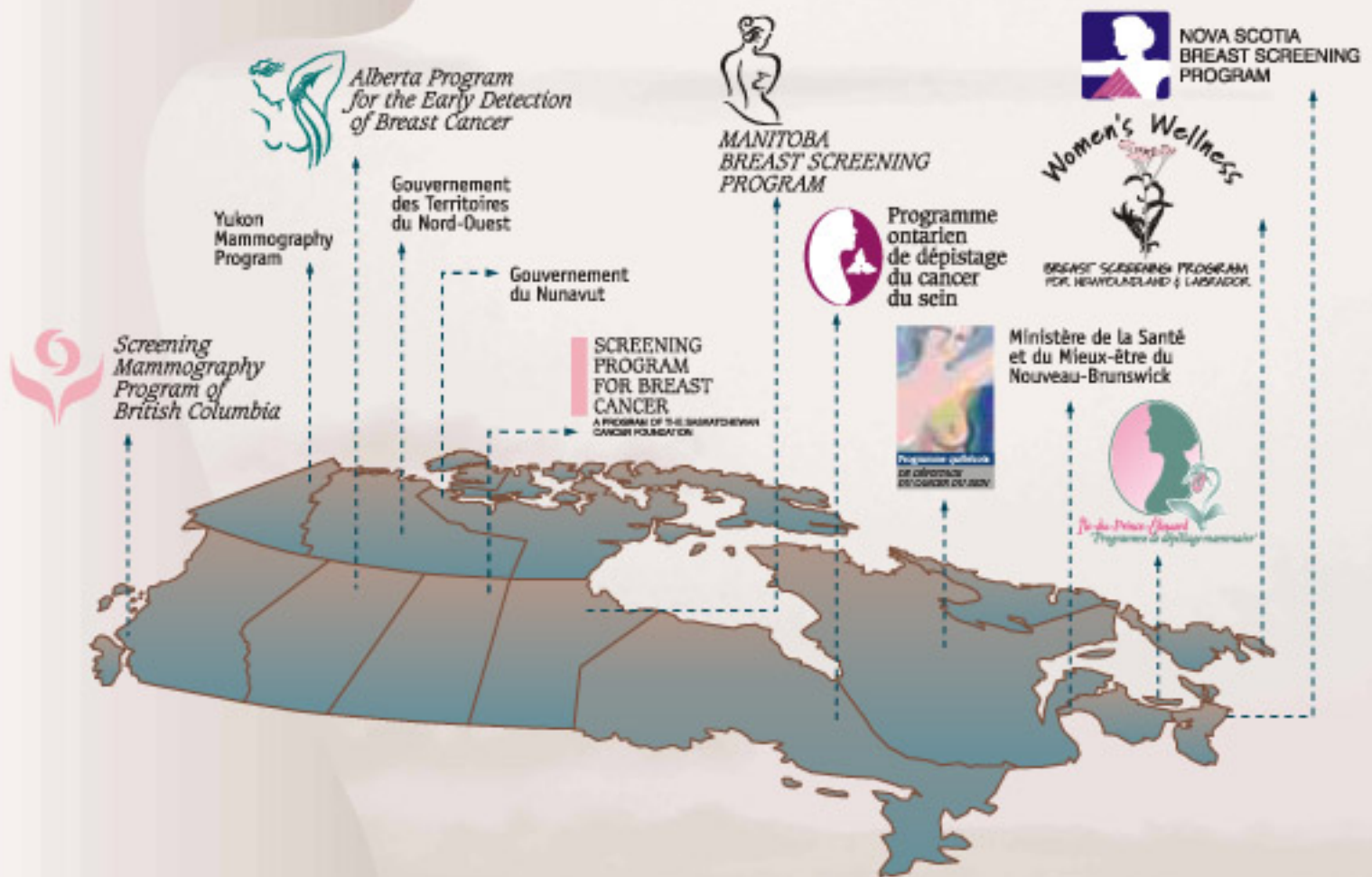




Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada




Rapport de 1999 et 2000

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

Santé Canada

© Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2003
N° de cat. H1-9/13-2000
ISBN 0-662-67475-8



Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada



**Rapport de
1999 et 2000**

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, Santé Canada.
- Le Comité de rédaction du présent rapport, qui est composé des personnes suivantes : D^{re} Anna Chiarelli, Action Cancer Ontario; D^r Andrew Coldman, Screening Mammography Program de la Colombie-Britannique; M. Gregory Doyle, Breast Screening Program de Terre-Neuve-et-Labrador; M^{me} Zeva Mah, Alberta Cancer Board; D^{re} Diane Major, Institut national de santé publique du Québec; M^{me} Christina Bancej, M^{me} Asako Gomi, M. Jay Onysko, M. Robert Semenciw et M^{me} Grace Wan, Santé Canada.
- 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.
- Section des publications scientifiques et services multimédias, Santé Canada, pour avoir préparé le document en vue de sa diffusion.
- Un remerciement tout spécial à la D^{re} Diane Major, Institut national de santé publique du Québec, pour avoir examiné la version française.
- La production du présent document a été rendue possible par l'entremise 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, Santé Canada
Indice de l'adresse : 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Une version électronique du présent rapport est offerte sur le site www.healthcanada.ca ou www.santecanada.ca.



TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	1
Contexte	4
Dépistage du cancer du sein au Canada	6
Programmes organisés de dépistage du cancer du sein	7
Processus de dépistage	7
Surveillance et évaluation	9
Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein	13
Résultats de 1999 et 2000	15
Participation aux programmes de dépistage	15
Recrutement et fidélisation	18
Résultats du dépistage	20
Investigations diagnostiques	22
Détection du cancer	26
Cancers détectés après le dépistage	30
Résumé des mesures de la performance	33
Sujet spécial : fidélisation des femmes ayant passé un examen de dépistage	41
Résumé et perspectives d'avenir	45
Références	47
Annexes	
Annexe 1 : Comité de gestion de la base de données	51
Annexe 2 : Sous-comité de soutien technique de la base de données	54
Annexe 3 : Glossaire	57



SOMMAIRE

Le cancer du sein continue d'être le cancer le plus fréquent chez les Canadiennes : on estime qu'en 2003, 21 100 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 1 062,8 millions de dollars. À l'échelle nationale, presque la moitié des nouveaux cas de cancer du sein surviennent chez les femmes de 50 à 69 ans. La détection précoce par le biais 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, 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. Le présent document propose une évaluation de la performance des programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada pour les années civiles 1999 et 2000 fondée sur les mesures et les objectifs canadiens de performance récemment adoptés. Les données ayant servi à l'évaluation ont été transmises à la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein par les dix provinces. La qualité des programmes organisés de dépistage s'améliore notamment en raison de la surveillance continue qu'exerce le Comité national chargé de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein.

Les mesures et les objectifs canadiens de performance récemment adoptés servent à la surveillance et à l'évaluation des programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada et, ultimement, entraîneront une baisse de la mortalité et de la morbidité associées au cancer du sein.


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. Les taux de détection des cancers infiltrants, la proportion de petits cancers infiltrants et la proportion de cancers infiltrants qui ne se sont pas propagés aux ganglions lymphatiques indiquent dans quelle mesure les programmes ont atteint ce but. Les taux de détection des cancers infiltrants ont excédé les objectifs de performance canadiens pour le dépistage subséquent, mais étaient juste sous le seuil fixé pour le dépistage initial. Les mesures d'évaluation de la performance ont

révélé l'efficacité des programmes de dépistage comme moyen de détection des cancers du sein à un stade précoce, souvent même avant que ceux-ci soient palpables ou se soient propagés aux ganglions lymphatiques.

L'évaluation de la performance montre que les programmes permettent de réduire au minimum de nombreux effets indésirables associés au dépistage. Bien que les programmes n'aient pas atteint les objectifs nationaux fixés à moins de 10 % et de 5 % de femmes référées pour subir d'autres tests en raison d'une anomalie au dépistage, les valeurs prédictives positives correspondaient aux valeurs cibles, à l'instar du ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie ouverte. À l'échelle nationale, 73,3 % des femmes qui n'avaient pas besoin d'une biopsie chirurgicale ont reçu un diagnostic dans les cinq semaines, et 45,6 % de celles qui devaient en subir une ont reçu un diagnostic dans les sept semaines. Aucun programme individuel n'a atteint l'objectif de 90 % relativement au délai recommandé pour le diagnostic. Étant donné que la plupart du temps, ce sont des médecins hors programme qui coordonnent le suivi, il n'est pas aisé pour les programmes d'améliorer le respect des délais. Cependant, certains programmes ont fait des progrès remarquables, ce qui permet de croire que les stratégies fondées sur des données probantes qui visent à améliorer les délais peuvent être efficaces.

Afin que toute la population ciblée profite des bienfaits du dépistage, les programmes doivent encourager au maximum la participation continue. C'est tout un défi. Bien qu'en 1999 et 2000, la plupart des programmes aient connu une hausse de participation, à l'échelle nationale, seulement 30,2 % des femmes admissibles ont pris part au dépistage organisé. La stabilité des taux de participation est préoccupante, car elle porte à croire que les programmes sont en train d'atteindre les limites de leur capacité d'accueil. Dans la plupart des systèmes de santé provinciaux, il existe, dans le secteur privé, des centres où un nombre important de femmes fait l'objet d'un dépistage opportuniste à l'extérieur du cadre des programmes organisés. Cependant la performance du secteur privé relativement au dépistage ne fait pas l'objet d'une surveillance ni d'une évaluation.

Durant les années à venir, les programmes organisés de dépistage continueront à offrir un dépistage du cancer du sein de qualité. Les

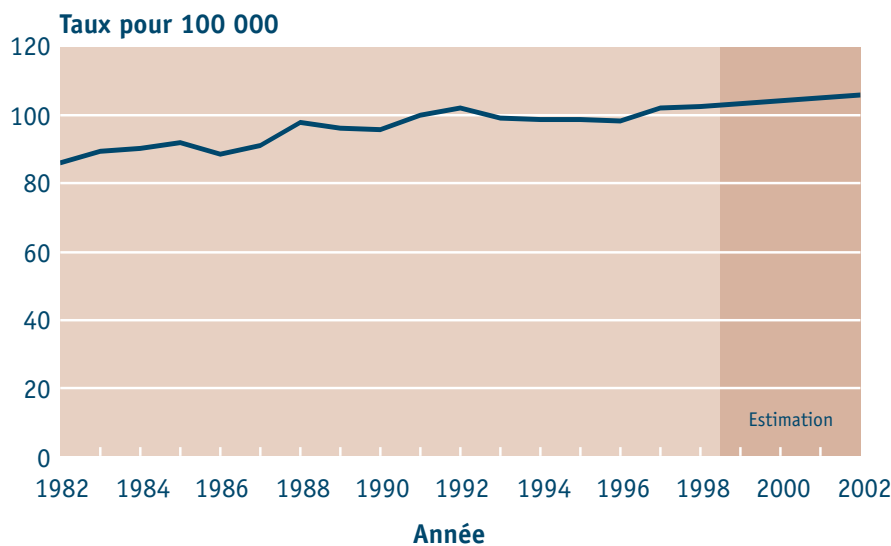


programmes visent à réduire la mortalité par cancer du sein dans la population cible et, pour ce faire, mènent des recherches pour améliorer la qualité et l'efficacité du dépistage en plus d'adapter et de mettre à jour leurs méthodes à la lumière des nouvelles données scientifiques et techniques qui leur sont accessibles. Les résultats de la surveillance et de l'évaluation, comme ceux exposés dans le présent rapport, sont utilisés 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 21 100 nouveaux cas et 5 300 décès surviendront en 2003¹. Depuis plusieurs décennies, on observe une hausse de l'incidence du cancer du sein qui va de pair avec une augmentation du dépistage mammographique. Cependant, les taux de mortalité ont chuté, particulièrement depuis 1990, chute attribuée en partie à l'amélioration du traitement et à la détection précoce résultant du dépistage mammographique (voir les figures 1a et 1b). Comparativement aux estimations pour 2000, les estimations pour 2003 représentent une augmentation prévue de 9,9 % des nouveaux cas de cancer et une diminution de 3,6 % des décès². L'incidence élevée du cancer du sein et la mortalité qui lui est attribuable sont très coûteuses pour la société. En 1998, les dépenses des hôpitaux associées au cancer du sein étaient

Figure 1a
Taux d'incidence normalisé selon l'âge
pour le cancer du sein, Canada, 1982-2002

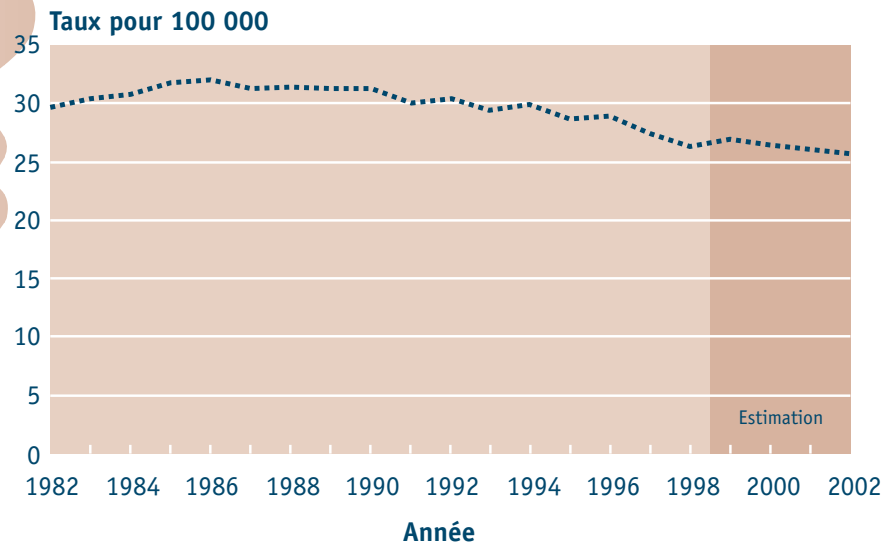


Source : Institut national du cancer du Canada : Statistiques canadiennes du cancer, 2002, Toronto, Canada, 2002.

Nota : Les taux d'incidence pour 1999-2002 sont des estimations. Les taux sont standardisés d'après la répartition selon l'âge de la population en 1991.

Près de la moitié des nouveaux cas est recensée chez les femmes de 50 à 69 ans et il a été démontré que ces femmes sont celles qui tirent le plus de bienfaits du dépistage du cancer du sein.

Figure 1b
Taux de mortalité normalisé selon l'âge
pour le cancer du sein, Canada, 1982-2002



Source : Institut national du cancer du Canada : Statistiques canadiennes du cancer, 2002, Toronto, Canada, 2002.

Nota : Les taux d'incidence pour 1999-2002 sont des estimations. Les taux sont standardisés d'après la répartition selon l'âge de la population en 1991.

estimées à 84,8 millions de dollars. Les coûts de la mortalité, qui mesurent la valeur des années de vie perdues en raison du décès prématuré, étaient beaucoup plus élevés, étant évalués à 1 062,8 millions de dollars et équivalant à 10 % des coûts de la mortalité associés à tous les types de cancer combinés³.

Bien que le corpus de connaissances entourant les causes du cancer du sein continue à croître, les stratégies de prévention primaire visant à réduire l'incidence dans la population sont actuellement peu nombreuses. La plupart des facteurs de risque connus ne peuvent être modifiés. Parmi ceux-ci, on compte des facteurs démographiques (p. ex. : âge, pays de naissance, statut socio-économique), des facteurs génétiques (p. ex. : antécédents familiaux, mutations génétiques BRCA1 et BRCA2), des facteurs hormonaux (p. ex. : âge à la première grossesse, âge aux premières règles, âge à la ménopause, nombre d'enfants) et des facteurs biologiques (p. ex. : tumeur bénigne confirmée par biopsie). Parmi ces facteurs, l'âge est celui qui a la plus grande influence^{4,5}. L'incidence et la mortalité augmentent très nettement avec l'âge, les femmes de 60 ans et plus affichant les taux les plus élevés¹. Près de la moitié des nouveaux


cas surviennent chez les femmes âgées de 50 à 69 ans¹. Il ressort des essais randomisés que les femmes de ce groupe d'âge sont celles qui tirent le plus de bienfaits du dépistage du cancer du sein. Pour cette raison, le dépistage de qualité effectué régulièrement dans ce groupe d'âge pourrait permettre une réduction importante des taux de mortalité par cancer du sein, pouvant aller jusqu'au tiers^{6,7}.

Dépistage du cancer du sein au Canada

En décembre 1992, 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 stable et permanent 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. Ce renouvellement faisait suite à des consultations approfondies auprès de partenaires et d'intervenants œuvrant dans le domaine du cancer du sein. L'un des principaux buts de l'ICCS renouvelée était de tirer parti des connaissances acquises et de l'esprit de collaboration qui s'est développé au cours de la première phase de l'Initiative pour renforcer l'approche concertée et multidisciplinaire dans les questions relatives au cancer du sein. En conséquence, Santé Canada continue d'appuyer les activités du Comité national chargé de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein.

Bien que les recommandations canadiennes concernant le dépistage du cancer du sein formulées en 1988 préconisaient que les Canadiennes de 50 à 69 ans « ... [soient] invitées et encouragées à participer à un programme de détection précoce comportant une mammographie, un examen physique des seins par un professionnel de la santé ainsi que l'enseignement et la surveillance de l'auto-examen des seins tous les deux ans »⁸, les programmes organisés de dépistage du cancer du sein continuent d'adapter et d'améliorer leurs méthodes à la lumière des nouvelles données et techniques.

En 2001, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a examiné les données relatives à l'auto-examen des seins (AES). Il a conclu que parce qu'il y a des preuves raisonnables de l'absence d'avantages et de bonnes preuves de préjudice, il considère qu'il y a lieu de recommander que l'enseignement systématique de l'AES soit exclu de l'examen de santé périodique des femmes âgées de 40 à



69 ans⁹. Bien que ces recommandations soient controversées, les programmes organisés de dépistage du cancer du sein reconnaissent l'importance d'une politique de dépistage fondée sur des preuves. Par conséquent, la pratique de l'AES mensuel n'est plus enseignée systématiquement dans le cadre de l'examen de dépistage. On encourage plutôt la sensibilisation à l'importance de la bonne santé générale des seins.

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). Dans tous les programmes organisés, le dépistage du cancer du sein comporte une mammographie bilatérale de dépistage en deux incidences.

Pour les besoins de la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein (BDCDCS), 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), bien qu'elles ne soient pas recrutées activement.

Processus de dépistage

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

- 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 ciblé sont recrutées au moyen d'une lettre d'invitation, sont référées par leur médecin ou se présentent d'elles-mêmes. Au centre de dépistage, qui peut être une unité mobile ou un site fixe, deux incidences mammographiques sont réalisées pour chaque sein. Outre le dépistage mammographique, les femmes qui participent aux programmes de l'Ontario, du Manitoba,

Tableau 1
Programmes de dépistage du cancer du sein au Canada^a –
pratiques usuelles, années de dépistage 1999 et 2000

Programme	Début du programme	Examen clinique des seins sur place	Pratiques du programme concernant les femmes à l'extérieur du groupe des 50 à 69 ans		
			Groupe d'âge	Admission	Rappel
Colombie-Britannique	1988	Non	<40	Oui ^b	Aucun
			40-49	Oui	Annuel
			70-79	Oui	Bisannuel
			80+	Oui ^b	Aucun
Yukon	1990	Non	40-49	Oui	Aucun
			70+	Oui	Aucun
Territoires du Nord-Ouest	1994	Non	40-49	Oui	Annuel
			70+	Oui	Bisannuel
Alberta	1990	Non	40-49	Oui	Annuel ^c
			70-74	Oui	Bisannuel
			75+	Oui	Aucun
Saskatchewan	1990	Non	40-49	Non	s.o.
			70-75	Oui	Bisannuel
			>75	Oui	Aucun
Manitoba	1995	Infirmière ou technologue	40-49	Non ^d	Bisannuel
			70+	Non ^d	Aucun
Ontario	1990	Infirmière	40-49	Non	s.o.
			70-74	Oui	Bisannuel
			75+	Oui	Aucun
Québec	1998	Non	40-49	Oui ^e	Aucun
			70+	Oui ^e	Aucun
Nouveau-Brunswick	1995	Non	40-49	Oui ^b	Aucun
			70+	Oui ^b	Aucun
Nouvelle-Écosse	1991	Technologue	40-49	Oui	Annuel
			70+	Oui	Bisannuel
Île-du-Prince-Édouard	1998	Technologue	40-49	Oui	Annuel
			70-74	Oui	Bisannuel
Terre-Neuve	1996	Infirmière	40-49	Non	s.o.
			70-74	Oui	Bisannuel

^a Le Nunavut n'a pas de programme organisé de dépistage du cancer du sein.

^b Admission sur recommandation d'un médecin.

^c Jusqu'en avril 1999, le rappel était bisannuel.

^d Depuis juillet 1998, les femmes des deux groupes d'âge sont acceptées dans les unités mobiles sur recommandation de leur médecin.

^e Admission sur recommandation d'un médecin si le dépistage est effectué dans un centre du programme, mais dépistage non comptabilisé dans le programme.

de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador ont 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).

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. 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, l'investigation diagnostique est coordonnée 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 figure 2 illustre le processus en détail.

On avise les participantes au programme que même si la mammographie est une méthode très efficace de détection précoce du cancer du sein, il arrive que certains cancers ne puissent être décelés par cette méthode. Un petit nombre de femmes pourraient manifester des symptômes avant leur prochain examen de dépistage et, le cas échéant, sont invitées à consulter leur médecin le plus rapidement possible.

Surveillance et évaluation

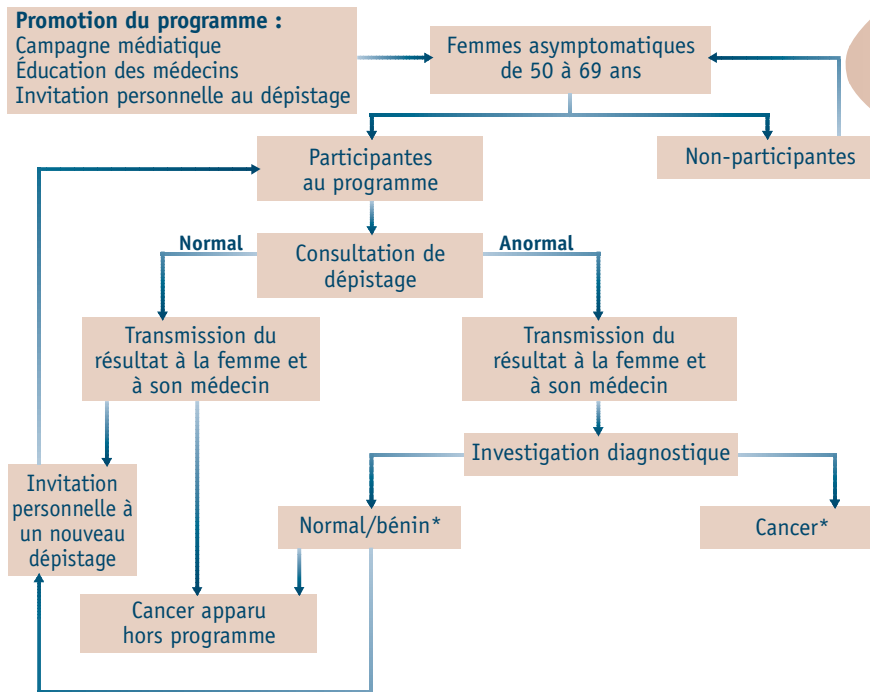
Pour abaisser la mortalité et la morbidité associées au cancer du sein et réduire au minimum les effets indésirables du dépistage, les programmes organisés doivent offrir un dépistage de qualité.

On a plusieurs fois fait état de la nécessité de disposer d'une méthode d'évaluation normalisée applicable à tous les programmes de dépistage canadiens. Depuis la mise en place complète de la BDCDCS, des données uniformes provenant des programmes peuvent être évaluées. En 1999, après l'implantation de cette infrastructure, le Groupe de

Des méthodes d'évaluation normalisées assureront la réalisation de programmes organisés de dépistage de haute qualité.

Figure 2

Déroulement d'un programme de dépistage du cancer du sein




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

travail sur l'assurance de la qualité de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS), le Sous-comité de soutien technique de la base de données et le Sous-comité de gestion de la base de données ont formé le Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation (GTIE) pour définir de façon formelle un ensemble de mesures et d'objectifs de performance.

En février 2000, des représentants de Santé Canada et les groupes chargés de l'évaluation du dépistage du cancer du sein se sont réunis dans le cadre d'un atelier national qui constituait la première étape vers l'élaboration d'un ensemble d'indicateurs et d'objectifs canadiens pour l'évaluation de la performance et de la qualité des programmes organisés de dépistage du cancer du sein. Leurs discussions ont mené au choix de neuf catégories :

- 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

En se guidant sur les neuf catégories, on a examiné des documents nationaux provenant de divers pays, les données de recherche publiées, des documents fédéraux canadiens et les rapports annuels des programmes de dépistage provinciaux et territoriaux dans le but de relever les indicateurs de performance et de qualité. L'examen était axé sur les indicateurs qui étaient déjà accessibles pour les programmes de dépistage du cancer du sein intégrés aux systèmes de santé publique. Les participants à l'atelier de 2000 ont ainsi défini 30 indicateurs principaux de la performance et de la qualité, les résultats visés en ce qui a trait à certains des indicateurs et des recommandations concernant les moyens pratiques de recueillir et de communiquer ces données¹⁰. Le GTIE a ensuite choisi les indicateurs clés en se fondant sur les résultats, des considérations pragmatiques et l'efficacité. Au cours de réunions ultérieures, le GTIE a élaboré les lignes directrices décrites ci-après relativement à la présentation d'un ensemble clé de mesures de la performance (tableau 2)¹¹. Les 11 mesures de la performance énumérées respectaient généralement les critères suivants :

- Les données nécessaires à la mesure sont régulièrement disponibles.
- Les données servant à la mesure sont de haute qualité.
- Il est possible de définir des objectifs valides appuyés par des preuves*.
- Les mesures et les objectifs seraient utiles pour des comparaisons nationales.
- La surveillance annuelle serait utile.
- Chaque mesure est largement acceptée pour l'évaluation des programmes.

La surveillance des programmes de dépistage requiert des données fiables et normalisées qui permettent la comparaison entre les provinces et les territoires. Certaines données de suivi doivent être obtenues

* Aucun objectif n'a été fixé pour le taux de détection des carcinomes *in situ*, vu la controverse entourant l'histoire naturelle de la maladie.

Tableau 2
Programmes de dépistage du cancer du sein au Canada –
mesures de la performance et objectifs

Indicateur	Définition	Objectif
1. Taux de participation	Pourcentage de femmes ayant passé une mammographie de dépistage (calculé tous les 2 ans) en tant que proportion de la population admissible.	≥ 70 % de la population admissible (50-69 ans)
2. Taux de fidélisation	Pourcentage estimé de femmes qui passent un nouvel examen de dépistage dans les 30 mois qui suivent l'examen précédent.	≥ 75 % de dépistage subséquent dans les 30 mois (50-69 ans)
3. Taux de rappel pour anomalie	Pourcentage de femmes ayant passé un 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) (50-69 ans) < 5 % (dépistage subséquent) (50-69 ans)
4. Taux de détection d'un cancer infiltrant	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 au dépistage initial (50-69 ans) > 3 pour 1 000 lors des dépistages subséquents (50-69 ans)
5. Taux de détection du carcinome in situ	Nombre de femmes chez lesquelles on a détecté un carcinome canalaire in situ (au lieu d'un cancer infiltrant) durant un épisode de dépistage pour 1 000 femmes examinées.	À des fins de surveillance uniquement
6. Respect du délai diagnostique	Pourcentage de femmes dont le processus de suivi à la suite d'une anomalie au dépistage a été mené à bien dans les 5 à 7 semaines suivant la date du dépistage.	≥ 90 % dans les 5 semaines si aucune biopsie ouverte n'est effectuée (50-69 ans) ≥ 90 % dans les 7 semaines si une biopsie ouverte est effectuée (50-69 ans)
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 in situ) après le bilan diagnostique.	≥ 5 % (dépistage initial) (50-69 ans) ≥ 6 % (dépistage subséquent) (50-69 ans)
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 subséquent combinés) (50-69 ans)
9. Taille de la tumeur invasive	Pourcentage de tumeurs invasives dont la taille est ≤ 10 mm dans son plus grand diamètre, selon les meilleures données dont on dispose : 1) anatomopathologiques, 2) radiologiques, 3) cliniques.	> 25% ≤ 10 mm (âge 50-69)

Tableau 2 *suite*
**Programmes de dépistage du cancer du sein au Canada –
mesures de la performance et objectifs**

Indicateur	Définition	Objectif
10. Envahissement ganglionnaire dans les cas de cancer infiltrant	Proportion de cancers infiltrants avec envahissement des ganglions lymphatiques.	< 30 % avec envahissement ganglionnaire (50-69 ans)
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 et 24 mois suivant la date du dépistage.	< 6 pour 10 000 années-personnes (dans les 12 mois, 50-69 ans) < 12 pour 10 000 années-personnes (dans les 24 mois, 50-69 ans)

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.

Nota : Tableau adapté du rapport intitulé Déterminants de la qualité des programmes organisés de dépistage du cancer du sein.

après de sources externes, ce qui complique le processus d'évaluation. De nombreux programmes, mais pas tous, ont des liens informatisés directs avec les registres provinciaux ou territoriaux du cancer dans le but d'obtenir des données sur l'issue des cancers. Pour compliquer davantage le processus d'évaluation, certains programmes ont de la difficulté à obtenir rapidement les données des registres.

La Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein est un système national de surveillance du dépistage du cancer du sein qui renforce la collaboration en matière de surveillance et d'évaluation des programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada.

Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein

La Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein (BDCDCS) est un système national de surveillance du dépistage du cancer du sein qui renforce la collaboration en matière de surveillance et d'évaluation des programmes organisés 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 Santé Canada. La BDCDCS s'inscrit dans le prolongement de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS), elle est gérée par le Comité de gestion de la base de données (annexe 1) et est mise en application par le Sous-comité de soutien technique de la base de données (annexe 2).

Un protocole d'entente a été signé entre le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques et 11 des programmes organisés de

dépistage. Ce protocole explique clairement les questions de propriété, d'accès, de responsabilité et de confidentialité des données versées dans la BDCDCS. Ces données permettent de produire des statistiques nationales, de comparer les données d'une province à l'autre et à l'échelle internationale et fournissent une mine de renseignements pour les activités de recherche. Les priorités pour les recherches effectuées à partir de la BDCDCS sont définies de façon continue.

La BDCDCS abrite actuellement des données sur le dépistage depuis la création des programmes jusqu'à la fin de 2000 pour les dix provinces : Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Québec, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador. 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 un programme organisé.

Pour plus de renseignements sur les données recueillies, prière de consulter les documents *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada : rapport de 1996* (http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/obcsp-podcs/index_f.html) et *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada : rapport de 1997 et 1998* (http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/obcsp-podcs98/index_f.html).

RÉSULTATS DE 1999 ET 2000

Le présent rapport fournit des statistiques choisies pour les années civiles 1999 et 2000 établies à l'aide des données versées dans la BDCDCS jusqu'à novembre 2002. Sauf indication contraire, les statistiques sommaires pour tous les programmes incluent les données provenant des dix provinces.

Participation aux programmes de dépistage

La participation aux programmes organisés de dépistage du cancer du sein continue d'augmenter, mais à un rythme beaucoup moins rapide que durant les années précédentes. Entre 1999 et 2000, le volume de dépistage annuel dans l'ensemble du Canada n'a connu une hausse que de 6,7 %, hausse beaucoup plus faible que celle observée entre 1998 et 1999 et la plus petite enregistrée depuis la création des programmes de dépistage organisés au Canada (tableau 3). Les taux de participation de la population admissible sont aussi demeurés stables, toutes les provinces ayant affiché une faible augmentation à l'exception de l'Alberta (qui a connu une faible diminution) et de la Saskatchewan (où la participation est demeurée pratiquement la même qu'en 1997 et en 1998). À l'heure actuelle, aucun des programmes n'a atteint les objectifs de performance nationaux au chapitre de la participation. Selon les données auto-rapportées de 2000-2001, qui incluent les dépistages hors programme effectués dans le secteur privé, le taux de participation est estimé à 64,7 %. Malgré la surestimation inhérente aux données auto-déclarées, ce chiffre est en deçà de l'objectif de participation de 70 % qui s'applique aux femmes de 50 à 69 ans (figure 4).

La stabilité du volume d'examen de dépistage et des taux de participation donne à penser que les programmes ont atteint les limites de leur capacité à recruter d'autres femmes. De plus, les programmes ne disposent pas tous des ressources qui leur permettraient de joindre toutes les femmes de la population cible, ce qui constitue un autre obstacle. L'élargissement des programmes organisés de dépistage du cancer du sein et la réorientation des ressources en vue du recrutement des femmes faisant partie du groupe d'âge cible élimineraient certains

La participation aux programmes organisés de dépistage du cancer du sein continue d'augmenter, mais à un rythme beaucoup moins rapide que durant les années précédentes. À l'heure actuelle, aucun des programmes n'a atteint les objectifs de performance nationaux d'au moins 70 % au chapitre de la participation.

Tableau 3
Nombre annuel d'examens de dépistage selon le programme —
1988 à 2000, tous les âges

Année	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc ^a	N.-B. [†]	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.	Canada
1988	4 475	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4 475
1989	9 371	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9 371
1990	22 985	616	6 355	—	590	—	—	—	—	—	30 546
1991	55 884	5 873	14 305	—	15 380	—	—	1 877	—	—	93 319
1992	83 969	15 442	15 778	—	40 295	—	—	4 354	—	—	159 838
1993	104 380	16 146	26 057	—	45 541	—	—	4 891	—	—	197 015
1994	123 879	15 372	25 540	—	55 480	—	—	8 461	—	—	228 732
1995	150 248	14 170	29 603	2 671	58 287	—	5 853	12 491	—	—	273 323
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	189 966	18 898	34 095	23 454	98 604	43 775	25 645	25 459	—	5 521	465 417
1999	217 547	22 423	35 028	28 203	114 061	145 039	30 104	29 284	5 585	6 087	633 519
2000	223 607	21 763	35 337	28 564	138 340	152 150	31 056	35 258	6 271	6 790	679 257
Total	1 526 957	168 718	284 914	115 649	714 439	340 964	129 346	157 099	11 856	26 212	3 476 433

^a Bien que le Québec accepte des femmes de 40 à 49 ans et de 70 ans et plus sur recommandation de leur médecin lorsque le dépistage est effectué dans un centre du programme, les données concernant ces femmes ne sont pas comptabilisées.

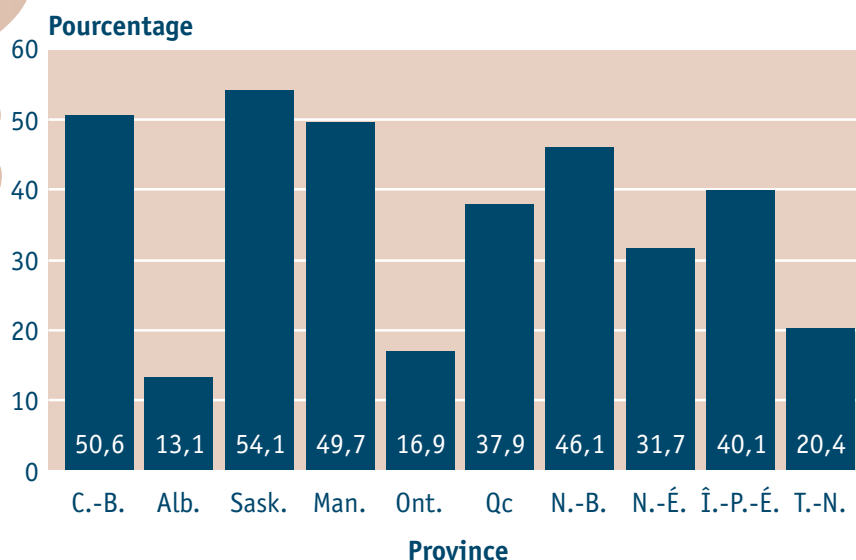
[†] Les données du Nouveau-Brunswick sont provisoires.

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

des obstacles actuels (p. ex. : listes d'attente de rendez-vous ou non-accès au dépistage organisé).

Pour l'heure, il semble exister une capacité additionnelle dans les systèmes de santé à l'extérieur des programmes organisés de dépistage du cancer du sein. Les comparaisons présentées aux figures 4 et 3 indiquent la différence entre la proportion de femmes qui obtiennent des services de dépistage par l'entremise des programmes organisés et celle des femmes qui déclarent avoir passé une mammographie par un autre moyen. Alors que certaines provinces offrent la plus grande partie de leurs services de dépistage par le biais des programmes organisés, les données nationales indiquent qu'une proportion considérable des examens de dépistage est effectuée hors du programme et dans plusieurs provinces, par des professionnels rémunérés par les femmes elles-mêmes. Cette situation est préoccupante, car ce type de mammographie de dépistage est pratiqué de façon ponctuelle sans ciblage ni rappel des femmes qui seraient le plus à même de bénéficier d'un dépistage

Figure 3
**Proportion des femmes de 50 à 69 ans qui ont
 participé à un programme provincial de dépistage
 du cancer du sein en 1999 et 2000**



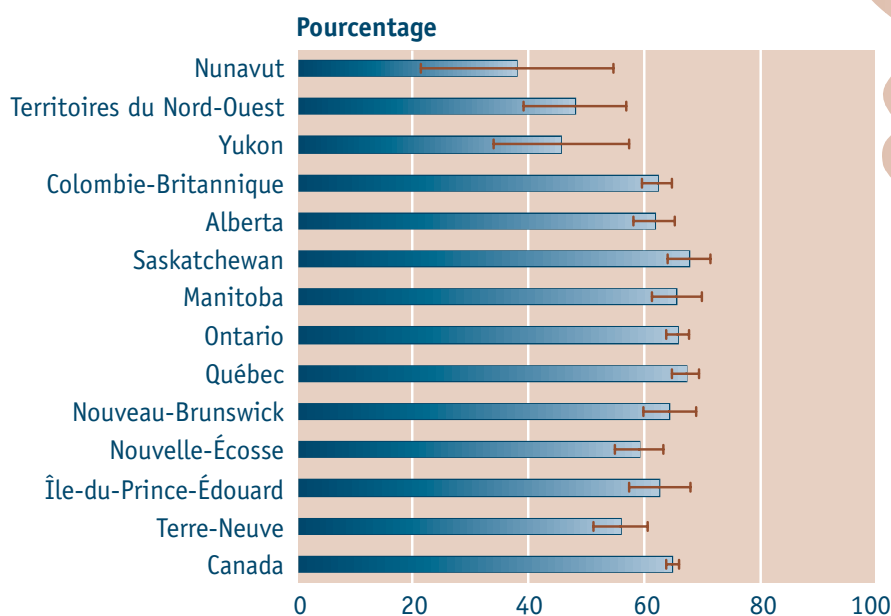
Source : Les valeurs des dénominateurs proviennent des données de Statistique Canada.
 Nota : Les estimations de la population en 1999 et 2000 représentent une moyenne.

mammographique. Les programmes organisés de dépistage veillent au contrôle de la qualité du processus de dépistage et surveillent les indicateurs intérimaires afin de déterminer si le programme est sur la voie d'obtenir une réduction de la mortalité par cancer du sein dans la population.

En 1999 et 2000, le pourcentage de l'ensemble des examens de dépistage effectués chez les femmes de 50 à 69 ans variait, selon la province, de 50,3 % à 100 % (figure 5). Certains programmes ciblent également les femmes de 40 à 49 ans et de 70 ans et plus. Le pourcentage de l'ensemble des examens de dépistage pratiqués en 1999 et 2000 atteignait 36,6 % chez les femmes de 40 à 49 ans et 20,4 % chez les femmes de 70 ans et plus. Cependant, en raison de la multiplication des données qui remettent en cause la valeur du dépistage chez les femmes de moins de 50 ans et de l'incapacité générale à atteindre les objectifs de recrutement chez les femmes de 50 à 69 ans, les programmes sont en train de revoir leurs politiques concernant le recrutement actif des femmes qui ne font pas partie du groupe d'âge cible.

Figure 4

Proportion des femmes de 50 à 69 ans qui ont déclaré avoir passé une mammographie* au cours des deux années précédentes, selon la province, Enquête nationale sur la santé de la population 2000-2001



Source : Fichier commun Enquête nationale sur la santé de la population, Santé Canada, 2000-2001.
* À l'exclusion des mammographies diagnostiques.

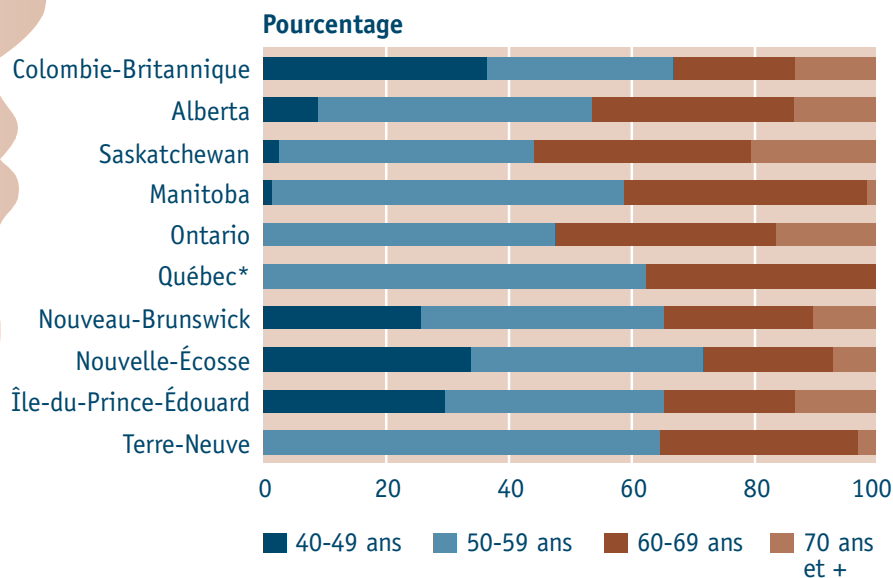
Recrutement et fidélisation

Les programmes organisés de dépistage du cancer du sein encouragent la participation en mettant en œuvre différentes méthodes de recrutement. Tous les programmes envoient des lettres d'invitation afin de prendre contact avec au moins une partie de leur population cible. Cependant, les programmes n'ont pas tous accès à des listes de noms, ce qui pourrait abaisser le taux de participation. Le recrutement se fait aussi d'autres manières : femmes référées par leur médecin, campagnes médiatiques et femmes qui se présentent d'elles-mêmes. De nombreux programmes font des efforts de recrutement spéciaux pour atteindre les collectivités mal desservies¹².

Plus de la moitié des examens de dépistage effectués en 1999 et 2000 (la proportion variant de 6,4 % à 86,0 %), était en fait des examens de dépistage subséquents (figure 6). Bien que la maturité des programmes semble être le facteur qui influe le plus sur la proportion des examens

Le maintien de la participation des femmes au programme n'est pas seulement important pour la réussite du dépistage à l'échelle de la population, il constitue également un indicateur de l'acceptabilité du dépistage pour les femmes. En 1999-2000, 76,5 % des femmes ont passé un nouvel examen dans les 30 mois – taux qui dépasse l'objectif national de 75 %.

Figure 5
Répartition par âge des dépistages effectués
dans le cadre d'un programme, selon la province,
années de dépistage 1999 et 2000



* Bien que le Québec accepte des femmes de 40 à 49 ans et de 70 ans et plus sur recommandation de leur médecin lorsque le dépistage est effectué dans un centre du programme, les données concernant ces femmes ne sont pas comptabilisées.

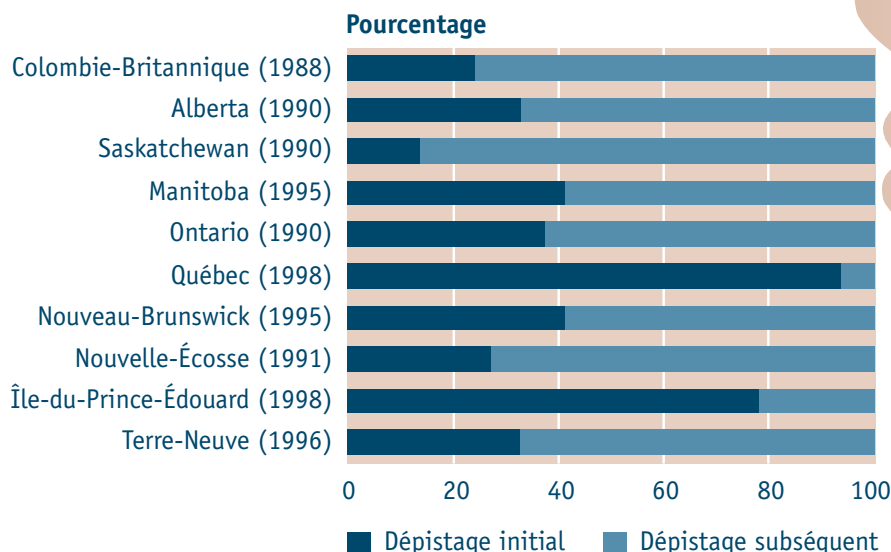
de dépistage initial par rapport aux examens subséquents, la distribution de la population selon l'âge, les efforts de recrutement et les stratégies d'expansion pourraient aussi influencer sur cette proportion.

La probabilité qu'une femme passe un nouvel examen de dépistage dans les 30 mois est demeurée stable (figure 7). Le taux de fidélisation des femmes âgées entre 50 et 69 ans (76,5 %) dépasse l'objectif national, qui était fixé à au moins 75 %. Le taux de fidélisation relativement faible relevé chez les femmes de 40 à 49 ans pourrait s'expliquer par la plus grande proportion d'examens de dépistage initial dans ce groupe d'âge ainsi que par le ciblage limité au moyen de matériel promotionnel, par des politiques confuses concernant l'admissibilité au dépistage et le rappel, par la nature moins probante des données scientifiques concernant les bienfaits du dépistage chez les femmes de ce groupe d'âge et par les possibilités de dépistage opportuniste.

On a remarqué un « glissement » plus important (tendance à l'allongement de l'intervalle entre les épisodes de dépistage¹³) chez les femmes ayant passé un examen de dépistage en 1996 et 1997

Figure 6

Distribution du dépistage initial et du dépistage subséquent dans le cadre d'un programme chez les femmes de 40 ans et plus, selon la province, années de dépistage 1999 et 2000



Nota : Les nombres entre parenthèses représentent l'année de lancement du programme.

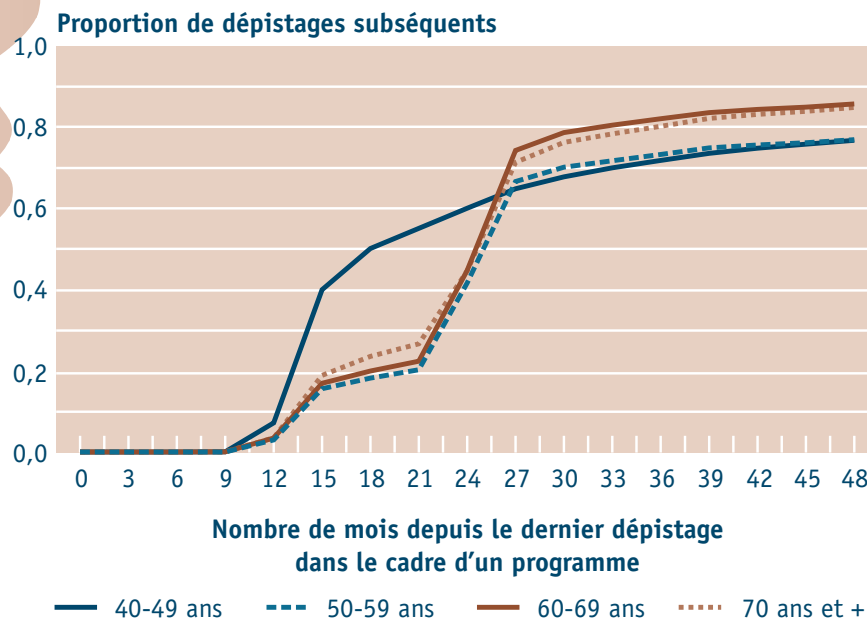
comparativement à celles examinées en 1994 et 1995. Cette tendance pourrait s'expliquer par la plus grande maturité des programmes : plus nombreuses sont les femmes qui se représentent pour passer un nouvel examen dans un programme fonctionnant presque à pleine capacité, plus il y a de possibilités de délai avant d'obtenir un rendez-vous.

Résultats du dépistage

Bien qu'on reconnaisse que la mammographie et l'examen clinique des seins (ECS) ne soient pas des méthodes parfaites, les programmes organisés ont pour mission de s'assurer que tous les cancers du sein sont dépistés chez les femmes asymptomatiques tout en réduisant au minimum le nombre de femmes en bonne santé qui doivent subir des examens d'investigation diagnostique.

Les taux de rappel pour anomalie après un premier dépistage sont normalement élevés reflétant la prévalence du cancer chez les femmes non déjà examinées. Les taux de rappel pour anomalie diffèrent peu

Figure 7
Probabilité cumulative de dépistage subséquent
dans le cadre d'un programme, selon le groupe d'âge,
années de dépistage 1996 et 1997



Nota : Données de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve.

Les programmes cherchent à réduire au minimum le nombre de femmes en bonne santé qui doivent subir des examens de suivi.

Toutefois, en 1999-2000, les taux de rappel pour anomalie détectée suivant un dépistage initial et subséquent ont légèrement dépassé leurs objectifs respectifs de moins de 10 % et de moins de 5 %.

d'un groupe d'âge à l'autre, variant de 9,9 % à 11,9 % pour les dépistages mammographiques initiaux (tableau 4). Ces chiffres pourraient cependant avoir un lien avec l'accessibilité au dépistage mammographique hors programmes. Une proportion des femmes qui passent un examen « initial » dans le cadre du programme a déjà passé une mammographie auparavant. Pour les dépistages subséquents effectués moins de 2,5 ans après le dépistage précédent, le taux de rappel pour anomalie était substantiellement plus faible, s'établissant entre 5,5 % et 7,0 % (tableau 4). Le taux plus faible pourrait témoigner de l'utilité de disposer des mammographies antérieures pour la comparaison, du risque moins élevé de survenue d'un cancer entre les épisodes de dépistage ou de ces deux facteurs. Le taux de rappel pour anomalie pour les dépistages subséquents effectués au moins 2,5 ans après le dépistage précédent se rapproche des taux obtenus pour les dépistages initiaux, ce qui souligne l'importance de se présenter au dépistage subséquent dans les délais prescrits. Cette tendance est semblable aux résultats présentés dans le rapport de 1997 et 1998².

Tableau 4
Taux de rappel pour anomalie selon le mode de détection
et le groupe d'âge, années de dépistage 1999 et 2000

Mode de détection	40-49 %	50-59 %	60-69 %	70+ %	Tous âges %
Anomalie détectée à la mammographie ^a					
Dépistage initial	11,9	11,7	10,4	9,9	11,3
Dépistage subséquent	5,5	6,0	5,7	5,1	5,7
Anomalie détectée à l'ECS ^{bc}					
Dépistage initial	2,1	5,0	4,5	5,0	4,6
Dépistage subséquent	1,4	3,8	3,7	4,0	3,6
Anomalie détectée, sans égard pour le mode de détection					
Dépistage initial	12,0	12,5	11,1	11,2	12,0
Dépistage subséquent	5,5	7,0	6,9	6,2	6,6

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

^b Les chiffres ne tiennent pas compte de la mammographie ni de son résultat.

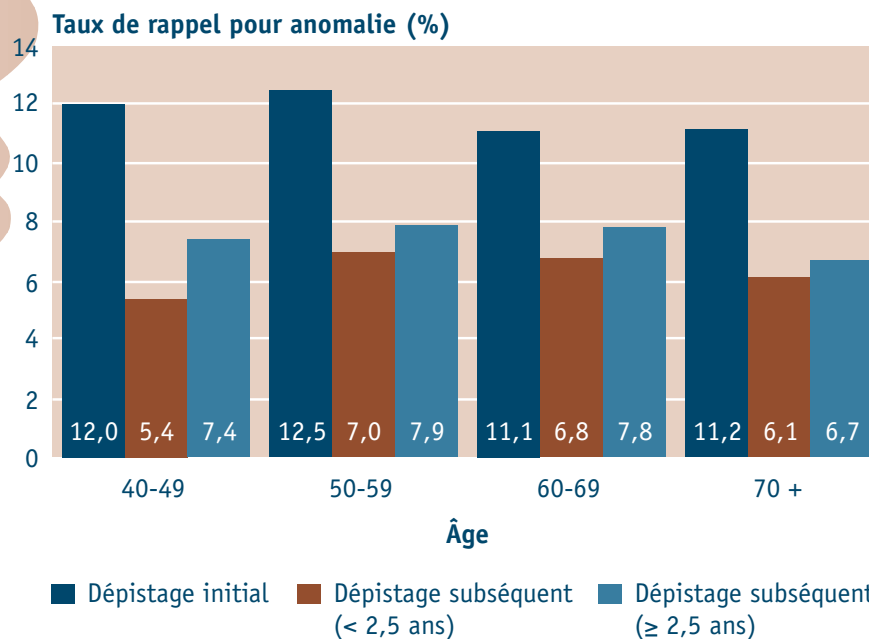
^c Toutes les provinces offrent la mammographie; le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse, l'île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve offrent aussi l'examen clinique des seins (ECS).

Chez les femmes appartenant au groupe d'âge ciblé, les taux de rappel pour anomalie après un dépistage initial et un dépistage subséquent sont légèrement supérieurs aux objectifs nationaux, qui fixent à moins de 10 % et à moins de 5 % respectivement le nombre de dépistages initiaux et de dépistages subséquents qui devraient être anormaux (voir le tableau 2). Cependant, plusieurs programmes canadiens ont recours à la fois à l'ECS et à la mammographie. Chez les femmes de 50 à 69 ans, on a remarqué que l'inclusion de l'ECS comme méthode de dépistage augmente les taux de rappel pour anomalie dans une proportion pouvant atteindre 58 % par rapport aux taux observés lorsque la mammographie est la seule modalité de détection¹⁴.

Investigations diagnostiques

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. Lorsqu'une anomalie est décelée au dépistage, le programme avise les femmes et leur médecin de la nécessité de procéder à d'autres examens. Ce sont les médecins de famille qui, en majeure partie, coordonnent

Figure 8
Taux de rappel pour anomalie* selon le groupe d'âge, années de dépistage 1999 et 2000



* Comprend la mammographie et l'examen clinique des seins comme modalités de dépistage.

[†] Chez la moitié des femmes qui ont passé un examen subséquent 2,5 ans ou plus après le dépistage précédent, l'examen a eu lieu dans les trois ans.

On privilégie de plus en plus le recours aux techniques les moins effractives avant de procéder à une biopsie chirurgicale ouverte. Par conséquent, le ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes pour la biopsie ouverte est bien en deçà de l'objectif canadien, qui est de 2:1

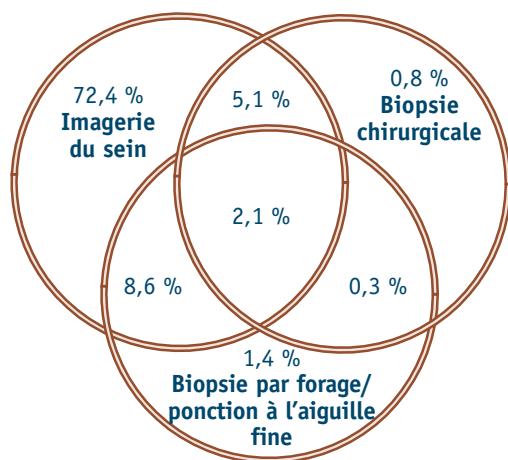
le suivi. Comme le dépistage mammographique est offert aux femmes asymptomatiques et que le cancer du sein est absent chez la majorité des femmes présentant des anomalies au dépistage, il importe de réduire au minimum la crainte et l'anxiété associées aux examens complémentaires en offrant un suivi rapide et bien coordonné comportant uniquement le nombre nécessaire d'interventions. Pour cette raison, un certain nombre de programmes a commencé à élaborer des méthodes pour simplifier la prise de rendez-vous, faire le suivi des interventions et des résultats et fournir un support additionnel aux femmes durant le processus.

L'évaluation plus approfondie des résultats suspects ou douteux à l'issue d'un examen de dépistage du cancer du sein fait partie intégrante du dépistage. Pour que les programmes de dépistage réussissent à réduire la mortalité par cancer du sein dans la population, une investigation diagnostique complète et rapide est nécessaire chez les femmes qui présentent une anomalie au dépistage. En 1999 et 2000, des

renseignements complets sur le suivi étaient disponibles pour plus de 90 % des femmes qui avaient obtenu un résultat anormal au dépistage. Parmi les femmes ayant passé un examen de dépistage, 10,4 % ont été invitées à subir des examens complémentaires. Pour chaque tranche de 100 femmes ayant obtenu des résultats anormaux au dépistage, environ six ont par la suite reçu un diagnostic de cancer.

Les examens 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 majorité des femmes de 50 à 69 ans (88,2 %) qui ont fait l'objet d'examens complémentaires ont passé un examen d'imagerie : soit une mammographie diagnostique, soit une échographie diagnostique, soit les deux. Chez 72,4 % des femmes de ce groupe d'âge, aucune évaluation supplémentaire n'a été nécessaire. La figure 9 indique les proportions de femmes qui ont subi chacune des interventions diagnostiques après un dépistage anormal.

Figure 9
Combinaisons d'examens diagnostiques après un dépistage anormal chez les femmes de 50 à 69 ans, années de dépistage 1999 et 2000



9,3 % des femmes n'ont subi aucun de ces examens.

Nota : Seuls les examens de dépistage initiaux dont le suivi a été effectué dans un délai de un an sont inclus dans les données du Québec.

Pour qu'il soit possible de poser un diagnostic final, un petit nombre de femmes peuvent devoir être vues en consultation chirurgicale ou subir une ponction à l'aiguille fine, une biopsie par forage ou une biopsie chirurgicale au besoin¹⁵. On privilégie de plus en plus le recours aux techniques les moins effractives avant de procéder à une biopsie chirurgicale ouverte. Comparativement aux données de 1997 et de 1998, le nombre de ponctions à l'aiguille fine réalisées est passé de 5,0 % à 4,7 % (tableau 5). En 1999 et 2000, 90,7 % des femmes de 50 à 69 ans ayant présenté une anomalie au dépistage n'ont pas eu à subir une biopsie chirurgicale pour obtenir un diagnostic. Pour chaque tranche de 100 femmes ayant subi une biopsie chirurgicale, environ 43 étaient atteintes du cancer. Le ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes pour la biopsie ouverte est donc de 1,3:1, ce qui est bien en deçà de l'objectif canadien, qui est de $\leq 2:1$ (tableau 2), et représente une amélioration par rapport au ratio de 1,6:1 obtenu en 1997 et 1998². Il est nécessaire de maintenir le taux de rappel pour anomalie et le ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à un niveau suffisamment bas afin d'éviter de provoquer une morbidité indue chez les femmes en bonne santé.

Tableau 5
Types d'intervention diagnostique après un dépistage anormal chez les femmes de 50 à 69 ans, années de dépistage 1999 et 2000

Intervention diagnostique	Modes de détection			
	Tous les modes de détection	Détection à la mammographie seulement	Détection à l'ECS seulement	Détection à la mammographie et à l'ECS
	Nombre ^a (%) Intervalle ^b	Nombre ^a (%)	Nombre ^a (%)	Nombre ^a (%)
Mammographie diagnostique	62 149 (71,5) 47,2-89,7	59 754 (78,9)	551 (6,7)	1 844 (62,4)
Échographie	40 620 (46,7) 27,9-67,2	35 825 (47,3)	2 850 (34,7)	1 945 (65,8)
Ponction à l'aiguille fine	4 105 (4,7) 0,1-10,7	3 285 (4,3)	523 (6,4)	297 (10,0)
Biopsie par forage	6 991 (8,0) 1,9-23,4	6 454 (8,5)	104 (1,3)	433 (14,6)
Biopsie ouverte avec ou sans localisation au harpon	7 246 (8,3) 0,0-13,1	6 144 (8,1)	516 (6,3)	586 (19,8)

^a Toutes provinces confondues.

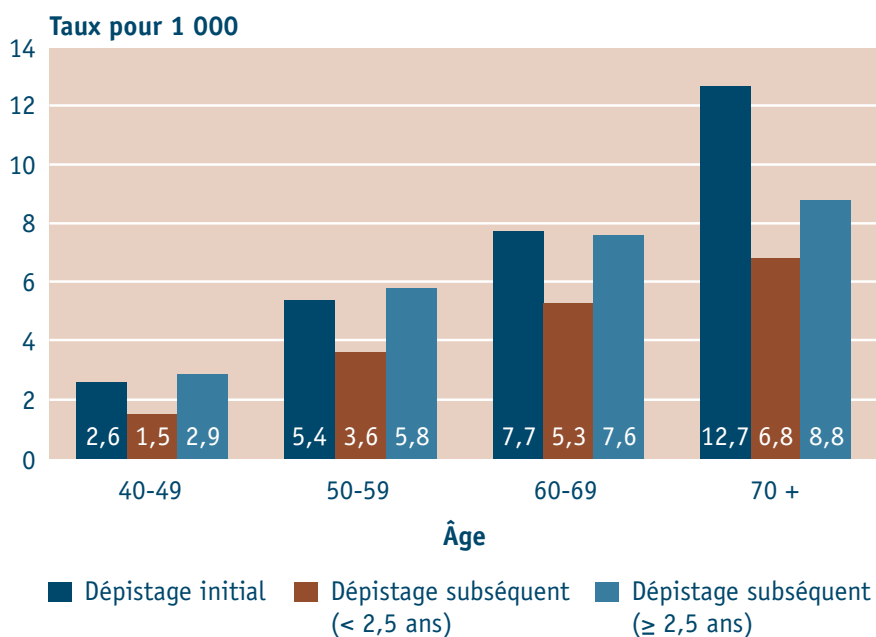
^b L'intervalle de variation entre les provinces est présenté en fonction du pourcentage de femmes dont les résultats étaient anormaux.

Nota : Seuls les examens de dépistage initiaux dont le suivi a été effectué dans un délai de un an sont inclus dans les données du Québec.

Détection du cancer

Le taux de détection du cancer est un indicateur utile pour l'évaluation des programmes lorsqu'on l'analyse par rapport au taux de rappel pour anomalie, au taux de détection de cancer après le dépistage et au taux d'incidence du cancer du sein qui serait attendu en l'absence du dépistage. 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 prévalait 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 du dépistage subséquent (figure 10). En outre, les taux sont généralement plus élevés chez les femmes qui ne passent pas l'examen de dépistage subséquent durant l'intervalle recommandé. La réalisation de l'examen clinique des seins entraîne une faible hausse des taux de détection du cancer (tableau 6). Toutefois, les gains sont faibles : l'ECS seul n'a permis de détecter

Figure 10
Taux de détection du cancer pour 1 000 dépistages, selon le groupe d'âge, années de dépistage 1999 et 2000



Nota : Seuls les examens de dépistage initiaux dont le suivi a été effectué dans un délai de un an sont inclus dans les données du Québec.

La prévention du décès par cancer du sein grâce au dépistage n'est possible que si on détecte les cancers à un stade précoce, avant qu'ils ne soient assez volumineux pour être palpables ou se propager. En 1999 et 2000, 38,0 % des cancers infiltrants détectés avaient un diamètre de moins de 10 mm et 75,7 % ne présentaient pas d'envahissement ganglionnaire.

que 4,6 % des cancers au dépistage initial et 5,9 % des cancers au dépistage subséquent¹⁴.

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. Lorsqu'on évalue la VPP d'un programme, il faut prendre en considération les facteurs qui influent sur le taux 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 (figure 11). De plus, l'augmentation de la prévalence des cancers s'accompagne généralement d'une hausse de la VPP. Pour ces deux raisons, l'allongement de l'intervalle (2,5 ans ou plus) avant le dépistage subséquent correspondait en général à une hausse de la VPP (figure 11). Alors que les taux de rappel pour anomalie différaient peu selon l'âge (tableau 4), la VPP augmentait avec l'âge, ce qui témoigne de l'accroissement du nombre de cas de cancer avec l'âge

Tableau 6
Taux de détection du cancer^a pour 1 000 examens de dépistage, selon le mode de détection et le groupe d'âge, années de dépistage 1999 et 2000

Mode de détection	40-49	50-59	60-69	70+	Tous âges
Anomalie détectée à la mammographie^b					
Dépistage initial	2,6	5,3	7,7	12,6	6,0
Dépistage subséquent	1,6	3,6	5,3	6,8	4,2
Anomalie détectée à l'ECS^{cd}					
Dépistage initial	1,0	2,0	2,4	6,1	2,3
Dépistage subséquent	0,9	1,4	1,9	2,5	1,7
Anomalie détectée, sans égard pour le mode de détection					
Dépistage initial	2,6	5,4	7,7	12,7	6,0
Dépistage subséquent	1,6	3,7	5,5	7,0	4,3

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

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

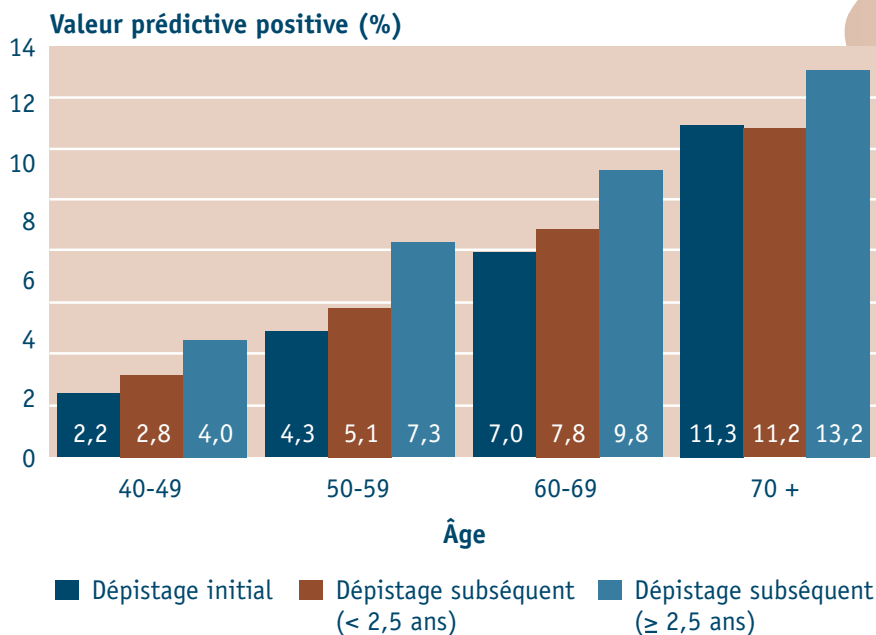
^c Les chiffres ne tiennent pas compte de la mammographie ni de son résultat.

^d Toutes les provinces offrent la mammographie; le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse, l'île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve offrent aussi l'examen clinique des seins (ECS).

Nota : Seuls les examens de dépistage initiaux dont le suivi a été effectué dans un délai de un an sont inclus dans les données du Québec.

Figure 11

Valeur prédictive positive du dépistage anormal, selon le groupe d'âge, années de dépistage 1999 et 2000



Nota : Seuls les examens de dépistage initiaux dont le suivi a été effectué dans un délai de un an sont inclus dans les données du Québec.

et confirme le pouvoir discriminatif amélioré des mammographies effectuées sur des seins moins denses.

En 1999 et 2000, les programmes de dépistage ont permis la détection de 6 463 cancers, parmi lesquels 79,8 % étaient des cancers infiltrants et 20,2 %, des carcinomes canauxiaux *in situ* (CCIS) (tableau 7). La proportion de cancers infiltrants détectés au dépistage augmentait avec l'âge. Aucune mesure de la performance n'a encore été établie pour les taux de détection du CCIS en raison de l'absence de consensus scientifique quant à l'interprétation de ces taux. Ils ne figurent dans le présent rapport qu'à des fins de surveillance.

La prévention du décès par cancer du sein grâce au dépistage mammographique n'est possible que si on détecte les cancers à un stade précoce, avant qu'ils ne soient assez volumineux pour être palpables ou se propager. 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 meilleur¹⁶. Près de 93,2 % des femmes atteintes d'un cancer du sein de stade I survivent pendant

Tableau 7
Caractéristiques des cancers détectés, selon le groupe d'âge,
années de dépistage 1999 et 2000

	40-49		50-59		60-69		70+		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nombre de cancers ^a										
Infiltrants	290	69,5	2 023	78,1	1 964	82,1	881	82,8	5 158	79,8
CCIS	127	30,5	567	21,9	428	17,9	183	17,2	1 305	20,2
Classification TNM ^b										
0 (<i>in situ</i>)	127	31,8	368	23,9	311	21,1	183	20,5	989	23,0
I	172	43,0	732	47,6	795	53,9	502	56,3	2 201	51,2
II	92	23,0	394	25,6	345	23,4	192	21,5	1 023	23,8
III+	9	2,2	43	2,8	24	1,6	14	1,6	90	2,1
Infiltrant (classe TNM manquante)	17		161		169		173		520	
Taille de la tumeur ^b (cancers infiltrants seulement)										
≤ 5 mm	32	11,6	129	10,3	117	9,2	78	9,1	356	9,7
6-10 mm	56	20,3	321	25,7	392	30,7	252	29,4	1 021	27,9
11-15 mm	82	29,7	338	27,1	371	29,1	259	30,3	1 050	28,7
16-20 mm	41	14,9	207	16,6	181	14,2	125	14,6	554	15,2
21+ mm	65	23,6	253	20,3	215	16,8	142	16,6	675	18,5
Taille inconnue	14		82		57		25		178	
Taille médiane (mm)	14		13		12		12		12	
Ganglions positifs ^b (cancers infiltrants seulement)										
0	194	73,5	850	72,5	926	78,8	597	83,3	2 567	77,1
1-3	50	18,9	239	20,4	190	16,2	96	13,4	575	17,3
4+	20	7,6	83	7,1	59	5,0	24	3,3	186	5,6
N ^{bre} inconnu ^c	26		158		158		164		506	

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

^b Les données du Québec ne sont pas incluses dans cette caractéristique.

^c Inclut les valeurs manquantes et les cas où aucun évidement n'a été effectué.

Nota : Seuls les examens de dépistage initiaux dont le suivi a été effectué dans un délai de un an sont inclus dans les données du Québec.

au moins cinq ans; les cancers de ce stade représentaient 50,7 % de tous les cancers détectés au dépistage (accompagnés d'une information complète sur la stadification) chez les femmes de 50 à 69 ans (tableau 7).

Plus le stade du cancer est avancé, plus le taux de survie est faible, car les tumeurs sont plus volumineuses, l'envahissement ganglionnaire est plus important et la probabilité de métastases à distance est plus grande. Entre 1994 et 1997, chez les femmes de 50 à 69 ans dans un cadre

canadien, le taux de survie relatif à cinq ans des cas de cancer de stade II était d'environ 83,2 %, d'un peu plus de 41,2 % chez les cas de cancer de stade III et de 15,3 % chez ceux de stade IV*. Élément clé de la stadification du cancer, la taille de la tumeur est un bon indicateur du pronostic (tableau 2). En 1999 et 2000, chez les femmes de 50 à 69 ans, 38,0 % des cancers infiltrants détectés dans le cadre d'un programme de dépistage avaient un diamètre ≤ 10 mm (tableau 8), et seulement 24,3 % des cas présentaient un envahissement ganglionnaire. Ces résultats dépassent les objectifs canadiens de performance, qui sont respectivement de 25 % et de 30 %.

Cancers détectés après le dépistage

L'objectif des programmes organisés de dépistage est de s'assurer qu'une forte proportion de femmes asymptomatiques atteintes du cancer du sein soit identifiée grâce au 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 »). Les cancers détectés après le dépistage qui sont diagnostiqués dans l'intervalle compris entre deux dépistages bisannuels doivent être suivis de près car ils constituent des indicateurs de la sensibilité du dépistage et du caractère adéquat de l'intervalle entre les dépistages^{17,18}. Un taux de détection élevé dans les 24 mois suivant un examen de dépistage est un signe que le programme de dépistage n'affiche pas l'efficacité voulue.

Tous les six mois au moins, les programmes de dépistage provinciaux qui font un suivi des cancers détectés après le dépistage consultent les registres provinciaux du cancer pour identifier les femmes qui ont déjà passé un examen de dépistage et sont porteuses de cancers décelés hors programme. Dans le cadre du processus de contrôle de la

Les cancers détectés après le dépistage qui sont diagnostiqués dans l'intervalle compris entre deux dépistages bisannuels doivent être suivis de près car ils constituent des indicateurs de la sensibilité du dépistage et du caractère adéquat de l'intervalle entre les dépistages.

* Gao R, Gaudette L. Division du contrôle et de la gestion des maladies chroniques, Santé Canada: communication personnelle, 2003.

Tableau 8
Sommaire des résultats du dépistage selon le programme, pour les femmes ayant
entre 50 et 69 ans au moment du dépistage, années de dépistage 1999 et 2000

Résultats	C.-B.	Alb.	Sask.	Man. ^a	Ont. ^a	Qc	N.-B. ^b	N.-É. ^c	Î.-P.-É. ^a	T.-N. ^a	Canada
Nombre de dépistages	221 518	34 306	54 228	55 216	210 681	297 160	38 344	38 060	6 754	12 505	968 772
Nombre de dépistages initiaux	44 563	10 736	7 439	22 399	83 540	278 119	12 949	7 676	5 270	4 189	476 880
Nombre de cancers ^{de}	1 008	190	248	332	1 172	1 707	162	179	28	62	5 088
Taux de participation (%)	50,6	13,1	54,1	49,7	16,9	37,9	46,1	31,7	40,1	20,4	30,2
Taux de fidélisation (%) ^f	78,4	68,9	77,8	73,6	79,1	N/A ^f	62,8	77,6	N/A ^g	73,6	76,5
Taux de rappel pour anomalie (%)											
Anomalie détectée à la mammographie ^h											
Dépistage initial	11,8	7,7	16,3	9,8	11,1	11,5	11,7	9,4	6,2	11,0	11,3
Dépistage subséquent	5,5	4,1	6,6	6,3	6,0	6,7	7,2	5,0	4,2	6,4	5,8
Anomalie détectée, sans égard pour le mode de détection											
Dépistage initial	11,8	7,7	16,3	11,3	14,7	11,5	11,7	9,6	6,2	16,1	12,0
Dépistage subséquent	5,5	4,1	6,6	7,5	9,6	6,7	7,2	5,2	4,2	12,6	7,0
Taux de détection du cancer infiltrant pour 1 000 dépistages ^d											
Cancer détecté à la mammographie ^h											
Dépistage initial	4,9	5,1	4,2	5,6	5,0	4,8	4,9	4,2	3,6	4,8	4,8
Dépistage subséquent	3,0	4,6	3,1	3,8	3,9	n.d.	3,0	3,1	2,7	3,5	3,4
Cancer détecté, sans égard pour le mode de détection											
Dépistage initial	4,9	5,1	4,2	5,7	5,2	4,8	4,9	4,2	3,6	5,0	4,9
Dépistage subséquent	3,0	4,6	3,1	4,0	4,3	n.d.	3,0	3,1	2,7	3,6	3,5
Taux de détection du carcinome <i>in situ</i> pour 1 000 dépistages ^d											
Dépistage initial	1,7	1,2	1,1	1,4	1,0	1,1	0,7	2,1	0,9	0,7	1,2
Dépistage subséquent	1,1	0,6	0,8	0,9	0,9	n.d.	0,5	1,2	n.d.	0,8	0,9
Respect du délai diagnostique (%)											
Sans biopsie ouverte, dans les 5 semaines	77,0	60,1	69,3	67,8	75,7	n.d.	68,3	82,8	80,8	65,2	73,3
Avec biopsie ouverte, dans les 7 semaines	40,6	25,0	29,3	32,8	53,9	n.d.	39,4	71,0	n.d.	28,0	45,6

Tableau 8 suite
Sommaire des résultats du dépistage selon le programme, pour les femmes ayant entre 50 et 69 ans au moment du dépistage, années de dépistage 1999 et 2000

Résultats	C.-B.	Alb.	Sask.	Man. ^a	Ont. ^a	Qc	N.-B. ^b	N.-É. ^c	Î.-P.-É. ^a	T.-N. ^a	Canada
Valeur prédictive positive (%) ^{de}											
Cancer détecté à la mammographie ^h											
Dépistage initial	5,6	8,2	3,5	7,1	5,4	5,4	4,8	6,7	7,4	5,0	5,5
Dépistage subséquent	7,3	12,5	6,6	7,8	8,0	n.d.	5,0	8,6	6,4	6,9	7,6
Cancer détecté, sans égard au mode de détection											
Dépistage initial	5,6	8,2	3,5	6,3	4,2	5,4	4,8	6,5	7,4	3,6	5,2
Dépistage subséquent	7,3	12,5	6,6	7,0	5,4	n.d.	5,0	8,3	6,4	3,6	6,5
Ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie ouverte	1,4 : 1	1,2 : 1	1,7 : 1	2,4 : 1	1,1 : 1	n.d.	1,5 : 1	0,5 : 1	n.d.	3,0 : 1	1,3 : 1
Ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à biopsie par forage	1,4 : 1	1,3 : 1	1,3 : 1	2,7 : 1	1,9 : 1	n.d.	2,2 : 1	2,3 : 1	3,9 : 1	1,4 : 1	1,9 : 1
Taille de la tumeur infiltrante (% ≤ 10 mm ⁱ)	37,2	31,4	32,9	41,7	41,1	n.d.	32,6	38,7	22,2	28,6	38,0
Ganglions positifs, dans les cas de cancer infiltrant (%) ⁱ	22,7	28,2	26,5	30,5	22,9	n.d.	n.d.	23,9	22,2	30,0	24,3
Taux de cancer infiltrant détecté après le dépistage (pour 10 000 années-personnes) ^f											
Dans les 12 mois	7,5	5,4	n.d. ^j	4,5	5,1	n.d. ^g	n.d. ^h	n.d. ^k	n.d. ^g	4,1	6,0
Dans les 24 mois	9,9	12,5	n.d. ^j	7,8	9,4	n.d. ^g	n.d. ^{jk}	n.d. ^k	n.d. ^g	8,4	9,7

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

^b Les données du Nouveau-Brunswick sont provisoires.

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

^d Seuls les examens de dépistage initiaux dont le suivi a été effectué dans un délai de un an sont inclus dans les données du Québec.

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

^f Les données utilisées sont celles des années de dépistage 1996 et 1997.

^g Le programme a débuté après la période d'analyse.

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

ⁱ 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.

^j Le programme ne recueille aucune donnée sur les cancers détectés hors programme.

^k Les données sur les cancers détectés hors programme n'étaient pas disponibles pour l'analyse.

Seules 30,2 % des femmes admissibles ont participé au dépistage organisé à l'échelle nationale. Une participation accrue de la population cible aux programmes organisés permettra à plus de Canadiennes de profiter des bienfaits du dépistage.

qualité, lorsqu'un cancer est détecté après un dépistage, un radiologiste (et, dans certains cas, une technologue) 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 (tableau 2), 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 8), 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 que les données sur les cancers du sein soient complètes et à jour et qu'on soit sûr que les cancers détectés après le dépistage sont comptabilisés de la même manière. Un meilleur couplage des données avec celles des registres du cancer entraînera une hausse des taux de détection de cancers après le dépistage en raison des taux élevés de détermination des cas. Au Canada, les taux de détection de cancers après le dépistage pourraient varier en raison du dépistage effectué en marge des programmes, de l'examen clinique et de l'auto-examen des seins pratiqués entre les épisodes de dépistage et à cause de différences dans la classification de la fin d'un épisode de dépistage advenant une anomalie au dépistage.

Résumé des mesures de la performance

Les programmes organisés de dépistage ont pour objectif d'augmenter au maximum les bienfaits du dépistage en permettant la détection le plus tôt possible du plus grand nombre de cancers possible. Pour ce faire, ils doivent réduire au minimum les inconvénients en éliminant dans la mesure du possible l'investigation diagnostique chez les femmes qui ne sont pas atteintes du cancer. Pour que toute la population cible puisse profiter de ces bienfaits, les programmes de dépistage doivent tenter de joindre le plus grand nombre de femmes admissibles possible en encourageant au maximum la participation continue.

La capacité des programmes à apporter le maximum de bienfaits aux participantes est mesurée par certains indicateurs : taux de détection des cancers infiltrants, proportion de petits cancers infiltrants et proportion de cancers infiltrants qui ne se sont pas propagés aux ganglions lymphatiques. Les taux de détection des cancers infiltrants par la mammographie et le dépistage combiné (mammographie et/ou ECS) ont dépassé les objectifs de performance canadiens établis pour le dépistage subséquent, mais étaient juste sous le seuil fixé pour le dépistage initial. Les proportions de petits cancers infiltrants et de cancers infiltrants ne s'étant pas propagés aux ganglions lymphatiques se situaient largement dans les limites fixées (tableau 8). Le taux de cancers détectés après le dépistage révèle la sensibilité du dépistage. Dans les 12 mois suivant l'examen de dépistage, ce taux frôlait l'objectif canadien; dans les 24 mois, il correspondait largement à l'objectif. Bien que les cancers ne soient pas tous détectables par le dépistage, la mesure du taux de cancers détectés après le dépistage permet d'évaluer si le nombre de cancers non détectés demeure sous un seuil minimum.

Le taux de rappel pour anomalie, la valeur prédictive positive, le ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie ouverte et l'intervalle diagnostique sont des indicateurs de la capacité des programmes à réduire au minimum les inconvénients possibles du dépistage chez les participantes. Les taux de rappel pour anomalie après une mammographie ou toute autre modalité de dépistage ont dépassé les objectifs nationaux, qui sont de moins de 10 % et de moins de 5 %. Les valeurs prédictives positives correspondaient aux objectifs, tout comme les ratios tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie ouverte. À l'échelle nationale, 73,3 % des femmes qui n'ont pas eu à subir une biopsie chirurgicale ont reçu un diagnostic dans les cinq semaines et 45,6 % de celles qui ont dû se prêter à cet examen ont obtenu leur diagnostic dans les sept semaines. Aucun programme individuel n'a atteint l'objectif de 90 % au chapitre du respect du délai pour l'obtention du diagnostic.

Les programmes de dépistage doivent encore relever le défi de faire bénéficier toute la population ciblée des avantages du dépistage. Bien que la plupart des programmes aient enregistré une hausse de leur taux de participation en 1999 et 2000, seules 30,2 % des femmes admissibles ont participé au dépistage organisé à l'échelle nationale. Une participation accrue de la population cible aux programmes organisés permettra à plus de Canadiennes de profiter des bienfaits du dépistage. Le taux

de fidélisation, l'un des indicateurs de la performance, révèle que les programmes réussissent à maintenir la participation des femmes au programme de dépistage.

Le tableau 8 donne plus de détails sur les résultats obtenus chez les femmes du groupe cible par province. Les résultats provinciaux ne sont présentés que sous forme sommaire, étant donné qu'il est difficile de comparer la performance de tous les programmes. Le volume des examens de dépistage et, parmi ceux-ci, la proportion des examens initiaux varient considérablement d'une province à l'autre, selon l'ancienneté de chaque programme. Les méthodes de dépistage varient aussi selon les programmes : le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador offrent l'ECS en plus de la mammographie. Il en résulte des conséquences sur les taux de rappel pour anomalie et les taux de détection du cancer. Les variations provinciales des profils de facteurs de risque, du statut socio-économique et de la distribution selon l'âge des femmes pourraient aussi jouer un rôle dans la performance des programmes de dépistage.

Bien qu'il soit impossible de comparer la performance de chaque programme, les résultats présentés au tableau 8 illustrent certains des succès attribuables à des approches spéciales adoptées par les programmes. Dans l'ensemble, les taux de détection du cancer se comparent avantageusement aux objectifs canadiens de performance (tableau 2). Les VPP atteignaient leur sommet en Alberta et en Nouvelle-Écosse, provinces où les taux de rappel pour anomalie étaient les plus faibles. Les ratios tumeurs bénignes : tumeurs malignes ont diminué dans la plupart des programmes, ce qui a amélioré les ratios nationaux combinés. Le recours plus fréquent à la biopsie par forage guidée par l'imagerie a beaucoup réduit le recours à la chirurgie pour les lésions bénignes et présente l'avantage de mener plus rapidement à un diagnostic définitif. Bien qu'aucun programme n'ait atteint l'objectif fixé relativement à la rapidité du diagnostic, la Nouvelle-Écosse est celle qui a obtenu les meilleurs résultats. Parmi les raisons qui peuvent expliquer la plus grande rapidité affichée dans le programme de cette province, mentionnons l'usage plus fréquent de la biopsie par forage pour l'obtention d'un diagnostic histologique et le recours à des intervenants-pivots. Dans un certain nombre de programmes, l'adoption récente de méthodes de référence pour investigation plus simples tel

que la référence directe par le programme au nom du médecin de famille, ont amélioré considérablement la rapidité du diagnostic^{19,20}.

Le tableau 9 résume les résultats du dépistage par groupe d'âge. La plupart des examens de dépistage ont été effectués chez des femmes du groupe cible. Comme on s'y attendait, la proportion d'examens de dépistage initiaux était la plus élevée chez les femmes de 50 à 59 ans (53,7 %) et la plus basse chez les femmes de 70 ans et plus (20,2 %). Le taux de rappel pour anomalie variait peu entre les groupes d'âge. Le taux de détection du cancer augmentait avec l'âge, tout comme la VPP de la mammographie de dépistage. Les ratios tumeurs bénignes : tumeurs malignes étaient plus élevés chez les femmes de 40 à 49 ans, mais s'amélioraient avec l'âge. Les femmes plus âgées présentaient plus souvent des indicateurs de pronostic favorables (p. ex. : tumeur de petite taille, sans envahissement ganglionnaire).

Le tableau 10 résume les résultats du dépistage chez les femmes de 50 à 69 ans pour les cinq dernières années (1996, 1997, 1998, 1999 et 2000). Le nombre d'examens de dépistage et de cancers détectés s'est accru entre 1996 et 1999, moment où les nouveaux programmes ont commencé à fonctionner à pleine capacité. Cependant, de 1999 à 2000, l'augmentation a été minime, ce qui porte à croire que de nombreux programmes auraient atteint leur capacité maximale à recruter de nouvelles femmes. Par conséquent, la mammographie de dépistage dans le cadre d'un programme n'est potentiellement accessible qu'à 1,3 million de Canadiennes sur les quelque 3 millions ayant entre 50 et 69 ans. Les taux de rappel pour anomalie se sont accrus avec le temps à la fois après le dépistage initial et le dépistage subséquent; aussi, les objectifs de performance n'ont-ils pas été atteints, alors que les taux de détection du cancer sont demeurés stables. Ces données font ressortir la nécessité de consentir plus d'efforts pour s'assurer que le nombre de femmes en santé qui subissent des examens complémentaires sera réduit au minimum.

Tableau 9
Sommaire des résultats du dépistage, selon le groupe d'âge,
années de dépistage 1999 et 2000

Résultats	40-49	50-59	60-69	70+	Tous âges
Nombre de dépistages	208 881	581 760	387 012	132 623	1 310 276
Nombre de dépistages initiaux	79 256	312 751	164 129	26 838	582 974
Nombre de cancers ^{ab}	417	2 646	2 442	1 076	6 581
Taux de participation (%)	6,3	30,4	29,3	7,6	16,7
Taux de fidélisation (%) ^c	67,8	76,2	78,6	70,1	74,6
Taux de rappel pour anomalie (%)					
Anomalie détectée à la mammographie ^d					
Dépistage initial	11,9	11,7	10,4	9,9	11,3
Dépistage subséquent	5,5	6,0	5,7	5,1	5,7
Anomalie détectée, sans égard pour le mode de détection					
Dépistage initial	12,0	12,5	11,1	11,2	12,0
Dépistage subséquent	5,5	7,0	6,9	6,2	6,6
Taux de détection du cancer infiltrant pour 1 000 dépistages ^a					
Cancer détecté à la mammographie ^d					
Dépistage initial	1,9	4,1	6,3	11,0	4,7
Dépistage subséquent	1,1	2,7	4,2	5,4	3,3
Cancer détecté, sans égard pour le mode de détection					
Dépistage initial	1,9	4,1	6,3	11,1	4,7
Dépistage subséquent	1,1	2,8	4,3	5,5	3,4
Taux de détection du carcinome <i>in situ</i> pour 1 000 dépistages ^a					
Dépistage initial	0,8	1,1	1,3	1,6	1,1
Dépistage subséquent	0,5	0,9	1,0	1,3	0,9
Respect du délai diagnostique (%) ^e					
Sans biopsie ouverte, dans les 5 semaines	75,0	72,9	74,0	74,9	73,7
Avec biopsie ouverte, dans les 7 semaines	40,3	44,4	47,3	49,1	45,8
Valeur prédictive positive (%) ^{ab}					
Cancer détecté à la mammographie ^d					
Dépistage initial	2,2	4,6	7,4	12,8	5,3
Dépistage subséquent	3,0	6,1	9,4	13,3	7,5
Cancer détecté, sans égard au mode de détection					
Dépistage initial	2,2	4,3	7,0	11,3	5,0
Dépistage subséquent	2,9	5,3	7,9	11,3	6,6

Tableau 9 suite
Sommaire des résultats du dépistage, selon le groupe d'âge,
années de dépistage 1999 et 2000

Résultats	40-49	50-59	60-69	70+	Tous âges
Ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie ouverte ^e	3,1 : 1	1,7 : 1	1,0 : 1	0,6 : 1	1,3 : 1
Ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie par forage ^e	5,3 : 1	2,4 : 1	1,4 : 1	0,9 : 1	1,9 : 1
Taille de la tumeur infiltrante (% ≤ 10 mm) ^{ef}	31,9	36,1	39,9	38,6	37,7
Ganglions positifs, dans les cas de cancer infiltrant (%) ^{ef}	26,5	27,5	21,2	16,7	22,9
Taux de cancer infiltrant détecté après le dépistage (pour 10 000 années-personnes)^g					
Dans les 12 mois	4,7	5,8	6,3	6,1	5,8
Dans les 24 mois	6,3	9,3	10,1	9,5	9,1

^a Seuls les examens de dépistage initiaux dont le suivi a été effectué dans un délai de un an sont inclus dans les données du Québec.

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

^c Les taux de fidélisation sont calculés à partir des données de 1996 et 1997 provenant des provinces suivantes : Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve.

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

^e Les données du Québec ne sont pas déclarées pour cet indicateur.

^f 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.

^g Les taux de détection du cancer après le dépistage sont calculés à partir des données de 1996 et 1997 provenant des provinces suivantes : Colombie-Britannique, Alberta, Manitoba, Ontario et Terre-Neuve.

Tableau 10
Sommaire des résultats du dépistage par année chez les femmes ayant
entre 50 et 69 ans au moment du dépistage

Résultats	Année du dépistage				
	1996	1997	1998	1999	2000
Nombre de dépistages	215 415	246 429	328 126	466 682	502 090
Nombre de dépistages initiaux	83 627	92 316	154 936	247 941	228 939
Nombre de cancers ^{ab}	1 059	1 319	1 437	2 568	2 520
Taux de fidélisation (%) ^c	78,3	80,3	86,3	n.d.	n.d.
Taux de rappel pour anomalie (%)					
Anomalie détectée à la mammographie ^d					
Dépistage initial	8,8	9,1	10,2	11,2	11,4
Dépistage subséquent	4,6	5,0	5,4	5,8	5,8
Anomalie détectée, sans égard au mode de détection					
Dépistage initial	10,7	10,8	11,3	11,9	12,1
Dépistage subséquent	5,6	6,0	6,5	7,0	6,9
Taux de détection du cancer infiltrant pour 1 000 dépistages ^a					
Cancer détecté à la mammographie ^d					
Dépistage initial	4,9	5,5	5,0	4,9	4,7
Dépistage subséquent	3,4	3,5	3,2	3,5	3,3
Cancer détecté, sans égard au mode de détection					
Dépistage initial	5,0	5,6	5,1	5,0	4,7
Dépistage subséquent	3,4	3,7	3,3	3,6	3,4
Taux de détection du carcinome <i>in situ</i> pour 1 000 dépistages ^a					
Dépistage initial	1,1	1,2	1,4	1,2	1,1
Dépistage subséquent	0,7	0,8	0,8	0,9	0,9
Respect du délai diagnostique (%) ^e					
Sans biopsie ouverte, dans les 5 semaines	75,9	75,9	74,9	73,0	73,5
Avec biopsie ouverte, dans les 7 semaines	56,0	52,8	51,2	45,2	46,1
Valeur prédictive positive (%) ^{ab}					
Cancer détecté à la mammographie ^d					
Dépistage initial	6,8	7,4	6,2	5,6	5,3
Dépistage subséquent	8,9	8,7	7,4	7,7	7,5
Cancer détecté, sans égard au mode de détection					
Dépistage initial	5,7	6,3	5,5	5,3	5,0
Dépistage subséquent	7,4	7,5	6,3	6,5	6,4

Tableau 10 *suite*
**Sommaire des résultats du dépistage par année chez les femmes ayant
entre 50 et 69 ans au moment du dépistage**

Résultats	Année du dépistage				
	1996	1997	1998	1999	2000
Ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie ouverte ^e	1,5 : 1	1,5 : 1	1,6 : 1	1,4 : 1	1,2 : 1
Ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie par forage ^e	1,9 : 1	1,9 : 1	2,1 : 1	2,0 : 1	1,8 : 1
Taille de la tumeur invasive (% ≤ 10 mm) ^{ef}	37,3	37,5	38,6	38,6	37,4
Ganglions positifs, dans les cas de cancer invasif (%) ^{ef}	22,7	22,6	20,6	24,6	24,1
Taux de cancer invasif détecté après le dépistage (pour 10 000 années-personnes) ^g					
Dans les 12 mois	6,4	5,6	n.d.	n.d.	n.d.
Dans les 24 mois	9,4	9,9	n.d.	n.d.	n.d.

^a Seuls les examens de dépistage initiaux dont le suivi a été effectué dans un délai de un an sont inclus dans les données du Québec.

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

^c Les taux de fidélisation sont calculés à partir des données des provinces suivantes : Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve.

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

^e Les données du Québec ne sont pas déclarées pour cet indicateur.

^f 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.

^g Les taux de cancer détecté après le dépistage sont calculés à partir des données des provinces suivantes : Colombie-Britannique, Alberta, Manitoba, Ontario et Terre-Neuve.

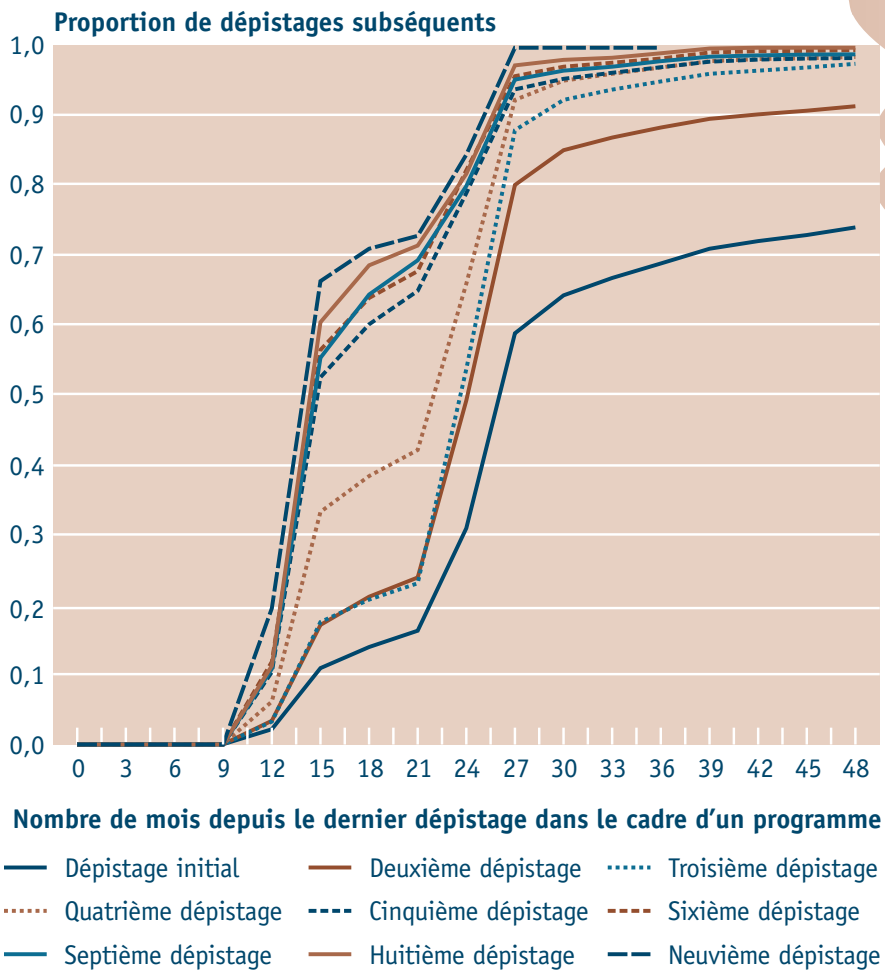


SUJET SPÉCIAL : FIDÉLISATION DES FEMMES AYANT PASSÉ UN EXAMEN DE DÉPISTAGE

Pour réduire la mortalité par cancer du sein, il est nécessaire de s'assurer que les femmes du groupe d'âge ciblé participent de manière continue et en temps opportun au dépistage, comme en font foi des essais comparatifs randomisés. Les bienfaits d'un seul examen de dépistage sont limités dans le temps et des cancers peuvent se développer même après plusieurs dépistages normaux. Le maintien de la participation des femmes au programme n'est pas seulement important pour la réussite du dépistage à l'échelle de la population, il est également un indicateur de l'acceptabilité du dépistage pour les femmes. En ce qui concerne le taux de fidélisation dans les programmes canadiens, on vise un dépistage subséquent chez au moins 75 % des femmes ayant passé l'examen lors du cycle précédent.

Bien que globalement les programmes atteignent ou dépassent constamment les objectifs de performance au chapitre de la fidélisation, la figure 12 indique que dans les programmes organisés de dépistage du cancer du sein canadiens, les femmes sont plus nombreuses à abandonner après leur premier examen de dépistage : le taux de fidélisation après un intervalle de 30 mois entre le premier et le deuxième dépistage est de 64 %, comparativement à un niveau de 85 % à 99 % lors des cycles suivants. Cette tendance s'observe dans tous les programmes et sous-entend que les efforts pour inciter les femmes à se représenter aux dépistages subséquents devraient viser celles qui participent au programme pour la première fois. À cet égard, on a évalué le rôle de quatre facteurs qui pourraient influencer sur la probabilité de participation à un deuxième examen de dépistage dans les 30 mois chez des femmes de 50 à 69 ans ayant passé un examen de dépistage en 1996 ou 1997. Les quatre facteurs étaient les suivants : antécédents familiaux de

Figure 12
Probabilité cumulative de dépistage subséquent
dans le cadre d'un programme, selon le cycle
de dépistage, années de dépistage 1996 et 1997



Nota : Données de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve.

cancer du sein, résultat faussement positif au dépistage mammographique initial, recommandation de suivi annuel et âge.

En général, les femmes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein étaient plus nombreuses à passer un deuxième examen de dépistage. Selon le programme, la probabilité de retour dans les 30 mois était de 2 % à 48 % plus élevée chez les femmes ayant des antécédents familiaux que chez celles n'en ayant pas. D'autres études ont montré

que les antécédents familiaux de cancer du sein sont un facteur fréquemment cité comme étant associé à une augmentation de la probabilité de participation à un dépistage subséquent et à une fréquentation à long terme du programme²¹⁻²⁴.

Chez les femmes qui ont été référées pour subir des examens complémentaires après leur examen de dépistage initial, mais qui n'ont pas obtenu un diagnostic de cancer du sein (faux positifs), la probabilité de retour pour un deuxième examen de dépistage dans les 30 mois était de 8 % à 56 % inférieure, selon le programme. Ces résultats vont à l'encontre de ceux obtenus dans la plupart des études, qui indiquent une probabilité (égale ou supérieure) de retour (ou une intention de retourner) pour un deuxième dépistage chez les femmes ayant déjà obtenu des résultats faussement positifs^{23,25-32}. Toutefois, dans deux études, on a observé une probabilité réduite de retour pour un nouvel examen de dépistage chez les femmes ayant obtenu des résultats faussement positifs^{33,34}. On ignore cependant si la décision d'abandonner le programme résulte d'une expérience négative liée au dépistage, d'un suivi clinique continu ou du choix des clientes de se faire suivre dans le secteur privé. Ces résultats concernant le dépistage subséquent font ressortir la nécessité d'un suivi bien coordonné qui permette de réduire l'anxiété et les examens complémentaires inutiles. Une étude récente menée par le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein a révélé que dans les centres de dépistage offrant des services d'évaluation intégrés, la participation au dépistage subséquent était plus élevée chez les femmes ayant déjà obtenu des résultats faussement positifs au dépistage³⁵.

On n'a observé aucune tendance constante dans les programmes relativement au degré de fidélité après 30 mois des femmes à qui on avait recommandé de passer un examen de dépistage subséquent après un an plutôt qu'après deux ans. En Saskatchewan et en Alberta, les femmes qui ont fait l'objet d'une telle recommandation étaient moins nombreuses à subir un nouvel examen de dépistage; à Terre-Neuve-et-Labrador et en Ontario, elles étaient plus nombreuses; et au Manitoba, aucune différence n'a été relevée. De même, l'influence de l'âge variait selon les programmes. Les femmes plus âgées (65 ans et plus) étaient plus nombreuses à passer un nouvel examen dans les 30 mois à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, en Ontario, au Manitoba et en Alberta, alors

qu'en Saskatchewan, ce sont les femmes plus jeunes (de 50 à 54 ans) qui étaient les plus nombreuses à le faire. En Colombie-Britannique, ce sont les femmes de 55 à 64 ans qui se prêtaient en plus grand nombre à un nouveau dépistage.

Bien que les facteurs examinés donnent certaines indications concernant les éléments vers lesquels il conviendrait d'orienter les efforts pour améliorer le taux de fidélisation, des études approfondies au sein des programmes sont nécessaires. Par ailleurs, les taux de fidélisation variaient beaucoup d'un programme à l'autre, ce qui témoigne de la nécessité de prendre en considération les différents environnements dans lesquels s'insèrent les programmes de dépistage. Par exemple, les trois programmes de dépistage les plus anciens affichaient les plus faibles taux de fidélisation après 30 mois entre le premier et le deuxième examen de dépistage (54,0 % à 60,0 %), alors que les deux programmes les plus récents enregistraient les taux les plus élevés (72,8 % à 74,1 %). Il en ressort que les problèmes de capacité pourraient entraîner une réduction du taux de fidélisation dans les programmes matures. En revanche, les efforts visant à promouvoir le dépistage pourraient être accrus dans les endroits où les programmes de dépistage ont été mis en œuvre depuis peu. Par ailleurs, certains programmes doivent constamment faire face à la concurrence du secteur rémunéré à l'acte par les femmes elles-mêmes.



RÉSUMÉ ET PERSPECTIVES D'AVENIR

Les mesures et les objectifs de performance établis permettent d'identifier des moyens possibles d'amélioration de 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 de référence pour investigation et la rapidité de l'investigation diagnostique.

Les mesures et les objectifs de performance établis permettent d'identifier des moyens possibles d'amélioration de la qualité des programmes organisés de dépistage. L'évaluation actuelle souligne trois domaines vers lesquels il conviendrait d'orienter les efforts à venir : la capacité, les pratiques en matière de référence pour investigation et la rapidité de l'investigation diagnostique.

Aucun des programmes n'a atteint l'objectif de performance correspondant à un taux de dépistage d'au moins 70 % de la population cible. Ce résultat semble indiquer que les provinces sont en train d'atteindre les limites de leur capacité à recruter d'autres femmes. Une plus grande détermination à favoriser le dépistage chez les femmes par le biais des programmes organisés de dépistage du cancer du sein et l'affectation de ressources additionnelles pour recruter les femmes du groupe cible pourraient éliminer des obstacles tels que les attentes de rendez-vous et le non-accès. Un autre moyen envisageable serait de revoir les politiques concernant le dépistage chez les femmes qui ne font pas partie du groupe d'âge cible afin d'augmenter la capacité d'accueil des femmes les plus susceptibles de bénéficier du dépistage.

Bien que l'indicateur de performance concernant la fidélisation démontre que les programmes réussissent à maintenir la participation des femmes qui font actuellement partie du programme de dépistage, une analyse plus approfondie porte à croire que le taux de fidélisation est beaucoup plus faible chez les femmes dont la participation au programme débute. Il est essentiel d'augmenter le taux de fidélisation chez ces femmes en raison des bienfaits peu importants résultant d'un seul examen de dépistage.

Durant la période visée par le présent rapport, les taux de rappel pour anomalie n'ont pas atteint les objectifs de performance attendus. Dans le cadre d'un projet en cours (Pan-Canadian Study of Radiologist Reading Volumes), on s'attaque au problème en tentant de déterminer

le nombre de mammographies qu'un radiologiste devrait interpréter chaque année pour que le taux de détection du cancer soit le plus élevé possible et que les taux de rappel pour anomalie se maintiennent à un niveau modéré. Cependant, d'autres facteurs qui jouent un rôle dans les taux élevés de rappel pour anomalie méritent qu'on s'y attarde. L'augmentation de la proportion de femmes qui attendent plus de 30 mois pour passer un nouvel examen de dépistage provoquera une hausse des taux de rappel pour anomalie, phénomène lié lui aussi au problème de capacité. L'ECS élève également les taux de rappel pour anomalie, mais ne contribue que faiblement à la détection précoce du cancer du sein.

Bien que la rapidité de l'investigation diagnostique semble avoir diminué entre 1996 et 2000, plusieurs programmes ont fait des progrès remarquables dans l'accélération de l'investigation diagnostique après une anomalie au dépistage. Une évaluation plus approfondie et la mise en commun des différentes stratégies s'étant avérées efficaces, elles pourraient permettre à d'autres programmes d'améliorer leurs méthodes et, ainsi, d'atteindre les objectifs fixés relativement à l'investigation diagnostique.

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. En raison des interrogations récentes concernant la valeur du dépistage mammographique, de telles mesures de surveillance sont encore plus essentielles, car elles fournissent 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 qui orientent 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.




RÉFÉRENCES

1. Société canadienne du cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2002*. Toronto, Canada, 2002.
2. Santé Canada. *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada, Rapport de 1997 et 1998*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001.
3. Santé Canada. *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002 Cat. No. H21-136/1998F.
4. Kelsey JL et Bernstein L. *Epidemiology and prevention of breast cancer*. Annu Rev Public Health 1996;17:47-67.
5. Santé Canada. *Rapport sommaire : Examen des facteurs de risque de cancer du sein liés au style de vie et à l'environnement*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001. Cat. No. H39-586/2001F.
6. Kerlikowske K, Grady D, Rubin SM, Sandrock C, Ernster VL. *Efficacy of screening mammography*. A meta-analysis. JAMA 1995;273:149-54.
7. WHO: International Agency for Research on Cancer, *Handbook for Cancer Prevention Vol. 7, Breast Cancer Screening*. IARC Press, 2002.
8. The Workshop Group. *Reducing deaths from breast cancer in Canada*. Can Med Assoc J 1989; 141:199-201.
9. *Preventive health care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer?* Préparé par N. Baxter, MD, PhD, FRCS (C), with the Canadian Task Force on Preventive Health Care, octobre 2000.
10. Horne T, Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation. *Proposed indicators for performance and quality of breast screening programs in Canada*. Ottawa : Santé Canada, avril 2000.

11. 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.
12. Simces Z. *Community Development Pilot Projects: BC Cancer Agency Care and Research*, 2002.
13. Faux AM, Lawrence GM, Wheaton ME, Wallis MG, Jeffery CL, Griffiths RK. *Slippage in the NHS breast screening programme: an assessment of whether a three year screening round is being achieved*. *J Med Screen* 1998;5:88-91.
14. 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*. *Journal of Medical Screening* (sous presse).
15. The Steering Committee on Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer. *The palpable breast lump: information and recommendations to assist decision-making when a breast lump is detected*. *Can Med Assoc J* 1998;158 (Suppl 3):S3-S8.
16. Olivotto IA, Mates D, Kan L, Fung J, Samant R, Warren Burhenne LJ. *Prognosis, treatment, and recurrence of breast cancer for women attending or not attending the Screening Mammography Program of British Columbia*. *Breast Cancer Research and Treatment* 1999;54:73-81.
17. Woodman CB, Threlfall AG, Boggis CR, Prior P. *Is the three year breast screening interval too long? Occurrence of interval cancers in NHS breast screening programme's north western region*. *Brit Med J* 1995;310:224-26.
18. Decker KM, Harrison M, Chateau D. *Influence of direct referrals on time to diagnosis after an abnormal breast screening result*. 2003 (manuscrit non publié).
19. Olivotto IA; Borugian MJ, Kan L, Harris SR, Rousseau EJ, Thorne SE, Vestrup JA, Wright CJ, Coldman AJ, Hislop TG. *Improving the time to diagnosis after an abnormal screening mammogram*. *Can J Public Health*. 2001 Sep-2001 Oct 31; 92(5):366-71.

- 
20. Rickard MT, Taylor RJ, Fazli MA, El Hassan N. *Interval breast cancers in an Australian mammographic screening program.* Med J Aust 1998;169:184-87.
 21. Cockburn J, Schofield P, White V, Hill D, Russel I. *Predictors of returning for second round screening at a population based mammographic screening programme in Melbourne, Australia.* Journal of Epidemiology and Community Health 1997;51(1):62-66.
 22. Lerman C, Rimer B, Trock B, Balslem A, Engstrom PF. *Factors associated with repeat adherence to breast screening.* Preventive Medicine 1990;19(3):279-90.
 23. Orton M, Fitzpatrick R, Fuller A, Mant D, Mlynek C, Thorogood M. *Factors affecting women's response to an invitation to attend for a second breast cancer screening examination.* Br J Gen Pract 1991;41:321-3.
 24. Weinberg AD, Lane M, Cooper HP, Kripalani S. *Screening behaviours and long-term compliance with mammography guidelines in a breast cancer screening program.* American Journal of Preventive Medicine 1997;13(1):29-35.
 25. Bastani R, Kaplan CP, Maxwell AE, Nisenbaum R, Pearce J, Marcus AC. *Initial and repeat mammography screening in a low income multi-ethnic population in Los Angeles.* Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 1995;4:161-7.
 26. Benedict S, Williams RD, Baron PL. *The effect of benign breast biopsy on subsequent breast cancer detection practices.* Oncol Nurs Forum 1994;21(9):1467-75.
 27. Pisano ED, Earp J, Schell M, Vokaty K, Denham A. *Screening behavior of women after a false-positive mammogram.* Radiology 1998;208(1):245-9.
 28. Cockburn J, Schofield P, White V, Hill D, Russel I. *Predictors of returning for second round screening at a population based dépistage mammographique programme in Melbourne, Australia.* Journal of Epidemiology and Community Health 1997;51(1):62-66.
 29. Gram IT, Lund E, Slenker SE. *Quality of life following a false positive mammogram.* Br J Cancer 1990;62:1018-1022.

- 
30. Lerman C, Trock B, Rimer BK et coll. *Psychological and behavioral implications of abnormal mammograms*. Ann Intern Med 1991;114:657-61.
 31. Marshall G. *A comparative study of re-attenders and non-re-attenders for second triennial National Breast Screening Program appointments*. Journal of Public Health Medicine 1994; 16(1): 79-86.
 32. Meldrum P, Turnbull D, Dobson HM, Colquhoun C, Harper Gilmour W, McIlwaine GM. *Tailored written invitations for second round breast cancer screening: A randomised controlled trial*. J Med Screen 1994;1:245-8.
 33. Scaf-Klomp W, van Sonderen FLP, Stewart R, van Dijck JAAM, van den Heuvel WJA. *Compliance after 17 years of breast cancer screening*. Journal of Medical Screening 1995;2:195-9.
 34. Johnson MM, Hislop TG, Kan L, Coldman AJ, Lai A. *Compliance with the screening mammography program of British Columbia: will she return?* Can J Public Health 1996;87:176-9.
 35. Chiarelli A, Moravan V, Halapy E, Majpruz V, Mai V, Tatla RK. *False positive result and reattendance in the Ontario Breast Screening Program*. Journal of Medical Screening (sous presse).

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 national 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 Santé Canada.

Président

M. Gregory Doyle
Breast Screening Program for Newfoundland and Labrador
38 Ropewalk Lane
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1E 5T2

M^{me} Laurel Baldwin
Yukon Mammography Program
406 Lambert Street
Whitehorse (Yukon) Y1A 1Z7

M. Abuhureira Abubakr
Stanton Territorial Health Authority
550 Byrne Road
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest) X1A 2N1

D^r Andrew Coldman
Screening Mammography Program of British Columbia
686 West Broadway, 8th floor
Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 1G1

D^{re} Carolyn Pim
Alberta Cancer Board
Tom Baker Cancer Centre
1331-29 Street NW
Calgary (Alberta) T2N 4N2

M^{me} Lois Harrison
Saskatchewan Cancer Agency
952 Albert Street
Regina (Saskatchewan) S4R 2P7

M^{me} Marion Harrison
Programme de dépistage du cancer du sein du Manitoba
Action cancer Manitoba
5-25 Sherbrook Street
Winnipeg (Manitoba) R3C 2B1

D^{re} Verna Mai
Action Cancer Ontario
620 University Avenue, 15th floor
Toronto (Ontario) M5G 2L7

D^r Guy Roy
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction générale de la santé publique du Québec
1075, chemin Sainte-Foy, 3^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

M^{me} Majella Dupuis
Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick
520 King Street, 3rd floor, Carleton Place, PO Box 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8

D^{re} Judy Caines
Nova Scotia Breast Screening Program
5916 Emscote Drive
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 1B3

D^{re} Kim Hender
Queen Elizabeth Hospital
Riverside Drive, PO Box 6600
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 8T5





M. Jay Onysko

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
Direction générale de la santé de la population et de la santé
publique, Santé Canada
Immeuble Jeanne Mance, pré Tunney, IA 1915D1
Ottawa (Ontario) K1A 0L2

M^{me} Leslie Gaudette

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
Direction générale de la santé de la population et de la santé
publique, Santé Canada
Immeuble LCDC, pré Tunney, IA 0602E2
Ottawa (Ontario) K1A 0L2

M^{me} Christina Bancej

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
Direction générale de la santé de la population et de la santé
publique, Santé Canada
Immeuble Jeanne Mance, pré Tunney, IA 1915D1
Ottawa (Ontario) K1A 0L2

M. Asako Gomi

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
Direction générale de la santé de la population et de la santé
publique, Santé Canada
Immeuble LCDC, pré Tunney, IA 0602E2
Ottawa (Ontario) K1A 0L2

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 Santé Canada.

Président

M. Asako Gomi

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
Direction générale de la santé de la population et de la santé
publique, Santé Canada
Immeuble n° 6, pré Tunney, IA 0602E2
Ottawa (Ontario) K1A 0L2

M^{me} Laurel Baldwin


Yukon Mammography Program
406 Lambert Street
Whitehorse (Yukon) Y1A 1Z7

M. Abuhureira Abubakr

Government of the Northwest Territories
5022 - 49th Street, Centre Square Tower, PO Box 1320
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest) X1A 2L9

M^{me} Yulia D'yachkova

Screening Mammography Program of British Columbia
686 West Broadway, 8th floor
Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 1G1



M^{me} Zeva Mah
Alberta Screen Test Program
Alberta Cancer Board
Suite 120, 1040 - 7th Avenue SW
Calgary (Alberta) T2P 3G9

M^{me} Felecia Watson
Saskatchewan Cancer Agency
4101 Dewdney Ave
Regina (Saskatchewan) S4T 7T1

M^{me} Kathleen Decker
Programme de dépistage du cancer du sein du Manitoba
Action cancer Manitoba
25 Sherbrook Street, Unit 5
Winnipeg (Manitoba) R3C 2B1

M^{me} Erika Halapy
Action Cancer Ontario
620 University Avenue
Toronto (Ontario) M5G 2L7

D^{re} Diane Major
Direction systèmes de soins et services
Institut national de santé publique du Québec
945, avenue Wolfe
Ste-Foy (Québec) G1V 5B3

M^{me} Julie Gallant
Nova Scotia Breast Screening Program
Halifax Shopping Centre
Tower 1, Suite 103 - 7001 Mumford Road
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3L 4H6

M^{me} Norah Smith
PEI Breast Screening Clinic
Queen Elizabeth Hospital
Riverside Drive, PO Box 6600
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 8T5

M. Gregory Doyle
Breast Screening Program for Newfoundland and Labrador
38 Ropewalk Lane
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1E 5T2

M^{me} Grace Wan
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
Direction générale de la santé de la population et de la santé
publique, Santé Canada
Immeuble n° 6, pré Tunney, IA 0602E2
Ottawa (Ontario) K1A 0L2

M. Jay Onysko
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
Immeuble Jeanne Mance, pré Tunney, IA 1915D1
Ottawa (Ontario) K1A 0L2

M^{me} Suzanne Leonfellner
Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick
520 rue King, 2^e étage, C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8

Membres d'office

D^r Jason Liu
Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick
520 rue King, 2^e étage, C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8

M. Paul Carless
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
Immeuble Jeanne Mance, pré Tunney, IA 1915D1
Ottawa (Ontario) K1A 0L2

M^{me} Christina Bancej
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
Immeuble Jeanne Mance, pré Tunney, IA 1915D1
Ottawa (Ontario) K1A 0L2



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.

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 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 d'intervalle

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

Cancer *in situ*

S'entend particulièrement du carcinome canalaire *in situ* (CCIS) : tumeur non invasive 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 invasive 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 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 dépistage.

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.