



Santé Ontario
Action Cancer Ontario



Rapport sur le rendement du dépistage du cancer en Ontario 2020

Février 2021



Avant-propos

Le cancer est la principale cause de décès en Ontario. Un Ontarien sur quatre mourra de cette maladie et près d'une personne sur deux développera un cancer au cours de sa vie. La hausse du nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués s'explique essentiellement par le vieillissement de la population. Pour remédier à ce problème de santé publique constant, Santé Ontario (Action Cancer Ontario), en partenariat avec le ministère ontarien de la Santé, administre trois programmes structurés de dépistage du cancer : le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus, le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein et ContrôleCancerColorectal. Ces programmes visent à réduire la mortalité et la morbidité associées aux cancers du col de l'utérus, du sein et colorectal.

En outre, ils ont également pour objectif :

- d'accroître la participation aux examens de dépistage;
- d'améliorer le suivi des participants recevant des résultats anormaux;
- d'améliorer la qualité et la pertinence des examens de dépistage.

Le Rapport sur le rendement du dépistage du cancer en Ontario 2020 constitue une mise à jour du *Rapport sur le rendement du dépistage du cancer en Ontario 2016*, qui fut le premier document à regrouper des données sur le rendement des trois programmes de dépistage dans un seul et même rapport. À l'image du rapport de l'année 2016, qui regroupait l'ensemble des données collectées jusqu'en 2014, le rapport de l'année 2020 fait état des données recueillies jusqu'en 2018.

Le rapport 2020 détaille également les améliorations apportées aux programmes ontariens de dépistage du cancer depuis la publication du rapport de l'année 2016, telles que les lancements respectifs en juin 2017 et en juin 2019 du Projet pilote de dépistage du cancer du poumon pour les personnes à haut risque et du test immunochimique fécal pour le dépistage des personnes présentant un risque moyen de développer un cancer.

Les conclusions du présent rapport permettront de renforcer sans cesse nos programmes afin qu'ils répondent aux besoins des Ontariens, en vertu des normes internationales relatives aux programmes structurés de dépistage du cancer. À l'avenir, il est prévu de mettre en œuvre le test du virus du papillome humain (VPH) comme test de dépistage recommandé pour le cancer du col de l'utérus en Ontario, d'élaborer et de concevoir un programme de dépistage du cancer colorectal pour les personnes atteintes ou présentant un risque d'être atteinte du syndrome de Lynch, d'améliorer la participation au dépistage des personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal et le suivi des personnes recevant des résultats anormaux, et de transformer le Projet pilote de dépistage du cancer du poumon en programme.

Avec l'aide de nos partenaires du ministère de la Santé, nous œuvrons à réduire le fardeau du cancer en Ontario par l'élaboration, la mise en œuvre et l'application de programmes structurés de dépistage du cancer.

Linda Rabeneck, M.D. M.P.H. FRCPC

Vice-présidente, Prévention et lutte contre le cancer, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Remerciements

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

- D^{re} Chamila Adhietty, M.P.H., Ph.D.
- D^r Eta Ashu, Ph.D.
- Dana Boehling, B.Sc.
- Caroline Bravo, M.Sc.
- D^{re} Anna M. Chiarelli, M.Sc.S., Ph.D.
- Simon Chen, M.Sc.
- Katheryn Churchill, M.Sc.
- Melissa Coulson, M.B.A., PMP
- D^{re} Gail Darling, M.D., FRCSC, FACS
- Lauren Della Mora, M.P.H.
- D^{re} Catherine Dubé, M.D., M.Sc., FRCPC
- Michelle Dueckman, M.P.H.
- Gabriela Espino, M.A., M.Sc.
- D^{re} Samantha Fienberg, M.D., FRCPC
- Julia Gao, M.Sc.
- Krystal Hartman, M.P.H.
- Nathaniel Jembere, M.P.H.
- Shivali Kaushal, M.P.H.
- Liz Koen, B.Sc. (hon.), PMP
- D^{re} Rachel Kupets, M.Sc., M.D., FRCSC
- Jenny Lass, M.A.
- Yingzi Li, M.Sc.
- D^{re} Michelle Lloyd, M.Sc., Ph.D.
- Sandani Marasinghe, M.P.H.
- Bronwen McCurdy, M.P.H.
- Caitlin McGarry, M.Sc.
- Beth Miller, M.P.H.
- D^{re} Jessica Moffatt, Ph.D.
- D^{re} Joan Murphy, M.D., FRCSC
- Katerina Podolak, M.Sc.
- Ayesha Salleh, M.Sc.
- D^{re} Heidi Schmidt, M.D., FRCPC
- Anisha Sivathas, B.Sc.
- Christine Stogios, M.Sc. PT
- Sunita Surendra, M.P.H.
- D^r Martin Tammemägi, Ph.D.
- D^{re} Jill Tinmouth, M.D., Ph.D., FRCPC
- Kyle Tsang, M.Sc.S.
- D^{re} Meghan Walker, Ph.D.
- Li Wang, M.D., M.Sc.

Surveillance et registre des cas de cancer

- Aniq Anam, M.Sc.
- D^r Prithwish De, Ph.D.

Citation suggérée

L'information figurant dans le présent rapport peut être copiée ou reproduite sans autorisation, à condition d'en indiquer la source :

Santé Ontario (Action Cancer Ontario). Rapport sur le rendement du dépistage du cancer en Ontario 2020. Toronto : Santé Ontario; 2021.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Avant-propos | 2 |
| Résumé..... | 7 |
| Rendement et réalisations des programmes..... | 7 |
| Orientations futures..... | 10 |
| Fardeau de la maladie | 13 |
| Tendances temporelles du fardeau du cancer en Ontario | 13 |
| Programmes ontariens de dépistage du cancer : vue d'ensemble..... | 18 |
| Dépistage structuré du cancer..... | 18 |
| Cadre d'évaluation intégré et indicateurs | 19 |
| Programmes ontariens de dépistage du cancer | 20 |
| Limites et dangers du dépistage | 27 |
| Participation éclairée | 27 |
| Rendement du dépistage du cancer en Ontario : 2014 à 2018..... | 29 |
| Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) : risque moyen | 29 |
| Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) : risque élevé..... | 41 |
| Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU) | 47 |
| ContrôleCancerColorectal (CCC) | 56 |
| Orientations futures..... | 65 |
| Mise en œuvre du test de détection du virus du papillome humain (VPH) | 65 |
| Dépistage du cancer du poumon pour les personnes à haut risque | 66 |
| Dépistage du cancer colorectal chez les personnes à risque accru ou à haut risque..... | 67 |
| Étude d'évaluation personnalisée du risque de cancer du sein | 69 |
| Expansion du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS)..... | 69 |
| Annexe 1 : Tableaux de données..... | 71 |
| Incidence et mortalité du cancer en Ontario..... | 72 |

| | |
|---|--------------|
| Ontario Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) | 76 |
| Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les femmes présentant un risque élevé | 84 |
| Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU) | 88 |
| ContrôleCancerColorectal (CCC) | 93 |
| Annexe 2 : Méthodologie des indicateurs..... | 100 |
| Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) | 100 |
| Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les femmes présentant un risque élevé | 114 |
| Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU) | 122 |
| ContrôleCancerColorectal (CCC) | 140 |
| Annexe 3 : Descriptions des figures..... | 156 |
| Références | 16060 |



Résumé

Il est essentiel de mettre en œuvre des programmes structurés de dépistage du cancer efficaces pour réduire le fardeau du cancer en Ontario. Afin de mettre pleinement à profit le dépistage structuré du cancer, les programmes doivent présenter des taux élevés de participation et de fidélisation des populations cibles. Santé Ontario (Action Cancer Ontario) conseille la province dans le domaine du cancer. Santé Ontario (Action Cancer Ontario) planifie, met en œuvre, administre et évalue trois programmes de dépistage du cancer : le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS), le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU) et ContrôleCancerColorectal (CCC). En outre, Santé Ontario (Action Cancer Ontario) planifie, met en œuvre, administre et évalue de nouveaux programmes tels que le Projet pilote de dépistage du cancer du poumon pour les personnes à haut risque. Les programmes ontariens de dépistage du cancer se conforment aux exigences du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) dans ce domaine.

Avant 2016, chaque programme ontarien de dépistage du cancer publiait son propre rapport de rendement. Le premier *Rapport sur le rendement du dépistage du cancer en Ontario*, publié en 2016, regroupait l'ensemble des données de rendement des trois programmes collectées jusqu'en 2014, en mettant l'accent sur les taux de participation et de fidélisation. Le *Rapport sur le rendement du dépistage du cancer en Ontario 2020*, quant à lui, fait état des données de rendement recueillies entre 2014 et 2018.

Rendement et réalisations des programmes

Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS)

Entre 2000 et 2018, le taux de participation au dépistage du cancer du sein allait de 61 % à 66 %, valeur maximale atteinte en 2009-2010. Entre 2012 et 2018, le taux de fidélisation a décliné, avec seulement 77 % de participants passant une nouvelle mammographie dans un délai de 30 mois en 2018 contre 83 % en 2012. Les programmes structurés de dépistage du cancer permettent notamment aux personnes recevant des résultats anormaux de bénéficier d'un suivi rapide. Entre 2000 et 2018, plus de 90 % des femmes chez lesquelles la mammographie a révélé une anomalie ont fait l'objet d'un suivi dans les six mois. De 2014 à 2018, le taux de suivi dans un délai de cinq semaines des femmes ayant reçu des résultats anormaux à leur mammographie qui n'ont pas eu besoin de se soumettre à une biopsie des tissus mammaires était supérieur à l'objectif de rendement national de 90 % ou plus (1). Le taux de suivi dans un délai de sept semaines des femmes ayant reçu des résultats anormaux à leur mammographie qui ont eu besoin de se soumettre à une biopsie des tissus mammaires demeurait problématique et en deçà de l'objectif de rendement national de 90 % ou plus (1), puisqu'il s'élevait à

76 % en 2018. Toutefois, la province canadienne de l'Ontario se classe parmi les trois premiers rangs de cet indicateur (1) et Santé Ontario (Action Cancer Ontario) continue de trouver des solutions pour améliorer son rendement. Entre 2014 et 2018, la valeur prédictive positive (VPP) de la mammographie est restée stable, à 4 % et à 8%, respectivement, pour les dépistages initiaux et les dépistages subséquents.

Programme ontarien de dépistage du cancer du sein pour les femmes présentant un risque élevé (PODCS)

Le PODCS pour les femmes présentant un risque élevé est le premier et seul programme structuré de dépistage du cancer du sein dans la population pour les femmes présentant un risque élevé de développer un cancer du sein au Canada. Le taux de fidélisation de ce programme a augmenté au cours de ces dernières années, passant de 70 % en 2015 à 77 % en 2017. Le taux global de rappel pour anomalie auprès des participantes du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé a diminué entre 2013 et 2018, période durant laquelle il est passé de 25 % à 19 %. Il se peut que cette baisse ait été causée par la hausse de la proportion des dépistages subséquents (au lieu de dépistages initiaux) réalisés dans le cadre du programme. Au sein du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé, la valeur prédictive positive (VPP) combinée des dépistages initiaux et des dépistages subséquents a augmenté entre 2013 et 2017, passant de 6 % à 7 % sur cette période. Le pourcentage de femmes ayant été dépistées dans les 90 jours suivant la confirmation de leur statut de risque élevé a diminué entre 2014 (55 %) et 2016 (44 %) avant de repartir à la hausse pour atteindre 59 % en 2018.

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

Le dépistage opportuniste du cancer du col de l'utérus a débuté en Ontario dans les années 1960 avec l'avènement du test Pap. En 1997, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a alloué des fonds à Action Cancer Ontario pour la mise en œuvre d'un programme structuré de dépistage du cancer du col de l'utérus. Le PODCCU a été lancé en 2000 et a contribué encore davantage à la baisse de l'incidence et de la mortalité du cancer du col de l'utérus observée suite à l'adoption du test Pap.

Lors du lancement du programme en 2000, 59 % des Ontariennes admissibles étaient dépistées pour le cancer du col de l'utérus. La participation à ce programme a culminé à 67 % entre 2007 et 2009, et s'est stabilisée à 60 % entre 2013 et 2015 et entre 2016 et 2018. Le taux de fidélisation du PODCCU a diminué entre 2011 (71 %) et 2014 (60 %). La baisse du taux de fidélisation observée à partir de 2013 a coïncidé avec les modifications apportées aux lignes directrices provinciales relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus, et notamment l'extension recommandée de l'intervalle entre les tests Pap à un tous les trois ans.

Le suivi des résultats anormaux n'a pas cessé d'augmenter entre 2000, année du lancement du PODCCU, et 2018. En 2018, 86 % des femmes pour lesquelles le test Pap a révélé des lésions de haut grade ont reçu un suivi approprié dans un délai de six mois, contre 49 % en 2000. À l'instar d'autres régions du monde, l'Ontario travaille activement à la planification du remplacement du test Pap par le test de détection du virus du papillome humain (VPH). Le test VPH est plus sensible que le test Pap (c.-à-d. le test VPH permet de repérer plus précisément les personnes présentant un risque de développer un cancer du col de l'utérus). En tant que test de dépistage recommandé pour le cancer du col de l'utérus, le test VPH permettra de mieux détecter les lésions précancéreuses et de renseigner plus précisément les besoins d'orienter les personnes vers une coloscopie lorsqu'il est associé à une cytologie de triage appropriée (un examen subséquent réalisé chez les personnes ayant obtenu un résultat positif au test VPH pour déterminer la marche à suivre).

ContrôleCancerColorectal (CCC)

Plusieurs indicateurs majeurs du programme ContrôleCancerColorectal se sont sensiblement améliorés entre 2008, année de son lancement, et 2018. Le pourcentage de personnes en retard pour le dépistage du cancer colorectal a baissé (c.-à-d. s'est amélioré) entre 2008 et 2018, passant de 50 % à 38 %. L'indicateur de l'Ontario se situe en deçà de l'objectif de rendement européen, qui ne doit pas dépasser 55 % (2). Le pourcentage de personnes n'ayant pas effectué une coloscopie de suivi dans les six mois suivant l'obtention d'un résultat anormal au test de RSOSg a également baissé (c.-à-d. s'est amélioré) entre 2008 et 2018, en passant de 37 % à 20 %. Par ailleurs, le nombre d'événements indésirables liés à la coloscopie a diminué en Ontario, y compris le taux de perforation. Entre 2014 et 2018, le taux de perforation ontarien est resté constamment inférieur aux objectifs national et européen de rendement minimal de moins d'une coloscopie sur mille (3,4).

Lancement du test immunochimique fécal (TIF)

Le 24 juin 2019, le programme ContrôleCancerColorectal a adopté le TIF comme test de dépistage recommandé pour les personnes présentant un risque moyen de développer un cancer colorectal. Le TIF est adopté en remplacement du test de recherche de sang occulte dans les selles au gâïac (RSOSg) en raison de sa meilleure capacité de détection du cancer et des polypes précancéreux(5). Le TIF est plus facile à utiliser que la RSOSg; l'une des raisons étant qu'il ne nécessite qu'un seul échantillon de selles et n'oblige pas les patients à changer leurs habitudes alimentaires ou leur traitement médicamenteux. En outre, des études ont révélé que les patients préfèrent le TIF à la RSOSg. L'adoption du TIF engendre donc une plus grande participation au dépistage du cancer colorectal (5).

Orientations futures

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

Santé Ontario (Action Cancer Ontario) s'associe au ministère de la Santé pour mettre en œuvre le test VPH en tant que test de dépistage recommandé pour le cancer du col de l'utérus et dans les services de colposcopie. Le test VPH, qui permet de repérer les personnes présentant un risque de développer un cancer du col de l'utérus, est plus précis que le test Pap auquel nous avons recours actuellement.

Aux fins d'appui de la mise en œuvre du test VPH, une stratégie globale d'éducation et de gestion du changement est en train d'être élaborée pour aider les participants et les fournisseurs de soins de santé à réussir cette transition. En 2016, le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU) a créé une communauté de pratique provinciale de la colposcopie, à savoir une plateforme qui sert à encourager et soutenir le dialogue entre colposcopistes et autres fournisseurs de soins de santé participant aux services de colposcopie de la province. La communauté de pratique pour la colposcopie jouera un rôle majeur dans la consultation des fournisseurs de services de colposcopie tout au long de la transition vers le test VPH en Ontario. Santé Ontario (Action Cancer Ontario) renforcera également les initiatives d'amélioration de la qualité du système de colposcopie grâce à la mise en œuvre de rapports de qualité pour les établissements et les fournisseurs.

Dépistage du cancer colorectal chez les personnes à risque accru ou à haut risque

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) présentent un risque accru de développer cette maladie. Le programme ContrôleCancerColorectal recommande actuellement aux personnes n'ayant aucun symptôme et présentant un risque accru de développer un cancer colorectal de se faire dépister au moyen d'une coloscopie dès l'âge de 50 ans, ou 10 ans avant l'âge auquel leur parent au premier degré a reçu son diagnostic, selon la première de ces éventualités. À l'heure actuelle, Santé Ontario (Action Cancer Ontario) évalue des données cliniques et travaille avec des spécialistes en vue de mettre à jour les recommandations de dépistage adressées aux personnes présentant un risque accru de développer un cancer colorectal.

En 2018, préalablement à son intégration à Santé Ontario, Action Cancer Ontario a réalisé une synthèse des données disponibles sur le syndrome de Lynch, maladie qui accroît fortement le risque de cancer colorectal. Cette synthèse de données visait à éclairer la mise au point de recommandations de dépistage et de stratégies de réduction des risques pour les personnes atteintes ou risquant d'être atteintes du syndrome de Lynch. Au cours des prochaines années, Santé Ontario (Action Cancer Ontario) s'appuiera sur les conclusions de cette synthèse de données et les recommandations du groupe de

spécialistes pour orienter l'élaboration du programme ontarien de dépistage du cancer colorectal chez les personnes atteintes ou risquant d'être atteintes du syndrome de Lynch.

Amélioration de la participation au dépistage des personnes présentant un risque moyen et du suivi des résultats anormaux

Dans le cadre du programme ContrôleCancerColorectal, les fournisseurs de soins primaires sont actuellement tenus de commander eux-mêmes les trousse de TIF pour que celles-ci soient envoyées par courrier à leurs patients admissibles. Les fournisseurs de soins primaires sont également chargés d'orienter les personnes recevant des résultats de TIF anormaux vers des services de coloscopie de suivi. Les données recueillies en Ontario et dans d'autres régions démontrent que l'envoi direct par courrier des trousse de TIF aux personnes admissibles au dépistage peut contribuer à l'amélioration du taux de participation. Pour mettre en œuvre cet envoi par courrier sans passer par les fournisseurs de soins primaires, il nous faudra apporter des modifications au programme ContrôleCancerColorectal et organiser le suivi des personnes recevant des résultats anormaux. Ainsi, la procédure d'orientation centralisée des personnes recevant des résultats anormaux sera mise en œuvre avant l'envoi direct par courrier des trousse de TIF.

De 2017 à 2019, préalablement à son intégration à Santé Ontario, Action Cancer Ontario a mené un projet pilote en deux phases pour cerner les possibilités d'amélioration du suivi des résultats anormaux obtenus au dépistage du cancer colorectal. La première phase a consisté en une évaluation qualitative des motifs de non-suivi par coloscopie après l'obtention d'un résultat anormal à la RSOSg. La seconde phase, quant à elle, a visé à étudier l'utilisation de l'orientation centralisée comme moyen d'amélioration du suivi par coloscopie. Les conclusions de ces travaux éclaireront les futures stratégies d'amélioration du suivi des résultats anormaux au TIF par coloscopie, y compris la procédure d'orientation des personnes recevant des résultats anormaux vers la coloscopie.

Dépistage du cancer du poumon pour les personnes à haut risque

Préalablement à son intégration à Santé Ontario, Action Cancer Ontario a lancé le Projet pilote de dépistage du cancer du poumon pour les personnes à haut risque (ci-après « le Projet pilote ») en juin 2017 dans quelques hôpitaux ontariens. Le Projet pilote vise principalement à évaluer la mise en œuvre du dépistage structuré du cancer du poumon en Ontario chez les personnes présentant un risque élevé de développer cette maladie. Le Projet pilote se compose notamment d'une évaluation des risques visant à déterminer l'admissibilité au dépistage, d'un modèle exhaustif d'intervenants-pivots de dépistage soutenant les participants tout au long du parcours de dépistage, de services de renoncement au tabac offerts à tous les fumeurs orientés vers le Projet pilote et d'un solide programme d'assurance de la qualité des services de radiologie. Le Projet pilote, qui prendra fin en mars 2021, fera l'objet d'une

évaluation et les conclusions de cette dernière éclaireront le processus de mise en application du programme. Les résultats de l'évaluation intermédiaire du Projet pilote sont extrêmement prometteurs, illustrés notamment par des taux élevés de suivi du programme de renoncement au tabac et de détection des cancers du poumon à un stade précoce (6).

Étude d'évaluation personnalisée du risque de cancer du sein

Les chercheurs de Santé Ontario (Action Cancer Ontario) se sont associés à des chercheurs d'autres régions du Canada et du monde pour mener un projet de dépistage du cancer du sein fondé sur le risque individuel à grande échelle. Ils étudieront une vaste cohorte de femmes en vue d'établir une méthode de calcul de leur niveau de risque personnel de développer un cancer du sein et de leur fournir des renseignements qui leur permettront de prendre des décisions éclairées quant au dépistage de cette maladie. Ces recherches permettront d'étudier dans quelle mesure l'évaluation personnalisée du risque, et notamment les tests génétiques, peut modifier la pratique du dépistage du cancer du sein, et de garantir une meilleure allocation des ressources humaines et financières.



Fardeau de la maladie

Tendances temporelles du fardeau du cancer en Ontario

Remarque : Au moment de la parution du présent rapport, les dernières données accessibles sur l'incidence et la mortalité en Ontario remontaient à 2017.

En 2017, 28,4 % des décès en Ontario étaient attribuables au cancer(7). Il a également causé 1,5 fois plus de décès que les maladies cardiaques et 5,2 fois plus de décès que les blessures involontaires, à savoir les deux autres causes de mortalité les plus courantes dans la province (7). Les coûts des soins de cancérologie offerts en Ontario ont augmenté entre 2005 et 2012, passant de 1 milliard à 2,6 milliards de dollars sur cette période (8).

Les Premières nations de l'Ontario sont quant à elles confrontées à des iniquités en matière d'incidence et de mortalité du cancer. Le [Rapport sur le rendement du dépistage du cancer en Ontario 2016](#) réaffirmait la nécessité d'évaluer le fardeau du cancer chez les Premières nations de l'Ontario (9). À la suite de la publication de ce rapport, l'Unité pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones de Santé Ontario (Action Cancer Ontario), en partenariat avec Chiefs of Ontario et l'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), a publié [un rapport sur le fardeau du cancer chez les Premières nations de l'Ontario](#) (10).

Par le passé, les rapports de Santé Ontario (Action Cancer Ontario) sur le fardeau du cancer se sont intéressés à la morbidité et à la mortalité de cette maladie. Cependant, il est nécessaire d'avoir une bonne connaissance des aspects économique et sanitaire du fardeau de la maladie pour le comprendre de manière approfondie. La présente section porte sur les données relatives aux aspects économique et sanitaire du fardeau du cancer en Ontario, en s'intéressant notamment aux trois programmes structurés de dépistage du cancer de la province.

Fardeau sanitaire du cancer en Ontario

Sur le plan sanitaire, l'accent est mis sur le fardeau que constituent les répercussions physiques et mentales de la maladie, notamment son incidence et sa mortalité ainsi que les tendances associées.

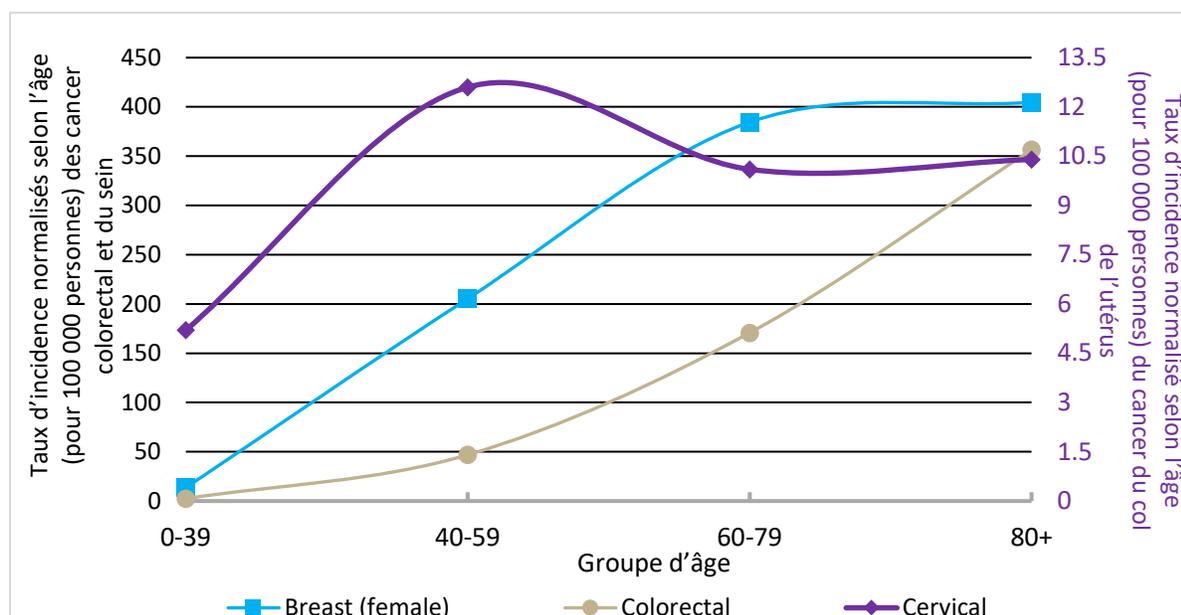
Incidence globale du cancer en Ontario en 2016

En 2016, le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) de tous les cancers combinés était de 504,2 nouveaux cas pour 100 000 personnes. Le taux d'incidence du cancer en Ontario demeure stable depuis 2001(11).

Incidence des cancers colorectal, du sein et du col de l'utérus en Ontario en 2016

En 2016, le TINA du cancer du sein était de 129,1 nouveaux cas pour 100 000 femmes. Pour le cancer colorectal, il était de 52,7 nouveaux cas pour 100 000 personnes. Le TINA du cancer du col de l'utérus, quant à lui, était de 8,2 nouveaux cas pour 100 000 personnes. En dehors du cancer du col de l'utérus, l'incidence a crû avec l'âge et était la plus élevée chez les personnes âgées de 80 ans ou plus (Figure 1). L'incidence du cancer du col de l'utérus était la plus élevée chez les femmes âgées de 40 à 59 ans.

Figure 1 : Taux d'incidence des cancers colorectal, du col de l'utérus et du sein chez les femmes selon le groupe d'âge, en Ontario, en 2016



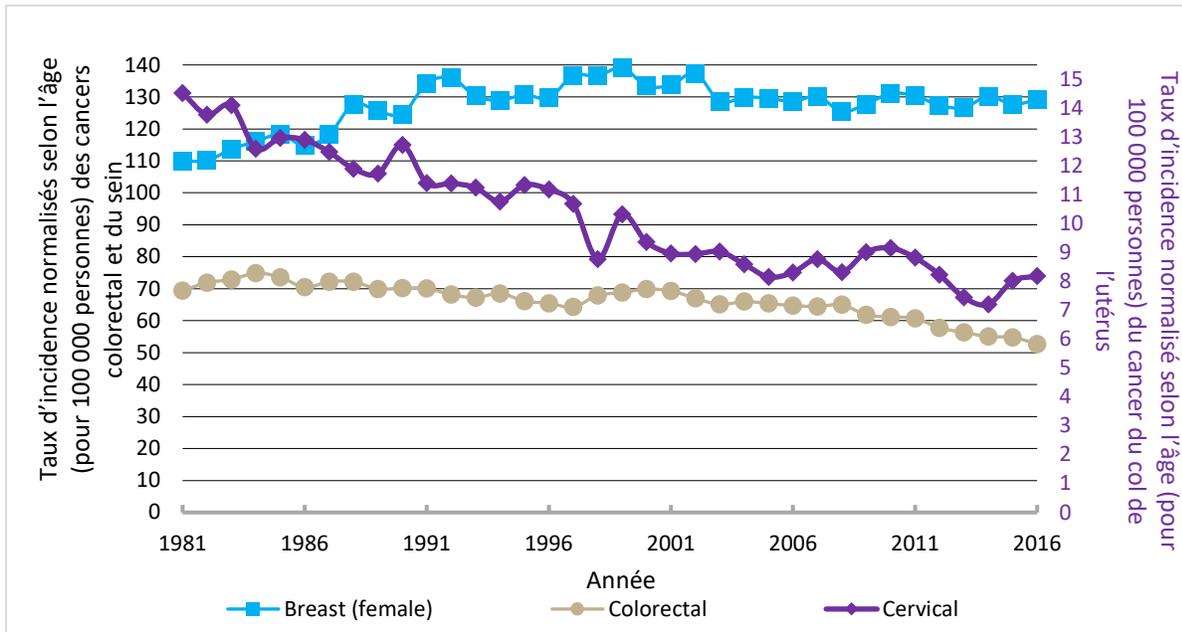
Source des données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Analyse de : Surveillance, analyses et informatique, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

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

Le taux d'incidence normalisé selon l'âge (TINA) du cancer du sein chez les Ontariennes n'a cessé de diminuer depuis 1992 (Figure 2). Le TINA du cancer colorectal chez les hommes et les femmes combinés a baissé entre 2008 et 2016 (Figure 2). L'incidence du cancer du col de l'utérus a également diminué entre 1981 et 2016 (Figure 2).

Figure 2 : Taux d'incidence des cancers colorectal, du col de l'utérus et du sein chez les femmes, en Ontario, 1981-2016



Remarque : Les taux sont exprimés pour 100 000 personnes et sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 2011.

Source des données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Analyse de : Surveillance, analyses et informatique, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

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

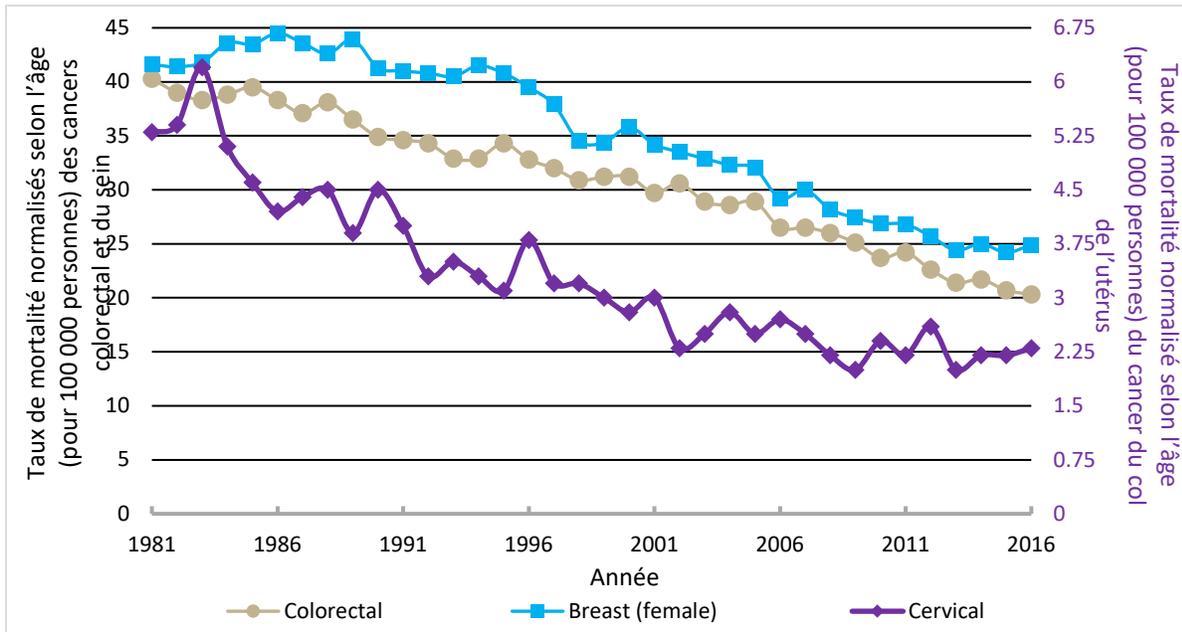
Mortalité globale du cancer en Ontario en 2016

En 2016, le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) de tous les cancers combinés était de 190 décès pour 100 000 personnes. Dans l'ensemble, la mortalité du cancer en Ontario est en déclin depuis trois décennies. Ce déclin s'est essentiellement amorcé à partir du début des années 2000(11).

Mortalité des cancers colorectal, du sein et du col de l'utérus en Ontario en 2016

En 2016, le TMNA du cancer du sein chez les femmes était de 24,9 décès pour 100 000 femmes, alors que ceux du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus étaient de 20,3 décès pour 100 000 personnes et de 2,3 décès pour 100 000 femmes, respectivement (Figure 3). Le taux de mortalité des trois cancers a crû avec l'âge et était le plus élevé chez les personnes âgées de 80 ans ou plus (Figure 4).

Figure 3 : Taux de mortalité des cancers colorectal, du col de l'utérus et du sein chez les femmes, en Ontario, 1981-2016



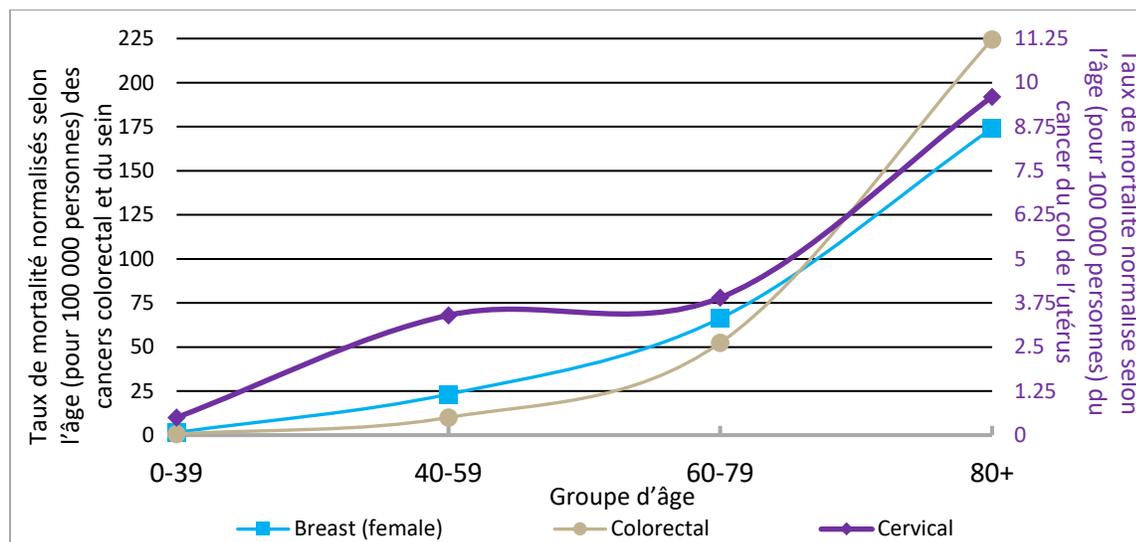
Remarque : Les taux sont exprimés pour 100 000 personnes et sont ajustés en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 2011.

Source des données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Analyse de : Surveillance, analyses et informatique, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

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

Figure 4 : Taux de mortalité des cancers colorectal, du col de l'utérus et du sein chez les femmes selon le groupe d'âge, en Ontario, en 2016



Source des données : Registre des cas de cancer de l'Ontario (décembre 2018), Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

Analyse de : Surveillance, analyses et informatique, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)

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

Fardeau économique du cancer en Ontario

Sur le plan économique, l'accent est mis sur le fardeau que constituent les répercussions financières du cancer sur les ménages, les sociétés ou les systèmes de santé. Ce fardeau peut être direct (p. ex., dépenses), indirect (p. ex., perte de productivité) ou psychosocial (p. ex. stress ou anxiété). En 2012, les coûts engendrés par les soins de cancérologie dispensés aux Ontariens se chiffraient à 2,6 milliards de dollars, soit une hausse de 15,1 % par rapport à 2011 (8).

Le cancer est la première cause de mortalité en Ontario, les cancers colorectal, du poumon, du sein et de la prostate étant à l'origine de 50 % des décès causés par le cancer dans la région en 2016 (12). Le nombre de décès attribuables au cancer devrait croître dans les années à venir(12).

Près d'un Ontarien sur deux devrait recevoir un diagnostic de cancer au cours de sa vie, la probabilité de développer un cancer étant comparable chez l'homme et la femme (12). En Ontario, les cancers colorectal, du poumon, du sein (chez la femme) et de la prostate représentent près de 50 % des nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 2016 (12). Pour quelques cancers fréquents, la détection précoce s'améliore avec le temps, à l'exception notable du cancer du col de l'utérus (12). Santé Ontario (Action Cancer Ontario) publie tous les deux ans un rapport consacré aux statistiques sur le cancer qui fournit des données exhaustives sur l'incidence, la mortalité, la survie et la prévalence du cancer. Le dernier rapport, intitulée [Statistiques sur le cancer en Ontario 2020](#) a été publié en août 2020.



Programmes ontariens de dépistage du cancer : vue d'ensemble

Le dépistage efficace et le diagnostic plus précoce sont essentiels à la réduction des répercussions du cancer. Le dépistage dans la population générale asymptomatique permet de détecter des changements précancéreux ou des cancers à un stade précoce, lorsque le traitement est plus susceptible d'être efficace (13). Afin qu'ils soient pleinement mis à profit, les programmes structurés de dépistage du cancer doivent présenter des taux élevés de participation et de fidélisation des populations cibles.

Dépistage structuré du cancer

En tant que conseiller privilégié du gouvernement ontarien dans le domaine du cancer, Santé Ontario (Action Cancer Ontario) planifie, élabore, met en œuvre, administre et évalue les programmes de dépistage du cancer de la province. Fondés sur les données probantes publiées et des travaux de recherche de haute qualité, le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS), le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU) et ContrôleCancerColorectal sont les seuls programmes de dépistage du cancer mis en œuvre dans l'ensemble de la province.

Exigences d'un programme structuré de dépistage

Conformément aux recommandations du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), les programmes ontariens structurés de dépistage du cancer devraient présenter les caractéristiques suivantes (20, 56) :

- une politique de dépistage explicite établissant des catégories d'âge, des méthodes et des intervalles de dépistage qui lui sont propres;
- une population cible définie;
- une équipe de direction responsable de la mise en œuvre du programme de dépistage;
- une équipe soignante responsable des prises de décisions et des soins;
- une structure d'assurance de la qualité;
- une méthode de détection du cancer dans la population générale.

Cadre d'évaluation intégré et indicateurs

En 2008, avec l'aide d'Action Cancer 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 (Tableau 1) (14). Ce cadre a été adopté par d'autres programmes de dépistage (14). Il vise à favoriser l'uniformisation de la présentation, du calcul et de l'interprétation des mesures de rendement clés des programmes de dépistage du cancer (14). Le cadre recense cinq domaines de rendement clés du parcours de dépistage, chacun d'entre eux possédant leurs propres indicateurs. Le présent rapport y a recours pour présenter les données fournies par les indicateurs de rendement clés des programmes de dépistage du cancer.

Tableau 1 : Cadre d'évaluation des programmes de dépistage du cancer (Groupe de travail sur les mesures de rendement en matière de dépistage) (14)

| Domaine | Mesures de rendement recommandées |
|---|--|
| Couverture | Participation Fidélisation |
| Suivi | Proportion des résultats anormaux Suivi des résultats anormaux Intervalle de diagnostic (temps écoulé entre l'obtention d'un résultat anormal au test de dépistage et le diagnostic) |
| Qualité du dépistage | Sensibilité du test de dépistage Valeur prédictive positive du test de dépistage |
| Détection | Taux de détection des changements précancéreux Taux de détection des cancers invasifs |
| Étendue de la maladie au moment du diagnostic | Taux de détection des cancers invasifs à un stade précoce |

Programmes ontariens de dépistage du cancer

Tableau 2 : Récapitulatif des programmes ontariens de dépistage du cancer

| Programme de dépistage | Population cible | Test de dépistage | Intervalle de dépistage |
|---|---|---|--|
| Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) | Femmes âgées de 50 à 74 ans | Mammographie | Tous les deux ans pour la majorité des femmes* |
| PODCS pour les femmes présentant un risque élevé | Femmes âgées de 30 à 69 ans satisfaisant aux critères d'admissibilité du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé | Mammographie et imagerie par résonance magnétique** | Tous les ans |
| Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU) | Toutes les personnes ayant un col de l'utérus âgées de 21 à 70 ans*** qui ont ou qui ont déjà eu une activité sexuelle | Cytologie (test Pap) | Tous les trois ans |
| Contrôle Cancer Colorectal (risque moyen) | Personnes âgées de 50 à 74 ans | TIF | Tous les deux ans |
| Contrôle Cancer Colorectal (risque accru) | Personne avec au moins un parent au premier degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal† | Coloscopie | Tous les 5 à 10 ans ^y |

* Une femme pourrait recevoir un rappel annuel pour les motifs suivants : signes pathologiques documentés de lésions à haut risque, antécédents personnels de cancer ovarien, au moins deux parents (femmes) au premier degré ayant reçu un diagnostic de cancer du sein à tout âge, un parent (femme) 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 (homme) ayant reçu un diagnostic de cancer du sein à tout âge, densité mammaire $\geq 75\%$ au moment de l'examen de dépistage ou recommandation du radiologiste au moment de l'examen de dépistage.

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

*** Bien que le PODCCU recommande actuellement de commencer le dépistage à partir de 21 ans, quelques provinces et pays entament le dépistage à partir de 25 ans. Le PODCCU soutient tous les fournisseurs de soins de santé qui souhaitent initier un dépistage cytologique à partir de 25 ans durant la période de transition vers le test VPH. Ce changement est conforme aux données probantes récentes et aux recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

† La définition de « risque accru de développer un cancer colorectal » est en cours de révision.

^v 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 se faire dépister tous les cinq ans, alors que celles avec un parent au premier degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal à 60 ans ou plus doivent se faire dépister tous les dix ans, sauf si elles doivent effectuer une coloscopie de surveillance à des intervalles rapprochés.

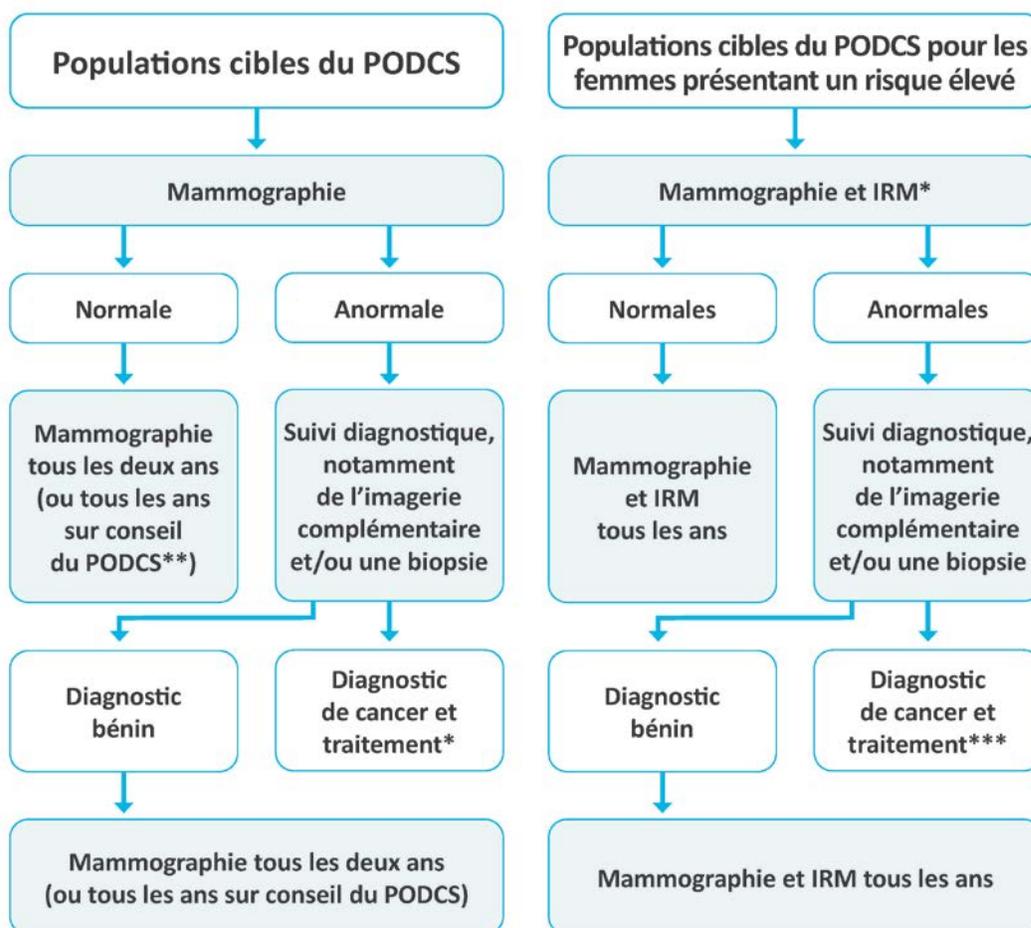
Tableau 3 : Critères d'admissibilité par programme de dépistage

| Programme de dépistage | Critères d'admissibilité |
|---|---|
| Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) | <p>Les femmes âgées de 50 à 74 ans* qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ne présentent aucun symptôme de cancer du sein; • n'ont pas d'antécédents personnels de cancer du sein; • n'ont pas d'implants mammaires à l'heure actuelle; • n'ont pas subi de mastectomie; • n'ont pas passé de mammographie de dépistage au cours des 11 derniers mois. <p>Les femmes de plus de 74 ans peuvent continuer à se faire dépister par mammographie tous les deux ans dans le cadre du programme sur orientation de leur fournisseur de soins primaires, mais elles ne recevront plus de rappel automatique. Elles sont invitées à prendre leur propre décision au sujet du dépistage du cancer du sein en consultation avec leur fournisseur de soins primaires.</p> |
| PODCS pour les femmes présentant un risque élevé | <p>Les femmes âgées de 30 à 69 ans qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ont été orientées par leur médecin; • ne présentent aucun symptôme de cancer du sein; • font partie d'une des catégories de risque répertoriées ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> • Femmes porteuses de mutations génétiques qui accroissent leurs risques de développer un cancer du sein (p. ex. mutations des gènes BRCA1, BRCA2, TP53, PTEN et/ou CDH1); • Femmes 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, PTEN et/ou CDH1); • Femmes présentant un risque à vie $\geq 25\%$ 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 Breast and Ovarian Analysis of Disease Incidence and Carrier Estimation |

| Programme de dépistage | Critères d'admissibilité |
|---|--|
| | <p>Algorithm [BOADICEA]);</p> <ul style="list-style-type: none"> Femmes qui ont reçu une radiothérapie de la poitrine avant l'âge de 30 ans et il y a au moins 8 ans. <p>Le PODCS pour les femmes présentant un risque élevé n'accepte aucune nouvelle participante âgée de plus de 70 ans. Cependant, si des participantes font déjà partie du programme à leur 70^e anniversaire, le programme continuera de leur faire passer une mammographie de dépistage chaque année jusqu'à leur 74^e anniversaire</p> <p>Les participantes du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé âgées de plus de 74 ans peuvent continuer à se faire dépister par mammographie tous les ans dans le cadre du programme sur orientation de leur fournisseur de soins primaires, mais elles ne recevront plus de rappel automatique. Elles sont invitées à prendre leur propre décision au sujet du dépistage du cancer du sein en consultation avec leur fournisseur de soins primaires.</p> |
| Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU) | <p>Les personnes âgées de 21 à 70 ans* qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> ont un col de l'utérus; ont ou ont déjà eu une activité sexuelle. <p>Par « activité sexuelle », on entend les relations sexuelles (sexe), l'activité sexuelle digitale (avec les doigts) ou orale (avec la bouche) pratiquées avec un partenaire, quelque que soit son sexe, et impliquant une partie génitale. Les personnes n'ayant jamais eu d'activité sexuelle doivent attendre d'en avoir avant de se faire dépister.</p> <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> <p>*Bien que le PODCCU recommande actuellement de commencer le dépistage à partir de 21 ans, quelques provinces et pays entament le dépistage à partir de 25 ans. Le PODCCU soutient tous les fournisseurs de soins de santé qui souhaitent initier un dépistage cytologique à partir de 25 ans durant la période de transition vers le test VPH. Ce changement est conforme aux données probantes récentes et aux recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.</p> |

| Programme de dépistage | Critères d'admissibilité |
|--|--|
| ContrôleCancerColorectal (risque moyen) | <p>Les personnes âgées de 50 à 74 ans qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> • n'ont aucun parent au premier degré (parent, frère, sœur ou enfant) ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal; • n'ont aucun antécédent personnel de polypes colorectaux précancéreux devant faire l'objet d'une surveillance; • n'ont aucun antécédent de maladie intestinale inflammatoire (p. ex., la maladie de Crohn [qui touche le côlon] ou la rectocolite hémorragique). |
| ContrôleCancerColorectal (risque accru) | <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>** La définition de « risque accru de développer un cancer colorectal » est en cours de révision.</p> |

Figure 5 : Parcours des participants au sein du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) (se référer au Tableau 3 pour consulter les critères d'admissibilité de la population cible)



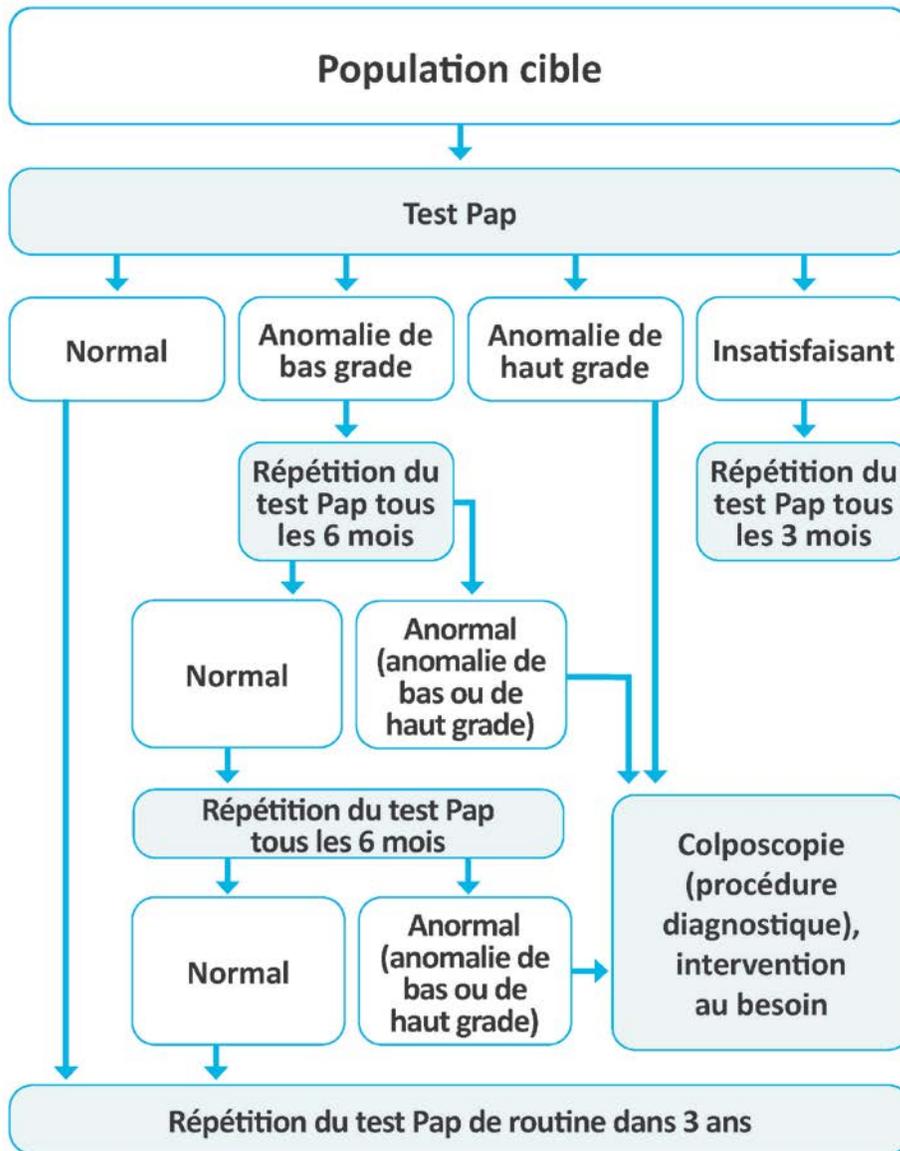
** Si l'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'est pas appropriée sur le plan médical, elle sera remplacée par une échographie mammaire de dépistage.

* Une femme pourrait recevoir un rappel annuel pour les motifs suivants : signes pathologiques documentés de lésions à haut risque, antécédents personnels de cancer ovarien, au moins deux parents (femmes) au premier degré ayant reçu un diagnostic de cancer du sein à tout âge, un parent (femme) 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 (homme) ayant reçu un diagnostic de cancer du sein à tout âge, densité mammaire $\geq 75\%$ au moment de l'examen de dépistage ou recommandation du radiologiste au moment de l'examen de dépistage.

*** Les femmes recevant un diagnostic de cancer du sein dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé peuvent de nouveau se faire dépister une fois qu'elles ont terminé leur traitement et qu'elles ne présentent plus de symptômes de la maladie.

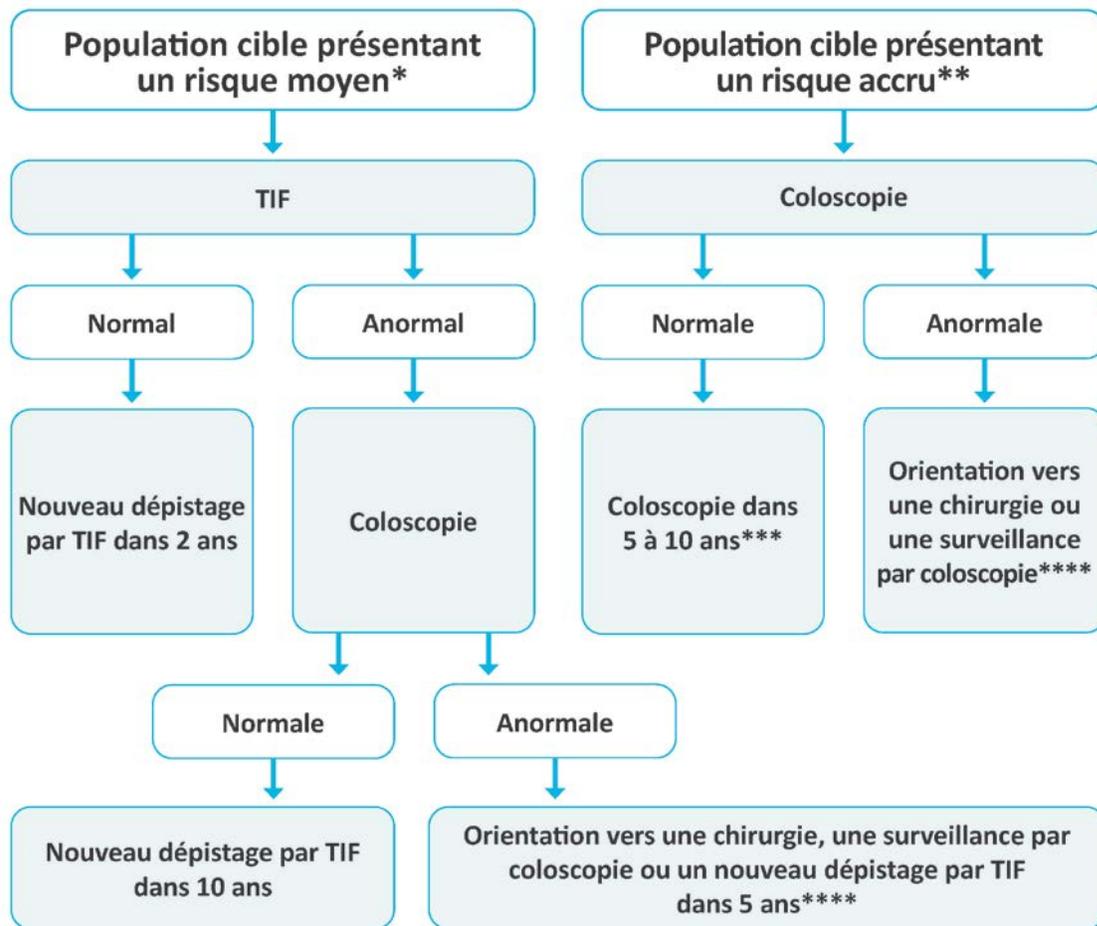
Pour obtenir une version texte de la Figure 5, référez-vous à [l'Annexe 3 : Descriptions des figures](#).

Figure 6 : Parcours des participants au sein du Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU) (se référer au Tableau 3 pour consulter les critères d'admissibilité de la population cible)



Pour obtenir une version texte de la Figure 6, référez-vous à [l'Annexe 3 : Descriptions des figures](#).

Figure 7 : Parcours des participants au sein du programme ContrôleCancerColorectal (CCC) (se référer au Tableau 3 pour consulter les critères d'admissibilité de la population cible)



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.

**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 dépister tous les cinq ans, alors que celles avec un parent au premier degré ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal à 60 ans ou plus doivent être dépister tous les dix ans, sauf si elles doivent faire surveiller un adénome à des intervalles rapprochés.

****Veuillez vous référer aux recommandations de surveillance post-polypectomie de ContrôleCancerColorectal disponibles à la page cancercareontario.ca/CCCsurveillance (en anglais uniquement).

Pour obtenir une version texte de la Figure 7, référez-vous à [l'Annexe 3 : Descriptions des figures](#).

Limites et dangers du dépistage

En dépit de l'ensemble concluant de données appuyant ses avantages, il faut bien reconnaître que le protocole de dépistage du cancer présente des limites.

Les tests de dépistage peuvent passer à côté de certains cancers ou d'anomalies cliniquement significatives risquant d'évoluer en cancer (à savoir des « résultats faux négatifs »). Par ailleurs, l'obtention de résultats anormaux à un test de dépistage ne veut pas nécessairement dire qu'une personne est atteinte d'un cancer ou présente des anomalies qui évolueront en cancer (à savoir des « résultats faux positifs »). Par exemple, dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein, les mammographies d'environ 18 femmes sur 200 révéleront une anomalie, mais seulement une recevra un diagnostic subséquent de cancer (15).

Les personnes obtenant des résultats anormaux à leur test de dépistage se verront prescrire un examen de diagnostic. Les examens diagnostiques peuvent causer une gêne ou d'autres dommages (tels qu'une perforation intestinale causée par une coloscopie ou des problèmes lors des grossesses futures causés par une colposcopie) (16–19), ainsi que de l'anxiété liée à la multiplication des tests et à l'attente des résultats (20,21).

Santé Ontario (Action Cancer Ontario) communique clairement aux participants des programmes et aux fournisseurs de soins primaires les avantages et les limites du dépistage du cancer. C'est pourquoi Santé Ontario a fait de la participation éclairée (s'assurer que les personnes participant au programme de dépistage du cancer sont pleinement informées de ses avantages et limites) une de ses priorités.

Participation éclairée

Une personne peut participer de manière éclairée à un programme de dépistage du cancer lorsqu'elle possède une connaissance adéquate des risques et dangers du test pour prendre la décision éclairée de se faire dépister (22). Toute décision potentielle au sujet du dépistage doit satisfaire aux préférences et valeurs personnelles du participant. Pour garantir une participation éclairée, les avantages, les dangers potentiels et les limites du dépistage doivent être présentés de manière équilibrée, et un participant doit participer activement à la prise de décisions avec son fournisseur de soins primaires ou un intervenant-pivot tout au long du protocole de dépistage. La participation au processus décisionnel permet de mieux comprendre les avantages et les limites d'un test de dépistage, d'accroître la satisfaction tout au long du parcours de dépistage et de mieux se soumettre aux rendez-vous de suivi de dépistage (22).

Le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) et le PODCS pour les femmes présentant un risque élevé invitent les personnes concernées à parler avec leur médecin de famille ou leur infirmier praticien des options de dépistage mises à leur disposition. En décembre 2018, le [Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs](#) a publié une mise à jour du document *Recommendations on Screening Breast Cancer in Women Ages 40–74 Who Are Not at Increased Risk for Breast Cancer* (23) (en anglais seulement). À la lumière des avantages et des limites du dépistage du cancer du sein, les recommandations mises à jour insistent sur l'importance d'aider les personnes admissibles à faire un choix éclairé au sujet du dépistage en fonction de leurs valeurs et de leurs préférences. Ces personnes sont également invitées à prendre des décisions de manière concertée avec leur fournisseur de soins de santé (23).

Le Projet pilote de dépistage du cancer du poumon pour les personnes à haut risque dispose de ressources et de processus particuliers qui facilitent la participation éclairée. Les intervenants-pivots du projet présentent un aperçu général des avantages et des risques du dépistage du cancer du poumon. Les participants potentiels ont la possibilité de poser des questions et doivent confirmer de vive voix s'ils souhaitent prendre part au dépistage après avoir pris connaissance de ses avantages et de ses risques. Des outils ont été créés pour faciliter ces discussions entre les intervenants-pivots et les participants potentiels.



Rendement du dépistage du cancer en Ontario : 2014 à 2018

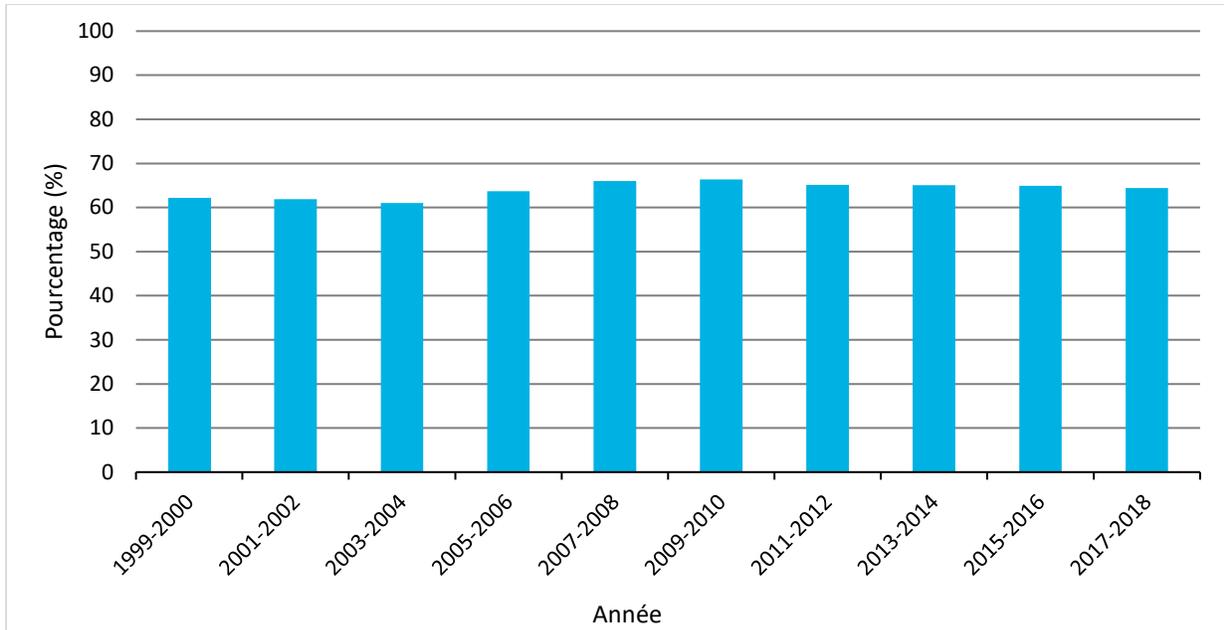
Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) : risque moyen

Le PODCS a été lancé en 1990. Cependant, la fiabilité des données du programme s'est considérablement améliorée à partir de l'an 2000 grâce à la création du Système intégré de gestion de la clientèle (SIGC), une base de données provinciale sur le dépistage du cancer du sein établie par CCO pour faciliter l'exercice, la surveillance et l'évaluation des activités de dépistage et d'évaluation du PODCS.

Entre 2000 et 2018, le taux de participation au dépistage du cancer du sein a oscillé entre 61 % et 66 % (valeur maximale atteinte en 2009–2010), en deçà de l'objectif de rendement commun de l'Union européenne et du Canada d'au moins 70 % (24,25). Le taux de suivi des résultats anormaux obtenus aux mammographies a constamment dépassé les 90 % entre 2000 et 2018. Le taux de suivi dans les cinq semaines suivant la détection d'anomalies sur la mammographie n'a cessé de dépasser ce seuil entre 2014 et 2018, satisfaisant ainsi l'objectif de rendement national de 90 % ou plus (1). Le taux de suivi dans les sept semaines suivant l'obtention de résultats anormaux chez les femmes ayant besoin de se soumettre à une biopsie des tissus mammaires était en deçà de l'objectif de rendement national de 90 % ou plus (1) de 2014 à 2018. En 2017, le taux de détection des cancers du sein invasifs en Ontario a crû pour atteindre 5,6 diagnostics pour 1 000 dépistages initiaux et 4,5 diagnostics pour 1 000 dépistages subséquents. Entre 2013 et 2016, le pourcentage de cancers du sein détectés à un stade précoce est passé de 61 % à 65 %.

Participation au programme de dépistage du cancer du sein

Figure 8 : Pourcentage ajusté selon l'âge d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont subi au moins une mammographie au cours d'une période de 30 mois



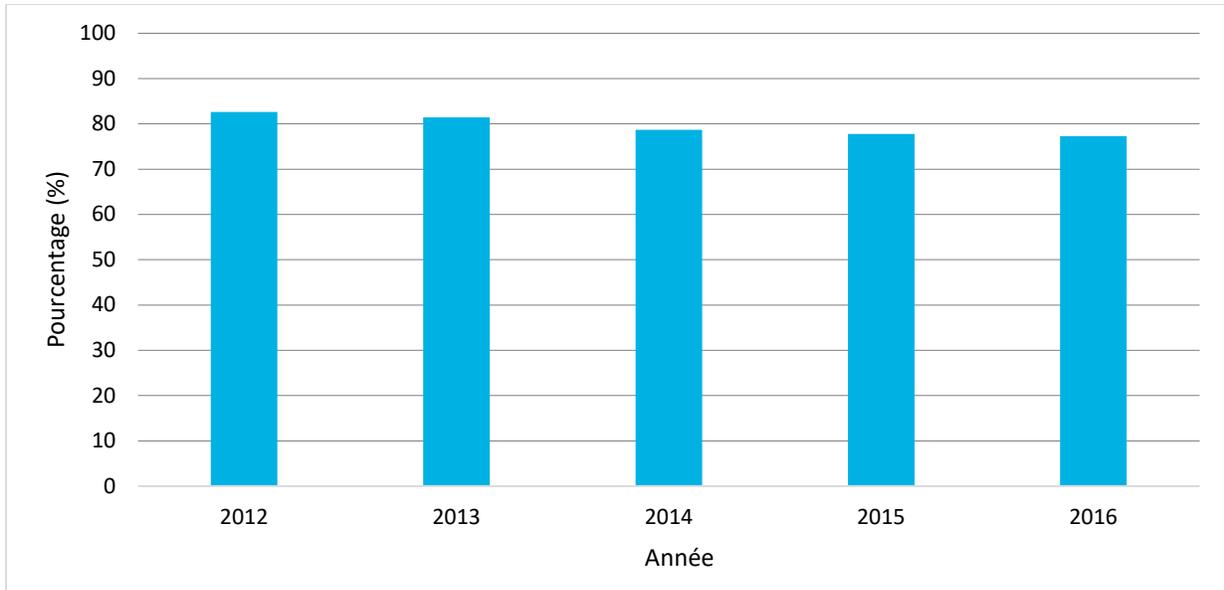
Remarque : Les données du PODCS sont seulement disponibles à partir de l'an 2000.

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

Le taux de participation au dépistage du cancer du sein est resté stable entre 2000 et 2017–2018, oscillant entre 61 % et 66 % (Figure 8), et a demeuré en deçà de l'objectif de rendement canadien et européen d'au moins 70 % (24,25).

Fidélisation du programme de dépistage du cancer du sein

Figure 9 : Pourcentage d'Ontariennes âgées de 50 à 72 ans admissibles au dépistage qui ont subi une nouvelle mammographie dans les 30 mois suivant une précédente mammographie dans le cadre du programme, 2012—2016

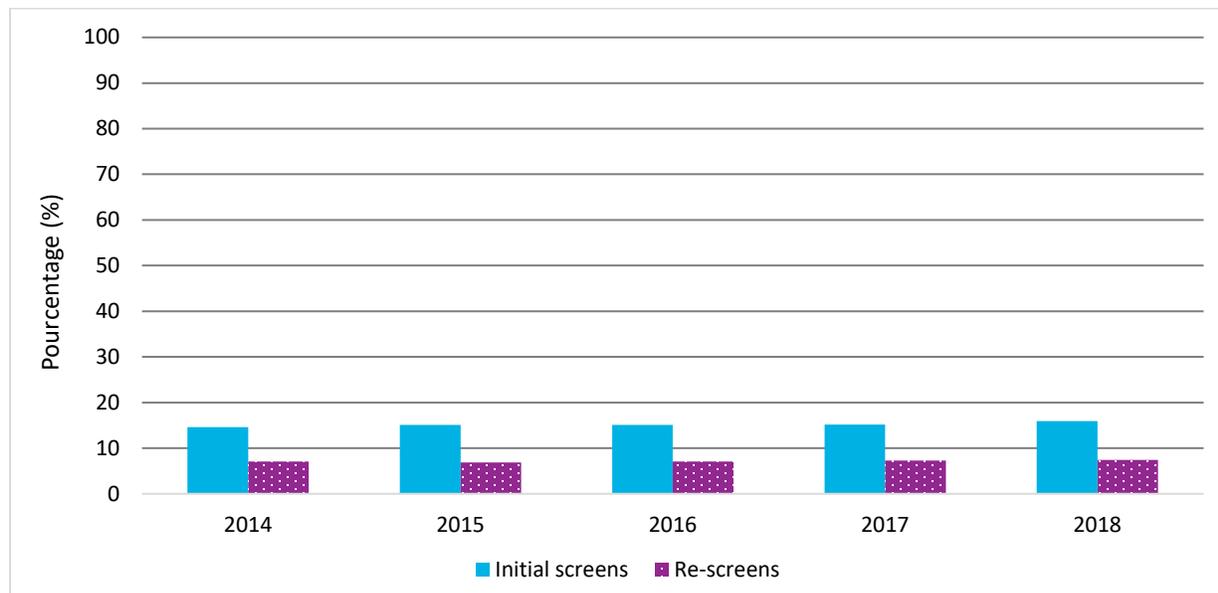


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 10](#) à l'annexe 1.

Les avantages d'un programme structuré de dépistage ne peuvent être pleinement mis à profit que si la population à risque est dépistée régulièrement et conformément aux lignes directrices établies dans ce domaine. Le PODCS recommande à la plupart des femmes âgées de 50 à 74 ans de passer une mammographie de dépistage tous les deux ans. L'indicateur de fidélisation du programme de dépistage est calculé sur la base d'une période de 30 mois pour laisser aux participantes un délai supplémentaire de 6 mois pour passer une nouvelle mammographie. En 2016, 77 % des participantes ont passé une nouvelle mammographie dans ce délai de 30 mois (Figure 9). Cet indicateur est en baisse depuis 2012, année durant laquelle 83 % des participantes avaient passé une nouvelle mammographie dans ce délai de 30 mois.

Taux de rappel pour anomalie détectée lors du dépistage du cancer du sein

Figure 10 : Pourcentage de femmes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui se sont vu prescrire des examens complémentaires suite à l'obtention de résultats anormaux à la mammographie effectuée dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein, 2014–2018



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

Le taux de rappel pour anomalie mesure la proportion de participantes qui se sont vu prescrire des examens complémentaires suite à l'obtention de résultats anormaux à la mammographie du PODCS. Il s'agit d'un indicateur de rendement majeur du programme de dépistage étant donné que les programmes de dépistage présentant des taux de rappel pour anomalie très faibles peuvent enregistrer des taux faibles de détection des cancers et des taux élevés de cancers détectés après le dépistage. Le taux de rappel pour anomalie influe sur la valeur prédictive positive (VPP),* le taux de détection des cancers et le taux de cancers détectés après le dépistage (26,27). Le taux de rappel pour anomalie est généralement plus élevé dans le cadre des dépistages initiaux que des dépistages subséquents étant donné que les premiers détectent principalement les cancers prévalents (28).

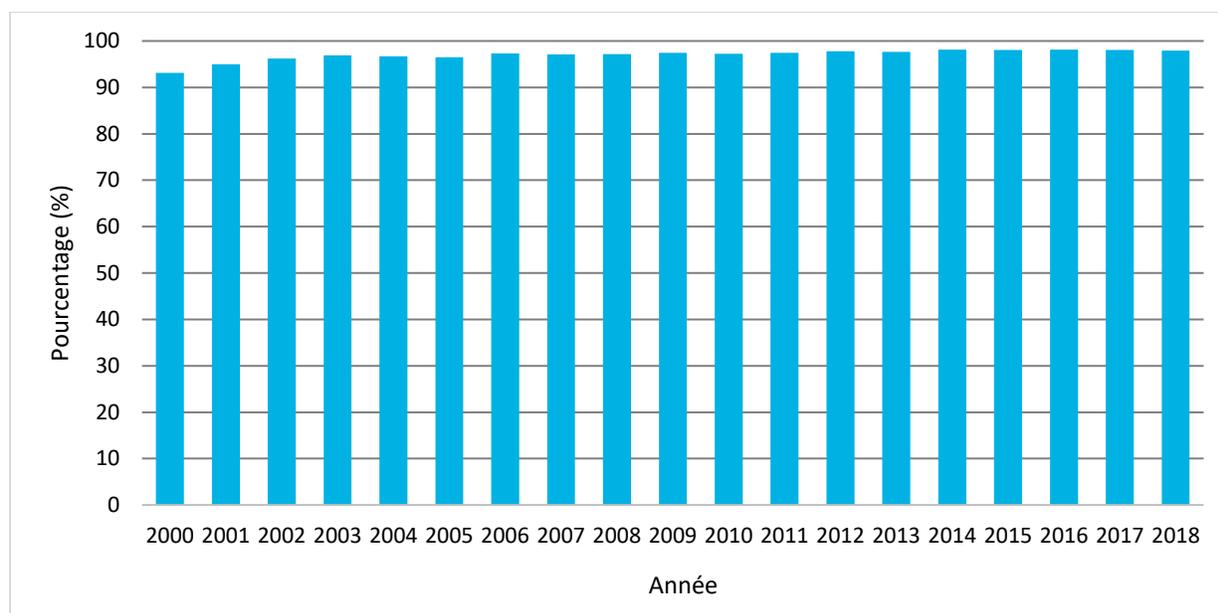
Dans le cadre du PODCS, les taux de rappel pour anomalie suite aux dépistages initiaux et subséquents sont restés stables entre 2014 et 2018. Le taux de rappel pour anomalie suite aux dépistages initiaux a oscillé entre 15 % et 16 % entre 2014 et 2018. Ces taux sont supérieurs aux objectifs de rendement (niveau acceptable) du Canada (< 10 %) et de l'Union européenne (< 7 %) (1,29). Pour ce qui est des

* La VPP peut être exprimée comme suit : vrais positifs/[vrais positifs + faux positifs].

dépistages subséquents, le taux de rappel pour anomalie s'est établi à 7 % de 2014 à 2018, dépassant ainsi les objectifs de rendement (niveau acceptable) du Canada et de l'Union européenne de < 5 % (1,29). Bien que le taux de rappel pour anomalie soit élevé pour les dépistages initiaux et subséquents, le rendement de l'Ontario est semblable à celui des autres programmes de dépistage canadiens (1).

Suivi des résultats anormaux obtenus au dépistage du cancer du sein

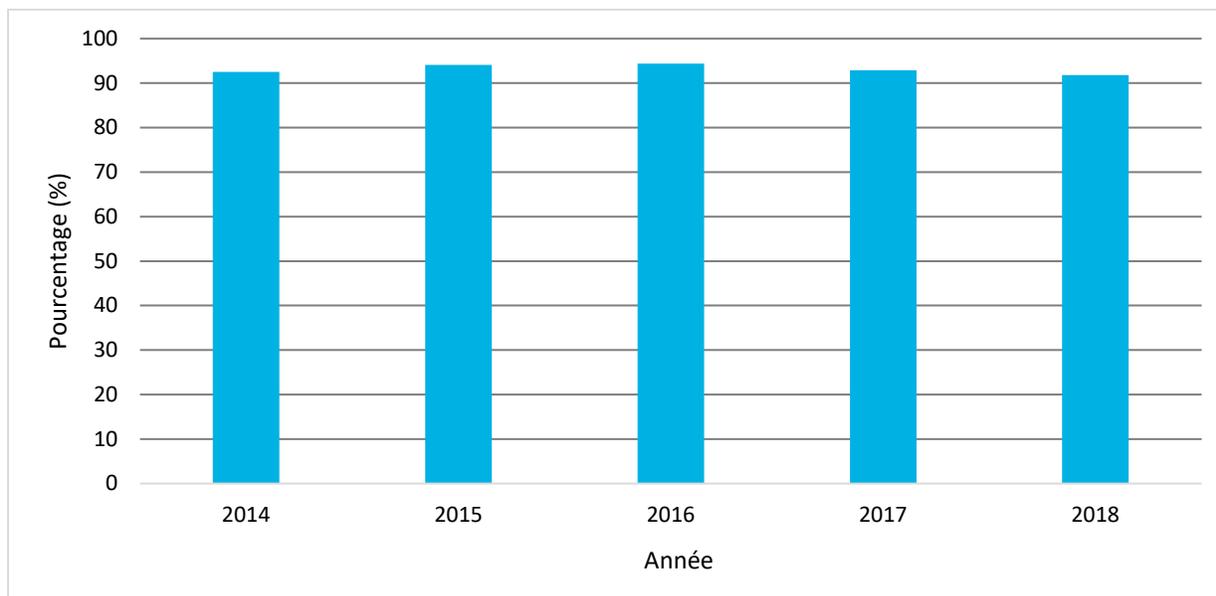
Figure 11 : Pourcentage d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie effectuée dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein qui ont reçu un diagnostic (tumeur bénigne ou cancer) dans les 6 mois suivant la date de réception de ces résultats, 2000–2018



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

Le pourcentage de participantes au dépistage ayant reçu un diagnostic dans les six mois suivant l'obtention de résultats anormaux à leur mammographie a augmenté au début des années 2000, passant de 95 % à 97 %, et est resté constamment élevé entre 2012 et 2018, période à laquelle il s'est établi à 98 % (Figure 11). Les 2 % restants peuvent être attribuables à des problématiques de suivi, notamment à la perte de contact avec une participante malgré des tentatives répétées, au refus de passer des examens complémentaires ou à la dispense de soins de suivi dans une autre région. Il est important d'assurer le suivi des résultats anormaux en temps opportun pour éviter que les retards dans le suivi et le diagnostic aient des effets néfastes sur le plan émotionnel, psychologique (30,31) et clinique, qui pourraient eux-mêmes empirer le pronostic (32). Le PODCS se charge du suivi du dépistage du cancer du sein et assure ainsi la coordination des tests de suivi et la communication des résultats aux participants.

Figure 12 : Pourcentage d’Ontariennes 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 d’une biopsie des tissus mammaires et ont reçu un diagnostic (tumeur bénigne ou cancer) dans les 5 semaines suivant la date de réception de ces résultats, 2014–2018

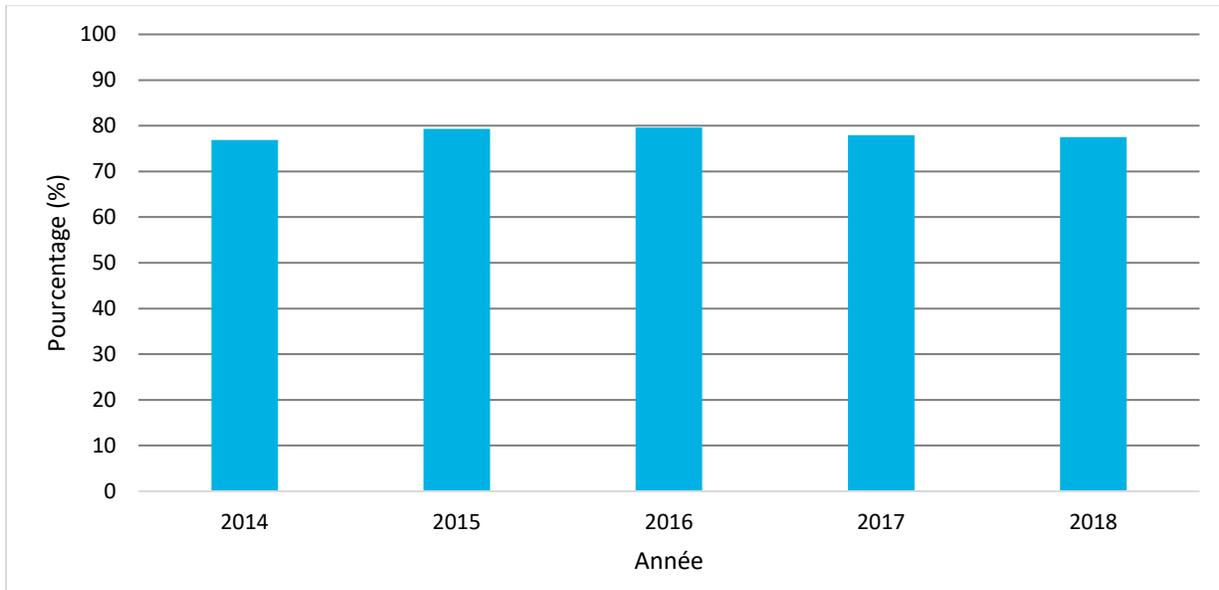


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 13](#) à l’annexe 1.

De 2014 à 2018, l’indicateur de rendement associé à l’intervalle de diagnostic de cinq semaines (absence de biopsie des tissus mammaires) a oscillé entre 92 % et 94%, dépassant invariablement l’objectif de rendement national de 90 % ou plus (Figure 12) (1).

Cet indicateur mesure le pourcentage d’Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie effectuée dans le cadre du PODCS qui n’ont pas eu besoin d’une biopsie des tissus mammaires et ont reçu un diagnostic dans les cinq semaines suivant la date de réception de ces résultats.

Figure 13 : Pourcentage d’Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie effectué dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein qui ont eu besoin de se soumettre à une biopsie des tissus mammaires et ont reçu un diagnostic (tumeur bénigne ou cancer) dans les 7 semaines suivant la date de réception de ces résultats, 2014–2018

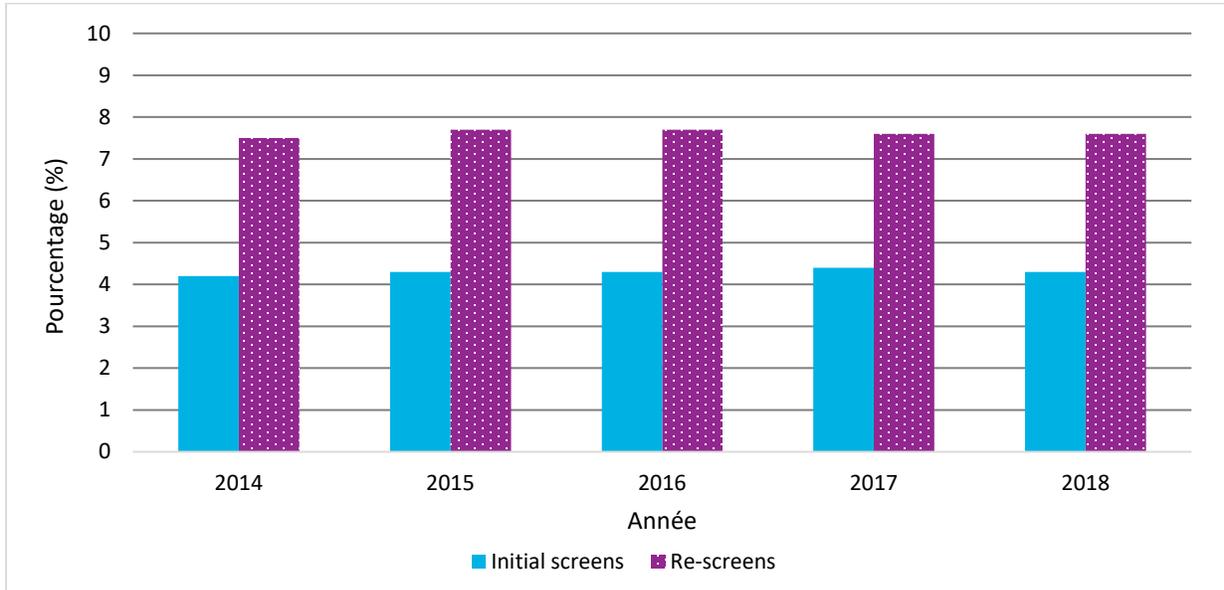


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 14](#) à l’annexe 1.

L’indicateur associé à l’intervalle de diagnostic de sept semaines (avec réalisation d’une biopsie des tissus mammaires) (Figure 13) représente le pourcentage d’Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie effectuée dans le cadre du PODCS qui ont eu besoin de se soumettre à une biopsie des tissus mammaires et ont reçu un diagnostic dans les sept semaines suivant la date de réception de ces résultats. Cet indicateur a culminé à 80 % en 2016 avant de baisser et s’établir à 76 % en 2018. Il continue d’être en deçà de l’objectif de rendement national de 90 % ou plus (1). Cette tendance est notamment attribuable au fait que les participantes ayant besoin de se soumettre à une biopsie des tissus aux fins de diagnostic définitif puissent être orientées vers un autre site d’évaluation, ce qui peut entraîner une hausse des délais d’attente, ou que les participantes puissent être obligées de se soumettre à de multiples procédures avant d’obtenir un diagnostic définitif. Bien que l’Ontario se classe parmi les trois premiers rangs de cet indicateur de rendement, Santé Ontario (Action Cancer Ontario) continue d’œuvrer à son amélioration (1).

Valeur prédictive positive (VPP) de la mammographie

Figure 14 : Pourcentage d'Ontariennes 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 de cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer invasif) à la suite d'un bilan diagnostique, 2014–2018



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

La valeur prédictive positive (VPP) de la mammographie est la probabilité qu'une personne ayant obtenu un résultat anormal à la mammographie (examen de dépistage du cancer positif) soit véritablement atteinte d'un cancer.[†]

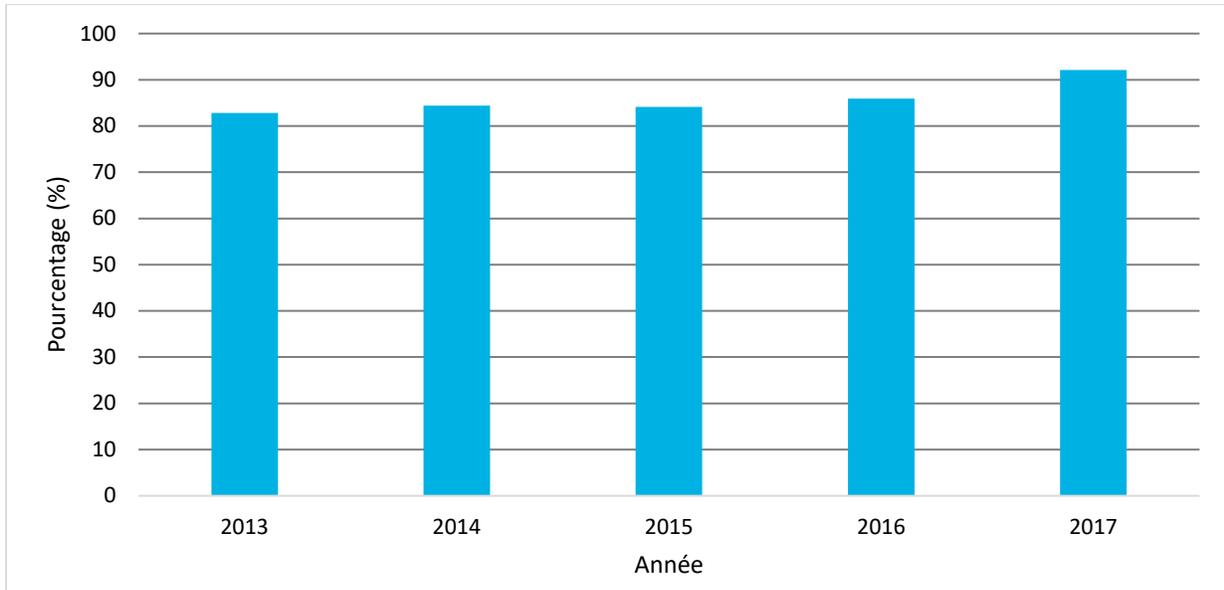
Entre 2014 et 2018, les VPP des dépistages initiaux et subséquents sont restés stables, à environ 4% et 8 % respectivement (Figure 14). Selon le Partenariat canadien contre le cancer, deux objectifs distincts ont été établis pour les dépistages initiaux ($\geq 5\%$) et subséquents ($\geq 6\%$) (1).

La VPP d'un test de dépistage dépend de la prévalence sous-jacente de la maladie dans la population dépistée. La VPP augmente avec l'âge et les dépistages subséquents, ce qui contribue à une VPP plus élevée dans les groupes d'âge plus avancé (données non incluses).

[†] La VPP peut être exprimée comme suit : vrais positifs/[vrais positifs + faux positifs].

Sensibilité de la mammographie

Figure 15 : Pourcentage d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage chez qui un cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer invasif) a été correctement diagnostiqué, 2013–2017



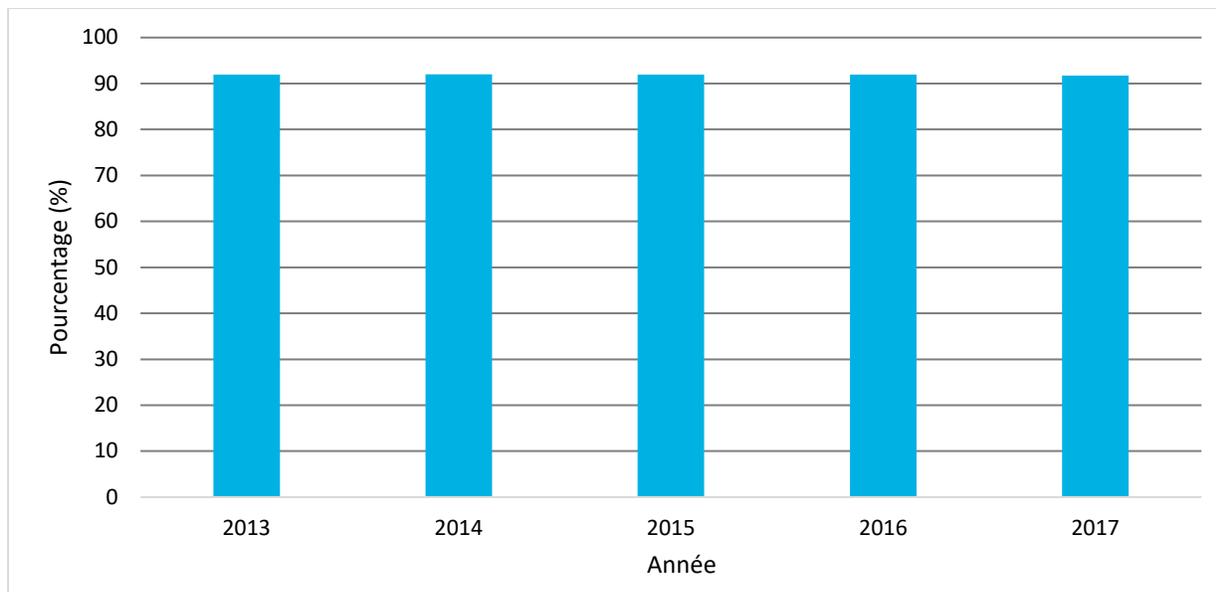
Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 16](#) à l'annexe 1.

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. La sensibilité est une mesure importante de l'efficacité d'un test de dépistage (28). Il est essentiel de maintenir une sensibilité élevée, et donc un taux faible de cancers d'intervalle (cancers détectés entre deux dépistages) pour assurer la réussite d'un test de dépistage.

La sensibilité de la mammographie a augmenté entre 2013 et 2017, en passant de 83 % à 92 %, la hausse la plus marquée ayant eu lieu entre 2016 (86 %) et 2017 (92 %) (Figure 15). L'augmentation de la sensibilité de la mammographie tient peut-être à la hausse du taux de détection des cancers invasifs de 2013 à 2017 (Figure 17).

Spécificité de la mammographie

Figure 16 : Pourcentage de femmes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage n'ayant pas reçu de diagnostic de cancer du sein chez qui les résultats normaux obtenus à la mammographie de dépistage du PODCS étaient corrects, 2013–2017

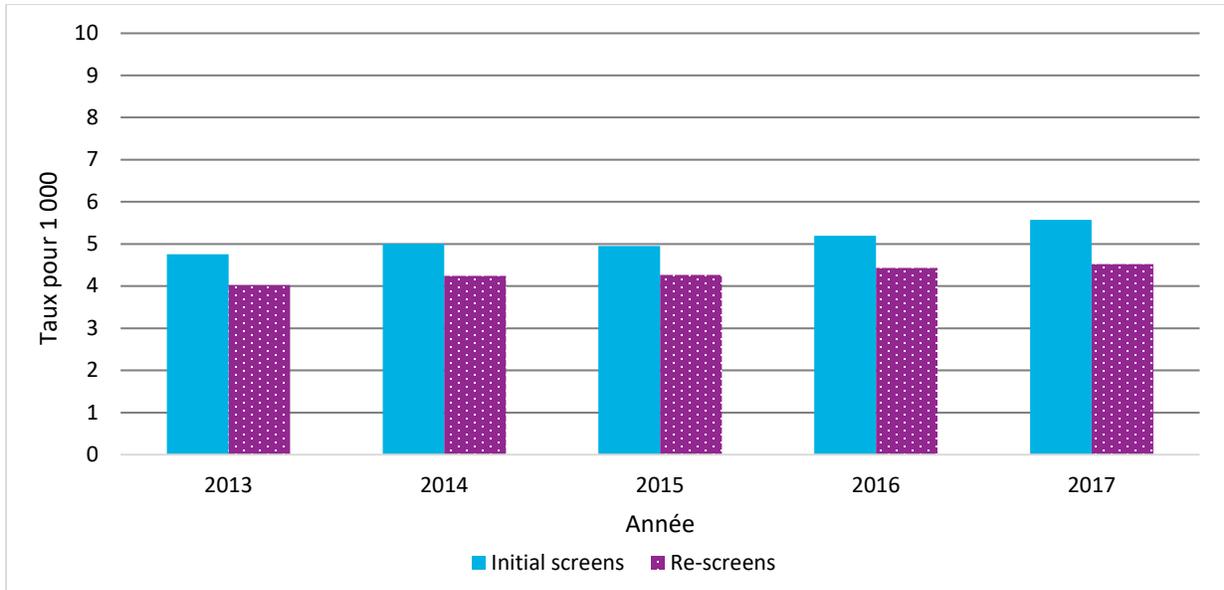


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 17](#) à l'annexe 1.

L'indicateur de la spécificité de la mammographie est resté stable entre 2013 et 2017, affichant un taux de 92 % (Figure 16). Une spécificité élevée traduit la capacité d'un test de dépistage du cancer à repérer précisément les personnes n'étant pas atteintes de cette maladie, et donc de réduire le nombre de résultats faux positifs.

Taux de détection des cancers du sein invasifs

Figure 17 : Nombre d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteintes d'un cancer du sein invasif diagnostiqué par dépistage pour 1 000 femmes dépistées, 2013–2017



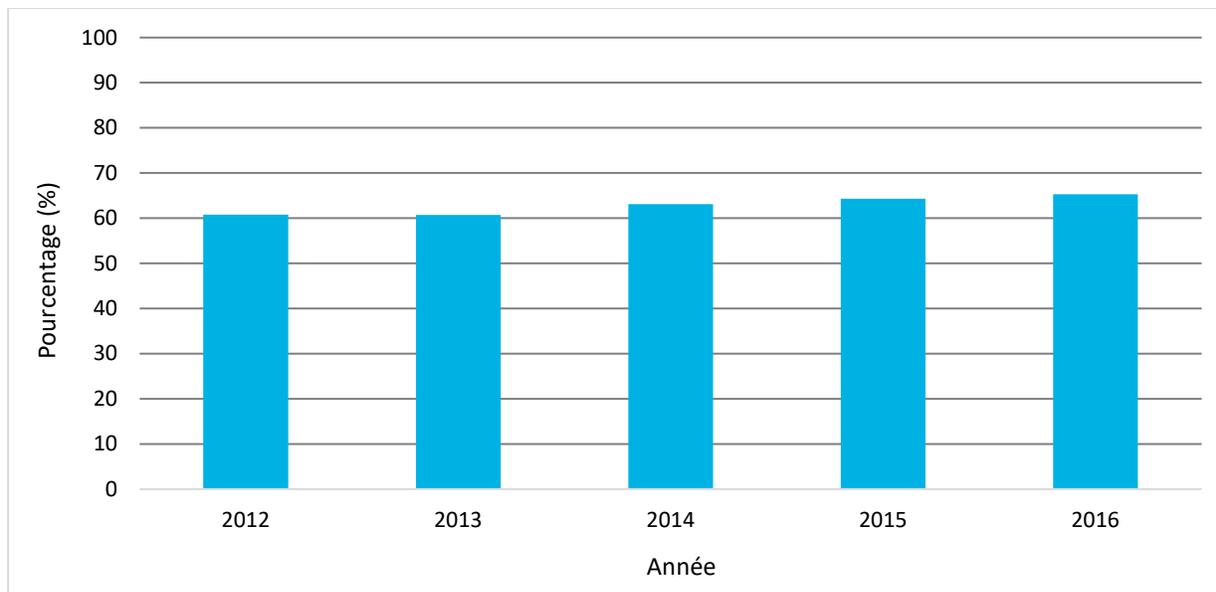
Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 18](#) à l'annexe 1.

Le taux de détection des cancers du sein invasifs est passé de 4,2 pour 1 000 en 2013 à 4,7 pour 1 000 en 2017, ce qui représente une hausse moyenne d'environ 3 % par an (Figure 17).

Pour les dépistages initiaux, le taux de détection du cancer du sein invasif est passé de 4,8 pour 1 000 en 2013 à 5,6 pour 1 000 en 2017. Celui des dépistages subséquents est quant à lui passé de 4 pour 1 000 en 2013 à 4,5 pour 1 000 en 2017. Les chiffres du PODCS dépassent les objectifs nationaux établis pour le taux de détection des cancers invasifs, à savoir > 5 pour 1 000 dépistages initiaux et > 3 pour 1 000 dépistages subséquents (1)

Taux de détection des cancers invasifs à un stade précoce

Figure 18 : Nombre d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au Programme ontarien de dépistage du cancer du sein atteintes d'un cancer du sein invasif détecté à un stade précoce (stade I), 2012–2016



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

La majorité des cancers du sein invasifs détectés dans le cadre du PODCS étaient des cancers de stade I. De 2012 à 2016, la proportion de cancers du sein détectés à un stade précoce a augmenté, passant de 61 % à 65 % (Figure 18).



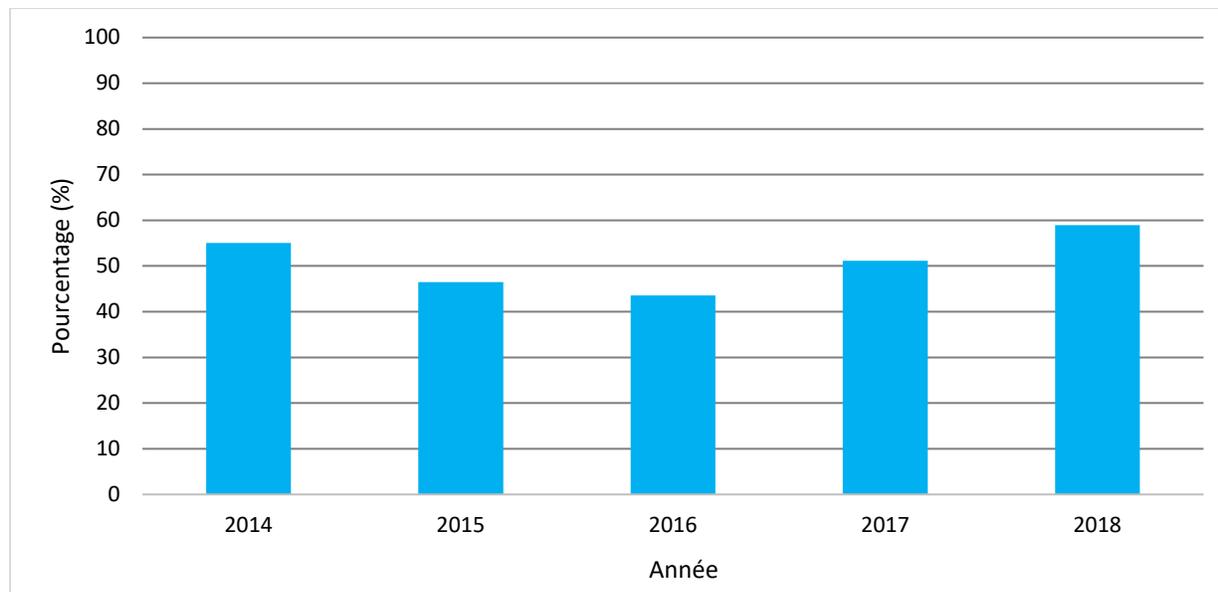
Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) : risque élevé

Le PODCS pour les femmes présentant un risque élevé est le premier programme structuré de dépistage du cancer du sein dans la population destiné aux femmes présentant un risque élevé de développer un cancer du sein au Canada. Le taux de fidélisation de ce programme a augmenté au cours de ces dernières années, passant de 70 % en 2015 à 77 % en 2017, après avoir connu une baisse entre 2013 (78 %) et 2015 (70 %). Le taux global de rappel pour anomalie auprès des participantes du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé a diminué entre 2013 et 2018, période durant laquelle il est passé de 25 % à 19 %. Cette baisse peut s'expliquer par la hausse de la proportion des dépistages subséquents (au lieu de dépistages initiaux) réalisés dans le cadre du programme. Au sein du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé, la valeur prédictive positive (VPP) combinée des dépistages initiaux et des dépistages subséquents a augmenté entre 2013 et 2017, passant de 6 % à 7 % sur cette période. Le pourcentage de femmes ayant été dépistées dans les 90 jours suivant la confirmation de leur statut de risque élevé a diminué entre 2014 (55 %) et 2016 (44 %) avant de repartir à la hausse pour atteindre 59 % en 2018.

En 2019, une évaluation du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé a permis de valider les recommandations du programme visant à instaurer le dépistage par mammographie et par imagerie par résonance magnétique (IRM) des femmes de 30 à 69 ans présentant un risque élevé (33). L'évaluation a permis d'établir que le dépistage des femmes par mammographie numérique et IRM de la poitrine a mis au jour des taux de détection du cancer du sein plus élevés que le dépistage par seule mammographie. L'évaluation a également permis de démontrer que les résultats du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé concordent avec les conclusions des chercheurs, notamment celles des études d'observation qui présentaient les avantages du dépistage par mammographie et IRM des femmes présentant un risque élevé (33). Par ailleurs, suite aux recommandations formulées par Action Cancer Ontario avant son intégration à Santé Ontario, le PODCS pour les femmes présentant un risque élevé a reçu des fonds supplémentaires pour l'IRM de la part du ministère de la Santé pour soutenir l'expansion future du programme.

Femmes dépistées dans les 90 jours suivant la confirmation de leur statut de risque élevé

Figure 19 : Pourcentage d'Ontariennes âgées de 30 à 69 ans dépistées par imagerie par résonance magnétique (IRM) ou par échographie dans les 90 jours suivant la confirmation de leur statut de risque élevé, 2013—2018



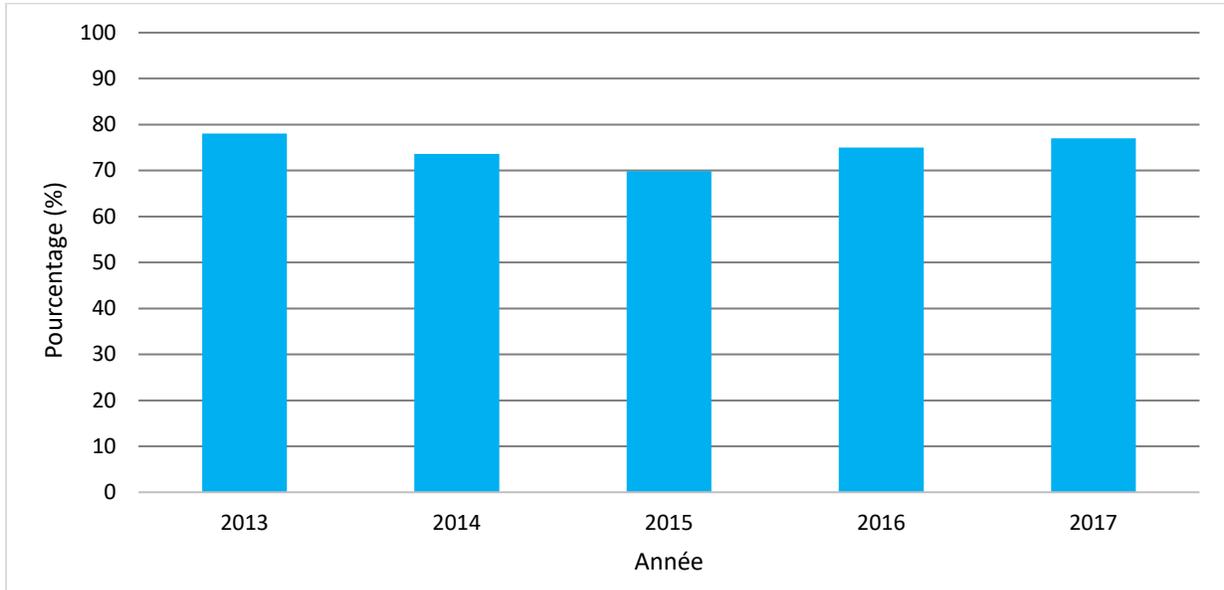
Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 20](#) à l'annexe 1.

L'indicateur portant sur les femmes dépistées dans les 90 jours suivant la confirmation de leur statut de risque élevé mesure le pourcentage de participantes qui ont été dépistées par imagerie par résonance magnétique (IRM) ou par échographie dans les 90 jours suivant la confirmation de leur statut de risque élevé. Il est recommandé aux participantes présentant un risque élevé de développer un cancer du sein 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 (33).

On a observé une diminution du pourcentage de femmes dépistées par imagerie par résonance magnétique (IRM) ou par échographie dans les 90 jours suivant la confirmation de leur statut de risque élevé (44 %) en 2016 (Figure 19). Préalablement à son intégration à Santé Ontario, Action Cancer Ontario a soutenu avec le ministère de la Santé l'expansion du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé. Cette collaboration a de nouveau permis la hausse du pourcentage de femmes dépistées dans un délai de 90 jours, atteignant 60 % en 2018.

Fidélisation du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé

Figure 20 : Pourcentage d'Ontariennes âgées de 30 à 68 ans qui ont effectué le test de dépistage subséquent dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé (à savoir une IRM ou une échographie) dans les 15 mois suivant un test de dépistage préalable du programme, 2013–2017

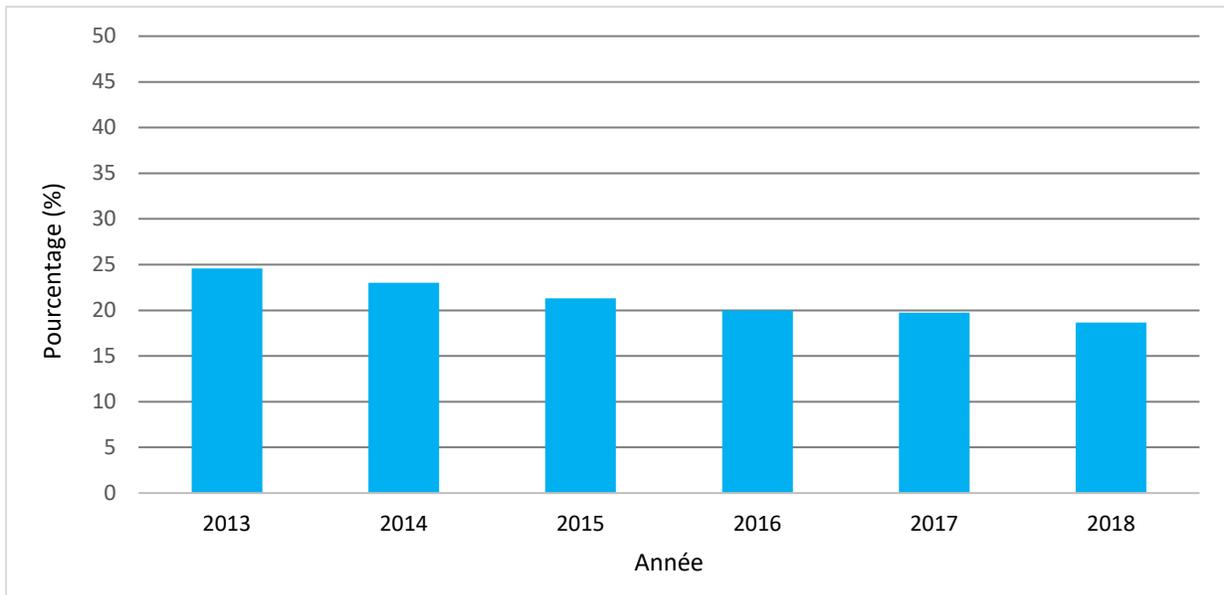


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 21](#) à l'annexe 1.

L'indicateur de fidélisation mesure le pourcentage de participantes du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé, âgées de 30 à 68 ans, qui ont passé une IRM ou une échographie subséquente dans les 15 mois suivant un test de dépistage préalable du programme. Le taux de fidélisation a diminué entre 2013 (78 %) et 2015 (70 %) (Figure 20). Le taux de fidélisation du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé est reparti à la hausse après 2015, jusqu'à atteindre 77 % en 2017.

Taux de rappel pour anomalie détectée dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé

Figure 21 : Pourcentage de participantes du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé âgées de 30 à 69 ans ayant reçu un résultat de dépistage anormal, 2013–2018

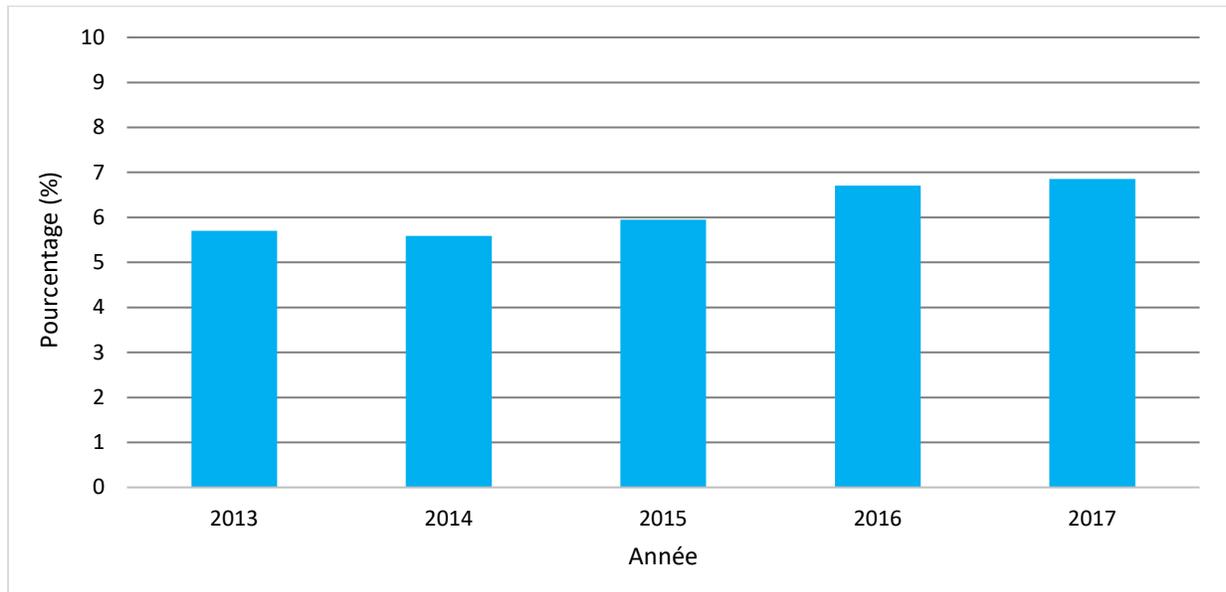


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 22](#) à l'annexe 1.

Au regard des participantes du dépistage présentant un risque moyen de développer un cancer du sein (Figure 10), les participantes de ce programme présentent un taux de rappel pour anomalie accru en raison de leur risque élevé (Figure 21). Le taux de rappel pour anomalie du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé a diminué au cours de ces dernières années, passant de 25 % en 2013 à 19 % en 2018 (Figure 21). Cette baisse peut s'expliquer par la hausse de la proportion des dépistages subséquents (au lieu de dépistages initiaux) réalisés dans le cadre de ce programme. Le taux de rappel pour anomalie est plus élevé pour les dépistages initiaux car les radiologistes n'ont pas d'images préalables à disposition aux fins de comparaison.

Valeur prédictive positive (VPP) de la mammographie et de l'IRM réalisées dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé

Figure 22 : Pourcentage de participantes du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé âgées de 30 à 69 ans ayant obtenu des résultats de dépistage anormaux qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer invasif) à la suite d'un bilan diagnostique, 2013–2017

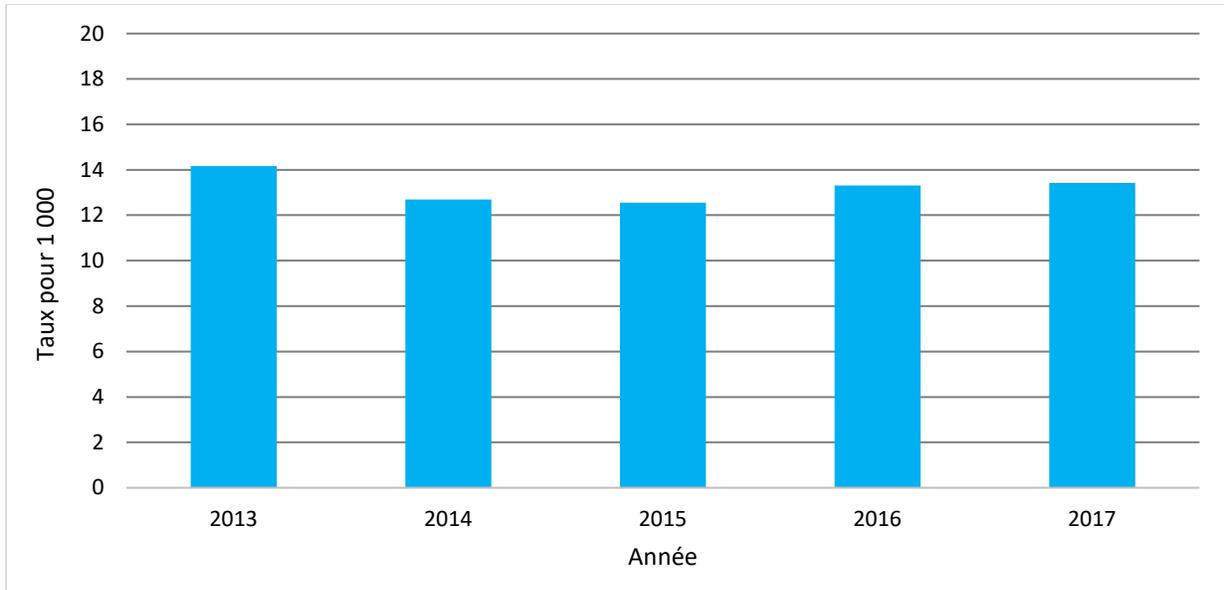


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 23](#) à l'annexe 1.

En 2017, la VPP de la mammographie et de l'IRM réalisées dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé s'élevait à 6,9 % (Figure 22). La VPP des dépistages initiaux et subséquents combinés est quant à elle passée de 5,6 % en 2013 à 6,9 % en 2017. La VPP d'un test de dépistage dépend de la prévalence sous-jacente de la maladie dans la population dépistée. La VPP augmente avec l'âge et les dépistages subséquents.

Détection du cancer dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé

Figure 23 : Nombre de participantes du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé âgées de 30 à 69 ans atteintes d'un cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer invasif), pour 1 000 femmes dépistées, 2013–2017



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

Le taux de détection des cancers invasifs dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé est passé de 14,2 pour 1 000 en 2013 à 13,4 pour 1 000 en 2017. Le taux de détection des cancers invasifs du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé est plus élevé que celui du PODCS en raison du profil de risque élevé des participantes de ce premier.



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

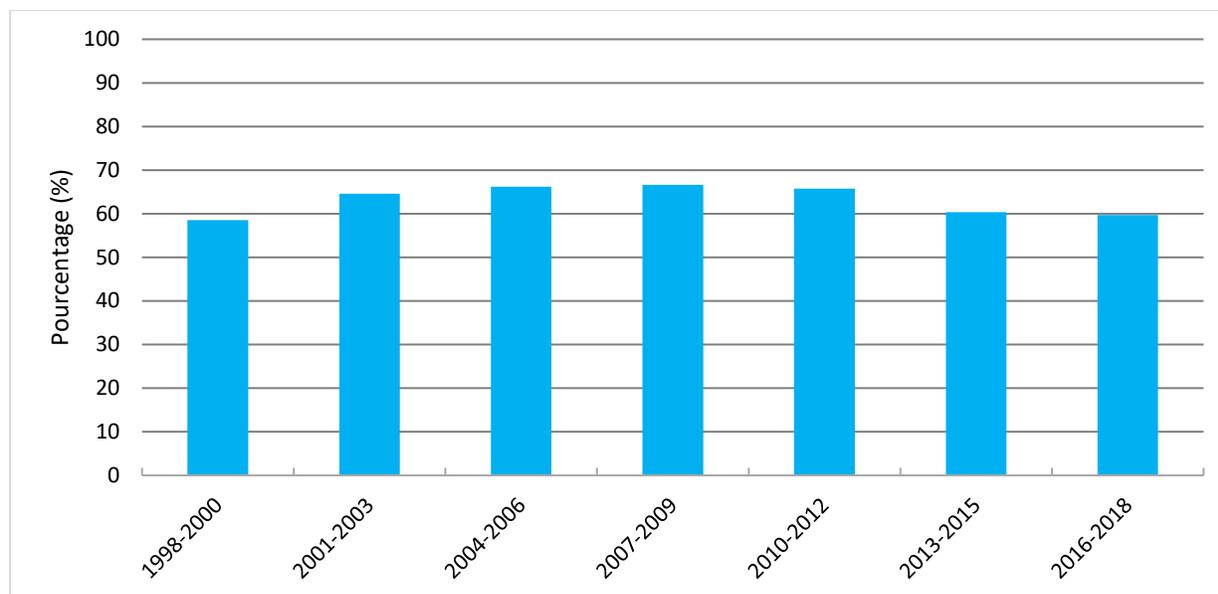
Le dépistage opportuniste (à savoir en l'absence de programme structuré de dépistage du cancer) du cancer du col de l'utérus a débuté en Ontario dans les années 1960 avec l'avènement du test Pap. En 1997, le ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée a alloué des fonds à Action Cancer Ontario pour la mise en œuvre d'un programme structuré de dépistage du cancer du col de l'utérus. Le PODCCU a été lancé en 2000 et a contribué encore davantage à la baisse de l'incidence et de la mortalité du cancer du col de l'utérus observée suite à l'adoption du test Pap.

Lors du lancement du programme en 2000, 59 % des Ontariennes admissibles étaient dépistées pour le cancer du col de l'utérus. La participation à ce programme a culminé à 67 % entre 2007 et 2009, et s'est stabilisée à 60 % entre 2013 et 2015 et entre 2016 et 2018. Le taux de fidélisation du PODCCU a diminué entre 2011 (71 %) et 2014 (60 %). La baisse des taux de participation et de fidélisation observée à partir de 2013 a coïncidé avec les modifications apportées aux lignes directrices provinciales relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus, et notamment l'extension recommandée de l'intervalle entre les tests Pap à un tous les trois ans.

Le suivi des résultats anormaux n'a pas cessé d'augmenter entre 2000, année du lancement du PODCCU, et 2018. En 2018, 86 % des femmes pour lesquelles le test Pap révélait des lésions de haut grade ont reçu un suivi approprié dans un délai de six mois, contre 49 % en 2000. Entre 2013 et 2015, le taux de détection des lésions précancéreuses a diminué, passant de 3,7 pour 1 000 à 2,4 pour 1 000 sur cette période, avant de repartir à la hausse pour s'établir à 3 pour 1 000 en 2017. Le taux de détection des cancers invasifs est resté stable, à moins de 0,5 pour 1 000, entre 2013 et 2017.

Participation au dépistage du cancer du col de l'utérus

Figure 24 : Pourcentage d'Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage qui ont effectué au moins un test Pap au cours d'une période de 42 mois, 1998–2018

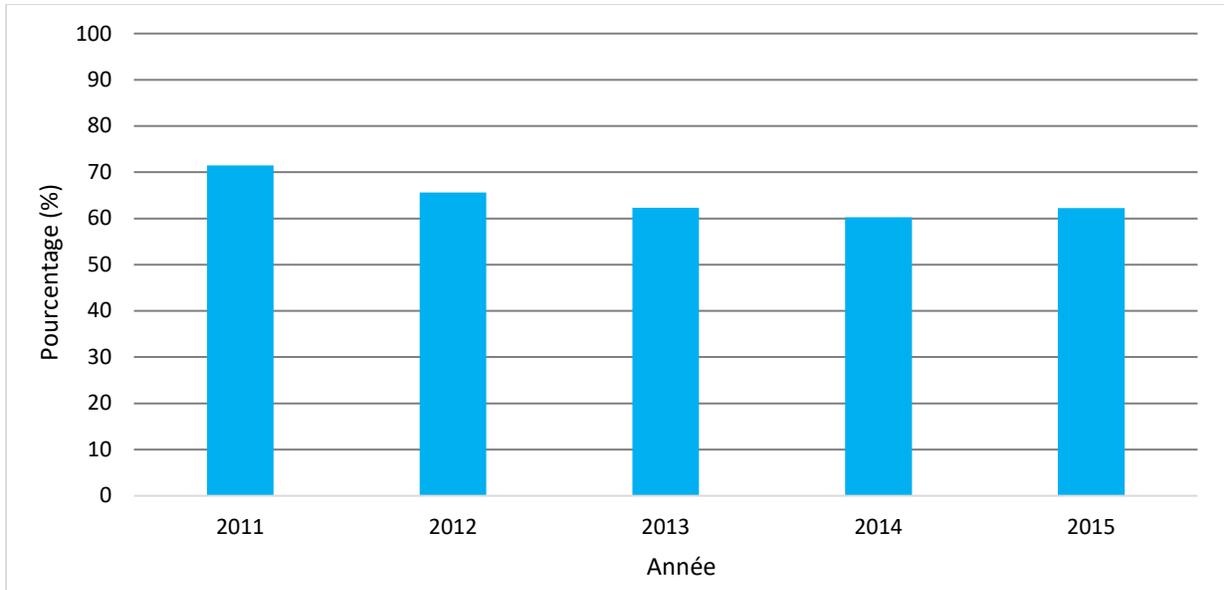


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 25](#) à l'annexe 1.

Le taux de participation au PODCCU a fluctué au fil du temps, passant de 59 % des femmes admissibles sur la période 1998–2000 à 67 % sur la période 2007–2009 (Figure 24). Le taux de participation est resté stable entre 2013 et 2018, à environ 60 %. La baisse de la participation observée sur les périodes 2010–2012 et 2013–2015 a coïncidé avec l'entrée en vigueur des modifications apportées aux lignes directrices provinciales relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus, et donc l'extension recommandée de l'intervalle entre les tests Pap à un tous les trois ans.

Fidélisation du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus

Figure 25 : Pourcentage d'Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage qui ont effectué un test Pap subséquent dans les 42 mois suivant l'obtention d'un résultat normal au test précédent, 2011–2015

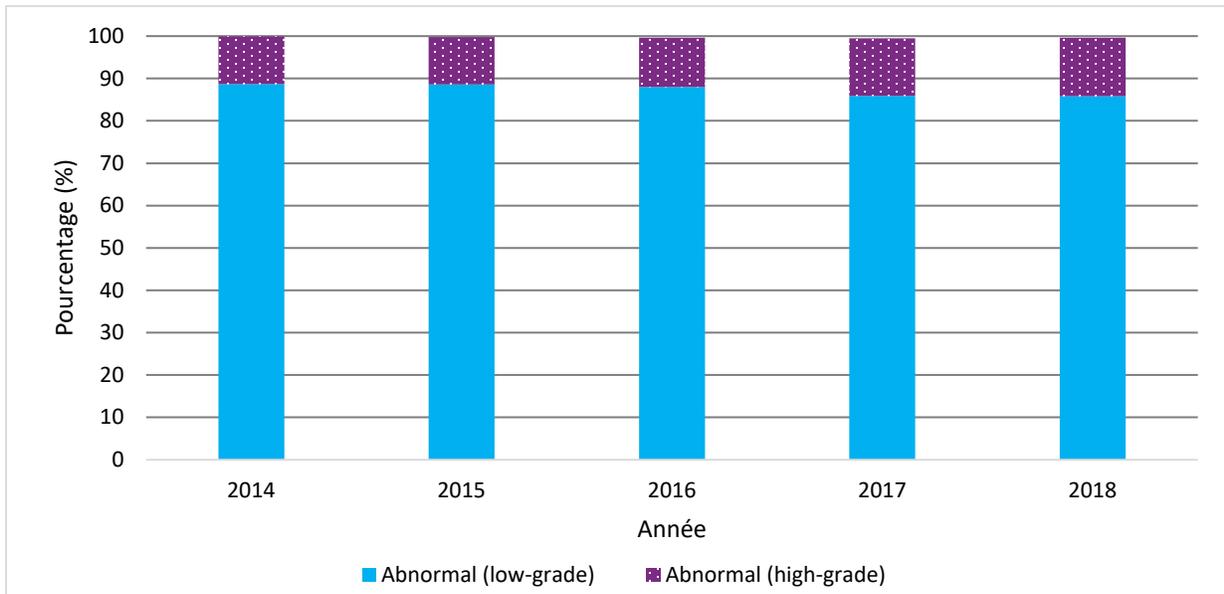


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 26](#) à l'annexe 1.

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 d'un résultat normal à un test Pap. Le taux de fidélisation du PODCCU a diminué entre 2011 (71 %) et 2014 (60 %), à savoir la période suivant directement l'année de modification (2011) des lignes directrices sur le dépistage du cancer du col de l'utérus (Figure 25). Le taux de fidélisation est reparti à la hausse après 2014, avec 62 % des participants qui ont passé un test de dépistage subséquent dans un délai de 42 mois en 2015.

Suivi du dépistage du cancer du col de l'utérus

Figure 26 : Répartition des résultats anormaux obtenus au test Pap, 2014–2018

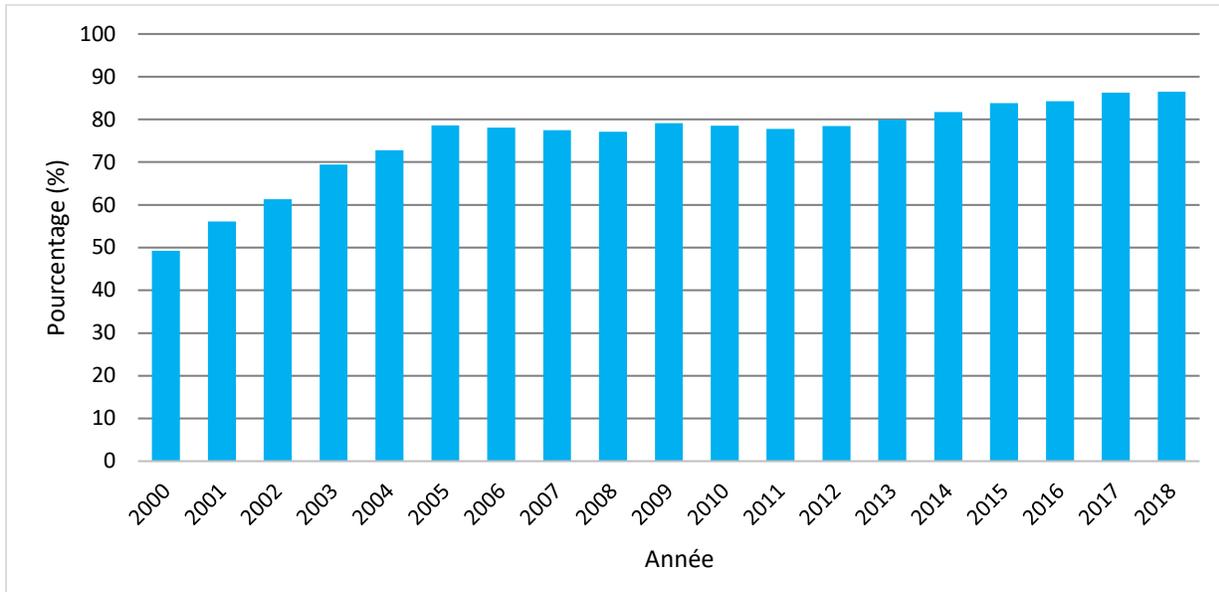


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 27](#) à l'annexe 1.

En 2018, sur les 974 743 tests Pap aux résultats connus, 6 % étaient anormaux. Parmi ces résultats de test anormaux, 86 % concernaient des lésions de bas grade et 14 % des lésions de haut grade. La proportion de tests Pap anormaux avec lésions de bas grade a diminué entre 2014 (88 %) et 2018 (86 %) (Figure 26), alors que la proportion de ceux avec lésions de haut grade a augmenté sur cette même période, passant de 11 % et 14 %.

Le nombre de femmes admissibles ayant passé un test Pap a également augmenté entre 2014 et 2018. Pour autant, le pourcentage de résultats anormaux au test Pap est resté stable sur l'ensemble de cette période, oscillant entre 5 % et 6 %.

Figure 27 : Pourcentage d’Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage dont le résultat de test Pap a révélé une dysplasie cervicale de haut grade qui ont subi une coloscopie ou un traitement définitif dans les 6 mois suivant l’obtention de ce résultat, 2000–2018

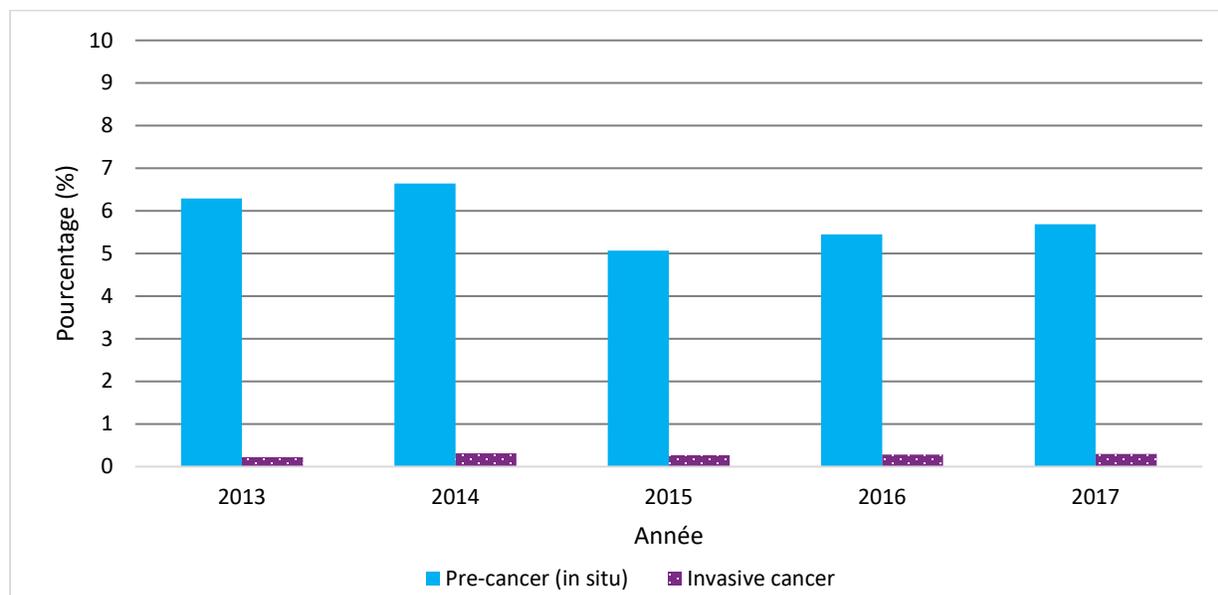


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 28](#) à l’annexe 1.

En 2000, 49 % des participantes ont reçu des soins de suivi dans les six mois suivant l’obtention du résultat anormal avec lésions de haut grade au test Pap. Cependant, 18 ans après le lancement du PODCCU, le suivi s’est amélioré, avec 86 % des participantes ayant reçu des soins de suivi dans les six mois suivant l’obtention d’un résultat anormal avec lésions de haut grade au test Pap en 2018 (Figure 27). Cette hausse du suivi des résultats anormaux au fil du temps signifie que chaque année, entre 3 000 et 5 000 femmes ont reçu des soins de suivi dans les six mois suivant l’obtention d’un résultat anormal avec lésions de haut grade au test Pap.

Valeur prédictive positive (VPP) du test Pap

Figure 28 : Pourcentage d'Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage ayant obtenu un résultat anormal 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, 2013–2017



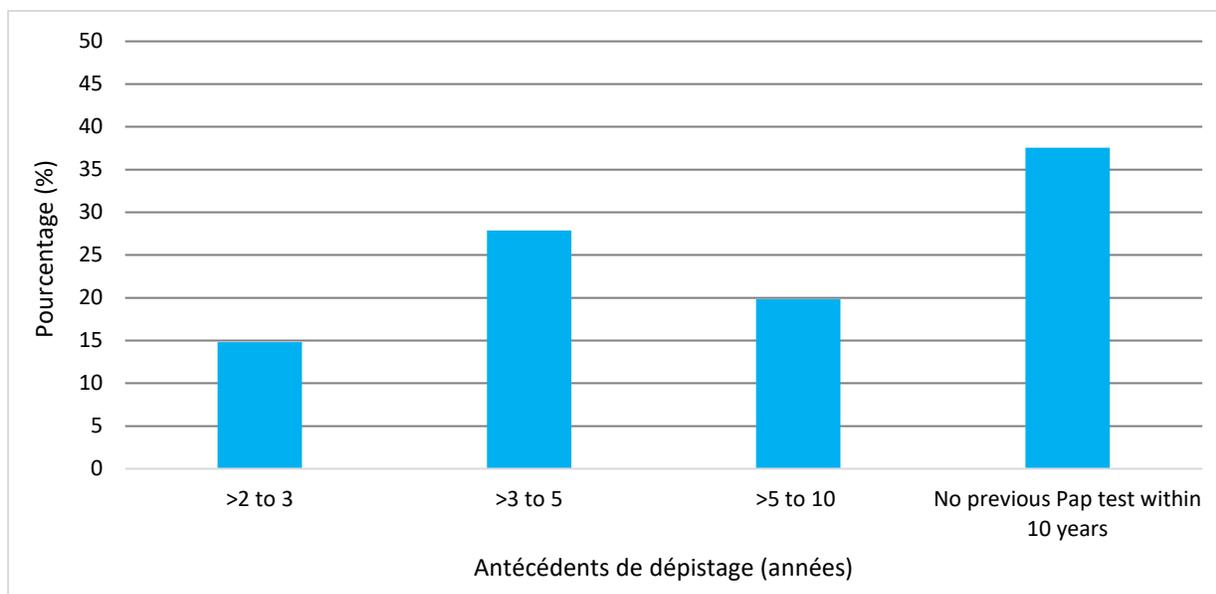
Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 29](#) à l'annexe 1.

La valeur prédictive positive (VPP) est la probabilité qu'une personne dont le test de dépistage du cancer est positif soit véritablement atteinte d'un cancer. Entre 2013 et 2017, 5 % à 7 % des participantes ayant obtenu un résultat anormal au test Pap de dépistage ont reçu un diagnostic de lésion précancéreuse à la suite d'une colposcopie de suivi ou d'une intervention chirurgicale au niveau du col de l'utérus (Figure 28). Durant cette même période, la valeur prédictive positive des tests Pap pour le cancer du col de l'utérus invasif est demeurée aux alentours de 0,3 %.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus par test Pap vise à déceler les lésions précancéreuses qui pourraient devenir cancéreuses si elles ne sont pas traitées. Ainsi, la valeur prédictive positive des tests Pap pour le carcinome in-situ mesure de manière plus appropriée l'efficacité du test Pap que la valeur prédictive positive des tests Pap pour le cancer invasif du col de l'utérus.

Antécédents de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les cas de cancer du col de l'utérus invasif

Figure 29 : Pourcentage d'Ontariennes âgées de 21 ou plus admissibles au dépistage qui ont reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus invasif et qui avaient des antécédents de dépistage de cette maladie, 2014–2018



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

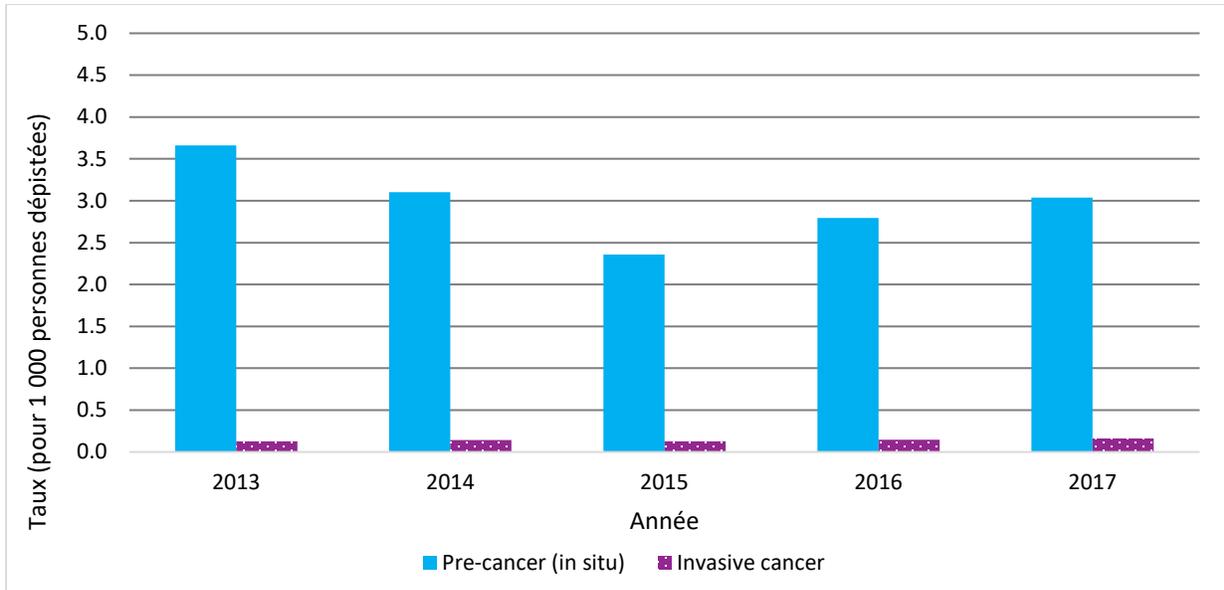
On découvre la plupart des cancers du col de l'utérus chez des personnes qui n'ont jamais effectué de dépistage ou qui l'ont fait moins souvent que la fréquence recommandée par les lignes directrices actuelles relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus (34). Entre 2014 et 2018, 38 % des Ontariennes 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 (Figure 29).

Parmi celles qui ont reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus invasif, 15 % avaient passé un test Pap dans les deux à trois années précédant leur diagnostic. Plusieurs raisons expliquent que certaines personnes reçoivent un diagnostic de cancer avant d'avoir à passer un test de dépistage subséquent. Premièrement, les tests de dépistage ne sont pas parfaits et le test Pap peut passer à côté de certaines lésions précancéreuses. L'adoption du test VPH pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en Ontario nous aidera à résoudre ce problème du fait de sa meilleure sensibilité à certaines anomalies précancéreuses (35) et de sa capacité de détection des anomalies persistantes de haut grade, qui s'avère plus précoce que celle du test Pap (36,37). Deuxièmement, en dépit du fait qu'il puisse détecter les cancers du col de l'utérus invasifs, le test Pap n'a pas été conçu à cette fin. En réalité, ce test a pour objectif de détecter les changements des cellules du col de l'utérus à un stade précoce. Ainsi, le test Pap pratiqué dans le cadre d'un dépistage est plus susceptible de passer à côté d'un cancer invasif que d'une lésion précancéreuse (38). Troisièmement, il est important d'assurer un suivi opportun des résultats de dépistage anormaux pour réduire le risque de développement d'un cancer du col de l'utérus invasif attribuable à des anomalies précancéreuses non traitées. Bien que l'on constate une augmentation de la

proportion de personnes aux résultats anormaux ayant reçu des soins de suivi dans un délai de six mois, il est possible de faire encore mieux.

Taux de détection du cancer du col de l'utérus et des lésions précancéreuses (in situ)

Figure 30 : Nombre d'Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage atteintes d'un cancer invasif ou de lésions précancéreuses détectés par dépistage pour 1 000 femmes dépistées, 2013–2017



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

Le taux de lésions précancéreuses détectées dans le cadre du dépistage a diminué entre 2013 et 2015, passant de 3,7 à 2,4 pour 1 000, avant de repartir à la hausse et s'établir à 3 pour 1 000 en 2017 (Figure 30). Le taux de détection des cancers invasifs est resté stable, à moins de 0,5 pour 1 000, entre 2013 et 2017.

Le test Pap est conçu pour déceler les anomalies qui pourraient devenir cancéreuses, raison pour laquelle le taux de lésions précancéreuses détectées dans le cadre du dépistage (cancer in situ détecté dans le cadre du dépistage) est plus élevé que le taux de cancers invasifs détectés dans le cadre du dépistage.



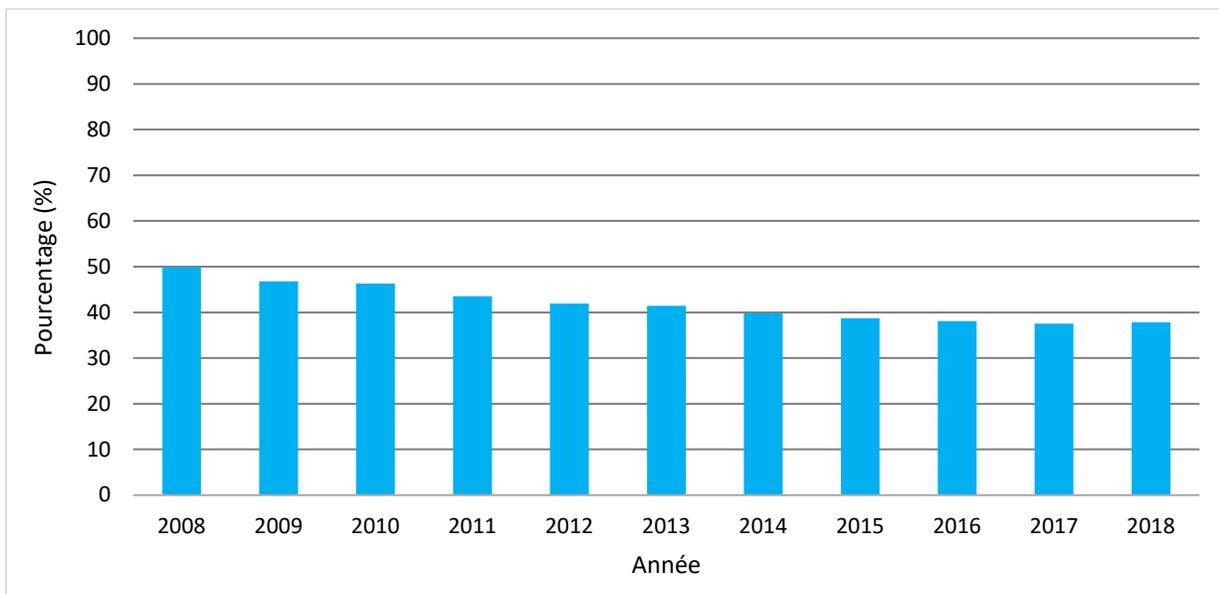
Contrôle Cancer Colorectal (CCC)

Remarque : Certains indicateurs dont il est question dans la présente section constituent des mesures de la qualité des services de coloscopie et contiennent des données relatives aux coloscopies réalisées pour toutes les indications.

Plusieurs indicateurs majeurs du programme Contrôle Cancer Colorectal se sont sensiblement améliorés entre 2008, année de son lancement, et 2018. Le pourcentage de personnes en retard pour le dépistage du cancer colorectal a reculé de 24 % et le pourcentage de personnes n'ayant pas passé de coloscopie de suivi dans les six mois suivant l'obtention d'un résultat anormal au test de recherche de sang occulte dans les selles au gaïac (RSOSg) a quant à lui reculé de 45 %. Le pourcentage de personnes en retard pour le dépistage du cancer colorectal s'établissait à 38 % en 2018, dépassant ainsi l'objectif de rendement européen de ≤ 55 % (2). Le pourcentage de cancers colorectaux de stade I détectés à l'aide d'une RSOSg a augmenté entre 2013 et 2017, passant de 28% à 32%.

Pourcentage de personnes en retard pour le dépistage du cancer colorectal

Figure 31 : Pourcentage d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui étaient en retard pour le dépistage du cancer colorectal, 2008–2018



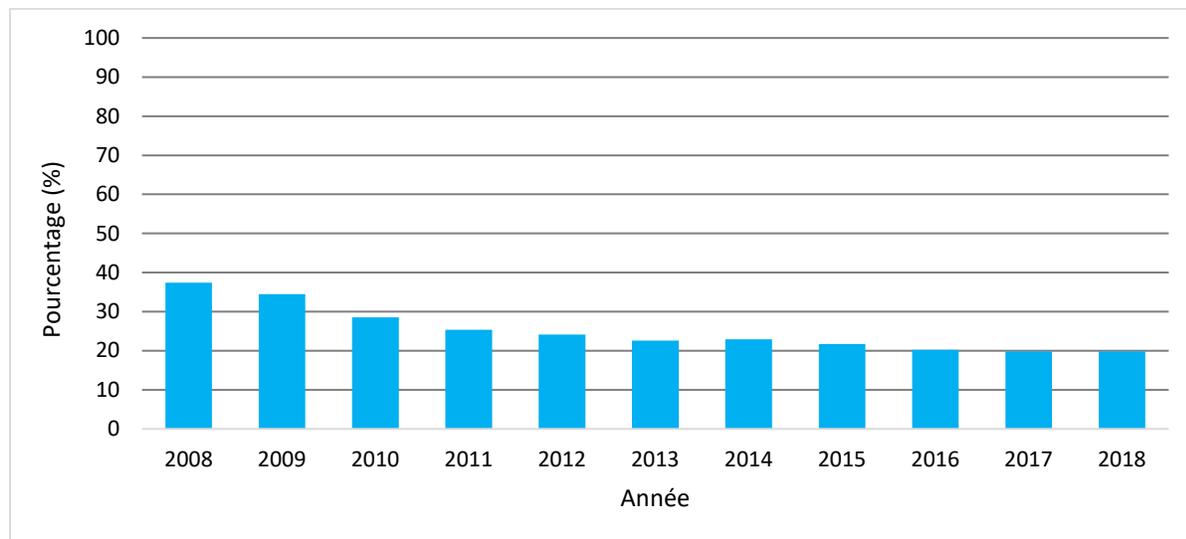
Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 32](#) à l'annexe 1.

L'indicateur de retard pour le dépistage du cancer colorectal représente le pourcentage d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au programme qui n'avaient pas effectué une RSOSg depuis deux ans, de sigmoïdoscopie flexible depuis 10 ans ou de coloscopie depuis 10 ans. Le pourcentage de personnes en retard pour le dépistage a diminué (c.-à-d. s'est amélioré), passant de 50 % en 2008 à 38 % en 2018 (Figure 31), dépassant ainsi l'objectif de rendement européen de ≤ 55 % (2).

Santé Ontario (Action Cancer Ontario) recommande désormais de dépister les personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal à l'aide du test immunochimique fécal (TIF) plutôt que de la RSOSg. Le TIF n'ayant été déployé qu'à partir de juin 2019 dans le cadre du programme ContrôleCancerColorectal, il n'est pas pris en compte dans l'indicateur de retard de dépistage illustré à la Figure 31.

Absence de coloscopie dans les 6 mois suivant l'obtention d'un résultat anormal au test de recherche de sang occulte dans les selles au gaïac (RSOSg)

Figure 32 : Pourcentage d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu un résultat anormal au test de RSOSg qui n'ont pas passé de coloscopie dans les 6 mois suivant la réception de ce résultat, 2008–2018

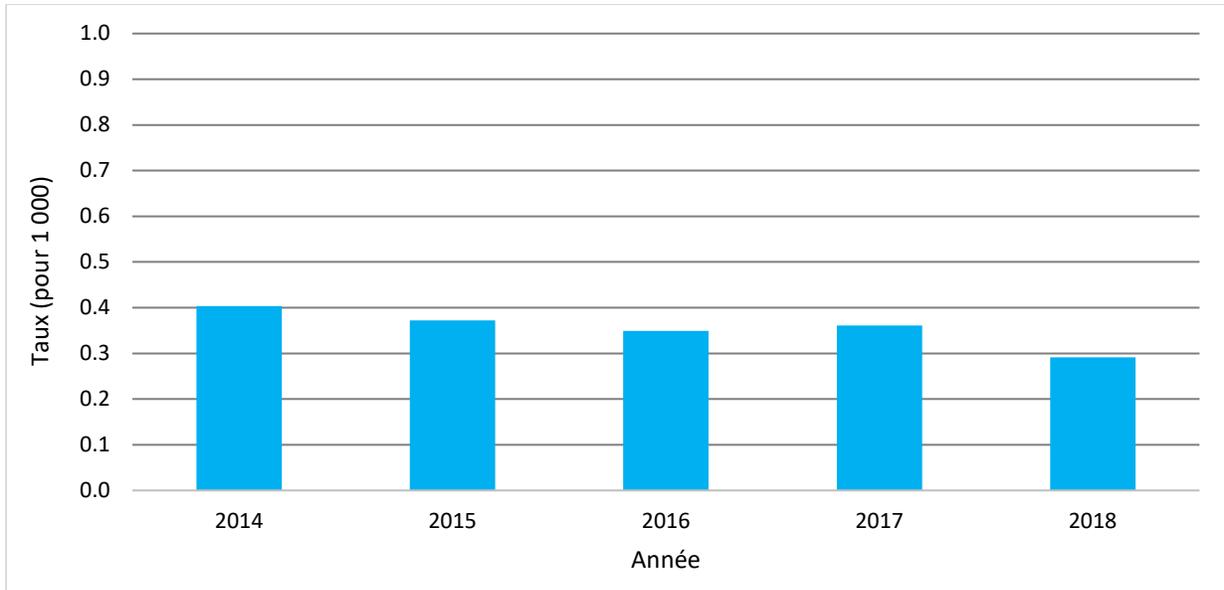


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 33](#) à l'annexe 1.

Cet indicateur mesure le pourcentage d'Ontariens admissibles au dépistage ayant obtenu un résultat anormal au test de RSOSg qui n'ont pas passé de coloscopie dans les 6 mois suivant la réception de ce résultat. Au cours de la décennie qui a suivi le lancement du programme ContrôleCancerColorectal, la proportion de personnes n'ayant pas reçu de suivi dans les six mois suivant l'obtention de résultats anormaux à la RSOSg a diminué (s'est améliorée), passant de 37 % en 2008 à 20 % depuis 2016, ce qui représente 2 000 personnes supplémentaires recevant un suivi approprié (Figure 32).

Qualité de la coloscopie

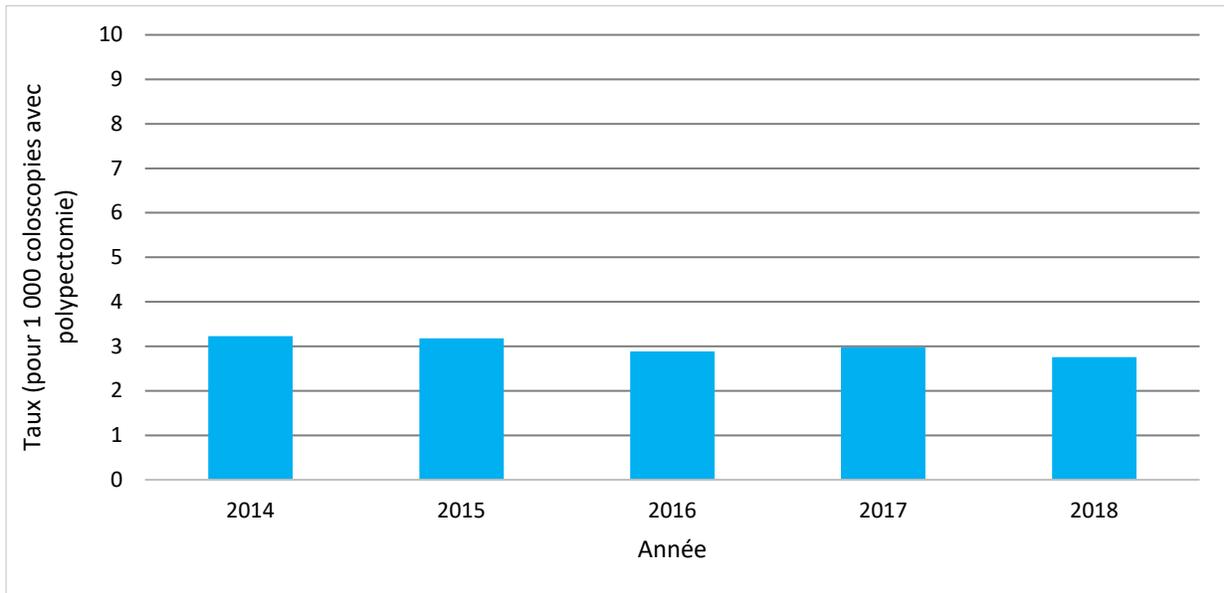
Figure 33 : Taux de coloscopies ambulatoires suivies d'hospitalisations pour perforation dans les 7 jours suivant la procédure, pour 1 000 coloscopies, 2014–2018



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

Le taux de perforation est une mesure importante de la qualité des actes de coloscopies réalisées dans des cadres ambulatoires. Cet indicateur tient compte de l'ensemble des coloscopies réalisées, pour quelque motif que ce soit (c.-à-d., pas seulement celles de suivi pour résultats de dépistage anormaux ou celles de dépistage des personnes présentant un risque accru de cancer colorectal). En 2014, le taux de perforation sur patient ambulatoire était de 0,4 pour 1 000 coloscopies (Figure 33). Le taux de perforation a diminué (s'est amélioré) pour s'établir à 0,29 pour 1 000 coloscopies en 2018. Entre 2014 et 2018, le taux de perforation est resté constamment inférieur aux objectifs national et européen de rendement minimal de <1 pour 1 000 coloscopies (3,4).

Figure 34 : Taux de coloscopies ambulatoires avec polypectomie suivies d'hospitalisations pour hémorragie digestive basse dans les 14 jours suivant la procédure, pour 1 000 coloscopies, 2014–2018

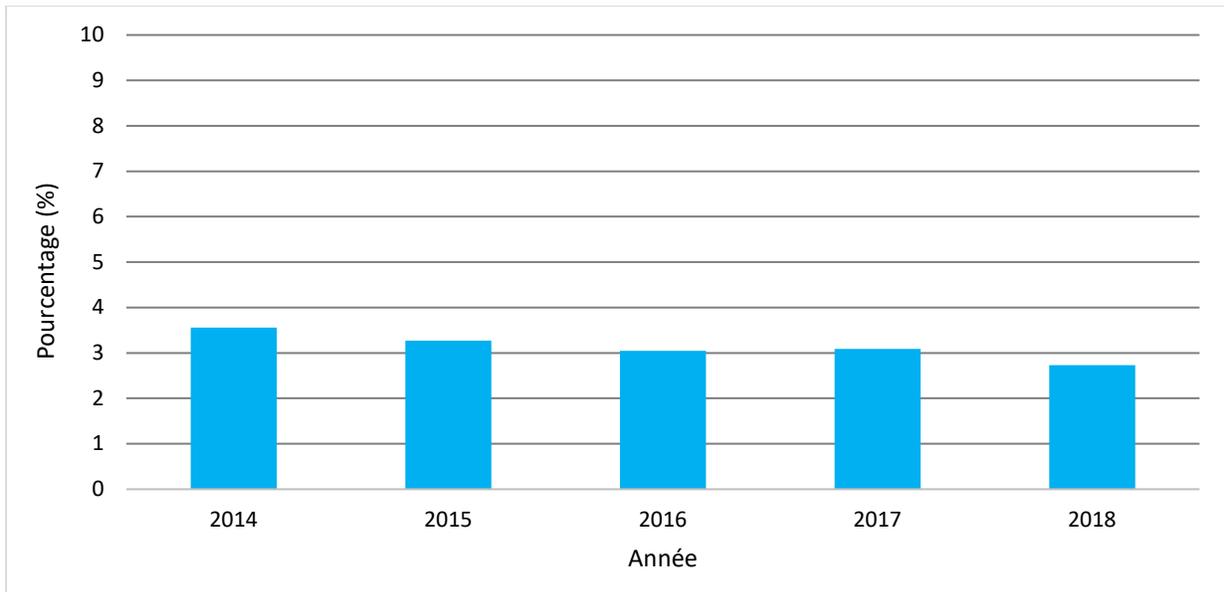


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 35](#) à l'annexe 1.

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 digestive basse, également appelée hémorragie post-polypectomie.

Le taux d'hémorragies post-polypectomie est une autre mesure importante de la qualité de la coloscopie. De 2014 à 2018, le taux d'hémorragies post-polypectomie est resté relativement stable, à environ 3 hémorragies pour 1 000 coloscopies avec polypectomie (Figure 34), soit un chiffre bien inférieur aux objectifs provincial et britannique de rendement minimal de < 10 pour 1 000 coloscopies avec polypectomie (39,40).

Figure 35 : Pourcentage de coloscopies ambulatoires avec mauvaise préparation des intestins à l'hôpital, 2014–2018

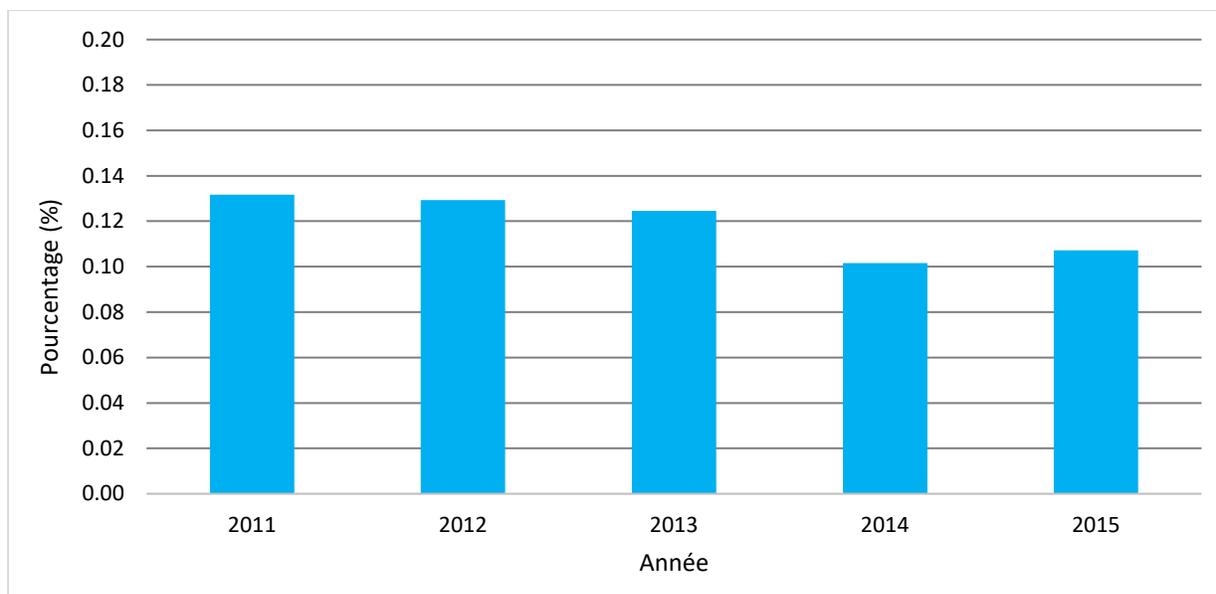


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 36](#) à l'annexe 1.

La préparation des intestins est également une mesure de la qualité des services de coloscopie. La proportion de coloscopies ambulatoires avec mauvaise préparation des intestins a diminué (s'est améliorée) entre 2014 et 2018, passant de 3,6 % à 2,7 % (Figure 35). Une mauvaise préparation des intestins peut avoir un effet néfaste sur le rendement des autres indicateurs de qualité, tels que les gênes causées pour les patients, le taux d'intubation cœcale (mesure de l'accomplissement de la coloscopie) et le taux de détection des adénomes (pourcentage de coloscopies réalisées par un même endoscopiste dans le cadre desquelles des adénomes ont été retirés) (41).

Taux de diagnostic de cancer colorectal post-coloscopie

Figure 36 : Pourcentage de coloscopies ambulatoires ne montrant aucune trace de cancer colorectal suivies par un diagnostic de cancer colorectal dans un délai de 6 à 36 mois après l'acte, 2011–2015

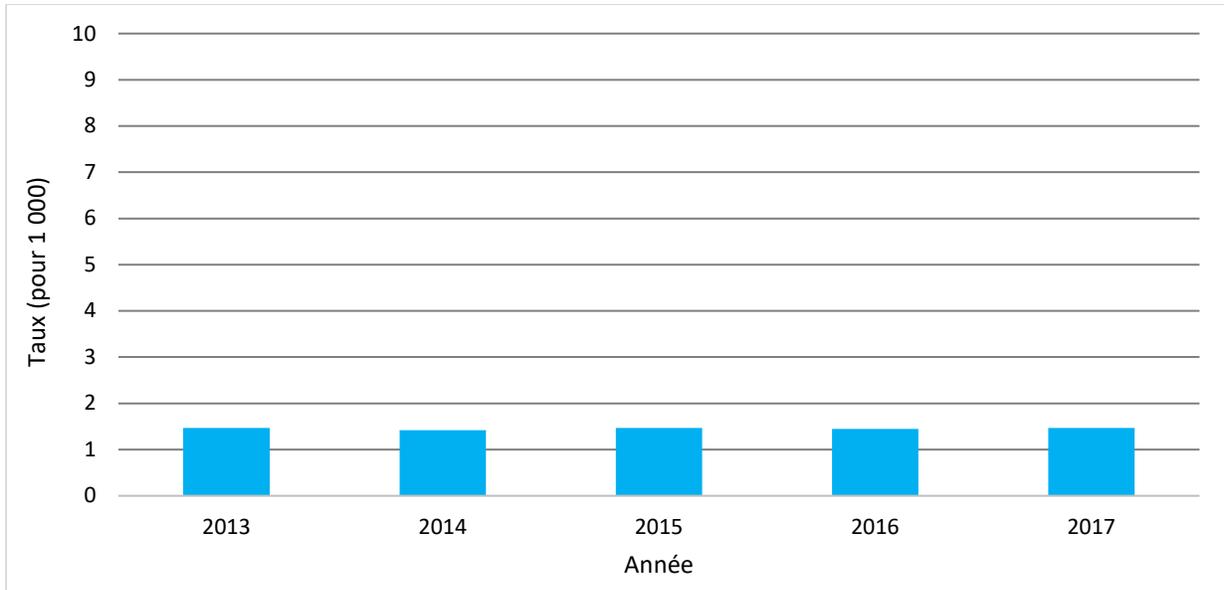


Pour obtenir le détail des données, voir le [Tableau 37](#) à l'annexe 1.

Le taux de diagnostic de cancer colorectal post-coloscopie représente le pourcentage de cancers nouveaux ou manqués au dépistage. Cet indicateur est établi à partir du nombre de coloscopies ne montrant aucune trace de cancer colorectal suivies par un diagnostic de cancer colorectal dans un délai de 6 à 36 mois. Le pourcentage de cancers colorectaux post-coloscopie a diminué (s'est amélioré) entre 2011 et 2015, passant de 0,13 % à 0,11 % (Figure 36).

Taux de détection des cancers invasifs par RSOSg

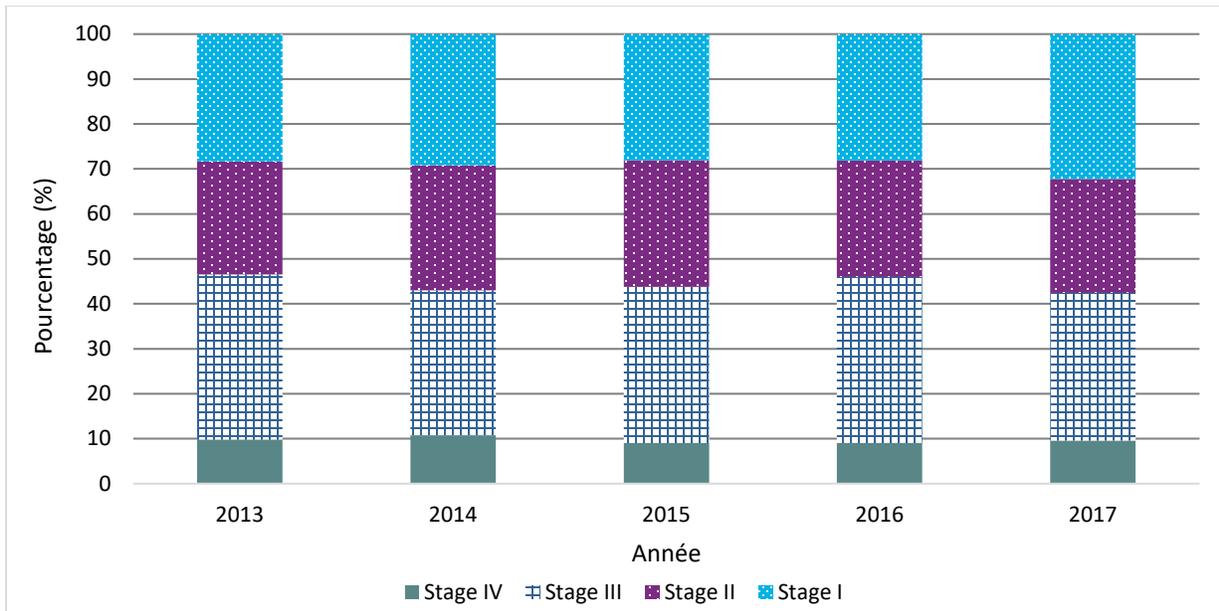
Figure 37 : Nombre de personnes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteintes d'un cancer colorectal invasif détecté par dépistage, pour 1 000 personnes dépistées, à l'aide du test de RSOSg de ContrôleCancerColorectal, 2013–2017



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

Le taux de détection des cancers colorectaux invasifs par RSOSg représente le nombre d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteints d'un cancer colorectal invasif détecté par dépistage, pour 1 000 personnes dépistées, à l'aide des trousse de test de RSOSg de ContrôleCancerColorectal. Le taux de détection des cancers colorectaux invasifs par RSOSg est demeuré stable, oscillant entre 1,4 et 1,5 pour 1 000 RSOSg de 2013 à 2017 (Figure 37).

Figure 38 : Répartition des stades au diagnostic du cancer colorectal, 2013–2017



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

Le pourcentage de cancers colorectaux de stade I détectés à l'aide d'une RSOSg (c.-à-d. cancers à un stade précoce) a augmenté au fil du temps, passant de 28 % en 2013 à 32 % en 2017. La proportion de cancers colorectaux de stade I détectés sans dépistage préalable a diminué au cours de cette même période, passant de 17 % en 2013 à 15 % en 2017 (Figure 38 et Tableau 4).

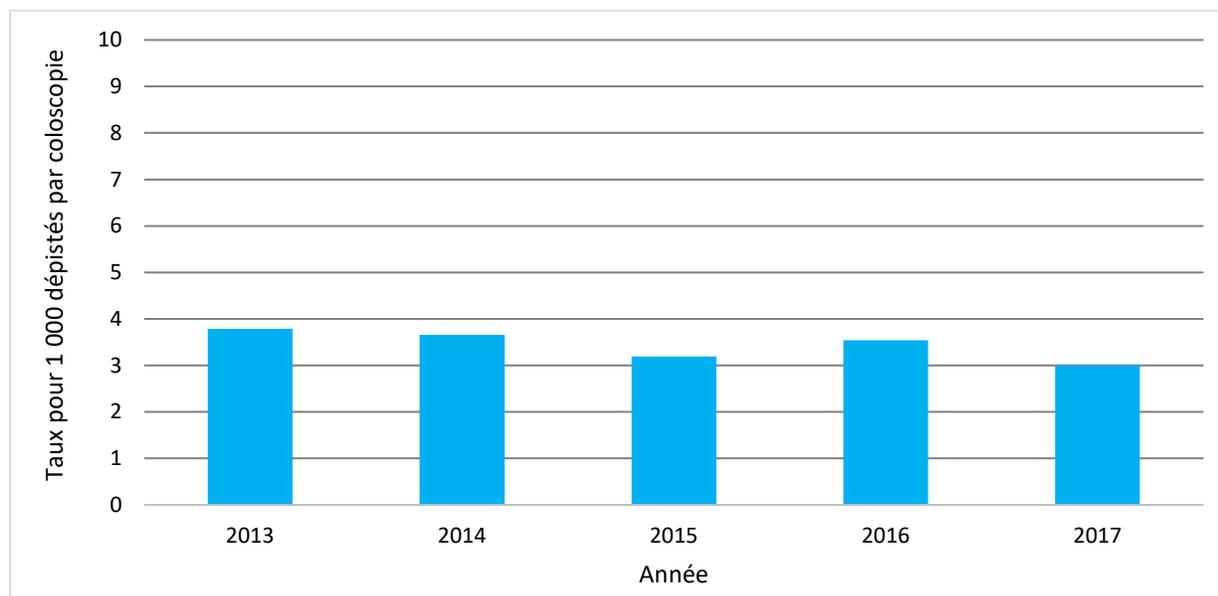
Tableau 4 : Proportion de cancers colorectaux diagnostiqués à un stade précoce (stade I), 2013–2017

| Année | Pourcentage de cancers colorectaux de stade I détectés par test de RSOSg | Pourcentage de cancers colorectaux de stade I détectés sans dépistage préalable |
|-------|--|---|
| 2013 | 28,3 | 16,6 |
| 2014 | 29,2 | 16,5 |
| 2015 | 28,0 | 16,9 |
| 2016 | 28,2 | 17,1 |
| 2017 | 32,2 | 15,1 |

Les cancers colorectaux détectés sans dépistage préalable correspondent aux cancers colorectaux diagnostiqués sans qu'une RSOSg, une sigmoïdoscopie flexible ou une coloscopie n'ait été réalisée dans les six mois précédant la date du diagnostic.

Taux de détection des cancers invasifs (antécédents familiaux de cancer colorectal)

Figure 39 : Nombre d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteints d'un cancer colorectal détecté par dépistage, pour 1 000 dépistés par coloscopie, chez ceux présentant des antécédents familiaux de cette maladie, 2013–2017



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

Le taux de détection des cancers colorectaux invasifs pour les personnes présentant des antécédents familiaux de cette maladie représente le nombre d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteints d'un cancer colorectal détecté par dépistage qui présentent des antécédents familiaux de la maladie pour 1 000 dépistés par coloscopie. En 2013, le taux de détection des cancers invasifs s'établissait à 3,8 cas pour 1 000 personnes dépistées par coloscopie. Le taux de détection est demeuré stable de 2013 à 2017, oscillant entre 3 et 3,8 pour 1 000 (Figure 39).



Orientations futures

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

Dans d'autres régions du monde, le test cytologique est progressivement remplacé par le test VPH dans le cadre des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus. Cette évolution a lieu en raison de la meilleure sensibilité du test VPH par rapport au test Pap (c.-à-d. le test VPH permet de repérer plus précisément les personnes présentant un risque de développer un cancer du col de l'utérus). Le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU) a recommandé l'adoption du test VPH pour le dépistage de ce cancer et son utilisation dans les services de colposcopie, et travaille avec le ministère de la Santé à la mise en œuvre de ce test en Ontario.

En tant que test de dépistage recommandé pour le cancer du col de l'utérus, le test VPH permettra de mieux détecter les lésions précancéreuses et de renseigner plus précisément les besoins d'orienter les personnes vers une colposcopie lorsqu'il est associé à une cytologie de triage appropriée (un examen subséquent réalisé chez les personnes ayant obtenu un résultat positif au test VPH pour déterminer la marche à suivre). Par ailleurs, l'utilisation du test de détection du VPH dans les services de colposcopie permettra d'offrir aux fournisseurs de soins de santé des critères objectifs qui les aideront 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 le test VPH prendra la forme d'un programme de mise en œuvre à étapes multiples pluriannuel qui apportera des mises à jour au PODCCU, notamment de nouvelles exigences applicables aux laboratoires et aux tests, et des recommandations de dépistage révisées (p. ex., forme de test appropriée, âges d'admissibilité, et intervalle de dépistage). Pour réussir cette transition, il sera également 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. Par ailleurs, une stratégie globale d'éducation et de gestion du changement sera mise au point pour soutenir les fournisseurs de soins de santé. La communauté de pratique provinciale de la colposcopie du PODCCU constituera une plateforme de consultation privilégiée des colposcopistes de l'Ontario tout au long de la transition vers le test VPH.

La communauté de pratique de la colposcopie organise des webinaires agréés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Ces webinaires interactifs, qui permettent aux membres de la communauté de pratique de la colposcopie d'échanger sur les pratiques exemplaires éprouvées relatives aux soins de colposcopie, ont été très suivis. En 2019, un pôle de ressources en ligne a été

établi pour cette communauté de pratique. Ce pôle est un dépôt central à partir duquel les membres de la communauté de pratique de la coloscopie peuvent accéder à des outils cliniques (p. ex., recommandations du programme en matière de dépistage et de coloscopie, modèles de lettres de congé) et aux procès-verbaux des précédentes réunions.

Dépistage du cancer du poumon pour les personnes à haut risque

Le cancer du poumon est la première cause de décès attribuable au cancer chez les Ontariens (11). D'après les estimations, en 2018, environ 7 400 personnes sont décédées des suites d'un cancer du poumon dans la province, soit un total supérieur au nombre estimé de décès attribuables aux cancers colorectal, du sein et de la prostate réunis. Le nombre si important de décès des suites d'un cancer du poumon s'explique par la propagation fréquente du cancer à d'autres parties du corps au moment du diagnostic, le traitement devenant ainsi moins efficace. De nos jours, la tomodensitométrie (TDM) à faible dose constitue une forme de dépistage efficace et fondée sur la preuve. La TDM à faible dose permet de détecter certains cancers du poumon à un stade précoce, lorsque le traitement a plus de chances d'être efficace.

En juin 2017, préalablement à son intégration à Santé Ontario, Action Cancer Ontario a lancé le Projet pilote de dépistage du cancer du poumon pour les personnes à haut risque (ci-après « le Projet pilote ») dans quelques hôpitaux ontariens. Le Projet pilote vise principalement à évaluer la mise en œuvre du dépistage structuré du cancer du poumon chez les personnes présentant un risque élevé de développer cette maladie. Voici les sites pilotes : L'Hôpital d'Ottawa à Ottawa (avec l'Hôpital Renfrew Victoria à Renfrew et l'Hôpital communautaire de Cornwall à Cornwall), Horizon Santé-Nord à Sudbury, Lakeridge Health à Oshawa et le Réseau universitaire de santé à Toronto.

Le Projet pilote sera évalué pour apprécier les composantes clés du processus de dépistage, notamment le recrutement, l'évaluation des risques, la participation, la fidélisation, le suivi et le diagnostic. L'évaluation permettra également de recenser l'ensemble des cancers détectés et les stades auxquels ils l'ont été, les dommages résultant de procédures diagnostiques invasives inutiles et les résultats de l'offre de services de renoncement au tabac. Ces observations seront présentées dans un rapport d'évaluation finale qui sera publié au printemps 2021 et aideront Santé Ontario (Action Cancer Ontario) à planifier la mise en œuvre d'un programme provincial de dépistage du cancer du poumon. Ce projet pilote sera alors mis en application.

Dépistage du cancer colorectal chez les personnes à risque accru ou à haut risque

Dépistage 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) présentent un risque accru de développer cette maladie. Le programme ContrôleCancerColorectal recommande actuellement aux personnes n'ayant aucun symptôme et présentant un risque accru de cancer colorectal de se faire dépister au moyen d'une coloscopie dès l'âge de 50 ans, ou 10 ans avant l'âge auquel leur parent au premier degré a reçu son diagnostic, selon la première de ces éventualités. En 2018, l'Association canadienne de gastroentérologie a publié des lignes directrices sur le dépistage des personnes présentant un risque accru de développer un cancer colorectal (42). Santé Ontario (Action Cancer Ontario) utilisera ces nouvelles données et consultera un groupe de spécialistes pour mettre à jour les recommandations de dépistage de ContrôleCancerColorectal visant les personnes présentant un risque accru (c.-à-d., les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer colorectal).

Dépistage chez les personnes à haut risque

Le syndrome de Lynch, aussi appelé cancer colorectal héréditaire sans polypose (HNPCC), est une affection génétique associée à un risque élevé (de l'ordre de 10 % à 82 %) de développer un cancer colorectal au cours de sa vie (43). Les personnes atteintes du syndrome de Lynch risquent également de développer plusieurs autres formes de cancer, dont un cancer de l'endomètre (44). Environ 2 % à 5% des cas de cancer colorectal diagnostiqués en Ontario en 2018 (230 à 580 sur les 11 600 cas de cancer colorectal diagnostiqués au total) sont attribuables au syndrome de Lynch (11,45).

Les personnes atteintes ou risquant d'être atteintes du syndrome de Lynch doivent commencer à se faire dépister pour le cancer colorectal plus tôt que la population générale et devraient être dépistées par coloscopie. Tout indique que le dépistage des membres à risque d'une famille pourrait permettre de réduire considérablement la mortalité liée au cancer colorectal au sein de ce groupe (46). Un programme de dépistage structuré permettrait de veiller à ce que les personnes à haut risque soient systématiquement repérées et dépistées. Il n'existe actuellement aucun programme de ce type en Ontario.

En 2016, préalablement à son intégration à Santé Ontario, Action Cancer Ontario a appuyé la réalisation d'une étude exhaustive sur le dépistage du syndrome de Lynch dans la population provinciale. Cette étude a permis de repérer les obstacles à la mise en œuvre d'un programme de dépistage du syndrome de Lynch, et comportait une analyse coût-efficacité de la détection systématique des personnes atteintes de ce syndrome à l'aide d'un test réflexe (test réalisé au diagnostic des cancers colorectaux

pour déterminer si ces personnes présentent un risque d'être atteintes du syndrome de Lynch) et de leur prise en charge subséquente (47). Par ailleurs, une étude des données probantes a été réalisée en 2018 pour éclairer la mise au point de recommandations de dépistage et de stratégies de réduction des risques destinées aux personnes atteintes ou risquant d'être atteintes du syndrome de Lynch.

Un groupe de spécialistes sera convoqué pour aider Santé Ontario (Action Cancer Ontario) à élaborer un programme de dépistage du cancer colorectal pour les personnes atteintes ou risquant d'être atteintes du syndrome de Lynch dans la province.

Amélioration de la participation au dépistage des personnes présentant un risque moyen et du suivi des résultats anormaux

Depuis l'adoption du test immunochimique fécal (TIF) en juin 2019, ContrôleCancerColorectal ne cesse de chercher à améliorer la prestation de ses services de dépistage. Les données recueillies en Ontario et dans d'autres régions démontrent que l'envoi direct par courrier des trousse de TIF aux personnes admissibles au dépistage peut contribuer à l'amélioration du taux de participation (48–54). À l'heure actuelle, ContrôleCancerColorectal demande aux fournisseurs de soins primaires de commander eux-mêmes les trousse de TIF pour leurs patients et d'organiser le suivi par coloscopie de ceux recevant des résultats de test anormaux. Pour parvenir aux effets escomptés de l'envoi direct par courrier, notamment à la réduction du fardeau pesant sur les fournisseurs de soins primaires, le programme serait tenu d'envoyer par courrier les trousse de TIF aux personnes admissibles, et d'assurer l'organisation des coloscopies de suivi destinées aux personnes recevant des résultats anormaux. Cela implique que ContrôleCancerColorectal mette en place un processus d'orientation centralisée des participants recevant des résultats anormaux avant de procéder à la mise en œuvre de l'envoi direct par courrier des trousse de TIF.

Action Cancer Ontario, avec le soutien de l'Institut ontarien de recherche sur le cancer, a mené un projet pilote de 2017 à 2019, lequel a permis d'éclairer les stratégies d'amélioration du suivi des personnes recevant des résultats de test anormaux. La première phase de ce projet a consisté en une évaluation qualitative des motifs de non-suivi par coloscopie après l'obtention d'un résultat anormal à la RSOSg. Cette phase de l'étude a permis d'étudier les points de vue des patients et des médecins (55). La seconde phase s'est intéressée à l'utilisation de l'orientation centralisée comme moyen d'amélioration du suivi par coloscopie (notamment la rapidité du suivi) des personnes obtenant des résultats anormaux à leur RSOSg. Les résultats de ce projet seront utilisés pour éclairer la planification.

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. Ainsi, les chercheurs de Santé Ontario (Action Cancer Ontario) se sont associés à des chercheurs d'autres régions du Canada et du monde pour mener un projet de dépistage du cancer du sein fondé sur le risque individuel à grande échelle.

Ils étudieront une vaste cohorte de femmes âgées de 40 à 69 ans en vue d'établir une méthode de calcul de leur niveau de risque personnel et de leur fournir des renseignements qui leur permettront de prendre des décisions éclairées quant au dépistage de cette maladie. L'équipe évaluera également l'acceptabilité, la faisabilité et les résultats du dépistage en fonction des risques dans les centres de mammographies existants à l'aide d'un nouvel outil Web complet de prédiction des risques et d'un test de profilage génomique. Les résultats obtenus pourraient participer au changement de la pratique du dépistage du cancer du sein, à une meilleure allocation des ressources humaines et financières, et à la réduction du fardeau du cancer du sein chez les femmes.

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

Pour s'assurer que le PODCS satisfait aux besoins de dépistage de la population ontarienne, Santé Ontario (Action Cancer Ontario) doit mener des analyses de capacités détaillées visant à promouvoir l'adoption d'une approche réfléchie et éclairée pour l'expansion du programme. Les travaux d'analyse porteront sur trois composantes de la planification des capacités : la demande, l'offre et l'accès.

Ces analyses d'envergures provinciale et régionale permettront à Santé Ontario (Action Cancer Ontario) de mieux connaître la demande de dépistage, y compris le nombre de personnes devant se faire dépister et faire l'objet de tests de suivi. Elles fourniront également des données sur les capacités et l'offre actuelle en matière de centres de dépistage, de sites d'évaluation de la santé du sein, de personnel et d'appareils d'imagerie diagnostique. L'accès aux services de dépistage sera également analysé, notamment à l'aide d'indicateurs tels que la distance parcourue pour se rendre aux centres de dépistage et les délais d'attente écoulés entre l'évaluation et le diagnostic.

Les résultats de ces analyses nous aideront à repérer les lacunes des services d'évaluation et de dépistage du cancer du sein en matière de capacité, et à éclairer les décisions d'ajout de nouveaux sites

d'évaluation du PODCS et de nouveaux sites d'offre de services du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé.

Nouveaux centres du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS)

Avec l'aide des programmes régionaux de cancérologie de la province, Santé Ontario (Action Cancer Ontario) s'emploie à intégrer de nouveaux établissements au sein du PODCS si ceux-ci offrent des services de mammographie de dépistage en dehors du programme. Cette transition permettra à davantage de personnes admissibles de bénéficier de services de dépistage du cancer du sein dans le cadre d'un programme structuré.

Au total, 58 centres de dépistage existants ont intégré le PODCS entre janvier 2016 et mars 2020. À mesure que de nouveaux centres offriront des services de mammographie, Santé Ontario (Action Cancer Ontario) s'emploiera à les intégrer au PODCS avec l'aide des programmes régionaux de cancérologie de la province.

Annexe 1 : Tableaux de données

Cadre d'évaluation du Groupe de travail sur les mesures de rendement en matière de dépistage du cancer (14)

| Domaine | Mesures de rendement recommandées |
|---|--|
| Couverture | Participation Fidélisation |
| Suivi | Proportion des résultats anormaux Suivi des résultats anormaux Intervalle de diagnostic (temps écoulé entre l'obtention d'un résultat anormal au test de dépistage et le diagnostic) |
| Qualité du dépistage | Sensibilité du test de dépistage Valeur prédictive positive du test de dépistage |
| Détection | Taux de détection des changements précancéreux Taux de détection des cancers invasifs |
| Étendue de la maladie au moment du diagnostic | Taux de détection des cancers invasifs à un stade précoce |

Incidence et mortalité du cancer en Ontario

Tableau 5 : Taux d'incidence des cancers colorectal, du col de l'utérus et du sein chez les femmes selon le groupe d'âge (pour 100 000 personnes), en Ontario, en 2016

| Groupe d'âge (ans) | Cancer du sein (chez les femmes) | Cancer colorectal | Cancer du col de l'utérus |
|--------------------|----------------------------------|-------------------|---------------------------|
| 0-39 | 13,6 | 2,4 | 5,2 |
| 40-59 | 205,4 | 46,9 | 12,6 |
| 60-79 | 384,5 | 170,7 | 10,1 |
| 80 et + | 404,7 | 356,4 | 10,4 |

Tableau 6 : Taux d'incidence normalisés selon l'âge des cancers colorectal, du col de l'utérus et du sein chez les femmes (pour 100 000 personnes), en Ontario, en 2016

| Année | Cancer du sein (chez les femmes) | Cancer colorectal | Cancer du col de l'utérus |
|-------|----------------------------------|-------------------|---------------------------|
| 1981 | 110,0 | 69,3 | 14,5 |
| 1982 | 110,1 | 71,9 | 13,8 |
| 1983 | 113,6 | 72,8 | 14,1 |
| 1984 | 116,1 | 74,9 | 12,6 |
| 1985 | 118,2 | 73,6 | 13,0 |
| 1986 | 114,8 | 70,5 | 12,9 |
| 1987 | 118,2 | 72,2 | 12,5 |
| 1988 | 127,7 | 72,2 | 11,9 |
| 1989 | 125,6 | 69,9 | 11,7 |
| 1990 | 124,7 | 70,2 | 12,7 |
| 1991 | 134,2 | 70,1 | 11,4 |
| 1992 | 135,9 | 68,2 | 11,4 |
| 1993 | 130,3 | 67,2 | 11,2 |
| 1994 | 129,0 | 68,5 | 10,8 |
| 1995 | 130,7 | 66,1 | 11,3 |
| 1996 | 129,7 | 65,4 | 11,2 |

| Année | Cancer du sein (chez les femmes) | Cancer colorectal | Cancer du col de l'utérus |
|-------|----------------------------------|-------------------|---------------------------|
| 1997 | 136,7 | 64,3 | 10,7 |
| 1998 | 136,5 | 67,9 | 8,8 |
| 1999 | 139,1 | 68,8 | 10,3 |
| 2000 | 133,5 | 69,9 | 9,4 |
| 2001 | 133,7 | 69,3 | 9,0 |
| 2002 | 137,4 | 67,0 | 8,9 |
| 2003 | 128,6 | 65,1 | 9,0 |
| 2004 | 129,9 | 66,0 | 8,6 |
| 2005 | 129,6 | 65,4 | 8,2 |
| 2006 | 128,5 | 64,7 | 8,3 |
| 2007 | 130,2 | 64,4 | 8,8 |
| 2008 | 125,4 | 65,0 | 8,3 |
| 2009 | 127,7 | 61,9 | 9,0 |
| 2010 | 131,1 | 61,2 | 9,2 |
| 2011 | 130,4 | 60,7 | 8,8 |
| 2012 | 127,3 | 57,8 | 8,2 |
| 2013 | 126,7 | 56,3 | 7,4 |
| 2014 | 130,2 | 55,0 | 7,2 |
| 2015 | 127,7 | 54,8 | 8,0 |
| 2016 | 129,1 | 52,7 | 8,2 |

Tableau 7 : Taux de mortalité normalisés selon l'âge des cancers colorectal, du col de l'utérus et du sein chez les femmes (pour 100 000 personnes), en Ontario, en 2016

| Année | Cancer du sein (chez les femmes) | Cancer colorectal | Cancer du col de l'utérus |
|-------|----------------------------------|-------------------|---------------------------|
| 1981 | 41,6 | 40,3 | 5,3 |
| 1982 | 41,4 | 39,0 | 5,4 |
| 1983 | 41,8 | 38,3 | 6,2 |
| 1984 | 43,6 | 38,8 | 5,1 |
| 1985 | 43,5 | 39,5 | 4,6 |
| 1986 | 44,5 | 38,3 | 4,2 |
| 1987 | 43,6 | 37,1 | 4,4 |
| 1988 | 42,6 | 38,1 | 4,5 |
| 1989 | 43,9 | 36,5 | 3,9 |
| 1990 | 41,3 | 34,9 | 4,5 |
| 1991 | 41,0 | 34,6 | 4,0 |
| 1992 | 40,8 | 34,3 | 3,3 |
| 1993 | 40,5 | 32,9 | 3,5 |
| 1994 | 41,5 | 32,9 | 3,3 |
| 1995 | 40,8 | 34,3 | 3,1 |
| 1996 | 39,5 | 32,8 | 3,8 |
| 1997 | 37,9 | 32,0 | 3,2 |
| 1998 | 34,5 | 30,9 | 3,2 |
| 1999 | 34,4 | 31,2 | 3,0 |
| 2000 | 35,8 | 31,2 | 2,8 |
| 2001 | 34,2 | 29,7 | 3,0 |
| 2002 | 33,5 | 30,6 | 2,3 |
| 2003 | 32,9 | 28,9 | 2,5 |
| 2004 | 32,3 | 28,6 | 2,8 |
| 2005 | 32,0 | 28,9 | 2,5 |
| 2006 | 29,2 | 26,5 | 2,7 |
| 2007 | 30,0 | 26,5 | 2,5 |

| Année | Cancer du sein (chez les femmes) | Cancer colorectal | Cancer du col de l'utérus |
|-------|----------------------------------|-------------------|---------------------------|
| 2008 | 28,2 | 26,0 | 2,2 |
| 2009 | 27,4 | 25,1 | 2,0 |
| 2010 | 26,9 | 23,7 | 2,4 |
| 2011 | 26,8 | 24,2 | 2,2 |
| 2012 | 25,7 | 22,6 | 2,6 |
| 2013 | 24,4 | 21,4 | 2,0 |
| 2014 | 25,0 | 21,7 | 2,2 |
| 2015 | 24,2 | 20,7 | 2,2 |
| 2016 | 24,9 | 20,3 | 2,3 |

Tableau 8 : Taux de mortalité des cancers colorectal, du col de l'utérus et du sein chez les femmes selon le groupe d'âge (pour 100 000 personnes), en Ontario, en 2016

| Groupe d'âge (ans) | Cancer du sein (chez les femmes) | Cancer colorectal | Cancer du col de l'utérus |
|--------------------|----------------------------------|-------------------|---------------------------|
| 0-39 | 1,5 | 0,6 | 0,5 |
| 40-59 | 23,2 | 10,0 | 3,4 |
| 60-79 | 66,3 | 52,4 | 3,9 |
| 80 et + | 174,1 | 224,5 | 9,6 |

Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS)

Couverture du programme

Tableau 9 : Participation au programme de dépistage du cancer du sein

Pourcentage ajusté selon le groupe d'âge d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont subi au moins une mammographie au cours d'une période de 30 mois, 1991–2018

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-----------|----------------|------------------|--|
| 1991–1992 | 64 353 | 782 930 | 8,2 (8,1–8,2) |
| 1993-1994 | 109 732 | 885 771 | 12,4 (12,3–12,4) |
| 1995-1996 | 137 868 | 975 497 | 14,1 (14,1-14,2) |
| 1997-1998 | 197 140 | 1 088 610 | 18,2 (18,2-18,3) |
| 1999-2000 | 712 065 | 1 153 469 | 62,2 (62,1-62,3) |
| 2001-2002 | 772 350 | 1 255 113 | 61,9 (61,8-62,0) |
| 2003-2004 | 829 084 | 1 365 751 | 61,0 (61,0-61,1) |
| 2005-2006 | 940 302 | 1 482 380 | 63,7 (63,6-63,8) |
| 2007-2008 | 1 049 714 | 1 594 283 | 66,0 (65,9-66,1) |
| 2009-2010 | 1 134 622 | 1 711 592 | 66,4 (66,3-66,5) |
| 2011-2012 | 1 201 539 | 1 845 453 | 65,2 (65,1-65,2) |
| 2013-2014 | 1 292 090 | 1 985 529 | 65,1 (65,0-65,1) |
| 2015-2016 | 1 363 725 | 2 098 728 | 64,9 (64,9-65,0) |
| 2017-2018 | 1 414 259 | 2 192 434 | 64,4 (64,4-64,5) |

Tableau 10 : Fidélisation du programme de dépistage du cancer du sein

Pourcentage d'Ontariennes âgées de 50 à 72 ans admissibles au dépistage qui ont subi une nouvelle mammographie dans le cadre du PODCS dans les 30 mois suivant une précédente mammographie du programme, 2012–2016

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2012 | 412 776 | 499 666 | 82,6 (82,5-82,7) |
| 2013 | 412 485 | 506 462 | 81,4 (81,3-81,6) |
| 2014 | 432 353 | 549 259 | 78,7 (78,6-78,8) |
| 2015 | 438 909 | 564 246 | 77,8 (77,7-77,9) |
| 2016 | 453 138 | 586 592 | 77,2 (77,1-77,4) |

Suivi des résultats anormaux

Tableau 11 : Taux de rappel pour anomalie détectée lors du dépistage du cancer du sein

Pourcentage de femmes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui se sont vu prescrire des examens complémentaires suite à l'obtention de résultats anormaux à la mammographie dans le cadre du PODCS, 2014–2018

Dépistages totaux

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2014 | 49 902 | 580 405 | 8,6 (8,5-8,7) |
| 2015 | 51 691 | 595 110 | 8,7 (8,6-8,8) |
| 2016 | 53 700 | 618 683 | 8,7 (8,6-8,7) |
| 2017 | 57 449 | 647 479 | 8,9 (8,8-8,9) |
| 2018 | 59 889 | 668 704 | 9,0 (8,9-9,0) |

Dépistages initiaux

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2014 | 17 035 | 116 329 | 14,6 (14,4-14,8) |
| 2015 | 19 983 | 132 523 | 15,1 (14,9-15,3) |
| 2016 | 18 950 | 125 828 | 15,1 (14,9-15,3) |
| 2017 | 19 903 | 131 299 | 15,2 (15,0-15,4) |
| 2018 | 19 749 | 123 867 | 15,9 (15,7-16,1) |

Dépistages subséquents

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2014 | 32 867 | 464 076 | 7,1 (7,0-7,2) |
| 2015 | 31 708 | 462 587 | 6,9 (6,8-6,9) |
| 2016 | 34 750 | 492 855 | 7,1 (7,0-7,1) |
| 2017 | 37 546 | 516 180 | 7,3 (7,2-7,3) |
| 2018 | 40 140 | 544 837 | 7,4 (7,3-7,4) |

Tableau 12 : Suivi des résultats anormaux obtenus au dépistage du cancer du sein dans un délai de 6 mois

Pourcentage d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie dans le cadre du PODCS qui ont reçu un diagnostic (tumeur bénigne ou cancer) dans les 6 mois suivant la date de réception de ces résultats, 2000–2018

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2000 | 9 471 | 10 167 | 93,2 (92,7–93,7) |
| 2001 | 12 066 | 12 706 | 95,0 (94,6–95,3) |
| 2002 | 13 524 | 14 055 | 96,2 (95,9–96,5) |
| 2003 | 14 334 | 14 788 | 96,9 (96,6–97,2) |
| 2004 | 16 321 | 16 880 | 96,7 (96,4–97,0) |
| 2005 | 17 783 | 18 430 | 96,5 (96,2–96,8) |
| 2006 | 20 837 | 21 407 | 97,3 (97,1–97,6) |
| 2007 | 24 839 | 25 575 | 97,1 (96,9–97,3) |
| 2008 | 29 075 | 29 909 | 97,2 (97,0–97,4) |
| 2009 | 32 171 | 33 016 | 97,4 (97,3–97,6) |
| 2010 | 35 837 | 36 852 | 97,2 (97,1–97,4) |
| 2011 | 39 846 | 40 875 | 97,5 (97,3–97,6) |
| 2012 | 43 504 | 44 491 | 97,8 (97,6–97,9) |
| 2013 | 45 311 | 46 387 | 97,7 (97,5–97,8) |
| 2014 | 48 979 | 49 916 | 98,1 (98,0–98,2) |
| 2015 | 50 698 | 51 709 | 98,0 (97,9–98,2) |
| 2016 | 52 711 | 53 712 | 98,1 (98,0–98,3) |
| 2017 | 56 366 | 57 466 | 98,1 (98,0–98,2) |
| 2018 | 58 659 | 59 898 | 97,9 (97,8–98,0) |

Tableau 13 : Intervalle de diagnostic du programme de dépistage du cancer du sein : ≤ 5 semaines sans biopsie des tissus mammaires

Pourcentage d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie dans le cadre du PODCS qui n'ont pas eu besoin d'une biopsie des tissus mammaires et ont reçu un diagnostic dans les 5 semaines suivant la date de réception de ces résultats, 2014–2018

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2014 | 38 666 | 41 784 | 92,5 (92,3-92,8) |
| 2015 | 40 594 | 43 132 | 94,1 (93,9-94,3) |
| 2016 | 42 519 | 45 031 | 94,4 (94,2-94,6) |
| 2017 | 44 797 | 48 240 | 92,9 (92,6-93,1) |
| 2018 | 45 823 | 49 920 | 91,8 (91,6-92,0) |

Tableau 14 : Intervalle de diagnostic du programme de dépistage du cancer du sein : ≤ 7 semaines avec biopsie des tissus mammaires

Pourcentage d’Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie dans le cadre du PODCS qui ont eu besoin de se soumettre à une biopsie des tissus mammaires et ont reçu un diagnostic dans les 7 semaines suivant la date de réception de ces résultats, 2014–2018

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2014 | 5 728 | 7 451 | 76,9 (75,9-77,8) |
| 2015 | 6 228 | 7 854 | 79,3 (78,4-80,2) |
| 2016 | 6 436 | 8 081 | 79,6 (78,8-80,5) |
| 2017 | 6 653 | 8 537 | 77,9 (77,0-78,8) |
| 2018 | 7 104 | 9 170 | 77,5 (76,6-78,3) |

Qualité du dépistage

Tableau 15 : Valeur prédictive positive (VPP) de la mammographie

Pourcentage d’Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie dans le cadre du PODCS qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer invasif) à la suite d’un bilan diagnostique, 2014–2018

Dépistages totaux

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2014 | 3 134 | 49 235 | 6,4 (6,1-6,6) |
| 2015 | 3 249 | 50 986 | 6,4 (6,2-6,6) |
| 2016 | 3 460 | 53 112 | 6,5 (6,3-6,7) |
| 2017 | 3 685 | 56 777 | 6,5 (6,3-6,7) |
| 2018 | 3 869 | 59 090 | 6,5 (6,3-6,7) |

Dépistages initiaux

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2014 | 704 | 16 728 | 4,2 (3,9-4,5) |
| 2015 | 838 | 19 629 | 4,3 (4,0-4,6) |
| 2016 | 810 | 18 653 | 4,3 (4,0-4,6) |
| 2017 | 870 | 19 561 | 4,4 (4,2-4,7) |
| 2018 | 841 | 19 368 | 4,3 (4,1-4,6) |

Dépistages subséquents

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2014 | 2 430 | 32 507 | 7,5 (7,2-7,8) |
| 2015 | 2 411 | 31 357 | 7,7 (7,4-8,0) |
| 2016 | 2 650 | 34 459 | 7,7 (7,4-8,0) |
| 2017 | 2 815 | 37 216 | 7,6 (7,3-7,8) |
| 2018 | 3 028 | 39 722 | 7,6 (7,4-7,9) |

Tableau 16 : Sensibilité de la mammographie

Pourcentage d’Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage chez lesquelles un cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer invasif) a été correctement diagnostiqué lors de l’épisode de dépistage du PODCS, 2013–2017

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2013 | 2 668 | 3 224 | 82,8 (81,4-84,1) |
| 2014 | 3 104 | 3 678 | 84,4 (83,2-85,6) |
| 2015 | 3 159 | 3 755 | 84,1 (82,9-85,3) |
| 2016 | 3 376 | 3 932 | 85,9 (84,8-87,0) |
| 2017 | 3 607 | 3 915 | 92,1 (91,3-93,0) |

Tableau 17 : Spécificité de la mammographie

Pourcentage d’Ontariennes 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 invasif) chez lesquelles les résultats normaux obtenus à la mammographie de dépistage du PODCS se sont avérés corrects, 2013–2017

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2013 | 488 008 | 531 147 | 91,9 (91,8-92,0) |
| 2014 | 530 501 | 576 727 | 92,0 (91,9-92,1) |
| 2015 | 543 419 | 591 355 | 91,9 (91,8-92,0) |
| 2016 | 564 982 | 614 751 | 91,9 (91,8-92,0) |
| 2017 | 590 029 | 643 564 | 91,7 (91,6-91,7) |

Détection du cancer

Tableau 18 : Taux de détection des cancers du sein invasifs

Nombre d’Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteintes d’un cancer du sein invasif diagnostiqué par dépistage pour 1 000 femmes ayant passé une mammographie dans le cadre du PODCS, 2013–2017

Dépistages totaux

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Taux pour 1 000 (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|---|
| 2013 | 2 217 | 533 284 | 4,2 (4,0-4,3) |
| 2014 | 2 549 | 579 738 | 4,4 (4,2-4,6) |
| 2015 | 2 628 | 594 405 | 4,4 (4,3-4,6) |
| 2016 | 2 834 | 618 095 | 4,6 (4,4-4,8) |
| 2017 | 3 063 | 646 807 | 4,7 (4,6-4,9) |

Dépistages initiaux

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Taux pour 1 000 (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|---|
| 2013 | 453 | 95 232 | 4,8 (4,3-5,2) |
| 2014 | 581 | 116 022 | 5,0 (4,6-5,4) |
| 2015 | 655 | 132 169 | 5,0 (4,6-5,3) |
| 2016 | 652 | 125 531 | 5,2 (4,8-5,6) |
| 2017 | 730 | 130 957 | 5,6 (5,2-6,0) |

Dépistages subséquents

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Taux pour 1 000 (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|---|
| 2013 | 1 764 | 438 052 | 4,0 (3,8-4,2) |
| 2014 | 1 968 | 463 716 | 4,2 (4,1-4,4) |
| 2015 | 1 973 | 462 236 | 4,3 (4,1-4,5) |
| 2016 | 2 182 | 492 564 | 4,4 (4,2-4,6) |
| 2017 | 2 333 | 515 850 | 4,5 (4,3-4,7) |

Étendue de la maladie au moment du diagnostic

Tableau 19 : Taux de détection de cancers du sein invasifs à un stade précoce

Pourcentage d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteintes d'un cancer du sein invasif détecté à un stade précoce (stade I) dans le cadre du dépistage du PODCS, 2012–2016

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2012 | 1 234 | 2 029 | 60,8 (58,7-63,0) |
| 2013 | 1 312 | 2 163 | 60,7 (58,6-62,7) |
| 2014 | 1 565 | 2 479 | 63,1 (61,2-65,0) |
| 2015 | 1 660 | 2 583 | 64,3 (62,4-66,1) |
| 2016 | 1 783 | 2 729 | 65,3 (63,5-67,1) |

Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les femmes présentant un risque élevé

Couverture du programme

Tableau 20 : Dépistage dans les 90 jours suivant la confirmation de leur statut de risque élevé

Pourcentage d'Ontariennes âgées de 30 à 69 ans dépistées par IRM ou par échographie dans les 90 jours suivant la confirmation de leur statut de risque élevé, 2014–2018

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2014 | 1 349 | 2 451 | 55,0 (53,0-57,0) |
| 2015 | 999 | 2 148 | 46,5 (44,4-48,6) |
| 2016 | 778 | 1 786 | 43,6 (41,2-45,9) |
| 2017 | 1 004 | 1 963 | 51,1 (48,9-53,4) |
| 2018 | 1 168 | 1 981 | 59,0 (56,8-61,2) |

Tableau 21 : Fidélisation du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé

Pourcentage d'Ontariennes âgées de 30 à 68 ans qui ont effectué le test de dépistage subséquent dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé dans les 15 mois suivant un test de dépistage préalable du programme, 2013–2017

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2013 | 2 866 | 3 672 | 78,1 (76,7-79,4) |
| 2014 | 3 872 | 5 259 | 73,6 (72,4-74,8) |
| 2015 | 4 592 | 6 572 | 69,9 (68,8-71,0) |
| 2016 | 5 743 | 7 657 | 75,0 (74,0-76,0) |
| 2017 | 7 157 | 9 294 | 77,0 (76,1-77,9) |

Suivi des résultats anormaux

Tableau 22 : Taux de rappel pour anomalie détectée chez les femmes présentant un risque élevé

Pourcentage de participantes du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé âgées de 30 à 69 ans ayant reçu un résultat de dépistage anormal, 2013–2018

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2013 | 951 | 3 870 | 24,6 (23,2-25,9) |
| 2014 | 1 274 | 5 535 | 23,0 (21,9-24,1) |
| 2015 | 1 463 | 6 869 | 21,3 (20,3-22,3) |
| 2016 | 1 594 | 7 980 | 20,0 (19,1-20,9) |
| 2017 | 1 899 | 9 627 | 19,7 (18,9-20,5) |
| 2018 | 2 033 | 10 901 | 18,6 (17,9-19,4) |

Qualité du dépistage

Tableau 23 : Valeur prédictive positive (VPP) du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé

Pourcentage de participantes du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé âgées de 30 à 69 ans ayant reçu un résultat de dépistage anormal chez lesquelles un cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer invasif) a été diagnostiqué à la suite d'un bilan diagnostique, 2013–2017

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2013 | 50 | 877 | 5,7 (4,1-7,3) |
| 2014 | 70 | 1 252 | 5,6 (4,3-6,9) |
| 2015 | 86 | 1 446 | 5,9 (4,7-7,2) |
| 2016 | 106 | 1 580 | 6,7 (5,4-8,0) |
| 2017 | 129 | 1 881 | 6,9 (5,7-8,0) |

Détection du cancer

Tableau 24 : Taux de détection des cancers invasifs chez les participantes du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé

Nombre de participantes du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé âgées de 30 à 69 ans atteintes d'un cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer invasif) pour 1 000 femmes dépistées, 2013–2017

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Taux pour 1 000 (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2013 | 50 | 3 531 | 14,2 (10,1–18,2) |
| 2014 | 70 | 5 513 | 12,7 (9,7–15,7) |
| 2015 | 86 | 6 852 | 12,6 (9,8–15,3) |
| 2016 | 106 | 7 966 | 13,3 (10,7–15,9) |
| 2017 | 129 | 9 609 | 13,4 (11,1–15,8) |

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

Couverture du programme

Tableau 25 : Participation au dépistage du cancer du col de l'utérus

Pourcentage d'Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage qui ont effectué au moins un test Pap au cours d'une période de 42 mois, 1998–2018

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|------------------------|----------------|------------------|--|
| 1998–2000 ¹ | 2 092 060 | 3 483 714 | 58,5 (58,5-58,6) |
| 2001-2003 | 2 447 431 | 3 717 271 | 64,6 (64,5-64,6) |
| 2004-2006 | 2 662 059 | 3 966 771 | 66,2 (66,2-66,3) |
| 2007-2009 | 2 740 994 | 4 082 635 | 66,6 (66,6-66,7) |
| 2010-2012 | 2 782 826 | 4 213 546 | 65,8 (65,7-65,8) |
| 2013-2015 | 2 642 082 | 4 378 353 | 60,4 (60,3-60,4) |
| 2016-2018 | 2 728 377 | 4 582 892 | 59,7 (59,7-59,7) |

¹ Le PODCCU a été lancé en juin 2000.

Tableau 26 : Fidélisation du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus

Pourcentage d'Ontariennes âgées de 21 à 66 ans admissibles au dépistage qui ont effectué un test Pap subséquent dans les 42 mois suivant l'obtention d'un résultat normal au test précédent, 2011–2015

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2011 | 915 854 | 1 281 951 | 71,4 (71,4–71,5) |
| 2012 | 742 732 | 1 132 208 | 65,6 (65,5–65,7) |
| 2013 | 438 888 | 703 985 | 62,3 (62,2–62,5) |
| 2014 | 445 910 | 739 822 | 60,3 (60,2–60,4) |
| 2015 | 556 640 | 894 608 | 62,2 (62,1–62,3) |

Suivi des résultats anormaux

Tableau 27 : Répartition des résultats anormaux obtenus au test Pap, 2014–2018

| Année | Total des tests Pap | Total des tests Pap anormaux | Résultats anormaux (bas grade) (%) | Résultats anormaux (haut grade) (%) |
|-------|---------------------|------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| 2014 | 1 000 440 | 50 757 | 88,7 | 11,2 |
| 2015 | 1 195 583 | 59 538 | 88,6 | 11,2 |
| 2016 | 1 021 063 | 57 817 | 88,0 | 11,6 |
| 2017 | 981 143 | 57 091 | 85,9 | 13,6 |
| 2018 | 1 097 111 | 58 407 | 85,8 | 13,8 |

Tableau 28 : Suivi du dépistage du cancer du col de l'utérus (tests Pap avec lésions de haut grade)

Pourcentage d'Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage dont le résultat de test Pap a révélé une dysplasie cervicale de haut grade qui ont subi une colposcopie ou un traitement définitif dans les 6 mois suivant la date de l'obtention de ce résultat, 2000–2018

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2000 | 5 042 | 10 243 | 49,2 (48,3-50,2) |
| 2001 | 4 674 | 8 328 | 56,1 (55,1-57,2) |
| 2002 | 4 421 | 7 214 | 61,3 (60,2-62,4) |
| 2003 | 4 321 | 6 226 | 69,4 (68,2-70,6) |
| 2004 | 4 557 | 6 258 | 72,8 (71,7-73,9) |
| 2005 | 4 999 | 6 358 | 78,6 (77,6-79,6) |
| 2006 | 5 293 | 6 782 | 78,0 (77,1-79,0) |
| 2007 | 5 241 | 6 763 | 77,5 (76,5-78,5) |
| 2008 | 5 238 | 6 792 | 77,1 (76,1-78,1) |
| 2009 | 5 580 | 7 054 | 79,1 (78,1-80,1) |
| 2010 | 5 349 | 6 812 | 78,5 (77,5-79,5) |
| 2011 | 5 226 | 6 718 | 77,8 (76,8-78,8) |
| 2012 | 5 082 | 6 481 | 78,4 (77,4-79,4) |

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2013 | 3 511 | 4 392 | 79,9 (78,7-81,1) |
| 2014 | 3 210 | 3 927 | 81,7 (80,5-83,0) |
| 2015 | 3 989 | 4 761 | 83,8 (82,7-84,8) |
| 2016 | 3 884 | 4 610 | 84,3 (83,2-85,3) |
| 2017 | 4 732 | 5 487 | 86,2 (85,3-87,2) |
| 2018 | 4 929 | 5 701 | 86,5 (85,6-87,4) |

Qualité du dépistage

Tableau 29 : Valeur prédictive positive (VPP) du test Pap

Pourcentage d'Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage ayant obtenu un résultat anormal 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 ou d'une intervention chirurgicale au niveau du col de l'utérus, 2013–2017

Total

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2013 | 2 870 | 44 032 | 6,5 (6,3–6,7) |
| 2014 | 2 584 | 37 173 | 7,0 (6,7-7,2) |
| 2015 | 2 405 | 45 024 | 5,3 (5,1-5,6) |
| 2016 | 2 418 | 42 206 | 5,7 (5,5-6,0) |
| 2017 | 2 511 | 41 911 | 6,0 (5,8-6,2) |

Lésions précancéreuses

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2013 | 2 772 | 44 032 | 6,3 (6,1-6,5) |
| 2014 | 2 469 | 37 173 | 6,6 (6,4-6,9) |
| 2015 | 2 283 | 45 024 | 5,1 (4,9-5,3) |
| 2016 | 2 298 | 42 206 | 5,4 (5,2-5,7) |
| 2017 | 2 385 | 41 911 | 5,7 (5,5-5,9) |

Cancers invasifs

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2013 | 98 | 44 032 | 0,2 (0,2-0,3) |
| 2014 | 115 | 37 173 | 0,3 (0,3-0,4) |
| 2015 | 122 | 45 024 | 0,3 (0,2-0,3) |
| 2016 | 120 | 42 206 | 0,3 (0,2-0,3) |
| 2017 | 126 | 41 911 | 0,3 (0,2-0,4) |

Tableau 30 : Antécédents de dépistage dans les cas de cancer du col de l'utérus invasif

Pourcentage d'Ontariennes âgées de 21 ou plus admissibles au dépistage qui ont reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus invasif et qui avaient des antécédents de dépistage de cette maladie, 2014–2018

| Intervalle de temps (années) | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|--|----------------|------------------|--|
| > 2 à 3 | 428 | 2 896 | 14,8 (13,5-16,1) |
| > 3 à 5 | 807 | 2 896 | 27,9 (26,2-29,5) |
| > 5 à 10 | 574 | 2 896 | 19,8 (18,4-21,3) |
| Aucun test Pap effectué dans les 10 dernières années | 1 087 | 2 896 | 37,5 (35,8-39,3) |

Détection du cancer

Tableau 31 : Taux de détection du cancer du col de l'utérus et des lésions précancéreuses

Nombre d'Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage atteintes d'un cancer du sein invasif ou de lésions précancéreuses détectés par dépistage pour 1 000 femmes dépistées à l'aide d'un test Pap, 2013–2017

Total

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Taux pour 1 000 (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2013 | 2 870 | 757 268 | 3,8 (3,7-3,9) |
| 2014 | 2 584 | 795 407 | 3,2 (3,1-3,4) |
| 2015 | 2 405 | 967 972 | 2,5 (2,4-2,6) |
| 2016 | 2 418 | 822 413 | 2,9 (2,8-3,1) |
| 2017 | 2 511 | 785 226 | 3,2 (3,1-3,3) |

Lésions précancéreuses

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Taux pour 1 000 (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|---|
| 2013 | 2 772 | 757 268 | 3,7 (3,5–3,8) |
| 2014 | 2 469 | 795 407 | 3,1 (3,0–3,2) |
| 2015 | 2 283 | 967 972 | 2,4 (2,3–2,5) |
| 2016 | 2 298 | 822 413 | 2,8 (2,7-2,9) |
| 2017 | 2 385 | 785 226 | 3,0 (2,9–3,2) |

Cancers invasifs

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Taux pour 1 000 (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|---|
| 2013 | 98 | 757 268 | 0,13 (0,10-0,16) |
| 2014 | 115 | 795 407 | 0,14 (0,12-0,17) |
| 2015 | 122 | 967 972 | 0,13 (0,10-0,15) |
| 2016 | 120 | 822 413 | 0,15 (0,12-0,17) |
| 2017 | 126 | 785 226 | 0,16 (0,13-0,19) |

Contrôle Cancer Colorectal (CCC)

Couverture du programme

Tableau 32 : Retard dans le dépistage du cancer colorectal

Pourcentage d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui avaient du retard dans le dépistage du cancer colorectal, 2008–2018

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2008 | 1 615 643 | 3 226 408 | 49,9 (49,9-50,0) |
| 2009 | 1 569 346 | 3 346 186 | 46,8 (46,7-46,8) |
| 2010 | 1 610 039 | 3 469 459 | 46,3 (46,2-46,3) |
| 2011 | 1 571 758 | 3 602 080 | 43,5 (43,5-43,6) |
| 2012 | 1 569 556 | 3 737 649 | 41,9 (41,9-42,0) |
| 2013 | 1 605 829 | 3 880 004 | 41,4 (41,3-41,4) |
| 2014 | 1 594 746 | 4 007 166 | 39,9 (39,8-39,9) |
| 2015 | 1 591 882 | 4 128 328 | 38,7 (38,6-38,7) |
| 2016 | 1 606 860 | 4 245 567 | 38,1 (38,0-38,1) |
| 2017 | 1 613 202 | 4 340 867 | 37,5 (37,5-37,6) |
| 2018 | 1 651 638 | 4 430 064 | 37,8 (37,8-37,9) |

Suivi des résultats anormaux

Tableau 33 : Absence de coloscopie dans les 6 mois suivant l'obtention d'un résultat anormal au test de RSOSg

Pourcentage d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu un résultat anormal au test de RSOSg qui n'ont pas passé de coloscopie dans les 6 mois suivant la date de réception de ce résultat, 2008–2018

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2008 | 3 325 | 8 896 | 37,4 (36,4-38,4) |
| 2009 | 4 876 | 14 148 | 34,5 (33,7-35,3) |

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2010 | 5 060 | 17 717 | 28,6 (27,9-29,2) |
| 2011 | 5 283 | 20 802 | 25,4 (24,8-26,0) |
| 2012 | 4 642 | 19 237 | 24,1 (23,5-24,7) |
| 2013 | 4 323 | 19 108 | 22,6 (22,0-23,2) |
| 2014 | 4 621 | 20 160 | 22,9 (22,3-23,5) |
| 2015 | 4 377 | 20 178 | 21,7 (21,1-22,3) |
| 2016 | 4 394 | 21 689 | 20,3 (19,7-20,8) |
| 2017 | 4 473 | 22 554 | 19,8 (19,3-20,4) |
| 2018 | 4 295 | 21 697 | 19,8 (19,3-20,3) |

Qualité du dépistage

Tableau 34 : Perforation sur patient ambulatoire

Nombre de coloscopies ambulatoires suivies d'hospitalisations pour perforation dans les 7 jours suivant la procédure, pour 1 000 coloscopies, 2014–2018

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Taux pour 1 000 (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2014 | 180 | 445 753 | 0,40 (0,34-0,46) |
| 2015 | 173 | 464 709 | 0,37 (0,32-0,43) |
| 2016 | 164 | 469 667 | 0,35 (0,29-0,40) |
| 2017 | 167 | 462 658 | 0,36 (0,31-0,42) |
| 2018 | 137 | 469 649 | 0,29 (0,24-0,34) |

Tableau 35 : Hémorragies post-polypectomie

Pourcentage de coloscopies ambulatoires avec polypectomie suivies d'hospitalisations pour hémorragie digestive basse dans les 14 jours suivant la procédure, 2014–2018

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2014 | 452 | 139 862 | 0,32 (0,29-0,35) |
| 2015 | 494 | 155 559 | 0,32 (0,29-0,35) |
| 2016 | 482 | 167 128 | 0,29 (0,26-0,31) |
| 2017 | 510 | 171 369 | 0,30 (0,27-0,32) |
| 2018 | 493 | 178 881 | 0,28 (0,25-0,30) |

Tableau 36 : Préparation inadéquate des intestins

Pourcentage de coloscopies ambulatoires avec mauvaise préparation des intestins à l'hôpital, 2014–2017

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2014 | 8 543 | 239 953 | 3,6 (3,5-3,6) |
| 2015 | 8 262 | 252 512 | 3,3 (3,2-3,3) |
| 2016 | 7 998 | 262 495 | 3,0 (3,0-3,1) |
| 2017 | 8 982 | 290 924 | 3,1 (3,0-3,2) |
| 2018 | 8 348 | 305 201 | 2,7 (2,7-2,8) |

Tableau 37 : Diagnostic de cancer colorectal post-coloscopie

Pourcentage de coloscopies ambulatoires ne montrant aucune trace de cancer colorectal suivies par un diagnostic de cancer colorectal dans un délai de 6 à 36 mois après la procédure, 2011–2015

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Pourcentage (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2011 | 402 | 305 338 | 0,13 (0,12-0,14) |
| 2012 | 402 | 310 864 | 0,13 (0,12-0,14) |
| 2013 | 379 | 304 351 | 0,12 (0,11-0,14) |
| 2014 | 316 | 311 140 | 0,10 (0,09-0,11) |
| 2015 | 352 | 328 490 | 0,11 (0,10-0,12) |

Tableau 38 : Taux de détection de cancers invasifs

Nombre d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal invasif, pour 1 000 personnes dépistées avec le test de RSOSg de CCC, 2013–2017

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Taux pour 1 000 (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|--|
| 2013 | 680 | 462 821 | 1,5 (1,4-1,6) |
| 2014 | 698 | 491 403 | 1,4 (1,3-1,5) |
| 2015 | 719 | 490 271 | 1,5 (1,4-1,6) |
| 2016 | 723 | 499 699 | 1,4 (1,3-1,6) |
| 2017 | 768 | 522 563 | 1,5 (1,4-1,6) |

Tableau 39 : Taux de détection des cancers invasifs (indication d'antécédents familiaux)

Nombre d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant reçu un diagnostic de cancer colorectal invasif, pour 1 000 personnes dépistées par coloscopie présentant des antécédents familiaux, 2013–2017

| Année | Numérateur (N) | Dénominateur (N) | Taux pour 1 000 (intervalle de confiance à 95 %) |
|-------|----------------|------------------|---|
| 2013 | 94 | 24 801 | 3,8 (3,0-4,6) |
| 2014 | 86 | 23 514 | 3,7 (2,9-4,5) |
| 2015 | 77 | 24 140 | 3,2 (2,5-3,9) |
| 2016 | 84 | 23 718 | 3,5 (2,8-4,3) |
| 2017 | 71 | 23 682 | 3,0 (2,3-3,7) |

Étendue de la maladie au moment du diagnostic

Tableau 40 : Répartition des stades au diagnostic du cancer colorectal

Répartition des stades au diagnostic du cancer colorectal, 2013–2017

| Année | Stade I (%) | Stade II (%) | Stade III (%) | Stade IV (%) |
|-------|-------------|--------------|---------------|--------------|
| 2013 | 28,3 | 25,2 | 36,7 | 9,8 |
| 2014 | 29,2 | 27,8 | 32,3 | 10,8 |
| 2015 | 28,0 | 28,2 | 34,7 | 9,1 |
| 2016 | 28,2 | 25,9 | 36,9 | 9,0 |
| 2017 | 32,2 | 25,3 | 32,8 | 9,6 |

Annexe 2 : Méthodologie des indicateurs

Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS)

| | |
|--|---|
| Indicateur | Participation au programme de dépistage du cancer du sein |
| Définition de l'indicateur | Pourcentage ajusté selon l'âge d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont subi au moins une mammographie au cours d'une période de 30 mois |
| Méthode de calcul de l'indicateur | (Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont subi au moins une mammographie au cours d'une période de 30 mois/Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage pendant la période de référence) x100 |
| Dénominateur | <p>Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage pendant la période de référence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage à la date indice • La date indice a été définie comme le point médian de la période de référence (p. ex. 1^{er} janvier 2018 pour la période 2017-2018) • La population canadienne de 2011 a été utilisée comme population-type dans le calcul des taux normalisés selon l'âge <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes avec un NAM, une date de naissance, ou un code postal manquant ou invalide • Femmes présentant un diagnostic préalable de cancer du sein invasif ou de carcinome canalaire in situ avant le 1^{er} janvier de la période de référence; le diagnostic préalable de cancer du sein étant défini comme une morphologie indicative d'un cancer du sein invasif ou d'un carcinome canalaire in situ, confirmée dans le rapport de pathologie à la suite d'un examen microscopique, conformément au code C50 de la ICD-O-3 • Femmes ayant subi une mastectomie avant le 1^{er} janvier de la période de référence. La mastectomie a été définie par les codes tarifaires E505, E506, E546, R108, R109 et R117 dans le système du Régime d'assurance-santé de l'Ontario. |

| | |
|---|---|
| Numérateur | <p>Nombre total d’Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont subi au moins une mammographie au cours d’une période de 30 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recensement des mammographies : Les <u>mammographies du PODCS</u> réalisées aux fins de dépistage ont été recensées dans le Système intégré de gestion de la clientèle (SIGC) Les <u>mammographies réalisées en dehors du PODCS</u> ont été recensées à l’aide des codes tarifaires suivants dans le système du Régime d’assurance-santé de l’Ontario : <ul style="list-style-type: none"> ○ X178 (mammographie de dépistage bilatérale) ○ X185 (mammographie diagnostique bilatérale) • Toutes les mammographies répertoriées dans le SIGC ont été prises en compte, y compris celles avec des images partielles • Chaque femme n’a été recensée qu’une seule fois, quel que soit le nombre de mammographies qu’elle ait passées au cours d’une période de 30 mois; si une femme a effectué une mammographie dans le cadre du programme et une autre en dehors de celui-ci durant cette période, seul le statut relevant du programme a été retenu. |
| Source des données | <ul style="list-style-type: none"> • SIGC (Système intégré de gestion de la clientèle) - Données mammographiques du PODCS et données démographiques • BDHDR (base de données sur l’historique des demandes de règlement) du Régime d’assurance-santé de l’Ontario - Demandes d’indemnisation des mastectomies et mammographies effectuées en dehors du PODCS • RCCO (Registre des cas de cancer de l’Ontario) - Cancers du sein invasifs et carcinomes canaux in situ • BDPI (Base de données sur les personnes inscrites) – Données démographiques • Statistique Canada : Valeurs de la population canadienne de 2011 |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> • Les coordonnées historiques inscrites dans la BDPI sont incomplètes; par conséquent, l’adresse principale la plus récente a été retenue aux fins de production du rapport, même pour les périodes d’étude historiques. • Le code tarifaire du RASO X178 pour la mammographie de dépistage bilatérale a été introduit en octobre 2010. • Le code tarifaire du RASO X185 était utilisé pour les mammographies diagnostiques et de dépistage avant octobre 2010. Depuis cette date, le code X185 a seulement été utilisé pour les mammographies diagnostiques; même s’il se peut que certaines mammographies de dépistage postérieures à cette date se soient vues attribuer le code X185 aux fins de demande de règlement. • Une faible proportion des mammographies diagnostiques réalisées en dehors du PODCS ne pouvaient pas être exclues de l’analyse. |

| | |
|--|--|
| Indicateur | Fidélisation du programme de dépistage du cancer du sein |
| Définition de l'indicateur | Pourcentage d'Ontariennes âgées de 50 à 72 ans admissibles au dépistage qui ont subi une nouvelle mammographie dans le cadre du PODCS dans les 30 mois suivant une précédente mammographie réalisée dans le cadre du programme |
| Méthode de calcul de l'indicateur | (Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 72 ans admissibles au dépistage qui ont subi une nouvelle mammographie dans le cadre du PODCS dans les 30 mois suivant une précédente mammographie réalisée dans le cadre du programme/ Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 72 ans admissibles au dépistage qui ont effectué une mammographie dans le cadre du PODCS) x 100 |
| Dénominateur | <p>Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 72 ans admissibles au dépistage qui ont effectué une mammographie de dépistage dans le cadre du PODCS au cours d'une année civile donnée</p> <ul style="list-style-type: none"> Femmes âgées de 50 à 72 ans présentant un risque moyen qui ont effectué une mammographie de dépistage dans le cadre du PODCS au cours d'une année civile donnée Les mammographies ont été recensées à l'aide des fiches de mammographie de dépistage du PODCS enregistrées dans le SIGC Toutes les mammographies répertoriées dans le SIGC ont été prises en compte, y compris celles avec des images partielles <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Femmes avec un NAM ou une date de naissance manquant ou invalide Femmes décédées au cours de la période de fidélisation de 30 mois et qui n'ont pas été de nouveau dépistées Femmes étant atteintes d'un cancer du sein au cours de la période de fidélisation de 30 mois et qui n'ont pas été de nouveau dépistées Femmes ayant subi une mastectomie au cours de la période de fidélisation de 30 mois et qui n'ont pas été de nouveau dépistées Femmes de nouveau dépistées au cours de la période de fidélisation de 30 mois qui ont subi une mastectomie ou ont reçu un diagnostic de cancer du sein après la date indice mais avant la date du dépistage subséquent |

| | |
|---|---|
| Numérateur | <p>Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 72 ans admissibles au dépistage qui ont subi une nouvelle mammographie dans le cadre du PODCS dans les 30 mois suivant une précédente mammographie réalisée dans le cadre du programme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les mammographies de dépistage subséquentes ont été recensées par l'intermédiaire du SIGC • Toutes les mammographies ont été prises en compte, quel que soit le résultat de celles-ci |
| Source des données | <ul style="list-style-type: none"> • SIGC (Système intégré de gestion de la clientèle) - Données mammographiques du PODCS, données démographiques, données d'évaluation et données relatives aux cancers détectés par dépistage • BDHDR (base de données sur l'historique des demandes de règlement) du RASO - Demandes d'indemnisation des mastectomies • RCCO (Registre des cas de cancer de l'Ontario) - Cancers du sein invasifs et carcinomes canauxaires in situ |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> • Cet indicateur tient seulement compte des mammographies du PODCS. • Les femmes ayant quitté la province ne pouvaient pas être exclues • Il existe un décalage de 31 mois dans la publication des données de cet indicateur. En effet, il est nécessaire d'accorder un délai d'un mois complet pour la saisie des résultats de dépistage et un délai de 30 mois pour le suivi auprès des clients pour déterminer la prochaine date de dépistage. |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Indicateur | Taux de rappel pour anomalie détectée lors du dépistage du cancer du sein |
| Définition de l'indicateur | Pourcentage d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont obtenu des résultats anormaux à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS |
| Calcul | $\left(\frac{\text{Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont obtenu des résultats anormaux à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS}}{\text{Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont effectué une mammographie de dépistage dans le cadre du PODCS au cours d'une année donnée}} \right) \times 100$ |
| Dénominateur | <p>Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont effectué une mammographie de dépistage dans le cadre du PODCS au cours d'une année donnée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes âgées de 50 à 74 ans présentant un risque moyen qui ont effectué une mammographie de dépistage dans le cadre du PODCS • Les mammographies ont été recensées à l'aide des fiches de mammographie de dépistage du PODCS enregistrées dans le SIGC • Toutes les mammographies répertoriées dans le SIGC ont été prises en compte, y |

| | |
|---|---|
| | <p>compris celles avec des images partielles</p> <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Femmes avec une date de naissance manquante ou invalide |
| Numérateur | <p>Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont obtenu des résultats anormaux à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS</p> <ul style="list-style-type: none"> Une mammographie de dépistage anormale est définie comme une mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS entraînant la prescription de tests complémentaires par le radiologiste du service de dépistage |
| Sources de données : | <ul style="list-style-type: none"> SIGC (Système intégré de gestion de la clientèle) - Données mammographiques du PODCS, données démographiques et données d'évaluation de la santé des seins |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> Cet indicateur tient seulement compte des mammographies du PODCS. Il existe un décalage d'un mois dans la publication des données de cet indicateur. En effet, les sites disposent d'un délai d'un mois pour saisir les résultats des mammographies de dépistage (normaux et anormaux) dans le SIGC |

| | |
|--|---|
| Indicateur | <p>Suivi des résultats anormaux obtenus au dépistage du cancer du sein dans un délai de 6 mois</p> |
| Définition de l'indicateur | <p>Pourcentage d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie réalisée dans le cadre du PODCS qui ont reçu un diagnostic (tumeur bénigne ou cancer) dans les 6 mois suivant la date de réception de ces résultats</p> |
| Méthode de calcul de l'indicateur | <p>(Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie réalisée dans le cadre du PODCS qui ont reçu un diagnostic (tumeur bénigne ou cancer du sein) dans les 6 mois suivant la date de réception de ces résultats / Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS) x 100</p> |

| | |
|---|--|
| Dénominateur | <p>Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du programme au cours d'une année civile donnée</p> <ul style="list-style-type: none"> Femmes âgées de 50 à 74 ans présentant un risque moyen dont les résultats anormaux obtenus à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS sont inscrits dans le SIGC Les mammographies ont été recensées à l'aide des fiches de mammographie de dépistage du PODCS enregistrées dans le SIGC Le recensement des femmes présentant des mammographies de dépistage anormales concerne les femmes ayant été orientées vers des tests complémentaires par le radiologiste du service de dépistage qui sont inscrites dans le SIGC Toutes les mammographies répertoriées dans le SIGC ont été prises en compte, y compris celles avec des images partielles <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Femmes avec un NAM ou une date de naissance manquant ou invalide |
| Numérateur | <p>Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie réalisée dans le cadre du PODCS qui ont reçu un diagnostic (tumeur bénigne ou cancer du sein) dans les 6 mois suivant la date de réception de ces résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> La date de diagnostic pour les cas bénins correspond à la date de réalisation de la dernière biopsie ou procédure avec observations bénignes La date de diagnostic pour les cas de cancer du sein correspond à la date de réalisation de la première procédure de ponction à l'aiguille fine ou de biopsie des tissus (microbiopsie ou biopsie ouverte) aux fins de diagnostic du cancer du sein |
| Source des données | <ul style="list-style-type: none"> SIGC (Système intégré de gestion de la clientèle) - Données mammographiques du PODCS, données démographiques, données d'évaluation et données relatives aux cancers détectés par dépistage |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> Cet indicateur tient seulement compte des mammographies du PODCS. Il existe un décalage de huit mois dans la publication des données de cet indicateur. En effet, les régions disposent d'un délai de huit mois pour clore les cas d'évaluation et saisir les données recueillies dans le SIGC |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Indicateur | Délai d'attente entre le dépistage du cancer du sein et le diagnostic établi sans biopsie des tissus |
| Définition de l'indicateur | Pourcentage d'Ontariennes admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS qui ont reçu un diagnostic (tumeur bénigne ou cancer du sein) établi sans biopsie des tissus dans les |

| | |
|--|--|
| | <p>cinq semaines suivant la date de réception de ces résultats</p> |
| Méthode de calcul de l'indicateur | <p>(Nombre total d'Ontariennes admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS qui ont reçu un diagnostic (tumeur bénigne ou cancer du sein) dans les cinq semaines suivant la date de réception de ces résultats/Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS qui n'ont pas eu besoin de passer une biopsie des tissus (microbiopsie ou procédure chirurgicale) aux fins de diagnostic définitif) x 100</p> |
| Dénominateur | <p>Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS qui n'ont pas eu besoin de passer une biopsie des tissus (microbiopsie ou procédure chirurgicale) aux fins de diagnostic définitif</p> <ul style="list-style-type: none"> Femmes âgées de 50 à 74 ans présentant un risque moyen dont les résultats anormaux obtenus à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS sont inscrits dans le SIGC Les mammographies ont été recensées à l'aide des fiches de mammographie de dépistage du PODCS enregistrées dans le SIGC Le recensement des femmes présentant des mammographies de dépistage anormales concerne les femmes ayant été orientées vers des tests complémentaires par le radiologue du dépistage qui sont inscrites dans le SIGC Toutes les mammographies répertoriées dans le SIGC ont été prises en compte, y compris celles avec des images partielles <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Femmes n'ayant fait l'objet d'aucune procédure d'évaluation Femmes avec un résultat final affichant la mention « inconnu/perdue de vue » Femmes avec un NAM ou une date de naissance manquant ou invalide |
| Numérateur | <p>Nombre total d'Ontariennes admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS au cours d'une année civile donnée qui ont reçu un diagnostic (tumeur bénigne ou cancer du sein) dans les cinq semaines suivant la date de réception de ces résultats et qui n'ont pas eu besoin de passer une biopsie des tissus (microbiopsie ou procédure chirurgicale) aux fins de diagnostic définitif</p> <ul style="list-style-type: none"> La date de diagnostic pour les cas bénins correspond à la date de réalisation de la dernière biopsie ou procédure avec des observations bénignes La date de diagnostic pour les cas de cancer du sein correspond à la date de réalisation de la première procédure de ponction à l'aiguille fine ou de biopsie des tissus (microbiopsie ou biopsie ouverte) aux fins de diagnostic du cancer du sein |

| | |
|---|---|
| Sources de données : | <ul style="list-style-type: none"> • SIGC (Système intégré de gestion de la clientèle) - Données mammographiques du PODCS, données démographiques, données d'évaluation et données relatives aux cancers détectés par dépistage |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> • Cet indicateur tient seulement compte des mammographies du PODCS. • Il existe un décalage de huit mois dans la publication des données de cet indicateur. En effet, les centres disposent d'un délai de huit mois pour clore les cas d'évaluation et saisir les données recueillies dans le SIGC |

| | |
|--|--|
| Indicateur | Délai d'attente entre le dépistage du cancer du sein et le diagnostic établi avec une biopsie des tissus |
| Définition de l'indicateur | Pourcentage d'Ontariennes admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS qui ont reçu un diagnostic (tumeur bénigne ou cancer du sein) établi à l'aide d'une biopsie des tissus dans les sept semaines suivant la date de réception de ces résultats |
| Méthode de calcul de l'indicateur | $\left(\frac{\text{Nombre total d'Ontariennes admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS qui ont reçu un diagnostic (tumeur bénigne ou cancer du sein) dans les sept semaines suivant la date de réception de ces résultats}}{\text{Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS qui ont eu besoin de passer une biopsie des tissus (microbiopsie ou procédure chirurgicale) aux fins de diagnostic définitif}} \right) \times 100$ |
| Dénominateur | <p>Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS au cours de la période de référence qui ont eu besoin de passer une biopsie des tissus (microbiopsie ou procédure chirurgicale) aux fins de diagnostic définitif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes âgées de 50 à 74 ans présentant un risque moyen dont les résultats anormaux obtenus à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS sont inscrits dans le SIGC • Les mammographies ont été recensées à l'aide des fiches de mammographie de dépistage du PODCS enregistrées dans le SIGC • Le recensement des femmes présentant des mammographies de dépistage anormales concerne les femmes ayant été orientées vers des tests complémentaires par le radiologiste du dépistage qui sont inscrites dans le SIGC • Toutes les mammographies répertoriées dans le SIGC ont été prises en compte, y compris celles avec des images partielles |

| | |
|---|---|
| | <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Femmes avec un NAM ou une date de naissance manquant ou invalide Femmes avec un résultat final affichant la mention « inconnu/perdue de vue » |
| Numérateur | <p>Nombre total d’Ontariennes admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS au cours d’une année civile donnée qui ont reçu un diagnostic (tumeur bénigne ou cancer du sein) dans les sept semaines suivant la date de réception de ces résultats et qui ont eu besoin de passer une biopsie des tissus (microbiopsie ou procédure chirurgicale) aux fins de diagnostic définitif</p> <ul style="list-style-type: none"> La date de diagnostic pour les cas bénins correspond à la date de réalisation de la dernière biopsie ou procédure avec des observations bénignes La date de diagnostic pour les cas de cancer du sein correspond à la date de réalisation de la première procédure de ponction à l’aiguille fine ou de biopsie des tissus (microbiopsie ou biopsie ouverte) aux fins de diagnostic du cancer du sein |
| Source des données | <ul style="list-style-type: none"> SIGC (Système intégré de gestion de la clientèle) - Données mammographiques du PODCS, données démographiques, données d’évaluation et données relatives aux cancers détectés par dépistage |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> Cet indicateur tient seulement compte des mammographies du PODCS. Il existe un décalage de huit mois dans la publication des données de cet indicateur. En effet, les centres disposent d’un délai de huit mois pour clore les cas d’évaluation et saisir les données recueillies dans le SIGC |

| | |
|--|--|
| Indicateur | Valeur prédictive positive du dépistage du cancer du sein |
| Définition de l’indicateur | Pourcentage d’Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie réalisée dans le cadre du PODCS qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer invasif) |
| Méthode de calcul de l’indicateur | $\left(\frac{\text{Nombre total de femmes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS au cours d’une année civile donnée qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein détecté par dépistage (carcinome canalaire in situ ou cancer invasif)}}{\text{Nombre total de femmes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS au cours d’une année civile donnée}} \right) \times 100$ |

| | |
|---|--|
| Dénominateur | <p>Nombre total de femmes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS au cours d'une année civile donnée</p> <ul style="list-style-type: none"> Femmes âgées de 50 à 74 ans présentant un risque moyen qui ont obtenu des résultats anormaux à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS Les mammographies ont été recensées à l'aide des fiches de mammographie de dépistage dans le cadre du PODCS enregistrées dans le SIGC Le recensement des femmes présentant des mammographies de dépistage anormales concerne les femmes ayant été orientées vers des tests complémentaires par le radiologue du dépistage qui sont inscrites dans le SIGC Toutes les mammographies répertoriées dans le SIGC ont été prises en compte, y compris celles avec des images partielles <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Femmes avec un NAM ou une date de naissance manquant ou invalide Femmes avec un résultat final affichant la mention « inconnu/perdue de vue » |
| Numérateur | <p>Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS au cours d'une année civile donnée qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein détecté par dépistage (carcinome canalaire in situ ou cancer invasif)</p> <ul style="list-style-type: none"> Tous les cas de cancer du sein signalés par les établissements participant au PODCS ont été pris en compte |
| Sources de données : | <ul style="list-style-type: none"> SIGC (Système intégré de gestion de la clientèle) - Données mammographiques du PODCS, données démographiques et données d'évaluation de la santé des seins |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> Cet indicateur tient seulement compte des mammographies du PODCS. Il existe un décalage de huit mois dans la publication des données de cet indicateur. En effet, les centres disposent d'un délai de huit mois pour clore les cas d'évaluation et saisir les données recueillies dans le SIGC |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Indicateur | Sensibilité du dépistage du cancer du sein |
| Définition de l'indicateur | Pourcentage d'Ontariennes de 50 à 74 ans admissibles au dépistage chez qui un cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer invasif) a été correctement diagnostiqué lors de l'épisode de dépistage du PODCS |

| | |
|--|--|
| Méthode de calcul de l'indicateur | <p>(Nombre de vrais positifs/Nombre de vrais positifs et de faux négatifs) x 100</p> <p>Vrai positif = Obtention d'un résultat anormal à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS, présence d'un carcinome canalaire in situ/cancer du sein invasif</p> <p>Faux positif = Obtention d'un résultat anormal à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS, absence de carcinome canalaire in situ/cancer du sein invasif</p> <p>Faux négatif = Obtention d'un résultat normal à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS, présence d'un carcinome canalaire in situ/cancer du sein invasif</p> <p>Vrai négatif = Obtention d'un résultat normal à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS, absence de carcinome canalaire in situ/cancer du sein invasif</p> |
| Dénominateur | <p>Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer invasif) dans un délai d'un an</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes âgées de 50 à 74 ans présentant un risque moyen qui ont effectué une mammographie de dépistage dans le cadre du PODCS • Les cas de cancer du sein incluent les cas détectés dans le cadre du dépistage et postérieurement au dépistage. • Les cancers détectés postérieurement au dépistage ont été définis comme des cas de cancer du sein diagnostiqués avant la prochaine mammographie prévue après un épisode de dépistage normal ou avec observations bénignes. <ul style="list-style-type: none"> ○ Épisode de dépistage normal = mammographie de dépistage présentant aux résultats normaux ○ Épisode de dépistage bénin = mammographie de dépistage aux résultats anormaux suivie d'une évaluation diagnostique permettant d'établir un diagnostic final bénin. <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes avec un NAM ou une date de naissance manquant ou invalide • Femmes avec un résultat final affichant la mention « inconnu/perdue de vue » |
| Numérateur | <p>Nombre total d'Ontariennes de 50 à 74 ans admissibles au dépistage chez qui un cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer invasif) a été correctement diagnostiqué lors de l'épisode de dépistage du PODCS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une mammographie de dépistage anormale est définie comme une mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS entraînant la prescription de tests complémentaires par le radiologiste du service de dépistage |
| Sources de données : | <ul style="list-style-type: none"> • SIGC (Système intégré de gestion de la clientèle) - Données mammographiques du PODCS, données démographiques, données d'évaluation et données relatives aux cancers détectés par dépistage |

| | |
|---|--|
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> • Cet indicateur tient seulement compte des mammographies du PODCS. • Il existe un décalage de deux ans dans la publication des données de cet indicateur. Un délai de deux ans est accordé pour la saisie des détails relatifs au stade des cancers (taille de la tumeur, envahissement ganglionnaire, cancer invasif c. carcinome canalaire in situ) dans le SIGC |
|---|--|

| | |
|--|--|
| Indicateur | Spécificité du dépistage du cancer du sein |
| Définition de l'indicateur | Pourcentage d'Ontariennes de 50 à 74 ans admissibles n'ayant pas reçu de diagnostic de cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer invasif) chez qui les résultats normaux obtenus à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS se sont avérés corrects |
| Méthode de calcul de l'indicateur | <p>$(\text{Nombre de vrais négatifs} / \text{Nombre de vrais négatifs et de faux positifs}) \times 100$</p> <p>Vrai positif = Obtention d'un résultat anormal à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS, présence d'un carcinome canalaire in situ/cancer du sein invasif Faux positif = Obtention d'un résultat anormal à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS, absence de carcinome canalaire in situ/cancer du sein invasif Faux négatif = Obtention d'un résultat normal à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS, présence d'un carcinome canalaire in situ/cancer du sein invasif Vrai négatif = Obtention d'un résultat normal à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS, absence de carcinome canalaire in situ/cancer du sein invasif</p> |
| Dénominateur | <p>Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu des résultats anormaux à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS qui n'ont reçu de diagnostic de cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer invasif) dans un délai d'un an</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes âgées de 50 à 74 ans présentant un risque moyen qui ont effectué une mammographie de dépistage dans le cadre du PODCS • Les cas de cancer du sein incluent les cas détectés dans le cadre du dépistage et postérieurement au dépistage. • Les cancers détectés postérieurement au dépistage ont été définis comme des cas de cancer du sein diagnostiqués avant la prochaine mammographie prévue après un épisode de dépistage normal ou bénin. <ul style="list-style-type: none"> ○ Épisode de dépistage normal = mammographie de dépistage présentant aux résultats normaux ○ Épisode de dépistage bénin : mammographie de dépistage aux résultats anormaux suivie d'une évaluation diagnostique permettant d'établir un diagnostic final bénin. <p>Exclusions :</p> |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Femmes avec un NAM ou une date de naissance manquant ou invalide Femmes avec un résultat final affichant la mention « inconnu/perdue de vue » |
| Numérateur | <p>Nombre total d’Ontariennes 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 invasif) chez qui les résultats normaux obtenus à la mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS se sont avérés corrects</p> <ul style="list-style-type: none"> Une mammographie de dépistage normale est définie comme une mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PODCS qui n’entraîne pas la prescription de tests complémentaires par le radiologiste du service de dépistage |
| Sources de données : | <ul style="list-style-type: none"> SIGC (Système intégré de gestion de la clientèle) - Données mammographiques du PODCS, données démographiques, données d’évaluation et données relatives aux cancers détectés par dépistage |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> Cet indicateur tient seulement compte des mammographies du PODCS. Il existe un décalage de deux ans dans la publication des données de cet indicateur. Un délai de deux ans est accordé pour la saisie des détails relatifs au stade des cancers (taille de la tumeur, envahissement ganglionnaire, cancer invasif c. carcinome canalaire in situ) dans le SIGC |

| | |
|--|---|
| Indicateur | Taux de détection des cancers du sein invasifs |
| Définition de l’indicateur | Nombre d’Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteintes d’un cancer du sein invasif diagnostiqué par dépistage pour 1 000 femmes ayant effectué une mammographie dans le cadre du PODCS |
| Méthode de calcul de l’indicateur | (Nombre total d’Ontariennes âgées de 50 à 72 ans admissibles au dépistage ayant effectué une mammographie de dépistage dans le cadre du PODCS qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein invasif détecté par dépistage/Nombre total d’Ontariennes âgées de 50 à 72 ans admissibles au dépistage qui ont effectué une mammographie de dépistage dans le cadre du PODCS) x 100 |
| Dénominateur | <p>Nombre total d’Ontariennes âgées de 50 à 72 ans admissibles au dépistage qui ont effectué une mammographie de dépistage dans le cadre du PODCS</p> <ul style="list-style-type: none"> Femmes âgées de 50 à 74 ans présentant un risque moyen qui ont effectué une mammographie de dépistage dans le cadre du PODCS <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Femmes avec un NAM ou une date de naissance manquant ou invalide Femmes avec un résultat final affichant la mention « inconnu/perdue de vue » |
| Numérateur | Nombre total d’Ontariennes âgées de 50 à 72 ans admissibles au dépistage ayant effectué une mammographie de dépistage dans le cadre du PODCS qui ont reçu un diagnostic de |

| | |
|---|--|
| | cancer du sein invasif détecté par dépistage |
| Sources de données : | <ul style="list-style-type: none"> SIGC (Système intégré de gestion de la clientèle) - Données mammographiques du PODCS, données démographiques, données d'évaluation et données relatives aux cancers détectés par dépistage |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> Cet indicateur tient seulement compte des mammographies du PODCS. Il existe un décalage de deux ans dans la publication des données de cet indicateur. Un délai de deux ans est accordé pour la saisie des détails relatifs au stade des cancers (taille de la tumeur, envahissement ganglionnaire, cancer invasif c. carcinome canalaire in situ) dans le SIGC |

| | |
|--|---|
| Indicateur | Taux de détection des cancers du sein invasifs à un stade précoce |
| Définition de l'indicateur | Pourcentage d'Ontariennes de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteintes d'un cancer du sein invasif détecté à un stade précoce (stade I) dans le cadre du dépistage du PODCS |
| Méthode de calcul de l'indicateur | $\left(\frac{\text{Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant effectué une mammographie de dépistage dans le cadre du PODCS grâce à laquelle un cancer du sein invasif a été détecté à un stade précoce (stade I)}}{\text{Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant effectué une mammographie de dépistage dans le cadre du PODCS grâce à laquelle un cancer du sein invasif a été détecté}} \right) \times 100$ |
| Dénominateur | <p>Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant effectué une mammographie de dépistage dans le cadre du PODCS grâce à laquelle un cancer du sein invasif a été détecté</p> <ul style="list-style-type: none"> Femmes âgées de 50 à 74 ans présentant un risque moyen qui ont effectué une mammographie de dépistage dans le cadre du PODCS grâce à laquelle un cancer du sein invasif a été détecté Le cancer du sein invasif était défini en fonction du code comportemental (5^{ème} chiffre du code de morphologie). <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Femmes avec un NAM ou une date de naissance manquant ou invalide Femmes atteintes d'un cancer invasif pour lesquelles les données relatives au stade sont manquantes |
| Numérateur | Nombre total d'Ontariennes âgées de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant effectué une mammographie de dépistage dans le cadre du PODCS grâce à laquelle un cancer du sein invasif a été détecté à un stade précoce (stade I) |
| Sources de données : | <ul style="list-style-type: none"> SIGC (Système intégré de gestion de la clientèle) - Données mammographiques du PODCS, données démographiques, données d'évaluation et données relatives aux cancers détectés par dépistage |

| | |
|---|--|
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> • Cet indicateur tient seulement compte des mammographies du PODCS. • Il existe un décalage de deux ans dans la publication des données de cet indicateur. Un délai de deux ans est accordé pour la saisie des détails relatifs au stade des cancers (taille de la tumeur, envahissement ganglionnaire, cancer invasif c. carcinome canalaire in situ) dans le SIGC |
|---|--|

Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) pour les femmes présentant un risque élevé

| | |
|--|---|
| Indicateur | Femmes dépistées dans les 90 jours suivant la confirmation de leur statut de personnes à risque élevé (PODCS pour les femmes présentant un risque élevé) |
| Définition de l'indicateur | Pourcentage d'Ontariennes âgées de 30 à 69 ans dépistées par IRM ou par échographie dans les 90 jours suivant la confirmation de leur statut de personnes à risque élevé |
| Méthode de calcul de l'indicateur | (Nombre total de femmes âgées de 30 à 69 ans dépistées par IRM ou par échographie dans les 90 jours suivant la confirmation de leur statut de personnes à risque élevé/Nombre total de femmes âgées de 30 à 69 ans dont le statut de personnes à risque élevé a été confirmé qui ont été dépistées par IRM ou par échographie dans l'année suivant la confirmation) x 100 |
| Dénominateur | <p>Nombre total de femmes âgées de 30 à 69 ans dont le statut de personnes à risque élevé a été confirmé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes âgées de 30 à 69 ans dont le statut de personnes à risque élevé a été confirmé • L'âge retenu est déterminé en fonction de la date du dépistage réalisé dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé • La date de confirmation du statut à haut risque des femmes orientées par un médecin (catégorie A) correspond à la date la plus récente entre la date d'inscription et la date de mise à jour. Pour les femmes orientées vers un service d'évaluation génétique (catégorie B), il s'agit de la date la plus récente parmi la date d'inscription, la date d'orientation, la date d'évaluation génétique, la date saisie pour l'évaluation génétique et la date de mise à jour. La date saisie pour l'évaluation génétique ou la date d'évaluation génétique peuvent seulement être retenues si elles précèdent la date du dépistage réalisé dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé. <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes avec un NAM ou une date de naissance manquant ou invalide |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Femmes qui ont refusé de participer au dépistage réalisé dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé ou qui n'ont effectué aucun dépistage. Femmes pour lesquelles l'intervalle entre la confirmation et le dépistage est négatif (date de confirmation postérieure à la date de dépistage) Femmes pour lesquelles l'intervalle entre la confirmation et le dépistage est positif mais supérieur à 365 jours |
| Numérateur | <p>Nombre total de femmes âgées de 30 à -69 ans dépistées par IRM ou par échographie dans les 90 jours suivant la confirmation de leur statut de personnes à risque élevé</p> <ul style="list-style-type: none"> Femmes âgées de 30 à 69 ans dont le statut de personnes à risque élevé a été confirmé qui ont été dépistées par IRM ou par échographie dans les 90 jours suivant la confirmation |
| Source des données | <ul style="list-style-type: none"> SIGC (Système intégré de gestion de la clientèle) - Données de dépistage du PODCS, données démographiques, données d'évaluation et données relatives aux cancers détectés par dépistage |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> Les données du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé sont disponibles depuis le 1^{er} juillet 2011 Il existe un décalage de quatre mois dans la publication des données de cet indicateur. Un délai allant jusqu'à trois mois est nécessaire pour permettre le suivi des femmes qui doivent être dépistées après la confirmation de leur statut de personne présentant un risque élevé. Un autre délai d'un mois est nécessaire pour la saisie des résultats du dépistage Les femmes peuvent être orientées vers un service d'évaluation génétique à partir de l'âge de 29 ans mais ne peuvent pas être dépistées dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé avant l'âge de 30 ans (ou 10 semaines avant leur 30^e anniversaire). Si une même femme est orientée plus d'une fois vers le PODCS pour les femmes présentant un risque élevé au cours d'une année, la dernière date d'inscription sera retenue. |
| Indicateur | Fidélisation du programme de dépistage du cancer du sein (PODCS pour les femmes présentant un risque élevé) |
| Définition de l'indicateur | Pourcentage d'Ontariennes âgées de 30 à 68 ans participant au PODCS pour les femmes présentant un risque élevé qui ont effectué un dépistage subséquent dans les 15 mois suivant un test de dépistage préalable réalisé dans le cadre du programme |
| Méthode de calcul de l'indicateur | (Nombre total de femmes âgées de 30 à 68 ans ayant effectué un dépistage subséquent dans les 15 mois suivant un test de dépistage préalable réalisé dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé/Nombre total de femmes âgées de 30 à 68 ans ayant effectué un dépistage dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé au cours de la période de référence) x 100 |

| | |
|---------------------|--|
| Dénominateur | <p>Nombre total de femmes âgées de 30 à 68 ans dépistées par IRM ou par échographie dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes âgées de 30 à 68 ans à la date indice dont le statut de personnes présentant un risque élevé a été confirmé qui ont passé au moins une IRM ou une échographie dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé au cours de la période de référence • La date indice est la première date de réalisation d'un quelconque examen de dépistage (mammographie du PODCS, IRM/échographie du PODCS) au cours d'un épisode de dépistage du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé. • La date de la mammographie ou de l'IRM hors programme associée au test de dépistage complémentaire réalisé dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé ne sera pas utilisée pour calculer la date indice ou la date du prochain dépistage. • Pour les femmes ayant eu deux épisodes de dépistage dans le cadre du programme au cours de la même période de référence, les deux épisodes sont pris en compte étant donné que les femmes peuvent de nouveau être dépistées dès le 11^{ème} mois suivant la date de dépistage précédent <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes avec un NAM ou une date de naissance manquant ou invalide • Femmes dont le statut opérationnel qui leur est associé dans le cadre du PODCS est actuellement « refus » ou « report » et qui n'ont pas passé de dépistage subséquent dans un délai de 15 mois • Femmes décédées ou ayant subi une mastectomie bilatérale totale durant de la période de suivi de 15 mois et qui n'ont pas été de nouveau dépistées • Une mastectomie bilatérale totale correspond à >=2 codes tarifaires du RASO pour mastectomie totale ou à un seul code tarifaire du RASO pour mastectomie totale avec >=2 numéros de services associés à une même femme <ul style="list-style-type: none"> ○ Codes tarifaires du RASO pour mastectomie totale : R108A (mastectomie totale simple), R117A (mastectomie totale simple sous-cutanée/avec conservation de la plaque aréolo-mamelonnaire), E505A (mastectomie totale simple avec curage axillaire limité), et R109A (Mastectomie - radicale ou radicale modifiée). • Dans le cas des femmes ayant eu un épisode de dépistage par mammographie et IRM OU un épisode de dépistage par mammographie et échographie, celles n'ayant pas été de nouveau dépistées dans un délai de 15 mois et n'ayant pas reçu de rappel au dépistage par l'établissement participant au PODCS après la date indice du dépistage ont été exclues. |
| Numérateur | <p>Nombre total de femmes âgées de 30 à 68 ans qui ont effectué un test de dépistage dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé dans les 15 mois suivant un test de dépistage préalable réalisé dans le cadre du programme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes âgées de 30 à 68 ans ayant effectué un test de dépistage subséquent (IRM ou échographie) dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé dans un délai de 15 mois |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Pour les femmes âgées de 68 ans, les examens de dépistage subséquents avec seulement une mammographique réalisée dans le cadre du PODCS ont été incluses. |
| Source des données | <ul style="list-style-type: none"> • SIGC (Système intégré de gestion de la clientèle) - Données de dépistage du PODCS, données démographiques, données d'évaluation et données relatives aux cancers détectés par dépistage • BDHDR (base de données sur l'historique des demandes de règlement) du RASO - Demandes d'indemnisation des mastectomies |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> • Les données du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé sont disponibles depuis le 1^{er} juillet 2011 • Il existe un décalage de 16 mois dans la publication des données de cet indicateur car un délai de 15 mois est nécessaire pour assurer le suivi du second épisode de dépistage des femmes concernées et un autre délai d'un mois est nécessaire pour la saisie des résultats du second épisode de dépistage dans le SIGC |

| | |
|--|---|
| Indicateur | Taux de rappel pour anomalie (PODCS pour les femmes présentant un risque élevé) |
| Définition de l'indicateur | Pourcentage de participantes au PODCS pour les femmes présentant un risque élevé âgées de 30 à 69 ans ayant reçu un résultat de dépistage anormal |
| Méthode de calcul de l'indicateur | (Nombre total de femmes âgées de 30 à 69 ans présentant un risque élevé qui se sont vu prescrire des examens complémentaires en raison de résultats de dépistage anormaux/Nombre total de femmes âgées de 30 à 69 ans ayant effectué un dépistage dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé) x 100 |
| Dénominateur | <p>Nombre total de femmes âgées de 30 à 69 ans ayant effectué un dépistage dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes âgées de 30 à 69 ans dont le statut de personnes à risque élevé a été confirmé ayant effectué un dépistage dans le cadre du programme et pour qui le résultat du dépistage a été saisi • Femmes ayant effectué au moins une IRM (ou échographie) de dépistage • Femmes ayant effectué une échographie au lieu d'une IRM (c.-à-d., IRM contre-indiquée dans leur cas) • Ce dénominateur inclut les dépistages partiels associés à un test de dépistage complémentaire hors PODCS effectué dans les sept mois précédents • Chaque épisode de dépistage du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé est pris en compte; si une femme a eu plusieurs épisodes de dépistage dans le cadre de ce programme au cours d'une année donnée, alors tous ces épisodes ont été inclus dans le calcul. • L'âge est déterminé en fonction du premier examen de dépistage réalisé dans le cadre de chaque épisode de dépistage du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé (date de la mammographie ou de l'IRM/l'échographie) |

| | |
|---|---|
| | <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Femmes avec un NAM ou une date de naissance manquant ou invalide Mammographies de dépistage seules (c.-à-d. sans IRM préalable ou subséquente dans un intervalle de sept mois) |
| Numérateur | <p>Nombre total de participantes au PODCS pour les femmes présentant un risque élevé âgées de 30 à 69 ans qui se sont vu prescrire des examens complémentaires en raison de résultats de dépistage anormaux</p> <ul style="list-style-type: none"> Femmes âgées de 30 à 69 ans dont le statut de personnes à risque élevé a été confirmé ayant obtenu des résultats de dépistage anormaux Un résultat de dépistage anormal a été défini comme un résultat à au moins un des tests de dépistage destinés aux femmes présentant un risque élevé (mammographie et/ou IRM ou échographie) donnant lieu à une orientation vers des tests complémentaires par le radiologiste du programme inscrite dans le SIGC |
| Source des données | <ul style="list-style-type: none"> SIGC (Système intégré de gestion de la clientèle) - Données de dépistage du PODCS, données démographiques, données d'évaluation et données relatives aux cancers détectés par dépistage |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> Les données du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé sont disponibles depuis le 1^{er} juillet 2011 Les femmes peuvent être orientées vers une évaluation génétique à partir de l'âge de 29 ans mais ne peuvent pas être dépistées dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé avant l'âge de 30 ans (ou 10 semaines avant leur 30^e anniversaire). Pour chaque femme dépistée, un même épisode de dépistage comporte des enregistrements distincts (p.ex., un enregistrement de mammographie et un enregistrement d'IRM distinct); la règle du délai de sept mois est utilisée pour déterminer si les deux tests appartiennent au même épisode de dépistage Il existe un décalage de 8 mois dans la publication des données de cet indicateur étant donné que les régions/centres ont jusqu'à un mois pour saisir le résultat (normal ou anormal) de chaque test de dépistage réalisé au cours de l'épisode de dépistage du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé et que les deux tests peuvent être réalisés avec 7 mois d'écart au maximum. |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Indicateur | Valeur prédictive positive (PODCS pour les femmes présentant un risque élevé) |
| Définition de l'indicateur | Pourcentage de participantes du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé âgées de 30 à 69 ans ayant reçu un résultat de dépistage anormal chez qui un cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer invasif) a été diagnostiqué à la suite d'un bilan diagnostique |

| | |
|--|---|
| Méthode de calcul de l'indicateur | (Nombre total de participantes du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé âgées de 30 à 69 ans ayant reçu un résultat de dépistage anormal chez qui un cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer invasif) a été diagnostiqué à la suite d'un bilan diagnostique/ Nombre total de participantes du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé âgées de 30 à 69 ans qui se sont vu prescrire des examens complémentaires en raison de résultats de dépistage anormaux) x 100 |
| Dénominateur | <p>Nombre total de participantes du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé âgées de 30 à 69 ans qui se sont vu prescrire des examens complémentaires en raison de résultats de dépistage anormaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes âgées de 30 à 69 ans dont le statut de personnes présentant un risque élevé a été confirmé ayant obtenu des résultats de dépistage anormaux • Un résultat de dépistage anormal a été défini comme un résultat à au moins un des tests de dépistage destinés aux femmes présentant un risque élevé (mammographie et/ou IRM ou échographie) donnant lieu à une orientation vers des tests complémentaires par le radiologiste du programme inscrite dans le SIGC • Femmes ayant effectué au moins une IRM (ou échographie) de dépistage • Femmes ayant effectué une échographie au lieu d'une IRM (c.-à-d., IRM contre-indiquée dans leur cas) • Chaque épisode de dépistage anormal réalisé dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé a été pris en compte; si une femme a eu plusieurs épisodes de dépistage anormaux dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé au cours d'une année donnée, alors tous ces épisodes ont été inclus dans le calcul. • Ce dénominateur inclut les dépistages partiels associés à un test de dépistage complémentaire hors PODCS effectué dans les sept mois précédant le test du dépistage du PODCS • L'âge est déterminé en fonction du premier examen de dépistage réalisé dans le cadre de chaque épisode de dépistage du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé (date de la mammographie ou de l'IRM/l'échographie) <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes avec un NAM ou une date de naissance manquant ou invalide • Femmes avec un résultat final affichant la mention « inconnu/perdue de vue » • Mammographies de dépistage seules (c.-à-d. sans IRM préalable ou subséquente dans un intervalle de sept mois) |
| Numérateur | Nombre total de participantes au PODCS pour les femmes présentant un risque élevé âgées de 30 à 69 ans ayant reçu un résultat de dépistage anormal chez qui un cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer invasif) a été diagnostiqué à la suite d'un bilan diagnostique |
| Source des données | <ul style="list-style-type: none"> • SIGC (Système intégré de gestion de la clientèle) - Données de dépistage du PODCS, données démographiques, données d'évaluation et données relatives aux cancers détectés par dépistage |

| | |
|---|--|
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> • Les données du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé sont disponibles depuis le 1^{er} juillet 2011 • Les femmes peuvent être orientées vers une évaluation génétique à partir de l'âge de 29 ans mais ne peuvent pas être dépistées dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé avant l'âge de 30 ans (ou 10 semaines avant leur 30^e anniversaire). • Pour chaque femme dépistée, un même épisode de dépistage comporte des enregistrements distincts (p.ex., un enregistrement de mammographie et un enregistrement d'IRM distinct); la règle du délai de sept mois est utilisée pour déterminer si les deux tests appartiennent au même épisode de dépistage • Il existe un décalage de huit mois dans la publication des données de cet indicateur étant donné que les régions/centres ont jusqu'à huit mois après la date du dépistage anormal pour saisir toutes les données d'évaluation et le diagnostic final dans le SIGC |
|---|--|

| | |
|--|--|
| Indicateur | Taux de détection du cancer du sein (PODCS pour les femmes présentant un risque élevé) |
| Définition de l'indicateur | Nombre de participantes au PODCS pour les femmes présentant un risque élevé âgées de 30 à 69 ans atteintes d'un cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer invasif) pour 1 000 femmes dépistées |
| Méthode de calcul de l'indicateur | $\frac{\text{(Nombre total de participantes au PODCS pour les femmes présentant un risque élevé âgées de 30 à 69 ans ayant reçu un résultat de dépistage anormal chez qui un cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer invasif) a été diagnostiqué à la suite d'un bilan diagnostique)}}{\text{Nombre total de femmes âgées de 30 à 69 ans ayant effectué un dépistage dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé}} \times 100$ |

| | |
|---|--|
| Dénominateur | <p>Nombre total de femmes âgées de 30 à 69 ans ayant effectué un dépistage dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé</p> <ul style="list-style-type: none"> Femmes âgées de 30 à 69 ans dont le statut de personnes présentant un risque élevé a été confirmé ayant effectué un dépistage dans le cadre du programme et pour qui le résultat du dépistage a été saisi Femmes ayant effectué au moins une IRM (ou échographie) de dépistage Femmes ayant effectué une échographie au lieu d'une IRM (c.-à-d., IRM contre-indiquée dans leur cas) Chaque épisode de dépistage du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé est pris en compte; si une femme a eu plusieurs épisodes de dépistage dans le cadre de ce programme au cours d'une année donnée, alors tous ces épisodes ont été inclus dans le calcul. Ce dénominateur inclut les dépistages partiels associés à un test de dépistage complémentaire hors PODCS effectué dans les sept mois précédant le test du dépistage du PODCS L'âge est déterminé en fonction du premier examen de dépistage réalisé dans le cadre de chaque épisode de dépistage du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé (date de la mammographie ou de l'IRM/l'échographie) <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Femmes avec un NAM ou une date de naissance manquant ou invalide Femmes avec un résultat final affichant la mention « inconnu/perdue de vue » Mammographies de dépistage seules (c.-à-d. sans IRM préalable ou subséquente dans un intervalle de sept mois) |
| Numérateur | <p>Nombre total de participantes du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé âgées de 30 à 69 ans ayant reçu un résultat de dépistage anormal chez qui un cancer du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer invasif) a été diagnostiqué à la suite d'un bilan diagnostique</p> |
| Source des données | <ul style="list-style-type: none"> SIGC (Système intégré de gestion de la clientèle) - Données de dépistage du PODCS, données démographiques, données d'évaluation et données relatives aux cancers détectés par dépistage |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> Les données du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé sont disponibles depuis le 1^{er} juillet 2011 Les femmes peuvent être orientées vers une évaluation génétique à partir de l'âge de 29 ans mais ne peuvent pas être dépistées dans le cadre du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé avant l'âge de 30 ans (ou 10 semaines avant leur 30^e anniversaire). Pour chaque femme dépistée, un même épisode de dépistage comporte des enregistrements distincts (p.ex., un enregistrement de mammographie et un enregistrement d'IRM distinct); la règle du délai de sept mois est utilisée pour déterminer si les deux tests appartiennent au même épisode de dépistage Il existe un décalage de huit mois dans la publication des données de cet |

indicateur étant donné que les régions/centres ont jusqu'à huit mois après la date du dépistage anormal pour saisir toutes les données d'évaluation et le diagnostic final dans le SIGC

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

| | |
|--|--|
| Indicateur | Participation au dépistage du cancer du col de l'utérus (test Pap) |
| Définition de l'indicateur | Pourcentage ajusté selon l'âge d'Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage qui ont effectué au moins un test Pap dans une période de 42 mois |
| Méthode de calcul de l'indicateur | (Nombre total d'Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage qui ont effectué au moins un test Pap dans une période de 42 mois/ Nombre total d'Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage pendant la période de référence) x100 |
| Dénominateur | <p>Nombre total d'Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage pendant la période de référence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage à la date indice • La date indice a été définie comme le point médian de la période de référence (p. ex. 1^{er} juillet 2015 pour la période 2014-2016) • La population canadienne de 2011 a été utilisée comme population-type dans le calcul des taux normalisés selon l'âge • L'adresse saisie dans la BDPI à la date la plus proche de la date indice a été utilisée pour l'envoi du courrier postal <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes avec un NAM, une date de naissance, ou un code postal manquant ou invalide • Femmes chez qui un cancer du col de l'utérus invasif a été diagnostiqué avant le 1^{er} janvier de la période de référence (p. ex. 1^{er} janvier 2014 pour la période 2014-2016); un diagnostic préalable de cancer du col de l'utérus étant défini comme une morphologie indicative d'un cancer du col de l'utérus, confirmée dans le rapport de pathologie à la suite d'un examen microscopique, conformément au code C53 de la ICD-O-3 • Femmes ayant subi une colposcopie ou un traitement dans les 2 ans précédant le 1^{er} janvier de la période de référence • Les colposcopies et les traitements ont été recensés à l'aide des codes tarifaires du RASO suivants : |

Colposcopie

- Z731 - Investigation initiale d'un résultat cytologique anormal par un examen de la vulve et/ou du vagin ou du col de l'utérus par colposcopie avec ou sans biopsie et/ou curetage endocervical
- Z787 - Colposcopie de suivi avec biopsie, avec ou sans curetage endocervical
- Z787 - Colposcopie de suivi sans biopsie, avec ou sans curetage endocervical

Traitement

- Z732 - Cryothérapie
- Z724 - Électrocautérisation
- Z766 - Résection à l'anse diathermique (RAD)
- S744 - Col de l'utérus - Conisation - toute technique, avec ou sans dilatation et curetage
- Z729 - Cryoconisation, électroconisation ou traitement à l'aide d'un laser au gaz carbonique (CO2) avec ou sans curetage de la lésion précancéreuse (dysplasie ou carcinome in situ), sans hospitalisation
- Femmes ayant subi une hystérectomie avant le 1^{er} janvier de la période de référence
- Les colposcopies et les traitements ont été recensés à l'aide des codes tarifaires du RASO suivants :
 - E862A – Hystérectomie par laparoscopie ou assistée par laparoscopie
 - P042A - Obstétrique – travail – accouchement – césarienne comprenant une hystérectomie
 - Q140A – Code d'exclusion pour les patientes inscrites âgées de 35 à 70 ans ayant subi une hystérectomie
 - S710A – Hystérectomie, avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – avec omentectomie pour tumeur maligne
 - S727A – Chirurgie de réduction tumorale pour un cancer de l'ovaire de stade IIC, IIIB ou IV, pouvant inclure l'hystérectomie
 - S757A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – abdominale – totale ou non
 - S758A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – avec réfection de la paroi vaginale antérieure et postérieure, et incluant une entérocèle et/ou une réfection du dôme vaginal
 - S759A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – avec réfection de la paroi vaginale antérieure et postérieure, et incluant une entérocèle et/ou une réfection du dôme vaginal
 - S762A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – trachélectomie radicale – excluant la lymphadénectomie
 - S763A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – opération radicale (de Wertheim ou de Schauta) – incluant la lymphadénectomie
 - S765A – Amputation du col de l'utérus
 - S766A – Col de l'utérus – exclusion – partie restante du col – abdominale
 - S767A – Col de l'utérus – exclusion – partie restante du col – vaginale
 - S816A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – vaginale

| | |
|---|---|
| Numérateur | <p>Nombre total d’Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage qui ont effectué au moins un test Pap dans une période de 42 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recensement des tests Pap : <u>Tests Pap</u> recensés dans la base de données CytoBase <p>Tests Pap également recensés à l’aide des codes tarifaires du RASO suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ E430A : Ajout à a003, a004, a005, a006 quand le test Pap a été effectué à l’extérieur de l’hôpital ○ G365A : Examen périodique de dépistage par frottis cervicovaginal ○ E431A : lorsque l’examen de dépistage par frottis cervicovaginal est effectué à l’extérieur de l’hôpital, à G394 ○ G394A : Examen supplémentaire pour faire le suivi d’un frottis cervicovaginal anormal ou inadéquat ○ L713A : Échantillon envoyé en analyse anatomopathologique en laboratoire médical, histologique ou cytologique-gynécologique ○ L733A : Échantillon cervicovaginal (méthode de culture cellulaire monocouche) ○ L812A : Échantillons cervicovaginaux, y compris tous les types d’anomalies cellulaires, l’évaluation de la flore et/ou l’évaluation cytohormonale ○ Q678A : Gynécologie – examen de dépistage par frottis cervicovaginal – périodique – infirmiers praticiens <ul style="list-style-type: none"> • Tous les tests Pap saisis dans CytoBase ont été recensés, y compris ceux avec des échantillons inadéquats • Chaque femme a été prise en compte une seule fois, quel que soit le nombre de tests Pap subis dans un délai de 42 mois |
| Source des données | <ul style="list-style-type: none"> • CytoBase - tests Pap • BDHDR (base de données sur l’historique des demandes de règlement) du RASO - Tests Pap, actes de colposcopie, demandes d’indemnisation des procédures de traitement, demandes d’indemnisation des hystérectomies • RCCO (Registre des cas de cancer de l’Ontario) - Cancers du col de l’utérus invasifs guéris • BDPI (Base de données sur les personnes inscrites) – Données démographiques |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats des tests Pap sont uniquement disponibles dans la base de données CytoBase • La base de données CytoBase comprend seulement les tests Pap analysés dans trois laboratoires communautaires de l’Ontario; les tests Pap analysés dans les hôpitaux de l’Ontario et les centres de santé communautaires ne sont pas saisis dans CytoBase • Il est difficile de déterminer si un test Pap figurant dans CytoBase et/ou la base de données du RASO a été effectué aux fins de dépistage ou de diagnostic. Par conséquent, certains tests Pap inclus dans ces analyses peuvent avoir été réalisés à des fins de diagnostic |

| | |
|--|---|
| Indicateur | Fidélisation du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus (test Pap) |
| Définition de l'indicateur | Pourcentage d'Ontariennes âgées de 21 à -66 ans admissibles au dépistage qui ont effectué un test Pap subséquent dans les 42 mois suivant l'obtention d'un résultat normal au test précédent |
| Méthode de calcul de l'indicateur | (Nombre total d'Ontariennes âgées de 21 à 66 ans admissibles au dépistage qui ont effectué un test Pap subséquent dans les 42 mois suivant l'obtention d'un résultat normal au test précédent/Nombre total d'Ontariennes âgées de 21 à 66 ans admissibles au dépistage qui ont obtenu un résultat normal à un test Pap au cours d'une année donnée) x 100 |
| Dénominateur | <p>Nombre total d'Ontariennes âgées de 21 à 66 ans admissibles au dépistage qui ont obtenu un résultat normal à un test Pap au cours d'une année donnée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ontariennes âgées de 21 à 66 ans admissibles au dépistage à la date indice, qui ont obtenu un résultat normal à un test Pap au cours d'une année donnée • La date indice a été définie comme la dernière date d'obtention d'un test Pap normal par personne, désignée par la date de prélèvement de l'échantillon inscrite dans CytoBase au cours d'une année donnée • L'adresse saisie dans la BDPI à la date la plus proche de la date indice a été utilisée pour l'envoi du courrier postal • La définition des tests Pap normaux a été établie par l'intermédiaire de CytoBase (codes CytoBase 4.1, 4.2, 4.3.1, 4.3.2, 4.3 pour la version 2, et codes CytoBase 4.1, 4.2, 4.3 pour la version 1) • Chaque femme n'a été prise en compte qu'une seule fois au cours d'une année donnée, quel que soit le nombre de tests Pap subis <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes avec un NAM, une date de naissance, ou un code postal manquant ou invalide • Femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus invasif avant la date de réalisation du test Pap subséquent ou durant l'intervalle de suivi si aucun test subséquent n'était prévu • Le diagnostic d'un cancer du col de l'utérus a été défini comme : une morphologie indicative d'un cancer du col de l'utérus, confirmée dans le rapport de pathologie à la suite d'un examen microscopique, conformément au code C53 de la ICD-O-3 • Femmes ayant subi une hystérectomie avant la date de réalisation du test Pap subséquent ou durant l'intervalle de suivi si aucun test subséquent n'était prévu • Les colposcopies et les traitements ont été recensés à l'aide des codes tarifaires du RASO suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ E862A – Hystérectomie par laparoscopie ou assistée par laparoscopie ○ P042A - Obstétrique – travail – accouchement – césarienne comprenant |

| | |
|---|--|
| | <p>une hystérectomie</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Q140A – Code d’exclusion pour les patientes inscrites âgées de 35 à 70 ans ayant subi une hystérectomie ○ S710A - Hystérectomie, avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – avec omentectomie pour tumeur maligne ○ S727A – Chirurgie de réduction tumorale pour un cancer de l’ovaire de stade IIC, IIIB ou IV, pouvant inclure l’hystérectomie ○ S757A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – abdominale – totale ou non ○ S758A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – avec réfection de la paroi vaginale antérieure et postérieure, et incluant une entéroccèle et/ou une réfection du dôme vaginal ○ S759A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – avec réfection de la paroi vaginale antérieure ou postérieure, et incluant une entéroccèle et/ou une réfection du dôme vaginal ○ S762A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – trachélectomie radicale – excluant la lymphadénectomie ○ S763A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – opération radicale (de Wertheim ou de Schauta) – incluant la lymphadénectomie ○ S765A – Amputation du col de l’utérus ○ S766A – Col de l’utérus – exclusion – partie restante du col – abdominal, ○ S767A – Col de l’utérus – exclusion – partie restante du col – vaginale ○ S816A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – vaginale |
| Numérateur | <p>Nombre total d’Ontariennes âgées de 21 à 66 ans admissibles au dépistage qui ont effectué un test Pap subséquent dans les 42 mois suivant l’obtention d’un résultat normal au test précédent</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les tests Pap subséquents ont été recensés à l’aide de la base de données CytoBase • Tous les tests ont été pris en compte, quel que soit le résultat de ceux-ci |
| Sources de données : | <ul style="list-style-type: none"> • CytoBase - tests Pap • BDHDR (base de données sur l’historique des demandes de règlement) du RASO - Demandes d’indemnisation des hystérectomies • RCCO (Registre des cas de cancer de l’Ontario) - Cancers du col de l’utérus invasifs guéris • BDPI (Base de données sur les personnes inscrites) – Données démographiques |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> • Seules les données de CytoBase ont été utilisées dans le cadre de ces analyses étant donné qu’aucun résultat n’a été trouvé dans les données du RASO • La base de données CytoBase comprend seulement les tests Pap analysés dans les laboratoires communautaires de l’Ontario; les tests Pap analysés dans les hôpitaux de l’Ontario et les centres de santé communautaires ne sont pas saisis |

| | |
|--|---|
| | <p>dans CytoBase</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il est difficile de déterminer si un test Pap a été effectué aux fins de dépistage ou de diagnostic. Par conséquent, certains tests Pap inclus dans ces analyses peuvent avoir été réalisés à des fins de diagnostic • Certaines femmes ayant un test Pap (de suivi) prévu peuvent être incluses dans cette cohorte |
|--|---|

| | |
|--|---|
| Indicateur | Taux de tests Pap aux résultats anormaux |
| Définition de l'indicateur | Pourcentage d'Ontariennes âgées de 21 à 74 ans admissibles au dépistage qui ont obtenu un résultat anormal à un test Pap |
| Méthode de calcul de l'indicateur | $\left(\frac{\text{Nombre total d'Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage qui ont obtenu un résultat anormal au test Pap}}{\text{Nombre total d'Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage qui ont effectué un test Pap}} \right) \times 100$ |
| Dénominateur | <p>Nombre total d'Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage qui ont effectué un test Pap durant la période de référence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes âgées de 21 à 69 ans à la date indice ayant un test Pap inscrit dans CytoBase • La date indice a été définie comme la date de prélèvement de l'échantillon inscrite dans CytoBase. Si une femme a effectué plusieurs tests Pap au cours d'une année donnée, la date de l'obtention du résultat de test le plus préoccupant a été retenue comme date indice • Chaque femme n'a été prise en compte qu'une seule fois au cours d'une année donnée, quel que soit le nombre de tests subis • L'adresse saisie dans la BDPI à la date la plus proche de la date indice a été utilisée pour l'envoi du courrier postal <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes avec un NAM, une date de naissance, ou un code postal manquant ou invalide • Femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus invasif avant la date indice; le diagnostic d'un cancer du col de l'utérus étant défini comme : une morphologie indicative d'un cancer du col de l'utérus, confirmée dans le rapport de pathologie à la suite d'un examen microscopique, conformément au code C53 de la ICD-O-3 • Femmes avec un résultat de test Pap insatisfaisant • Femmes ayant subi une hystérectomie avant la date indice |

| | |
|-----------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Les colposcopies et les traitements ont été recensés à l’aide des codes tarifaires du RASO suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ E862A – Hystérectomie par laparoscopie ou assistée par laparoscopie ○ P042A - Obstétrique – travail – accouchement – césarienne comprenant une hystérectomie ○ Q140A – Code d’exclusion pour les patientes inscrites âgées de 35 à 70 ans ayant subi une hystérectomie ○ S710A - Hystérectomie, avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – avec omentectomie pour tumeur maligne ○ S727A – Chirurgie de réduction tumorale pour un cancer de l’ovaire de stade IIC, IIIB ou IV, pouvant inclure l’hystérectomie ○ S757A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – abdominale – totale ou non ○ S758A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – avec réfection de la paroi vaginale antérieure et postérieure, et incluant une entéroçèle et/ou une réfection du dôme vaginal ○ S759A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – avec réfection de la paroi vaginale antérieure ou postérieure, et incluant une entéroçèle et/ou une réfection du dôme vaginal ○ S762A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – trachélectomie radicale – excluant la lymphadénectomie ○ S763A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – opération radicale (de Wertheim ou de Schauta) – incluant la lymphadénectomie ○ S765A – Amputation du col de l’utérus ○ S766A – Col de l’utérus – exclusion – partie restante du col – abdominal, ○ S767A – Col de l’utérus – exclusion – partie restante du col – vaginale ○ S816A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – vaginale |
| Numérateur | <p>Nombre total d’Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage qui ont obtenu un résultat anormal à un test Pap</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes avec un résultat de test Pap anormal dans CytoBase • La définition d’un test Pap anormal a été établie à l’aide des codes Bethesda de CytoBase. Les tests Pap aux résultats anormaux incluent les résultats de test Pap révélant un diagnostic d’ASC, d’ASC-H, d’AGC, d’adénocarcinome in situ, de LSIL, de HSIL, de carcinome, de carcinome épidermoïde, d’adénocarcinome et de toute autre tumeur maligne. |
| Sources de données : | <ul style="list-style-type: none"> • CytoBase - tests Pap • BDHDR (base de données sur l’historique des demandes de règlement) du RASO - Données relatives aux hystérectomies • RCCO (Registre des cas de cancer de l’Ontario) - Cancers du col de l’utérus invasifs guéris • BDPI (Base de données sur les personnes inscrites) – Données démographiques |

| | |
|---|--|
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats des tests Pap sont uniquement disponibles dans la base de données CytoBase • La base de données CytoBase comprend seulement les tests Pap analysés dans les laboratoires communautaires de l’Ontario; les tests Pap analysés dans les hôpitaux de l’Ontario et les centres de santé communautaires ne sont pas saisis dans CytoBase • Il est difficile de déterminer si un test Pap figurant dans CytoBase et/ou la base de données du RASO a été effectué aux fins de dépistage ou de diagnostic. Par conséquent, certains tests Pap inclus dans ces analyses peuvent avoir été réalisés à des fins de diagnostic |
|---|--|

| | |
|--|---|
| Indicateur | Suivi du dépistage du cancer du col de l’utérus (tests Pap avec lésions de haut grade) |
| Définition de l’indicateur | Pourcentage d’Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage dont le résultat au test Pap a révélé une dysplasie cervicale de haut grade qui ont subi une colposcopie ou un traitement définitif dans les 6 mois suivant la date de l’obtention de ce résultat |
| Méthode de calcul de l’indicateur | (Nombre total d’Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage dont le résultat au test Pap a révélé une anomalie cervicale de haut grade qui ont subi une colposcopie ou un traitement définitif dans les 6 mois suivant la date de l’obtention de ce résultat/ Nombre total d’Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage dont le résultat au test Pap a révélé une anomalie cervicale de haut grade au cours d’une année donnée) x 100 |
| Dénominateur | <p>Nombre total d’Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage dont le résultat au test Pap a révélé une anomalie cervicale de haut grade au cours d’une année donnée</p> <ul style="list-style-type: none"> • La date indice a été définie comme la date de détection de la plus récente anomalie cervicale de haut grade par personne et par date de prélèvement de l’échantillon inscrite dans CytoBase au cours d’une année civile donnée <p>La dysplasie cervicale de haut grade a été définie comme suit (Version 2) : ASC-H (4.4.5); AGC (4.5.1, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4, 4.5.5, 4.5.7, 4.5.9, 4.5.10, 4.5.11, 4.5.12, 4.5.13); adénocarcinome in-situ (4.5.8, 4.6); HSIL (4.8).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chaque femme n’a été prise en compte qu’une seule fois au cours d’une année donnée, quel que soit le nombre de tests subis • L’adresse saisie dans la BDPI à la date la plus proche de la date indice a été utilisée pour l’envoi du courrier postal |

Exclusions :

- Femmes avec un NAM, une date de naissance, ou un code postal manquant ou invalide
- Femmes décédées durant la période de suivi
- Femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus invasif avant la date indice; le diagnostic d'un cancer du col de l'utérus étant défini comme : une morphologie indicative d'un cancer du col de l'utérus, confirmée dans le rapport de pathologie à la suite d'un examen microscopique, conformément au code C53 de la ICD-O-3
- Dans les cas où une femme avait effectué une colposcopie dans les 7 jours précédant ou suivant le test Pap, il a été estimé que le test Pap avait été réalisé en parallèle de la colposcopie, et non préalablement à celle-ci. Ce test Pap ne doit pas être défini comme un test Pap indice et a donc été exclu du calcul.
- Femmes ayant subi une hystérectomie avant la date de réalisation du test Pap indice
- Les colposcopies et les traitements ont été recensés à l'aide des codes tarifaires du RASO suivants :
 - E862A – Hystérectomie par laparoscopie ou assistée par laparoscopie
 - P042A - Obstétrique – travail – accouchement – césarienne comprenant une hystérectomie
 - Q140A – Code d'exclusion pour les patientes inscrites âgées de 35 à 70 ans ayant subi une hystérectomie
 - S710A - Hystérectomie, avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – avec omentectomie pour tumeur maligne
 - S727A – Chirurgie de réduction tumorale pour un cancer de l'ovaire de stade IIC, IIIB ou IV, pouvant inclure l'hystérectomie
 - S757A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – abdominale – totale ou non
 - S758A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – avec réfection de la paroi vaginale antérieure et postérieure, et incluant une entérocele et/ou une réfection du dôme vaginal
 - S759A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – avec réfection de la paroi vaginale antérieure et postérieure, et incluant une entérocele et/ou une réfection du dôme vaginal
 - S762A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – trachélectomie radicale – excluant la lymphadénectomie
 - S763A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – opération radicale (de Wertheim ou de Schauta) – incluant la lymphadénectomie
 - S765A – Amputation du col de l'utérus
 - S766A – Col de l'utérus – exclusion – partie restante du col – abdominal,
 - S767A – Col de l'utérus – exclusion – partie restante du col – vaginale
 - S816A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – vaginale

| | |
|---|---|
| Numérateur | <p>Nombre total d’Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage dont le résultat au test Pap a révélé une anomalie cervicale de haut grade qui ont subi une colposcopie ou un traitement définitif dans les 6 mois suivant la date de l’obtention de ce résultat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les colposcopies prises en compte ont été définies grâce aux codes tarifaires du RASO suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ Z731 - Investigation initiale d’un résultat cytologique anormal par un examen de la vulve et/ou du vagin ou du col de l’utérus par colposcopie avec ou sans biopsie et/ou curetage endocervical ○ Z787 - Colposcopie de suivi avec biopsie, avec ou sans curetage endocervical ○ Z730 - Colposcopie de suivi sans biopsie, avec ou sans curetage endocervical • Si aucune colposcopie subséquente n’a été inscrite suite à la saisie du test Pap révélant une anomalie cervicale de haut grade, les autres procédures définitives ont été prises en compte; les procédures recensées à partir des demandes de règlements du RASO étaient les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Z732 - Cryothérapie ○ Z724 - Électrocautérisation ○ Z766 - Résection à l’anse diathermique (RAD) ○ S744 - Col de l’utérus - Conisation - toute technique, avec ou sans dilatation et curetage ○ Z729 - Cryoconisation, électroconisation ou traitement à l’aide d’un laser au gaz carbonique (CO2) avec ou sans curetage de la lésion précancéreuse (dysplasie ou carcinome in situ), sans hospitalisation • Si aucune colposcopie subséquente ou autre procédure susmentionnée n’a été enregistrée, on a continué de considérer que la femme avait fait l’objet d’un suivi pourvu qu’une hystérectomie ait été réalisée dans les six mois suivant l’obtention du résultat de lésions de haut grade au test Pap • La date de la colposcopie ou procédure la plus récente est retenue pour les femmes ayant subi plusieurs colposcopies ou procédures. |
| Sources de données : | <ul style="list-style-type: none"> • CytoBase - tests Pap • BDHDR (base de données sur l’historique des demandes de règlement) du RASO - Tests Pap antérieurs, procédures de colposcopie, demandes d’indemnisation des procédures définitives, demandes d’indemnisation des hystérectomies • RCCO (Registre des cas de cancer de l’Ontario) - Cancers du col de l’utérus invasifs guéris • BDPI (Base de données sur les personnes inscrites) – Données démographiques |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats des tests Pap sont uniquement disponibles dans la base de données CytoBase • La base de données CytoBase comprend seulement les tests Pap analysés dans les laboratoires communautaires de l’Ontario; les tests Pap analysés dans les hôpitaux de l’Ontario et les centres de santé communautaires ne sont pas saisis dans CytoBase • Il est difficile de déterminer si un test Pap figurant dans CytoBase et/ou la base de |

| | |
|--|--|
| | données du RASO a été effectué aux fins de dépistage ou de diagnostic. Par conséquent, certains tests Pap inclus dans ces analyses peuvent avoir été réalisés à des fins de diagnostic |
|--|--|

| Indicateur | Valeur prédictive positive du test Pap |
|-----------------------------------|---|
| Définition de l'indicateur | Pourcentage d'Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage ayant obtenu un résultat anormal au test Pap qui ont reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus invasif ou de lésions précancéreuses à la suite d'une colposcopie de suivi ou d'une intervention chirurgicale au niveau du col de l'utérus |
| Méthode de calcul de l'indicateur | (Nombre total de femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus invasif ou de lésions précancéreuses/ Nombre total de femmes dont le résultat anormal au test Pap a été suivi par une colposcopie ou par une intervention chirurgicale durant la période de référence) x 100 |
| Dénominateur | <p>Nombre total d'Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage ayant obtenu un résultat anormal au test Pap qui ont subi une colposcopie ou une intervention chirurgicale au niveau du col de l'utérus dans les 6 mois suivant l'obtention de ce résultat.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes âgées de 21 à 69 ans ayant obtenu un résultat anormal au test Pap qui ont subi une colposcopie ou une intervention chirurgicale au niveau du col de l'utérus dans les 6 mois suivant l'obtention de ce résultat, durant chaque période de référence • La définition d'un test Pap anormal a été établie à l'aide des codes Bethesda de CytoBase. Les tests Pap anormaux incluent les résultats de test Pap révélant un diagnostic d'ASC, d'ASC-H, d'AGC, d'adénocarcinome in situ, de LSIL, de HSIL, de carcinome, de carcinome épidermoïde, d'adénocarcinome et de toute autre tumeur maligne. • Dans les cas étudiés, une colposcopie ou une procédure de chirurgie du col de l'utérus, telle qu'une biopsie cervicale, une biopsie endocervicale, une RAD, une conisation ou une hystérectomie, a été effectuée dans les 6 mois suivant la réalisation du test Pap affichant un résultat anormal. • Les colposcopies prises en compte ont été définies grâce aux codes tarifaires du RASO suivant : <ul style="list-style-type: none"> ○ Z731 - Investigation initiale d'un résultat cytologique anormal par un examen de la vulve et/ou du vagin ou du col de l'utérus par colposcopie avec ou sans biopsie et/ou curetage endocervical ○ Z787 - Colposcopie de suivi avec biopsie, avec ou sans curetage endocervical |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Z730 - Colposcopie de suivi sans biopsie, avec ou sans curetage endocervical • Les procédures de chirurgie du col de l'utérus ont été recensées à l'aide des codes tarifaires du RASO suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ Z732 : Cryothérapie ○ Z724 : Électrocautérisation ○ Z766 : Résection à l'anse diathermique (RAD) ○ S744 : Col de l'utérus - Conisation - toute technique, avec ou sans dilatation et curetage ○ Z729 : Cryoconisation, électroconisation ou traitement à l'aide d'un laser au gaz carbonique (CO2) avec ou sans curetage de la lésion précancéreuse (dysplasie ou carcinome in situ), sans hospitalisation <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes avec un NAM, une date de naissance, ou un code postal manquant ou invalide • Femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus invasif avant la date de réalisation du test Pap; le diagnostic d'un cancer du col de l'utérus étant défini comme : une morphologie indicative d'un cancer du col de l'utérus, confirmée dans le rapport de pathologie à la suite d'un examen microscopique, conformément au code C53 de la ICD-O-3 • Femmes ayant subi une hystérectomie avant la date de réalisation du test Pap • Les colposcopies et les traitements ont été recensés à l'aide des codes tarifaires du RASO suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ E862A – Hystérectomie par laparoscopie ou assistée par laparoscopie ○ P042A - Obstétrique – travail – accouchement – césarienne comprenant une hystérectomie ○ Q140A – Code d'exclusion pour les patientes inscrites âgées de 35 à 70 ans ayant subi une hystérectomie ○ S710A - Hystérectomie, avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – avec omentectomie pour tumeur maligne ○ S727A – Chirurgie de réduction tumorale pour un cancer de l'ovaire de stade IIC, IIIB ou IV, pouvant inclure l'hystérectomie ○ S757A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – abdominale – totale ou non ○ S758A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – avec réfection de la paroi vaginale antérieure et postérieure, et incluant une entéroccèle et/ou une réfection du dôme vaginal ○ S759A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – avec réfection de la paroi vaginale antérieure ou postérieure, et incluant une entéroccèle et/ou une réfection du dôme vaginal ○ S762A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – trachélectomie radicale – excluant la lymphadénectomie ○ S763A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – opération radicale (de Wertheim ou de Schauta) – |
|--|--|

| | |
|---|---|
| | <p>incluant la lymphadénectomie</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ S765A – Amputation du col de l’utérus ○ S766A – Col de l’utérus – exclusion – partie restante du col – abdominal, ○ S767A – Col de l’utérus – exclusion – partie restante du col – vaginale ○ S816A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – vaginale <ul style="list-style-type: none"> • Femmes présentant des résultats normaux, des résultats insatisfaisants, des anomalies endométriales ou d’autres anomalies qui ne sont pas indicatives d’anomalies cervicales |
| Numérateur | <p>Nombre total de femmes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage ayant obtenu un résultat anormal test Pap qui ont reçu un diagnostic de cancer du col de l’utérus invasif ou de lésions précancéreuses à la suite d’une colposcopie de suivi ou d’une intervention chirurgicale au niveau du col de l’utérus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes atteintes d’un cancer du col de l’utérus invasif <ul style="list-style-type: none"> ○ Désignées par le code C53 de la ICD-O-3 associé au code comportemental 3, à savoir une morphologie indicative d’un cancer du col de l’utérus, confirmée dans le rapport de pathologie à la suite d’un examen microscopique • Femmes atteintes de lésions précancéreuses <ul style="list-style-type: none"> ○ Désignées par le code C53 de la ICD-O-3 associé au code comportemental 2, et NAACCR_MOC_CD=1 (histologie, autopsie, pathologie, biopsie) • Les lésions précancéreuses ou les cancers du col de l’utérus invasifs ont été pris en compte si la date du diagnostic des lésions ou du cancer inscrite dans le RCCO se situe dans l’intervalle demandé (soit un intervalle démarrant 7 jours avant et se terminant 3 mois après la date de la colposcopie) ou dans les 7 jours précédant ou suivant la procédure chirurgicale. |
| Sources de données : | <ul style="list-style-type: none"> • CytoBase - tests Pap • BDHDR (base de données sur l’historique des demandes de règlement) du RASO - Données relatives aux colposcopies et aux procédures chirurgicales au niveau du col de l’utérus • RCCO (Registre des cas de cancer de l’Ontario) - Cancers du col de l’utérus invasifs guéris • BDPI (Base de données sur les personnes inscrites) – Données démographiques |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats des tests Pap sont uniquement disponibles dans la base de données CytoBase • La base de données CytoBase comprend seulement les tests Pap analysés dans les laboratoires communautaires de l’Ontario; les tests Pap analysés dans les hôpitaux de l’Ontario et les centres de santé communautaires ne sont pas saisis dans CytoBase • Il est difficile de déterminer si un test Pap figurant dans CytoBase et/ou la base de données du RASO a été effectué aux fins de dépistage ou de diagnostic. Par conséquent, certains tests Pap inclus dans ces analyses peuvent avoir été réalisés à des fins de diagnostic |

| | |
|--|--|
| Indicateur | Antécédents de dépistage dans les cas de cancer du col de l'utérus invasif |
| Définition de l'indicateur | Répartition des antécédents de dépistage pour le cancer du col de l'utérus parmi les Ontariennes âgées de 21 ans ou plus ayant reçu un diagnostic de cette maladie |
| Méthode de calcul de l'indicateur | $\left(\frac{\text{Nombre total de femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus invasif dont les antécédents de dépistage pour cette maladie se situent dans un intervalle donné}}{\text{Nombre total d'Ontariennes âgées de 21 ans ou plus ayant reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus invasif durant la période de référence}} \right) \times 100$ |
| Dénominateur | <p>Nombre total d'Ontariennes âgées de 21 ans ou plus ayant reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus invasif durant la période de référence</p> <ul style="list-style-type: none"> Le diagnostic d'un cancer du col de l'utérus a été défini comme : une morphologie indicative d'un cancer du col de l'utérus, confirmée dans le rapport de pathologie à la suite d'un examen microscopique, conformément au code C53 de la ICD-O-3 L'adresse saisie dans la BDPI à la date la plus proche de la date indice a été utilisée pour l'envoi du courrier postal <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Femmes avec un NAM, une date de naissance, ou un code postal manquant ou invalide |
| Numérateur | <p>Nombre total de femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus invasif dont les antécédents de dépistage pour cette maladie se situent dans un intervalle donné</p> <ul style="list-style-type: none"> Les antécédents de dépistage par test Pap ont été classés selon les catégories ci-après. Chaque catégorie est mutuellement exclusive. <ul style="list-style-type: none"> > 2 à 3 ans > 3 à 5 ans > 5 à 10 ans Aucun test Pap effectué dans les 10 dernières années Si une femme avait effectué un test Pap aux cours des intervalles > 2 à 3 ans, > 3 à 5 ans et > 5 à 10 ans, seul le test le plus récent a été pris en compte (c.-à-d. catégorie d'antécédents de dépistage > 2 à 3 ans). Recensement des tests Pap : <u>Tests Pap</u> recensés à partir de la base de données CytoBase <p>Tests Pap également recensés à l'aide des codes tarifaires du RASO suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> E430A : Ajout à a003, a004, a005, a006 quand le test Pap a été effectué à |

| | |
|---|---|
| | <p>l'extérieur de l'hôpital</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ G365A : Examen périodique de dépistage par frottis cervicovaginal ○ E431A : lorsque l'examen de dépistage par frottis cervicovaginal est effectué à l'extérieur de l'hôpital, à G394 ○ G394A : Examen supplémentaire pour faire le suivi d'un frottis cervicovaginal anormal ou inadéquat ○ L713A : Échantillon envoyé en analyse anatomopathologique en laboratoire médical, histologique ou cytologique-gynécologique ○ L733A : Échantillon cervicovaginal (méthode de culture cellulaire monocouche) ○ L812A : Échantillons cervicovaginaux, y compris tous les types d'anomalies cellulaires, l'évaluation de la flore et/ou l'évaluation cytohoronale ○ Q678A : Gynécologie – examen de dépistage par frottis cervicovaginal – périodique – infirmiers praticiens <ul style="list-style-type: none"> • Tous les tests Pap saisis dans CytoBase ont été recensés, y compris ceux avec des échantillons inadéquats <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les tests Pap réalisés dans les deux ans précédant la date de diagnostic du cancer ont été exclus en partant de l'hypothèse que ces tests peuvent avoir été réalisées à des fins de diagnostic |
| Sources de données : | <ul style="list-style-type: none"> • CytoBase - Tests Pap • BDHDR (base de données sur l'historique des demandes de règlement) du RASO - Tests Pap • RCCO (Registre des cas de cancer de l'Ontario) - Cancers du col de l'utérus invasifs guéris • BDPI (Base de données sur les personnes inscrites) – Données démographiques • FCCP+ - Données socio-démographiques et relatives au lieu de résidence |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats des tests Pap sont uniquement disponibles dans la base de données CytoBase • La base de données CytoBase comprend seulement les tests Pap analysés dans les laboratoires communautaires de l'Ontario; les tests Pap analysés dans les hôpitaux de l'Ontario et les centres de santé communautaires ne sont pas saisis dans CytoBase |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Indicateur | Taux de détection du cancer par test Pap |
| Définition de l'indicateur | Nombre d'Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage chez qui un cancer du col de l'utérus invasif ou des lésions précancéreuses ont été détectés lors du dépistage, pour 1 000 femmes dépistées par test Pap |

| | |
|--|---|
| Méthode de calcul de l'indicateur | <p>(Nombre total d'Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage chez qui un cancer du col de l'utérus invasif ou des lésions précancéreuses ont été détectés lors du dépistage/ Nombre total d'Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage dépistées par test Pap durant la période de référence) x 100</p> |
| Dénominateur | <p>Nombre total d'Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage dépistées par test Pap durant la période de référence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes âgées de 21 à 69 ans à la date indice • La date indice a été définie comme la date de prélèvement de l'échantillon pour une année donnée • Chaque femme n'a été prise en compte qu'une seule fois au cours d'une année donnée, quel que soit le nombre de tests subis • Dans les cas où une femme avait effectué plusieurs tests au cours d'une année donnée, la date de prélèvement de l'échantillon au résultat le plus préoccupant a été retenue comme date indice. <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes avec un NAM, une date de naissance, ou un code postal manquant ou invalide • Femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus invasif avant la date indice; le diagnostic d'un cancer du col de l'utérus étant défini comme : une morphologie indicative d'un cancer du col de l'utérus, confirmée dans le rapport de pathologie à la suite d'un examen microscopique, conformément au code C53 de la ICD-O-3 • Femmes ayant subi une hystérectomie avant la date de réalisation du test Pap indice • Les colposcopies et les traitements ont été recensés à l'aide des codes tarifaires du RASO suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ E862A – Hystérectomie par laparoscopie ou assistée par laparoscopie ○ P042A - Obstétrique – travail – accouchement – césarienne comprenant une hystérectomie ○ Q140A – Code d'exclusion pour les patientes inscrites âgées de 35 à 70 ans ayant subi une hystérectomie ○ S710A - Hystérectomie, avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – avec omentectomie pour tumeur maligne ○ S727A – Chirurgie de réduction tumorale pour un cancer de l'ovaire de stade IIC, IIIB ou IV, pouvant inclure l'hystérectomie ○ S757A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – abdominale – totale ou non ○ S758A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – avec réfection de la paroi vaginale antérieure et postérieure, et incluant une entéroccèle et/ou une réfection du dôme vaginal ○ S759A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf |

| | |
|-------------------|--|
| | <p>indication contraire) – avec réfection de la paroi vaginale antérieure ou postérieure, et incluant une entéroécèle et/ou une réfection du dôme vaginal</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ S762A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – trachélectomie radicale – excluant la lymphadénectomie ○ S763A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – opération radicale (de Wertheim ou de Schauta) – incluant la lymphadénectomie ○ S765A – Amputation du col de l’utérus ○ S766A – Col de l’utérus – exclusion – partie restante du col – abdominal, ○ S767A – Col de l’utérus – exclusion – partie restante du col – vaginale ○ S816A – Hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – vaginale <ul style="list-style-type: none"> • Femmes présentant des résultats insatisfaisants, des anomalies endométriales ou d’autres anomalies qui ne sont pas indicatives d’anomalies cervicales • Dans les cas où une femme avait effectué une colposcopie dans les 7 jours précédant ou suivant le test Pap, il a été estimé que le test Pap avait été réalisé en parallèle de la colposcopie, et non préalablement à celle-ci. Ce test Pap ne doit pas être défini comme un test Pap indice et a donc été exclu du calcul. |
| Numérateur | <p>Nombre total d’Ontariennes âgées de 21 à 69 ans admissibles au dépistage ayant obtenu un résultat anormal test Pap qui ont reçu un diagnostic de cancer du col de l’utérus invasif ou de lésions précancéreuses à la suite d’une colposcopie de suivi ou d’une intervention chirurgicale au niveau du col de l’utérus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes atteintes d’un cancer du col de l’utérus invasif <ul style="list-style-type: none"> ○ Désignées par le code C53 de la ICD-O-3 associé au code comportemental 3 • Femmes atteintes de lésions précancéreuses <ul style="list-style-type: none"> ○ Désignées par le code C53 de la ICD-O-3 associé au code comportemental 2, et NAACCR_MOC_CD=1 (histologie, autopsie, pathologie, biopsie) • Les lésions précancéreuses ou les cancers du col de l’utérus invasif étaient pris en compte si : <ul style="list-style-type: none"> ○ une colposcopie ou une procédure de chirurgie du col de l’utérus, telle qu’une RAD, une conisation ou une hystérectomie, avait été effectuée dans les 6 mois suivant la réalisation du test Pap affichant un résultat anormal; ○ la date du diagnostic des lésions ou du cancer inscrite dans le RCCO se situait dans l’intervalle demandé (soit un intervalle démarrant 7 jours avant et se terminant 3 mois après la date de la colposcopie) ou dans les 7 jours précédant ou suivant la procédure chirurgicale. ○ La définition d’un test Pap anormal a été établie à l’aide des codes Bethesda de CytoBase. Les tests Pap anormaux incluent les résultats de test Pap révélant un diagnostic d’ASC, d’ASC-H, d’AGC, d’adénocarcinome in situ, de LSIL, de HSIL, de carcinome, de carcinome épidermoïde, d’adénocarcinome et de toute autre tumeur maligne. • Les colposcopies prises en compte ont été définies grâce aux codes tarifaires du RASO suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ Z731 - Investigation initiale d’un résultat cytologique anormal par un |

| | |
|---|--|
| | <p>examen de la vulve et/ou du vagin ou du col de l'utérus par colposcopie avec ou sans biopsie et/ou curetage endocervical</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Z787 - Colposcopie de suivi avec biopsie, avec ou sans curetage endocervical ○ Z730 - Colposcopie de suivi sans biopsie, avec ou sans curetage endocervical <ul style="list-style-type: none"> • Les procédures de chirurgie du col de l'utérus ont été recensées à l'aide des codes tarifaires du RASO suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ Z732 : Cryothérapie ○ Z724 : Électrocautérisation ○ Z766 : Résection à l'anse diathermique (RAD) ○ S744 : Col de l'utérus - Conisation - toute technique, avec ou sans dilatation et curetage ○ Z729 : Cryoconisation, électroconisation ou traitement à l'aide d'un laser au gaz carbonique (CO2) avec ou sans curetage de la lésion précancéreuse (dysplasie ou carcinome in situ), sans hospitalisation |
| Sources de données : | <ul style="list-style-type: none"> • CytoBase - tests Pap • BDHDR (base de données sur l'historique des demandes de règlement) du RASO - Tests Pap, colposcopies, demandes d'indemnisation des procédures définitives, demandes d'indemnisation des hystérectomies • RCCO (Registre des cas de cancer de l'Ontario) - Cancers du col de l'utérus invasifs guéris • BDPI (Base de données sur les personnes inscrites) – Données démographiques |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats des tests Pap sont uniquement disponibles dans la base de données CytoBase • La base de données CytoBase comprend seulement les tests Pap analysés dans les laboratoires communautaires de l'Ontario; les tests Pap analysés dans les hôpitaux de l'Ontario et les centres de santé communautaires ne sont pas saisis dans CytoBase • Il est difficile de déterminer si un test Pap figurant dans CytoBase et/ou la base de données du RASO a été effectué aux fins de dépistage ou de diagnostic. Par conséquent, certains tests Pap inclus dans ces analyses peuvent avoir été réalisés à des fins de diagnostic |

Contrôle Cancer Colorectal (CCC)

| | |
|--|---|
| Indicateur | Retard dans le dépistage du cancer colorectal |
| Définition de l'indicateur | Pourcentage d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui avaient du retard dans le dépistage du cancer colorectal durant chaque année civile |
| Méthode de calcul de l'indicateur | $\left(\frac{\text{Nombre total d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui avaient du retard dans le dépistage du cancer colorectal à la fin de l'année civile}}{\text{Nombre total d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage}} \right) \times 100$ |
| Dénominateur | <p>Définition</p> <p>Nombre total d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage durant chaque année civile</p> <ul style="list-style-type: none"> • Résidents de l'Ontario âgés de 50 à 69 ans à la date indice • La date indice a été définie comme le 1^{er} janvier d'une année donnée <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnes avec un NAM, une date de naissance, ou un code postal manquant ou invalide • Personnes atteintes d'un cancer colorectal invasif avant le 1^{er} janvier de l'année civile à l'étude; un diagnostic préalable de cancer colorectal étant défini comme : une morphologie indicative d'un cancer colorectal, confirmée dans le rapport de pathologie à la suite d'un examen microscopique, conformément aux codes C18.0, C18.2-C18.9, C19.9, C20.9 de la ICD-O-3. • Personnes ayant subi une colectomie totale avant le 1^{er} janvier de l'année civile • Une colectomie totale est désignée par les codes tarifaires S169A, S170A, S172A dans le système du RASO. |
| Numérateur | <p>Nombre total d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui avaient du retard dans le dépistage du cancer colorectal à la fin de l'année civile</p> <ul style="list-style-type: none"> • On considérait que les personnes avaient du retard dans le dépistage du cancer colorectal si les conditions suivantes étaient réunies : <ol style="list-style-type: none"> (1) elles n'avaient pas subi de test de RSOSg au cours des deux dernières années (du 1^{er} janvier de l'année précédente au 31 décembre de l'année civile d'intérêt); (2) elles n'avaient pas subi de coloscopie au cours des dix dernières années (du |

| | |
|---------------------------------|--|
| | <p>1^{er} janvier 9 ans avant l'année civile d'intérêt au 31 décembre de l'année civile d'intérêt);</p> <p>(3) elles n'avaient pas subi de sigmoïdoscopie flexible au cours des dix dernières années (du 1^{er} janvier 9 ans avant l'année civile d'intérêt au 31 décembre de l'année civile d'intérêt).</p> <p>Par exemple : À la fin de l'année 2018, une personne serait considérée comme en retard pour se soumettre à un test de dépistage du cancer colorectal si elle n'a pas subi de test de RSOSg en 2017-2018, une sigmoïdoscopie flexible entre 2009 et 2018, ou une coloscopie entre 2009 et 2018.</p> <ul style="list-style-type: none"> Recensement des RSOS : <p>Les <u>tests de RSOS offerts en vertu du programme CCC</u> ont été recensés à partir des données de LRT ou du RASO (L179A – Test de recherche de sang occulte dans les selles de ContrôleCancerColorectal)</p> <p>Les <u>tests de RSOS offerts en dehors du programme CCC</u> ont été recensés à l'aide des codes tarifaires dans les données du RASO (L181A Médecine de laboratoire - Biochimie - Recherche de sang occulte)</p> <ul style="list-style-type: none"> Les coloscopies ont été recensées à partir des données de l'ICIC, des applications du PSD d'endoscopie GI ou du RASO en utilisant les codes tarifaires Z555A, Z491A et Z499A Les sigmoïdoscopies flexibles ont été recensées à partir des données du RASO en utilisant le code tarifaire Z580A. Lorsque plusieurs demandes de règlement comportaient le même numéro d'assurance-santé et la même date du service, on les a considérées comme une demande de règlement unique. Chaque personne a été comptée une fois seulement, peu importe le nombre de tests effectués. |
| Sources de données : | <ul style="list-style-type: none"> BDHDR (base de données sur l'historique des demandes de règlement) du RASO – Demandes d'indemnisation des colectomies totales, RSOS dans le cadre de CCC et hors CCC, coloscopies, sigmoïdoscopies flexibles ICIC (Instrument de compilation intérimaire des coloscopies) – Données relatives aux coloscopies du programme CCC PSD d'endoscopie GI (Portail de soumission des données d'endoscopie gastrointestinale) – Données hospitalières relatives aux coloscopies LRT (Laboratory Reporting Tool) – RSOS dans le cadre de CCC RCCO (Registre des cas de cancer de l'Ontario) - Cancers colorectaux invasifs guéris BDPI (Base de données sur les personnes inscrites) – Données démographiques |
| Disponibilité et limites | <ul style="list-style-type: none"> Les coordonnées historiques inscrites dans la BDPI sont incomplètes; par conséquent, l'adresse principale la plus récente a été retenue aux fins de production |

| | |
|--------------------|--|
| des données | <p>du rapport, même pour les périodes d'étude historiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les RSOSg analysées dans les laboratoires hospitaliers ne pouvaient pas être prises en compte. • Une faible proportion des RSOSg réalisées à des fins de diagnostic ne pouvait pas être exclue de l'analyse. |
|--------------------|--|

| | |
|--|--|
| Indicateur | RSOSg avec résultat anormal sans suivi dans un délai de six mois |
| Indicateur Définition | Pourcentage d'Ontariens admissibles au dépistage ayant obtenu un résultat anormal au test de RSOSg qui n'ont pas subi de coloscopie dans les six mois suivant l'obtention de ce résultat |
| Méthode de calcul de l'indicateur | $\left(\frac{\text{Nombre total d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage qui n'ont pas subi de coloscopie dans les six mois suivant l'obtention d'un résultat anormal au test de RSOSg}}{\text{Nombre total d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu un résultat anormal au test de RSOSg dans le cadre de CCC durant la période de référence}} \right) \times 100$ |
| Dénominateur | <p>Nombre total d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu un résultat anormal au test de RSOSg dans le cadre de CCC durant la période de référence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnes âgées de 50 à 74 ans à la date indice, pour qui un résultat anormal au test de RSOSg a été inscrit dans LRT durant la période de référence • La date indice a été définie comme la date d'obtention du premier résultat anormal au test de RSOSg pour chaque personne durant la période de référence • La date d'obtention du résultat anormal au test de RSOSg correspondait à la date du rapport de laboratoire inscrite dans LRT • Les <u>tests de RSOSg</u> ont été recensés à l'aide des données de RSOS du programme CCC dans LRT • Les résultats anormaux à la RSOS ont été définis comme les résultats affichant au moins un volet positif sur trois volets <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnes avec un NAM, une date de naissance, le sexe ou un code postal manquant ou invalide • Personnes atteintes d'un cancer colorectal invasif avant la date d'obtention du résultat du test de RSOSg; un diagnostic préalable de cancer colorectal étant défini comme : une morphologie indicative d'un cancer colorectal, confirmée dans le rapport de pathologie à la suite d'un examen microscopique, conformément aux codes C18.0, C18.2-C18.9, C19.9, C20.9 de la ICD-O-3. • Personnes ayant subi une colectomie totale avant la date d'obtention du résultat du test de RSOSg; les colectomies totales ont été recensées à l'aide des codes |

| | |
|---|---|
| | <p>tarifaires de la RASO S169A, S170A et S172A</p> <ul style="list-style-type: none"> Les RSOSg aux résultats anormaux associées à des coloscopies de suivi réalisées en milieu hospitalier |
| Numérateur | <p>Nombre total d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage ayant obtenu un résultat anormal au test de RSOSg durant la période de référence qui n'ont pas subi de coloscopie dans les six mois suivant l'obtention de ce résultat</p> <p>Inclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Personnes ayant obtenu un résultat anormal au test de RSOSg réalisé dans le cadre du programme qui n'ont pas effectué de coloscopie de suivi dans les six mois suivant l'obtention de ce résultat <ul style="list-style-type: none"> Les coloscopies de suivi correspondent aux procédures de coloscopie réalisées dans l'intervalle de 2 à 183 jours suivant l'obtention du résultat anormal au test de RSOSg Les coloscopies ont été définies comme les fichiers de l'ICIC, des applications du PSD d'endoscopie GI ou du RASO comportant les codes tarifaires Z555A, Z491A et Z499A |
| Sources de données : | <ul style="list-style-type: none"> BDHDR (base de données sur l'historique des demandes de règlement) du RASO - Demandes d'indemnisation des coloscopies ICIC (Instrument de compilation intérimaire des coloscopies) – Données relatives aux coloscopies du programme CCC PSD d'endoscopie GI (Portail de soumission des données) – Données hospitalières relatives aux coloscopies LRT (Laboratory Reporting Tool) – RSOSg dans le cadre de CCC RCCO (Registre des cas de cancer de l'Ontario) - Cancers colorectaux invasifs guéris BDPI (Base de données sur les personnes inscrites) – Données démographiques |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> Les coordonnées historiques inscrites dans la BDPI sont incomplètes; par conséquent, l'adresse principale la plus récente a été retenue aux fins de production du rapport, même pour les périodes d'étude historiques. |

| | |
|--|---|
| Indicateur | Préparation inadéquate des intestins |
| Définition de l'indicateur | Pourcentage de coloscopies sur des patients ambulatoires avec une mauvaise préparation des intestins |
| Méthode de calcul de l'indicateur | $\left(\frac{\text{Nombre total de patients ambulatoires avec une mauvaise préparation des intestins}}{\text{Nombre total de coloscopies ambulatoires réalisées durant la période de référence}} \right) \times 100$ |

| | |
|---|---|
| Dénominateur | <p>Nombre total de coloscopies ambulatoires réalisées durant la période de référence</p> <ul style="list-style-type: none"> Personnes âgées de 18 ans ou plus ayant subi une coloscopie ambulatoire Seules les coloscopies ambulatoires sont incluses <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Personnes avec un NAM ou une date de naissance manquant ou invalide Personnes ayant subi une colectomie totale avant la coloscopie; les colectomies totales ont été recensées à l'aide des codes tarifaires de la RASO S169A, S170A et S172A |
| Numérateur | Nombre total de patients ambulatoires avec une mauvaise préparation des intestins |
| Sources de données : | <ul style="list-style-type: none"> ICIC (Instrument de compilation intérimaire des coloscopies) – Données relatives aux coloscopies du programme CCC PSD d'endoscopie GI (Portail de soumission des données) – Données hospitalières relatives aux coloscopies |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> Cet indicateur inclut seulement les données de coloscopie hospitalières |

| | |
|--|---|
| Indicateur | Perforation sur patient ambulatoire |
| Indicateur Définition | Nombre de coloscopies ambulatoires suivies d'hospitalisations pour perforation dans les 7 jours suivant la procédure, pour 1 000 coloscopies |
| Méthode de calcul de l'indicateur | (Nombre total de coloscopies ambulatoires suivies d'hospitalisations pour perforation dans les 7 jours suivant la procédure/ Nombre total de coloscopies ambulatoires réalisées durant la période de référence) x 1 000 |
| Dénominateur | <p>Nombre total de coloscopies ambulatoires réalisées durant la période de référence</p> <ul style="list-style-type: none"> Personnes âgées de 18 ans ou plus qui ont subi au moins une coloscopie durant la période de référence Les coloscopies ont été recensées dans les données du RASO à l'aide des codes tarifaires suivants : Codes Z (Z555A, Z491A-Z499A) Coloscopies ambulatoires seulement, recensées en mettant en correspondance les demandes de règlement du RASO et les données SNISA de l'ICIS <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Personnes avec un NAM ou une date de naissance manquant ou invalide Personnes ayant subi une colectomie totale avant la date indice; les colectomies totales ont été recensées à l'aide des codes tarifaires du RASO S169A, S170A et |

| | |
|---|---|
| | <p>S172A</p> <ul style="list-style-type: none"> Données des endoscopistes dont les numéros de facturation ne pouvaient pas être associés à numéro de l'OMCO |
| Numérateur | <p>Nombre total de coloscopies ambulatoires suivies d'hospitalisations pour perforation dans les 7 jours suivant la procédure</p> <ul style="list-style-type: none"> Les perforations causées par les coloscopies correspondaient aux hospitalisations de patients associées aux codes de diagnostic T812, K631, K650, K658, K659, S36510, S36511, S36991, et aux diagnostics de type 1, 6, W, X, Y, ou M dans les 7 jours suivant la coloscopie, et satisfaisant à l'une des conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> Patients auxquels est associé le code de diagnostic Y604 (coupure, perforation ou hémorragie accidentelle au cours d'un examen endoscopique) Patients n'ayant subi aucune autre procédure Patients ayant subi des procédures visant probablement à remédier à la perforation durant son hospitalisation (p. ex., chirurgie). Cette définition exclut les patients atteints d'un cancer colorectal subissant une chirurgie qui pourrait viser à traiter cette maladie <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Patients ayant subi une seconde coloscopie au cours de leur hospitalisation Patients ayant subi une splénectomie et une procédure visant à mettre fin aux saignements en dehors du côlon, ou atteints d'un cancer intestinal Patients auxquels sont associés des codes de procédures suggérant une hospitalisation pour des motifs autres que le traitement d'une perforation |
| Sources de données : | <ul style="list-style-type: none"> BDHDR (base de données sur l'historique des demandes de règlement) du RASO - Demandes d'indemnisation des coloscopies BDCP/SNISA de l'ICIS – Données relatives aux coloscopies sur patients en ambulatoire/hospitalisés et aux emplacements des hôpitaux BDCP de l'ICIS – Données relatives aux hospitalisations pour perforation et aux diagnostics de cancer colorectal BDPI (Base de données sur les personnes inscrites) – Données démographiques CPDB (Corporate Provider Database) – Mise en correspondance des numéros de facturation des fournisseurs au RASO avec les numéros de l'OMCO RCCO (Registre des cas de cancer de l'Ontario) - Cancers colorectaux invasifs guéris |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> Les visites au service d'urgence suivies d'une chirurgie le jour même étaient incluses dans le même fichier SNISA utilisé pour recenser les coloscopies sur patients en ambulatoire et hospitalisés |

| | |
|-------------------|---|
| Indicateur | Hémorragies post-polypectomie |
| Indicateur | Pourcentage de coloscopies ambulatoires avec polypectomie suivies d'hospitalisations pour hémorragie digestive basse dans les 14 jours suivant la procédure |

| | |
|--|---|
| Définition | |
| Méthode de calcul de l'indicateur | (Nombre total de coloscopies ambulatoires avec polypectomie suivies d'hospitalisations pour hémorragie digestive basse dans les 14 jours suivant la procédure/ Nombre total de coloscopies ambulatoires réalisées chez les Ontariens âgés de 50 ans ou plus dans le cadre desquelles au moins un polype a été retiré) x 100 |
| Dénominateur | <p>Nombre total de coloscopies ambulatoires réalisées durant la période de référence dans le cadre desquelles au moins un polype a été retiré</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnes âgées de 50 ans ou plus qui ont subi au moins une coloscopie ayant donné lieu au retrait d'au moins un polype durant la période de référence • Les coloscopies ont été recensées dans les données du RASO à l'aide des codes tarifaires suivants : Codes Z (Z555A, Z491A-Z499A), à l'exception des codes Z555A+/-E740A seuls ou des codes Z496A+/-E740A seuls • Les polypectomies ont été recensées dans les données du RASO à l'aide des codes tarifaires Z571A, Z570A or E685A. Les polypectomies doivent être réalisées le jour même des coloscopies • Coloscopies ambulatoires seulement, recensées en mettant en correspondance les demandes de règlement du RASO et les données SNISA de l'ICIS <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnes avec un NAM ou une date de naissance manquant ou invalide • Personnes ayant subi une colectomie totale avant la date indice; les colectomies totales ont été recensées à l'aide des codes tarifaires de la RASO S169A, S170A et S172A • Données des endoscopistes dont les numéros de facturation ne pouvaient pas être associés à un numéro de l'OMCO |

| | |
|---|---|
| Numérateur | <p>Nombre total de coloscopies ambulatoires avec polypectomie suivies d'hospitalisations pour hémorragie digestive basse dans les 14 jours suivant la procédure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les hémorragies associées aux polypectomies correspondaient aux hospitalisations de patients associées aux codes de diagnostic T810, K625, D62, K921, K922, R58, et aux diagnostics de type 1, 6, W, X, Y, ou M, OU associées au code K626 ou K633 comme code de diagnostic principal et accompagnées du code de diagnostic Y838, Y839, Y848, Y849, Y604, Y608, ou Y609 dans les 14 jours suivant la coloscopie, ET satisfaisant à l'une des conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Patients auxquels sont associés au moins un des codes de diagnostic Y604, Y608, Y609, Y838, Y839, Y848, Y849 ○ Patients n'ayant subi aucune procédure ○ Patients ayant subi des procédures visant probablement à remédier à l'hémorragie durant l'hospitalisation (p. ex., chirurgie). Cette définition exclut les patients atteints d'un cancer colorectal subissant une chirurgie qui pourrait viser à traiter cette maladie <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients ayant subi une splénectomie et splénectomie et une procédure visant à mettre fin aux saignements en dehors du côlon, ou atteints d'un cancer intestinal • Patients auxquels sont associés des codes de procédures suggérant une hospitalisation pour des motifs autres que le traitement d'une hémorragie |
| Sources de données : | <ul style="list-style-type: none"> • BDHDR (base de données sur l'historique des demandes de règlement) du RASO - Demandes d'indemnisation des coloscopies • BDCP/SNISA de l'ICIS – Données relatives aux coloscopies sur patients en ambulatoire/hospitalisés et aux emplacements des hôpitaux • BDCP de l'ICIS – Données relatives aux hospitalisations pour hémorragie et aux diagnostics de cancer colorectal • BDPI (Base de données sur les personnes inscrites) – Données démographiques des patients • CPDB (Corporate Provider Database) – Mise en correspondance des numéros de facturation des fournisseurs au RASO avec les numéros de l'OMCO • RCCO (Registre des cas de cancer de l'Ontario) - Cancers colorectaux invasifs guéris |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> • Les visites au service d'urgence suivies d'une chirurgie le jour même sont incluses dans le même fichier SNISA utilisé pour recenser les coloscopies sur patients en ambulatoire et hospitalisés |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Indicateur | Diagnostic de cancer colorectal post-coloscopie |
| Définition de l'indicateur | Pourcentage de coloscopies ambulatoires ne montrant aucune trace de cancer colorectal (CRC) suivies par un diagnostic de CRC dans un délai de 6 à 36 mois après la procédure |

| | |
|--|--|
| Méthode de calcul de l'indicateur | (Nombre total de coloscopies ambulatoires ne montrant aucune trace de CRC suivies d'un diagnostic de CRC dans un délai de 6 à 36 mois après la procédure/ Nombre total de coloscopies ambulatoires ne montrant aucune trace de CRC durant la période de référence) x 100 |
| Dénominateur | <p>Nombre total de coloscopies ambulatoires ne montrant aucune trace de CRC durant la période de référence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnes âgées de 50 ans ou plus qui ont subi au moins une coloscopie ambulatoire durant la période de référence • La mention « aucune trace de cancer colorectal » correspondait à l'absence d'inscription de CRC au Registre des cas de cancer de l'Ontario (RCCO) dans les six mois suivant la coloscopie • Les coloscopies ont été recensées dans les données du RASO à l'aide des codes tarifaires suivants : Codes Z (Z555A, Z491A-Z499A), à l'exception des codes Z555A+/-E740A seuls ou des codes Z496A+/-E740A seuls • Coloscopies ambulatoires seulement, recensées en mettant en correspondance les demandes de règlement du RASO et les données BDCP et SNISA de l'ICIS <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnes avec un NAM, une date de naissance, ou un code postal manquant ou invalide • Personnes déjà atteintes d'un cancer colorectal invasif préalablement à la coloscopie; le cancer colorectal étant défini comme : une morphologie indicative d'un cancer colorectal, confirmée dans le rapport de pathologie à la suite d'un examen microscopique, conformément aux codes C18.0, C18.2-C18.9, C19.9, C20.9 de la ICD-O-3. • Personnes ayant subi une colectomie totale avant la coloscopie; les colectomies totales ont été recensées à l'aide des codes tarifaires du RASO S169A, S170A et S172A. • Personnes décédées sans diagnostic de CRC ou qui ont quitté la province durant la période de suivi • Personnes ayant reçu un diagnostic de CRC dans les six mois suivant la coloscopie |
| Numérateur | <p>Nombre total de coloscopies ambulatoires ne montrant aucune trace de CRC suivies d'un diagnostic de CRC dans un délai de 6 à 36 mois après la procédure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les diagnostics de CRC post-coloscopie correspondaient aux personnes ayant reçu un diagnostic de CRC dans les 6 à 36 mois suivant la procédure. |
| Sources de données : | <ul style="list-style-type: none"> • BDHDR (base de données sur l'historique des demandes de règlement) du RASO - Demandes d'indemnisation des coloscopies et colectomies • BDCP/SNISA de l'ICIS – Données relatives aux coloscopies sur patients en ambulatoire/ hospitalisés et aux emplacements des hôpitaux • BDPI (Base de données sur les personnes inscrites) – Données démographiques • RCCO (Registre des cas de cancer de l'Ontario) - Cancers colorectaux invasifs guéris |

| | |
|---|------|
| Disponibilité et limites des données | S.O. |
|---|------|

| | |
|--|---|
| Indicateur | Détection du cancer colorectal invasif à un stade précoce |
| Définition de l'indicateur | Pourcentage de cancers colorectaux invasifs détectés par dépistage à un stade précoce (stade I) |
| Méthode de calcul de l'indicateur | $\left(\frac{\text{Nombre total d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteints d'un cancer colorectal invasif détecté par dépistage à un stade précoce (stade I)}}{\text{Nombre total d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteints d'un cancer colorectal invasif détecté par dépistage}} \right) \times 100$ |
| Dénominateur | <p>Nombre total d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteints d'un cancer colorectal invasif détecté par dépistage</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seuls les cancers colorectaux détectés à l'aide d'un dépistage réalisé en raison d'une indication dans le cadre du programme CCC (résultats anormaux à la RSOS ou antécédents familiaux de coloscopie) ont été pris en compte. • Le cancer colorectal invasif a été défini dans le RCCO comme : une morphologie indicative d'un cancer colorectal, confirmée dans le rapport de pathologie à la suite d'un examen microscopique, conformément aux codes C18.0, C18.2-C18.9, C19.9, C20.9 de la ICD-O-3. • Les cancers colorectaux ont été « détectés par dépistage » si : <ul style="list-style-type: none"> ○ les résultats anormaux obtenus par les patients à la RSOSg ont été suivis par une endoscopie du gros intestin ou une résection chirurgicale du côlon dans un délai de 183 jours, et ○ le diagnostic de cancer colorectal des patients a été inscrit dans le RCCO dans les 190 jours suivant l'obtention du résultat anormal à la RSOS, ○ le diagnostic de cancer colorectal des patients a été inscrit dans l'intervalle allant du 7^e jour précédant au 91^e jour suivant la coloscopie réalisée pour motif d'antécédents familiaux • Les endoscopies du gros intestin ont été recensées à partir des données de l'ICIC, des applications du PSD d'endoscopie GI ou de la RASO en utilisant les codes tarifaires Z555A, Z491A et Z499A. • Les résections chirurgicales du côlon correspondaient aux données de l'ICIS relatives aux résections avec ou sans stomie et aux contournements ou excisions locales du côlon et du rectum, et ont été recensées à l'aide des codes de la Classification canadienne des interventions en matière de santé (CCIS) élaborés par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les codes utilisés sont inscrits dans l'Annexe technique du document Cancer Surgery in Ontario: ICES Atlas 2008. |

| | |
|---|--|
| | <p>L'Annexe technique est disponible à la page http://www.ices.on.ca/file/Technical%20appendix%20full%20FINAL.pdf. La date d'admission était utilisée comme variable substitutive de la date de la chirurgie si cette dernière n'était pas indiquée dans la base de données de l'ICIS</p> <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnes avec un NAM ou une date de naissance manquant ou invalide • Personnes atteintes de cancers invasifs au stade inconnu ou dont le stade était impossible à déterminer |
| Numérateur | Nombre total d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage dépistés en raison d'une indication dans le cadre du programme CCC (résultats anormaux à la RSOS ou antécédents familiaux de coloscopie), qui sont atteints d'un cancer colorectal invasif détecté par dépistage à un stade précoce (stade I) |
| Sources de données : | <ul style="list-style-type: none"> • BDHDR (base de données sur l'historique des demandes de règlement) du RASO - Demandes d'indemnisation des endoscopies du gros intestin et des colectomies • BDCP et SISNA de l'ICIS – Données relatives aux chirurgies colorectales • ICIC (Instrument de compilation intérimaire des coloscopies) – Données relatives aux coloscopies du programme CCC • PSD d'endoscopie GI (Portail de soumission des données d'endoscopie gastrointestinale) – Données hospitalières relatives aux coloscopies • LRT (Laboratory Reporting Tool) – RSOSg de CCC • RCCO (Registre des cas de cancer de l'Ontario) - Cancers colorectaux invasifs guéris • BDPI (Base de données sur les personnes inscrites) – Données démographiques |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats des tests réalisés à l'aide des troussees fournies par le programme sont mis à disposition de CCO par le biais de LRT, mais ces données sont disponibles seulement pour les laboratoires communautaires. • Cet indicateur ne tient pas compte des numéros de facturation du RASO associés aux Ontariens dépistés en dehors du programme structuré CCC car le RASO ne fournit pas les résultats de ces tests |

| | |
|--|---|
| Indicateur | Taux de détection de CRC par RSOS |
| Définition de l'indicateur | Nombre d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au programme atteints d'un cancer colorectal invasif détecté par dépistage pour 1 000 personnes dépistées avec le test de RSOSg dans le cadre de CCC |
| Méthode de calcul de l'indicateur | $\left(\frac{\text{Nombre total d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteints d'un cancer colorectal invasif détecté par dépistage}}{\text{Nombre total d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage dépistés à l'aide d'un test de RSOSg réalisé dans le cadre du programme CCC}} \right) \times 100$ |

| | |
|---------------------|--|
| Dénominateur | <p>Nombre total d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage dépistés à l'aide d'un test de RSOSg réalisé dans le cadre du programme CCC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnes âgées de 50 à 74 ans qui ont été dépistées à l'aide d'un test de RSOSg réalisé dans le cadre du programme CCC • La date indice a été définie comme la première date de dépistage pour chaque personne en fonction de la date de réception de la trousse de RSOSg • Les personnes ayant effectué un test de RSOSg et une coloscopie pour motif d'antécédents familiaux ont été comptabilisées comme ayant été dépistées à l'aide d'une RSOSg • Chaque personne a été comptée une fois seulement, peu importe le nombre de tests effectués. <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnes avec un NAM, une date de naissance, ou un code postal manquant ou invalide • Personnes dont les résultats du test de RSOSg sont invalides ou ont été rejetés • Personnes atteintes d'un cancer colorectal invasif préalablement à la date indice <ul style="list-style-type: none"> ○ Le cancer colorectal invasif a été défini comme : une morphologie indicative d'un cancer colorectal, confirmée dans le rapport de pathologie à la suite d'un examen microscopique, conformément aux codes C18.0, C18.2-C18.9, C19.9, C20.9 de la ICD-O-3. • Personnes ayant subi une colectomie préalablement à la date indice <ul style="list-style-type: none"> ○ La colectomie totale était désignée par les codes tarifaires S169A, S170A, S172A dans le système du RASO. |
|---------------------|--|

| | |
|---------------------------|---|
| Numérateur | <p>Nombre total d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteints d'un cancer colorectal invasif détecté par dépistage parmi ceux dépistés à l'aide d'un test de RSOSg réalisé dans le cadre de CCC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seuls les cancers colorectaux détectés à l'aide d'un dépistage réalisé en raison d'une indication dans le cadre du programme CCC (RSOS anormale) ont été pris en compte. • Le cancer colorectal invasif a été défini dans le RCCO comme : une morphologie indicative d'un cancer colorectal, confirmée dans le rapport de pathologie à la suite d'un examen microscopique, conformément aux codes C18.0, C18.2-C18.9, C19.9, C20.9 de la ICD-O-3. • Les cancers colorectaux ont été « détectés par dépistage » si : <ul style="list-style-type: none"> ○ les résultats anormaux obtenus par les patients à la RSOSg ont été suivis par une endoscopie du gros intestin ou une résection chirurgicale du côlon dans un délai de 183 jours, et ○ le diagnostic de cancer colorectal des patients a été inscrit dans le RCCO dans les 190 jours suivant l'obtention du résultat anormal à la RSOSg • Les endoscopies du gros intestin ont été recensées à partir des données de l'ICIC, des applications du PSD d'endoscopie GI ou de la RASO en utilisant les codes tarifaires Z555A, Z491A et Z499A. • Les résections chirurgicales du côlon correspondaient aux données de l'ICIS relatives aux résections avec ou sans stomie et aux contournements ou excisions locales du côlon et du rectum, et ont été recensées à l'aide des codes de la Classification canadienne des interventions en matière de santé (CCIS) élaborés par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les codes utilisés sont inscrits dans l'Annexe technique du document Cancer Surgery in Ontario: ICES Atlas 2008. L'Annexe technique est disponible à la page http://www.ices.on.ca/file/Technical%20appendix%20full%20FINAL.pdf. La date d'admission était utilisée comme variable substitutive de la date de la chirurgie si cette dernière n'était pas indiquée dans la base de données de l'ICIS |
| Source des données | <ul style="list-style-type: none"> • BDHDR (base de données sur l'historique des demandes de règlement) du RASO - Demandes d'indemnisation des endoscopies du gros intestin et des colectomies • BDCP et SISNA de l'ICIS – Données relatives aux chirurgies colorectales • ICIC (Instrument de compilation intérimaire des coloscopies) – Données relatives aux coloscopies du programme CCC • PSD d'endoscopie GI (Portail de soumission des données d'endoscopie gastrointestinale) – Données hospitalières relatives aux coloscopies • LRT (Laboratory Reporting Tool) – RSOSg réalisées dans le cadre de CCC • RCCO (Registre des cas de cancer de l'Ontario) - Cancers colorectaux invasifs guéris • BDPI (Base de données sur les personnes inscrites) – Données démographiques |

| | |
|---|---|
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats des tests réalisés à l'aide des troussees fournies par le programme sont mis à disposition de CCO par le biais de LRT, mais ces données sont disponibles seulement pour les laboratoires communautaires. • Cet indicateur ne tient pas compte des numéros de facturation du RASO associés aux Ontariens dépistés en dehors du programme structuré CCC car le RASO ne fournit pas les résultats de ces tests • Une faible proportion des tests de RSOSg réalisés à des fins de diagnostic ne pouvait pas être exclue de l'analyse. • Les coordonnées historiques inscrites dans la BDPI sont incomplètes; par conséquent, l'adresse principale la plus récente a été retenue aux fins de production du rapport, même pour les périodes d'étude historiques. |
|---|---|

| | |
|--|--|
| Indicateur | Taux de détection du CRC par coloscopie chez les personnes présentant des antécédents familiaux de cette maladie |
| Définition de l'indicateur | Nombre d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteints d'un cancer colorectal invasif détecté lors du dépistage pour 1 000 personnes dépistées par coloscopie présentant des antécédents familiaux (AH) |
| Méthode de calcul de l'indicateur | $\left(\frac{\text{Nombre total d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteints d'un cancer colorectal invasif détecté par dépistage chez ceux présentant des antécédents familiaux de cette maladie}}{\text{Nombre total d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au programme dépistés à l'aide d'une coloscopie réalisée pour motif d'antécédents familiaux}} \right) \times 100$ |

| | |
|-----------------------------|---|
| Dénominateur | <p>Nombre total d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage dépistés à l'aide d'une coloscopie réalisée pour motif d'antécédents familiaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnes dépistées pour des indications dans le cadre du programme (âgées de 50 à 74 ans à la date indice de la coloscopie réalisée pour motif d'antécédents familiaux) durant la période de référence • La date indice était définie comme la première date de dépistage par coloscopie pour antécédents familiaux pour chaque participant • Chaque personne a été comptée une fois seulement, peu importe le nombre de tests effectués. • Les personnes ayant effectué un test de RSOSg et une coloscopie pour motif d'antécédents familiaux ont été comptabilisées dans le groupe des RSOSg <p>Exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnes avec un NAM, une date de naissance, ou un code postal manquant ou invalide • Personnes qui ont été dépistées à l'aide d'un test de RSOSg réalisé dans le cadre du programme CCC. On a considéré que ces personnes ont été dépistées par RSOS et non par coloscopie pour antécédents familiaux. Elles sont incluses dans le calcul du taux de détection du CRC par RSOSg • Les personnes atteintes d'un cancer colorectal invasif préalablement à la date indice, sauf celles ayant reçu ce diagnostic 7 jours avant la date de réalisation de la coloscopie pour antécédents familiaux <ul style="list-style-type: none"> ○ Le cancer colorectal invasif a été défini comme : une morphologie indicative d'un cancer colorectal, confirmée dans le rapport de pathologie à la suite d'un examen microscopique, conformément aux codes C18.0, C18.2-C18.9, C19.9, C20.9 de la ICD-O-3. • Personnes ayant subi une colectomie préalablement à la date indice <ul style="list-style-type: none"> ○ La colectomie totale était désignée par les codes tarifaires S169A, S170A, S172A dans le système du RASO. |
| Numérateur | <p>Nombre total d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au dépistage atteints d'un cancer colorectal invasif détecté par dépistage parmi ceux dépistés à l'aide d'une coloscopie pour antécédents familiaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seuls les cancers colorectaux détectés à l'aide d'un dépistage par coloscopie pour antécédents familiaux ont été pris en compte. • Le cancer colorectal invasif a été défini dans le RCCO comme : une morphologie indicative d'un cancer colorectal, confirmée dans le rapport de pathologie à la suite d'un examen microscopique, conformément aux codes C18.0, C18.2-C18.9, C19.9, C20.9 de la ICD-O-3. • Les cancers colorectaux ont été « détectés par dépistage » si : <ul style="list-style-type: none"> ○ le diagnostic de cancer colorectal des patients a été inscrit dans l'intervalle allant du 7^e jour précédant au 91^e jour suivant la coloscopie réalisée pour motif d'antécédents familiaux |
| Sources de données : | <ul style="list-style-type: none"> • BDHDR (base de données sur l'historique des demandes de règlement) du RASO - Demandes d'indemnisation des endoscopies du gros intestin et des colectomies |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • ICIC (Instrument de compilation intérimaire des coloscopies) – Données relatives aux coloscopies pour antécédents familiaux dans le cadre du programme CCC • PSD d’endoscopie GI (Portail de soumission des données d’endoscopie gastrointestinale) – Données hospitalières relatives aux coloscopies • LRT (Laboratory Reporting Tool) – RSOSg de CCC • RCCO (Registre des cas de cancer de l’Ontario) - Cancers colorectaux invasifs guéris • BDPI (Base de données sur les personnes inscrites) – Données démographiques |
| Disponibilité et limites des données | <ul style="list-style-type: none"> • Cet indicateur ne tient pas compte des numéros de facturation du RASO associés aux Ontariens dépistés en dehors du programme structuré CCC car le RASO ne fournit pas les résultats de ces tests |

Annexe 3 : Descriptions des figures

Figure 40 : Parcours des participants au Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) (se référer au Tableau 3 pour consulter les critères d’admissibilité de la population cible)

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 Normale; ou
 - b. Flèche pointant vers Anormale
3. Normale
 - a. Flèche pointant vers Mammographie tous les deux ans (ou tous les ans sur conseil du PODCS**)
4. Anormale
 - a. Flèche pointant vers Suivi diagnostique, notamment de l’imagerie complémentaire et/ou une biopsie
5. Mammographie tous les deux ans (ou tous les ans sur conseil du PODCS**)
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 deux ans (ou tous les ans sur conseil du PODCS)
8. Diagnostic de cancer et traitement
9. Mammographie tous les deux ans (ou tous les ans sur conseil du PODCS)

Second schéma :

1. Populations cibles du PODCS pour les femmes présentant un risque élevé
 - a. Flèche pointant vers Mammographie et IRM*
2. Mammographie et IRM*
 - a. Flèche pointant vers Normales; ou
 - b. Flèche pointant vers Anormales
3. Normales
 - a. Flèche pointant vers Mammographie et IRM tous les ans

-
4. Anormales
 - a. Flèche pointant vers Suivi diagnostique, notamment de l'imagerie complémentaire et/ou une biopsie
 5. Mammographie et IRM tous les ans
 6. Suivi diagnostique, notamment de l'imagerie complémentaire et/ou une biopsie
 - a. Flèche pointant vers Diagnostique bénin; ou
 - b. Flèche pointant vers Diagnostique de cancer et traitement***
 7. Diagnostique bénin
 - a. Flèche pointant vers Mammographie et IRM tous les ans
 8. Diagnostique de cancer et traitement***
 9. Mammographie et IRM tous les ans

Revenir à la [Figure 5](#).

Figure 41 : Parcours des participants au Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU) (se référer au Tableau 3 pour consulter les critères d'admissibilité de la population cible)

Description : La figure est un schéma comportant seize encadrés reliés par des flèches. Le schéma est unidirectionnel. À chaque étape, les flèches pointent vers un ou deux 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. Population cible
 - a. Flèche pointant vers Test Pap
2. Test Pap
 - a. Flèche pointant vers Normal; ou
 - b. Flèche pointant vers Anomalie de bas grade; ou
 - c. Flèche pointant vers Anomalie de haut grade; ou
 - d. Flèche pointant vers Insatisfaisant
3. Normal
 - a. Flèche pointant vers Répétition du test Pap de routine tous les 3 ans
4. Anomalie de bas grade
 - a. Flèche pointant vers Répétition du test Pap tous les 6 mois
5. Anomalie de haut grade
 - a. Flèche pointant vers Colposcopie (procédure diagnostique), intervention au besoin
6. Insatisfaisant
 - a. Flèche pointant vers Répétition du test Pap tous les 3 mois
7. Répétition du test Pap tous les 6 mois
 - a. Flèche pointant vers Normal; ou
 - b. Flèche pointant vers Anormal (anomalie de bas ou de haut grade)
8. Répétition du test Pap tous les 3 mois
9. Normal

- a. Flèche pointant vers Répétition du test Pap tous les 6 mois
- 10. Anormal (anomalie de bas ou de haut grade)
 - a. Flèche pointant vers Colposcopie (procédure diagnostique), intervention au besoin
- 11. Répétition du test Pap tous les 6 mois
 - a. Flèche pointant vers Normal; ou
 - b. Flèche pointant vers Anormal (anomalie de bas ou de haut grade)
- 12. Normal
 - a. Flèche pointant vers Répétition du test Pap de routine tous les 3 ans
- 13. Anormal (anomalie de bas ou de haut grade)
 - a. Flèche pointant vers Colposcopie (procédure diagnostique), intervention au besoin
- 14. Répétition du test Pap de routine tous les 3 ans
- 15. Colposcopie (procédure diagnostique), intervention au besoin
 - a. Flèche pointant vers Suivi
- 16. Suivi

Revenir à la [Figure 6](#).

Figure 42 : Parcours des participants au programme ContrôleCancerColorectal (CCC) (se référer au Tableau 3 pour consulter les critères d’admissibilité de la population cible)

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*
 - a. Flèche pointant vers TIF
- 2. TIF
 - a. Flèche pointant vers Normal; ou
 - b. Flèche pointant vers Anormal
- 3. Normal
 - a. Flèche pointant vers Nouveau dépistage par TIF dans 2 ans
- 4. Anormal
 - a. Flèche pointant vers Coloscopie
- 5. Nouveau dépistage par TIF dans 2 ans
- 6. Coloscopie
 - a. Flèche pointant vers Normale; ou
 - b. Flèche pointant vers Anormale
- 7. Normale

-
- a. Flèche pointant vers Nouveau dépistage par TIF dans 10 ans
 8. Anormale
 - a. Flèche pointant vers Orientation vers une chirurgie, une surveillance par coloscopie ou un nouveau dépistage par TIF dans 5 ans****
 9. Nouveau dépistage par TIF dans 10 ans
 10. Orientation vers une chirurgie, une surveillance par coloscopie ou un nouveau dépistage par TIF dans 5 ans****

Second schéma :

1. Population cible présentant un risque accru**
 - a. Flèche pointant vers Coloscopie
2. Coloscopie
 - a. Flèche pointant vers Normale; ou
 - b. Flèche pointant vers Anormale
3. Normale
 - a. Flèche pointant vers Coloscopie dans 5 à 10 ans***
4. Anormale
 - a. Flèche pointant vers Orientation vers une chirurgie ou une surveillance par coloscopie****
5. Coloscopie dans 5 à 10 ans***
6. Orientation vers une chirurgie ou une surveillance par coloscopie****

Revenir à la [Figure 7](#).

Références

1. Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer du sein au Canada : Surveillance et évaluation des indicateurs de qualité – Rapport des résultats de janvier 2011 à décembre 2012. Partenariat canadien contre le cancer; 2017 [cité le 7 nov. 2019]. 70 p. Source : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/2019/01/Breast-Cancer-Screen-Quality-Indicators-Report-2012-FR.pdf>.
2. Groupe de travail européen sur les lignes directrices en matière de dépistage de cancer colorectal, von Karsa L, Patnick J, Segnan N, Atkin W, Halloran S, et coll. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis: overview and introduction to the full supplement publication. *Endoscopy*. 2013;45(1):51–9.
3. Romagnuolo J, Enns R, Ponich T, Springer J, Armstrong D, Barkun AN. Canadian credentialing guidelines for colonoscopy. *Can J Gastroenterol*. Janv. 2008;22(1):17–22.
4. Rembacken B, Hassan C, Riemann JF, Chilton A, Rutter M, Dumonceau JM, et coll. Quality in screening colonoscopy: Position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). Vol. 44, *Endoscopy*. 2012. p. 957–68.
5. 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.
6. Darling GE, Tammemagi MC, Schmidt H, Buchanan DN, Leung Y, McGarry C, et coll. Organized Lung Cancer Screening Pilot: Informing a Province-Wide Program in Ontario, Canada. *Ann Thorac Surg*. 2020; doi: <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2020.07.051>.
7. Statistique Canada. [Internet]. Ottawa; Statistique Canada; c2019. Principales causes de décès, population totale (normalisation selon l'âge utilisant la population de 2011), Tableau 13-10-0801-01. [En ligne]. Source : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310080101&request_locale=fr [cité le 5 novembre 2019].
8. de Oliveira C, Weir S, Rangrej J, Krahn MD, Mittmann N, Hoch JS, et coll. The economic burden of cancer care in Canada: a population-based cost study. *C Open*. 4 janv. 2018;6(1):E1–10.
9. Action Cancer Ontario. Rapport sur le rendement du dépistage du cancer en Ontario, 2016. Toronto : Action Cancer Ontario; 2016 [cité le 5 novembre 2019]. 122 p. Source : <https://www.cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/CCOCancerScreeningPerfor>

-
- manceReport.pdf. (en anglais seulement)
10. Action Cancer Ontario. Cancer in First Nations in Ontario- Risk Factors and Screening. Toronto : Action Cancer Ontario; 2016 [cité le 7 novembre 2019]. 80 p. Source : <https://www.cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/CCOFNIMRiskFactorsReport2016.pdf>. (en anglais seulement)
 11. Action Cancer Ontario. Ontario Cancer Statistics 2018. Toronto : Action Cancer Ontario; 2018 [cité le 5 novembre 2019]. 172 p. Source : https://www.cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/ANI_32628719_OCS2018_AODA_Mar2019_V02.pdf. (en anglais seulement)
 12. Santé Ontario. Statistiques 2020 sur le cancer en Ontario. Toronto : Santé Ontario; 2020. [cité le 15 sept. 2020]. Source : <https://www.cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/OCS2020-FR.pdf>.
 13. Silva I dos S, Centre international de recherche sur le cancer. Cancer epidemiology : principles and methods. Centre international de recherche sur le cancer; c1999.
 14. Chiarelli AM, Doyle G, Harrison M, Howell D, Kan L, Mai V, et coll. Guidelines on performance measurement for organized cancer screening programs. Toronto : Partenariat canadien contre le cancer; 2008.
 15. Action Cancer Ontario. [Internet.] Toronto : Action Cancer Ontario; 2019. Breast Cancer Screening Follow-up; Sept. 2019 [cité le 12 nov. 2019]. Source: <https://www.csqi.on.ca/>. (en anglais seulement)
 16. Sasieni P, Castanon A, Cuzick J. The impact of cervical screening on young women: a critical review of the literature 2002-2009. London : Programmes de dépistage du cancer de la NHS; 2010. [cité le 5 déc. 2019]. 20p. Source : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/465884/nhscsp31.pdf.
 17. Kyrgiou M, Athanasiou A, Kalliala IEJ, Paraskevaidi M, Mitra A, Martin-Hirsch PPL, et coll. Obstetric outcomes after conservative treatment for cervical intraepithelial lesions and early invasive disease. Vol. 2017, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2017.
 18. Conner SN, Frey HA, Cahill AG, Macones GA, Colditz GA, Tuuli MG. Loop electrosurgical excision

-
- procedure and risk of preterm birth: A systematic review and meta-analysis. Vol. 123, *Obstetrics and Gynecology*. Lippincott Williams and Wilkins; 2014. p. 752–61.
19. Jin G, LanLan Z, Li C, Dan Z. Pregnancy outcome following loop electrosurgical excision procedure (LEEP) a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*. Janv. 2014;289(1):85–99.
 20. Centre international de recherche sur le cancer. IARC HANDBOOKS Breast Cancer Screening IARC HANDBOOKS Breast Cancer Screening. Vol. 15. Lyon : Centre international de recherche sur le cancer; 2014. 1–469 p.
 21. Groupe de travail sur l'évaluation des stratégies de prévention du cancer du Centre international de recherche sur le cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus. Lyon : IARC Press; 2005. 302 p.
 22. Briss P, Rimer B, Reilley B, Coates RC, Lee NC, Mullen P, et coll. Promoting informed decisions about cancer screening in communities and healthcare systems. Vol. 26, *American Journal of Preventive Medicine*. Elsevier Inc.; 2004. p. 67–80.
 23. Klarenbach S, Sims-Jones N, Lewin G, Singh H, Thériault G, Tonelli M, et coll. Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40-74 years who are not at increased risk for breast cancer. Vol. 190, *CMAJ*. Association médicale canadienne; 2018. p. E1441–51.
 24. Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer du sein au Canada : Surveillance et évaluation des indicateurs de qualité – Rapport des résultats de janvier 2009 à décembre 2010. Partenariat canadien contre le cancer; 2015 [cité le 5 déc. 2019]. 28 p. Source : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/2019/01/Breast-Cancer-Screen-Monitor-Perform-2010-FR.pdf>.
 25. Giordano L, Karsa L Von, Tomatis M, Majek O, Wolf C De, Lancucki L, et coll. Mammographic screening programmes in Europe: Organization, coverage and participation. *J Med Screen*. Sept. 2012;19(SUPPL. 1):72–82.
 26. Otten JDM, Karssemeijer N, Hendriks JHCL, Groenewoud JH, Fracheboud J, Verbeek ALM, et coll. Effect of recall rate on earlier screen detection of breast cancers based on the Dutch performance indicators. *J Natl Cancer Inst*. 18 mai 2005;97(10):748–54.
 27. Gur D, Sumkin JH, Hardesty LA, Clearfield RJ, Cohen CS, Ganott MA, et coll. Recall and detection rates in screening mammography. *Cancer*. 15 avril 2004;100(8):1590–4.
 28. Partenariat canadien contre le cancer. Rapport du Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation : Lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de

- dépistage du cancer du sein (troisième édition). Toronto : Partenariat canadien contre le cancer; 2013 [cité le 5 nov. 2019]. 50p. Source : <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2019/01/Breast-Cancer-Screen-Monitor-Perform-2013-FR.pdf>
29. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Tornberg S, Holland R, von Karsa L, éditeurs. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis (quatrième édition). Luxembourg : Communautés européennes; c2006.
 30. Sutton S, Saidi G, Bickler G, Hunter J. Does routine screening for breast cancer raise anxiety? Results from a three wave prospective study in England. *J Epidemiol Community Health*. Août 1995;49(4):413–8.
 31. Brett J, Austoker J, Ong G. Do women who undergo further investigation for breast screening suffer adverse psychological consequences? A multi-centre follow-up study comparing different breast screening result groups five months after their last breast screening appointment. *J Public Health Med*. Déc. 1998;20(4):396–403.
 32. Ganry O, Peng J, Dubreuil A. Influence of Abnormal Screens on Delays and Prognostic Indicators of Screen-Detected Breast Carcinoma. *J Med Screen*. Mars 2004;11(1):28–31.
 33. 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. *J Natl Cancer Inst*. 1^{er} février 2020;112(2):136–44.
 34. Subramaniam A, Fauci JM, Schneider KE, Whitworth JM, Erickson BK, Kim K, et coll. Invasive cervical cancer and screening: What are the rates of unscreened and underscreened women in the modern era? *J Low Genit Tract Dis*. Avril 2011;15(2):110–3.
 35. Ronco G, Giorgi-Rossi P, Carozzi F, Confortini M, Dalla Palma P, 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. *J Natl Cancer Inst*. 2 avril 2008;100(7):492–501.
 36. Ronco G, Dillner J, Elfström KM, Tunesi S, Snijders PJF, Arbyn M, et coll. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: Follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet*. 2014;383(9916):524–32.
 37. 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.
38. Philp L, Jembere N, Wang L, Gao J, Maguire B, Kupets R. Pap tests in the diagnosis of cervical cancer: Help or hinder? *Gynecol Oncol.* 1^{er} juillet 2018;150(1):61–6.
 39. Tinmouth J, Kennedy E, 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.* Mai 2014;28(5):251–74.
 40. Chilton A, Rutter M. Quality assurance Guidelines for colonoscopy. Sheffield : Programmes de dépistage du cancer de la NHS; 2011 [cité le 3 déc. 2019]. 28p. Source : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/427591/nhsbcsp06.pdf.
 41. Romero R V. Factors influencing quality of bowel preparation for colonoscopy. *World J Gastrointest Endosc.* 2013;5(2):39.
 42. Leddin D, Lieberman DA, Tse F, Barkun AN, Abou-Setta AM, Marshall JK, et coll. Clinical Practice Guideline on Screening for Colorectal Cancer in Individuals With a Family History of Nonhereditary Colorectal Cancer or Adenoma: The Canadian Association of Gastroenterology Banff Consensus. *Gastroenterology.* 1^{er} nov. 2018;155(5):1325-1347.e3.
 43. Tinmouth J, Zwaal C, Gryfe R, Carroll JC, Baxter N, Mccurdy BR, et coll. Cancer Screening for Persons at Risk for or Affected with Lynch Syndrome Evidence Summary: A Quality Initiative of the Program in Evidence-Based Care (PEBC), Cancer Care Ontario (CCO). Toronto; 2018.
 44. Stoffel E, Mukherjee B, Raymond VM, Tayob N, Kastrinos F, Sparr J, et coll. Calculation of Risk of Colorectal and Endometrial Cancer Among Patients With Lynch Syndrome. *Gastroenterology.* Nov. 2009;137(5):1621–7.
 45. Beamer LC, Grant ML, Espenschied CR, Blazer KR, Hampel HL, Weitzel JN, et coll. Reflex immunohistochemistry and microsatellite instability testing of colorectal tumors for Lynch syndrome among US cancer programs and follow-up of abnormal results. *J Clin Oncol.* 1^{er} avril 2012;30(10):1058–63.
 46. Järvinen HJ, Renkonen-Sinisalo L, Aktán-Collán K, Peltomäki P, Aaltonen LA, Mecklin J-P. Ten years after mutation testing for Lynch syndrome: cancer incidence and outcome in mutation-positive and mutation-negative family members. *J Clin Oncol.* 1^{er} oct. 2009;27(28):4793–7.

47. Baxter N, Bombard L, Rabeneck L, Tinmouth J, Gallinger S, Carroll J. Developing population-based Lynch syndrome testing in Ontario. Toronto; 2016.
48. Tinmouth J, Baxter N, Paszat L, Rabeneck L, Randell E, Sutradhar R, et coll. Pilot Evaluation of a Fecal Immunochemical Test (FIT) in Ontario for Cancer Care Ontario and the Colon Cancer Check Program. Toronto; 2014.
49. Tinmouth J, Patel J, Austin PC, Baxter NN, Brouwers MC, Earle CC, et coll al. Directly Mailing gFOBT Kits to Previous Responders Being Recalled for Colorectal Cancer Screening Increases Participation. *J Can Assoc Gastroenterol*.
50. Toes-Zoutendijk E, Portillo I, Hoeck S, de Brabander I, Perrin P, Dubois C, et coll. Participation in faecal immunochemical testing-based colorectal cancer screening programmes in the northwest of Europe. *J Med Screen*. 23 oct. 2019;969141319879712.
51. Tinmouth JM, Patel J, Austin PC, Baxter NN, Brouwers M, Earle C, et coll. Increasing Participation in Colorectal Cancer Screening: Results From a Randomized Trial of Directly Mailed FOBT Kits in a Hard to Reach Population. *Gastroenterology*. 1^{er} mai 2013;144(5):S-46.
52. Church TR, Yeazel MW, Jones RM, Kochevar LK, Watt GD, Mongin SJ, et coll. A randomized trial of direct mailing of fecal occult blood tests to increase colorectal cancer screening. *J Natl Cancer Inst*. 19 mai 2004;96(10):770–80.
53. Giorgi Rossi P, Grazzini G, Anti M, Baiocchi D, Barca A, Bellardini P, et coll. Direct mailing of faecal occult blood tests for colorectal cancer screening: a randomized population study from Central Italy. *J Med Screen*. Sept. 2011;18(3):121–7.
54. Hoffman RM, Steel SR, Yee EFT, Massie L, Schrader RM, Moffett ML, et coll. A system-based intervention to improve colorectal cancer screening uptake. *Am J Manag Care*. Janv. 2011;17(1):49–55.
55. Llovet D, Serenity M, Conn LG, Bravo CA, McCurdy BR, Dubé C, et coll. Reasons For Lack of Follow-up Colonoscopy Among Persons With A Positive Fecal Occult Blood Test Result: A Qualitative Study. *Am J Gastroenterol*. 2018;
56. Ponti A, Anttila A, Ronco G, Senore C. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. Lyon : Centre international de recherche sur le cancer;

2017 [cité le 20 nov. 2019]. Source :

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major_chronic_diseases/docs/2017_cancerscreening_2ndreportimplementation_en.pdf. (en anglais seulement)

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

Santé Ontario

500-525, avenue University

Toronto, Ontario M5G 2L7

cancerprevention@ontariohealth.ca

<https://www.ontariohealth.ca/fr>