

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.
Santé Canada

Elle est également disponible sur demande sur disquette, en gros caractères, sur bande
sonore ou en braille.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires de ce rapport, veuillez
communiquer avec :

Publications
Santé Canada
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Tél : (613) 954-5995
Télec. : (613) 941-5366

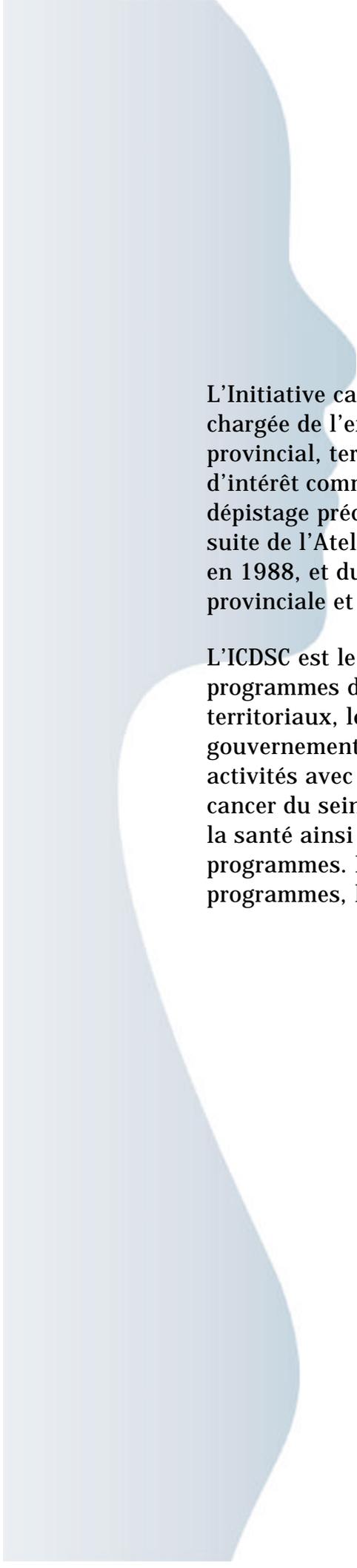
Also available in English under the title: *Waiting for a Diagnosis After an Abnormal
Breast Screen in Canada*

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de Travaux
publics et Services gouvernementaux Canada, 2000
N° de cat. H39-526/2000F
ISBN 0-662-84442-4



**Rapport du groupe
de travail sur
l'integration des
processus de dépistage
et de diagnostic de
l'Initiative canadienne
pour le dépistage du
cancer du sein**





L'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS) est chargée de l'examen des débats et des mesures, à l'échelon fédéral, provincial, territorial et interprovincial, qui sont liés aux questions d'intérêt commun ou aux préoccupations manifestées à l'endroit du dépistage précoce du cancer du sein. L'ICDCS a été instaurée en 1990, à la suite de l'Atelier national sur le dépistage précoce du cancer du sein tenu en 1988, et du rapport ultérieur soumis à la Conférence fédérale, provinciale et territoriale des sous-ministres de la Santé.

L'ICDCS est le résultat d'un partenariat entre Santé Canada, les programmes de dépistage et les gouvernements provinciaux et territoriaux, les associations professionnelles, les agences non-gouvernementales et les femmes. Le Comité poursuit aujourd'hui ses activités avec la Phase II (1998-2003) de l'Initiative canadienne sur le cancer du sein, et se concentre sur l'éducation du public, la promotion de la santé ainsi que sur la sensibilisation réalisée par le truchement de programmes. De plus, le Comité se penche sur l'élaboration de programmes, l'évaluation et la mise en commun de l'information.

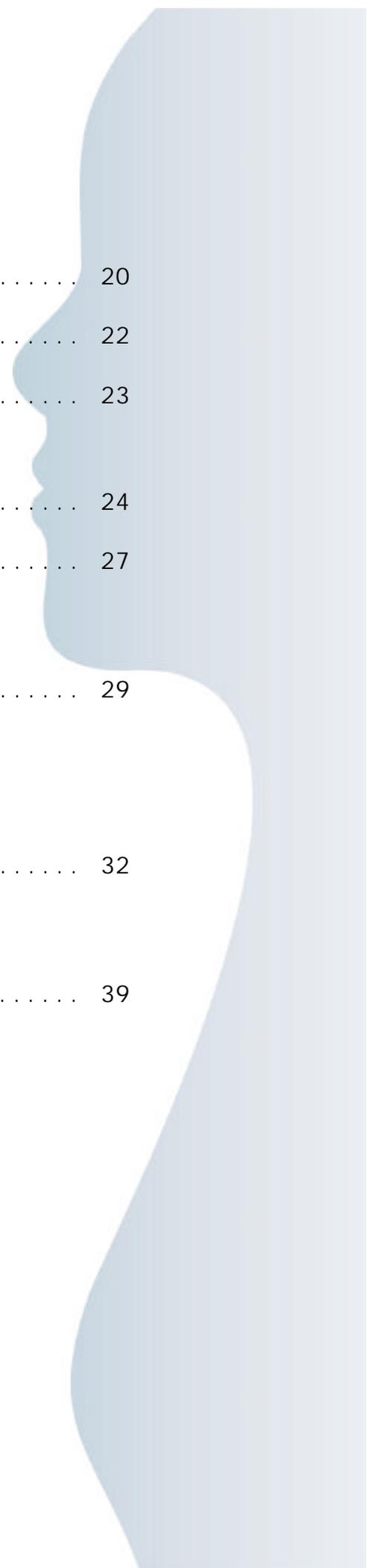
Remerciements

Nous aimerions remercier les collaborateurs suivants :

- Les programmes provinciaux de dépistage de l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Manitoba, Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario et la Saskatchewan qui ont fourni les données au Groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic pour les inclure au rapport. En particulier, Jon Tonita qui a généré les données concernant les délais pour la Saskatchewan dans les tableaux 4 à 7.
- Les membres du Groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic pour leur contribution à l'analyse et à la rédaction du rapport. Les membres du Groupe de travail comprennent : D^r Ivo Olivotto (à la présidence), Programme de dépistage du cancer du sein de la Colombie-Britannique; D^r Judy Caines, Programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse; D^r Vivek Goel, Université de Toronto; Brenda Irvine, Programme de dépistage du cancer du sein de l'Ontario; Lisa Kan, Programme de dépistage du cancer du sein de la Colombie-Britannique; D^r Lucie Lemieux, Programme québécois de dépistage du cancer du sein; D^r Ron McAuley, médecin de famille; Renée McGilly, consommatrice; D^r Doug Mirsky, Centre de santé du sein de la femme de la région d'Ottawa; D^r Margaret Sabine, Programme de dépistage du cancer du sein de l'Ontario; Christian Bancej, Santé Canada; Anna Maria Calabretta, Santé Canada; D^r Eric Nicholls, Santé Canada; Judy Snider, Santé Canada. Le mandat et les membres du Groupe de travail sont aussi présentés à l'annexe A.
- D^r Lucie Lemieux, Programme québécois de dépistage du cancer du sein, pour la révision de la version française.
- Sheila Penney, consultante à la révision de la littérature ainsi que la première ébauche du rapport.
- Le Comité national chargé de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein pour la révision du document.

Table des matières

Résumé	1
Introduction	1
Principaux Résultats	1
1. Description du processus de diagnostic	1
2. Rapidité du diagnostic	2
3. Recommandations sur les délais à rencontrer dans les Programmes canadiens organisés de dépistage du cancer du sein.	3
4. Atteinte des délais	4
5. Orientations futures	5
Rapport final	6
Introduction	6
Les méthodes	7
Recension des écrits.	7
Revue des normes canadiennes et internationales des délais à rencontrer	8
Temps d'attente après le dépistage d'une anomalie dans les programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada, en 1996	8
Resultats	10
Recension des écrits.	10
Revue des normes canadiennes et internationales des délais à rencontrer	11
Délais de diagnostic après dépistage anormal dans les programmes organisés canadiens, 1996	11



Discussion et recommandations.	20
Définitions des dates et des procédures diagnostiques après le dépistage d'une anomalie au sein	22
Délais à rencontrer pour les programmes canadiens de dépistage du cancer du sein.	23
La divergence entre les normes de délai et l'expérience des femmes après le dépistage d'une anomalie dans un programme organisé du dépistage du cancer du sein au Canada, en 1996	24
Orientations futures	27
Annexe A : Termes de référence et composition du Groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic	29
Annexe B : Liste des références rassemblées durant la recensions des écrits sur les causes et conséquences du délai de diagnostic, incluant les références supplémentaires précitées dans ce rapport.	32
Annexe C : Revue des normes ou délais à atteindre dans les programmes organisés canadiens et internationaux de dépistage du cancer du sein.	39

Liste des tableaux

Tableau 1.	Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada: Pratiques habituelles en 1996. . . .	12
Tableau 2.	Volume d'examens chez les femmes de 50 à 69 ans et de cancers décelés par le programme, 1996 (dépistage initial et subséquent)	13
Tableau 3.	Résultats choisis selon le programme pour les femmes de 50 à 69 ans, 1996 (dépistage initial et subséquent)	14
Tableau 4.	Nombre de semaines entre le dépistage d'une anomalie et le diagnostic, Femmes de 50 à 69 ans participant aux programmes provinciaux, 1996: <i>Inclut toutes les femmes chez qui on a découvert une anomalie</i>	15
Tableau 5.	Nombre de semaines entre le dépistage d'une anomalie et le diagnostic, Femmes de 50 à 69 ans participant aux programmes provinciaux, 1996: <i>Inclut seulement les femmes chez qui on a découvert une anomalie et qui n'ont pas eu de biopsie</i>	17
Tableau 6.	Nombre de semaines entre le dépistage d'une anomalie et le diagnostic, Femmes de 50 à 69 ans participant aux programmes provinciaux. 1996: <i>Inclut seulement les femmes chez qui on a découvert une anomalie et qui ont eu une biopsie</i>	18
Tableau 7.	Résumé des divers intervalles d'évaluation dans les programmes de dépistage provinciaux, Femmes de 50 à 69 ans : Médiane et variation entre les programmes.. . . .	19
Tableau 8.	La divergence entre les normes de délai et l'expérience des femmes après le dépistage d'une anomalie dans un programme organisé du dépistage du cancer du sein au Canada, en 1996	25

Définitions utilisées dans les tableaux

- Taux de référence pour investigation : % de tous les examens décelant une anomalie
- Taux de dépistage anormal décelé par le radiologue = le radiologue a décelé l'anomalie/modalité mammographie seulement ou mammo+ examen clinique des seins (ECS)
- Taux de dépistage anormal décelé par l'examineur clinique = l'examineur clinique a décelé l'anomalie/modalité ECS ou mammo+ ECS
- Taux de dépistage anormal décelé par les deux = les deux ont décelé une anomalie/modalité mammo+ ECS.
- Taux de biopsie : % de femmes ayant eu une biopsie chirurgicale après un dépistage anormal (et suivi complet).
- Taux de biopsie pour anomalie radiologique : % de femmes ayant eu une biopsie chirurgicale après une anomalie détectée exclusivement par le radiologue (et suivi complet).
- Taux de biopsie pour anomalie à l'examen clinique : % de femmes ayant eu une biopsie chirurgicale après une anomalie détectée exclusivement par l'examen clinique (et suivi complet).
- Taux de biopsie pour anomalie détectée à la fois par le radiologue et l'examineur clinique : % de femmes ayant eu une biopsie chirurgicale après une anomalie détectée par l'examineur clinique et le radiologue (et suivi complet).
- Taux de biopsie maligne : % de femmes ayant un cancer invasif ou un cancer canalaire "in situ" (CCIS) parmi celles ayant eu une biopsie.
- Taux de biopsie maligne pour anomalie détectée par le radiologue : % de femmes ayant un cancer invasif ou CCIS parmi celles ayant eu une anomalie au dépistage détectée exclusivement par le radiologue
- Taux de biopsie maligne pour anomalie détectée par l'examineur clinique : % de femmes ayant un cancer invasif ou CCIS, parmi celles ayant eu une biopsie suite à une anomalie détectée exclusivement par l'examineur clinique.
- Taux de biopsie maligne pour anomalie détectée par les deux : % de femmes ayant un cancer invasif ou CCIS, parmi celles ayant eu une biopsie suite à une anomalie détectée par le radiologue et l'examineur clinique.
- Valeur prédictive positive (VPP) : % de femmes ayant un cancer invasif ou CCIS parmi celles ayant une anomalie au dépistage.
- VPP pour anomalie détectée par le radiologue : % de femmes ayant un cancer invasif ou CCIS parmi celles ayant une anomalie au dépistage détectée par le radiologue.
- VPP pour anomalie détectée par l'examineur clinique : % de femmes ayant un cancer invasif ou CCIS parmi celles ayant une anomalie au dépistage détectée par l'examineur clinique.
- VPP pour anomalie détectée par les deux : % de femmes ayant un cancer invasif ou CCIS parmi celles ayant une anomalie au dépistage détectée par le radiologue et l'examineur clinique.

RÉSUMÉ

Introduction

En réponse aux inquiétudes soulevées lors d'un atelier sur le dépistage organisé du cancer du sein en avril 1997, à Ottawa, on a formé un Groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic. Le mandat du groupe de travail était d'identifier et d'évaluer le processus diagnostique actuel après le dépistage d'une anomalie au sein chez les femmes canadiennes. Si des lacunes étaient identifiées, les étapes pour une intégration opportune et sans faille des processus de dépistage et d'évaluation devaient être proposées.

Le Groupe de travail a fait une recension des écrits sur les causes et conséquences du délai du diagnostic, a examiné les programmes de dépistage (au niveau national et international) pour déterminer les normes et les cibles existantes, et a révisé la rapidité du diagnostic pour les femmes de 50-69 ans ayant subi des examens de dépistage du cancer du sein dans les programmes organisés à cet effet, tels qu'expérimentés en 1996.

Principaux Résultats

1. Description du processus de diagnostic

Entre 5-14 % des femmes âgées de 50 à 69 ans, participant à un programme organisé de dépistage du cancer du sein, au Canada en 1996, ont eu une anomalie exigeant une évaluation diagnostique plus approfondie. La possibilité que cette anomalie s'avère être un cancer était de 4 % à 13 %.

À l'exception de juridictions choisies, le processus de diagnostic après le dépistage d'une anomalie au sein inclut:

- la déclaration au médecin de famille et à la cliente du résultat indiquant une anomalie.

- souvent un examen physique par le médecin de famille
- la référence en imagerie diagnostique du sein pouvant inclure la comparaison avec les films précédents; des examens supplémentaires par mammographie dans la région du sein qu'on croit affectée et/ou un ultrason du sein.
- 15-30 % des femmes ont besoin d'une évaluation chirurgicale et/ou d'une biopsie pour finaliser le diagnostic.

2. Rapidité du diagnostic

Nous avons découvert que les femmes, en moyenne, attendent plusieurs semaines pour un diagnostic après un dépistage d'une anomalie au sein. Il y a une variation substantielle dans les temps de diagnostic entre et à l'intérieur des programmes. Par exemple, les temps moyens de diagnostic pour les femmes ayant subi une biopsie au trocart ou ouverte varient de 6,0 à 9,6 semaines selon le programme. Une minorité importante (10 % et plus) de femmes dans chaque programme attendent 12 semaines ou davantage pour un diagnostic si une biopsie est requise.

Il y a aussi une variation substantielle dans la séquence et les types d'examens utilisés entre et à l'intérieur des programmes. Par exemple, chez les femmes ayant subi une biopsie, la proportion de biopsies au trocart va de 3,3 % à 89,6 % selon le programme. Le plus grand usage de biopsie au trocart a été associé à des temps plus courts pour le diagnostic. Les deux programmes utilisant les biopsies au trocart très fréquemment ont les délais les plus courts pour le diagnostic, les plus faibles taux de biopsie ouverte et les plus hauts ratios malin:bénin à la biopsie.

Les longs délais pour le diagnostic sont associés à une grande anxiété, à une perturbation personnelle et familiale. Un rapport publié récemment suggère qu'un délai de diagnostic et de traitement définitif aussi court que 3 à 6 mois peut aussi être associé à une moins bonne chance de survie chez les patientes avec un cancer du sein symptomatique.

3. Recommandations sur les délais à rencontrer dans les Programmes canadiens organisés de dépistage du cancer du sein

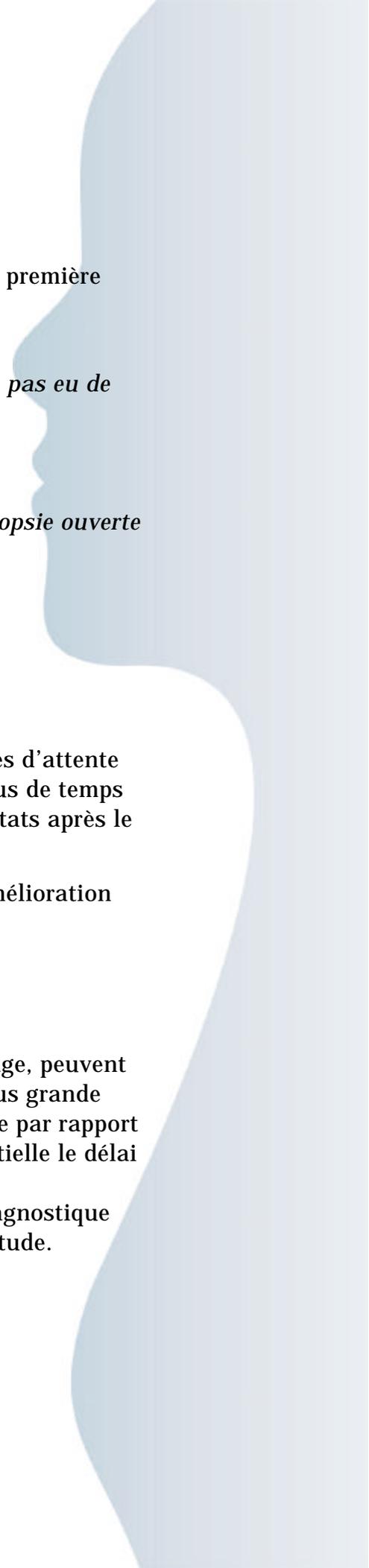
a) Définition

- Le **début du processus** diagnostique est la date du dépistage d'une anomalie
- La **première procédure d'évaluation** est le premier examen d'imagerie ou la première visite chez le médecin après le dépistage d'un anomalie.
- La **date du diagnostic** est la date du :
 - premier diagnostic pathologique ou cytologique de cancer ou
 - la dernière biopsie présentant des résultats bénins ou
 - la dernière intervention avant une recommandation de retourner au dépistage usuel ou de revenir pour un suivi plus précoce.
- Le **processus d'évaluation** ne se termine pour les femmes que lorsqu'elles sont informées des résultats du diagnostic.

b) Délais à rencontrer:

Les délais à rencontrer ont été établis par consensus par les membres du Groupe de travail après avoir révisé les normes de programmes existants au Canada et au niveau international, et les délais de diagnostic déjà atteints pour environ 50 % des femmes dans les programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada, en 1996.

- ▶ Du dépistage d'une anomalie à l'avis à la cliente
 - 100 % sont informées
 - ≥ 90 % sont informées à l'intérieur de 2 semaines
- ▶ De l'avis à la cliente à la première évaluation
 - ≥ 90 % à l'intérieur de 2 semaines

- 
- ▶ Délai total entre le dépistage d'une anomalie et la première évaluation
 - ≥90 % à l'intérieur de 3 semaines
 - ▶ De la première évaluation au diagnostic, *s'il n'y a pas eu de biopsie ouverte*
 - ≥70 % à l'intérieur de 1 semaine
 - ≥90 % à l'intérieur de 2 semaines
 - ▶ De la première évaluation au diagnostic, *si une biopsie ouverte a été pratiquée*
 - ≥80 % à l'intérieur de 3 semaines
 - ≥90 % à l'intérieur de 4 semaines
 - ▶ Du diagnostic à l'annonce à la cliente
 - ≥90 % à l'intérieur de 1 semaine

On reconnaît que ces intervalles sont de longues périodes d'attente pour un diagnostic surtout si on considère qu'encore plus de temps est exigé habituellement pour aviser la femme des résultats après le dernier test.

Cependant, l'atteinte de ces délais représenterait une amélioration substantielle sur la pratique habituelle en 1996.

4. Atteinte des délais

Les programmes, dans lesquels des cliniques du sein interdisciplinaires sont affiliées à des centres de dépistage, peuvent aisément atteindre les délais énoncés plus haut. Une plus grande utilisation de biopsie au trocart sous contrôle d'imagerie par rapport aux biopsies ouvertes pourrait réduire de façon substantielle le délai au diagnostic pour nombre de femmes. Des approches communautaires permettant d'accélérer le processus diagnostique sans créer des cliniques du sein sont présentement à l'étude.

5. Orientations futures

- i) L'Initiative canadienne de dépistage du cancer du sein, Santé Canada et les programmes individuels de dépistage du cancer du sein devraient revoir et adopter les définitions et les délais proposés ici.
- ii) Les programmes devraient faire part des délais à respecter aux intervenants et aux clientes de leurs programmes.
- iii) Afin d'atteindre les délais pour l'intégration du dépistage et du diagnostic, les programmes devraient soutenir le développement d'infrastructure, de personnel et de systèmes de communication appropriés dans leurs régions.
- iv) La Base de données canadiennes sur le dépistage du cancer du sein (BDCDCS), maintenue par le Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada à Ottawa, devrait être structurée de façon à ce que ces délais puissent être bien évalués.
- v) Les délais de diagnostic devraient être réévalués et de nouveaux objectifs fixés d'ici 5 ans.
- vi) Les femmes dont l'examen de dépistage s'est révélé anormal devraient avoir accès à l'information pertinente et à du soutien y compris une description du processus d'investigation et des délais à rencontrer pour chaque étape du processus.
- vii) La date à laquelle elle est informée des résultats de l'investigation est la "fin de l'épisode" du point de vue de la femme. Les programmes devraient évaluer la rapidité avec laquelle les femmes sont informées des résultats des examens.

RAPPORT FINAL

Introduction

Une partie essentielle d'un programme de dépistage du cancer du sein est l'identification des femmes qui requièrent une investigation suite à un dépistage anormal. Durant l'investigation, on découvre que certaines de ces femmes ont un cancer du sein, habituellement avant que la femme ou son médecin ne l'ait constaté. Cette détection précoce permet un traitement efficace plus tôt, ce qui réduit la mortalité due au cancer du sein. La réduction de la mortalité due au cancer du sein est la raison d'être de l'implantation et du maintien des programmes organisés de dépistage du cancer du sein.

Au Canada, à l'exception de juridictions choisies, le processus de diagnostic, après le dépistage d'une anomalie au sein, inclut:

- la déclaration du résultat anormal au médecin de famille et à la cliente,
- souvent un examen physique par le médecin de famille,
- la référence de la femme en imagerie diagnostique du sein qui peut inclure la comparaison de la mammographie avec les films précédents; des examens supplémentaires par mammographie dans la région du sein qu'on croit affectée et/ou un ultrason du sein,
- pour environ 15-30 % des femmes, une consultation en chirurgie et/ou une biopsie est requise pour finaliser le diagnostic.

Entre < 1 % et 20 % des femmes ayant eu un dépistage anormal se révéleront avoir un cancer du sein, selon l'âge, la présence d'exams antérieurs et la méthode de dépistage: la mammographie seule, l'examen clinique seul, ou les deux. Ceci signifie que suite à l'investigation, la plupart des femmes s'avèrent ne pas avoir le cancer. Il est reconnu que le fait d'être informée d'une anomalie au dépistage et l'investigation subséquente peuvent causer de la morbidité chez des femmes en santé parce que, pour un certain temps, plusieurs vivent avec la peur d'un

diagnostic de cancer. La morbidité inclut, mais ne se limite pas à une hausse critique d'anxiété et d'inconfort, de perte de temps et des dépenses pour des tests supplémentaires. Les programmes ont la responsabilité de minimiser ces conséquences néfastes du dépistage.

Les délais durant l'investigation et le manque d'intégration des processus de dépistage et de diagnostic ont été identifiés comme des domaines d'inquiétude exigeant des correctifs, lors d'un Atelier sur le dépistage du cancer du sein, tenu à Ottawa au mois d'avril 1997. Un Groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic du cancer du sein (le Groupe de travail) a donc été mis sur pied par l'Initiative canadienne de dépistage du cancer du sein (ICDCS) au mois de novembre 1997.

Le Groupe de travail a fait une recension des écrits sur les causes et les conséquences des délais de diagnostic suite à un dépistage anormal et à une revue des normes canadiennes et internationales des délais à rencontrer. Le Groupe de travail a aussi relevé le délai au diagnostic, après un dépistage anormal dans les programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada, en 1996, à partir des données rapportées de la Base de données canadiennes de dépistage du cancer du sein (BDCDCS), du Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) à Ottawa.

Le présent rapport est un résumé des enquêtes, des conclusions et recommandations du Groupe de travail en date de novembre 1999. Vous trouverez les termes de référence et la composition du Groupe de travail à l'Annexe A.

Les méthodes

Recension des écrits

Une recension des écrits sur les causes et les conséquences des délais pour obtenir un diagnostic après le dépistage d'une anomalie au sein, en mettant l'accent sur les effets psychosociaux, a été demandée par le Groupe de travail et financée par Santé Canada. La recension incluait les articles et revues courants publiés jusqu'au 31 janvier 1999. MEDLINE et

CANCERLIT pour les années 1966 à janvier 1999, ont été utilisés pour choisir les références pertinentes en assortissant les termes suivants: *Néoplasmes du sein (MeSH) et Mammographie (MeSh) et les concepts (délai, anomalie, investigation, suivi, normes, questions psychologiques) utilisés comme titre ou mots clés abstraits ou comme sous-titres. On a identifié plus de 180 articles et compilé les abrégés. Après la revue de tous les abrégés, on a copié et catégorisé les articles potentiellement pertinents. Les références pertinentes à l'analyse des causes et des conséquences du délai du diagnostic, après un dépistage anormal, sont listées à l'Annexe B.

Revue des normes canadiennes et internationales des délais à rencontrer

Les documents de programmes nationaux organisés de dépistage du cancer du sein en Australie et au Royaume-Uni (RU), de la Commission européenne, et de la Food and Drug Administration qui accrédite les établissements de mammographie aux États-Unis, ont été étudiés pour en dégager les énoncés concernant les délais d'intervention suite au dépistage d'une anomalie au sein. De plus, on a contacté chaque programme canadien de dépistage du cancer du sein et on leur a demandé toute documentation ou politique touchant la rapidité des interventions après le dépistage d'une anomalie.

Temps d'attente après le dépistage d'une anomalie dans les programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada, en 1996

La BDCDCS, système de surveillance national de dépistage du cancer du sein, a été établie en 1993 pour contrôler et évaluer le dépistage, au Canada, par la cueillette de données sur les femmes participant aux programmes provinciaux. La Base de données est maintenue par le LLCM, gérée et conseillée par le Sous-comité de gestion de la base de données qui inclut des représentants de Santé Canada et les directeurs des programmes provinciaux/territoriaux de dépistage du cancer du sein. Pour évaluer les délais d'attente à divers stades de l'investigation suite à un dépistage décelant une anomalie, on a analysé les données de sept programmes provinciaux fournissant les données à la BDCDCS.

Les femmes qui ont participé au dépistage en 1996 et chez qui une anomalie a été décelée, que ce soit par une radiologue ou lors d'un examen clinique par une infirmière formée ou une technologue, ont été éligibles à l'analyse. Les provinces ont différentes façons de rapporter la fin de l'investigation. Certains programmes considèrent le rappel dans 6 mois pour imagerie comme faisant partie de l'investigation alors que d'autres considèrent le suivi complété au moment de la recommandation d'un rappel dans 6 mois. Pour éviter une prolongation indue du délai diagnostique à cause d'un rappel dans 6 mois, on a considéré que les femmes ayant subi un examen d'imagerie à 22 semaines ou plus, avaient en fait complété leur investigation lors du test précédant cette imagerie et qu'on leur avait alors recommandé de revenir dans 6 mois. L'analyse de chaque intervalle de temps s'est limitée aux femmes ayant eu un suivi complet et sur lesquelles une information valide a été enregistrée dans la base de données quant à la fin de l'évaluation. La première imagerie a été définie de façon opérationnelle comme la première mammographie diagnostique ou ultrason après une mammographie de dépistage anormale.

La première évaluation est la première imagerie ou la première visite chez le médecin (si on a recueilli l'information) après une mammographie de dépistage anormale. La date du diagnostic est la date du premier diagnostic pathologique décelant le cancer, la dernière biopsie avec des résultats bénins, ou la dernière intervention avant une recommandation de retourner au dépistage usuel ou de revenir pour un suivi plus précoce. Les intervalles de temps ont été calculés pour les périodes suivantes: du dépistage à la première évaluation, du dépistage à la première imagerie, du dépistage au diagnostic et de la première évaluation au diagnostic.

Les intervalles ont été évalués pour tous les sujets étudiés présentant un dépistage anormal et selon qu'elles aient subi ou non une biopsie dans le cadre de leur investigation. Une biopsie inclut soit une biopsie chirurgicale avec ou sans harpon ou une biopsie au trocart mais exclut l'aspiration par aiguille fine lorsqu'utilisée seule. Les intervalles de temps ont été aussi évalués selon que l'anomalie a été notée à la mammographie

seulement, à l'examen clinique seulement, ou aux deux. Si une femme a subi plus d'un dépistage décelant une anomalie en 1996, le premier dépistage a été retenu.

Toutes les analyses ont été menées en se servant du logiciel 6.12 SAS Release (Droits réservés © 1989-1996 par SAS Institute Inc., Cary, NC, USA.). Les intervalles de temps ont été évalués en semaines. Pour chaque intervalle, on a rapporté la médiane, la variation et le 25^{ième}, le 75^{ième} et le 90^{ième} percentile pour chaque programme de dépistage du cancer du sein. Les données de délai dans ce rapport ont été présentées de façon anonyme mais chaque province qui a contribué aux données a reçu ses propres données.

Résultats

Recension des écrits

Il est très évident dans la recension des écrits que l'anxiété aiguë est une conséquence réelle d'un dépistage d'un cancer du sein^{29, 35, 40, 59}. La réception de l'avis d'un dépistage d'une anomalie a été identifiée comme une période de stress maximal^{51,59}, il peut y en avoir d'autres. L'anxiété peut persister plusieurs mois après la résolution de l'épisode de dépistage, même après que la femme ait été informée qu'elle n'a pas le cancer^{24, 29, 40, 51}.

L'anxiété est une conséquence néfaste du dépistage qui peut être minimisée en:

- **En réduisant la durée de l'investigation.** Toutes les études recommandent de minimiser le délai, cependant au moins une souligne que certaines femmes ont besoin de temps pour s'ajuster au processus d'investigation et au diagnostic, particulièrement lorsqu'un cancer est diagnostiqué⁵¹.
- **En améliorant la communication, spécialement en ce qui a trait à la raison du rappel.** Des études ont découvert que les préférences des femmes varient en ce qui concerne le mode d'information et la personne qui les informe. Les interventions visant à améliorer la communication réduisent sensiblement l'anxiété durant

l'évaluation^{25, 31, 51}. Il semble que d'améliorer la communication a un meilleur effet sur l'anxiété de la femme que de simplement raccourcir le délai d'investigation^{26, 27, 34, 39, 43, 44, 45, 50, 55, 56}.

Revue des normes canadiennes et internationales des délais à rencontrer

On a trouvé beaucoup de variation d'un programme à l'autre quant à l'existence de normes et objectifs et de délais d'investigation suite à une mammographie de dépistage anormal. Les programmes nationaux du R.-U. et de l'Australie et les programmes organisés de dépistage du cancer du sein en Colombie-Britannique (C.-B.), en Ontario, au Québec et en Nouvelle-Écosse ont des normes et objectifs définissant les délais pour certains intervalles ou tous les intervalles durant l'investigation suite au dépistage. Ces normes et cibles sont résumées à l'Annexe C et on en a tenu compte dans la formulation des recommandations présentées dans ce rapport.

Délais de diagnostic après dépistage anormal dans les programmes organisés canadiens, 1996

Sept programmes organisés de dépistage du cancer du sein ont fourni des services aux Canadiennes en 1996 et disposent de données pour analyse. Ces sept programmes se retrouvent en C.-B., en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve. Les programmes ont débuté leurs opérations entre 1988 et 1996 et ont fourni des nombres très variés d'examens en 1996 (Tableau 1). De plus, le genre d'examen et les critères d'âge varient entre les programmes. Les performances de ces programmes ont été rapportées ailleurs⁶²⁻⁶⁶. Pour favoriser des comparaisons homogènes de ces programmes, l'analyse a été restreinte aux examens de dépistage offerts aux femmes de 50 à 69 ans au moment du dépistage.

En 1996, 203 338 femmes âgées de 50 à 69 ans ont subi un examen de dépistage dans les sept programmes étudiés (Tableau 2). Selon le programme, 4,8 % à 14,1 % des femmes examinées ont été rappelées pour une investigation plus approfondie à cause d'une anomalie décelée par un radiologue, un examinateur clinique ou les deux (Tableau 3).

**Tableau 1:
Programmes organisés de dépistage du
cancer du sein au Canada : Pratiques habituelles, 1996**

Programme	Date du début du Programme	Intervalle de dépistage	Examen clinique des seins sur place?	Population cible	Inclut les femmes âgées de		Nombre de visites de dépistage en 1996
					40-49	70+	
Colombie-Britannique	1988	Annuel*	Non	50-74	Oui	Oui	166,744
Yukon	1990	aux deux ans	Non	50-69	Oui	Oui	N/A
Alberta	1990	aux deux ans	Non	50-69	Oui	Oui	14,696
Saskatchewan	1990	aux deux ans	Non	50-69	Non	Oui	28,891
Manitoba	1995	aux deux ans	Oui : Infirmière ou technologue	50-69	Non	Non	13,598
Ontario	1990	aux deux ans	Oui : Infirmière	50-69	Non	Oui	67,763
N.-B.	1995	aux deux ans	Non	50-69	Oui	Non	N/A
N.-É.	1991	aux deux ans	Oui : Technologue	50-69	Oui	Oui	15,548
Terre-Neuve	1996	aux deux ans	Oui : Infirmière	50-69	Non	Non	3,119
Programmes commencés après 1996							
Québec	1998	aux deux ans	Non	50-69	Non	Non	0
Île-du-Prince-Édouard	1998	aux deux ans	Oui : Technologue	50-69	Oui	Oui	0

* en 1997, la C.-B. a changé sa fréquence de rappel pour les femmes de 50 ans + : aux deux ans

**Tableau 2 :
Volume d'examens pour les femmes de 50 à 69 ans et
cancers décelés par le programme, 1996 (initial et réexamens)**

Programme	# d'examens	# de femmes ayant une anomalie au dépistage¹	# de cancers décelés par le programme	# Nombre de cancers décelés par le programme selon la modalité (radiologue/examineur clinique/les deux)
A	12422 ⁶	593 ³	73 [52/21] ^{2,7}	73/0/0
B	54537 ⁵ [462/22/54053]	5666 ⁴ [2824/2251/591]	320 [275/45] ⁷	189/18/113
C	3116 ⁵ [28/0/3088]	438 ⁴ [221/183/34]	17 [15/2] ⁷	11/0/6
D	13062 ⁵ [544/14/12504]	1570 ⁴ [1075/398/97]	103 [88/15] ⁷	83/3/17
E	10393	486 ⁴ [274/37/175]	46 [40/6] ⁷	21/1/24
F	86474 ⁶	4782 ³	316 [254/62] ⁷	316/0/0
G	23334 ⁶	1807 ³	116 [96/20] ⁷	116/0/0

¹ inclut les femmes ayant une anomalie au dépistage qui n'ont pas complété le suivi diagnostique y compris les femmes perdues au suivi et celles qui sont encore en investigation.

² quatre femmes du Programme A ont été classées comme cancers décelés à la fois par le programme et hors programme et sont comptées deux fois, de sorte que cette cellule devrait être en réalité 69 (50/19) s'il s'agit vraiment de cancer décelé hors programme.

³ toutes les anomalies ont été décelées exclusivement par le radiologue

⁴ les nombres dans les parenthèses carrées sont des répartitions (décelés par le radiologue seulement/décelés par l'examineur clinique seulement/les deux).

⁵ les nombres dans les parenthèses carrées sont des répartitions par modalité d'examen (mammographie seulement/ECS seulement/les deux).

⁶ la seule modalité d'examen rapportée est mammographie seulement

⁷ les nombres dans les parenthèses carrées sont des répartitions (invasif /CCIS).

Tableau 3 :
Résultats choisis pour les femmes de 50 à 69 ans selon le programme, 1996
(Dépistage initial et subséquents)

Programme	Taux d'appel pour une anomalie	Taux de biopsie ³		Taux de biopsies mal alignées ³		VPP ³
		ouvertes ¹	toutes ²	ouvertes ¹	toutes ²	
A	4,8 % ⁴	12,3 %	24,7 %	46,4 %	47,5 %	13,0 %
B	10,4 % [5,2/4,2/1,1] ⁵	14,2 % [15,3/8,2/30,8] ³	17,2 % [19,7/8,8/35,3] ³	42,3 % [45,5/11,0/64,3] ³	35,4 % [35,8/10,3/56,6] ³	6,1 % [7,0/0,9/20,4] ³
C	14,1 % [11,0/5,9/1,1] ⁵	9,8 % [17,8/0,5/8,8] ³	19,5 % [23,8/11,0/38,2] ³	19,0 % [15,8/0,0/33,3] ³	20,2 % [21,6/0,0/46,1] ³	4,0 % [5,0/0,0/17,6] ³
D	12,0 % [8,2/3,2/0,8] ⁵	21,0 % [22,3/14,3/37,2] ³	21,4 % [22,8/14,6/38,4] ³	33,9 % [39,8/5,4/46,9] ³	33,9 % [39,5/5,3/48,5] ³	7,5 % [9,2/0,8/19,8] ³
E	4,7 % ⁶	5,4 % [5,1/2,7/6,3] ³	29,7 % [29,7/2,7/35,4] ³	53,8 % [42,9/100/63,6] ³	31,3 % [25,9/100/37,1] ³	9,5 % [7,7/2,7/13,7] ³
F	5,5 % ⁴	13,8 %	15,0 %	42,4 %	41,5 %	6,7 %
G	7,7 %	17,4 %	17,4 %	38,0 %	38,0 %	6,6 %

¹ biopsie ouverte induit une biopsie ouverte avec ou sans localisation au harpon

² toutes les biopsies incluant les biopsies ouvertes, les biopsies au trocart et les biopsies sans autre spécification

³ calculé pour les femmes ayant complété l'investigation diagnostique

⁴ toutes les anomalies ont été décelées exclusivement par le radiologue

⁵ les nombres entre parenthèses carrées représentent les résultats répartis par radiologue/examinateur clinique/les deux

⁶ les taux de référence n'ont pas pu être répartis par radiologue/examinateur clinique/les deux, parce que la seule modalité de dépistage rapportée était la mammographie.

Parmi les participantes au dépistage, 14 105 femmes (6,9 %) ont eu un dépistage anormal et ont été éligibles pour l'analyse de l'intervalle entre le dépistage et l'investigation (Tableau 4). Pour 22 % à 57 % des femmes, l'investigation s'est terminée avec une seule procédure (Tableau 4). Pour 15 % à 30 % des femmes, l'investigation a inclus une biopsie (biopsie au trocart ou biopsie chirurgicale) (Tableau 3). Le temps médian entre le dépistage et la première évaluation a été de 1,9 à 3,9 semaines, selon le programme, et n'a pas été très différent, que les femmes aient subi une biopsie ou que l'évaluation se soit conclue sans biopsie. Le temps médian du dépistage à la première imagerie a été de 2,1 à 4,5 semaines, selon le programme, et similaire pour celles qui ont subi ou non une biopsie.

Tableau 4 :
Nombre de semaines entre l'examen décelant une anomalie et le
diagnostic, femmes de 50 à 69 ans participant aux
programmes provinciaux, 1996
inclut toutes les femmes chez qui on a décelé une anomalie[†]

Programme	% de femmes chez qui l'investigation est complétée par une seule procédure rapportée	25 %	50 %	75 %	90 %	Variation
A	21,6 %	2,7	4,3	7,1	11,9	0.4-56,6
B	51,0 %	1,9	3,4	6,9	14,3	0-83,1
C	45,2 %	2,0	5,3	11,7	22,7	0-60,0
D	57,3 % ^{††}	3,1	5,0	9,4	15,1	0-72,7
E	49,5 % ^{††}	3,1	4,0	6,4	9,0	0.1-110,4
F	38,5 %	2,0	3,1	5,3	8,4	0-35,4
G	56,9 % ^{††}	2,9	4,1	6,6	11,1	0-62,7

[†] Tous les examens décelant une anomalie sont inclus, que ce soit un examinateur clinique/un radiologue ou les deux qui l'aient détectée.

^{††} Le programme ne rapporte pas les visites chez le médecin, de sorte que le nombre de femmes chez qui l'investigation est complétée avec une seule procédure peut être sur-estimé.

Les temps médians entre le dépistage et le diagnostic ont été de 3,1 à 5,3 semaines et pour 10 % des femmes il a fallu plus de 8,4 à 22,7 semaines pour obtenir un diagnostic final, selon le programme (Tableau 4). Le besoin d'une biopsie ouverte ou au trocart allonge le délai au diagnostic dans toutes les provinces. Les femmes complétant l'évaluation sans biopsie attendent en moyenne de 2,9 à 4,3 semaines mais, même sans biopsie, 10 % des femmes attendent plus de 7,0 à 23 semaines pour un diagnostic final (Tableau 5). Parmi les femmes ayant une biopsie, 50 % attendent de 6,0 à 9,6 semaines ou davantage pour compléter l'investigation, selon le programme et, pour 10 %, le diagnostic n'a été finalisé que 12,0 à 21,9 semaines après le dépistage (Tableau 6). Les deux programmes (A & E) qui utilisent la biopsie au trocart le plus fréquemment ont des délais moyens au diagnostic *s'il n'y a pas de biopsie* mais présentent les plus courts intervalles médians entre le dépistage et le diagnostic si une biopsie est exécutée. Moins de femmes dans ces deux programmes ont subi des attentes excessivement longues; dans les deux programmes, 90 % des femmes obtenaient un diagnostic à l'intérieur de 13 semaines.

Dans tous les programmes, les femmes ont expérimenté des délais d'attente très variables pour le diagnostic. Par exemple, alors que pour 25 % des femmes subissant une biopsie ouverte ou au trocart, l'investigation était complétée à l'intérieur de 4,0 à 6,0 semaines, pour un autre 25 %, il a fallu plus de 8,8 à 13,3 semaines. Pour les femmes n'ayant pas besoin d'une biopsie, les 25^{ième} percentiles du délai au diagnostic ont été de 1,6 à 3,0 semaines et les 75^{ième} percentiles du délai au diagnostic ont été de 4,4 à 9,9 semaines, selon le programme.

Le Tableau 7 résume les durées moyennes pour plusieurs intervalles importants du processus d'évaluation. Les nombres présentés sont la médiane et la variation en semaines observées dans les sept programmes évalués.

Tableau 5 :
Nombre de semaines entre l'examen décelant une anomalie et le
diagnostic, Femmes de 50 à 69 ans participant aux programmes
provinciaux, 1996
inclut seulement les femmes chez qui on a décelé une
anomalie et qui n'ont pas eu de biopsie[†]

Programme	% de femmes chez qui l'investigation est complétée avec une seule procédure rapportée	25 %	50 %	75 %	90 %	Variation
A	26,3 %	2,6	3,7	6,0	11,1	0,7-56,6
B	60,6 %	1,7	3,0	5,4	13,7	0-83,1
C	55,8 %	1,6	4,3	9,9	23,0	0-60,0
D	75,1 % ^{††}	2,9	4,3	8,0	14,0	0-64,3
E	69,8 % ^{††}	3,0	3,9	5,1	7,7	0,1-110,4
F	45,4 %	1,9	2,9	4,4	7,0	0-35,4
G	67,7 % ^{††}	2,7	3,7	5,3	8,3	0-62,7

[†] Tous les examens décelant une anomalie sont inclus, que ce soit un examinateur clinique/un radiologue ou les deux qui l'aient détectée.

^{††} Le programme ne rapporte pas les visites chez le médecin, de sorte que le nombre de femmes chez qui l'investigation est complétée avec une seule procédure peut être sur-estimé.

Tableau 6 :
Nombre de semaines entre l'examen décelant une anomalie et le
diagnostic, Femmes de 50-69 ans participant aux programmes
provinciaux, 1996
inclut seulement les femmes chez qui on a décelé une
anomalie et qui ont subi une biopsie †

Programme	% de femmes chez qui l'investigation est complétée avec une seule procédure rapportée	25 %	50 %	75 %	90 %	Variation
A	6,8 %	4,6	6,1	9,3	13,0	0,4-55,4
B	4,6 %	4,0	6,2	10,1	15,3	0-64,1
C	2,6 %	6,0	9,6	13,3	21,9	0-36,9
D	5,4 % ^{††}	5,3	8,4	11,9	16,9	1,0-72,7
E	1,4 % ^{††}	4,0	6,0	8,8	12,0	1,0-35,6
F	0,7 %	4,7	6,6	9,4	12,4	0,6-31,0
G	7,7 % ^{††}	5,7	7,9	11,1	20,3	1,3-60,9

† Tous les examens décelant une anomalie sont inclus, que ce soit un examinateur clinique/un radiologue/ ou les deux qui l'aient détectée.

†† Le programme ne rapporte pas les visites chez le médecin de sorte que le nombre de femmes chez qui l'investigation est complétée avec une seule procédure peut être sur-estimé.

Tableau 7 :
Résumé de divers intervalles du processus d'évaluation dans les
Programmes de dépistage provinciaux † , Femmes de 50-69 ans :
Médiane et variation entre les programmes

Intervalle	Médiane (Variation) en semaines entre les programmes		
	Toutes les femmes	Femmes sans biopsie	Femmes avec biopsie^{††}
Examen à Première évaluation	2,4(1,9-3,9)	2,4(1,7-3,9)	2,4(2,0-3,6)
Examen à Première Imagerie	3,5(2,1-4,5)	3,5(2,1-4,7)	3,1(2,0-3,7)
Examen à Diagnostic	4,2(3,1-5,3)	3,8(2,9-4,3)	6,4(6,0-9,6)
Première évaluation à Diagnostic	0,1(0,0-0,9)	0(toutes=0)	4,2(1,6-6,2)

† Tous les examens décelant une anomalie sont inclus, que ce soit un examinateur clinique/un radiologue, ou les deux qui l'aient détectée.

†† inclut une biopsie ouverte ± avec ou sans harpon, biopsie au trocart et autre biopsie.

Dans quatre des sept programmes, le dépistage inclut à la fois un examen clinique et une mammographie. Au total, les mammographies anormales (avec ou sans un examen clinique) ont compté pour 12 473 des 15 342 (81,3 %) dépistages anormaux et identifiés 969 des 991 (97,8 %) cancers décelés par les programmes. Une deuxième analyse des intervalles de temps a été entreprise, visant seulement les femmes ayant une anomalie à la mammographie (avec ou sans anomalie à l'examen clinique). Les femmes ayant une mammographie normale mais un examen clinique décelant une anomalie ont été exclues de cette seconde analyse. Les intervalles entre le dépistage et la première évaluation, entre la première évaluation et le diagnostic, et entre le dépistage et le diagnostic, se comparent à ceux observés pour tous les dépistages anormaux (données non incluses). Par exemple, les intervalles médians entre le dépistage et le diagnostic pour les femmes subissant une biopsie après qu'un radiologue

ait décelé une anomalie ont été de 5,9 à 9,1 semaines selon le programme par rapport à 6,0 et 9,6 semaines pour toutes les femmes ayant eu un dépistage anormal exigeant une biopsie.

Discussion et recommandations

Les femmes ayant subi un examen de dépistage anormal dans le cadre d'un programme organisé de dépistage du cancer du sein au Canada, en 1996, ont attendu plusieurs semaines pour obtenir un diagnostic. Le délai au diagnostic variait grandement à l'intérieur de chaque province et aussi entre les provinces. Dans toutes les provinces, le délai au diagnostic était plus long si une biopsie était requise. Quinze à 30 % des femmes ont subi une biopsie au trocart ou une biopsie chirurgicale ouverte dans le cadre de leur investigation. Il y a eu plus de variation dans le délai au diagnostic à l'intérieur des programmes qu'entre les programmes. Dans chaque province, certaines femmes ont obtenu un diagnostic assez rapidement alors que d'autres ont attendu très longtemps. Dans chaque programme, les femmes dans le quartile ayant le plus long temps d'attente pour le diagnostic ont attendu approximativement deux fois plus longtemps que celles du quartile ayant les délais les plus courts. Cela signifie une attente de 2 à 8 semaines de plus s'il n'y avait pas de biopsie et de 5 à 7 semaines de plus si une biopsie était nécessaire, selon le programme.

Dix pour cent des femmes de chaque programme attendaient plus de 12 semaines (variation de 12 à 22 semaines selon le programme) s'il y avait une biopsie et plus de 7 semaines (variation de 7 à 23 semaines selon le programme) s'il n'y avait pas de biopsie. On ne sait pas si un délai de 12 à 22 semaines après un dépistage anormal peut affecter la chance de guérison d'une femme si elle s'avère avoir le cancer du sein. Ceci est troublant dans le contexte où une publication récente suggèrait que des délais de traitement, aussi courts que trois à six mois, étaient associés à de moins bonne chance de survie chez les patientes avec un cancer du sein symptomatique⁶⁸.

Les programmes diffèrent pour ce qui est de la séquence de l'investigation après le dépistage d'une anomalie. En particulier, il y a beaucoup de variation en ce qui a trait à l'utilisation d'une biopsie au trocart pour

obtenir un diagnostic histologique. Les biopsies au trocart peuvent souvent être pratiquées sans avoir recours à une consultation chirurgicale et sans avoir besoin d'attendre qu'une entrée soit disponible dans les hôpitaux ou les centres chirurgicaux de jour pour pratiquer la biopsie. Deux programmes ont utilisé plus souvent la biopsie au trocart dans l'évaluation d'un dépistage anormal. Dans ces deux programmes, cinquante-et-un pour cent et 90 % des patientes, ayant un diagnostic histologique, ont subi une biopsie au trocart par rapport à : 3 % à 27 % dans les autres programmes. Les deux programmes faisant l'usage le plus fréquent de la biopsie au trocart ont affiché les délais médians et au 90^{ème} percentile les plus courts pour le diagnostic si une biopsie a été pratiquée et les plus hauts rapports malins:bénins pour la biopsie ouverte. Les diagnostics plus rapides dans ces programmes peuvent être attribués à l'accès à la biopsie au trocart pour l'investigation ou dus à d'autres différences dans la séquence du diagnostic. Il faut noter que le délai au diagnostic était dans la moyenne si une biopsie n'était pas nécessaire. Toutes les anomalies au dépistage ne se prêtent pas à une biopsie au trocart sous contrôle d'imagerie⁶⁸⁻⁷⁰ et toutes les juridictions n'ont pas accès à cette technologie. Une plus grande utilisation de la biopsie au trocart au Canada devrait faciliter le diagnostic et réduire le délai pour une minorité substantielle de femmes.

Il est vrai que certaines femmes préfèrent retarder l'investigation pour céder à d'autres engagements sociaux, de famille ou de travail, mais ceci représente une minorité d'entre elles⁷¹. Il est bien évident que le dépistage d'une anomalie au sein précipite une anxiété aiguë^{29, 35, 40, 59} spécialement au moment de l'avis que l'examen indique une anomalie^{51,59}. L'anxiété peut persister durant plusieurs mois après la résolution de l'épisode de dépistage, même après que la femme ait été informée qu'elle n'a pas de cancer^{24, 29, 40, 51}.

Seulement certains programmes de dépistage ont défini des normes ou des délais à rencontrer pour le diagnostic suite à un dépistage d'une anomalie. Les programmes nationaux de dépistage du Royaume-Uni et de l'Australie, appuyés par une loi dans les deux pays, ont mandaté le développement de cliniques du sein interdisciplinaires, affiliées aux centres de dépistage. Des programmes semblables se sont développés dans certaines juridictions

canadiennes^{65,72}. Toutefois, pour la majorité des Canadiennes, la pratique prédominante est que le programme de dépistage informe la femme et son médecin de famille qu'une anomalie a été identifiée. Le médecin de famille est responsable d'initier et de coordonner l'investigation. Cela peut prendre plusieurs visites chez différents professionnels et établissements de soins de santé.

Une des trois principales priorités identifiées lors de l'Atelier sur le dépistage organisé du cancer du sein, tenu par Santé Canada à Ottawa en avril 1997, a été d'améliorer l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic. Pour faciliter de tels efforts, il est nécessaire d'établir un consensus sur les définitions du début et de la fin du processus de diagnostic et sur les délais raisonnables des différentes phases de ce processus. En considérant les normes établies par les programmes canadiens et internationaux et les délais réalisés pour la moitié des femmes participant à des programmes organisés au Canada, un ensemble de définitions et de délais à rencontrer est proposé.

Définitions des dates et des procédures diagnostiques après le dépistage d'une anomalie au sein

- Le **début du processus diagnostique** est la date de l'examen ayant décelé une anomalie.
- La **première procédure d'évaluation** est le premier examen d'imagerie ou la première visite chez le médecin après le dépistage d'une anomalie.
- La **date du diagnostic** est la date du:
 - premier diagnostic pathologique ou cytologique de cancer ou
 - la dernière biopsie présentant des résultats bénins ou
 - la dernière intervention avant une recommandation de retourner au dépistage usuel ou de revenir pour un rappel plus précoce.
- Le **processus diagnostique** ne se termine pour les femmes que lorsqu'elles sont informées des résultats.

Délais à rencontrer pour les programmes canadiens de dépistage du cancer du sein

L'investigation d'une anomalie au dépistage devrait être complétée aussi vite que possible tout en respectant le fait que certaines femmes peuvent préférer certains délais dans le processus pour se donner le temps de s'ajuster.

Les délais à rencontrer pour les intervalles importants devraient être:

1. Entre le dépistage d'une anomalie et l'avis à la cliente
 - 100 % sont informées
 - ≥ 90 % sont informées à l'intérieur de 2 semaines
2. Entre l'avis à la cliente et la première évaluation
 - ≥ 90 % à l'intérieur de 2 semaines
3. Délai total entre le dépistage d'une anomalie et la première évaluation
 - ≥ 90 % à l'intérieur de 3 semaines
4. Entre la première évaluation et le diagnostic *s'il n'y a pas eu de biopsie ouverte*
 - ≥ 70 % à l'intérieur de 1 semaine
 - ≥ 90 % à l'intérieur de 2 semaines
5. Entre la première évaluation et le diagnostic *s'il y a eu une biopsie ouverte*
 - ≥ 70 % à l'intérieur de 3 semaines
 - ≥ 90 % à l'intérieur de 4 semaines
6. Entre le diagnostic et l'avis à la cliente
 - ≥ 90 % à l'intérieur de 1 semaine

La divergence entre les normes de délai et l'expérience des femmes après le dépistage d'une anomalie dans un programme organisé du dépistage du cancer du sein au Canada, en 1996.

Le Tableau ci-dessous compare les délais à rencontrer proposés dans ce rapport avec l'expérience pour le 90^{ième} percentile des femmes ayant subi des examens de dépistage du cancer du sein dans des programmes organisés au Canada, en 1996.

Les intervalles proposés par le Groupe de travail restent longs. Si une femme était examinée "à l'intérieur des délais", mais à la limite extrême pour chaque intervalle ci-dessus, le temps entre le dépistage d'anomalie et le diagnostic pourrait être aussi long que 5 semaines sans biopsie ouverte et 7 semaines avec biopsie ouverte. Toutefois, l'atteinte des délais proposés représenterait encore une amélioration substantielle par rapport à la pratique habituelle en 1996.

Pour une femme, l'anxiété en rapport au dépistage d'une anomalie s'étend de la date où elle sait que l'examen a décelé une anomalie jusqu'à ce qu'elle soit informée des résultats de l'examen confirmant l'absence ou la présence d'un cancer. Une limite de notre analyse des délais au diagnostic est que la Base de données canadiennes de dépistage du cancer du sein (BDCDCS) ne recueille pas la date à laquelle la cliente est informée que son examen a révélé une anomalie. Cette date est notée dans le cadre du processus de soins dans la plupart des programmes canadiens. Pour faciliter les analyses futures et le suivi des efforts pour raccourcir le délai au diagnostic, la BDCDCS devrait recueillir la date où la femme et/ou son médecin de famille sont informés que l'examen a décelé une anomalie.

Tableau 8
La divergence entre les normes de délai et l'expérience des
femmes après le dépistage d'une anomalie dans un
programme organisé du dépistage du cancer du sein au
Canada, en 1996.

	Groupe de travail sur l'intégration Recommandation 1999	État en 1996 (variations de valeurs entre les programmes pour le 90^{ième} percentile
Entre le dépistage de l'anomalie et l'avis à la cliente	≥90 % à l'intérieur de 2 semaines	Non recueilli
Entre l'avis à la cliente et la première évaluation	≥90 % à l'intérieur de 2,0 semaines	Non recueilli
Durée totale entre le dépistage d'une anomalie et la première évaluation	≥90 % à l'intérieur de 3,0 semaines	4,6 to 9,4 semaines
Entre la première évaluation et le diagnostic (<i>sans</i> biopsie ouverte)	≥90 % à l'intérieur de 2,0 semaines	0 to 18 semaines
Entre la première évaluation et le diagnostic (<i>avec</i> biopsie ouverte)	≥90 % à l'intérieur de 4,0 semaines	8,9 to 18 semaines
Entre le diagnostic et l'avis à la cliente	≥90 % à l'intérieur de 1,0 semaine	Non recueilli
Durée totale entre le dépistage d'une anomalie et le diagnostic (<i>sans</i> biopsie ouverte)	≥90 % à l'intérieur de 5 semaines	7,0 to 23,0 semaines
Durée totale entre le dépistage d'une anomalie et le diagnostic (<i>avec</i> biopsie ouverte)	≥90 % à l'intérieur de 7,0 semaines	12,0 to 21,9 semaines

De plus, on reconnaît que les estimés d'intervalles pour le diagnostic rapportés ici sont conservateurs. Nous avons considéré que la date du diagnostic est la date d'une biopsie confirmant un cancer ou une affection bénigne ou encore la date de la dernière intervention enregistrée avant le retour au dépistage usuel ou la recommandation d'un suivi plus précoce. Dans tous ces cas, on a besoin de temps additionnel, habituellement un

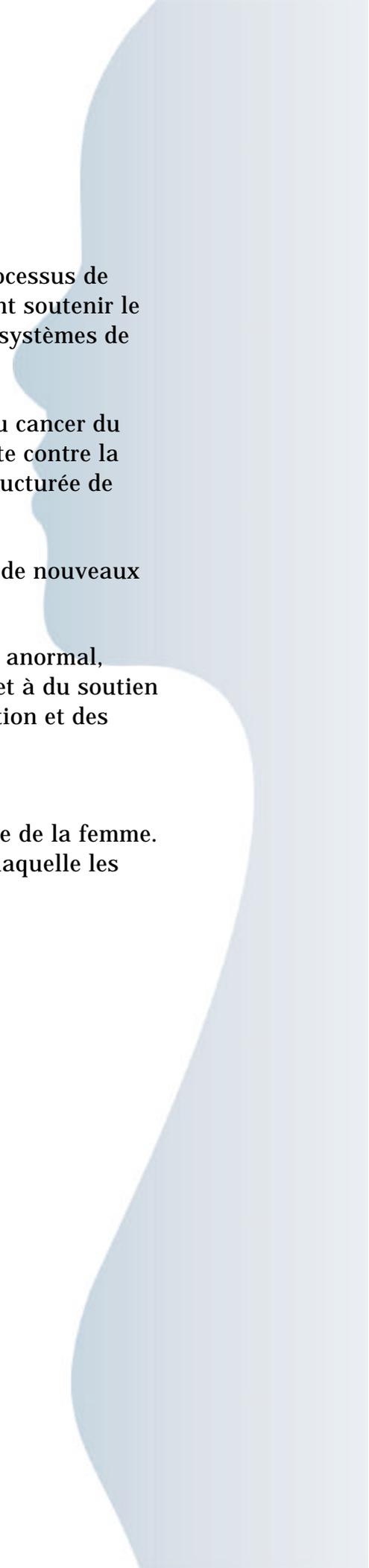
minimum de plusieurs jours, pour rapporter le diagnostic à un médecin ou un chirurgien et pour que ce clinicien communique les résultats à la femme. Actuellement, au Canada, aucun programme ne recueille ou n'évalue systématiquement cette dernière étape du processus diagnostique, la communication du résultat final à la femme. L'obtention d'une telle information n'est pas nécessairement problématique. Un estimé de l'intervalle, entre le dernier test et la communication de l'information à la femme, pourrait être obtenu des femmes elles-mêmes. Un projet du nord-ouest de l'Ontario a démontré qu'on peut très bien se fier à l'information par les femmes elles-mêmes (B.Irving, communication personnelle). Une étude de grande envergure du processus diagnostique, après le dépistage d'une anomalie dans le cadre du Programme de dépistage par mammographie de la C.-B. en 1998, a aussi montré une étroite corrélation entre les intervalles rapportés par les femmes et ceux mesurés d'après les données de facturation du médecin recueillies pour des fins administratives (T.G. Hislop, communication personnelle). Un suivi périodique par téléphone ou par écrit et des enquêtes de satisfaction, menées quatre à six mois après un examen décelant une anomalie, pourraient incorporer des questions sur l'opportunité et les conséquences du suivi diagnostique, incluant si la femme croit qu'un diagnostic final a été établi et quand il lui a été communiqué. Une autre stratégie pourrait être que le programme de dépistage insère un questionnaire dans un échantillon des lettres envoyées aux clientes les avisant qu'une anomalie a été décelée. L'enquête pourrait demander aux femmes d'inscrire les dates des différents tests et des rencontres avec les médecins après un dépistage anormal. Ces informations pourraient être ensuite recueillies et les dates d'interaction pourraient être comparées aux dates de service enregistrées dans les dossiers de facturation du médecin ou sur les rapports d'intervention diagnostique actuellement recueillis par chaque programme de dépistage. De tels efforts pourraient permettre aux programmes et à Santé Canada de suivre la qualité des soins diagnostiques après le dépistage d'une anomalie.

Les programmes du Royaume-Uni, de l'Australie et de certaines autres juridictions^{65,72}, ont des cliniques du sein pour les femmes ayant eu un dépistage anormal et atteignent ou dépassent les délais proposés dans ce rapport. En l'absence de telles cliniques, il est encore possible que

plusieurs changements dans le processus diagnostique amélioreraient l'expérience des femmes. Pour les femmes ayant une mammographie de dépistage anormal, une meilleure communication et une référence simplifiée du centre de dépistage vers les centres d'imagerie diagnostique existants pourraient raccourcir le délai pour la première évaluation. Une plus grande utilisation de biopsies au trocart sous contrôle d'imagerie pourrait réduire le nombre de femmes qui ont besoin d'une biopsie ouverte et raccourcir l'intervalle entre la première évaluation et le diagnostic. Des modes de référence simplifiés pour les femmes ayant besoin d'une biopsie chirurgicale ouverte pourraient aussi réduire l'intervalle entre la première évaluation et le diagnostic. Ces stratégies et bien d'autres peuvent aider les intervenants à atteindre les délais proposés dans ce rapport. Différents modèles visant à améliorer le processus diagnostique sont maintenant développés et évalués, non seulement pour la rapidité de l'investigation mais aussi pour la satisfaction de la cliente, l'anxiété et les coûts du système de santé (T.G. Hislop, communication personnelle). Afin d'atteindre les délais pour l'intégration du dépistage et du diagnostic, les programmes canadiens de dépistage du cancer du sein devraient soutenir le développement d'infrastructure, de personnel et de systèmes de communication appropriés dans les régions. Ceci n'exige pas nécessairement la réorganisation complète du processus diagnostique, particulièrement dans les communautés qui n'ont pas une densité de population assez grande pour supporter le développement de cliniques interdisciplinaires spécialisées dans la maladie du sein.

Orientations futures

- i) L'Initiative canadienne de dépistage du cancer du sein, Santé Canada et les programmes individuels de dépistage du cancer du sein devraient revoir et adopter les définitions et les délais proposés ici.
- ii) Les programmes devraient faire part des délais à respecter aux intervenants et aux clientes de leurs programmes.

- 
- iii) Afin d'atteindre les délais pour l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic, les programmes devraient soutenir le développement d'infrastructure, de personnel et de systèmes de communication appropriés, dans leurs régions.
 - iv) La Base de données canadiennes sur le dépistage du cancer du sein (BDCDCS), maintenue par le Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada, à Ottawa, devrait être structurée de façon à ce que ces délais puissent être bien évalués.
 - v) Les délais de diagnostic devraient être réévalués et de nouveaux objectifs fixés d'ici cinq ans.
 - vi) Les femmes dont l'examen de dépistage s'est révélé anormal, devraient avoir accès à de l'information pertinente et à du soutien y compris une description du processus d'investigation et des délais à rencontrer pour chaque étape du processus.
 - vii) La date à laquelle elle est informée des résultats de l'investigation est la fin de l'épisode du point de vue de la femme. Les programmes devraient évaluer la rapidité avec laquelle les femmes sont informées des résultats des examens.

Annexe A

Termes de référence et Composition du Groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et du diagnostic

Mandat

Identifier et évaluer le processus de diagnostic actuel, après un examen du sein décelant une anomalie, à l'intérieur d'un programme organisé de dépistage du cancer du sein au Canada. Si des failles sont identifiées, suggérer les étapes pour en venir à une intégration complète de l'examen et de l'évaluation pour les Canadiennes ayant subi un dépistage décelant une anomalie.

Groupes cibles

Les programmes de dépistage, les professionnels de la santé, les femmes à risque, les femmes vivant avec un cancer du sein, les responsables des politiques.

Activités

En ce qui concerne le processus de diagnostic à la suite d'un dépistage décelant une anomalie:

- Étudier, décrire et évaluer le processus actuel au Canada.
- Rassembler les informations en ce qui a trait aux meilleures pratiques nationales et internationales.
- Développer des lignes directrices, des normes et des délais à atteindre et les étapes du diagnostic.
- En se servant de ce qui précède, faire des recommandations sur les modèles optimaux pour l'intégration de centres de dépistage /d'évaluation.

Composition du Groupe

Membres choisis pour refléter la nature interdisciplinaire du processus de diagnostic et les régions du Canada

Docteur Ivo Olivotto (Président)
Programme de dépistage par
mammographie de la
Colombie-Britannique
Vancouver, Colombie-Britannique

Docteure Judy Caines
Radiologue
Programme de dépistage du
cancer du sein de la
Nouvelle-Écosse
Halifax, N.-É.

Docteur Vivek Goel
Épidémiologue
Université de Toronto
Toronto, ON.

Madame Brenda Irvine
Infirmière coordonnatrice
Programme de dépistage du
cancer du sein de l'Ontario
St-Clements, ON.

Madame Lisa Kan
Évaluation de Programmes
Programme de dépistage par
mammographie de la
Colombie-Britannique
Vancouver, C.-B.

Docteure Lucie Lemieux
Coordonnatrice clinique
Programme québécois de
dépistage du cancer du sein
Région de l'Outaouais
Gatineau, QC.

Docteur Ron McAuley
Médecin de famille
Hamilton, ON.

Madame Renée McGilly
Consommatrice
Victoria, C.-B.

Docteur Doug Mirsky
Chirurgien
Centre régional de la
santé du sein
Ottawa, ON.

Docteure Margaret Sabine
Radiologue
Programme de dépistage du
cancer du sein de l'Ontario
Hamilton, ON.

Représentants de Santé Canada

Madame Christina Bancej
Épidémiologue
Bureau du cancer
Laboratoire de lutte
contre la maladie
Ottawa, ON.

Docteur Eric Nicholls
Conseiller médical supérieur
Direction générale de la promotion
et des programmes de la santé
Ottawa, ON.

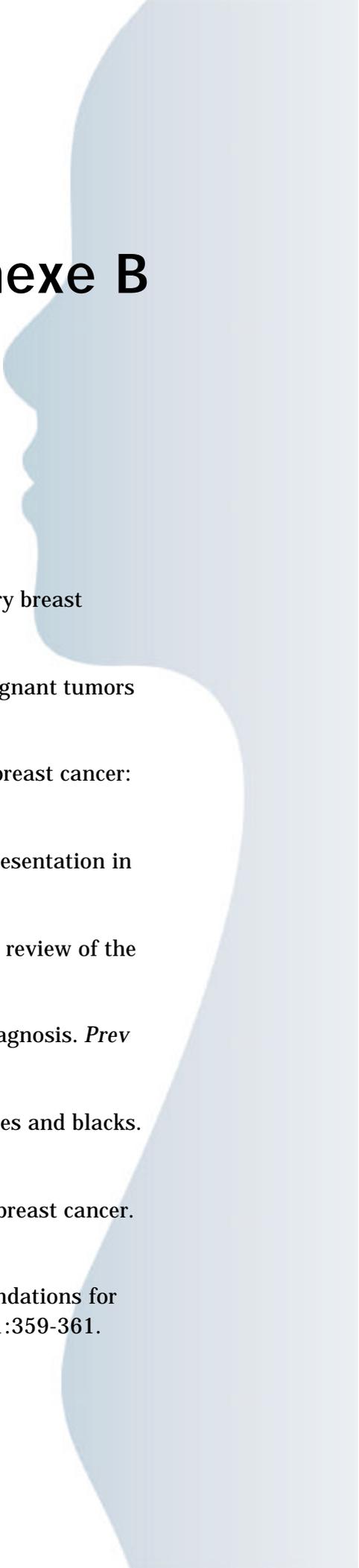
Madame Anna Maria Calabretta
Agente de programme
Direction générale de la promotion
et des programmes de la santé
Ottawa, ON.

Madame Judy Snider
Chef intérimaire
Section du dépistage précoce
Bureau du cancer
Laboratoire de lutte
contre la maladie
Ottawa, ON.

Consultante pour le groupe de travail

Madame Sheila Penney

Annexe B

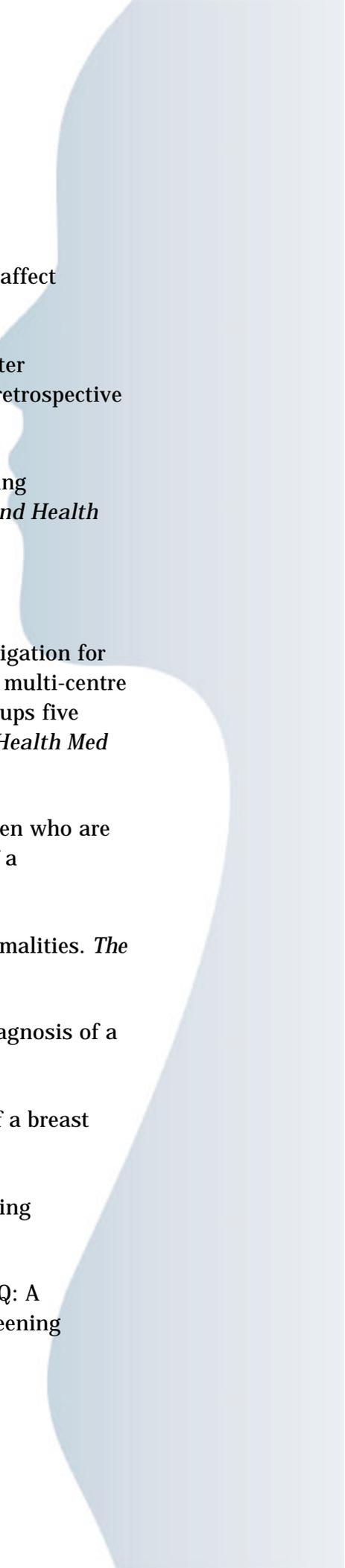


Liste des références rassemblées durant la recension des écrits sur les causes et conséquences du délai avec références supplémentaires précitées dans ce rapport.

Causes et conséquences du délai

1. Afzelius P *et al.* (1994). Patient's and doctor's delay in primary breast cancer. Prognostic implications. *Acta Oncol* 33:4, 345-51.
2. Ares Camerino A *et al.* (1995). [Delay in the diagnosis of malignant tumors (breast, larynx, bladder)]. *Rev Clin Esp* 195:12, 825-9.
3. Bedell MB *et al.* (1995). Delay in diagnosis and treatment of breast cancer: implications for education. *J Cancer Educ* 10:4, 223-8.
4. Burgess CC *et al.* (1998). Who and what influences delayed presentation in breast cancer?. *Br J Cancer* 77:8, 1343-8.
5. Caplan LS & Helzlsouer KJ (1992/3). Delay in breast cancer: A review of the literature. *Public Health Rev* 20:187-214.
6. Caplan LS *et al.* (1996). Reasons for delay in breast cancer diagnosis. *Prev Med* 25(2):218-24.
7. Caplan LS *et al.* (1995). System delay in breast cancer in whites and blacks. *Am J Epidemiol* 142(8):804-12.
8. Caplan LS (1995). Patient delay in seeking help for potential breast cancer. *Public Health Rev* 23(3):263-74.
9. Cardenosa G *et al.* (1991). Rate of Compliance with Recommendations for Additional Mammographic Views and Biopsies. *Radiology* 181:359-361.

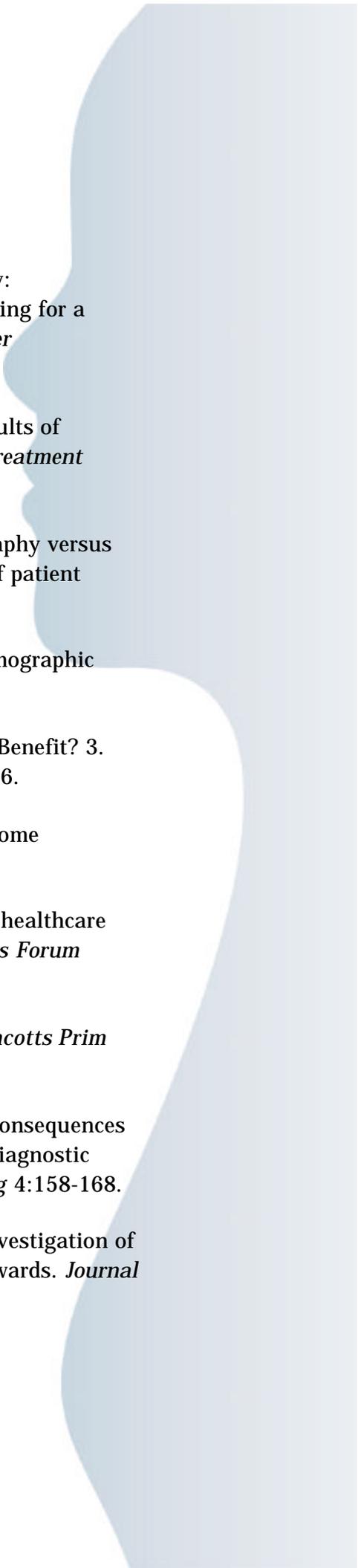
10. Chang S *et al.* (1996). Racial differences in timeliness of follow-up after abnormal screening mammography. *Cancer* 78(7):1395-1402.
11. Facione NC (1993). Delay versus help seeking for breast cancer symptoms: A critical review of the literature on patient and provider delay. *Soc Sci Med* 36:1521-1534.
12. Helvie M *et al.* (1991). Mammographic Follow-up of low-suspicion lesions: Compliance Rate and Diagnostic Yield. *Radiology* 178:155-158.
13. Joensuu H *et al.* (1994). Delayed diagnosis and large size of breast cancer after a false negative mammogram. *European Journal of Cancer* 30A(9):1299-1302.
14. Kerlikowske K (1994). Timeliness of follow-up after abnormal screening mammography. *Breast Cancer Research and Treatment* 40:53-64.
15. Kern KA (1994). Medicolegal analysis of the delayed diagnosis of cancer in 338 cases in the United States. *Arch Surg* 129:4, 397-403.
16. Lacey L *et al.* (1993). Referral adherence in an inner city breast and cervical cancer screening program. *Cancer* 72:3, 950-5.
17. Machiavelli M *et al.* (1989). Relation between delay and survival in 596 patients with breast cancer. *Oncology* 46:78-82.
18. Mandelblatt J *et al.* (1993). Breast and cervical cancer screening of poor, elderly, black women: clinical results and implications. *Am J Prev Med* 9:3, 133-8 .
19. Manfredi C *et al.* (1990). Results of an intervention to improve compliance with referrals for evaluation of suspected malignancies at neighborhood public health centers. *American Journal of Public Health* 80(1):85-87.
20. McCarthy B *et al.* (1996). Inadequate follow-up of abnormal mammograms. *American Journal of Preventive Medicine* 12(4):282-288.

- 
21. Neave L *et al.* (1990). Does delay in diagnosis of breast cancer affect survival?. *Breast Cancer Research and Treatment* 15:103-108.
 22. Pal S *et al.* (1996). Compliance with recommended follow-up after fine-needle aspiration biopsy of nonpalpable breast lesions: A retrospective study. *Radiology* 210:71-74.
 23. Rojas M *et al.* (1996). Barriers to follow-up of abnormal screening mammograms among low-income minority women. *Ethnicity and Health* 1(3):221-228.

Conséquences psychosociales du délai

24. Austoker J *et al.* (1998). Do women who undergo further investigation for breast screening suffer adverse psychological consequences? A multi-centre follow-up study comparing different breast screening result groups five months after their last breast screening appointment. *J Public Health Med* 20(4):396-403 .
25. Austoker J & Ong G. (1994). Written information needs of women who are recalled for further investigation of breast screening: results of a multi-centre study. *J Med Screening* 1: 238-244.
26. Baum M. (1988). Delayed Assessment of Mammographic Abnormalities. *The Lancet* 1218.
27. Benedict S *et al.* (1994). Recalled anxiety: from discovery to diagnosis of a benign breast mass. *Oncol Nurs Forum* 21(10):1723-7.
28. Bull A, *et al.* (1991). Assessment of the psychological impact of a breast screening programme. *Br. J. Rad* 64:510-515..
29. Cockburn J, *et al.* (1994). Psychological consequences of screening mammography. *Journal of Medical Screening* 1:7-12.
30. Cockburn J *et al.* (1992). Development and Validation of the PCQ: A questionnaire to measure the psychological consequences of screening mammography. *Soc Sci Med* 34(10):1129-34.

31. Deane KA, Degner LF. (1998). Information needs, uncertainty, and anxiety in women who had a breast biopsy with benign outcome. *Cancer Nurs* 21(2):117-26
32. DeKeyser FG *et al.* (1998). Distress, symptom distress, and immune function in women with suspected breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 25(8):1415-22 .
33. Ellman R, *et al.* (1989). Psychiatric morbidity associated with screening for breast cancer. *Br. J. Cancer* 60:781-784.
34. Fentiman IS (1988). Pensive Women, Painful Vigils: Consequences of Delay in Assessment of Mammographic Abnormalities. *The Lancet* 1041-1042.
35. Gilbert E *et al.* (1995). How anxiogenic is recall following breast screening and does a family history of breast cancer make a difference? *Psycho-Oncology* 4(2):88.
36. Gram J *et al.* (1990). Quality of life following a false positive mammogram. *Br. J. Cancer* 62:1018-1022.
37. Gram IT and Slenker SE (1992). Cancer anxiety and attitudes toward mammography among screening attenders, nonattenders, and women never invited. *Am J Public Health* 82(2):249-51.
38. Harris R (1997). Variation of benefits and harms of breast cancer screening with age. *J Natl Cancer Inst Monogr* (22):139-43.
39. Hulka C *et al.* (1997). Patients' Opinion of Mammography Screening Services: Immediate Results Versus Delayed Results Due to Interpretation by Two Observers. *AJR* 168:1085-1089.
40. Lerman C *et al.* (1991). Psychological and Behavioral Implications of Abnormal Mammograms. *Annals of Internal Medicine* 114:657-661.
41. Lerman C *et al.* (1992). The Impact of Mailing Psychoeducational Materials to Women with Abnormal Mammograms. *American Journal of Public Health* 82(5):729-730.

- 
42. Lidbrink E *et al.* (1995). Single-view Screening Mammography: Psychological, Endocrine and Immunological Effects of Recalling for a Complete Three-view Examination. *European Journal of Cancer* 31A(6):932-933.
 43. Lind S *et al.* (1992). Patients' preferences for learning the results of mammographic examinations. *Breast Cancer Research and Treatment* 23:223-232.
 44. Lindfors KK *et al.* (1998). Short-interval follow-up mammography versus immediate core biopsy of benign breast lesions: assessment of patient stress. *Am J Roentgenol* 171(1):55-8 .
 45. Liu S *et al.* (1994). Women's Attitudes about Receiving mammographic Results Directly from Radiologists. *Radiology* 193:783-786.
 46. Marshall K (1996). Prevention. How much Harm? How Much Benefit? 3. Physical, Psychological and Social Harm. *CMAJ* 155(2):169-176.
 47. McCaul K *et al.* (1996). Breast Cancer Worry and Screening: Some Prospective Data. *Health Psychology* 15(6):430-433.
 48. Northouse LL *et al.* (1997). Coping with a breast biopsy: how healthcare professionals can help women and their husbands. *Oncol Nurs Forum* 24(3):473-80.
 49. Oktay JS (1998). Psychosocial aspects of breast cancer. *Lippincotts Prim Care Pract* 2(2):149-59.
 50. Ong G *et al.* (1997). Breast screening: adverse psychological consequences one month after placing women on early recall because of a diagnostic uncertainty: A multicentre study. *Journal of Medical Screening* 4:158-168.
 51. Ong G and Austoker J. (1997). Recalling women for further investigation of breast screening: women's experiences at the clinic and afterwards. *Journal of Public Health Medicine* 19(1):29-36.

52. Ong GJ, Austoker J, Michell M (1998). Early rescreen/recall in the UK National Health Service breast screening programme: epidemiological data. *J Med Screen* 5 (3):146-55.
53. Pamilo M *et al.* (1991). Classification of findings in mammography screening - a method to minimise recall anxiety? *Journal of Epidemiology and Community Health* 45:32 1-324.
54. Rimer BK and Bluman LG (1997). The psychosocial consequences of mammography. *J Natl Cancer Inst Monogr* 22:131-8.
55. Risberg T *et al.* (1996). Diagnostic delay causes more psychological distress in female than in male cancer patients. *Anticancer Res* 16:2, 995-9.
56. Robertson C and Kopans DB (1989). Communication Problems after Mammographic Screening. *Radiology* 172:443-444.
57. Scaf-Klomp W *et al.* (1997). Distressed or relieved? Psychological side effects of breast cancer screening in The Netherlands. *J Epidemiol Community Health* 51(6):705-10 .
58. Seckel MM and Birney MH (1996). Social support, stress, and age in women undergoing breast biopsies. *Clin Nurse Spec* 10(3):137-43.
59. Sutton S *et al.* (1995). Does routine screening for breast cancer raise anxiety? Results from a three wave prospective study in England. *Journal of Epidemiology and Community Health* 49:413-418.
60. Tjemslund L *et al.* (1997). Pre-operative [correction of Prooperative] psychological variables predict immunological status in patients with operable breast cancer. *Psychooncology* 6(4):311-20. See also published erratum, *Psychooncology* 7(2):146 (1998).
61. Wardle J, Pope R. The psychological costs of screening for cancer. *J Psychosom Res* 36:609-624.

Références supplémentaires précitées dans ce rapport

62. Clay MG et al. (1994). Screening Mammography Program of British Columbia 1988-1993. *Am J Surg* 167:490-2.
63. Bryant H et al. (1993) Quality assurance and cancer detection rates in a provincial screening mammography program. Work in progress. *Radiology* 188:811-6.
64. Libstug AR et al. (1998) Results from the Ontario breast screening program, 1990-1995. *J Med Screen* 5:73-80.
65. Caines JS et al. (1996) Nova Scotia Breast Screening Program experience: use of needle core biopsy in the diagnosis of screening-detected abnormalities. *Radiology* 1998:125-30.
66. Paquette D et al. (2000) Performance of mammographic screening in organized programs in Canada, 1996. *Can Med Assn J* (submitted)
67. Richards MA et al. (1999) Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet* 353:1119-26.
68. Bear HD. (1998) Image-guided breast biopsy. How, when and by whom? *J Surg Oncol* 67:1-5.
69. Britton PD et al. (1997) Change to core biopsy in an NHS breast screening unit. *Clin Radiol* 52:764-7.
70. Litherland JC et al. (1996) The impact of core biopsy on pre-operative diagnosis rate of screen detected breast cancers. *Clin Radiol* 51:562-5.
71. Thorne S et al. (1999) The experience of waiting for a diagnosis after an abnormal mammogram. *The Breast J* 5:42-51.
72. O'Brian SE et al. (2000) The role of a multi-disciplinary assessment clinic in breast screening. *Can Med Assn J* (in press).

Annexe C

Revue des normes ou délais à atteindre dans les programmes organisés canadiens et internationaux de dépistage du cancer du sein

Communauté Européenne : Pas de normes de délai établies pour le processus d'évaluation.

ÉTATS-UNIS [Food Drug Administration (FDA) / American College of Radiology (ACR)] : Pas de normes de délai établies pour le processus d'évaluation.

Australie :

- 95 % des femmes doivent être informées des résultats dans les 10 jours ouvrables suivant le dépistage.
- 70 % des femmes doivent recevoir un diagnostic définitif ou une recommandation pour une biopsie dans les 2 jours ouvrables suivant la première visite d'évaluation.
- >90 % des femmes doivent avoir la première évaluation dans les 10 jours ouvrables.
- <5 % des femmes évaluées doivent être invitées à des évaluations plus approfondies.

Royaume-Uni [National Health Service Breast Screening Program (NHSBSP)] :

- 95 % sont informées dans les 10 jours ouvrables
- >90 % des évaluations à l'intérieur d'une journée
- la consultation chirurgicale se fait à la clinique d'évaluation, si possible
- la référence en chirurgie se fait à l'intérieur de 1 semaine

- 90 % ont un intervalle de 2 semaines ou moins entre la consultation chirurgicale et la biopsie ouverte (biopsie diagnostique)
- 90 % ont un intervalle de 3 semaines ou moins entre la consultation chirurgicale et la biopsie ouverte (biopsie thérapeutique).

Canada (National) :

- *Les déterminants de la qualité des programmes organisés de dépistage du cancer du sein* (1997) p. 55: “Il doit y avoir un mécanisme sans faille, opportun pour s’assurer que le suivi de la lésion suspecte a été fait. Le Programme de dépistage devrait vérifier à l’intérieur de six (6) semaines si cela s’est fait”.
- Guide canadien de pratique clinique #2 (Investigation des lésions décelées par la mammographie), *CMAJ* 1998;158:S9-S14 (3 Suppl). Aucune norme de délai proposée.

Colombie-Britannique

(Programme de dépistage par mammographie de la C.-B./ Agence de cancer de la C.-B.) :

- Entre le dépistage d’une anomalie et le rapport :
 - ▶ ≤3 jours ouvrables
- Entre le rapport et la première imagerie diagnostique :
 - ▶ ≤5 jours ouvrables
- Entre l’imagerie diagnostique et la consultation chirurgicale :
 - ▶ ≤5 jours ouvrables
- Entre la consultation chirurgicale et la biopsie ouverte :
 - ▶ ≤5 jours ouvrables

Nouvelle Écosse

(Programme de dépistage du cancer du sein de la N.-É.)

- Entre le dépistage d’une anomalie et la première évaluation
 - ▶ ≤3 semaines
- Entre la première évaluation et la fin de l’évaluation
 - ▶ ≤2 semaines

- Entre la fin de l'évaluation et la chirurgie définitive
 - ▶ ≤5 semaines

Québec (Programme québécois de dépistage du cancer du sein) :

- Entre le dépistage d'une anomalie et la première évaluation :
 - ▶ 90 % des femmes ≤12 jours ouvrables
- Entre la première évaluation et le diagnostic définitif OU la recommandation d'une biopsie ouverte :
 - ▶ 70 % des femmes ≤5 jours ouvrables

Ontario (Programme de dépistage du cancer du sein de l'Ontario) :

- Entre le dépistage d'une anomalie et la première visite d'évaluation :
 - ▶ *Norme minimale* : aucune
 - But : ≤10 jours ouvrables
- Entre la référence et l'évaluation complète dans un établissement communautaire :
 - ▶ Norme minimale :
 - 50 % des femmes ≤10 jours ouvrables
 - 60 % ≤15 jours ouvrables
 - 70 % ≤20 jours ouvrables
 - But : > 85 % des femmes ≤10 jours ouvrables
- Entre la référence et l'évaluation complète dans des cliniques du sein :
 - ▶ *Norme minimale* :
 - > 75 % des femmes ≤10 jours ouvrables, et
 - ≤10 % exigent plus d'une visite
 - But : > 95 % des femmes ≤10 jours ouvrables, et ≤5 % exigent plus d'une visite.
- Entre la recommandation d'une biopsie et la biopsie ouverte :
 - ▶ *Norme minimale*:
 - Enregistrer les données de temps d'attente
 - But : 70 % des femmes ≤10 jours ouvrables.

- 
- Entre le diagnostic définitif et l'avis au principal professionnel de la santé :
 - ▶ *Norme minimale* :
100 % ≤ 10 jours ouvrables
But : 100 % ≤ 10 jours ouvrables
S'il y a un cancer OU si une biopsie est nécessaire, le médecin traitant doit être informé le jour même.
 - Entre le diagnostic et la référence à un centre régional de traitement du cancer
 - ▶ *Norme minimale* :
On doit avoir accès à la référence
But : ≤ 5 jours ouvrables.