A light blue map of Canada is visible in the background of the top half of the page.

# Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada :

**SURVEILLANCE ET ÉVALUATION DES INDICATEURS DE QUALITÉ**

---

DOSSIER SPÉCIAL :

**Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les jeunes femmes**

**RAPPORT SUR LES RÉSULTATS DE  
JANVIER 2011 À DÉCEMBRE 2013**

---

**PARTENARIAT CANADIEN  
CONTRE LE CANCER**



**CANADIAN PARTNERSHIP  
AGAINST CANCER**

# Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada

Mis à jour en juillet 2016.

Le présent document a été rendu possible grâce à une contribution financière de Santé Canada, par l'entremise du Partenariat canadien contre le cancer. Les opinions qui y sont exprimées sont celles du Partenariat canadien contre le cancer.

Le contenu de cette publication peut être reproduit en tout ou en partie, pourvu que l'utilisation prévue soit à des fins non commerciales et que le Partenariat canadien contre le cancer soit dûment identifié.

Citation suggérée :

Partenariat canadien contre le cancer. *Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada*. Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer; mis à jour en juillet 2016.

Téléchargeable sur le site [vuesurlecancer.ca](http://vuesurlecancer.ca)

Partenariat canadien contre le cancer  
1, avenue University, bureau 300  
Toronto (Ontario) Canada M5J 2P1  
Tél. : 416-915-9222  
Sans frais : 1-877-360-1665  
[partenariatcontrelecancer.ca](http://partenariatcontrelecancer.ca)

Pour plus d'information sur la présente publication, veuillez envoyer un courriel à :

[Info@cancerview.ca](mailto:Info@cancerview.ca)

Les médias peuvent faire parvenir leurs demandes à :  
[media@partenariatcontrelecancer.ca](mailto:media@partenariatcontrelecancer.ca)

# Table des matières

<b>Remerciements</b>	4	<b>Taux de détection de lésions précancéreuses</b>	33
<b>Résumé</b>	6	<b>Incidence du cancer</b>	35
<b>À propos du Partenariat canadien contre le cancer</b>	7	<b>Pourcentage de cancers diagnostiqués au stade I</b>	38
<b>À propos du Réseau pancanadien de dépistage du cancer du col de l'utérus</b>	8	<b>Antécédents de dépistage dans les cas de cancer infiltrant</b>	40
<b>À propos du présent rapport</b>	9	<b>Dépistage du VPH</b>	42
Pourquoi un rapport sur le dépistage du cancer du col de l'utérus?	9	<b>Vaccination contre le VPH</b>	44
Qu'est-ce qui cause le cancer du col de l'utérus?	9	<b>Dossier spécial – Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les jeunes femmes</b>	47
Comment le dépistage du cancer du col de l'utérus est-il offert au Canada?	9	<b>Conclusion et orientations futures</b>	52
Quel est l'historique derrière la rédaction de ce rapport?	10	<b>Références</b>	54
Comment ce rapport est-il structuré?	10	<b>Annexe A : Programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada</b>	56
<b>Taux de participation</b>	11	<b>Annexe B : Cheminement du dépistage du cancer du col de l'utérus avec indicateurs de qualité</b>	60
<b>Taux de fidélisation</b>	15	<b>Annexe C : Définition des données</b>	61
<b>Taux d'échantillons insatisfaisants</b>	17	<b>Annexe D : Tableaux supplémentaires</b>	68
<b>Résultats des tests de dépistage</b>	19	<b>Annexe E : Principales hypothèses et définitions du Modèle de gestion des risques du cancer</b>	84
<b>Temps de traitement des spécimens</b>	22		
<b>Temps écoulé avant la colposcopie</b>	24		
<b>Corrélation cyto-histologique</b>	27		
<b>Taux d'investigation histologique</b>	30		

LISTE DES FIGURES		
<b>Figure 1</b>	Pourcentage normalisé selon l'âge de femmes âgées de 21 à 69 ans qui ont subi au moins un test Pap entre le 1 <sup>er</sup> janvier 2010 et le 30 juin 2013 (période de 42 mois), par province ou par territoire	12
<b>Figure 2</b>	Pourcentage de femmes qui ont subi au moins un test Pap entre le 1 <sup>er</sup> janvier 2010 et le 30 juin 2013 (période de 42 mois) selon l'âge et la correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie, provinces et territoires confondus	13
<b>Figure 3</b>	Pourcentage de femmes âgées de 21 à 66 ans qui ont subi un test Pap subséquent au cours des 42 mois suivant un test Pap négatif, par province ou par territoire, 2009-2010	15
<b>Figure 4</b>	Pourcentage de femmes qui ont subi un test Pap subséquent au cours des 42 mois suivant un test Pap négatif selon l'âge, provinces et territoires confondus, 2009-2010	16
<b>Figure 5</b>	Pourcentage de résultats de test Pap insatisfaisants chez les femmes âgées de 21 à 69 ans, par province ou par territoire, 2012-2013	18
<b>Figure 6</b>	Pourcentage de femmes âgées de 21 à 69 ans selon le résultat de test Pap le plus grave obtenu, par province ou par territoire, 2012-2013	20
<b>Figure 7</b>	Pourcentage de femmes selon le résultat de test Pap le plus grave obtenu selon l'âge, provinces et territoires confondus, 2012-2013	21
<b>Figure 8</b>	Temps de traitement des spécimens mesuré en tant que pourcentage de délais inférieurs à 14 jours civils et en nombre de jours auquel le 90 <sup>e</sup> centile a été atteint par province ou par territoire, 2011-2013	22
<b>Figure 9</b>	Pourcentage de femmes âgées de 21 à 69 ans qui ont obtenu un résultat de test Pap de haut grade (AGC, ASC-H ou HSIL+) et qui ont subi une colposcopie de suivi au cours des six semaines suivant la date du rapport du test Pap indicateur, par province ou par territoire, 2011-2013	25
<b>Figure 10</b>	Nombre de jours auquel le 90 <sup>e</sup> centile a été atteint pour les femmes ayant obtenu un résultat de test Pap de haut grade et qui ont subi une colposcopie de suivi selon l'âge et par province ou par territoire, 2013	26
<b>Figure 11</b>	Pourcentage de tests Pap avec un résultat ASC-H ou HSIL+ ayant fait l'objet d'une investigation au moyen d'une biopsie au cours des 12 mois suivant le test Pap et dont le diagnostic histologique était aussi ASC-H ou HSIL+ chez les femmes âgées de 21 à 69 ans, par province ou par territoire, 2011-2013	28
<b>Figure 12</b>	Pourcentage de tests Pap avec un résultat ASC-H ou HSIL+ ayant fait l'objet d'une investigation au moyen d'une biopsie au cours des 12 mois suivant le test Pap et dont le diagnostic histologique était aussi ASC-H ou HSIL+ selon l'âge, provinces et territoires confondus, 2011-2013	29

<b>Figure 13</b>	Pourcentage de femmes âgées de 21 à 69 ans qui ont obtenu un résultat de test Pap ASC-H ou HSIL+ et qui ont reçu un diagnostic histologique au cours des 12 mois suivant le test Pap, par province ou par territoire, 2011-2013	31
<b>Figure 14</b>	Pourcentage de femmes âgées de 21 à 69 ans qui ont obtenu un résultat de test Pap ASC-H ou HSIL+, qui ont subi une colposcopie et qui ont reçu un diagnostic histologique au cours des 12 mois suivant le test Pap, par province ou par territoire, 2011-2013	32
<b>Figure 15</b>	Nombre de femmes chez qui une lésion précancéreuse a été détectée pour 1 000 femmes dépistées, selon l'âge et par province ou par territoire, 2011-2013	33
<b>Figure 16</b>	Taux d'incidence du cancer infiltrant du col de l'utérus normalisé selon l'âge pour 100 000 femmes âgées de 20 ans et plus par province ou par territoire, 2011-2013	36
<b>Figure 17</b>	Taux d'incidence du cancer infiltrant du col de l'utérus normalisé selon l'âge pour 100 000 femmes, par groupe d'âge, provinces confondues, 2011-2013	37
<b>Figure 18</b>	Pourcentage de cancers infiltrants du col de l'utérus diagnostiqués au stade I chez les femmes âgées de 21 à 69 ans, par province ou par territoire, 2011-2013	39
<b>Figure 19</b>	Antécédents de dépistage chez les femmes âgées de 21 à 69 ans ayant reçu un diagnostic de cancer infiltrant du col de l'utérus selon l'histologie, provinces confondues, 2011-2013	41
<b>Figure 20</b>	Pourcentage de femmes âgées de 18 à 20 ans qui ont subi au moins un test Pap au cours d'une période de 42 mois, par province ou par territoire, du 1 <sup>er</sup> janvier 2010 au 30 juin 2013	50

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b>	Pourcentage de femmes âgées de 21 à 69 ans qui ont subi au moins un test Pap en 2012 et 2013 selon le résultat le plus grave obtenu, par province ou par territoire	20
<b>Tableau 2</b>	Dépistage de l'ADN du VPH par province ou par territoire en juillet 2015	43
<b>Tableau 3</b>	Vaccination contre le VPH chez les filles par province ou par territoire	45
<b>Tableau 4</b>	Nombre estimé de dépistages chez les femmes âgées de 18 à 20 ans en 2012 et coûts estimés déterminés au moyen du Modèle de gestion des risques du cancer	51

# Remerciements

La réalisation du présent rapport a été rendue possible grâce aux efforts dévoués des membres du Réseau pancanadien de dépistage du cancer du col de l'utérus et aux travaux de collecte de données des programmes de dépistage provinciaux et territoriaux.

La production et la diffusion du rapport ont été pilotées par le Groupe de travail pancanadien chargé de la surveillance et de l'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus. Le contenu du rapport a été élaboré par la D<sup>re</sup> Kathleen Decker, présidente du Groupe de travail pancanadien chargé de la surveillance et de l'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus. L'extraction et la présentation des données provinciales et territoriales ont été menées par les programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du col de l'utérus avec le soutien du Groupe de travail chargé de la surveillance et de l'évaluation. Les analyses ont été effectuées par l'équipe dédiée du Partenariat, composée de Sharon Fung (biostatisticienne et gestionnaire de programme, Analyse) et Julie Xu (analyste de données).

La rédaction du présent rapport n'aurait pas été possible sans le leadership de la D<sup>re</sup> Meg McLachlin et l'apport de la D<sup>re</sup> Cathy Popadiuk et du D<sup>r</sup> Jim Dickinson, qui ont passé en revue la section sur le dépistage chez les jeunes femmes, sans oublier Natalie Fitzgerald, Saima Memon et la D<sup>re</sup> Cindy Gauvreau du Partenariat canadien contre le

cancer (le Partenariat), de même que Bill Flanagan, Claude Nadeau et Keiko Asakawa de Statistique Canada, qui nous ont fourni les estimations et les coûts relatifs au dépistage du cancer du col de l'utérus à l'aide d'un modèle nommé Modèle de gestion des risques du cancer (MGRC). Le MGRC a été rendu possible grâce à l'aide financière de Santé Canada, par l'intermédiaire du Partenariat canadien contre le cancer. Enfin, ce rapport est le résultat direct non seulement de la contribution des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus de partout au Canada, mais aussi des efforts des analystes des programmes de dépistage qui ont fourni des données et des gestionnaires de programmes qui ont examiné les ébauches, fourni des commentaires et suggéré des améliorations, sans oublier Carol Irwin, coordonnatrice du Groupe de travail chargé de la surveillance et de l'évaluation.

Nous tenons également à remercier l'équipe de la gestion du savoir du Partenariat qui a assuré le transfert du savoir et des stratégies d'échange et l'équipe des communications qui a encadré les médias et les activités de sensibilisation.

**Groupe de travail pancanadien chargé de la surveillance et de l'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus**

---

Kathleen Decker (présidente, Groupe de travail chargé de la surveillance et de l'évaluation)

Meg McLachlin (présidente, Réseau pancanadien de dépistage du cancer du col de l'utérus)

Monique Bertrand (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada)

Robert Grimshaw (Cancer Care Nova Scotia)

Erika Nicholson (Cancer Care Nova Scotia)

Dirk van Niekerk (British Columbia Cancer Agency)

Laura Gentile (British Columbia Cancer Agency)

Huiming Yang (Alberta Health Services)

Gordon Kliewer (Alberta Health Services)

Wanda Fiessel (Saskatchewan Cancer Agency)

Kimberly Templeton (ActionCancer Manitoba)

Anna Kone (Action Cancer Ontario)

Rachel Kupets (Action Cancer Ontario)

Shirley Koch (Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick)

Réjean Savoie (Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick)

Ann Millar (Santé Î.-P.-É.)

Joanne Rose (Programme des initiatives de dépistage du cancer du col de l'utérus, Terre-Neuve-et-Labrador)

Kami Kandola (Ministère de la Santé et des Services sociaux, Territoires du Nord-Ouest)

Verna Mai (Partenariat canadien contre le cancer)

Diane Major (Partenariat canadien contre le cancer)

Carol Irwin (Partenariat canadien contre le cancer)

**Groupe pancanadien d'analyse des données de surveillance et d'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus**

---

Jeremy Hamm (British Columbia Cancer Agency)

Colleen Mcgahan (British Columbia Cancer Agency)

Linan Xu (Alberta Health Services)

Tong Zhu (Saskatchewan Cancer Agency)

Natalie Biswanger (ActionCancer Manitoba)

Julia Gao (Action Cancer Ontario)

Bin Zhang (Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick)

Devbani Raha (Cancer Care Nova Scotia)

Patricia Lush (Santé Î.-P.-É.)

Jeff Dowden (Newfoundland and Labrador Centre for Health Information)

Yalda Jafari (Santé de la population, Territoires du Nord-Ouest)

# Résumé

Rédigé par le Réseau pancanadien de dépistage du cancer du col de l'utérus (RPDCCU), le présent document, *Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada*, est le troisième rapport d'évaluation consacré au dépistage du cancer du col de l'utérus à l'échelle du Canada. Le RPDCCU est une initiative stratégique du Partenariat canadien contre le cancer qui sert de forum national pour discuter des questions relatives aux programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus, adopter des mesures à ce sujet et assurer leur intégration aux initiatives de dépistage et de vaccination associées au VPH. Le rapport comprend de l'information sur la couverture et la qualité du dépistage, le suivi, la détection de lésions précancéreuses et de cancers, ainsi que sur l'étendue de la maladie au moment du diagnostic chez les femmes âgées de 21 à 69 ans pour les années 2011 à 2013. Étant donné que le niveau d'organisation des programmes varie d'un océan à l'autre, les renseignements que renferme le présent rapport sont limités aux provinces dont les données sont disponibles.

Dans l'ensemble, la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus mesurée à l'aide des données provenant de dix provinces et territoires du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 30 juin 2013 a varié entre 63 et 71 % lorsque les données n'étaient pas corrigées pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie, et entre 65 et 74 % après correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie. Cela n'atteint pas la cible d'un taux supérieur ou égal à 80 %. La participation non corrigée pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie semble sous-estimer les taux de dépistage, en particulier dans le cas des femmes plus âgées. Cela met en évidence l'importance de corriger pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie au moment de déterminer les taux de participation au dépistage.

Douze provinces et territoires ont fourni des données sur le taux d'échantillons insatisfaisants. L'objectif relatif au taux d'échantillons insatisfaisants (0,5 à 2 %) a été atteint par la plupart des provinces qui utilisent la cytologie conventionnelle (0,7 à 5,0 %) et par toutes les provinces qui utilisent la cytologie en milieu liquide (0,2 à 1,4 %).

Le temps de traitement des spécimens ou le délai écoulé entre la date à laquelle le test Pap est effectué et la date à laquelle il est traité varie grandement pour les six provinces ayant présenté des données : entre 22,7 et 96,1 % en 2013.

L'objectif de 90 % en 14 jours civils a été atteint par deux provinces. Le délai écoulé avant une colposcopie ou le délai entre un rapport de test Pap de grade élevé et une colposcopie était disponible pour cinq provinces. Le délai écoulé avant une colposcopie variait entre 19,2 et 31,1 %. Dans le cas de cet indicateur de qualité, aucune province ou territoire n'a atteint l'objectif de 90 % dans un délai de six semaines.

Six provinces ont fourni de l'information sur la corrélation cyto-histologique ou concernant le pourcentage de tests Pap anormaux de haut grade conjugués à un examen histologique dont les résultats indiquent la présence d'une lésion précancéreuse ou d'un cancer infiltrant au cours des 12 mois suivants. La corrélation cyto-histologique de dépistage est une mesure de la valeur prédictive positive du test Pap et de l'exactitude de l'évaluation de la colposcopie et de l'interprétation de la biopsie. La corrélation cyto-histologique chez les femmes dont le résultat du test Pap était de grade élevé ou grave variait entre 47,5 et 79,4 %. L'objectif d'une proportion supérieure ou égale à 65 % a été dépassé dans quatre provinces.

Le taux d'incidence du cancer infiltrant du col de l'utérus, normalisé selon l'âge, dans les neuf provinces ayant fourni des données variait entre 8,8 et 12,1 pour 100 000 femmes. L'objectif d'ici 2037 est de 5,5 cas pour 100 000 femmes en fonction d'une participation de 80 % au dépistage et de 70 % pour la vaccination.

Enfin, des lignes directrices mises à jour en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus ont récemment été publiées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs et par la plupart des provinces. Les lignes directrices du Groupe de travail ne recommandent plus le dépistage des femmes âgées de moins de 25 ans, et la plupart des lignes directrices provinciales et territoriales ne recommandent plus le dépistage chez les femmes âgées de moins de 21 ans. Afin de fournir des données de référence sur les jeunes femmes, le présent rapport présente le pourcentage de femmes âgées de 18 à 20 ans qui ont subi un test Pap entre le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et le 30 juin 2013 pour neuf provinces et territoires. Dans l'ensemble, 58,8 % de la population féminine âgée de 18 à 20 ans (de 49,3 à 89,7 %) ont subi un test Pap au cours de cette période.

# À propos du Partenariat canadien contre le cancer

Le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) a été créé en 2007 par le gouvernement fédéral au moyen du financement de Santé Canada. Depuis lors, notre principal mandat est de faire progresser la stratégie canadienne de lutte contre le cancer et de contribuer à son succès grâce à la coordination de divers changements à l'échelle du système, et ce, d'un bout à l'autre du continuum des soins liés au cancer – de la prévention et du traitement en passant par la survie et les soins palliatifs.

Le Partenariat obtient des résultats en travaillant en étroite collaboration avec des partenaires nationaux, provinciaux et territoriaux. Cette collaboration stimule et soutient la production de connaissances sur le cancer et la lutte contre ce dernier, et favorise l'échange et l'adoption des meilleures pratiques partout au pays pour venir en aide aux personnes les plus touchées par le cancer. Les résultats qui nous motivent sont la réduction du nombre de cas de cancer et du nombre de Canadiens qui succombent à la maladie, ainsi qu'une meilleure qualité de vie pour les personnes qui sont touchées par le cancer.

# À propos du Réseau pancanadien de dépistage du cancer du col de l'utérus

Le Réseau pancanadien de dépistage du cancer du col de l'utérus (RPDCCU) est une initiative stratégique du Partenariat canadien contre le cancer encadrée par le Groupe consultatif sur le dépistage. Le RPDCCU sert de tribune nationale pour discuter des questions relatives aux programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus, adopter des mesures à ce sujet, et assurer leur intégration aux initiatives de dépistage et de vaccination associées au VPH.

Le réseau comprend les principaux intervenants de partout au Canada et des représentants des programmes et des stratégies en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus de chaque province et territoire, du Collège des médecins de famille du Canada, de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, de la Société canadienne de cytologie, de l'Agence de la santé publique du Canada, de la Société canadienne du cancer et du Groupe consultatif sur le dépistage.

Le but du RPDCCU est de favoriser et d'évaluer les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada, d'optimiser la participation au dépistage, de déterminer, de passer en revue, d'élaborer et d'harmoniser les politiques et les lignes directrices relatives à la pratique en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus, ainsi que de faciliter la communication des messages clés de la lutte contre le cancer du col de l'utérus au Canada, et ce, sous le signe de la collaboration.

# À propos du présent rapport

## Pourquoi un rapport sur le dépistage du cancer du col de l'utérus?

Le dépistage est l'application systématique d'un test pour identifier les individus asymptomatiques à risque d'une maladie qui bénéficieront d'une investigation diagnostique ou de mesures préventives<sup>1</sup>. L'objectif du dépistage du cancer est de détecter les lésions précancéreuses ou les cancers à un stade précoce, ce qui permet d'améliorer les chances de succès du traitement et de réduire l'incidence de la maladie et la mortalité qui y est liée<sup>2</sup>. La mise en place du dépistage du cancer du col de l'utérus au moyen du test de Papanicolaou (test Pap) a conduit à une réduction significative de l'incidence de cette maladie et de la mortalité qui y est liée au Canada. Selon les estimations, l'incidence du cancer infiltrant du col de l'utérus est passée de 15,4 à 7,5 pour 100 000 entre 1977 et 2015, et la mortalité qui y est liée a aussi diminué, passant de 4,8 à environ 1,6 pour 100 000<sup>3</sup>. Malgré ce succès, on estime qu'en 2015, 1 500 Canadiennes recevront un diagnostic de cancer infiltrant du col de l'utérus et que 380 succomberont à la maladie<sup>3</sup>. Beaucoup de ces femmes n'auront pas subi de test de dépistage au cours des cinq années précédant le diagnostic, n'auront pas été suivies convenablement à la suite d'un résultat anormal au test Pap, ou ce dernier n'aura pas permis de détecter le cancer. En outre, nous savons que les femmes ayant un faible niveau de revenu ou d'éducation, les nouvelles arrivantes, les femmes des régions rurales ou éloignées et celles dont l'accès au dépistage est limité sont moins susceptibles de subir un test de dépistage<sup>4</sup>. C'est pourquoi il est essentiel de surveiller et d'évaluer le dépistage du cancer du col de l'utérus de façon continue pour faire en sorte que les Canadiennes reçoivent des services de haute qualité en matière de prévention du cancer.

## Qu'est-ce qui cause le cancer du col de l'utérus?

Le cancer du col de l'utérus est causé par une infection par le virus du papillome humain (VPH)<sup>5, 6</sup>. Parmi la centaine de types de VPH identifiés, 40 infectent les voies génitales;

parmi ceux-ci, environ 15 sont considérés à risque élevé, et les types 16 et 18 seraient la cause de 70 % des cas de cancer du col de l'utérus. Le VPH est un virus sexuellement transmissible très répandu; le taux de prévalence est supérieur à l'adolescence et au début de la vingtaine, après le début de l'activité sexuelle.

La plupart des infections dues au VPH sont transitoires et éliminées par le système immunitaire sans signes ni symptômes; cependant, un faible pourcentage de femmes contractent des infections persistantes. Dans de tels cas, le délai moyen entre la contraction d'une infection par un type de VPH à risque élevé et le développement d'une lésion précancéreuse est de 24 mois, suivis d'une période de 8 à 12 ans avant l'apparition d'un cancer infiltrant du col de l'utérus. En raison de cette longue période de latence, le dépistage est une stratégie efficace pour la détection et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus.

## Comment le dépistage du cancer du col de l'utérus est-il offert au Canada?

Au Canada, le dépistage a généralement lieu de façon opportuniste; cependant, les programmes de dépistage organisés, qui offrent les éléments nécessaires pour alléger efficacement le fardeau du cancer du col de l'utérus et qui permettent d'évaluer l'efficacité du dépistage, sont de plus en plus développés partout au pays. L'annexe A offre un aperçu du dépistage du cancer du col de l'utérus par province ou par territoire. Toutes les provinces et tous les territoires recommandent que le dépistage du cancer du col de l'utérus soit entrepris dès 21 ans, qu'il continue jusqu'à l'âge de 65 ou de 70 ans, et qu'il ait lieu tous les deux à trois ans. En 2013, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a mis à jour ses lignes directrices, et il recommande désormais qu'un dépistage systématique ait lieu tous les trois ans pour les femmes âgées de 25 à 69 ans<sup>7</sup>.

L'annexe B illustre le processus de dépistage du cancer du col de l'utérus. Un test Pap est prescrit aux femmes

admissibles par leur fournisseur de soins de santé, et les cellules prélevées sont ensuite traitées en laboratoire. Le test Pap détecte des changements anormaux au niveau des cellules du col de l'utérus. Un échantillon de cellules est étalé sur une lame (cytologie conventionnelle) ou placé dans un milieu liquide (cytologie en milieu liquide, ou CML) et une détection des changements précancéreux est effectuée sur les cellules épidermoïdes ou glandulaires. Ces changements sont classés sur une échelle de gravité croissante à l'aide d'une terminologie normalisée. Au Canada, le système de classification le plus couramment utilisé est le système de Bethesda 2001<sup>8</sup>.

Les femmes qui reçoivent un résultat de test Pap anormal sont orientées pour subir des tests supplémentaires, selon la gravité de l'anomalie. Dans certaines provinces, on a recours à un test de dépistage du VPH (dépistage réflexe) après un résultat anormal au test Pap pour déterminer le type de suivi adéquat. Bien que les directives employées varient légèrement, le test Pap est généralement répété dans les six mois suivant la détection d'une anomalie de grade inférieur. Pour les anomalies de grade supérieur, la personne est orientée en coloscopie afin de subir un examen approfondi du col de l'utérus. Dans certains cas, une biopsie est aussi réalisée pour confirmer la nature des changements, puis la lésion est traitée par excision locale, par ablation au laser ou par conisation.

### **Quel est l'historique derrière la rédaction de ce rapport?**

En 2010, le RPDCU a mis sur pied le Groupe de travail chargé de la surveillance et de l'évaluation, qui comprend des représentants du Réseau des quatre coins du pays, dans le but d'élaborer un processus pour encadrer la surveillance du dépistage du cancer du col de l'utérus à l'échelle canadienne. Le groupe a reçu la responsabilité d'élaborer et de mettre à jour des indicateurs de la qualité du dépistage et de présenter un rapport complet qui dresse un portrait du dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada.

Deux rapports ont été publiés : le premier rapport portait sur des données de 2006 à 2008, et le deuxième, sur des données de 2009 à 2011. Le présent rapport comprend des indicateurs de qualité et des cibles mis à jour pour les femmes ayant subi un dépistage entre 2011 et 2013 (consulter l'annexe C pour des définitions détaillées), ainsi qu'une section spéciale qui se penche sur le dépistage chez les femmes âgées de 18 à 20 ans.

Afin de rédiger ce rapport, l'équipe responsable de l'analyse du Partenariat a mis au point des modèles de présentation de données agrégées qui ont été examinés et testés par les provinces et les territoires, et ce, afin d'uniformiser la présentation des données. Le Partenariat a reçu des données agrégées et à caractère non identificatoire des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus de partout au pays. Les provinces n'ont pas toutes été en mesure de présenter des données pour chaque indicateur pour de nombreuses raisons, y compris parce que ces données étaient indisponibles ou incomplètes, pour des questions relatives aux ressources humaines, et à cause des capacités insuffisantes des systèmes d'information ou d'un manque de ressources techniques. Néanmoins, les provinces et les territoires ont tous été informés du processus, indépendamment de leur capacité à soumettre les données. L'équipe responsable de l'analyse du Partenariat a ensuite créé des figures et des tableaux récapitulatifs qui ont été passés en revue puis approuvés par les programmes de dépistage provinciaux et territoriaux.

### **Comment le rapport est-il structuré?**

Les résultats sont présentés pour chaque indicateur de qualité des programmes pour les femmes âgées de 21 à 69 ans et pour les années 2011 à 2013. Le niveau d'organisation des programmes varie d'un océan à l'autre; c'est pourquoi les renseignements que renferme le présent rapport sont limités aux provinces dont les données sont disponibles. Les indicateurs de qualité varient d'une province à l'autre à cause de divers facteurs, dont le degré d'organisation des programmes, les caractéristiques de la population cible, l'accès aux services et leur prestation, les limites de déclaration des résultats des tests et la disponibilité des renseignements relatifs au suivi et au traitement. Le présent rapport est axé sur les résultats qui correspondent à chaque indicateur de qualité, mais il ne contient pas d'analyse approfondie des raisons précises de la variabilité au pays. Enfin, les nouvelles lignes directrices en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus, adoptées par la plupart des provinces au cours de ces dernières années, ne recommandent plus le dépistage chez les femmes âgées de moins de 21 ans. Par conséquent, afin de fournir des données de référence et d'aborder de près le dépistage chez les jeunes femmes au fil du temps, le présent rapport comprend une section spéciale qui met l'accent sur le dépistage chez les femmes âgées de 18 à 20 ans au début de la modification des lignes directrices ou juste avant celle-ci.

# Taux de participation

## Que mesure-t-on et pourquoi?

Le taux de participation est le pourcentage de femmes admissibles qui ont subi au moins un test Pap au cours d'une période de trois ans (plus six mois). La mesure de la participation au dépistage est importante puisque les femmes qui ne font pas l'objet d'un dépistage dans l'intervalle recommandé ou qui n'ont jamais fait l'objet d'un dépistage présentent un risque plus élevé de développer un cancer du col de l'utérus et reçoivent plus souvent un diagnostic à un stade avancé<sup>9-11</sup>. La participation doit être corrigée pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie en excluant du numérateur les femmes qui ont subi un test Pap après une hystérectomie et en excluant du dénominateur les femmes qui ont subi une hystérectomie.

**Cible :** *≥ 80 % des femmes âgées de 21 à 69 ans devraient avoir fait l'objet d'un dépistage au cours des 42 mois précédents (trois ans plus six mois).*

## Quels résultats a-t-on obtenus?

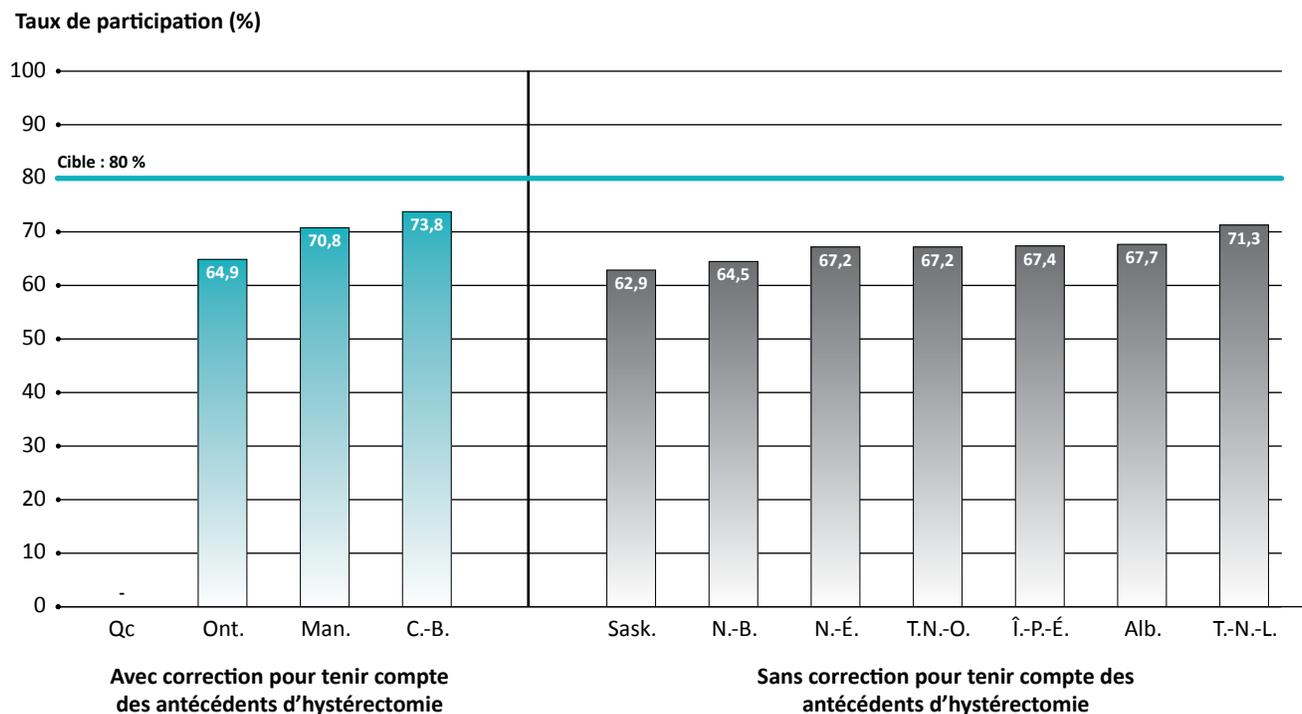
Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et le 30 juin 2013, la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes âgées de 21 à 69 ans, sans correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie, variait entre 62,9 % en Saskatchewan et 71,3 % pour Terre-Neuve-et-Labrador (figure 1). Les taux de participation excluant les femmes ayant subi une hystérectomie étaient disponibles pour la Colombie Britannique (73,8 %), le Manitoba (70,8 %) et l'Ontario (64,9 %). Pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie, la Colombie-Britannique a exclu du numérateur tous les tests de cytologie non cervicaux (c.-à-d. tests de la voûte vaginale) et ajusté le dénominateur en fonction des données de 2008 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Le Manitoba a utilisé des données administratives pour déterminer quelles femmes avaient subi une hystérectomie par le passé, puis les tests Pap qui ont eu lieu après une hystérectomie ont été exclus du numérateur et du dénominateur. L'Ontario a également eu recours aux données administratives pour identifier et retrancher du numérateur et du dénominateur les femmes ayant subi une hystérectomie.

La participation corrigée pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie était supérieure chez les femmes âgées de 40 à 49 ans (77,2 %) et inférieure dans le cas des femmes âgées de 60 à 69 ans (63,7 %) (figure 2). Lorsqu'elle n'était pas corrigée pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie, la participation variait davantage selon le groupe d'âge et elle était supérieure chez les femmes âgées de 25 à 29 ans (79,9 %), puis elle diminuait avec l'âge à 47,6 % pour les femmes âgées de 60 à 69 ans.

La participation au dépistage du cancer du col de l'utérus est demeurée assez stable de 2004-2006 à 2010-2012 (consulter le tableau 4, annexe D).

FIGURE 1

**Pourcentage normalisé selon l'âge de femmes âgées de 21 à 69 ans qui ont subi au moins un test Pap entre le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et le 30 juin 2013 (période de 42 mois), par province ou par territoire**

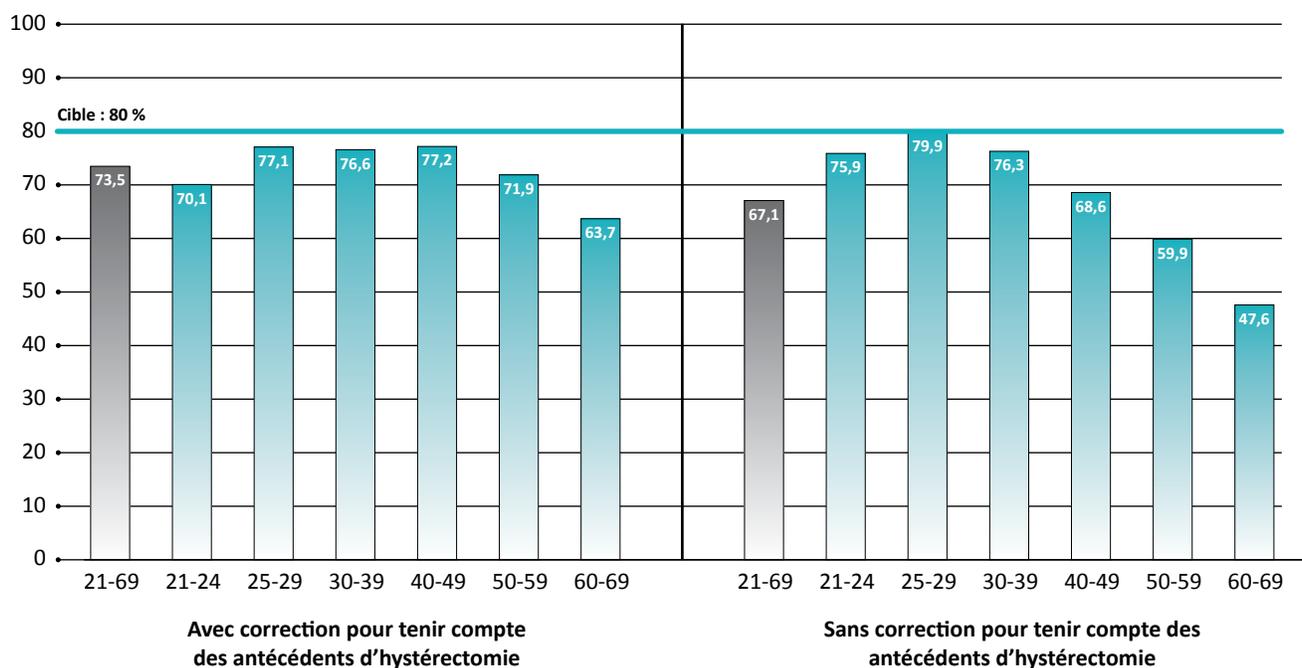


Le symbole « - » indique que les données n'étaient pas disponibles pour le Québec. Le Nouveau-Brunswick et l'Ontario ont présenté des données pour une période allant de janvier 2011 à juin 2014. Pourcentage normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011.

FIGURE 2

**Pourcentage de femmes qui ont subi au moins un test Pap entre le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et le 30 juin 2013 (période de 42 mois) selon l'âge et la correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie, provinces et territoires confondus**

Taux de participation (%)



La partie avec correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie comprend le Manitoba et la Colombie-Britannique. La partie sans correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie comprend l'Alberta, la Saskatchewan, le Nouveau Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et les Territoires du Nord-Ouest. L'Ontario n'a pas présenté de données par groupe d'âge.

### Que peut-on conclure des résultats?

La participation au dépistage du cancer du col de l'utérus est assez élevée partout au Canada, mais elle n'atteint pas la cible, à savoir un taux de participation supérieur ou égal à 80 %. Cependant, après correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie, le taux de participation des femmes plus âgées a augmenté de manière importante. Par conséquent, les taux sans correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie ne doivent pas servir à informer des initiatives ciblées ou des stratégies de santé publique. Les provinces et les territoires doivent se pencher sur la correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie dans le calcul du taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus, car il s'agit d'un enjeu important se rapportant à la qualité des données.

La participation semble également diminuer légèrement au fil du temps. Nous savons que les femmes ayant un faible niveau de revenu ou d'éducation, les nouvelles arrivantes et les femmes des régions rurales ou éloignées sont moins susceptibles de subir un test de dépistage<sup>4</sup>. Les raisons qui peuvent expliquer qu'une femme ne subisse pas de dépistage incluent le manque de connaissances sur le dépistage, l'opinion selon laquelle le dépistage est inutile ou ne procure aucun bienfait, l'impression de ne pas être à risque de développer un cancer du col de l'utérus et la peur de ressentir de l'embarras ou de la douleur<sup>12</sup>. Ces raisons sont souvent liées au statut socio-économique (éducation et revenu), aux origines ethniques, à l'âge, à l'état de santé et à l'accès au système de soins de santé<sup>11, 13-17</sup>.

Afin d'accroître la participation au dépistage, diverses stratégies ont été mises en œuvre au niveau des femmes, des professionnels de la santé et du système de santé. Les interventions auprès des femmes comprennent des lettres d'invitation et des renseignements ciblés<sup>18</sup>. Les interventions

auprès des professionnels de la santé comprennent un accès amélioré aux cliniques qui pratiquent le test Pap ainsi que la mise en place de processus de suivi plus efficaces. La plus importante stratégie systémique adoptée à ce jour est la prestation d'un dépistage organisé au sein de la population, au lieu d'un dépistage opportuniste. Généralement, le dépistage organisé au sein de la population permet non seulement de maximiser la couverture de la population, mais aussi de réduire au minimum les inconvénients du dépistage en invitant et en encourageant les femmes à subir un test en fonction d'un intervalle plus long. Il s'agit aussi méthode plus rentable et plus efficace<sup>19-20</sup>. Du reste, le dépistage opportuniste offre une couverture élevée des jeunes femmes moins à risque de développer un cancer du col de l'utérus, mais une couverture inférieure des femmes plus âgées, difficiles à atteindre, et socio-économiquement défavorisées chez qui le risque de cancer du col de l'utérus est plus grand<sup>21</sup>.

Actuellement, des programmes organisés de dépistage du cancer du col de l'utérus existent dans la plupart des provinces canadiennes. Le Québec possède des lignes directrices provinciales en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus et l'Île-du-Prince-Édouard offre un accès au dépistage opportuniste à l'échelle provinciale. Il est également clair que les taux de participation doivent être corrigés pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie; la participation des femmes âgées semble sous-estimée lorsque les données relatives à l'hystérectomie ne sont pas prises en considération.

# Taux de fidélisation

## Que mesure-t-on et pourquoi?

Le taux de fidélisation est le pourcentage de femmes admissibles qui font l'objet d'un deuxième dépistage au cours des 42 mois suivant un test Pap négatif. La fidélisation reflète la participation soutenue qui est nécessaire pour tirer le maximum des avantages que comporte le dépistage. En plus de la satisfaction des femmes à l'égard du processus de dépistage, beaucoup de facteurs liés à la participation sont aussi liés à la fidélisation.

**Cible :** À déterminer.

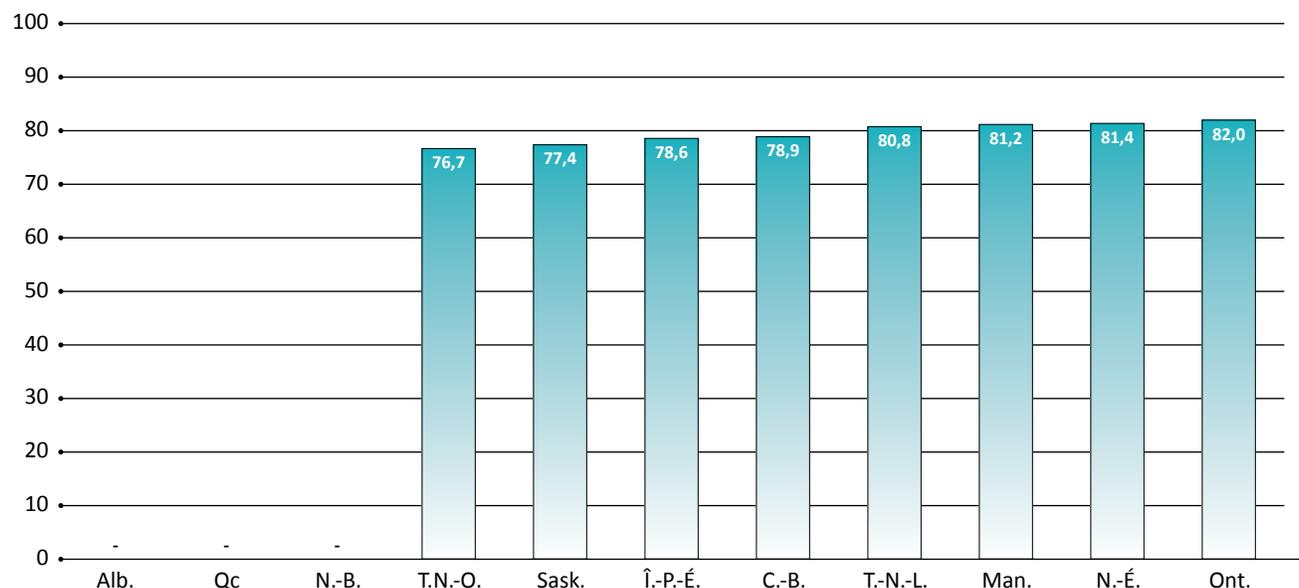
## Quels résultats a-t-on obtenus?

Le taux de fidélisation chez les femmes âgées de 21 à 66 ans ayant obtenu un résultat de test Pap négatif en 2009-2010 variait entre 76,7 % pour les Territoires du Nord-Ouest et 82,0 % en Ontario (figure 3). Le taux de fidélisation était supérieur chez les femmes âgées de 21 à 29 ans. Il est resté stable chez les femmes âgées de 30 à 59 ans et a légèrement diminué chez les femmes âgées de 60 à 66 ans (figure 4). Le taux de fidélisation légèrement plus faible chez les femmes de 60 à 66 ans peut traduire soit la décision de mettre un terme au dépistage, soit la prévalence de l'hystérectomie.

FIGURE 3

### Pourcentage de femmes âgées de 21 à 66 ans qui ont subi un test Pap subséquent au cours des 42 mois suivant un test Pap négatif, par province ou par territoire, 2009-2010

Taux de fidélisation (%)

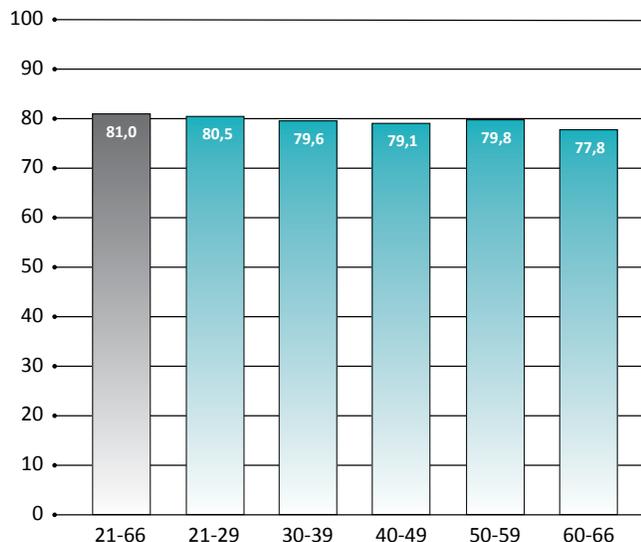


Le symbole « - » indique que les données n'étaient pas disponibles pour l'Alberta, le Québec et le Nouveau-Brunswick.

FIGURE 4

**Pourcentage de femmes qui ont subi un test Pap subséquent au cours des 42 mois suivant un test Pap négatif selon l'âge, provinces et territoires confondus, 2009-2010**

Taux de fidélisation (%)



Comprend les Territoires du Nord-Ouest, la Saskatchewan, l'Île-du-Prince-Édouard, la Colombie Britannique, Terre-Neuve-et-Labrador, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse et l'Ontario.

**Que peut-on conclure des résultats?**

Le taux de fidélisation chez les femmes qui ont obtenu un résultat de test Pap négatif demeure assez élevé dans tous les groupes d'âge; cependant, 20 % des femmes ne reviennent pas dans les 42 mois suivant le test. Plus d'informations sont nécessaires pour déterminer, d'une part, la raison qui explique pourquoi ces femmes ne sont pas dépistées de nouveau dans l'intervalle recommandé, et d'autre part, les stratégies qui peuvent être mises en œuvre pour améliorer la fidélisation en matière de dépistage.

# Taux d'échantillons insatisfaisants

## Que mesure-t-on et pourquoi?

Le taux d'échantillons insatisfaisants est le pourcentage de résultats de test Pap qui sont déclarés insatisfaisants par les laboratoires sur une période de 12 mois. Un test Pap insatisfaisant peut être causé par divers facteurs, comme la piètre qualité du prélèvement, une obstruction due à une inflammation ou à la présence de sang, une quantité insuffisante de cellules ou une lame brisée. Le taux d'échantillons insatisfaisants varie selon la population de femmes, les professionnels de la santé, les protocoles de déclaration des laboratoires et la méthode de prélèvement. Deux méthodes de prélèvement sont utilisées au Canada : la cytologie conventionnelle et la cytologie en milieu liquide (CML). Le test Pap conventionnel est effectué en prélevant des cellules du col de l'utérus au moyen d'une brosse ou d'une spatule, en apposant ces cellules sur une lame puis en les examinant pour détecter des anomalies. Depuis 10 ans, la CML se présente comme solution de remplacement du test Pap conventionnel. En CML, les cellules sont prélevées à l'aide d'une brosse et recueillies dans un flacon de liquide. Par la suite, le milieu liquide est filtré par une machine pour séparer les matières étrangères et les cellules de l'échantillon. Ces cellules sont ensuite transférées sur une lame. Elles sont étalées en une seule couche, ce qui facilite l'interprétation. La CML permet de déterminer la présence, ainsi que le type de VPH. Le test Pap est examiné au microscope par un cytotechnologiste ou un pathologiste spécialisé qui détermine si l'échantillon est satisfaisant ou non. Un test Pap insatisfaisant signifie que la femme doit repasser le test; c'est pourquoi le nombre de tests Pap insatisfaisants doit être réduit au minimum.

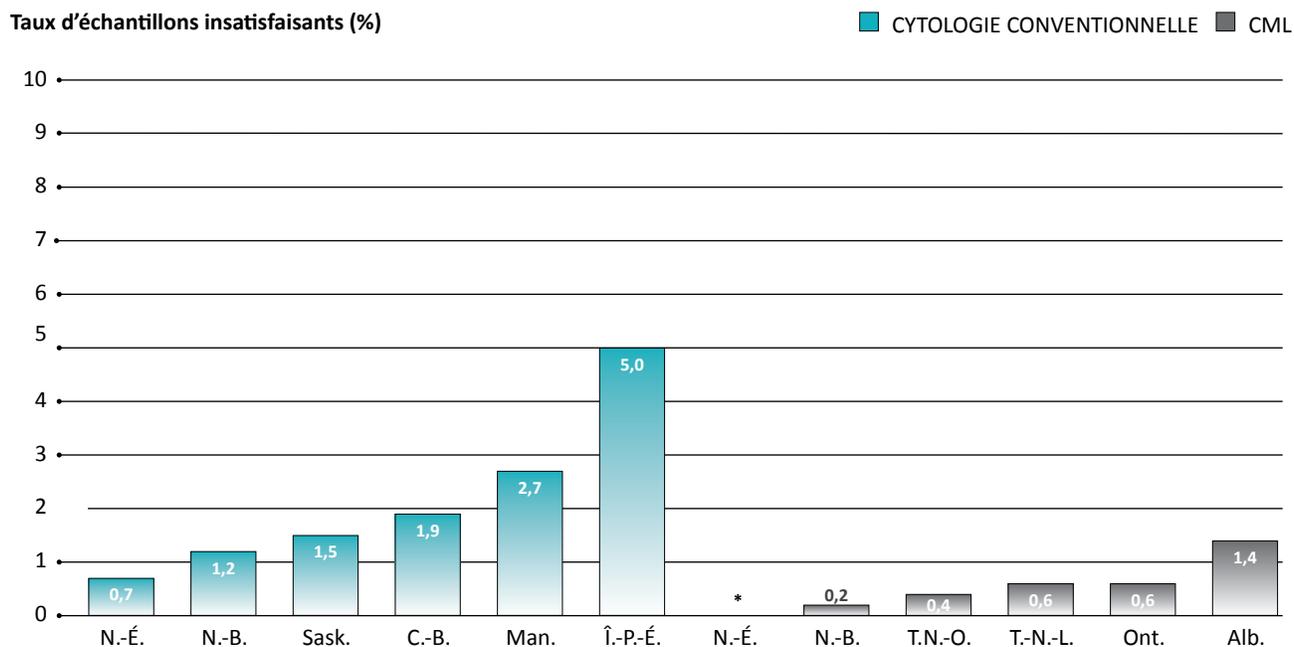
**Cible :** Entre 0,5 et 2 %

## Quels résultats a-t-on obtenus?

Quatre provinces ont réussi à atteindre la cible relative au taux d'échantillons insatisfaisants dans le cas de la cytologie conventionnelle. Le taux variait entre 0,7 % en Nouvelle-Écosse et 5,0 % à l'Île-du-Prince-Édouard (figure 5). Le taux d'échantillons insatisfaisants était beaucoup plus faible dans le cas de la CML.

FIGURE 5

### Pourcentage de résultats de test Pap insatisfaisants chez les femmes âgées de 21 à 69 ans, par province ou par territoire, 2012-2013



\*Les résultats de la Nouvelle-Écosse ont été supprimés en raison des faibles nombres.  
L'Ontario a fourni des données pour les femmes âgées de 20 à 69 ans et pour 2012 seulement.

#### Que peut-on conclure des résultats?

Le taux d'échantillons insatisfaisants varie selon les provinces et le type de test. En général, le taux est plus faible lorsque la CML est utilisée, bien que des analyses précédentes ne permettent pas de démontrer qu'il existe une différence au niveau des taux d'échantillons insatisfaisants selon le type de cytologie<sup>22</sup>.

Les raisons qui expliquent les taux d'échantillons insatisfaisants doivent être surveillées dans chaque province et des mesures doivent être adoptées pour prévenir l'obtention de résultats insatisfaisants, comme l'utilisation de dispositifs et de techniques de collecte appropriés.

# Résultats des tests de dépistage

## Que mesure-t-on et pourquoi?

Les résultats des tests de dépistage mesurent le pourcentage de femmes qui ont obtenu un résultat de test Pap anormal, ainsi que le résultat le plus grave obtenu au cours d'une période de 12 mois. Puisque certaines femmes ont subi plus d'un test Pap au cours de la période examinée, seul le résultat le plus grave d'un échantillon satisfaisant a été inclus. Les résultats de test Pap satisfaisants sont classés selon le système de Bethesda 2001. Ces résultats (en ordre de gravité) sont les suivants : normal; cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée (ASC-US); lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade (LSIL); cellules glandulaires atypiques (AGC); cellules malpighiennes atypiques ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intraépithéliale de haut grade (ASC H); lésion malpighienne intraépithéliale de haut grade (HSIL); adénocarcinome in situ ou carcinome épidermoïde in situ, ou adénocarcinome ou carcinome épidermoïde<sup>8</sup>.

Les résultats des tests de dépistage sont influencés par le taux d'anomalies du col de l'utérus au sein de la population, par l'interprétation et par les critères de déclaration. Il est important de mesurer les résultats des tests de dépistage, car le pourcentage de résultats de test Pap anormaux influence la quantité et le temps écoulé avant les colposcopies.

**Cible :** À déterminer.

## Quels résultats a-t-on obtenus?

Le pourcentage de femmes qui ont obtenu un résultat de test Pap anormal variait entre 3,9 % en Colombie-Britannique et à l'Île-du-Prince-Édouard et 14,7 % au Nouveau-Brunswick (tableau 1). Les renseignements pour le Yukon et le Nunavut n'étaient pas disponibles. La figure 6 illustre la répartition par résultat anormal en cytologie pour chaque province ou territoire. Un pourcentage plus élevé de femmes ont obtenu un résultat de test Pap de bas grade (1,6 à 8,1 % pour la catégorie ASC-US et 0,7 à 3,9 % pour les LSIL). Le pourcentage de femmes dont le résultat du test Pap était de grade élevé variait entre 0 et 1,3 % pour la catégorie AGC, entre 0,2 et 0,8 % pour les ASC-H et entre 0,2 et 1,0 % pour les HSIL ou les catégories plus graves. Le pourcentage de femmes qui ont obtenu un résultat de test Pap anormal était supérieur chez les femmes âgées de 21 à 29 ans, puis diminuait avec l'âge (figure 7). On s'attend à un taux d'anomalie supérieur chez les jeunes femmes à cause de la prévalence accrue du VPH; la plupart des tests Pap anormaux étaient de bas grade, et la majorité de ces infections se résorberont<sup>23</sup>.

TABLEAU 1

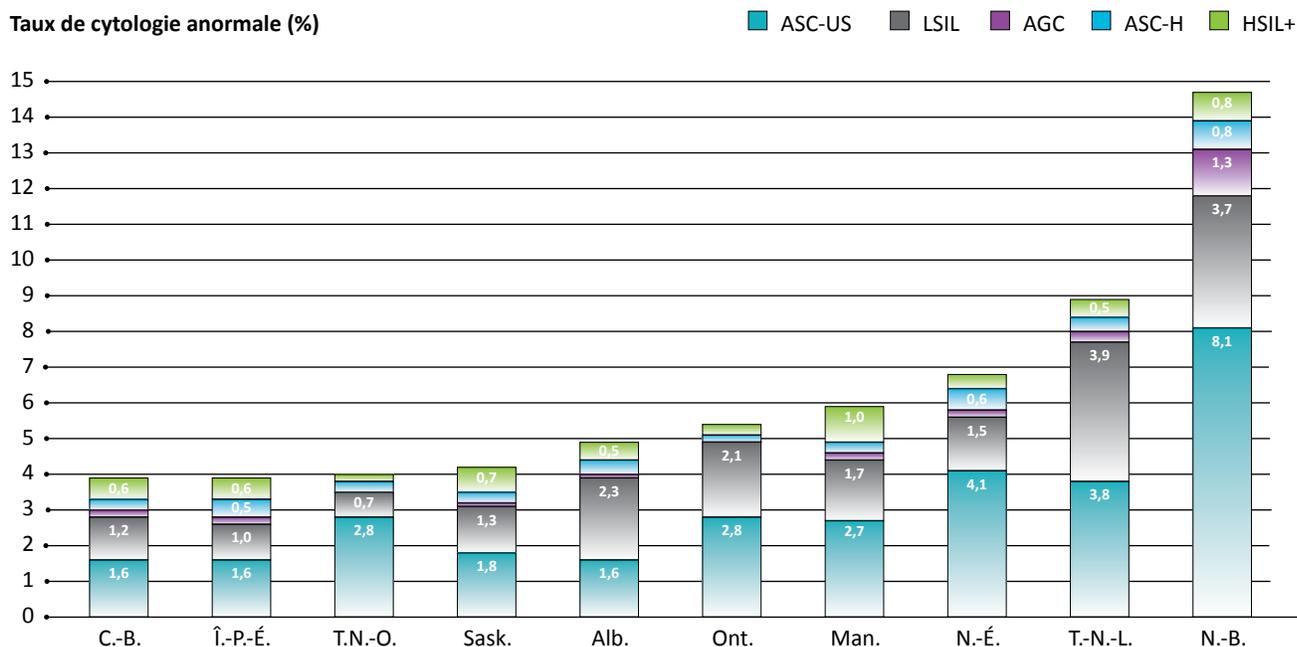
**Pourcentage de femmes âgées de 21 à 69 ans qui ont subi au moins un test Pap en 2012 et 2013 selon le résultat le plus grave obtenu, par province ou par territoire**

	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	T.N.-O.
<b>Négatif</b>	96,1	95,2	95,8	94,1	94,5	85,3	93,1	96,0	91,2	96,1
<b>Anormal</b>	3,9	4,8	4,2	5,9	5,5	14,7	6,9	4,0	8,8	3,9
<b>ASC-US</b>	1,6	1,6	1,8	2,7	2,8	8,1	4,1	1,6	3,8	2,8
<b>LSIL</b>	1,2	2,3	1,3	1,7	2,1	3,7	1,5	1,0	3,9	0,7
<b>AGC</b>	0,2	0,1	0,1	0,2	0,0	1,3	0,2	0,2	0,3	0,0
<b>ASC-H</b>	0,3	0,4	0,3	0,3	0,2	0,8	0,6	0,5	0,4	0,3
<b>HSIL+</b>	0,6	0,5	0,7	1,0	0,3	0,8	0,4	0,6	0,5	0,2

Les chiffres ayant été arrondis, les sommes de la catégorie « Anormal » peuvent ne pas correspondre parfaitement aux valeurs des sous-catégories.

FIGURE 6

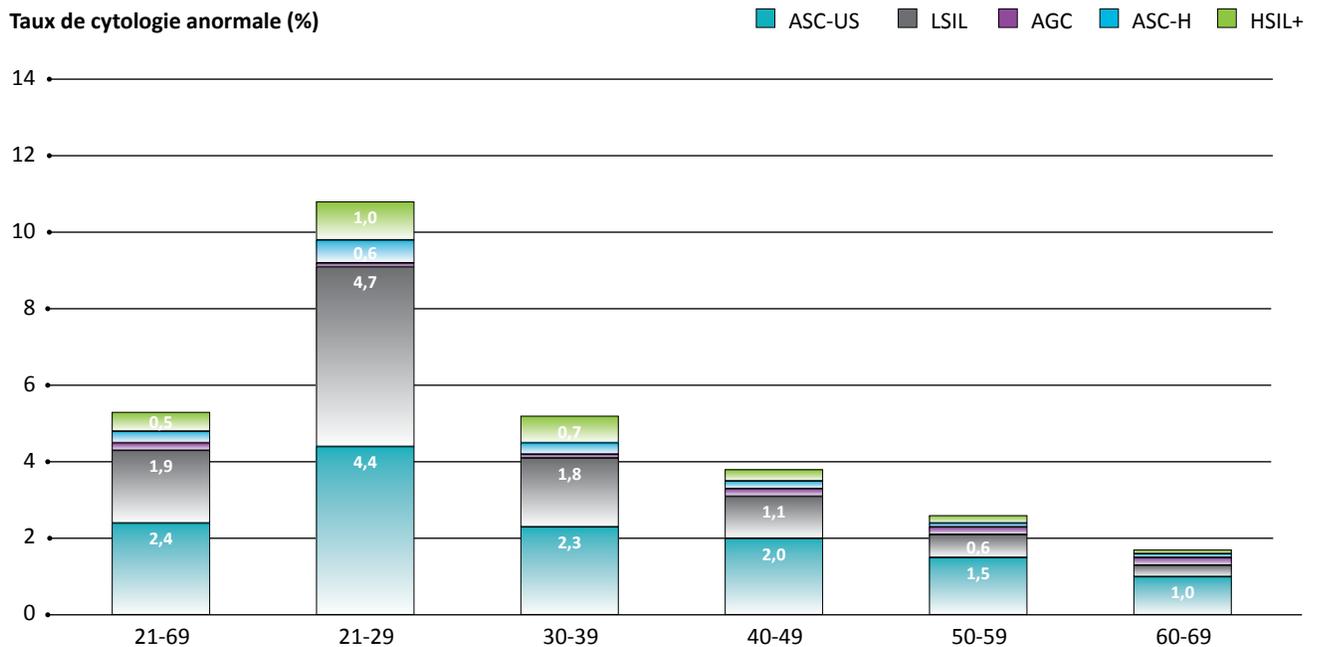
**Pourcentage de femmes âgées de 21 à 69 ans selon le résultat de test Pap le plus grave obtenu, par province ou par territoire, 2012-2013**



Les données de l'Ontario ne portent que sur l'année 2012 pour les femmes âgées de 20 à 69 ans. La catégorie des HSIL+ inclut les AIS.

FIGURE 7

**Pourcentage de femmes selon le résultat de test Pap le plus grave obtenu selon l'âge, provinces et territoires confondus, 2012-2013**



Comprend la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et les Territoires du Nord-Ouest. Les données de l'Ontario ne portent que sur l'année 2012 pour les femmes âgées de 20 à 69 ans. La catégorie des HSIL+ inclut les AIS. Seul le groupe d'âge des 21 à 69 ans comprend des données présentées par les Territoires du Nord-Ouest.

**Que peut-on conclure des résultats?**

Le pourcentage de femmes qui ont obtenu un résultat de test Pap anormal et la gravité des anomalies variaient selon la province ou le territoire. Ces différences sont dues à de nombreux facteurs interdépendants, comme les différences dans l'interprétation des tests Pap et les caractéristiques des femmes dépistées. Les taux de cytologie anormale peuvent également être liés aux taux de participation et de fidélisation et au délai écoulé depuis la mise en œuvre du dépistage organisé. Peu importe l'endroit au pays, le pourcentage de tests Pap anormaux était supérieur chez les

femmes âgées de 21 à 29 ans et diminuait avec l'âge. Beaucoup de femmes âgées de 21 à 29 ans dont le résultat de test Pap était anormal ont aussi obtenu un résultat de bas grade (ASC-US ou LSIL). Ces femmes ont été orientées pour subir des tests supplémentaires (principalement un autre test Pap) même si leur risque de contracter un cancer invasif du col de l'utérus est très faible<sup>24</sup>. Cet indicateur de qualité renforce donc l'importance d'observer les lignes directrices relatives à la prise en charge des anomalies de bas grade chez les jeunes femmes.

# Temps de traitement des spécimens

## Que mesure-t-on et pourquoi?

Le temps de traitement des spécimens est le délai écoulé entre la date d'administration du test Pap et sa date de déclaration par le laboratoire. Le temps de traitement des spécimens est un indicateur de la capacité du système à traiter les tests Pap en temps opportun, qui est influencée par les ressources humaines et les systèmes d'information.

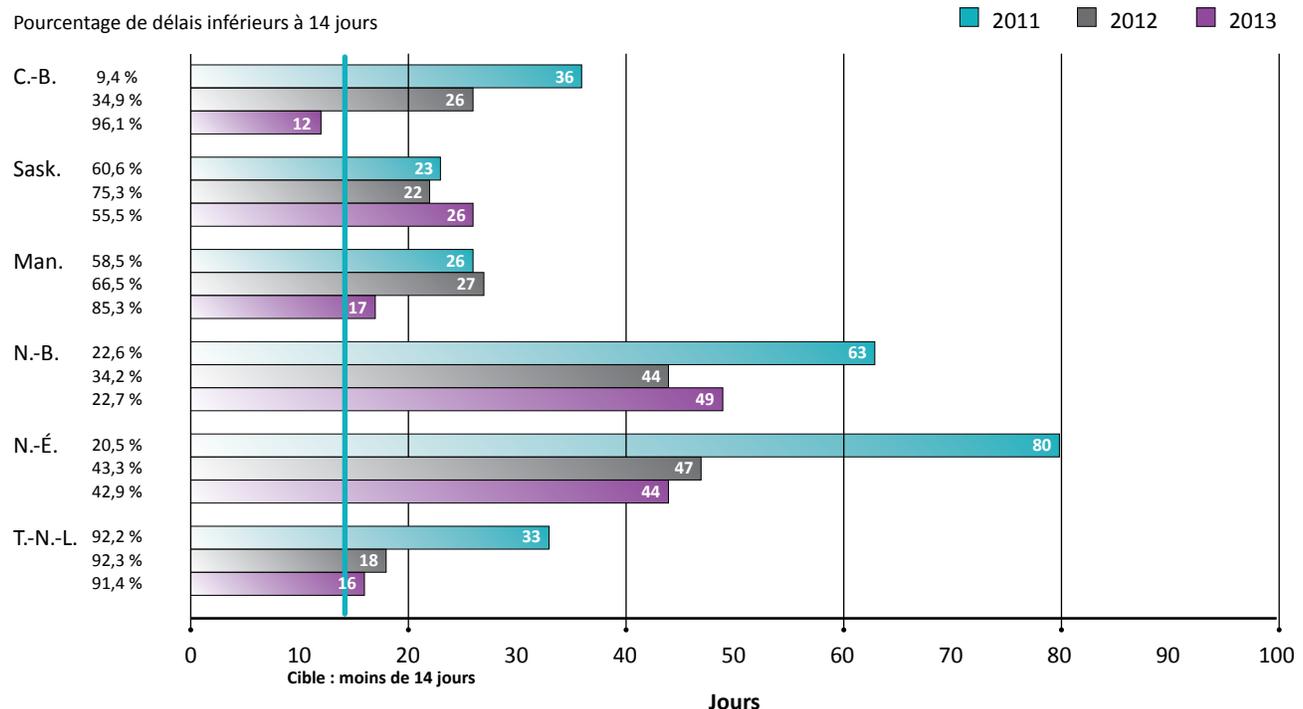
**Cible : 90 % en 14 jours civils**

## Quels résultats a-t-on obtenus?

En 2013, le pourcentage de tests Pap pour lesquels le délai écoulé entre la date d'administration et la date de traitement par le laboratoire était inférieur à 14 jours civils variait entre 22,7 % au Nouveau-Brunswick et 96,1 % en Colombie-Britannique. Le nombre de jours auquel le 90<sup>e</sup> centile a été atteint variait entre 12 jours en Colombie-Britannique et 49 jours au Nouveau-Brunswick. L'Ontario a fourni des données pour 2012; le nombre de jours auquel le 90<sup>e</sup> centile a été atteint était de 21 jours (non représenté à la figure 8). Dans le cas des provinces ayant présenté trois ans de données, le temps de traitement des spécimens a connu une amélioration entre 2011 et 2013.

FIGURE 8

## Temps de traitement des spécimens mesuré en tant que pourcentage de délais inférieurs à 14 jours civils et en nombre de jours auquel le 90<sup>e</sup> centile a été atteint par province ou par territoire, 2011-2013



### **Que peut-on conclure des résultats?**

---

Le temps de traitement des spécimens est un élément déterminant en matière de qualité des travaux de laboratoire. La diversité des procédures de laboratoire peut entraîner des délais plus longs. Cependant, puisque tant les femmes que les professionnels de la santé

désirent une transmission rapide des résultats, des stratégies supplémentaires peuvent être nécessaires dans certaines régions pour que le temps de traitement des spécimens s'améliore.

# Temps écoulé avant la colposcopie

## Que mesure-t-on et pourquoi?

Le temps écoulé avant la colposcopie est le pourcentage de femmes qui ont obtenu un résultat de test Pap de haut grade (AGC, ASC-H ou HSIL+) et qui ont subi une colposcopie de suivi au cours des six semaines suivant la date du rapport du test Pap. Une colposcopie est un examen visuel du col de l'utérus qui s'accompagne souvent d'une biopsie visant à confirmer une possible anomalie du col de l'utérus. Le temps écoulé avant la colposcopie exclut les colposcopies effectuées dans les sept jours suivant le test Pap, car le prélèvement du test Pap peut avoir eu lieu au même moment que la colposcopie, et il est peu probable que ce test soit à l'origine de l'orientation en colposcopie. Le temps écoulé avant la colposcopie est influencé par le temps de traitement des spécimens. Il est possible que les résultats diffèrent selon la province à cause de l'exhaustivité et de la disponibilité des données de colposcopie. De surcroît, la mesure du temps écoulé avant la colposcopie joue un rôle important dans la prestation de soins de qualité axés sur le patient : un long temps écoulé avant la colposcopie peut amplifier l'angoisse qu'éprouvent les femmes qui apprennent que leurs résultats de test Pap sont anormaux et que d'autres procédures sont indiquées.

**Cible :** 90 % des femmes qui ont obtenu un résultat de test Pap de haut grade devraient subir une colposcopie au cours des six semaines suivant la date du rapport du test Pap.

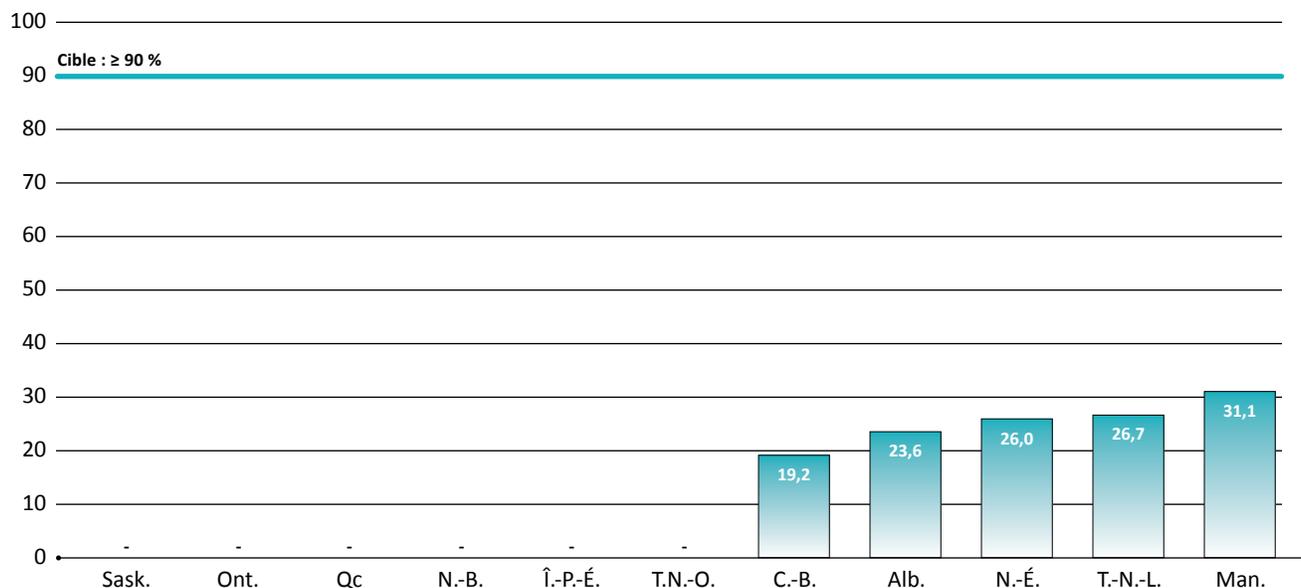
## Quels résultats a-t-on obtenus?

Le délai écoulé entre la date du rapport du test Pap et celle de la colposcopie était disponible pour cinq provinces. Le pourcentage de femmes dont le résultat du test Pap était de grade élevé et qui ont subi une colposcopie de suivi au cours des six semaines suivant la date du rapport du test variait entre 19,2 % en Colombie-Britannique et 31,1 % au Manitoba (figure 9). Aucune province n'a atteint la cible. La figure 10 illustre le nombre de jours auquel le 90<sup>e</sup> centile a été atteint selon l'âge et la province en 2013.

FIGURE 9

**Pourcentage de femmes âgées de 21 à 69 ans qui ont obtenu un résultat de test Pap de haut grade (AGC, ASC-H ou HSIL+) et qui ont subi une colposcopie de suivi au cours des six semaines suivant la date du rapport du test Pap indicateur, par province ou par territoire, 2011-2013**

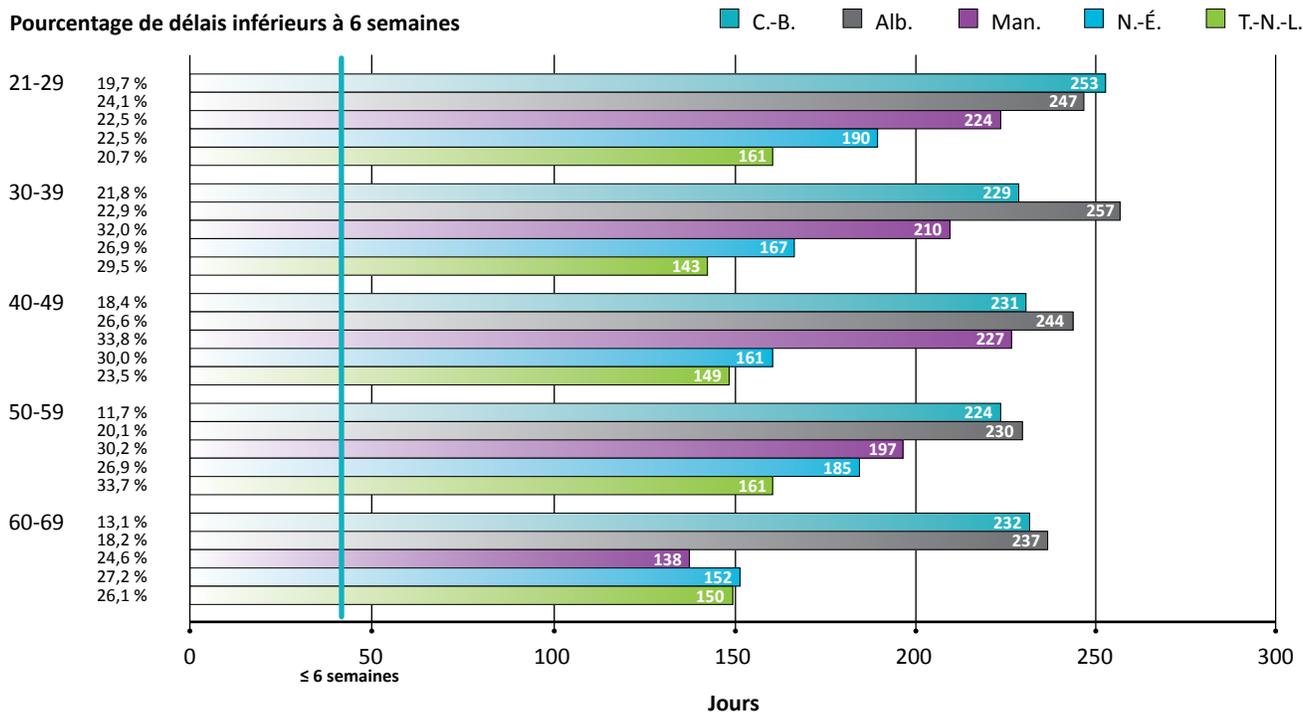
Taux de colposcopie de suivi (%)



Le symbole « - » indique que les données n'étaient pas disponibles pour la Saskatchewan, le Québec, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard et les Territoires du Nord-Ouest. L'Ontario a fourni des données pour les femmes qui ont obtenu un résultat de test Pap de haut grade et qui ont subi une colposcopie de suivi ou un traitement définitif au cours des six mois suivant la date du rapport du test Pap indicateur en 2013 (82,8 %). L'Alberta a fourni des données pour 2012. La catégorie HSIL+ comprend l'adénocarcinome in situ, le carcinome in situ, le carcinome épidermoïde, l'adénocarcinome et autres cancers. Les femmes ayant subi un traitement définitif du col de l'utérus ont aussi été incluses si une colposcopie de suivi n'a pas été trouvée.

FIGURE 10

**Nombre de jours auquel le 90<sup>e</sup> centile a été atteint pour les femmes ayant obtenu un résultat de test Pap de haut grade et qui ont subi une colposcopie de suivi selon l'âge et par province ou par territoire, 2013**



L'Alberta a fourni des données pour 2012. L'Ontario a fourni des données pour les femmes qui ont obtenu un résultat de test Pap de haut grade et qui ont subi une colposcopie de suivi ou un traitement définitif au cours des six mois suivant la date du test Pap indicateur (21-29 : 82 %; 30-39 : 84,5 %; 40-49 : 83,6 %; 50-59 : 80,5 %; 60-69 : 81,8 %). La catégorie HSIL+ comprend l'adénocarcinome in situ, le carcinome in situ, le carcinome épidermoïde, l'adénocarcinome et autres cancers. Les femmes ayant subi un traitement définitif du col de l'utérus ont aussi été incluses si une colposcopie de suivi n'a pas été trouvée.

**Que peut-on conclure des résultats?**

Les femmes ayant obtenu un résultat de test Pap de haut grade devraient être orientées en colposcopie dans un délai acceptable, d'une part, afin de réduire au minimum l'anxiété associée au suivi, et d'autre part, pour réduire le risque de modifications néoplasiques. Toutefois, le pourcentage de femmes qui ont obtenu un résultat de test Pap de haut grade et qui ont subi une colposcopie au cours des six semaines suivantes est faible. La cible dont il est question est semblable à celles de l'Irlande (90 % des femmes qui ont obtenu un résultat de test Pap de haut grade devraient obtenir un rendez-vous dans les quatre semaines suivant l'orientation) et du National Health Service britannique (90 % des femmes qui présentent une dyscaryose modérée ou sévère devraient être reçues en clinique de colposcopie dans les quatre semaines suivant l'orientation)<sup>25,26</sup>. La variation significative observée d'une province à l'autre est probablement causée par le temps de

traitement des spécimens, les mécanismes de transmission et d'orientation, le temps d'attente pour un rendez-vous en colposcopie et l'exhaustivité des données relatives à la colposcopie. Afin de réduire les temps d'attente en colposcopie, les programmes de dépistage et les professionnels de la santé peuvent élaborer et adopter des stratégies comme assurer la prestation de la colposcopie d'une façon conforme aux directives de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) (par exemple, ne pas faire subir de colposcopie aux jeunes femmes n'ayant qu'un seul résultat de test Pap de bas grade); mettre en place des protocoles pour veiller à ce que les femmes soient avisées des tests Pap anormaux; adopter des mesures d'efficacité clinique comme le triage des rendez-vous en colposcopie en fonction de la gravité des résultats du test Pap et renvoyer les patientes à leur professionnel de la santé de soins primaires une fois le suivi terminé.

# Corrélation cyto-histologique

## Que mesure-t-on et pourquoi?

La corrélation cyto-histologique est le pourcentage de tests Pap anormaux conjugués à un examen histologique dont les résultats indiquent la présence d'une lésion précancéreuse ou d'un cancer infiltrant au cours des 12 mois suivants. La corrélation entre la cytologie et l'histologie de dépistage est un indicateur tant de la valeur prédictive positive (VPP) du test Pap que de l'exactitude de l'évaluation de la colposcopie et de l'interprétation de la biopsie. Une faible corrélation cyto-histologique peut indiquer que le nombre de lésions de haut grade est surestimé ou que des lésions ne sont pas détectées par la colposcopie. Le taux de corrélation cyto-histologique est influencé par des variables d'interprétation, mais aussi par le taux de suivi en colposcopie, le taux d'investigation histologique et l'exhaustivité et la disponibilité des renseignements en matière de colposcopie et d'histologie.

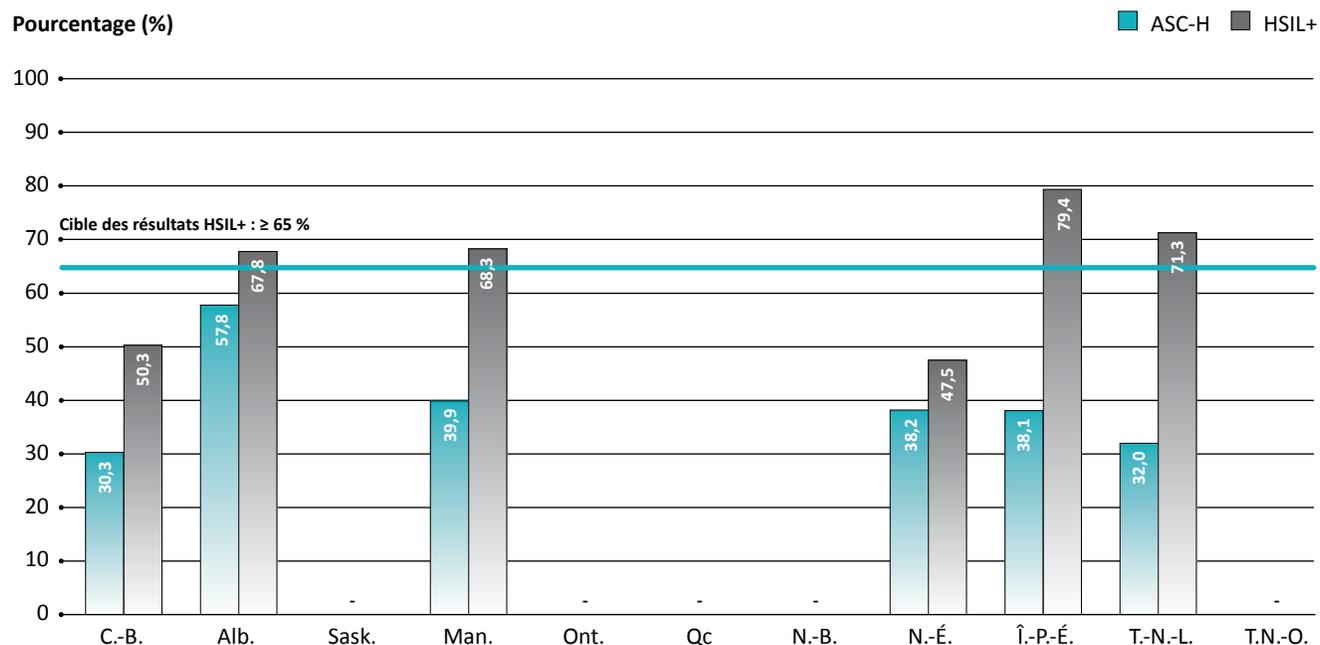
**Cible :** *≥ 65 % des tests Pap de haut grade (résultats de cytologie HSIL+) devraient être conjugués à un résultat histologique indiquant la présence d'une lésion précancéreuse ou d'un cancer infiltrant.*

## Quels résultats a-t-on obtenus?

Six provinces ont fourni de l'information sur la corrélation cyto-histologique. Chez les femmes dont le résultat de test Pap était ASC-H, la corrélation variait entre 30,3 % en Colombie-Britannique et 57,8 % en Alberta (figure 11). La corrélation était supérieure chez les femmes dont le résultat de test Pap était HSIL+, variant entre 47,5 % en Nouvelle-Écosse et 79,4 % à l'Île-du-Prince-Édouard. La corrélation cyto-histologique dans le cas d'un résultat ASC-H était supérieure chez les femmes âgées de 21 à 29 ans, pour ensuite diminuer chez les 40 ans et plus. La corrélation cyto-histologique dans le cas des résultats HSIL+ était supérieure chez les femmes âgées de 30 à 39 ans, puis celle-ci diminuait chez les groupes des 40 à 49 ans et des 50 à 59 ans, avant d'augmenter légèrement dans le cas des 60 à 69 ans (figure 12).

FIGURE 11

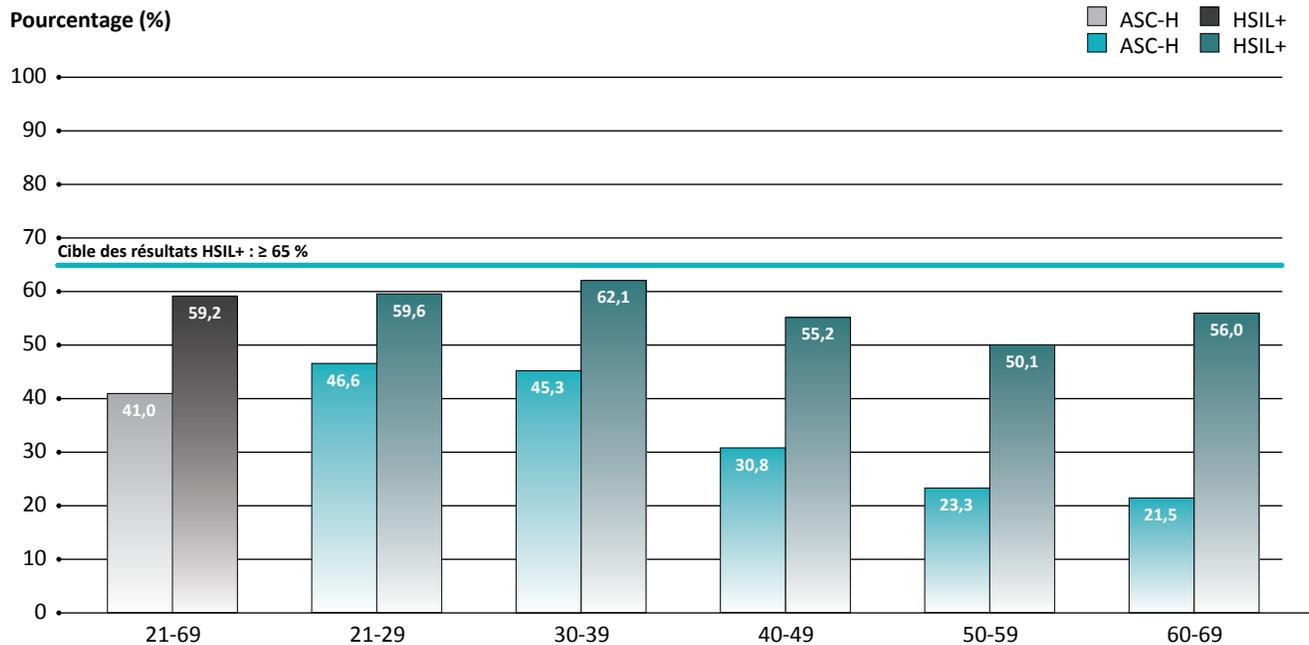
**Pourcentage de tests Pap avec un résultat ASC-H ou HSIL+ ayant fait l'objet d'une investigation au moyen d'une biopsie au cours des 12 mois suivant le test Pap et dont le diagnostic histologique était aussi ASC-H ou HSIL+ chez les femmes âgées de 21 à 69 ans, par province ou par territoire, 2011-2013**



Le symbole « - » indique que les données n'étaient pas disponibles pour la Saskatchewan, l'Ontario, le Québec, le Nouveau-Brunswick et les Territoires du Nord-Ouest. L'Alberta a présenté des données pour 2012 et 2013.

FIGURE 12

**Pourcentage de tests Pap avec un résultat ASC-H ou HSIL+ ayant fait l'objet d'une investigation au moyen d'une biopsie au cours des 12 mois suivant le test Pap et dont le diagnostic histologique était aussi ASC-H ou HSIL+ selon l'âge, provinces et territoires confondus, 2011-2013**



Comprend la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador. L'Alberta a présenté des données pour 2012 et 2013.

**Que peut-on conclure des résultats?**

Quatre provinces ont atteint la cible dans le cas des femmes dont le résultat de test Pap était HSIL+. Il est important d'atteindre cette cible, car une surestimation de la cytologie (à savoir, un résultat faux positif au test Pap) peut entraîner l'orientation inutile en coloscopie et prolonger le temps d'attente pour les femmes qui en ont réellement besoin. Il est important de noter que cet

indicateur de qualité est influencé par le temps écoulé avant la coloscopie et par le pourcentage de femmes qui ont subi une biopsie. La surveillance continue de cet indicateur de qualité est essentielle, d'une part, pour assurer aux femmes que le traitement de suivi améliore les résultats, et d'autre part, pour comprendre l'impact de la vaccination contre le VPH sur la VPP du test Pap.

# Taux d'investigation histologique

## Que mesure-t-on et pourquoi?

---

Le taux d'investigation histologique est le pourcentage de femmes qui ont obtenu un résultat de test Pap de haut grade (ASC-H ou HSIL+) et qui ont subi une colposcopie et fait l'objet d'une investigation histologique au cours des 12 mois suivants. La Société canadienne des coloscopistes (SCC) et la SOGC recommandent que toutes les lésions visibles fassent l'objet d'une biopsie et que toutes les femmes orientées avec des lésions malpighiennes intraépithéliales de haut grade (HSIL) subissent un curetage endocervical et une biopsie dirigée, et ce, même en l'absence de lésions identifiables à la colposcopie<sup>27</sup>. Par conséquent, le taux d'investigation histologique a été déterminé à l'aide de deux dénominateurs différents : l'un a été calculé en proportion du nombre de femmes qui ont eu un test Pap anormal de haut grade et l'autre, en proportion du nombre de femmes qui ont eu un test Pap anormal de haut grade et qui ont également subi une colposcopie.

**Cible :** À déterminer.

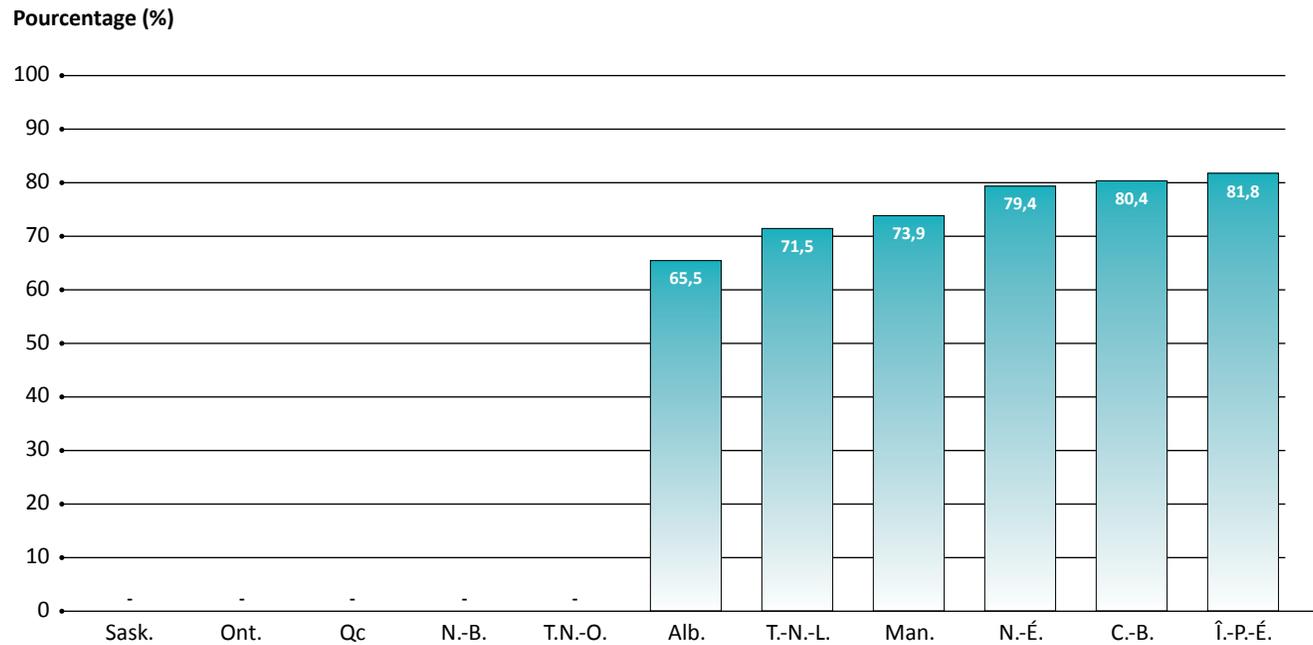
## Quels résultats a-t-on obtenus?

---

Le pourcentage de femmes dont le résultat de test Pap était ASC-H ou HSIL+ et qui ont fait l'objet d'une investigation histologique au cours des 12 mois suivants variait entre 65,5 % en Alberta et 81,8 % à l'Île-du-Prince-Édouard (figure 13). Lorsqu'il est limité aux femmes qui ont subi une colposcopie et fait l'objet d'une investigation histologique, le taux d'investigation histologique augmente et varie entre 73,2 % pour Terre-Neuve-et-Labrador et 93,9 % en Colombie-Britannique (figure 14).

FIGURE 13

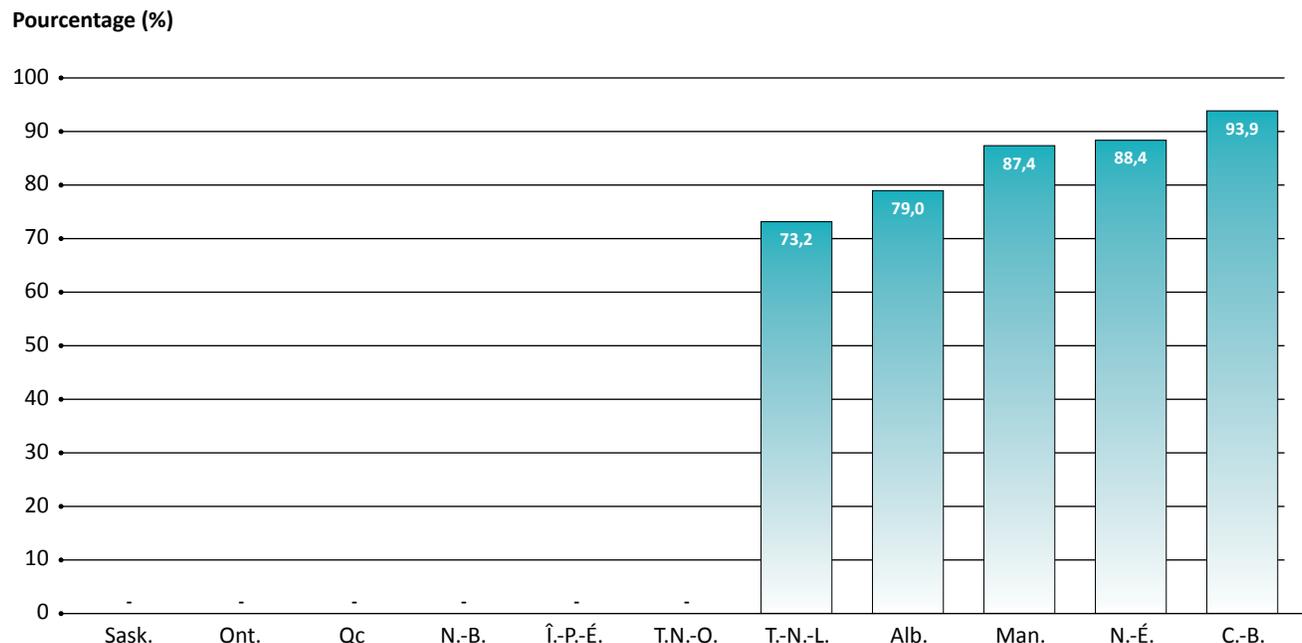
**Pourcentage de femmes âgées de 21 à 69 ans qui ont obtenu un résultat de test Pap ASC-H ou HSIL+ et qui ont reçu un diagnostic histologique au cours des 12 mois suivant le test Pap, par province ou par territoire, 2011-2013**



Le symbole « - » indique que les données n'étaient pas disponibles pour la Saskatchewan, l'Ontario, le Québec, le Nouveau-Brunswick et les Territoires du Nord-Ouest. L'Alberta a présenté des données pour 2012 et 2013.

FIGURE 14

**Pourcentage de femmes âgées de 21 à 69 ans qui ont obtenu un résultat de test Pap ASC-H ou HSIL+, qui ont subi une colposcopie et qui ont reçu un diagnostic histologique au cours des 12 mois suivant le test Pap, par province ou par territoire, 2011-2013**



Le symbole « - » indique que les données n'étaient pas disponibles pour la Saskatchewan, l'Ontario, le Québec, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard et les Territoires du Nord-Ouest. L'Alberta a présenté des données pour 2012 et 2013.

**Que peut-on conclure des résultats?**

Parmi les provinces ayant présenté des données concernant le taux d'investigation histologique, le pourcentage de femmes ayant subi une biopsie était élevé, mais ce pourcentage variait selon la région. Il y a matière à amélioration, car le taux d'investigation actuellement recommandé par la ligne directrice canadienne est de 100 % dans le cas des HSIL. Cependant, l'investigation

histologique est influencée par la source de renseignements en matière d'histologie, les raisons de ne pas mener d'investigation histologique (à savoir, une grossesse ou l'incapacité à cerner la zone d'anomalie) et surtout, le temps écoulé avant la colposcopie ainsi que la disponibilité des données à ce sujet.

# Taux de détection de lésions précancéreuses

## Que mesure-t-on et pourquoi?

Le taux de détection de lésions précancéreuses est le nombre de lésions malpighiennes précancéreuses détectées pour 1 000 femmes au cours des 12 mois précédents. Les lésions précancéreuses comprennent les biopsies dont le résultat est HSIL. Puisque le dépistage du cancer du col de l'utérus conduit à la détection et au traitement des lésions avant qu'elles n'évoluent en cancer, l'indicateur dont il est question permet de formuler des observations au sujet de la prévention du cancer du col de l'utérus et de la lutte contre cette maladie.

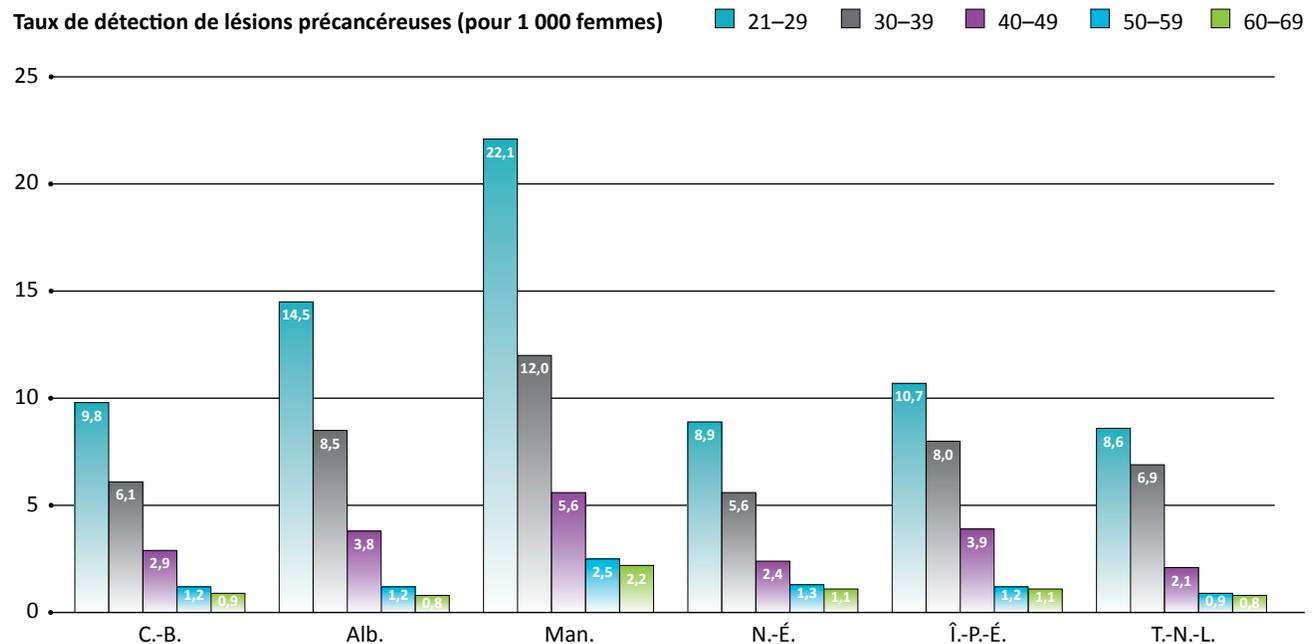
**Cible :** À déterminer.

## Quels résultats a-t-on obtenus?

La figure 15 illustre le taux de détection de lésions précancéreuses par province et selon l'âge. Dans toutes les provinces, le taux de détection de lésions précancéreuses était supérieur chez les femmes âgées de 21 à 29 ans, puis chez celles âgées de 30 à 39 ans. Le taux chute à moins de 1 % chez les femmes âgées de 60 ans et plus.

FIGURE 15

**Nombre de femmes chez qui une lésion précancéreuse a été détectée pour 1 000 femmes dépistées, selon l'âge et par province ou par territoire, 2011-2013**



L'Alberta a présenté des données pour 2012 et 2013.

### **Que peut-on conclure des résultats?**

---

L'identification et le traitement des lésions précancéreuses sont des éléments clés de la lutte efficace contre le cancer du col de l'utérus. Le taux supérieur de lésions précancéreuses chez les jeunes femmes reflète une prévalence accrue du VPH au sein de cette population. Dans la plupart des cas, les lésions précancéreuses n'évolueront pas en cancer infiltrant du col de l'utérus, mais un traitement peut avoir été prescrit inutilement; c'est pourquoi les directives provinciales en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus recommandent un

encadrement moins dynamique dans le cas des jeunes femmes qui présentent des anomalies de bas grade. L'indicateur de qualité dont il est question fournit des renseignements à propos de l'équilibre entre les avantages de la prévention du cancer et les inconvénients du surdépistage et du surtraitement chez les jeunes femmes. Par ailleurs, de telles données doivent être interprétées de pair avec le taux de participation, le taux d'anomalie et le taux d'incidence du cancer infiltrant pour chaque groupe d'âge.

# Incidence du cancer

## Que mesure-t-on et pourquoi?

L'incidence du cancer est le taux d'incidence du cancer infiltrant du col de l'utérus diagnostiqué pour 100 000 femmes pendant un an et normalisé selon l'âge (normalisation selon la population canadienne en 2011). L'incidence du cancer représente l'objectif ultime du dépistage : la réduction du nombre de femmes qui reçoivent un diagnostic de cancer du col de l'utérus. Cet indicateur de qualité englobe toutes les femmes âgées de 20 ans et plus.

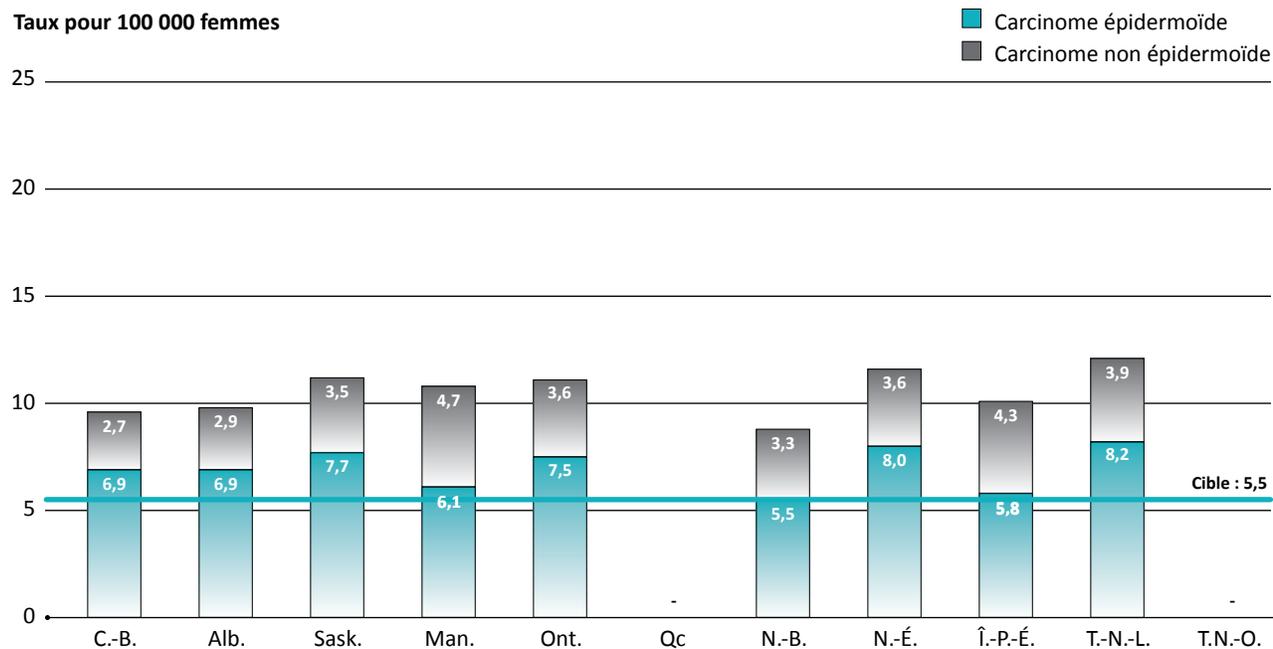
**Cible :** 5,5 cas pour 100 000 d'ici 2037 (selon une participation de 80 % au dépistage et de 70 % à la vaccination).

## Quels résultats a-t-on obtenus?

Le taux d'incidence du cancer infiltrant du col de l'utérus normalisé selon l'âge variait entre 8,8 pour 100 000 femmes au Nouveau-Brunswick et 12,1 pour 100 000 femmes à Terre-Neuve-et-Labrador (figure 16). Le taux d'incidence du carcinome épidermoïde normalisé selon l'âge variait entre 5,5 pour 100 000 femmes au Nouveau-Brunswick et 8,2 pour 100 000 femmes à Terre-Neuve-et-Labrador. Le taux d'incidence du carcinome non épidermoïde normalisé selon l'âge variait entre 2,7 pour 100 000 femmes en Colombie-Britannique et 4,7 pour 100 000 femmes au Manitoba. L'incidence la plus faible a été observée chez les femmes âgées de 20 à 24 ans (1,2 et 0,6 pour 100 000 femmes pour le carcinome épidermoïde et non épidermoïde, respectivement) (figure 17). La plus forte incidence du carcinome épidermoïde est survenue chez les femmes âgées de 40 à 44 ans (11,6 pour 100 000) et l'incidence la plus forte du carcinome non épidermoïde a été observée chez les femmes âgées de 35 à 39 ans (5,4 pour 100 000).

FIGURE 16

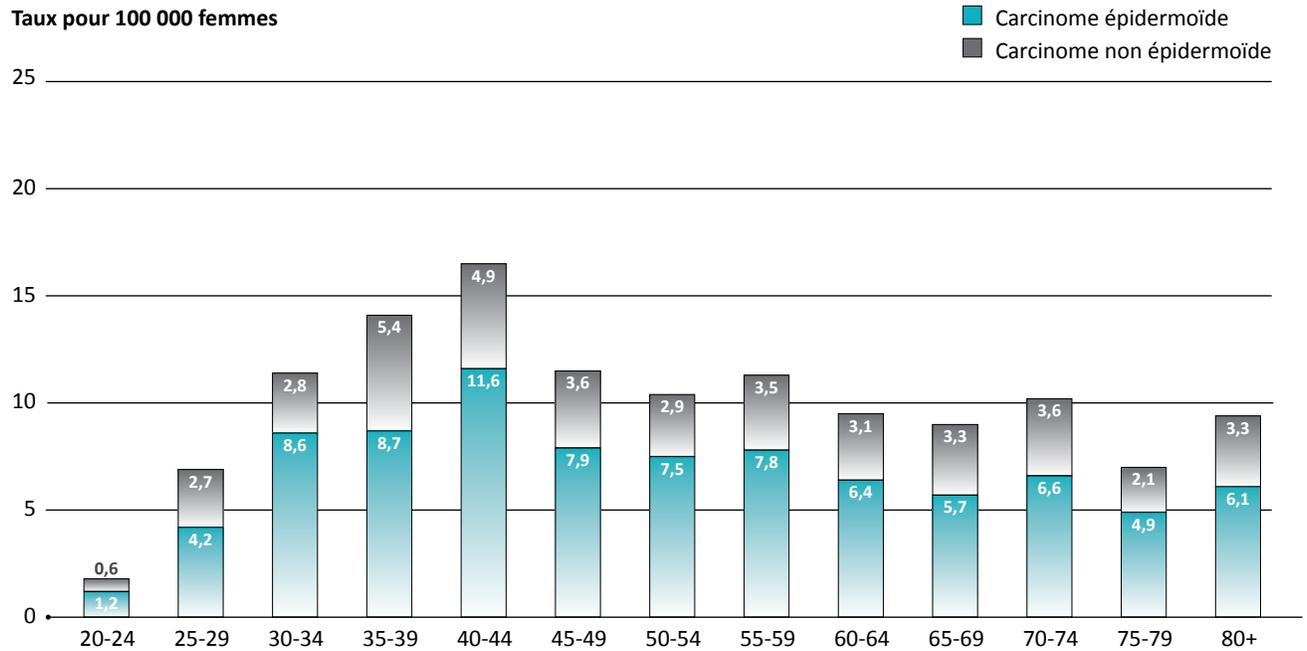
**Taux d'incidence du cancer infiltrant du col de l'utérus normalisé selon l'âge pour 100 000 femmes âgées de 20 ans et plus, par province ou par territoire, 2011-2013**



Le symbole « - » indique que les données n'étaient pas disponibles pour le Québec et les Territoires du Nord-Ouest. La Colombie-Britannique a présenté des données pour 2011 et 2012. L'Ontario a fourni des données pour les femmes âgées de 20 à 69 ans pour 2010. Normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011.

FIGURE 17

**Taux d'incidence du cancer infiltrant du col de l'utérus normalisé selon l'âge pour 100 000 femmes, par groupe d'âge, provinces confondues, 2011-2013**



Comprend la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador. La Colombie-Britannique a présenté des données pour 2011 et 2012. Normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011.

**Que peut-on conclure des résultats?**

L'incidence du cancer infiltrant du col de l'utérus au Canada a diminué de manière importante au fil du temps<sup>3,28</sup>. Cependant, de 2011 à 2013, 935 femmes ont reçu un diagnostic de cancer infiltrant du col de l'utérus (à l'exclusion de l'Ontario, du Québec et des territoires).

Ce nombre pourrait être réduit davantage si 70 % des jeunes femmes étaient vaccinées contre le VPH et si 80 % des femmes subissaient un dépistage du cancer du col de l'utérus tous les trois ans.

# Pourcentage de cancers diagnostiqués au stade I

## Que mesure-t-on et pourquoi?

---

Le pourcentage de cancers diagnostiqués au stade I (ou le taux de détection précoce du cancer infiltrant) est le pourcentage de cancers infiltrants du col de l'utérus diagnostiqués au stade I au cours d'une période de 12 mois au moyen du système de classification des stades de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO). Le stade I est le premier stade, lorsque le cancer a envahi le col de l'utérus, mais qu'il y reste confiné<sup>29</sup>. Le stade au moment du diagnostic est étroitement lié à la survie<sup>30</sup>. Par conséquent, même si le principal objectif du dépistage demeure la prévention du cancer du col de l'utérus, l'un de ses avantages secondaires est le diagnostic précoce du cancer, lorsqu'il peut être plus facile à traiter, et ce, avec de meilleures chances de guérison.

**Cible :** À déterminer.

## Quels résultats a-t-on obtenus?

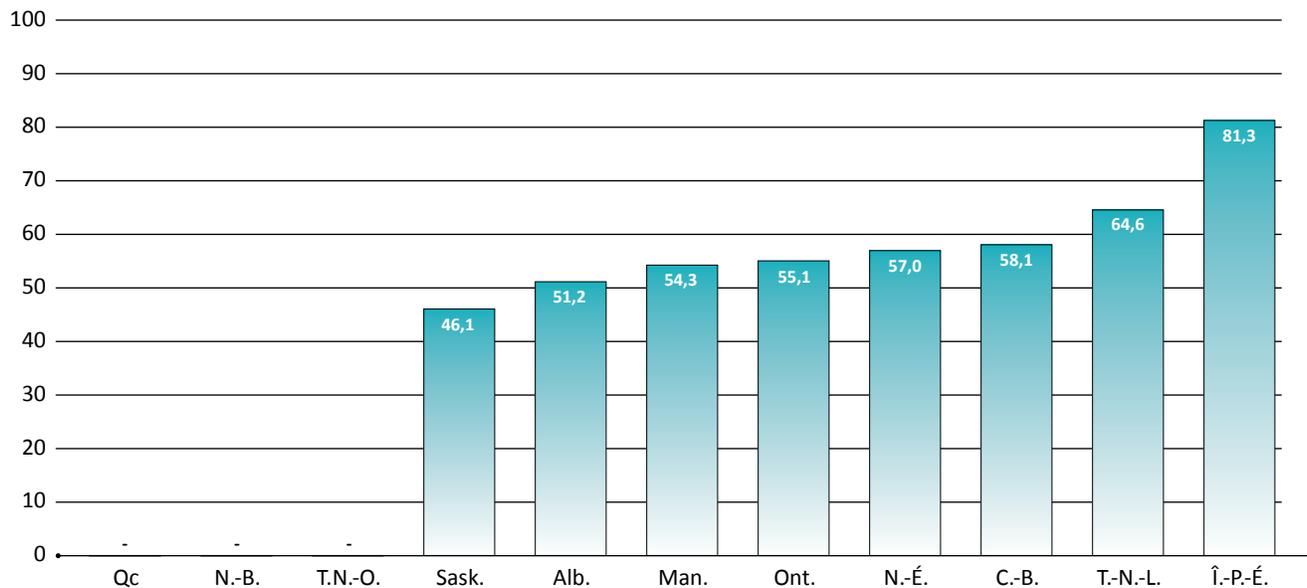
---

Le pourcentage de cancers infiltrants détectés au stade I variait entre 46,1 % en Saskatchewan et 81,3 % à l'Île-du-Prince-Édouard (figure 18).

FIGURE 18

**Pourcentage de cancers infiltrants du col de l'utérus diagnostiqués au stade I chez les femmes âgées de 21 à 69 ans, par province ou par territoire, 2011-2013**

Taux de cancers diagnostiqués au stade I (%)



Le symbole « - » indique que les données n'étaient pas disponibles pour le Québec, le Nouveau-Brunswick et les Territoires du Nord-Ouest. La Colombie-Britannique a présenté des données pour 2011 et 2012. L'Ontario a présenté des données pour 2011 pour tous les âges.

**Que peut-on conclure des résultats?**

Dans la plupart des provinces, le cancer infiltrant du col de l'utérus a été diagnostiqué au stade I dans plus de la moitié des cas, ce qui réduit la complexité du traitement et améliore la survie.

# Antécédents de dépistage dans les cas de cancer infiltrant

## Que mesure-t-on et pourquoi?

Les antécédents de dépistage dans les cas de cancer infiltrant offrent un aperçu du dépistage subi avant un diagnostic. Les antécédents de dépistage sont mesurés par le pourcentage de femmes ayant reçu un diagnostic de cancer infiltrant du col de l'utérus et dont le dernier test Pap remonte à moins de six mois (test probablement administré au cours du rendez-vous de diagnostic plutôt qu'à des fins de dépistage), entre six mois et trois ans (conforme aux lignes directrices), entre plus de trois ans et cinq ans (en retard), ou à plus de cinq ans avant la date du diagnostic de cancer. La catégorie de plus de cinq ans comprend les femmes qui n'ont aucun antécédent de test Pap.

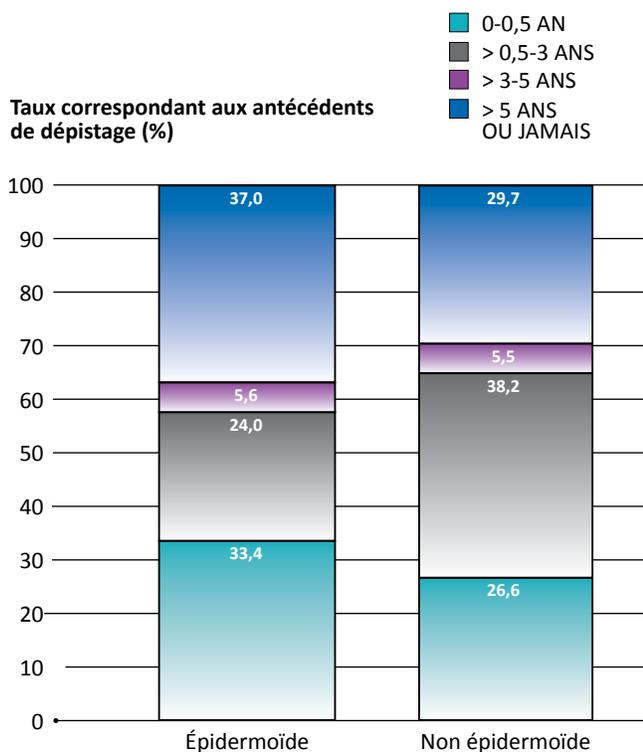
**Cible :** À déterminer.

## Quels résultats a-t-on obtenus?

La figure 19 illustre les antécédents de dépistage des femmes chez qui un carcinome épidermoïde ou non épidermoïde a été diagnostiqué. Il est important de noter que le pourcentage de femmes dans la catégorie de 0 à 6 mois peut être légèrement sous-estimé en raison de la façon dont le numérateur a été calculé. Dans l'ensemble, 24,0 % des femmes ayant reçu un diagnostic de carcinome épidermoïde et 38,2 % des femmes ayant reçu un diagnostic de carcinome non épidermoïde ont subi un test Pap plus de six mois à trois ans avant le diagnostic, alors que 5,6 % des femmes ayant reçu un diagnostic de carcinome épidermoïde et 5,5 % des femmes ayant reçu un diagnostic de carcinome non épidermoïde étaient en retard pour le dépistage. En outre, 37,0 % des femmes ayant reçu un diagnostic de carcinome épidermoïde et 29,7 % des femmes ayant reçu un diagnostic de carcinome non épidermoïde ont subi un test Pap plus de cinq ans avant leur diagnostic ou n'avaient aucun antécédent de test Pap.

FIGURE 19

**Antécédents de dépistage chez les femmes âgées de 21 à 69 ans ayant reçu un diagnostic de cancer infiltrant du col de l’utérus selon l’histologie, provinces confondues, 2011-2013**



Comprend la Colombie-Britannique, l’Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l’Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador. La Colombie-Britannique a présenté des données pour 2011 et 2012.

**Que peut-on conclure des résultats?**

Les femmes qui ont subi un test Pap plus de cinq ans avant un diagnostic de cancer infiltrant du col de l’utérus ou qui n’avaient aucun antécédent de test Pap représentent des cas de cancer qui auraient pu être évités avec un dépistage régulier. Si l’on suppose que les femmes qui ont subi un test Pap au cours des six mois précédant le diagnostic ont subi ce test au cours d’un rendez-vous de diagnostic et non à des fins de dépistage, le pourcentage de femmes ayant reçu un diagnostic dont le cancer aurait pu être évité avec un dépistage régulier augmente à 70,4 % dans le cas du carcinome épidermoïde et à 56,3 % dans le cas du carcinome non épidermoïde. La catégorie des femmes ayant subi un test Pap dans les six mois à trois ans avant un diagnostic représente l’incapacité du test Pap à détecter le cancer, un suivi inapproprié ou inadéquat, ou un cancer agressif qui évolue sur une courte période de temps. Le pourcentage correspondant à la dernière catégorie est nettement supérieur dans le cas des carcinomes non épidermoïdes, car le test Pap les détecte moins facilement.

# Dépistage du VPH

## Que mesure-t-on et pourquoi?

Une meilleure compréhension du rôle que joue le VPH dans l'étiologie du cancer du col de l'utérus est ce qui a mené à l'utilisation du dépistage de l'ADN de ce virus comme méthode alternative de dépistage du cancer du col de l'utérus. Le test de dépistage du VPH détecte la présence de l'ADN du VPH sur le col de l'utérus. La détection du VPH peut servir de méthode principale de dépistage lorsqu'elle est utilisée seule ou de pair avec la cytologie, ou être utilisée pour le triage des femmes ayant obtenu des résultats de cytologie ambigus (c.-à-d., ASC-US ou LSIL). Plusieurs essais randomisés contrôlés d'envergure ont permis de démontrer que le dépistage du VPH offre une sensibilité supérieure pour détecter les lésions précancéreuses (néoplasie cervicale intraépithéliale [CIN] 2 et 3) comparativement au test Pap<sup>31</sup>. Cette sensibilité accrue pourrait se traduire par des intervalles de dépistage plus longs et moins de tests. Cependant, la spécificité du test pourrait être inférieure, entraînant une augmentation du nombre d'orientations en colposcopie, en particulier dans le cas des femmes âgées de moins de 30 ou 35 ans<sup>32</sup>. De plus, le dépistage du VPH pourrait être plus coûteux, particulièrement si les femmes ou les professionnels de la santé ne respectent pas l'intervalle de dépistage recommandé. C'est pourquoi il est important d'évaluer avec soin les coûts et les avantages du dépistage du VPH comme moyen principal de dépistage avant sa mise en œuvre. Les résultats de l'essai FOCAL réalisé actuellement en Colombie-Britannique et qui porte sur la comparaison entre le test Pap et le dépistage du VPH fourniront de l'information supplémentaire qui servira à éclairer les décisions stratégiques en matière de dépistage au Canada<sup>33</sup>.

**Cible :** À déterminer.

## Quels résultats a-t-on obtenus?

À l'heure actuelle, le dépistage du VPH sert à effectuer le triage des femmes âgées de 30 ans et plus qui ont reçu un résultat de test Pap ASC-US en Alberta, en Ontario, au Québec, au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince-Édouard, à Terre-Neuve-et-Labrador, aux Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut (tableau 2). L'Alberta et le Nouveau-Brunswick se servent aussi du dépistage du VPH pour le triage des femmes âgées de plus de 50 ans qui ont reçu un résultat de test Pap LSIL. Dans le cas de la Colombie-Britannique, du Manitoba et des Territoires du Nord-Ouest, le dépistage du VPH est utilisé à la suite des traitements pour en déterminer le succès. Des études pilotes sur le dépistage du VPH comme moyen de détection principal, comme l'essai FOCAL, et d'autres projets de recherche pour approfondir le sujet sont actuellement en cours dans plusieurs provinces.

TABLEAU 2

**Dépistage de l'ADN du VPH par province ou par territoire en juillet 2015**

Province ou territoire	Dépistage de l'ADN du VPH
<b>Colombie-Britannique</b>	Dépistage du VPH pour suivi après traitement. Étude FOCAL sur la détection du VPH comme méthode principale de dépistage.
<b>Alberta</b>	Triage par dépistage du VPH chez les femmes âgées de plus de 30 ans ayant obtenu un résultat de test Pap ASC-US ou chez les femmes âgées de plus de 50 ans ayant obtenu un résultat de test Pap LSIL.
<b>Saskatchewan</b>	Études pilotes en cours.
<b>Manitoba</b>	Dépistage du VPH pour suivi après traitement.
<b>Ontario</b>	Triage par dépistage du VPH chez les femmes âgées de 30 ans et plus ayant obtenu un résultat de test Pap ASC-US. La détection du VPH comme méthode principale de dépistage est recommandée, mais celle-ci et le triage par dépistage du VPH ne sont pas encore financés.
<b>Québec</b>	Triage par dépistage du VPH chez les femmes âgées de 30 ans et plus ayant obtenu un résultat de test Pap ASC-US.
<b>Nouveau-Brunswick</b>	Triage par dépistage du VPH chez les femmes âgées de plus de 30 ans ayant obtenu un résultat de test Pap ASC-US ou chez les femmes âgées de plus de 50 ans ayant obtenu un résultat de test Pap LSIL.
<b>Nouvelle-Écosse</b>	Études pilotes en cours.
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>	Triage par dépistage du VPH chez les femmes âgées de 30 ans et plus ayant obtenu un résultat de test Pap ASC-US.
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>	Triage par dépistage du VPH chez les femmes âgées de plus de 30 ans ayant obtenu un résultat de test Pap ASC-US.
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>	Triage par dépistage du VPH chez les femmes âgées de plus de 30 ans ayant obtenu un résultat de test Pap ASC-US ou chez les femmes ménopausées ayant obtenu un résultat de test Pap LSIL ou ASC-US. Sert aussi de suivi après traitement.
<b>Yukon</b>	Renseignements non disponibles.
<b>Nunavut</b>	Triage par dépistage du VPH chez les femmes âgées de plus de 30 ans ayant obtenu un résultat de test Pap ASC-US.

Source : *Lignes directrices en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus : Analyse de l'environnement*. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer, juillet 2015.

**Que peut-on conclure des résultats?**

Le dépistage de l'ADN du VPH est utilisé dans beaucoup de provinces ou de territoires pour effectuer le triage des femmes ayant obtenu un résultat de test Pap ASC-US ou LSIL et déterminer le suivi approprié dans de tels cas. À mesure que le dépistage du VPH est plus largement offert et qu'il est intégré aux directives provinciales ou territoriales en matière de dépistage, il est important d'en surveiller l'effet sur les résultats de dépistage. La détection du VPH comme moyen principal de dépistage n'a pas encore été mise en œuvre au Canada. En 2016, les Pays-Bas mettront en œuvre la

détection du VPH comme méthode principale de dépistage chez les femmes tous les cinq ans à partir de l'âge de 30 ans, et l'Australie en fera autant à partir de l'âge de 25 ans. L'apparition de la cytologie en milieu liquide permet d'adopter aisément la détection du VPH aussi bien comme méthode principale de dépistage qu'à des fins de triage. À mesure que seront publiés les résultats des études sur le VPH comme FOCAL en Colombie-Britannique, des décisions pourront être prises quant à la meilleure façon d'utiliser la détection du VPH.

# Vaccination contre le VPH

## Que mesure-t-on et pourquoi?

---

La vaccination contre le VPH sert à mesurer le pourcentage de jeunes femmes vaccinées contre le VPH dans une cohorte ciblée. Actuellement, chaque province et territoire du Canada offre et coordonne un programme public de vaccination contre le VPH en milieu scolaire pour les filles âgées de 9 à 14 ans, avec une vaccination de rattrapage offerte jusqu'à 18 ans. La surveillance et le suivi sont des éléments essentiels pour comprendre l'impact de la vaccination contre le VPH sur la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus et les résultats des tests Pap.

*Cible : À déterminer.*

## Quels résultats a-t-on obtenus?

---

Les programmes de vaccination contre le VPH et leur adoption varient selon les provinces, entre 47 % dans les Territoires du Nord-Ouest et 92,8 % à Terre-Neuve-et-Labrador (1<sup>re</sup> dose) (tableau 3).

TABLEAU 3

## Vaccination contre le VPH chez les filles par province ou par territoire

Province ou territoire	Date initiale de mise en œuvre du programme	CALENDRIER DE VACCINATION SYSTÉMATIQUE (0, 2, 6 MOIS)				
		Niveau scolaire	Année scolaire	Vaccination		
				1 <sup>re</sup> dose	2 <sup>e</sup> dose	3 <sup>e</sup> dose
Colombie-Britannique	Septembre 2008	6 <sup>e</sup> année	2013-2014	-	65,8 %	S.O. (2 doses offertes en 2014)
Alberta	Septembre 2008	5 <sup>e</sup> année	2013-2014	74,2 %	-	64,9 %
Saskatchewan*	Septembre 2008	6 <sup>e</sup> année (13 ans)	2012-2013	80,3 %	78,4 %	73,7 %
Manitoba	Septembre 2008	6 <sup>e</sup> année	2013-2014	68,8 %	65,8 %	58,2 %
Ontario	Septembre 2007	8 <sup>e</sup> année	2012-2013	-	-	80,2 %
Québec	Septembre 2008	4 <sup>e</sup> année	2013-2014	81 %	77 %	S.O. (2 doses offertes en 2013)
Nouveau-Brunswick	Septembre 2008	7 <sup>e</sup> année	2014-2015	> 73 %**	> 73 %**	73 %
Nouvelle-Écosse	Septembre 2007	7 <sup>e</sup> année	2013-2014	88,8 %	84,5 %	75,0 %
Île-du-Prince-Édouard	Septembre 2007	6 <sup>e</sup> année	2013-2014	90,6 %	88,7 %	84,9 %
Terre-Neuve-et-Labrador	Septembre 2007	6 <sup>e</sup> année	2013-2014	92,8 %	93,7 %	88,7 %
Territoires du Nord-Ouest***	Septembre 2009	7 <sup>e</sup> année***	2013-2014	47 %	-	-
Yukon	Septembre 2009	6 <sup>e</sup> année	-	-	-	-
Nunavut	Mars 2010	6 <sup>e</sup> année ou ≥ 9 ans	-	-	-	-

\*Source : *Saskatchewan Immunization Management System (SIMS)* [Système de gestion de la vaccination de la Saskatchewan]. Données et méthode employée : les données de vaccination ont été extraites du *Saskatchewan Immunization Management System (SIMS)*. Selon le calendrier de vaccination de la Saskatchewan, le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) est offert aux filles de 6<sup>e</sup> année. Or, l'information de vaccination n'est pas consignée selon le niveau scolaire dans SIMS. En conséquence, la couverture vaccinale des élèves de 6<sup>e</sup> année est évaluée à l'âge de 13 ans. La couverture est estimée en choisissant un groupe de filles nées au cours d'une période donnée (c.-à-d., une cohorte de naissances), ayant été enregistrées dans SIMS et bénéficiant de l'assurance maladie provinciale. Les données de vaccination des filles nées entre septembre 1999 et août 2000 ont servi à estimer la couverture vaccinale.

\*\* 5,3 % en plus ont reçu au moins une ou deux doses.

\*\*\* La vaccination se fait à plusieurs niveaux scolaires (4<sup>e</sup> à 6<sup>e</sup> année) aux Territoires du Nord-Ouest.

"-" Renseignements non disponibles.

Source : *Lignes directrices en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus : Analyse de l'environnement*. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer, juillet 2015.

### Que peut-on conclure des résultats?

---

Il existe des différences significatives au niveau des taux de vaccination contre le VPH au pays. Cela est probablement lié aux différentes dates de mise en œuvre des programmes et à l'impact de la promotion de la santé dans chaque province ou territoire. Comme prévu, le taux de vaccination contre le VPH diminue à chaque dose. Les recherches montrent que la réaction immunitaire entraînée par deux doses est similaire à celle observée chez les personnes qui ont reçu trois doses<sup>34</sup>. Par conséquent, l'Organisation mondiale de la Santé a modifié ses lignes directrices pour favoriser une transition vers un schéma à deux doses chez les filles âgées de 9 à 14 ans<sup>35</sup>. Le but recherché en réduisant le nombre des doses est que plus de filles suivent un parcours de vaccination suffisant pour assurer l'immunité. En 2015-2016, tous les programmes de vaccination contre le VPH en milieu scolaire et financés par les fonds publics ont effectué la transition vers un schéma à deux doses pour les filles, à l'exception de ceux de l'Alberta et du Nunavut. L'Île-du-Prince-Édouard, l'Alberta et la Nouvelle-Écosse ont mis en place des programmes de vaccination contre le VPH en milieu scolaire pour les garçons, et le Manitoba, le Québec et l'Ontario ont également annoncé la mise en œuvre de programmes scolaires destinés aux garçons.

Dans le cadre de la lutte contre le cancer du col de l'utérus, il est important de continuer à offrir des programmes de vaccination contre le VPH en milieu scolaire et à encourager des taux de participation élevés. Les modélisations statistiques effectuées à l'aide du Modèle de gestion des risques du cancer (MGRC) ont permis de constater que l'incidence du cancer du col de l'utérus et la mortalité qui y est liée devraient être inférieures chez les femmes qui ont été vaccinées contre le VPH<sup>36</sup>. Le MGRC a également projeté une forte baisse de la prévalence du VPH de types 16 et 18 avec un taux de vaccination de 70 %. On observe déjà cette baisse dans d'autres pays qui ont également mis en œuvre des programmes nationaux de vaccination contre le VPH, comme le Royaume-Uni et l'Australie<sup>37,38</sup>. De récentes recherches menées en Colombie-Britannique ont permis de constater une réduction significative des lésions CIN2+ chez les femmes âgées de 15 à 17 ans après le lancement de la vaccination contre le VPH en 2008<sup>39</sup>.

# Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les jeunes femmes

Les récentes lignes directrices en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus adoptées par la plupart des provinces au cours des dernières années ne recommandent plus le dépistage chez les femmes âgées de moins de 21 ans. Par conséquent, afin de fournir des données de référence sur le dépistage auprès de ce groupe d'âge et de passer en revue les changements qui ont été apportés au dépistage des jeunes femmes au fil du temps, la présente section spéciale met l'accent sur le dépistage chez les femmes âgées de 18 à 20 ans au début de la modification des lignes directrices ou juste avant celle-ci. Des renseignements étaient disponibles pour la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et les Territoires du Nord-Ouest. L'Alberta et le Nouveau-Brunswick ont été les premières provinces à modifier leurs lignes directrices (mi-2011), tandis que l'Île-du-Prince-Édouard et la Nouvelle-Écosse ont été les dernières à le faire, en 2013.

Autrefois, les lignes directrices provinciales et territoriales recommandaient le dépistage à partir de 18 ans ou dans les trois années suivant le début de l'activité sexuelle<sup>9</sup>. Le dépistage chez les jeunes femmes était recommandé pour plusieurs raisons, notamment, d'une part, l'espoir qu'en commençant le dépistage à un jeune âge, une femme continuerait de s'y prêter tout au long de sa vie, et d'autre part, la croyance qu'en détectant et en traitant les anomalies du col de l'utérus chez les jeunes femmes, l'incidence du cancer du col de l'utérus et la mortalité qui y est liée seraient moindres à un âge plus avancé<sup>7,40</sup>.

Cependant, les données disponibles actuellement n'abondent pas dans ce sens. Il n'y a pas de données probantes sur l'intervalle recommandé entre le début de l'activité sexuelle (qui est associée à un risque d'infection au VPH) et la nécessité d'un premier test Pap ou d'un dépistage plus fréquent chez les femmes qui présentent un risque accru en raison de multiples partenaires sexuels<sup>7</sup>. D'autres pays (comme le Royaume-Uni et certains pays nordiques) qui ont retardé le début du dépistage du cancer du col de

l'utérus n'ont pas observé de diminution de la participation au dépistage à un âge ultérieur ou d'incidence de cancer plus élevée chez les femmes âgées de moins de 30 ans<sup>41, 42</sup>. Des études ont également permis de démontrer qu'environ 90 % des anomalies du col de l'utérus de bas grade observées chez les adolescentes régressent dans les 36 mois et que seulement 3 % de ces anomalies évoluent en anomalie de haut grade<sup>43-45</sup>. En retardant le dépistage à la mi-vingtaine, les lésions passagères et réversibles associées au VPH chez les adolescentes ont le temps de régresser, tandis que les lésions plus importantes qui nécessitent une intervention peuvent être détectées plus tard et sans que l'incidence du cancer augmente. Dans une récente analyse de la tendance temporelle au Canada, Popadiuk et coll. ont constaté que l'incidence du cancer infiltrant du col de l'utérus est demeurée constante à 0,3 cas et moins pour 100 000 entre 1970 et 2007 chez les femmes âgées de 15 à 19 ans, et ce, en dépit d'une tendance à la baisse de l'utilisation du test Pap chez les femmes de ce groupe d'âge depuis 1985<sup>24</sup>.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus peut aussi présenter certains inconvénients, comme l'anxiété et la morbidité psychologique qu'il entraîne chez les femmes qui apprennent la présence d'une lésion précancéreuse, ou les effets indésirables associés aux traitements comme la technique d'excision électrochirurgicale à l'anse (LEEP) (notamment lorsqu'il s'agit d'une procédure inutile ou de surtraitement)<sup>46-49</sup>. Ces inconvénients sont plus graves chez les jeunes femmes, car un pourcentage supérieur d'adolescentes (et de femmes âgées de moins de 30 ans) qui subissent un test Pap présentent des anomalies qui nécessitent une évaluation et un traitement approfondis<sup>44,50,51</sup>. Dans bien des cas, le traitement supplémentaire consiste en une colposcopie, une biopsie et des procédures d'excision électrochirurgicale à l'anse (LEEP) mineures qui sont généralement très sûres; les complications immédiates telles que les hémorragies sont rares et les complications plus graves sont extrêmement rares. Cependant, de récentes études indiquent qu'une grossesse chez une femme ayant subi un traitement pour

une anomalie du col de l'utérus est davantage susceptible de se terminer par un accouchement prématuré (rupture des membranes et travail prématurés) que chez des femmes qui n'ont pas été traitées pour une dysplasie cervicale<sup>52</sup>. Étant donné que les jeunes femmes sont plus susceptibles de vivre une grossesse après un traitement, le retardement du traitement pourrait avoir un profond impact sur les chances que survienne un accouchement prématuré par la suite. Dans les rares cas où un cancer infiltrant se développe chez des femmes âgées de moins de 21 ans, le cancer progresse souvent plus rapidement que s'il se développait chez une femme plus âgée, ce qui le rend plus difficile à prévenir avec le dépistage<sup>48</sup>.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les jeunes femmes entraîne également des coûts économiques importants. Le Modèle de gestion des risques du cancer (MGRC)<sup>1</sup>, élaboré par le Partenariat en collaboration avec Statistique Canada, a servi à estimer le coût du dépistage chez les femmes âgées de 18 à 20 ans. Le MGRC est un outil Web de microsimulation qui fait appel à des scénarios tirés de la population canadienne et à l'histoire naturelle des infections au VPH et du cancer du col de l'utérus afin d'offrir des données sur l'efficacité et l'efficience du dépistage du cancer du col de l'utérus<sup>53</sup>. Pour déterminer le coût associé au dépistage, le modèle suppose que 56 % des femmes âgées de 18 à 20 ans ont subi un test Pap au cours des trois dernières années (en fonction des taux initiaux de participation et de fidélisation et selon l'interaction de ces taux avec d'autres variables du modèle, comme l'intervalle de dépistage et le suivi des tests Pap anormaux). Le modèle suppose également que si une femme obtient un résultat de test Pap normal, elle continuera le dépistage régulier et aucun suivi ou traitement supplémentaire ne sera nécessaire. Si le résultat de test Pap était ASC-US, le suivi de 20 % des femmes consistera en une colposcopie, et 80 % des femmes devront subir un autre test Pap dans six mois. Les femmes qui obtiennent un résultat de test Pap ASC-H ou plus grave seront orientées pour subir une colposcopie, une biopsie et un traitement. Les principales hypothèses et définitions du modèle sont présentées à l'annexe E.

Selon le modèle, on estime que 232 201 tests Pap ont été réalisés en 2012 chez les Canadiennes âgées de 18 à 20 ans (225 614 tests à des fins de dépistage et 6 587 à des fins de

suivi) (tableau 4). Par conséquent, dans ce modèle, 34 % des femmes âgées de 18 à 20 ans ont fait l'objet d'un dépistage par le biais d'un test Pap en 2012 (225 614/656 539). Dans l'ensemble, 12 869 résultats anormaux de test Pap étaient de bas grade et 6 390 étaient de haut grade. Le nombre total de colposcopies effectuées était de 32 605. Au total, 7 033 LEEP, 13 256 biopsies et 1 964 autres procédures et traitements précancéreux ont été réalisés. Selon la méta-analyse de Kyrgiou et coll. (2014), le traitement du col de l'utérus est associé à un risque de fausse couche au deuxième trimestre de 1,6 % (par rapport à 0,4 % chez les femmes non traitées). Si environ 6 390 femmes avec des résultats anormaux de test Pap de haut grade vivent en moyenne une grossesse chacune, le dépistage de ces femmes pourrait entraîner 77 fausses couches au deuxième trimestre<sup>52</sup>. Ce chiffre est nettement supérieur à l'incidence du cancer du col de l'utérus chez ces femmes.

Le coût associé à la prestation et au traitement du test Pap était de 13 813 656 \$ (dollars canadiens de 2008). Le coût des colposcopies, des LEEP, des biopsies et autres traitements de suivi était de 43 818 594 \$. Le coût total estimatif du dépistage par test Pap et du suivi des femmes âgées de 18 à 20 ans pendant un an était donc de 57 632 250 \$.

Tel qu'il est indiqué précédemment, en raison de l'absence de données probantes au sujet des avantages du dépistage chez les jeunes femmes et des inconvénients potentiels de ce dernier, les lignes directrices provinciales et territoriales en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus ont récemment été mises à jour, et celles-ci ne recommandent plus le dépistage des femmes âgées de moins de 21 ans, et ce, quels que soient leurs antécédents sexuels. En janvier 2013, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a également publié des recommandations mises à jour; le Groupe ne recommande plus le dépistage systématique du cancer du col de l'utérus chez les femmes âgées de moins de 20 ans (recommandation forte; données probantes d'excellente qualité) ou chez les femmes âgées de 21 à 24 ans (recommandation faible; données probantes de qualité moyenne)<sup>2</sup>. Les lignes directrices du Groupe cherchent à trouver un équilibre entre la volonté de réduire la très rare occurrence de cancer du col de l'utérus chez les jeunes femmes et les inconvénients engendrés chez 98 % des jeunes femmes qui ne développeront jamais de cancer

du col de l'utérus<sup>54</sup>. Il est possible que ces directives changent à nouveau dans un avenir proche à cause de la généralisation de la vaccination contre le VPH et de l'utilisation du dépistage du VPH – il est possible que l'âge auquel débute le dépistage soit augmenté, que les intervalles de dépistage soient allongés et que le dépistage se termine plus tôt.

Compte tenu de notre connaissance des avantages et des risques du dépistage chez les jeunes femmes et du coût estimé pour le système de soins de santé, il est très important de réduire le recours au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes âgées de moins de 21 ans. Les professionnels de la santé joueront un rôle clé dans le changement dont il est question en prenant connaissance des lignes directrices actuelles, en comprenant les raisons derrière la recommandation de ne pas effectuer de dépistage chez les jeunes femmes et en sensibilisant les femmes au sujet des changements adoptés. Des études au sujet de la modification des directives en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus indiquent que les femmes sont préoccupées par une diminution de leur état de santé et de leur bien-être en général<sup>55</sup>. Certaines ont également affirmé préférer des tests fréquents pour prévenir le cancer, même si cela entraîne de l'anxiété en raison de faux positifs ou de procédures inutiles<sup>56-58</sup>. Cependant, d'autres études montrent clairement que les femmes acceptent un dépistage moins fréquent si cela est

recommandé par leur fournisseur de soins de santé<sup>59</sup>.

À mesure que les lignes directrices récemment mises à jour qui ne recommandent plus le dépistage chez les femmes âgées de moins de 21 ans seront adoptées dans la pratique courante en matière de soins de santé dans chaque province, il est prévu que le dépistage effectué chez les jeunes femmes diminue. La surveillance du dépistage chez les femmes âgées de moins de 21 ans est importante afin de réduire au minimum les inconvénients associés à ce dernier. Pour finir, la surveillance continue du dépistage chez les femmes âgées de 21 à 24 ans est aussi nécessaire pour que les programmes puissent continuer à suivre et à prendre des décisions éclairées quant au besoin d'adopter de nouvelles lignes directrices à l'avenir.

---

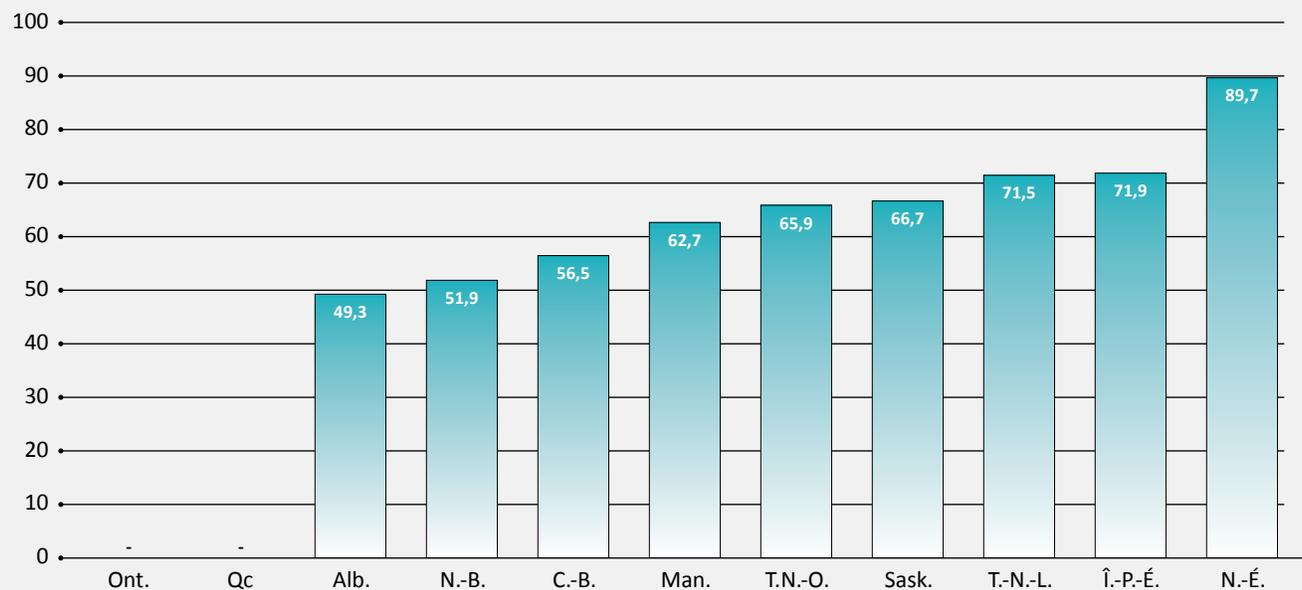
<sup>1</sup> MGRC, version 2.2.

<sup>2</sup> Pour réduire au minimum les inconvénients, le dépistage du cancer du col de l'utérus avant l'âge de 21 ans n'est pas recommandé, peu importe les antécédents sexuels, par la United States Preventive Services Task Force, l'American Cancer Society, l'American Society for Coloproscopy and Cervical Pathology, l'American Society for Clinical Pathology, et l'American Congress of Obstetricians and Gynecologists.

FIGURE 20

**Pourcentage de femmes âgées de 18 à 20 ans qui ont subi au moins un test Pap au cours d'une période de 42 mois, par province ou par territoire, du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 30 juin 2013**

Taux d'utilisation du test Pap (%)



Le symbole « - » indique que les données n'étaient pas disponibles pour l'Ontario et le Québec. Le Nouveau-Brunswick a présenté des données pour une période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 30 juin 2014.

TABLEAU 4

**Nombre estimé de dépistages chez les femmes âgées de 18 à 20 ans en 2012 et coûts estimés déterminés au moyen du Modèle de gestion des risques du cancer**

Femmes âgées de 18 à 20 ans	Nombre	Coût (dollars de 2008)
<b>Nombre de tests Pap*</b>	232 201	
<b>Anormal de bas grade</b>	12 869	13 813 656
<b>Anormal de haut grade</b>	6 390	
<b>Colposcopie</b>	32 605	24 978 436
<b>LEEP</b>	7 033	13 273 465
<b>Biopsie</b>	13 256	1 361 527
<b>Autres procédures et traitements précancéreux</b>	1 964	4 205 166
<b>Total</b>		57 632 250

\* Inclut 225 614 tests Pap à des fins de dépistage (97,2 %) et 6 587 à des fins de suivi (2,8 %).

# Conclusion et orientations futures

*Le présent rapport a dressé un portrait des indicateurs de la qualité des résultats des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus à l'échelle du pays en plus d'offrir de l'information descriptive au sujet du dépistage du VPH et de la vaccination contre ce virus. Par ailleurs, il s'agit du premier rapport qui inclue des cibles développées à l'échelle nationale pour six indicateurs de qualité.*

D'un océan à l'autre, la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus est assez élevée, mais elle semble stable ou en légère baisse au fil du temps. Nous devons désormais en apprendre davantage sur les 20 à 30 % de femmes qui ne font pas l'objet d'un dépistage du cancer du col de l'utérus ainsi que sur les types d'interventions supplémentaires nécessaires, d'une part, pour s'assurer que les femmes prennent une décision éclairée à ce sujet, et d'autre part, pour améliorer la participation au dépistage, s'il y a lieu. Le dépistage de ces femmes est la clé de la lutte contre le cancer du col de l'utérus, car nous savons que 30 à 40 % des femmes qui reçoivent un diagnostic de cancer infiltrant du col de l'utérus n'ont pas subi de test Pap au cours des cinq années précédant le diagnostic, ou n'ont aucun antécédent de test Pap. En 2015, une réunion pancanadienne organisée par le Partenariat a eu lieu pour échanger des vues sur les lacunes concernant les obstacles et les catalyseurs de l'augmentation du dépistage au sein des populations canadiennes mal desservies, pour examiner les raisons pour lesquelles les disparités en matière de dépistage ont subsisté dans ces populations, et pour évaluer et orienter l'approche envisagée pour la prochaine phase du projet SUPER (*Screening in Underserved Populations to Enhance Reach* [Dépistage chez les populations mal desservies afin d'améliorer la portée]).

La qualité du test Pap reste élevée; la plupart des provinces ont intégré la CML et ont atteint la cible pour le nombre de tests Pap insatisfaisants. Le temps écoulé avant la colposcopie semble également s'améliorer au fil du temps.

La corrélation cyto-histologique ou la VPP du test Pap atteignent la cible d'un pourcentage supérieur ou égal à 65 % pour les anomalies de haut grade dans beaucoup de provinces. Cependant, la réduction du temps écoulé avant la colposcopie est un enjeu complexe qui demeure un défi à relever dans la plupart des provinces et territoires.

L'incidence du cancer du col de l'utérus a été considérablement réduite par le dépistage au moyen du test Pap. Au fil du temps, l'incidence tant du carcinome épidermoïde que du carcinome non épidermoïde, de même que leurs tendances, doivent continuer de faire l'objet d'une surveillance, car la proportion de carcinome épidermoïde semble augmenter. Il est attendu que l'impact de la vaccination contre le VPH se traduise par une diminution encore plus importante de l'incidence du cancer. Nous espérons qu'en conjuguant cette dernière à une hausse de la participation des femmes non dépistées, nous serons en mesure d'atteindre notre objectif en matière d'incidence du cancer du col de l'utérus, qui est de 5,5 cas pour 100 000 d'ici 2037.

L'analyse du dépistage effectué chez les femmes âgées de 18 à 20 ans a permis de constater que beaucoup d'entre elles ont subi un test Pap dont le suivi a entraîné non seulement des inconvénients importants chez les femmes en question, mais aussi des coûts pour le système de soins de santé. Le nombre de jeunes femmes dépistées devrait diminuer à mesure que les femmes et les professionnels de la santé prendront connaissance des nouvelles lignes directrices en

matière de dépistage, qui recommandent de débiter la détection à 21 ans.

L'objectif premier des programmes de dépistage reste d'assurer que ce sont les femmes visées par les recommandations qui subissent un dépistage du cancer du col de l'utérus, et ce, à intervalle adéquat, et que la technologie utilisée pour le dépistage est de haute qualité et qu'elle est fondée sur des données probantes. Le RPDCCU continuera à servir cet objectif en rassemblant les acteurs clés des provinces et de territoires en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus dans le but de renforcer les programmes de dépistage existants et de délibérer sur les répercussions des nouvelles recherches et des données probantes issues de l'expérience clinique. Nous espérons soutenir les améliorations dans le domaine du dépistage en favorisant l'échange d'information, le partage des meilleures pratiques, la transmission et l'analyse régulières des données des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Les membres du RPDCCU ont déterminé qu'au cours des prochaines années, le dépistage des populations à faible revenu (de l'atelier SUPER) et l'élaboration d'indicateurs de qualité nationaux en matière de colposcopie constitueront l'un des principaux projets d'amélioration de la qualité que le Réseau devra entreprendre. Les indicateurs de qualité et les objectifs actuels liés à la colposcopie seront passés en revue, révisés et élargis. Par ailleurs, un groupe de travail sur le VPH prépare actuellement un document d'orientation dans le but d'aider les provinces et les territoires qui le souhaitent à mener des analyses de cas concernant la détection du VPH comme moyen principal de dépistage dans leur région.

# Références

1. WALD N.J. « Guidance on terminology ». *J Med Screen*. 2006; vol. 13(1), p. 53.
2. STRONG K., N. WALD, A. MILLER, A. ALWAN, WHO Consultation Group. « Current concepts in screening for non-communicable disease: World Health Organization Consultation Group Report on methodology of non-communicable disease screening ». *J Med Screen*. 2005; vol. 12, p. 12-9.
3. COMITÉ DIRECTEUR DES STATISTIQUES SUR LE CANCER DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2015*. Toronto (Ont.), Société canadienne du cancer, 2015.
4. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Examen des disparités en matière de lutte contre le cancer : rapport thématique spécial sur le rendement du système*. Toronto (Ont.), Partenariat canadien contre le cancer; 2014.
5. TROTTIER H., E.L. FRANCO. « The epidemiology of genital human papillomavirus infection ». *Vaccine*. 2006; vol. 24 (suppl. 1), p. S1-S15.
6. DAWAR M., S. DEEKS, S. DOBSON. « Human papillomavirus vaccines launch a new era in cervical cancer preventions ». *Can Med Assoc J*. 2007; vol. 177(5), p. 456-61.
7. GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS. « Recommendations on screening for cervical cancer ». *CMAJ*. 2013;185(1), p. 35-45.
8. National Cancer Institute Bethesda Web Atlas. Consulté à l'adresse : <http://nih.techriver.net>.
9. GROUPE DE TRAVAIL ET GROUPE D'ANALYSE DES DONNÉES SUR LA SURVEILLANCE DU RENDEMENT DES PROGRAMMES, RÉSEAU PANCANADIEN DE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS. *Cervical Cancer Screening in Canada. Monitoring Program Performance*. Toronto (Ont.), Partenariat canadien contre le cancer; 2011.
10. SANTÉ CANADA. *Dépistage du cancer du col utérin au Canada : Rapport de surveillance 1998*. Ottawa (Ont.), Travaux publics et services gouvernementaux Canada; 2002.
11. WOLTMAN K.J., K.B. NEWBOLD. « Immigrant women and cervical cancer screening uptake ». *Can J Public Health*. 2007; vol. 98(6), p. 470-5.
12. FYLAN F. « Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behaviour ». *Br J General Practice*. 1998; vol. 48, p. 1509-14.
13. JENNINGS-DOZIER K. « Predicting intentions to obtain a Pap smear among African American and Latina women: testing the theory of planned behaviour ». *Nursing Research*. 1999; vol. 48, p. 198-205.
14. SIMOES E.J., C.J. NEWSCHAFER, N. HAGDRUP, F. ALI-ABARGHOUI, X. TAO, N. MACK et coll. « Predictors of compliance with recommended cervical cancer screening schedule: a population-based study ». *J Comm Health*. 1999; vol. 24(2), p. 115-30.
15. HARLAN L.C., A.B. BERSTEIN, L.G. KESSLER. « Cervical cancer screening: who is not screened and why? ». *Am J Public Health*. 1991; vol. 81(7), p. 885-90.
16. THE NATIONAL CANCER INSTITUTE CANCER SCREENING CONSORTIUM FOR UNDERSERVED WOMEN. « Breast and cervical cancer screening among underserved women ». *Arch Fam Med*. 1995; vol. 4, p. 617-24.
17. KATZ S., T.P. HOFER. « Socioeconomic disparities in preventive care persist despite universal coverage ». *JAMA*. 1994; vol. 272(7), p. 530-4.
18. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Strategies to Maximize Participation in Cervical Screening in Canada. Catalogue of Interventions*. Toronto (Ont.), Partenariat canadien contre le cancer; 2010.
19. RONCO G., P.G. ROSSI. « New paradigms in cervical cancer prevention: opportunities and risks ». *BMC Women's Health*. 2008; vol. 8(23), p. 1-4.
20. RONCO G., P. GIORGI-ROSSI, F. CAROZZI, M. CONFORTINI, P. DALLA PALMA et coll. « Results at recruitment from a randomized controlled trial comparing human papillomavirus testing alone to conventional cytology as the primary cervical cancer screening test ». *J Natl Cancer Inst*. 2008; vol. 100, p. 492-501.
21. NYGARD J.F., G.B. SKARE, S.O. THORESEN. « The cervical cancer screening programme in Norway, 1992-2000: changes in Pap smear coverage and incidence of cervical cancer ». *J Med Screen*. 2002; vol. 9, p. 86-91.
22. DAVEY E., A. BARRATT, L. IRWIG, S.F. CHAN, P. MACASKILL et coll. « Effect of study design and quality on unsatisfactory rates, cytology classification, and accuracy in liquid-based versus conventional cytology: a systematic review ». *Lancet*. 2006; vol. 367, p. 122-32.
23. INSINGA R.P., G. PEREZ, C.M. WHEELER, L.A. KOUTSKY, S.M. GARLAND et coll. « Incident cervical HPV infections in young women: Transition probabilities for CIN and infection clearance ». *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2011; vol. 20(2), p. 287-96.
24. POPADIUK C., A. STANKIEWICZ, J. DICKINSON, L. POGANY, A.B. MILLER, J. ONYSKO. « Invasive cervical cancer incidence and mortality among Canadian women aged 15 to 29 and the impact of screening ». *JOGC*. 2012; Décembre, p. 1167-76.
25. NHS CANCER SCREENING PROGRAMMES. *Colposcopy and Programme Management. Guidelines for the NHS Cervical Screening Programme*. Deuxième édition. Sheffield (R.-U.), NHS Cancer Screening Programmes; 2010.
26. NATIONAL CANCER SCREENING SERVICE. *Guidelines for Quality Assurance in Cervical Screening*. Deuxième édition. Dublin (Irlande), National Cancer Screening Service; 2014.
27. BENTLEY J., M. BERTRAND, L. BRYDON, H. GAGNE, B. HAUCK et coll. « Colposcopic management of abnormal cervical cytology and histology ». *J Obstet Gynaecol Canada*. 2012; vol. 34(12), p. 1188-202.
28. LIU S., R. SEMENCIW, A. PROBERT, Y. MAO. « Cervical cancer in Canada : changing patterns in incidence and mortality ». *Int J Gynecol Cancer*. 2001; vol. 11, p. 24-31.
29. BENEDET J.L., S. PECORELLI, H.Y.S. NGAN, N.F. HACKER, directeurs de la rédaction. *Staging Classifications and Clinical Practice Guidelines of Gynaecological Cancers*. Deuxième édition. Amsterdam (P.-B.), Elsevier; 2000.

30. HENLEY S.J., J.B. KING, R.R. GERMAN, L.C. RICHARDSON, M. PLESCIA. « Surveillance of screening-detected cancers (colon and rectum, breast, and cervix) - United States, 2004-2006 ». *MMWR*. 2010; vol. 59(SS-9), p. 1-26.
31. GROUPE D'EXPERTS SUR LA DÉTECTION DU VPH COMME MÉTHODE DE DÉPISTAGE PRINCIPALE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS, PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *HPV Testing for Cervical Cancer Screening Expert Panel: Summary of Evidence*. Toronto (Ont.), Partenariat canadien contre le cancer; 2012.
32. RONCO G., P. GIORGI-ROSSI, F. CAROZZI, M. CONFORTINI, P. DALLA PALMA, A. DEL MISTRO et coll. « Efficacy of human papillomavirus testing for the detection of invasive cervical cancers and cervical intraepithelial neoplasia: a randomized controlled trial ». *Lancet Oncol*. 2010; vol. 11, p. 249-57.
33. FIELDEN S., M. LINDEGGER, H. PEDERSEN, C. MCALONEY, M. KRAJDEN, G. OGILVIE et coll. *Evaluation Findings from the Pilot Phase of BC's Provincial Point of Care HPV testing Program: the First 18 Months*. Vancouver (C.-B.), Clinical Prevention Services Division, BC Public Health Microbiology and Reference Laboratory; 2013.
34. DOBSON S.R., S. MCNEIL, M. DIONNE, M. DAWAR, G. OGILVIE, M. KRAJDEN et coll. « Immunogenicity of 2 doses of HPV vaccine in younger adolescents vs 3 doses in young women: a randomized clinical trial ». *JAMA*. 2013; vol. 309(17), p. 1793-802.
35. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Comprehensive Cervical Cancer Control : a Guide to Essential Practice*. Deuxième édition. Genève (Suisse), OMS; 2014.
36. PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Cervical Cancer Screening Scenarios for pan-Canadian Cervical Screening Initiative*. Toronto (Ont.), Partenariat canadien contre le cancer; 2014. Consulté à l'adresse : [http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/cervical\\_cancer\\_network\\_pres\\_june\\_17.pdf](http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/cervical_cancer_network_pres_june_17.pdf).
37. TABRIZI S.N., J.M. BROTHERTON, J.M. KALDOR, S.R. SKINNER, E. CUMMINS et coll. « Fall in human papillomavirus prevalence following a national vaccination program ». *J Infect Dis*. 2012; vol. 206(11), p. 1645-51.
38. MESHER D., K. SOLDAN, R. HOWELL-JONES, K. PANWAR, P. MANYENGA, M. JIT et coll. « Reduction in HPV 16/18 prevalence in sexually active young women following the introduction of HPV immunization in England ». *Vaccine*. 2013; vol. 32(1), p. 26-32.
39. OGILVIE G., M. NAUS, D.M. MONEY, S.R. DOBSON, D. MILLER, M. KRAJDEN et coll. « Reduction in cervical intraepithelial neoplasia in young women in British Columbia after introduction of the HPV vaccine: an ecological analysis ». *Int J Cancer*. 2015; vol. 137, p. 1931-7.
40. WISE J. « Age for starting cervical cancer screening in England will not be lowered ». *BMJ*. 2009; vol. 338, p. b2583.
41. CENTRE INTERNATIONAL DE RECHERCHE SUR LE CANCER. *European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening*. Deuxième édition. Lyon (France), CIRC; 2008.
42. LEHTINEN M., M. KAASILA, K. PASANE, T. PATAMA, J. PALMROTH, P. LAUKKANEN et coll. « Seroprevalence atlas of infections with oncogenic and non-oncogenic human papillomavirus in Finland in the 1980s and 1990s ». *Int J Cancer*. 2006; vol. 119, p. 2612-9.
43. PETO J., C. GILHAM, O. FLETCHER, F.E. MATTHEWS. « The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK ». *Lancet*. 2004; vol. 364, p. 249-56.
44. MOSCICKI A.B., Y. MA, C. WIBBELSMAN, T.M. DARRAGH, A. POWERS, S. FARHAT et coll. « Rate of and risks for regression of CIN-2 in adolescents and young women ». *Obstet Gynecol*. 2010; vol. 116, p. 1373-80.
45. KJAER S.K., A.J. VAN DEN BRULE, G. PAUL et coll. « Type specific persistence of high risk human papillomavirus (HPV) as indicator of high grade cervical squamous intraepithelial lesions in young women: population based perspective follow up study ». *BMJ*. 2002; vol. 325, p. 572.
46. CENTRE INTERNATIONAL DE RECHERCHE SUR LE CANCER. *Handbooks of Cancer Prevention: Cervix Cancer Screening*. Lyon (France), CIRC; 2005. N° de rapport : vol. 10.
47. ALIBHAI S.M.H. « Cancer screening: the importance of outcome measures ». *Crit Rev Oncol Hematol*. 2006; vol. 57, p. 215-24.
48. SASIENI P., J. ADAMS, J. CUZICK. « Benefit of cervical screening at different ages: evidence from the UK audit of screening histories ». *Br J Cancer*. 2003; vol. 89, p. 88-93.
49. ROGSTAT K.E. « The psychological impact of abnormal cytology and colposcopy ». *Br J Obstet Gynecol*. 2002; vol. 109, p. 364-8.
50. MARRETT L.D., J. FROOD, D. NISHRI, A.M. UGNAT. « Cancer incidence in you adults in Canada: preliminary results of a cancer surveillance project ». *Chronic Dis Can*. 2002; vol. 23, p. 58-64.
51. MOUNT S.L., J.L. PAPILO. « A study of 10,296 pediatric and adolescent Papanicolaou smear diagnoses in northern New England ». *Pediatrics*. 1999; vol. 103, p. 539-45.
52. KYRGIU M., A. MITRA, M. ARBYN, S.M. STASINOV, P. MARTIN-HIRSCH, P. BENNETT et coll. « Fertility and early pregnancy outcomes after treatment for cervical intraepithelial neoplasia: a systematic review ». *BMJ*. 2014; p. 349.
53. MILLER A.B., S. GRIBBLE, C. NADEAU, K. ASAKAWA, W.M. FLANIGAN, M. WOLFSON et coll. « Evaluation of the natural history of cancer of the cervix, implications for prevention. The Cancer Risk Management Model (CRRM) - human papillomavirus and cervical components ». *J Cancer Policy*. 2015; vol. 4, p. 1-6.
54. DICKINSON JA, MILLER AB, POPADIUK C. « When to start cervical screening: epidemiological evidence from Canada ». *BIOG*. 2013, p. 255-60.
55. HENDERSON J.T., M. SARAIYA, G. MARTINEZ, C.C. HARPER, G.F. SAWAYA. *Changes to cervical cancer prevention guidelines: effects on screening among U.S. women ages 15-29*. *Prev Med*. 2013; vol. 56, p. 25-9.
56. SCHWARTZ L.M., S. WOLOSHIN, F.L. FOWLER JR., H.G. WELCH. « Enthusiasm for cancer screening in the United States ». *JAMA*. 2004; vol. 291, p. 71-8.
57. Sirovich B.E., S. Woloshin, L.M. Schwartz. « Screening for cervical cancer: will women accept less? ». *Am J Med*. 2005; vol. 118, p. 151-8.
58. HUANG A.J., E.J. PEREZ-STABLE, S.E. KIM, S.T. WONG, C.P. KAPLAN, J.M. WALSH et coll. « Preferences for human papillomavirus testing with routine cervical cancer screening in diverse older women ». *J Gen Intern Med*. 2008; vol. 23, p. 1324-9.
59. MEISSNER H.I., J.A. TIRO, K.R. YABROFF, D.A. HAGGSTROM, S.S. COUGHLIN. « Too much of a good thing? Physician practices and patient willingness for less frequent Pap test screening intervals ». *Med Care*. 2010; vol. 48, p. 249-59.

# Annexe A

## Programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada

APERÇU DES ÉLÉMENTS DES PROGRAMMES	Yn	T.N.-O.	Nt	C.-B.	Alb.	Sask.
<b>TYPE DE PROGRAMME</b>	Opportuniste	Opportuniste	Opportuniste	Partiellement organisé	Organisé	Organisé (2009)
<b>LANCEMENT OU ANNONCE DU PROGRAMME</b>			Les lignes directrices en matière de dépistage et la gestion des résultats de cytologie anormaux ont été révisées	1960	2003	2003
<b>DÉBUT DU DÉPISTAGE</b>	À l'âge de 21 ans ou 3 ans après le premier rapport sexuel, selon la première éventualité	À l'âge de 21 ans ou 3 ans après le premier rapport sexuel	À l'âge de 21 ans dans le cas des femmes qui sont actives sexuellement ou qui l'ont déjà été	À l'âge de 21 ans ou 3 ans après le premier rapport sexuel, selon la première éventualité	À l'âge de 21 ans ou 3 ans après le premier rapport sexuel, selon la dernière éventualité (en cours d'examen)	À l'âge de 21 ans ou 3 ans après le premier rapport sexuel, selon la dernière éventualité
<b>FIN DU DÉPISTAGE</b>	À l'âge de 69 ans avec 3 tests négatifs au cours des 10 années précédentes ou 3 tests annuels négatifs (dans le cas des femmes qui n'ont pas fait l'objet d'un dépistage adéquat)	À l'âge de 69 ans avec 3 tests négatifs au cours des 10 années précédentes	À l'âge de 70 ans avec 3 tests négatifs au cours des 10 années précédentes	À l'âge de 69 ans avec 3 tests négatifs au cours des 10 années précédentes ou 3 tests annuels négatifs (dans le cas des femmes qui n'ont pas fait l'objet d'un dépistage adéquat)	À l'âge de 69 ans avec 3 tests négatifs au cours des 10 années précédentes ou 3 tests annuels négatifs (dans le cas des femmes qui n'ont aucun antécédent de dépistage)	À l'âge de 69 ans avec 3 tests négatifs au cours des 10 années précédentes ou 3 tests annuels négatifs (dans le cas des femmes qui n'ont aucun antécédent de dépistage)
<b>INTERVALLE DE DÉPISTAGE</b>	Tous les 2 ans après 3 tests annuels négatifs consécutifs	Tous les 2 ans après 3 tests annuels négatifs consécutifs	Tous les 2 ans après 3 tests annuels négatifs consécutifs	Tous les 2 ans après 3 tests annuels négatifs consécutifs	Dans les 5 ans, avec 3 tests négatifs séparés d'au moins 12 mois, puis tous les 3 ans (en cours d'examen)	Tous les 2 ans jusqu'à l'obtention de 3 tests négatifs consécutifs, puis tous les 3 ans
<b>RECRUTEMENT AU SEIN DE LA POPULATION*</b>	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui
<b>LETTRES DE RÉSULTATS ENVOYÉES AUX FEMMES SEULEMENT*</b>	Non	Non	Non	Non; résultats envoyés au fournisseur de soins de santé	Oui	Oui
<b>RAPPELS À DES FINS DE SUIVI À LA SUITE DE RÉSULTATS DE TESTS PAP ANORMAUX</b>	Renseignements non disponibles	Oui, aux fournisseurs de soins de santé	Non	Oui, aux fournisseurs de soins de santé seulement	Oui, aux fournisseurs de soins de santé ou aux femmes	Oui, aux fournisseurs de soins de santé seulement

	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
	Organisé (2010)	Partiellement organisé	Opportuniste	Partiellement organisé	Partiellement organisé	Partiellement organisé	Partiellement organisé
	2000	2000		2014	1991	2001	2003
	À l'âge de 21 ans dans le cas des femmes qui ont déjà été actives sexuellement	À l'âge de 21 ans dans le cas des femmes qui sont actives sexuellement ou qui l'ont déjà été	À l'âge de 21 ans	À l'âge de 21 ans ou 3 ans après le premier rapport sexuel, selon la dernière éventualité	À l'âge de 21 ans ou dans les 3 ans suivant le premier rapport sexuel intime, selon la dernière éventualité	À l'âge de 21 ans dans le cas des femmes sexuellement actives	À l'âge de 21 ans
	À l'âge de 70 ans avec 3 tests négatifs au cours des 10 années précédentes	À l'âge de 70 ans avec des antécédents de tests négatifs appropriés au cours des 10 années précédentes (c.-à-d., 3 tests négatifs ou plus)	À l'âge de 65 ans avec 2 tests négatifs au cours des 10 années précédentes	À l'âge de 69 ans avec des antécédents de tests négatifs appropriés au cours des 10 années précédentes ou 3 tests annuels négatifs dans le cas des femmes qui ont peu ou pas d'antécédents de dépistage	À l'âge de 70 ans avec des antécédents de tests négatifs appropriés au cours des 10 années précédentes (c.-à-d., 3 tests négatifs ou plus)	À l'âge de 65 ans avec des antécédents de tests Pap appropriés au cours des 10 années précédentes (c.-à-d., 3 tests négatifs ou plus)	À l'âge de 70 ans avec 3 tests négatifs au cours des 10 années précédentes ou 3 tests annuels négatifs consécutivement (dans le cas des femmes qui n'ont aucun antécédent de dépistage)
	Tous les 3 ans	Tous les 3 ans	Tous les 2 à 3 ans	Tous les 2 à 3 ans après 3 tests annuels négatifs consécutifs	Tous les 3 ans	Tous les 2 ans	Tous les 3 ans après 3 tests annuels négatifs consécutifs
	Oui	Oui	Non	Oui (depuis 2014)	Non	Non	Non
	Sur demande des femmes seulement	Oui	Non	Non	Antécédents de tests Pap sur demande	Oui, envoyées aux femmes dépistées dans le cadre du service provincial	Non
	Oui, aux fournisseurs de soins de santé et aux femmes	Oui, aux femmes seulement	Non	Oui (au printemps 2016)	Oui, aux fournisseurs de soins de santé seulement	Oui	Oui, aux fournisseurs de soins de santé d'abord, puis aux femmes

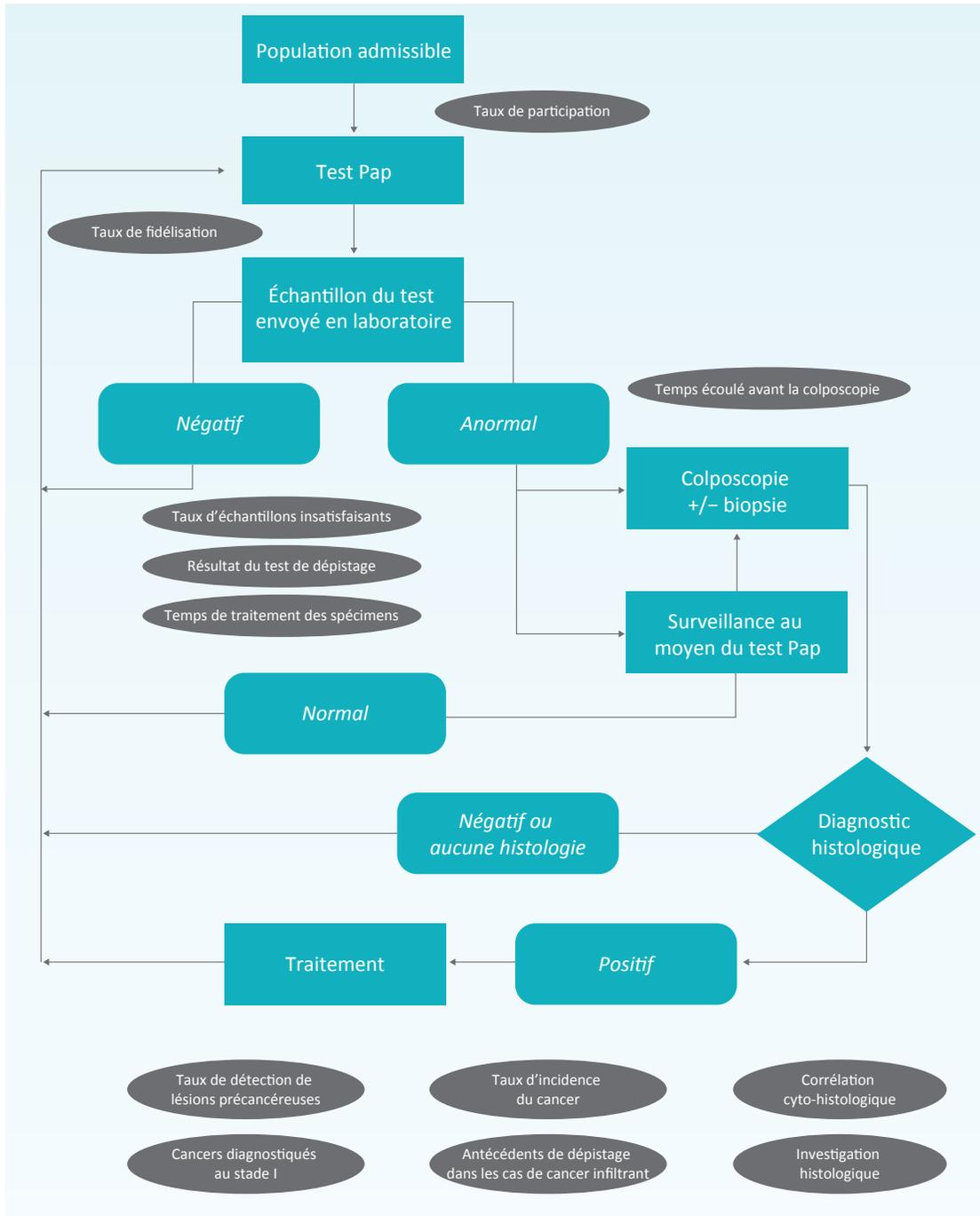
APERÇU DES ÉLÉMENTS DES PROGRAMMES	Yn	T.N.-O.	Nt	C.-B.	Alb.	Sask.
<b>TYPE DE CYTOLOGIE</b>		Milieu liquide	Milieu liquide	Conventionnelle	Milieu liquide	Conventionnelle
<b>DÉPISTAGE DU VPH POUR LE TRIAGE DES RÉSULTATS ASC-US OU COMME MOYEN PRINCIPAL DE DÉTECTION</b>	Ni un, ni l'autre	Triage par dépistage du VPH pour certaines anomalies au test Pap	Triage par dépistage réflexe du VPH pour les résultats ASC-US chez les femmes âgées de plus de 30 ans		Triage par dépistage du VPH pour certaines anomalies au test Pap	
<b>ADMINISTRATION*</b>						
<b>SURVEILLANCE DES DÉPISTAGES POSITIFS ET SUIVI APPROPRIÉ*</b>				✓	✓	✓
<b>SYSTÈME DE RAPPEL POUR LES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ POUR LES TESTS PAP EN RETARD*</b>				✓	✓	✓
<b>SYSTÈMES D'INFORMATION*</b>						
<b>AU SEIN DE LA POPULATION*</b>					✓	✓
<b>CYTOLOGIE*</b>				✓	✓	✓
<b>HISTOLOGIE*</b>				✓	✓	✓
<b>COLPOSCOPIE*</b>				✓	✓	✓
<b>ASSURANCE DE LA QUALITÉ</b>						
<b>LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE*</b>		✓ Révisées en mars 2010		✓	✓	✓ Révisées en janvier 2012
<b>RAPPORT DE PROGRAMME AVEC INDICATEURS*</b>				✓	✓	
<b>MANUELS DE FORMATION*</b>				✓		

	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
	Milieu liquide	Milieu liquide	Conventionnelle et en milieu liquide	Conventionnelle et en milieu liquide	Conventionnelle, et un district mène un projet pilote pour la cytologie en milieu liquide	Conventionnelle	Milieu liquide
		Triage par dépistage du VPH recommandé pour certaines anomalies au test Pap chez les femmes âgées de 30 ans et plus (service non couvert par l'assurance maladie)	Le triage par dépistage du VPH est offert par 2 laboratoires spécialisés et il est offert pour les cas liés à un résultat ASC-US de la province	Triage par dépistage du VPH pour certaines anomalies au test Pap		Dépistage du VPH pour le triage des résultats ASC-US chez les femmes âgées de 30 ans et plus	Triage par dépistage du VPH pour les résultats ASC-US chez les femmes âgées de plus de 30 ans depuis 2008
<b>ADMINISTRATION</b>							
	✓	En cours			✓	✓	✓
	✓	✓ (Pour les femmes, mais pas pour les fournisseurs)			✓	✓ Oui, dans le cas des tests Pap anormaux en retard	✓
<b>SYSTÈMES D'INFORMATION</b>							
	✓						
	✓	✓				✓	✓
	✓						✓
	✓						✓
<b>ASSURANCE DE LA QUALITÉ</b>							
	✓ Révision en cours	✓ Mises à jour en 2011	Plan envisagé pour une mise en œuvre en 2011	Approuvées (adaptées à partir de celles de l'Alb. et de l'Ont.)	✓	✓ Révisées en 2013	✓
	✓	✓		✓	✓		✓
	✓	✓	Élaboration d'outils pour le dépistage destinés au personnel infirmier		✓	✓	✓

\*Dernière mise à jour en 2013.

# Annexe B

## Cheminement du dépistage du cancer du col de l'utérus avec indicateurs de qualité



# Annexe C

## Définition des données

Indicateur	Calcul	Remarques
<p><b>1. TAUX DE PARTICIPATION</b></p> <p><b>Définition :</b> Pourcentage de femmes admissibles au sein de la population cible ayant subi au moins un test Pap au cours d'une période de 3 ans.</p> <p><b>Cible :</b> ≥ 80 % des femmes âgées de 21 à 69 ans devraient avoir fait l'objet d'un dépistage au cours de l'intervalle de dépistage recommandé plus 6 mois.</p> <p><b>Période couverte par l'indicateur :</b> 1a. Du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2012 1b. Du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 30 juin 2013</p> <p><b>Groupes d'âge :</b> 18-20, 21-24, 25-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-74</p>	<p><b>Numérateur :</b> 1a. Nombre de femmes ayant subi au moins un test Pap au cours d'une période de 3 ans. 1b. Nombre de femmes ayant subi au moins un test Pap au cours d'une période de 42 mois.</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre de femmes de la population cible. Veuillez fournir le nombre corrigé pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie. S'il vous est impossible de déterminer ce nombre, il sera estimé par le PCCC. 1a et b. Nombre de femmes de la population cible au 30 juin 2011.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Calculer l'âge au moment du test Pap.</li> <li>Utiliser le premier test Pap effectué au cours de la période de 3 ans.</li> <li>Utiliser la date à laquelle le test Pap a été effectué.</li> <li>Si la date à laquelle le test Pap a été effectué n'est pas disponible, utiliser la date à laquelle le test a été traité en laboratoire.</li> <li>Ne pas exclure les femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du col de l'utérus.</li> <li>Exclure les femmes ayant subi une hystérectomie si possible et préciser la méthodologie employée au moment de présenter les données.</li> </ul>
<p><b>2. TAUX DE FIDÉLISATION</b></p> <p><b>Définition :</b> Pourcentage de femmes admissibles ayant été dépistées une autre fois sur une période de 12 mois au cours des 3 ans suivant un test Pap négatif.</p> <p><b>Cible :</b> Aucune</p> <p><b>Période couverte par l'indicateur :</b> Inclure les femmes ayant obtenu un résultat de test Pap négatif : entre le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et le 31 décembre 2009 et entre le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et le 31 décembre 2010 Femmes ayant eu un suivi pendant 3 ans (36 mois) et pendant 42 mois à compter de la date du test Pap</p> <p><b>Groupes d'âge :</b> 21-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-66</p>	<p><b>Numérateur :</b> 2a. Nombre de femmes qui ont subi un test Pap subséquent au cours des 3 ans (36 mois) suivant la date du test indicateur ayant donné un résultat négatif. 2b. Nombre de femmes qui ont subi un test Pap subséquent au cours des 42 mois suivant la date du test indicateur ayant donné un résultat négatif.</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre de femmes avec un test Pap négatif au cours d'une période de 12 mois.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le test Pap indicateur est le dernier test Pap négatif de la période indicatrice de 12 mois.</li> <li>Utiliser la date à laquelle le test Pap a été effectué. Si la date à laquelle le test Pap a été effectué n'est pas disponible, utiliser la date à laquelle le test a été traité en laboratoire.</li> <li>Calculer l'âge à l'aide de la date à laquelle le test Pap indicateur négatif a été effectué.</li> </ul> <p>• La période de 12 mois s'étend du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 31 décembre 2009 et du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2010.</p>

Indicateur	Calcul	Remarques
<p><b>3. TAUX D'ÉCHANTILLONS INSATISFAISANTS</b></p> <p><b>Définition :</b> Pourcentage de résultats de tests déclarés insatisfaisants sur une période de 12 mois.</p> <p><b>Cible :</b> De 0,5 à ≤ 2 %</p> <p><b>Période couverte par l'indicateur :</b> Du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2012 Du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2013</p> <p><b>Groupes d'âge :</b> 21-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69</p>	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de tests Pap avec un résultat insatisfaisant.</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total de tests Pap.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenir compte de chaque test Pap insatisfaisant, car cet indicateur est basé sur les tests Pap et non sur les femmes.</li> <li>• Calculer l'âge à l'aide de la date à laquelle le test Pap insatisfaisant a été effectué. Si plus d'un test Pap était insatisfaisant, calculer l'âge au moment de chaque test. Les tests insatisfaisants ne doivent pas inclure les lames rejetées ou non identifiées.</li> <li>• Utiliser la date à laquelle le test Pap a été effectué.</li> <li>• Préciser s'il s'agit d'une cytologie conventionnelle ou en milieu liquide.</li> <li>• Si les deux types de cytologie précédents sont employés, classer les résultats selon le type de cytologie.</li> <li>• Si le type de cytologie employé est inconnu, remplir la catégorie réservée au type de cytologie inconnu.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre total de tests Pap pour chaque année – certaines femmes auront subi plus d'un test Pap par année.</li> </ul>
<p><b>4. RÉSULTATS DES TESTS DE DÉPISTAGE</b></p> <p><b>Définition :</b> Pourcentage de femmes selon le résultat de test Pap le plus grave obtenu au cours d'une période de 12 mois.</p> <p><b>Cible :</b> Aucune</p> <p><b>Période couverte par l'indicateur :</b> Du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2012 Du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2013</p> <p><b>Groupes d'âge :</b> 21-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69</p>	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de femmes avec un résultat de test Pap négatif, ASC-US, LSIL, AGC, ASC-H, HSIL ou plus grave.</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total de femmes dont le résultat de test Pap est satisfaisant.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer le nombre de femmes.</li> <li>• Utiliser la date à laquelle le test Pap indicateur dont le résultat est le plus grave a été effectué au cours de l'année en question.</li> <li>• Déterminer la gravité en tant que Négatif &lt; ASC-US &lt; LSIL &lt; AGC &lt; ASC-H &lt; HSIL ou plus grave.</li> <li>• Utiliser la feuille de route qui indique les catégories de diagnostic de cytologie.</li> <li>• S'il y a deux tests Pap de la même gravité, choisissez le premier.</li> <li>• Calculer l'âge à l'aide de la date à laquelle le test Pap dont le résultat est le plus grave a été effectué.</li> <li>• Dans le cas de la Sask., les catégories de test Pap sont « anormal faible » et « anormal élevé ».</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenir compte du test Pap satisfaisant le plus grave.</li> </ul>
<p><b>5. TEMPS DE TRAITEMENT DES SPÉCIMENS</b></p> <p><b>Définition :</b> Pourcentage de tests pour lesquels le délai écoulé entre la date à laquelle le test Pap est effectué et la date à laquelle il est traité en laboratoire (la date du rapport de laboratoire) est inférieur ou égal à 14 jours.</p> <p><b>Cible :</b> 90 % en 14 jours civils</p> <p><b>Période couverte par l'indicateur :</b> Du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2010 Du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2011 Du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2012 Du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 décembre 2013</p> <p><b>Groupes d'âge :</b> De 21 à 69 ans (collecte non effectuée par groupes de 10 ans)</p>	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de tests pour lesquels le délai écoulé entre la date à laquelle le test Pap est effectué et la date à laquelle il est traité en laboratoire (la date du rapport de laboratoire) est inférieur ou égal à 14 jours.</p> <p>5b. Nombre de jours auquel le 90<sup>e</sup> centile a été atteint (c.-à-d., le nombre de jours qu'il faut pour traiter 90 % des tests).</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total de tests Pap au cours de la période.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclure les tests Pap insatisfaisants.</li> </ul>

Indicateur	Calcul	Remarques
<p><b>6. TEMPS ÉCOULÉ AVANT LA COLPOSCOPIE</b></p> <p><b>Définition :</b> Pourcentage de femmes qui ont obtenu un résultat de test Pap de haut grade (AGC, ASC-H ou HSIL+) et qui ont subi une colposcopie de suivi au cours des six semaines suivant la date du rapport du test Pap indicateur.</p> <p><b>Cible :</b> 90 % des femmes qui ont obtenu un résultat de test Pap de haut grade devraient subir une colposcopie au cours des six semaines suivant la date du rapport du test Pap.</p> <p><b>Période couverte par l'indicateur :</b> Du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2011 Du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2012 Du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 décembre 2013</p> <p><b>Groupes d'âge :</b> 21-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69</p>	<p><b>Numérateur :</b></p> <p>6a. Nombre de femmes qui ont obtenu un résultat de test Pap de haut grade (AGC, ASC-H ou HSIL+) et qui ont subi une colposcopie de suivi au cours des six semaines suivant la date du rapport du test Pap indicateur.</p> <p>6b. Nombre de jours auquel le 90<sup>e</sup> centile a été atteint. (Remarque : seules les femmes qui ont obtenu un résultat de test Pap de haut grade [AGC, ASC-H ou HSIL+] <b>ET</b> qui ont subi une colposcopie de suivi au cours de l'année suivant la date du rapport du test Pap indicateur sont incluses; exclure les femmes qui ont subi une colposcopie dans les 7 jours suivant la date de l'échantillon du test Pap indicateur.)</p> <p><b>Dénominateur :</b></p> <p>6a. Nombre de femmes avec un résultat de test Pap de haut grade (AGC, ASC-H ou HSIL+).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer l'âge des femmes à la date de l'échantillon du test Pap de haut grade indicateur.</li> <li>• La date de l'échantillon du test Pap de haut grade devrait se situer dans l'année civile dont il est question, mais la colposcopie peut avoir eu lieu au cours de l'année suivante.</li> <li>• La date de colposcopie est la date à laquelle la première colposcopie a été réalisée après la date du rapport du test Pap de haut grade.</li> <li>• Exclure toutes les femmes qui ont subi une colposcopie dans les 7 jours suivant la date à laquelle le test Pap a été effectué (c.-à-d., la date de l'échantillon du test Pap), car il est fort probable que ces interventions soient fondées sur des résultats cliniques.</li> <li>• Si une femme a obtenu plus d'un résultat de test Pap AGC, ASC-H ou HSIL+ au cours de la période, utiliser le résultat le plus grave.</li> <li>• Si une femme a obtenu plus d'un « résultat de test Pap le plus grave » (c.-à-d., deux résultats AGC, deux résultats ASC-H ou deux résultats HSIL), utiliser la première date du rapport de test Pap au cours de la période.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En commençant par le nombre de femmes dont le résultat du test Pap était de grade élevé du numérateur de l'indicateur n° 4, on tiendra compte : des femmes qui ont reçu un résultat de test Pap de haut grade et qui ont subi une colposcopie dans les 7 jours suivant le test Pap; des femmes qui ont reçu un résultat de test Pap de haut grade et qui ont subi une colposcopie plus de 7 jours après le test Pap; et des femmes qui ont reçu un résultat de test Pap de haut grade et qui n'ont subi aucune colposcopie.</li> <li>• Dans le cas de ce dénominateur, il faut exclure les femmes qui ont reçu un résultat de test Pap de haut grade au cours de la période de 12 mois et qui ont subi une colposcopie dans les 7 jours suivant la date du test Pap de haut grade.</li> <li>• Si ces femmes ne sont pas exclues du dénominateur, il semblera qu'elles n'ont eu aucun suivi et le taux obtenu sera artificiellement faible.</li> <li>• Cela signifie que les femmes exclues du numérateur sont aussi exclues du dénominateur.</li> </ul>

Indicateur	Calcul	Remarques
<p><b>7. POURCENTAGE DE FEMMES QUI ONT FAIT L'OBJET D'UNE INVESTIGATION HISTOLOGIQUE</b></p> <p><b>Définition :</b> Pourcentage de femmes qui ont obtenu un résultat de test Pap de haut grade (ASC-H ou HSIL+) et qui ont subi une coloscopie et fait l'objet d'une investigation histologique au cours des 12 mois suivants.</p> <p><b>Cible :</b> Aucune</p> <p><b>Période couverte par l'indicateur :</b> Du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2011 Du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2012 Du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 décembre 2013</p> <p><b>Groupes d'âge :</b> 21-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69</p>	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de femmes qui ont fait l'objet d'une investigation histologique au cours des 12 mois suivant un résultat cytologique ASC-H ou HSIL+.</p> <p><b>Dénominateur :</b> 7a. Nombre de femmes ayant reçu un résultat cytologique ASC-H ou HSIL+ au cours d'une période de 12 mois.  7b. Nombre de femmes qui ont subi une coloscopie dans les 12 mois suivant un test Pap dont le résultat est ASC-H ou HSIL+.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utiliser la date à laquelle a été réalisé le test Pap avec un résultat ASC-H ou HSIL+.</li> <li>La date du test Pap devrait se situer dans l'année civile dont il est question, mais la biopsie peut avoir eu lieu au cours de l'année suivante.</li> <li>Déterminer l'âge des femmes à la date à laquelle a été réalisé le test Pap avec un résultat ASC-H ou HSIL+.</li> <li>L'investigation histologique comprend n'importe quel rapport de pathologie cervicale (y compris les pathologies cervicales, vaginales et endocervicales).</li> <li>Inclure les femmes ayant subi une biopsie sans résultat histologique.</li> <li>Exclure les femmes dont la biopsie a été effectuée dans les 7 jours suivant le test Pap.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exclure les femmes dont la biopsie a été réalisée dans les 7 jours suivant le test Pap. La justification est la même que dans le cas de l'indicateur n° 6.</li> </ul>
<p><b>8. CORRÉLATION CYTO-HISTOLOGIQUE</b></p> <p><b>Définition :</b> Proportion de tests Pap positifs conjugués à un examen histologique dont les résultats indiquent la présence d'une lésion précancéreuse ou d'un cancer infiltrant au cours des 12 mois suivants.</p> <p><b>Cible :</b> ≥ 65 % des tests Pap de haut grade (résultats de cytologie HSIL+) devraient être conjugués à un résultat histologique indiquant la présence d'une lésion précancéreuse, d'un carcinome in situ ou d'un cancer infiltrant.</p> <p><b>Période couverte par l'indicateur :</b> Du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2011 Du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2012 Du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 décembre 2013</p> <p><b>Groupes d'âge :</b> 21-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69</p>	<p><b>Numérateur :</b> 8a. Nombre de tests Pap avec un résultat ASC-H ayant reçu une confirmation histologique pour une HSIL, un carcinome in situ ou un carcinome infiltrant au cours des 12 mois suivant le test Pap ASC-H.  8b. Nombre de tests Pap avec un résultat HSIL+ ayant reçu une confirmation histologique pour une HSIL, un carcinome in situ ou un carcinome infiltrant au cours des 12 mois suivant le test Pap HSIL+.</p> <p><b>Dénominateur :</b> 8a. Nombre de tests Pap avec un résultat ASC-H conjugués à un examen histologique au cours des 12 mois suivant le test Pap ASC-H.  8b. Nombre de tests Pap avec un résultat HSIL+ conjugués à un examen histologique au cours des 12 mois suivant le test Pap HSIL+.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utiliser la date à laquelle a été réalisé le test Pap avec un résultat ASC-H seul ou HSIL+.</li> <li>La date du test Pap devrait se situer dans l'année civile dont il est question, mais la biopsie peut avoir eu lieu au cours de l'année suivante.</li> <li>Utiliser la feuille de route qui indique les catégories de diagnostic de cytologie (consulter l'annexe A à la fin du document).</li> <li>Si une femme a obtenu plus d'un résultat histologique au cours de la période, utiliser le résultat le plus grave.</li> </ul> <p>Pour une mise à jour de la terminologie relative à l'histologie, consulter la publication qui suit : WAXMAN A.G., D. CHEMLOW, T.M. DARRRAGH, H. LAWSON, A.-B. MOSCICKI. « Revised Terminology for Cervical Histopathology and Its Implications for Management of High-Grade Squamous Intraepithelial Lesions of the Cervix ». <i>Obstet Gynecol.</i> 2012; vol. 120, p. 1465–71. DOI : <a href="http://10.1097/AOG.0b013e31827001d5">http://10.1097/AOG.0b013e31827001d5</a></p> <p>CIN 1 est maintenant déclaré en tant que LSIL. CIN 2 (dysplasie modérée) est maintenant déclaré en tant que HSIL. CIN 3 (dysplasie grave) est maintenant déclaré en tant que HSIL.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un résultat histologique inclut n'importe quelle pathologie cervicale, vaginale ou endocervicale.</li> </ul>

Indicateur	Calcul	Remarques
<p><b>9. TAUX DE DÉTECTION DE LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES</b></p> <p><b>Définition :</b> Nombre de lésions précancéreuses (malpighiennes) détectées pour 1 000 femmes ayant subi un test Pap au cours des 12 mois précédents.</p> <p><b>Cible :</b> Aucune</p> <p><b>Période couverte par l'indicateur :</b> Du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2011 Du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2012 Du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 décembre 2013</p> <p><b>Groupes d'âge :</b> 21-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69</p>	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de femmes avec une histologie HSIL.</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre de femmes qui ont subi au moins un test Pap.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser la biopsie la plus grave réalisée.</li> <li>• L'année est déterminée par la date du test Pap.</li> <li>• Utiliser l'âge à la date à laquelle le test Pap a été effectué.</li> <li>• L'histologie doit avoir lieu dans les 12 mois suivant le test Pap.</li> <li>• Inclure les carcinomes épidermoïdes in situ.</li> <li>• Utiliser la date à laquelle le test Pap a été effectué. Compter une seule fois chaque femme.</li> <li>• Si une femme a subi plus d'un test Pap, utiliser le premier.</li> </ul>
<p><b>10. INCIDENCE DU CANCER</b></p> <p><b>Définition :</b> Taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer du col de l'utérus diagnostiqué pour 100 000 femmes pendant un an.</p> <p><b>Cible :</b> Aucune</p> <p><b>Période couverte par l'indicateur :</b> Du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2011 Du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2012 Du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 décembre 2013 (si disponible)</p> <p><b>Groupes d'âge :</b> 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80+.</p> <p>Les données doivent être présentées pour qu'il soit possible de déterminer l'incidence chez les femmes âgées de 30 à 69 ans.</p>	<p><b>Numérateur :</b></p> <p>10a. Nombre de nouveaux cas de cancer infiltrant du col de l'utérus – carcinome épidermoïde uniquement</p> <p>10b. Nombre de nouveaux cas de cancer infiltrant du col de l'utérus – carcinome non épidermoïde uniquement.</p> <p><b>Dénominateur :</b> Utiliser la population provinciale de chaque groupe d'âge</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cancers infiltrants du col de l'utérus, c.-à-d., tous les cas dont le code de topographie de la CIM-O est C53.</li> <li>• Séparer le carcinome épidermoïde de tous les autres types morphologiques (adénocarcinome, mixte, non classé, inconnu).</li> <li>• Dans le cas des carcinomes épidermoïdes, inclure tous les codes histologiques qui correspondent à la fourchette de l'histologie des tumeurs épidermoïdes (8050 à 8084). Étant donné que la formation de certaines histologies est peu probable au niveau du col de l'utérus, le code de topographie C53 de la CIM-O doit aussi être précisé.</li> <li>• La liste complète des tumeurs épidermoïdes se trouve ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li>8050/3 Carcinome papillaire, SAI (sans autre indication)</li> <li>8051/3 Papillome verruqueux, SAI</li> <li>8052/3 Carcinome épidermoïde papillaire</li> <li>8070/3 Carcinome épidermoïde, SAI</li> <li>8071/3 Carcinome épidermoïde kératinisant</li> <li>8072/3 Carcinome épidermoïde non kératinisant</li> <li>8073/3 Carcinome épidermoïde non kératinisant, à petites cellules</li> <li>8074/3 Carcinome épidermoïde à cellules fusiformes</li> <li>8075/3 Carcinome épidermoïde pseudoglandulaire</li> <li>8076/3 Carcinome épidermoïde micro-invasif</li> <li>8078/3 Carcinome épidermoïde avec formation d'une corne cutanée</li> <li>8082/3 Carcinome lymphoépithélial</li> <li>8083/3 Carcinome épidermoïde basaloïde</li> <li>8084/3 Carcinome épidermoïde à cellules claires</li> </ul> </li> <li>• Déterminer l'âge selon l'âge de la femme au moment du diagnostic (pathologie/biopsie).</li> <li>• Les taux d'incidence normalisés selon l'âge doivent être calculés selon la répartition de l'âge de la population canadienne en 2011.</li> <li>• Utiliser les données sur la population de Statistique Canada pour assurer l'uniformité d'une province et d'un territoire à l'autre.</li> <li>• Définir la population à l'aide des estimations de population de Statistique Canada pour le point milieu de chaque année.</li> </ul>

Indicateur	Calcul	Remarques
<p><b>11. POURCENTAGE DE CANCERS DÉTECTÉS AU STADE I</b></p> <p><b>Définition :</b> Pourcentage de carcinomes infiltrants du col de l'utérus diagnostiqués au stade I sur une période de 12 mois (stades de la FIGO).</p> <p><b>Cible :</b> Aucune</p> <p><b>Période couverte par l'indicateur :</b> Du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2011 Du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2012 Du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 décembre 2013 (si disponible)</p> <p><b>Groupes d'âge :</b> 21-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69</p> <p>Les données seront synthétisées pour déterminer un pourcentage national selon l'âge.</p>	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de cancers infiltrants du col de l'utérus diagnostiqués au stade I.</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre de cancers infiltrants du col de l'utérus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avant de présenter les données, convertir la classification TNM en stade FIGO (T1 = I, T1A = IA, T1a1 = IA1, T1a2 = IA2, T1b = IB, T1b1 = IB1, T1b2 = IB2).</li> <li>• Déterminer l'âge selon l'âge de la femme au moment du diagnostic (pathologie/biopsie).</li> <li>• Les cancers infiltrants du col de l'utérus comprennent les cancers épidermoïdes, les adénocarcinomes, les cancers adénoquameux et les cancers non classés, c.-à-d. tous les cas dont le code de topographie de la CIM-O est C53.</li> <li>• REMARQUE : il est possible que les données du Registre canadien du cancer relatives aux stades soient disponibles au moment de la troisième présentation des données.</li> </ul>

Indicateur	Calcul	Remarques
<p><b>12. ANTÉCÉDENTS DE DÉPISTAGE DANS LES CAS DE CANCER INFILTRANT</b></p> <p><b>Définition :</b> Pourcentage de femmes atteintes d'un cancer infiltrant du col de l'utérus depuis leur dernier test Pap au cours d'une période de 12 mois.</p> <p><b>Cible :</b> Aucune</p> <p><b>Période couverte par l'indicateur :</b> Du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2011 Du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2012 Du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 décembre 2013 (si disponible)</p> <p><b>Groupes d'âge :</b> Femmes âgées de 21 à 69 ans.</p> <p>Les données seront synthétisées pour déterminer un pourcentage national pour chaque année.</p>	<p><b>Numérateur :</b></p> <p>a1. Nombre de femmes chez qui un cancer infiltrant du col de l'utérus (carcinome épidermoïde) a été diagnostiqué de plus de 0,5 an à 3 ans après leur dernier test Pap.</p> <p>a2. Nombre de femmes chez qui un cancer infiltrant du col de l'utérus (carcinome épidermoïde) a été diagnostiqué de plus de 3 ans à 5 ans après leur dernier test Pap.</p> <p>a3. Nombre de femmes chez qui un cancer infiltrant du col de l'utérus (carcinome épidermoïde) a été diagnostiqué plus de 5 ans après leur dernier test Pap (y compris les femmes qui n'ont jamais subi de test Pap).</p> <p>b1. Nombre de femmes chez qui un cancer infiltrant du col de l'utérus (carcinome non épidermoïde) a été diagnostiqué de plus de 0,5 an à 3 ans après leur dernier test Pap.</p> <p>b2. Nombre de femmes chez qui un cancer infiltrant du col de l'utérus (carcinome non épidermoïde) a été diagnostiqué de plus de 3 ans à 5 ans après leur dernier test Pap.</p> <p>b3. Nombre de femmes chez qui un cancer infiltrant du col de l'utérus (carcinome non épidermoïde) a été diagnostiqué plus de 5 ans après leur dernier test Pap (y compris les femmes qui n'ont jamais subi de test Pap).</p> <p><b>Dénominateur :</b></p> <p>a1-3. Nombre total de femmes chez qui un cancer infiltrant du col de l'utérus (carcinome épidermoïde) a été diagnostiqué.</p> <p>b1-3. Nombre total de femmes chez qui un cancer infiltrant du col de l'utérus (carcinome non épidermoïde) a été diagnostiqué.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utiliser la date à laquelle le test Pap a été effectué contrairement à la date d'enregistrement ou d'analyse.</li> <li>Déterminer l'âge selon la date du diagnostic de cancer infiltrant du col de l'utérus.</li> <li>Si une femme a subi de nombreux tests Pap avant de recevoir un diagnostic de cancer, retenir le test Pap le plus récent.</li> <li>Utiliser les six catégories suivantes : <ol style="list-style-type: none"> <li>0 à 0,5 an = 0 à 182 jours</li> <li>&gt; 0,5 à 3 ans = 183 à 1 095 jours</li> <li>&gt; 3 à 5 ans = 1 096 à 1 825 jours</li> <li>&gt; 5 ans = 1 826 jours et plus</li> <li>Jamais = aucun test Pap enregistré</li> <li>Données insuffisantes sur les antécédents</li> </ol> </li> </ul> <p>Si une femme a subi un test Pap de 0 à 0,5 an avant le diagnostic, et un autre test Pap de plus de 0,5 an à 3 ans avant ou de plus de 3 ans à 5 ans avant ou plus de 5 ans avant, utiliser le test Pap subi de plus de 0,5 an à 3 ans avant ou de plus de 3 ans à 5 ans avant ou plus de 5 ans avant, selon la première éventualité, au lieu du test Pap subi de 0 à 0,5 an avant, car l'objectif est de déterminer les antécédents de dépistage et qu'il est supposé dans ce cas que le test Pap subi de 0 à 0,5 an avant a été effectué à des fins de diagnostic.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cancers infiltrants du col de l'utérus, c.-à-d., tous les cas dont le code topographique est ICD-O C53.</li> <li>Séparer le carcinome épidermoïde de tous les autres types morphologiques (adénocarcinome, mixte, non classé, inconnu).</li> <li>Consulter l'indicateur 10, « Incidence du cancer » pour obtenir la définition du carcinome épidermoïde du col de l'utérus.</li> </ul>

# Annexe D

## Tableaux supplémentaires

TABLEAU 1

**Pourcentage normalisé selon l'âge des femmes âgées de 21 à 69 ans qui ont subi au moins un test Pap entre le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et le 30 juin 2013 (période de 42 mois), par province ou par territoire**

Province ou territoire <sup>†</sup>	DE JANV. 2010 À JUIN 2013			
	Type	Femmes qui ont subi un test Pap	Population	Pourcentage (%)
<b>Ont.</b>	Avec correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie	.	.	64,9
<b>Man.</b>	Avec correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie	261 558	367 028	70,8
<b>C.-B.</b>	Avec correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie	972 867	1 311 704	73,8
<b>Sask.</b>	Sans correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie	206 645	326 907	62,9
<b>N.-B.</b>	Sans correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie	159 189	251 981	64,5
<b>N.-É.</b>	Sans correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie	210 147	319 113	67,2
<b>T.N.-O.</b>	Sans correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie	9 623	13 715	67,2
<b>Î.-P.-É.</b>	Sans correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie	31 445	47 543	67,4
<b>Alb.</b>	Sans correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie	842 909	1 226 056	67,7
<b>T.-N.-L.</b>	Sans correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie	126 187	180 287	71,3

<sup>†</sup>Le Nouveau-Brunswick et l'Ontario ont présenté des données pour une période allant de janvier 2011 à juin 2014. Normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011.

TABLEAU 2

**Pourcentage de femmes qui ont subi au moins un test Pap entre le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et le 30 juin 2013 (période de 42 mois) selon l'âge**

			AVEC CORRECTION POUR TENIR COMPTE DES ANTÉCÉDENTS D'HYSTÉRECTOMIE			SANS CORRECTION POUR TENIR COMPTE DES ANTÉCÉDENTS D'HYSTÉRECTOMIE		
Province ou territoire <sup>†</sup>	Période	Groupe d'âge	Femmes qui ont subi un test Pap	Population	Pourcentage (%)	Femmes qui ont subi un test Pap	Population	Pourcentage (%)
<b>Provinces et territoires confondus</b>	De 2010 à juin 2013	21-69	1 234 425	1 678 732	73,5	1 586 145	2 365 602	67,1
		21-24	109 918	156 849	70,1	154 241	203 229	75,9
		25-29	156 241	202 676	77,1	212 494	265 913	79,9
		30-39	289 749	378 224	76,6	378 672	496 341	76,3
		40-49	290 580	376 156	77,2	358 169	521 801	68,6
		50-59	247 565	344 521	71,9	313 048	522 224	59,9
		60-69	140 372	220 306	63,7	169 521	356 094	47,6

<sup>†</sup>La partie avec correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie comprend le Manitoba et la Colombie-Britannique. La partie sans correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie comprend l'Alberta, la Saskatchewan, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et les Territoires du Nord-Ouest.

TABLEAU 3

**Pourcentage normalisé selon l'âge des femmes âgées de 21 à 69 ans qui ont subi au moins un test Pap au cours d'une période de 3 ans entre 2004-2006 et 2010-2012, par province ou par territoire**

Province ou territoire <sup>†</sup>	2004-2006			2005-2007		
	Femmes qui ont subi un test Pap	Population	Pourcentage (%)	Femmes qui ont subi un test Pap	Population	Pourcentage (%)
<b>C.-B.</b>	912 360	1 241 562	73,3	924 715	1 257 610	73,4
<b>Alb.</b>	314 652	426 276	74,3	330 280	441 013	75,4
<b>Sask.</b>	199 601	304 148	67,6	197 516	305 676	66,7
<b>Man.</b>	256 913	367 793	71,1	258 999	370 564	71,2
<b>Ont.</b>	.	.	.	.	.	.
<b>N.-B.</b>	.	.	.	.	.	.
<b>N.-É.</b>	230 405	317 916	74,9	229 373	319 642	74,5
<b>Î.-P.-É.</b>	.	.	.	.	.	.
<b>T.-N.-L.</b>	120 760	177 728	70,9	120 895	177 323	71,4
<b>T.N.-O.</b>	.	.	.	.	.	.

Province ou territoire <sup>†</sup>	2006-2008			2007-2009		
	Femmes qui ont subi un test Pap	Population	Pourcentage (%)	Femmes qui ont subi un test Pap	Population	Pourcentage (%)
<b>C.-B.</b>	936 585	1 278 778	73,2	918 997	1 304 197	70,5
<b>Alb.</b>	345 214	457 185	76,0	352 176	471 330	75,3
<b>Sask.</b>	197 488	309 601	65,9	200 359	314 772	65,8
<b>Man.</b>	261 365	374 889	71,1	250 678	346 813	72,7
<b>Ont.</b>	.	.	.	.	.	.
<b>N.-B.</b>	.	.	.	.	.	.
<b>N.-É.</b>	225 360	320 722	73,1	219 304	322 241	72,2
<b>Î.-P.-É.</b>	.	.	.	.	.	.
<b>T.-N.-L.</b>	124 068	176 658	73,9	126 342	177 088	75,3
<b>T.N.-O.</b>	.	.	.	.	.	.

<sup>†</sup>La Colombie-Britannique a fourni des taux avec correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie pour toutes les années. Le Manitoba a fourni des taux avec correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie de 2007 à 2012. Les autres provinces n'ont pas présenté de taux avec correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie. L'Ontario a fourni des données pour les femmes âgées de 20 à 69 ans. Le Nouveau-Brunswick a fourni des données pour 2010 à 2012. L'Île-du-Prince-Édouard et l'Ontario ont fourni des données pour 2009 à 2012. L'Alberta a fourni des données pour deux régions sanitaires de 2006 à 2009 et pour l'ensemble de la province de 2010 à 2012. Normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011.

TABLEAU 3 (SUITE)

**Pourcentage normalisé selon l'âge des femmes âgées de 21 à 69 ans qui ont subi au moins un test Pap au cours d'une période de 3 ans entre 2004-2006 et 2010-2012, par province ou par territoire**

Province ou territoire <sup>†</sup>	2008-2010			2009-2011		
	Femmes qui ont subi un test Pap	Population	Pourcentage (%)	Femmes qui ont subi un test Pap	Population	Pourcentage (%)
<b>C.-B.</b>	934 573	1 331 247	70,3	940 023	1 356 113	69,5
<b>Alb.</b>	357 635	490 972	73,3	356 253	507 215	70,8
<b>Sask.</b>	202 511	321 182	65,2	204 696	327 437	64,6
<b>Man.</b>	252 705	355 941	71,4	254 268	364 910	70,1
<b>Ont.</b>	.	.	.	.	.	64,9
<b>N.-B.</b>	.	.	.	.	.	.
<b>N.-É.</b>	216 190	324 341	70,8	214 005	326 984	69,5
<b>Î.-P.-É.</b>	.	.	.	31 658	47 914	69,4
<b>T.-N.-L.</b>	127 649	178 309	75,6	126 306	179 810	74,4
<b>T.N.-O.</b>	.	.	.	.	.	.

Province ou territoire <sup>†</sup>	2010-2012		
	Femmes qui ont subi un test Pap	Population	Pourcentage (%)
<b>C.-B.</b>	927 413	1 311 704	70,4
<b>Alb.</b>	787 121	1 226 056	63,2
<b>Sask.</b>	195 505	326 907	59,5
<b>Man.</b>	249 200	367 028	67,5
<b>Ont.</b>	2 807 162	4 374 768	63,9
<b>N.-B.</b>	152 032	251 981	61,6
<b>N.-É.</b>	200 995	319 113	64,3
<b>Î.-P.-É.</b>	29 937	47 543	64,1
<b>T.-N.-L.</b>	121 452	180 287	68,7
<b>T.N.-O.</b>	9 074	13 715	63,2

<sup>†</sup>La Colombie-Britannique a fourni des taux avec correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie pour toutes les années. Le Manitoba a fourni des taux avec correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie pour 2007 à 2012. Les autres provinces n'ont pas présenté de taux avec correction pour tenir compte des antécédents d'hystérectomie. L'Ontario a fourni des données pour les femmes âgées de 20 à 69 ans. Le Nouveau-Brunswick a fourni des données pour 2010 à 2012. L'Île-du-Prince-Édouard et l'Ontario ont fourni des données pour 2009 à 2012. L'Alberta a fourni des données pour deux régions sanitaires de 2006 à 2009 et pour l'ensemble de la province de 2010 à 2012. Normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011.

TABLEAU 4

**Pourcentage de femmes âgées de 21 à 66 ans qui ont subi un test Pap subséquent au cours des 42 mois suivant un test Pap indicateur négatif, par province ou par territoire, 2009-2010**

Province ou territoire	2009-2010		
	Redépistage	Test Pap	Pourcentage (%)
<b>T.N.-O.</b>	7 475	9 751	76,7
<b>Sask.</b>	150 487	194 382	77,4
<b>Î.-P.-É.</b>	25 534	32 485	78,6
<b>C.-B.</b>	677 518	858 634	78,9
<b>T.-N.-L.</b>	115 391	142 785	80,8
<b>Man.</b>	224 631	276 686	81,2
<b>N.-É.</b>	182 777	224 581	81,4
<b>Ont.</b>	2 088 609	2 547 414	82,0

TABLEAU 5

**Pourcentage de femmes qui ont subi un test Pap subséquent au cours des 42 mois suivant un test Pap indicateur négatif selon l'âge, provinces et territoires confondus, 2009-2010**

Province ou territoire <sup>†</sup>	2009-2010			
	Groupe d'âge	Redépistage	Test Pap	Pourcentage (%)
<b>Provinces et territoires confondus</b>	21-66	3 472 422	4 286 718	81,0
	21-29	303 479	376 865	80,5
	30-39	329 632	414 338	79,6
	40-49	335 762	424 244	79,1
	50-59	289 420	362 474	79,8
	60-66	125 520	161 383	77,8

<sup>†</sup> Comprend les Territoires du Nord-Ouest, la Saskatchewan, l'Île-du-Prince-Édouard, la Colombie Britannique, Terre-Neuve-et-Labrador, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse et l'Ontario.

TABLEAU 6

**Pourcentage de résultats de test Pap insatisfaisants chez les femmes âgées de 21 à 69 ans, par province ou par territoire, 2012-2013**

Type de test	Province ou territoire <sup>†</sup>	2012-2013		
		Tests insatisfaisants	Nombre total de tests Pap	Pourcentage (%)
<b>Cytologie conventionnelle</b>	N.-É.	1 517	222 862	0,7
	N.-B.	1 388	120 532	1,2
	Sask.	2 914	189 014	1,5
	C.-B.	18 720	963 808	1,9
	Man.	7 643	278 142	2,7
	Î.-P.-É.	1 561	31 287	5,0
<b>CML</b>	N.-É.	*	*	*
	N.-B.	63	34 697	0,2
	T.N.-O.	37	9 070	0,4
	T.-N.-L.	742	132 460	0,6
	Ont.	7 916	1 319 995	0,6
	Alb.	11 549	832 877	1,4

\*Supprimé en raison des faibles nombres.

<sup>†</sup>L'Ontario a fourni des données pour les femmes âgées de 20 à 69 ans et pour 2012 seulement.

TABLE 7

**Pourcentage de femmes âgées de 21 à 69 ans selon le résultat de test Pap le plus grave obtenu, par province ou par territoire, 2012-2013**

Province ou territoire <sup>†</sup>	Tests Pap satisfaisants	ASC-US		LSIL		AGC		ASC-H		HSIL+	
		Femmes	Pourcentage (%)								
<b>C.-B.</b>	926 305	14 854	1,6	10 723	1,2	2 273	0,2	2 534	0,3	5 965	0,6
<b>Î.-P.-É.</b>	27 713	448	1,6	281	1,0	61	0,2	136	0,5	176	0,6
<b>T.N.-O.</b>	8 501	234	2,8	60	0,7	0	0,0	24	0,3	13	0,2
<b>Sask.</b>	174 990	3 176	1,8	2 225	1,3	178	0,1	521	0,3	1 174	0,7
<b>Alb.</b>	781 213	12 622	1,6	17 586	2,3	651	0,1	2 874	0,4	3 661	0,5
<b>Ont.</b>	1 244 761	35 158	2,8	26 110	2,1	588	0,0	2 307	0,2	4 038	0,3
<b>Man.</b>	248 649	6 660	2,7	4 298	1,7	402	0,2	655	0,3	2 578	1,0
<b>N.-É.</b>	204 814	8 320	4,1	3 095	1,5	442	0,2	1 281	0,6	915	0,4
<b>T.-N.-L.</b>	118 999	4 470	3,8	4 587	3,9	354	0,3	473	0,4	579	0,5
<b>N.-B.</b>	67 177	5 429	8,1	2 467	3,7	863	1,3	567	0,8	519	0,8

<sup>†</sup>Les données de l'Ontario ne portent que sur 2012 pour les femmes âgées de 20 à 69 ans. La catégorie des HSIL+ inclut les AIS.

TABLEAU 8

**Pourcentage de femmes selon l'âge et le résultat anormal de test Pap le plus grave obtenu, provinces et territoires confondus, 2012-2013**

Province ou territoire <sup>†</sup>	Groupe d'âge	Tests Pap satisfaisants	ASC-US		LSIL		AGC		ASC-H		HSIL+	
			Femmes	Pourcentage (%)								
<b>Provinces et territoires confondus</b>	21-69	3 803 122	91 371	2,4	71 432	1,9	5 812	0,2	11 372	0,3	19 618	0,5
	21-29	854 873	37 547	4,4	39 995	4,7	677	0,1	4 931	0,6	8 934	1,0
	30-39	907 954	20 592	2,3	16 306	1,8	1 096	0,1	3 160	0,3	6 012	0,7
	40-49	857 378	17 315	2,0	9 327	1,1	1 707	0,2	1 812	0,2	2 876	0,3
	50-59	758 449	11 296	1,5	4 366	0,6	1 631	0,2	1 031	0,1	1 211	0,2
	60-69	424 137	4 387	1,0	1 378	0,3	701	0,2	414	0,1	572	0,1

<sup>†</sup>Comprend la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et les Territoires du Nord-Ouest. Les données de l'Ontario ne portent que sur 2012 pour les femmes âgées de 20 à 69 ans. La catégorie des HSIL+ inclut les AIS. Seul le groupe d'âge des 21 à 69 ans comprend des données présentées par les Territoires du Nord-Ouest.

TABLEAU 9

**Temps de traitement des spécimens mesuré en tant que pourcentage de délais inférieurs à 14 jours civils et en nombre de jours auquel le 90<sup>e</sup> centile a été atteint, par province ou par territoire, 2011, 2012 et 2013**

Province	Groupe d'âge	2011				2012				2013			
		Nombre de femmes	AGC/ASC-H/HSIL+	Pourcentage (%) de délais d'attente inférieurs à 14 jours	90 <sup>e</sup> centile (jours)	Nombre de femmes	AGC/ASC-H/HSIL+	Pourcentage (%) de délais d'attente inférieurs à 14 jours	90 <sup>e</sup> centile (jours)	Nombre de femmes	AGC/ASC-H/HSIL+	Pourcentage (%) de délais d'attente inférieurs à 14 jours	90 <sup>e</sup> centile (jours)
<b>C.-B.</b>	21-69	46 031	487 851	9,4	36	170 491	489 070	34,9	26	472 409	491 442	96,1	12
<b>Sask.</b>	21-69	65 868	108 714	60,6	23	72 775	96 677	75,3	22	51 234	92 337	55,5	26
<b>Man.</b>	21-69	93 603	159 897	58,5	26	102 883	154 786	66,5	27	104 158	122 080	85,3	17
<b>N.-B.</b>	21-69	21 783	96 321	22,6	63	27 905	81 695	34,2	44	16 616	73 154	22,7	49
<b>N.-É.</b>	21-69	25 963	126 350	20,5	80	50 388	116 423	43,3	47	46 352	107 995	42,9	44
<b>T.-N.-L.</b>	21-69	79 198	85 857	92,2	33	69 702	75 506	92,3	18	61 041	66 804	91,4	16

TABLEAU 10

**Pourcentage de femmes âgées de 21 à 69 ans qui ont obtenu un résultat de test Pap de haut grade (AGC, ASC-H ou HSIL+) et qui ont subi une colposcopie de suivi au cours des six semaines suivant le test Pap indicateur, par province ou par territoire, 2011-2013**

Province <sup>†</sup>	Nombre de femmes	AGC/ASC-H/HSIL+	Pourcentage (%)
<b>C.-B.</b>	2 880	15 001	19,2
<b>Alb.</b>	860	3 648	23,6
<b>Man.</b>	1 166	3 751	31,1
<b>N.-É.</b>	1 021	3 932	26,0
<b>T.-N.-L.</b>	608	2 275	26,7

<sup>†</sup>La catégorie HSIL+ comprend l'adénocarcinome in situ, le carcinome, le carcinome épidermoïde, l'adénocarcinome et autres cancers. Les femmes ayant subi un traitement définitif du col de l'utérus ont été aussi incluses si une colposcopie de suivi n'a pas été trouvée. L'Alberta a fourni des données pour 2012.

TABLEAU 11

**Nombre de jours auquel le 90<sup>e</sup> centile a été atteint pour les femmes ayant obtenu un résultat de test Pap de haut grade et qui ont subi une coloscopie de suivi, selon l'âge et par province ou par territoire, 2013**

Province <sup>†</sup>	Groupe d'âge	2013			
		Nombre de femmes	AGC/ASC-H/HSIL+	Pourcentage (%) de délais inférieurs à 6 semaines	90 <sup>e</sup> centile (jours)
<b>C.-B.</b>	21-29	294	1 496	19,7	253
	30-39	266	1 220	21,8	229
	40-49	174	946	18,4	231
	50-59	62	531	11,7	224
	60-69	25	191	13,1	232
<b>Alb.</b>	21-29	403	1 675	24,1	247
	30-39	241	1 052	22,9	257
	40-49	137	515	26,6	244
	50-59	55	274	20,1	230
	60-69	24	132	18,2	237
<b>Man.</b>	21-29	109	484	22,5	224
	30-39	95	297	32,0	210
	40-49	49	145	33,8	227
	50-59	39	129	30,2	197
	60-69	17	69	24,6	138
<b>N.-É.</b>	21-29	126	559	22,5	190
	30-39	105	391	26,9	167
	40-49	70	233	30,0	161
	50-59	42	156	26,9	185
	60-69	22	81	27,2	152
<b>T.-N.-L.</b>	21-29	40	193	20,7	161
	30-39	46	156	29,5	143
	40-49	24	102	23,5	149
	50-59	30	89	33,7	161
	60-69	12	46	26,1	150

<sup>†</sup>La catégorie HSIL+ comprend l'adénocarcinome in situ, le carcinome, le carcinome épidermoïde, l'adénocarcinome et autres cancers. Les femmes ayant subi un traitement définitif du col de l'utérus ont été aussi incluses si une coloscopie de suivi n'a pas été trouvée. L'Alberta a fourni des données pour 2012. L'Ontario a fourni des données pour les femmes qui ont obtenu un résultat de test Pap de haut grade et qui ont subi une coloscopie de suivi ou un traitement définitif au cours des six mois suivant la date du test Pap indicateur (21-29 : 82 %; 30-39 : 84,5 %; 40-49 : 83,6 %; 50-59 : 80,5 %; 60-69 : 81,8 %).

TABLEAU 12

**Pourcentage de tests Pap avec un résultat ASC-H ou HSIL+ ayant fait l'objet d'une investigation au moyen d'une biopsie au cours des 12 mois suivants et dont le diagnostic histologique était aussi ASC-H ou HSIL+ chez les femmes âgées de 21 à 69 ans, par province ou par territoire, 2011-2013**

Province <sup>†</sup>	ASC-H			HSIL+		
	Histologie	Cytologie	Pourcentage (%)	Histologie	Cytologie	Pourcentage (%)
<b>C.-B.</b>	1 113	3 671	30,3	3 878	7 704	50,3
<b>Alb.</b>	1 810	3 132	57,8	2 394	3 531	67,8
<b>Man.</b>	439	1 100	39,9	2 613	3 827	68,3
<b>N.-É.</b>	631	1 652	38,2	596	1 256	47,5
<b>Î.-P.-É.</b>	74	194	38,1	258	325	79,4
<b>T.-N.-L.</b>	241	753	32,0	665	933	71,3

<sup>†</sup>L'Alberta a présenté des données pour 2012 et 2013.

TABLEAU 13

**Pourcentage de tests Pap avec un résultat ASC-H ou HSIL+ ayant fait l'objet d'une investigation au moyen d'une biopsie au cours des 12 mois suivants et dont le diagnostic histologique était aussi ASC-H ou HSIL+ selon l'âge, provinces confondues, 2011-2013**

Province <sup>†</sup>	Groupe d'âge	ASC-H			HSIL+		
		Histologie	Cytologie	Pourcentage (%)	Histologie	Cytologie	Pourcentage (%)
<b>Provinces confondues</b>	21-69	4 308	10 502	41,0	10 404	17 576	59,2
	21-29	2 162	4 642	46,6	4 844	8 124	59,6
	30-39	1 361	3 007	45,3	3 469	5 583	62,1
	40-49	516	1 675	30,8	1 392	2 522	55,2
	50-59	200	857	23,3	467	933	50,1
	60-69	69	321	21,5	232	414	56,0

<sup>†</sup>Comprend la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador. L'Alberta a présenté des données pour 2012 et 2013.

TABLEAU 14

**Pourcentage de femmes âgées de 21 à 69 ans qui ont obtenu un résultat de test Pap ASC-H ou HSIL+ et qui ont reçu un diagnostic histologique au cours des 12 mois suivants, par province ou par territoire, 2011-2013**

Province <sup>†</sup>	2011-2013		
	Nombre de femmes qui ont fait l'objet d'une investigation histologique	Nombre de femmes qui ont obtenu un résultat de test Pap ASC-H ou HSIL+	Pourcentage (%)
<b>Alb.</b>	4 279	6 531	65,5
<b>T.-N.-L.</b>	1 336	1 868	71,5
<b>Man.</b>	2 388	3 233	73,9
<b>N.-É.</b>	2 568	3 236	79,4
<b>C.-B.</b>	9 515	11 837	80,4
<b>Î.-P.-É.</b>	409	500	81,8

<sup>†</sup>L'Alberta a présenté des données pour 2012 et 2013.

TABLEAU 15

**Pourcentage de femmes âgées de 21 à 69 ans qui ont obtenu un résultat de test Pap ASC-H ou HSIL+, qui ont subi une colposcopie et qui ont reçu un diagnostic histologique au cours des 12 mois suivant le test Pap, par province ou par territoire, 2011-2013**

Province <sup>†</sup>	2011-2013		
	Nombre de femmes qui ont fait l'objet d'une investigation histologique	Nombre de femmes qui ont subi une colposcopie dans les 12 mois suivant un test Pap dont le résultat était ASC-H ou HSIL+	Pourcentage (%)
<b>T.-N.-L.</b>	1 336	1 824	73,2
<b>Alb.</b>	4 279	5 414	79,0
<b>Man.</b>	2 388	2 732	87,4
<b>N.-É.</b>	2 568	2 906	88,4
<b>C.-B.</b>	9 515	10 136	93,9

<sup>†</sup>L'Alberta a présenté des données pour 2012 et 2013.

TABLEAU 16

**Nombre de femmes chez qui une lésion précancéreuse a été détectée pour 1 000 femmes dépistées, selon l'âge et par province, 2011-2013**

Province <sup>†</sup>	Groupe d'âge	2011-2013		
		Femmes avec une histologie HSIL	Femmes qui ont subi au moins un test Pap	Taux pour 1 000 femmes
<b>C.-B.</b>	21-29	2 777	284 279	9,8
	30-39	2 005	326 875	6,1
	40-49	918	320 607	2,9
	50-59	331	287 074	1,2
	60-69	157	166 070	0,9
<b>Alb.</b>	21-29	2 797	193 506	14,5
	30-39	1 729	204 078	8,5
	40-49	633	167 067	3,8
	50-59	178	149 069	1,2
	60-69	60	74 362	0,8
<b>Man.</b>	21-29	1 981	89 663	22,1
	30-39	1 095	91 312	12,0
	40-49	477	85 184	5,6
	50-59	200	80 318	2,5
	60-69	107	49 691	2,2
<b>N.-É.</b>	21-29	613	69 073	8,9
	30-39	404	71 561	5,6
	40-49	177	72 306	2,4
	50-59	86	66 048	1,3
	60-69	45	39 977	1,1
<b>Î.-P.-É.</b>	21-29	104	9 715	10,7
	30-39	78	9 757	8,0
	40-49	39	9 909	3,9
	50-59	11	9 431	1,2
	60-69	7	6 294	1,1
<b>T.-N.-L.</b>	21-29	371	43 345	8,6
	30-39	291	41 872	6,9
	40-49	91	44 148	2,1
	50-59	38	40 411	0,9
	60-69	20	25 539	0,8

<sup>†</sup>L'Alberta a présenté des données pour 2012 et 2013.

TABLEAU 17

**Taux d'incidence du cancer infiltrant du col de l'utérus normalisé selon l'âge pour 100 000 femmes, par province ou par territoire, chez les femmes de 20 ans et plus, 2011-2013**

Province <sup>†</sup>	CARCINOME NON ÉPIDERMOÏDE			CARCINOME ÉPIDERMOÏDE		
	Population	Cas	Taux d'incidence normalisé selon l'âge	Population	Cas	Taux d'incidence normalisé selon l'âge
<b>C.-B.</b>	3 618 582	97	2,7	3 618 582	251	6,9
<b>Alb.</b>	4 356 901	126	2,9	4 356 901	298	6,9
<b>Sask.</b>	1 217 626	42	3,5	1 217 626	90	7,7
<b>Man.</b>	1 415 487	66	4,7	1 415 487	85	6,1
<b>N.-B.</b>	918 522	31	3,3	918 522	50	5,5
<b>N.-É.</b>	1 161 954	43	3,6	1 161 954	91	8,0
<b>Î.-P.-É.</b>	174 782	8	4,3	174 782	10	5,8
<b>T.-N.-L.</b>	644 865	25	3,9	644 865	53	8,2

<sup>†</sup>La Colombie-Britannique a présenté des données pour 2011 et 2012. Normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011.

TABLEAU 18

**Taux d'incidence du cancer infiltrant du col de l'utérus normalisé selon l'âge pour 100 000 femmes, provinces confondues, 2011-2013**

Province <sup>†</sup>	Groupe d'âge	CARCINOME NON ÉPIDERMOÏDE			CARCINOME ÉPIDERMOÏDE		
		Population	Cas	Taux d'incidence normalisé selon l'âge	Population	Cas	Taux d'incidence normalisé selon l'âge
Provinces confondues	20-24	1 190 519	7	0,6	1 190 519	14	1,2
	25-29	1 252 296	34	2,7	1 252 296	53	4,2
	30-34	1 213 945	34	2,8	1 213 945	105	8,6
	35-39	1 157 438	62	5,4	1 157 438	101	8,7
	40-44	1 186 120	58	4,9	1 186 120	137	11,6
	45-49	1 286 253	46	3,6	1 286 253	102	7,9
	50-54	1 331 534	39	2,9	1 331 534	100	7,5
	55-59	1 201 045	42	3,5	1 201 045	94	7,8
	60-64	1 020 627	32	3,1	1 020 627	65	6,4
	65-69	788 018	26	3,3	788 018	45	5,7
	70-74	589 649	21	3,6	589 649	39	6,6
	75-79	471 422	10	2,1	471 422	23	4,9
	80+	819 853	27	3,3	819 853	50	6,1

<sup>†</sup>Comprend la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador. La Colombie-Britannique a présenté des données pour 2011 et 2012. Normalisé selon l'âge de la population canadienne en 2011.

TABLEAU 19

**Pourcentage de cancers infiltrants détectés au stade I, par province, chez les femmes âgées de 21 à 69 ans, 2011-2013**

Province <sup>†</sup>	2011-2013		
	Stade I	Nombre de cancers	Pourcentage (%)
Sask.	53	115	46,1
Alb.	194	379	51,2
Man.	70	129	54,3
N.-É.	65	114	57,0
C.-B.	176	303	58,1
T.-N.-L.	42	65	64,6
Î.-P.-É.	13	16	81,3

<sup>†</sup>La Colombie-Britannique a présenté des données pour 2011 et 2012.

TABLEAU 20

**Antécédents de dépistage chez les femmes âgées de 21 à 69 ans ayant reçu un diagnostic de cancer infiltrant du col de l'utérus selon l'histologie, provinces confondues, 2011-2013**

Province <sup>†</sup>	Type	Nombre total de cas	0-0,5 AN		> 0,5-3 ANS		> 3-5 ANS		> 5 ANS OU JAMAIS	
			Cas	Pourcentage (%)	Cas	Pourcentage (%)	Cas	Pourcentage (%)	Cas	Pourcentage (%)
Provinces confondues	Carcinome non épidermoïde	380	101	26,6	145	38,2	21	5,5	113	29,7
	Carcinome épidermoïde	821	274	33,4	197	24,0	46	5,6	304	37,0

<sup>†</sup>Comprend la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador. La Colombie-Britannique a présenté des données pour 2011 et 2012.

TABLEAU 21

**Pourcentage de femmes âgées de 18 à 20 ans qui ont subi au moins un test Pap au cours d'une période de 42 mois, par province ou par territoire, du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 30 juin 2013**

Province ou territoire <sup>†</sup>	DE JANV. 2010 À JUIN 2013		
	Femmes qui ont subi un test Pap	Population	Pourcentage (%)
<b>TOTAL</b>	149 516	254 329	58,8
<b>Alb.</b>	37 348	75 825	49,3
<b>N.-B.</b>	7 377	14 203	51,9
<b>C.-B.</b>	47 228	83 564	56,5
<b>Man.</b>	16 956	27 051	62,7
<b>T.N.-O.</b>	742	1 126	65,9
<b>Sask.</b>	14 623	21 916	66,7
<b>T.-N.-L.</b>	6 757	9 446	71,5
<b>Î.-P.-É.</b>	2 162	3 005	71,9
<b>N.-É.</b>	16 323	18 193	89,7

<sup>†</sup>Le Nouveau-Brunswick a présenté des données portant sur une période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 30 juin 2014.

# Annexe E

## Principales hypothèses et définitions du Modèle de gestion des risques du cancer

Descripteur	Hypothèse ou définition
Taux de participation au test Pap <sup>a</sup>	56 %
Taux de participation initial	91 %
Taux de redépistage	70 %
Intervalle de dépistage	3 ans
Anormal de bas grade	ASC-US, ASC-H, LSIL
Anormal de haut grade	HSIL
Coût du test Pap (dépistage initial et nouveaux tests)	59,49 \$
Colposcopie initiale (sans biopsie)	955,71 \$
Colposcopie de réévaluation effectuée au cours des 6 mois suivants (sans biopsie)	724,00 \$
Colposcopie de réévaluation non effectuée au cours des 6 mois suivants (sans biopsie)	656,23 \$
Biopsie	102,71 \$
Lame froide	1 851,23 \$
Technique d'excision électrochirurgicale à l'anse (LEEP)	1 887,19 \$
Cryochirurgie <sup>b</sup>	1 887,19 \$
Laser <sup>b</sup>	1 887,19 \$
Hystérectomie	3 068,01 \$
Taux de vaccination contre le VPH	70 % (instauration chez les filles de 12 ans en 2007)
Efficacité de la vaccination contre le VPH	100 %, sans diminution

Remarques : Version 2.2 du modèle, rattaché à la version 1.8 du *HPV Model* [Modèle pour l'HPV]. Année de déclaration en monnaie canadienne : 2008.

a) Le taux de participation au test Pap de 56 % est défini comme le pourcentage de femmes qui ont subi au moins un test Pap au cours des trois dernières années, et il est établi en fonction des taux initiaux de participation et de fidélisation et selon l'interaction de ces taux avec d'autres variables du modèle, comme l'intervalle de dépistage et le suivi des tests Pap anormaux.

b) Coût présumé identique à la LEEP comme hypothèse simplificatrice (D<sup>e</sup> Laurie Elit, novembre 2012).



1, avenue University, bureau 300  
Toronto (Ontario) Canada M5J 2P1  
Tél. : 416-915-9222 Sans frais : 1-877-360-1665  
[partenariatcontrelecancer.ca](http://partenariatcontrelecancer.ca)

