

power



Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes

Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report

Monika K. Krzyzanowska MD, MPH, FRCPC
Lisa Barbera MD, MPA, FRCPC
Laurie Elit MD, MSc FRCS(C),
Janice Kwon MD, MPH, FRCS(C)
Aisha Lofters MD, CCFP
Refik Saskin MSc
Naira Yeritsyan MD, MPH
Arlene S. Bierman MD, MS, FRCPC



Cancer

Chapitre 4 | Sommaire

L'Étude POWER est financée par Écho: pour l'amélioration de la santé des Ontariennes, un organisme du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le contenu de ce Rapport ne reflète pas nécessairement les opinions d'Écho ou du ministère.

© 2009 St. Michael's Hospital and the Institute for Clinical Evaluative Sciences

Pour ce chapitre:

Krzyzanowka M, Barbera L, Elit L, Kwon J, Lofters A, Saskin R, Yeritsyan N, Bierman AS, Cancer: In Bierman AS, editor. Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report: Volume 1: Toronto; 2009

Le cancer est une importante cause de morbidité et de mortalité dans la province. Chaque année, des milliers d'Ontariennes et d'Ontariens reçoivent un diagnostic de cancer. Dans ce chapitre, nous nous penchons sur les cancers qui représentent une cause déterminante de maladie et de décès chez les femmes de l'Ontario. Nous y avons inclus les deux types de cancers les plus courants chez les hommes et chez les femmes, à savoir le cancer du poumon et le cancer colorectal, ainsi que les cancers qui se retrouvent le plus chez les femmes, en l'occurrence les cancers du sein, du col de l'utérus, de l'ovaire et de l'utérus. Nos indicateurs explorent le continuum de cancérologie, depuis le dépistage jusqu'au traitement, au suivi et aux soins en fin de vie. Nous identifions où ces indicateurs présentent des différences de rendement entre les femmes et les hommes, et nous cherchons à savoir si l'expérience des soins cancérologiques est différente pour les femmes et pour les hommes selon le revenu, l'âge et le lieu de résidence. Nous relevons un certain nombre d'écarts importants et potentiellement modifiables au niveau du dépistage, un aspect pour lequel il existe des points de référence clairs. Nous notons également certaines différences dans les soins selon l'âge, le sexe, le revenu et la région de la province (**Figure 1, p. 4**). Nous indiquons de nombreuses possibilités d'amélioration, présentons des données objectives à l'appui de l'établissement des priorités et fournissons une base contre laquelle mesurer les progrès.

Dans la première section, nous faisons état de l'incidence et des taux de survie des cancers examinés dans ce chapitre. Ces indicateurs nous font voir le fardeau de la maladie attribuable à ces cancers. Nous parlons aussi des temps d'attente pour certaines des interventions chirurgicales requises dans le traitement de ces cancers, ce qui nous donne une idée de la mesure dans laquelle le système de santé est capable d'assurer le soin des patientes. Dans la deuxième section, nous mesurons la conformité aux recommandations portant sur le dépistage du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus. Nous indiquons également le suivi qui est fait lorsque les résultats du dépistage du cancer du col de l'utérus sont anormaux. Les quatre sections suivantes traitent du traitement et du suivi des divers cancers dont il est question dans ce chapitre (colorectal, du poumon, du sein et les cancers gynécologiques, y compris le cancer du col de l'utérus, de l'ovaire et de l'utérus). Ces indicateurs reflètent la qualité des soins reçus après un diagnostic de cancer. Enfin, la dernière section porte sur la qualité des soins en fin de vie donnés aux patientes qui meurent d'un cancer.

L'ÉTUDE

Les indicateurs dont nous rendons compte ont été choisis par un comité d'experts techniques à la suite d'une étude systématique de la littérature scientifique et d'un processus de sélection rigoureux utilisant une méthode Delphi modifiée. Au niveau provincial comme au niveau des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), ces indicateurs ont d'abord été stratifiés selon le sexe (s'il y avait lieu), puis stratifiés à nouveau selon des variables socio-économiques (âge, revenu) dans la mesure où la taille de l'échantillon le permettait et où les données étaient disponibles. Tous les taux d'incidence ont été normalisés en fonction de la population du Canada au 1^{er} juillet 1991 et à l'aide de la méthode directe de normalisation. Tous les autres indicateurs ont été normalisés en fonction de la cohorte de l'étude à l'aide de la méthode de normalisation indirecte. Les données utilisées pour produire cette section proviennent de plusieurs sources, dont les suivantes : Ontario Cancer Registry (OCR); la base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé; l'Assurance-santé de l'Ontario; le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA); CYTOBASE; le Programme ontarien de dépistage de cancer du sein; le Système ontarien d'administration des soins à domicile (SOASD); la Base de données sur les personnes inscrites (BDPI); le Recensement du Canada de 2001 effectué par Statistique Canada et la base de données sur les médecins de l'Institut de recherche en services de santé.

MESSAGES CLÉS

Nous avons fait une vaste étude des questions du cancer et de la cancérologie dans la province. Nous avons concentré notre attention sur les variations selon le sexe, le statut socio-économique et la région qui ressortent au niveau du fardeau du cancer et du rendement du système de santé. Nous avons relevé un certain nombre de points importants qui se prêtent à des interventions et des améliorations. Pour de nombreux indicateurs, on note des variations considérables parmi les RLISS. Action Cancer Ontario travaille pour réduire les variations régionales dans la cancérologie. Les résultats de nos analyses sont disponibles pour que les RLISS puissent les utiliser dans l'établissement de leurs priorités et leurs activités de planification et d'amélioration de la qualité. Les cinq mesures suivantes pourraient aider à accélérer la réduction du fardeau du cancer, l'amélioration des résultats pour la santé chez les patientes atteintes du cancer et la réduction des iniquités en matière de santé qui sont liées au cancer. Pour réussir, l'adoption de ces mesures doit tenir compte des différences selon le sexe et le statut économique que l'on retrouve dans l'incidence du cancer et l'expérience des soins.

Mettre l'accent sur la prévention et le dépistage pour réduire les iniquités en matière de santé liées au cancer

- Si l'on veut réduire le fardeau de la maladie attribuable au cancer en Ontario, il est essentiel de mettre l'accent davantage sur la prévention – intégrer la santé de la population, la collectivité et les approches cliniques. Un grand nombre des facteurs de risque de cancer (tabagisme, inactivité physique, obésité et régime alimentaire malsain) sont les mêmes que les facteurs de risque d'autres maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires. Les interventions de prévention doivent agir sur les déterminants sociaux de la santé, être sensibles au facteur sexe et cibler les personnes défavorisées sur le plan socio-économique, qui sont, de ce fait, plus à risque.
- Il faut améliorer les initiatives de dépistage pour toutes les Ontariennes et faire des efforts particuliers pour prendre contact avec les personnes vivant dans des collectivités à faible revenu, où les taux de dépistage sont les plus bas.

Les programmes de dépistage ne suffisent pas. Il faut avoir un système qui assure le suivi des tests de dépistage anormaux

- Dans le travail que nous faisons pour atteindre nos objectifs de dépistage du cancer, nous avons besoin d'un système qui assure un suivi lorsque les tests de dépistage donnent des résultats anormaux. Pour améliorer le suivi du cancer du col de l'utérus, on pourrait rendre la base de données du système d'information accessible aux médecins, aux laboratoires et même aux patientes, ou utiliser la base de données pour téléphoner aux patientes et leur rappeler de se soumettre à un test de dépistage régulier et à l'évaluation des tests anormaux. Des unités d'évaluation rapide pourraient également faciliter l'investigation des résultats de tests de dépistage anormaux.
- Il faudra élaborer des données pour évaluer le suivi des résultats anormaux de mammographies dans le dépistage du cancer du sein, et de tests de recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) dans le dépistage du cancer colorectal, afin d'élargir la portée de cet objectif au-delà du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Répondre aux besoins uniques d'une population vieillissante dans la prestation de soins oncologiques

- Les personnes âgées représentent un sous-groupe unique de patients cancéreux dans lequel le fardeau de la maladie est élevé, les problèmes de santé sont nombreux et la preuve directe des avantages du traitement est souvent absente. Il s'agit du groupe d'âge dans lequel l'incidence de cancer est la plus élevée. Nous avons besoin de stratégies précises pour gérer le cancer chez les personnes âgées, pour faire en sorte qu'elles soient traitées convenablement, conformément aux données probantes actuelles et selon leurs désirs.
- Cette stratégie doit tenir compte des besoins uniques des femmes âgées, qui forment la majorité de la population de personnes âgées et chez qui les niveaux de comorbidité, d'invalidité et de pauvreté sont plus élevés.

Mettre l'accent sur la prévention et les soins en fin de vie pour le cancer du poumon, puisque le pronostic est mauvais et que ce cancer est, en grande partie, évitable.

- Continuer de développer des stratégies spécifiques au cancer du poumon, dans le but de réduire le fardeau attribuable à ce diagnostic. Comme l'histoire naturelle de cette maladie est courte, il est essentiel de concentrer notre attention sur la prévention, en ciblant tout particulièrement le tabagisme, et c'est d'ailleurs l'objectif de la Stratégie antitabac de l'Ontario. Il est également très important de prévoir des interventions qui répondent aux besoins des personnes affectées par cette maladie afin que les investigations et les traitements soient accessibles à temps et que les besoins en fin de vie de cette population de patients soient comblés.

Améliorer la qualité, la disponibilité et l'actualité des données pour évaluer le cancer et la oncologie dans la province

- Bien que les données servant à évaluer le cancer et la oncologie en Ontario se soient améliorées, il y a encore beaucoup à faire pour améliorer leur qualité, leur disponibilité et leur actualité.
- La stadification du cancer détermine le traitement et les résultats, et ces données nous permettraient d'améliorer considérablement les moyens dont nous disposons pour évaluer le système de oncologie. Les données sur ce que pensent les patientes des soins qu'elles reçoivent nous permettraient d'améliorer l'évaluation de leur expérience des soins. Les données sur l'ethnicité nous permettraient de mieux déterminer si le système de oncologie est équitable pour l'ensemble de la population ontarienne.

Figure 1 | Facteurs associés avec les différences dans les soins de cancérologie.

Indicateur	Résultat général	Facteur de stratification			
		Sexe	Âge	Revenu	Région
Indicateurs généraux (3 indicateurs)					
Incidence de cancer [^]	7-96 [#]	○	○	○	○
Survie après cinq ans [^]	13-80 %	○	○	N	N
Temps d'attente pour une intervention chirurgicale [^]	29-65 jours	N	N	○	○
Dépistage (5 indicateurs)					
Mammographie de dépistage	61 %	•	○	○	○
RSOS de dépistage	17 %	○	○	○	○
Tests Pap de dépistage	69 %	•	○	○	○
Suivi de résultats anormaux de test Pap	44 %	•	○	○	○
Suivi de test Pap inadéquat	35 %	•	○	N	N
Cancer colorectal (4 indicateurs)					
Intervention de conservation sphinctérienne dans le cancer du rectum	59 %	○	○	N	N
Aiguillage vers la radio-oncologie au stade précoce du cancer du rectum	60 %	○	○	N	N
Aiguillage vers l'oncologie médicale au stade précoce du cancer du côlon	71 %	N	○	N	○
Colonoscopie de surveillance	79 %	N	○	N	N
Cancer du poumon (3 indicateurs)					
Intervention pour le cancer du poumon non à petites cellules	20 %	○	○	○	○
Chimiothérapie adjuvante pour le cancer du poumon non à petites cellules	33 %	○	○	N	○
Chimiothérapie pour le cancer du poumon à petites cellules	73 %	N	○	N	N
Cancer du sein (5 indicateurs)					
Chirurgie mammaire conservatrice	73 %	•	○	N	○
Dissection axillaire	87 %	•	○	N	N
Radiothérapie après la chirurgie mammaire conservatrice	74 %	•	○	N	○
Aiguillage vers l'oncologie médicale au stade précoce du cancer du sein	67 %	•	○	N	○
Mammographie de surveillance	81 %	•	○	N	N
Cancers gynécologiques (4 indicateurs)					
Chirurgie ovarienne primaire par un gynécologue oncologue	59 %	•	N	N	○
Chimiothérapie postopératoire pour le cancer de l'ovaire	79 %	•	N	N	N
Taux de réintervention pour le cancer de l'ovaire	3,40 %	•	N	N	N
Stadification chirurgicale effectuée par un gynécologue oncologue pour le cancer de l'utérus	41 %	•	N	N	N

Indicateur	Résultat général	Facteur de stratification			
		Sexe	Âge	Revenu	Région
Soins en fin de vie (5 indicateurs)					
Décès dans un lit de soins aigus [^]	47-56 %	N	O	N	O
Visites aux urgences dans les 2 dernières semaines de vie [^]	31-46 %	O	O	N	O
Chimiothérapie dans les 2 dernières semaines de vie [^]	1,0-7,5 %	N	O	N	O
Visites de soins à domicile au cours des 6 derniers mois de vie [^]	67-78 %	N	O	N	N
Visites à domicile par le médecin dans les 2 dernières semaines de vie [^]	20-28 %	N	O	O	O

[^] L'intervalle s'applique à tous les types de cancers examinés

Incidence par 100 000 habitants

- Sans objet

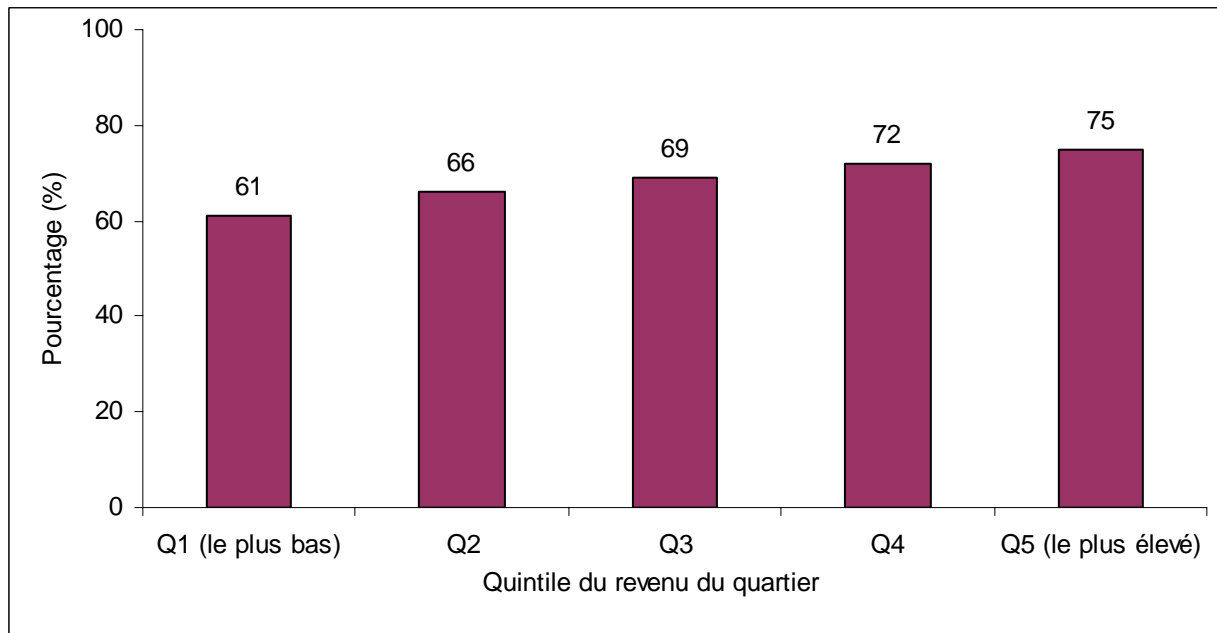
Étude POWER

CONSTATATIONS CLÉS

Nous avons constaté que **l'âge agissait sur l'incidence, la survie et le dépistage du cancer, mais ne constitue pas un facteur important au niveau du traitement du cancer**. Le cancer du poumon est diagnostiqué plus fréquemment chez les femmes vivant dans des quartiers à faible revenu, tandis que le cancer du sein est diagnostiqué plus fréquemment chez les femmes vivant dans des quartiers à revenu plus élevé. Un fait est préoccupant : les femmes vivant dans des quartiers à faible revenu présentent à tout coup des taux plus bas de dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal, mais une fois le diagnostic de cancer posé, il existe peu de différences dans les taux de traitement. Cela suggère que, bien que les femmes à faible revenu se heurtent à un plus grand nombre d'obstacles pour le dépistage du cancer, une fois le diagnostic de cancer posé, elles obtiennent généralement le même traitement que les femmes à revenu plus élevé.

Les taux de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus en Ontario sont inférieurs aux objectifs provinciaux, et les taux de dépistage du cancer colorectal sont particulièrement bas. Les Ontariennes à faible revenu sont les personnes les moins portées à se soumettre à des tests de dépistage. Les taux de dépistage se situent à 61 % pour le cancer du sein, à 69 % pour le cancer du col de l'utérus et à 17 % pour le cancer colorectal à l'aide des tests de recherche de sang occulte dans les selles (RSOS). Chez les femmes vivant dans des quartiers à faible revenu, les taux de dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus (**Figure 2**) et du cancer colorectal sont constamment plus bas que chez les femmes vivant dans des quartiers à revenu plus élevé. Les taux de dépistage du cancer colorectal s'améliorent, comme le montre l'Indice de qualité du réseau de cancérologie de cette année (<http://csqi.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=40955&pageId=41058>) et on s'attend à ce que ces taux continuent de s'améliorer grâce au programme ContrôleCancerColorectal mis en œuvre en avril 2008. Les taux de dépistage du cancer colorectal demeurent cependant de beaucoup inférieurs à l'objectif visé et il serait important de déterminer si, dans le dépistage, les différences liées au revenu ont été éliminées.

Figure 2 | Pourcentage normalisé selon l'âge de femmes admissible[^] aux tests de dépistage, qui ont eu au moins un test de Papanicolaou (Pap) au cours des trois dernières années, par quintile de revenu du quartier, en Ontario, 2004/05

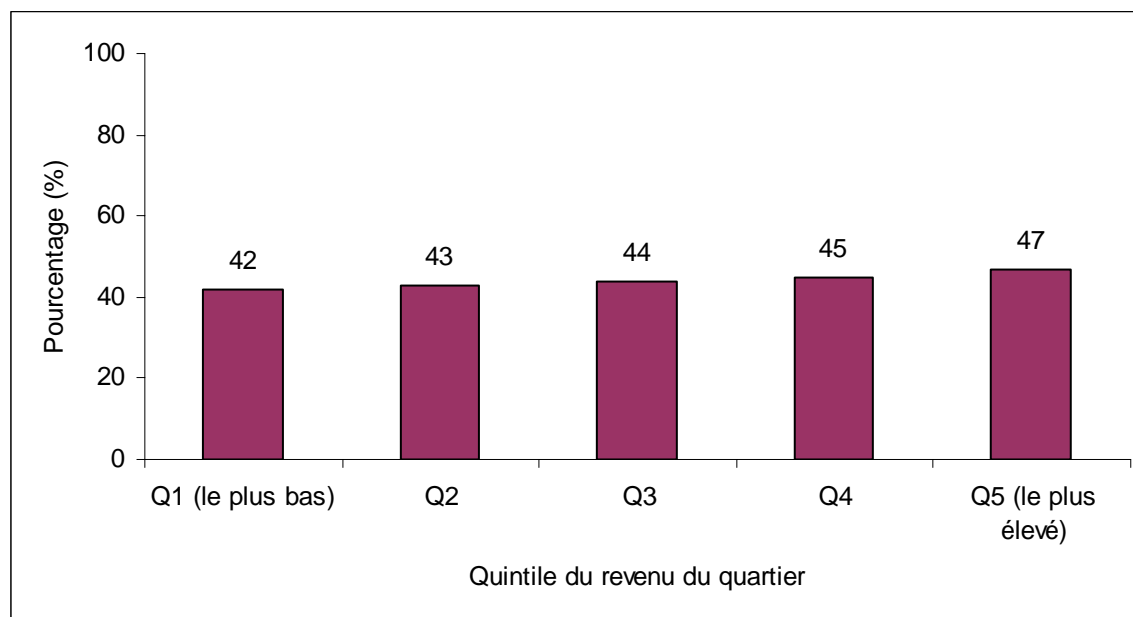


Sources de données: Base de données sur les personnes inscrites (BDPI); Assurance-santé de l'Ontario (OHIP); CytoBase; Le Registre du cancer de l'Ontario; Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé; Recensement de Statistique Canada de 2001.

[^] Femmes âgées de 18 à 70 ans n'ayant aucun antécédent de cancer du col de l'utérus ou n'ayant pas eu d'hystérectomie

Le dépistage à lui seul ne suffit pas. Il est essentiel d'effectuer un suivi à temps si les résultats sont anormaux. Dans le cas de résultats anormaux ou inadéquats, le suivi s'avère sous-optimal. Il existe des écarts majeurs dans le suivi de résultats anormaux ou inadéquats du test de Papanicolaou (Pap). En effet, moins de la moitié des femmes présentant de tels résultats reçoivent les soins de suivi recommandés. Les très jeunes femmes sont les moins portées à subir des tests Pap et à recevoir les soins de suivi appropriés en cas de résultats anormaux. Par contre, les femmes postménopausées sont les moins susceptibles de subir un test de rappel après un résultat insatisfaisant. Le suivi des tests Pap anormaux varie également selon le revenu du quartier (**Figure 3**). Il faut mettre en place d'autres systèmes pour assurer la prestation à temps d'un suivi approprié lorsque les résultats des tests de dépistage sont anormaux.

Figure 3 | Pourcentage normalisé selon l'âge de femmes dont le test de Papanicolaou a donné des résultats indiquant une lésion de bas grade histologique (ASCUS ou LGSIL*) et qui ont subi un deuxième de Papanicolaou ou une coloscopie dans les six mois suivant les résultats anormaux du test initial, en Ontario, 2004/05



Sources de données: Base de données sur les personnes inscrites (BDPI); Assurance-santé de l'Ontario (OHIP); CytoBase; Le Registre du cancer de l'Ontario; Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé; Recensement de Statistique Canada de 2001.

*ASCUS : cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée

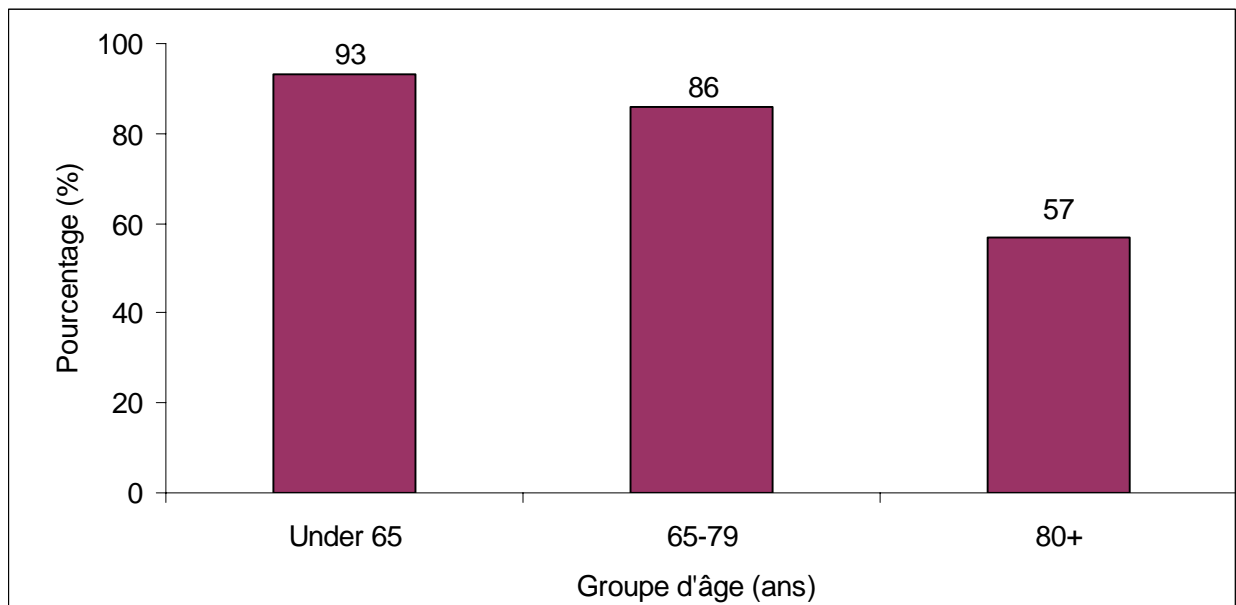
*LGSIL : lésions malpighiennes intra-épithéliales de bas grade histologique

Il existe certaines différences selon le sexe, mais ces différences ne sont pas prononcées. Nous avons décelé des différences selon le sexe dans l'incidence et le taux de survie du cancer du poumon et du cancer colorectal. Ces différences ont été documentées auparavant et sont probablement attribuables à un ensemble de facteurs biologiques et sociaux. Pour ce qui est du traitement, nous n'avons remarqué que quelques différences selon le sexe, sauf dans le cas de la gestion du cancer du rectum. Quant aux soins en fin de vie, les femmes, comparées aux hommes, présentent moins de chances de recevoir des services énergiques et à forte acuité, et plus de chances de recevoir des soins de soutien, mais ces différences sont minimes.

L'âge est un déterminant extrêmement important du traitement. À mesure que les gens vieillissent, le cancer devient plus fréquent, les taux de survie diminuent et la qualité des soins varie selon l'âge. Pour tous les indicateurs liés au traitement que nous examinons dans ce chapitre, les patientes plus âgées sont moins susceptibles de recevoir un traitement que les patientes plus jeunes. Ces différences se retrouvent dans tous les modes de traitement, y compris la chirurgie (les femmes plus âgées sont moins susceptibles d'avoir subi la dissection axillaire [Figure 4]), la radiothérapie et la chimiothérapie (les patientes plus âgées qui ont subi une intervention chirurgicale pour le cancer du rectum présentent moins de chances d'avoir consulté un radio-oncologue [Figure 5]). Il est probable que certaines patientes plus âgées choisissent de ne pas subir de traitement agressif, mais les nouvelles données font également ressortir que les médecins ont peut-être tendance à sous-traiter les femmes plus âgées. Cette situation est possiblement attribuable au manque de données probantes directes sur les avantages du traitement pour les patientes plus âgées atteintes de cancer (la plupart des essais

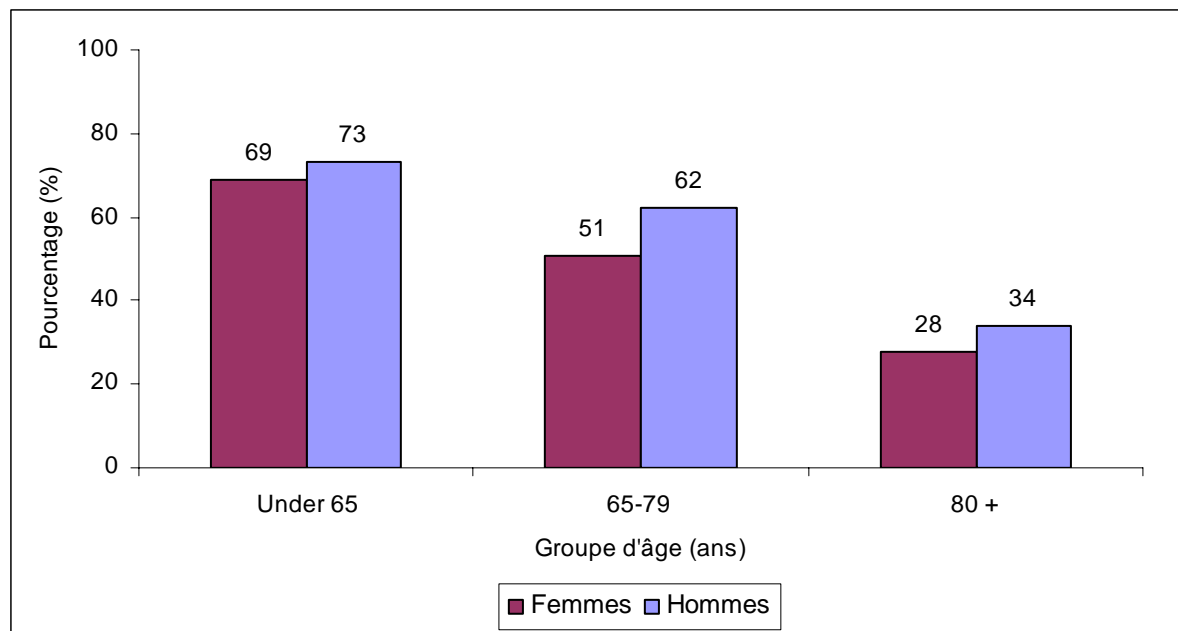
cliniques font appel à la participation de patientes plus jeunes et plus en forme) ou encore à une crainte que les traitements soient plus toxiques pour les patientes âgées. Il est possible aussi que les médecins jugent qu'il ne vaut pas la peine de faire subir un traitement à une patiente âgée. Les données révèlent toutefois que les avantages relatifs du traitement pour les femmes âgées sont les mêmes que pour l'ensemble des patientes atteintes de cancer, mais que la décision d'opter pour le traitement devient plus complexe lorsqu'il faut tenir compte de l'espérance de vie, des maladies coexistantes et du statut fonctionnel. Avec la population vieillissante, il faudra mettre l'accent davantage sur les besoins des personnes âgées atteintes de cancer. Les femmes âgées sont plus susceptibles que les hommes d'avoir un revenu moins élevé, de vivre seules, d'être des aidantes et d'avoir plusieurs affections chroniques et comorbidités (voir le chapitre sur le fardeau de la maladie). Si nous voulons résoudre les iniquités liées à l'âge en cancérologie, il faudra examiner ces différences selon le sexe dans le contexte de la santé et des circonstances sociales.

Figure 4 | Pourcentage de patientes qui ont eu une intervention chirurgicale pour le cancer du sein et la dissection axillaire, selon l'âge, en Ontario, 2003-2004 à 2004-2005



Sources de données: Base de données sur les personnes inscrites (BDPI); Le Registre du cancer de l'Ontario; Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé.

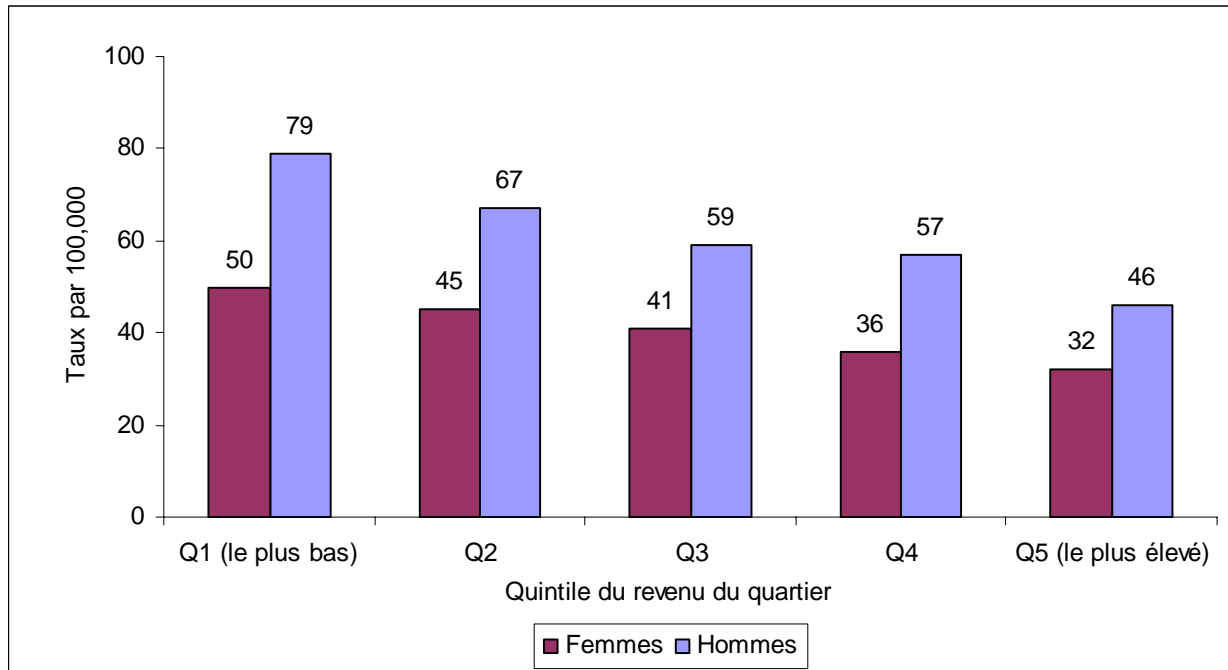
Figure 5 | Pourcentage de patients qui ont eu une intervention chirurgicale pour le cancer rectal et qui ont consulté un radio-oncologue dans les six mois suivant le diagnostic, par sexe et par âge, en Ontario, 2002/03 à 2003/04



Sources de données: Base de données sur les personnes inscrites (BDPI); Assurance-santé de l'Ontario (OHIP); Le Registre du cancer de l'Ontario; Base de données sur les médecins de l'Institut de recherche en services de santé.

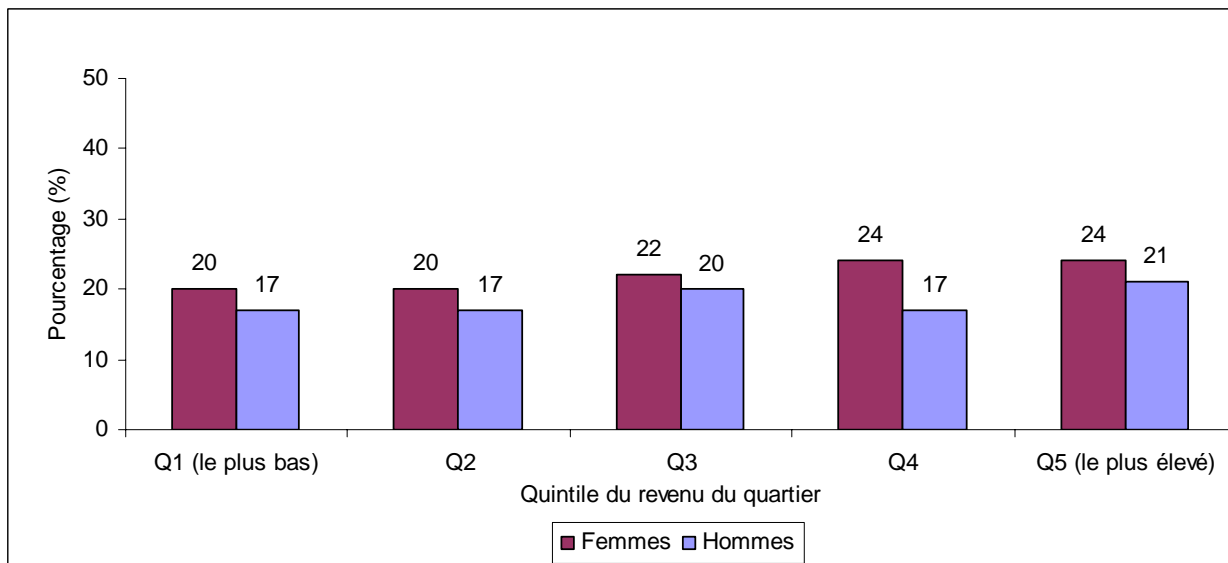
Le cancer du poumon impose un fardeau lourd à la population et au système de santé, et les résultats pour ce type de cancer sont particulièrement mauvais. L'incidence de cancer du poumon est élevée et seulement 13 % des patientes sont encore en vie cinq ans après le diagnostic. On relève également des iniquités dans l'incidence et le taux de survie du cancer du poumon, selon l'âge et le revenu. Le cancer du poumon est plus fréquent chez les personnes vivant dans des quartiers à faible revenu (**Figure 6**). Ces personnes sont également moins portées à subir une intervention chirurgicale (**Figure 7**) et moins susceptibles de vivre plus de cinq ans après le diagnostic. Le cancer du poumon est également plus fréquent chez les personnes âgées, mais ces personnes sont moins susceptibles de recevoir des traitements de chimiothérapie.

Figure 6 | Incidence normalisée selon l'âge du cancer du poumon par 100 000 habitants, par sexe et par quintile du revenu du quartier, en Ontario, 2004/05



Sources de données: Base de données sur les personnes inscrites (BDPI); Le Registre du cancer de l'Ontario; Recensement de Statistique Canada de 2001.

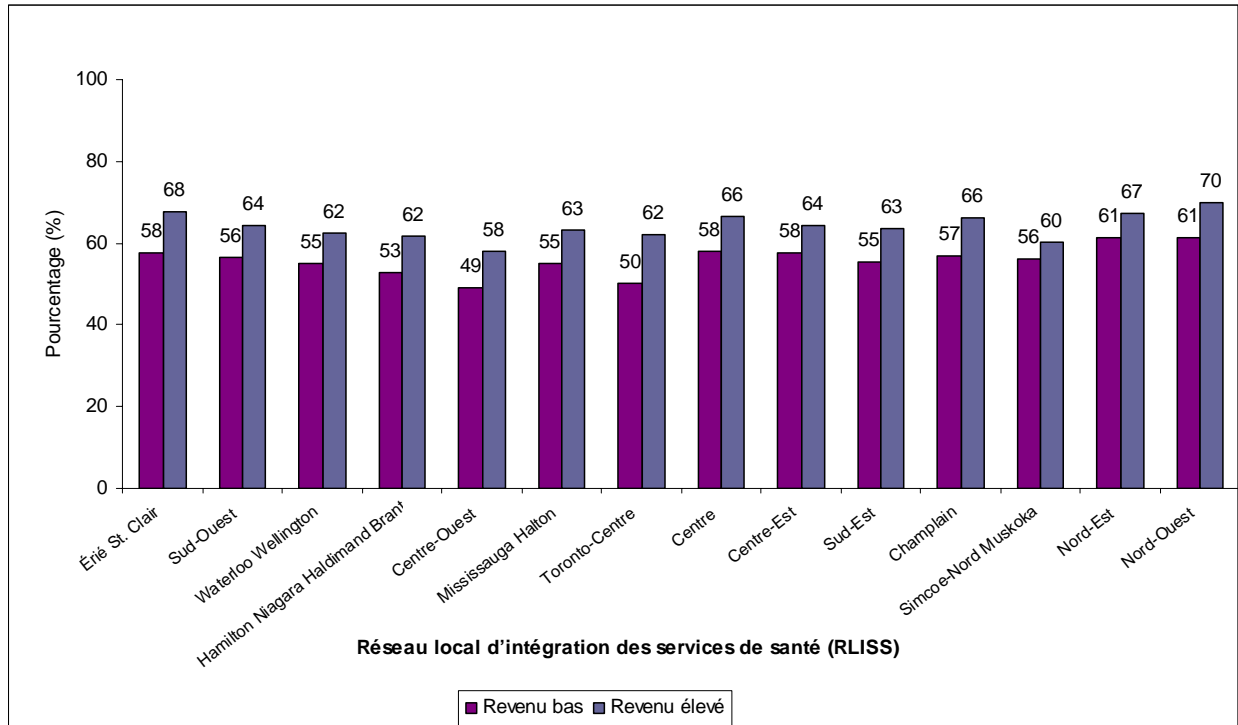
Figure 7 | Pourcentage normalisé selon l'âge de patients ayant le cancer du poumon non à petites cellules qui ont subi une résection cunéiforme, par sexe et par quintile du revenu du quartier, en Ontario, 2003/04 à 2004/05



Sources de données: Base de données sur les personnes inscrites (BDPI); Le Registre du cancer de l'Ontario; Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé; Recensement de Statistique Canada de 2001.

Le lieu de résidence en Ontario affecte tous les aspects du traitement du cancer. Les taux varient pour tous les types de soins médicaux, depuis le dépistage (voir les taux de mammographies dans les RLISS, [Figure 8]) jusqu'aux soins en fin de vie, selon le lieu de résidence dans la province. Les différences régionales sont plus constantes au niveau des traitements chirurgicaux et de l'oncologie médicale. Les différences pour l'usage de la chimiothérapie sont particulièrement prononcées. Les différences régionales sont moins grandes pour la prestation de la radiothérapie que pour la prestation de la chimiothérapie.

Figure 8 | Pourcentage normalisé selon l'âge de femmes admissibles[^] à des tests de dépistage qui ont eu une mammographie au cours des deux dernières années, par revenu du quartier et par Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS), en Ontario, 2005 à 2006



Sources de données: Base de données sur les personnes inscrites (BDPI); Assurance-santé de l'Ontario (OHIP); Le Registre du cancer de l'Ontario; Recensement de Statistique Canada de 2001; Programme ontarien de dépistage de cancer du sein.

[^] Femmes âgées de 50 à 69 ans n'ayant pas d'antécédents de cancer du sein