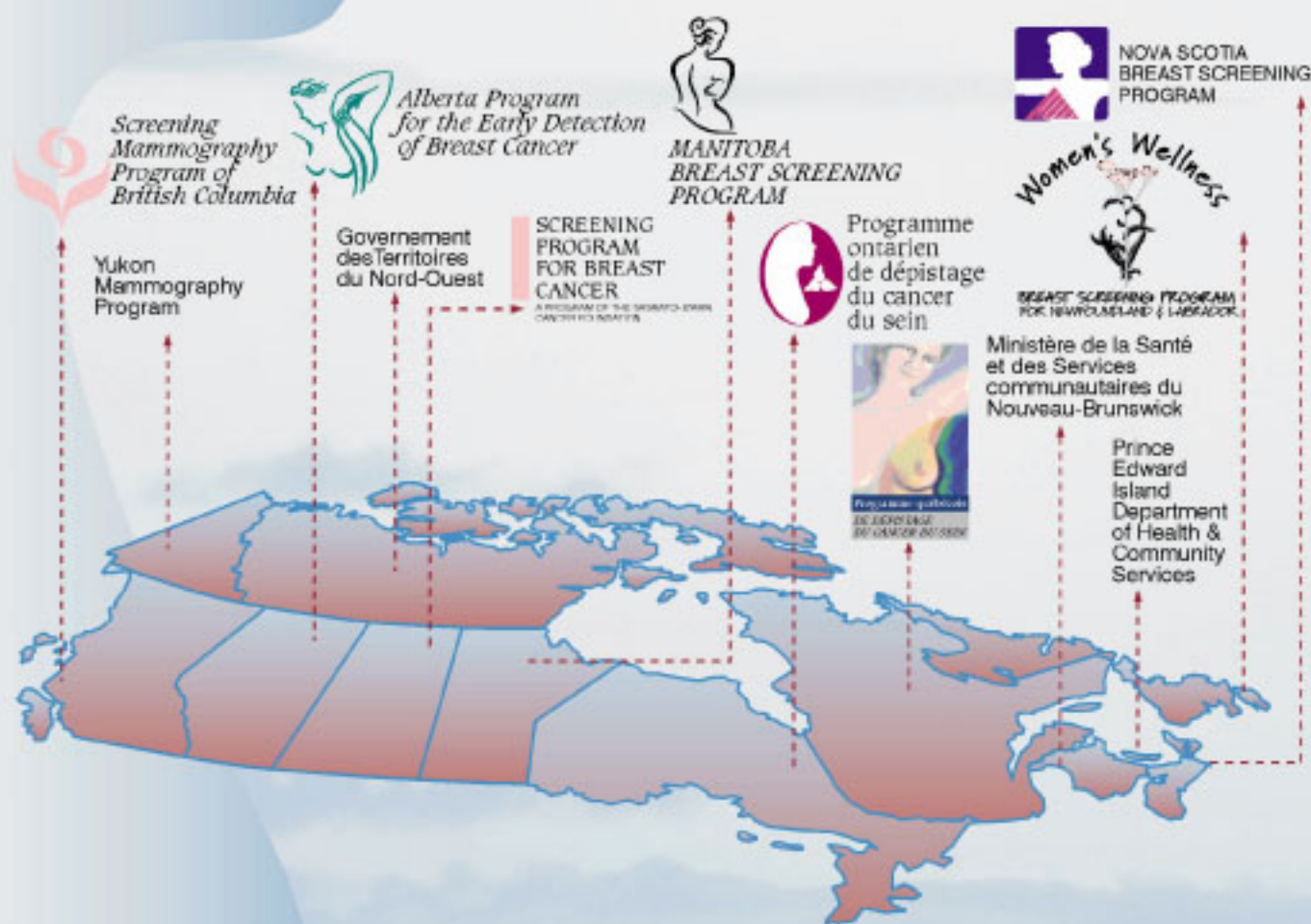




Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada



Rapport de 1996

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

Santé Canada

Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada



Rapport de 1996

REMERCIEMENTS

Nous aimerions remercier les collaborateurs suivants :

- Les programmes organisés de dépistage du cancer du sein dans les provinces, qui fournissent les données à la Base de données sur le dépistage du cancer du sein au Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada.
- Les membres du comité qui a rédigé le présent rapport : Heather Bryant, Screen Test Alberta; Kathleen Decker, Programme de dépistage du cancer du sein du Manitoba; Gregory Doyle, Newfoundland Breast Screening Program; Ivo Olivotto, Screening Mammography Program of British Columbia; Dana Paquette, Judy Snider, et Françoise Bouchard, Santé Canada.
- Le Sous-comité de gestion de la base de données (CGBD) pour son travail de correction et de révision du document.
- Le Sous-comité de soutien technique du CGBD, qui a passé en revue les données et vérifié leur exactitude.
- Alex Madramootoo, analyste de système pour la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein.
- Diane Major, Programme québécois de dépistage du cancer du sein et Françoise Bouchard, Santé Canada, qui ont édité la version française.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires de ce rapport,
veuillez communiquer avec le Bureau du cancer, Laboratoire de lutte contre la maladie
au (613) 957-0357; télécopieur : (613) 941-2057;
courriel : cancer_bureau@hc-sc.gc.ca



TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	1
Contexte	3
Dépistage du cancer du sein au Canada	4
Programmes organisés de dépistage au Canada	5
Le processus de dépistage	8
Monitoring et évaluation	9
La Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein	11
Résultats de 1996	13
Participation aux programmes de dépistage	13
Recrutement et rétention	15
Résultats du dépistage	15
Investigations diagnostiques	18
Détection du cancer	20
Sommaire des résultats	23
Cancers détectés hors programme	25
Résumé et perspectives	28
Références	29
Annexe 1	31

SOMMAIRE

Le cancer du sein vient au premier rang des cancers chez les femmes canadiennes. Il a été démontré que le dépistage mammographique chez les femmes de 50 à 69 ans réduisait le taux de mortalité par cancer du sein dans une proportion pouvant aller jusqu'à 40 %. En 1988, la Conférence des sous-ministres FPT de la santé endossait la recommandation d'un Atelier national sur la détection précoce du cancer du sein que les Canadiennes de 50 à 69 ans subissent une mammographie tous les 2 ans dans le cadre de programmes organisés de dépistage. En 1999, les 10 provinces ainsi que le Yukon disposent maintenant de programmes organisés de dépistage, et les Territoires du Nord-Ouest sont sur le point d'en implanter un.

Le présent document est le premier d'une série de rapports bisannuels sur les programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada à être produits à partir de données provenant de la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein. Nous présentons ici les données pour l'année civile 1996 concernant sept programmes provinciaux. Le nombre de mammographies effectuées dans le cadre de programmes organisés de dépistage a augmenté de façon spectaculaire au cours des 10 dernières années; en 1996, on comptait 310 359 mammographies pour 310 036 femmes dans sept provinces. Malgré cette augmentation, il demeure difficile de recruter des femmes dans le groupe d'âge cible (les 50 à 69 ans). Les taux provinciaux de participation aux programmes varient entre 10,6 % et 54,2 %. Il est recommandé que le taux de participation régulière soit d'au moins 70 % chez les femmes du groupe d'âge cible pour qu'un programme de dépistage exerce un effet optimal sur les taux de mortalité par cancer du sein.

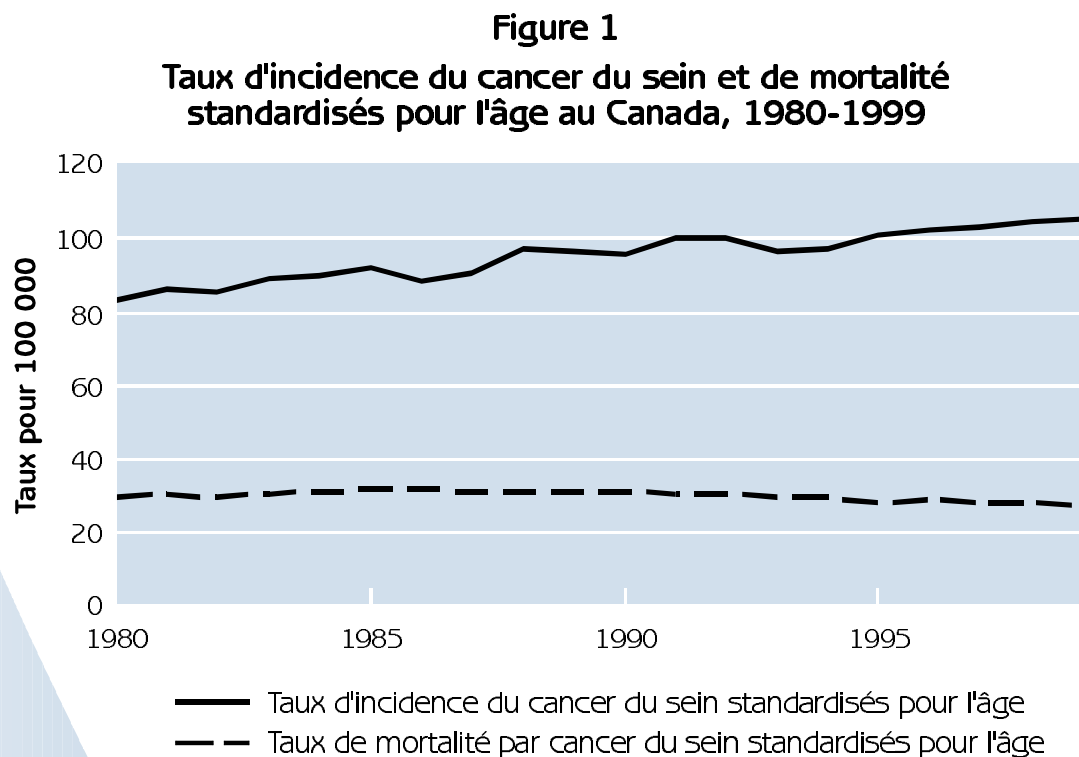
Outre les taux de participation, les résultats des programmes se comparent favorablement aux normes internationales. Les tumeurs au sein sont détectées lorsqu'elles sont petites, à un stade où le pronostic est favorable. Chez les femmes de 50 à 69 ans, 51,8 % des tumeurs invasives avaient moins de 15 mm de diamètre et 76,6 % d'entre elles ne s'accompagnaient pas d'un envahissement des ganglions lymphatiques.

Les orientations futures impliquent l'expansion continue des programmes organisés de dépistage dans les provinces et les territoires et l'intensification des efforts en vue

d'encourager la participation des femmes dans le groupe d'âge cible. Le monitoring et l'évaluation du dépistage organisé du cancer du sein au Canada se poursuivront; un rapport bisannuel des résultats de 1997-1998 est prévu pour l'an 2000. Des représentants des programmes organisés de dépistage sont également en train d'établir des priorités pour les recherches à venir sur le dépistage organisé du cancer du sein.

CONTEXTE

Le cancer du sein est le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les femmes au Canada. Il représente la seconde cause de décès par cancer, après le cancer du poumon. On prévoit qu'environ 18 700 nouveaux cas de cancer du sein seront diagnostiqués, et que 5 400 décès dus au cancer du sein auront lieu au Canada en 1999¹. Les taux d'incidence ajustés pour l'âge n'ont cessé d'augmenter au cours des 10 dernières années, dû en partie au recours accru à la mammographie comme outil de dépistage du cancer du sein. Les taux de mortalité ont cependant décliné légèrement depuis 1985¹ (voir figure 1).



Source : Institut national du cancer du Canada : Statistiques canadiennes du cancer 1999, Toronto, Canada, 1999.

Au nombre des caractéristiques associées à un risque accru de cancer du sein figurent les antécédents familiaux de cancer du sein primaire, l'appartenance à une

couche socio-économique supérieure, le jeune âge au moment des premières menstruations, une ménopause tardive, une faible parité et une première grossesse à terme à un âge avancé². Peu de ces facteurs de risque peuvent être facilement modifiés; la prévention primaire offre donc peu de promesses en ce qui a trait à la réduction de l'incidence du cancer du sein. La prévention secondaire par dépistage mammographique permet, en revanche, de réduire la mortalité par cancer du sein. Les résultats d'essais randomisés ont montré que le dépistage peut réduire dans une proportion pouvant aller jusqu'à 40 % le taux de mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans³⁻⁵.

Dépistage du cancer du sein au Canada

En mars 1988, 28 représentants des gouvernements et des groupes bénévoles et professionnels de diverses régions du Canada ont participé à l'Atelier national sur la détection précoce du cancer du sein. Cet atelier visait à élaborer la position du Canada en ce qui concerne le dépistage du cancer du sein⁶.

Au terme des exposés et des discussions portant sur les données à l'appui du dépistage du cancer du sein, les recommandations suivantes ont été formulées : *Il faut inviter et encourager les Canadiennes de 50 à 69 ans à participer à un programme de détection précoce comportant une mammographie, un examen physique des seins par un professionnel de la santé ainsi que l'enseignement et la surveillance de l'auto-examen des seins tous les 2 ans. Un tel programme devrait être offert par des centres spécialisés de dépistage*⁶.

On a recommandé de faire appel à des centres spécialisés de dépistage parce qu'ils étaient considérés comme le meilleur moyen d'identifier et de recruter la population cible, de garantir l'uniformité, le contrôle de la qualité, un suivi adéquat en cas d'anomalie et le plus faible coût unitaire. Dans le compte rendu de l'atelier⁶, les éléments essentiels d'un centre spécialisé de dépistage sont décrits, notamment les procédures d'identification et de recrutement de la population cible, un système efficace de référence en cas de détection d'une anomalie et les méthodes d'évaluation et de surveillance des programmes. Ces recommandations ont été endossées par la Conférence des sous-ministres FPT de la santé en décembre 1988.

En décembre 1992, le gouvernement fédéral a lancé l'Initiative canadienne sur le cancer du sein (ICCS), dotée d'un budget de 25 millions de dollars sur 5 ans. L'une

des premières activités organisées a été le Forum national sur le cancer du sein, qui a eu lieu en novembre 1993. Le Forum avait pour objectif de déterminer les priorités dans les domaines de la recherche sur le cancer du sein, de la prévention et du dépistage, du traitement et des soins, de même que de la promotion et l'entraide. Dans le domaine du dépistage, les participants ont formulé entre autres la recommandation suivante : *S'assurer que l'ensemble des provinces et territoires offrent un programme structuré de dépistage par mammographie, et que ce programme comprenne les éléments essentiels suivants : des objectifs de rendement qui tiennent compte de la population visée, des renseignements sur la population ciblée, une attention particulière aux groupes isolés (y compris les collectivités rurales), une assurance minutieuse de la qualité, dont celle de l'équipement et de l'interprétation des résultats, des données sur les résultats et des analyses, des systèmes d'information et des réseaux de liaison, des programmes orientés vers les femmes, une poursuite de l'excellence au niveau de la coordination, du diagnostic et du suivi*⁷. Les participants ont également recommandé la création et le maintien d'une base de données nationale constituée à partir des résultats des programmes de dépistage par mammographie qui existent au pays, ce qui permettrait de surveiller et d'évaluer le dépistage du cancer du sein au Canada⁷.

Suite aux recommandations formulées lors du Forum, l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS), l'un des six volets de l'ICCS, a été mise en place et assure le soutien et la coordination des programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada. C'est également avec le soutien de l'ICDCS que la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein a été créée.

Programmes organisés de dépistage au Canada

La Colombie-Britannique a été la première province à instaurer un programme provincial de dépistage du cancer du sein en 1988, suivie de près par l'Alberta, la Saskatchewan, le Yukon, l'Ontario et la Nouvelle-Écosse (voir tableau 1). À l'heure actuelle, les 10 provinces ainsi que le Yukon disposent de programmes organisés de dépistage du cancer du sein. Les Territoires du Nord-Ouest sont en voie d'implanter un tel programme. Le dépistage du cancer du sein dans tous les programmes organisés comporte la prise de mammographies de dépistage selon deux incidences. Le Manitoba, l'Ontario et Terre-Neuve offrent également un examen clinique des seins (ECS) effectué par un professionnel de la santé dûment formé; en Nouvelle-

Tableau 1
Programmes de dépistage du cancer du sein au Canada : modalités en 1996

Programme	Date Début du programme	Intervalle entre les mammographies	Examen clinique des seins sur place	Population cible, âge
Colombie-Britannique*	1988	Annuel	Non	50-74
Yukon	1990	Bisannuel	Non	50-69
Alberta	1990	Bisannuel	Non	50-69
Saskatchewan	1990	Bisannuel	Non	50-69
Manitoba	1995	Bisannuel	Infirmière ou technologue	50-69
Ontario	1990	Bisannuel	Infirmière	50-69
Nouveau-Brunswick	1995	Bisannuel	Non	50-69
Nouvelle-Écosse	1991	Bisannuel	Technologue	50-69
Terre-Neuve	1996	Bisannuel	Infirmière	50-69
Programmes de dépistage du cancer du sein ayant débuté après 1996				
Québec	1998	Bisannuel	Non	50-69
Île-du-Prince-Édouard	1998	Bisannuel	Technologue	50-69

* Au milieu de 1997, la Colombie-Britannique a modifié la fréquence des rappels pour les femmes de 50 ans et plus; l'intervalle est maintenant de 2 ans.

Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard, un ECS modifié est effectué par un technologue. De plus, tous les programmes fournissent de l'information ou des instructions sur l'auto-examen des seins.

Pour les besoins de la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein, la population cible est définie comme l'ensemble des femmes asymptomatiques de 50 à 69 ans qui n'ont jamais souffert d'un cancer du sein diagnostiqué. Certains programmes effectuent également un dépistage chez les femmes qui n'appartiennent pas aux groupes d'âge cibles. Le tableau 2 présente un aperçu des pratiques des provinces et des territoires dans le cas des femmes qui ne sont pas âgées de 50 à 69 ans.

Tableau 2
Programmes de dépistage du cancer du sein au Canada : modalités pour les femmes qui n'appartiennent pas au groupe d'âge cible en 1996

Programme		Modalités pour les femmes n appartenant pas au groupe d'âge cible	Intervalle entre les mammographies
Colombie-Britannique*	40-49	Les accepte mais ne les recrute pas activement	Annuel
	75-79	Fait un rappel mais ne les recrute pas activement	Annuel
	80+	Les accepte mais n'envoie pas de rappel	
Yukon	40-49	Les accepte mais ne les recrute pas activement	Bisannuel
	70+	Les accepte mais n'envoie pas de rappel	Bisannuel
Alberta	40-49	Les accepte mais ne les recrute pas activement	Bisannuel
	70-74	Fait un rappel mais ne les recrute pas activement	Bisannuel
	75+	Les accepte mais n'envoie pas de rappel	
Saskatchewan	40-49	Ne sont pas admises pour un dépistage	S/O
	70+	Fait un rappel mais ne les recrute pas activement	Bisannuel
Manitoba	40-49	Ne sont pas admises pour un dépistage	S/O
	70+	Ne sont pas admises pour un dépistage	S/O
Ontario	40-49	Ne sont pas admises pour un dépistage	S/O
	70+	Les accepte mais n'envoie pas de rappel	Bisannuel
Nouveau-Brunswick	40-49	Les accepte sur recommandation du médecin	Bisannuel
	70+	Les accepte sur recommandation du médecin	Bisannuel
Nouvelle-Écosse	40-49	Les accepte mais ne les recrute pas activement	Annuel
	70+	Fait un rappel mais ne les recrute pas activement	Bisannuel
Terre-Neuve	40-49	Ne sont pas admises pour un dépistage	S/O
	70-74	Fait un rappel mais ne les recrute pas activement	Bisannuel
Programmes de dépistage du cancer du sein ayant débuté après 1996			
Québec	40-49	Les accepte sur recommandation du médecin	Bisannuel
	70+	Les accepte sur recommandation du médecin	Bisannuel
Île-du-Prince-Édouard	40-49	Les accepte mais ne les recrute pas activement	Annuel
	70-74	Fait un rappel mais ne les recrute pas activement	Bisannuel

* Au milieu de 1997, la Colombie-Britannique a modifié la fréquence des rappels dans le cas des femmes de 50 ans et plus; l'intervalle entre les mammographies est passé de 1 an à 2 ans, et l'âge limite supérieur a été fixé à 79 ans.

La figure 2 décrit les grandes étapes du cheminement d'une femme participant à un programme organisé de dépistage du cancer du sein. Les femmes accèdent au programme soit sur recommandation du médecin, invitation personnelle du programme de dépistage ou se présentent d elles-mêmes. L'examen de dépistage inclut une mammographie de dépistage et, selon le programme, un examen clinique

```
graph TD
    A["Promotion du programme :  
Campagne dans les médias  
Éducation des médecins  
Invitation personnelle"] --> B["Femmes asymptomatiques  
de 50 à 69 ans"]
    B --> C["Participant<es> au programme"]
    B --> D["Non-participant<es>"]
    C --> E["Visite de dépistage"]
    E -- Normal --> F["Communiquer le résultat à  
la femme et à son médecin"]
    E -- Anormal --> G["Communiquer le résultat à  
la femme et à son médecin"]
    F --> H["Invitation  
personnelle à  
un nouveau  
dépistage"]
    G --> I["Suivi diagnostique"]
    I --> J["Normal/Bénin*"]
    I --> K["Cancer*"]
    J --> L["Symptômes  
détectés"]
    L -- Non --> H
    L -- Oui --> M["Suivi diagnostique"]
    M --> N["Normal/Bénin*"]
    M --> O["Cancer*"]
    N --> H
    O --> P["Invitation  
personnelle à  
un nouveau  
dépistage"]
```

8

des seins et des instructions concernant l'auto-examen des seins. Les résultats de l'examen de dépistage sont communiqués à la femme et à son médecin. Si les résultats sont «normaux» (négatifs), la patiente est invitée à se représenter pour un autre dépistage après l'intervalle recommandé par le programme (1 ou 2 ans). Si les résultats sont «anormaux» (positifs), la patiente est référée à son médecin pour assurer le suivi diagnostique, qui peut comporter certains tests comme des mammographies diagnostiques, des échographies et des biopsies. Le suivi diagnostique est terminé lorsqu'un diagnostic final est posé, c'est-à-dire normal/bénin ou cancer. Certaines femmes qui subissent un dépistage dans le cadre du programme souffriront d'un cancer du sein qui sera détecté à l'extérieur du programme de dépistage. Par exemple, des symptômes peuvent apparaître au cours de l'intervalle précédant le prochain examen de dépistage.

Monitoring et évaluation

Le dépistage du cancer du sein vise à réduire la mortalité par cancer du sein. Une réduction allant jusqu'à 40 % est prévue après 7 à 10 ans de fréquentation régulière des programmes par 70 % des femmes appartenant au groupe d'âge cible³⁻⁵. Des mesures intermédiaires peuvent aider à déterminer si un programme est en voie de réduire la mortalité par cancer du sein.

À la lumière des résultats d'un essai randomisé suédois du dépistage du cancer du sein, Day, Williams et Khaw⁸ ont défini trois mesures qu'il importe de surveiller : les mesures de participation, les caractéristiques du dépistage telles que le taux de détection du cancer lors du premier examen de dépistage, et le taux de cancer détecté à un stade avancé. Les programmes de dépistage du cancer du sein doivent obtenir de bons résultats pour chacune de ces mesures intermédiaires avant de pouvoir obtenir une réduction de la mortalité par cancer du sein. Au nombre des autres mesures intermédiaires jugées utiles dans les programmes de surveillance figurent l'évaluation de la performance des tests et une description de l'investigation diagnostique. Tabar et ses collègues⁹ ont également établi des cibles spécifiques pour les programmes de dépistage en se basant sur un essai randomisé suédois du dépistage mammographique du cancer du sein. Ces cibles sont présentées au tableau 3 de même que les normes établies par le programme «l'Europe contre le cancer»¹⁰, le «NHS Breast Screening Programme du Royaume-Uni»¹¹ et l'«Australian National Program for the Early Detection of Breast Cancer»¹². Bien que le Canada

Tableau 3
Normes pour les programmes de dépistage du cancer du sein

Indicateur	Tabar et coll., 1992 ⁹	Europe ¹⁰	Royaume-Uni ¹¹	Australie ¹²
Taux de fréquentation		≥ 60 % (50-64 ans)	≥ 70 % (50-64 ans)	70 % (50-69 ans)
Taux de rappel pour anomalie (%)				
Dépistage init.	≤ 9	< 7	< 10	< 10
Dépistage subs.	(général)	< 5	< 7	< 5
Taux de détection du cancer				
Dépistage init.	≥ 3xTI*	≥ 3xTI*	≥ 2,7** pour 1 000***	> 50 en 10 000
Dépistage subs.	(général)	1,5xTI*	≥ 3,0** pour 1 000***	> 20 en 10 000
Ratio bénin : malin à la biopsie				
Dépistage init.	< 3:1	< 2:1		≤ 2:1
Dépistage subs.	(général)	< 1:1		≤ 1:1
Cancers invasifs < 15 mm	> 50 %	25 % (≤ 10 mm)	≥ 1,5 pour 1 000 (initial) ≥ 1,65 pour 1 000 (subséquent)	> 8 pour 10 000 (≤ 10 mm)
Taux de cancer sans envahissement ganglionnaire (%)	≥ 70 %			
Cancers <i>in situ</i> détectés				
Dépistage init.			0,4 - 0,9 pour 1 000***	10 %-20 %
Dépistage subs.			0,5 - 1,0 pour 1 000***	
Taux de cancer apparaissant entre les séances de dépistage			1,2 pour 1 000 femmes ayant participé au dépistage dans les 2 années suivant le dépistage	< 6 pour 10 000 femmes ayant parti- cipé au dépistage dans l'année suivant le dépistage

* TI = taux d'incidence prévu en l'absence de dépistage

** Cancers invasifs uniquement, à l'exclusion des cancers purement *in situ* (non invasifs ou intracanaux)

*** Estimé pour les femmes de 50 à 52,9 ans pour dépistage initial et pour les femmes de 53 à 64,9 ans pour dépistage subséquent

n ait pas adopté de normes ou d indicateurs nationaux, les programmes provinciaux/territoriaux de dépistage tentent de respecter les normes établies par d autres programmes organisés et de comparer leur performance en regard de ces normes.

La Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein

La Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein (BDCDCS) a été créée en 1993. Ce système national de surveillance du dépistage du cancer du sein a pour but de surveiller et d évaluer le dépistage du cancer du sein dans tout le Canada. Les données recueillies par la BDCDCS permettent de produire des statistiques nationales, de comparer les données d une province à l autre et à l échelle internationale et fournissent une importante banque de données pour les recherches relatives aux programmes.

La BDCDCS fonctionne sous la gouverne et les conseils du Sous-comité de gestion de la base de données, lequel est formé de représentants de Santé Canada et des directeurs des programmes provinciaux-territoriaux de dépistage du cancer du sein et rend compte de ses activités au Comité national chargé de l ICDCS. Le Sous-comité de soutien technique élabore et met en oeuvre des stratégies devant permettre la collecte uniformisée et la mise en commun de données provenant de la base. Celle-ci est tenue par le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM). L annexe 1 présente la liste des membres du Sous-comité de gestion de la base de données et du Sous-comité de soutien technique.

Un protocole d entente a été signé entre le LLCM et 11 des programmes organisés de dépistage. Ce protocole explique clairement les questions de propriété, d accès, de responsabilité et de confidentialité pour ce qui est des données recueillies sous les auspices de la base de données nationale.

On recueille de l information pour chaque femme faisant l objet d un dépistage sur les facteurs de risque associés au cancer du sein, sur les dépistages précédents, les résultats des tests de dépistage, la référence vers des services de suivi diagnostique ou non, les tests diagnostiques et le diagnostic final pour toutes les femmes ayant eu une investigation diagnostique. Chaque programme provincial recueille également des données sur les cancers qui n ont pas été détectés lors du dépistage

(cancers détectés hors programme, c.-à-d. cancers liés à la non-participation ou cancers d'intervalle). On ne recueille pas les données personnalisées à l'échelle nationale.

Les programmes provinciaux-territoriaux de dépistage du cancer du sein s'efforcent de recueillir des données complètes et exactes par l'adoption d'un programme intensif de contrôle et de gestion de la qualité. Une enquête portant sur les méthodes d'assurance de la qualité réalisée en 1996¹³ a révélé que tous les programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein font de la gestion de la qualité dans des domaines comme la formation et la documentation, le suivi des clients, ainsi que l'intégrité, l'accessibilité et la confidentialité des données. Cette attention portée à la qualité est maintenue à l'échelle nationale, les données devant tout d'abord respecter les règles de gestion de la base de données (étendue, liste de valeurs et vérifications logiques, etc.) avant d'être chargées dans la base. Des analyses régulières et la présentation de rapports à l'échelle nationale permettent également de vérifier l'intégrité des données.

En date de 1998, la base contenait des données provenant des programmes de dépistage suivants : Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve pour toutes les années depuis leur création. Le Québec, l'Île-du-Prince-Édouard et les Territoires du Nord-Ouest ont implanté des programmes et communiqueront des données à la BDCDCS dans les 2 prochaines années. Une participation du Yukon est également prévue.

RÉSULTATS DE 1996

Ce rapport présente certaines statistiques pour l'année civile 1996 établies à partir des données fournies à la BDCDCS jusqu'en février 1999. À moins d'indication contraire, les statistiques sommaires pour tous les programmes incluent les données provenant des provinces suivantes : Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve. Les données du Nouveau-Brunswick n'ont pu être intégrées parce qu'elles étaient incomplètes.

Participation aux programmes de dépistage

En 1996, 310 359 examens de dépistage ont été effectués chez 310 036 femmes participant aux différents programmes. Comme il est indiqué au tableau 4, cela représente une augmentation importante par rapport à 1988, année où le premier programme provincial (Colombie-Britannique) a débuté en effectuant 4 475 examens de dépistage.

Malgré l'augmentation du nombre d'examens de dépistage réalisés au cours des 10 dernières années, il continue d'être difficile de recruter des participantes dans le

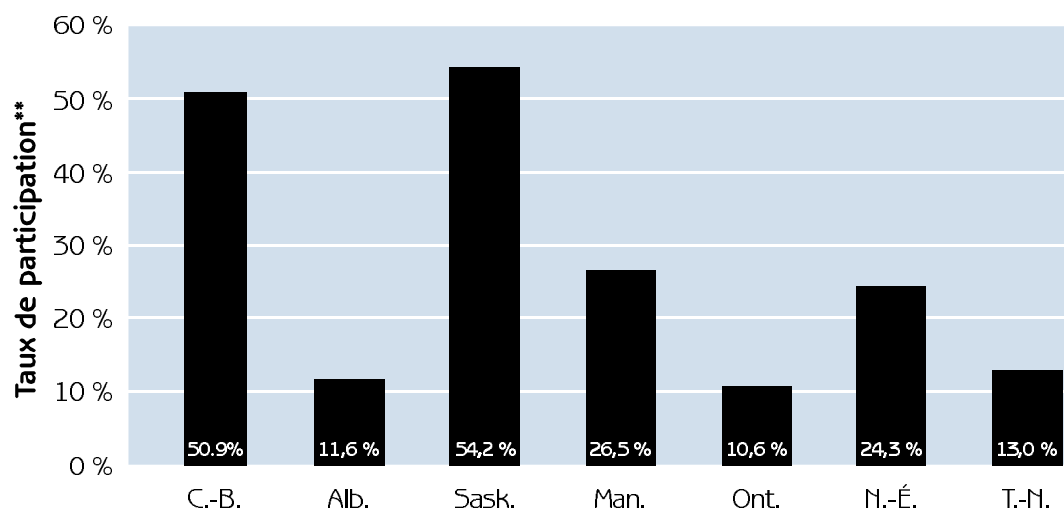
Tableau 4
Nombre annuel d'examens de dépistage par programme,
depuis le début jusqu'en 1996

Programme	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Colombie-Britannique	4 475	9 371	22 983	55 882	83 963	104 375	123 875	150 241	166 744
Alberta			616	5 873	15 442	16 148	15 373	14 182	14 696
Saskatchewan			6 355	14 305	15 778	26 056	25 539	29 604	28 891
Manitoba								2 671	13 598
Ontario			591	15 404	40 333	45 592	55 494	58 316	67 763
Nouvelle-Écosse				1 876	4 354	4 889	8 461	12 492	15 548
Terre-Neuve									3 119
Total	4 475	9 371	30 545	93 340	159 870	197 060	228 742	267 506	310 359

groupe d'âge cible (figure 3). Day, Williams et Khaw⁸ soulignent que l'effet d'un programme sur les taux de mortalité par cancer du sein dépend directement de la proportion de la population cible qui subit un dépistage. Une faible participation pose des difficultés non seulement du point de vue de l'efficacité du programme mais également du fait que les femmes qui ne participent pas courent probablement un plus grand risque de mourir de la maladie. Les programmes de dépistage du cancer du sein de l'Australie et du Royaume-Uni ont établi une norme minimale de fréquentation régulière de 70 % des femmes appartenant au groupe d'âge cible (voir tableau 3).

Figure 3

Proportion de la population cible* qui a participé à des programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein en 1996



* On entend par population cible l'ensemble des femmes de 50 à 69 ans. Les estimations sont tirées des projections démographiques de Statistique Canada pour le Canada, les provinces et les territoires, 1993-2016. Ce chiffre est divisé par deux pour représenter un taux de participation aux 2 ans.

** Le taux de participation représente le nombre de femmes de 50 à 69 ans au moment du dépistage en 1996 qui ont participé à des programmes de dépistage du cancer du sein par rapport à l'ensemble de la population cible.

Aucun des programmes provinciaux n'a atteint un taux de participation de 70 % en 1996. Le taux le plus élevé a été enregistré en Saskatchewan, 54,2 % des femmes dans le groupe d'âge cible ayant subi un dépistage au cours de cette année. En revanche, le taux de participation était le plus faible en Ontario (10,6 %). Ces chiffres ne brossent pas cependant le tableau complet de la situation qui règne au Canada dans le domaine du dépistage du cancer du sein. Une forte proportion de femmes

dans le groupe d'âge cible continue de subir des mammographies à l'extérieur des programmes organisés de dépistage du cancer du sein¹⁴. En 1994, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, plus de la moitié des mammographies bilatérales chez les femmes de 50 à 69 ans ont été effectuées dans le cadre de programmes organisés de dépistage du cancer du sein. Dans d'autres provinces, la plupart des mammographies subies par les femmes dans le groupe d'âge cible avaient été pratiquées «à l'extérieur» des programmes organisés de dépistage¹⁴. Cependant, aucune donnée pouvant permettre d'évaluer la performance du dépistage «opportun» n'a été systématiquement collectée. Par suite de l'expansion des programmes provinciaux-territoriaux de dépistage, le nombre de participantes aux programmes de dépistage organisés de dépistage devrait continuer de croître.

Recrutement et rétention

Même si leurs méthodes peuvent varier, les deux principaux objectifs des programmes de dépistage sont le recrutement et la rétention des femmes qui ont déjà subi un dépistage. En 1996, l'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba ont envoyé des lettres d'invitation aux femmes appartenant au groupe d'âge-cible en utilisant un fichier populationnel (habituellement dossiers d'assurance-maladie). En Ontario, on s'est servi principalement pour les lettres d'invitation, des listes de patientes de médecins; en Nouvelle-Écosse, on a demandé aux médecins d'envoyer des lettres à leurs patientes; et en Colombie-Britannique, des lettres d'invitation ont été envoyées à un nombre limité de femmes dans certaines collectivités. Parmi les femmes qui subissaient pour la première fois une mammographie, il y avait non seulement celles qui avaient reçu une invitation, mais également des patientes qui avaient été référées par leur médecin et des femmes qui s'étaient présentées d'elles-mêmes.

Le tableau 5 donne un aperçu du nombre de premières visites de dépistage et de visites subséquentes dans chaque groupe d'âge. Le pourcentage de tous les dépistages à l'intérieur du groupe d'âge cible (50-69 ans) varie entre 51,9 % et 99,9 % selon la province.

Résultats du dépistage

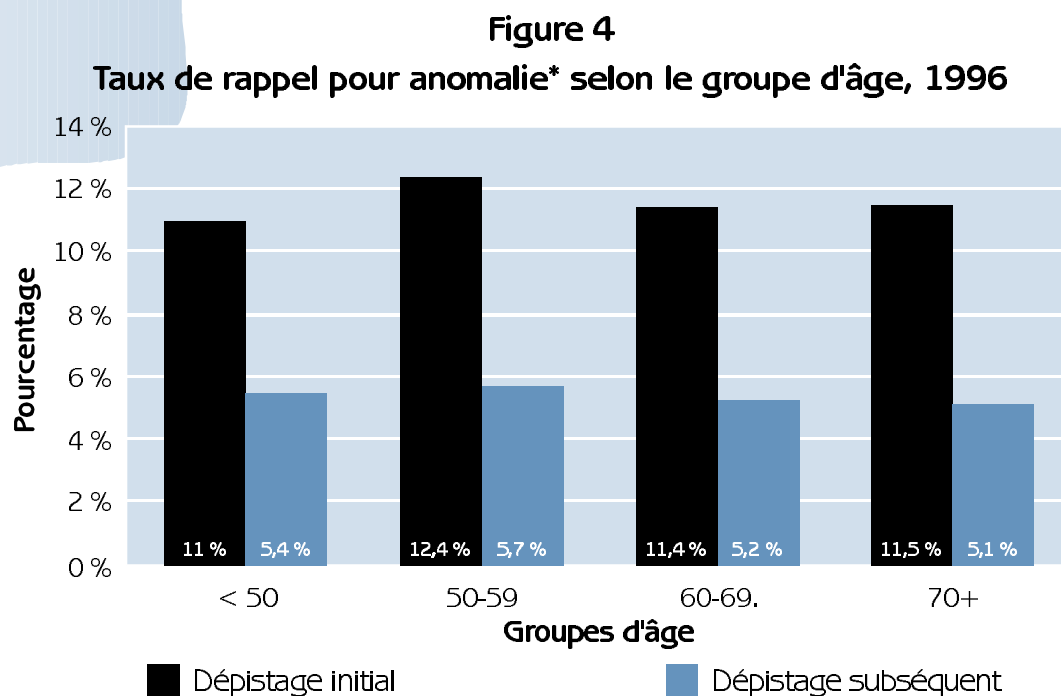
Une des principales exigences du dépistage mammographique est le haut degré de spécificité soit la probabilité d'obtenir un résultat négatif si le sujet n'a pas

Tableau 5
Répartition des visites de dépistage par programme selon le groupe d'âge, 1996

Programme	Groupe d'âge				Tous les âges N
	< 50* n (%)	50-59 n (%)	60-69 n (%)	70 + n (%)	
Colombie-Britannique					
Dépistage init.	20 216 (48,2)	10 106 (24,1)	7 057 (16,8)	4 597 (11,0)	41 976
Dépistage subs.	35 169 (28,2)	38 549 (30,9)	30 762 (24,7)	20 288 (16,3)	124 768
Total	55 385 (33,2)	48 655 (29,2)	37 819 (22,7)	24 885 (14,9)	166 744
Alberta					
Dépistage init.	442 (11,0)	1 920 (47,9)	1 357 (33,8)	290 (7,2)	4 009
Dépistage subs.	109 (1,0)	3 914 (36,6)	5 231 (48,9)	1 433 (13,4)	10 687
Total	551 (3,7)	5 834 (39,7)	6 588 (44,8)	1 723 (11,7)	14 696
Saskatchewan					
Dépistage init.	953 (15,8)	3 308 (54,8)	1 299 (21,5)	474 (7,9)	6 034
Dépistage subs.	0	8 684 (38,0)	10 043 (43,9)	4 130 (18,1)	22 857
Total	953 (3,3)	11 992 (41,5)	11 342 (39,3)	4 604 (15,9)	28 891
Manitoba					
Dépistage init.	65 (0,5)	6 779 (50,5)	6 134 (45,7)	456 (3,4)	13 434
Dépistage subs.	0	76 (46,3)	73 (44,5)	15 (9,1)	164
Total	65 (0,5)	6 855 (50,4)	6 207 (45,6)	471 (3,5)	13 598
Ontario					
Dépistage init.	159 (0,7)	13 072 (54,3)	7 194 (29,9)	3 656 (15,2)	24 081
Dépistage subs.	0	16 397 (37,5)	17 874 (40,9)	9 411 (21,5)	43 682
Total	159 (0,2)	29 469 (43,5)	25 068 (37,0)	13 067 (19,3)	67 763
Nouvelle-Écosse					
Dépistage init.	2 308 (35,6)	2 550 (39,4)	1 408 (21,7)	211 (3,3)	6 477
Dépistage subs.	2 323 (25,6)	3 819 (42,1)	2 616 (28,8)	313 (3,5)	9 071
Total	4 631 (29,8)	6 369 (41,0)	4 024 (25,9)	524 (3,4)	15 548
Terre-Neuve					
Dépistage init.	2 (0,1)	2 114 (68,1)	989 (31,8)	1 (0,03)	3 106
Dépistage subs.	0	7 (53,8)	6 (46,2)	0	13
Total	2 (0,1)	2 121 (68,0)	995 (31,9)	1 (0,03)	3 119
Tous les programmes					
Dépistage init.	24 145 (24,4)	39 849 (40,2)	25 438 (25,7)	9 685 (9,8)	99 117
Dépistage subs.	37 601 (17,8)	71 446 (33,8)	66 605 (31,5)	35 590 (16,8)	211 242
Total	61 746 (19,9)	111 295 (35,9)	92 043 (29,7)	45 275 (14,6)	310 359

* L'âge n'a pas été arrondi. Dans le cas des programmes qui n'offrent pas le dépistage aux femmes de < 50 ans, le groupe des < 50 ans inclut les femmes qui, même si elles avaient 49 ans au moment du dépistage, ont été invitées à participer au programme parce qu'elles allaient avoir 50 ans au cours de l'année.

vraiment la maladie. Cette spécificité permet de réduire le nombre de femmes en santé auxquelles on annonce que le résultat du dépistage était anormal et qui sont soumises à des investigations diagnostiques, lesquelles peuvent entraîner une détresse psychologique et des coûts pour la femme et la société. La figure 4 montre que dans 11 % à 12,4 % des examens initiaux de dépistage, les résultats ont été déclarés anormaux. Dans le cas des dépistages subséquents, le taux de rappel pour une anomalie était beaucoup plus faible (5,1 % à 5,7 %). Le taux de rappel pour une anomalie différait peu d'un groupe d'âge à l'autre.



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

Le taux d'anomalies au dépistage initial était légèrement plus élevé que ce qui est prévu dans les normes établies par d'autres programmes nationaux de dépistage du cancer du sein (voir tableau 3), soit moins de 7 % à 10 % de résultats anormaux au dépistage initial. Toutefois, ces programmes ont recours à la mammographie comme modalité unique de dépistage, alors que plusieurs programmes canadiens font également appel à l'examen clinique des seins. Le tableau 6 montre que, sauf chez les femmes de < 50 ans, environ le cinquième des anomalies ont été détectées au moyen de l'examen clinique des seins. Chez les femmes de > 50 ans, les taux d'anomalies détectées par mammographie uniquement correspondent aux normes

Tableau 6
Taux de rappel pour anomalie selon le mode de détection, 1996

Mode de détection	< 50 %	50-59 %	60-69 %	70+ %	Tous les âges %
Anomalies détectées par mammographie seulement					
Dépistage initial	10,6	9,0	8,1	8,6	9,1
Dépistage subséquent	5,2	4,5	4,1	3,9	4,4
Anomalies détectées par mammographie et ECS*					
Dépistage initial	0,2	0,9	0,8	0,8	0,7
Dépistage subséquent	0,1	0,3	0,2	0,2	0,2
Anomalies détectées par ECS* seulement					
Dépistage initial	0,1	2,5	2,5	2,1	1,9
Dépistage subséquent	0,0	0,9	0,9	0,9	0,8
Tous les modes de détection**					
Dépistage initial	10,9	12,4	11,3	11,5	11,7
Dépistage subséquent	5,3	5,7	5,2	5,0	5,4

* Au Manitoba, en Ontario, en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve, une infirmière ou un technologue effectue l'ECS et de ces provinces, toutes, sauf la Nouvelle-Écosse, n'acceptent que les femmes de 50 ans et plus.

** Les taux peuvent être légèrement différents de ceux apparaissant à la figure 4 à cause de l'arrondissement.

établies par les programmes de dépistage du cancer du sein du Royaume-Uni et de l'Australie.

Investigations diagnostiques

Le dépistage ne permet que de savoir si un test est normal ou si une évaluation plus approfondie est nécessaire. Il faut effectuer des tests diagnostiques pour établir le diagnostic final. Des renseignements sur les investigations diagnostiques sont disponibles pour 95,8 % des femmes qui avaient obtenu des résultats anormaux au dépistage en 1996. Les 4,2 % restants ont été perdus au suivi ou font toujours l'objet d'un suivi diagnostique. Les programmes n'ont pas tous la même définition d'un suivi terminé : certains programmes indiquent qu'un suivi est terminé lorsque tous les renseignements sur le stade du cancer sont disponibles, alors que d'autres attendent d'avoir tous les détails du diagnostic final. On peut perdre une patiente au suivi si celle-ci refuse de subir des tests d'investigation, si elle déménage ou si le

médecin traitant refuse de fournir les données du suivi. La proportion de dépistages anormaux pour lesquels le suivi était complété variait selon la province (de 87,9 % à 99,9 %).

Habituellement, on a recours pour les examens diagnostiques à d'autres techniques d'imagerie (mammographie diagnostique et/ou échographie), à la ponction à l'aiguille fine ou à la biopsie par trocart avant de pratiquer une biopsie chirurgicale⁹. Le tableau 7 illustre les types d'interventions effectuées en 1996 et les variations selon la province. L'intervention la plus fréquente était la mammographie diagnostique (57,3 % de toutes les interventions), suivie de l'échographie (27,4 %). Les ponctions à l'aiguille fine représentaient 3,3 % des interventions, les différentes formes de biopsie, 13,4 % (10,7 % pour les biopsies ouvertes avec ou sans utilisation d'un harpon et 2,7 % pour les biopsies par trocart).

La proportion de tests effectués variait d'une province à l'autre (tableau 7). Cela pourrait s'expliquer notamment par le recours à l'examen clinique des seins comme

Tableau 7
Types d'interventions diagnostiques selon le groupe d'âge, 1996

Intervention	Groupe d'âge				
	< 50 n (%) [*] Intervalle ^{**}	50-59 n (%) Intervalle	60-69 n (%) Intervalle	70+ n (%) Intervalle	Tous les âges N (%) Intervalle
Mammographie diagnostique	3 913 (58,8) 47,2 - 59,3	6 385 (56,6) 49,1 - 61,2	4 430 (57,0) 47,9 - 62,9	2 096 (57,5) 48,4 - 67,1	16 824 (57,3) 48,8 - 60,7
Échographie	1 922 (28,9) 27,5 - 36,8	3 226 (28,6) 14,5 - 33,1	2 035 (26,2) 12,6 - 31,8	871 (23,9) 10,0 - 26,4	8 054 (27,4) 13,6 - 30,9
Ponction à l'aiguille fine	243 (3,7) 0,5 - 5,6	362 (3,2) 0,2 - 8,5	244 (3,1) 0 - 8,5	112 (3,1) 0 - 4,3	961 (3,3) 0,2 - 8,4
Biopsie par trocart	127 (1,9) 1,1 - 12,5	303 (2,7) 0,4 - 14,8	225 (2,9) 0,6 - 20,3	131 (3,6) 0 - 25,8	786 (2,7) 0,5 - 15,5
Biopsie ouverte avec ou sans harpon	480 (7,2) 2,1 - 9,4	1 210 (10,5) 5,2 - 16,2	998 (12,6) 6,5 - 23,9	503 (13,5) 9,7 - 18,6	3 191 (10,7) 5,4 - 18,1

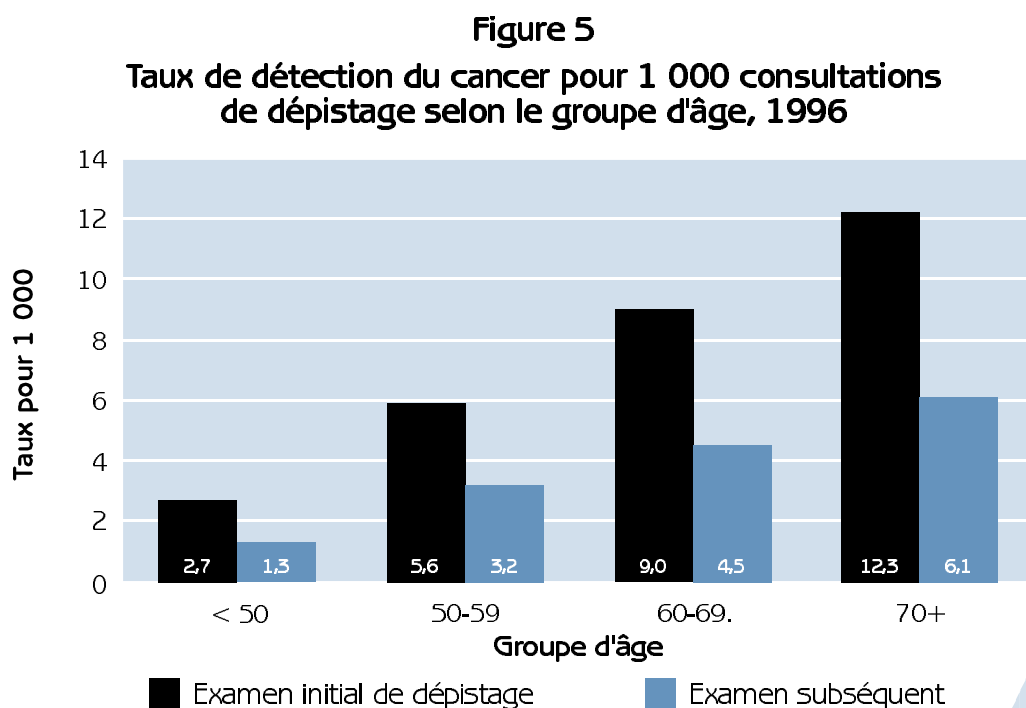
* Toutes les provinces confondues.

** Intervalle de variation entre les provinces, exprimé sous forme de pourcentage de l'ensemble des tests dans un groupe d'âge.

modalité de dépistage, par une différence réelle dans le processus d'évaluation des différentes provinces ou par des différences dans les méthodes d'obtention et d'entrée des résultats des tests. Bien qu'on ait recueilli des données sur les consultations chirurgicales et les examens physiques effectués par les médecins de famille, ces statistiques ne sont pas présentées à cause des différences dans les définitions et les méthodes de collecte de données d'une province à l'autre.

Détection du cancer

Le taux de détection du cancer était plus élevé lors du premier examen de dépistage que lors d'un dépistage subséquent (figure 5). Le taux de détection du cancer augmentait avec l'âge dans les deux cas (examen initial et examen subséquent).



Comme le montre le tableau 8, seul un petit nombre de cancers ont été détectés au moyen de l'examen clinique des seins uniquement. Chez les femmes de 50 ans et plus, les taux de détection du cancer correspondent assez bien aux normes établies par le R.-U. et l'Australie (voir tableau 3).

Tableau 8
Taux de détection du cancer pour 1 000 consultations de dépistage
selon le mode de détection, 1996

Mode de détection	< 50	50-59	60-69	70+	Tous les âges
Détecté par mammographie seulement					
Dépistage initial	2,2	4,4	7,2	9,0	5,0
Dépistage subséquent	1,3	2,8	3,8	5,3	3,3
Détecté par mammographie et ECS*					
Dépistage initial	0,5	1,3	1,6	3,2	1,4
Dépistage subséquent	0,03	0,4	0,6	0,6	0,4
Détecté par ECS seulement*					
Dépistage initial	0,04	0,2	0,3	0,1	0,2
Dépistage subséquent	0	0,01	0,1	0,2	0,06
Tous les modes de détection**					
Dépistage initial	2,7	5,9	9,1	12,3	6,6
Dépistage subséquent	1,3	3,2	4,5	6,1	3,8

* Seuls le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve offrent des services d'ECS dispensés par une infirmière ou un technologue.

** Les taux peuvent différer légèrement de ceux apparaissant à la figure 5 à cause de l'arrondissement.

Grâce au dépistage effectué en 1996, 1 443 cancers du sein ont pu être détectés, dont 82,7 % étaient invasifs (tableau 9). Les 17,3 % restants étaient des carcinomes canauxaires *in situ* (CCIS). Dans les CCIS, les cellules cancéreuses sont situées dans un canal galactophore et il n'y a aucun envahissement des tissus adipeux mammaires voisins. La proportion de cancers détectés lors du dépistage qui étaient classés comme des CCIS diminuait avec l'âge. La proportion générale de cancers *in situ* (17,3 %) respecte les normes établies par le programme australien (10 %-20 %). Il est important que la plupart des cancers détectés soient de petits cancers invasifs plutôt que des cancers *in situ*, parce que la détection d'un grand nombre de cancers *in situ* peut ne pas conduire à une réduction de la mortalité par cancer du sein⁹.

Le principal objectif du dépistage est la détection de cancers invasifs avant qu'ils n'aient la chance de se propager dans le reste du corps. Il faut pour cela détecter les tumeurs de petit diamètre (≤ 15 mm) qui ne s'accompagnent d'aucun envahissement des ganglions axillaires au moment du diagnostic. Le stade, la taille de la tumeur et l'envahissement ganglionnaire sont trois paramètres qui permettent aux

Tableau 9
Caractéristiques des cancers détectés, selon le groupe d'âge, 1996

	< 50		50-59		60-69		70+		Tous les âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Nombre de cancers										
Invasifs	83	71,6	375	81,0	445	84,3	290	86,3	1 193	82,7
CCIS	33	28,5	88	19,0	83	15,7	46	13,7	250	17,3
Stade du TNM										
0 (<i>in situ</i>)	31	29,8	67	21,4	59	16,3	32	15,8	189	19,3
I	36	34,6	152	48,6	210	58,2	125	61,9	523	53,4
II	25	24,0	79	25,2	72	19,9	39	19,3	212	21,6
III+	12	11,5	15	4,8	20	5,5	6	3,0	56	5,7
(n ^{bre} inconnu)	(12)		(150)		(167)		(134)		(463)	
Taille de la tumeur (cancers invasifs uniquement)										
≤ 5 mm	4	4,9	29	9,0	20	5,2	22	8,5	75	7,2
6-10 mm	16	19,8	85	26,3	119	31,2	78	30,0	298	28,5
11-15 mm	23	28,4	85	26,3	115	30,1	88	28,3	311	29,7
16-20 mm	13	16,1	61	18,9	65	17,0	38	14,6	177	16,9
21+ mm	25	30,9	63	19,5	63	16,5	34	13,1	185	17,7
(n ^{bre} inconnu)	(2)		(52)		(63)		(30)		(147)	
Taille médiane	15	mm	14	mm	13	mm	13	mm	13	mm
Ganglions positifs (cancers invasifs uniquement)										
0	49	66,2	244	73,5	306	79,3	208	84,2	807	77,7
1-3	17	23,0	62	18,7	54	14,0	30	12,2	163	15,7
4+	8	10,8	26	7,8	26	6,7	9	3,6	69	6,6
(n ^{bre} inconnu)*	(9)		(43)		(59)		(43)		(154)	

* Inclut les valeurs manquantes et les cas où aucune dissection axillaire n'a été effectuée.

programmes de mesurer l'extension d'un cancer invasif au moment du diagnostic. À cet égard, les programmes canadiens de dépistage du cancer du sein obtiennent des résultats qui se comparent favorablement aux normes et lignes directrices déjà établies. Tabar et ses collaborateurs⁹ ont indiqué que pour réduire de façon importante la mortalité, 50 % des cancers invasifs détectés à la mammographie devraient avoir moins de 15 mm de diamètre et au moins 70 % des tumeurs détectées à la mammographie ne devraient pas avoir d'envahissement ganglionnaire. Parmi les cancers invasifs détectés dans le cadre des programmes

canadiens de dépistage du cancer du sein, 50,8 % avaient un diamètre inférieur à 15 mm et 77,7 % n'avaient pas d'envahissement ganglionnaire.

Les lignes directrices élaborées par Tabar et ses collaborateurs⁹ et les programmes nationaux comme ceux du R.-U.¹¹ et de l'Australie¹² ont été élaborées pour les femmes dans les groupes d'âge cibles (c.-à-d. 50-64 ou 50-69 ans). Comme l'illustre le tableau 9, les résultats obtenus par les provinces canadiennes sont particulièrement bons dans le cas des femmes de 50 à 69 ans.

Sommaire des résultats

Le tableau 10 résume les résultats obtenus chez les femmes appartenant au groupe d'âge cible (50-69 ans) selon la province. La grande variation dans la proportion de visites initiales de dépistage dépend de l'ancienneté du programme. La Saskatchewan, qui dispose de l'un des plus vieux programmes, affichait la plus faible proportion de visites initiales (19,7 %), alors que Terre-Neuve, dont le programme a débuté en 1996, enregistrait le pourcentage le plus élevé (99,6 %). Les taux de rappel pour anomalie variaient selon la province : l'Alberta et la Nouvelle-Écosse obtenaient les taux les plus faibles; au Manitoba, en Ontario et à Terre-Neuve, où les visites de dépistage incluent une mammographie et un examen clinique des seins, les taux étaient parmi les plus élevés. Les taux supérieurs de rappel pour anomalie enregistrés au Manitoba et à Terre-Neuve peuvent également être attribuables au fait que ces deux programmes étaient les plus nouveaux, ayant débuté en 1995 et 1996, respectivement. Les taux de rappel pour anomalie diminuent en général après chaque vague additionnelle de dépistage à mesure que les radiologistes acquièrent une plus grande expérience et qu'ils ont accès à des clichés antérieurs pouvant servir de points de comparaison.

Les taux de détection du cancer dans toutes les provinces correspondent assez bien aux normes utilisées par les programmes de dépistage du cancer du sein du R.-U. et de l'Australie (voir tableau 3). Les valeurs prédictives positives (VPP) étaient les plus élevées en Alberta et en Nouvelle-Écosse, où les taux d'anomalie étaient les plus faibles. Les ratios bénin/malin pour la biopsie montrent bien l'efficacité de l'évaluation diagnostique. On devrait épuiser toutes les techniques diagnostiques comme la mammographie, l'échographie, la ponction à l'aiguille fine et la biopsie par trocart avant d'avoir recours à la biopsie ouverte à des fins diagnostiques. Sauf à Terre-Neuve, les programmes provinciaux obtiennent des résultats qui respectent

Tableau 10
Sommaire des résultats du dépistage par programme,
pour les femmes de 50 à 69 ans au moment du dépistage, 1996

Issue	C.-B.*	Alb.	Sask.	Man.**	Ont.**	N.-É.***	T.-N.**	Toutes
Nombre de visites	86 474	12 422	23 334	13 062	54 537	10 393	3 116	203 338
Nombre de visites initiales	17 163 (19,9 %)	3 277 (26,4 %)	4 607 (19,7 %)	12 913 (98,9 %)	20 266 (37,2 %)	3 958 (38,1 %)	3 103 (99,6 %)	65 287 (32,1 %)
Taux de rappel pour anomalie (%)								
Visite initiale	10,9	7,1	14,3	12,1	13,8	6,6	14,1	12,0
Visite subséquente	4,2	3,9	6,1	5,4	8,4	3,5		5,5
Nombre de cancers	316	73	116	103	320	46	17	991
Taux de détection du cancer pour 1 000 consultations								
Visite initiale	6,6	7,9	8,0	8,0	7,2	5,6	5,5	7,1
Visite subséquente	2,9	5,1	4,2		5,1	3,7		4,9
VPP d'une anomalie dépistée (%)	6,6	12,3	6,4	6,6	5,7	9,5	3,9	6,5
Ratio bénin/malin pour la biopsie ouverte	1,3 : 1	1,1 : 1	1,6 : 1	1,9 : 1	1,4 : 1	0,9 : 1	3,5 : 1	1,5 : 1
Ratio bénin/malin pour la biopsie par trocart	2,5 : 1	1,0 : 1			1,8 : 1	2,2 : 1		1,8 : 1

* La fréquence du dépistage était de 1 an en Colombie-Britannique en 1996 et de 2 ans dans les autres provinces.

** Les visites de dépistage incluent la mammographie et l'examen clinique complet des seins.

*** Les visites de dépistage incluent la mammographie et l'examen clinique modifié des seins effectué par un technologue.

les normes établies par d'autres pays (voir tableau 3), lesquelles prévoient que le ratio bénin/malin devrait être inférieur à 2 : 1 pour la biopsie.

Le tableau 11 résume les résultats de dépistage selon le groupe d'âge. Près des deux tiers des dépistages (65,5 %) ont été effectués dans le groupe d'âge cible (50-69 ans). Comme prévu, la proportion de dépistage initial était la plus élevée chez les femmes de < 50 ans (39,1 %) et la plus faible chez celles de > 70 ans (21,4 %). Le taux d'anomalie à la mammographie différait peu d'un groupe d'âge à l'autre. Le taux de détection du cancer augmentait avec l'âge, de même que la valeur prédictive positive

Tableau 11
Résultats du dépistage selon le groupe d'âge, 1996 (tous programmes combinés)

Issue	< 50	50-59	60-69	70+	Tous les âges
Nombre d'exams	61 746	111 295	92 043	45 275	310 359
Nombre de consultations initiales	24 145 (39,1 %)	39 849 (35,8 %)	25 438 (27,6 %)	9 685 (21,4 %)	99 117 (31,9 %)
Taux de rappel anormal (%)					
Dépistage initial	11,0	12,4	11,4	11,5	11,7
Dépistage subséquent	5,4	5,7	5,2	5,1	5,4
Nombre de cancers	116	463	528	336	1 443
Taux de détection du cancer pour 1 000 consultations					
Dépistage initial	2,7	5,9	9,0	12,3	6,6
Dépistage subséquent	1,3	3,2	4,5	6,1	3,8
VPP des résultats anormaux (%)	2,5	5,2	8,3	11,6	6,3
Ratio bénin/malin pour les biopsies ouvertes	4,9 : 1	1,9 : 1	1,1 : 1	0,7 : 1	1,5 : 1
Ratio bénin/malin pour les biopsies par trocart	3,5 : 1	2,3 : 1	1,3 : 1	0,9 : 1	1,8 : 1

d'une anomalie dépistée. Le ratio bénin/malin était également élevé chez les femmes de < 50 ans, mais s'améliorait avec l'âge.

Cancers détectés hors programme

Il arrive parfois qu'on diagnostique hors programme un cancer du sein chez une participante à un programme organisé de dépistage. Ces cancers se divisent en deux catégories, cancers d'intervalle et cancers liés à la non-compliance. Les cancers d'intervalle, détectés au cours de l'intervalle entre deux mammographies de dépistage, se classent en : 1) cancers non détectés en raison d'une erreur technique ou d'une erreur de l'observateur; 2) cancers invisibles à la radiographie (p. ex., ceux qui ne sont pas détectés par mammographie de dépistage ou diagnostique, mais qui sont détectés à l'aide de d'autres techniques); 3) «véritables» cancers d'intervalle,

c est-à-dire que même après coup, aucune anomalie ne pouvait être détectée lors de la dernière visite de dépistage¹⁵. Les cancers liés à la non-compliance, quant à eux, sont détectés après l'intervalle recommandé du programme lorsque la femme ne revient pas subir une mammographie.

Les programmes provinciaux-territoriaux de dépistage du cancer du sein obtiennent de l'information sur les cancers détectés hors programme grâce aux liens qu'ils entretiennent avec les registres de cancer provinciaux/territoriaux. On recueille des renseignements sur les stades et des données anatomopathologiques pour ces cancers, et on revoit les clichés mammographiques antérieurs. Les vérifications radiologiques et cliniques de tels cancers contribuent grandement à améliorer l'efficacité des programmes de dépistage du cancer du sein.

En raison du délai requis pour assurer un suivi, on ne dispose pas de données complètes sur les cancers détectés hors programme en 1996. C'est pourquoi l'information présentée porte sur les femmes ayant subi un dépistage en 1993 (tableau 12). L'*U.K. Breast Screening Programme* a établi que la proportion de femmes souffrant d'un cancer dans les 24 mois suivant un examen de dépistage ne devrait pas dépasser 12 pour 10 000. Cet objectif s'applique aux femmes âgées entre 50 et 64 ans. Toutefois, dans les programmes de dépistage du cancer du sein

Tableau 12
Cancers détectés hors programme chez les participantes
de tout âge aux programmes, 1993*

Nombre de mois après le dépistage	Cancers d'intervalle		Cancers liés à la non-compliance		
	≤ 12 mois	13-24 mois	25-36 mois**	37-60 mois**	Moins de 60 mois**
Nombre de cancers détectés	114	177	56	42	389
Taux pour 10 000 femmes ayant subi un dépistage	5,9	9,2	2,9	2,2	20,2
Taux cumulatif pour 10 000 femmes ayant subi un dépistage	5,9	15,1	18,0	20,2	20,2

* Comprend des données de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan et de l'Ontario.

** Les cancers détectés hors programme après 24 mois représentent les cancers liés à la non-compliance, c'est-à-dire les cancers chez les femmes qui ne retournent pas subir un examen de dépistage à l'intérieur de l'intervalle recommandé.



provinciaux du Canada, cette proportion s'élevait à 15,1 pour 10 000 chez les femmes de tout âge. De plus, 14,5 cancers pour 10 000 visites de dépistage chez des femmes âgées entre 50 et 64 ans ont été détectés hors programme dans les 24 mois suivant le dépistage.

RÉSUMÉ ET PERSPECTIVES

Le présent document est le premier d'une série de rapports bisannuels sur les programmes de dépistage du cancer du sein au Canada. Les données utilisées proviennent de la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein (BDCDCS). Le dépistage organisé s'appuie sur des méthodes méticuleuses d'assurance de la qualité et permet la surveillance et l'évaluation de l'efficacité du dépistage. Actuellement, toutes les provinces et le Yukon disposent de programmes organisés de dépistage, et celui des Territoires du Nord-Ouest est en voie d'être implanté.

Malgré une hausse du nombre de femmes participant à des programmes de dépistage du cancer du sein au cours de la dernière décennie, la participation au sein du groupe d'âge cible demeure faible; les taux de 1996 varient entre 10,6 % et 54,2 %. On prévoit que la participation augmentera au cours des prochaines années à mesure que les programmes continuent d'étendre leurs services et que les bienfaits du dépistage du cancer du sein dans un cadre organisé sont reconnus.

Les statistiques de 1996 montrent que les programmes de dépistage du cancer du sein au Canada obtiennent des résultats qui correspondent bien aux indicateurs de résultats établis à l'échelle mondiale. Les caractéristiques des cancers détectés par le dépistage se situent dans les intervalles de variation établis par les programmes de dépistage d'autres pays. Chez les femmes de 50 à 69 ans, 51,8 % des cancers invasifs avaient un diamètre inférieur à 15 mm, et 76,6 % des cancers invasifs ne comportaient pas de métastases au niveau des ganglions lymphatiques. Il importe de détecter les cancers lorsque ceux-ci sont petits et ont peu de chances de se propager au-delà du sein si l'on veut réduire la mortalité par cancer du sein.

Un rapport bisannuel fondé sur les résultats de 1997-1998 est prévu pour l'an 2000. La base de données ouvre également la voie à des recherches plus approfondies sur de nombreux aspects du dépistage organisé, et elle peut permettre d'améliorer les connaissances scientifiques en matière de dépistage du cancer du sein. Des représentants de Santé Canada et des programmes provinciaux travaillent présentement à établir des priorités pour les recherches futures.

RÉFÉRENCES

1. Institut national du cancer du Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer 1999*. Toronto, Canada, 1999.
2. Kelsey JL, Bernstein L. *Epidemiology and prevention of breast cancer*. Annu Rev Public Health 1996;17:47-67.
3. Shapiro S, Venet W, Strax P et al. *Ten to fourteen-year effect of screening on breast cancer mortality*. J Natl Cancer Inst 1982;69:349-55.
4. Tabar L, Gad A, Holmberg LH et al. *Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography: randomized trial from the Breast Cancer Screening Work Group of the Swedish National Board of Health and Welfare*. Lancet 1985;i:829-32.
5. Andersson I, Aspegren K, Janzon L et al. *Mammographic screening and mortality from breast cancer: the Malmö mammographic screening trial*. BMJ 1988;297:943-8.
6. The Workshop Group. *Reducing deaths from breast cancer in Canada*. Can Med Assoc J 1989;141:199-201
7. *Rapport sur le Forum national sur le cancer du sein*. Publications, Santé Canada. 1994.
8. Day NE, Williams DRR, Khaw KT. *Breast cancer screening programmes: the development of a monitoring and evaluation system*. Brit J Cancer 1989;59:954-8.
9. Tabar L, Fagerberg G, Duffy SW, Day NE, Gad A, Grontoft O. *Update of the Swedish two-county program of mammographic screening for breast cancer*. Radiol Clin North Am 1992;30:187-209.
10. Europe Against Cancer. *European guidelines for quality assurance in mammographic screening*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Commission, June 1996.

11. *Standards for the NHS Breast Screening Programme* (updated August 1998). Sheffield, England: NHSBSP publication.
12. Commonwealth Department of Human Services and Health. *National program for the early detection of breast cancer: national accreditation requirements*. Canberra, Australia: Commonwealth Department of Human Services and Health, March 1994.
13. Beauvais JE, Pennock J, Levy I. *Quality practices for information and information systems in provincial breast cancer screening programs* (inédit).
14. Gaudette LA, Altmayer CA, Nobrega KMP, Lee J. *Trends in mammography utilization, 1981-1994*. Health Rep 1996;8:17-27.
15. Peeters PHM, Verbeek ACM, Hendriks JHCL, Holland R, Mervuriac M, Vooijs GP. *The occurrence of interval cancers in the Nijmegen screening programme*. Br J Cancer 1989;59:923-932.

ANNEXE 1

Sous-comité de gestion de la base de données

Présidente

D^{re} Verna Mai
Division of Preventive Oncology
Action Cancer Ontario
620 University Avenue
Toronto (Ontario) M5G 2L7

D^r André Corriveau
Department of Health and Social Services
Government of the NWT
5022-49th Street, 6th Floor
Centre Square Tower
P.O. Box 1320
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9

D^r William Cunningham
Yukon Mammography Program
406 Lambert Street
Whitehorse (Yukon) Y1A 1Z7

D^r Ivo Olivotto
Screening Mammography Program of British
Columbia
600 West 10th Avenue
Vancouver (C.-B.) V5Z 4E6

D^{re} Heather Bryant
Alberta Cancer Board
c/o Room 382
Heritage Medical Research Building
3330 Hospital Drive N.W.
Calgary (Alberta) T2N 4N1

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

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

M^{me} Nicole Lefebvre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Service de la prévention en santé
1075, chemin Ste-Foy, 3^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

M^{me} Stephanie Smith
Ministère de la Santé et des Services
communautaires
520 King Street, 2nd Floor
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8

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

D^{re} Kim Hender
Queen Elizabeth Hospital
Department of Diagnostic Imaging
P.O. Box 6600
Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 8T5

M^{me} Regina Sullivan
Breast Screening Program
Community Health
St. John s Region
P.O. Box 13122, Station A
20 Cordage Place
St John s (Terre-Neuve) A1B 4A4

D^{re} Françoise Bouchard
Division de la surveillance et de l'évaluation de la
lutte contre le cancer
Bureau du cancer
Laboratoire de lutte contre la maladie
Immeuble LLCM, Pré Tunney
A.L. 0602E2
Ottawa (Ontario) K1A 0L2

M^{me} Judy Snider
Division de la surveillance et de l'évaluation de la
lutte contre le cancer
Bureau du cancer
Laboratoire de lutte contre la maladie
Immeuble LLCM, Pré Tunney
A.L. 0602E2
Ottawa (Ontario) K1A 0L2

M^{me} Dana Paquette
Division de la surveillance et de l'évaluation de la
lutte contre le cancer
Bureau du cancer
Laboratoire de lutte contre la maladie
Immeuble LLCM, Pré Tunney
A.L. 0602E2
Ottawa (Ontario) K1A 0L2

Sous-comité technique

M^{me} Lona Heinzig
Department of Health and Social Services
Government of the NWT
5022-49th Street, 6th Floor
Centre Square Tower
P.O. Box 1320
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest) X1A 2L9

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

M^{me} Lisa Kan
Screening Mammography Program of British
Columbia
Suite 414, 750 West Broadway
Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 1E2

M^{me} Zeva Mah
Alberta Program for the Early Detection of Breast
Cancer
Suite 120, 1040 7th Avenue SW
Calgary (Alberta) T2P 3G9

M. Jon Tonita
Saskatchewan Cancer Agency
4101 Dewdney Ave
Regina (Saskatchewan) S4T 7T1

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

M^{me} Veronika Moravan
Programme ontarien de dépistage du cancer du
sein
Action Cancer Ontario
620 University Avenue
Toronto (Ontario) M5G 2L7

D^{re} Diane Major
Service provincial de dépistage
5636, des Aulnaies
Lévis (Québec) G6V 5B4

M. Chris Heissner
Service provincial d'épidémiologie
Division de la santé publique et des services
sociaux
Ministère de la Santé et des Services
communautaires
520 King Street, 2nd Floor
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8

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

M^{me} Norah Smith
PEI Breast Screening Clinic
Queen Elizabeth Hospital
Department of Diagnostic Imaging
P.O. Box 6600
Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 8T5

M. Greg Doyle
Newfoundland Breast Screening Program
20 Cordage Place
St John's (Terre-Neuve) A1B 4A4

M^{me} Judy Snider
Division de la surveillance et de l'évaluation de la
lutte contre le cancer
Bureau du cancer
Laboratoire de lutte contre la maladie
Immeuble LLCM, Pré Tunney
A.L. 0602E2
Ottawa (Ontario) K1A 0L2

M^{me} Dana Paquette
Division de la surveillance et de l'évaluation de la
lutte contre le cancer
Bureau du cancer
Laboratoire de lutte contre la maladie
Immeuble LLCM, Pré Tunney
A.L. 0602E2
Ottawa (Ontario) K1A 0L2

M. Alex Madramootoo
Division de la gestion de l'information
Bureau de la surveillance global et de
l'épidémiologie d'intervention
Laboratoire de lutte contre la maladie
Immeuble LLCM, Pré Tunney
A.L. 0602C
Ottawa (Ontario) K1A 0L2