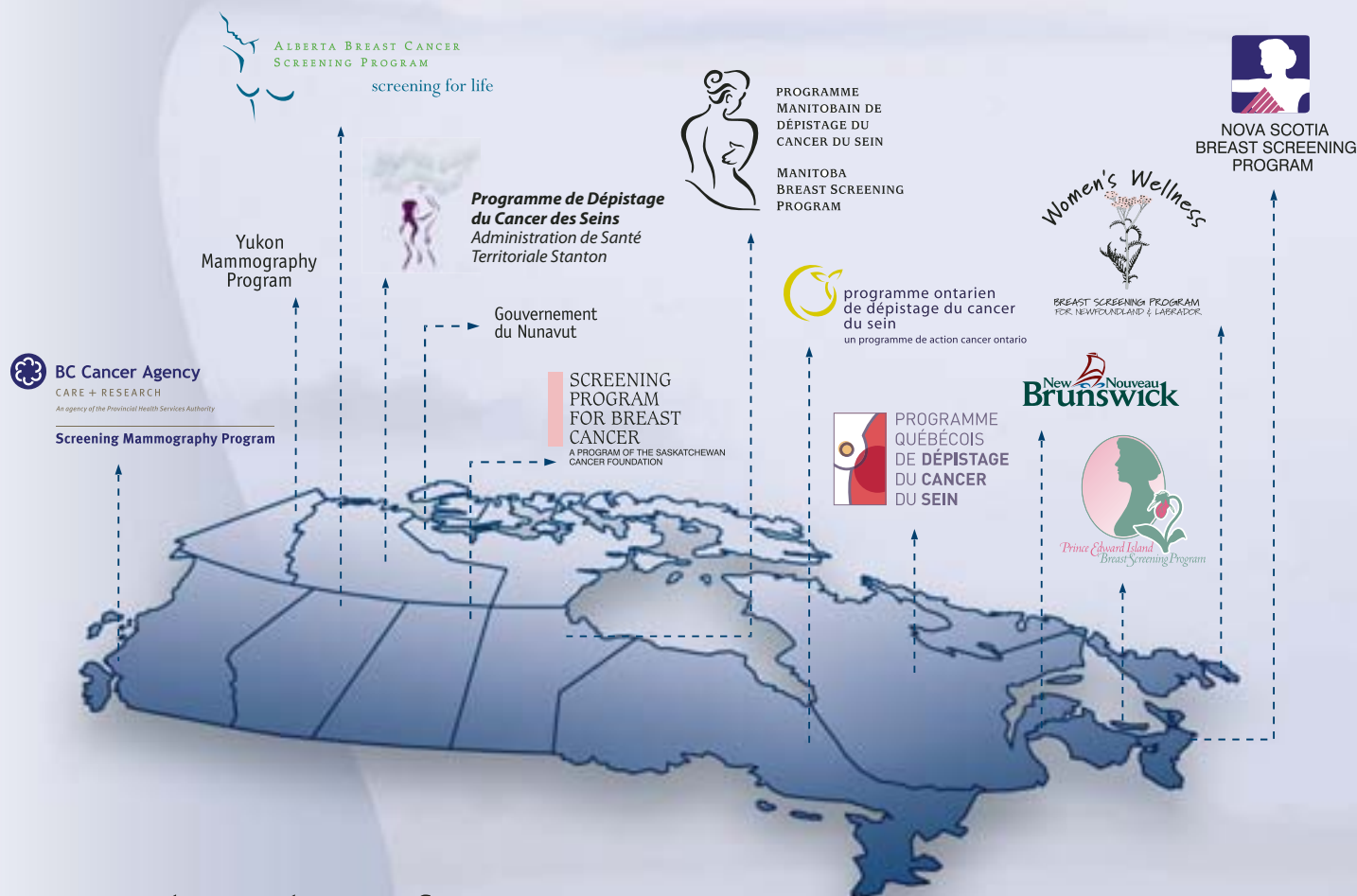




Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada



Rapport sur la performance
des programmes en 2003 et en 2004

Canada

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

— *Agence de la santé publique du Canada*



PROGRAMMES ORGANISÉS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN AU CANADA

**Rapport sur la performance des
programmes en 2003 et en 2004**



REMERCIEMENTS

Nous aimerions exprimer nos remerciements à nos collaborateurs :

Rédaction

- Le Comité de rédaction du présent rapport, qui est composé des personnes suivantes : Judy Caines, Programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse, Eshwar Kumar, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé du N.-B., André Langlois, Institut national de santé publique du Québec, Christian Lavoie, Santé Canada, Suzanne Leonfellner, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé du N.-B., Vicky Majpruz, Programme de dépistage du cancer du sein de l'Ontario, Dianna Schreuer, Programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse, Margarete Schultz, Santé Manitoba, Rene Shumak, Action Cancer Ontario, Yvonne Taylor, Programmes de dépistage du Alberta Cancer Board, Nancy Wadden, St. Clare's Mercy Hospital Newfoundland et Felecia Watson, Saskatchewan Cancer Agency.
- Les programmes organisés de dépistage du cancer du sein provinciaux qui contribuent à la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein, sise au Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada.
- Le Comité de gestion de la base de données.
- Le Sous-comité de soutien technique de la base de données.
- Le Groupe de travail sur les déterminants de la qualité pour son travail relatif au Sujet spécial contenu dans le présent rapport.
- Diane Major de l'Institut national de santé publique du Québec pour avoir révisé la version française.

L'Équipe de ressources de l'Agence de la santé publique du Canada

Heather Limburg, Jay Onysko, Lisa Pogany (Présidente du Comité de rédaction) et Robert Semenciw du Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques.

La production du présent document a été rendue possible dans le cadre de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires du présent rapport, veuillez écrire à l'adresse suivante: Publications, Agence de la santé publique du Canada

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



TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	v
Table des matières.....	vii
Sommaire.....	1
Contexte.....	3
Introduction.....	3
Dépistage du cancer du sein au Canada.....	5
Programmes organisés de dépistage du cancer du sein.....	5
Processus de dépistage.....	5
Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein (BDCDCS).....	9
Surveillance et évaluation à l'aide de la BDCDCS.....	10
Résultats de 2003 et de 2004.....	12
Participation et fidélisation aux programmes organisés de dépistage.....	12
Participation.....	12
Fidélisation.....	14
Résultats du dépistage.....	16
Taux de rappel pour anomalie.....	17
Valeur prédictive positive.....	18
Interventions diagnostiques.....	18
Intervalle diagnostique.....	19
Ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie chirurgicale ouverte.....	20
Taux de tumeurs bénignes à la biopsie chirurgicale ouverte.....	21
Ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie par forage.....	21
Taux de tumeurs bénignes à la biopsie par forage.....	22
Détection du cancer.....	23
Taux de détection de cancers infiltrants.....	23
Taux de détection de cancers <i>in situ</i>	23
Taille de la tumeur infiltrante et taux d'incidence de cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire.....	24
Cancers détectés après le dépistage.....	25

Sujet spécial : Intervalles entre les épisodes de dépistage.....	33
Références	40
Annexes	43
Annexe 1 : Comité de gestion de la base de données.	43
Annexe 2 : Sous-comité de soutien technique de la base de données	46
Annexe 3 : Glossaire	50
Annexe 4 : Publications fondées sur la BDCDCS	53





SOMMAIRE

Le cancer du sein est le type de cancer le plus fréquent et la deuxième cause de mortalité par cancer chez les Canadiennes. En 2008, nous avons estimé 22 400 nouveaux cas de cancer du sein et 5 300 décès (1). L'incidence du cancer du sein a continué d'augmenter jusqu'en 1999, moment où elle s'est stabilisée; depuis, nous avons même remarqué quelques baisses non-significatives. La mortalité causée par le cancer du sein a chuté de 25 % depuis les vingt dernières années (2). Bien que le cancer du sein puisse survenir chez les femmes de tous âges, près de la moitié des nouveaux cas apparaît chez les femmes de 50 à 69 ans. La détection précoce grâce à des programmes organisés de dépistage, combinée à un traitement efficace, reste le meilleur outil dont on dispose pour continuer à réduire la mortalité par cancer du sein chez les femmes de ce groupe d'âge. Toutefois, la prévention primaire par le biais de certains facteurs de risques modifiables s'annonce prometteuse.

La surveillance et l'évaluation des programmes organisés de dépistage du cancer du sein permettent d'apprécier leur impact sur la mortalité et la morbidité associées au cancer du sein, de même que les effets indésirables potentiels du dépistage. L'évaluation systématique des programmes organisés nous aide à s'assurer que les Canadiennes aient accès à des services de dépistage de grande qualité. Le présent rapport présente une évaluation de la performance des programmes organisés sur le dépistage du cancer du sein au Canada pour les années 2003 et 2004, en fonction de données issues des 10 provinces et d'un territoire, et versées dans la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein.

Les bienfaits sociétaux attribuables au dépistage du cancer du sein dépendent de la présomption que 70 % des femmes éligibles font l'objet d'une mammographie tous les deux ans. Toutefois, cet objectif demeure inatteignable pour les programmes organisés à l'échelle nationale. Bien que plusieurs programmes continuent de voir augmenter la participation des femmes, quelques programmes avancés semblent avoir plafonné à un taux de participation légèrement au-dessus de 50 %. Les Premiers Ministres ont reconnu l'importance de l'accès à l'imagerie diagnostique en temps opportun en 2004 dans leur Plan décennal pour consolider les soins de santé. Ce plan a permis l'élaboration de «garantie sur le délais d'attente» pour les mammographies dans plusieurs juridictions (3).

L'objectif principal des programmes organisés de dépistage du cancer du sein est de détecter les cas de cancers le plus tôt possible afin de minimiser les traitements requis et réduire les probabilités de décès. Les indicateurs de succès des programmes incluent la proportion des cancers de petite taille et la proportion de ceux qui sont limités au sein. Selon l'information disponible, tous

les programmes canadiens rencontrent leurs objectifs en ce qui a trait à la taille des tumeurs et à l'envahissement ganglionnaire, ce qui indique que les femmes peuvent grandement bénéficier de leur participation aux programmes.

La majorité des Canadiennes entre 50 et 69 ans qui participent aux programmes de dépistage le font de façon bisannuelle. Toutefois, cela peut varier en fonction de plusieurs caractéristiques : le fait qu'il s'agisse ou non d'un dépistage initial, le fait qu'il y ait eu un faux positif dans le passé, les antécédents familiaux de cancer du sein et le programme provincial dont il s'agit. Il serait fort intéressant d'étudier les associations entre ces caractéristiques et les résultats des épisodes de dépistage en vue d'une analyse éventuelle.

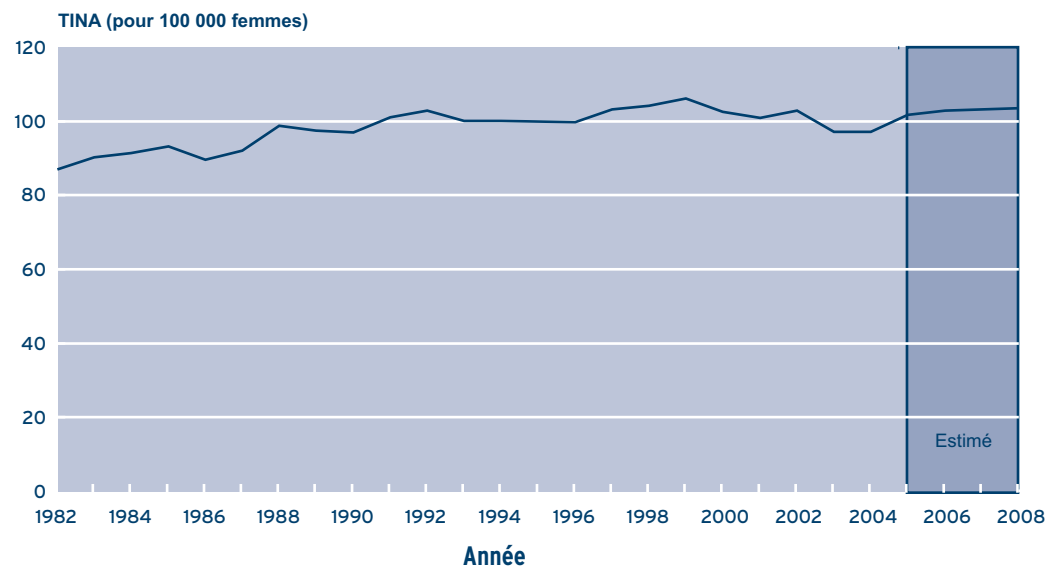
Au cours des années à venir, les programmes organisés de dépistage continueront d'offrir aux Canadiennes un dépistage du cancer du sein de grande qualité. Les programmes visent à réduire la morbidité et la mortalité associées au cancer du sein grâce à l'évaluation des programmes, à la recherche et à l'adaptation des politiques de programme au fur et à mesure de la disponibilité de données probantes récentes et de nouvelles technologies. L'Initiative canadienne sur le cancer du sein, qui donne son appui à la production du présent rapport, offre un forum permettant un partage d'information en vue de surmonter les défis auxquels font face les programmes de dépistage. L'information qui se trouve dans ce rapport est utilisée par les gouvernements, les agences de lutte contre le cancer, les gestionnaires de programmes de dépistage, les professionnels de la santé et les autres intervenants en matière de cancer du sein pour améliorer la performance des programmes de dépistage dans l'ensemble du Canada.

CONTEXTE

Introduction

En 2008, on estime que 22 400 femmes apprenaient qu'elles étaient atteintes d'un cancer du sein et 5 300 femmes en sont décédées (1). Le cancer du sein demeure le type de cancer le plus fréquent¹ et la deuxième cause de mortalité par cancer chez les Canadiennes (1). Bien qu'on observe une hausse de l'incidence du cancer du sein depuis plusieurs décennies, les taux d'incidence se sont stabilisés et ont baissé depuis 1999, même si ce n'est que de façon statistiquement non-significative. De plus, les taux de mortalité attribuables au cancer du sein continuent de chuter et se situent actuellement à 25 % sous les taux maximum observés au milieu des années 80 (2) (figures 1a et 1b).

Figure 1a – Cancer du sein - Taux d'incidence ajustés selon l'âge (TINA), pour 100 000 femmes au Canada, 1982-2008

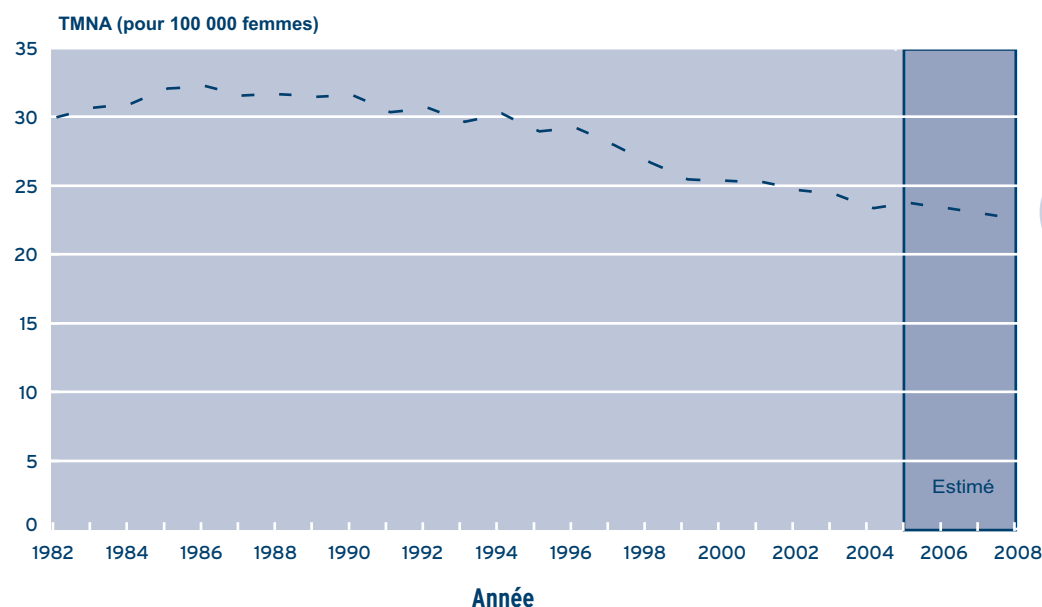


Source : Institut national du cancer du Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer 2008. Toronto, Canada, 2008.

Remarque : Les taux d'incidence sont le résultat d'approximations pour 2006-2008 ainsi que pour 2005 dans le cas du Québec, du Manitoba et de l'Alberta. Les estimations relatives au cancer du sein, projetées au-delà de 2004, traduisent la tendance à la hausse de l'incidence du cancer du sein, observée à long terme, et ne rendent pas compte de la récente baisse. Le taux national est approximatif; il est calculé à partir du nombre de cas observés dans toutes les provinces et tous les territoires. Les taux sont ajustés en fonction de la répartition selon l'âge de la population de 1991.

¹ L'incidence de cancer de la peau avec mélanome bénin dépasse celle du cancer du sein au Canada. Cependant, de façon générale, les taux d'incidence ne sont pas rapportés en raison des difficultés que l'on rencontre quand vient le temps d'estimer l'incidence réelle.

Figure 1b - Cancer du sein - Taux de mortalité ajustés selon l'âge (TMNA), pour 100 000 femmes au Canada, 1982-2008



Source : Institut national du cancer du Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer 2008. Toronto, Canada, 2008.

Remarque : Les taux de mortalité sont le résultats d'approximations pour 2005-2008.

Le taux national est approximatif; il est calculé à partir du nombre estimatif de décès survenus dans chaque province et territoire.

Les taux sont ajustés en fonction de la répartition selon l'âge de la population de 1991.

La détection précoce grâce à des programmes organisés de dépistage par la mammographie constitue une méthode efficace dont on dispose pour réduire la mortalité et la morbidité par cancer du sein. Ceci est dû en partie en raison du fait que la prévention primaire est limitée : la plupart des facteurs de risque connus ne peuvent être modifiés facilement. Toutefois, les changements possibles au niveau des collectivités en regard des facteurs de risque plus faciles à modifier, tel que l'exercice physique, s'annoncent prometteurs. Parmi les facteurs de risque connus, l'âge est celui qui a la plus grande influence sur l'incidence du cancer du sein; environ la moitié de tous les nouveaux cas sont recensés chez les femmes âgées de 50 à 69 ans. La modélisation a démontré que l'offre de programmes de haute qualité en matière de dépistage à l'égard de ce groupe d'âge peut potentiellement réduire le nombre de décès attribuables au cancer du sein de près d'un tiers (4). Cette information scientifique, entre autres, porte les provinces et les territoires à cibler ce groupe d'âge en ce qui a trait à la prestation de services de dépistage. Bon nombre de provinces et de territoires offrent également ces services aux femmes de différents groupes d'âge, mais de façon moins ciblée.

Dépistage du cancer du sein au Canada

C'est en décembre 1992 que le gouvernement fédéral a lancé la première phase de l'Initiative canadienne sur le cancer du sein (ICCS), à laquelle il a attribué un budget de 25 millions de dollars sur cinq ans. En juin 1998, il a annoncé le renouvellement de l'ICCS et l'attribution d'un budget stable et permanent de 7 millions de dollars par année. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a été créée en septembre 2004; la responsabilité relative à l'ICCS a été intégrée au mandat de l'Agence.

Programmes organisés de dépistage du cancer du sein

Le premier programme organisé de dépistage du cancer du sein a vu le jour en Colombie-Britannique en 1988; la plupart des autres provinces ont aussitôt emboîté le pas (tableau 1). Les programmes organisés de dépistage du cancer du sein existent maintenant dans toutes les provinces, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest. À ce jour, le Nunavut n'a pas mis en place un tel programme.

Au Canada, le processus de dépistage des programmes organisés comporte ordinairement trois étapes :

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

Dans tous les programmes organisés, le dépistage du cancer du sein comporte une mammographie bilatérale de dépistage en deux incidences. La population cible correspond aux femmes asymptomatiques de 50 à 69 ans qui n'ont jamais eu de diagnostic de cancer du sein. Certains programmes acceptent également certaines femmes qui ne font pas partie du groupe d'âge cible et offrent un dépistage selon des intervalles plus fréquents (tableau 1). En 2003 et en 2004, plusieurs programmes offraient un examen clinique des seins par une infirmière ou une technologue mais la plupart des programmes ont éliminé ce service, s'appuyant sur des données probantes (5). Enfin, certains programmes incluent les survivantes du cancer du sein; toutefois, celles qui ont reçu leur diagnostic il y a moins de cinq ans seront exclues du présent rapport.

Processus de dépistage

Les programmes organisés de dépistage du cancer du sein offrent un dépistage aux femmes asymptomatiques. Au Canada, le processus de dépistage des programmes organisés comporte ordinairement trois étapes :

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

Tableau 1 – Programmes de dépistage du cancer du sein au Canada^a : pratiques habituelles, Années de dépistage 2003 et 2004

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

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

^b Admission sur recommandation d'un médecin.

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

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

^e Admission si la patiente faisait partie du programme auparavant.

^f Infirmière ou technologue.

^g Une infirmière effectue l'examen clinique des seins dans 69% des sites.

^h Examen modifié seulement, lequel est effectué par la technologue au moment de la mammographie.

ⁱ Infirmière.



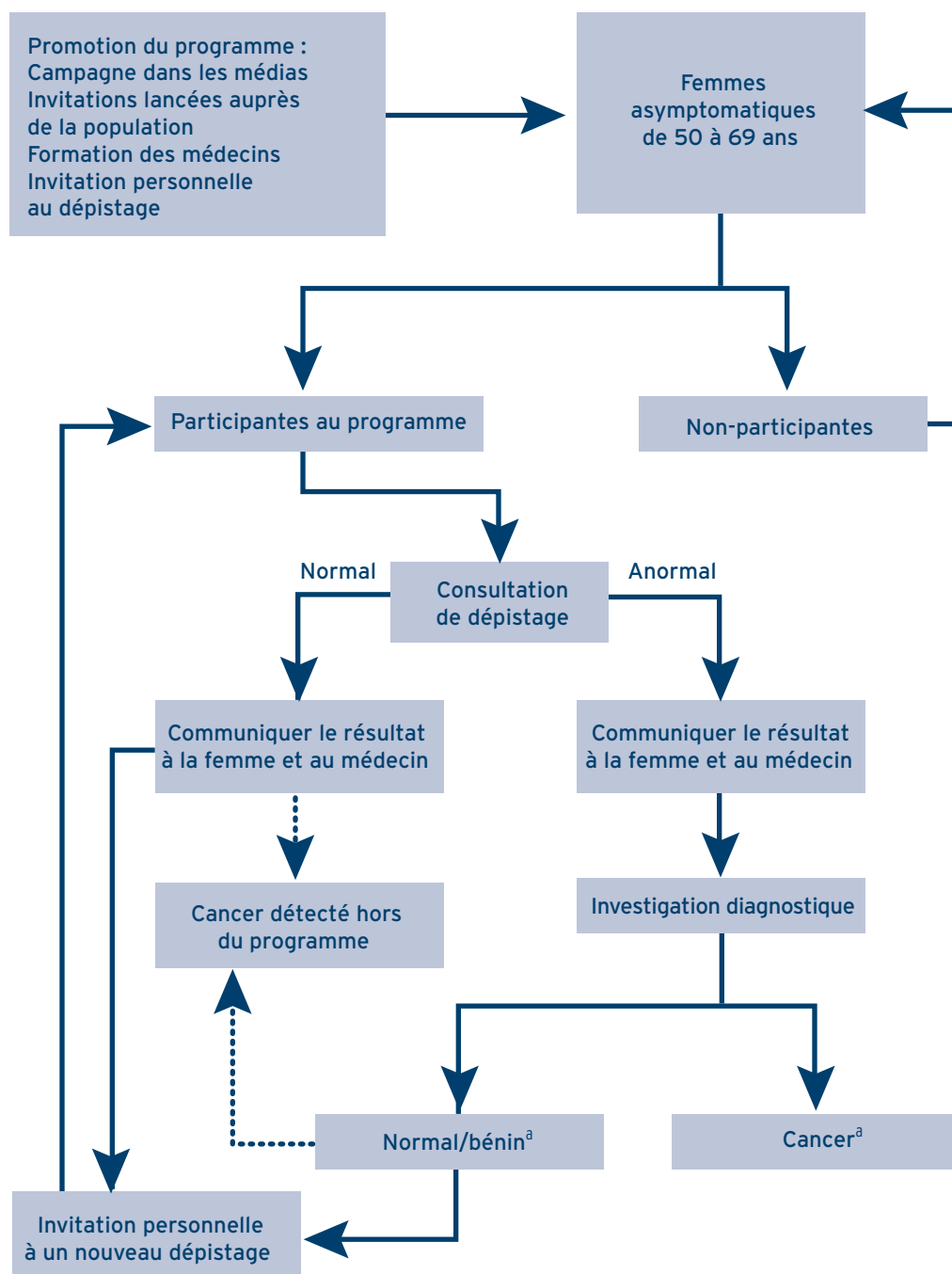
On utilise de nombreuses méthodes pour inviter les femmes à venir passer un examen de dépistage : campagnes médiatiques à l'intention des femmes, lettres d'invitation lancées auprès de la population, formation des médecins afin d'accroître la prescription de la mammographie de dépistage et les invitations personnelles. Les femmes peuvent entrer dans les programmes grâce à leur lettre d'invitation personnelle, avec une prescription médicale ou encore en se présentant d'elles-mêmes.

Les dépistages mammographiques peuvent se faire dans certains établissements fixes ou par les unités mobiles. Les établissements fixes se trouvent dans les zones urbaines alors que les unités mobiles desservent les communautés rurales et éloignées. En plus d'une mammographie bilatérale de dépistage en deux incidences, plusieurs provinces offrent un examen clinique des seins avec le dépistage.

La femme et son médecin reçoivent tous les deux les résultats de la mammographie. En général, les femmes qui obtiennent un résultat normal seront invitées par lettre à passer un dépistage subséquent. Cet examen est généralement effectué au bout de 24 mois, bien qu'une minorité de femmes fassent l'objet d'un rappel chaque 12 mois en raison de leur âge, de leur densité mammaire, de leurs antécédents familiaux ou des résultats de leur mammographie. Sur réception de résultats normaux, on encourage les femmes à consulter un médecin si des symptômes apparaissent avant leur prochain examen de dépistage.

Les femmes ayant obtenu un résultat anormal sont avisées, tout comme leur médecin, que des examens complémentaires sont nécessaires. Selon le programme, le suivi diagnostique est coordonné par le médecin de la femme ou par voie 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 (figure 2).

Figure 2 - Déroulement d'un programme de dépistage du cancer du sein



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

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

La surveillance et l'évaluation des programmes organisés sur le dépistage du cancer du sein par le biais de la cueillette, de l'analyse et de l'interprétation systématique des données relatives à la santé permettent d'améliorer les programmes au Canada. La BDCDCS est un système canadien de surveillance du dépistage du cancer du sein qui favorise la surveillance et l'évaluation des activités de dépistage du cancer du sein au Canada. Créée en 1993, elle est exploitée et tenue à jour par l'Agence de la santé publique du Canada pour le compte de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS). Toutefois, les programmes de dépistage des provinces et des territoires qui y participent demeurent propriétaires des données contenues dans la BDCDCS. La BDCDCS abrite actuellement des données sur le dépistage depuis la création de tous les programmes organisés jusqu'à décembre 2004. Comme le Yukon ne possède pas de système d'information informatisé, ses données n'ont pas été versées dans la BDCDCS. Le Nunavut n'a pas mis sur pied de programme

Tableau 2 - Nombre annuel d'examen de dépistage, pour tous les âges, selon le programme - Années de dépistage 1988 à 2004

Année	Programme											Canada
	T.-N.-O.	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc ^a	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	
1988	---	4 395	---	---	---	---	---	---	---	---	---	4 395
1989	---	9 188	---	---	---	---	---	---	---	---	---	9 188
1990	---	22 482	616	6 355	---	590	---	---	---	---	---	30 043
1991	---	54 564	5 873	14 305	---	15 380	---	---	1 877	---	---	91 999
1992	---	80 893	15 442	15 778	---	40 295	---	---	4 354	---	---	156 762
1993	---	100 276	16 146	26 057	---	45 541	---	---	4 891	---	---	192 911
1994	---	118 878	15 372	25 540	---	55 480	---	---	8 461	---	---	223 731
1995	---	143 412	14 170	29 603	2 671	58 287	---	5 853	12 491	---	---	266 487
1996	---	166 738	14 679	28 901	13 594	67 729	---	18 441	15 547	---	3 120	328 749
1997	---	173 908	23 336	33 915	19 163	80 132	---	18 247	19 477	---	4 694	372 872
1998	---	189 963	18 887	34 094	23 457	98 597	43 987	26 044	25 459	---	5 521	466 009
1999	---	217 551	22 408	35 050	28 204	114 059	145 107	30 623	29 285	5 578	6 087	633 952
2000	---	223 610	21 714	35 265	28 566	138 308	152 989	32 620	35 260	6 268	6 790	681 390
2001	---	224 566	23 745	36 133	28 728	163 862	172 062	33 681	35 260	6 700	8 054	732 791
2002	---	234 873	23 338	34 344	29 263	192 237	194 368	37 196	38 612	6 267	8 859	799 357
2003	---	220 933	21 806	35 477	31 637	211 926	207 816	37 433	44 998	6 094	11 038	829 158
2004	1 103	230 830	23 098	35 950	32 301	248 551	220 821	37 344	48 655	6 060	9 819	894 532
Total	1 103	2 417 060	260 630	426 767	237 584	1 530 974	1 137 150	277 482	324 627	36 967	63 982	6 714 326

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

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

organisé. Lors de chaque épisode de dépistage, des données sont recueillies concernant les caractéristiques démographiques de la clientèle, les facteurs de risque, les examens de dépistage et leurs résultats, les raisons de référence pour investigation, les examens complémentaires, les résultats des examens complémentaires et l'information sur le cancer, s'il y a lieu.

En plus de servir à l'évaluation de la performance des programmes organisés, la BDCDCS est utilisée pour réaliser des évaluations spécialisées et des travaux de recherche appliquée liés au dépistage. Les priorités de recherche à l'aide de la BDCDCS sont définies sur une base continue. La BDCDCS est disponible aux chercheurs intéressés qui ne font pas partie de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein.

Surveillance et évaluation à l'aide de la BDCDCS

Les initiatives de surveillance et d'évaluation des programmes organisés de dépistage fondées sur la BDCDCS sont essentielles si l'on veut offrir aux Canadiennes des services de dépistage de qualité et réduire la mortalité et la morbidité attribuables au cancer du sein, tout en minimisant les effets indésirables du dépistage. On a recours aux résultats de ces initiatives pour accroître la performance des programmes de dépistage partout au Canada.

Il existe des méthodes normalisées d'évaluation qui nous permettent de fournir une évaluation équitable des programmes organisés sur le dépistage au Canada. Pour obtenir plus d'information à ce sujet, veuillez consulter la plus récente version du Rapport du Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation². Généralement, les indicateurs d'évaluation auxquels nous avons recours en ce qui concerne les femmes âgées de 50 à 69 ans comprennent ceux qui ont trait au recrutement et à la fidélisation (taux de participation et de fidélisation), aux délais (intervalle diagnostique), à l'interprétation de la mammographie (taux de rappel pour anomalie, valeur prédictive positive), au diagnostic (taux de détection de cancer infiltrant ou *in situ*, ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie chirurgicale ouverte, taux de biopsies par forage ayant permis de détecter une tumeur bénigne) et aux cancers (taille de la tumeur, taux de cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire, taux de cancers infiltrants détectés après le dépistage) (tableau 3).

**On a recours
aux résultats de
ces initiatives
pour accroître la
performance des
programmes de
dépistage partout
au Canada.**

² Le 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, 2e éd., est disponible sur le site www.phac-aspc.gc.ca

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

Indicateur	Définition	Objectif
1. Taux de participation	Pourcentage de femmes ayant passé une mammographie de dépistage (calculé tous les deux ans) en tant que proportion de la population admissible.	≥ 70 % de la population admissible.
2. Taux de fidélisation	Pourcentage estimé de femmes qui passent un nouvel examen de dépistage dans les 30 mois suivant l'examen précédent.	≥ 75 % de nouveau dépistage initial dans les 30 mois; ≥ 90 % de dépistage subséquent dans les 30 mois.
3. Taux de rappel suite à la détection d'une anomalie	Pourcentage de femmes ayant subi un examen de dépistage pour lesquelles on recommande une investigation diagnostique plus approfondie à la suite de la détection d'anomalies dans le cadre du programme.	< 10 % (dépistage initial); < 5 % (dépistages subséquents).
4. Taux de détection de cancers infiltrants	Nombre de femmes chez lesquelles on a détecté un cancer infiltrant lors d'un épisode de dépistage, pour 1 000 femmes examinées.	> 5 pour 1 000 (dépistage initial); > 3 pour 1 000 (dépistages subséquents).
5. Taux de détection du carcinome <i>in situ</i>	Nombre de femmes chez lesquelles on a détecté un carcinome canalaire <i>in situ</i> (au lieu d'un cancer infiltrant) durant une épisode de dépistage, pour 1 000 femmes examinées.	À des fins de surveillance et de suivi seulement.
6. Intervalle diagnostique	Durée totale à partir d'un résultat anormal à l'établissement d'un diagnostic.	≥ 90 % en-deçà de 5 semaines, si aucune biopsie de tissus ^a n'est effectuée; ≥ 90 % en-deçà de 7 semaines, si une biopsie de tissus ^a est effectuée.
7. Valeur prédictive positive	Proportion de cas anormaux ayant fait l'objet d'un suivi complet, qui se sont révélés être porteurs d'un cancer du sein (infiltrant ou <i>in situ</i>) après le bilan diagnostique.	≥ 5 % (dépistage initial); ≥ 6 % (dépistages subséquents).
8. Taux de tumeurs bénignes à la biopsie chirurgicale ouverte ^b	Nombre de tumeurs bénignes découvertes à la suite de biopsies chirurgicales ouvertes, pour 1 000 examens de dépistage.	À des fins de surveillance et de suivi seulement.
9. Ratio de tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie chirurgicale ouverte	Parmi les biopsies chirurgicales ouvertes, le nombre de tumeurs bénignes par rapport au nombre de tumeurs malignes.	≤ 1 : 1 (dépistage initial); ≤ 1 : 1 (dépistages subséquents).
10. Taux de tumeurs bénignes à la biopsie par forage	Nombre de tumeurs bénignes découvertes à la suite de biopsies par forage, pour 1 000 examens de dépistage.	À des fins de surveillance et de suivi seulement.
11. Ratio de tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie par forage	Parmi les biopsies par forage, le nombre de tumeurs bénignes par rapport au nombre de tumeurs malignes.	À des fins de surveillance et de suivi seulement.
12. Taille de la tumeur infiltrante	Pourcentage de cancers infiltrants dont la taille de la tumeur est de ≤ 10 mm et de ≤ 15 mm en son plus grand diamètre, selon les meilleures données dont on dispose : 1) anatomopathologiques; 2) radiologiques; 3) cliniques.	> 25 % ≤ 10 mm; > 50 % ≤ 15 mm.
13. Taux d'incidence de cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire	Proportion de cancers infiltrants sans envahissement des ganglions lymphatiques.	> 70 % (dépistages initial et subséquent).
14. Taux de cancers infiltrants détectés après le dépistage ^c	Nombre de femmes chez lesquelles un diagnostic de cancer du sein infiltrant a été posé après un examen de dépistage négatif dans les 12 à 24 mois suivant la date du dépistage initial.	< 6 pour 10 000 personnes-années (dans les 12 mois); < 12 pour 10 000 personnes-années (dans les 24 mois).

Source : Agence de la santé publique du 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 : Deuxième édition. Ottawa: ministre de la Santé, 2007.

Remarque : Tableau adapté à partir des Mesures de la performance des programmes.

^a La biopsie de tissus ne comprend pas la ponction à l'aiguille fine (PAF).

^b Les biopsies chirurgicales ouvertes comprennent les cas qui ont été traités directement au moyen d'une biopsie chirurgicale ouverte à titre de première évaluation diagnostique ainsi que ceux dont le résultat d'une biopsie par forage a été non-concluant ou inadéquat avant d'obtenir une résolution diagnostique définitif par biopsie chirurgicale ouverte.

^c Calculé en fonction de toutes les femmes examinées en 2000-2001 et pour lesquelles un cancer a été détecté après le dépistage en 2000-2003. Nous n'avons pas tenu compte des cancers de non-observance dans ce calcul. Les cancers détectés après le dépistage incluent tous les cancers infiltrants détectés après un examen de dépistage négatif dans le cadre d'un programme (non référé) ou les cancers détectés lors d'un dépistage (référé) qui ont nécessité plus de 6 mois pour être diagnostiqués (au-delà d'un « épisode de dépistage régulier »). Sont exclus des cancers détectés après le dépistage les cas ayant fait l'objet d'un suivi diagnostique et dont le résultat est négatif (le calcul comprend ceux qui n'ont pas été détectés au dépistage et exclut ceux qui ont échappé au diagnostic).

RÉSULTATS DE 2003 ET DE 2004

Le présent rapport fournit certaines statistiques pour les années civiles 2003 et 2004 établies à l'aide des données versées dans la BDCDCS jusqu'en août 2007. Aussi, les résultats qui y sont présentés sont basés sur le rapport de 2007 du Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation (6). Certains résultats ont été obtenus en fonction d'événements très peu nombreux mais sont inclus afin de bien refléter le travail accompli par le Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluations; à titre d'exemple, notons le ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie chirurgicale ouverte. Dans ces cas, on précise la taille de l'échantillon. La présentation des données s'échelonnent sur plusieurs mois, ce qui peut avoir un impact sur l'intégralité des données liées au cancer dans certains programmes. À moins d'indication contraire, les statistiques sommaires pour tous les programmes tiennent compte des données issues des 10 provinces et s'appliquent aux femmes âgées de 50 à 69 ans. Il est important de noter que seules les données pour l'année 2004 sont disponibles en ce qui concerne les Territoires du Nord-Ouest. Par conséquent, les tableaux nécessitant les données provenant d'au moins deux ans excluent cette région.

Participation et fidélisation aux programmes organisés de dépistage

Participation

Une participation adéquate aux programmes de dépistage est essentielle à la réduction de la mortalité attribuable au cancer du sein dans la population cible. L'objectif national, basé sur une extrapolation des essais cliniques comparatifs randomisés, vise un taux de participation de 70 %.

Les taux de participation tiennent compte des 10 provinces et des données issues des examens de dépistage effectués durant l'année 2004 dans les Territoires du Nord-Ouest. Dans l'ensemble, 1 345 382 Canadiennes âgées de 50 à 69 ans et 1 723 690 femmes de tous âges ont fait l'objet d'une mammographie de dépistage dans le cadre d'un programme organisé de dépistage en 2003 et en 2004 (tableau 2). Depuis la création du premier programme organisé de dépistage en Colombie-Britannique, plus de 6,5 million de mammographies ont été effectuées. Bien que ce nombre nous paraisse impressionnant, le taux de participation visé de 70 % chez les femmes de 50 à 69 ans pour un dépistage bisannuel dans le cadre de programmes organisés est loin d'être atteint. En 2003 et 2004, seulement 36,5 % de la population cible a subi une mammographie dans



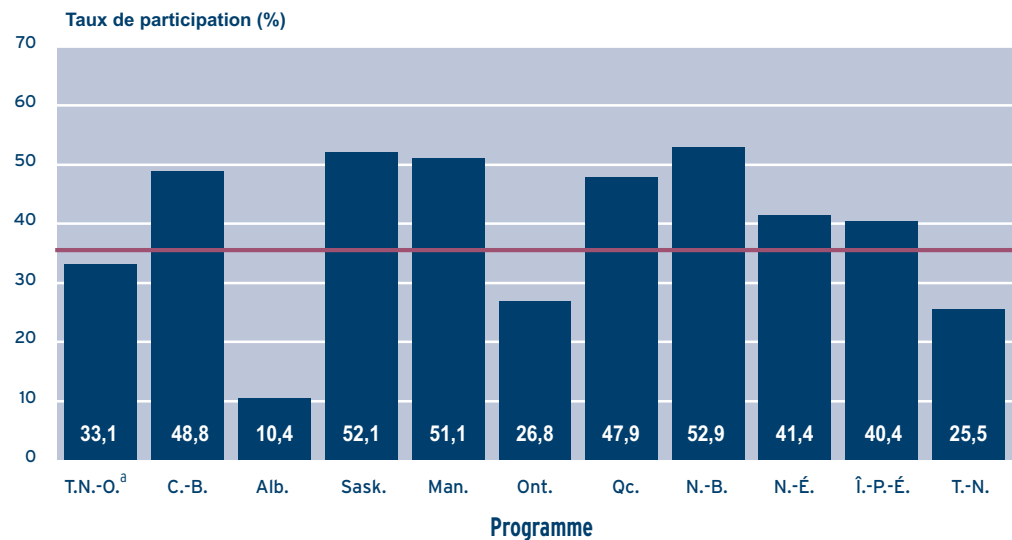
**Dans l'ensemble,
1 345 382 Canadiennes
âgées de 50 à 69
ans et 1 723 690
femmes de tous âges
ont fait l'objet d'une
mammographie de
dépistage dans le
cadre d'un programme
organisé de dépistage
en 2003 et en 2004.**

le cadre d'un programme organisé. Voilà qui représente une maigre amélioration comparativement au 33,9 % que l'on observait en 2001-2002. Le taux de participation varie d'un programme à l'autre, allant de 10,4 % en Alberta à 52,9 % au Nouveau-Brunswick (figure 3).

Somme toute, les taux de participation aux programmes bien établis tels que ceux de la Colombie-Britannique (46-51 %), de l'Alberta (10-15 %) et de la Saskatchewan (52-55 %) se sont stabilisés depuis 1997 et 1998, alors que ceux associés aux programmes de la Nouvelle-Écosse (27-41 %) et de l'Ontario (13-27 %) ont continué de grimper. Les programmes plus récents que l'on retrouve au Québec (12-48 %), au Nouveau-Brunswick (36-53 %) et à Terre-Neuve / Labrador (18-26 %) ont également vu leurs taux de participation augmenter.

Nous devons noter que ces taux ne tiennent pas compte des femmes qui font l'objet d'un dépistage hors programme. Les résultats de sondages portant sur la santé dans la collectivité suggèrent que près de 62 % des femmes de 50 à 69 ans ont reçu une mammographie dans les deux dernières années (figure 4). Ce pourcentage provient de déclarations volontaires et risque d'être légèrement exagéré étant donné la tendance des répondants à surestimer les comportements souhaités; quoi qu'il en soit, il s'apparie mieux avec le taux de participation de 70 % ciblé par le Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation.

Figure 3 - Participation des femmes de 50 à 69 ans à des programmes organisés de dépistage du cancer du sein en 2003 et 2004



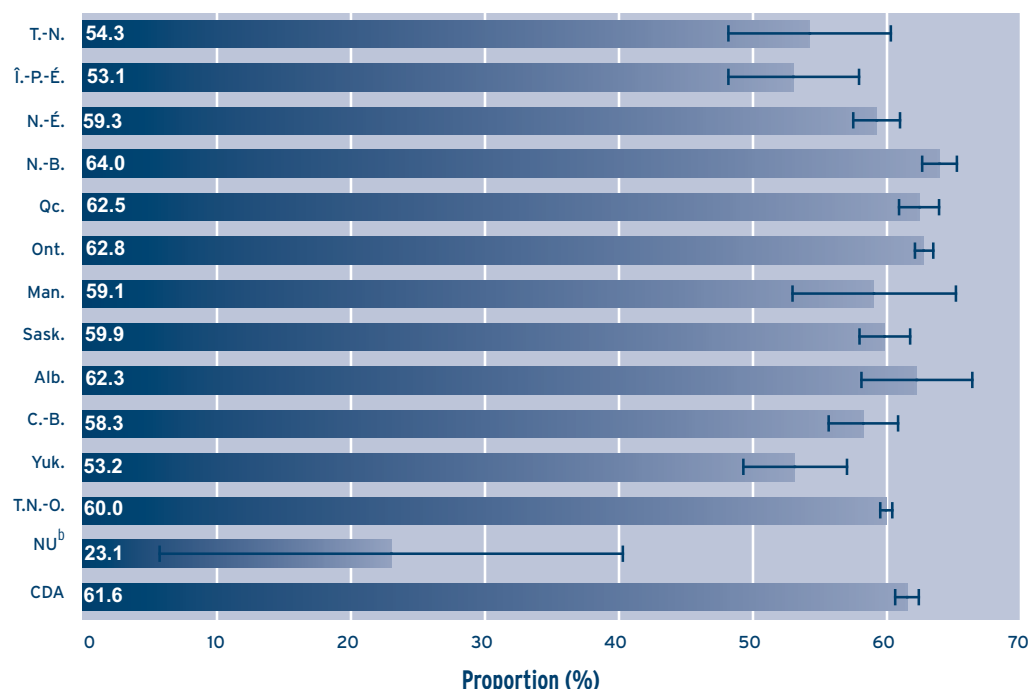
Source : Les données de Statistiques Canada pour 2003 et 2004 sont utilisées comme dénominateurs.

Remarque : On a calculé une moyenne pour les prévisions démographiques.

Le taux national de participation, qui s'élève à 36,5 %, est indiqué par la barre horizontale.

^a Le taux pour les Territoires du Nord-Ouest résulte de données relatives à l'année 2004 seulement.

Figure 4 - Proportion des femmes de 50 à 69 ans qui ont déclaré avoir reçu une mammographie^a au cours des deux années précédentes, selon la province
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2005



^a À l'exclusion des mammographies diagnostiques.

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

Source : Santé Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005 : fichier commun.

Fidélisation

On récolte les bénéfices optimaux des programmes de dépistage lorsque les femmes y participent régulièrement. Deux objectifs ont été fixés en fonction du taux de participation, du temps de latence, des résultats des études relatives aux intervalles de dépistage et des essais cliniques contrôlés randomisés (7-9). Le premier vise les femmes faisant l'objet d'un premier dépistage par mammographie et prévoit qu'au moins 75 % d'entre elles devrait passer un dépistage subséquent dans les 30 mois suivant le dépistage initial. Le second indique qu'au moins 90 % des femmes ayant fait l'objet d'un dépistage subséquent devraient être revues dans les 30 mois depuis le dernier dépistage (8;9). Le taux de fidélisation pour des femmes âgées 50 à 69 exclut les femmes de 70 ans et plus.

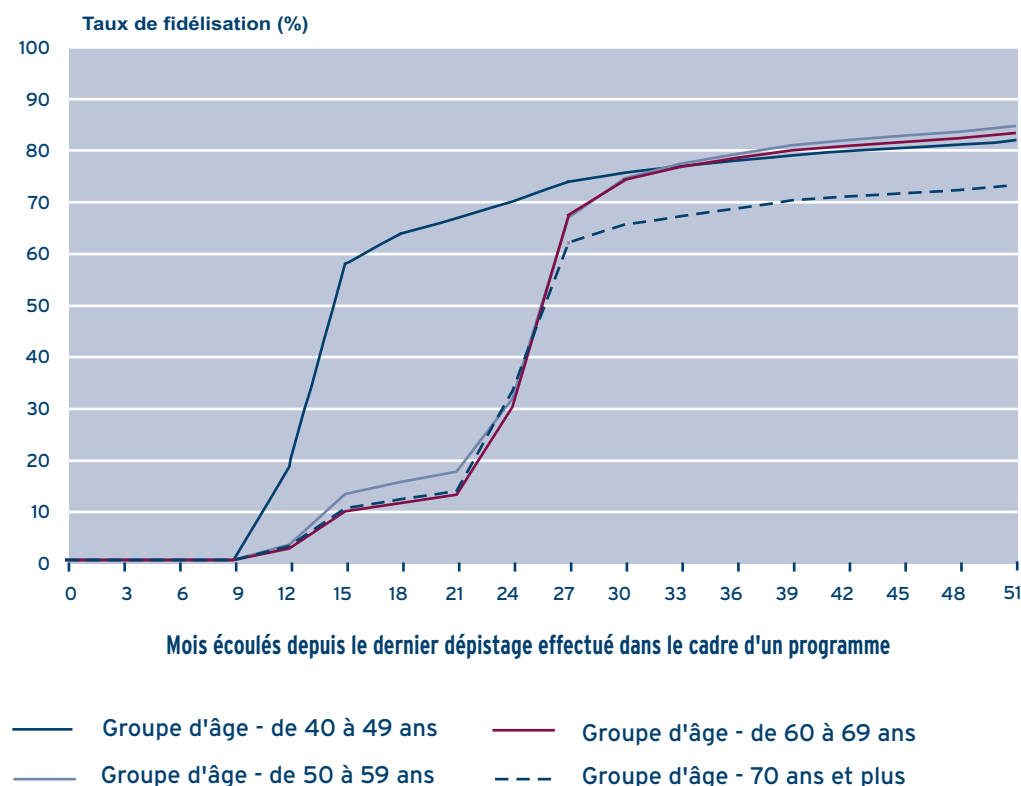
Dans l'ensemble, 74,3 % des femmes âgées de 50 à 68 ans ayant reçu une mammographie dans le cadre d'un programme de dépistage en 2001 et 2002 ont été réexaminées dans les 30 mois en 2003-2004. Parmi les femmes qui ont eu un premier dépistage par mammographie durant les années civiles 2001 et 2002, 64,9 % sont revenues pour un dépistage subséquent dans les 30 mois de leur premier dépistage. Parmi les femmes âgées de 50 à 68 ans ayant subi un

Dans l'ensemble,
74,3 % des femmes
 âgées de 50 à 68 ans
 ayant reçu une
 mammographie
 dans le cadre d'un
 programme de
 dépistage en 2001
 et 2002 ont été
 réexaminées dans
 les 30 mois en
 2003-2004.

dépistage subséquent durant les années civiles 2002 et 2002, 76,8 % ont reçu une autre mammographie de dépistage dans les 30 mois suivant leur dernier dépistage (tableau 6).

En général, les femmes plus jeunes (de 40 à 49 ans) étaient plus susceptibles de revenir pour une mammographie dans les 30 mois comparativement aux femmes âgées de 70 ans et plus, peu importe s'il s'agissait d'un dépistage initial (63,9 % et 53,5 % respectivement) ou d'un dépistage subséquent (86,7 % et 68,4 % respectivement) (tableau 7). La plupart des femmes sont revenues passer une mammographie de dépistage entre 21 et 27 mois depuis leur dépistage de 2001-2002; toutefois, les femmes de 40 à 49 ans étaient plus portées que les femmes plus âgées à revenir entre 12 et 15 mois après leur dernier dépistage (figure 5).

Figure 5 - Probabilité cumulative de dépistage subséquent dans le cadre d'un programme, selon le groupe d'âge, années de dépistage 2000 et 2001

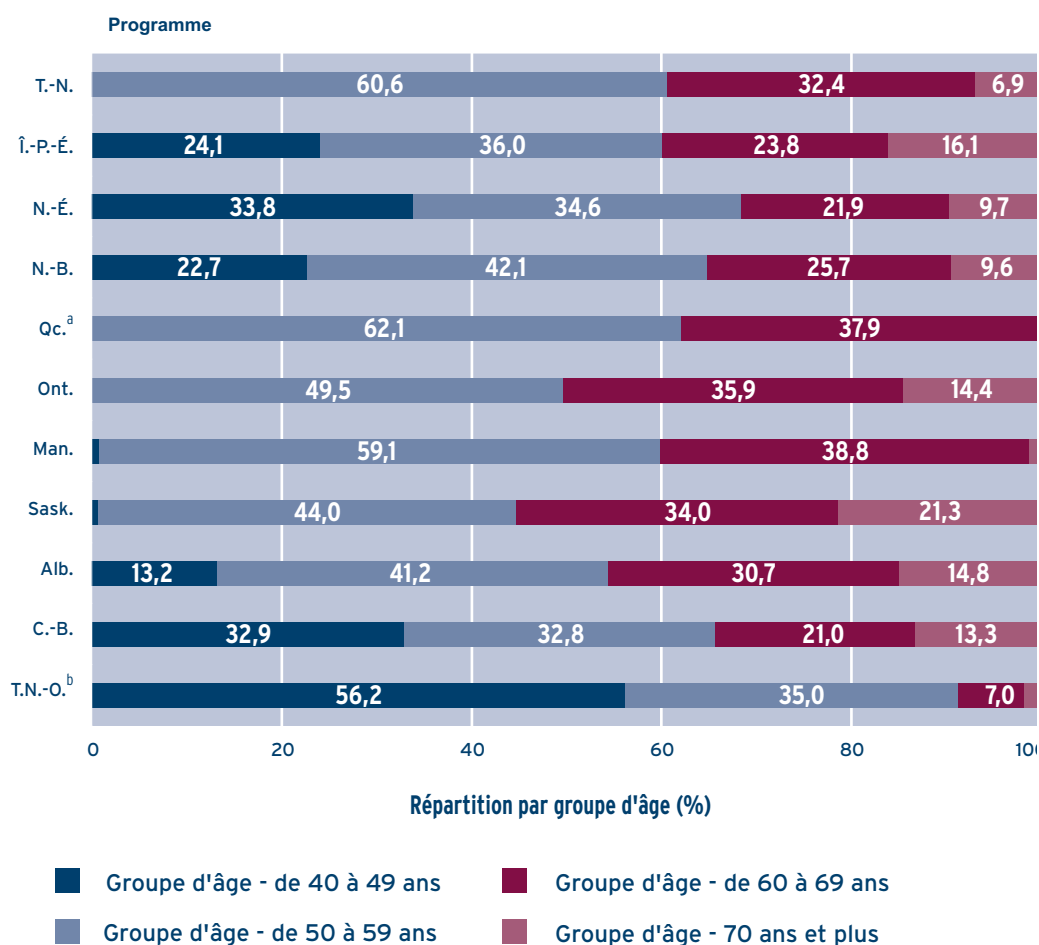


Remarque : Cette analyse exclut les données relatives aux Territoires du Nord-Ouest.

Résultats du dépistage

Les programmes organisés doivent faire en sorte que tous les cancers du sein soient dépistés chez les femmes asymptomatiques tout en réduisant au minimum le nombre de femmes en bonne santé qui ont des résultats anormaux aux tests de dépistage. Chez les femmes asymptomatiques, le taux de rappel pour anomalie et la valeur prédictive positive laissent pressentir que les cancers du sein sont correctement identifiés par les programmes de dépistage.

Figure 6 - Répartition, par âge, des dépistage effectués dans le cadre d'un programme, selon la province - Années de dépistage 2003 et 2004



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

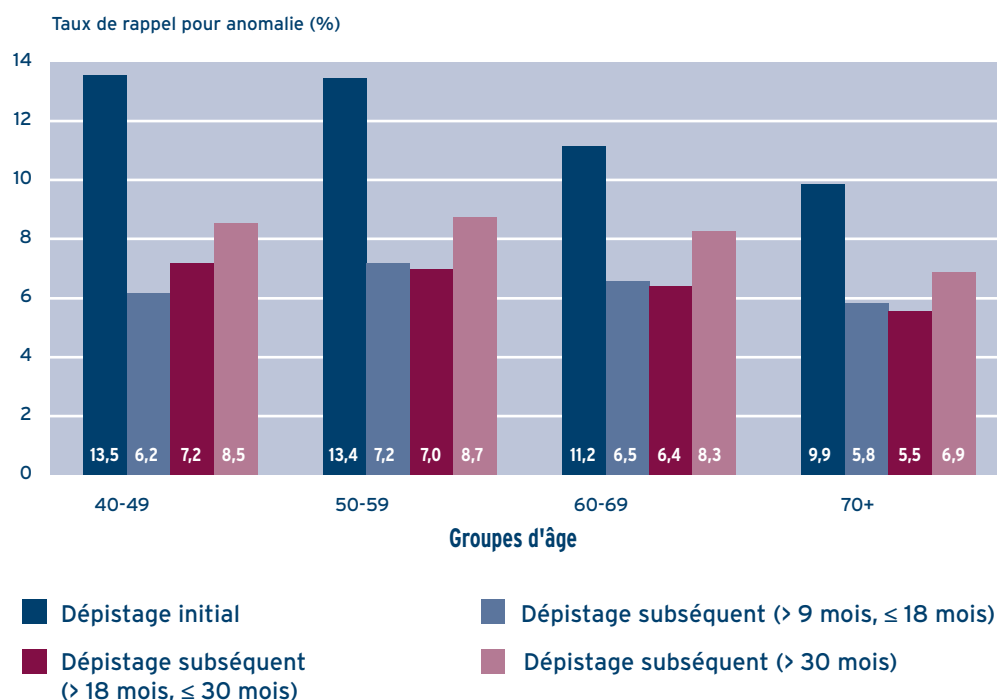
^b Seules les données pour l'année 2004 ne sont disponibles en ce qui concerne les Territoires du Nord-Ouest.

Taux de rappel pour anomalie

Le taux de rappel pour anomalie réfère au pourcentage des femmes qui obtiennent des résultats anormaux aux tests de dépistage et qui doivent subir une investigation diagnostique. Ce taux constitue un indice de mesure de la qualité des programmes de dépistage. La cible canadienne est fixée à moins de 10 % pour les femmes faisant l'objet d'un dépistage initial et moins de 5 % pour celles ayant fait l'objet d'un dépistage subséquent dans l'intervalle recommandé.

Chez les femmes du groupe cible (c'est-à-dire de 50 à 69 ans), le taux de rappel pour anomalie observée chez les femmes avec dépistage initial est de 12,1 % alors qu'il est de 6,5 % pour les femmes avec dépistage subséquent (tableau 6). Ces taux sont plus ou moins stables depuis 2001-2002. Le manque d'expérience des radiologistes, les faibles volumes de clichés mammaires interprétés ainsi que les délais associés aux dépistages subséquents peuvent contribuer aux taux de rappel pour anomalie élevés. Pour tous les groupes d'âge, ce taux grimpe après un intervalle de dépistage de 30 mois, ce qui milite en faveur de l'importance de passer un dépistage régulièrement (figure 7).

Figure 7 - Taux de rappel pour anomalie^a, selon le groupe d'âge - Années de dépistage 2003 et 2004



^a Comprend la mammographie et l'examen clinique des seins comme méthodes de dépistage. Cette analyse exclut les données relatives aux Territoires du Nord-Ouest.

Remarque : L'intervalle médian avant les dépistages subséquents est le suivant :
Dépistage subséquent (> 9 mois, ≤ 18 mois) : 12,5 mois;
Dépistage subséquent (> 18 mois, ≤ 30 mois) : 24,4 mois;
Dépistage subséquent (> 30 mois) : 35,7 mois.

Valeur prédictive positive

La valeur prédictive positive (VPP) est déterminée par la proportion des cas de dépistage anormaux qui se sont révélés être porteurs d'un cancer du sein infiltrant ou *in situ* après le bilan diagnostique. Une VPP élevée indique que le dépistage réussit à réduire au minimum le suivi inutile. La cible canadienne est de $\geq 5\%$ pour les dépistages initiaux et de $\geq 6\%$ pour les dépistages subséquents.

Chez les femmes de 50 à 69 ans, la VPP basée sur une détection par mammographie seulement atteint ces objectifs, soient 5,0 % et 7,3 % pour les dépistages initiaux et subséquents respectivement; ces valeurs sont relativement stables depuis 2001. Il est intéressant de noter que la VPP varie avec l'âge de la population examinée, ce qui peut expliquer pourquoi les objectifs canadiens ne s'adressent qu'aux femmes de 50 à 69 ans. La VPP augmente de façon dramatique avec l'âge, allant de 2,3 % pour les femmes de 40 à 49 ans avec dépistage initial jusqu'à 13,8 % chez les femmes de 70 ans et plus (tableaux 6-8).

Interventions diagnostiques

Comme le démontre la VPP, la plupart des femmes qui reçoivent un résultat de dépistage anormal ne sont pas atteintes d'un cancer du sein et doivent subir des interventions plus approfondies afin d'obtenir un diagnostic définitif. Un suivi diagnostique opportun et bien coordonné réduit la peur et l'anxiété qui viennent avec des résultats anormaux (10). Les femmes dont les résultats de dépistage sont anormaux doivent se soumettre à une évaluation radiologique ou chirurgicale plus poussée composée entre autres d'une mammographie diagnostique, d'une échographie, d'une biopsie ouverte ou par forage ou d'une ponction à l'aiguille fine.

La figure 8 indique les combinaisons d'examens diagnostiques après la détection d'une anomalie et inclut les 10 provinces ainsi que les données relatives aux tests de dépistage effectués dans les Territoires du Nord-Ouest en 2004. En 2003-2004, près du trois quarts des femmes ayant reçu des résultats de dépistage anormaux ont subi seulement un examen d'imagerie du sein. Un autre 13 % a eu des examens d'imagerie du sein combinés à une biopsie par forage ou à une ponction à l'aiguille fine, ce qui représente une hausse comparativement au 9,3 % observé en 2001-2002 (figure 8). Enfin, depuis 2001-2002, on privilégie de plus en plus le recours aux techniques moins effractives comme la biopsie par forage plutôt qu'aux plus invasives telles que les biopsies ouvertes. Le pourcentage des biopsies par forage est passé de 9,6 % (9 187 femmes) à 12,3 % (13 648 femmes) tandis que celui des biopsies ouvertes a chuté de 7,2 % (6 874) à 5,6 % (6 188) (tableau 4).

Tableau 4 – Types d'interventions diagnostiques à la suite d'un dépistage anormal chez les femmes de 50 à 69 ans - Années de dépistage 2003 et 2004

Intervention diagnostique	Modes de détection							
	Tous les modes de détection	Détection à la mammographie seulement	Détection à l'examen clinique des seins seulement	Détection à la mammographie et à l'examen clinique des seins				
	Nombre ^a (%) (Intervalle ^c)	Nombre ^a (%)	Nombre ^a (%)	Nombre ^a (%)				
Mammographie diagnostique	82 019 (74,1) (50,8 - 90,7)	79 639 (79,3)	401 (5,5)	1 979 (65,0)				
Échographie	59 651 (53,9) (32,4 - 71,4)	53 207 (53,0)	4 235 (58,3)	2 209 (72,6)				
Ponction à l'aiguille fine	4 232 (3,8) (0,4 - 6,7)	3 633 (3,6)	356 (4,9)	243 (8,0)				
Biopsie par forage	13 648 (12,3) (4,8 - 29,0)	12 759 (12,7)	184 (2,5)	705 (23,2)				
Biopsie ouverte avec ou sans localisation au harpon	6 188 (5,6) (0,0 - 13,1)	5 659 (5,6)	294 (4,1)	235 (7,7)				

^a Toutes provinces confondues. Les données relatives aux Territoires du Nord-Ouest sont exclues en raison des chiffres minimes.

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

^c Étendue de variation entre les provinces.

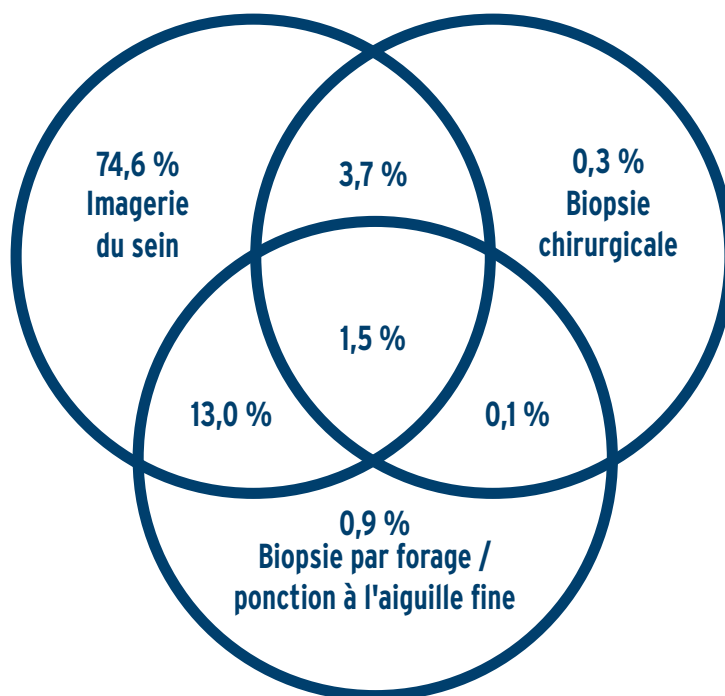
Remarque : Les proportions totales ne s'élèveront pas à 100 % puisqu'une femme fera probablement l'objet de différentes interventions diagnostiques.

Intervalles diagnostiques

L'intervalle diagnostique réfère à la période de temps comprise entre le dépistage anormal et la résolution diagnostique. Les intervalles diagnostiques excessivement longs ont un impact psychologique néfaste et peuvent nuire au pronostic (10). L'objectif canadien est qu'au moins 90 % des cas anormaux soient résolus dans 5 semaines si une biopsie des tissus n'est pas nécessaire et qu'au moins 90 % soient résolus dans 7 semaines lorsque l'on doit effectuer une biopsie des tissus.

À l'échelle du pays, 74,3 % des femmes pour lesquelles une biopsie de tissus n'était pas nécessaire ont reçu un diagnostic définitif en-deçà de 5 semaines; ce pourcentage est passé à 46,3 % en ce qui concerne celles qui ont dû subir une biopsie des tissus et dont le diagnostic a été rendu dans un intervalle de 7 semaines. Le premier pourcentage a continué à démontrer une légère amélioration alors que le second est demeuré stable (tableaux 6-8).

Figure 8 – Combinaisons d'examens diagnostiques après la détection d'une anomalie, femmes de 50 à 69 ans - Années de dépistage 2003 et 2004



5,9% des femmes n'ont subi aucune de ces procédures^a.

^a En ce qui concerne les femmes n'ayant subi aucun de ces examens, 93,8 % d'entre elles avaient été référées à la suite d'un examen clinique des seins (ECS) et pouvaient avoir reçu leur diagnostic définitif de leur fournisseur de soins primaires. Les données relatives au Québec sont comprises en ce qui concerne toutes les procédures; toutefois, elles ne figurent pas dans le calcul des recommandations à la suite d'un ECS.

Seules les données pour l'année 2004 sont comptabilisées en ce qui concerne les Territoires du Nord-Ouest.

Ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie chirurgicale ouverte³

Une évaluation pré chirurgicale de qualité réduit le nombre de femmes qui devront subir une intervention effractive à titre d'investigation pour ensuite recevoir un résultat normal ou bénin. Le ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie chirurgicale ouverte est une façon de déterminer la qualité de l'évaluation pré chirurgicale. Ce ratio compare le nombre de femmes qui ont subi une biopsie chirurgicale ouverte à titre de soins primaires avec celles qui ont fait l'objet d'une biopsie par forage dont le résultat s'était avéré non concluant avant d'obtenir un diagnostic définitif par biopsie chirurgicale ouverte. L'objectif de cet indicateur est fixé à $\leq 1:1$; donc, pour chaque tumeur maligne détectée, on devrait observer au plus un résultat bénin.

³ Le Québec utilise une méthode différente pour calculer le ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie chirurgicale ouverte. Le total national exclut les données qui proviennent du Québec.



En 2003 et 2004, ce ratio était de 1,8:1, ce qui veut dire que près de 2 tumeurs bénignes ont été détectées par biopsie chirurgicale ouverte pour chaque cas de cancer. Le ratio parmi les femmes ayant fait l'objet d'un dépistage initial par mammographie était de 2,6:1 alors que celui ayant trait aux femmes qui avaient subi un dépistage subséquent était de 1,6:1 (tableau 6). Ce résultat varie selon l'âge. Le meilleur ratio touche les femmes de 70 ans et plus ayant fait l'objet d'un dépistage subséquent par mammographie (0,9:1) alors que les femmes de 40 à 49 ans ayant passé une mammographie initiale affichaient le pire ratio (5,6:1) (tableau 7).

Le ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie chirurgicale ouverte concerne très peu de femmes puisque nous avons remarqué un mouvement important qui privilégie la biopsie par forage plutôt que la biopsie chirurgicale ouverte en tant que moyen d'obtenir un diagnostic définitif. Ainsi, cet indicateur devient de moins en moins utile puisque le nombre décroissant d'interventions nous donne des ratios difficiles à interpréter. On retrouve le nombre de femmes qui ont subi ce type d'intervention au tableau 6 afin d'illustrer ce point.

Taux de tumeurs bénignes à la biopsie chirurgicale ouverte

Le taux de biopsies chirurgicales ouvertes ayant permis de détecter une tumeur bénigne peut aussi servir d'indice de la qualité de l'évaluation pré chirurgicale. Toutefois, aucune cible n'a été établie en ce qui concerne cet indicateur.

En 2003 et 2004, les taux de biopsie chirurgicale ouverte bénigne étaient de 4,5 et 2,6 pour 1 000 dépistages en ce qui a trait aux dépistages initiaux et subséquents, respectivement. Le taux de biopsie est plus bas parmi les femmes d'au moins 70 ans ayant fait l'objet d'un dépistage initial par mammographie comparativement aux femmes plus jeunes. Par contre, les taux parmi les femmes ayant fait l'objet d'un dépistage subséquent varient très peu en fonction des groupes d'âge. Depuis 2000, le taux a diminué autant pour les femmes avec dépistage initial que pour celles pour qui il s'agissait d'un dépistage subséquent, ce qui démontre une tendance à la diminution de l'utilisation de ce type d'intervention diagnostique (tableau 6-8).

Ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie par forage

Le ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie par forage peut également servir d'indice de la qualité de l'évaluation pré chirurgicale. Toutefois, aucune cible n'a été établie en ce qui concerne cet indicateur.

En 2003 et 2004, les ratios tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie par forage étaient de 2,8:1 en ce qui a trait aux dépistages initiaux et de 1,5:1 pour les dépistages subséquents. On retrouve le ratio le moins élevé chez les femmes de 70 ans et plus. Chez les femmes avec dépistage initial, le ratio est passé de 3,3 :1 à 2,9 :1 depuis 2000. Cependant, ce ratio est demeuré relativement stable dans les cas de dépistages subséquents et s'étend entre 1,4 et 1,6:1 (tableau 6-8).

Taux de tumeurs bénignes à la biopsie par forage

Le taux de biopsies par forage ayant permis de détecter une tumeur bénigne mesure aussi la qualité de l'évaluation pré chirurgicale mais aucune cible n'a encore été fixée en ce qui concerne cet indicateur.

En 2003 et 2004, les taux de biopsies par forage étaient de 11,6 et 4,7 pour 1 000 dépistages, eu égard aux dépistages initiaux et subséquents respectivement. Le taux le plus bas touche les femmes de 70 ans et plus avec dépistages subséquents. Depuis 2000, ce taux est à la hausse en ce qui a trait aux mammographies de dépistage initiales et subséquentes, ce qui démontre un virage vers le recours à la biopsie par forage (tableaux 6-8).

Tableau 5 - Caractéristiques des cancers détectés, selon le groupe d'âge - Années de dépistage 2003 et 2004

	Groupe d'âge								Tous les âges	
	40-49		50-59		60-69		70+			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nombre de cancers ^a										
Infiltrants	312	70,8	2 758	77,7	2 673	80,8	1 108	85,3	6 851	79,7
CCIS	129	29,3	790	22,3	637	19,2	191	14,7	1 747	20,3
Classification TNM										
0 (<i>in situ</i>)	129	29,9	790	33,5	637	28,7	191	16,4	1 747	28,3
I	172	39,9	970	41,2	1 034	46,6	713	61,4	2 889	4,8
II	119	27,6	544	23,1	502	22,6	218	18,8	1 383	22,4
III / IV	11	2,6	52	2,2	45	2,0	40	3,4	148	2,4
Infiltrants (classe TNM manquante) ^b	11		1 215		1 105		134		2 465	
Taille de la tumeur ^c										
> 0 to < 2 mm	9	3,0	69	2,7	61	2,5	24	2,4	163	2,6
2 à 5 mm	21	7,0	215	8,6	191	7,8	74	7,5	501	8,0
6 à 10 mm	60	19,9	619	24,7	647	26,5	303	30,8	1 629	26,1
11 à 15 mm	87	28,9	684	27,3	724	29,6	260	26,4	1 755	28,1
16 à 20 mm	45	15,0	388	15,5	398	16,3	157	16,0	988	15,8
≥ 21 mm	79	26,2	535	21,3	422	17,3	166	16,9	1 202	19,3
Taille inconnue ^d	11		248		230		124		613	
Taille médiane (mm)	14,0		14,0		13,0		12,0		13,0	
Ganglions positifs ^e										
0	194	70,5	1 819	74,6	1 751	75,3	750	83,6	4 514	76,1
1 à 3	61	22,2	441	18,1	451	19,4	110	12,3	1 063	17,9
4+	20	7,3	177	7,3	122	5,2	37	4,1	356	6,0
Nombre inconnu ^{f,g}	37		321		349		211		918	

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

^b Le Québec et l'Île-du-Prince-Édouard ne précisent pas la classification TNM et représentent 80,1 % et 2,6 % respectivement de tous les cas de cette catégorie.

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

^d La Saskatchewan et l'Île-du-Prince-Édouard ne précisent pas la taille de la tumeur et représentent 51,3 % et 10,3 % respectivement de tous les cas de cette catégorie.

^e Comprend les valeurs manquantes (5,9 %) et les cas où aucun prélèvement n'a été effectué (1,6 %).

^f Le Nouveau-Brunswick représente 27,5 % des cas de ganglions pathologiques positifs, mais la distribution ganglionnaire n'est pas précisée. Le Nouveau-Brunswick représente 28,1 % de tous les cas de cette catégorie.

^g L'Île-du-Prince-Édouard ne précise pas le nombre de ganglions positifs et représente 6,9 % de tous les cas dans cette catégorie.

Remarque : Seules les données relatives à l'année 2004 ne sont comptabilisées en ce qui concerne les Territoires du Nord-Ouest.

Détection du cancer

Dans l'ensemble, les programmes organisés de dépistage ont permis de détecter 6 900 cancers (qu'ils soient infiltrants, *in situ* ou de type non-classé) parmi les femmes de 50 à 69 ans en 2003 et 2004 (tableau 6). D'autres cas de cancers du sein ont été détectés chez les Canadiennes par le biais de dépistages opportunistes (c'est-à-dire les dépistages qui ne sont pas effectués dans le cadre d'un programme organisé) ou lorsque la femme a manifesté des symptômes.

Parmi les femmes de 40 ans et plus, 79,7 % (6 851 femmes) ont été diagnostiquées avec un cancer infiltrant et 20,3 % (1 747 femmes) avec un carcinome *in situ*. Ce résultat inclut les données relatives aux Territoires du Nord-Ouest pour l'année 2004. La proportion de cancers infiltrants augmente avec l'âge; ce type de cancer a été détecté chez 70,8 % des femmes âgées de 40 à 49 ans comparativement à 85,3 % chez les femmes de 70 ans et plus (tableau 5).

Taux de détection de cancers infiltrants

Les cibles canadiennes pour les taux de détection d'un cancer infiltrant sont fixées à >5 pour 1 000 dépistages initiaux et >3 pour 1 000 dépistages subséquents effectués dans l'intervalle recommandé.

Au Canada, le taux de détection d'un cancer infiltrant chez les femmes avec dépistage initial était de 4,7 cas pour 1 000 dépistages alors qu'il était de 3,7 cas pour 1 000 dépistages chez les femmes avec dépistage subséquent⁴ (tableau 6). Tel qu'on s'y attendait, le taux de détection d'un cancer infiltrant augmente chez les femmes plus âgées lorsque le dépistage subséquent n'est pas effectué dans l'intervalle recommandé (figure 9).

Taux de détection de cancers *in situ*

Le carcinome canalaire *in situ* (CCIS) est un type de cancer qui se détecte à la mammographie. Cependant, il existe peu d'éléments de preuve qui permettent de conclure que toutes les formes de CCIS se transforment en cancers infiltrants. Voilà pourquoi aucune cible canadienne n'a été établie en ce qui concerne cet indicateur. Quoiqu'il en soit, il demeure important de surveiller ce taux de détection jusqu'à ce que l'on puisse fixer les cibles appropriées.

Au Canada, le taux de détection du CCIS chez les femmes avec dépistage initial était de 1,3 cas pour 1 000 dépistages alors qu'il était de 1,0 cas pour 1 000 dépistages chez les femmes avec dépistage subséquent⁴ (tableau 6).

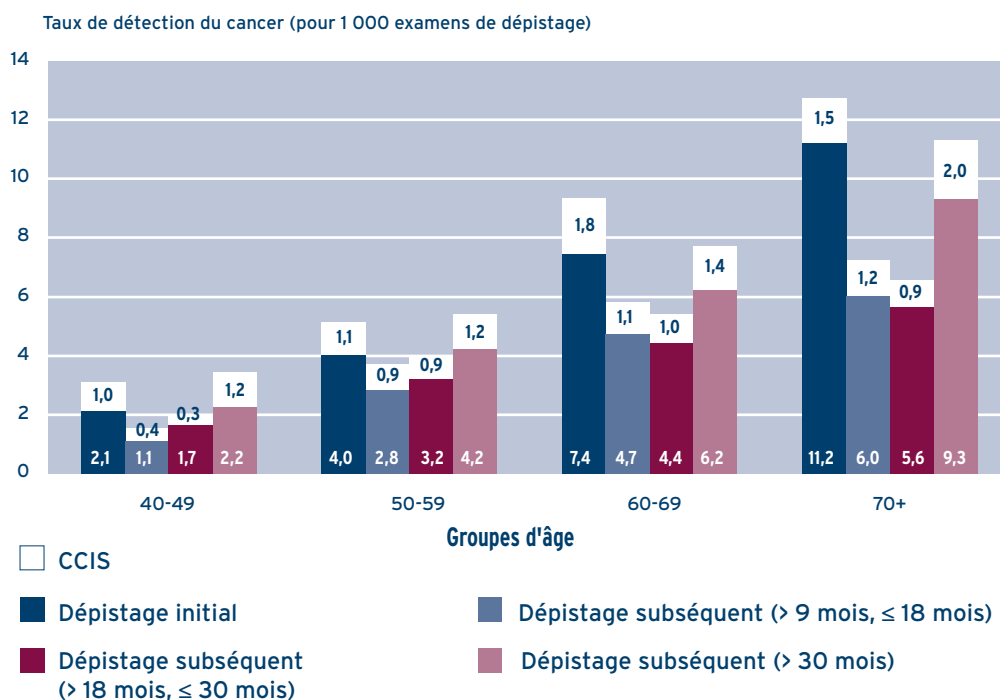
Les programmes organisés de dépistage ont permis de détecter 6 900 cancers (qu'ils soient infiltrants, *in situ* ou de type non-classé) parmi les femmes de 50 à 69 ans en 2003 et 2004.

⁴ On tient compte de toutes les femmes, y compris celles qui ont pu subir un dépistage subséquent tardif soit 30 mois ou plus après leur dernière mammographie.

Taille de la tumeur et taux d'incidence de cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire

Chez les femmes dont le cancer a été détecté à un stade précoce, les possibilités de traitements sont plus nombreuses, la récurrence du cancer est réduite et le taux de survie est meilleur. Les recherches au Canada ont démontré que 97,9 % des femmes atteintes d'un cancer du sein de stade I survivent pendant au moins cinq ans alors que seulement 27,9 % des femmes atteintes d'un cancer du sein de stade IV survivent aussi longtemps (11). Les cancers dits précoces sont formés de tumeurs de plus petite taille et ne présentent aucun envahissement ganglionnaire. Les objectifs canadiens basés sur la taille des tumeurs sont les suivants : plus de 25 % des cancers infiltrants doivent avoir une tumeur plus petite ou égale à 10 mm de diamètre et plus de 50% des cancers infiltrants doivent avoir des tumeurs plus petite ou égale à 15 mm de diamètre. Un autre objectif veut que plus de 70% des femmes atteintes d'un cancer infiltrant ne présentent aucun envahissement ganglionnaire.

Figure 9 – Taux de détection du cancer (infiltrant et *in situ*) pour 1 000 examens de dépistage, selon le group d'âge - Années de dépistage 2003 et 2004



Remarque : La zone ombrée indique la proportion de cancers infiltrants détectés, tandis que la zone non ombrée indique la proportion de CCIS détectés. Cette analyse exclut les données relatives aux Territoires du Nord-Ouest.

L'intervalle médian avant les dépistages subséquents est le suivant :

Dépistage subséquent (> 9 mois, ≤ 18 mois) : 12,5 mois;

Dépistage subséquent (> 18 mois, ≤ 30 mois) : 24,4 mois;

Dépistage subséquent (> 30 mois) : 35,7 mois.



L'analyse des caractéristiques des cancers détectés (tableau 5) tient compte des 10 provinces et comprend les données relatives aux femmes examinées en 2004 dans les Territoires du Nord-Ouest. Parmi les femmes de 40 ans et plus ayant reçu un diagnostic de cancer du sein en 2003 et 2004, 46,8 % des cancers étaient classés de stade I et moins de 3 % étaient classés de stade III/IV (tableau 5). La proportion des CCIS (stade 0) détectés a diminué tandis que la proportion des cancers infiltrants de stade I a augmenté avec l'âge. Les cancers infiltrants de stade II à IV sont demeurés relativement stables pour tous les groupes d'âge.

Par conséquent, la proportion des cancers infiltrants avec des tumeurs de moins de 10 mm de diamètre était de 36,4 % et presque trois quarts des femmes ne présentaient pas d'envahissement ganglionnaire au moment du diagnostic (tableau 6). Une plus grande proportion de femmes plus âgées présentait des tumeurs de petite taille et des ganglions négatifs en comparaison aux femmes moins âgées (tableau 7).

Cancers détectés après le dépistage

Les cancers détectés après le dépistage sont ceux qui se développent après un résultat de dépistage normal et avant le prochain dépistage. Ils constituent un indicateur de la sensibilité du programme de dépistage. On peut compter parmi ces types de cancers ceux qui se présentent après la période recommandée de 12 ou 24 mois en ce qui concerne les femmes qui négligent de revenir passer un dépistage subséquent annuel ou bisannuel (parfois appelés « cancers liés à la non-observance ») ou les cancers qui surviennent chez les femmes qui présentent des symptômes avant leur prochain dépistage régulier (« cancers d'intervalle »). Les cas qui avaient été référés en investigation et dont le résultat s'est avéré bénin sont exclus. Les cancers détectés après le dépistage ont été comptabilisés en fonction de toutes les femmes ayant fait l'objet d'un dépistage en 2000 et 2001 chez lesquelles s'est développé un cancer d'intervalle entre 2000 et 2003. Les cancers liés à la non-observance ne sont pas inclus dans le calcul. Afin d'assurer une certaine cohérence entre les provinces, le présent rapport tient compte des cancers d'intervalle ainsi que ceux détectés suite à une mammographie de dépistage anormale et qui ont nécessité plus de 6 mois pour être diagnostiquer. Selon les objectifs canadiens de performance, le nombre de cancers détectés dans les 12 mois suivant le dépistage ne devrait pas dépasser 6 pour 10 000 personnes-années, et le nombre détecté dans les 24 mois devrait être inférieur à 12 pour 10 000 personnes-années.

À l'échelle canadienne, les taux de détection de ce type de cancer s'élevaient à 5,4 et 7,9 dans les 12 et 24 mois subséquents, respectivement, pour 10 000 personnes-années (tableau 6).

Tableau 6 – Mesures de la performance selon le programme pour les femmes de 50 à 69 ans - Années de dépistage 2003 et 2004

Indicator	Objectif ^f	Programme										
		C.-B.	Alb.	Sask.	Man. ^b	Ont. ^b	Qc	N.-B.	N.-É. ^c	I.-P.-É. ^d	T.-N.-L. ^b	Canada
Nombre de dépistages	S.O. ^e	242 835	32 319	55 722	62 648	393 415	428 637	50 169	52 966	7 266	19 405	1 345 382
Nombre de dépistages initiaux	S.O. ^e	18 648	7 323	8 725	13 484	122 309	127 756	6 165	11 950	622	4 324	321 306
Nombre de cancers ^f	S.O. ^e	1 094	168	280	328	1 914	2 510	231	233	37	105	6 900
Taux de participation (%)	≥70	48,8	10,4	52,1	51,1	26,8	47,9	52,9	41,4	40,4	25,5	36,5
Taux de fidélisation % de femmes ayant passé un premier dépistage subséquent dans les 30 mois ^{gh}	≥75	55,9	51,9	68,0	63,3	74,3	62,7	56,5	62,4	71,2	71,9	64,9
Taux de fidélisation % de femmes ayant passé d'autres dépistages subséquents dans les 30 mois ^{gh}	≥90	76,4	69,5	77,2	75,6	80,6	74,3	73,2	77,6	83,7	82,3	76,8
Taux de rappel pour anomalie (%)												
Anomalie détectée à la mammographie ⁱ												
Dépistage initial	<10	15,4	6,3	16,5	9,4	10,2	14,2	13,3	7,5	16,7	11,6	12,1
Dépistage subséquent	<5	5,8	3,3	6,5	4,8	6,0	8,1	7,2	4,2	11,0	6,2	6,5
Anomalie détectée, sans égard au mode de détection												
Dépistage initial	<10	15,4	6,3	16,5	10,5	11,9	14,2	13,3	7,7	16,7	16,8	12,9
Dépistage subséquent	<5	5,8	3,3	6,5	5,6	7,6	8,1	7,2	4,3	11,0	10,6	7,0
Taux de détection d'un cancer infiltrant (pour 1 000 dépistages)												
Cancer détecté à la mammographie ⁱ												
Dépistage initial	>5	5,4	4,2	2,3	5,3	4,5	5,0	4,7	4,7	9,6	4,9	4,7
Dépistage subséquent	>3	3,2	4,6	4,2	3,7	3,5	4,3	3,5	3,0	4,4	3,6	3,7
Cancer détecté, sans égard au mode de détection												
Dépistage initial	>5	5,4	4,2	2,3	5,5	4,7	5,0	4,7	4,7	9,6	5,1	4,8
Dépistage subséquent	>3	3,2	4,6	4,2	3,8	3,7	4,3	3,5	3,0	4,4	3,6	3,8

Tableau 6 – Mesures de la performance selon le programme pour les femmes de 50 à 69 ans - Années de dépistage 2003 et 2004 (suite)

Indicateur	Objectif ^a	Programme										
		C.-B.	Alb.	Sask.	Man. ^b	Ont. ^b	Qc	N.-B.	N.-É. ^c	Î.-P.-É. ^d	T.-N.-L. ^e	Canada
Taux de détection du carcinome <i>in situ</i> (pour 1 000 dépistages)												
Dépistage initial	S.O. ^e	1,8	0,4	2,2	0,7	1,1	1,4	0,6	1,3	1,6	1,9	1,3
Dépistage subséquent	S.O. ^e	1,1	0,8	0,9	1,1	0,7	1,2	1,0	1,0	0,2	1,3	1,0
Respect du délai diagnostique (%) ^f												
Complété sans biopsie de tissus, dans les 5 semaines	≥ 90	71,1	60,8	62,4	76,8	81,0	71,5	78,0	78,4	56,2	58,2	74,3
Complété avec biopsie de tissus, dans les 7 semaines	≥ 90	43,6	59,1	24,9	39,6	52,2	45,7	39,9	63,4	46,3	24,8	46,3
Valeur prédictive positive (%) ^f												
Cancer détecté à la mammographie ^g												
Dépistage initial	≥ 5	5,0	7,3	2,8	6,4	5,5	4,7	4,0	7,9	7,1	5,6	5,0
Dépistage subséquent	≥ 6	7,5	16,1	7,9	10,0	7,1	6,9	6,3	9,3	4,4	8,0	7,3
Cancer détecté, sans égard au mode de détection												
Dépistage initial	≥ 5	5,0	7,3	2,8	5,9	4,8	4,7	4,0	7,7	7,1	4,1	4,8
Dépistage subséquent	≥ 6	7,5	16,1	7,9	8,8	5,9	6,9	6,3	9,2	4,4	4,7	6,9
Taux de biopsies ouvertes ayant permis de détecter une tumeur bénigne (pour 1 000 dépistages) ^h												
Dépistage initial	S.O. ^e	9,0	1,8	13,2	4,7	3,8	4,2	7,3	1,8	0,0	9,3	4,5
Dépistage subséquent	S.O. ^e	3,7	0,6	4,8	1,7	2,3	2,0	3,1	0,7	0,0	6,2	2,6
Ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie chirurgicale ouverte ^h												
Dépistage initial	≤ 1:1	2,3 : 1	13,0 : 1	3,5 : 1	4,5 : 1	2,6 : 1	S.O. ^l	2,0 : 1	1,4 : 1	S.O. ^m	2,0 : 1	2,6 : 1
Total des biopsies chirurgicales ouvertes (tumeurs bénignes + tumeurs malignes)		n = 240	n = 14	n = 148	n = 77	n = 641	S.O. ^l	n = 67	n = 36	n = 0	n = 60	n = 1 283
Dépistage subséquent	≤ 1:1	1,6 : 1	0,9 : 1	1,5 : 1	1,8 : 1	1,7 : 1	S.O. ^l	1,1 : 1	2,0 : 1	S.O. ^m	2,2 : 1	1,6 : 1
Total des biopsies chirurgicales ouvertes (tumeurs bénignes + tumeurs malignes)		n = 1 360	n = 29	n = 372	n = 127	n = 989	S.O. ^l	n = 253	n = 45	n = 0	n = 136	n = 3 311

Tableau 6 – Mesures de la performance selon le programme pour les femmes de 50 à 69 ans - Années de dépistage 2003 et 2004 (suite)

Indicator	Objectif ^a	Programme										
		C.-B.	Alb.	Sask.	Man. ^b	Ont. ^b	Qc	N.-B.	N.-É. ^c	Î.-P.-É. ^d	T.-N.-L. ^e	Canada
Taux de biopsies par forage ayant permis de détecter une tumeur bénigne (pour 1 000 dépistages)												
Dépistage initial	S.O. ^a	7,8	9,6	4,6	10,6	7,7	16,6	7,1	16,1	14,5	4,9	11,6
Dépistage subséquent	S.O. ^a	2,0	3,0	0,8	4,0	4,1	8,0	3,2	7,6	8,7	3,1	4,7
Ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie par forage												
Dépistage initial	S.O. ^a	2,5 : 1	2,1 : 1	2,7 : 1	2,1 : 1	1,9 : 1	3,5 : 1	4,9 : 1	3,5 : 1	1,5 : 1	2,3 : 1	2,8 : 1
Dépistage subséquent	S.O. ^a	1,0 : 1	0,6 : 1	0,4 : 1	1,0 : 1	1,4 : 1	1,8 : 1	1,8 : 1	2,1 : 1	4,8 : 1	1,6 : 1	1,5 : 1
Taille de la tumeur infiltrante (%) ¹⁰⁰												
≥ 10 mm	≥25	37,3	28,5	S.O. ^o	28,4	35,0	39,0	28,4	35,0	S.O. ^o	34,2	36,4
≥ 15 mm	≥50	64,9	59,7	S.O. ^o	63,2	61,4	68,8	56,3	65,5	S.O. ^o	63,2	64,8
Taux de ganglions négatifs, dans le cas de cancers infiltrants (%) ^{100a}	≥70	75,6	73,3	80,2	75,7	75,1	74,0	69,4	77,1	S.O. ^a	77,9	74,8
Taux de cancers infiltrants détectés après le dépistage (pour 10 000 années-personnes) ¹⁰⁵												
Dans les 12 mois	< 6	6,2	6,6	S.O. ^f	3,3	4,8	S.O. ^f	7,4	S.O. ^f	S.O. ^f	3,0	5,4
Dans les 24 mois	< 12	8,6	8,9	S.O. ^f	6,9	7,1	S.O. ^f	10,3	S.O. ^f	S.O. ^f	5,3	7,9

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

^b Le dépistage comprend la mammographie et l'examen clinique complet des seins (ECS).

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

^d Le dépistage comprend l'ECS modifié effectué par une technologie, sur recommandation à la suite d'une mammographie.

^e À des fins de surveillance et de suivi seulement.

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

^g Les données utilisées sont celles des années de dépistage de 2000 et 2001.

^h Le taux de fidélisation pour des femmes âgées 50 à 69 exclut les femmes qui ont atteint l'âge de 70 ans.

ⁱ Indépendamment de l'ECS et de son résultat.

^j La biopsie des tissus ne comprend pas la ponction à l'aiguille fine (PAF). Le temps d'obtention du diagnostic est basé sur la date du premier résultat de biopsie anatomo-pathologique du cancer du sein.

^k Comprend les diagnostics issus de références directes pour biopsies chirurgicales ouvertes ainsi que les cas de femmes ayant obtenu un résultat non-concluant ou inadéquat suite à une biopsie par forage avant d'obtenir un diagnostic définitif la biopsie chirurgicale ouverte.

^l Le Québec utilise une méthode différente pour calculer le ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie ouverte. Le total calculé pour le Canada exclut les données du Québec.

^m Le ratio est inapplicable en raison de valeurs nulles.

ⁿ Le calcul ne tient pas compte des valeurs manquantes. 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. (À l'exclusion des PAF et de toutes les procédures non-concluantes ou inadéquates) ou la date du dernier examen négatif ou de la biopsie anatomo-pathologique négative.

^o La Saskatchewan et l'Île-du-Prince-Édouard ne précisent pas la taille de la tumeur. Le total calculé pour le Canada total exclut les données de la Saskatchewan et de l'Île-du-Prince-Édouard.

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

^q L'Île-du-Prince-Édouard ne précise pas le nombre de ganglions positifs à l'examen anatomo-pathologique. Le total calculé pour le Canada exclut les données de l'Île-du-Prince-Édouard.

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

^s Calcule d'après le nombre total de femmes examinées en 2000-2001 pour lesquelles un cancer a été détecté après le dépistage durant les années 2000-2003. Les cancers liés à la non-observance n'ont pas été inclus dans ce calcul. Les cancers détectés après le dépistage comprennent tous les cancers infiltrants diagnostiqués après un dépistage négatif effectué dans le cadre d'un programme (non référés) ou les cancers détectés lors d'un dépistage (référés) qui ont nécessité plus de 6 mois pour être diagnostiqués (au-delà d'un « épisode de dépistage régulier »). Les cancers détectés après le dépistage ne comprennent pas les cas ayant été référés pour un suivi diagnostique et dont le résultat est négatif (le calcul comprend ceux qui n'ont pas été détectés au dépistage et exclut ceux qui ont échappé au diagnostic). Cette méthode de calcul a été mise à jour à partir de rapports antérieurs.

Remarque : Les données relatives aux Territoires du Nord-Ouest ne sont pas incluses en raison de chiffres minimes (463 dépistages initiaux parmis les femmes de 50 à 69 ans en 2004).

Tableau 7 - Mesures de la performance selon le groupe d'âge - Années de dépistage 2003 et 2004

Indicateur	Objectif ^a	Groupe d'âge				
		40-49	50-59	60-69	70+	Tous les âges
Nombre de dépistages	S.O. ^b	207 262	810 367	535 015	168 701	1 721 345
Nombre de dépistages initiaux	S.O. ^b	62 239	245 424	75 882	18 351	401 896
Nombre de cancers ^c	S.O. ^b	439	3 572	3 328	1 299	8 638
Taux de participation (%)	≥ 70	6,2	36,1	36,7	8,7	19,9
Taux de fidélisation (% de femmes ayant subi un premier dépistage subséquent dans les 30 mois) ^{de}	≥ 75	63,9	67,7	60,8	53,5	65,1
Taux de fidélisation (% de femmes ayant subi d'autres dépistages subséquents dans les 30 mois) ^{de}	≥ 90	86,7	81,4	72,7	68,4	79,2
Taux de rappel pour anomalie (%)						
Anomalie détectée à la mammographie ^f						
Dépistage initial	< 10	13,4	12,6	10,5	9,0	12,2
Dépistage subséquent	< 5	6,6	6,7	6,2	5,3	6,4
Anomalie détectée, sans égard au mode de détection						
Dépistage initial	< 10	13,5	13,4	11,2	9,9	12,9
Dépistage subséquent	< 5	6,6	7,3	6,7	5,8	6,8
Taux de détection d'un cancer infiltrant (pour 1 000 dépistages)						
Cancer détecté à la mammographie ^f						
Dépistage initial	> 5	2,1	3,9	7,4	10,8	4,6
Dépistage subséquent	> 3	1,2	3,1	4,5	5,9	3,7
Cancer détecté, sans égard au mode de détection						
Dépistage initial	> 5	2,1	4,0	7,4	11,2	4,7
Dépistage subséquent	> 3	1,2	3,1	4,6	6,0	3,8
Taux de détection du carcinome <i>in situ</i> (pour 1 000 dépistages)						
Dépistage initial	S.O. ^b	1,0	1,1	1,8	1,5	1,2
Dépistage subséquent	S.O. ^b	0,5	0,9	1,1	1,1	0,9
Respect du délai diagnostique (%) ^g						
Complété sans biopsie de tissus, dans les 5 semaines	≥ 90	73,0	74,1	74,7	75,1	74,2
Complété avec biopsie de tissus, dans les 7 semaines	≥ 90	41,0	45,4	47,8	49,9	46,1
Valeur prédictive positive (%) ^h						
Cancer détecté à la mammographie ^f						
Dépistage initial	≥ 5	2,3	4,0	8,9	13,8	4,9
Dépistage subséquent	≥ 6	2,6	6,0	9,1	13,4	7,4
Cancer détecté, sans égard au mode de détection						
Dépistage initial	≥ 5	2,3	3,9	8,4	13,0	4,7
Dépistage subséquent	≥ 6	2,6	5,6	8,5	12,3	6,9
Taux de biopsies chirurgicales ouvertes ayant permis de détecter une tumeur bénigne (pour 1 000 dépistages) ^h						
Dépistage initial	S.O. ^b	7,3	4,9	3,4	3,3	4,9
Dépistage subséquent	S.O. ^b	2,7	2,6	2,6	2,6	2,6
Ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie chirurgicale ouverte ^{hi}						
Dépistage initial	≤ 1:1	5,6 : 1	3,2 : 1	1,5 : 1	1,3 : 1	3,0 : 1
Dépistage subséquent	≤ 1:1	3,5 : 1	1,9 : 1	1,3 : 1	0,9 : 1	1,6 : 1
Taux de biopsies par forage ayant permis de détecter une tumeur bénigne (pour 1 000 dépistages)						
Dépistage initial	S.O. ^b	10,1	12,3	9,3	5,9	11,1
Dépistage subséquent	S.O. ^b	3,0	4,7	4,7	2,6	4,3

Tableau 7 - Mesures de la performance selon le groupe d'âge - Années de dépistage 2003 et 2004 (suite)

Indicateur	Objectif ^a	Groupe d'âge				Tous les âges
		40-49	50-59	60-69	70+	
Ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie par forage						
Dépistage initial	S.O. ^b	6,2 : 1	3,6 : 1	1,4 : 1	0,7 : 1	2,8 : 1
Dépistage subséquent	S.O. ^b	3,4 : 1	1,7 : 1	1,3 : 1	0,7 : 1	1,4 : 1
Taille de la tumeur infiltrante (%) ^k						
≤ 10 mm	> 25	30,0	35,9	36,8	40,6	36,7
≤ 15 mm	> 50	59,0	63,2	66,4	67,1	64,9
Taux de ganglions négatifs, dans le cas de cancers infiltrants (%) ^{jlm}	> 70	69,9	74,5	75,0	83,8	75,9
Taux de cancers infiltrants détectés après le dépistage (pour 10 000 années-personnes) ^{no}						
Dans les 12 mois	< 6	4,7	5,9	4,7	5,0	5,2
Dans les 24 mois	< 12	6,6	8,1	7,7	8,6	7,9

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

^b À des fins de surveillance et de suivi seulement.

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

^d Les données utilisées sont celles des années de dépistage de 2000 et 2001.

^e Le taux de fidélisation pour des femmes âgées 50 à 69 exclut les femmes qui ont atteint l'âge de 70 ans.

^f Indépendamment de l'examen clinique des seins (ECS) ou de son résultat.

^g La biopsie de tissus ne comprend pas la ponction à l'aiguille fine (PAF). Le temps du diagnostic est basé sur la date du premier résultat de biopsie anatomo-pathologique du cancer du sein

^h Comprend les diagnostics issus de références directes pour biopsies chirurgicales ouvertes ainsi que les cas de femmes ayant obtenu un résultat non-concluant ou inadéquat suite à une biopsie par forage avant d'obtenir un diagnostic définitif à la biopsie chirurgicale ouverte.

ⁱ Le Québec utilise une méthode différente pour calculer le ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie ouverte. Le total calculé pour le Canada exclut les données du Québec.

^j Le calcul ne tient pas compte des valeurs manquantes; 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. (à l'exclusion des PAF et de toutes les procédures inconcluantes ou incorrectes) ou la date du dernier test négatif ou de la biopsie anatomo-pathologique négative.

^k La Saskatchewan et l'Île-du-Prince-Édouard ne précisent pas la taille de la tumeur. Le total calculé pour le Canada total exclut les données de la Saskatchewan et de l'Île-du-Prince-Édouard.

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

^m L'Île-du-Prince-Édouard ne précise pas le nombre de ganglions positifs à l'examen anatomo-pathologique. Le total calculé pour le Canada exclut les données de l'Île-du-Prince-Édouard.

ⁿ Les taux de cancers détectés après le dépistage sont calculés d'après les données de 2000 et 2001 des provinces suivantes : Colombie-Britannique, Alberta, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve.

^o Calcule d'après le nombre total de femmes examinées en 2000-2001 pour lesquelles un cancer a été détecté après le dépistage durant les années 2000-2003.

Les cancers liés à la non-observance n'ont pas été inclus dans ce calcul.

Les cancers détectés après le dépistage comprennent tous les cancers infiltrants diagnostiqués après un dépistage négatif effectué dans le cadre d'un programme (non référés) ou les cancers détectés lors d'un dépistage (référés) qui ont nécessité plus de 6 mois pour être diagnostiqués (au-delà d'un « épisode de dépistage régulier »). Les cancers détectés après le dépistage ne comprennent pas les cas ayant été référés pour un suivi diagnostique et dont le résultat est négatif (le calcul comprend ceux qui n'ont pas été détectés au dépistage et exclut ceux qui ont échappé au diagnostic). Cette méthode de calcul a été mise à jour à partir de rapports antérieurs.

Remarque : Les données relatives aux Territoires du Nord-Ouest ne sont pas incluses en raison de chiffres minimes (1 103 dépistages initiaux parmi les femmes de 40 ans et plus en 2004).

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

Indicateur	Objectif ^a	Année de dépistage				
		2000	2001	2002	2003	2004
Nombre de dépistages	S.O. ^b	503 946	550 463	608 979	646 386	698 996
Nombre de dépistages initiaux	S.O. ^b	229 120	173 251	169 523	159 062	162 244
Nombre de cancers ^{cd}	S.O. ^b	2 648	2 853	3 268	3 373	3 527
Taux de participation ^e	≥ 70	30,3	31,9	33,9	35,4	36,5
Taux de fidélisation (% de femmes ayant passé un premier dépistage subséquent dans les 30 mois) ^f	≥ 75	64,5	65,5	S.O. ^g	S.O. ^g	S.O. ^g
Taux de fidélisation (% de femmes ayant passé d'autres dépistages subséquents dans les 30 mois) ^f	≥ 90	77,7	75,9	S.O. ^g	S.O. ^g	S.O. ^g
Taux de rappel pour anomalie (%)						
Anomalie détectée à la mammographie ^h						
Dépistage initial	< 10	11,4	12,3	11,8	12,0	12,3
Dépistage subséquent	< 5	5,9	6,6	6,7	6,6	6,4
Anomalie détectée, sans égard au mode de détection						
Dépistage initial	< 10	12,1	13,4	12,7	12,8	13,0
Dépistage subséquent	< 5	7,0	7,5	7,3	7,1	6,9
Taux de détection d'un cancer infiltrant (pour 1 000 dépistages) ^d						
Cancer détecté à la mammographie ^h						
Dépistage initial	> 5	4,8	4,7	5,0	5,0	4,5
Dépistage subséquent	> 3	3,5	3,7	3,9	3,8	3,7
Cancer détecté, sans égard au mode de détection						
Dépistage initial	> 5	4,9	4,8	5,1	5,0	4,6
Dépistage subséquent	> 3	3,6	3,7	4,0	3,9	3,7
Taux de détection du carcinome <i>in situ</i> (pour 1 000 dépistages)						
Dépistage initial	S.O. ^b	1,2	1,3	1,1	1,2	1,3
Dépistage subséquent	S.O. ^b	1,0	0,9	1,0	1,0	1,0
Respect du délai diagnostique (%) ^j						
Complété sans biopsie de tissu, dans les 5 semaines	≥ 90	70,3	69,7	73,0	74,7	74,0
Complété avec biopsie de tissu, dans les 7 semaines	≥ 90	47,0	45,8	47,1	46,1	46,5
Valeur prédictive positive (%) ^{cd}						
Cancer détecté à la mammographie ^h						
Dépistage initial	≥ 5	5,3	5,0	5,2	5,2	4,8
Dépistage subséquent	≥ 6	7,5	7,1	7,5	7,3	7,4
Cancer détecté, sans égard au mode de détection						
Dépistage initial	≥ 5	5,1	4,6	4,9	5,0	4,6
Dépistage subséquent	≥ 6	6,5	6,3	6,9	6,8	6,9
Taux de biopsies chirurgicales ouvertes ayant permis de détecter une tumeur bénigne (pour 1 000 dépistages) ^{di}						
Dépistage initial	S.O. ^b	4,9	4,7	4,6	4,6	4,5
Dépistage subséquent	S.O. ^b	3,7	3,1	2,8	2,7	2,5

Tableau 8 – Mesures de la performance par année chez les femmes âgées de 50 à 69 ans au moment du dépistage (suite)

Indicateur	Objectif ^a	Année de dépistage				
		2000	2001	2002	2003	2004
Ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie chirurgicale ouverte ^{dk}						
Dépistage initial	≤ 1:1	2,2 : 1	2,3 : 1	2,3 : 1	2,6 : 1	2,7 : 1
Dépistage subséquent	≤ 1:1	1,5 : 1	1,5 : 1	1,4 : 1	1,6 : 1	1,6 : 1
Taux de biopsies par forage ayant permis de détecter une tumeur bénigne (pour 1 000 dépistages) ^d						
Dépistage initial	S.O. ^b	10,3	11,3	10,4	11,3	11,9
Dépistage subséquent	S.O. ^b	2,5	3,8	4,0	4,6	4,8
Ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie par forage ^d						
Dépistage initial	S.O. ^b	3,3 : 1	3,2 : 1	2,8 : 1	2,8 : 1	2,8 : 1
Dépistage subséquent	S.O. ^b	1,4 : 1	1,6 : 1	1,4 : 1	1,5 : 1	1,5 : 1
Taille de la tumeur infiltrante (%) ^{dlim}						
≤ 10 mm	> 25	38,8	35,9	37,4	37,7	35,0
≤ 15 mm	> 50	67,5	63,2	66,0	65,5	64,0
Taux de ganglions négatifs, dans le cas de cancers infiltrants (%) ^{dino}	> 70	75,1	75,1	75,7	75,7	73,8
Taux de cancers infiltrants détectés après le dépistage (pour 10 000 années-personnes) ^{dpo}						
Dans les 12 mois	< 6	5,7	5,1	S.O. ^g	S.O. ^g	S.O. ^g
Dans les 24 mois	< 12	7,9	8,0	S.O. ^g	S.O. ^g	S.O. ^g

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

^b À des fins de surveillance et de suivi seulement.

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

^d Le nombre de cancers infiltrants détectés lors d'un dépistage chez les femmes examinées en 2000 et 2001 a été mis à jour afin de déterminer le total à l'exclusion des cancers détectés après le dépistage.

^e Le taux de participation a été calculé aux 2 ans en raison de la fréquence de rappel bisannuelle (Années de dépistage : 1999-2000, 2000-2001, 2001-2002, 2002-2003, 2003-2004).

^f Le taux de fidélisation pour des femmes âgées 50 à 69 exclut les femmes qui ont atteint l'âge de 70 ans.

^g Manque de temps pour effectuer un suivi en vue de s'assurer que les données sont complètes.

^h Indépendamment de l'examen clinique des seins (ECS) ou de son résultat.

ⁱ La biopsie des tissus ne comprend pas la ponction à l'aiguille fine (PAF). Le temps pour l'obtention du diagnostic est basé sur la date du premier résultat de biopsie anatomo-pathologique du cancer du sein (à l'exclusion des PAF et de toutes les procédures non-concluantes ou inadéquates) ou la date du dernier examen négatif ou de la biopsie anatomo-pathologique négative.

^j Comprend les diagnostics issus de références directes pour biopsies chirurgicales ouvertes ainsi que les cas de femmes ayant obtenu un résultat non-concluant ou inadéquat suite à une biopsie par forage avant d'obtenir un diagnostic définitif à la biopsie chirurgicale ouverte.

^k Le Québec utilise une méthode différente pour calculer le ratio tumeurs bénignes : tumeurs malignes à la biopsie ouverte. Le total calculé pour le Canada exclut les données du Québec.

^l Le calcul ne tient pas compte des valeurs manquantes. 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.

^m La Saskatchewan et l'Île-du-Prince-Édouard ne précisent pas la taille de la tumeur. Le total calculé pour le Canada total exclut les données de la Saskatchewan et de l'Île-du-Prince-Édouard.

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

^o L'Île-du-Prince-Édouard ne précise pas le nombre de ganglions positifs à l'examen anatomo-pathologique. Le total calculé pour le Canada exclut les données de l'Île-du-Prince-Édouard.

^p Les taux de cancers détectés après le dépistage sont calculés d'après les données de 2000 et 2001 des provinces suivantes :

Colombie-Britannique, Alberta, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve.

^q Calculé d'après le nombre total de femmes examinées en 2000-2001 pour lesquelles un cancer a été détecté après le dépistage durant les années 2000-2003. Les cancers liés à la non-observance n'ont pas été inclus dans ce calcul. Les cancers détectés après le dépistage comprennent tous les cancers infiltrants diagnostiqués après un dépistage négatif effectué dans le cadre d'un programme (non référées) ou les cancers détectés lors d'un dépistage (référées) qui ont nécessité plus de 6 mois pour être diagnostiqués (au-delà d'un « épisode de dépistage régulier »). Les cancers détectés après le dépistage ne comprennent pas les cas ayant été référés pour un suivi diagnostique et dont le résultat est négatif (le calcul comprend ceux qui n'ont pas été détectés au dépistage et exclut ceux qui ont échappé au diagnostic). Cette méthode de calcul a été mise à jour à partir de rapports antérieurs.

Remarque : Les données incluent tous les dépistages; les chiffres ont été mis à jour et peuvent varier légèrement comparativement aux rapports antérieurs.

Les données relatives aux Territoires du Nord-Ouest ne sont pas incluses en raison de chiffres minimes (463 dépistages initiaux parmi les femmes âgées de 50 à 69 ans en 2004).

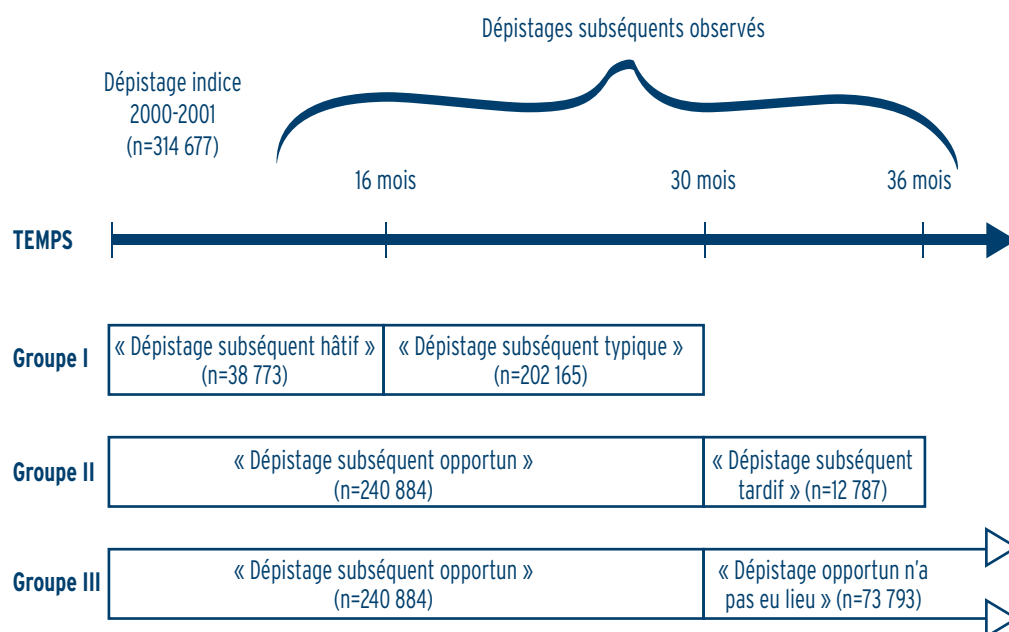


SUJET SPÉCIAL : INTERVALLES ENTRE LES ÉPISODES DE DÉPISTAGE

Il est essentiel que les mammographies soient répétées à intervalles réguliers, afin de maximiser les avantages de la participation à un programme structuré de dépistage du cancer du sein (12). Néanmoins, on a constaté que la probabilité d'un retour au dépistage régulier variait considérablement d'un programme provincial à l'autre (13). De nombreux facteurs pourraient influencer sur la probabilité qu'une femme réintègre en temps opportun un programme de dépistage, y compris les caractéristiques démographiques, la présence ou l'absence de facteurs de risque de cancer du sein, l'expérience de dépistage passée, par exemple un dépistage faux-positif, et des facteurs spécifiques aux programmes provinciaux-territoriaux, notamment lettre de rappel et les systèmes de rendez-vous. Il peut exister des relations complexes entre ces facteurs, l'un influant sur l'autre et, éventuellement, annulant ou amplifiant son incidence sur le comportement en matière de nouveau dépistage. Afin d'examiner simultanément ces influences, trois analyses longitudinales à plusieurs variables ont été élaborées.

Au total, 314 677 femmes de 50 à 68 ans, qui avaient subi une mammographie durant le programme de dépistage en Colombie-Britannique, en Alberta, au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve-et-Labrador en 2000 ou en 2001, ont été suivies pendant au moins 36 mois, et ensuite classées dans des groupes à des fins d'analyse (figure 10). Les femmes qui avaient reçu un diagnostic de cancer du sein au moment du dépistage initial n'étaient pas prises en compte dans le cadre des analyses. À partir des groupes formés en vue d'un dépistage subséquent (c.-à-d. le groupe I – dépistage subséquent hâtif, le groupe II – dépistage subséquent tardif et le groupe III – aucun dépistage subséquent opportun), désignés à titre de variable dépendante, et des facteurs en temps confondants potentiels, comprenant les caractéristiques démographiques, les facteurs de risque de cancer du sein, les expériences de dépistage passées et les programmes provinciaux-territoriaux, considérés comme des variables indépendantes, nous avons réalisé une série d'analyses multivariées de régression logistique. Il s'agit d'une technique statistique qui permet d'évaluer l'influence particulière de

Figure 10 – Cadre d'échantillonnage d'intervalles de dépistage par catégorie



chaque variable indépendante, tout en ajustant l'influence concurrente d'autres facteurs indépendants potentiellement confondants. Les résultats des analyses sont exprimés sous forme de « rapport de cote », où la valeur 1,0 représente un risque neutre et les valeurs supérieures ou inférieures, une probabilité plus élevée ou moindre, respectivement. Nous avons également calculé le pourcentage de participantes aux programmes associé à une variable dépendante donnée pour chacun des groupes de dépistage subséquent (voir le tableau 9).

Caractéristiques démographiques

Les caractéristiques démographiques, y compris l'âge, le pays de naissance, le lieu de résidence (zone urbaine ou rurale) et la scolarité, ne contribuaient pas d'une manière importante à la probabilité du retour des femmes à un programme de dépistage, ni au moment de leur retour, le cas échéant (voir le tableau 9). Cependant, la contribution de ces caractéristiques —qu'elles soient liées à une probabilité plus élevée ou à une probabilité moindre—était généralement constante, certains risques sous-jacents étant souvent liés à des facteurs démographiques. Par exemple, le risque accru de cancer du sein était associé à l'accroissement de l'âge, et les modes de vie occidentaux — qui peuvent être plus courants parmi les femmes nées au Canada — étaient associés à une hausse modeste de la probabilité d'un retour hâtif (rapport de cote (RC_{aj}) 1,2 (intervalle de confiance (IC) de 95 %) : 1,17 – 1,23), $p \leq 0,0001$). La sensibilisation au risque de développer un cancer du sein et aux avantages possibles de comportements favorables à la santé, notamment la participation à un programme de dépistage, tend à être associée à l'augmentation du niveau de scolarité. Les niveaux d'études plus élevés sont liés à une probabilité plus faible de ne pas retourner en temps opportun au dépistage (RC_{aj} : 0,9 (IC : 0,87 – 0,92),



$p \leq 0.0001$). Le fait de vivre en milieu rural est souvent associé à des difficultés sur le plan de l'accès aux cliniques de dépistage. Ces difficultés peuvent entraîner des problèmes en ce qui a trait au dépistage subséquent en temps opportun, et semblent se traduire par une probabilité légèrement plus élevée de ne pas retourner au dépistage en temps opportun ($RC_{aj} : 1,1$ (IC : 1,07 – 1,12), $p \leq 0.0001$).

Expériences de dépistage passées

Parmi les femmes qui ont reçu un test de dépistage du cancer du sein pour la première fois en 2000 ou en 2001, 39 % ne sont pas retournées au dépistage en temps opportun, comparativement à 19 % des femmes qui avaient reçu au moins une mammographie avant le dépistage indice de 2000 ou de 2001 ($RC_{aj} : 2,6$ (IC : 2,57 – 2,68), $p \leq 0.0001$). Ces données sont conformes aux études antérieures (12) et soulignent l'importance de cibler l'attention sur la fidélisation des femmes qui reçoivent un test de dépistage pour la première fois (voir la figure 11).

Trente-six pour cent (36 %) des femmes qui ont reçu un résultat faux positif en 2000 ou en 2001 ne sont pas retournées au dépistage en temps opportun, comparativement à 23 % des femmes qui n'ont pas fait l'objet d'un dépistage faux-positif ($RC_{aj} : 1,8$ (IC (1,75 – 1,86)), $p \leq 0.0001$). Ces chiffres sont également conformes aux études antérieures (14). Nous ne pouvons pas établir précisément si le fait de ne pas retourner au dépistage en temps opportun découle d'une expérience négative relativement au dépistage, du transfert des femmes à un secteur hors programme pour l'investigation diagnostique, ou du retour tardif au programme de mammographies régulières en raison d'un suivi en diagnostic. La manière dont on établit un intervalle type de deux ans, en ce qui concerne le dépistage, avant le retour aux mammographies régulières peut également avoir une incidence (c. à d. deux ans après la fin du suivi ou deux ans à compter de la date du dépistage initial). Étant donné que les résultats faux-positifs, dans ce contexte, peuvent être liés à une biopsie et à une maladie bénigne des seins —qui font partie toutes deux des facteurs de risque de cancer du sein—cette tendance à ne pas retourner au dépistage en temps opportun justifie un examen plus approfondi (15). Les femmes qui avaient obtenu un résultat faux-positif et qui étaient retournées au dépistage en temps opportun étaient largement plus susceptibles d'avoir un test de dépistage subséquent dans les 16 mois que les femmes qui n'avaient pas reçu de résultat faux-positif (26,7 % comparativement à 15,5 %, respectivement—voir la figure 12).

Facteurs de risque de cancer du sein

D'une manière générale, les femmes qui présentaient des facteurs de risque de cancer du sein, y compris une densité mammaire élevée, un traitement hormonal substitutif (THS) en cours ou le fait d'avoir eu leur première grossesse après 30 ans ou de ne jamais avoir été enceinte (nulliparité), étaient plus susceptibles de retourner subir un test de dépistage dans les 30 mois; cependant, les écarts absolus entre les groupes étaient faibles. Comme prévu, les femmes qui avaient des antécédents familiaux étaient beaucoup plus susceptibles de retourner rapidement (dans les 16 mois) subir un test de dépistage subséquent que les femmes sans antécédents familiaux ($RC_{aj} : 2,5$ (IC (2,46 – 2,60)), $p \leq 0,0001$). Les

Tableau 9 – Facteurs associés à la fidélisation et aux intervalles de dépistages, y compris les probabilités (IC 95 %) d'un retour dans l'année, d'un retour tardif ou d'absence de retour (dans les 30 mois)

	Retour dans l'année (<16 mois) (n = 38 265)		Retour tardif (30 à 36 mois) (n = 11 958)		Dépistage opportun n'a pas eu lieu (dans les 30 mois) (n = 75 522)	
	%	RC _{aj} (IC 95 %) ^a	%	RC _{aj} (IC 95 %) ^a	%	RC _{aj} (IC 95 %) ^a
Caractéristiques démographiques						
Âge (Dépistage indice)						
50 à 54 ans	17,2	1,0	5,7	1,0	25,9	1,0
55 à 59 ans	15,8	0,9 (0,87 - 0,93)***	5,1	1,0 (0,91 - 1,00)*	22,8	‡
60 à 64 ans	15,4	0,9 (0,89 - 0,94)***	4,5	0,8 (0,80 - 0,88)***	21,1	0,9 (0,86 - 0,90)***
65 à 68 ans	14,8	0,9 (0,88 - 0,95)***	3,9	0,7 (0,69 - 0,79)***	21,6	0,9 (0,88 - 0,93)***
Née au Canada						
non	13,8	1,0	5,1	1,0	24,2	1,0
oui	17,4	1,2 (1,17 - 1,23)***	5,0	1,0 (1,00 - 1,09)*	23,0	‡
Résidence						
milieu urbain	1,0	1,0	5,0	1,0	23,2	1,0
milieu rural	16,4	1,1 (1,08 - 1,15)***	5,0	1,2 (1,10 - 1,22)***	24,9	1,1 (1,07 - 1,12)***
Éducation						
< secondaire	15,2	1,0	5,7	1,0	24,9	1,0
secondaire et post-secondaire	16,7	1,2 (1,15 - 1,21)***	4,6	‡	22,6	0,9 (0,91 - 0,94)***
diplôme universitaire	16,3	1,2 (1,16 - 1,25)***	4,8	‡	22,4	0,9 (0,87 - 0,92)***
Facteurs de risque de cancer du sein						
Densité du sein ^b						
faible densité	15,1	1,0	5,1	1,0	23,7	1,0
densité élevée	20,4	1,3 (1,23 - 1,30)***	5,0	0,9 (0,86 - 0,95)***	22,5	0,9 (0,90 - 0,94)***
Antécédents familiaux de cancer du sein						
non	14,2	1,0	5,1	1,0	23,9	1,0
oui	30,1	2,5 (2,46 - 2,60)***	4,3	0,8 (0,75 - 0,84)***	20,3	0,8 (0,77 - 0,81)***
Âge à la première naissance						
< 30 ans	16,1	1,0	5,0	1,0	23,6	1,0
≥ 30 ans	15,7	‡	5,0	‡	22,0	0,9 (0,87 - 0,93)***
Parité						
≥ une naissance vivante	15,4	1,0	5,1	1,0	23,9	1,0
parité nulle	18,5	1,2 (1,16 - 1,23)***	4,9	0,9 (0,83 - 0,91)***	21,9	0,9 (0,87 - 0,91)***
Hormonothérapie substitutive (dépistage indice)						
aucun usage courant	14,3	1,0	5,1	1,0	24,3	1,0
usage en cours	19,4	1,4 (1,32 - 1,39)***	5,0	0,9 (0,90 - 0,97)**	21,9	0,9 (0,84 - 0,87)***
État de ménopauses (dépistage indice)						
post-ménopause	16,0	1,0	5,0	1,0	22,9	1,0

Tableau 9 Facteurs associés à la fidélisation et aux intervalles de dépistages, y compris les probabilités (IC 95 %) d'un retour dans l'année, d'un retour tardif ou d'absence de retour (dans les 30 mois) (suite)

	Retour dans l'année (<16 mois) (n = 38 265)		Retour tardif (30 à 36 mois) (n = 11 958)		Dépistage opportun n'a pas eu lieu (dans les 30 mois) (n = 75 522)	
	%	RC _{aj} (IC 95 %) ^a	%	RC _{aj} (IC 95 %) ^a	%	RC _{aj} (IC 95 %) ^a
pré-ménopause	16,8	1,1 (1,03 - 1,10)**	5,3	0,9 (0,90 - 0,99)*	26,0	‡
Expériences de dépistage passées						
Dépistage initial (dépistage indice)						
non	16,3	1,0	4,5	1,0	19,2	1,0
oui	15,0	0,8 (0,81 - 0,86)***	7,8	1,8 (1,69 - 1,85)***	39,4	2,6 (2,57 - 2,68)***
Dépistage faux-positif passé						
non	15,5	1,0	4,9	1,0	22,5	1,0
oui	26,7	1,8 (1,77 - 1,92)***	6,9	1,3 (1,21 - 1,39)***	36,0	1,8 (1,75 - 1,86)***
Facteurs spécifiques aux programmes						
Province						
Colombie-Britannique	15,8	1,0	5,0	1,0	22,1	1,0
Alberta	13,8	0,9 (0,84 - 0,92)***	2,4	0,4 (0,37 - 0,45)***	31,4	1,4 (1,32 - 1,40)***
Manitoba	11,1	0,8 (0,82 - 0,88)***	4,9	0,8 (0,75 - 0,84)***	22,5	0,8 (0,74 - 0,78)***
Nouveau-Brunswick	19,3	1,2 (1,17 - 1,27)***	7,7	1,6 (1,51 - 1,67)***	27,3	1,2 (1,13 - 1,21)***
Terre-Neuve	36,7	2,8 (2,64 - 2,90)***	4,7	0,8 (0,68 - 0,83)***	18,1	0,6 (0,54 - 0,60)***

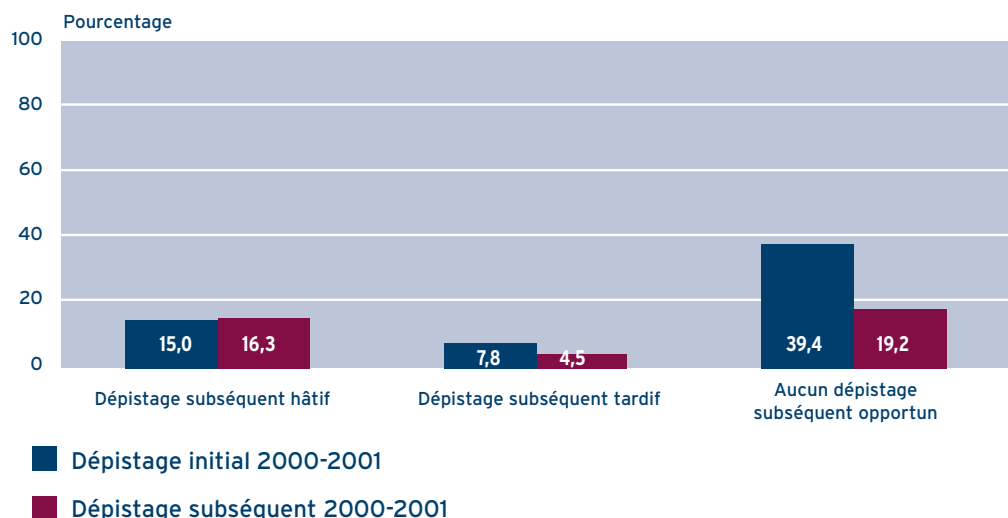
^a Obtenu à l'aide d'un modèle multivarié de régression logistique.

^b Tel que mesuré dans chaque province, à l'exclusion du Manitoba.

‡ N'est pas demeuré statistiquement significatif, n'est pas inclus dans le modèle final.

*p < 0,05, **p < 0,001, ***p ≤ 0,0001

Figure 11 – Effets du dépistage initial versus dépistage subséquent sur la fidélisation et les intervalles de dépistages

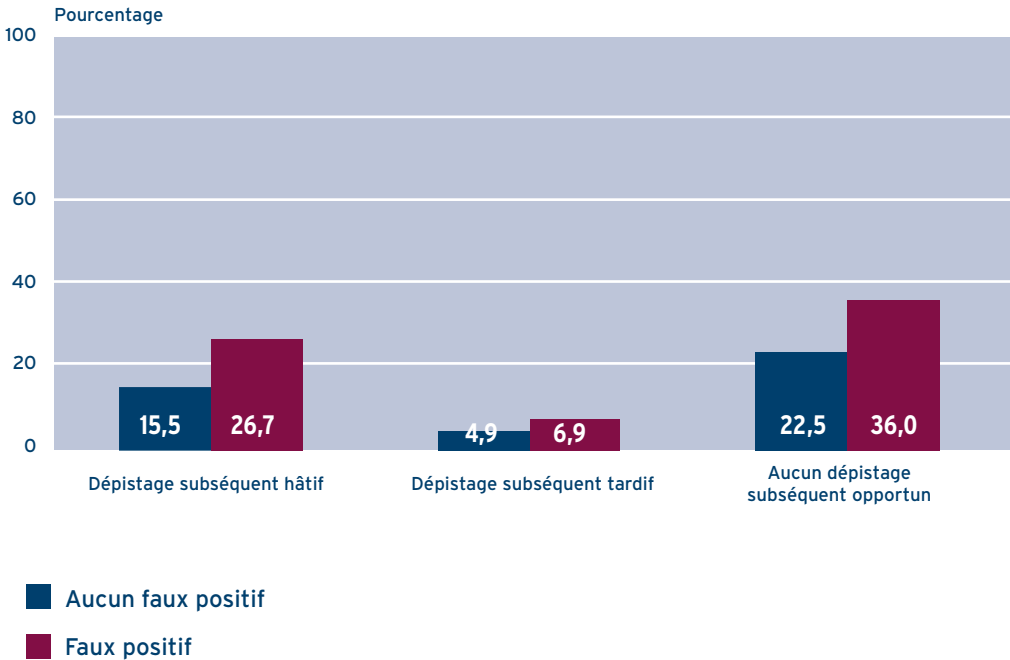


femmes ayant des antécédents familiaux, et qui n’obtenaient pas rapidement un test subséquent, étaient légèrement moins susceptibles de retourner au dépistage de façon tardive, ou de ne pas y retourner en temps opportun, que les femmes sans antécédents familiaux (figure 13).

Facteurs spécifiques aux programmes

Après contrôle de la variation des caractéristiques démographiques et du profil de risque de cancer du sein, il restait encore des différences importantes entre les programmes de dépistage en ce qui concerne la probabilité du retour des femmes au dépistage. En particulier, les femmes qui ont subi les tests de dépistage à Terre-Neuve et au Labrador étaient les plus enclines à retourner rapidement subir un test de dépistage subséquent ($RC_{aj} : 2,8$ (IC (2,64 – 2,90)), $p \leq 0,0001$) et les moins susceptibles de ne pas y retourner dans les 30 mois ($RC_{aj} : 0,6$ (IC (0,54 – 0,60)), $p \leq 0,0001$). La différence entre les programmes d’une province à l’autre donne à croire que la capacité des programmes, les stratégies spécifiques de fidélisation des participantes et l’accès hors programme à la mammographie—tous des facteurs particuliers aux programmes et aux provinces—constitueraient des points d’intérêt valables dans le cadre d’initiatives visant à améliorer la fidélisation des participantes.

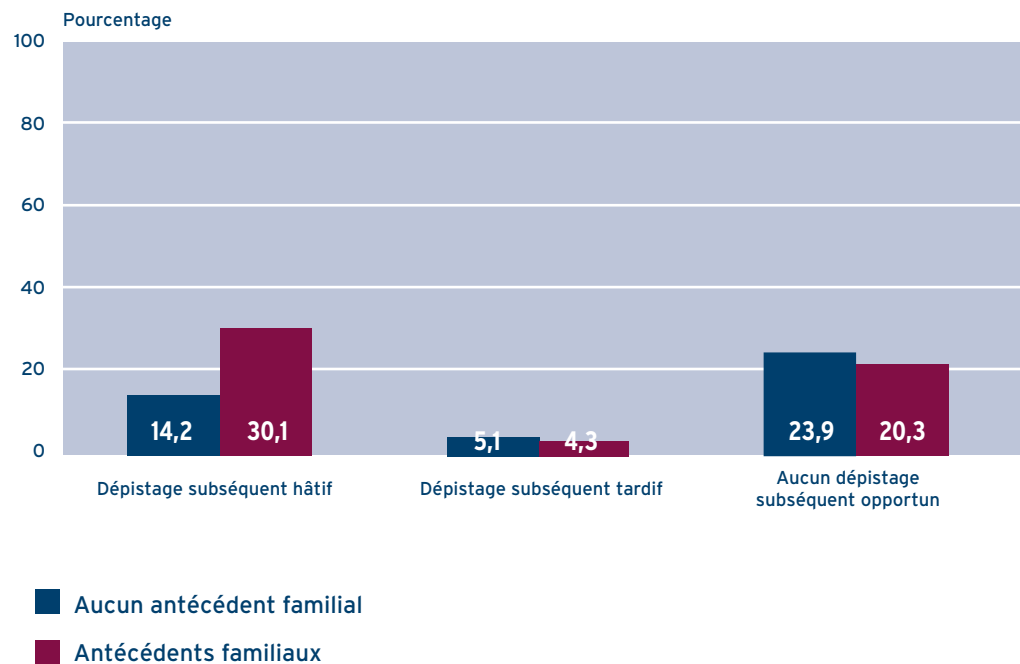
Figure 12 – Impact des faux positifs sur la fidélisation et les intervalles de dépistages



Résumé

Le présent rapport révèle que la plupart des femmes qui utilisent des services organisés de dépistage du cancer du sein au Canada passe un test de dépistage tous les deux ans (rapport principal : figure 5, tableaux 6 à 8). Les analyses plus détaillées démontrent que plusieurs caractéristiques peuvent expliquer une certaine variation en ce qui concerne la fidélisation des participantes et l'intervalle associé au retour opportun et au dépistage subséquent hâtif. Ces caractéristiques englobent, notamment, le dépistage initial comparativement au dépistage subséquent, les résultats faux-positifs antérieurs, les antécédents familiaux de cancer du sein et les programmes provinciaux. L'examen des liens entre ces caractéristiques et les résultats des tests de dépistage représente un outil appréciable en vue d'analyses futures. Les différences entre les programmes provinciaux permettent d'étudier les conséquences de diverses politiques de rappel sur la détection du cancer du sein, sur la morbidité et sur la mortalité et, finalement, mener à la mise en place d'une politique de dépistage efficace au Canada.

Figure 13 - Impact des antécédents familiaux de cancer du sein sur la fidélisation et les intervalles de dépistages



RÉFÉRENCES

- (1) Canadian Cancer Society/National Cancer Institute of Canada. Canadian Cancer Statistics 2008. Toronto, Canada; 2008.
- (2) Canadian Cancer Society/National Cancer Institute of Canada. Canadian Cancer Statistics 2007. Toronto, Canada; 2007.
- (3) Health Council of Canada. Wading through Wait Times: What Do Meaningful Reductions and Guarantees Mean? 2007. Ottawa, National Health Council.
- (4) IARC handbooks of cancer prevention: breast cancer screening. Lyon: IARC Press; 2002.
- (5) Bancej C, Decker K, Chiarelli A, Harrison M, Turner D, Brisson J. Contribution of clinical breast examination to mammography screening in the early detection of breast cancer. J Med Screen 2003;10(1):16-21.
- (6) Public Health Agency of Canada. Guidelines for monitoring breast screening program performance: Report from the evaluation indicators working group: 2nd Edition. Ottawa; 2007.
- (7) Quantitative methods for the evaluation of cancer screening. London: Edward Arnold Ltd.; 2001.
- (8) Tabar L, Fagerberg G, Chen HH, Duffy SW, Smart CR, Gad A, et al. Efficacy of breast cancer screening by age. New results from the Swedish Two-County Trial. Cancer 1995 May 15;75(10):2507-17.
- (9) Nystrom L, Rutqvist LE, Wall S, Lindgren A, Lindqvist M, Ryden S, et al. Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. Lancet 1993 Apr 17;341(8851):973-8.
- (10) Brett J, Bankhead C, Henderson B, Watson E, Austoker J. The psychological impact of mammographic screening. A systematic review. Psychooncology 2005 Nov;14(11):917-38.
- (11) Ugnat AM, Xie L, Morriss J, Semenciw R, Mao Y. Survival of women with breast cancer in Ottawa, Canada: variation with age, stage, histology, grade and treatment. Br J Cancer 2004 Mar 22;90(6):1138-43.
- (12) Kerlikowske K, Grady D, Rubin SM, Sandrock C, Ernster VL. Efficacy



of screening mammography. A meta-analysis. JAMA 1995 Jan 11;273(2):149-54.

- (13) Organized breast cancer screening programs in Canada: Report on Program Performance in 1999 and 2000. Ottawa; 2002.
- (14) Chiarelli AM, Moravan V, Halapy E, Majpruz V, Mai V, Tatla RK. False-positive result and reattendance in the Ontario Breast Screening Program. J Med Screen 2003;10(3):129-33.
- (15) Vogel VG. Breast cancer prevention: a review of current evidence. CA Cancer J Clin 2000 May;50(3):156-70.



ANNEXES

Annexe 1 : Comité de gestion de la base de données

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

D^{re} Rene Shumak [présidente]

Radiologiste en chef
Action Cancer Ontario
505, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 2L7

D^{re} Judy Caines

Directrice médicale
Programme de dépistage du cancer du sein de la N.-É
QE2 Health Science Centre
Édifice Dickson, pièce 3036A
1278, chemin Tower
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 1B3

Bill Campbell

Directeur du programme provincial
Programme ontarien de dépistage du cancer du sein
620, avenue University, 11^e étage
Toronto (Ontario) M5G 2L7

Marcia Campbell

Coordonnatrice du programme
Stanton Territorial Health Authority
550, chemin Byrne, C. P.10
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest) X1A 2N1

Christina Chu

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

Gregory Doyle

Coordonnateur

Programme de dépistage du cancer du sein de T.-N.-L.

38, Ropewalk Lane

St John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1E 5T2

Marion Harrison

Directrice, Programmes de dépistage

Action Cancer Manitoba

5-25, rue Sherbrook

Winnipeg (Manitoba) R3C 2B1

Barb Kasprowicz

Gestionnaire de programme

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques

Agence de la santé publique du Canada

785, avenue Carling, pièce 925-A1

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

IA 6809-A

Suzanne Leonfellner

Coordonnatrice: Diagnostic, détermination du stade et chirurgie

Réseau du cancer Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé du N.-B.

C.P. 5100, 520, rue King, Place Carleton

Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8

Heather Limburg

Épidémiologiste

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques

Agence de la santé publique du Canada

785, avenue Carling, pièce 726-A4

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

IA 6807-A

Jay Onysko

Gestionnaire, Dépistage et détection précoce

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques

Agence de la santé publique du Canada

785, avenue Carling, pièce 926-A1

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

IA 6809-A



Lisa Pogany

Épidémiologiste

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques

Agence de la santé publique du Canada

785, avenue Carling, pièce 926-A2

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

IA 6809-A

Norah Smith

Coordonnatrice du programme

Programme de dépistage du cancer du sein de l'Î.-P.-É

Hôpital Reine-Élisabeth

Département de l'imagerie diagnostique

C.P 6600

60, promenade Riverside

Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 8T5

Jan Stevens

Gestionnaire, Programmes de dépistage

Programmes de dépistage, Alberta Cancer Board

Division de la santé de la population et de l'information

Alberta Cancer Board: Holy Cross Site

2202 -2nd Street S.W.

Calgary (Alberta) T2S 3C1

Yvonne R. Taylor*

Chef, Processus opérationnels

Programmes de dépistage, Alberta Cancer Board

Division de la santé de la population et de l'information

Alberta Cancer Board, Holy Cross Site

2202 -2nd Street S.W.

Calgary (Alberta) T2S 3C1

Pauline Thiboutot

Coordonnatrice du PQDCS

Ministère de la santé et des services sociaux

1075, chemin Sainte Foy, 12^e étage

Québec (Québec) G1S 2M1

Felecia Watson

Directrice provinciale, Dépistage précoce

Saskatchewan Cancer Agency

4101, avenue Dewdney

Regina (Saskatchewan) S4T 7T1

* Indique ancien(ne) membre du comité.

Annexe 2 : Sous-comité de soutien technique de la base de données

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

Heather Limburg [présidente]

Épidémiologiste

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques

Agence de la santé publique du Canada

785, avenue Carling, pièce 726-A4

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

IA 6807-A

Doug Caldwell

Analyste de programmes

Section de développement des applications et appui

Politiques stratégiques, communications et services généraux

Agence de la santé publique du Canada

130, chemin Colonnade, pièce 372B

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

IA 6503-A

Marcia Campbell

Coordonnatrice du programme

Stanton Territorial Health Authority

550, chemin Byrne, C. P.10

Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest) X1A 2N1

Christina Chu

Biostatisticienne

BC Cancer Agency

686, West Broadway, pièce 801

Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 1G1

Kathleen Decker*

Recherche et évaluation

Programme manitobain de dépistage du cancer du sein

Action Cancer Manitoba

5-25, rue Sherbrook

Winnipeg (Manitoba) R3C 2B1

Gregory Doyle

Coordonnateur

Programme de dépistage du cancer du sein de T.-N.-L.

38, Ropewalk Lane

St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1E 5T2

Meghan Duncan

Analyste des données

Programme manitobain de dépistage du cancer du sein

Action Cancer Manitoba

5-25, rue Sherbrook

Winnipeg (Manitoba) R3C 2B1

Theresa Foley

Gestionnaire du programme

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

7001, chemin Mumford, unité 603L

Halifax (Nouvelle-Écosse) B3L 2H8

Song Gao

Analyste statistiques

Gestion et évaluation de l'information

Alberta Cancer Board, Holy Cross Site

2202-2nd Street S.W.

Calgary (Alberta) T2S 3C1

Barb Kasprowicz

Gestionnaire de programme

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques

Agence de la santé publique du Canada

785, avenue Carling, pièce 925-A1

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

IA 6809-A

André Langlois

Scientifique de recherche

Institut national de santé publique du Québec

Direction systèmes de soins et services

945, rue Wolfe, 5^e étage

Ste-Foy (Québec) G1V 5B3

Suzanne Leonfellner*

Coordonnatrice, Diagnostic, détermination du stade et chirurgie

Réseau du cancer Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé du N.-B.

C.P. 5100, 520, rue King, Place Carleton

Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8

Chong Liu

Agent de recherche
Dépistage précoce, Saskatchewan Cancer Agency
4101, avenue Dewdney
Regina (Saskatchewan) S4T 7T1

Vicky Majpruz

Associée de recherche
Unité du dépistage, Action Cancer Ontario
505, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 1X3

Jay Onysko

Gestionnaire, Dépistage et détection précoce
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
Agence de la santé publique du Canada
785, avenue Carling, pièce 926-A1
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
IA 6809-A

Chuck Paltiel*

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

Lisa Pogany

Épidémiologiste
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
Agence de la santé publique du Canada
785, avenue Carling, pièce 926-A2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
IA 6809-A

Norah Smith

Coordonnatrice du programme
Programme de dépistage du cancer du sein de l'Î.-P.-É.
Hôpital Reine-Élisabeth
Département de l'imagerie diagnostique
C.P 6600
60, promenade Riverside
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 8T5



Stephen Sullivan*

Analyste des données de programmes
Gestion et évaluation de l'information
Alberta Cancer Board, Holy Cross Site
2202-2nd Street S.W.
Calgary (Alberta) T2S 3C1

Felecia Watson

Directrice provinciale, Dépistage précoce
Saskatchewan Cancer Agency
4101, avenue Dewdney
Regina (Saskatchewan) S4T 7T1

Bin Zhang

Biostatisticien
Réseau du cancer Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé du N.-B.
C.P. 5100, 520, rue King, Place HSBC
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8

* Indique ancien(ne) membre du comité.

Annexe 3 : Glossaire

Asymptomatique

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

Auto-examen des seins (AES)

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

Biopsie chirurgicale ouverte

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

Cancer

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

Cancer détecté après le dépistage

Cancers qui se présentent après la période recommandée de 12 ou 24 mois, qui réfère donc aux femmes qui négligent de revenir passer un dépistage subséquent annuel ou bisannuel (parfois appelés « cancers liés à la non-observance ») ou cancers qui surviennent chez les femmes qui présentent des symptômes avant leur prochain dépistage régulier (« cancers d'intervalle »).

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 ou carcinome canalaire *in situ* (CCIS), diagnostiqué après un dépistage « normal » et avant le prochain examen de dépistage prévu.

Cancer incident

Cancer détecté lors d'un dépistage effectué dans le cadre d'un programme après le dépistage initial.

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. Une composante de carcinome canalaire *in situ* peut aussi être présent dans les cas de cancer infiltrant.



Carcinome canalaire *in situ* (CCIS)

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

Cas prévalents de cancer

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

Dépistage

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

Dépistage initial

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

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 précoce.

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 clinique des seins (ECS)

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

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.

In situ

Réfère spécifiquement au carcinome canalaire *in situ* (CCIS), une tumeur non infiltrante du sein se développant aux dépens des cellules présentes uniquement sur les parois des canaux galactophores. Les cellules cancéreuses ne se sont pas propagées à l'extérieur des canaux à d'autres tissus du sein.

Nombre total de personnes-années à risque

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

Ponction à l'aiguille fine

Une aiguille est insérée dans la lésion, et un échantillon du tissu est prélevé à l'aide d'une seringue. On peut le colorer et examiner les cellules en laboratoire afin de déterminer si elles sont bénignes ou malignes.

Temps de latence

Intervalle entre le déclenchement de la phase préclinique détectable de la maladie et l'apparition de symptômes.



Annexe 4 : Publications fondées sur la BDCDCS

Bancej, C., K. Decker, A. Chiarelli, M. Harrison, D. Turner, and J. Brisson. 2003. « Contribution of clinical breast examination to mammography screening in the early detection of breast cancer » *J Med Screen*. 10:16-21.

Coldman A, Major D, Doyle GP, D'Yachkova Y, Phillips N, Onysko J, Shumak R, Smith NE, Wadden N. « Organized breast screening programs in Canada: effect of radiologist reading volumes on outcomes » *Radiology*. 2006 Mar 238(3):809-15.

Olivotto, I.A., A. Gomi, C. Bancej, J. Brisson, J. Tonita, L. Kan, Z. Mah, M. Harrison et R. Shumak. 2002. « Influence of delay to diagnosis on prognostic indicators of screen-detected breast carcinoma ». *Cancer*. 94 : 2143-50.

Olivotto, I.A., C. Bancej, V. Goel, J. Snider, R.G. McAuley, B. Irvine, L. Kan, D. Mirsky, M.J. Sabine, R. McGilly et J.S. Caines. 2001. « Waiting times from abnormal breast screen to diagnosis in 7 Canadian provinces ». *CMAJ*. 165 : 277-83.

Paquette, D., J. Snider, F. Bouchard, I. Olivotto, H. Bryant, K. Decker et G. Doyle. 2000. « Performance of screening mammography in organized programs in Canada in 1996. The Database Management Subcommittee to the National Committee for the Canadian Breast Cancer Screening Initiative ». *CMAJ*. 163 : 1133-8.

Santé Canada. « Attente d'un diagnostic après le dépistage d'une anomalie au sein au Canada ». Ottawa : ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2000. No au catalogue : H1-9/13-2000.

Santé Canada. « Déterminants de la qualité des programmes organisés de dépistage du cancer du sein ». Ottawa : ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2003. No au catalogue : H39-407/2003E-IN.

Santé Canada. « Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada – Rapport de 1996 ». Ottawa : ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 1999. No au catalogue : H39-526/2000F.

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

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

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

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

