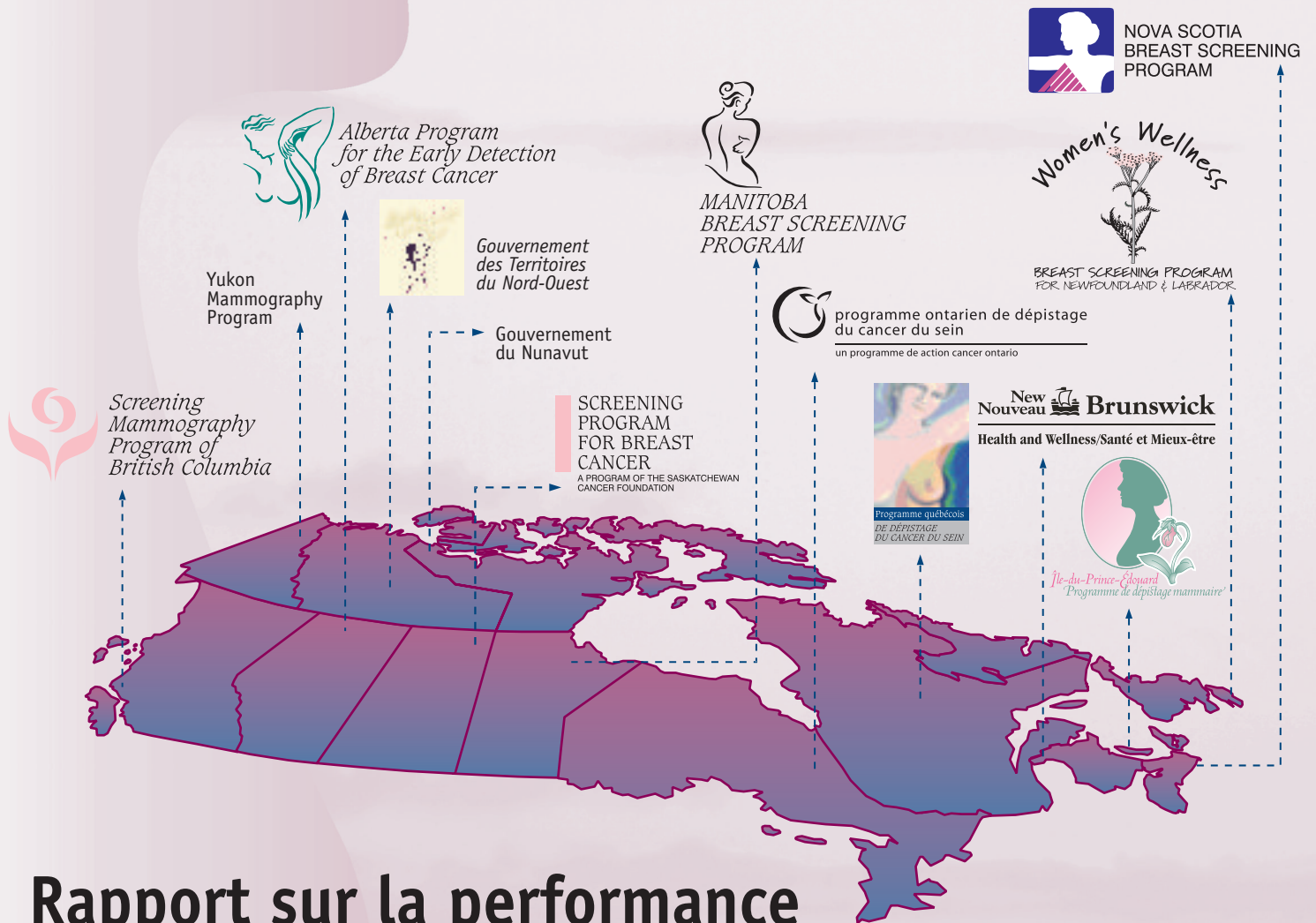




Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada



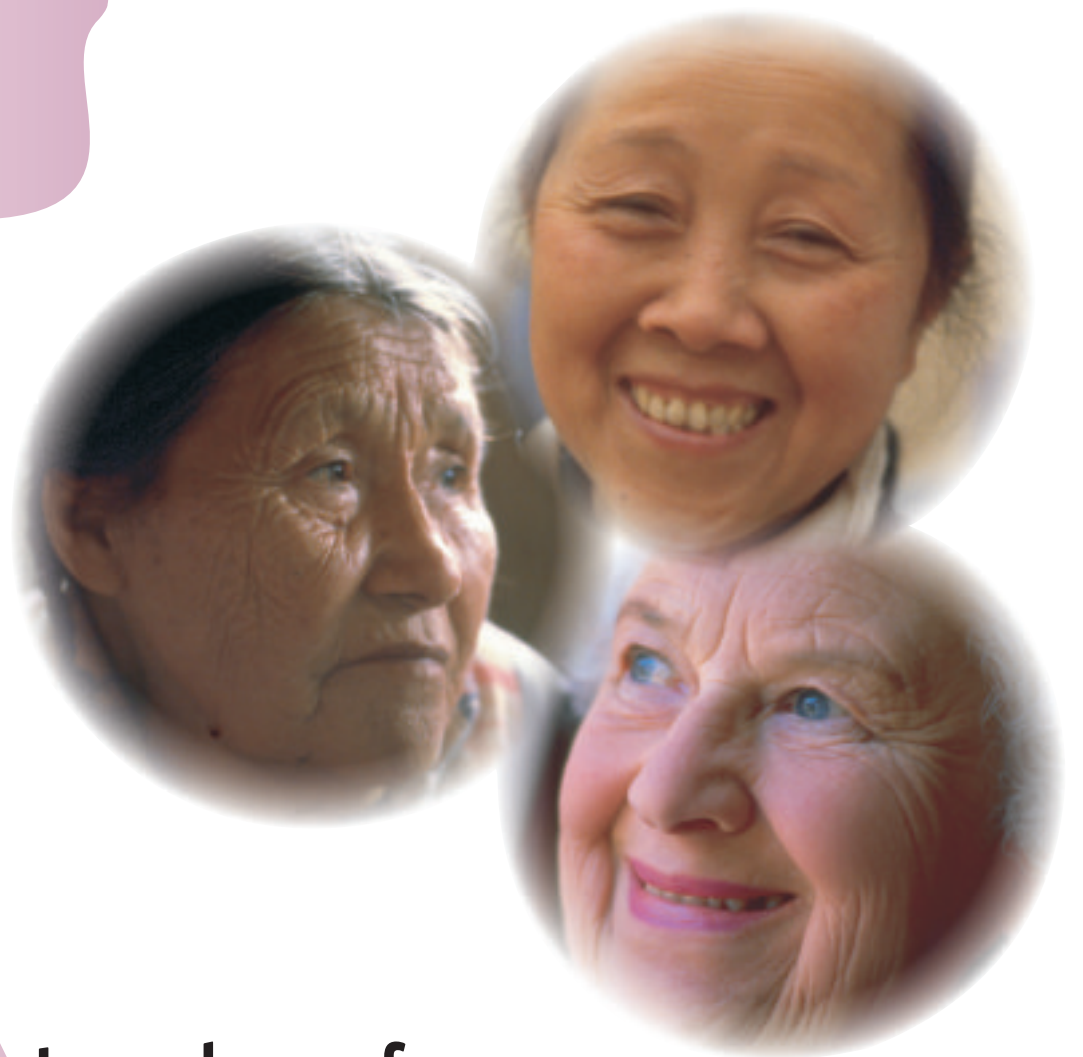
Rapport sur la performance des programmes en 2001 et en 2002

Notre mission consiste à promouvoir et à protéger la santé des Canadiens et des Canadiennes par le leadership, le partenariat, l'innovation et l'action en santé publique.

– *Agence de santé publique du Canada*

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2005
N° de cat. HP32-1/2002
ISBN 0-662-69307-8

Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada



**Rapport sur la performance
des programmes en 2001 et en 2002**



REMERCIEMENTS

Nous aimerions exprimer nos remerciements à nos collaborateurs :

- les programmes organisés de dépistage du cancer du sein provinciaux qui contribuent à la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein, sise au Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada;
- le Comité de rédaction du présent rapport, qui est composé des personnes suivantes : D^{re} Judy Caines, Nova Scotia Breast Screening Program, D^r Andrew Coldman, BC Cancer Agency, M. André Langlois, Institut national de santé publique du Québec, M^{mes} Suzanne Leonfellner et Aihua Wang, ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, M^{me} Margarete Schulz, Santé Manitoba, D^r Rene Shumak, Action Cancer Ontario, M^{me} Norah Smith, PEI Breast Screening Program, et M^{me} Asako Bienek, M^{me} Christina Bancej, M^{me} Jennifer MacInnes, M. Jay Onysko, Mme Xiaohong Jiang et M^{me} Barbara Kasprovicz, Agence de santé publique du Canada;
- le Groupe de travail chargé du sujet spécial, qui est formé des personnes suivantes : D^{re} Judy Caines, Nova Scotia Breast Screening Program, D^r Ivo Olivotto, BC Cancer Agency, M. Eric Pelletier, Institut national de santé publique du Québec, M^{me} Aihua Wang, ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, M^{me} Christina Bancej, M^{me} Asako Bienek et M. Jay Onysko, Agence de santé publique du Canada;
- M. Robert Semenciw et M. Chris Waters, Agence de santé publique du Canada, pour la production des statistiques canadiennes sur l'incidence et la mortalité;
- le Comité de gestion de la base de données pour ses commentaires et sa révision du rapport;
- le Sous-comité de soutien technique de la base de données pour avoir examiné et vérifié la qualité des données;
- la D^{re} Diane Major, Institut national de santé publique du Québec, pour avoir révisé la version française; M^{mes} Vivian Ellis et France

Foucault ainsi que les D^{rs} Howard Morrison et Paula Stewart, Agence de santé publique du Canada, pour avoir révisé la version anglaise;

- les M^{mes} Debby Baker, Francine Boucher, de l'Agence de santé publique du Canada, pour avoir préparé le document pour fin de diffusion;
- la production du présent document a été rendue possible dans le cadre de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires du présent rapport, veuillez écrire à l'adresse suivante :
Publications, Agence de santé publique du Canada
Indice de l'adresse : 0913A
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Une version électronique du présent rapport est offerte à l'adresse suivante :
<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/obcsp-podcs01/index.html>



TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	ii
Sommaire	1
Contexte	4
Dépistage du cancer du sein au Canada	5
Programmes organisés de dépistage du cancer du sein	6
Processus de dépistage	6
Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein (BDCDCS)	9
Surveillance et évaluation à l'aide de la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein	11
Résultats de 2001 et de 2002	13
Participation et fidélisation	13
Résultats du dépistage	16
Investigations diagnostiques	19
Détection du cancer	21
Cancers détectés après le dépistage	25
Sujet spécial : Attente d'un diagnostic après un résultat anormal à un examen de dépistage du cancer du sein au Canada – Progrès réalisés à ce jour	34
Résumé et perspectives d'avenir	40
Références	43
Annexes	
Annexe 1 : Comité de gestion de la base de données	46
Annexe 2 : Sous-comité de soutien technique de la base de données	50
Annexe 3 : Glossaire	53
Annexe 4 : Publications fondées sur la BDCDCS	56



SOMMAIRE

Bien que le taux de mortalité ait diminué au cours de la dernière décennie, le cancer du sein continue d'être le cancer le plus fréquent chez les Canadiennes : on estime que, en 2005, 21 600 nouveaux cas seront recensés. Selon les estimations de 1998, la valeur des années de vie perdues en raison des décès prématurés attribuables au cancer du sein au Canada se chiffre à plus de un milliard de dollars. À l'échelle nationale, la majorité des nouveaux cas de cancer du sein surviennent chez les femmes âgées de 50 à 69 ans. La détection précoce grâce à des programmes organisés de dépistage, combinée à un traitement efficace, reste le meilleur outil dont on dispose pour réduire la mortalité par cancer du sein chez les femmes de ce groupe d'âge.

La surveillance et l'évaluation des programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada visent à promouvoir un dépistage de qualité, qui entraînera une baisse de la mortalité et de la morbidité associées au cancer du sein, tout en réduisant au minimum les effets indésirables du dépistage. Le présent document propose une évaluation de la performance des programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada pour les années civiles 2001 et 2002; cette évaluation est fondée sur les données transmises à la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein (BDCDCS) par les dix provinces. À l'heure actuelle, aucun des trois territoires ne fournit de données d'évaluation à la BDCDCS. Bien que l'on ait atteint ou dépassé la plupart des objectifs de performance nationaux, la présente évaluation suggère un certain nombre de domaines sur lesquels les efforts d'amélioration continue devraient porter pour réduire davantage le fardeau associé au cancer du sein.


La capacité de répondre à la demande en matière de dépistage du cancer du sein constitue un aspect de la prestation des programmes qui représente toujours un défi pour les programmes organisés de dépistage. Même si la plupart des programmes ont constaté une participation accrue en 2001 et en 2002, seulement 33,9 % des femmes admissibles ont eu accès à un programme organisé de dépistage à l'échelle nationale, aussi a-t-il été impossible d'atteindre le taux minimal visé de participation de 70 % chez les femmes âgées de 50 à 69 ans.

Les activités de surveillance et d'évaluation réalisées à l'aide de la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein (BDCDCS) servent à améliorer la performance des programmes de dépistage au Canada.

Bien que l'élargissement des programmes et l'amélioration du recrutement permettront à un plus grand nombre de Canadiennes de profiter des avantages d'un dépistage organisé, plusieurs programmes mis sur pied il y a un certain temps atteignent les limites de leur capacité et le taux de participation plafonne autour de 50 %.

En ce qui a trait aux femmes ayant besoin d'un suivi diagnostique, il est nécessaire de pouvoir compter sur un personnel et des établissements adéquats pour le diagnostic et le traitement. Au cours des dernières années, les taux de rappel pour anomalie (soit la proportion de femmes ayant fait l'objet d'un rappel pour une évaluation diagnostique plus poussée) ont à ce point augmenté qu'il est devenu impossible d'atteindre les objectifs fixés à cet égard en 2001 et en 2002. Il faut diminuer les taux de rappel pour anomalie afin de réduire les effets nocifs éventuels du dépistage chez les femmes en bonne santé (p. ex., les interventions diagnostiques inutiles et le stress associé à celles-ci) tout en conservant des taux de détection du cancer élevés. Les programmes en cours d'élargissement doivent accorder une attention particulière aux besoins de formation particuliers du personnel qui sont nouveaux dans le milieu des programmes organisés de dépistage. Malgré le défi que représentait l'augmentation importante du nombre de femmes subissant une évaluation, lequel est passé de 14 837, en 1999, à 50 133, en 2002, il y a eu une légère amélioration des délais d'attente associés aux tests diagnostiques pendant cette période. Cependant, on ne réussit toujours pas à atteindre la plupart des objectifs fixés en matière de rapidité du suivi diagnostique, en particulier pour les femmes ayant besoin d'une biopsie à des fins de diagnostic. Le Sujet spécial du présent rapport porte sur une analyse plus détaillée des mesures prises pour réduire les délais d'attente et des progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs.

Les programmes organisés de dépistage visent à augmenter au maximum les bienfaits pour les participantes en permettant la détection, le plus tôt possible, du plus grand nombre de cancers possible. Le nombre de cas de cancer du sein infiltrant chez les femmes ayant subi un test de dépistage (taux de détection des cancers infiltrants), la proportion des cancers infiltrants de petite taille ainsi que la proportion des cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire permettent de déterminer dans quelle mesure les programmes atteignent ce but. Les taux de détection des cancers infiltrants ont été conformes aux



objectifs de performance canadiens. Les programmes de dépistage se sont avérés efficaces pour détecter des cancers du sein à un stade précoce, souvent même avant que ceux-ci soient palpables ou se soient propagés aux ganglions lymphatiques.

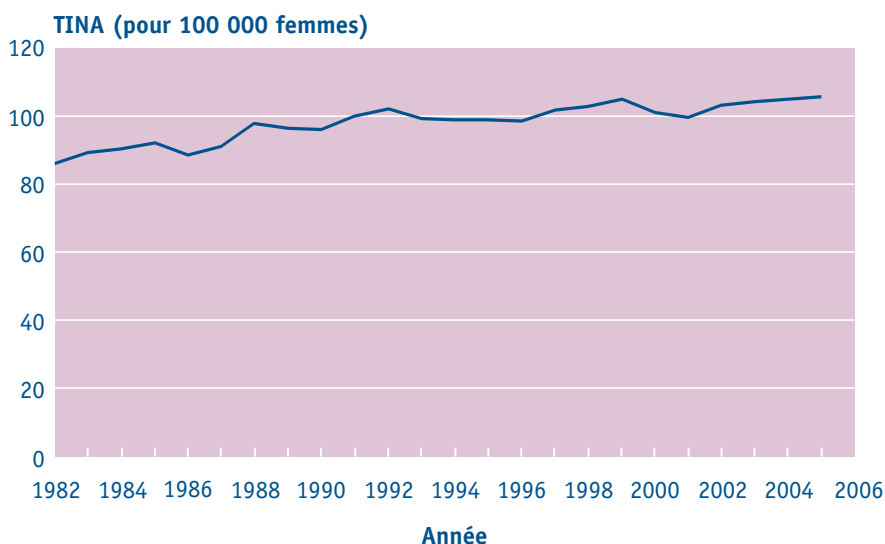
Au cours des années à venir, les programmes organisés de dépistage continueront de s'efforcer d'offrir un dépistage du cancer du sein de qualité. Les programmes visent à réduire la mortalité par cancer du sein dans la population cible et, pour ce faire, mènent des recherches pour améliorer la qualité et l'efficacité du dépistage, en plus d'adapter et d'améliorer leurs méthodes à mesure que de nouvelles données scientifiques et techniques sont accessibles. Les résultats de la surveillance et de l'évaluation, comme ceux exposés dans le présent rapport, sont utilisés par les gouvernements, les organismes de lutte contre le cancer, les gestionnaires des programmes de dépistage, les professionnels de la santé de première ligne et les autres intervenants en matière de cancer du sein pour améliorer la performance des programmes de dépistage dans l'ensemble du Canada.

CONTEXTE

Le cancer du sein demeure le type de cancer le plus fréquent et la deuxième cause de mortalité par cancer chez les Canadiennes; on estime en effet que 21 600 nouveaux cas et 5 300 décès seront recensés en 2005¹. Depuis plusieurs décennies, on observe une hausse de l'incidence du cancer du sein, qui va de pair avec une augmentation du dépistage mammographique. Les taux de mortalité continuent de chuter en raison de l'amélioration des traitements et de la détection précoce des cancers par dépistage mammographique (figures 1a et 1b).

Tandis que le corpus de connaissances entourant les causes du cancer du sein continue de croître, les interventions en matière de santé publique visant à prévenir les décès causés par le cancer du sein dans la population mettent actuellement l'accent sur la prévention

Figure 1a
Cancer du sein – Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA), pour 100 000 femmes, Canada, 1982-2005



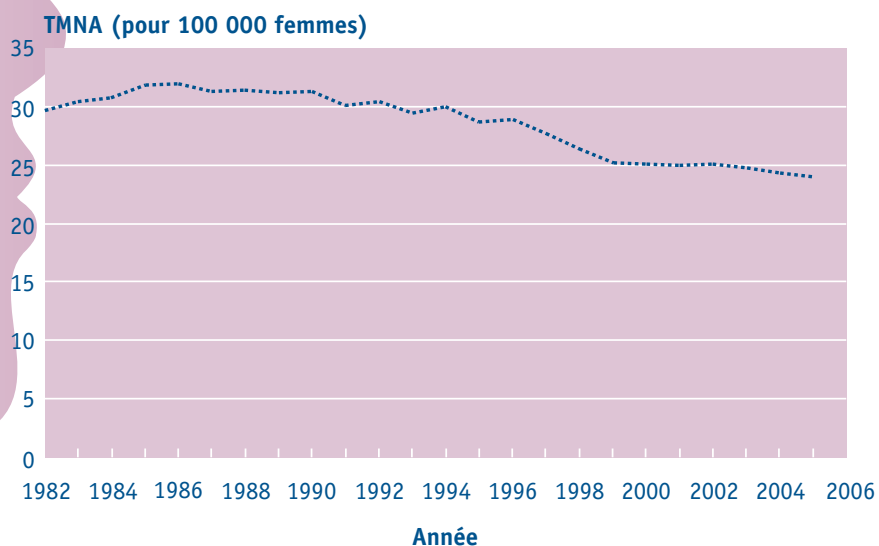
Source : Institut national du cancer du Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer 2005. Toronto, Canada, 2005.

Remarque : Dans le seul cas du Québec, les taux d'incidence de 2002 sont le résultat d'approximations. Le taux national est approximatif; il est calculé à partir du nombre de cas observés dans toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec, et à partir du nombre estimatif de cas survenus au Québec. Les taux sont normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population de 1991.

La moitié des nouveaux cas de cancer du sein sont diagnostiqués chez des femmes de 50 à 69 ans. Un dépistage systématique de qualité dans ce groupe d'âge pourrait se solder par une réduction pouvant aller jusqu'au tiers des taux de mortalité par cancer du sein.

Figure 1b

Cancer du sein – Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA), pour 100 000 femmes, Canada, 1982-2005



Source : Institut national du cancer du Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer 2005. Toronto, Canada, 2005.

Remarque : Le taux national est approximatif; il est calculé à partir du nombre estimatif de décès survenus dans chaque province et territoire. Les taux sont normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population de 1991.

secondaire grâce au dépistage mammographique. La plupart des facteurs de risque connus ne peuvent être modifiés facilement; c'est le cas, notamment, des facteurs démographiques, génétiques, hormonaux et biologiques. Au nombre de ces facteurs, l'âge est celui qui a la plus grande influence^{2,3}. L'incidence et la mortalité augmentent très nettement avec l'âge, les femmes de 60 ans et plus affichant les taux les plus élevés¹. La moitié des nouveaux cas surviennent chez les femmes âgées de 50 à 69 ans¹. Il ressort des essais randomisés que c'est pour les femmes de ce groupe d'âge que le dépistage du cancer du sein est le plus avantageux. Aussi un dépistage systématique de qualité dans ce groupe d'âge pourrait-il se solder par une réduction importante (pouvant aller jusqu'au tiers) des taux de mortalité par cancer du sein^{4,5}.

Dépistage du cancer du sein au Canada

C'est en décembre 1992 que le gouvernement fédéral a lancé la première phase de l'Initiative canadienne sur le cancer du sein (ICCS), à laquelle il a attribué un budget de 25 millions de dollars sur cinq ans. En juin

1998, il a annoncé le renouvellement de l'ICCS et l'attribution d'un budget stable et permanent de 7 millions de dollars par année. L'Agence de santé publique du Canada (ASPC) a été créée en septembre 2004; la responsabilité relative à l'ICCS a été intégrée au mandat de l'Agence. En raison de son rôle sur le plan de la surveillance, de l'évaluation et des pratiques exemplaires dans le domaine de la santé publique, l'ASPC continue d'appuyer les activités du Comité canadien chargé de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein, tandis que le dépistage du cancer demeure une composante intégrale de l'ensemble de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer.

Programmes organisés de dépistage du cancer du sein

Les programmes organisés de dépistage du cancer du sein ont vu le jour en Colombie-Britannique en 1988 et se sont depuis étendus à toutes les provinces, au Yukon et aux Territoires du Nord-Ouest (tableau 1). À ce jour, le Nunavut n'a pas mis en place un tel programme. Dans tous les programmes organisés, le dépistage du cancer du sein comporte une mammographie bilatérale de dépistage en deux incidences. La population cible correspond aux femmes asymptomatiques de 50 à 69 ans qui n'ont jamais fait l'objet d'un diagnostic de cancer du sein. Tous les programmes acceptent également certaines femmes qui ne font pas partie du groupe d'âge cible (tableau 1) sans toutefois les recruter activement.

Processus de dépistage

Le processus de dépistage mis en œuvre par les programmes organisés de dépistage du cancer du sein comporte trois étapes (figure 2) :

- Identification de la population cible et invitation à participer
- Examen de dépistage
- En cas d'anomalie, examens plus approfondis

Les femmes qui appartiennent au groupe d'âge visé sont recrutées au moyen d'une lettre d'invitation, sont orientées par leur médecin ou se présentent d'elles-mêmes. Au centre de dépistage, qui peut être une unité mobile ou un établissement fixe, deux incidences mammographiques

Vu son rôle dans la surveillance, l'évaluation et les pratiques exemplaires, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) continue d'appuyer les priorités en matière de dépistage du cancer du sein grâce à l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein et à la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, plus générale.

Tableau 1
Programmes de dépistage du cancer du sein au Canada^a : pratiques
habituelles – Années de dépistage 2001 et 2002

Province/territoire	Début du programme	Examen clinique des seins sur place	Pratiques du programme pour les femmes ne faisant pas partie du groupe des 50 à 69 ans		
			Groupe d'âge	Admission	Rappel
Territoires du Nord-Ouest	2003	Non	40-49	Oui	Annuel
			70+	Oui	Bisannuel
Yukon	1990	Non	40-49	Oui	Aucun
			70+	Oui	Aucun
Colombie-Britannique	1988	Non	<40	Oui ^b	Aucun
			40-49	Oui	Annuel
			70-79	Oui	Bisannuel
			80+	Oui ^b	Aucun
Alberta	1990	Non	40-49	Oui	Annuel
			70-74	Oui	Bisannuel
			75+	Oui	Aucun
Saskatchewan	1990	Non	40-49	Non	S.O.
			70+	Oui	Bisannuel
Manitoba	1995	Infirmière ou technologue	40-49	Oui ^c	Bisannuel
			70+	Oui ^c	Aucun
Ontario	1990	Infirmière ^d	40-49	Non	S.O.
			70-74	Oui	Bisannuel
			75+	Oui	Aucun
Québec	1998	Non	35-49	Oui ^e	Aucun
			70+	Oui ^e	Aucun
Nouveau-Brunswick	1995	Non	40-49	Oui ^b	Aucun
			70+	Oui ^b	Aucun
Nouvelle-Écosse	1991	Technologue ^f	40-49	Oui	Annuel
			70+	Oui	Aucun
Île-du-Prince-Édouard	1998	Technologue	40-49	Oui	Annuel
			70-74	Oui	Bisannuel
Terre-Neuve-et-Labrador	1996	Infirmière	40-49	Non	S.O.
			70+	Oui	Aucun

a Le Nunavut n'a pas mis en place de programme organisé de dépistage du cancer du sein.

b Admission sur recommandation d'un médecin.

c Admission dans l'unité mobile sur recommandation d'un médecin.

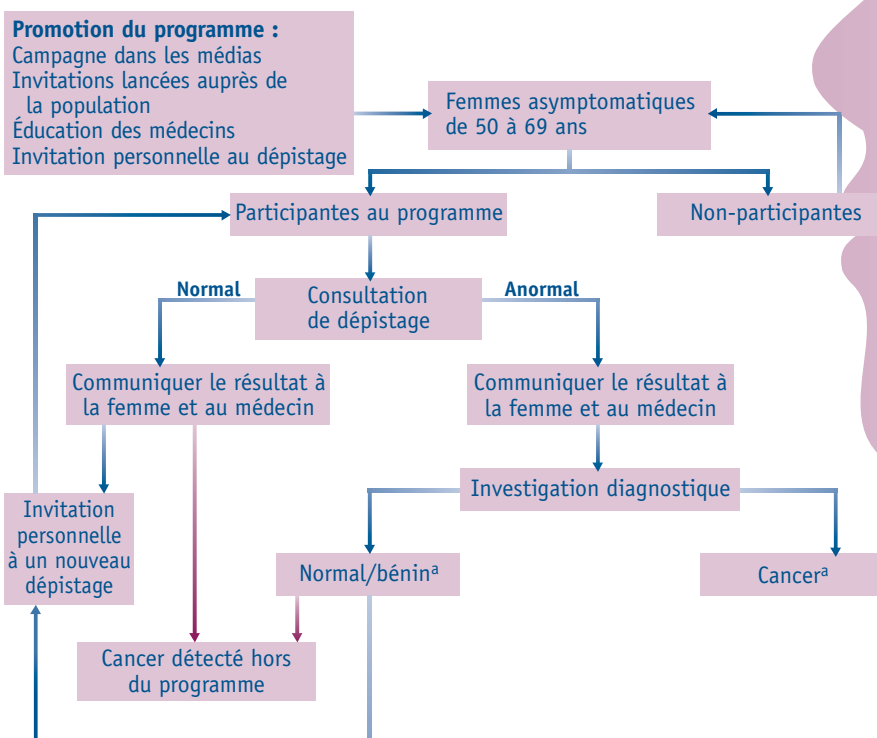
d Une infirmière effectue l'examen clinique des seins lorsque le service est offert, mais tous les centres n'offrent pas ce service.

e Admission sur recommandation d'un médecin si l'examen est effectué dans un centre de dépistage du programme, mais on ne considère pas que le groupe fait officiellement partie du programme.

f Examen modifié seulement, qui est effectué par le technologue au moment de la mammographie.

Figure 2

Déroulement d'un programme de dépistage du cancer du sein



^a Les programmes de dépistage du cancer du sein obtiennent des diagnostics définitifs de diverses sources, comme les médecins, les rapports d'anatomopathologie et les registres du cancer.

sont réalisées pour chaque sein chez les femmes asymptomatiques. Outre le dépistage mammographique, les femmes qui participent à certains programmes subissent un examen clinique des seins effectué par un professionnel de la santé dûment formé. Les autres programmes invitent les femmes à se faire examiner régulièrement les seins hors programme par leur médecin de famille (tableau 1). Par le passé, on enseignait systématiquement l'auto-examen des seins (AES) aux femmes. Cependant, depuis que le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs s'est prononcé, en 2001, contre l'enseignement systématique de l'AES pour dépister le cancer du sein⁶, les programmes de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Québec et du Nouveau-Brunswick ne fournissent plus cet enseignement, tandis que les programmes de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Écosse et de l'Ontario donnent désormais de l'information sur l'AES seulement si la cliente le demande. La plupart des programmes continuent de

mettre du matériel d'enseignement sur l'AES à la disposition de leur clientèle.

Tous les programmes transmettent les résultats du dépistage aux femmes et à leur médecin. Si le résultat du dépistage est normal, les femmes qui sont toujours admissibles seront invitées par lettre à passer un nouvel examen de dépistage systématique. Ce nouvel examen est généralement effectué deux ans plus tard, bien qu'une minorité de femmes fassent l'objet d'un rappel chaque année en raison de leur âge, des résultats de leur mammographie, de leurs antécédents familiaux ou d'autres facteurs qui varient d'un programme à l'autre. On encourage les femmes à consulter un médecin si des symptômes apparaissent avant leur prochain examen de dépistage. Les femmes ayant obtenu un résultat anormal au dépistage sont avisées, tout comme leur médecin de famille, que des examens complémentaires s'imposent. Selon le programme, le suivi diagnostique est coordonné par le médecin de la femme ou par le biais d'un processus intégré dirigé par le programme de dépistage. Le diagnostic est définitif lorsqu'un diagnostic final de cancer ou d'absence de cancer/lésion bénigne est posé.

La Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein (BDCDCS) est un système national de surveillance exploité et tenu à jour par l'Agence de santé publique du Canada (ASPC); elle permet la réalisation d'évaluations régulières et spécialisées des programmes organisés de dépistage et de travaux de recherche appliquée en matière de dépistage.

Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein (BDCDCS)

La BDCDCS est un système national de surveillance du dépistage du cancer du sein qui permet la surveillance et l'évaluation des activités de dépistage du cancer du sein au Canada. Créée en 1993, elle est exploitée et tenue à jour par le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques de l'Agence de santé publique du Canada pour le compte de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS) et de ses sous-comités (annexes 1 et 2). Toutefois, les programmes de dépistage participants demeurent propriétaires des données contenues dans la BDCDCS.

La BDCDCS abrite actuellement des données sur le dépistage depuis la création des programmes jusqu'à la fin de 2002 pour les dix provinces (tableau 2). Les données sur les tests des Territoires du Nord-Ouest sont en cours d'analyse. Comme le Yukon ne possède pas de système d'information informatisé, ses données n'ont pas été versées dans la BDCDCS. Le Nunavut n'a pas mis sur pied de programme organisé. Des données sont recueillies sur les caractéristiques démographiques

Tableau 2
Nombre annuel d'examens de dépistage, selon le programme –
de 1988 à 2002, tous les âges

Année	Programme										Canada
	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc ^a	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	
1988	4 395	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4 395
1989	9 188	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9 188
1990	22 482	616	6 355	—	590	—	—	—	—	—	30 043
1991	54 564	5 873	14 305	—	15 380	—	—	1 877	—	—	91 999
1992	80 893	15 442	15 778	—	40 295	—	—	4 354	—	—	159 762
1993	100 276	16 146	26 057	—	45 541	—	—	4 891	—	—	192 911
1994	118 878	15 372	25 540	—	55 480	—	—	8 461	—	—	223 731
1995	143 412	14 170	29 603	2 671	58 287	—	5 853	12 491	—	—	266 487
1996	166 738	14 679	28 901	13 594	67 729	—	18 441	15 547	—	3 120	328 749
1997	173 908	23 336	33 915	19 163	80 132	—	18 247	19 477	—	4 694	372 872
1998	189 963	18 887	34 094	23 457	98 597	43 987	26 044	25 459	—	5 521	466 009
1999	217 551	22 408	35 050	28 204	114 059	145 107	30 623	29 285	5 578	6 087	633 952
2000	223 607	21 717	35 370	28 565	138 337	152 982	32 488	35 259	6 269	6 790	681 384
2001	224 565	23 753	36 287	28 729	163 932	172 054	33 569	35 260	6 700	8 054	732 903
2002	234 872	23 340	34 462	29 264	192 276	194 349	37 108	38 616	6 256	8 859	799 402
Total	1 965 292	215 739	355 717	173 647	1 070 635	708 479	202 373	230 977	24 803	43 125	4 990 787

a Même si le Québec accepte les femmes de 35 à 49 ans et celles de 70 ans et plus, sur recommandation de leur médecin, lorsque l'examen est effectué à un centre de dépistage du programme, on ne considère pas que ces femmes participent officiellement au programme.

Remarque : Les programmes des Territoires du Nord-Ouest, du Yukon et du Nunavut sont toujours en cours d'élaboration. Les données comprennent tous les dépistages; les chiffres ont été mis à jour et pourraient varier légèrement par rapport à ceux qui figurent dans les rapports antérieurs.

de la clientèle, les facteurs de risque, les épisodes de dépistage, les raisons de l'aiguillage, les tests de diagnostic et les cancers, selon le cas.

En plus de servir à l'évaluation de la performance des programmes organisés à l'échelle nationale et infranationale, la BDCDCS est utilisée pour réaliser des évaluations spécialisées et des travaux de recherche appliquée se rapportant au dépistage. Les priorités de recherche à l'aide de la BDCDCS sont définies sur une base continue. Voir l'annexe 4 pour obtenir une liste détaillée des publications de recherche fondées sur la BDCDCS.

La BDCDCS peut être utilisée par les chercheurs intéressés. Pour obtenir de l'information à jour sur la Base de données, y compris le dictionnaire de données et le processus d'accès aux données, veuillez consulter la section à ce sujet dans la version en ligne du présent

rapport à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/obcsp-podcs01/index.html>.

Surveillance et évaluation à l'aide de la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein

Pour abaisser la mortalité et la morbidité associées au cancer du sein et réduire au minimum les effets indésirables du dépistage, les programmes organisés doivent offrir un dépistage de qualité. On a recours à des initiatives de surveillance et d'évaluation fondées sur la BDCDCS pour accroître la performance du dépistage partout au Canada. Il existe une méthode normalisée d'évaluation pour tous les programmes canadiens organisés de dépistage du cancer du sein, laquelle comprend des mesures et des objectifs de performance fondés sur des données probantes dans les catégories suivantes (tableau 3) :

- Recrutement et fidélisation
- Expérience des clientes
- Aspects techniques
- Interprétation des mammographies
- Investigation diagnostique et diagnostic
- Traitement
- Survie et mortalité
- Assurance de la qualité des données
- Gestion du programme

Pour obtenir plus d'information sur l'élaboration de ces mesures et objectifs de performance, prière de consulter le Rapport du Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation⁷. En raison des progrès réalisés sur le plan des pratiques de diagnostic, certains indicateurs sont actuellement en cours d'examen en vue de refléter l'usage plus fréquent de la biopsie par forage pour l'obtention d'un diagnostic histologique.

Tableau 3
Mesures de la performance pour les programmes organisés de dépistage
du cancer du sein au Canada – Femmes de 50 à 69 ans

Indicateur	Définition	Objectif
1. Taux de participation	Pourcentage de femmes ayant subi une mammographie de dépistage (calculé tous les deux ans) en tant que proportion de la population admissible.	≥ 70 % de la population admissible
2. Taux de fidélisation	Pourcentage estimé de femmes qui subissent un nouvel examen de dépistage dans les 30 mois suivant l'examen précédent.	≥ 75 % de dépistage subséquent dans les 30 mois
3. Taux de rappel à la suite de la détection d'une anomalie	Pourcentage de femmes ayant subi un examen de dépistage pour lesquelles on recommande une investigation diagnostique plus approfondie à la suite de la détection d'anomalies dans le cadre du programme.	< 10 % (dépistage initial) < 5 % (dépistages subséquents)
4. Taux de détection de cancers infiltrants	Nombre de femmes chez lesquelles on a détecté un cancer infiltrant lors d'un épisode de dépistage, pour 1 000 femmes examinées.	> 5 pour 1 000 (dépistage initial) > 3 pour 1 000 (dépistages subséquents)
5. Taux de détection de cancers <i>in situ</i>	Nombre de femmes chez lesquelles on a détecté un carcinome canalaire <i>in situ</i> (au lieu d'un cancer infiltrant) durant un épisode de dépistage, pour 1 000 femmes examinées.	À des fins de surveillance et de suivi seulement.
6. Respect du délai diagnostique	Pourcentage de femmes dont l'investigation diagnostique, d'un résultat anormal à l'établissement d'un diagnostic, a été effectuée dans les 5 à 7 semaines suivant la date du dépistage.	≥ 90 % dans les 5 semaines, si aucune biopsie ouverte n'est effectuée. ≥ 90 % dans les 7 semaines, si une biopsie ouverte est effectuée.
7. Valeur prédictive positive	Proportion de cas anormaux ayant fait l'objet d'un suivi complet, qui se sont révélés être porteurs d'un cancer du sein infiltrant ou <i>in situ</i>) après le bilan diagnostique.	≥ 5 % (dépistage initial) ≥ 6 % (dépistages subséquents)
8. Ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie ouverte	Parmi les biopsies ouvertes, nombre de tumeurs bénignes par rapport au nombre de tumeurs malignes.	≤ 2 : 1 à la biopsie ouverte (dépistage initial et dépistages subséquents combinés)
9. Taille de la tumeur infiltrante	Pourcentage de cancers infiltrants dont la taille est de ≤ 10 mm dans son plus grand diamètre, selon les meilleures données dont on dispose : 1) anatomo-pathologiques; 2) radiologiques; 3) cliniques.	> 25 % ≤ 10 mm
10. Envahissement ganglionnaire dans le cas d'un cancer infiltrant	Proportion de cancers infiltrants avec envahissement des ganglions lymphatiques.	< 30 % avec envahissement ganglionnaire
11. Taux de cancer infiltrant détecté après le dépistage	Nombre de femmes chez lesquelles un diagnostic de cancer du sein infiltrant a été posé après un épisode de dépistage négatif, pour 10 000 années-personnes à risque, dans les 12 à 24 mois suivant la date du dépistage initial.	< 6 pour 10 000 années-personnes (dans les 12 mois) < 12 pour 10 000 années-personnes (dans les 24 mois)

Source : Santé Canada. Rapport du Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation : Lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein. Ottawa : ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002.

RÉSULTATS DE 2001 ET DE 2002

Le présent rapport fournit certaines statistiques pour les années civiles 2001 et 2002 établies à l'aide des données versées dans la BDCDCS jusqu'en janvier 2005. Les présentations de données des programmes s'échelonnent sur plusieurs mois, ce qui pourrait avoir une incidence sur l'intégralité des données liées au cancer pour certains programmes. Sauf indication contraire, les statistiques sommaires pour tous les programmes incluent des données provenant des dix provinces. Les tableaux 6, 7 et 8 résument les mesures de la performance par programme, par groupe d'âge et par année de dépistage.

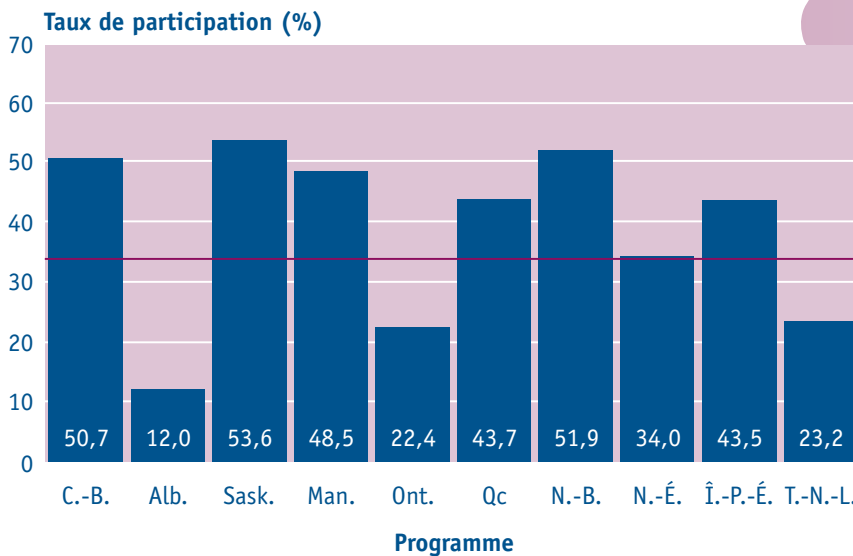
Bien que, à l'heure actuelle, aucun programme n'atteigne l'objectif de performance national visant une participation d'au moins 70 % aux dépistages bisannuels, la participation des femmes de 50 à 69 ans aux programmes organisés de dépistage du cancer du sein a augmenté légèrement et a atteint 33,9 % à l'échelle nationale.

Participation et fidélisation

Les programmes organisés de dépistage du cancer du sein encouragent la participation en utilisant diverses méthodes de recrutement. Bien que, à l'heure actuelle, aucun programme n'atteigne l'objectif de performance national visant une participation d'au moins 70 % aux dépistages bisannuels, la participation des femmes de 50 à 69 ans aux programmes organisés de dépistage du cancer du sein a augmenté légèrement et a atteint un taux de 33,9 % à l'échelle nationale en 2001 et en 2002 (figure 3).

La prestation de services de dépistage par l'intermédiaire de programmes organisés contribue à accroître l'efficacité et l'efficience du dépistage⁸. En 2001 et en 2002, un peu moins de la moitié des femmes ont fait l'objet d'un dépistage dans le cadre de programmes établis depuis longtemps en Alberta, en Nouvelle-Écosse, en Ontario et à Terre-Neuve (figure 3, tableau 6). Les taux de dépistage autodéclarés dans le groupe d'âge cible n'étaient pas beaucoup plus faibles dans ces provinces que dans les autres provinces (figure 4). Il y a donc tout lieu de croire que, dans ces provinces, une bonne proportion des dépistages sont effectués dans le secteur privé, où des éléments programmatiques, comme la définition et le recrutement du groupe cible, un système d'aiguillage efficace après la détection d'une anomalie et des procédures

Figure 3
Participation des femmes de 50 à 69 ans à des programmes organisés de dépistage du cancer du sein en 2001 et 2002



Source : Les données de Statistique Canada pour 2001 et 2002 sont utilisées comme dénominateurs.
Remarque : On a établi une moyenne pour les prévisions démographiques. Le taux national de participation, qui s'élève à 33,9 %, est indiqué par la barre horizontale.

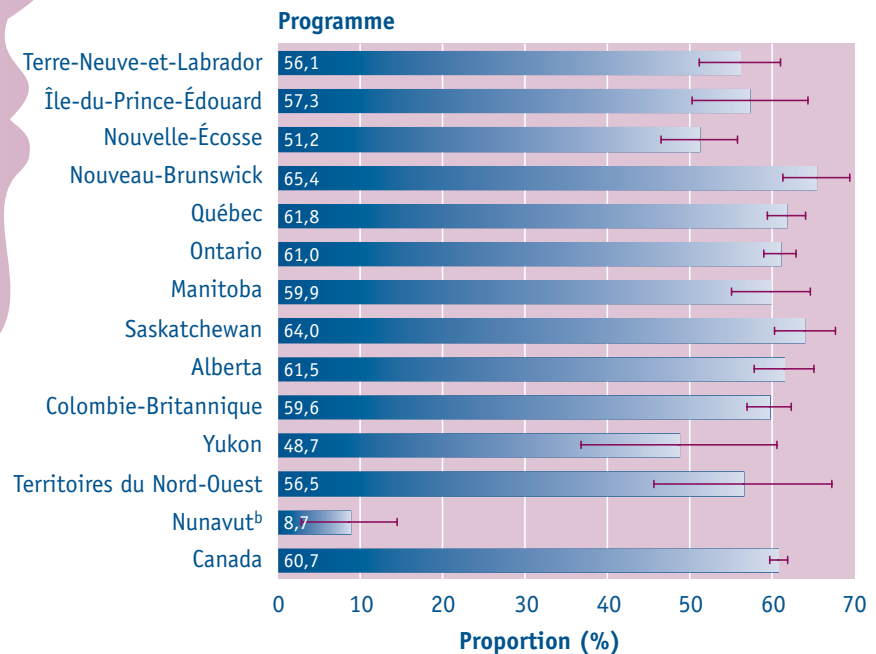
d'évaluation et de surveillance des programmes, sont souvent absents. Dans les années à venir, on s'attend à une augmentation des taux de participation au dépistage organisé en Alberta à mesure que le programme s'étendra à la grandeur de la province. Des programmes mis en place plus récemment au Québec et à l'Île-du-Prince-Édouard atteindront bientôt un taux de participation de 50 %. Près de la moitié ou un peu plus de la moitié des femmes admissibles ont participé au dépistage bisannuel dans le cadre de programmes organisés de dépistage en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Saskatchewan et au Nouveau-Brunswick. L'augmentation de la participation aux programmes organisés de dépistage serait en partie attribuable à la diminution des taux de dépistage hors programme dans ces provinces, à la réussite des campagnes de recrutement et à la capacité de ces programmes de joindre les femmes en milieu rural grâce aux unités mobiles de mammographie.

Plus de la moitié des femmes ayant subi un test de dépistage en 1998 et en 1999 avaient déjà fait l'objet d'un dépistage dans le cadre d'un programme, et le taux de fidélisation de 75,2 % a dépassé l'objectif

Entre 1998 et 2002, le nombre de femmes du groupe cible ayant subi des mammographies dans le cadre des 10 programmes organisés provinciaux a presque doublé; il est passé de 328 674 à 608 967.

Figure 4

Proportion des femmes de 50 à 69 ans qui ont déclaré avoir passé une mammographie^a au cours des deux années précédentes, selon la province – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003



a À l'exclusion des mammographies diagnostiques.

b La base de sondage de l'ESCC inclut 71% des ménages privés du Nunavut.

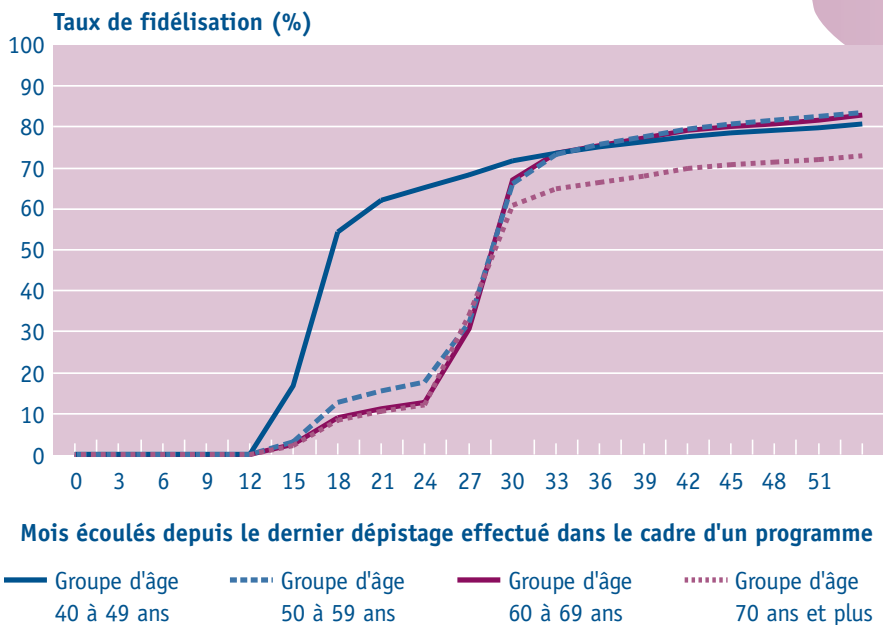
Source : Santé Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003 : fichier commun.

Les bienfaits du dépistage du cancer du sein dépendent d'une participation régulière au programme, c'est-à-dire tous les deux ans. Or, 75,2 % des femmes se sont présentées afin de repasser un test de dépistage dans les 30 mois suivant leur dernier test, ce qui dépasse l'objectif national de ≥ 75 %.

national, établi à au moins 75 % (tableau 6). Pour tous les groupes d'âge, la probabilité qu'une femme passe un nouvel examen de dépistage demeure stable à 30 mois après le dernier dépistage (figure 5), bien que les femmes de 40 à 49 ans soient plus nombreuses à passer un nouvel examen après un délai d'un an.

Les taux de participation et de fidélisation pour les programmes établis de longue date se sont stabilisés ou ont diminué, phénomène qui témoigne, notamment, de la capacité limitée des programmes d'offrir le service de dépistage à une population cible croissante. Toutefois, certains programmes consacrent au moins le tiers de leurs capacités aux dépistages effectués auprès des femmes de 40 à 49 ans (figure 6) et, dans certains programmes, le rappel annuel est plus fréquent. En 2001 et en 2002, les dépistages effectués auprès de femmes de 50 à 69 ans représentaient entre 51,1 % et 100,0 % de l'ensemble des

Figure 5
Probabilité cumulative de dépistage subséquent dans le cadre d'un programme, selon le groupe d'âge, années de dépistage 1998 et 1999

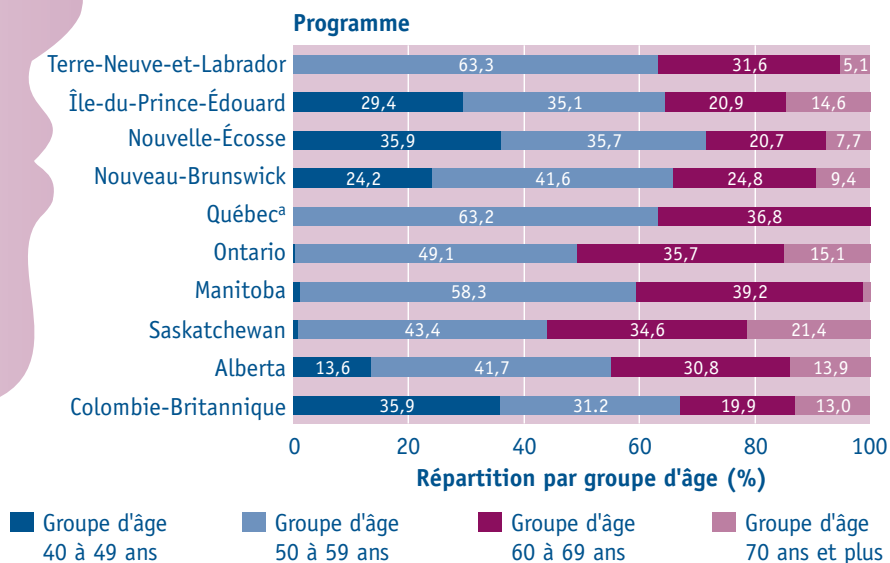


dépistages selon les programmes (figure 6). Néanmoins, même les programmes qui respectent rigoureusement un intervalle de dépistage bisannuel et ciblent seulement les femmes de 50 à 69 ans atteignent les limites de leur capacité. Entre 1998 et 2002, le nombre de femmes du groupe cible ayant subi des mammographies dans le cadre des 10 programmes organisés provinciaux a presque doublé, passant de 328 674 à 608 967 (tableau 8).

Résultats du dépistage

Les programmes organisés doivent faire en sorte que tous les cancers du sein soient dépistés chez les femmes asymptomatiques tout en réduisant au minimum le nombre de femmes en bonne santé qui ont des résultats anormaux aux tests de dépistage et doivent subir une investigation diagnostique. La proportion de femmes qui obtiennent des résultats anormaux aux tests de dépistage (taux de rappel pour anomalie) est un indice de la mesure dans laquelle les programmes

Figure 6
Répartition, par âge, des dépistages effectués dans le cadre d'un programme, selon la province – Années de dépistage 2001 et 2002



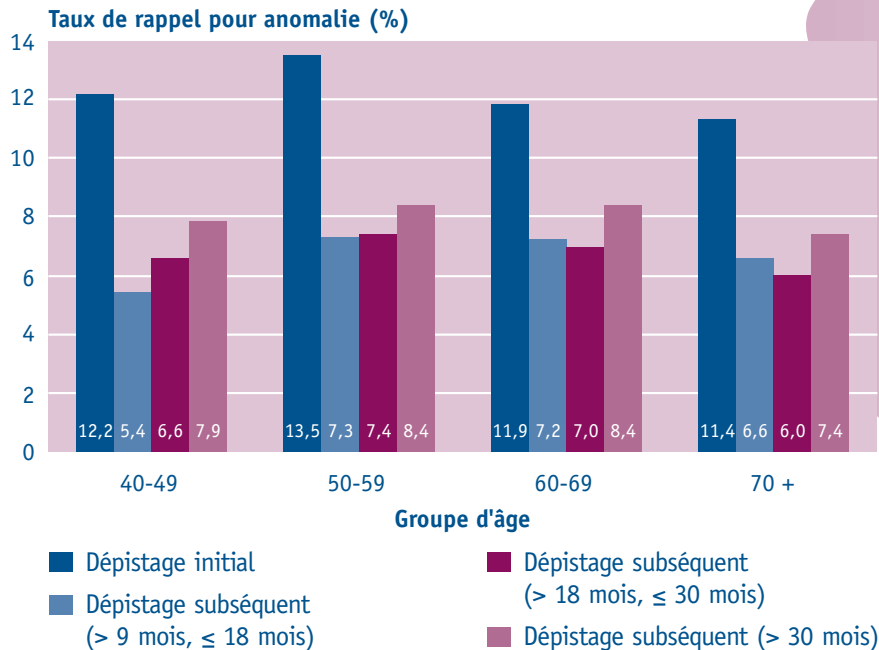
^a Même si le Québec accepte les femmes de 35 à 49 ans et celles de 70 ans et plus, sur recommandation de leur médecin, lorsque l'examen est effectué à un centre de dépistage du programme, on ne considère pas que ces femmes participent officiellement au programme.

réduisent au minimum les effets nocifs éventuels du dépistage chez les participantes.

Le taux de rappel pour anomalie, indice de la mesure dans laquelle les programmes réduisent au minimum les effets nocifs éventuels du dépistage, était plus élevé que lors des années précédentes et n'a pas atteint les objectifs nationaux.

En 2001 et en 2002, chez les femmes du groupe cible, les taux généraux observés de rappel pour anomalie, soit 13,1% et 7,4% pour le premier dépistage et les dépistages subséquents, respectivement, étaient plus élevés que par le passé et dépassaient les objectifs nationaux (tableaux 6 et 8), qui fixent à moins de 10 % et à moins de 5 % la proportion de femmes qui devraient obtenir des résultats anormaux au dépistage initial et aux dépistages ultérieurs, respectivement. La proportion de femmes obtenant des résultats anormaux au dépistage initial est normalement élevée et reflète le nombre de cancers présents chez les femmes examinées pour la première fois (figure 7). Lorsque les dépistages subséquents sont retardés, les taux de rappel pour anomalie commencent à augmenter, ce qui fait ressortir l'importance de se présenter au dépistage subséquent dans les délais prescrits. Bien que le recours simultané à l'examen clinique des seins et à la mammographie entraîne des taux de rappel pour anomalie plus élevés, les programmes qui offrent un service de dépistage faisant appel à ces deux méthodes n'ont pas

Figure 7
Taux de rappel pour anomalie^a, selon le groupe d'âge –
Années de dépistage 2001 et 2002



a Comprend la mammographie et l'examen clinique des seins comme méthodes de dépistage.

Remarque : L'intervalle médian avant les dépistages subséquents est le suivant : Dépistage subséquent (> 9 mois, ≤ 18 mois) : 12,5 mois; Dépistage subséquent (> 18 mois, ≤ 30 mois) : 24,5 mois; Dépistage subséquent (> 30 mois) : 35,8 mois.

affiché de façon constante des taux de rappel pour anomalie plus élevés que les programmes offrant la mammographie seulement⁹. Il a été établi que plusieurs facteurs et pratiques contribuent à accroître la proportion de femmes qui obtiennent des résultats anormaux au dépistage, dont l'inexpérience des radiologistes et les faibles volumes de clichés à interprétés. Même si, au Canada, les programmes d'agrément officiels exigent un volume de 480 mammogrammes à interpréter par année, les recherches effectuées par des programmes organisés canadiens donnent à penser que les volumes optimaux sont beaucoup plus élevés^{10,11}. Il a également été démontré que la double interprétation des clichés mammaires permet de réduire les taux de rappel pour anomalie tout en conservant des taux élevés de dépistage du cancer; toutefois, peu de programmes au Canada ont recours à cette méthode. L'intégration de tels éléments probants dans les normes d'agrément et la promotion continue de l'agrément des établissements offrant des programmes de dépistage pourrait contribuer à améliorer la prestation

des services de mammographie par les programmes. L'établissement de normes minimales de formation et de performance à l'intention des radiologistes et des technologues en mammographie et l'élaboration de lignes directrices pour les programmes d'assurance de la qualité sont définis plus en détail dans le document du Groupe de travail sur les déterminants de la qualité du Comité canadien chargé de l'ICDCS¹². Les programmes en cours d'élargissement doivent accorder une attention particulière aux besoins additionnels de formation du personnel qui participent depuis peu aux programmes organisés de dépistage. Il sera essentiel d'effectuer un suivi continu des taux de rappel pour anomalie et de déployer des efforts constants pour réduire les taux de rappel pour anomalie tout en maintenant des taux optimaux de dépistage du cancer.

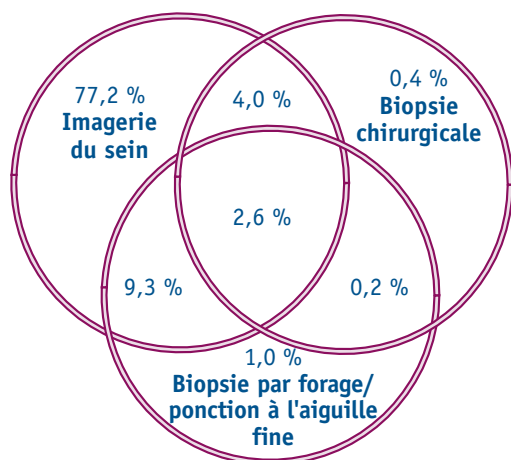
Investigations diagnostiques

La très grande majorité des femmes qui obtiennent des résultats anormaux au dépistage ne sont pas atteintes du cancer du sein. Lorsqu'une masse ou une lésion est détectée par l'ECS ou la mammographie, il faut normalement avoir recours à des examens complémentaires pour confirmer ou infirmer la présence d'un cancer. Il importe de réduire au minimum la crainte et l'anxiété associées aux examens complémentaires en offrant un suivi rapide et bien coordonné, comportant uniquement le nombre nécessaire d'interventions. C'est pourquoi un certain nombre de programmes ont élaboré des méthodes pour simplifier la prise de rendez-vous, faire le suivi des interventions et des résultats et fournir un soutien additionnel aux femmes durant le processus. Les progrès réalisés sur le plan de la réduction des délais d'attente au cours du processus d'investigation diagnostique sont exposés en détail dans la partie Sujet spécial du présent rapport.

Un certain nombre de programmes ont élaboré des méthodes pour simplifier la prise de rendez-vous, faire le suivi des interventions et des résultats et fournir un soutien additionnel aux femmes durant le processus de suivi diagnostique.

Les examens d'imagerie, diagnostiques peuvent comprendre un examen clinique, un bilan radiologique, y compris une mammographie diagnostique avec des incidences supplémentaires (compression focalisée ou agrandissements), et une comparaison avec les clichés mammographiques ou échographiques antérieurs. La figure 8 indique la proportion de femmes qui ont subi chacune des interventions diagnostiques après un dépistage anormal. Comparativement aux années antérieures, un plus grand nombre de femmes (77,2 %) ont subi des examens d'imagerie mammaire seulement en 2001 et en 2002, ce qui

Figure 8
Combinaisons d'examens diagnostiques après la détection d'une anomalie, femmes de 50 à 69 ans – Années de dépistage 2001 et 2002



5,3 % des femmes n'ont subi aucun de ces examens^a.

a En ce qui concerne les femmes n'ayant subi aucun de ces examens, 81,4 % d'entre elles avaient été aiguillées à la suite d'un examen clinique des seins et pouvaient avoir reçu leur diagnostic définitif de leur fournisseur de soins primaires.

révèle que même si les taux de rappel pour anomalie ont augmenté, il est possible de faire la lumière sur la plupart des anomalies sans avoir à pratiquer une intervention efficace.

Pour qu'il soit possible de poser un diagnostic final, il se peut qu'un petit nombre de femmes aient à se présenter en consultation chirurgicale ou à subir une ponction à l'aiguille fine, une biopsie par forage et/ou une biopsie chirurgicale au besoin¹³. On privilégie de plus en plus le recours aux techniques les moins efficaces avant de procéder à une biopsie chirurgicale ouverte. Comparativement aux données de 1999 et de 2000, la proportion de femmes ayant subi une biopsie chirurgicale ouverte en 2001 et en 2002 a chuté de 8,3 % à 7,2 % (tableau 4). Parmi les femmes de 50 à 69 ans qui ont dû subir une biopsie chirurgicale, le ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes s'établissait à 0,9 : 1, ce qui est bien en deçà de l'objectif canadien, qui est de $\leq 2 : 1$, et témoigne d'une amélioration soutenue au cours des cinq dernières années (tableau 8). Il est nécessaire de maintenir le ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à un niveau suffisamment bas afin d'éviter de provoquer une morbidité induite chez les femmes en bonne santé.

Il est possible de faire la lumière sur la plupart des anomalies sans avoir à pratiquer une intervention efficace. Comparativement aux années antérieures, un plus grand nombre de femmes ont subi des examens d'imagerie mammaire seulement, et la proportion de femmes ayant subi une biopsie chirurgicale ouverte a diminué.

Tableau 4
Types d'intervention diagnostique à la suite d'un dépistage anormal chez
les femmes de 50 à 69 ans – Années de dépistage 2001 et 2002

Intervention diagnostique	Modes de détection			
	Tous les modes de détection	Détection à la mammographie seulement	Détection à l'examen clinique des seins seulement	Détection à la mammographie et à l'examen clinique des seins
	Nombre ^a (% ^b) Intervalle ^c (% ^b)	Nombre ^a (% ^b)	Nombre ^a (% ^b)	Nombre ^a (% ^b)
Mammographie diagnostique	68 183 (71,2) (44,8 - 89,7)	65 819 (78,6)	438 (4,9)	1 926 (61,4)
Échographie	53 238 (55,6) (32,0 - 71,0)	46 795 (55,9)	4 128 (46,4)	2 315 (73,8)
Ponction à l'aiguille fine	3 807 (4,0) (0,4 - 9,7)	3 040 (3,6)	488 (5,5)	279 (8,9)
Biopsie par forage	9 187 (9,6) (3,6 - 24,6)	8 440 (10,1)	152 (1,7)	595 (19,0)
Biopsie ouverte avec ou sans localisation au harpon	6 874 (7,2) (0,0 - 14,9)	5 886 (7,0)	422 (4,8)	566 (18,0)

a Toutes provinces confondues.

b Proportion de tous les dépistages anormaux pour lesquels cette intervention diagnostique a été effectuée.

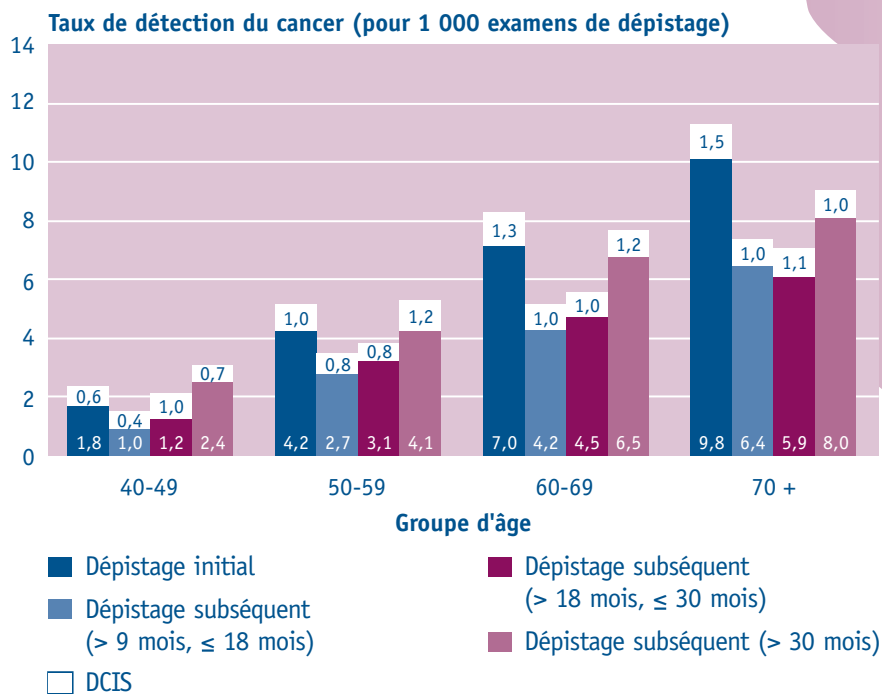
c Intervalle de variation entre les provinces.

Remarque : Les proportions totales ne s'élèveront pas à 100 %, puisqu'une femme fera probablement l'objet de différentes interventions diagnostiques.

Détection du cancer

Le taux de détection du cancer est un indicateur utile pour l'évaluation des programmes, lorsqu'il est examiné par rapport au taux de rappel pour anomalie, au taux de détection de cancers après le dépistage et au taux d'incidence sous-jacent du cancer du sein. Dans le cadre d'un programme organisé de dépistage, le taux de détection du cancer devrait généralement dépasser le taux d'incidence du cancer qui était observé dans la population avant la mise en œuvre du programme, car le dépistage permet la détection des cancers asymptomatiques. Aussi, les taux de détection du cancer sont-ils généralement plus élevés lors du dépistage initial (au cours duquel les cas existants de cancer sont détectés) que lors des dépistages subséquents (figure 9). En outre, les taux sont généralement plus élevés chez les femmes qui ne passent pas l'examen de dépistage subséquent durant l'intervalle recommandé. Chez les femmes du groupe d'âge cible qui subissent un dépistage

Figure 9
Taux de détection du cancer pour 1 000 examens de dépistage, selon le groupe d'âge – Années de dépistage 2001 et 2002



Remarque : La zone non ombrée indique la proportion de cancers infiltrants détectés, tandis que la zone ombrée indique la proportion de CCIS détectés.
 L'intervalle médian avant les dépistages subséquents est le suivant : Dépistage subséquent (> 9 mois, ≤ 18 mois) : 12,5 mois; Dépistage subséquent (> 18 mois, ≤ 30 mois) : 24,3 mois; Dépistage subséquent (> 30 mois) : 36,2 mois. Les données du Québec ne sont pas comprises dans la présente analyse.

subséquent en respectant l'intervalle recommandé, les taux de détection de cancer sont comparables à 9-18 mois et à 18-30 mois.

La valeur prédictive positive (VPP) est déterminée par la proportion de femmes qui ont obtenu un résultat anormal au dépistage et qui, par la suite, ont fait l'objet d'un diagnostic de cancer. Une VPP élevée indique que le dépistage réussit à réduire au minimum le suivi inutile. Les données nationales indiquent que la VPP d'un cliché mammaire anormal concorde avec les objectifs de $\geq 5\%$ pour les dépistages initiaux et de $\geq 6\%$ pour les dépistages subséquents. Cependant, le recours à l'ECS fait baisser la VPP en augmentant les taux de rappel pour anomalie, mais ne fait augmenter que légèrement les taux de détection du cancer. Lorsqu'on évalue la VPP d'un programme, il faut prendre en considération les facteurs qui influent sur le taux

La prévention du décès par cancer du sein grâce au dépistage n'est possible que si l'on détecte les cancers à un stade précoce, avant que les tumeurs ne soient suffisamment volumineuses pour être palpables ou s'être propagées. En 2001 et en 2002, 36,4 % des cancers infiltrants détectés avaient un diamètre ≤ 10 mm, et 75,3 % ne présentaient pas d'envahissement ganglionnaire, ce qui dépasse nettement les objectifs de performance canadiens.

de détection du cancer et le taux de rappel pour anomalie. La VPP augmente généralement lors du dépistage subséquent, car le dépistage initial permet l'obtention de données de référence à partir desquelles il est possible de faire des comparaisons. De plus, l'augmentation de la prévalence des cancers s'accompagne généralement d'une hausse de la VPP. Alors que les taux de rappel pour anomalie différaient peu selon l'âge (figure 7), la VPP augmentait avec l'âge (tableau 7), ce qui témoigne de l'accroissement du nombre de cas de cancer avec l'âge et confirme le pouvoir discriminatif amélioré des mammographies effectuées sur des seins moins denses.

La prévention du décès par cancer du sein grâce au dépistage mammographique n'est possible que si les cancers sont détectés à un stade précoce, stade auquel les traitements sont le plus efficaces. En 2001 et 2002, les programmes de dépistage ont permis la détection de 6 125 cancers (tableau 6), parmi lesquels 81 % étaient des cancers infiltrants, et 19 %, des carcinomes canaux in situ (CCIS) (tableau 5). À l'échelle nationale, les taux de détection du cancer, soit 5,0 cancers infiltrants détectés pour 1 000 dépistages initiaux et 3,9 cancers infiltrants détectés pour 1 000 dépistages subséquents, cadraient avec les objectifs établis. La proportion de cancers infiltrants détectés au dépistage augmentait avec l'âge, tandis que le groupe d'âge des 70 à 79 ans affichait la plus faible proportion de CCIS détectés. Aucune mesure de la performance n'a été établie pour les taux de détection des cancers in situ en raison de l'absence de consensus scientifique quant à l'interprétation de ces taux. Ces derniers ne figurent dans le présent rapport qu'à des fins de surveillance. Les taux de détection des cancers in situ sont demeurés stables pendant la période de cinq ans allant de 1998 à 2002.

Chez les patientes dont le cancer a été détecté à un stade précoce, les possibilités de traitement sont plus nombreuses, la récurrence du cancer est réduite et le taux de survie est meilleur. Près de 97,9 % des femmes atteintes d'un cancer du sein de stade I survivent pendant au moins cinq ans¹⁴. Les cancers de ce stade représentaient 52,9 % des cancers détectés au dépistage (accompagnés d'une information complète sur la stadification) chez les femmes de 50 à 69 ans (tableau 5). En 2001 et 2002, chez les femmes âgées entre 50 et 69 ans, 36,4 % des cancers infiltrants détectés dans le cadre d'un programme de dépistage avaient un diamètre de ≤ 10 mm (tableau 6), et seulement 24,7 % des cas

présentaient un envahissement ganglionnaire, ce qui est conforme aux objectifs canadiens de performance, qui sont respectivement de $\geq 25\%$ et de $\leq 30\%$.

Tableau 5
Caractéristiques des cancers détectés, selon le groupe d'âge –
Années de dépistage 2001 et 2002

	Groupe d'âge									
	40-49		50-59		60-69		70+		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nombre de cancers ^a										
Infiltrants	301	71,7	1 602	79,4	1 600	82,1	1 036	85,2	4 539	81,0
CCIS	119	28,3	415	20,6	349	17,9	180	14,8	1 063	19,0
Classification TNM										
0 (<i>in situ</i>)	119	28,9	415	22,0	349	19,4	180	16,5	1 063	20,5
I	179	43,4	904	48,0	1 008	56,1	651	59,5	2 742	52,9
II	107	26,0	510	27,1	410	22,8	239	21,8	1 266	24,4
III / IV	7	1,7	54	2,9	30	1,7	24	2,2	115	2,2
Infiltrants (classe TNM manquante) ^b	8		138		153		124		423	
Taille de la tumeur ^f										
≤ 5 mm	30	10,1	168	11,2	136	9,2	65	6,8	399	9,4
$> 6, \leq 10$ mm	64	21,5	326	21,7	429	29,1	277	28,9	1 096	25,9
$> 10, \leq 15$ mm	84	28,2	404	26,9	436	29,6	273	28,5	1 197	28,3
$> 15, \leq 20$ mm	43	14,4	263	17,5	216	14,7	167	17,5	689	16,3
≥ 21 mm	77	25,8	339	22,6	257	17,4	175	18,3	848	20,1
Taille inconnue	3		102		126		79		310	
Taille médiane (mm)	15		15		13		13		14	
Ganglions positifs ^c										
0	187	73,6	991	72,2	1 057	78,9	648	81,2	2 883	76,6
1-3	50	19,7	259	18,9	208	15,5	106	13,3	623	16,6
4+	17	6,7	122	8,9	75	5,6	44	5,5	258	6,9
Nombre inconnu ^{d,e}	47		230		260		238		775	

a Les cancers non classés ne sont pas inclus dans l'analyse.

b L'Île-du-Prince-Édouard ne précise pas la classification TNM et représente 8 % de tous les cas de cette catégorie.

c Cette analyse ne comprend que les cas de cancers infiltrants.

d Comprend les valeurs manquantes et les cas où aucun curage n'a été effectué.

e Le Nouveau-Brunswick représente 23,5 % des cas de ganglions pathologiques positifs, mais la distribution ganglionnaire n'est pas précisée. Le Nouveau-Brunswick représente 28,4 % de tous les cas de cette catégorie.

Remarque : Les données du Québec ne sont pas comprises dans cette analyse.

Cancers détectés après le dépistage

Bien que la mammographie de dépistage soit très sensible et permette même de déceler de petites tumeurs, elle ne détecte pas tous les cancers du sein présents au moment du dépistage. Certains cancers, qualifiés de « cancers détectés après le dépistage », peuvent passer inaperçus au dépistage ou pendant les examens diagnostiques ou se développer dans l'intervalle compris entre deux épisodes de dépistage (on les nomme alors parfois « cancers d'intervalle »). D'autres cancers peuvent se manifester chez des femmes qui ne se présentent pas au dépistage subséquent (parfois appelés « cancers liés à la non-observance »). La fréquence des cas de cancer diagnostiqués après le dépistage dans l'intervalle compris entre deux dépistages bisannuels doit être suivie de près, car c'est un indicateur de la sensibilité du dépistage et du caractère adéquat de l'intervalle entre les dépistages¹⁵.

Dans le cadre du processus de contrôle de la qualité, lorsqu'un cancer est détecté après un dépistage, un radiologiste (et, dans certains cas, un technologue) du programme réexamine le cliché de dépistage antérieur pour déterminer de manière définitive s'il s'agit d'un nouveau cancer qui s'est développé entre les dépistages ou s'il s'agit d'un cancer qui n'a pas été détecté au dépistage ou lors des examens diagnostiques. S'il y a désaccord, la décision est prise par consensus ou à la majorité des personnes qui ont interprété les clichés.

Selon les objectifs canadiens de performance, le nombre de cancers infiltrants détectés dans les 12 mois suivant le dépistage ne devrait pas dépasser 6 pour 10 000 années-personnes, et le nombre détecté dans les 24 mois devrait être inférieur à 12 pour 10 000 années-personnes. Bien que ces objectifs aient été atteints ou presque atteints (tableau 6), puisque les taux généraux s'élevaient à 6,5 et à 9,4 dans les 12 mois et les 24 mois subséquents, respectivement, pour 10 000 années-personnes, il convient d'interpréter les chiffres avec prudence pour un certain nombre de raisons. Pour procéder à des comparaisons entre les taux de cancers détectés après le dépistage dans les divers programmes, il faut disposer de données complètes et à jour et avoir l'assurance que les cancers détectés après le dépistage sont comptabilisés de la même manière. Un bon couplage des données avec celles des registres du cancer entraînera une hausse des taux de détection de cancers après le dépistage en raison de taux plus élevés de détermination des cas. Au Canada, les taux de détection de cancers après le dépistage pourraient

également varier en raison des facteurs suivants : le dépistage effectué en marge des programmes, l'examen clinique des seins et l'auto-examen des seins pratiqués entre les épisodes de dépistage et les différences dans la classification de l'issue d'un épisode de dépistage advenant la détection d'une anomalie au dépistage.

Tableau 6

Mesures de la performance selon le programme, pour les femmes ayant entre 50 et 69 ans au moment du dépistage – Années de dépistage 2001 et 2002

Indicateur	Objectif	Programme										
		C.-B.	Alb.	Sask.	Man. ^a	Ont. ^a	Qc	N.-B.	N.-É. ^b	Î.-P.-É. ^a	T.-N.-L. ^a	Canada
Nombre de dépistages	S.O. ^c	234 324	34 127	55 115	56 531	301 967	366 378	46 094	41 635	7 246	16 042	1 159 459
Nombre de dépistages initiaux	S.O. ^c	22 834	8 435	8 181	12 794	110 516	157 685	9 135	7 454	1 735	4 078	342 847
Nombre de cancers ^d	S.O. ^c	1 166	132	277	330	1 562	2 154	190	211	22	81	6 125
Taux de participation (%)	≥ 70	50,7	12,0	53,6	48,5	22,4	43,7	51,9	34,0	43,5	23,2	33,9
Taux de fidélisation (% de femmes ayant subi un dépistage subséquent dans les 30 mois)	≥ 75	77,4	68,4	78,6	74,6	81,3	67,6	71,8	81,6	84,2	76,4	75,2
Taux de rappel pour anomalie (%)												
Anomalie détectée à la mammographie ^e												
Dépistage initial	< 10	14,0	5,7	14,7	9,7	10,7	13,2	12,2	8,6	8,1	12,5	12,0
Dépistage subséquent	< 5	5,8	3,2	6,6	5,9	6,4	8,3	7,5	4,5	6,9	7,3	6,6
Anomalie détectée, sans égard pour le mode de détection												
Dépistage initial	< 10	14,0	5,7	14,7	11,2	13,5	13,2	12,2	8,9	8,1	19,7	13,1
Dépistage subséquent	< 5	5,8	3,2	6,6	7,0	8,9	8,3	7,5	4,7	6,9	13,9	7,4
Taux de détection d'un cancer infiltrant (pour 1 000 dépistages)												
Cancer détecté à la mammographie ^f												
Dépistage initial	> 5	5,8	2,4	4,9	5,7	4,5	5,0	5,3	6,0	4,6	5,4	4,9
Dépistage subséquent	> 3	3,6	3,2	4,0	4,2	3,9	4,3	3,1	3,3	2,2	3,5	3,8
Cancer détecté, sans égard pour le mode de détection												
Dépistage initial	> 5	5,8	2,4	4,9	6,2	4,7	5,0	5,3	6,2	4,6	5,6	5,0
Dépistage subséquent	> 3	3,6	3,2	4,0	4,3	4,1	4,3	3,1	3,4	2,2	3,8	3,9

Tableau 6 *suite*
Mesures de la performance selon le programme, pour les femmes ayant entre 50 et 69 ans au moment du dépistage – Années de dépistage 2001 et 2002

Indicateur	Programme											
	Objectif	C.-B.	Alb.	Sask.	Man. ^a	Ont. ^a	Qc	N.-B.	N.-É. ^b	Î.-P.-É. ^a	T.-N.-L. ^a	Canada
Taux de détection du carcinome in situ (pour 1 000 dépistages)												
Dépistage initial	S.O. ^c	1,8	0,6	0,9	1,4	0,9	1,4	0,7	1,3	0,0	1,0	1,2
Dépistage subséquent	S.O. ^c	1,1	0,9	0,9	1,0	0,8	1,1	0,6	1,2	0,4	0,7	1,0
Respect du délai diagnostique (%) ^e												
Sans biopsie, dans les 5 semaines	≥ 90	65,3	53,6	S.O.	69,7	77,4	64,5	71,2	70,3	75,5	58,1	72,1
Avec biopsie, dans les 7 semaines	≥ 90	45,5	46,2	S.O.	39,2	54,2	27,8	44,4	55,1	73,3	33,2	49,4
Valeur prédictive positive (%) ^d												
Cancer détecté à la mammographie ^f												
Dépistage initial	≥ 5	5,4	5,5	3,9	7,4	5,1	4,9	4,8	8,6	6,2	5,1	5,1
Dépistage subséquent	≥ 6	8,1	12,8	7,4	8,8	7,2	6,6	4,9	9,9	3,7	5,7	7,3
Cancer détecté, sans égard au mode de détection												
Dépistage initial	≥ 5	5,4	5,5	3,9	6,9	4,2	4,9	4,8	8,5	6,2	3,4	4,8
Dépistage subséquent	≥ 6	8,1	12,8	7,4	7,6	5,5	6,6	4,9	9,6	3,7	3,2	6,6
Taux de biopsies ouvertes ayant permis de détecter une tumeur bénigne (pour 1 000 dépistages)	S.O. ^c	4,3	0,9	5,8	2,4	3,1	2,5	3,6	0,6	0,0	7,8	2,4
Ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie ouverte	≤ 2:1	(1,2 : 1)	(1,0 : 1)	(1,8 : 1)	(1,8 : 1)	(1,7 : 1)	(0,4 : 1)	(1,3 : 1)	(2,2 : 1)	S.O.	(3,0 : 1)	(0,9 : 1)
Taux de biopsies par forage ayant permis de détecter une tumeur bénigne (pour 1 000 dépistages)	S.O. ^c	1,4	5,4	2,2	5,1	5,5	11,1	2,9	8,6	5,2	3,6	4,8
Ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie par forage	S.O. ^c	(1,0 : 1)	(1,9 : 1)	(1,9 : 1)	(1,1 : 1)	(1,7 : 1)	(2,7 : 1)	(2,3 : 1)	(1,8 : 1)	(5,4 : 1)	(1,9 : 1)	(2,0 : 1)

Tableau 6 *suite*
Mesures de la performance selon le programme, pour les femmes ayant entre 50 et 69 ans au moment du dépistage – Années de dépistage 2001 et 2002

Indicateur	Objectif	Programme										
		C.-B.	Alb.	Sask.	Man. ^a	Ont. ^a	Qc	N.-B.	N.-É. ^b	Î.-P.-É. ^a	T.-N.-L. ^a	Canada
Taille de la tumeur infiltrante (% ≤ 10 mm) ^h	> 25	33,2	39,4	42,2	33,7	35,8	39,7	36,3	40,1	33,3	43,1	36,4
Ganglions positifs, dans les cas de cancer infiltrant (%) ^{h,i}	< 30	22,8	37,6	27,5	26,9	23,9	25,5	23,1	24,7	25,0	22,1	24,7
Taux de cancer infiltrant détecté après le dépistage (pour 10 000 années-personnes) ^e												
Dans les 12 mois	< 6	8,6	6,0	7,1	4,7	4,8	S.O. ^j	S.O. ^j	S.O. ^j	S.O. ^j	3,0	6,5
Dans les 24 mois	< 12	11,6	8,6	9,6	9,1	7,4	S.O. ^j	S.O. ^j	S.O. ^j	S.O. ^j	5,6	9,4

a Le dépistage comprend la mammographie et l'examen clinique complet des seins.

b Le dépistage comprend la mammographie et l'examen clinique modifié des seins effectué par une technicienne.

c À des fins de surveillance et de suivi seulement.

d Comprend les cancers infiltrants, les carcinomes in situ et les cancers non classés.

e Les données utilisées sont celles des années de dépistage 1998 et 1999.

f Les chiffres ne tiennent pas compte de l'ECS ni de son résultat.

g Le total calculé pour le Canada exclut les données de la Saskatchewan et du Québec. Le Québec a cependant fourni les données de son programme séparément.

h Les valeurs manquantes ont été exclues des calculs. Résultat exprimé comme une proportion des cancers infiltrants pour lesquels on dispose de données complètes concernant la taille de la tumeur et le nombre de ganglions positifs. Pour le Québec, seules les données de l'année de dépistage 2001 sont disponibles.

i Le Nouveau-Brunswick ne précise pas le nombre de ganglions positifs à l'examen anatomo-pathologique; le taux est calculé selon la classification N des données sur les maladies.

j Les données sur les cancers détectés hors programme n'étaient pas disponibles pour analyse dans la base de données nationale.

Tableau 7
Mesures de la performance, selon le groupe d'âge –
Années de dépistage 2001 et 2002

Indicateur	Objectif ^a	Groupe d'âge				Tous les âges
		40-49	50-59	60-69	70+	
Nombre de dépistages	S.O. ^b	219 966	703 996	455 463	150 908	1,530 333
Nombre de dépistages initiaux	S.O. ^b	64 442	250 670	92 177	21 024	428 313
Nombre de cancers ^c	S.O. ^b	420	3 247	2 878	1 218	7 763
Taux de participation (%)	≥ 70	6,3	33,8	33,3	8,2	18,5
Taux de fidélisation (% de femmes ayant subi un dépistage subséquent dans les 30 mois) ^d	≥ 75	55,6	73,2	73,7	78,6	75,2
Taux de rappel pour anomalie (%)						
Anomalie détectée à la mammographie ^e						
Dépistage initial	< 10	12,1	12,4	10,8	9,5	11,9
Dépistage subséquent	< 5	5,7	6,8	6,4	5,6	6,4
Anomalie détectée, sans égard pour le mode de détection						
Dépistage initial	< 10	12,2	13,5	11,9	11,4	12,9
Dépistage subséquent	< 5	5,8	7,5	7,2	6,4	7,0
Taux de détection d'un cancer infiltrant (pour 1 000 dépistages)						
Cancer détecté à la mammographie ^e						
Dépistage initial	> 5	1,8	4,2	6,6	9,7	4,6
Dépistage subséquent	> 3	1,2	3,2	4,6	6,3	3,7
Cancer détecté, sans égard pour le mode de détection						
Dépistage initial	> 5	1,8	4,3	6,7	9,8	4,7
Dépistage subséquent	> 3	1,2	3,2	4,7	6,4	3,8
Taux de détection du carcinome in situ (pour 1 000 dépistages)						
Dépistage initial	S.O. ^b	0,6	1,1	1,5	1,5	1,1
Dépistage subséquent	S.O. ^b	0,5	0,9	1,1	1,1	0,9
Respect du délai diagnostique (%)^f						
Sans biopsie, dans les 5 semaines	≥ 90	67,7	71,7	72,7	72,5	71,3
Avec biopsie, dans les 7 semaines	≥ 90	41,6	47,9	51,6	50,3	48,3

Tableau 7 suite
Mesures de la performance, selon le groupe d'âge –
Années de dépistage 2001 et 2002

Indicateur	Objectif ^a	Groupe d'âge				Tous les âges
		40-49	50-59	60-69	70+	
Valeur prédictive positive (%) ^c						
Cancer détecté à la mammographie ^e						
Dépistage initial	≥ 5	1,9	4,3	7,6	11,8	4,6
Dépistage subséquent	≥ 6	3,0	6,0	8,9	13,4	6,8
Cancer détecté, sans égard pour le mode de détection						
Dépistage initial	≥ 5	1,9	4,1	7,0	9,9	4,9
Dépistage subséquent	≥ 6	3,0	5,5	8,1	11,8	7,4
Taux de biopsies ouvertes ayant permis de détecter une tumeur bénigne (pour 1 000 dépistages)	S.O. ^b	3,6	2,6	2,2	3,3	2,6
Ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie ouverte	≤ 2:1	(3,2 : 1)	(1,1 : 1)	(0,7 : 1)	(0,8 : 1)	(1,0 : 1)
Taux de biopsies par forage ayant permis de détecter une tumeur bénigne (pour 1 000 dépistages)	S.O. ^b	3,3	5,3	3,9	2,8	4,4
Ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie par forage	S.O. ^b	(4,5 : 1)	(2,6 : 1)	(1,4 : 1)	(0,7 : 1)	(2,0 : 1)
Taille de la tumeur infiltrante (% ≤ 10 mm) ^g	> 25	31,5	34,5	38,4	35,7	36,0
Ganglions positifs, dans les cas de cancer infiltrant (%) ^g	< 30	26,4	27,1	22,1	18,8	23,7
Taux de cancer infiltrant détecté après le dépistage (pour 10 000 années-personnes) ^h						
Dans les 12 mois	< 6	5,8	6,8	6,1	7,4	6,5
Dans les 24 mois	< 12	7,2	9,7	9,1	10,2	9,3

a Les objectifs s'appliquent seulement aux femmes de 50 à 69 ans.

b À des fins de surveillance et de suivi seulement.

c Comprend les cancers infiltrants, les carcinomes in situ et les cancers non classés.

d Les données utilisées sont celles des années de dépistage 1998 et 1999.

e Les chiffres ne tiennent pas compte de l'ECS ni de son résultat.

f Les données de la Saskatchewan et du Québec ne sont pas comprises dans cette analyse.

g Les valeurs manquantes ont été exclues des calculs. Résultat exprimé comme une proportion des cancers infiltrants détectés au dépistage pour lesquels on dispose de données complètes concernant la taille de la tumeur et le nombre de ganglions positifs. Pour le Québec, seules les données de l'année de dépistage 2001 sont disponibles.

h Les taux de cancer détecté après un dépistage sont calculés au moyen des données de 1998 et 1999 et comprennent les données des provinces suivantes : la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario et Terre-Neuve-et-Labrador.

Tableau 8
Mesures de la performance^a par année, chez les femmes âgées de 50 à 69 ans au moment du dépistage

Indicateur	Objectif	Année de dépistage				
		1998 ^b	1999	2000	2001	2002
Nombre de dépistages	S.O. ^c	328 674	467 165	503 905	550 492	608 967
Nombre de dépistages initiaux	S.O. ^c	155 177	247 929	229 125	173 297	169 550
Nombre de cancers ^d	S.O. ^c	1 448	2 575	2 683	2 873	3 252
Taux de fidélisation (% de femmes ayant subi un dépistage subséquent dans les 30 mois)	≥ 75	76,8	73,9	S.O. ^e	S.O. ^e	S.O. ^e
Taux de rappel pour anomalie (%)						
Anomalie détectée à la mammographie ^f						
Dépistage initial	< 10	10,2	11,2	11,4	12,3	11,7
Dépistage subséquent	< 5	5,4	5,8	5,9	6,6	6,6
Anomalie détectée, sans égard pour le mode de détection						
Dépistage initial	< 10	11,3	11,9	12,1	13,4	12,7
Dépistage subséquent	< 5	6,5	7,0	7,0	7,4	7,3
Taux de détection d'un cancer infiltrant (pour 1 000 dépistages)						
Cancer détecté à la mammographie ^f						
Dépistage initial	> 5	5,1	5,0	4,9	4,8	4,9
Dépistage subséquent	> 3	3,2	3,5	3,5	3,7	3,9
Cancer détecté, sans égard pour le mode de détection						
Dépistage initial	> 5	5,2	5,0	4,9	4,9	5,0
Dépistage subséquent	> 3	3,3	3,6	3,7	3,8	4,0
Taux de détection du carcinome in situ (pour 1 000 dépistages)						
Dépistage initial	S.O. ^c	1,4	1,2	1,2	1,3	1,1
Dépistage subséquent	S.O. ^c	0,8	0,9	1,0	0,9	1,0
Respect du délai diagnostique (%)^g						
Sans biopsie, dans les 5 semaines	≥ 90	71,5	70,7	71,3	70,3	73,8
Avec biopsie, dans les 7 semaines	≥ 90	46,2	48,3	47,8	47,6	50,9
Valeur prédictive positive (%)^e						
Cancer détecté à la mammographie ^f						
Dépistage initial	≥ 5	6,2	5,7	5,4	5,0	5,2
Dépistage subséquent	≥ 6	7,4	7,6	7,6	7,1	7,4

Tableau 8 *suite*
**Mesures de la performance^a par année, chez les femmes âgées
de 50 à 69 ans au moment du dépistage**

Indicateur	Objectif	Année de dépistage				
		1998 ^b	1999	2000	2001	2002
Cancer détecté, sans égard pour le mode de détection						
Dépistage initial	≥ 5	5,6	5,3	5,1	4,7	4,9
Dépistage subséquent	≥ 6	6,3	6,5	6,6	6,4	6,9
Taux de biopsies ouvertes ayant permis de détecter une tumeur bénigne (pour 1 000 dépistages)	S.O. ^c	5,9	4,0	3,1	2,5	2,2
Ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie ouverte	≤ 2:1	(1,8 : 1)	(1,2 : 1)	(1,1 : 1)	(0,9 : 1)	(0,9 : 1)
Taux de biopsies par forage ayant permis de détecter une tumeur bénigne (pour 1 000 dépistages)	S.O. ^c	2,3	4,8	4,9	4,9	4,5
Ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie par forage	S.O. ^c	(2,1 : 1)	(2,9 : 1)	(2,5 : 1)	(2,3 : 1)	(1,9 : 1)
Taille de la tumeur infiltrante (% ≤ 10 mm) ^h	> 25	39,0	40,5	39,4	36,6	36,2
Ganglions positifs, dans les cas d'un cancer infiltrant (%) ^h	< 30	21,3	26,8	25,0	25,3	23,8
Taux de cancer infiltrant détecté après le dépistage (pour 10 000 années-personnes) ⁱ						
Dans les 12 mois	< 6	6,6	6,4	6,2	S.O. ^e	S.O. ^e
Dans les 24 mois	< 12	10,0	8,9	8,6	S.O. ^e	S.O. ^e

a Le taux de participation n'est pas calculé par année, en raison du rappel bisannuel.

b Pour 1998, les données du Québec et de l'Île-du-Prince-Édouard sont incomplètes et donc exclues de cette analyse.

c À des fins de surveillance et de suivi seulement.

d Comprend les cancers infiltrants, les carcinomes in situ et les cancers non classés.

e Dû à un suivi insuffisant, aucune mesure visant à assurer l'exhaustivité des données n'a été effectuée.

f Les chiffres ne tiennent pas compte de l'ECS ni de son résultat.

g Les données de la Saskatchewan et du Québec ne sont pas comprises dans cette analyse.

h Les valeurs manquantes ont été exclues des calculs. Résultat exprimé comme une proportion des cancers infiltrants détectés au dépistage pour lesquels on dispose de données complètes concernant la taille de la tumeur et le nombre de ganglions positifs. Pour le Québec, seules les données de l'année de dépistage 2001 sont disponibles.

i Ples taux de cancer infiltrant détecté après un dépistage comprennent les données des provinces suivantes : la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario et Terre-Neuve-et-Labrador.

SUJET SPÉCIAL

Attente d'un diagnostic après un résultat anormal à un examen de dépistage du cancer du sein au Canada – Progrès réalisés à ce jour

Les efforts visant à faire en sorte que tous les Canadiens aient accès rapidement à des soins de santé de qualité sont une priorité pour les gouvernements, les dispensateurs de soins de santé et la population canadienne. À cet égard, des préoccupations ont été exprimées au cours d'un atelier sur les programmes organisés de dépistage du cancer du sein tenu en avril 1997 : elles concernaient les délais pendant le processus d'évaluation et la piètre intégration du dépistage et du diagnostic. Pour régler ces problèmes, le Comité canadien chargé de l'ICDCS a formé le Groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic. Le mandat du Groupe de travail consistait à définir et à évaluer le processus de diagnostic existant après un résultat anormal à un examen de dépistage chez les femmes canadiennes et à proposer des mesures visant à obtenir une intégration opportune et totale du dépistage et de l'évaluation pour ces femmes. Après avoir examiné les données probantes relatives aux répercussions psychosociales et sanitaires et analysé la situation au Canada en 1996, le Groupe de travail a proposé des objectifs en matière de délais qui ont par la suite été adoptés par le Comité canadien en 1999 (tableau 9)¹⁶.

Les programmes ont cherché à améliorer les délais dans le contexte de l'élargissement et de la croissance des programmes. Depuis 1999, presque tous les programmes, et plus particulièrement les nouveaux programmes en plein essor du Québec et de l'Ontario, ont fait face à des hausses importantes du nombre de femmes subissant des évaluations. Ce nombre a augmenté considérablement de 1999 à 2002, passant de 14 837 à 50 133. Malgré le défi posé par cet accroissement, la situation nationale s'est améliorée légèrement dans l'ensemble, pendant cette période (tableau 9) en ce qui concerne l'atteinte des objectifs relatifs aux délais. Pour chaque élément du suivi diagnostique, la proportion de femmes qui ont été évaluées pendant l'intervalle cible a augmenté au cours de la période de 4 ans allant de 1999 à 2002. Cependant, seuls les objectifs se rapportant à l'intervalle entre un examen anormal et la

Malgré le défi que représente l'augmentation substantielle du nombre de femmes qui subissent une évaluation diagnostique, il y a eu, entre 1999 et 2002, une légère amélioration des délais d'attente associés aux diagnostics à l'échelle nationale.

Tableau 9
Objectifs liés aux délais et atteinte de ces objectifs – Investigation à la suite d'un résultat anormal au dépistage dans le cadre des programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada chez les femmes de 50 à 69 ans

Intervalle d'évaluation	Objectif	Proportion de femmes pour lesquelles l'intervalle d'évaluation respecte les objectifs (%) (intervalle ^a)		
		1996 Situation initiale	1999 Établissement d'objectifs	2002 Situation actuelle
Entre le dépistage d'une anomalie et la notification à la cliente.	100 % à aviser			
	≥ 90 % à aviser dans un délai de 2 semaines	Données non recueillies	89,1 ^b (84,0 – 99,0)	91,8 ^b (89,8 – 96,9)
Entre la notification à la cliente et la première évaluation.	≥ 90 % dans un délai de 2 semaines	Données non recueillies	58,9 ^b (31,1 – 67,9)	62,8 ^b (43,2 – 65,9)
Délai total entre le dépistage d'une anomalie et la première évaluation.	≥ 90 % dans un délai de 3 semaines	67,6 (32,0 – 85,6)	62,0 (35,4 – 79,0)	64,8 (45,1 – 71,6)
Entre la première évaluation et le diagnostic (s'il n'y a pas eu de biopsie des tissus).	≥ 70 % dans un délai de 1 semaine	78,7 (61,4 – 98,5)	78,6 (49,2 – 95,9)	82,9 (54,8 – 97,3)
	≥ 90 % dans un délai de 2 semaines	84,5 (66,3 – 98,8)	82,7 (66,3 – 96,7)	86,3 (70,2 – 97,8)
Entre la première évaluation et le diagnostic (s'il y a eu une biopsie des tissus).	≥ 70 % dans un délai de 3 semaines	34,2 (10,2 – 75,0)	33,8 (19,6 – 82,0)	37,8 (16,7 – 69,5)
	≥ 90 % dans un délai de 4 semaines	48,4 (18,8 – 80,2)	46,2 (31,6 – 86,0)	49,4 (34,4 – 76,1)
Entre le diagnostic et la notification à la cliente.	≥ 90 % dans un délai de 1 semaine	Données non recueillies	Données non recueillies	Données non recueillies
Entre le dépistage d'une anomalie et le diagnostic (s'il n'y a pas eu de biopsie des tissus).	≥ 90 % dans un délai de 5 semaines	73,2 (54,8 – 81,9)	70,7 (54,9 – 86,5)	73,8 (54,2 – 85,7)
Entre le dépistage d'une anomalie et le diagnostic (s'il n'y a pas eu de biopsie des tissus).	≥ 90 % dans un délai de 7 semaines	51,0 (30,0 – 64,8)	48,3 (33,3 – 85,5)	50,9 (38,3 – 67,2)

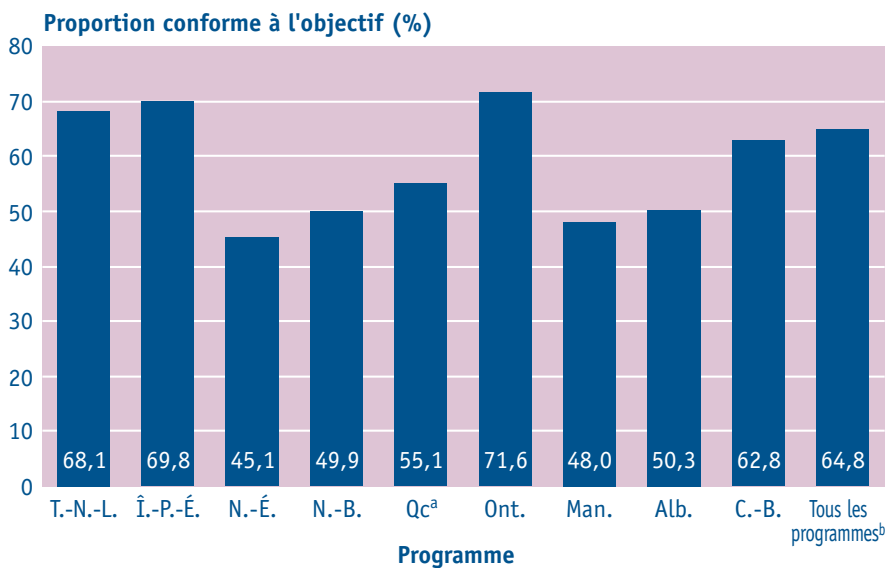
a Intervalle au sein des provinces.

b Les programmes de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick n'avisent pas la BDCDCS de la date de production ou d'envoi de la lettre informant la cliente de la détection d'une anomalie. Ces programmes ne sont donc pas inclus dans le calcul de cet intervalle.

Remarque : Les données de la Saskatchewan et du Québec ne sont pas comprises dans cette analyse.

notification à la cliente ainsi qu'à l'intervalle entre la première évaluation et le diagnostic (si aucune biopsie des tissus n'a été demandée) ont été atteints par tous les programmes (tableau 9). À l'échelle nationale, 90 % des femmes ont été informées des résultats dans les 2,0 semaines suivant leur examen de dépistage en 2002, et tous les programmes ont avisé 90 % des femmes dans un délai se rapprochant de l'objectif de 2,0 semaines ou de beaucoup inférieur à ce dernier. De même, dans 7 programmes sur 8 qui ont fourni des données complètes à la BDCDCS, au moins 70 % des femmes qui n'avaient pas besoin d'une biopsie ont reçu un diagnostic dans la semaine suivant leur première évaluation et, dans 3 programmes sur 8, au moins 90 % des femmes ont obtenu un diagnostic dans les deux semaines. En revanche, aucun programme n'a atteint les objectifs à l'égard de l'intervalle entre le dépistage et la première évaluation (figure 10) ou entre le dépistage et le diagnostic (figures 11 et 12). Il est particulièrement difficile de poser rapidement

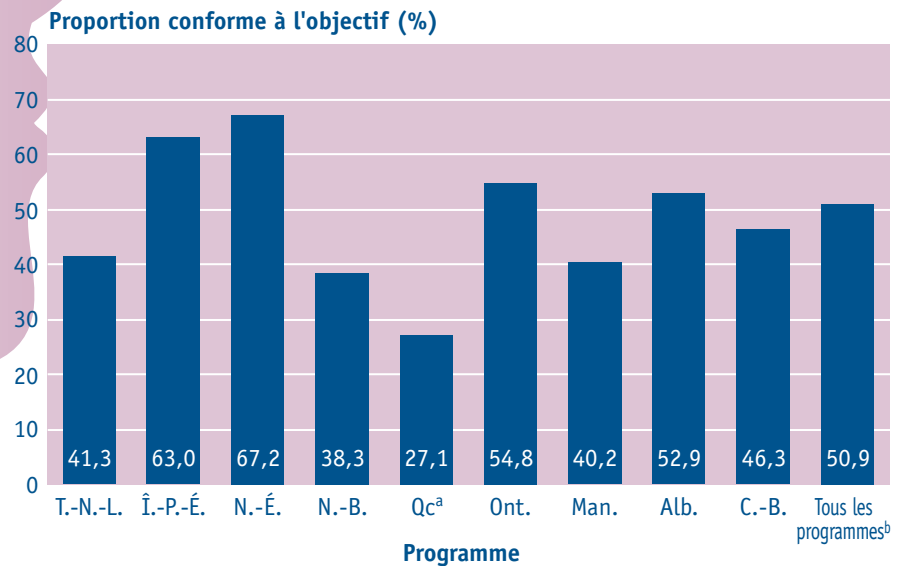
Figure 10
Proportion de femmes pour lesquelles le délai visé de 3 semaines entre le dépistage et la première évaluation a été respecté, par programme, femmes âgées de 50 à 69 ans – Année de dépistage 2002



- a Les données sur les tests diagnostiques du Québec qui figurent dans la BDCDCS sont incomplètes. Ces données, obtenues dans le cadre du programme de dépistage du Québec, avec la collaboration de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), sont donc présentées séparément.
- b Cette valeur n'englobe pas les données de la Saskatchewan et du Québec.

Figure 11

Proportion de femmes ayant dû subir une biopsie pour lesquelles le délai visé de 7 semaines entre le dépistage et le diagnostic a été respecté, par programme, femmes âgées de 50 à 69 ans – Année de dépistage 2002



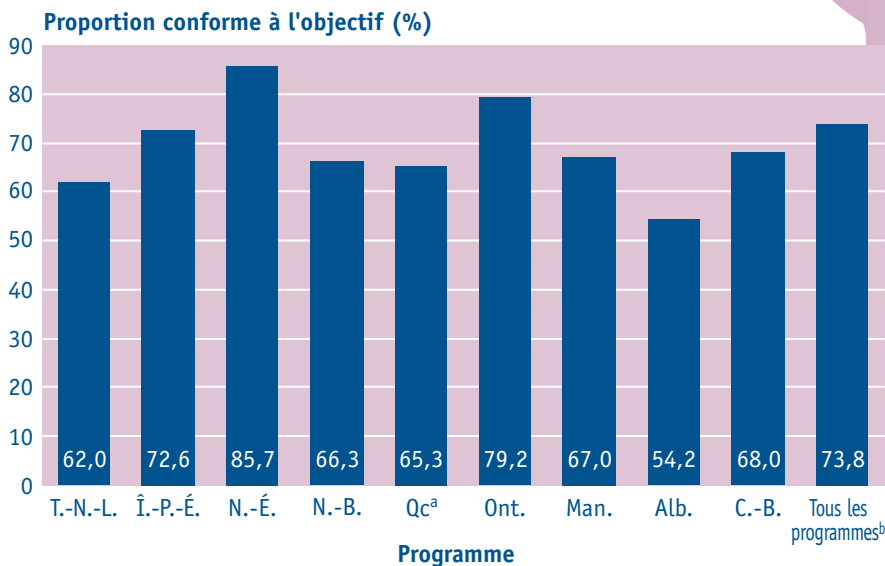
- a Les données sur les tests diagnostiques du Québec qui figurent dans la BDCDCS sont incomplètes. Ces données, obtenues dans le cadre du programme de dépistage du Québec, avec la collaboration de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), sont donc présentées séparément.
- b Cette valeur n'englobe pas les données de la Saskatchewan et du Québec.

un diagnostic dans le cas des femmes qui doivent subir une biopsie des tissus dans le cadre de leur processus d'évaluation, c'est pourquoi les objectifs généraux en matière de délai ne sont pas respectés (figure 11).

Ce n'est que tout récemment que l'on a obtenu des données précises sur le type de changements qui pourraient être apportés au système pour améliorer les délais d'attente; ces données sont fondées sur les résultats de l'évaluation d'interventions réalisées par des programmes organisés de dépistage canadiens. Dans le cadre d'un certain nombre de projets pilotes, on a procédé à une restructuration du processus. Certaines interventions ont réduit de manière efficace les délais d'attente associés aux diagnostics, d'autres non. Voici un exemple de changement simple : un centre de dépistage communique directement les résultats anormaux au centre de diagnostic au lieu de demander au médecin de famille de le faire. Cette mesure a permis de diminuer considérablement l'intervalle médian avant le diagnostic¹⁷. Un processus semblable a été mis en place avec succès dans le cadre du Programme

Figure 12

Proportion de femmes n'ayant pas dû subir une biopsie pour lesquelles le délai visé de 5 semaines entre le dépistage et le diagnostic a été respecté, par programme, femmes âgées de 50 à 69 ans – Année de dépistage 2002



- a Les données sur les tests diagnostiques du Québec qui figurent dans la BDCDCS sont incomplètes. Ces données, obtenues dans le cadre du programme de dépistage du Québec, avec la collaboration de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), sont donc présentées séparément.
- b Cette valeur n'englobe pas les données de la Saskatchewan et du Québec.

de dépistage du cancer du sein du Manitoba; il a entraîné une réduction importante de l'intervalle entre un résultat anormal au dépistage et le diagnostic¹⁸. Depuis, plusieurs autres programmes ont mis en place des mécanismes directs d'aiguillage. En Nouvelle-Écosse, le programme de dépistage oriente régulièrement des femmes tout au long du processus de diagnostic, au nom du médecin de famille; cette pratique a permis à la fois de fournir des soins de soutien aux femmes subissant une évaluation et de réduire les délais d'attente¹⁹. En ayant à leur disposition davantage de données sur les interventions qui se sont avérées les plus efficaces, les provinces et territoires seront mieux à même d'apporter des changements qui seront le plus susceptibles de réduire les délais d'attente associés aux diagnostics.

Dans l'ensemble, bien qu'il y ait eu une légère amélioration à l'égard de tous les objectifs relatifs aux délais à l'échelle nationale, des améliorations plus importantes semblent avoir été constatées dans certaines administrations provinciales. Si on ne les diffuse pas davantage, les

mesures visant à améliorer les délais d'attente à l'échelle régionale auront peu de chances d'avoir une incidence sur la situation globale à l'échelle nationale. Si l'on veut déterminer quelles interventions visant à réduire les délais d'attente sont les plus efficaces, il sera important de continuer d'examiner les données au niveau des régions. Il importe tout particulièrement de trouver des méthodes pour raccourcir les délais chez les femmes subissant une biopsie des tissus. On a constaté que le fait d'associer des établissements d'évaluation spécialisés à des programmes de dépistage permettait de réduire efficacement les délais d'attente pour les chirurgies, mais le recours à ce type d'établissements n'est pas toujours possible à l'extérieur des grands centres urbains. Il semble que la notification et d'autres aspects de l'évaluation qui relèvent du programme se sont améliorés dans l'ensemble. Il faudra mieux coordonner l'évaluation chirurgicale ou accroître les capacités sur le plan de la prestation de services de biopsie par forage si l'on veut raccourcir les délais d'attente chez les femmes qui doivent subir une biopsie des tissus avant d'obtenir un diagnostic définitif.

Événement historique, le gouvernement du Canada et les premiers ministres ont signé, en septembre 2004, un plan décennal visant à améliorer les soins de santé grâce à un investissement de 41,3 milliards de dollars. Ce montant comprend une somme de 5,5 milliards de dollars sur dix ans qui servira à réduire les délais d'attente dans cinq domaines prioritaires, dont le cancer. À titre de première étape vers une amélioration de l'accès à des soins de qualité, les premiers ministres ont convenu, en 2004, de fixer, avant le 31 décembre 2005, des points de repère fondés sur des données probantes en ce qui concerne les délais d'attente qui seraient jugés acceptables sur le plan médical dans ces cinq domaines prioritaires.²⁰ Le gouvernement augmentera également de 500 millions de dollars l'investissement de 1,5 milliard de dollars qu'il avait annoncé en 2003 en vue de la création du Fonds pour l'équipement diagnostique et médical (FÉD/M). Les provinces et territoires décident de l'utilisation qu'ils feront du fonds, mais les coûts associés à l'achat, au remplacement/à la mise à jour et à l'installation du matériel de mammographie sont admissibles au FÉD/M. Cet investissement améliorera l'accès aux traitements et aux soins diagnostiques ainsi que la formation du personnel spécialisé, deux facteurs essentiels à la diminution des délais d'attente et au maintien d'un système de santé de qualité.

RÉSUMÉ ET PERSPECTIVES D'AVENIR

Les mesures et les objectifs de performance qui ont été établis ont permis aux responsables de la surveillance de trouver des moyens d'améliorer de façon continue la qualité des programmes organisés de dépistage. Bien que la plupart des objectifs de performance des programmes organisés aient été atteints, l'évaluation actuelle souligne trois domaines vers lesquels il conviendrait d'orienter les efforts à venir : la capacité, les pratiques en matière d'aiguillage et la rapidité de l'investigation diagnostique.

Bien que les programmes organisés de dépistage aient été élargis et qu'ils aient pris de l'ampleur, aucun d'eux n'atteint actuellement l'objectif de performance, selon lequel au moins 70 % de la population cible doit avoir subi un dépistage. Comme il ressort du présent rapport, les programmes organisés présentent certains avantages, dont les suivants : objectif de performance qui tient compte de la population visée, attention particulière aux collectivités difficiles à atteindre, services organisés d'assurance de la qualité, y compris à l'égard du matériel et de l'interprétation des résultats, diagnostic et suivi de qualité, données sur les résultats et évaluation de la performance. L'augmentation de la participation des femmes de 50 à 69 ans aux programmes organisés de dépistage permettra à davantage de Canadiennes de profiter des avantages d'un dépistage du cancer du sein. Pour atteindre l'objectif d'un taux de participation de 70 %, il faudra régler les questions liées à la capacité des programmes et à l'accroissement de la population cible.

Durant la période visée par le présent rapport, les objectifs de performance à l'égard de la proportion de femmes qui obtiennent des résultats anormaux aux tests de dépistage (le taux de rappel pour anomalie) n'ont pas été atteints. Il sera essentiel d'obtenir un soutien accru pour les programmes en plein essor de façon à garantir la mise en œuvre optimale des lignes directrices recommandées par le Groupe de travail sur les déterminants de la qualité du Comité canadien chargé de l'ICDCS¹². Il importera de continuer de surveiller les taux de rappel

Bien qu'un certain nombre de nouvelles technologies pointent à l'horizon, il est peu probable que de nouvelles méthodes remplacent bientôt la mammographie pour le dépistage dans la population en général. La mammographie demeure la seule méthode de dépistage du cancer du sein qui s'est avérée efficace pour réduire le taux de mortalité associé à cette maladie dans la population.

pour anomalie et de poursuivre les efforts visant à réduire ces taux en maintenant des taux optimaux de détection du cancer.

Bien que la rapidité de l'investigation diagnostique ne se soit que légèrement améliorée au cours de la période de quatre ans ayant suivi l'adoption des objectifs nationaux, plusieurs programmes ont fait des progrès remarquables dans l'accélération du suivi diagnostique après une anomalie au dépistage. Une évaluation plus approfondie des différentes stratégies qui se sont avérées efficaces et leur mise en commun pourraient permettre à d'autres programmes d'améliorer leurs propres méthodes et, ainsi, d'atteindre les objectifs fixés relativement à l'investigation diagnostique. L'évaluation de nouvelles stratégies visant à accroître la rapidité de l'évaluation chirurgicale sera essentielle si l'on veut atteindre les objectifs relatifs à l'intervalle entre le dépistage et le diagnostic chez les femmes qui doivent subir une biopsie pour confirmer le diagnostic.

La surveillance et l'évaluation des programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada visent à promouvoir un dépistage de qualité qui, ultimement, entraînera une baisse de la mortalité et de la morbidité associées au cancer du sein et réduira au minimum les effets indésirables du dépistage. Bien qu'un certain nombre de nouvelles technologies pointent à l'horizon, il est peu probable que de nouvelles méthodes remplacent bientôt la mammographie pour le dépistage dans la population en général²¹. La mammographie demeure la seule méthode de dépistage du cancer du sein qui s'est avérée efficace pour réduire le taux de mortalité associé à cette maladie dans la population. Les efforts de surveillance, comme ceux décrits dans le présent document, continuent de jouer un rôle essentiel lorsqu'il s'agit de fournir aux femmes un portrait exact des bienfaits et des inconvénients associés à la participation aux programmes de dépistage. La surveillance et l'évaluation continues sont des mécanismes nécessaires pour orienter les programmes dans leurs efforts permanents visant à offrir un dépistage de qualité et à réduire le fardeau de la mortalité par cancer du sein chez les Canadiennes et leur famille.

Les programmes organisés de dépistage du cancer du sein se sont développés et ont évolué considérablement depuis le premier programme, qui a vu le jour en 1988. Alors que de nombreux programmes existent depuis plus de dix ans, il est maintenant temps de réaliser une évaluation en bonne et due forme de l'incidence du dépistage sur la mortalité au

La surveillance et l'évaluation continues sont des mécanismes nécessaires pour orienter les programmes dans leurs efforts permanents visant à offrir un dépistage de qualité et à réduire le fardeau de la mortalité par cancer du sein chez les Canadiennes et leur famille.

sein de la population. Il est important que le processus d'élaboration de lignes directrices nationales fondées sur des données probantes se penche notamment sur le dépistage chez les femmes âgées de 40 à 49 ans et de 70 à 79 ans, une pratique qui est de plus en plus adoptée autant dans le cadre des programmes de dépistage qu'à l'extérieur de ceux-ci.


Les programmes de dépistage du cancer du sein font également face à des défis communs à plusieurs maladies. Par exemple, les stratégies de recrutement et de rappel pour le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus et, par la suite, le cancer colorectal devront être examinées selon une méthode globale. Les enjeux liés aux systèmes de santé, y compris les ressources humaines en santé, la formation ainsi que la capacité dans le secteur des soins aux personnes atteintes de cancer, dépassent les frontières de la maladie. Les enjeux se rapportant au dépistage du cancer du sein continuent d'occuper une place essentielle autant dans le cadre de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein, qui porte précisément sur la maladie, qu'en tant que volet d'une stratégie canadienne plus vaste de lutte contre le cancer.



RÉFÉRENCES

1. National Cancer Institute of Canada. Canadian Cancer Statistics 2005. Toronto, Canada, 2005.
2. Kelsey JL, Bernstein L. Epidemiology and prevention of breast cancer. *Annu Rev Public Health* 1996; 17:47-67.
3. Health Canada. Summary Report: Review of Lifestyle and Environmental Risk Factors for Breast Cancer. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001; Cat. No. H39-586/2001E.
4. Kerlikowske K, Grady D, Rubin SM, Sandrock C, Ernster VL. Efficacy of screening mammography. A meta-analysis. *JAMA* 1995; 273(2):149-54.
5. World Health Organization: International Agency for Research on Cancer. Handbook for Cancer Prevention, Volume 7, Breast Cancer Screening. IARC Press, 2002.
6. Baxter N. Preventive health care, 2001 update: should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? *CMAJ* 2001; 164(13):1837-46.
7. Health Canada. Report from the Evaluation Indicators Working Group: Guidelines for Monitoring Breast Cancer Screening Program Performance. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada, 2002.
8. Adab P, McGhee SM, Yanova J, Wong CM, Hedley AJ. Effectiveness and efficiency of opportunistic cervical cancer screening: comparison with organized screening. *Med Care* 2004; 42(6):600-9.
9. Bancej C, Decker K, Chiarelli A, Harrison M, Turner D, Brisson J. Contribution of clinical breast examination to mammography screening in the early detection of breast cancer. *J Med Screen* 2003; 10(1):16-21.

10. Kan L, Olivotto IA, Warren Burhenne LJ, Sickles EA, Coldman AJ. Standardized abnormal interpretation and cancer detection ratios to assess reading volume and reader performance in a breast screening program. *Radiology* 2000; 215(2):563-7.
11. Theberge I, Hebert-Croteau N, Langlois A, Major D, Brisson J. Volume of screening mammography and performance in the Quebec population-based Breast Cancer Screening Program. *CMAJ* 2005; 172(2):195-9.
12. Health Canada. Quality Determinants of Organized Breast Cancer Screening Programs in Canada. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada, 2003; Cat. No. H39-407/2003E-IN.
13. Investigation of lesions detected by mammography. The Steering Committee on Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer. Canadian Association of Radiation Oncologists. *CMAJ* 1998; 158 Suppl 3:S9-14.
14. Ugnat AM, Xie L, Morriss J, Semenciw R, Mao Y. Survival of women with breast cancer in Ottawa, Canada: variation with age, stage, history, grade and treatment. *British Journal of Cancer* 2004;90:1138-1143.
15. Warren R, Duffy S. Interval cancers as an indicator of performance in breast screening. *Breast Cancer* 2000; 7(1):9-18.
16. Olivotto IA, Bancej C, Goel V et al. Waiting times from abnormal breast screen to diagnosis in 7 Canadian provinces. *CMAJ* 2001; 165(3):277-83.
17. Olivotto IA, Borugian MJ, Kan L et al. Improving the time to diagnosis after an abnormal screening mammogram. *Can J Public Health* 2001; 92(5):366-71.
18. Decker KM, Harrison M, Chateau D. Influence of direct referrals on time to diagnosis after an abnormal breast screening result. *Cancer Detect Prev* 2004; 28(5):361-7.
19. Psooy BJ, Schreuer D, Borgaonkar J, Caines JS. Patient navigation: improving timeliness in the diagnosis of breast abnormalities. *Can Assoc Radiol J* 2004; 55(3):145-50.

- 
20. Wait Time Alliance. No more time to wait. Toward benchmarks and best practices in wait-time management. An interim report by the Wait Time Alliance for Timely Access to Health Care. 2005.
 21. Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW. Screening for breast cancer. *JAMA* 2005; 293(10):1245-56.

ANNEXE 1

Comité de gestion de la base de données

Ce comité dispense des conseils sur le contenu, le processus de gestion et l'utilisation de la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein. Il relève du Comité canadien chargé de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein et joue le rôle d'organe consultatif auprès du Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques de l'Agence de santé publique du Canada.

D^{re} Carolyn Pim (présidente)

Directrice des programmes de dépistage
Alberta Cancer Board
2202 -2 St. S.W.
Calgary (Alberta) T2S 3C1

D^r Andy Coldman

Responsable, Population and Preventive Oncology
BC Cancer Agency
8th Floor, 686 West Broadway
Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 1G1

Chuck Paltiel

Statisticien
BC Cancer Agency
8th Floor, 686 West Broadway, Rm 801
Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 1G1

Marion Harrison

Directrice des programmes de dépistage
Action Cancer Manitoba
5-25 Sherbrooke Street
Winnipeg (Manitoba) R3C 2B1

Christine LeBlanc Bennett

Conseillère provinciale en matière de cancer
Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8

Gregory Doyle

Directeur
Breast Screening Program for Newfoundland and Labrador
38 Ropewalk Lane
St John's (Terre-Neuve) A1E 5T2

Marcia Campbell

Coordonnatrice de projet, Breast Screening Pilot Project
Stanton Territorial Health Authority
550 Byrne Road
PO BOX 10
Yellowknife (T.N.-O.) X1A 2N1

D^{re} Judy Caines

Directrice médicale
Nova Scotia Breast Screening Program
QE2 Health Science Centre
Room 3036A, Dickson Building
1278 Tower Road
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 1B3

Bill Campbell

Directeur du programme provincial
Programme ontarien de dépistage du cancer du sein
620 University Avenue, 11th Floor
Toronto (Ontario) M5G 2L7

Norah Smith

PEI Breast Screening Clinic
Queen Elizabeth Hospital
Department of Diagnostic Imaging
Riverside Drive, PO Box 6600
Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 8T5

D^r Guy Roy

Médecin responsable du dépistage
Direction générale de la santé publique
Ministère de la santé et des services sociaux du Québec
1075 ch. Sainte-Foy, 3^{ème} étage
Ste-Foy (QC) G1S 2M1

Lois Harrison

Directrice exécutive
Prevention and Early Detection Division
Saskatchewan Cancer Agency
952 Albert Street
Regina (Saskatchewan) S4R 2P7

Christina Bancej

Gestionnaire, Dépistage et détection précoce
Division de la prévention des maladies chroniques
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
Agence de santé publique du Canada
120, chemin Colonnade
Indice de l'adresse : 6702B
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Jay Onysko

Dépistage et détection précoce
Division de la prévention des maladies chroniques
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
Agence de santé publique du Canada
120, chemin Colonnade
Indice de l'adresse : 6702B
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Asako Bienek

Division de la surveillance et de l'évaluation des risques
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
Agence de santé publique du Canada
Indice de l'adresse : 6702A
Pièce 214A
120, chemin Colonnade
Ottawa (Ontario) K1A 0K9





Barb Kasproicz

Gestionnaire de programmes

Santé de la population et programmes communautaires

Agence de santé publique du Canada

120, chemin Colonnade

Indice de l'adresse : 6701-A

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

ANNEXE 2

Sous-comité de soutien technique de la base de données

Ce comité élabore et met en œuvre les stratégies visant à assurer la collecte uniforme et la mise en commun des données de la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein. Il relève du Comité de gestion de la base de données et dispense des conseils au Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques de l'Agence de santé publique du Canada.

Asako Bienek (présidente)

Division de la surveillance et de l'évaluation des risques
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
Agence de santé publique du Canada
Indice de l'adresse : 6702A, Pièce 214A
120, chemin Colonnade
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Zeva Mah

*Gestionnaire, Évaluation et gestion de l'information
Screening Programs*
Alberta Cancer Board
2202 - 2 Street S.W.
Calgary (Alberta) T2S 3C1

Chuck Paltiel

Statisticien
BC Cancer Agency
801-686 West Broadway
Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 1G1

Kathleen Decker

Recherche et évaluation
Programme de dépistage du cancer du sein du Manitoba
Action Cancer Manitoba
5-25 Sherbrooke Street
Winnipeg (Manitoba) R3C 2B1

Suzanne Leonfellner

Agente du programme d'épidémiologie
Service d'épidémiologie provincial
C.P. 5100
520, rue King, Carleton Place
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8

Gregory Doyle

Directeur
Breast Screening Program for Newfoundland and Labrador
38 Ropewalk Lane
St John's (Terre-Neuve) A1E 5T2

Marcia Campbell

Coordonnatrice de projet, Breast Screening Pilot Project
Stanton Territorial Health Authority
550 Byrne Road
PO BOX 10
Yellowknife (T.N.-O.) X1A 2N1

Theresa Foley

Gestionnaire de programme
Nova Scotia Breast Screening Program
7001 Mumford Rd., Tower 1, Suite 105
Halifax (N.-É.) B3L 4N9

Vicky Majpruz

Associée de recherche
Unité de dépistage
Action Cancer Ontario
620 University Avenue
Toronto (Ontario) M5G 2L7

Norah Smith

Coordonnatrice de programme
PEI Breast Screening Program
Queen Elizabeth Hospital
Dept. of Diagnostic Imaging
P.O. Box 6600
60 Riverside Drive
Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 8T5

André Langlois

Scientifique de recherche

Institut national de santé publique du Québec

Direction Systèmes de soins et services

945, rue Wolfe, 5^e étage

Ste-Foy (Québec) G1V 5B3

Felicia Watson

Agente de recherche

Saskatchewan Cancer Agency

4101 Dewdney Avenue

Regina (Saskatchewan) S4T 7T1



ANNEXE 3

Glossaire

Asymptomatique

S'entend d'une femme qui ne déclare aucun symptôme et qui ne présente aucun signe de maladie lors du dépistage.

Auto-examen des seins (AES)

Examen des seins effectué par la femme elle-même afin de connaître l'état normal de ses propres seins et de détecter une éventuelle anomalie.

Biopsie ouverte

Exérèse chirurgicale d'une masse au sein sous anesthésie locale pour un examen microscopique ultérieur par un anatomopathologiste.

Cancer

S'entend des tumeurs malignes et du carcinome canalaire in situ (CCIS) du sein.

Cancer d'intervalle

S'entend de tout cancer du sein infiltrant diagnostiqué après un dépistage « normal » et avant le prochain examen de dépistage prévu.

Cancer détecté après le dépistage

Cancer détecté hors programme dans les 24 mois qui suivent un épisode de dépistage négatif.

Cancer détecté au dépistage

Cancer détecté par suite d'un test positif accompagné d'une confirmation histologique des résultats du dépistage obtenus dans le cadre du programme.

Cancer in situ

S'entend particulièrement du carcinome canalaire in situ (CCIS) : tumeur non infiltrante du sein se développant aux dépens des cellules présentes uniquement sur les parois des canaux galactophores.

Les cellules cancéreuses ne se sont pas propagées à l'extérieur des canaux à d'autres tissus du sein.

Cancer infiltrant

Cancer dans lequel les cellules cancéreuses se sont propagées au-delà de la membrane basale du canal galactophore ou du lobule de la glande mammaire. Un carcinome canalaire in situ peut aussi être présent dans les cas de cancer infiltrant.

Carcinome canalaire in situ (CCIS)

Tumeur non infiltrante du sein se développant aux dépens des cellules présentes uniquement sur les parois des canaux galactophores. Les cellules cancéreuses ne se sont pas propagées à l'extérieur des canaux à d'autres tissus du sein.

Cas prévalents de cancer

Proportion de la population atteinte du cancer à un moment précis.

Dépistage subséquent

Dépistage effectué conformément à la politique après un examen initial dans le cadre du programme. Au nombre des femmes qui doivent se présenter à un dépistage subséquent figurent les femmes qui ont manqué un cycle prévu de dépistage.

Diagnostic

Premier diagnostic anatomopathologique ou cytologique de cancer, dernière biopsie connue dans les cas bénins ou dernière intervention avant une recommandation de se présenter pour un nouvel examen de dépistage ou un rappel précoce¹.

Épisode de dépistage négatif

Épisode de dépistage aboutissant à des résultats normaux, notamment après des examens effectués dans le cadre du programme qui n'ont révélé aucun cancer.

Examen (de dépistage)

Peut inclure la mammographie seule ou la mammographie et l'examen clinique des seins, réalisés dans le cadre d'un programme.

Examen clinique des seins (ECS)

Examen physique des seins effectué par un professionnel de la santé dûment formé.

Examen initial (de dépistage)

Premier examen effectué sur une femme dans le cadre d'un programme canadien de dépistage.

Fin d'un épisode de dépistage

Dans le cas des résultats normaux, date du dernier examen de dépistage; dans le cas des résultats anormaux, date du diagnostic tissulaire s'il y a biopsie, date du dernier test avant un nouvel examen de dépistage ou avant la recommandation de répéter l'examen d'imagerie diagnostique. Un « épisode de dépistage négatif » peut inclure tous les examens de suivi à condition que le résultat final soit négatif.

Nombre total d'années-personnes à risque

Dans les 12 ou 24 mois qui suivent un épisode de dépistage négatif, femmes qui courent le risque que leur cancer soit détecté après le dépistage. Les femmes sont comptabilisées dans le dénominateur pour chaque année ou fraction d'année dans la période visée avant la détection d'un cancer après le dépistage ou avant le prochain dépistage effectué dans le cadre du programme.

Nouveau cas de cancer

Cas de cancer détecté lors de l'examen initial.


Ponction à l'aiguille fine

Technique utilisée pour différencier les lésions kystiques des lésions solides du sein. Une aiguille est insérée dans la lésion, et du tissu est prélevé à l'aide d'une seringue. Si le tissu prélevé est solide, on peut le colorer et examiner les cellules en laboratoire afin de déterminer si elles sont bénignes ou malignes.

ANNEXE 4

Publications fondées sur la BDCDCS

- Bancej, C., K. Decker, A. Chiarelli, M. Harrison, D. Turner et J. Brisson. 2003. « Contribution of clinical breast examination to mammography screening in the early detection of breast cancer ». *J Med Screen*. 10 : 16-21.
- Olivotto, I.A., A. Gomi, C. Bancej, J. Brisson, J. Tonita, L. Kan, Z. Mah, M. Harrison et R. Shumak. 2002. « Influence of delay to diagnosis on prognostic indicators of screen-detected breast carcinoma ». *Cancer*. 94 : 2143-50.
- Olivotto, I.A., C. Bancej, V. Goel, J. Snider, R.G. McAuley, B. Irvine, L. Kan, D. Mirsky, M.J. Sabine, R. McGilly et J.S. Caines. 2001. « Waiting times from abnormal breast screen to diagnosis in 7 Canadian provinces ». *CMAJ*. 165 : 277-83.
- Paquette, D., J. Snider, F. Bouchard, I. Olivotto, H. Bryant, K. Decker et G. Doyle. 2000. « Performance of screening mammography in organized programs in Canada in 1996. The Database Management Subcommittee to the National Committee for the Canadian Breast Cancer Screening Initiative ». *CMAJ*. 163 : 1133-8.
- Santé Canada. « Attente d'un diagnostic après le dépistage d'une anomalie au sein au Canada ». Ottawa : ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2000. N° au catalogue : H1-9/13-2000.
- Santé Canada. « Déterminants de la qualité des programmes organisés de dépistage du cancer du sein ». Ottawa : ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2003. N° au catalogue : H39-407/2003E-IN.
- Santé Canada. « Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada – Rapport de 1996 ». Ottawa : ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 1999. N° au catalogue : H39-526/2000F.



Santé Canada. « Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada – Rapport de 1997 et 1998 ». Ottawa : ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2001. No au catalogue : H1-9/13-1998.

Santé Canada. « Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada – Rapport de 1999 et 2000 ». Ottawa : ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2003. No au catalogue : H1-9/13-2000.

Santé Canada. « Rapport du Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation : Lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein ». Ottawa : ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2002.

Yankaskas, B.C., C.N. Klabunde, R. Ancelle-Park, G. Renner, H. Wang, J. Fracheboud, G. Pou et J.L. Bulliard. 2004. « International comparison of performance measures for screening mammography: can it be done? », J Med Screen. 11 : 187-93.