contribué à la hausse du taux de détection du cancer observée en 2020 et 2021. Les potentiels effets de la pandémie comprennent la priorité accordée au dépistage des personnes présentant un risque élevé de cancer colorectal selon le document d'orientation sur la pandémie de Santé Ontario.

**Figure 78 : Nombre de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteintes d'un cancer colorectal invasif détecté au dépistage, pour 1 000 personnes dépistées à l'aide d'une coloscopie réalisée en raison de leurs antécédents familiaux de cancer colorectal, de 2017 à 2021**



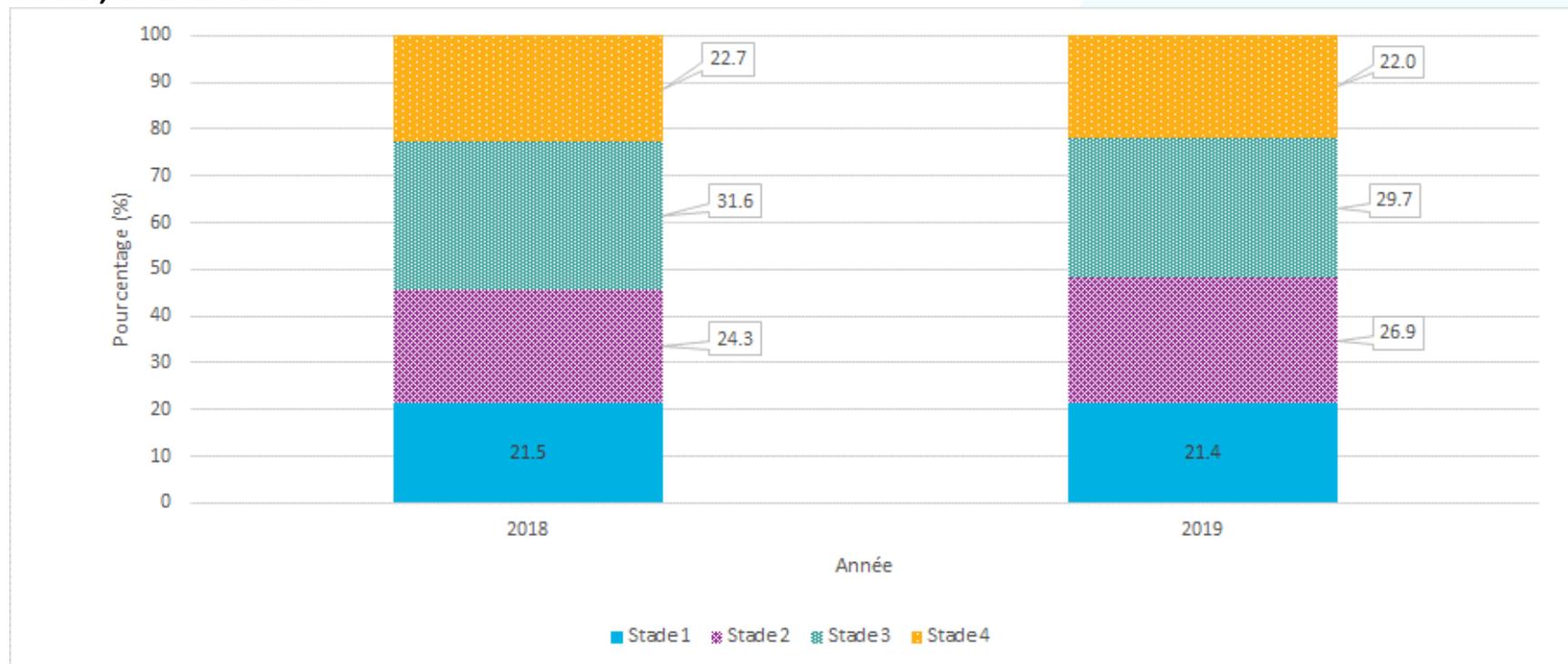
\* En juin 2019, le programme ContrôleCancerColorectal est passé de la recherche de sang occulte dans les selles par test au gaïac (RSOSg) au test immunochimique fécal (TIF) pour les personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 68](#) à l'annexe 1.

Le taux de détection des cancers invasifs chez les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer colorectal est demeuré relativement stable de 2017 à 2021, à environ 3 pour 1 000 personnes dépistées à l'aide d'une coloscopie.

# Contrôle Cancer Colorectal : Étendue de la maladie au moment du diagnostic

Figure 79 : Répartition par stade de tous les cancers colorectaux invasifs en Ontario chez les personnes âgées de 50 à 74 ans, de 2018 à 2019

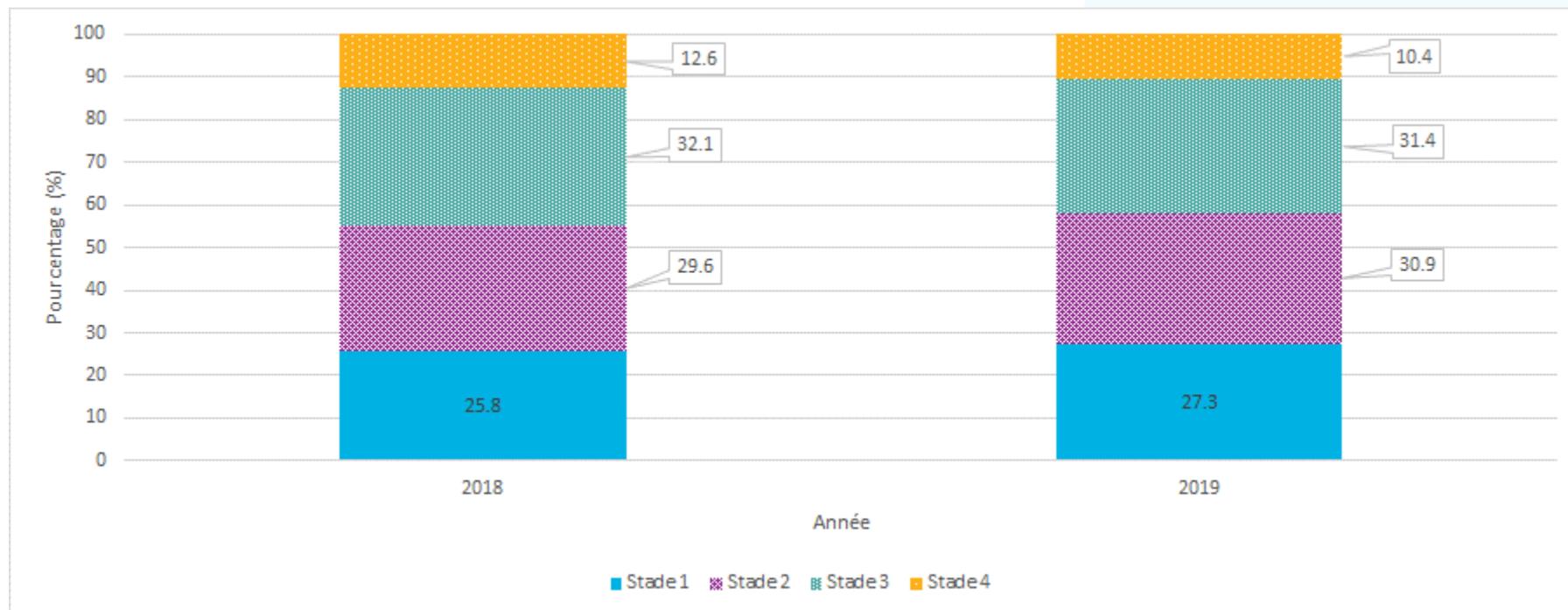


Remarque : Les données avant 2018 ne sont pas présentées, car le système de classification des stades du cancer a été modifié en 2018.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 69](#) à l'annexe 1.

Lorsqu'on observe tous les cas de cancers colorectaux invasifs diagnostiqués en Ontario, la plupart ont été diagnostiqués à un stade plus avancé (stades 3 ou 4) que les cancers invasifs détectés grâce au dépistage. Alors que 55 à 58 % des cancers colorectaux invasifs détectés au dépistage ont été diagnostiqués au stade 1 ou 2 en 2019 (figure 80), 45,8 % de tous les cancers colorectaux invasifs en Ontario ont été diagnostiqués au stade 1 ou 2 en 2018 et 48,3 % en 2019. Cette constatation reflète les avantages du dépistage du cancer colorectal pour la détection précoce, lorsque le traitement est plus susceptible d'être efficace.

**Figure 80 : Répartition par stade des cancers colorectaux invasifs détectés au dépistage en Ontario chez les personnes âgées de 50 à 74 ans, de 2018 à 2019**

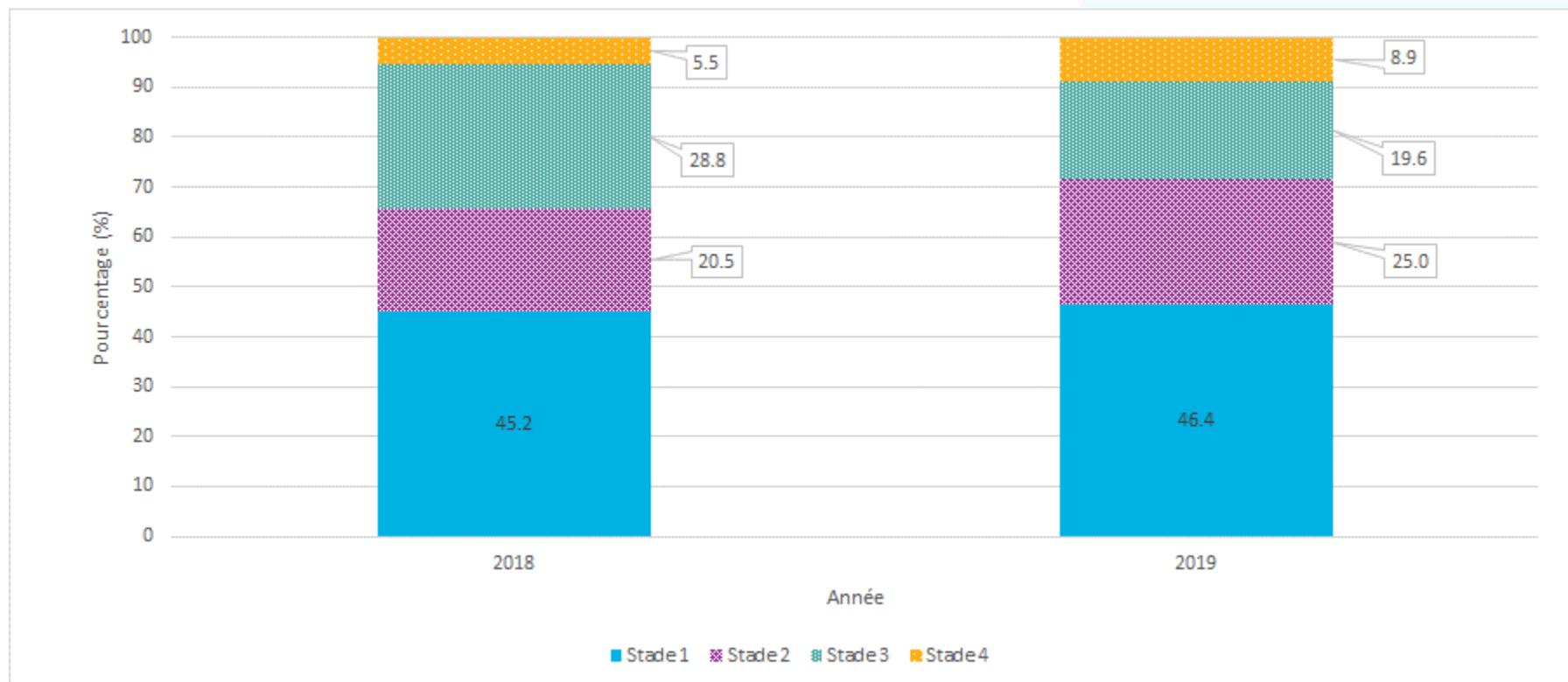


Remarque : Les données avant 2018 ne sont pas présentées, car le système de classification des stades du cancer a été modifié en 2018.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 70](#) à l'annexe 1.

De 2018 à 2019, le pourcentage de cancers colorectaux invasifs détectés au dépistage à un stade précoce (stade 1) a augmenté de 25,8 % à 27,3 %. Au cours de cette même période, la proportion de cancers colorectaux invasifs détectés au dépistage au stade 2 a légèrement augmenté, passant de 29,6 % à 30,8 %. De 2018 à 2019, le pourcentage de cancers colorectaux invasifs diagnostiqués à un stade plus avancé (stade 3 ou 4) a diminué.

**Figure 81 : Répartition des stades au diagnostic des cancers colorectaux invasifs chez les personnes dépistées par coloscopie réalisée en raison de leurs antécédents familiaux de cancer colorectal, de 2018 à 2019**



Remarque : Les données avant que 2018 ne sont pas présentées, car le système de classification des stades du cancer a été modifié en 2018.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 71](#) à l'annexe 1.

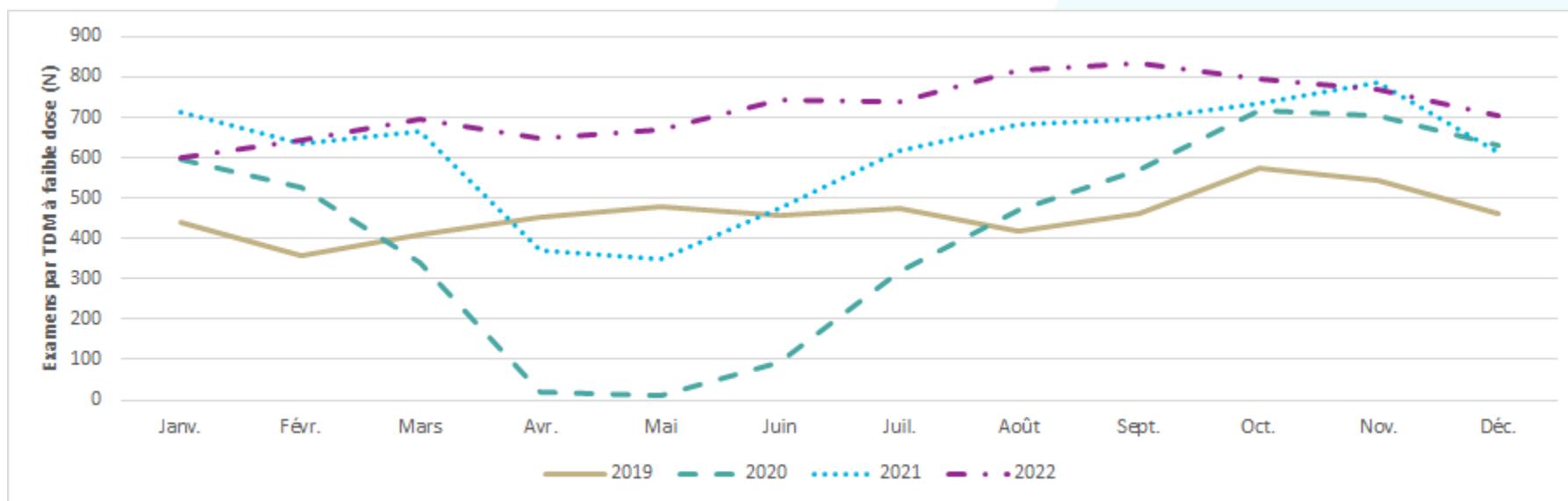
De 2018 à 2019, le pourcentage de cancers colorectaux invasifs détectés au dépistage au stade 1 chez les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer colorectal a augmenté de 45 % à 46 %, alors que le pourcentage de personnes diagnostiquées au stade 2 est passé de 21 % à 25 %. Le pourcentage de cancers invasifs diagnostiqués au stade 3 a diminué, passant de 29 à 20 %, et celui des cancers invasifs diagnostiqués au stade 4 a augmenté, passant de 5 à 9 %.

## Rendement du Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon (PODCP)



## PODCP : Volumes de dépistage

**Figure 82 : Nombre d'examens par tomodensitométrie à faible dose (TDM) réalisés pour les personnes âgées de 55 ans et plus en Ontario présentant un risque élevé de cancer du poumon, de 2019 à 2022**

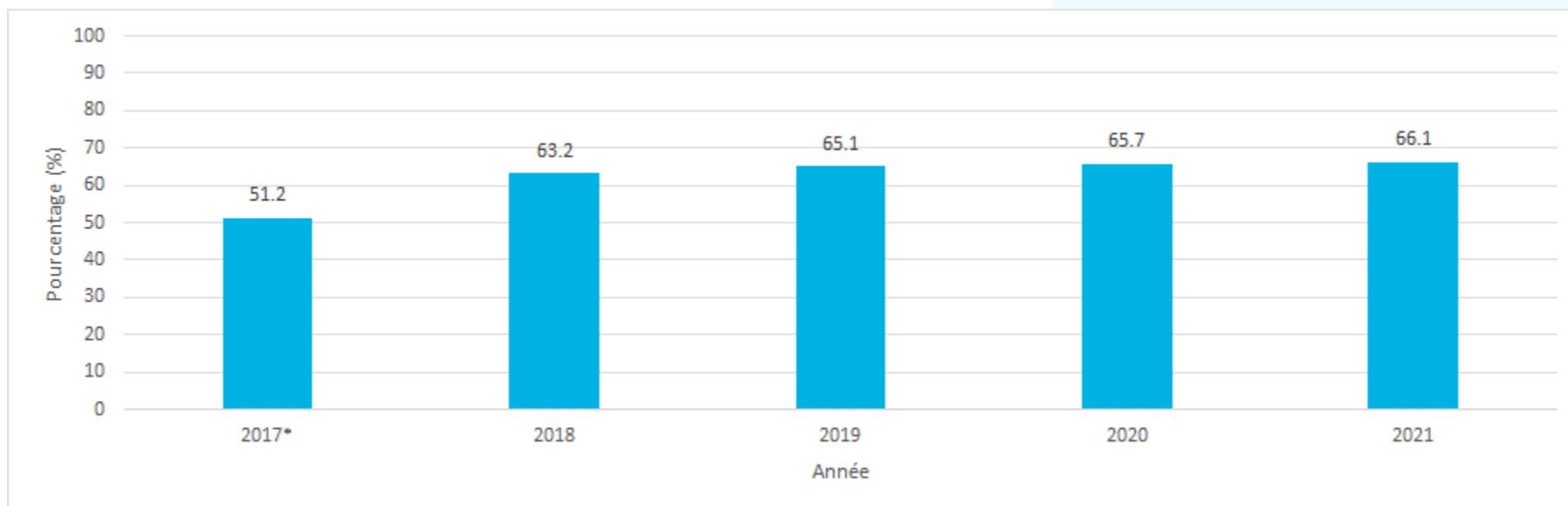


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 72](#) à l'annexe 1.

Les volumes d'examens par tomodensitométrie à faible dose ont été considérablement influencés par la pandémie de COVID-19. Les volumes ont considérablement diminué de mars à mai 2020, en raison de la suspension de tous les services de santé urgents et non urgents. Les volumes des TDM à faible dose en 2021 ont dépassé les volumes de 2020, mais ces chiffres ont été influencés par les vagues suivantes de COVID-19, ce qui se constate par la diminution des volumes de mars à mai 2021. Les volumes d'examens par TDM à faible dose ont augmenté de 56,8 % de 2019 (avant la pandémie) à 2022, montrant des hausses continues du recrutement et de la participation.

## PODCP : Renoncement au tabac

**Figure 83 : Pourcentage de personnes ayant terminé une évaluation des risques de base et ayant déclaré être fumeuses, de 2017 à 2021**



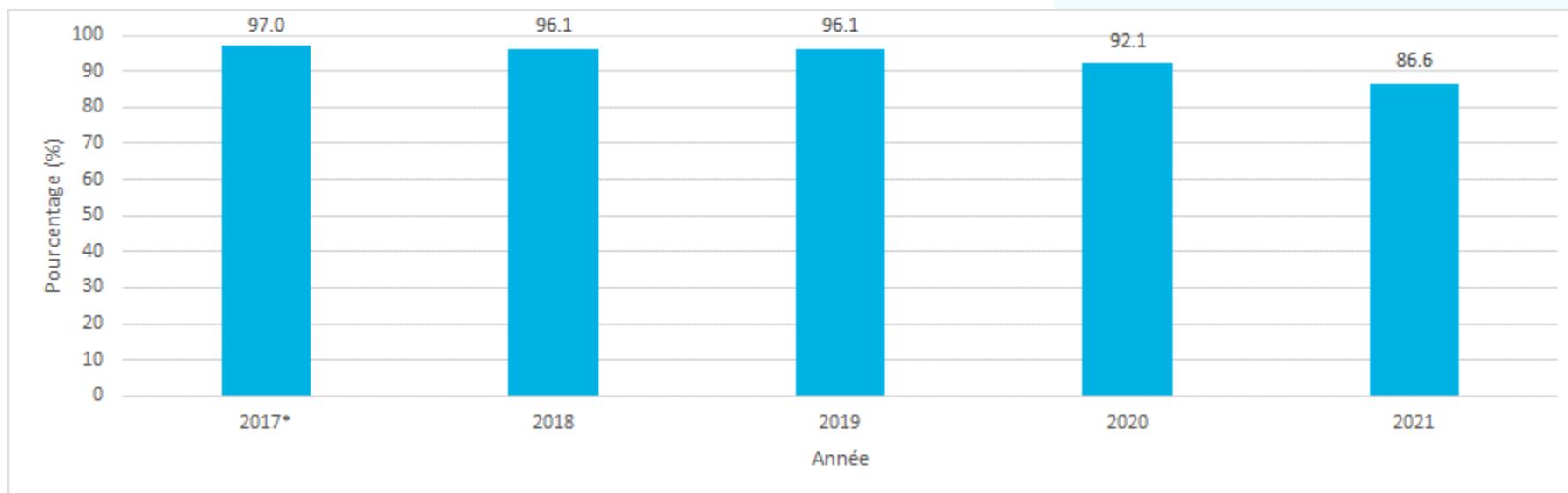
\*Les données commencent en juin 2017.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 73](#) à l'annexe 1.

De 2018 à 2021, le pourcentage de personnes qui ont déclaré être fumeuses lors de l'évaluation des risques de base était stable, allant de 63,2 % à 66,1 %. Le plus faible pourcentage de personnes qui ont déclaré être fumeuses lors de l'évaluation en 2017 (51,2 %) reflète probablement un nombre plus important de personnes ayant déclaré être d'anciens fumeurs qui ont été recrutées pendant la première année du projet pilote de dépistage du cancer du poumon pour les personnes à haut risque. Ces données suggèrent qu'un large pourcentage de personnes recrutées dans le cadre du PODCP ont bénéficié des services de renoncement au tabac offerts par le programme.

## PODCP : Couverture

**Figure 84 : Pourcentage de personnes admissibles au dépistage, âgées de 55 à 74 ans, qui ont effectué un examen par tomodensitométrie à faible dose après leur évaluation des risques, de 2017 à 2021**



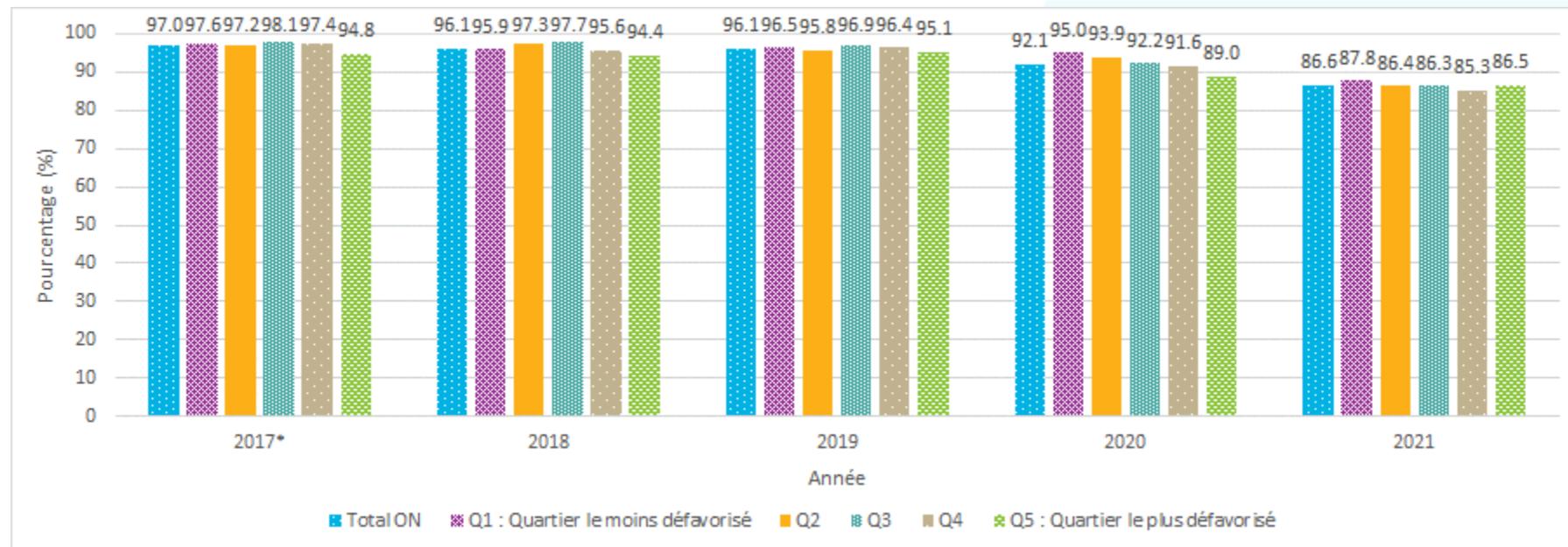
\*Les données commencent en juin 2017.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 74](#) à l'annexe 1.

Le pourcentage de personnes en Ontario qui ont effectué un examen par TDM à faible dose après leur évaluation des risques a diminué, passant de 97 % en 2017 à 86,6 % en 2021. Cet indicateur était stable autour de 96 à 97 % de 2017 à 2019, mais il est passé à 92,1 % en 2020, probablement en raison de la suspension de tous les services de dépistage du cancer décidée pendant la première vague de la pandémie en Ontario. Le pourcentage de personnes qui ont effectué une TDM à faible dose après leur évaluation des risques a encore diminué de 2020 (92,1 %) à 2021 (86,6 %), ce qui est le plus probablement dû aux vagues suivantes de COVID-19 et aux difficultés généralisées liées aux ressources humaines dans le domaine de la santé qui existent dans le système de santé ontarien et qui pourraient avoir eu une incidence sur les délais d'attente pour les examens par TDM à faible dose.

## Examen par TDM à faible dose après une évaluation des risques dans le cadre du PODCP – analyses sur l'équité : Difficulté matérielle

**Figure 85 : Pourcentage de personnes admissibles au dépistage, âgées de 55 à 74 ans, qui ont effectué un examen par tomодensitométrie à faible dose après leur évaluation des risques, par niveau de difficulté matérielle, de 2017 à 2021**



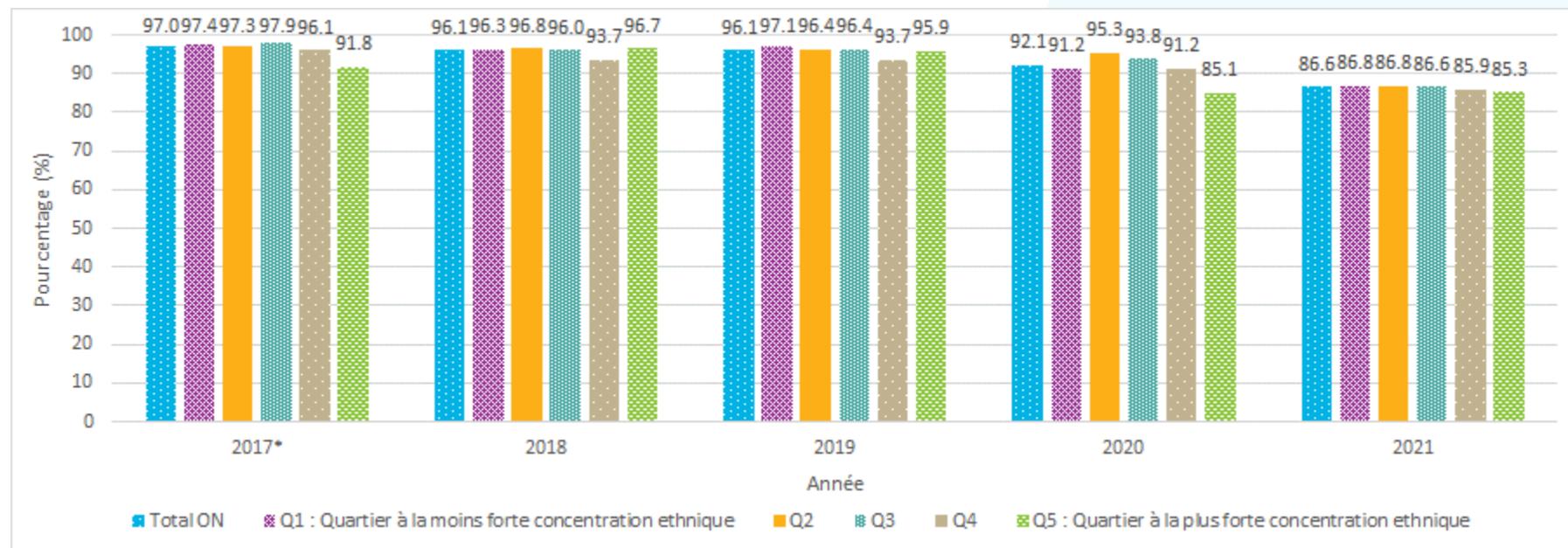
\*Les données commencent en juin 2017.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 75](#) à l'annexe 1.

Au cours de toutes les périodes de déclaration, on a observé un lien entre la difficulté matérielle et la réalisation d'un examen par TDM à faible dose après une évaluation des risques. Les personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés (Q5) étaient moins susceptibles de réaliser un examen par TDM à faible dose après leur évaluation des risques que celles vivant dans les quartiers les moins défavorisés (Q1). La différence entre le quintile le plus élevé et le quintile le plus bas était la plus marquée en 2020, avec 89 % des personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés réalisant un examen par TDM à faible dose après une évaluation des risques et 95 % des personnes dans les quartiers les moins défavorisés réalisant cet examen. La hausse de la différence entre Q1 et Q5 en 2020 peut refléter les disparités en matière de santé aggravées par la pandémie de COVID-19.

## Examen par TDM à faible dose après une évaluation des risques dans le cadre du PODCP – analyses sur l'équité : Concentration ethnique

**Figure 86 : Pourcentage de personnes admissibles au dépistage, âgées de 55 à 74 ans, qui ont effectué un examen par tomodensitométrie à faible dose après leur évaluation des risques, par concentration ethnique, de 2017 à 2021**



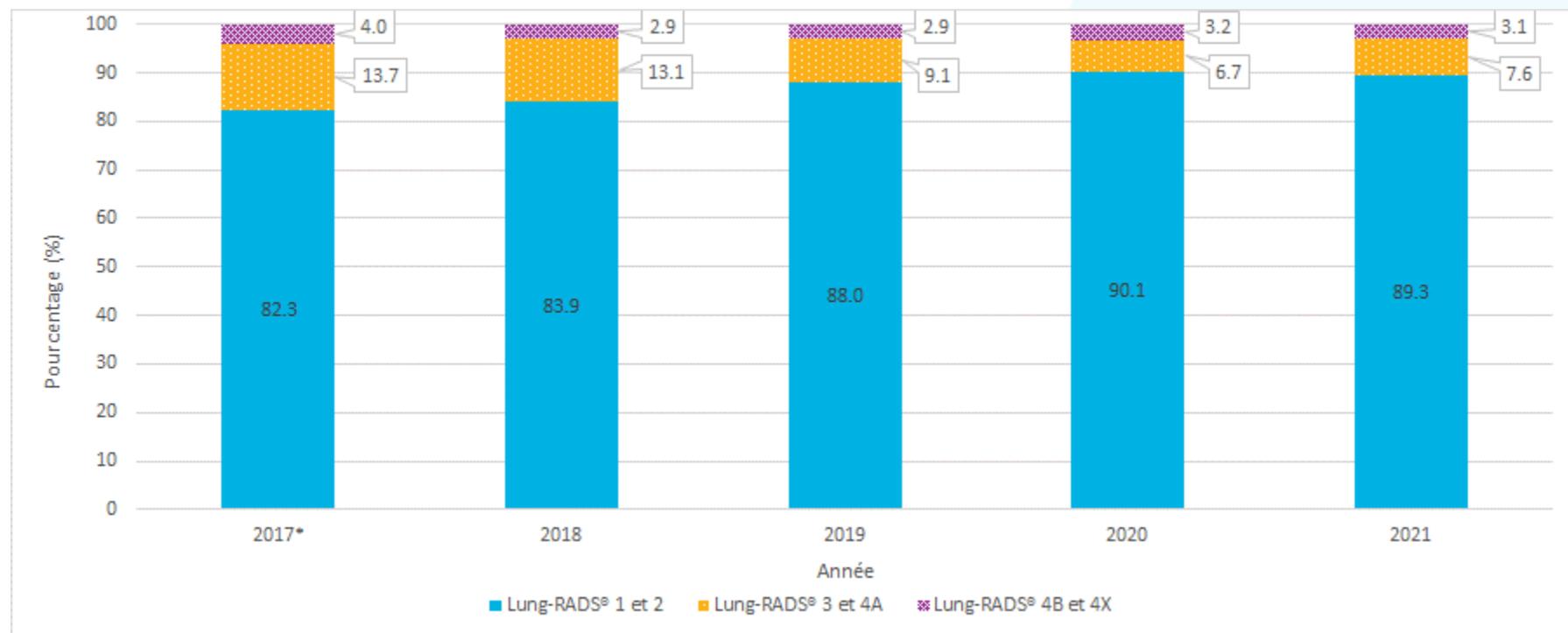
\*Les données commencent en juin 2017.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 76](#) à l'annexe 1.

En 2017 et 2020, on a observé un lien entre la concentration ethnique dans les quartiers et la réalisation d'examen par TDM à faible dose après une évaluation des risques; les personnes vivant dans les quartiers à la plus forte concentration ethnique (Q5) étant moins susceptibles d'effectuer un TDM à faible dose après une évaluation des risques que celles vivant dans des quartiers à la concentration ethnique la moins importante (Q1). La différence entre les personnes vivant dans les quartiers à la plus forte concentration ethnique et celles vivant dans des quartiers à la concentration ethnique la moins importante était la plus marquée en 2020, 85,1 % des personnes vivant dans les quartiers à la plus forte concentration ethnique avaient alors effectué un examen par TDM à faible dose après une évaluation des risques comparé à 91,2 % dans les quartiers à la moins forte concentration ethnique. La hausse de la différence entre Q1 et Q5 en 2020 peut refléter les disparités en matière de santé aggravées par la pandémie de COVID-19.

## PODCP : Suivi des résultats anormaux

Figure 87 : Répartition du score Scan Lung-RADS® des examens par tomodensitométrie à faible dose, de 2017 à 2021

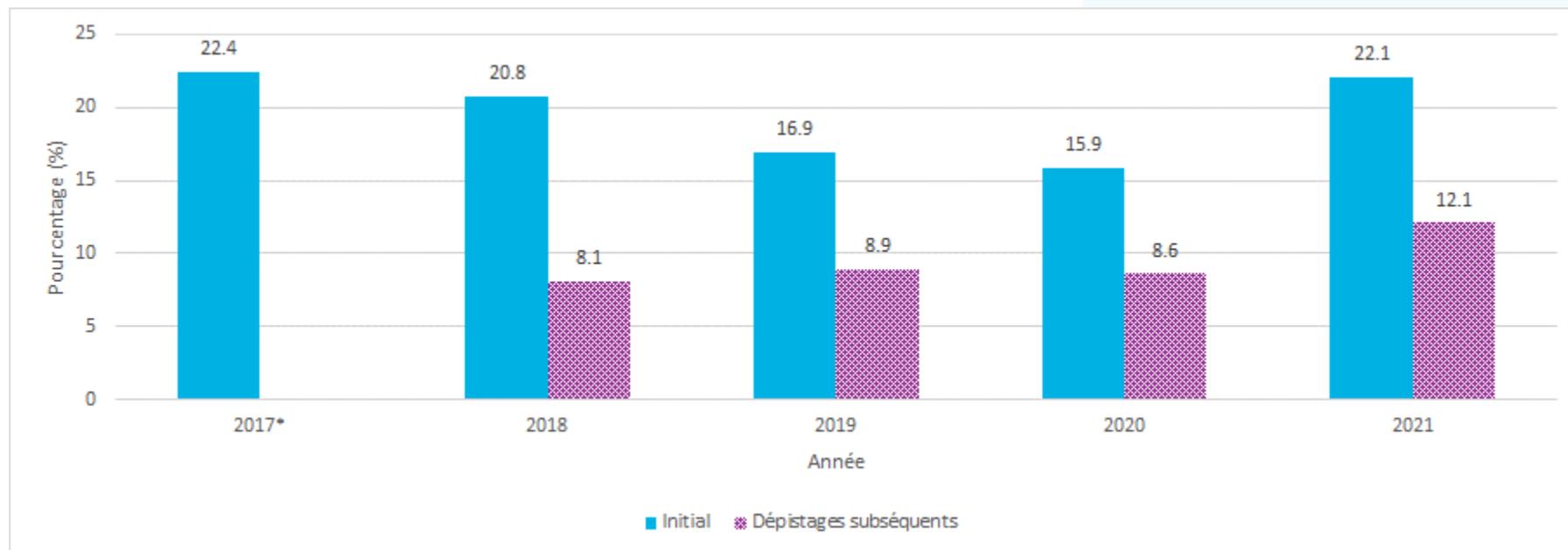


\*Les données commencent en juin 2017.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 77](#) à l'annexe 1.

De 2017 à 2021, le pourcentage d'examen par TDM à faible dose avec un score de Scan Lung-RADS® de 1 (négatif) ou de 2 (bénin) a augmenté, passant de 82,3 % à 89,3 %. Des diminutions ont été observées quant au pourcentage d'examen avec un score de Scan Lung-RADS® de 3 (probablement bénin) ou 4A (découverte suspecte) (de 13,7 % à 7,6 %), ainsi qu'au pourcentage d'examen avec un score de Scan Lung-RADS® de 4B ou 4X (découverte très suspecte) (de 4 % à 3,1 %). Ces baisses observées au fil du temps quant au pourcentage d'examen révélant des anomalies (Lung-RADS® 3, 4A, 4B, 4X) étaient attendues, car le pourcentage de personnes effectuant un premier examen par TDM à faible dose était en train de diminuer.

**Figure 88 : Pourcentage d'examens par tomодensitométrie à faible dose (TDM) avec des découvertes fortuites avec capacité d'action détectées, de 2017 à 2021**

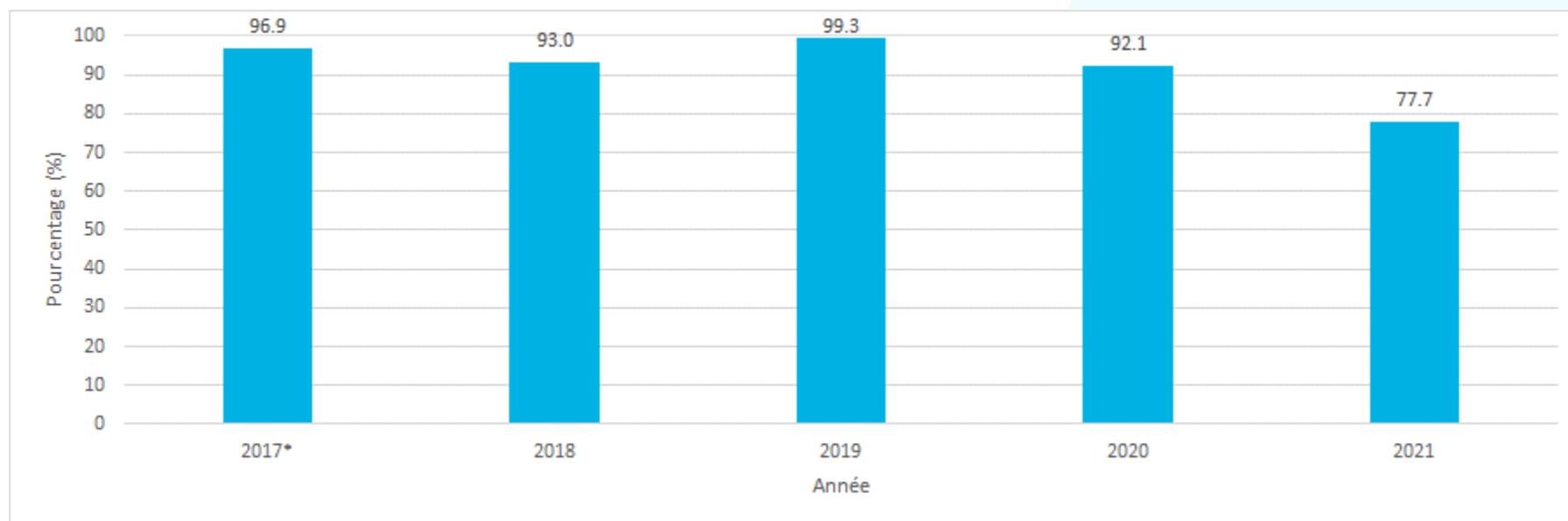


\* Le Projet pilote de dépistage du cancer du poumon pour les personnes à haut risque a commencé en juin 2017, donc aucun dépistage subséquent n'a été réalisé en 2017.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 78](#) à l'annexe 1.

Les découvertes fortuites avec capacité d'action sont des découvertes qui ne sont pas liées au cancer du sein détecté à l'imagerie par TDM à faible dose et qui, de l'avis du radiologue, sont potentiellement significatives sur le plan clinique (p. ex., une infection). De 2017 à 2021, le pourcentage global d'imageries par TDM à faible dose assorties de découvertes fortuites avec capacité d'action a diminué, passant de 22,1 % à 14,5 %. Cette baisse peut être liée à l'expérience et à l'aisance des radiologues pour distinguer les découvertes significatives sur le plan clinique de celles qui ne le sont pas. Le pourcentage était plus élevé lors des examens de base ou initiaux (15,9 % à 22,4 %) que lors des examens de suivi de 2018 à 2021 (8,1 % à 12,1 %), car les découvertes fortuites sont plus susceptibles d'être repérées lors des examens de base. Les découvertes fortuites lors des dépistages subséquents ont demeuré entre 8,1 % et 8,9 % de 2018 à 2020, avant d'augmenter à 12,1 % en 2021. L'augmentation des découvertes fortuites sur les examens d'imagerie de base en 2021 coïncide avec la publication des directives cliniques par Santé Ontario. Pour la classification et la gestion des découvertes fortuites avec capacité d'action dans le cadre du PODCP (71).

**Figure 89 : Pourcentage de personnes âgées de 55 à 74 ans, admissibles au dépistage ayant obtenu un résultat de dépistage suspect ou très suspect (Lung-RADS® 4A\*\*, 4B ou 4X) qui ont effectué une évaluation diagnostique dans les 3 mois, de 2017 à 2021**



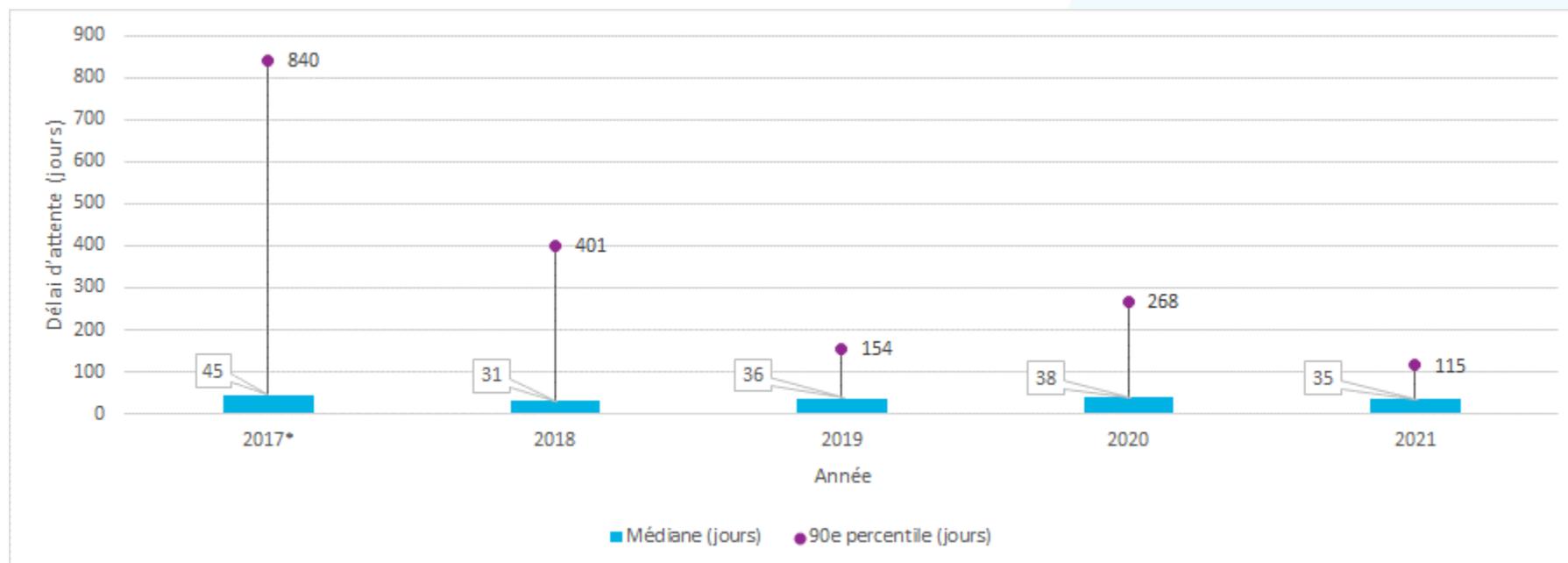
\* Les données commencent en juin 2017.

\*\* À compter du 1<sup>er</sup> octobre 2018, les personnes dont le score Lung-RADS® est de 4A doivent passer un examen par tomodensitométrie à faible dose de surveillance à 3 mois plutôt que d’être orientées vers une consultation d’évaluation diagnostique. Seules les personnes dont le score Lung-RADS® est de 4B ou 4X ont été orientées vers une évaluation diagnostique à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2018, conformément au système Lung-RADS®.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 79](#) à l’annexe 1.

Le pourcentage de personnes âgées de 55 à 74 ans, admissibles au dépistage ayant obtenu un résultat de dépistage suspect ou très suspect (Lung-RADS® 4A, 4B, ou 4X) qui ont effectué une évaluation diagnostique dans les 3 mois suivant l’obtention des résultats a diminué (s’est aggravé) passant de 96,9 % en 2017 à 77,7 % en 2021. La détérioration du rendement en 2020 et 2021 peut être due à la pandémie de COVID-19, aux difficultés généralisées liées aux ressources humaines dans le domaine de la santé qui existent dans le système de santé ontarien (nombre accru de personnes nécessitant des évaluations à mesure de l’évolution du programme), ce qui peut avoir rallongé les délais d’attente pour l’accès aux services de diagnostic. Santé Ontario continuera de surveiller le rendement relatif à cet indicateur afin d’orienter les améliorations de la qualité du programme.

**Figure 90 : Délai d'attente (jours) entre la date de l'examen par TDM à faible dose révélant un résultat suspect (Lung-RADS® 4A\*\*) ou très suspect (Lung-RADS® 4B ou 4X) et le diagnostic ferme de cancer du poumon, de 2017 à 2021**



\* Les données commencent en juin 2017.

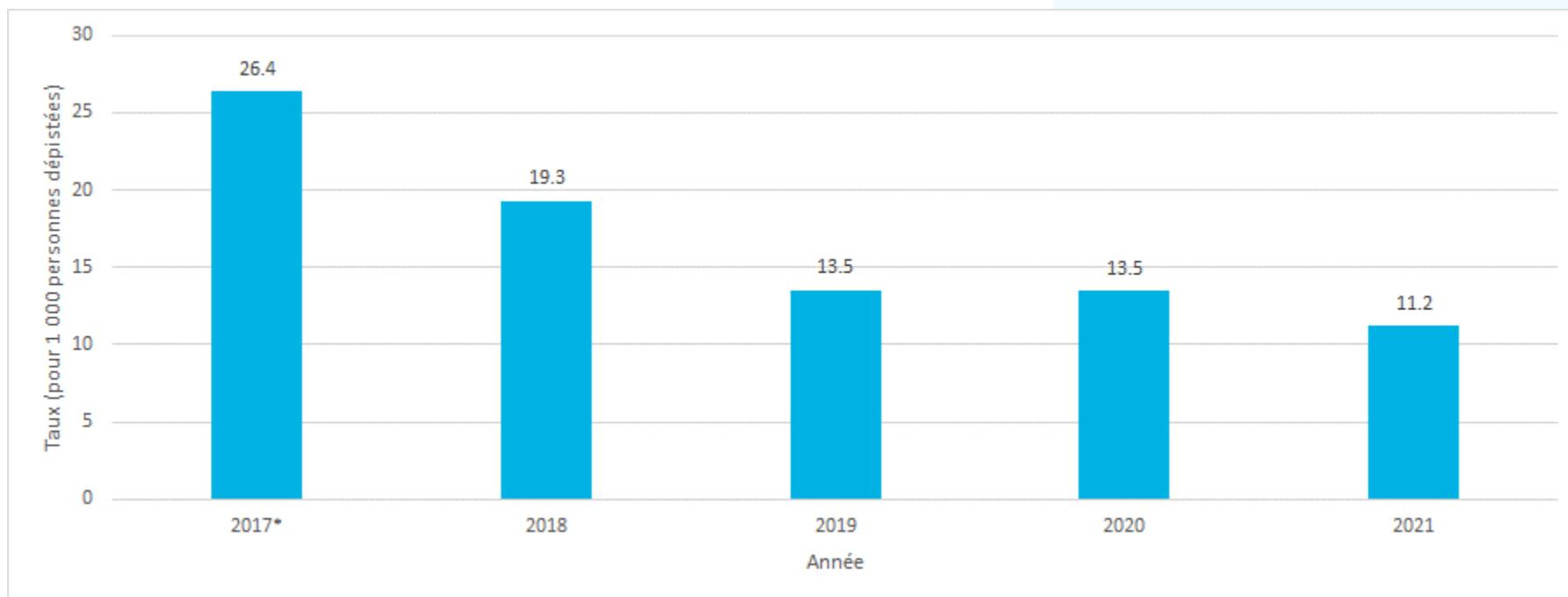
\*\* À compter du 1<sup>er</sup> octobre 2018, les personnes dont le score Lung-RADS® est de 4A doivent passer un examen par TDM à faible dose de surveillance à 3 mois plutôt que d'être orientées vers une consultation d'évaluation diagnostique. Seules les personnes dont le score Lung-RADS® est de 4B ou 4X ont été orientées vers une évaluation diagnostique à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2018, conformément au système Lung-RADS®.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 80](#) à l'annexe 1.

Pour les personnes qui ont reçu un diagnostic de cancer du poumon après avoir obtenu des résultats suspects ou très suspects à une TDM à faible dose, le délai d'attente médian entre les résultats anormaux et le diagnostic du cancer du poumon a diminué (s'est amélioré), passant de 45 jours en 2017 à 35 jours en 2021. Il s'agit d'une tendance positive qui suggère que la plupart des personnes atteintes d'un cancer du poumon détecté par dépistage reçoivent un diagnostic rapide suite à l'obtention de résultats anormaux. Le délai d'attente le plus long du 90e percentile observé en 2020 était probablement dû aux répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les délais d'attente pour l'accès aux services d'évaluation diagnostique en Ontario.

## PODCP : Détection

**Figure 91 : Nombre de personnes en Ontario âgées de 55 à 74 ans admissibles au dépistage atteintes d'un cancer du poumon invasif détecté au dépistage pour 1 000 personnes dépistées, de 2017 à 2021**



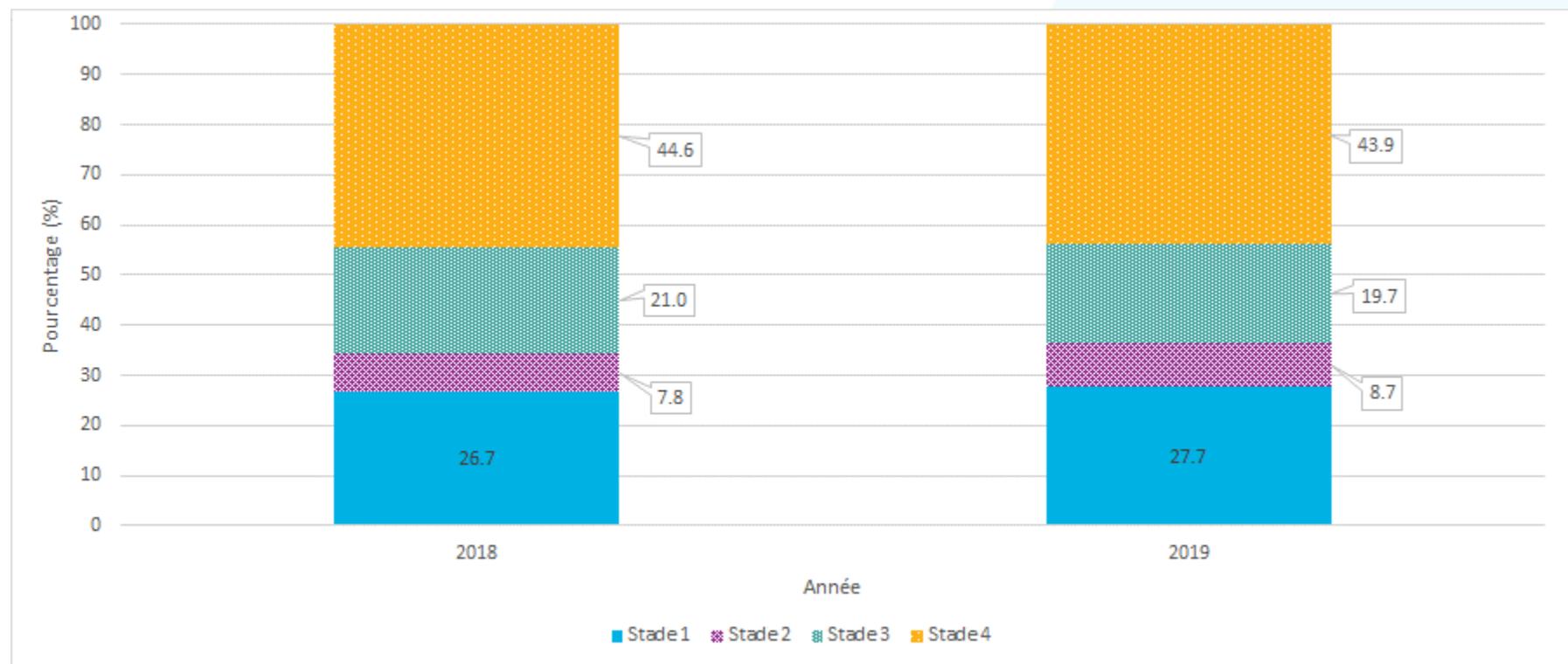
\* Les données commencent en juin 2017.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 81](#) à l'annexe 1.

Le taux de détection du cancer du poumon invasif a diminué, passant de 26,4 pour 1 000 personnes dépistées en 2017 à 11,2 pour 1 000 personnes en 2021. Cette baisse du taux de détection des cancers invasifs au fil du temps était attendue, car le pourcentage de personnes dépistées dans le cadre de leur premier examen par TDM à faible dose continuait de diminuer. La stabilité du taux de détection des cancers invasifs observée de 2019 à 2020 est probablement due à la priorité accordée aux services de dépistage selon le risque de cancer du poumon en 2020, selon le document d'orientation sur la pandémie de Santé Ontario.

## PODCP : Étendue de la maladie au moment du diagnostic

Figure 92 : Répartition par stade de tous les cancers du poumon invasifs diagnostiqués chez des personnes âgées de 55 à 74 ans, en Ontario, de 2018 à 2019

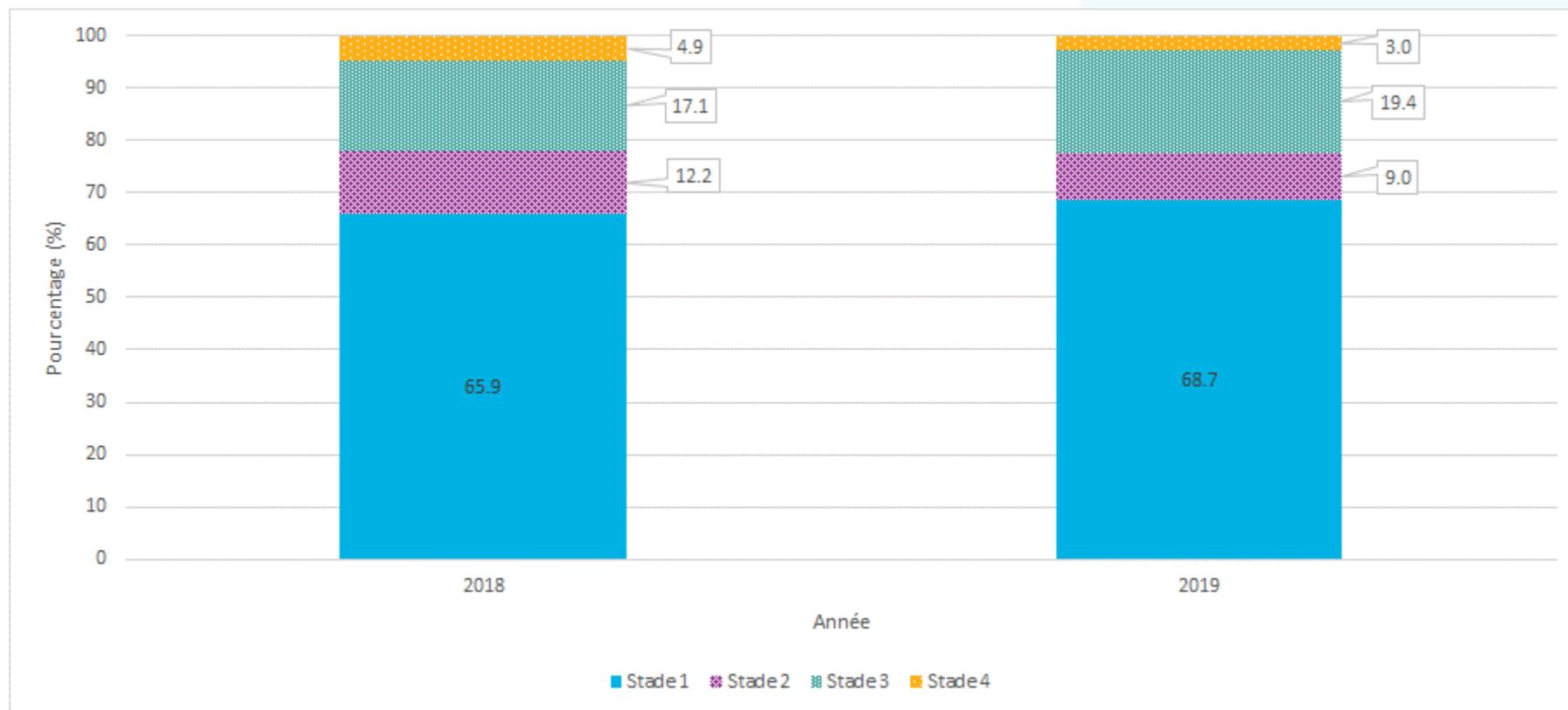


Remarque : Les données avant 2018 ne sont pas présentées, car le système de classification des stades du cancer a été grandement modifié en 2018.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 82](#) à l'annexe 1.

En 2018 et 2019, la plupart des cancers du poumon diagnostiqués en Ontario chez les personnes de 55 à 74 ans étaient à un stade avancé. Environ 20 % étaient au stade 3 et environ 45 % au stade 4. Seuls 35 à 36 % des cancers invasifs ont été détectés au stade 1 ou 2 (stades précoces), lorsque le traitement est plus susceptible d'être efficace.

**Figure 93 : Répartition par stade cancers du poumon invasifs détecté par dépistage diagnostiqués chez des personnes âgées de 55 à 74 ans, en Ontario, de 2018 à 2019**



Remarque : Les données avant 2018 ne sont pas présentées, car le système de classification des stades du cancer a été grandement modifié en 2018.

Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 83](#) à l'annexe 1.

Contrairement à la répartition observée pour tous les cancers du poumon invasifs, environ 78 % des cancers du poumon invasifs détectés au dépistage ont été diagnostiqués au stade 1 ou 2 (stades précoces) en 2018 et 2019. Seuls 22 % des cancers du poumon invasifs détectés au dépistage l'ont été au stade 3 ou 4 (stades avancés). Cela démontre l'efficacité du dépistage du cancer du poumon pour détecter les cancers à un stade précoce, lorsque le traitement est plus susceptible d'être efficace.

# Orientations futures



# Orientations futures

Les constatations de ce rapport, avec les autres efforts continus de surveillance et d'évaluation, serviront à améliorer les programmes ontariens de dépistage structuré du cancer afin qu'ils répondent mieux aux besoins des personnes de la province. Ce rapport met en lumière les nombreux accomplissements obtenus dans le domaine du dépistage du cancer dans toute la province, ainsi que les possibilités d'amélioration continue. Par exemple, les taux de participation et de fidélisation sont inférieurs à la valeur optimale, et les iniquités en matière de participation et de suivi en temps opportun ont été observées dans tous les programmes. La section Pleins feux sur le dépistage du cancer chez les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain (page 48) met également en lumière les disparités en matière de soins de cancérologie et de résultats de santé qui doivent être réglées par un engagement plus profond de Santé Ontario et de ses partenaires autochtones. En plus de s'engager à supprimer les disparités en matière de soins de cancérologie et de résultats de santé chez les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain, les efforts de Santé Ontario sont guidés par le *Cadre en matière d'équité, d'inclusion, de diversité et d'anti-racisme, la Stratégie de soutien aux collectivités prioritaires de l'Ontario et le Plan pour la santé des Noirs*, afin de répondre aux besoins des groupes sous-représentés en Ontario.

Cette section décrit quelques initiatives que Santé Ontario entreprend pour mettre fin à ces disparités et améliorer la qualité du dépistage structuré du cancer en Ontario.

## Expansion du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS)

À compter de l'automne 2024, le PODCS étendra ses critères d'admissibilité pour inclure les personnes âgées de 40 à 49 ans. Les personnes seront invitées à avoir une conversation avec un fournisseur de soins de santé sur les risques et les avantages du dépistage, ainsi que sur leurs valeurs et préférences, afin de déterminer si le dépistage leur convient. Celles qui décident de se faire dépister pourront se présenter d'elles-mêmes pour recevoir une mammographie et bénéficier des avantages d'un dépistage structuré.

## Dépistage pour les personnes trans et non binaires

En 2017, une série d'examen des données probantes a été réalisée pour élaborer une politique sur le dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus chez les personnes trans et non binaires de l'Ontario. Ces données ont été évaluées par deux groupes d'experts et un comité directeur, qui ont aidé à formuler des recommandations précises. Ces recommandations ont été publiées en 2019 dans la *Overarching Policy for the Screening of*

*Trans People in the Ontario Breast Screening Program and the Ontario Cervical Screening Program* (Politique générale pour le dépistage des personnes trans dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein et du Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus, en anglais seulement) (en anglais seulement). La politique a mené à d'importantes améliorations du programme, y compris des critères d'admissibilité plus inclusifs pour le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein. Les examens des données sont maintenant mis à jour pour refléter les données plus actuelles, ce qui pourrait entraîner une mise à jour de la politique.

Les futurs efforts liés au dépistage du cancer seront axés sur l'amélioration accrue de l'accès au dépistage pour les personnes trans et non binaires. Par exemple, Santé Ontario travaille à la mise en œuvre d'un langage neutre et inclusif dans toutes ses lettres de dépistage, ses produits fondés sur des données probantes, ses directives cliniques et autres documents destinés au public et aux fournisseurs. Santé Ontario travaille également à l'examen des données probantes émergentes sur le cancer chez les personnes trans et non binaires entamant une transition médicale ou chirurgicale.

## Mise en œuvre du test de détection du virus du papillome humain (VPH)

Comme d'autres programmes majeurs de dépistage du cancer du col de l'utérus dans le monde, le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU) prévoit de passer au test cytologique (test Pap) pour dépister le papillomavirus humain comme principal test. Presque tous les

cancers du col de l'utérus sont causés par une infection liée à un type de papillomavirus humain causant des cancers (72). Le test de dépistage du VPH recherche la présence ou l'absence de VPH causant des cancers et peut fournir des renseignements sur le type précis de VPH. Le test de dépistage du VPH est de plus en plus considéré comme la norme de soin pour les programmes de dépistage structuré du cancer du col de l'utérus, car ce test est plus efficace pour détecter les lésions précancéreuses et les cancers du col de l'utérus, y compris les carcinomes glandulaires (73). De plus, contrairement au test cytologique, qui repose sur l'interprétation subjective des résultats, le test de dépistage du VPH est un test objectif, les résultats sont donc fortement uniformes et reproductibles (74).

Dans le cadre du PODCCU, le test de dépistage du VPH dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus sera mis en œuvre, combiné à un test cytologique réflexe (un test subséquent réalisé chez les personnes dont le résultat au test de dépistage du VPH est positif pour déterminer les prochaines étapes), mais il sera également mis en œuvre lors des colposcopies. Lors d'une colposcopie, le test de dépistage du VPH aidera les fournisseurs de soins de santé à décider de la mise en congé de leurs patients hospitalisés dans les services de colposcopie et qui éclaireront la détermination des intervalles de dépistage fondé sur les risques subséquents.

Le passage au test de dépistage du VPH est une mise en œuvre à étapes multiples pluriannuelle qui comprendra des mises à jour au PODCCU, notamment de nouvelles exigences applicables aux laboratoires et aux tests, et des recommandations révisées pour le dépistage et la colposcopie (p. ex., forme de test appropriée, âges de début et de fin, et intervalle de dépistage). Il y aura aussi des modifications aux lois et règlements (p. ex., modifications apportées au barème des prestations pour les services des

médecins et au barème des prestations pour les services des laboratoires). Pour réussir cette transition, il sera nécessaire de mettre à jour les systèmes de technologie et de gestion de l'information du PODCCU pour permettre la collecte de données, la production de rapports de qualité pour les établissements et les fournisseurs, et la correspondance avec les participants. Une stratégie complète de gestion du changement et d'élaboration sera élaborée pour aider les fournisseurs de soins de santé avec la transition. Le PODCCU prévoit de lancer le test de dépistage du VPH en 2025.

## Refonte du système d'envoi de lettres du PODCCU

Cette initiative est liée à la mise en œuvre planifiée du test de dépistage du VPH comme test de dépistage principal du cancer du col de l'utérus. Comme de nombreux autres programmes de dépistage de la province, le PODCCU utilise les lettres envoyées par le poste pour inviter, rappeler ou relancer les personnes pour qui il est temps de faire un dépistage et leur communiquer les résultats des tests de dépistage.

Dans le cadre de la refonte du système d'envoi de lettres, des lettres ont été élaborées pour refléter les nouvelles recommandations de dépistage. Ces lettres ont été amplement mises à l'essai et révisées pour répondre aux besoins des personnes admissibles au dépistage. Les révisions des lettres étaient fondées sur les commentaires reçus par un groupe de personnes diversifiées par rapport à leur identité autochtone, leur niveau d'études, leur âge, leur pays de naissance, leurs antécédents de dépistage du cancer du col de l'utérus, leur identité de genre, leur orientation sexuelle et leur région de résidence en Ontario.

## Correspondance numérique

En 2019, la province de l'Ontario a annoncé sa stratégie *Priorité au numérique pour la santé (75)*, qui définit la voie pour parvenir à un système de santé moderne et pleinement connecté. Conformément à la stratégie, Santé Ontario entreprend un projet pluriannuel en plusieurs étapes pour concevoir et lancer une stratégie de correspondance numérique sur le dépistage du cancer. Cette stratégie permettra de moderniser le programme ontarien de correspondance sur le dépistage du cancer et offrira aux personnes qui sont admissibles au dépistage du cancer plus d'options sur la façon de recevoir leurs lettres sur le dépistage du cancer.

## Dépistage du cancer colorectal chez les personnes à risque accru

Les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer colorectal chez au moins un parent au premier degré (c.-à-d., parent, frère, sœur ou enfant) peuvent présenter un risque accru de développer cette maladie. Depuis le lancement du programme ContrôleCancerColorectal en 2008, le dépistage avec coloscopie a été recommandé pour les personnes présentant un risque accru de développer un cancer colorectal à partir de l'âge de 50 ans ou 10 ans avant l'âge auquel leur proche le plus jeune a reçu son diagnostic, selon la première de ces éventualités. Si leur proche a été diagnostiqué avant l'âge de 60 ans, le dépistage avec coloscopie est recommandé tous les 5 ans. Si leur proche a été diagnostiqué à 60 ans ou après, le dépistage avec coloscopie est recommandé tous 10 ans.

La base de données probantes sur le risque de développer un cancer colorectal et les stratégies de dépistage appropriées pour réduire la mortalité liée au cancer colorectal a évolué depuis le lancement du programme. Par conséquent, le programme a réuni un groupe d'experts pour examiner les données disponibles et fournir leur avis sur la mise à jour des recommandations de dépistage du programme pour les personnes en Ontario ayant des antécédents familiaux de la maladie. Le groupe d'experts était composé de représentants de services d'endoscopie gastro-intestinale, de soins primaires, d'épidémiologie, de programmes de dépistage structuré du cancer colorectal d'autres provinces et territoires, du réseau de cancérologie de l'Ontario, d'associations d'endoscopie en Ontario et de la population.

En 2022, après une période de consultation des partenaires, le programme ContrôleCancerColorectal a commencé à travailler sur la révision des recommandations et la mise en œuvre de nouvelles recommandations à l'avenir. Cela comprendra la mise à jour des documents destinés au public, ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre des documents à l'appui de l'éducation et de la gestion du changement pour les fournisseurs de soins primaires et les endoscopistes.

## Initiative de trousse de test immunochimique fécal (TIF) de la municipalité et la zone de Sioux Lookout

Après la mise en œuvre du TIF comme test de dépistage recommandé pour les personnes présentant un risque moyen de

cancer colorectal en Ontario, certaines communautés de la province ont rencontré des obstacles à l'accès aux tests. Certaines de ses communautés sont situées dans la municipalité et la zone de Sioux Lookout (une région éloignée avec une forte proportion de Premières Nations).

Pour régler cette situation, Santé de l'Ontario, la Sioux Lookout First Nations Health Authority, Services aux Autochtones Canada, LifeLabs et le ministère de la Santé de l'Ontario ont lancé une initiative en 2023 visant à fournir un modèle personnalisé de distribution de trousse de TIF à 28 communautés de la municipalité et la zone de Sioux Lookout. L'initiative permettait également d'améliorer l'accès aux TIF dans ces communautés en mettant en œuvre une solution pour réduire le nombre de rejets des demandes soumises en raison de problèmes liés à la carte du Régime d'assurance-santé. Cette solution a été étendue au-delà de cette région au reste de l'Ontario et a permis d'augmenter le nombre de personnes dépistées à l'aide du TIF.

Les objectifs de cette initiative étaient d'améliorer l'accès au dépistage du cancer colorectal à l'aide du TIF dans les communautés de la municipalité et la zone de Sioux Lookout, de soutenir les améliorations de la participation au dépistage du cancer colorectal dans ces communautés, et d'orienter la mise en œuvre de telles stratégies dans d'autres populations. Une évaluation du programme participative à plusieurs méthodes est en cours pour évaluer l'initiative.

# Projet de recherche d'étude d'évaluation personnalisée du risque de cancer du sein

À l'heure actuelle, les recommandations relatives au dépistage du cancer du sein reposent principalement sur l'âge des personnes concernées. L'évaluation personnalisée du risque par l'association du profilage génomique et d'autres facteurs de risque du cancer du sein permettrait d'établir des recommandations de dépistage plus personnalisées, et d'améliorer l'équilibre bénéfices- risques du dépistage de cette maladie. Un projet de recherche sur le dépistage du cancer du sein fondé sur les risques individualisés est en cours, il est codirigé par des chercheurs de Santé Ontario et de l'Université Laval. Des chercheurs d'autres provinces et territoires du Canada et d'autres pays y participent également.

Des personnes âgées de 40 à 69 ans qui ont effectué une mammographie ont été recrutées dans le cadre du projet PERSPECTIVE I&I (Personalized Risk Assessment for Prevention and Early Detection of Breast Cancer: Integration and Implementation) financé par Génome Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada(76). Tous les participants admissibles ont répondu à un questionnaire d'admission portant sur les antécédents familiaux et d'autres facteurs liés au mode de vie et au risque hormonal, ont fourni un prélèvement de salive pour l'analyse génétique et ont fait mesurer leur densité mammaire à partir de leur récente mammographie. Sur les 3 753 personnes participant, un risque de développer un cancer du sein sur 10 ans a été estimé à l'aide de l'outil de prévision

multifactoriel CanRisk ([canrisk.org/fr/](http://canrisk.org/fr/)). Les participants étaient classés selon une estimation de risque moyen (79,8 %), supérieur à la moyenne (15,7 %) ou élevé (4,4 %) et ont reçu un plan d'action de dépistage selon leur niveau de risque. Des parcours de soins cliniques ont été élaborés pour aider les sites participant au Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) avec les personnes orientées par l'étude.

Tous les participants ont dû répondre à deux questionnaires de suivi; un immédiatement après avoir reçu leur niveau de risque et le deuxième 12 mois plus tard pour recueillir des renseignements sur les comportements liés au dépistage et les autres tests ou diagnostics de cancer du sein. Une cohorte utile est formée et pourrait être suivie à l'avenir pour examiner les résultats à long terme, y compris la mortalité. D'autres tests à partir de matériel génétique recueillis dans les banques biologiques seront également possibles. Les données produites pourraient mener à une approche personnalisée de l'évaluation des risques et du dépistage dans le cadre de l'infrastructure actuelle du PODCS.

## Expansion du Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon (PODCP)

Santé Ontario œuvre à étendre le PODCP pour accroître équitablement l'accès aux services de dépistage du cancer du poumon dans toute la province. Les prochaines étapes consistent à élaborer des plans d'expansion et des améliorations du programme, ainsi qu'à intégrer des sites supplémentaires au programme au cours des prochaines années.

## Recherche axée sur l'équité

En plus des projets de recherche présentés dans la section Pleins feux sur le dépistage du cancer chez les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain (page 48), il y a plusieurs projets de recherche en cours qui produiront des données visant à améliorer le dépistage du cancer chez les Autochtones en Ontario. Ces travaux sont résumés ci-dessous.

### **Subvention de projets de recherche, Institut canadien d'information sur la santé : Improving Indigenous Cultural Safety in Ontario's Cancer Screening Programs (2019 à 2024)**

Ces travaux de recherche visent à améliorer le respect de la culture dans le système de dépistage du cancer ontarien et à améliorer l'expérience des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones en milieu urbain qui effectuent des dépistages du cancer du sein, du col de l'utérus ou colorectal. Les travaux de recherche sont menés en partenariat avec les communautés des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones en milieu urbain, et sont axés sur trois objectifs : 1) améliorer le respect de la culture dans le réseau de cancérologie; 2) élaborer des stratégies de communication respectueuses de la culture; et 3) élaborer des processus de prise de décision partagée pour le dépistage du cancer.

# Remerciements

Nous remercions les personnes suivantes pour leurs contributions au présent rapport :

## Dépistage du cancer

- Hiba Ahmed
- Logan Broeckaert
- Daniel Buchanan
- Simon Chen
- Anna Chiarelli
- Natasha Collaton
- Dr Dustin Costescu
- Melissa Coulson
- Dre Carole Dennie
- Dre Catherine Dubé
- Matthew Emmons
- Gabriela Espino-Hernandez
- Dre Samantha Fienberg
- Dr Christian Finley
- Simrun Flora
- Julia Gao
- Nicholas Grubic
- Julia Ho
- Dr Jonathan Irish
- Sandani Kapadiya
- Tina Karapetyan
- Shivali Kaushal
- Dre Rachel Kupets
- Elyse Labute
- Deanna Langer
- Jenny Lass
- Yingzi Li
- Dre Aisha Lofters
- Bronwen McCurdy
- Caitlin McGarry
- Elaine Meertens
- Olivia Meggetto
- Jessica Moffatt
- Lily Thao Nguyen
- Yue Niu
- Aarani Paramalingam
- Catherine Reis
- Sebastian Rios
- Marian Saab
- Ayesha Salleh
- Dre Heidi Schmidt
- Christine Stogios
- Dan Strumpf
- Martin Tammemägi
- Dre Jill Tinmouth
- Rebecca Truscott

- Sukhleen Uppal
- Meghan Walker
- Li Wang
- Victoria Wells
- Alice Xu
- Angie Yu
- Yang Zhang

#### **Surveillance et registre des cas de cancer**

- Aniq Anam
- Prithwish De
- Zeinab El-Masri

#### **Pleins feux sur le dépistage du cancer chez les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain**

- Akausivik Inuit Family Health Team
- Dre Gail Darling
- Joint Ontario Indigenous Health Committee
- Alethea Kewayosh
- Sayna Leylachian
- Ning Liu
- Métis Nation of Ontario
- Laura Senese
- Amanda Sheppard
- Rinku Sutradhar

#### **Unité des Équipes Santé Ontario**

- Ian Cummins
- Meaghan Cunningham
- Joanna deGraaf-Dunlop

- Selena Hazlitt
- Dov Klein
- Adrienne Spafford

#### **Communications**

- Michelle Archibald
- Amanda Fleming
- Lisa Huynh
- Sharon Lau
- Jadon Memphis
- Patrick Morton
- Tonja Mulder
- Nathalie Srouf
- Steven Wong

#### **Confidentialité**

- Elise Renz
- Charles Wright

#### **Bureau de l'équité provinciale**

- Corey Bernard
- Rudayna Bahubeshi
- Anvita Desai

#### **Stratégie, planification et analyses**

- Erik Hellsten

# Annexe 1 : Tableaux de données

## Fardeau de la maladie

Tableau 1 : Taux d'incidence normalisés selon l'âge des cas de cancer du sein chez la femme, du col de l'utérus, du poumon et colorectal en Ontario, de 2000 à 2020

Année du diagnostic	Cancer du sein chez la femme	Cancer colorectal	Cancer du col de l'utérus	Cancer du poumon
2000	133,4	69,7	9,4	73,4
2001	133,6	69,1	9,0	72,9
2002	137,3	66,8	8,9	69,9
2003	128,5	64,9	9,0	68,1
2004	129,8	65,9	8,6	68,7
2005	129,6	65,3	8,2	70,9
2006	128,5	64,6	8,3	68,9
2007	130,1	64,3	8,8	67,5
2008	125,4	64,9	8,3	66,1
2009	127,7	61,8	9,0	65,8
2010	130,9	61,1	9,2	69,6
2011	130,3	60,7	8,8	68,6
2012	127,5	57,9	8,2	70,4
2013	127,1	56,5	7,5	67,0
2014	130,8	55,3	7,2	66,0
2015	128,3	55,2	8,1	64,4
2016	129,6	52,6	8,2	62,9
2017	128,3	51,6	8,2	64,2
2018	131,0	49,7	8,4	62,0
2019	130,2	51,2	7,7	60,4
2020	130,4	50,6	7,6	59,3

Tableau 2 : Taux de mortalité normalisés selon l'âge due au cancer du sein chez la femme, du col de l'utérus, du poumon et colorectal en Ontario, de 2000 à 2020

Année du diagnostic	Cancer du sein chez la femme	Cancer colorectal	Cancer du col de l'utérus	Cancer du poumon
2000	35,7	31,1	2,8	57,7
2001	34,1	29,6	3,0	58,9
2002	33,4	30,4	2,3	57,6
2003	32,8	28,8	2,5	55,7
2004	32,3	28,5	2,7	55,0
2005	32,0	28,8	2,5	55,0
2006	29,2	26,4	2,7	55,9
2007	29,9	26,4	2,5	53,0
2008	28,2	26,0	2,2	52,7
2009	27,3	25,1	2,0	52,1
2010	26,9	23,6	2,4	52,7
2011	26,7	24,1	2,2	50,2
2012	25,7	22,7	2,6	50,0
2013	24,5	21,5	2,0	48,3
2014	25,1	21,9	2,2	47,6
2015	24,5	21,0	2,2	46,4
2016	25,2	20,6	2,3	44,8
2017	24,9	19,7	2,0	43,8
2018	23,6	19,3	1,9	43,1
2019	23,8	19,2	2,0	41,4
2020	23,5	18,8	1,9	40,2

## Programme ontarien de dépistage du cancer du sein

Tableau 3 : Nombre de mammographies réalisées dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) et du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les personnes présentant un risque élevé, par mois, de 2019 à 2022

Année	Janv.	Févr.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
2019	53 896	47 159	61 481	61 655	64 616	58 166	61 220	57 463	58 720	67 796	64 359	49 834
2020	61 332	55 171	31 651	149	609	5 004	28 906	37 393	45 562	47 414	48 193	39 121
2021	39 058	43 106	63 003	49 289	48 133	63 790	59 013	66 526	70 292	70 689	77 085	61 418
2022	52 743	57 144	71 008	59 111	58 658	59 551	51 763	58 509	59 383	60 023	62 955	48 386

Tableau 4 : Nombre de mammographies de dépistage révélant des résultats anormaux avec une évaluation de la santé mammaire réalisées en Ontario, par mois, de 2019 à 2022

Année	Janv.	Févr.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
2019	4 832	4 310	5 162	5 198	5 228	4 788	5 111	5 041	5 186	5 955	5 639	4 439
2020	5 394	5 078	2 650	15	59	511	2 667	3 461	4 147	4 393	4 536	3 864
2021	4 163	4 560	6 113	4 807	4 811	5 706	4 993	5 663	5 850	5 909	6 425	5 235
2022	4 649	5 191	6 351	5 511	5 453	5 754	4 928	5 457	5 530	5 807	6 054	-

Tableau 5 : Nombre d'exams d'imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisés dans le cadre du PODCS pour les personnes présentant un risque élevé en Ontario, par mois, de 2019 à 2022

Année	Janv.	Févr.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
2019	940	855	1 046	1 012	990	897	1 045	979	978	1 166	1 039	895
2020	1 010	1 055	597	6	73	375	1 189	1 204	1 342	1 305	1 338	1 230
2021	1 314	1 142	1 332	822	727	903	1 065	1 157	1 297	1 273	1 358	1 160
2022	1 062	1 194	1 400	1 035	1 061	1 105	1 112	1 177	1 158	1 316	1 450	1 203

Tableau 6 : Pourcentage de femmes en Ontario\* âgées de 21 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont effectué au moins une mammographie au cours d'une période de 30 mois, de 2012-2013 à 2020-2021

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)	Objectif (%)
2012 à 2013	1068574	1883705	56,8	70
2014 à 2015	1188208	2010434	59,1	70
2016 à 2017	1277441	2117238	60,2	70
2018 à 2019	1302470	2203494	58,9	70
2020 à 2021	1249532	2276219	54,7	70

\* La population admissible au dépistage pour cet indicateur est calculée à l'aide des données du Régime d'assurance-santé de l'Ontario qui définit le sexe comme « femme » ou « homme » seulement. Cette définition binaire représente une limite des données, car elle définit le sexe d'une façon non inclusive de toutes les diversités de genres (p. ex., personnes trans, non binaires et bispirituelles) et pourrait entraîner l'exclusion de certaines personnes qui sont admissibles au dépistage du cancer du sein, ainsi que l'inclusion de certaines personnes qui ne le sont pas.

Tableau 7 : Pourcentage de femmes en Ontario\* âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont effectué au moins une mammographie au cours d'une période de 30 mois, par niveau de difficulté matérielle, de 2012-2013 à 2020-2021

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2012 à 2013	Tout l'Ontario	1068574	1883705	56,8
2012 à 2013	Q1 : Quartier le moins défavorisé	248609	407327	61,0
2012 à 2013	Q2	236151	396242	59,6
2012 à 2013	Q3	202101	354725	57,0
2012 à 2013	Q4	199726	364294	54,9
2012 à 2013	Q5 : Quartier le plus défavorisé	176527	349619	50,6
2014 à 2015	Tout l'Ontario	1188208	2010434	59,1
2014 à 2015	Q1 : Quartier le moins défavorisé	278970	440243	63,3
2014 à 2015	Q2	264748	426338	62,1
2014 à 2015	Q3	224280	378626	59,2
2014 à 2015	Q4	219551	384575	57,0
2014 à 2015	Q5 : Quartier le plus défavorisé	194614	368276	52,8
2016 à 2017	Tout l'Ontario	1277441	2117238	60,2
2016 à 2017	Q1 : Quartier le moins défavorisé	301684	469377	64,2
2016 à 2017	Q2	285354	452316	63,0

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2016 à 2017	Q3	241982	398075	60,7
2016 à 2017	Q4	233782	400366	58,2
2016 à 2017	Q5 : Quartier le plus défavorisé	207734	384028	54,0
2018 à 2019	Tout l'Ontario	1302470	2203494	58,9
2018 à 2019	Q1 : Quartier le moins défavorisé	310345	494184	62,6
2018 à 2019	Q2	292466	473421	61,6
2018 à 2019	Q3	247468	413357	59,6
2018 à 2019	Q4	235964	412339	56,9
2018 à 2019	Q5 : Quartier le plus défavorisé	209075	396633	52,4
2020 à 2021	Tout l'Ontario	1249532	2276219	54,7
2020 à 2021	Q1 : Quartier le moins défavorisé	305593	518068	58,9
2020 à 2021	Q2	285286	492841	57,7
2020 à 2021	Q3	236825	425798	55,4
2020 à 2021	Q4	222375	420934	52,5
2020 à 2021	Q5 : Quartier le plus défavorisé	192777	404702	47,3

\* La population admissible au dépistage pour cet indicateur est calculée à l'aide des données du Régime d'assurance-santé de l'Ontario qui définit le sexe comme « femme » ou « homme » seulement. Cette définition binaire représente une limite des données, car elle définit le sexe d'une façon non inclusive de toutes les diversités de genres (p. ex., personnes trans, non binaires et bispirituelles) et pourrait entraîner l'exclusion de certaines personnes qui sont admissibles au dépistage du cancer du sein, ainsi que l'inclusion de certaines personnes qui ne le sont pas.

Tableau 8 : Pourcentage de femmes en Ontario\* âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont effectué au moins une mammographie au cours d'une période de 30 mois, par concentration ethnique, de 2012-2013 à 2020-2021

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2012 à 2013	Tout l'Ontario	1068574	1883705	56,8
2012 à 2013	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	234471	399483	58,5
2012 à 2013	Q2	211822	361299	58,6
2012 à 2013	Q3	198252	340661	58,2
2012 à 2013	Q4	197892	350794	56,5
2012 à 2013	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	220677	419970	52,7
2014 à 2015	Tout l'Ontario	1188208	2010434	59,1
2014 à 2015	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	251794	417124	60,1
2014 à 2015	Q2	229480	379879	60,3
2014 à 2015	Q3	218440	361304	60,4
2014 à 2015	Q4	223918	378542	59,2
2014 à 2015	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	258531	461209	56,1
2016 à 2017	Tout l'Ontario	1277441	2117238	60,2
2016 à 2017	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	263156	426321	61,3
2016 à 2017	Q2	242992	392547	61,6
2016 à 2017	Q3	233503	378285	61,6
2016 à 2017	Q4	243781	404492	60,3
2016 à 2017	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	287104	502517	57,2
2018 à 2019	Tout l'Ontario	1302470	2203494	58,9

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2018 à 2019	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	260759	427937	60,2
2018 à 2019	Q2	244240	399053	60,7
2018 à 2019	Q3	236580	390725	60,3
2018 à 2019	Q4	251922	428097	58,8
2018 à 2019	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	301817	544122	55,5
2020 à 2021	Tout l'Ontario	1249532	2276219	54,7
2020 à 2021	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	245411	426809	56,8
2020 à 2021	Q2	232792	403413	57,2
2020 à 2021	Q3	229331	401184	56,9
2020 à 2021	Q4	246221	449927	54,7
2020 à 2021	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	289101	581010	49,8

\* La population admissible au dépistage pour cet indicateur est calculée à l'aide des données du Régime d'assurance-santé de l'Ontario qui définit le sexe comme « femme » ou « homme » seulement. Cette définition binaire représente une limite des données, car elle définit le sexe d'une façon non inclusive de toutes les diversités de genres (p. ex., personnes trans, non binaires et bispirituelles) et pourrait entraîner l'exclusion de certaines personnes qui sont admissibles au dépistage du cancer du sein, ainsi que l'inclusion de certaines personnes qui ne le sont pas.

Tableau 9 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont subi une nouvelle mammographie dans les 30 mois suivant une précédente mammographie dans le cadre du programme, de 2015 à 2019

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)	Objectif (%)
2015	437533	562342	77,8	85,0
2016	451685	584432	77,3	85,0
2017	465875	610687	76,3	85,0
2018	304554	630786	48,3	85,0
2019	386533	653448	59,2	85,0

Tableau 10 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont obtenu des résultats anormaux à une mammographie dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein, de 2017 à 2021

#### Dépistages initiaux

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)	Objectif (%)
2017	19827	130750	15,2	10,0
2018	19642	123372	15,9	10,0
2019	19435	117162	16,6	10,0
2020	11453	64944	17,6	10,0
2021	18030	98619	18,3	10,0

#### Dépistages subséquents

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)	Objectif (%)
2017	37420	514460	7,3	5,0
2018	40000	543022	7,4	5,0
2019	40971	573232	7,1	5,0
2020	24990	321797	7,8	5,0
2021	45664	594885	7,7	5,0

Tableau 11 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie effectuée dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein qui ont reçu un diagnostic (tumeur bénigne ou cancer) dans les 6 mois suivant la date de réception de ces résultats, de 2017 à 2021

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017	56139	57274	98,0
2018	58242	59666	97,6
2019	58760	60426	97,2
2020	35328	36458	96,9
2021	61295	63717	96,2

Tableau 12 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie effectuée dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein qui n'ont pas eu besoin de biopsie et qui ont reçu un diagnostic (tumeur bénigne ou cancer) dans les 5 semaines suivant la date de réception de ces résultats, de 2017 à 2021

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)	Objectif (%)
2017	44639	48109	92,8	90,0
2018	45495	49818	91,3	90,0
2019	45107	50075	90,1	90,0
2020	27683	30213	91,6	90,0
2021	46440	52574	88,3	90,0

Tableau 13 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie effectuée dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein qui ont eu besoin d'une biopsie et qui ont reçu un diagnostic (tumeur bénigne ou cancer) dans les 7 semaines suivant la date de réception de ces résultats, de 2017 à 2021

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)	Objectif (%)
2017	6637	8525	77,9	90,0
2018	7081	9181	77,1	90,0
2019	7244	9600	75,5	90,0
2020	4499	5757	78,1	90,0
2021	7687	10304	74,6	90,0

Tableau 14 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie effectuée dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein qui ont eu besoin d'une biopsie et qui ont reçu un diagnostic (tumeur bénigne ou cancer) dans les 7 semaines suivant la date de réception de ces résultats, par niveau de difficulté matérielle, de 2017 à 2021

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017	Tout l'Ontario	6637	8525	77,9
2017	Q1 : Quartier le moins défavorisé	1545	1997	77,4
2017	Q2	1439	1839	78,2
2017	Q3	1244	1599	77,8
2017	Q4	1207	1545	78,1
2017	Q5 : Quartier le plus défavorisé	1171	1500	78,1
2018	Tout l'Ontario	7081	9181	77,1
2018	Q1 : Quartier le moins défavorisé	1544	2047	75,4
2018	Q2	1599	2018	79,2
2018	Q3	1330	1739	76,5
2018	Q4	1395	1770	78,8
2018	Q5 : Quartier le plus défavorisé	1177	1554	75,7
2019	Tout l'Ontario	7244	9600	75,5
2019	Q1 : Quartier le moins défavorisé	1642	2231	73,6
2019	Q2	1672	2163	77,3
2019	Q3	1415	1866	75,8
2019	Q4	1331	1743	76,4
2019	Q5 : Quartier le plus défavorisé	1148	1543	74,4
2020	Tout l'Ontario	4499	5757	78,1
2020	Q1 : Quartier le moins défavorisé	1075	1379	78,0
2020	Q2	1036	1322	78,4
2020	Q3	856	1079	79,3
2020	Q4	779	1004	77,6

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2020	Q5 : Quartier le plus défavorisé	733	934	78,5
2021	Tout l'Ontario	7687	10304	74,6
2021	Q1 : Quartier le moins défavorisé	1841	2491	73,9
2021	Q2	1777	2307	77,0
2021	Q3	1460	1963	74,4
2021	Q4	1403	1863	75,3
2021	Q5 : Quartier le plus défavorisé	1161	1624	71,5

Tableau 15 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie effectuée dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein qui ont eu besoin d'une biopsie et qui ont reçu un diagnostic (tumeur bénigne ou cancer) dans les 7 semaines suivant la date de réception de ces résultats, par concentration ethnique, de 2017 à 2021

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017	Tout l'Ontario	6637	8525	77,9
2017	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	1351	1726	78,3
2017	Q2	1292	1635	79,0
2017	Q3	1270	1623	78,3
2017	Q4	1301	1708	76,2
2017	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	1392	1788	77,9
2018	Tout l'Ontario	7081	9181	77,1
2018	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	1481	1840	80,5
2018	Q2	1287	1634	78,8
2018	Q3	1360	1747	77,8
2018	Q4	1375	1846	74,5

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2018	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	1542	2061	74,8
2019	Tout l'Ontario	7244	9600	75,5
2019	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	1521	1919	79,3
2019	Q2	1397	1829	76,4
2019	Q3	1376	1809	76,1
2019	Q4	1398	1887	74,1
2019	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	1516	2102	72,1
2020	Tout l'Ontario	4499	5757	78,1
2020	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	887	1115	79,6
2020	Q2	871	1113	78,3
2020	Q3	838	1050	79,8
2020	Q4	941	1197	78,6
2020	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	942	1243	75,8
2021	Tout l'Ontario	7687	10304	74,6
2021	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	1513	1972	76,7
2021	Q2	1493	1933	77,2
2021	Q3	1447	1970	73,5
2021	Q4	1490	2043	72,9
2021	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	1699	2330	72,9

Tableau 16 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer du sein invasif) après un bilan de diagnostic, de 2016 à 2020

Dépistages initiaux

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)	Objectif (%)
2016	809	18597	4,4	5,0
2017	864	19504	4,4	5,0
2018	838	19324	4,3	5,0
2019	845	19096	4,4	5,0
2020	485	11229	4,3	5,0

Dépistages subséquents

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)	Objectif (%)
2016	2640	34390	7,7	6,0
2017	2811	37130	7,6	6,0
2018	3025	39675	7,6	6,0
2019	3322	40579	8,2	6,0
2020	1981	24741	8,0	6,0

Tableau 17 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont reçu un diagnostic correct de cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer du sein invasif) après avoir obtenu des résultats anormaux à la mammographie et un bilan de diagnostic, de 2016 à 2020

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2016	3363	3897	86,3
2017	3630	4248	85,5
2018	3825	4428	86,4
2019	4104	4761	86,2
2020	2434	2839	85,7

Tableau 18 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage n'ayant pas reçu de diagnostic de cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer du sein invasif) qui ont été correctement identifiées comme ayant obtenu des résultats normaux à la mammographie dans le cadre du PODCS, de 2016 à 2020

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2016	562854	612293	91,9
2017	587581	640385	91,8
2018	606392	661358	91,7
2019	629587	684944	91,9
2020	350067	383451	91,3

Tableau 19 : Nombre de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteintes d'un carcinome canalaire in situ détecté au dépistage pour 1 000 personnes dépistées, de 2016 à 2020

Année	Numérateur	Dénominateur	Taux (pour 1 000 personnes dépistées)
2016	542	616160	0,88
2017	574	644597	0,89
2018	571	665751	0,86
2019	594	689663	0,86
2020	363	386268	0,94

Tableau 20 : Nombre de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteintes d'un cancer du sein invasif détecté au dépistage pour 1 000 personnes dépistées, de 2016 à 2020

#### Dépistages initiaux

Année	Numérateur	Dénominateur	Taux (pour 1 000 personnes dépistées)	Objectif (pour 1 000 personnes dépistées)
2016	653	125026	5,2	5,0
2017	727	130427	5,6	5,0
2018	696	123054	5,7	5,0
2019	723	116823	6,2	5,0
2020	411	64720	6,4	5,0

## Dépistages subséquents

Année	Numérateur	Dénominateur	Taux (pour 1 000 personnes dépistées)	Objectif (pour 1 000 personnes dépistées)
2016	2175	491134	4,4	3,0
2017	2339	514170	4,5	3,0
2018	2569	542697	4,7	3,0
2019	2802	572840	4,9	3,0
2020	1667	321548	5,2	3,0

Tableau 21 : Répartition par stade de tous les cancers du sein invasifs diagnostiqués en Ontario, chez des personnes âgées de 50 à 74 ans, de 2018 à 2019

Année	Stade au moment du diagnostic	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2018	Stade 1	4708	6252	75,3
2018	Stade 2	869	6252	13,9
2018	Stade 3	389	6252	6,2
2018	Stade 4	286	6252	4,6
2019	Stade 1	4811	6422	74,9
2019	Stade 2	938	6422	14,6
2019	Stade 3	402	6422	6,3
2019	Stade 4	271	6422	4,2

Remarque : Les données avant 2018 ne sont pas présentées, car le système de classification des stades du cancer a été modifié en 2018.

Tableau 22 : Répartition par stade des cancers du sein invasifs détectés au dépistage diagnostiqués en Ontario, chez des personnes âgées de 50 à 74 ans, de 2018 à 2019

Année	Stade au moment du diagnostic	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2018	Stade 1	2667	3080	86,6
2018	Stade 2	300	3080	9,7
2018	Stade 3	80	3080	2,6
2018	Stade 4	33	3080	1,1
2019	Stade 1	2878	3306	87,1
2019	Stade 2	320	3306	9,7
2019	Stade 3	80	3306	2,4
2019	Stade 4	28	3306	0,8

Remarque : Les données avant 2018 ne sont pas présentées, car le système de classification des stades du cancer a été modifié en 2018.

## PODCS pour les personnes présentant un risque élevé

Tableau 23 : Pourcentage de personnes en Ontario, âgées de 30 à 69 ans, dépistées par imagerie à résonance magnétique ou échographie dans les 90 jours suivant la confirmation de leur admissibilité au Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les personnes présentant un risque élevé, de 2017 à 2021

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)	Objectif (%)
2017	991	1947	50,9	90,0
2018	1164	1994	58,4	90,0
2019	1297	2010	64,5	90,0
2020	733	1587	46,2	90,0
2021	1192	1862	64,0	90,0

Tableau 24 : Pourcentage de personnes en Ontario, âgées de 30 à 68 ans, qui ont bénéficié d'un dépistage subséquent dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les personnes présentant un risque élevé (imagerie à résonance magnétique ou échographie) dans les 15 mois suivant le précédent dépistage dans le cadre du programme, de 2016 à 2020

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2016	5726	7640	74,9
2017	7133	9263	77,0
2018	8176	10555	77,5
2019	6367	11943	53,3
2020	8616	11211	76,9

Tableau 25 : Pourcentage de personnes en Ontario, âgées de 30 à 68 ans, qui ont bénéficié d'un dépistage subséquent dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les personnes présentant un risque élevé (imagerie à résonance magnétique ou échographie) dans les 15 mois suivant le précédent dépistage dans le cadre du programme, par niveau de difficulté matérielle, de 2016 à 2020

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2016	Tout l'Ontario	5726	7640	74,9
2016	Q1 : Quartier le moins défavorisé	1951	2612	74,7
2016	Q2	1409	1861	75,7
2016	Q3	1002	1333	75,2
2016	Q4	772	1043	74,0
2016	Q5 : Quartier le plus défavorisé	576	768	75,0

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017	Tout l'Ontario	7133	9263	77,0
2017	Q1 : Quartier le moins défavorisé	2439	3206	76,1
2017	Q2	1783	2282	78,1
2017	Q3	1242	1596	77,8
2017	Q4	960	1241	77,4
2017	Q5 : Quartier le plus défavorisé	688	910	75,6
2018	Tout l'Ontario	8176	10555	77,5
2018	Q1 : Quartier le moins défavorisé	2808	3612	77,7
2018	Q2	2069	2607	79,4
2018	Q3	1388	1796	77,3
2018	Q4	1076	1451	74,2
2018	Q5 : Quartier le plus défavorisé	813	1058	76,8
2019	Tout l'Ontario	6367	11943	53,3
2019	Q1 : Quartier le moins défavorisé	2281	4095	55,7
2019	Q2	1625	3004	54,1
2019	Q3	1031	2032	50,7
2019	Q4	820	1592	51,5
2019	Q5 : Quartier le plus défavorisé	596	1189	50,1
2020	Tout l'Ontario	8616	11211	76,9
2020	Q1 : Quartier le moins défavorisé	2985	3873	77,1
2020	Q2	2205	2834	77,8
2020	Q3	1463	1909	76,6
2020	Q4	1136	1480	76,8
2020	Q5 : Quartier le plus défavorisé	805	1084	74,3

Tableau 26 : Pourcentage de personnes en Ontario, âgées de 30 à 68 ans, qui ont bénéficié d'un dépistage subséquent dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les personnes présentant un risque élevé (imagerie à résonance magnétique ou échographie) dans les 15 mois suivant le précédent dépistage dans le cadre du programme, par concentration ethnique, de 2016 à 2020

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2016	Tout l'Ontario	5726	7640	74,9
2016	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	747	1036	72,1
2016	Q2	983	1337	73,5
2016	Q3	1229	1665	73,8
2016	Q4	1542	2035	75,8
2016	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	1209	1544	78,3
2017	Tout l'Ontario	7133	9263	77,0
2017	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	873	1167	74,8
2017	Q2	1188	1601	74,2
2017	Q3	1570	2031	77,3
2017	Q4	1936	2493	77,7
2017	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	1545	1943	79,5
2018	Tout l'Ontario	8176	10555	77,5
2018	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	1014	1341	75,6
2018	Q2	1390	1792	77,6
2018	Q3	1773	2292	77,4
2018	Q4	2192	2828	77,5
2018	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	1785	2271	78,6

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2019	Tout l'Ontario	6367	11943	53,3
2019	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	780	1541	50,6
2019	Q2	1071	2075	51,6
2019	Q3	1368	2575	53,1
2019	Q4	1773	3245	54,6
2019	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	1361	2476	55,0
2020	Tout l'Ontario	8616	11211	76,9
2020	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	1131	1469	77,0
2020	Q2	1503	1959	76,7
2020	Q3	1887	2433	77,6
2020	Q4	2287	2987	76,6
2020	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	1786	2332	76,6

Tableau 27 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 30 à 69 ans dépistées dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les personnes présentant un risque élevé et ayant obtenu des résultats anormaux au dépistage, de 2017 à 2021

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017	1891	9593	19,7
2018	2027	10876	18,6
2019	2329	12339	18,9
2020	2220	11475	19,3
2021	2701	14084	19,2

Tableau 28 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 30 à 69 ans ayant obtenu des résultats anormaux au dépistage dans le cadre du PODCS pour les personnes présentant un risque élevé et qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer du sein invasif), de 2016 à 2020

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2016	104	1579	6,6
2017	131	1876	7,0
2018	107	2006	5,3
2019	116	2304	5,0
2020	137	2200	6,2

Remarque : Cet indicateur est présenté comme valeur combinée pour les dépistages initiaux et les dépistages subséquents.

Tableau 29 : Nombre de personnes en Ontario, âgées de 30 à 69 ans, atteintes d'un carcinome canalaire in situ pour 1 000 personnes dépistées dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les personnes présentant un risque élevé, de 2016 à 2020

Année	Numérateur	Dénominateur	Taux (pour 1 000 personnes dépistées)
2016	29	7948	3,6
2017	31	9578	3,2
2018	23	10856	2,1
2019	30	12315	2,4
2020	31	11456	2,7

Tableau 30 : Nombre de personnes en Ontario, âgées de 30 à 69 ans, atteintes d'un cancer du sein invasif pour 1 000 personnes dépistées dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les personnes présentant un risque élevé, de 2016 à 2020

Année	Numérateur	Dénominateur	Taux (pour 1 000 personnes dépistées)
2016	70	7948	8,8
2017	95	9578	9,9
2018	DS	DS	7,6
2019	DS	DS	6,7
2020	97	11456	8,5

DS : données supprimées pour éviter la divulgation des chiffres des cases qui ont une faible valeur pour la répartition par stade.

Tableau 31 : Répartition du stade des cancers du sein invasifs détectés lors du dépistage chez les personnes âgées de 30 à 69 ans dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les personnes présentant un risque élevé, par stade au moment du diagnostic, de 2018 à 2019

Année	Stade au moment du diagnostic	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2018	Stade 1	VF	VF	95,1
2018	Stade 2	VF	VF	1,2
2018	Stade 3	VF	VF	2,5
2018	Stade 4	VF	VF	1,2
2019	Stade 1	VF	VF	89,6
2019	Stade 2	VF	VF	6,5
2019	Stade 3	VF	VF	2,6
2019	Stade 4	VF	VF	1,3

Remarque : Les données avant 2018 ne sont pas présentées, car le système de classification des stades du cancer a été modifié en 2018.

VF : Volume faible, données supprimées

## Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus

Tableau 32 : Nombre de tests cytologiques effectués en Ontario chez des personnes âgées de 21 à 69 ans, par mois, de 2019 à 2022

Année	Janv.	Févr.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
2019	75 635	68 915	86 964	85 598	84 308	78 001	81 808	71 363	73 082	82 818	77 596	64 195
2020	72 328	70 242	45 943	6 622	12 045	25 317	41 886	48 601	60 181	65 046	63 623	51 213
2021	44 876	52 013	77 403	59 195	58 557	70 344	68 103	69 529	81 207	100 133	98 027	85 322
2022	74 291	84 652	109 388	100 143	97 771	113 204	79 440	88 797	83 465	87 535	92 254	72 478

Remarque : Ces données concernent les tests cytologiques de dépistage du cancer du col de l'utérus réalisés dans les laboratoires communautaires seulement. Certains tests cytologiques peuvent ne pas être des tests de dépistage du Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus et sont réalisés pendant une colposcopie. Les données de 2022 peuvent être incomplètes en raison des retards dans la réalisation et la déclaration des tests.

Tableau 33 : Nombre de colposcopies effectuées en Ontario chez des personnes âgées de 21 à 69 ans, par mois, de 2019 à 2022

Année	Janv.	Févr.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
2019	9 019	7 489	8 509	9 271	9 420	8 506	8 256	7 374	8 492	9 945	8 933	7 803
2020	9 411	8 250	5 625	2 330	3 525	5 981	6 788	7 061	8 561	8 469	8 421	6 952
2021	7 973	7 301	8 546	7 000	6 652	7 847	6 627	6 723	7 834	7 445	8 148	6 214
2022	6 332	7 093	8 312	7 166	7 967	7 724	6 127	6 835	7 545	7 972	8 360	6 560

Tableau 34 : Nombre de cancers du col de l'utérus et de lésions précancéreuses (combinés) diagnostiqués en Ontario chez des personnes âgées de 21 à 69 ans, par mois, de 2019 à 2022

Année	Janv.	Févr.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
2019	540	465	469	494	387	364	367	382	406	467	413	356
2020	423	385	276	167	173	229	270	273	347	335	422	334
2021	366	296	394	312	341	406	301	339	334	333	383	292
2022	331	406	411	364	352	348	258	310	308	298	323	-

Tableau 35 : Pourcentage de femmes en Ontario\* âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage qui ont effectué au moins un test cytologique de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours d'une période de 42 mois, par groupe d'âge, de 2007-2009 à 2019-2021

Année	Groupe d'âge	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)	Objectif (%)
2007 à 2009	21 à 24 ans	222260	336274	66,1	80,0
2007 à 2009	25 à 69 ans	2512448	3735151	67,3	80,0
2007 à 2009	21 à 69 ans	2734708	4071425	66,6	80,0
2010 à 2012	21 à 24 ans	220481	355025	62,1	80,0
2010 à 2012	25 à 69 ans	2553248	3828364	66,7	80,0
2010 à 2012	21 à 69 ans	2773729	4183389	66,0	80,0
2013 à 2015	21 à 24 ans	191454	371235	51,6	80,0
2013 à 2015	25 à 69 ans	2442857	3959396	61,7	80,0
2013 à 2015	21 à 69 ans	2634311	4330631	60,8	80,0
2016 à 2018	21 à 24 ans	190167	381598	49,8	80,0
2016 à 2018	25 à 69 ans	2533593	4140283	61,2	80,0
2016 à 2018	21 à 69 ans	2723760	4521881	60,4	80,0
2019 à 2021	21 à 24 ans	153283	387775	39,5	80,0
2019 à 2021	25 à 69 ans	2407420	4329911	55,6	80,0
2019 à 2021	21 à 69 ans	2560703	4717686	54,5	80,0

\* La population admissible au dépistage pour cet indicateur est calculée à l'aide des données du Régime d'assurance-santé de l'Ontario qui définit le sexe comme « femme » ou « homme » seulement. Cette définition binaire représente une limite des données, car elle définit le sexe d'une façon non inclusive de toutes les diversités de genres (p. ex., personnes trans, non binaires et bispirituelles) et pourrait entraîner l'exclusion de certaines personnes qui sont admissibles au dépistage du cancer du sein, ainsi que l'inclusion de certaines personnes qui ne le sont pas.

Tableau 36 : Pourcentage de femmes en Ontario\* âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage qui ont effectué au moins un test cytologique de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours d'une période de 42 mois, par niveau de difficulté matérielle, de 2007-2009 à 2019-2021

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2007 à 2009	Tout l'Ontario	2734708	4071425	66,6
2007 à 2009	Q1 : Quartier le moins défavorisé	618143	844705	72,5
2007 à 2009	Q2	599815	844642	70,4
2007 à 2009	Q3	512003	758570	67,0
2007 à 2009	Q4	502767	787472	63,5
2007 à 2009	Q5 : Quartier le plus défavorisé	487486	811919	59,4
2010 à 2012	Tout l'Ontario	2773729	4183389	66,0
2010 à 2012	Q1 : Quartier le moins défavorisé	625318	873914	71,2
2010 à 2012	Q2	600687	862147	69,3
2010 à 2012	Q3	516780	776164	66,3
2010 à 2012	Q4	511160	805202	63,3
2010 à 2012	Q5 : Quartier le plus défavorisé	504306	840892	59,4
2013 à 2015	Tout l'Ontario	2634311	4330631	60,8
2013 à 2015	Q1 : Quartier le moins défavorisé	615559	941298	65,3
2013 à 2015	Q2	573509	900313	63,6
2013 à 2015	Q3	488011	800055	61,0
2013 à 2015	Q4	476070	815452	58,5
2013 à 2015	Q5 : Quartier le plus défavorisé	466111	846857	55,0
2016 à 2018	Tout l'Ontario	2723760	4521881	60,4
2016 à 2018	Q1 : Quartier le moins défavorisé	668222	1032642	64,8
2016 à 2018	Q2	600865	949165	63,4
2016 à 2018	Q3	500377	828976	60,5
2016 à 2018	Q4	478331	829125	57,9

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2016 à 2018	Q5 : Quartier le plus défavorisé	460611	853749	54,1
2019 à 2021	Tout l'Ontario	2560703	4717686	54,5
2019 à 2021	Q1 : Quartier le moins défavorisé	654962	1110043	59,1
2019 à 2021	Q2	570674	994498	57,5
2019 à 2021	Q3	467701	861371	54,5
2019 à 2021	Q4	438956	853236	51,7
2019 à 2021	Q5 : Quartier le plus défavorisé	413832	869089	47,8

\* La population admissible au dépistage pour cet indicateur est calculée à l'aide des données du Régime d'assurance-santé de l'Ontario pharmacologiques et définit le sexe comme « femme » ou « homme » seulement. Cette définition binaire représente une limite des données, car elle définit le sexe d'une façon non inclusive de toutes les diversités de genres (p. ex., personnes trans, non binaires et bispituelles) et pourrait entraîner l'exclusion de certaines personnes qui sont admissibles au dépistage du cancer du sein, ainsi que l'inclusion de certaines personnes qui ne le sont pas.

Tableau 37 : Pourcentage de femmes en Ontario\* âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage qui ont effectué au moins un test cytologique de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours d'une période de 42 mois, par concentration ethnique, de 2007-2009 à 2019-2021

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2007 à 2009	Tout l'Ontario	2734708	4071425	66,6
2007 à 2009	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	419351	629463	67,6
2007 à 2009	Q2	466062	674072	69,3
2007 à 2009	Q3	511683	731338	69,6
2007 à 2009	Q4	593779	861415	68,0
2007 à 2009	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	729339	1151020	62,1
2010 à 2012	Tout l'Ontario	2773729	4183389	66,0
2010 à 2012	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	409598	613407	67,6
2010 à 2012	Q2	456953	665918	68,8
2010 à 2012	Q3	507404	734861	68,8
2010 à 2012	Q4	602813	890762	67,1
2010 à 2012	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	781483	1253371	61,4
2013 à 2015	Tout l'Ontario	2634311	4330631	60,8
2013 à 2015	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	382757	616482	62,7
2013 à 2015	Q2	423703	669306	63,6
2013 à 2015	Q3	473142	747586	63,3
2013 à 2015	Q4	573616	928692	61,6
2013 à 2015	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	766042	1341909	56,8
2016 à 2018	Tout l'Ontario	2723760	4521881	60,4

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2016 à 2018	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	396432	627898	63,6
2016 à 2018	Q2	434581	682669	63,9
2016 à 2018	Q3	487374	773107	63,2
2016 à 2018	Q4	598804	980456	61,1
2016 à 2018	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	791215	1429527	55,4
2019 à 2021	Tout l'Ontario	2560703	4717686	54,5
2019 à 2021	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	374014	639606	58,8
2019 à 2021	Q2	409133	698350	58,8
2019 à 2021	Q3	460375	799437	57,7
2019 à 2021	Q4	570050	1034829	55,2
2019 à 2021	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	732553	1516015	48,6

\* La population admissible au dépistage pour cet indicateur est calculée à l'aide des données du Régime d'assurance-santé de l'Ontario pharmacologiques et définit le sexe comme « femme » ou « homme » seulement. Cette définition binaire représente une limite des données, car elle définit le sexe d'une façon non inclusive de toutes les diversités de genres (p. ex., personnes trans, non binaires et bispirituelles) et pourrait entraîner l'exclusion de certaines personnes qui sont admissibles au dépistage du cancer du sein, ainsi que l'inclusion de certaines personnes qui ne le sont pas.

Tableau 38 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage qui ont effectué un nouveau test cytologique dans les 42 mois suivant l'obtention de résultats anormaux aux tests cytologiques, de 2014 à 2018

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2014	445510	739164	60,3
2015	556142	893922	62,2
2016	443754	761230	58,3
2017	271537	723336	37,5
2018	380679	821768	46,3

Tableau 39 : Répartition des résultats anormaux aux tests cytologiques de dépistage du cancer du col de l'utérus, de 2017 à 2021

Année	Résultat au test cytologique	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017	Résultats anormaux (bas grade)	40088	46752	85,7
2017	Résultats anormaux (haut grade)	6664	46752	14,3
2018	Résultats anormaux (bas grade)	41159	48071	85,6
2018	Résultats anormaux (haut grade)	6912	48071	14,4
2019	Résultats anormaux (bas grade)	39549	46087	85,8
2019	Résultats anormaux (haut grade)	6538	46087	14,2
2020	Résultats anormaux (bas grade)	27804	32345	86,0
2020	Résultats anormaux (haut grade)	4541	32345	14,0
2021	Résultats anormaux (bas grade)	33941	40054	84,7
2021	Résultats anormaux (haut grade)	6113	40054	15,3

Tableau 40 : Pourcentage de personnes en Ontario, âgées de 21 à 69 ans, admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux aux tests cytologiques révélant des lésions de haut grade qui n'ont pas bénéficié de colposcopie ou de traitement définitif dans les 6 mois suivant l'obtention des résultats anormaux, de 2017-2021

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)	Objectif (%)
2017	844	6276	13,4	10,0
2018	871	6630	13,1	10,0
2019	916	6236	14,7	10,0
2020	578	4164	13,9	10,0
2021	714	5322	13,4	10,0

Tableau 41 : Pourcentage de personnes en Ontario, âgées de 21 à 69 ans, admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux aux tests cytologiques révélant des lésions de haut grade qui n'ont pas bénéficié de coloscopie ou de traitement définitif dans les 6 mois suivant l'obtention des résultats anormaux, par niveau de difficulté matérielle, de 2017-2021

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017	Tout l'Ontario	844	6276	13,4
2017	Q1 : Quartier le moins défavorisé	139	1313	10,6
2017	Q2	147	1259	11,7
2017	Q3	142	1061	13,4
2017	Q4	178	1199	14,8
2017	Q5 : Quartier le plus défavorisé	219	1386	15,8
2018	Tout l'Ontario	871	6630	13,1
2018	Q1 : Quartier le moins défavorisé	156	1436	10,9
2018	Q2	169	1345	12,6
2018	Q3	145	1187	12,2
2018	Q4	167	1227	13,6
2018	Q5 : Quartier le plus défavorisé	216	1375	15,7
2019	Tout l'Ontario	916	6236	14,7
2019	Q1 : Quartier le moins défavorisé	138	1384	10,0
2019	Q2	226	1280	17,7
2019	Q3	160	1095	14,6
2019	Q4	181	1162	15,6
2019	Q5 : Quartier le plus défavorisé	198	1261	15,7
2020	Tout l'Ontario	578	4164	13,9
2020	Q1 : Quartier le moins défavorisé	112	902	12,4
2020	Q2	87	844	10,3
2020	Q3	98	730	13,4
2020	Q4	119	822	14,5

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2020	Q5 : Quartier le plus défavorisé	153	840	18,2
2021	Tout l'Ontario	714	5322	13,4
2021	Q1 : Quartier le moins défavorisé	138	1218	11,3
2021	Q2	148	1109	13,3
2021	Q3	122	903	13,5
2021	Q4	131	976	13,4
2021	Q5 : Quartier le plus défavorisé	163	1072	15,2

Tableau 42 : Pourcentage de personnes en Ontario, âgées de 21 à 69 ans, admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats aux tests cytologiques révélant des lésions de haut grade qui n'ont pas bénéficié de colposcopie ou de traitement définitif dans les 6 mois suivant l'obtention des résultats anormaux, par concentration ethnique, de 2017-2021

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017	Tout l'Ontario	844	6276	13,4
2017	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	141	1003	14,1
2017	Q2	145	1108	13,1
2017	Q3	153	1197	12,8
2017	Q4	152	1362	11,2
2017	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	234	1548	15,1
2018	Tout l'Ontario	871	6630	13,1
2018	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	135	1068	12,6
2018	Q2	146	1166	12,5
2018	Q3	156	1252	12,5
2018	Q4	174	1499	11,6

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2018	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	242	1585	15,3
2019	Tout l'Ontario	916	6236	14,7
2019	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	152	972	15,6
2019	Q2	157	1111	14,1
2019	Q3	171	1240	13,8
2019	Q4	171	1385	12,3
2019	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	252	1474	17,1
2020	Tout l'Ontario	578	4164	13,9
2020	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	106	724	14,6
2020	Q2	108	766	14,1
2020	Q3	100	776	12,9
2020	Q4	116	925	12,5
2020	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	139	947	14,7
2021	Tout l'Ontario	714	5322	13,4
2021	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	124	904	13,7
2021	Q2	116	925	12,5
2021	Q3	129	1032	12,5
2021	Q4	166	1177	14,1
2021	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	167	1240	13,5

Tableau 43 : Délai d'attente (en jours) pour les personnes en Ontario, âgées de 21 à 69 ans, admissibles au dépistage, entre l'obtention des résultats aux tests cytologiques révélant des lésions de haut grade et la coloscopie, de 2017 à 2021

Année civile	Nombre de personnes	Médiane (jours)	90 <sup>e</sup> percentile (jours)
2017	5613	56	167
2018	6017	62	176
2019	5626	61	184
2020	4176	57	201
2021	4669	56	166

Tableau 44 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux aux tests cytologiques de dépistage du col de l'utérus, qui ont reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus invasif ou de lésion précancéreuse à la suite d'une coloscopie de suivi ou d'une intervention chirurgicale au niveau du col de l'utérus, de 2016 à 2020

#### Lésions précancéreuses (in situ)

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2016	2302	42514	5,4
2017	2401	42117	5,7
2018	2543	43326	5,9
2019	1881	41397	4,5
2020	1218	28109	4,3

#### Cancer invasif

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2016	117	42514	0,3
2017	130	42117	0,3
2018	DS	DS	0,3
2019	DS	DS	0,3
2020	113	28109	0,4

DS : données supprimées pour éviter la divulgation des chiffres des cases qui ont une faible valeur pour la répartition par stade.

Tableau 45 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage atteintes d'un cancer du col de l'utérus invasif, par antécédents de cancer du col de l'utérus dépisté à l'aide des tests cytologiques, de 2017 à 2019

Temps écoulé depuis le dernier test cytologique (années)	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
> 2 à 3 ans	404	2985	13,5
> 3 à 5 ans	848	2985	28,4
> 5 à 10 ans	674	2985	22,6
Aucun test cytologique effectué dans les 10 dernières années	1059	2985	35,5

Tableau 46 : Nombre de personnes en Ontario âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage présentant des lésions précancéreuses (in situ) ou atteintes d'un cancer du col de l'utérus invasif détecté(es) au dépistage, pour 1 000 personnes dépistées, de 2016 à 2020

#### Lésions précancéreuses (in situ)

Année	Numérateur	Dénominateur	Taux (pour 1 000 personnes dépistées)
2016	2302	820565	2,81
2017	2401	783301	3,07
2018	2543	889261	2,86
2019	1881	849778	2,21
2020	1218	508862	2,39

#### Cancer invasif

Année	Numérateur	Dénominateur	Taux (pour 1 000 personnes dépistées)
2016	117	820565	0,14
2017	130	783301	0,17
2018	138	889261	0,16
2019	119	849778	0,14
2020	113	508862	0,22

Tableau 47 : Répartition par stade de tous les cancers du col de l'utérus invasifs diagnostiqués en Ontario, chez les personnes âgées de 21 à 69 ans, de 2018 à 2019

Année	Stade au moment du diagnostic	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2018	Stade 1	306	531	63,5
2018	Stade 2	106	531	22,0
2018	Stade 3	39	531	8,1
2018	Stade 4	31	531	6,4
2019	Stade 1	335	506	66,2
2019	Stade 2	87	506	17,2
2019	Stade 3	30	506	5,9
2019	Stade 4	54	506	10,7

Remarque : Les données avant 2018 ne sont pas présentées, car le système de classification des stades du cancer a été grandement modifié en 2018.

Tableau 48 : Répartition par stade des cancers du col de l'utérus invasifs détectés au dépistage diagnostiqués en Ontario, chez les personnes de 21 à 69 ans, de 2018 à 2019

Année	Stade au moment du diagnostic	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2018	Stade 1	VF	VF	84,8
2018	Stade 2	VF	VF	12,3
2018	Stade 3	VF	VF	1,8
2018	Stade 4	VF	VF	1,2
2019	Stade 1	VF	VF	86,7
2019	Stade 2	VF	VF	8,2
2019	Stade 3	VF	VF	1,3
2019	Stade 4	VF	VF	3,8

VF : Volume faible, données supprimées

Remarque : Les données avant 2018 ne sont pas présentées, car le système de classification des stades du cancer a été grandement modifié en 2018.

Tableau 49 : Répartition par sous-catégorie du stade 1 pour tous les cancers du col de l'utérus invasifs diagnostiqués en Ontario, chez les personnes âgées de 21 à 69 ans, de 2018 à 2019

Année	Stade au moment du diagnostic	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2018	Stade 1 (pas de sous-catégorie)	14	306	4,4
2018	Stade 1A (pas de sous-catégorie)	12	306	3,8
2018	Stade 1A1	110	306	35,3
2018	Stade 1A2	18	306	5,7
2018	Stade 1B	152	306	50,8
2019	Stade 1 (pas de sous-catégorie)	10	335	3,1
2019	Stade 1A (pas de sous-catégorie)	11	335	3,1
2019	Stade 1A1	118	335	34,3
2019	Stade 1A2	25	335	7,2
2019	Stade 1B	171	335	52,4

Remarque : Les données avant 2018 ne sont pas présentées, car le système de classification des stades du cancer a été grandement modifié en 2018.

Tableau 50 : Répartition par sous-catégorie du stade 1 pour les cancers du col de l'utérus invasifs détectés au dépistage diagnostiqués en Ontario, chez les personnes âgées de 21 à 69 ans, de 2018 à 2019

Année	Stade au moment du diagnostic	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2018	Stade 1 (pas de sous-catégorie)	VF	VF	4,1
2018	Stade 1A (pas de sous-catégorie)	VF	VF	3,4
2018	Stade 1A1	VF	VF	44,1
2018	Stade 1A2	VF	VF	5,5
2018	Stade 1B	VF	VF	42,8
2019	Stade 1 (pas de sous-catégorie)	VF	VF	2,2
2019	Stade 1A (pas de sous-catégorie)	VF	VF	2,9
2019	Stade 1A1	VF	VF	43,8
2019	Stade 1A2	VF	VF	9,5
2019	Stade 1B	VF	VF	41,6

VF : Volume faible, données supprimées

Remarque : Les données avant 2018 ne sont pas présentées, car le système de classification des stades du cancer a été grandement modifié en 2018.

## ContrôleCancerColorectal

Tableau 51 : Nombre de tests fécaux réalisés en Ontario chez des personnes âgées de 49 à 85 ans, par mois, de 2019 à 2022

Année	Janv.	Févr.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
2019*	43 384	48 167	56 326	60 194	57 732	43 890	40 508	59 338	57 235	64 368	59 491	54 370
2020	61 631	60 314	53 341	12 872	5 391	3 756	7 034	16 550	25 198	38 780	39 979	43 258
2021	42 200	47 739	64 201	51 838	59 502	70 536	65 252	65 345	67 332	74 695	81 772	69 101
2022	67 427	73 033	86 536	61 450	55 894	52 015	47 078	56 311	50 029	53 179	59 644	48 491

\* En juin 2019, le programme ContrôleCancerColorectal est passé de la recherche de sang occulte dans les selles par test au gaïac (RSOSg) au test immunochimique fécal (TIF) pour les personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal.

Tableau 52 : Nombre de coloscopies ambulatoires réalisées pour les personnes de tous âges à l'hôpital et dans d'autres établissements en Ontario, de 2019 à 2022

Année	Janv.	Févr.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
2019*	40 274	35 830	37 882	40 648	44 231	39 450	39 616	34 701	39 236	43 003	40 940	31 397
2020	41 327	37 133	22 999	2 643	7 288	21 801	29 523	29 790	35 511	37 756	38 277	31 386
2021	33 687	33 402	41 679	31 161	28 114	38 691	35 337	35 494	39 653	40 431	44 208	33 806
2022	29 270	33 451	44 199	39 218	43 062	44 266	36 588	40 182	42 904	42 238	46 226	36 656

\* En juin 2019, le programme ContrôleCancerColorectal est passé de la recherche de sang occulte dans les selles par test au gaïac (RSOSg) au test immunochimique fécal (TIF) pour les personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal.

Tableau 53 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui étaient en retard pour le dépistage du cancer colorectal, de 2017 à 2021

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)	Objectif (%)
2017	1621622	4298136	38,1	40,0
2018	1660179	4384188	38,4	40,0
2019*	1699621	4469926	38,7	40,0
2020	1910785	4520086	43,2	40,0
2021	1898005	4604162	42,2	40,0

\* En juin 2019, le programme ContrôleCancerColorectal est passé de la recherche de sang occulte dans les selles par test au gaïac (RSOSg) au test immunochimique fécal (TIF) pour les personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal.

Tableau 54 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui étaient en retard pour le dépistage du cancer colorectal, par niveau de difficulté matérielle, de 2017 à 2021

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017	Tout l'Ontario	1621622	4298136	38,1
2017	Q1 : Quartier le moins défavorisé	313672	952946	33,3
2017	Q2	318278	901255	35,6
2017	Q3	317554	851291	37,8
2017	Q4	322551	808238	40,4
2017	Q5 : Quartier le plus défavorisé	336661	756650	44,8
2018	Tout l'Ontario	1660179	4384188	38,4
2018	Q1 : Quartier le moins défavorisé	323580	977384	33,6
2018	Q2	326858	922081	35,9
2018	Q3	324200	867061	38,0
2018	Q4	328857	820188	40,8
2018	Q5 : Quartier le plus défavorisé	343627	769351	45,2
2019	Tout l'Ontario	1699621	4469926	38,7
2019	Q1 : Quartier le moins défavorisé	333007	1001793	33,8
2019	Q2	334966	943052	36,1
2019	Q3	331277	882146	38,4
2019	Q4	334639	832028	41,1
2019	Q5 : Quartier le plus défavorisé	352357	782362	45,7
2020	Tout l'Ontario	1910785	4520086	43,2
2020	Q1 : Quartier le moins défavorisé	382926	1020564	38,2
2020	Q2	380993	958223	40,5
2020	Q3	373170	890598	42,9
2020	Q4	372709	836563	45,7
2020	Q5 : Quartier le plus défavorisé	386604	785505	50,1

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2021	Tout l'Ontario	1898005	4604162	42,2
2021	Q1 : Quartier le moins défavorisé	379978	1046889	37,1
2021	Q2	378383	979582	39,5
2021	Q3	369221	904806	42,0
2021	Q4	369930	847368	45,0
2021	Q5 : Quartier le plus défavorisé	386129	796560	49,5

Tableau 55 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui étaient en retard pour le dépistage du cancer colorectal, par concentration ethnique, de 2017 à 2021

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017	Tout l'Ontario	1621622	4298136	38,1
2017	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	304212	848867	37,1
2017	Q2	289634	802620	36,9
2017	Q3	280617	782407	36,3
2017	Q4	307071	822358	37,4
2017	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	427182	1014128	42,0
2018	Tout l'Ontario	1660179	4384188	38,4
2018	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	304355	850488	37,3
2018	Q2	291592	809691	37,0
2018	Q3	285085	795372	36,4
2018	Q4	317941	846343	37,7
2018	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	448149	1054171	42,5
2019	Tout l'Ontario	1699621	4469926	38,7

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2019	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	302949	849736	37,5
2019	Q2	292209	814591	37,1
2019	Q3	289194	807845	36,6
2019	Q4	328174	870665	38,0
2019	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	473720	1098544	43,2
2020	Tout l'Ontario	1910785	4520086	43,2
2020	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	335842	844215	41,8
2020	Q2	326194	815300	41,4
2020	Q3	324865	815029	40,8
2020	Q4	369809	888185	42,0
2020	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	539692	1128724	48,0
2021	Tout l'Ontario	1898005	4604162	42,2
2021	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	321798	843480	40,5
2021	Q2	316315	821061	40,2
2021	Q3	318823	827838	39,6
2021	Q4	372598	912991	41,3
2021	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	554107	1169835	47,6

Tableau 56 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont effectué au moins un test fécal sur une période de 30 mois, de 2012-2013 à 2020-2021

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2012 à 2013	632544	1940330	29,7
2014 à 2015	757635	2117685	35,4
2016 à 2017	803241	2172521	36,6
2018 à 2019*	803219	2244776	35,2
2020 à 2021	849723	2320421	36,1

\* En juin 2019, le programme ContrôleCancerColorectal est passé de la recherche de sang occulte dans les selles par test au gaïac (RSOSg) au test immunochimique fécal (TIF) pour les personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal.

Tableau 57 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont obtenu des résultats anormaux à un test fécal, de 2017 à 2021

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017	22840	525507	4,3
2018	22004	507787	4,3
2019*	25057	548576	4,6
2020	16110	337740	4,8
2021	32120	689555	4,7

\* En juin 2019, le programme ContrôleCancerColorectal est passé de la recherche de sang occulte dans les selles par test au gaïac (RSOSg) au test immunochimique fécal (TIF) pour les personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal.

Tableau 58 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont obtenu des résultats anormaux à un test fécal et n'ont pas bénéficié de coloscopie dans les 6 mois suivant l'obtention des résultats anormaux, de 2017 à 2021

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)	Objectif (%)
2017	4469	22542	19,8	18,0
2018	4287	21687	19,8	18,0
2019*	3708	24873	14,9	18,0
2020	2263	16017	14,1	18,0
2021	3115	31964	9,7	18,0

\* En juin 2019, le programme ContrôleCancerColorectal est passé de la recherche de sang occulte dans les selles par test au gaïac (RSOSg) au test immunochimique fécal (TIF) pour les personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal.

Tableau 59 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont obtenu des résultats anormaux à un test fécal et qui ont bénéficié d'une coloscopie dans les 8 semaines suivant l'obtention des résultats anormaux, de 2017 à 2021

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017	11264	22563	49,9
2018	10806	21704	49,8
2019*	14673	24896	58,9
2020	9769	16024	61,0
2021	23327	31985	72,9

\* En juin 2019, le programme ContrôleCancerColorectal est passé de la recherche de sang occulte dans les selles par test au gaïac (RSOSg) au test immunochimique fécal (TIF) pour les personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal.

Tableau 60 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont obtenu des résultats anormaux à un test fécal et qui ont bénéficié d'une coloscopie dans les 8 semaines suivant l'obtention des résultats anormaux, par niveau de difficulté matérielle, de 2017 à 2021

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017	Tout l'Ontario	11264	22563	49,9
2017	Q1 : Quartier le moins défavorisé	2034	3818	53,3
2017	Q2	2190	4218	51,9
2017	Q3	2105	4183	50,3
2017	Q4	2180	4428	49,2
2017	Q5 : Quartier le plus défavorisé	2198	4652	47,2
2018	Tout l'Ontario	10806	21704	49,8
2018	Q1 : Quartier le moins défavorisé	2087	3885	53,7
2018	Q2	2106	4098	51,4
2018	Q3	2014	3980	50,6
2018	Q4	2109	4238	49,8
2018	Q5 : Quartier le plus défavorisé	1986	4333	45,8
2019	Tout l'Ontario	14673	24896	58,9
2019	Q1 : Quartier le moins défavorisé	2744	4491	61,1
2019	Q2	2950	4890	60,3

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2019	Q3	2748	4599	59,8
2019	Q4	2953	5011	58,9
2019	Q5 : Quartier le plus défavorisé	2925	5153	56,8
2020	Tout l'Ontario	9769	16024	61,0
2020	Q1 : Quartier le moins défavorisé	2034	3133	64,9
2020	Q2	2010	3177	63,3
2020	Q3	1852	3065	60,4
2020	Q4	1926	3201	60,2
2020	Q5 : Quartier le plus défavorisé	1884	3333	56,5
2021	Tout l'Ontario	23327	31985	72,9
2021	Q1 : Quartier le moins défavorisé	4849	6402	75,7
2021	Q2	4876	6559	74,3
2021	Q3	4372	5936	73,7
2021	Q4	4628	6377	72,6
2021	Q5 : Quartier le plus défavorisé	4412	6428	68,6

Tableau 61 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont obtenu des résultats anormaux à un test fécal et qui ont bénéficié d'une coloscopie dans les 8 semaines suivant l'obtention des résultats anormaux, par concentration ethnique, de 2017 à 2021

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017	Tout l'Ontario	11264	22563	49,9
2017	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	2007	3920	51,2
2017	Q2	1840	3503	52,5
2017	Q3	1640	3274	50,1
2017	Q4	2026	4002	50,6
2017	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	3194	6600	48,4
2018	Tout l'Ontario	10806	21704	49,8
2018	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	2031	3876	52,4
2018	Q2	1762	3346	52,7
2018	Q3	1661	3180	52,2
2018	Q4	1874	3806	49,2
2018	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	2974	6326	47,0
2019	Tout l'Ontario	14673	24896	58,9
2019	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	3162	5206	60,7
2019	Q2	2729	4461	61,2
2019	Q3	2483	4038	61,5
2019	Q4	2557	4312	59,3
2019	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	3389	6127	55,3
2020	Tout l'Ontario	9769	16024	61,0

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2020	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	2246	3661	61,3
2020	Q2	2039	3247	62,8
2020	Q3	1689	2761	61,2
2020	Q4	1710	2811	60,8
2020	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	2022	3429	59,0
2021	Tout l'Ontario	23327	31985	72,9
2021	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	5456	7432	73,4
2021	Q2	4644	6296	73,8
2021	Q3	4213	5691	74,0
2021	Q4	4056	5546	73,1
2021	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	4768	6737	70,8

Tableau 62 : Pourcentage de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à un test fécal qui ont reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus invasif détecté par dépistage à la suite d'une endoscopie du gros intestin ou d'une résection chirurgicale, de 2017 à 2021

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017	764	18146	4,2
2018	683	17468	3,9
2019*	930	21232	4,4
2020	681	13769	4,9
2021	1527	28904	5,3

\* En juin 2019, le programme ContrôleCancerColorectal est passé de la recherche de sang occulte dans les selles par test au gâiac (RSOSg) au test immunochimique fécal (TIF) pour les personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal.

Tableau 63 : Pourcentage de cancers colorectaux détectés qui sont des cancers colorectaux post-coloscopie, de 2014 à 2018

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017	563	6075	9,3
2018	613	6034	10,2
2019	589	6088	9,7
2020	515	5860	8,8
2021	542	5831	9,3

Tableau 64 : Nombre de coloscopies ambulatoires\* réalisées chez les personnes âgées de 18 ans et plus, suivies par des hospitalisations pour des perforations dans les 7 jours suivant la coloscopie, pour 1 000 coloscopies réalisées en Ontario, de 2017 à 2021

Année	Numérateur	Dénominateur	Taux (pour 1 000 coloscopies réalisées)	Objectif (pour 1 000 coloscopies réalisées)
2017	169	462131	0,37	1,0
2018	141	469147	0,30	1,0
2019	142	476012	0,30	1,0
2020	101	342340	0,30	1,0
2021	124	443171	0,28	1,0

\*\* Cela comprend les coloscopies réalisées en raison de résultats anormaux au test immunochimique fécal, d'une surveillance, d'antécédents familiaux, de symptômes et de résultats d'autres examens de dépistage.

Tableau 65 : Nombre de coloscopies ambulatoires réalisées avec polypectomie sur des personnes âgées de 50 ans et plus, suivies d'hospitalisations pour hémorragie digestive basse dans les 14 jours suivant la coloscopie, pour 1 000 coloscopies réalisées avec polypectomie en Ontario, de 2017 à 2021

Année	Numérateur	Dénominateur	Taux (pour 1 000 coloscopies avec polypectomie)	Objectif (pour 1 000 coloscopies avec polypectomie)
2017	509	171 252	3,0	10,0
2018	493	178 762	2,8	10,0
2019	486	185 131	2,6	10,0
2020	378	135 301	2,8	10,0
2021	424	180 718	2,3	10,0

Tableau 66 : Pourcentage de coloscopies ambulatoires réalisées sur des personnes de 18 ans et plus avec une préparation inadéquate des intestins de 2017 à 2021

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017	8436	270 341	3,1
2018	8348	305 201	2,7
2019	7772	308 393	2,5
2020	5715	222 888	2,6
2021	6837	279 162	2,4

Tableau 67 : Nombre de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteintes d'un cancer colorectal invasif détecté au dépistage, pour 1 000 personnes dépistées à l'aide du test fécal de ContrôleCancerColorectal, de 2017 à 2021

Année	Numérateur	Dénominateur	Taux (pour 1 000 personnes dépistées)
2017	764	521 509	1,5
2018	683	503 349	1,4
2019*	930	545 847	1,7
2020	681	336 903	2,0
2021	1527	688 421	2,2

\* En juin 2019, le programme ContrôleCancerColorectal est passé de la recherche de sang occulte dans les selles par test au gaïac (RSOSg) au test immunochimique fécal (TIF) pour les personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal.

Tableau 68 : Nombre de personnes en Ontario âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteintes d'un cancer colorectal invasif détecté au dépistage, pour 1 000 personnes dépistées à l'aide d'une coloscopie réalisée en raison de leurs antécédents familiaux de cancer colorectal, de 2017 à 2021

Année	Numérateur	Dénominateur	Taux (pour 1 000 personnes dépistées)
2017	68	23 664	2,9
2018	DS	DS	3,6
2019*	DS	DS	2,9
2020	44	14 430	3,0
2021	57	17 932	3,2

\* En juin 2019, le programme ContrôleCancerColorectal est passé de la recherche de sang occulte dans les selles par test au gaïac (RSOSg) au test immunochimique fécal (TIF) pour les personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal.

DS : données supprimées pour éviter la divulgation des chiffres des cases qui ont une faible valeur pour la répartition par stade.

Tableau 69 : Répartition par stade de tous les cancers colorectaux invasifs en Ontario chez les personnes âgées de 50 à 74 ans, de 2018 à 2019

Année	Stade au moment du diagnostic	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2018	Stade 1	759	3537	21,5
2018	Stade 2	859	3537	24,3
2018	Stade 3	1117	3537	31,6
2018	Stade 4	802	3537	22,7
2019	Stade 1	775	3621	21,4
2019	Stade 2	974	3621	26,9
2019	Stade 3	1077	3621	29,7
2019	Stade 4	795	3621	22,0

Remarque : Les données avant 2018 ne sont pas présentées, car le système de classification des stades du cancer a été modifié en 2018.

Tableau 70 : Répartition par stade de cancers colorectaux invasifs détectés au dépistage en Ontario chez les personnes âgées de 50 à 74 ans, de 2018 à 2019

Année	Stade au moment du diagnostic	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2018	Stade 1	156	605	25,8
2018	Stade 2	179	605	29,6
2018	Stade 3	194	605	32,1
2018	Stade 4	76	605	12,6
2019	Stade 1	196	719	27,3
2019	Stade 2	222	719	30,9
2019	Stade 3	226	719	31,4
2019	Stade 4	75	719	10,4

Remarque : Les données avant 2018 ne sont pas présentées, car le système de classification des stades du cancer a été modifié en 2018.

Tableau 71 : Répartition des stades au diagnostic des cancers colorectaux invasifs chez les personnes dépistées par coloscopie réalisée en raison de leurs antécédents familiaux de cancer colorectal, de 2018 à 2019

Année	Stade au moment du diagnostic	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2018	Stade 1	VF	VF	45,2
2018	Stade 2	VF	VF	20,5
2018	Stade 3	VF	VF	28,8
2018	Stade 4	VF	VF	5,5
2019	Stade 1	VF	VF	46,4
2019	Stade 2	VF	VF	25,0
2019	Stade 3	VF	VF	19,6
2019	Stade 4	VF	VF	8,9

VF : Volume faible, données supprimées

Remarque : Les données avant 2018 ne sont pas présentées, car le système de classification des stades du cancer a été modifié en 2018.

## Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon

Tableau 72 : Nombre d'examens par tomodensitométrie à faible dose (TDM) réalisés pour les personnes âgées de 55 ans et plus en Ontario présentant un risque élevé de cancer du poumon, de 2019 à 2022

Année	Janv.	Févr.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
2019	440	358	409	451	479	456	474	419	460	574	546	460
2020	598	527	342	18	10	95	320	470	571	717	703	630
2021	714	633	665	371	348	476	618	681	694	736	785	612
2022	600	645	694	648	671	744	740	818	835	796	771	703

Tableau 73 : Pourcentage de personnes ayant terminé une évaluation des risques de base et ayant déclaré être fumeuses, de 2017 à 2021

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017*	921	1 799	51,2
2018	2 312	3 660	63,2
2019	2 801	4 301	65,1
2020	1 484	2 259	65,7
2021	1 936	2 929	66,1

\* Les données commencent en juin 2017.

Tableau 74 : Pourcentage de personnes admissibles au dépistage, âgées de 55 à 74 ans, qui ont effectué un examen par tomodensitométrie à faible dose après leur évaluation des risques, de 2017 à 2021

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017*	1 113	1 147	97,0
2018	2 314	2 408	96,1
2019	2 723	2 833	96,1
2020	1 365	1 482	92,1
2021	1 768	2 041	86,6

\* Les données commencent en juin 2017.

Tableau 75 : Pourcentage de personnes admissibles au dépistage, âgées de 55 à 74 ans, qui ont effectué un examen par tomodensitométrie à faible dose après leur évaluation des risques, par niveau de difficulté matérielle, de 2017 à 2021

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017*	Tout l'Ontario	1 113	1 147	97,0
2017	Q1 : Quartier le moins défavorisé	200	205	97,6
2017	Q2	205	211	97,2
2017	Q3	206	210	98,1
2017	Q4	262	269	97,4
2017	Q5 : Quartier le plus défavorisé	217	229	94,8
2018	Tout l'Ontario	2 314	2 408	96,1
2018	Q1 : Quartier le moins défavorisé	446	465	95,9
2018	Q2	433	445	97,3
2018	Q3	389	398	97,7
2018	Q4	504	527	95,6
2018	Q5 : Quartier le plus défavorisé	502	532	94,4
2019	Tout l'Ontario	2 723	2 833	96,1
2019	Q1 : Quartier le moins défavorisé	472	489	96,5
2019	Q2	503	525	95,8
2019	Q3	464	479	96,9
2019	Q4	618	641	96,4
2019	Q5 : Quartier le plus défavorisé	626	658	95,1
2020	Tout l'Ontario	1 365	1 482	92,1
2020	Q1 : Quartier le moins défavorisé	246	259	95,0
2020	Q2	216	230	93,9
2020	Q3	249	270	92,2
2020	Q4	307	335	91,6
2020	Q5 : Quartier le plus défavorisé	316	355	89,0

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2021	Tout l'Ontario	1 768	2 041	86,6
2021	Q1 : Quartier le moins défavorisé	317	361	87,8
2021	Q2	331	383	86,4
2021	Q3	252	292	86,3
2021	Q4	360	422	85,3
2021	Q5 : Quartier le plus défavorisé	409	473	86,5

\* Les données commencent en juin 2017.

Tableau 76 : Pourcentage de personnes admissibles au dépistage, âgées de 55 à 74 ans, qui ont effectué un examen par tomodensitométrie à faible dose après leur évaluation des risques, par concentration ethnique, de 2017 à 2021

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017*	Tout l'Ontario	1 113	1 147	97,0
2017	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	376	386	97,4
2017	Q2	252	259	97,3
2017	Q3	235	240	97,9
2017	Q4	171	178	96,1
2017	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	56	61	91,8
2018	Tout l'Ontario	2 314	2 408	96,1
2018	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	737	765	96,3
2018	Q2	612	632	96,8
2018	Q3	482	502	96,0
2018	Q4	298	318	93,7
2018	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	145	150	96,7
2019	Tout l'Ontario	2 723	2 833	96,1

Année	Région	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2019	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	859	885	97,1
2019	Q2	635	659	96,4
2019	Q3	510	529	96,4
2019	Q4	445	475	93,7
2019	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	234	244	95,9
2020	Tout l'Ontario	1 365	1 482	92,1
2020	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	425	466	91,2
2020	Q2	321	337	95,3
2020	Q3	270	288	93,8
2020	Q4	198	217	91,2
2020	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	120	141	85,1
2021	Tout l'Ontario	1 768	2 041	86,6
2021	Q1 : Quartier à la moins forte concentration ethnique	506	583	86,8
2021	Q2	361	416	86,8
2021	Q3	335	387	86,6
2021	Q4	281	327	85,9
2021	Q5 : Quartier à la plus forte concentration ethnique	186	218	85,3

\* Les données commencent en juin 2017.

Tableau 77 : Répartition par score Scan Lung-RADS® des examens par tomodensitométrie à faible dose réalisés, de 2017 à 2021

Année	Score Lung-RADS®	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017*	Score Lung-RADS® 1 et 2	633	769	82,3
2017*	Score Lung-RADS® 3 et 4A	105	769	13,7
2017*	Score Lung-RADS® 4B et 4X	31	769	4,0
2018	Score Lung-RADS® 1 et 2	2 545	3 032	83,9
2018	Score Lung-RADS® 3 et 4A	398	3 032	13,1
2018	Lung-RADS® 4B et 4X	89	3 032	2,9
2019	Score Lung-RADS® 1 et 2	4 847	5 509	88
2019	Score Lung-RADS® 3 et 4A	503	5 509	9,1
2019	Score Lung-RADS® 4B et 4X	159	5 509	2,9
2020	Score Lung-RADS® 1 et 2	4 495	4 988	90,1
2020	Score Lung-RADS® 3 et 4A	334	4 988	6,7
2020	Score Lung-RADS® 4B et 4X	159	4 988	3,2
2021	Score Lung-RADS® 1 et 2	6 526	7 304	89,3
2021	Score Lung-RADS® 3 et 4A	554	7 304	7,6
2021	Score Lung-RADS® 4B et 4X	224	7 304	3,1

\* Les données commencent en juin 2017.

Tableau 78 : Pourcentage d'examen par tomodensitométrie à faible dose (TDM) avec des découvertes fortuites avec capacité d'action détectées, de 2017 à 2021

#### Dépistages initiaux

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017	170	758	22,4
2018	464	2 234	20,8
2019	461	2 725	16,9
2020	206	1 296	15,9
2021	394	1 786	22,1

## Dépistages subséquents

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017*	0	11	0,0
2018	65	798	8,1
2019	248	2 784	8,9
2020	319	3 692	8,6
2021	667	5 518	12,1

\* Le Projet pilote de dépistage du cancer du poumon pour les personnes à haut risque a commencé en juin 2017, donc aucun dépistage subséquent n'a été réalisé en 2017.

Tableau 79 : Pourcentage de personnes âgées de 55 à 74 ans, admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats de dépistage suspects ou très suspects (Lung-RADS® 4A\*\*, 4B ou 4X), qui ont effectué une évaluation diagnostique dans les 3 mois, de 2017 à 2021

Année	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2017*	62	64	96,9
2018	147	158	93,0
2019	144	145	99,3
2020	117	127	92,1
2021	150	193	77,7

\* Les données commencent en juin 2017.

\*\* À compter du 1<sup>er</sup> octobre 2018, les personnes dont le score Lung-RADS® est de 4A doivent passer un examen par tomodensitométrie à faible dose de surveillance à 3 mois plutôt que d'être orientées vers une consultation d'évaluation diagnostique. Seules les personnes dont le score Lung-RADS® est de 4B ou 4X ont été orientées vers une évaluation diagnostique à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2018, conformément au système Lung-RADS®.

Tableau 80 : Délai d'attente (jours) entre la date de l'examen par TDM à faible dose révélant des résultats suspects (Lung-RADS® 4A\*\*) ou très suspects (Lung-RADS® 4B ou 4X) et le diagnostic ferme de cancer du poumon, de 2017 à 2021

Année	Nombre de personnes	Médiane (jours)	90 <sup>e</sup> percentile (jours)
2017*	18	45	840
2018	51	31	401
2019	67	36	154
2020	67	38	268
2021	78	35	115

\* Les données commencent en juin 2017.

\*\* À compter du 1<sup>er</sup> octobre 2018, les personnes dont le score Lung-RADS® est de 4A doivent passer un examen par tomodensitométrie à faible dose de surveillance à 3 mois plutôt que d'être orientées vers une consultation d'évaluation diagnostique. Seules les personnes dont le score Lung-RADS® est de 4B ou 4X ont été orientées vers une évaluation diagnostique à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2018, conformément au système Lung-RADS®.

Tableau 81 : Nombre de personnes en Ontario âgées de 55 à 74 ans admissibles au dépistage atteintes d'un cancer du poumon invasif détecté au dépistage pour 1 000 personnes dépistées, de 2017 à 2021

Année	Numérateur	Dénominateur	Taux (pour 1 000 personnes dépistées)
2017*	20	758	26,4
2018	DS	DS	19,3
2019	DS	DS	13,5
2020	63	4 681	13,5
2021	76	6 785	11,2

\* Les données commencent en juin 2017.

DS : données supprimées pour éviter la divulgation des chiffres des cases qui ont une faible valeur pour la répartition par stade.

Tableau 82 : Répartition par stade de tous les cancers du poumon invasifs diagnostiqués chez des personnes âgées de 55 à 74 ans, en Ontario, de 2018 à 2019

Année	Stade au moment du diagnostic	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2018	Stade 1	1 244	4 657	26,7
2018	Stade 2	361	4 657	7,8
2018	Stade 3	977	4 657	21,0
2018	Stade 4	2 075	4 657	44,6
2019	Stade 1	1 295	4 676	27,7
2019	Stade 2	407	4 676	8,7
2019	Stade 3	922	4 676	19,7
2019	Stade 4	2 052	4 676	43,9

Remarque : Les données avant 2018 ne sont pas présentées, car le système de classification des stades du cancer a été grandement modifié en 2018.

Tableau 83 : Répartition par stade de cancers du poumon invasifs détectés au dépistage diagnostiqués chez des personnes âgées de 55 à 74 ans, en Ontario, de 2018 à 2019

Année	Stade au moment du diagnostic	Numérateur	Dénominateur	Pourcentage (%)
2018	Stade 1	VF	VF	65,9
2018	Stade 2	VF	VF	12,2
2018	Stade 3	VF	VF	17,1
2018	Stade 4	VF	VF	4,9
2019	Stade 1	VF	VF	68,7
2019	Stade 2	VF	VF	9,0
2019	Stade 3	VF	VF	19,4
2019	Stade 4	VF	VF	3,0

VF : Volume faible, données supprimées

Remarque : Les données avant 2018 ne sont pas présentées, car le système de classification des stades du cancer a été grandement modifié en 2018.

## Annexe 2 : Descriptions des figures

### Figure 3 : Parcours du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS)

#### Description :

La figure est composée de deux schémas côte-à-côte, chacun comportant neuf encadrés reliés par des flèches. Les deux schémas sont unidirectionnels. À chaque étape, les flèches pointent vers un ou deux encadrés situés en dessous des précédents. Ici, les schémas prennent la forme de listes dans lesquelles les prochaines étapes sont énumérées en dessous de chaque encadré numéroté.

#### Premier schéma :

1. Populations cibles du PODCS
  - a. Flèche pointant vers Mammographie
2. Mammographie
  - a. Flèche pointant vers Résultats normaux ou
  - b. Flèche pointant vers Résultats anormaux
3. Résultats normaux
  - a. Flèche pointant vers Mammographie tous les 2 ans\*\*
4. Résultats anormaux
  - a. Flèche pointant vers Suivi diagnostique, notamment de l'imagerie complémentaire et/ou une biopsie
5. Mammographie tous les 2 ans\*\*
6. Suivi diagnostique, notamment de l'imagerie complémentaire et/ou une biopsie
  - a. Flèche pointant vers Diagnostic bénin; ou
  - b. Flèche pointant vers Diagnostic de cancer et traitement
7. Diagnostic bénin
  - a. Flèche pointant vers Mammographie tous les 2 ans\*\*
8. Diagnostic de cancer et traitement
9. Mammographie tous les 2 ans\*\*

\*\* Certains participants au PODCS pourraient recevoir un rappel annuel au lieu de tous les 2 ans pour les motifs suivants : signes pathologiques documentés de lésions à haut risque, antécédents personnels de cancer ovarien, au moins deux parents (de sexe féminin assigné à la naissance) au premier degré ayant reçu un diagnostic de cancer du sein à tout âge, un parent (de sexe féminin assigné à la naissance) au premier degré ayant reçu un diagnostic de cancer du sein avant 50 ans, un parent au premier degré ayant reçu un diagnostic de cancer ovarien à tout âge, un parent (de sexe masculin assigné à la naissance) ayant reçu un diagnostic de cancer du sein à tout âge, densité mammaire de catégorie BI-RADS D au moment de l'examen de dépistage ou recommandation du radiologiste au moment de l'examen de dépistage.

Second schéma :

1. Populations cibles du PODCS pour les personnes présentant un risque élevé
  - a. Flèche pointant vers Mammographie et IRM du sein\*
2. Mammographie et IRM du sein\*
  - a. Flèche pointant vers Résultats normaux ou
  - b. Flèche pointant vers Résultats anormaux
3. Résultats normaux
  - a. Flèche pointant vers Mammographie et IRM du sein tous les ans\*
4. Résultats anormaux
  - a. Flèche pointant vers Suivi diagnostique, notamment de l'imagerie complémentaire et/ou une biopsie
5. Mammographie et IRM du sein tous les ans\*
6. Suivi diagnostique, notamment de l'imagerie complémentaire et/ou une biopsie
  - a. Flèche pointant vers Diagnostic bénin; ou
  - b. Flèche pointant vers Diagnostic de cancer et traitement\*\*\*
7. Diagnostic bénin
  - a. Flèche pointant vers Mammographie et IRM du sein tous les ans\*
8. Diagnostic de cancer et traitement\*\*\*
  - a. Flèche pointant vers Mammographie et IRM du sein tous les ans\*
9. Mammographie et IRM du sein tous les ans\*

\* Si l'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'est pas appropriée sur le plan médical, elle sera remplacée par une échographie mammaire de dépistage.

\*\*\* Les personnes participant au PODCS pour les personnes présentant un risque élevé ayant reçu un diagnostic de cancer du sein sont admissibles pour refaire des dépistages une fois qu'elles ont terminé le traitement et qu'elles ne présentent aucun symptôme de cancer du sein.

## Figure 4 : Parcours du Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU)

### Description :

La figure est un schéma comportant quinze encadrés reliés par des flèches. Le schéma est unidirectionnel. À chaque étape, les flèches pointent vers un à quatre encadrés situés en dessous des précédents. Ici, le schéma prend la forme de listes dans lesquelles les prochaines étapes sont énumérées en dessous de chaque encadré numéroté.

1. Populations cibles du PODCCU
  - a. Flèche pointant vers Cytologie
2. Cytologie
  - a. Flèche pointant vers Résultats normaux ou
  - b. Flèche pointant vers Anomalie de bas grade; ou
  - c. Flèche pointant vers Anomalie de haut grade; ou
  - d. Flèche pointant vers Résultats Insatisfaisants
3. Résultats normaux
  - a. Flèche pointant vers Dépistage de routine dans 3 ans
4. Anomalie de bas grade
  - a. Flèche pointant vers Répétition du test cytologique dans 12 mois
5. Anomalie de haut grade
  - a. Flèche pointant vers Coloscopie\*
6. Résultats insatisfaisants
  - a. Flèche pointant vers Répétition du test cytologique dans 3 mois
7. Répétition du test cytologique dans 12 mois
  - a. Flèche pointant vers Résultats normaux ou
  - b. Flèche pointant vers Résultats anormaux (anomalie de bas ou de haut grade)
8. Coloscopie\*
9. Répétition du test cytologique dans 3 mois
10. Résultats normaux
  - a. Flèche pointant vers Répétition du test cytologique dans 12 mois
11. Résultats anormaux (anomalie de bas ou de haut grade)

- a. Flèche pointant vers Coloscopie\*
- 12. Répétition du test cytologique dans 12 mois
  - a. Flèche pointant vers Résultats normaux ou
  - b. Flèche pointant vers Résultats anormaux (anomalie de bas ou de haut grade)
- 13. Résultats normaux
  - a. Flèche pointant vers Dépistage de routine dans 3 ans
- 14. Résultats anormaux (anomalie de bas ou de haut grade)
  - a. Flèche pointant vers Coloscopie\*
- 15. Répétition du dépistage de routine dans 3 ans

\* Veuillez consulter les [directives cliniques sur la coloscopie](#) (en anglais seulement) pour des renseignements sur la gestion clinique des parcours de colposcopie.

## Figure 5 : Parcours du Programme ContrôleCancerColorectal

### Description :

La figure est composée de deux schémas côte-à-côte. Le premier schéma comporte dix encadrés reliés par des flèches. Le second schéma comporte six encadrés reliés par des flèches. Les deux schémas sont unidirectionnels. À chaque étape, les flèches pointent vers un ou deux encadrés situés en dessous des précédents. Ici, les schémas prennent la forme de listes dans lesquelles les prochaines étapes sont énumérées en dessous de chaque encadré numéroté.

### Premier schéma :

1. Population cible présentant un risque moyen du Programme ContrôleCancerColorectal
  - a. Flèche pointant vers Test immunochimique fécal (TIF)
2. Test immunochimique fécal (TIF)
  - a. Flèche pointant vers Résultats normaux ou
  - b. Flèche pointant vers Résultats anormaux
3. Résultats normaux
  - a. Flèche pointant vers Nouveau dépistage par TIF dans 2 ans
4. Résultats anormaux
  - a. Flèche pointant vers Coloscopie
5. Nouveau dépistage par TIF dans 2 ans
6. Coloscopie
  - a. Flèche pointant vers Résultats normaux ou
  - b. Flèche pointant vers Résultats anormaux
7. Résultats normaux
  - a. Flèche pointant vers Nouveau dépistage par TIF dans 10 ans
8. Résultats anormaux
  - a. Flèche pointant vers Diagnostic de cancer et traitement ou surveillance par coloscopie ou un nouveau dépistage par TIF dans 5 ans\*\*\*
9. Nouveau dépistage par TIF dans 10 ans
10. Diagnostic de cancer et traitement ou surveillance par coloscopie ou un nouveau dépistage par TIF dans 5 ans\*\*\*

\*\*\*Veuillez vous référer aux recommandations de surveillance post-polypectomie de ContrôleCancerColorectal disponibles à la page [cancercareontario.ca/CCCsurveillance](http://cancercareontario.ca/CCCsurveillance) (en anglais seulement).

Second schéma :

1. Population cible présentant un risque accru du Programme ContrôleCancerColorectal\*
  - a. Flèche pointant vers coloscopie
2. Coloscopie
  - a. Flèche pointant vers Résultats normaux ou
  - b. Flèche pointant vers Résultats anormaux
3. Résultats normaux
  - a. Flèche pointant vers Coloscopie dans 5 à 10 ans\*\*
4. Résultats anormaux
  - a. Flèche pointant vers Diagnostic de cancer et traitement ou surveillance par coloscopie\*\*\*
5. Coloscopie dans 5 à 10 ans\*\*
6. Diagnostic de cancer et traitement ou surveillance par coloscopie\*\*\*

\*Les recommandations de dépistage adressées aux personnes présentant un risque accru de développer un cancer colorectal sont en cours de révision.

\*\*La fréquence du dépistage dépend des antécédents familiaux. Les personnes avec un parent au premier degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal avant l'âge de 60 ans doivent être dépistées tous les cinq ans, à partir de leurs 50 ans, ou 10 ans avant l'âge auquel le parent a reçu le diagnostic. Les personnes dont un parent au premier degré a reçu le diagnostic de cancer colorectal à 60 ans ou plus doivent être dépistées tous les dix ans, à partir de leurs 50 ans. Toutefois, certaines personnes peuvent avoir besoin d'une coloscopie plus régulièrement selon les conclusions de leur première coloscopie.

\*\*\*Veuillez vous référer aux recommandations de surveillance post-polypectomie de ContrôleCancerColorectal disponibles à la page [cancercareontario.ca/CCCsurveillance](http://cancercareontario.ca/CCCsurveillance) (en anglais seulement).

## Figure 6 : Parcours du Programme ontarien de dépistage du cancer du poumon (PODCP)

### Description :

La figure est un schéma comportant vingt-trois encadrés reliés par des flèches. Le schéma est unidirectionnel. À chaque étape, les flèches pointent vers un à quatre encadrés situés en dessous des précédents. Ici, le schéma prend la forme de listes dans lesquelles les prochaines étapes sont énumérées en dessous de chaque encadré numéroté.

1. Recrutement et triage selon le risque
  - a. Flèche pointant vers Évaluation individuelle du risque
2. Évaluation individuelle du risque
  - a. Flèche pointant vers Participation éclairée – admissible ou
  - b. Flèche pointant vers Non admissible
  - c. Flèche pointant vers Renoncement au tabac (quelle que soit l’admissibilité)
3. Participation éclairée – admissible
  - a. Flèche pointant vers TDM à faible dose
4. Non admissible
5. TDM à faible dose
  - a. Flèche pointant vers Examen d’imagerie négatif score Lung-RADS® 1 ou 2 ou
  - b. Flèche pointant vers Examen d’imagerie positif ou
  - c. Flèche pointant vers Découvertes fortuites
6. Examen d’imagerie négatif score Lung-RADS® 1 ou 2
  - a. Flèche pointant vers Rappel pour dépistage annuel
7. Examen d’imagerie positif
  - a. Flèche pointant vers Probablement bénin score Lung-RADS® 3 ou
  - b. Flèche pointant vers Découverte suspecte score Lung-RADS® 4A ou
  - c. Flèche pointant vers Découverte très suspecte score Lung-RADS® 4B ou
  - d. Flèche pointant vers Découverte très suspecte score Lung-RADS® 4X
8. Découvertes fortuites

- a. Flèche pointant vers fournisseurs de soins de santé responsables de l'orientation et fournisseurs de soins primaires contactés
- 9. Rappel pour dépistage annuel
- 10. Probablement bénin score Lung-RADS® 3
  - a. Flèche pointant vers TDM à faible dose de suivi dans 6 mois
- 11. Découverte suspecte score Lung-RADS® 4A
  - a. Flèche pointant vers TDM à faible dose de suivi dans 3 mois
- 12. Découverte très suspecte score Lung-RADS® 4B
  - a. Flèche pointant vers TDM à faible dose de suivi dans 1 mois\* ou
  - b. Flèche pointant vers Diagnostic (autres examens d'imagerie, bilan, biopsie, etc.)
- 13. Très suspecte score Lung-RADS® 4X
  - a. Flèche pointant vers Diagnostic (autres examens d'imagerie, bilan, biopsie, etc.)
- 14. Fournisseurs de soins de santé responsables de l'orientation et fournisseurs de soins primaires contactés
- 15. TDM à faible dose de suivi dans 6 mois
- 16. TDM à faible dose de suivi dans 3 mois
- 17. TDM à faible dose de suivi dans 1 mois\*
- 18. Diagnostic (autres examens d'imagerie, bilan, biopsie, etc.)
  - a. Flèche pointant vers Pas de cancer ou
  - b. Flèche pointant vers Cancer
- 19. Pas de cancer
  - a. Flèche pointant vers Répétition du dépistage, selon les recommandations du médecin qui a réalisé l'évaluation diagnostique
- 20. Cancer
  - a. Flèche vers Stadification
- 21. Répétition du dépistage, selon les recommandations du médecin qui a réalisé l'évaluation diagnostique
- 22. Stadification
  - a. Flèche pointant vers Traitement
- 23. Traitement

\* Si le score Lung-RADS® de 4B est attribué à un nouveau gros nodule repéré lors d'un examen imagerie annuel de rappel par tomodensitométrie à faible dose et que le radiologue suspecte une infection ou une inflammation.

Remarque : Les catégories « Probablement bénin », « Découverte suspecte » et « Découverte très suspecte » sont fondées sur le score Lung-RADS® (version 1.1).

# Références

1. Santé Ontario (Action Cancer Ontario). Statistiques 2022 sur le cancer en Ontario. Toronto; 2022.
2. Peirson L, Fitzpatrick-Lewis D, Ciliska D, Warren R. Screening for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 24 déc. 2013;2(1):35.
3. dos Santos Silva I. *Cancer Epidemiology: Principles and Methods* [Internet]. Lyon; 1999. Source : <http://www.iarc.fr/>
4. Miles A, Cockburn J, Smith RA, Wardle J. A perspective from countries using organized screening programs. *Cancer.* 1er sept. 2004;101(S5):1201–13.
5. Ponti A, Anttila A, Ronco G, Senore C, Basu P, Segnan N, et coll. *Cancer Screening in the European Union (2017): Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening.* Lyon; 2017.
6. Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). *IARC Handbooks of Cancer Prevention: Breast Cancer Screening.* Vol. 15. Lyon : Centre international de recherche sur le cancer; 2016.
7. Zhang L, Carvalho AL, Mosquera I, Wen T, Lucas E, Sauvaget C, et coll. An international consensus on the essential and desirable criteria for an ‘organized’ cancer screening programme. *BMC Med.* 1er déc. 2022;20(1).
8. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement. *JAMA.* 8 févr. 2022;327(6):521–2.
9. Tammemägi MC, Katki HA, Hocking WG, Church TR, Caporaso N, Kvale PA, et coll. Selection Criteria for Lung-Cancer Screening. *New England Journal of Medicine.* 21 févr. 2023;368(8):728–36.
10. Tammemägi MC, Church TR, Hocking WG, Silvestri GA, Kvale PA, Riley TL, et coll. Evaluation of the Lung Cancer Risks at Which to Screen Ever- and Never-Smokers: Screening Rules Applied to the PLCO and NLST Cohorts. *PLoS Med.* 2 déc. 2014;11(12):e1001764.
11. Tammemägi CM, Pinsky PF, Caporaso NE, Kvale PA, Hocking WG, Church TR, et coll. Lung Cancer Risk Prediction: Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial Models and Validation. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute.* 6 juil. 2011;103(13):1058–68.
12. Organisation mondiale de la Santé. *Constitution de l’Organisation mondiale de la Santé.* 1946.
13. Centre de collaboration nationale en santé environnementale. *Glossary of essential health equity terms.* Antigonish; 2022.
14. Santé Ontario. *Cadre d’équité, d’inclusion, de diversité et d’antiracisme de Santé Ontario 2022.*
15. Action Cancer Ontario. *Rapport sur le rendement du dépistage du cancer en Ontario, 2016.* Toronto; 2016.
16. Lofters AK, McBride ML, Li D, Whitehead M, Moineddin R, Jiang L, et coll. Disparities in breast cancer diagnosis for immigrant women in Ontario and BC: Results from the CanIMPACT study. *BMC Cancer.* 9 janv. 2019;19(1).
17. Vahabi M, Lofters A, Kumar M, Glazier RH. Breast cancer screening disparities among urban immigrants: A population-based study in Ontario, Canada *Health behavior, health promotion and society.* *BMC Public Health.* 21 juil. 2015;15(1).

18. Lofters AK, Kopp A, Vahabi M, Glazier RH. Understanding those overdue for cancer screening by five years or more: A retrospective cohort study in Ontario, Canada. *Prev Med (Baltim)*. Déc. 2019;129:105816.
19. Lofters A, Glazier RH, Agha MM, Creatore MI, Moineddin R. Inadequacy of cervical cancer screening among urban recent immigrants: a population-based study of physician and laboratory claims in Toronto, Canada. *Prev Med (Baltim)*. Juin 2007;44(6):536–42.
20. Honein-AbouHaidar GN, Baxter NN, Moineddin R, Urbach DR, Rabeneck L, Bierman AS. Trends and inequities in colorectal cancer screening participation in Ontario, Canada, 2005-2011. *Cancer Epidemiol*. Déc. 2013;37(6):946–56.
21. Lofters AK, Mark A, Taljaard M, Green ME, Glazier RH, Dahrouge S. Cancer screening inequities in a time of primary care reform: A population-based longitudinal study in Ontario, Canada. *BMC Fam Pract*. 29 août 2018;19(1).
22. Partenariat canadien contre le cancer. Rapport de référence sur la lutte contre le cancer chez les Inuits. Toronto; 2014.
23. Sheppard AJ, Chiarelli AM, Marrett LD, Mirea L, Nishri ED, Trudeau ME, et coll. Detection of Later Stage Breast Cancer in First Nations Women in Ontario, Canada. *Canadian Journal of Public Health*. 2010;101(1):101–5.
24. Chan J, Polo A, Zubizarreta E, Bourque JM, Sheppard AJ, Olson R, et coll. Disparities in access to radiation therapy for regions inhabited by a higher proportion of First Nations, Inuit, and Metis population in Canada, and its association with cancer outcomes. *Appl Radiat Oncol [Internet]*. 2019;8(2):34–40. Source : [www.appliedradiationoncology.com](http://www.appliedradiationoncology.com)
25. Jamal S, Sheppard AJ, Cotterchio M, Gallinger S. Association between known risk factors and colorectal cancer risk in indigenous people participating in the Ontario familial colon cancer registry. *Current Oncology*. 2020;27(4):e395–8.
26. Jull J, Hizaka A, Sheppard AJ, Kewayosh A, Doering P, MacLeod L, et al. An integrated knowledge translation approach to develop a shared decision-making strategy for use by Inuit in cancer care: A qualitative study. *Current Oncology*. 2019;26(3):192–204.
27. Tungasuvvingat Inuit, Action Cancer Ontario. Cancer Risk Factors and Screening among Inuit in Ontario and Other Canadian. (en anglais seulement) Toronto; 2017.
28. Métis Nation of Ontario, Action Cancer Ontario. Cancer in the Metis People of Ontario: Risk Factors and Screening Behaviours . Toronto; 2015.
29. Chiefs on Ontario, Action Cancer Ontario, Institut de recherche en services de santé. Cancer in First Nations People in Ontario: Incidence, mortality, survival and prevalence. Toronto; 2018.
30. Withrow DR, Amartey A, Marrett LD. Cancer risk factors and screening in the off-reserve First Nations, Métis and non-Aboriginal populations of Ontario. *Chronic Dis Inj Can*. 2014;34(2–3):103–12.
31. Santé Ontario (Action Cancer Ontario). Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario IV 5 : 2019- 2023. 2019.
32. Matheson FI, Moloney G, van Ingen T. 2016 Ontario marginalization index: user guide. 1e révision. Toronto; 2022.
33. Peters PA. Causes and contributions to differences in life expectancy for Inuit Nunangat and Canada, 1994–2003. *Int J Circumpolar Health*. 18 févr. 2010;69(1):38–49.
34. Tjepkema M, Wilkins R, Sénécal S, Guimond E, Penney C. Mortality of Métis and registered Indian adults in Canada: an 11-year follow-up study. *Health Rep*. 20 déc. 2009;20(4):31–51.

35. Santé Ontario (Action Cancer Ontario), Comité conjoint Action Cancer Ontario et Peuples autochtones. Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain (2019-2023). 2019.
36. Partenariat canadien contre le cancer, Comité consultatif sur la lutte contre le cancer chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis et CCM. Plan d'action de lutte contre le cancer chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Toronto; 2011.
37. Chiefs of Ontario, Action Cancer Ontario. Cancer in First Nations in Ontario: Risk Factors and Screening (en anglais seulement). Toronto; 2016.
38. Mazereeuw M V., Yurkiewich A, Jamal S, Cawley C, Jones CR, Marrett LD. Cancer risk factors and screening in First Nations in Ontario. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*. Juin 2017;37(6):186–93.
39. Smylie J, Firestone M, Tungasuvvingat Inuit, Well Living House. *Our Health Counts: Inuit Report*. Ottawa; 2017.
40. Maar M, Burchell A, Little J, Ogilvie G, Severini A, Yang JM, et coll. A qualitative study of provider perspectives of structural barriers to cervical cancer screening among first nations women. *Womens Health Issues*. 2013;23(5):e319–25.
41. Shahid S, Thompson SC. An overview of cancer and beliefs about the disease in Indigenous people of Australia, Canada, New Zealand and the US. *Aust N Z J Public Health*. Avril 2009;33(2):109–18.
42. Gould J, Sinding C, Mitchell T, Gustafson D, Peng I, Mcgillicuddy P, et al. “Below Their Notice”: Exploring Women’s Subjective Experiences of Cancer System Exclusion. *Journal of Cancer Education*. Oct. 2009;24(4):308–14.
43. Statistique Canada. Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages de 2011. 2011. Statistique Canada, catalogue n° 99-011-X20111035.
44. Statistique Canada. La population autochtone continue de croître et est beaucoup plus jeune que la population non autochtone, malgré un ralentissement de son rythme de croissance. *Statistique Canada : Le Quotidien*. 21 sept. 2022.
45. Darling GE, Tammemägi MC, Schmidt H, Buchanan DN, Leung Y, McGarry C, et coll. Organized Lung Cancer Screening Pilot: Informing a Province-Wide Program in Ontario, Canada. *Annals of Thoracic Surgery*. 2021;111(6).
46. Chiarelli AM, Doyle G, Harrison M, Howell D, Kan L, Mai V, et coll. Guidelines on performance measurement for organized cancer screening programs. Toronto; Avril 2008.
47. Walker MJ, Meggetto O, Gao J, Espino-Hernández G, Jembere N, Bravo CA, et coll. Measuring the impact of the COVID-19 pandemic on organized cancer screening and diagnostic follow-up care in Ontario, Canada: A provincial, population-based study. *Prev Med (Baltim)*. Oct. 2021;151;106586.
48. Chiarelli AM, Walker MJ, Espino-Hernandez G, Gray N, Salleh A, Adhihetty C, et coll. Adherence to guidance for prioritizing higher risk groups for breast cancer screening during the COVID-19 pandemic in the Ontario Breast Screening Program: a descriptive study. *CMAJ Open*. 21 oct. 2021;9(4):E1205–12.
49. Walker MJ, Wang J, Mazuryk J, Skinner SM, Meggetto O, Ashu E, et coll. Delivery of Cancer Care in Ontario, Canada, during the First Year of the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2022;E228855.
50. Tinmouth J, Dong S, Stogios C, Rabeneck L, Rey M, Dubé C, et coll. Estimating the Backlog of Colonoscopy due to Coronavirus Disease 2019 and Comparing Strategies to Recover in Ontario, Canada. Vol. 160, *Gastroenterology*. W.B. Saunders; 2021. p. 1400-1402.e1.

51. Meggetto O, Jembere N, Gao J, Walker MJ, Rey M, Rabeneck L, et coll. The impact of the COVID-19 pandemic on the Ontario Cervical Screening Program, colposcopy and treatment services in Ontario, Canada: a population-based study. *BJOG*. 1er août 2021;128(9):1503–10.
52. Rapport du Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation du Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer du sein au Canada : Lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein. Toronto; févr. 2013.
53. Chiarelli AM, Blackmore KM, Muradali D, Done SJ, Majpruz V, Weerasinghe A, et coll. Performance Measures of Magnetic Resonance Imaging Plus Mammography in the High Risk Ontario Breast Screening Program. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 1er févr. 2020;112(2):136–44.
54. Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada : surveillance et évaluation des indicateurs de qualité – rapport des résultats de 2011 à 2013. Toronto; 2016.
55. Centre international de recherche sur le cancer. *IARC Handbooks of Cancer Prevention: Cervical Cancer Screening*. Vol. 18. Lyon : Centre international de recherche sur le cancer; 2022. 1–456 p.
56. Subramaniam A, Fauci JM, Schneider KE, Whitworth JM, Erickson BK, Kim K, et coll. Invasive Cervical Cancer and Screening. *J Low Genit Tract Dis*. Avril 2011;15(2):110–3.
57. Shy K, Chu J, Mandelson M, Greer B, Figge D. Papanicolaou smear screening interval and risk of cervical cancer. *Obstetrics and gynecology*. Déc. 1989;74(6):838–43.
58. Ronco G, Giorgi-Rossi P, Carozzi F, Confortini M, Palma PD, Del Mistro A, et coll. Results at Recruitment From a Randomized Controlled Trial Comparing Human Papillomavirus Testing Alone With Conventional Cytology as the Primary Cervical Cancer Screening Test. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*. 2 avr. 2008;100(7):492–501.
59. Ronco G, Giorgi-Rossi P, Carozzi F, Confortini M, Palma PD, Del Mistro A, et coll. Efficacy of human papillomavirus testing for the detection of invasive cervical cancers and cervical intraepithelial neoplasia: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. Mars 2010;11(3):249–57.
60. Kunos C, Abdul-Karim F, Dizon D, Debernardo R. Cervix uteri. In: Chi D, Dizon D, Berchuck A, Yashar C, editors. *Principles and Practice of Gynecologic Oncology*. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippencott Williams & Wilkins; 2017. p. 467–510.
61. Klopp A, Eifel P, Berek J, Konstantinopoulos P. Cancer of the cervix, vagina and vulva. In: DeVita VJ, Lawrence T, Rosenberg S, editors. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2015. p. 1013–47.
62. Brierley J. *TNM Classification of Malignant Tumours*. 8th edition. 8th ed. Brierley J, Gospodarowicz M, Wittekind C, editors. Hoboken: Wiley Blackwell; 2017.
63. National Cancer Institute. National Cancer Institute. 2022. *Cervical Cancer Stages*.
64. Société canadienne du cancer. *Pronostic et survie pour le cancer du col de l'utérus*. 2023.

65. Tinmouth J, Vella ET, Baxter NN, Dubé C, Gould M, Hey A, et coll. Colorectal Cancer Screening in Average Risk Populations: Evidence Summary. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2016;2016:1–18.
66. Paterson WG, Depew WT, Paré P, Petrunia D, Switzer C, Veldhuyzen Van Zanten SJ, et coll. Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care. Vol. 20, *Can J Gastroenterol*. 2006.
67. Rutter MD, Beintaris I, Valori R, Chiu HM, Corley DA, Cuatrecasas M, et coll. World Endoscopy Organization Consensus Statements on Post-Colonoscopy and Post-Imaging Colorectal Cancer. *Gastroenterology*. Sept 2018;155(3):909-925.e3.
68. Romagnuolo J, Enns R, Ponich T, Springer J, Armstrong D, Barkun AN. Canadian Credentialing Guidelines for Colonoscopy. *Canadian Journal of Gastroenterology*. 2008;22(1):17–22.
69. Tinmouth J, Kennedy EB, Baron D, Burke M, Feinberg S, Gould M, et coll. Colonoscopy quality assurance in Ontario: Systematic Review and Clinical Practice Guideline. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2014;28(5):251–74.
70. Romero R V. Factors influencing quality of bowel preparation for colonoscopy. *World J Gastrointest Endosc*. 2013;5(2):39.
71. McInnis M, Schmidt H, Ang M. Recommendations for the Management of Actionable Incidental Findings in the Ontario Lung Screening Program. Toronto; Avril 2021.
72. Demarco M, Hyun N, Carter-Pokras O, Raine-Bennett TR, Cheung L, Chen X, et coll. A study of type-specific HPV natural history and implications for contemporary cervical cancer screening programs. *EClinicalMedicine*. 22 mai 2020; 22:100293.
73. Cuzick J, Clavel C, Petry KU, Meijer CJLM, Hoyer H, Ratnam S, et coll. Overview of the European and North American studies on HPV testing in primary cervical cancer screening. *Int J Cancer*. 1er sept. 2006; 1;119(5):1095–101.
74. Stoler MH. Interobserver Reproducibility of Cervical Cytologic and Histologic Interpretations: Realistic Estimates From the ASCUS-LSIL Triage Study. *JAMA*. 21 mars 2001;285(11):1500.
75. Gouvernement de l'Ontario. L'Ontario accroit les soins de santé numériques et virtuels. 2019.
76. Brooks J, Nabi H, Andrulis I, Antoniou A, Chiquette J, Després P, et coll. Personalized Risk Assessment for Prevention and Early Detection of Breast Cancer: Integration and Implementation (PERSPECTIVE I&I). *J Pers Med*. 4 juin 2021;11(6):511.