

Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada

RAPPORT SUR LA PERFORMANCE DES PROGRAMMES EN 2007 ET EN 2008



Alberta Breast Cancer
Screening Program



BC Cancer Agency

CARE + RESEARCH

An agency of the Provincial Health Services Authority

Screening Mammography Program



Breast Screening Program
Programme de dépistage du cancer du sein

Government
of Nunavut

MANITOBA
BREAST SCREENING
PROGRAM



PROGRAMME
MANITOBAIN DE
DÉPISTAGE DU
CANCER DU SEIN

New Brunswick



NOVA SCOTIA
BREAST SCREENING
PROGRAM



ontario breast
screening program
a cancer care ontario program



PROGRAMME
QUÉBÉCOIS
DE DÉPISTAGE
DU CANCER
DU SEIN

SCREENING
PROGRAM
FOR BREAST
CANCER
A PROGRAM OF THE SASKATCHEWAN
CANCER FOUNDATION



Yukon
Mammography
Program

PARTENARIAT CANADIEN
CONTRE LE CANCER



CANADIAN PARTNERSHIP
AGAINST CANCER

Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada

RAPPORT SUR LA PERFORMANCE DES PROGRAMMES
EN 2007 ET EN 2008

**PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE
AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS, À L'INNOVATION ET AUX
INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.**

— Agence de la santé publique du Canada

Citation suggérée : Partenariat canadien contre le cancer.
Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada
rapport sur la performance des programmes en 2007 et en 2008.
Toronto: Partenariat canadien contre le cancer; 2013.

Le Partenariat canadien contre le cancer souhaite souligner
la contribution de l'Agence de la santé publique du Canada
à la préparation de ce rapport.

Remerciements

Nous remercions les personnes ou groupes suivants de leur contribution :

Rédaction

- Le Comité de rédaction du présent rapport, qui est composé des personnes suivantes : Riaz Alvi (Agence de lutte contre le cancer de la Saskatchewan), Judy Caines (Programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse), Christina Chu (Agence de lutte contre le cancer de la Colombie-Britannique), Kathleen Decker (Action cancer Manitoba), Gregory Doyle (Programme de dépistage du cancer du sein de Terre Neuve-et-Labrador), Song Gao (Programme de dépistage du cancer du sein de l'Alberta), André Langlois (Programme québécois de dépistage du cancer du sein), Rene Shumak (Programme ontarien de dépistage du cancer du sein) et Bin Zhang (Programme de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick).
- Les programmes organisés de dépistage du cancer du sein provinciaux et territoriaux qui contribuent à la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein du Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada (annexe A).
- Le Comité de gestion de la base de données de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS) (annexe B).
- Le sous-comité de soutien technique de la base de données de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS) (annexe C).
- André Langlois pour la révision de la version française.

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

- Heather Limburg, Lisa Pogany (présidente du Comité de rédaction), Agata Stankiewicz, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques.

La production du présent document a été rendue possible grâce à l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS).

À l'occasion de leur retraite, le Comité national chargé de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS) tient à remercier les D^{res} Rene Shumak et Diane Major pour leur importante contribution à l'initiative pendant de nombreuses années.

La D^{re} Shumak, qui a été radiologiste en chef du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein, a présidé le Comité de gestion de la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein pendant plus de six ans. Elle a également siégé à divers sous comités et groupes de travail de l'ICDCS durant cette période.

La D^{re} Diane Major, chercheuse dans le domaine de la santé de la population à l'Institut national de santé publique du Québec, a présidé le Groupe de travail sur les déterminants de la qualité de l'ICDCS pendant plus de dix ans. Elle a également siégé à divers sous comités et groupes de travail de l'ICDCS durant cette période.

Toutes deux ont consacré leurs efforts à l'avancement du dépistage du cancer du sein dans la population. Elles ont reconnu l'importance de mettre sur pied des programmes d'assurance de la qualité et d'élaborer des indicateurs de performance pour surveiller, évaluer et, en définitive, améliorer la qualité du dépistage dans le cadre d'un programme.

Le Comité national remercie les D^{res} Shumak et Major pour leur importante contribution à l'initiative, ainsi que les femmes du Canada. Nous les remercions pour leurs nombreuses années de loyaux services et leur souhaitons tout le succès possible dans leurs nouvelles entreprises.

Table des matières

Remerciements	i	Sujet spécial : Tendances dans la performance en matière de dépistage organisé du cancer du sein au Canada	40
Sommaire	2	Méthodes	41
Contexte	4	Taux de participation	42
Introduction	4	Taux de fidélisation	43
Historique du dépistage du cancer du sein au Canada	5	Taux de rappel pour anomalie	44
Programmes organisés de dépistage du cancer du sein	8	Intervalle diagnostique	45
Processus de dépistage	8	Détection du cancer	46
Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein (BDCDCS)	10	Taux de détection de cancers envahissants	46
Utilisation de la BDCDCS à des fins de surveillance et d'évaluation	11	Taux de détection de cancers <i>in situ</i>	47
		Pourcentage de cancers qui sont des carcinomes canaux <i>in situ</i>	48
Résultats de 2007 et de 2008	14	Caractéristiques du cancer	49
Participation aux programmes organisés de dépistage du cancer du sein	14	Taille des tumeurs envahissantes détectées au dépistage	49
Taux de participation	14	Proportion de cancers envahissants sans atteinte ganglionnaire détectés au dépistage	50
Taux de fidélisation	20	Résumé et conclusion	51
Taux annuel de dépistage	21	Annexes	
Résultats des programmes organisés de dépistage du cancer du sein	22	Annexe A : Contributions aux programmes organisés de dépistage du cancer du sein	52
Taux de rappel pour anomalie	22	Annexe B : Comité de gestion de la base de données de l'ICDCS	53
Valeur prédictive positive	24	Annexe C : Sous-comité de soutien technique de la base de données de l'ICDCS	55
Processus de diagnostic utilisé par les programmes organisés de dépistage du cancer du sein	25	Annexe D : Glossaire	57
Intervalle diagnostique	25	Annexe E : Sujet spécial – Indicateurs d'évaluation par période et par programme, femmes de 50 à 69 ans	59
Résultats de biopsie indiquant la non-malignité	25	Bibliographie	66
Détection du cancer par les programmes organisés de dépistage du cancer du sein	27		
Taux de détection de cancers <i>in situ</i>	28		
Taux de détection de cancers envahissants	28		
Taille de la tumeur envahissante et taux d'incidence de cancers envahissants sans atteinte ganglionnaire	28		
Cancers envahissants détectés après le dépistage	29		
Sensibilité du programme de mammographie de dépistage	29		

Sommaire

Le cancer du sein est le type de cancer le plus fréquent et la deuxième cause de mortalité par cancer chez les Canadiennes. Nous estimons que le Canada connaîtra en 2012 22 700 nouveaux cas de cancer du sein et 5 100 décès. L'incidence du cancer du sein a constamment augmenté à partir de 1980 et jusqu'au début des années 1990, et elle semble relativement stable à l'heure actuelle, se situant à 98 cas pour 100 000 femmes.³ En outre, la mortalité attribuable au cancer du sein continue de diminuer et se situe à environ 40 % sous son niveau le plus haut, atteint en 1986.³ Bien que le cancer du sein puisse survenir chez les femmes de tous âges, environ la moitié des nouveaux cas apparaît chez les femmes âgées de 50 à 69 ans.³ La détection précoce, grâce à des programmes organisés de dépistage, combinée à un traitement efficace, demeure le meilleur outil disponible pour continuer à réduire la mortalité par cancer du sein chez les femmes de ce groupe d'âge.³

La surveillance et l'évaluation des programmes organisés de dépistage du cancer du sein permettent d'apprécier leurs conséquences 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 vise à nous assurer que les Canadiennes ont accès à des services de dépistage de grande qualité. Le présent rapport se veut une évaluation de la performance des programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada pour les années civiles 2007 et 2008. Les données proviennent de la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein et ont été fournies par dix provinces et un territoire.

Le rapport présente plusieurs mesures nouvelles ou modifiées concernant la performance du dépistage du cancer du sein : proportion de femmes ayant subi un test de dépistage; sensibilité du programme de mammographie de dépistage; biopsie indiquant la non-malignité; description plus complète des intervalles diagnostiques. Ces mesures nous aideront à mieux comprendre de quelle manière le dépistage organisé du

cancer du sein au Canada porte fruit. Les résultats indiquent que la plupart des Canadiennes subissent des tests de dépistage tous les deux ans. Toutefois, la majorité des femmes de 40 à 49 ans qui subissent l'un de ces tests ont plutôt tendance à le faire une fois par année (60,3 % pour un dépistage initial et 75,9 % pour un dépistage subséquent). L'efficacité des programmes de mammographie de dépistage augmente parallèlement à l'âge des femmes, ce qui est corroboré par les faibles taux de rappel pour anomalie et les taux élevés de détection de cancer observés chez les femmes âgées. Enfin, les taux de biopsie (par forage ou chirurgicale ouverte) sont plus élevés chez les femmes plus jeunes (de 40 à 49 ans) que chez les femmes plus âgées (de 70 ans et plus). De plus, les taux de biopsie sont plus élevés chez les femmes qui subissent leur première mammographie de dépistage dans le cadre d'un programme organisé que chez celles qui ont déjà subi une mammographie de dépistage (18,3 % et 7,2 % respectivement). Aussi, le pourcentage des biopsies effractives (biopsie chirurgicale ouverte) varie selon les programmes, mais en général, il est plus faible chez les femmes plus âgées, et il a baissé de façon importante au fil du temps, passant de 24,5 % (2004) à 15,0 % (2008) chez les femmes ayant subi un dépistage initial et de 29,4 % (2004) à 17,9 % (2008) chez celles ayant subi un dépistage subséquent.

Le présent rapport porte plus particulièrement sur la performance des programmes organisés de dépistage du cancer du sein au cours des dix dernières années. De façon générale, la performance est remarquablement constante au fil des ans. La participation a augmenté de manière graduelle, mais n'a pas atteint l'objectif de 70 %. Le temps requis pour effectuer un bilan diagnostique est stable et se situe bien en deçà des objectifs; chez moins de 80 % des femmes ne nécessitant pas de biopsie, la résolution s'effectue en moins de cinq semaines, et chez moins de 50 % des femmes nécessitant une biopsie, en moins de sept semaines. Pour ce qui est des cancers détectés par dépistage, il y a peu de variations quant à la taille des tumeurs ou à l'atteinte des ganglions lymphatiques. Les

objectifs sont atteints pour les deux mesures en ce qui a trait à la détection de tumeurs de plus petite taille (≤ 15 mm) et de cancers à des stades moins avancés (sans atteinte ganglionnaire).

Au cours des années à venir, les programmes organisés de dépistage du cancer du sein continueront à offrir leurs services aux Canadiennes. Leur but est de réduire la mortalité et la morbidité associées au cancer du sein, tout en atténuant les effets indésirables liés au dépistage, grâce à l'évaluation des programmes, à la recherche et à l'adaptation continue de leurs politiques au fur et à mesure que de nouvelles données probantes et technologies deviennent disponibles. L'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS), qui donne son appui à la production du présent rapport, offre une tribune permettant le partage d'information en vue de relever les défis auxquels font face les programmes de dépistage. L'information contenue dans le présent 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 d'autres intervenants en matière de cancer du sein afin d'améliorer la performance des programmes de dépistage dans l'ensemble du Canada.

Contexte

Introduction

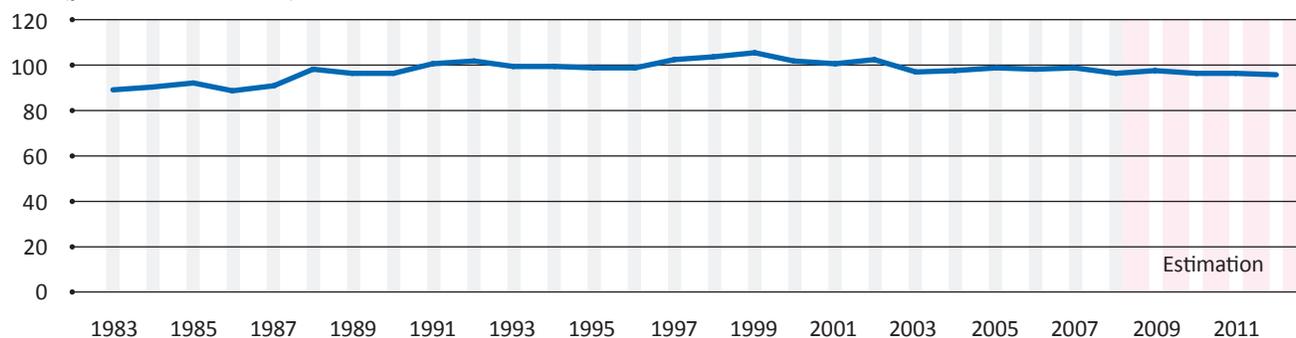
En 2012, quelque 22 700 femmes apprendront qu'elles sont atteintes d'un cancer du sein et 5 100 femmes en décèderont.³ Ainsi, le cancer du sein demeure le type de cancer le plus fréquent^a et la deuxième cause de mortalité^b par cancer chez les Canadiennes.³ L'incidence du cancer du sein a constamment augmenté à partir des

années 1980 et le début des années 1990, et à l'heure actuelle, il semble relativement stable à environ 98 cas pour 100 000 femmes (figure 1a).³ De plus, le taux de mortalité attribuable au cancer du sein continue de chuter et se situe actuellement à près de 40 % sous le taux le plus élevé jamais atteint, observé en 1986 (figure 1b, p. 5).³

FIGURE 1A

Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) pour 100 000 femmes pour le cancer du sein au Canada, 1983–2012

TINA (pour 100 000 femmes)



Notes

1. Les taux d'incidence sont estimatifs pour 2009–2012 (toutes les provinces) et 2008–2012 (Québec). Les estimations sont fondées sur des tendances à long terme et pourraient ne pas refléter les changements survenus récemment.
2. Les taux sont normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population de 1991.

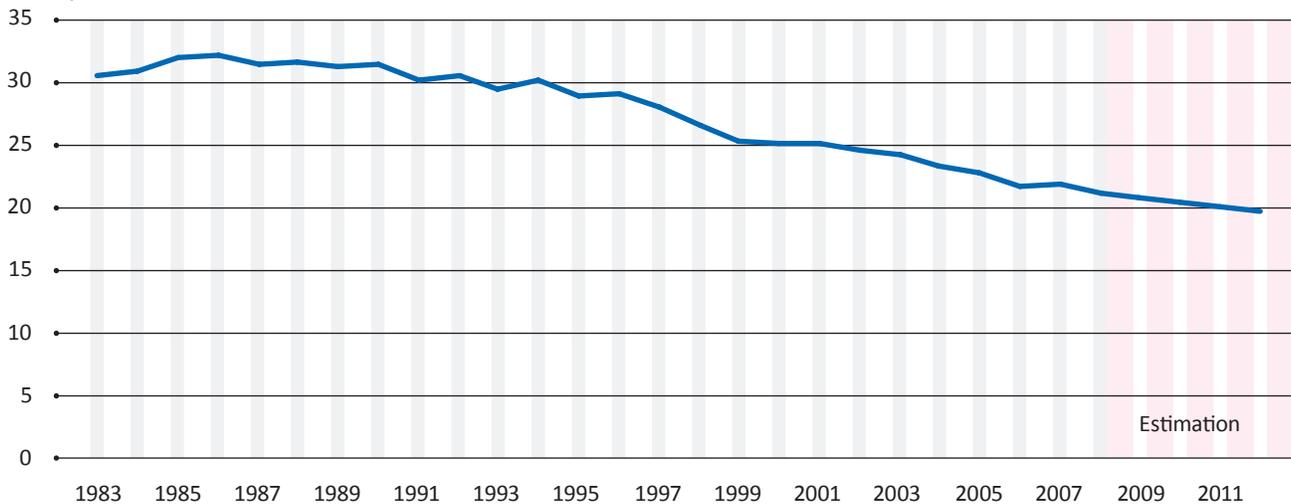
Source : Comité directeur des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer. 2012. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2012*. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer.

a) L'incidence des cancers de la peau non mélaniques dépasse celle des cancers du sein au Canada. Cependant, les taux de ces cancers ne sont en général pas rapportés en raison de la difficulté à en estimer l'incidence réelle.
 b) Le nombre de décès par cancers du poumon dépasse celui par cancers du sein chez les Canadiennes; il est estimé qu'il atteindra 9 400 décès en 2012.³

FIGURE 1B

Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour 100 000 femmes pour le cancer du sein au Canada, 1983–2012

TMNA (pour 100 000 femmes)



Notes

1. Les taux de mortalité sont estimatifs pour 2008–2012 (ensemble des provinces et territoires). Les estimations sont fondées sur des tendances à long terme et pourraient ne pas refléter les changements survenus récemment.
2. Les taux sont normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population de 1991.

Source : Comité directeur des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer, 2012. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2012*. Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer.

La détection précoce du cancer du sein, grâce à des programmes organisés de mammographie de dépistage, constitue une méthode efficace pour réduire la mortalité et la morbidité attribuables au cancer du sein.⁹ Ceci est en partie dû au fait que la prévention primaire est limitée : la plupart des facteurs de risque connus ne peuvent être modifiés facilement.

Parmi les facteurs de risque connus, l'âge est celui qui a la plus grande influence sur l'incidence du cancer du sein : en effet, environ la moitié de tous les nouveaux cas sont

recensés chez des femmes âgées de 50 à 69 ans.³

La modélisation a démontré que la prestation de programmes de haute qualité en matière de dépistage à l'égard de ce groupe d'âge peut réduire le nombre de décès attribuables au cancer du sein de près d'un tiers.⁹ Conséquemment, les provinces et les territoires canadiens ciblent ce groupe d'âge pour la prestation de services de dépistage. Bon nombre de provinces et de territoires offrent également leurs services de dépistage aux femmes appartenant à d'autres groupes d'âge, mais de façon moins ciblée.

Historique du dépistage du cancer du sein au Canada

C'est en décembre 1992 que le gouvernement fédéral a lancé la première phase de l'Initiative sur le cancer du sein, à laquelle il a attribué un budget de 25 millions de dollars sur cinq ans, et qu'il a inscrit l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS) à la liste de

ses priorités. Le gouvernement fédéral a par la suite continué à allouer des fonds à l'ICDCS, d'abord par l'intermédiaire de Santé Canada et à l'heure actuelle par l'entremise de l'Agence de la santé publique du Canada.

TABLEAU 1

Programmes de dépistage du cancer du sein au Canada^a – pratiques usuelles, années de dépistage 2007 et 2008

Province/ territoire	Début du programme	Examen clinique des seins sur les lieux	Pratiques relatives au programme pour les femmes âgées de 30 ans et plus, ainsi que mammographie aux deux ans pour les femmes âgées de 50 à 69 ans		
			Groupe d'âge	Acceptation ^b	Rappel
Territoires du Nord-Ouest	2003	Non	30–39	Non	S.O.
			40–49	Oui	Annuel
			70 +	Oui	Aux deux ans
Yukon	1990	Non	30–39	Non	S.O.
			40–49	Oui	Aucun
			70 +	Oui	Aux deux ans
Colombie- Britannique	1988	Non	30–39	Acceptation sur recommandation d'un médecin	Aucun
			40–49	Oui	Annuel
			70–79	Oui	Aux deux ans
			80 +	Acceptation sur recommandation d'un médecin	Aucun
Alberta	1990	Non	30–39	Non	S.O.
			40–49	Oui	Annuel
			70–74	Oui	Aux deux ans
			75 +	Oui	Aucun
Saskatchewan	1990	Non	30–39	Non	S.O.
			40–49	Non ^c	S.O.
			70–74	Oui	Aux deux ans ^d
			75 +	Oui	Aucun
Manitoba	1995	Non	30–39	Non	S.O.
			40–49	Acceptation à l'unité mobile sur recommandation d'un médecin	Aux deux ans
			70 + ^e	Acceptation à l'unité mobile sur recommandation d'un médecin	Aucun
Ontario	1990	Oui ^f	30–49	Acceptation des femmes à risque élevé qui remplissent les critères d'admissibilité, sur recommandation d'un médecin ^g	Annuel
			70–74	Oui	Aux deux ans
			75 +	Oui	Aucun

Province/ territoire	Début du programme	Examen clinique des seins sur les lieux	Pratiques relatives au programme pour les femmes âgées de 30 ans et plus, ainsi que mammographie aux deux ans pour les femmes âgées de 50 à 69 ans		
			Groupe d'âge	Acceptation ^b	Rappel
Québec	1998	Non	30–34	Non	S.O.
			35–49	Acceptation sur recommandation d'un médecin ^h	Aucun
			70 +	Acceptation sur recommandation d'un médecin ^h	Aucun
Nouveau- Brunswick	1995	Non	30–39	Non	S.O.
			40–49	Acceptation sur recommandation d'un médecin	Aucun
			70 +	Acceptation sur recommandation d'un médecin	Aucun
Nouvelle- Écosse	1991	Oui ⁱ	30–39	Non	S.O.
			40–49	Oui	Annuel
			70 +	Oui	Aucun
Île-du-Prince- Édouard	1998	Non	30–39	Acceptation des femmes à risque élevé qui remplissent les critères d'admissibilité, sur recommandation d'un médecin ^j	
			40–49	Oui	Annuel
			70–74	Oui	Aux deux ans
			75 +	Non	S.O.
Terre-Neuve- et-Labrador	1996	Oui ^k	30–49	Non	S.O.
			70 +	Acceptation des femmes ayant déjà participé au programme	Aucun

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

b Acceptation des femmes au programme sans recommandation ou sur recommandation d'un médecin, mais pas d'envoi de lettres d'invitation initiales.

c Acceptation des femmes âgées de 49 ans à l'unité mobile si elles auront 50 ans au cours de l'année civile.

d Si les femmes ont déjà participé au programme.

e Depuis 2009, les femmes de 70 à 74 ans sont rappelées tous les deux ans et les femmes de 75 ans et plus sont acceptées pour le dépistage, mais ne sont pas rappelées.

f Un membre du personnel infirmier réalise l'examen clinique des seins dans 47,1 % des unités.

g Femmes à risque élevé âgées de 30 à 49 ans et acceptées en date de juillet 2011. Les femmes sont considérées comme étant à risque élevé si elles ont : a) une mutation génétique confirmée qui fait accroître le risque; b) un parent, un frère, une sœur ou un enfant ayant cette mutation génétique; c) des antécédents familiaux et ≥ 25 % de risque à vie confirmé au moyen d'une évaluation génétique; ou d) reçu une radiothérapie thoracique avant l'âge de 30 ans et il y a de cela au moins 8 ans.

h Acceptation des femmes sur recommandation d'un médecin si l'examen est effectué à un centre de dépistage dans le cadre du programme, mais cet examen n'est pas officiellement pris en compte dans le programme.

i Examen modifié seulement, réalisé par un technologue au moment de la mammographie.

j Les femmes âgées de 30 à 39 ans sont acceptées si leur mère a reçu un diagnostic de cancer lorsqu'elle avait, à ce moment-là, au plus 10 ans de plus que leur fille actuellement.

k Membre du personnel infirmier.

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, p. 6). Des programmes existent désormais dans toutes les provinces, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest. À ce jour, le Nunavut n'a pas encore mis en place de programme organisé de mammographie de dépistage, mais offre des services de dépistage opportuniste aux femmes lorsque cela s'avère nécessaire.

Tous les programmes organisés proposent aux femmes âgées de 50 à 69 ans qui n'ont jamais eu de diagnostic de cancer du sein, une mammographie bilatérale de

dépistage effectuée tous les deux ans. Certains programmes acceptent également des femmes qui ne font pas partie du groupe d'âge ciblé (tableau 1, p. 6) et d'autres offrent un dépistage selon des intervalles plus fréquents pour diverses raisons. En 2007 et en 2008, plusieurs programmes proposaient un examen clinique des seins effectué par une infirmière ou une technologue, mais la plupart des programmes ont abandonné ce service suite à l'absence de données scientifiques probantes sur l'efficacité de cette pratique.¹ Enfin, certains programmes incluent les survivantes d'un cancer du sein; ces dernières ne sont toutefois pas incluses dans le présent rapport.

Processus de dépistage

Les programmes organisés de dépistage du cancer du sein offrent une mammographie de dépistage aux femmes asymptomatiques. Au Canada, le processus de dépistage comporte habituellement quatre étapes :

- Identification de la population cible et invitation à participer;
- Examen de dépistage;
- Examens de suivi en cas d'anomalie détectée lors de l'examen de dépistage;
- Rappel après un épisode de dépistage dont les résultats sont normaux ou indiquent la non-malignité.

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

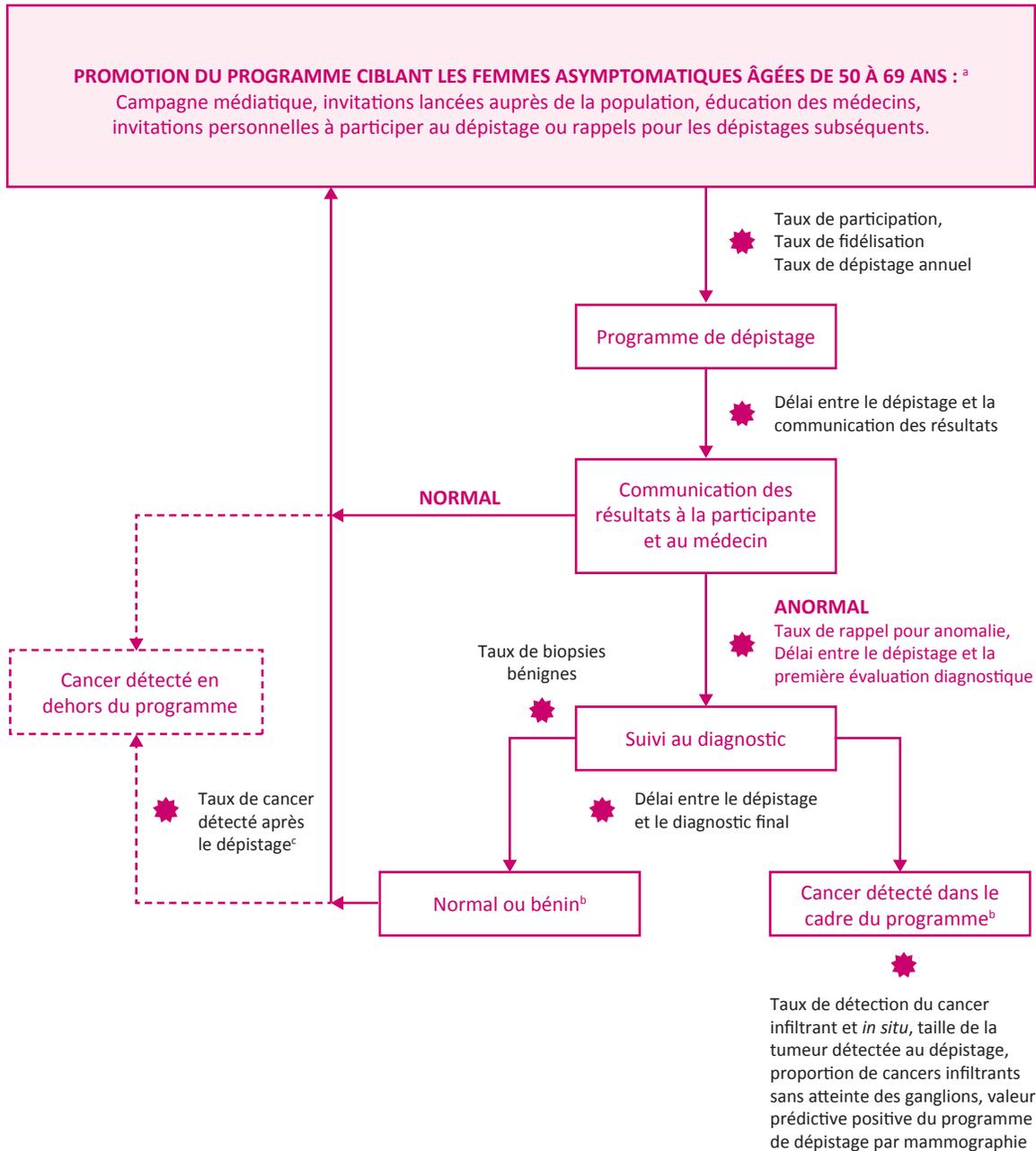
Les mammographies de dépistage peuvent se faire dans certains établissements fixes ou dans des unités mobiles. Les établissements fixes se trouvent dans les zones urbaines alors que les unités mobiles desservent habituellement les communautés rurales et les régions éloignées. Depuis peu, certaines unités mobiles sont utilisées en complément aux établissements fixes.

La femme et son fournisseur de soins de santé primaires reçoivent tous les deux les résultats du test de dépistage. En général, les femmes qui obtiennent un résultat normal seront invitées par lettre à se présenter pour un dépistage subséquent, habituellement effectué 24 mois plus tard. Et encouragées à consulter leur médecin si des symptômes apparaissent avant leur prochain examen de dépistage. Certaines femmes font l'objet d'un rappel après 12 mois en raison de leur âge, de leur densité mammaire, de leurs antécédents familiaux ou des résultats de leur mammographie. À la réception de résultats normaux, les femmes sont encouragées à consulter leur médecin de famille si des symptômes apparaissent avant leur prochain examen de dépistage.

FIGURE 2

Cheminement d'un programme de dépistage du cancer du sein

→ Dans le cadre du programme - - - -> À l'extérieur du programme * Indicateur d'évaluation pertinent



a Certaines femmes passent aussi un examen (dépistage opportuniste ou mammographie diagnostique) et reçoivent un diagnostic de cancer, mais pas dans le cadre du programme.
 b Les programmes de dépistage du cancer du sein tirent les données sur les diagnostics définitifs de sources telles que les médecins, les rapports de pathologie et les registres du cancer.
 c Les cas de cancer détectés six mois après un examen de dépistage sont considérés comme des cas de cancer détectés après l'examen de dépistage à l'échelle nationale.

Les femmes ayant obtenu un résultat anormal sont avisées, tout comme leur médecin, que des examens complémentaires sont nécessaires. Selon la région, le suivi diagnostique est coordonné par le médecin ou par voie d'un processus intégré dirigé par le programme de dépistage. Le résultat est définitif lorsqu'un diagnostic histologique de cancer ou la non malignité est posé (figure 2, p. 9).

En plus des méthodes systématiques de suivi dont bénéficient les femmes dans le cadre des programmes organisés de dépistage du cancer du sein, ce type de dépistage offre plusieurs avantages en matière de dépistage opportuniste du cancer du sein. Parmi ces avantages, notons le recrutement dans la population, les rappels automatiques pour les dépistages subséquents, un suivi coordonné des résultats de dépistage anormaux, une assurance de la qualité des examens ainsi que la surveillance et l'évaluation continues des programmes.

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

La BDCDCS permet la surveillance et l'évaluation des programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada par l'entremise de la collecte, de l'analyse et de l'interprétation systématiques des données relatives à la santé. Créée en 1993, la BDCDCS est exploitée et mise 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 provinciaux et territoriaux qui y participent demeurent propriétaires de leurs données contenues dans la BDCDCS nationale.

La BDCDCS contient des données sur le dépistage du cancer du sein depuis la création de tous les programmes organisés jusqu'à décembre 2006. Pour le moment, le Yukon ne soumet pas de données à la BDCDCS et n'en fait donc pas partie. Pour chaque épisode de dépistage, des données sont recueillies concernant les caractéristiques démographiques des patientes, les facteurs de risque, les examens de dépistage et leurs résultats, l'orientation des investigations subséquentes, les examens complémentaires et leurs résultats ainsi que les caractéristiques du cancer.

En plus de permettre la surveillance et l'évaluation de la performance des programmes organisés, la BDCDCS est actuellement utilisée pour réaliser des travaux de recherche appliquée liés au dépistage. Les priorités de recherche sont déterminées sur une base continue. La BDCDCS est mise à la disposition des chercheurs approuvés ne faisant pas partie de l'ICDCS. Les responsables de la BDCDCS se sont engagés à assurer la confidentialité des données fournies. Toutes les données sont dépersonnalisées et envoyées de façon sécurisée par les programmes de dépistage participant à l'Agence de la santé publique du Canada. De plus, la BDCDCS est hébergée conformément aux normes de sécurité établies par l'Agence de la santé publique du Canada : bien que la province ou le territoire possédant un programme de dépistage organisé contribue à cette base de données, chaque province ou territoire conserve la propriété de ses propres données et possède des droits illimités sur ces dernières.

Utilisation de la BDCDCS à des fins de surveillance et d'évaluation

Les initiatives de surveillance et d'évaluation des programmes organisés de dépistage du cancer du sein sont essentielles pour que les Canadiennes bénéficient de services de dépistage de qualité, qui permettront de réduire la mortalité et la morbidité attribuables au cancer du sein, tout en minimisant les effets indésirables du dépistage. Les résultats de ces initiatives faisant appel à la BDCDCS permettent d'améliorer et de maintenir la performance des programmes de dépistage partout au Canada.

Nous avons mis en place des méthodes normalisées d'évaluation qui nous permettent d'effectuer une évaluation équitable des programmes organisés de dépistage au Canada. Pour obtenir plus d'information à ce sujet, veuillez consulter le plus récent Rapport du Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation^c. Les mesures actuelles d'évaluation des programmes ont été adaptées aux différents contextes et mises à jour depuis le précédent rapport.¹² En général, les indicateurs de performance mesurés pour les femmes âgées de 50 à 69 ans qui sont invitées à participer aux programmes de

dépistage se rapportent aux aspects suivants : recrutement et fidélisation (taux de participation, taux de fidélisation et taux annuel de dépistage); délais entre le dépistage et le diagnostic (intervalle diagnostique); interprétation de la mammographie (taux de rappel pour anomalie, valeur prédictive positive); diagnostic (taux de détection de cancers envahissants et *in situ*, pourcentage de cancers classés comme étant *in situ*, biopsie dont les résultats indiquent la non-malignité); diagnostic de cancer (taille de la tumeur, taux de cancers envahissants sans atteinte ganglionnaire détectés au dépistage et taux de cancers envahissants détectés après le dépistage); performance du programme de dépistage (sensibilité) (tableau 2, p. 12) Bon nombre des indicateurs d'évaluation présentés ici ne fournissent des mesures significatives que lorsqu'elles sont mises en relation les unes avec les autres et examinées dans un contexte plus large. Dans certains cas, l'atteinte des objectifs consiste à obtenir un équilibre plutôt que de travailler constamment à augmenter ou à réduire un taux ou un indicateur en particulier.

c) 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*, 3^e édition (2012), est disponible à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca>.

TABLEAU 2

Indicateurs d'évaluation pour les programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada, femmes âgées de 50 à 69 ans

Indicateur	Définition	Cible
1. Taux de participation	Pourcentage de femmes ayant subi une mammographie de dépistage au cours d'une période de 30 mois en tant que proportion de la population cible.	≥ 70 % de la population cible au cours d'une période de 30 mois.
2. Taux de fidélisation	Pourcentage estimatif de femmes âgées de 50 à 67 ans ayant subi un autre examen de dépistage dans les 30 mois suivant leur examen initial.	≥ 75 % ont subi un autre examen dans les 30 mois suivant l'examen initial; ≥ 90 % ont subi un autre examen dans les 30 mois suivant un examen subséquent.
3. Taux de dépistage annuel	Pourcentage estimatif de femmes âgées de 50 à 68 ans ayant subi un autre examen de dépistage dans les 18 mois suivant leur examen initial.	% de femmes ayant subi un autre examen dans les 18 mois suivant l'examen initial; % de femmes ayant subi un autre examen dans les 18 mois suivant un examen subséquent. (À des fins de surveillance et de suivi seulement.)
4. Taux de rappel pour anomalie	Pourcentage de mammographies considérées comme anormales au moment de l'examen de dépistage dans le cadre du programme.	< 10 % (examen initial); < 5 % (examens subséquents).
5. Taux de détection de cancers envahissants^a	Nombre de cas de cancer envahissant détectés pour 1 000 examens.	> 5 pour 1 000 (examen initial); > 3 pour 1 000 (examens subséquents).
6. Détection de cancers <i>in situ</i>^a	(a) Nombre de cas de carcinome canalaire <i>in situ</i> (CCIS) détectés pour 1 000 examens. (b) Pourcentage de tous les cas de cancer lié au CCIS.	(a) pour 1 000 examens (initiaux); pour 1 000 examens (subséquents); (b) % de biopsies bénignes qui étaient ouvertes (examen initial); % de biopsies bénignes qui étaient ouvertes (examen subséquent); À des fins de surveillance et de suivi seulement.
7. Intervalle diagnostique^a	(a) Temps écoulé entre l'examen de dépistage et la communication des résultats. Pour les cas où une anomalie a été détectée : (b) Temps écoulé entre la détection de l'anomalie et la première évaluation diagnostique. (c) Temps écoulé entre la détection de l'anomalie et le diagnostic définitif.	(a) ≥ 90 % dans un délai de deux semaines; (b) ≥ 90 % dans un délai de trois semaines; (c) ≥ 90 % dans un délai de cinq semaines si aucune biopsie des tissus ^b n'a été effectuée; ≥ 90 % dans un délai de sept semaines si aucune biopsie des tissus ^b n'a été effectuée.

Indicateur	Définition	Cible
8. Valeur prédictive positive du programme de mammographie de dépistage^a	Proportion de cas anormaux ayant fait l'objet d'un suivi complet qui se sont révélés être porteurs d'un cancer du sein (envahissant ou <i>in situ</i>) après le bilan diagnostique.	≥5 % (examen initial); ≥6 % (examens subséquents).
9. Taux de biopsies bénignes^a	(a) Proportion de biopsies ouvertes et de biopsies par forage bénignes pour 1 000 examens (b) % de biopsies bénignes qui étaient ouvertes ^c	(a) pour 1 000 examens (initiaux); pour 1 000 examens (subséquents); (b) % de biopsies bénignes qui étaient ouvertes (examen initial); % de biopsies bénignes qui étaient ouvertes (examen subséquent); À des fins de surveillance et de suivi seulement.
10. Taille de la tumeur cancéreuse envahissante détectée au cours d'un examen de dépistage^a	Pourcentage de cas de cancer envahissant détectés au cours d'un examen où la tumeur a un diamètre de ≤15 mm, selon les meilleures données probantes disponibles : 1) pathologiques; 2) radiologiques; et 3) cliniques.	>50 % des tumeurs envahissantes détectées au cours d'un examen ont un diamètre de ≤15 mm.
11. Proportion de cas de cancer envahissant sans atteinte des ganglions détectés au cours d'un examen de dépistage^a	Proportion de cas de cancer envahissant (détectés au cours d'un examen) sans atteinte des ganglions lymphatiques, selon les données probantes pathologiques.	>70 % des cas de cancer envahissant détectés au cours d'un examen.
12. Taux de détection de cancers envahissants après l'examen de dépistage^{a,d}	Nombre de cas de cancer du sein envahissant constatés après une mammographie (normale ou anomalie bénigne) dans un délai de 0 à <12 mois et de 12 à 24 mois suivant l'examen de dépistage.	< 6 sur 10 000 années-personnes (de 0 à <12 mois); < 2 sur 10 000 années-personnes (de 12 à 24 mois).
13. Sensibilité du programme de mammographie de dépistage^a	Proportion de cas de cancer du sein (envahissant ou CCIS) dont le diagnostic était exact au cours de l'examen de dépistage.	% (examens subséquents). (De 0 à <12 mois) À des fins de surveillance et de suivi seulement.

a Le traitement d'un cas où une anomalie a été détectée est établi à un maximum de six mois après l'examen de dépistage.

b La biopsie des tissus ne comprend pas l'aspiration à l'aiguille.

c 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 de la biopsie par forage a été non concluant avant l'obtention d'un diagnostic définitif par biopsie chirurgicale ouverte.

d Les cas de cancer détectés après l'examen de dépistage comprennent tous les cas de cancer envahissant dont le diagnostic a été établi après un examen où le résultat était normal ou bénin dans un délai de 24 mois (quel que soit l'intervalle recommandé pour l'examen) ou les cas de cancer détectés au cours d'un examen (sur recommandation d'un médecin) dont le diagnostic a été établi plus de six mois plus tard (au-delà de l'« épisode de dépistage normal »).

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* – Troisième édition. Ottawa : Ministère de la Santé, 2012.

Résultats de 2007 et de 2008

Le présent rapport fournit certaines statistiques pour les années civiles 2007 et 2008 à l'aide des données versées à la BDCDCS jusqu'en novembre 2011. Aussi, les résultats qui y sont présentés sont fondés sur la 3^e édition du Rapport du Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation.¹² La saisie des données s'échelonne sur plusieurs mois, ce qui peut avoir des conséquences sur l'intégralité des données de certains programmes. À moins d'indication contraire, les statistiques sommaires tiennent compte des données issues des 10 provinces et des Territoires du Nord-Ouest, et s'appliquent aux femmes âgées de 50 à 69 ans. Ces résultats sont fondés uniquement sur les données provenant des programmes organisés de dépistage du cancer du sein (annexe A) et non sur celles du dépistage opportuniste du cancer du sein.

Participation aux programmes organisés de dépistage du cancer du sein

Taux de participation

Un taux de participation adéquat aux programmes de dépistage est essentiel à la réduction de la mortalité attribuable au cancer du sein dans la population cible. En fonction des principes de dépistage et par extrapolation des résultats d'essais cliniques comparatifs randomisés,

les programmes canadiens visent un taux de participation de 70 %.¹² Les taux de participation présentés ci-après ont été calculés sur une période de 30 mois.

Les taux de participation tiennent compte des 10 provinces et des Territoires du Nord-Ouest. En 2007 et 2008, environ 1,9 million de Canadiennes âgées de 50 à

69 ans (tableau 6, p. 30) et 2,4 millions de femmes de 40 ans et plus⁴ ont subi une mammographie de dépistage dans le cadre d'un programme organisé de dépistage au Canada (tableau 7, p. 34). Un million supplémentaire de femmes (de 50 à 69 ans) ont subi une mammographie de dépistage dans le cadre de programmes organisés en 2009 (tableau 8, p. 37). Depuis la création du premier programme organisé de dépistage en Colombie-Britannique, plus de 12,4 millions de mammographies

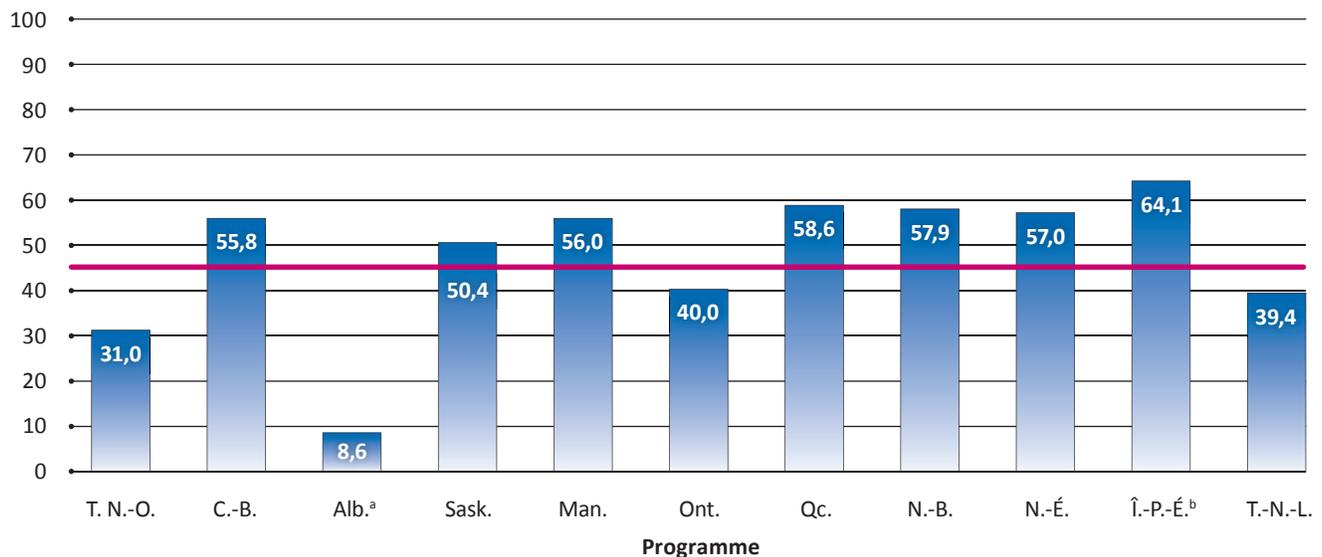
de dépistage ont été effectuées dans le cadre de programmes organisés de dépistage.

Bien que ces chiffres paraissent élevés, le taux de participation visé de 70 % chez les femmes âgées de 50 à 69 ans pour un dépistage tous les deux ans dans le cadre de programmes organisés n'est pas atteint. En 2008, 45,9 % de la population cible ont fait l'objet d'une mammographie dans le cadre d'un programme organisé,

FIGURE 3A

Participation à un programme organisé de dépistage du cancer du sein au cours d'une période de 30 mois, femmes âgées de 50 à 69 ans (2008)

Taux de participation (%)



a Les données relatives à l'Alberta ont été recueillies dans le cadre de l'Alberta Screen Test Program seulement. Il s'agit d'un programme organisé dans le cadre duquel on effectue environ de 10 à 12 % des mammographies de dépistage dans la province. Un programme provincial de dépistage du cancer du sein a été mis en œuvre en mars 2007.

b Les renseignements relatifs à l'Île-du-Prince-Édouard sont fondés sur des données ne figurant pas dans la BDCDCS et pourraient différer de ceux de rapports antérieurs.

Notes

1. Les estimations de la population (dénominateur) sont rajustées pour exclure les cas prévalents de cancer du sein envahissant.
2. Le taux de participation national de 45,9 % est indiqué au moyen de la barre horizontale.
3. La période de 30 mois au cours de laquelle on a effectué les examens s'étend du 1^{er} juillet 2006 au 31 décembre 2008.

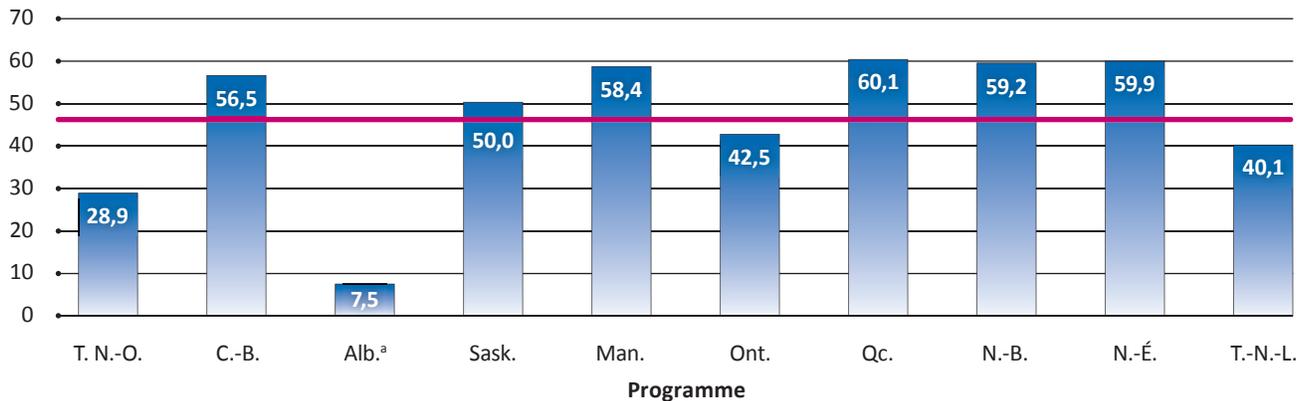
Source : Les données tirées du recensement de Statistique Canada estimées pour le 31 décembre 2008 sont utilisées pour les valeurs du dénominateur. Les cas prévalents de cancer du sein ont été exclus du dénominateur : Nombre de femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein envahissant en date du 1^{er} janvier 2008 ou de CCIS de 1992 à 2007, par province (à l'exclusion du Québec) et groupe d'âge. Selon le dossier de juillet 2011 du Registre canadien du cancer établi au moyen des règles relatives au cancer primitif multiple du CIRC (Statistique Canada). Le nombre de cas au Québec est estimé selon la moyenne canadienne.

d) Il s'agit d'une sous-estimation, car certains programmes ne versent pas les données relatives aux femmes âgées de moins de 50 ans et de plus de 69 ans dans la BDCDCS.

FIGURE 3B

Participation à un programme organisé de dépistage du cancer du sein au cours d'une période de 30 mois, femmes âgées de 50 à 69 ans (2009)

Taux de participation (%)



a Les données relatives à l'Alberta ont été recueillies dans le cadre de l'Alberta Screen Test Program seulement. Il s'agit d'un programme organisé dans le cadre duquel on effectue environ de 10 à 12 % des mammographies de dépistage dans la province. Un programme provincial de dépistage du cancer du sein a été mis en œuvre en mars 2007.

Notes

1. Les estimations de la population (dénominateur) sont rajustées pour exclure les cas prévalents de cancer du sein.
2. Le taux de participation national de 47,3 % est indiqué au moyen de la barre horizontale.
3. La période de 30 mois au cours de laquelle on a effectué les examens s'étend du 1^{er} juillet 2007 au 31 décembre 2009.
4. Les données relatives à l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas incluses dans l'analyse, car elles n'étaient pas disponibles.

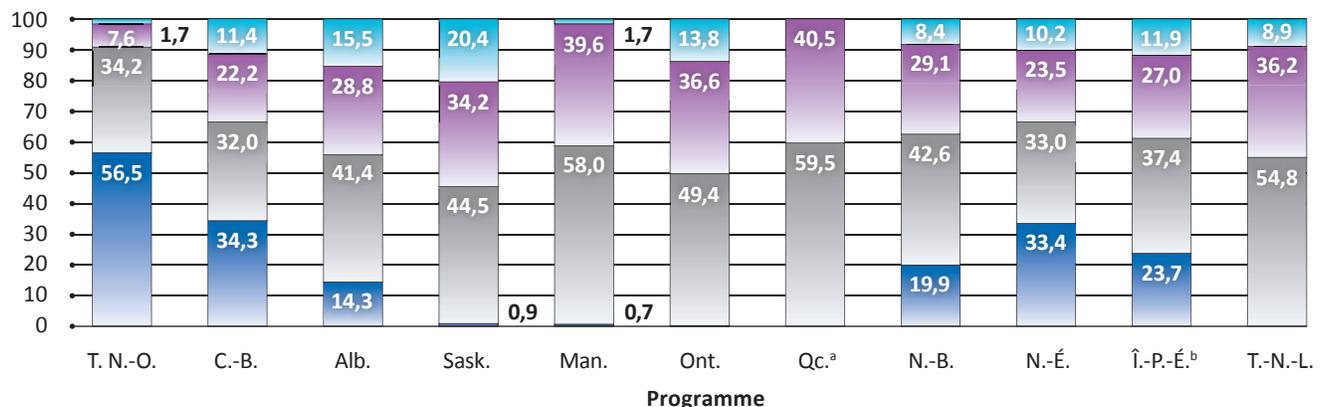
Source : Les données tirées du recensement de Statistique Canada estimées pour le 31 décembre 2009 sont utilisées pour les valeurs du dénominateur. Les cas prévalents de cancer du sein ont été exclus du dénominateur : Nombre de femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein envahissant en date du 1^{er} janvier 2008 ou de CCIS de 1992 à 2007, par province (à l'exclusion du Québec) et groupe d'âge. Selon le dossier de juillet 2011 du Registre canadien du cancer établi au moyen des règles relatives au cancer primitif multiple du CIRC (Statistique Canada). Le nombre de cas au Québec est estimé selon la moyenne canadienne.

FIGURE 4

Répartition de l'âge des participantes du programme de dépistage du cancer par province, années de dépistage 2007 et 2008

Répartition de l'âge (%)

■ Groupe d'âge 40-49 ■ Groupe d'âge 50-59 ■ Groupe d'âge 60-69 ■ Groupe d'âge 70 +



a Bien que le Québec accepte les femmes âgées de 35 à 49 ans et de 70 ans et plus sur recommandation d'un médecin, celles-ci ne sont pas officiellement prises en compte dans le cadre du programme et ne sont donc pas incluses dans le tableau.

b Les renseignements relatifs à l'Île-du-Prince-Édouard sont fondés sur des données ne figurant pas dans la BDCDCS et pourraient différer de ceux de rapports antérieurs.

Programme de dépistage du cancer du sein de l'Alberta

Le Programme de dépistage du cancer du sein de l'Alberta (ABCSP) a vu le jour en 2008 dans le but d'établir à l'échelle de la province un programme organisé de dépistage du cancer du sein. Il est coordonné par les programmes de dépistage du cancer des Services de santé de l'Alberta en collaboration avec la société des radiologistes de l'Alberta. L'ABCSP permet aux femmes admissibles de subir des mammographies de dépistage sur une base régulière ainsi que des tests de suivi en temps opportun dans le cadre d'un programme de grande qualité axé sur la population. Auparavant, le programme de tests de dépistage de l'Alberta ne fournissait du dépistage organisé qu'à une petite proportion de la population de la province, la majorité des Albertaines n'ayant accès qu'à du dépistage opportuniste. La transition vers le dépistage organisé à l'échelle de la province grâce à l'ABCSP permettra de fournir des données plus complètes dans la prochaine édition du présent rapport.

La mise en œuvre de l'ABCSP permettra d'offrir aux femmes de l'Alberta des services de dépistage organisé du cancer du sein, notamment les suivants :

- sensibilisation et information cohérente et exacte;
- correspondance directe, dont lettres d'invitation et lettres de communication des résultats;

sur une période de 30 mois. Le taux de participation varie d'un programme à l'autre, allant de 8,6 % à 64,1 % sur 30 mois (figure 3a, p. 15). En 2009, ce taux a augmenté pour atteindre 47,3 % des femmes de 50 à 69 ans et varie de 7,5 % à 60,1 % entre les programmes organisés (figure 3b, p. 16).

Le taux de participation chez les femmes âgées de 50 à 69 ans est influencé par la proportion de femmes

- envoi de rappels concernant les prochains tests de dépistage (femmes seulement) et tests de suivi (femmes et fournisseurs de soins primaires) – mise en œuvre dans un proche avenir.

Participation

Bien que la participation au programme organisé de mammographie de dépistage en Alberta ait été de moins de 10 % (de 1999 à 2008), la mise en œuvre de l'ABCSP permet à plus de femmes d'avoir accès aux tests de dépistage du cancer du sein dans le cadre d'un programme organisé. Le recours à la mammographie, au cours d'une période de 30 mois, chez les femmes de 50 à 69 ans était de près de 72 % en 2008 (figure 5, p. 19).

Orientations futures

Au cours de la prochaine période de référence, nous serons en mesure de fournir une représentation exacte du taux de participation des Albertaines au programme organisé de dépistage de cancer du sein de la province.



dépistées ne faisant pas partie du groupe d'âge ciblé. Bien qu'une cohérence relative soit observée entre les programmes pour ce qui est de l'acceptation des femmes ne faisant pas partie du groupe des 50 à 69 ans (tableau 1, p. 6), le nombre de dépistages chez ces femmes varie considérablement, allant de 0 % à 58,2 % (figure 4, p. 16).

TABLEAU 3

Nombre annuel d'examens de dépistage par programme, femmes âgées de 30 ans et plus, années de dépistage de 1988 à 2009

Année	Programme											
	T.N. O.	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qca	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Canada
1988	.	4 391	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4 391
1989	.	9 188	.	.	.	.	.	.	.	.	.	9 188
1990	.	22 481	616	6 355	.	590	.	.	.	.	.	30 042
1991	.	54 563	5 873	14 305	.	15 380	.	.	1 876	.	.	91 997
1992	.	80 892	15 442	15 778	.	40 294	.	.	4 345	.	.	156 751
1993	.	100 275	16 146	26 057	.	45 541	.	.	4 886	.	.	192 905
1994	.	118 878	15 372	25 540	.	55 480	.	.	8 459	.	.	223 729
1995	.	143 407	14 170	29 603	2 671	58 287	.	5 885	12 475	.	.	266 498
1996	.	166 738	14 679	28 901	13 594	67 729	.	18 165	15 531	.	3 120	328 457
1997	.	173 905	23 337	33 915	19 163	80 132	.	18 528	19 461	.	4 694	373 135
1998	.	189 959	18 887	34 093	23 457	98 597	44 101	26 198	25 436	.	5 521	466 249
1999	.	217 548	22 408	35 049	28 204	114 059	145 131	31 162	29 259	5 578	6 087	634 485
2000	.	223 599	21 716	35 264	28 566	138 308	153 000	32 703	35 232	6 268	6 790	681 446
2001	.	224 559	23 745	36 283	28 728	163 862	172 121	33 835	35 227	6 700	8 054	733 114
2002	.	234 871	23 342	34 457	29 263	192 159	194 432	37 352	38 573	6 267	8 859	799 575
2003	.	221 031	21 809	35 641	31 636	211 848	207 850	37 593	44 943	6 094	11 038	829 483
2004	1 103	230 838	23 095	35 950	32 301	248 466	220 882	37 469	48 578	6 060	9 819	894 561
2005	1 137	256 954	22 215	35 547	33 698	280 051	237 709	40 038	50 813	7 261	14 812	980 235
2006	1 268	266 804	22 105	34 829	36 585	318 316	253 274	37 883	58 138	7 727	15 249	1 052 178
2007	1 206	279 282	22 393	37 282	36 464	371 931	272 161	39 869	62 686	9 335	16 751	1 149 360
2008	1 147	287 017	19 679	37 340	40 356	421 035	285 588	39 939	73 586	7 471	19 392	1 232 550
2009	1 189	299 431	15 321	36 572	45 384	458 207	305 127	41 232	75 309	7 576	18 840	1 304 188
Total	7 050	3 806 611	362 350	608 761	430 070	3 380 272	2 491 376	477 851	644 813	51 955	149 026	12 434 517

a Bien que le Québec accepte les femmes âgées de 35 à 49 ans et de 70 ans et plus sur recommandation d'un médecin, celles-ci ne sont pas officiellement prises en compte dans le cadre du programme et ne sont donc pas incluses dans le tableau.

Notes

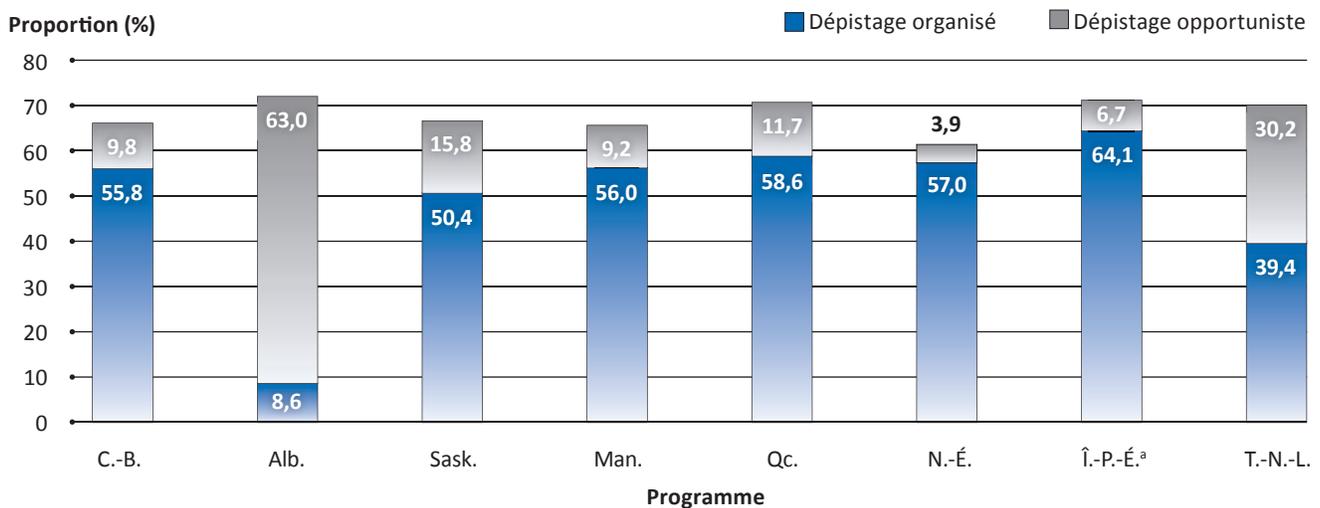
1. Le Nunavut n'a pas de programme organisé de dépistage du cancer.
2. Les données ne sont pas disponibles pour le Yukon.
3. Les renseignements relatifs à l'Île-du-Prince-Édouard (2005–2009) sont fondés sur des données ne figurant pas dans la BDCDCS et pourraient différer de ceux de rapports antérieurs.
4. Les données comprennent tous les examens de dépistage; les chiffres ont été mis à jour et pourraient légèrement différer de ceux de rapports antérieurs.

Il est important de préciser que ces taux ne tiennent pas compte des femmes qui font l'objet d'un dépistage en dehors d'un programme organisé. Lorsque nous tenons compte, en plus des dépistages organisés, des mammographies effectuées dans le cadre d'un dépistage opportuniste^e, l'utilisation de la mammographie de dépistage augmente de façon importante. Les données relatives au recours à la mammographie incluent les femmes âgées de 50 à 69 ans ayant fait l'objet d'une mammographie bilatérale (notamment les mammographies de dépistage dans le cadre des programmes organisés, en dehors des programmes

organisés et les mammographies bilatérales effectuées dans les provinces qui l'incluent dans leur code de facturation de la mammographie). Le taux d'utilisation de la mammographie de dépistage montre peu de variations entre les provinces (de 60,9 % à 71,6 %), mais une variation importante pour ce qui est de la proportion de l'utilisation du dépistage organisé (de 12,0 % à 93,6 %). Les programmes dont les taux de participation semblent faibles lorsqu'on ne tient compte que du dépistage organisé sont souvent ceux dont les taux de dépistage à l'extérieur des programmes organisés sont élevés.

FIGURE 5

Recours aux mammographies chez les femmes âgées de 50 à 69 ans au cours d'une période de 30 mois par province, 2007–2008



a Les données relatives au dépistage organisé pour l'Île-du-Prince-Édouard sont fondées sur des données ne figurant pas dans la BDCDCS et pourraient différer de ceux de rapports antérieurs.

Notes

- Le dépistage organisé fait allusion à la participation à un programme organisé de dépistage du cancer du sein de la province sur une période de 30 mois.
Source : Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein (BDCDCS), du 1^{er} juillet 2006 au 31 décembre 2008.
- Le dépistage opportuniste fait allusion à ce qui suit : (1) une mammographie bilatérale; ou (2) deux mammographies unilatérales effectuées le même jour civil. Dans les deux cas, on fait allusion aux mammographies qui ne sont pas effectuées dans le cadre du programme organisé de dépistage, au cours d'une période de 30 mois. Dans toutes les provinces, le dépistage opportuniste comprend des mammographies pour femmes symptomatiques. En C.-B. et en Sask., le dépistage opportuniste comprend certaines femmes dont les données font déjà partie du dépistage organisé (comptage double).
Source : Données sur la facturation provinciale, du 1^{er} juillet 2006 au 31 décembre 2008.
- Les Territoires du Nord-Ouest, l'Ontario et le Nouveau-Brunswick n'ont pas été inclus dans l'analyse, car leurs données n'étaient pas disponibles.

e) Les données relatives au dépistage opportuniste ont été fournies par l'intermédiaire du ministère de la Santé; elles proviennent des provinces participantes et ne sont pas issues de la BDCDCS. Le dépistage opportuniste pourrait être surestimé en raison de la double comptabilisation (lorsque le dépistage est effectué dans un cadre opportuniste et dans un programme organisé) et de la mauvaise catégorisation (une certaine proportion des mammographies bilatérales opportunistes sont effectuées sur des femmes présentant des symptômes et sont donc des mammographies diagnostiques et non de dépistage).

Taux de fidélisation

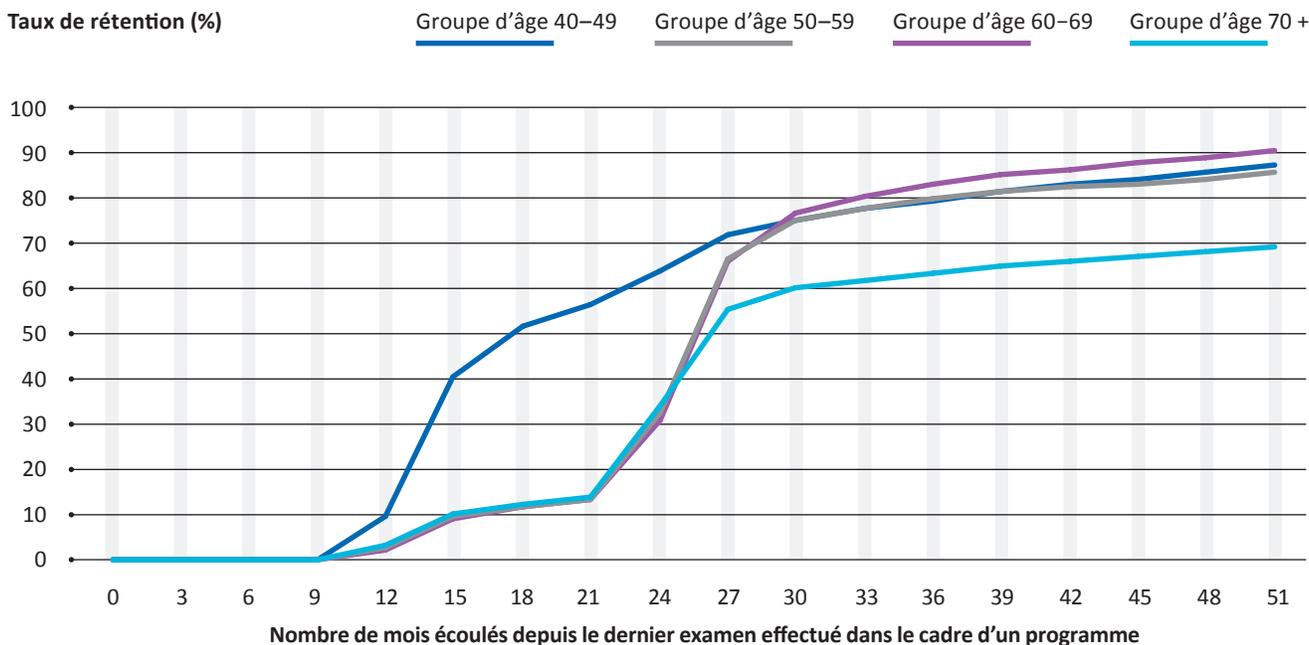
Les avantages optimaux des programmes de dépistage sont obtenus lorsque les femmes y participent régulièrement. Deux objectifs ont été fixés en fonction du taux de participation, du temps de latence, des études relatives aux intervalles de dépistage et des essais cliniques comparatifs randomisés.¹² Le premier vise les femmes participant à une première mammographie de dépistage et prévoit qu'au moins 75 % d'entre elles devraient se présenter pour 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 suivant leur dernière mammographie de dépistage. Le taux de fidélisation chez les femmes âgées de 50 à 67 ans exclut les femmes n'ayant pas fait l'objet d'un dépistage subséquent en raison de leur décès, d'un cancer du sein ou parce qu'elles ont dépassé la limite d'âge (plus de 67 ans).

Dans l'ensemble, la plupart des femmes âgées de 50 à 67 ans ayant subi une mammographie entre 2004 et 2005 ont été réexaminées dans les 30 mois jusqu'en 2008. Parmi les femmes qui ont passé une première mammographie de dépistage dans les années civiles 2004 et 2005, 69,8 % sont revenues pour un dépistage subséquent dans les 30 mois suivant leur première mammographie. Chez les femmes âgées de 50 à 67 ans ayant passé un dépistage subséquent durant les années civiles 2004 et 2005, 81,0 % se sont présentées à nouveau dans les 30 mois suivants pour un autre dépistage subséquent (tableau 6, p. 30, tableau 7, p. 34, tableau 8, p. 37).

En général, les femmes plus jeunes (âgées de 40 à 49 ans) étaient plus susceptibles que les femmes plus âgées (70 ans et plus) de se présenter pour un dépistage initial (70,1 % et 45,9 % respectivement) et de revenir pour un dépistage subséquent (82,0 % et 62,0 % respectivement) (tableau 7, p. 34). Il est habituellement recommandé

FIGURE 6

Probabilité cumulative d'un examen de dépistage subséquent dans le cadre d'un programme par groupe d'âge, années de dépistage 2004 et 2005



Note

1. L'Île-du-Prince-Édouard n'a pas été incluse dans l'analyse, car ses données n'étaient pas disponibles.

aux femmes âgées de 40 à 49 ans qui choisissent de subir une mammographie de dépistage de passer des examens annuels. La plupart des femmes âgées de 50 à 67 ans sont revenues passer une mammographie de dépistage dans un délai de 21 à 27 mois après leur mammographie subie entre 2004 et 2005, mais les femmes âgées de 40 à 49 ans étaient plus susceptibles que les femmes plus âgées de revenir dans un délai de 12 à 15 mois (figure 6, p. 20).

Taux annuel de dépistage

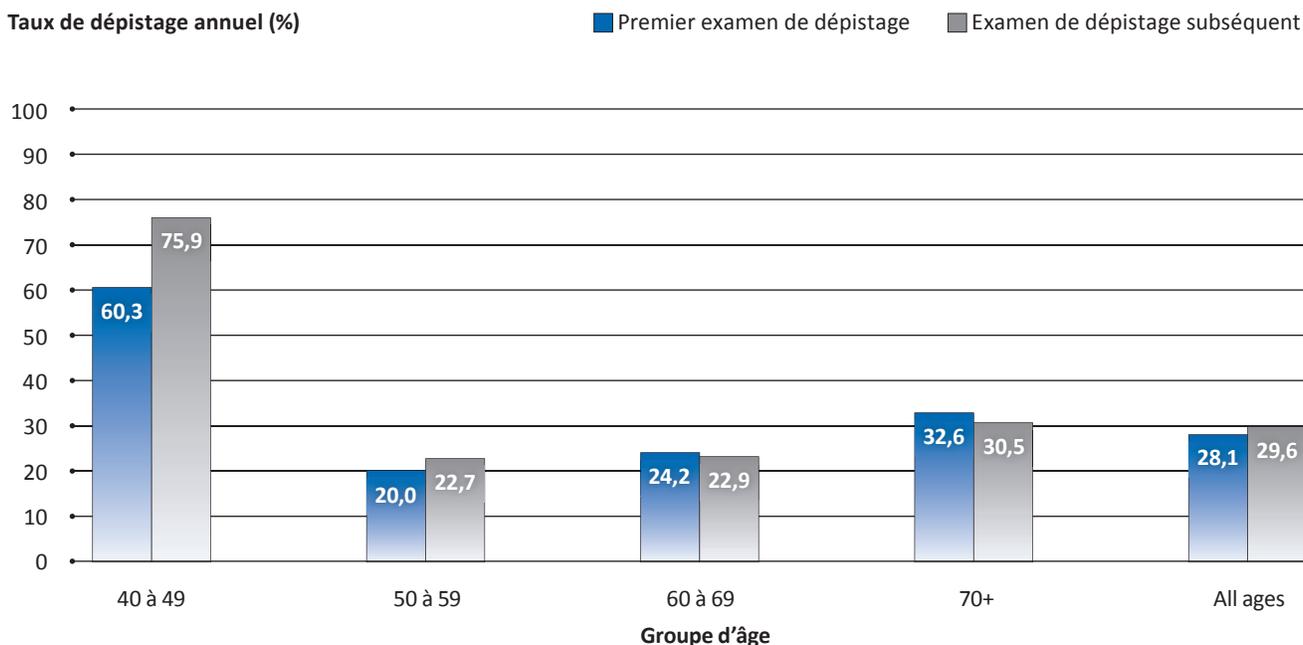
Pour bénéficier des avantages du dépistage de façon optimale, les femmes doivent participer régulièrement au programme, soit, pour la plupart d'entre elles, passer un test tous les deux ans. Certaines femmes sont rappelées tous les ans pour diverses raisons, dont un risque accru de cancer du sein, selon la politique provinciale de dépistage. Les femmes pour qui un dépistage annuel est recommandé sont habituellement rappelées dans les 12 mois suivants, mais si le test de dépistage est effectué

dans les 18 mois suivants, il est quand même considéré comme étant « annuel ».

De manière générale, la plupart des femmes de 50 à 68 ans subissent des tests de dépistage tous les deux ans. Parmi les femmes qui ont passé leur première mammographie de dépistage en 2006, 20,8 % ont subi une mammographie subséquente dans les 18 mois suivants. Chez les femmes de 50 à 68 ans ayant passé une mammographie subséquente au cours de cette période, 22,8 % ont subi une autre mammographie subséquente dans les 18 mois suivants (tableau 6, p. 30, tableau 7, p. 34, tableau 8, p. 37). La plupart des femmes de 40 à 49 ans ayant subi un premier test de dépistage ou un test subséquent étaient susceptibles de devoir passer un test chaque année (60,3 % et 75,9 % respectivement) (figure 7, p. 21, tableau 7, p. 34). De grandes variations sont également observées entre les provinces en ce qui a trait aux taux de femmes de 50 à 69 ans ayant subi un autre test dans les 18 mois suivants, ceux-ci allant de 5,9 % à 45,4 %.

FIGURE 7

Probabilité cumulative d'un examen de dépistage subséquent dans le cadre d'un programme dans un délai de 18 mois par groupe d'âge, année de dépistage 2006



Note

1. L'Île-du-Prince-Édouard n'a pas été incluse dans l'analyse, car ses données n'étaient pas disponibles.

Résultats des programmes organisés de dépistage du cancer du sein

Les programmes organisés de dépistage visent à ce que tous les cancers du sein soient dépistés chez les femmes asymptomatiques tout en réduisant au minimum le nombre de femmes en bonne santé qui ont des résultats anormaux aux tests de dépistage et aux tests de suivi connexes. 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 en place au Canada.

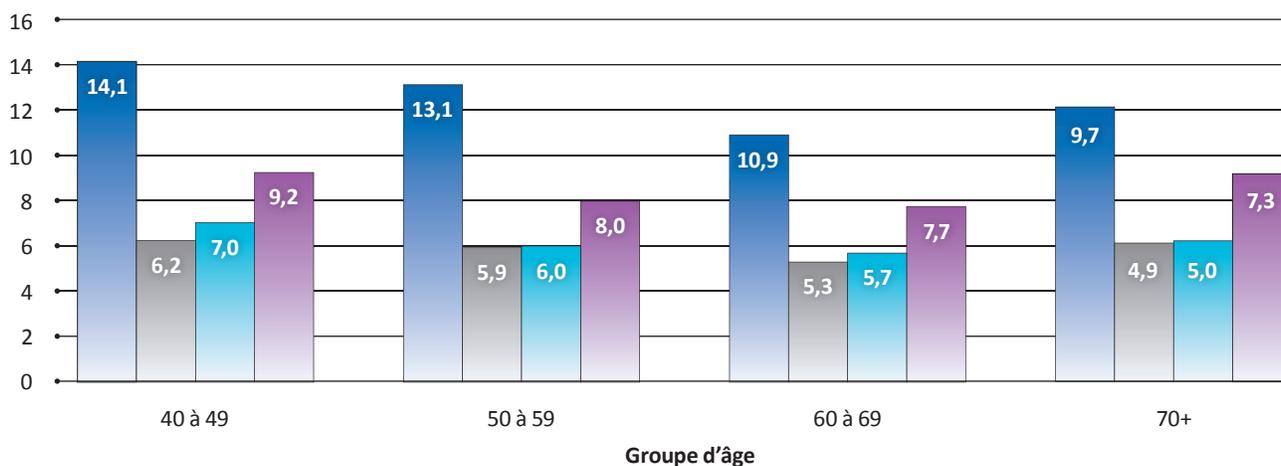
Taux de rappel pour anomalie

Le taux de rappel pour anomalie fait référence au pourcentage des femmes qui obtiennent des résultats anormaux au dépistage et qui doivent subir d'autres examens. Ce taux représente un indice de mesure de la qualité des programmes de dépistage. L'objectif canadien est fixé à moins de 10 % pour les femmes faisant l'objet d'un dépistage initial et à moins de 5 % pour un dépistage subséquent dans l'intervalle recommandé.¹²

FIGURE 8

Taux de rappel pour anomalie par groupe d'âge, années de dépistage 2007 et 2008

Taux de référence pour anomalie (%)



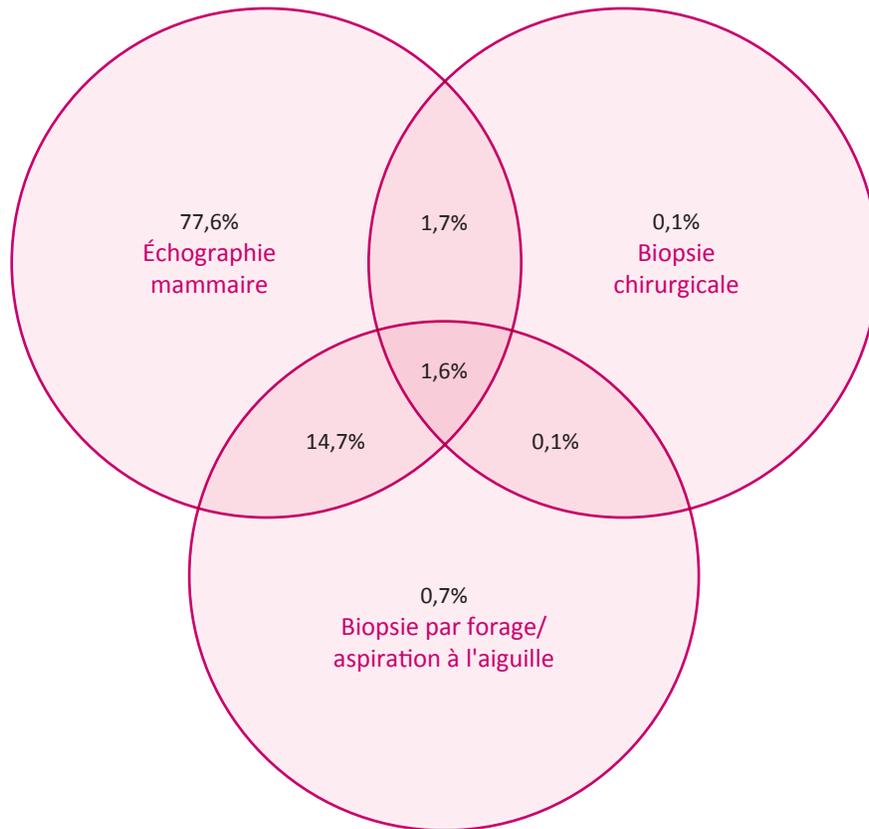
- Premier examen de dépistage
- Examen de dépistage subséquent (>9 mois à ≤18 mois)
- Examen de dépistage subséquent (>18 mois à ≤30 mois)
- Examen de dépistage subséquent (>30 mois)

Notes

1. Temps médian écoulé avant que les femmes ne passent un autre examen de dépistage et nombre total d'examen dans chaque groupe :
 Premier examen de dépistage : N = 493 562 examens;
 Examen de dépistage subséquent (>9 mois à ≤18 mois) après 12,7 mois, N = 544 318 examens;
 Examen de dépistage subséquent (>18 mois à ≤30 mois) après 24,4 mois, N = 1 063 575 examens;
 Examen de dépistage subséquent (>30 mois) après 40,2 mois, N = 252 726 examens.
2. L'Île-du-Prince-Édouard n'a pas été incluse dans l'analyse, car ses données n'étaient pas disponibles.

FIGURE 9

Combinaisons de méthodes diagnostiques après un examen où une anomalie a été détectée, femmes âgées de 50 à 69 ans, années de dépistage 2007 et 2008



Aucune des méthodes ci-dessus n'a été utilisée pour 3,6 % des femmes^a.

a Parmi ces femmes, 91,9 % ont dû se présenter à une consultation chirurgicale ou ont été dirigées vers un fournisseur de soins primaires ou un autre service (non précisé). Les données du Québec ont été incluses pour toutes les méthodes, mais n'ont pas été calculées pour d'autres tests diagnostiques.

Note

1. L'Île-du-Prince-Édouard n'a pas été incluse dans l'analyse, car ses données n'étaient pas disponibles.

Chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, le taux de rappel pour anomalie suite à un dépistage initial est de 12,6 % alors qu'il est de 6,0 % chez les femmes faisant l'objet d'un dépistage subséquent (tableau 6, p. 30). Le manque d'expérience et les faibles volumes de clichés mammaires interprétés par les radiologistes, ainsi que les délais associés au dépistage subséquent peuvent contribuer à un taux élevé de rappel pour anomalie. Pour tous les groupes d'âge, ce taux grimpe après un intervalle de dépistage de 30 mois, ce qui témoigne de l'importance de subir un dépistage régulièrement (figure 8, p. 22).

Valeur prédictive positive

La valeur prédictive positive (VPP) correspond à la proportion de femmes ayant été rappelées en raison d'un dépistage anormal qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein envahissant ou *in situ*. Une VPP élevée témoigne de la

réduction au minimum des processus de suivi inutiles. L'objectif canadien est $\geq 5\%$ pour le dépistage initial et $\geq 6\%$ pour le dépistage subséquent.¹²

Chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, et en fonction uniquement d'une détection des cancers par mammographie, la VPP respecte ces objectifs pour ce qui est du dépistage subséquent (7,7 %) et elle se rapproche de l'objectif pour ce qui est des mammographies initiales (4,8 %). Il est intéressant de noter que la VPP varie en fonction de l'âge de la population examinée, ce qui peut expliquer les raisons pour lesquelles les objectifs canadiens ne ciblent que les femmes âgées de 50 à 69 ans. La VPP augmente considérablement avec l'âge : allant de 2,2 %, chez les femmes âgées de 40 à 49 ans, à 14,1 %, chez les femmes âgées de plus de 70 ans, pour un dépistage initial (tableau 6, p. 30, tableau 7, p. 34, tableau 8, p. 37).

TABLEAU 4

Méthodes diagnostiques à la suite de la détection d'une anomalie, femmes âgées de 50 à 69 ans, années de dépistage 2007 et 2008

Méthode diagnostique	Nombre	% ^a	Fourchette de % ^b
Mammographie diagnostique	111 989	81,2	58,4–93,5
Échographie ^c	78 215	56,7	30,7–78,2
Aspiration à l'aiguille	2 840	2,1	0,2–4,0
Biopsie par forage	21 365	15,5	11,6–31,3
Biopsie ouverte avec ou sans localisation au harpon	4 798	3,5	1,1–8,1

a Proportion de cas anormaux ayant fait l'objet de cette méthode diagnostique.

b Fourchette des provinces.

c Le nombre d'échographies pourrait être sous-estimé au Québec, étant donné que les examens qui n'ont pas été réalisés dans le cadre du programme ne sont pas inclus.

Notes

1. Il se peut que la somme des proportions ne corresponde pas à 100 % puisqu'il est probable qu'une femme ait subi une combinaison de méthodes au cours de son examen radiologique.
2. Le traitement d'un cas où une anomalie a été détectée est établi à un maximum de six mois après l'examen de dépistage.
3. L'Île-du-Prince-Édouard n'a pas été incluse dans l'analyse, car ses données n'étaient pas disponibles.

Processus de diagnostic utilisé par les programmes organisés de dépistage du cancer du sein

Comme le démontre la VPP, la plupart des femmes qui obtiennent un résultat de dépistage anormal ne reçoivent pas de diagnostic de cancer du sein; toutefois, elles doivent subir des examens plus approfondis afin d'obtenir un diagnostic définitif. Il a été démontré qu'un suivi en temps opportun et bien coordonné réduit la crainte et l'anxiété qui accompagnent des résultats anormaux.² Des examens radiologiques ou chirurgicaux, tels que la mammographie diagnostique, l'échographie, la ponction à l'aiguille fine ou la biopsie ouverte ou par forage, sont nécessaires chez ces femmes.

En 2007 et en 2008, parmi les femmes ayant reçu des résultats anormaux, 77,6 % ont subi uniquement un examen d'imagerie du sein, soit une mammographie diagnostique, une échographie ou une résonance magnétique (IRM), et 14,7 % ont passé un test d'imagerie associé à une biopsie par forage ou à une ponction à l'aiguille fine. Ce dernier taux est similaire à celui observé au cours de l'intervalle précédent, soit 13,6 % en 2005 et 2006 (figure 9, p. 23). Enfin, depuis 2007 et 2008, le recours à la biopsie par forage continue d'être privilégié par rapport à la biopsie ouverte, comparativement à ce qui a été rapporté pour l'intervalle précédent (2005 et 2006). Le pourcentage de biopsies par forage est passé de 14,0 % (15 757 femmes) à 15,5 % (21 365 femmes) tandis que celui des biopsies ouvertes est passé de 4,3 % (4 888 femmes) à 3,5 % (4 798 femmes) (tableau 4, p. 24).

Intervalle diagnostique

L'intervalle diagnostique fait référence à la période de temps comprise entre un résultat anormal de mammographie de dépistage et sa résolution, soit un diagnostic de non malignité ou de cancer du sein. Des intervalles diagnostiques excessivement longs peuvent avoir des conséquences psychologiques néfastes en plus de nuire au pronostic.^{2,11} L'objectif canadien est qu'au moins 90 % des cas anormaux soient résolus dans un délai de cinq semaines suivant le dépistage lorsqu'aucune biopsie n'est nécessaire et dans un délai de sept semaines lorsqu'il faut effectuer une biopsie des tissus.¹²

À l'échelle du pays, 76,3 % des femmes pour qui une biopsie tissulaire n'était pas nécessaire ont reçu un diagnostic dans un délai de cinq semaines; ce pourcentage

est passé à 47,7 % en ce qui concerne celles qui ont dû subir une biopsie et dont le diagnostic a été rendu dans un délai de sept semaines. La proportion de femmes ne nécessitant pas de biopsie et dont le cas a été résolu dans un délai de cinq semaines est maintenant stable à 76,0 %. La proportion de femmes nécessitant au moins une biopsie et dont l'issue a été obtenue dans un délai de sept semaines est relativement stable au fil du temps (tableau 6, p. 30, tableau 7, p. 34, tableau 8, p. 37).

Résultats de biopsie indiquant la non-malignité

Le taux de biopsies dont les résultats indiquent la non-malignité peut aussi servir d'indice de la qualité de l'évaluation préchirurgicale, mais aucun objectif n'a été établi pour cet indicateur.¹² Les programmes devraient s'efforcer de limiter le nombre de tests non nécessaires et d'optimiser les résultats associés aux cancers détectés par dépistage. Cet indicateur est plus significatif lorsqu'il est associé au taux de détection de cancer et au taux de cancers détectés après le dépistage. Les tests de dépistage ainsi que les tests de suivi associé à une biopsie dont les résultats sont anormaux sont généralement plus élevés lorsqu'il s'agit de premiers tests que de tests subséquents. Les taux de biopsie par forage et de biopsie ouverte ont été associés pour l'analyse afin d'obtenir une idée du nombre de biopsies que subissent les femmes à la suite d'un test de dépistage anormal.

Toutefois, le pourcentage de tumeurs non malignes à la biopsie chirurgicale ouverte du nombre total de tumeurs bénignes à la biopsie devrait être pris en compte pour interpréter les taux de biopsie. Les variations quant au recours à la biopsie ouverte se reflètent dans le pourcentage des tumeurs non malignes à la biopsie ouverte.

En 2007 et en 2008, le taux de biopsies ayant permis de déceler une tumeur non maligne étaient de 18,3 pour les dépistages initiaux et de 7,2 pour les dépistages subséquents par 1 000 dépistages. Le taux de biopsie chez les femmes ayant subi une première mammographie de dépistage est plus bas chez les femmes âgées (70 ans et plus) que chez les femmes plus jeunes. Les taux chez les femmes ayant fait l'objet d'un dépistage subséquent par mammographie varient très peu en fonction des groupes

TABLEAU 5

Caractéristiques des cas de cancer détectés au cours d'un examen par groupe d'âge, années de dépistage 2007 et 2008

		Groupe d'âge									
		40 49		50 59		60 69		70 +		Tous les âges	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nombre de cas de cancer^a	Envahissant	367	67,2	3 377	77,5	3 829	82,0	1 458	85,3	9 031	80,0
	CCIS	179	32,8	981	22,5	841	18,0	251	14,7	2 252	20,0
Classification TNMb^b	0 (<i>in situ</i>)	177	34,2	599	23,0	568	19,8	250	16,7	1 594	21,3
	I	201	38,8	1 195	45,9	1 508	52,5	830	55,4	3 734	49,8
	II	109	21,0	662	25,4	659	22,9	336	22,4	1 766	23,6
	III / IV	31	6,0	149	5,7	139	4,8	81	5,4	400	5,3
	Envahissant (classification TNM manquante) ^c	26	.	1 397	.	1 541	.	214	.	3 178	.
Taille de la tumeur^{bd}	> 0–< 2 mm	10	2,9	34	2,0	33	1,8	11	1,0	88	1,7
	2–5 mm	31	8,9	104	6,2	136	7,3	77	6,7	348	6,9
	6–10 mm	71	20,3	411	24,5	463	24,8	312	27,3	1 257	25,0
	11–15 mm	102	29,1	442	26,4	517	27,7	331	29,0	1 392	27,6
	16–20 mm	48	13,7	290	17,3	312	16,7	167	14,6	817	16,2
	≥ 21 mm	88	25,1	395	23,6	405	21,7	245	21,4	1 133	22,5
	Taille inconnue ^e	17	.	1 701	.	1 963	.	307	.	3 988	.
	Taille médiane (mm)	14	.	14	.	14	.	13	.	14	.
Atteinte des ganglions^{bdf}	0	253	72,9	1 181	72,9	1 396	77,6	858	78,7	3 688	76,0
	1–3	69	19,9	343	21,2	312	17,4	177	16,2	901	18,6
	4 +	25	7,2	95	5,9	90	5,0	55	5,0	265	5,5
État des ganglions inconnu^{ghi}		20	.	1 758	.	2 031	.	360	.	4 169	.

a Les cas de cancer non classifiés ne sont pas inclus dans l'analyse.

b La Saskatchewan, le Manitoba et le Nouveau-Brunswick ont recours à un algorithme lié à une stadification concertée pour déterminer la taille de la tumeur, l'état des ganglions et la classification.

c Le Québec et l'Île-du-Prince-Édouard ne fournissent pas de classification TNM, et leurs cas représentent 76,9 % et 1,7 % (respectivement) des cas faisant partie de la catégorie « Envahissant (classification TNM manquante) ».

d Cette analyse ne comprend que les cas de cancer envahissant.

e L'Ontario, le Québec et l'Île-du-Prince-Édouard ne fournissent pas régulièrement la taille de la tumeur, et leurs cas représentent 36,2 %, 61,3 % et 1,4 % (respectivement) des cas faisant partie de la catégorie « Taille inconnue ».

f Ne comprend que les cas où l'atteinte des ganglions est confirmé à l'examen pathologique.

g Comprend les valeurs manquantes (98,2 %) et les cas où une dissection n'a pas été réalisée (1,8 %).

h L'Ontario et le Nouveau-Brunswick ont respectivement 24,0 % et 24,5 % de cas où les ganglions sont atteints, mais le nombre de ganglions atteints n'est pas fourni.

i L'Ontario, le Québec, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard ne fournissent pas régulièrement de données sur l'atteinte des ganglions, et leurs cas représentent 36,3 %, 58,6 %, 2,7 % et 1,3 % (respectivement) des cas faisant partie de cette catégorie.

Notes

1. L'Alberta n'a pas été incluse dans l'analyse, car ses données n'étaient pas disponibles.

d'âge (tableau 6, p. 30, tableau 7, p. 34, tableau 8, p. 37). Enfin, environ 15 à 20 % des biopsies ayant permis de déceler une tumeur non maligne étaient des biopsies chirurgicales ouvertes. Ces taux varient de façon importante selon l'âge, la période et le programme. Les femmes plus jeunes et les femmes qui ont reçu un

bilan diagnostique à des intervalles plus grands ont subi davantage de biopsies chirurgicales ouvertes. Selon les provinces, les taux de biopsies ouvertes varient de 7,7 % à 39,8 %, ce qui est sans doute révélateur d'une différence dans les pratiques.

Détection du cancer par les programmes organisés de dépistage du cancer du sein

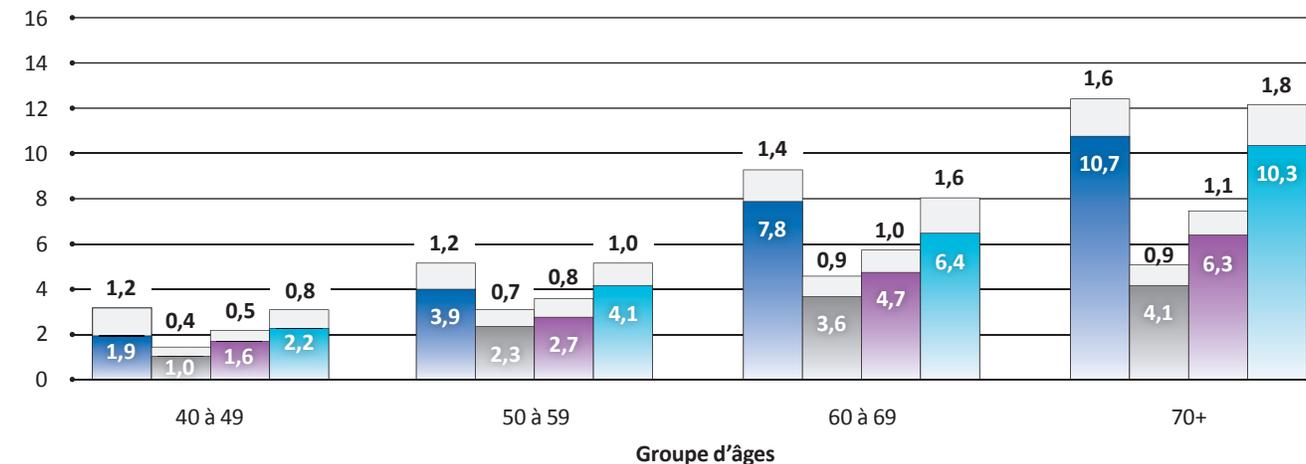
Dans l'ensemble, les programmes organisés de dépistage ont permis de détecter 9 266 cancers (qu'ils soient envahissants, *in situ* ou de type non classé) chez les

femmes âgées de 50 à 69 ans en 2007 et en 2008 (tableau 6, p. 30). Afin d'assurer la cohérence entre les provinces, le présent rapport définit les cancers détectés

FIGURE 10

Taux de cancer (envahissant et *in situ*) détecté pour 1 000 examens par groupe d'âge, années de dépistage 2007 et 2008

Taux de cancer détecté (pour 1 000 examens)



□ CCIS ■ Premier examen de dépistage ■ Examen de dépistage subséquent (>9 mois à ≤18 mois)
 ■ Examen de dépistage subséquent (>18 mois à ≤30 mois) ■ Examen de dépistage subséquent (>30 mois)

Notes

- La zone ombragée indique le taux de cancer envahissant détecté, alors que la zone non ombragée indique le taux de CCIS détecté.
- Temps médian écoulé avant que les femmes ne passent un autre examen de dépistage et nombre total d'examen dans chaque groupe :
 Premier examen de dépistage : N = 4 843 794 examens;
 Examen de dépistage subséquent (>9 mois à ≤18 mois) après 12,7 mois, N = 534 364 examens;
 Examen de dépistage subséquent (>18 mois à ≤30 mois) après 24,4 mois, N = 1 042 781 examens;
 Examen de dépistage subséquent (>30 mois) après 40,1 mois, N = 248 668 examens.
- L'Alberta et l'Île-du-Prince-Édouard n'ont pas été incluses dans l'analyse, car leurs données n'étaient pas disponibles.

par dépistage comme les cancers diagnostiqués dans un délai de six mois à partir de la date du dépistage. D'autres cas de cancer du sein ont été détectés chez les Canadiennes à la suite de dépistages opportunistes (c'est-à-dire de dépistages qui ne sont pas effectués dans le cadre d'un programme organisé) ou chez les femmes présentant des symptômes.

Parmi toutes les femmes de 40 ans et plus diagnostiquées dans le cadre d'un programme organisé de dépistage, 80,0 % (9 031 femmes) ont reçu un diagnostic de cancer envahissant et 20,0 % (2 252 femmes) de cancer *in situ*. La proportion de cancers envahissants augmente avec l'âge; ce type de cancer a été détecté chez 67,2 % des femmes âgées de 40 à 49 ans comparativement à 85,3 % des femmes âgées de 70 ans et plus. Des cancers envahissants ont été détectés chez 77,5 % des femmes âgées de 50 à 59 ans et chez 82,0 % de celles âgées de 60 à 69 ans (tableau 5, p. 26).

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 de données probantes qui permettent de conclure que toutes les formes de CCIS se transforment en cancers envahissants. Voilà pourquoi aucun objectif canadien n'a été établi en ce qui concerne cet indicateur.¹² Quoiqu'il en soit, il demeure important de surveiller ce taux jusqu'à ce que des objectifs appropriés puissent être fixés.

Au Canada, le taux de détection de CCIS chez les femmes âgées de 50 à 69 ans était de 1,2 cas par 1 000 dépistages initiaux, alors qu'il était de 0,9 cas par 1 000 dépistages (tableau 6, p. 30).

Taux de détection de cancers envahissants

Les objectifs canadiens pour les taux de détection d'un cancer envahissant sont fixés à moins de 5 par 1 000 dépistages initiaux et à moins de 3 par 1 000 dépistages subséquents effectués dans l'intervalle recommandé.¹²

Au Canada, le taux de détection d'un cancer envahissant chez les femmes (de 50 à 69 ans) faisant l'objet d'un dépistage initial était de 4,7 cas par 1 000 dépistages alors qu'il était de 3,7 cas par 1 000 dépistages (tableau 6, p. 30) chez les femmes faisant l'objet d'un dépistage subséquent. Tel que nous l'anticipions, le taux de détection d'un cancer envahissant est plus élevé au dépistage initial, chez les femmes plus âgées, et lorsque

le dépistage subséquent n'est pas effectué dans l'intervalle recommandé (figure 10, p. 27).

Taille de la tumeur envahissante et taux d'incidence de cancers envahissants sans atteinte ganglionnaire

Chez les femmes dont le cancer a été détecté à un stade précoce, les possibilités de traitement sont plus nombreuses, la récurrence du cancer est réduite et le taux de survie est meilleur. Les recherches au Canada ont montré que, parmi les femmes atteintes d'un cancer du sein, celles ayant participé à un programme organisé de dépistage du cancer du sein étaient plus nombreuses à avoir été traitées par chirurgie mammaire conservatrice et moins nombreuses à avoir subi un traitement par chimiothérapie que les femmes n'y ayant pas participé.⁴ De plus, 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 de stade IV survivent aussi longtemps.¹⁷ Les cancers dits précoces sont formés de tumeurs de plus petite taille et ne présentent aucune atteinte ganglionnaire. L'objectif canadien à cet égard est que la taille des tumeurs soit égale ou inférieure à 15 mm de diamètre pour plus de 50 % des cancers envahissants.¹² Le second objectif est que plus de 70 % des femmes atteintes d'un cancer envahissant ne présentent aucune atteinte ganglionnaire.¹²

Parmi les femmes âgées de 40 ans et plus ayant reçu un diagnostic de cancer du sein en 2007 et en 2008, 49,8 % des cancers étaient classés comme des cancers de stade I et 5,3 % étaient classés comme des cancers de stade III ou IV (tableau 5, p. 26). Chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, la proportion de cancers envahissants avec tumeurs de moins de 15 mm était de 60,4 %, et plus de 75 % des femmes ne présentaient pas d'atteinte ganglionnaire (tableau 6, p. 30). Une proportion plus importante de femmes plus âgées présentait des tumeurs de moins de 15 mm (de 64,0 % à 59,1 %) sans atteinte ganglionnaire (de 78,4 % à 72,6 %) comparativement aux femmes plus jeunes (tableau 7, p. 34).

Cancers envahissants détectés après le dépistage

Les cancers envahissants 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. Parmi ces types de cancer, notons ceux qui surviennent après la période recommandée de 24 mois (ou dans certains cas, de 12 mois) chez les femmes qui ne se présentent pas pour un dépistage subséquent bisannuel ou annuel (appelés « cancers liés à la non-observance »), ou ceux qui surviennent chez les femmes qui présentent des symptômes avant leur prochain dépistage régulier (« cancers d'intervalle »). Les cancers envahissants détectés après le dépistage ont été calculés en fonction du nombre de femmes ayant fait l'objet d'un dépistage en 2004 et en 2005 chez qui s'est développé un cancer d'intervalle entre 2007 et 2008. Afin d'assurer une

certaine cohérence entre les provinces, le présent rapport considère comme cancers d'intervalle les cancers détectés à la suite d'une mammographie anormale dont le diagnostic a nécessité plus de six mois.

Selon les objectifs canadiens en matière de performance, le nombre de cancers détectés dans les 12 mois suivant le dépistage ne devrait pas dépasser 6 par 10 000 années-personnes, et le nombre de cancers détectés dans les 12 à 24 mois devrait être inférieur à 12 par 10 000 années-personnes.¹²

À l'échelle nationale, les taux de détection dans les 12 mois et dans les 12 à 24 mois suivant le dépistage s'élevaient respectivement à 7,5 et à 11,7 par 10 000 années-personnes (tableau 6, p. 30).

Sensibilité du programme de mammographie de dépistage

La sensibilité est un indicateur de la mesure dans laquelle la mammographie de dépistage permet de détecter les cancers, et elle est déterminée par la proportion de cas de cancer du sein qui sont détectés correctement au moment de la mammographie de dépistage. Les programmes de faible sensibilité sont plus susceptibles de présenter des taux élevés de cancer décelé après le dépistage. Le calcul de la sensibilité comporte une faiblesse inhérente : les cancers d'intervalle réels ne peuvent être isolés des cancers non décelés au dépistage. Il peut donc être difficile pour les programmes d'obtenir de hauts niveaux de sensibilité. De plus, la période de suivi pour déterminer les cancers d'intervalle a été limitée à 12 mois pour permettre la comparaison entre les provinces dont les taux de dépistage annuel diffèrent. La sensibilité est influencée par des facteurs sous-jacents comme les taux d'incidence, l'âge, le taux de progression de la maladie,

le dépistage opportuniste et l'intervalle de dépistage recommandé. De plus, la justesse de cette mesure dépend de l'exhaustivité des données consignées sur les cas de cancer.¹² Enfin, cet indicateur ne tient pas compte des femmes qui subissent leur première mammographie de dépistage dans le cadre d'un programme organisé.

Chez les femmes de 50 à 59 ans, et à partir des données sur la détection par mammographie uniquement, la sensibilité de la mammographie de dépistage subséquente est de 84,4 %. La sensibilité augmente parallèlement avec l'âge des femmes : elle n'est que de 68,1 % chez les femmes de 40 à 49 ans et atteint 87,7 % chez les femmes de plus de 70 ans (tableau 6, p. 30, tableau 7, p. 34, tableau 8, p. 37). Les variations entre les provinces et territoires ne sont pas marquées (de 82,1 % à 90,7 %), et les taux élevés peuvent être le résultat de données incomplètes dans les registres du cancer.

TABLEAU 6

Indicateurs d'évaluation par programme, femmes âgées de 50 à 69 ans, années de dépistage 2007 et 2008

Indicateur	Cible	Programme											
		T.N. O.	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Canada
Nombre d'exams de dépistage													
	S.O.	982	306 916	29 525	58 760	74 979	682 136	557 749	56 836	76 890	10 815	32 910	1 888 498
Nombre d'exams de dépistage initiaux													
	S.O.	148	24 050	5 883	9 778	15 278	199 016	122 492	4 675	9 796	*	6 385	397 501
Nombre de cas de cancer^{bc}													
	S.O.	x	1 414	135	290	392	3 106	3 135	233	363	49	149	9 266
Taux de participation au cours d'une période de 30 mois (%)^d													
	≥70	31,0	55,8	8,6	50,4	56,0	40,0	58,6	57,9	57,0	64,1	39,4	45,9
Taux de fidélisation (% d'exams subis dans les 30 mois suivant l'examen initial)^e													
	≥75	65,9	56,8	55,8	65,9	69,1	76,6	65,8	55,8	64,1	*	81,8	69,8
Taux de fidélisation (% d'exams subis dans les 30 mois suivant un examen subséquent)^{eg}													
	≥90	S.O. ^k	80,5	73,8	81,9	82,7	85,9	79,2	73,1	75,6	*	84,6	81,0
Taux de dépistage annuel (% d'exams subis dans les 18 mois suivant l'examen initial)^f													
	S.O.	31,2	9,3	27,8	11,1	10,2	32,3	5,9	13,3	27,9	*	35,7	20,8
Taux de dépistage annuel (% d'exams subis dans les 18 mois suivant un examen subséquent)^f													
	S.O.	30,8	17,9	19,3	25,3	10,4	39,0	7,9	24,7	35,0	*	45,4	22,8
Taux de rappel pour anomalie (%)^h													
Examen initial	<10	14,9	16,0	7,3	13,0	9,1	11,2	15,1	15,3	10,9	*	11,2	12,6
Examen subséquent	<5	8,6	5,7	2,9	4,3	4,3	5,9	7,2	6,7	4,6	*	5,0	6,0
Taux de détection de cancers envahissants (pour 1 000 exams)^c													
Examen initial	>5	x	6,6	*	4,7	4,6	4,2	5,0	3,4	6,3	*	5,0	4,7
Examen subséquent	>3	x	3,3	*	3,7	4,1	3,5	4,2	3,0	3,5	*	3,4	3,7

Indicateur	Cible	Programme											
		T.N. O.	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Canada
Détection de cancers <i>in situ</i>^c													
Examen initial (pour 1 000 examens)	S.O.	x	1,7	*	1,2	1,1	0,9	1,6	1,3	1,7	*	x	1,2
Pourcentage de cancers <i>in situ</i>	S.O.	x	20,2	*	20,7	19,3	18,1	24,6	27,3	21,5	*	x	20,9
Examen subséquent (pour 1 000 examens)	S.O.	x	1,0	*	1,0	1,0	0,7	1,0	1,0	0,7	*	0,9	0,9
Pourcentage de cancers <i>in situ</i>	S.O.	x	24,1	*	22,0	20,1	17,4	19,6	24,9	16,9	*	20,4	19,9
Intervalle diagnostique (%)													
Communication des résultats dans les deux semaines suivant l'examen	≥90	70,7	94,2	95,0	*	98,9	95,3	*	*	*	*	95,4	95,2
Réalisation de la première évaluation diagnostique dans un délai de trois semaines	≥90	29,1	65,5	41,5	50,1	60,0	70,5	47,6 ^j	54,9	35,9	*	75,9	59,5
Diagnostic définitif (sans biopsie des tissus) dans un délai de cinq semaines ^{ik}	≥90	46,6	76,0	41,7	81,4	81,7	84,4	66,9 ^j	79,2	74,6	*	70,8	76,3
Diagnostic définitif (avec biopsie des tissus) dans un délai de sept semaines ^{ik}	≥90	x	47,2	49,4	47,4	54,5	56,7	39,0 ^j	46,4	51,9	*	46,6	47,7

Indicateur	Cible	Programme											
		T.N. O.	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Canada
Valeur prédictive positive du programme de mammographie de dépistage (%)^{bc}													
Examen initial	≥5	x	5,2	8,0	4,6	6,4	4,8	4,5	3,1	7,4	*	5,1	4,8
Examen subséquent	≥6	x	7,6	15,1	11,1	11,8	7,3	7,4	6,1	9,2	*	8,6	7,7
Taux de biopsies bénignes^{lm}													
Examen initial (pour 1 000 examens)	S.O.	x	24,0	12,9	17,9	20,0	13,8	23,4 ⁱ	21,0	35,7	*	12,5	18,3
Pourcentage de biopsies ouvertes	S.O.	x	34,1	14,5	30,3	21,3	14,0	13,0 ^j	30,6	7,7	*	26,3	15,9
Examen subséquent (pour 1 000 examens)	S.O.	10,8	5,9	3,3	4,5	6,0	6,0	9,2 ^j	7,3	12,2	*	5,0	7,2
Pourcentage de biopsies ouvertes	S.O.	x	39,8	17,9	29,9	19,5	16,3	13,4 ⁱ	22,5	8,9	*	27,1	19,1
Taille de la tumeur cancéreuse envahissante détectée (%)^{cn0}													
≤15 mm	>50	x	63,0	*	63,3	57,5	57,5	*	63,6	63,2	*	61,5	60,4
Proportion des cas de cancer envahissant sans atteinte des ganglions (%)^{cnop}													
	>70	x	74,7	*	75,3	76,8	75,2	*	77,2	77,2	*	72,7	75,3
Taux de détection de cancers envahissants après l'examen (pour 10 000 années-personnes)^q													
0–12 mois	<6	*	6,8	*	5,8	9,2	8,0	*	8,0	5,4	*	7,0	7,5
12–24 mois	<12	*	12,5	*	16,3	11,9	10,4	*	16,2	9,4	*	7,5	11,7
Sensibilité du programme de mammographie de dépistage (%)^r													
Examens subséquents	S.O.	*	85,2	90,7	88,5	84,5	82,1	*	83,5	86,2	*	88,3	84,4

- a Les renseignements relatifs à l'Île-du-Prince-Édouard sont fondés sur des données ne figurant pas dans la BDCDCS et pourraient différer de ceux de rapports antérieurs.
- b Comprend les cas de cancer envahissant, *in situ* et non classifié. Ne comprend pas les cas de cancer bilatéral (cas de cancer bilatéral = C.-B. (20), Sask. (4), Man. (5), Ont. (86)).
- c Exclut les cas de cancer diagnostiqués plus de six mois après l'examen de dépistage.
- d Les données tirées du recensement de Statistique Canada estimées pour le 31 décembre 2008 sont utilisées pour les valeurs du dénominateur. Les cas prévalents de cancer du sein ont été exclus du dénominateur.
- e Les données des années de dépistage 2004 et 2005 ont été utilisées.
- f Les données de l'année de dépistage 2006 ont été utilisées.
- g Les Territoires du Nord-Ouest sont exclus de cette mesure, car les données relatives aux examens de dépistage subséquents réalisés en 2004 et en 2005 ne sont pas disponibles (le programme a débuté en 2004).
- h Le nombre total d'examens (initiaux et subséquents) où une anomalie a été détectée pour l'Île-du-Prince-Édouard est de 961.
- i Exclut les examens réalisés plus de six mois après l'examen de dépistage.
- j Les données du Québec sont fondées sur des données regroupées qui pourraient être calculées au moyen d'une méthode différente.
- k La biopsie des tissus ne comprend pas l'aspiration à l'aiguille. Le délai du diagnostic est calculé à partir de la date d'obtention des premiers résultats de la biopsie pathologique concernant le cancer du sein (exclut l'aspiration à l'aiguille et toutes les méthodes non concluantes) ou de la date de la dernière biopsie pathologique ou du dernier examen dont le résultat était bénin.
- l Comprend toutes les biopsies par forage et biopsies ouvertes dont le résultat était bénin (pourrait comprendre plusieurs examens par femme).
- m Les biopsies chirurgicales ouvertes comprennent les cas qui ont été traités directement au moyen d'une biopsie chirurgicale ouverte ainsi que ceux dont le résultat de la biopsie par forage a été non concluant avant l'obtention d'un diagnostic définitif par biopsie chirurgicale ouverte.
- n Les valeurs manquantes sont exclues des calculs. Elles sont exprimées en tant que proportion des cas de cancer envahissant détectés au cours de l'examen, toutes les données sur la taille de la tumeur ou le nombre de ganglions atteints étant incluses.
- o La Saskatchewan, le Manitoba et le Nouveau-Brunswick ont recours à un algorithme lié à une stadification concertée pour déterminer la taille de la tumeur et l'état des ganglions.
- p L'Ontario (2007–2008) et le Nouveau-Brunswick (2007) ne fournissent pas le nombre de ganglions atteints selon l'examen pathologique; le taux est calculé en fonction de la classification N des données relatives aux maladies.
- q Calculé en fonction des données sur toutes les femmes qui ont subi un examen de dépistage en 2004 et en 2005 et qui ont reçu un diagnostic de cancer après leur examen, de 2004 à 2007. Les cas de cancer détectés après un examen de dépistage comprennent tous les cas de cancer envahissant diagnostiqués moins de 24 mois après un examen dont le résultat était négatif ou bénin ou les cas de cancer détectés au cours d'un examen (sur recommandation d'un médecin) dont le diagnostic a été établi plus de six mois plus tard (au-delà de l'« épisode de dépistage normal »). Les cas de cancer détectés après un examen de dépistage comprennent aussi les cas de cancer détectés au cours d'un examen de dépistage recommandé à la suite d'un examen clinique des seins seulement. Cela touche les taux du Manitoba, de l'Ontario et de Terre-Neuve-et-Labrador. Cette méthode de calcul a été mise à jour en fonction de rapports antérieurs.
- r Calculé en fonction des données sur toutes les femmes qui ont subi un examen de dépistage en 2004 et en 2005 et qui ont reçu un diagnostic de cancer après leur examen, de 2004 à 2006. Les cas de cancer détectés après un examen de dépistage comprennent tous les cas de cancer envahissant ou de CCIS diagnostiqués moins de 12 mois après un examen dont le résultat était négatif ou bénin ou les cas de cancer détectés au cours d'un examen (sur recommandation d'un médecin) dont le diagnostic a été établi plus de six mois plus tard (au-delà de l'« épisode de dépistage normal »). Les cas de cancer détectés après un examen de dépistage comprennent aussi les cas de cancer détectés au cours d'un examen de dépistage recommandé à la suite d'un examen clinique des seins seulement. Cela touche les taux du Manitoba, de l'Ontario et de Terre-Neuve-et-Labrador.

Notes

- * Les provinces ou territoires visés sont exclus de cette mesure (renseignements non disponibles). Le total canadien ne comprend pas ces provinces ou territoires.
- x Les provinces ou territoires visés sont exclus de cette mesure en raison de valeurs faibles (numérateur < 5 ou dénominateur < 30). Le total canadien ne comprend pas ces provinces ou territoires.

TABLEAU 7

Indicateurs d'évaluation par groupe d'âge, années de dépistage 2007 et 2008

Indicateur	Cible	Groupe d'âge ^a				
		40-49	50-59	60-69	70+	Tous les âges
Nombre d'examens de dépistage^b						
	S.O.	268 956	1 105 609	782 889	223 310	2 380 764
Nombre d'examens de dépistage initiaux						
	S.O.	77 613	318 726	78 775	20 955	496 069
Nombre de cas de cancer^{bcde}						
	S.O.	561	4 486	4 780	1 767	11 594
Taux de participation au cours d'une période de 30 mois (%)^f						
	≥70	7,1	42,8	50,2	15,9	27,2
Taux de fidélisation (% d'examens subis dans les 30 mois suivant l'examen initial)^{gh}						
	≥75	70,1	70,2	68,2	45,9	68,3
Taux de fidélisation (% d'examens subis dans les 30 mois suivant un examen subséquent)^{egh}						
	≥90	82,0	80,6	81,7	62,0	77,3
Taux de dépistage annuel (% d'examens subis dans les 18 mois suivant l'examen initial)^{gi}						
	≥75	60,3	20,0	24,2	32,6	28,1
Taux de dépistage annuel (% d'examens subis dans les 18 mois suivant un examen subs.)^{gi}						
	≥90	75,9	22,7	22,9	30,5	29,6
Taux de rappel pour anomalie (%)^j						
Examen initial	<10	14,1	13,1	10,9	9,6	12,7
Examen subséquent	<5	6,6	6,2	5,8	5,3	6,0
Taux de détection de cancers envahissants (pour 1 000 examens)^{dek}						
Examen initial	>5	1,9	3,9	7,8	10,6	4,5
Examen subséquent	>3	1,2	2,8	4,7	6,3	3,7
Détection de cancers <i>in situ</i>^{dek}						
Examen initial (pour 1 000 examens) ^l	S.O.	1,2	1,2	1,4	1,6	1,2
Pourcentage de cancers <i>in situ</i> ^l	S.O.	38,7	23,4	15,5	12,8	21,7
Examen subséquent (pour 1 000 examens)	S.O.	0,5	0,8	1,1	1,1	0,9
Pourcentage de cancers <i>in situ</i>	S.O.	28,9	22,1	18,4	15,1	19,4

Indicateur	Cible	Groupe d'âge ^a				
		40-49	50-59	60-69	70+	Tous les âges
Intervalle diagnostique (%)						
Communication des résultats dans les deux semaines suivant l'examen ^m	≥90	94,3	94,9	95,6	95,6	95,1
Réalisation de la première évaluation diagnostique dans un délai de trois semaines ^{no}	≥90	59,1	58,7	60,9	66,7	60,0
Diagnostic définitif (sans biopsie des tissus) dans un délai de cinq semaines ^{nop}	≥90	75,7	75,8	77,2	81,1	76,5
Diagnostic définitif (avec biopsie des tissus) dans un délai de sept semaines ^{enop}	≥90	45,8	46,2	50,0	55,1	48,2
Valeur prédictive positive du programme de mammographie de dépistage (%)^{cde}						
Examen initial	≥5	2,2	4,0	8,6	13,3	4,6
Examen subséquent	≥6	2,6	5,8	10,0	14,1	7,8
Taux de biopsies bénignes^{oqr}						
Examen initial (pour 1 000 examens) ^c	S.O.	21,7	18,9	15,9	12,7	18,6
Pourcentage de biopsies ouvertes ^e	S.O.	22,2	15,7	16,9	15,1	17,1
Examen subséquent (pour 1 000 examens)	S.O.	7,0	7,2	7,1	5,6	7,0
Pourcentage de biopsies ouvertes ^e	S.O.	30,2	19,9	18,2	23,3	20,6
Taille de la tumeur cancéreuse envahissante détectée (%)^{dest}						
≤15 mm	>50	61,1	59,1	61,6	64,0	61,3
Proportion des cas de cancer envahissant sans atteinte des ganglions (%)^{detuv}						
	>70	72,7	72,6	77,7	78,4	75,9
Taux de détection de cancers envahissants après l'examen (pour 10 000 années-personnes)^{wx}						
0-12 mois	<6	6,5	6,8	8,5	8,7	7,5
12-24 mois	<12	11,3	11,3	12,4	15,5	12,2
Sensibilité du programme de mammographie de dépistage^{yz}						
Examen subséquent	S.O.	68,1	82,9	85,6	87,8	84,1

- a L'Île-du-Prince-Édouard est exclue pour tous les groupes d'âge, à moins d'indication contraire (renseignements non disponibles).
- b L'Île-du-Prince-Édouard est incluse dans cet indicateur.
- c Comprend les cas de cancer envahissant, *in situ* et non classifié. Ne comprend pas les cas de cancer bilatéral (cas de cancer bilatéral = 40-49 (8), 50-59 (59), 60-69 (56), 70 + (28)).
- d Exclut les cas de cancer diagnostiqués plus de six mois après l'examen de dépistage.
- e Les Territoires du Nord-Ouest sont exclus de cette mesure en raison de valeurs faibles ou de la date de début du programme (2004).
- f Les données tirées du recensement de Statistique Canada estimées pour le 31 décembre 2008 sont utilisées pour les valeurs du dénominateur. Les cas prévalents de cancer du sein ont été exclus du dénominateur.
- g Dans les cas d'examens de dépistage multiples, c'est le dernier examen parmi la population cible qui est utilisé (40-49, 50-69 et 70 +).
- h Les données des années de dépistage 2004 et 2005 ont été utilisées.
- i Les données de l'année de dépistage 2006 ont été utilisées.
- j Nombre total d'examens (initiaux et subséquents) où une anomalie a été détectée pour l'Île-du-Prince-Édouard : 40-49 = 490, 50-59 = 564, 60-69 = 397, 70 + = 184.
- k L'Alberta n'a pas été incluse dans l'analyse, car ses données n'étaient pas disponibles.
- l Terre-Neuve-et-Labrador est exclue de cette mesure en raison de valeurs faibles.
- m La Saskatchewan, le Québec, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick sont exclus de cette mesure, car leurs données n'étaient pas disponibles.
- n Exclut les examens réalisés plus de six mois après l'examen de dépistage.
- o Les données du Québec sont fondées sur des données regroupées qui pourraient être calculées au moyen d'une méthode différente.
- p La biopsie des tissus ne comprend pas l'aspiration à l'aiguille. Le délai du diagnostic est calculé à partir de la date d'obtention des premiers résultats de la biopsie pathologique concernant le cancer du sein (exclut l'aspiration à l'aiguille et toutes les méthodes non concluantes) ou de la date de la dernière biopsie pathologique ou du dernier examen dont le résultat était bénin.
- q Comprend toutes les biopsies par forage et biopsies ouvertes dont le résultat était bénin (pourrait comprendre plusieurs examens par femme).
- r 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 de la biopsie par forage a été non concluant avant l'obtention d'un diagnostic définitif par biopsie chirurgicale ouverte.
- s L'Alberta, le Québec et l'Ontario (données partielles disponibles) ont été exclus de cette mesure, car leurs données n'étaient pas disponibles.
- t Les valeurs manquantes sont exclues des calculs. Elles sont exprimées en tant que proportion des cas de cancer envahissant détectés au cours de l'examen, toutes les données sur la taille de la tumeur ou le nombre de ganglions atteints étant incluses.
- u L'Alberta et le Québec ont été exclus de cette mesure, car leurs données n'étaient pas disponibles.
- v L'Ontario (2007-2008) et le Nouveau-Brunswick (2007) ne fournissent pas le nombre de ganglions atteints selon l'examen pathologique; le taux est calculé en fonction de la classification N des données relatives aux maladies.
- w Les Territoires du Nord-Ouest, l'Alberta, le Québec et l'Île-du-Prince-Édouard ont été exclus de cette mesure, car leurs données n'étaient pas disponibles.
- x Calculé en fonction des données sur toutes les femmes qui ont subi un examen de dépistage en 2004 et en 2005 et qui ont reçu un diagnostic de cancer après leur examen, de 2004 à 2007. Les cas de cancer détectés après un examen de dépistage comprennent tous les cas de cancer envahissant diagnostiqués moins de 24 mois après un examen dont le résultat était négatif ou bénin ou les cas de cancer détectés au cours d'un examen (sur recommandation d'un médecin) dont le diagnostic a été établi plus de six mois plus tard (au-delà de l'« épisode de dépistage normal »). Les cas de cancer détectés après un examen de dépistage comprennent aussi les cas de cancer détectés au cours d'un examen de dépistage recommandé à la suite d'un examen clinique des seins seulement. Cette méthode de calcul a été mise à jour en fonction de rapports antérieurs.
- y Les Territoires du Nord-Ouest, le Québec et l'Île-du-Prince-Édouard ont été exclus de cette mesure, car leurs données n'étaient pas disponibles.
- z Calculé en fonction des données sur toutes les femmes qui ont subi un examen de dépistage en 2004 et en 2005 et qui ont reçu un diagnostic de cancer après leur examen, de 2004 à 2006. Les cas de cancer détectés après un examen de dépistage comprennent tous les cas de cancer envahissant ou de CCIS diagnostiqués moins de 12 mois après un examen dont le résultat était négatif ou bénin ou les cas de cancer détectés au cours d'un examen (sur recommandation d'un médecin) dont le diagnostic a été établi plus de six mois plus tard (au-delà de l'« épisode de dépistage normal »). Les cas de cancer détectés après un examen de dépistage comprennent aussi les cas de cancer détectés au cours d'un examen de dépistage recommandé à la suite d'un examen clinique des seins seulement.

TABLEAU 8

Indicateurs d'évaluation par année, femmes âgées de 50 à 69 ans

Indicateur	Cible	Année de dépistage ^a					
		2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre d'examens de dépistage^b							
	S.O.	699 507	765 388	823 071	908 763	979 735	1 041 203
Nombre d'examens de dépistage initiaux							
	S.O.	162 551	172 647	187 519	197 101	200 400	196 187
Nombre de cas de cancer^{bcde}							
	S.O.	3 449	3 732	4 012	4 511	4 755	S.O. ^d
Taux de participation au cours d'une période de 30 mois (%)^{gh}							
	≥70	38,3	40,0	42,0	43,9	45,8	47,3
Taux de fidélisation (% d'examens subis dans les 30 mois suivant l'examen initial)							
	≥75	69,5	70,1	S.O. ^f	S.O. ^f	S.O. ^f	S.O. ^f
Taux de fidélisation (% d'examens subis dans les 30 mois suivant un examen subséquent)^e							
	≥90	78,9	82,6	S.O. ^f	S.O. ^f	S.O. ^f	S.O. ^f
Taux de dépistage annuel (% d'examens subis dans les 18 mois suivant l'examen initial)							
	≥75	17,2	19,1	20,8	S.O. ^f	S.O. ^f	S.O. ^f
Taux de dépistage annuel (% d'examens subis dans les 18 mois suivant un examen subséquent)							
	≥90	21,4	21,3	22,8	S.O. ^f	S.O. ^f	S.O. ^f
Taux de rappel pour anomalie (%)ⁱ							
Examen initial	<10	12,2	12,2	12,2	12,5	12,8	S.O. ^f
Examen subséquent	<5	6,4	6,0	6,0	5,9	6,1	S.O. ^f
Taux de détection de cancers envahissants (pour 1 000 examens)^{dej}							
Examen initial	>5	4,6	4,4	4,8	4,5	4,8	S.O. ^f
Examen subséquent	>3	3,6	3,7	3,7	3,8	3,5	S.O. ^f
Détection de cancers <i>in situ</i>^{dej}							
Examen initial (pour 1 000 examens) ^k	S.O.	1,3	1,2	1,1	1,2	1,3	S.O. ^f
Pourcentage de cancers <i>in situ</i> ^k	S.O.	22,0	21,5	19,1	20,8	21,1	S.O. ^f
Examen subséquent (pour 1 000 examens)	S.O.	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9	S.O. ^f
Pourcentage de cancers <i>in situ</i>	S.O.	21,9	20,2	19,0	19,3	20,5	S.O. ^f

Indicateur	Cible	Année de dépistage ^a					
		2004	2005	2006	2007	2008	2009
Intervalle diagnostique (%)							
Communication des résultats dans les deux semaines suivant l'examen ^f	≥90	96,9	96,1	95,7	95,2	95,2	S.O. ^f
Réalisation de la première évaluation diagnostique dans un délai de trois semaines ^{mn}	≥90	61,0	60,4	59,7	61,1	58,0	S.O. ^f
Diagnostic définitif (sans biopsie des tissus) dans un délai de cinq semaines ^{mno}	≥90	77,4	77,4	76,9	77,0	75,6	S.O. ^f
Diagnostic définitif (avec biopsie des tissus) dans un délai de sept semaines ^{emno}	≥90	49,5	47,7	46,3	47,3	48,1	S.O. ^f
Valeur prédictive positive du programme de mammographie de dépistage (%)^{cde}							
Examen initial	≥5	4,9	4,6	4,9	4,7	4,9	S.O. ^f
Examen subséquent	≥6	7,3	7,8	7,7	8,1	7,4	S.O. ^f
Taux de biopsies bénignes^{npq}							
Examen initial (pour 1 000 examens) ^c	S.O.	17,7	17,2	17,8	18,4	18,2	S.O. ^f
Pourcentage de biopsies ouvertes ^e	S.O.	24,5	21,3	18,5	16,9	15,0	S.O. ^f
Examen subséquent (pour 1 000 examens)	S.O.	8,0	7,1	7,0	7,2	7,1	S.O. ^f
Pourcentage de biopsies ouvertes ^e	S.O.	29,4	27,2	24,4	20,3	17,9	S.O. ^f
Taille de la tumeur cancéreuse envahissante détectée (%)^{ders}							
≤15 mm	>50	63,9	63,6	62,6	60,2	60,8	S.O. ^f
Proportion des cas de cancer envahissant sans atteinte des ganglions (%)^{destu}							
	>70	74,0	74,3	73,4	74,4	76,3	S.O. ^f
Taux de détection de cancers envahissants après l'examen (pour 10 000 années-personnes)^{vw}							
0–12 mois	<6	7,5	7,5	S.O. ^f	S.O. ^f	S.O. ^f	S.O. ^f
0–12 mois	<12	11,6	11,8	S.O. ^f	S.O. ^f	S.O. ^f	S.O. ^f
Sensibilité du programme de mammographie de dépistage^{xy}							
Examen subséquent	S.O.	84,0	84,7	S.O. ^f	S.O. ^f	S.O. ^f	S.O. ^f

- a L'Île-du-Prince-Édouard est exclue pour toutes les années, sauf 2004, à moins d'indication contraire (renseignements non disponibles).
- b L'Île-du-Prince-Édouard est incluse dans cet indicateur pour toutes les années.
- c Comprend les cas de cancer envahissant, *in situ* et non classifié. Ne comprend pas les cas de cancer bilatéral (cas de cancer bilatéral : 2004 = 22 , 2005 = 30, 2006 = 27, 2007 = 38 , 2008 = 77).
- d Exclut les cas de cancer diagnostiqués plus de six mois après l'examen de dépistage.
- e Les Territoires du Nord-Ouest sont exclus de cette mesure en raison de valeurs faibles ou de la date de début du programme (2004).
- f On n'a pas eu suffisamment de temps pour faire un suivi adéquat afin de s'assurer que les données sont complètes.
- g Le taux de participation a été calculé par intervalles de deux ans (30 mois) en raison du rappel aux deux ans (années de dépistage 2003–2004, 2004–2005, 2005–2006, 2006–2007, 2007–2008, 2008–2009).
- h Les données tirées du recensement de Statistique Canada estimées pour le 31 décembre 2008 sont utilisées pour les valeurs du dénominateur. Les cas prévalents de cancer du sein ont été exclus du dénominateur.
- i Nombre total d'examens (initiaux et subséquents) où une anomalie a été détectée pour l'Île-du-Prince-Édouard : 2005 = 604, 2006 = 518, 2007 = 444, 2008 = 517.
- j L'Alberta a été exclue de cette mesure de 2005 à 2008, car ses données n'étaient pas disponibles pour cette période.
- k Terre-Neuve-et-Labrador est exclue de cette mesure (2007–2008) en raison de valeurs faibles.
- l La Saskatchewan, le Québec, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick sont exclus de cette mesure, car leurs données n'étaient pas disponibles.
- m Exclut les examens réalisés plus de six mois après l'examen de dépistage.
- n Les données du Québec sont fondées sur des données regroupées qui pourraient être calculées au moyen d'une méthode différente.
- o La biopsie des tissus ne comprend pas l'aspiration à l'aiguille. Le délai du diagnostic est calculé à partir de la date d'obtention des premiers résultats de la biopsie pathologique concernant le cancer du sein (exclut l'aspiration à l'aiguille et toutes les méthodes non concluantes) ou de la date de la dernière biopsie pathologique ou du dernier examen dont le résultat était bénin.
- p Comprend toutes les biopsies par forage et biopsies ouvertes dont le résultat était bénin (pourrait comprendre plusieurs examens par femme).
- q 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 de la biopsie par forage a été non concluant avant l'obtention d'un diagnostic définitif par biopsie chirurgicale ouverte.
- r Exclut l'Alberta (2005–2008) , l'Ontario (données partielles disponibles) et le Québec (2007–2008), car leurs données n'étaient pas disponibles.
- s Les valeurs manquantes sont exclues des calculs. Elles sont exprimées en tant que proportion des cas de cancer envahissant détectés au cours de l'examen, toutes les données sur la taille de la tumeur ou le nombre de ganglions atteints étant incluses.
- t L'Alberta et le Québec ont été exclus de cette mesure, car leurs données n'étaient pas disponibles.
- u L'Ontario (2007–2008) et le Nouveau-Brunswick (2004–2007) ne fournissent pas toutes les données sur le nombre de ganglions atteints selon l'examen pathologique; le taux est calculé en fonction de la classification N des données relatives aux maladies.
- v Les Territoires du Nord-Ouest, l'Alberta, le Québec et l'Île-du-Prince-Édouard ont été exclus de cette mesure, car leurs données n'étaient pas disponibles.
- w Calculé en fonction des données sur toutes les femmes qui ont subi un examen de dépistage en 2004 et en 2005 et qui ont reçu un diagnostic de cancer après leur examen, de 2004 à 2007. Les cas de cancer détectés après un examen de dépistage comprennent tous les cas de cancer envahissant diagnostiqués moins de 24 mois après un examen dont le résultat était négatif ou bénin ou les cas de cancer détectés au cours d'un examen (sur recommandation d'un médecin) dont le diagnostic a été établi plus de six mois plus tard (au-delà de l'« épisode de dépistage normal »). Les cas de cancer détectés après un examen de dépistage comprennent aussi les cas de cancer détectés au cours d'un examen de dépistage recommandé à la suite d'un examen clinique des seins seulement. Cette méthode de calcul a été mise à jour en fonction de rapports antérieurs.
- x Les Territoires du Nord-Ouest, le Québec et l'Île-du-Prince-Édouard ont été exclus de cette mesure, car leurs données n'étaient pas disponibles.
- y Calculé en fonction des données sur toutes les femmes qui ont subi un examen de dépistage en 2004 et en 2005 et qui ont reçu un diagnostic de cancer après leur examen, de 2004 à 2006. Les cas de cancer détectés après un examen de dépistage comprennent tous les cas de cancer envahissant ou de CCIS diagnostiqués moins de 12 mois après un examen dont le résultat était négatif ou bénin ou les cas de cancer détectés au cours d'un examen (sur recommandation d'un médecin) dont le diagnostic a été établi plus de six mois plus tard (au-delà de l'« épisode de dépistage normal »). Les cas de cancer détectés après un examen de dépistage comprennent aussi les cas de cancer détectés au cours d'un examen de dépistage recommandé à la suite d'un examen clinique des seins seulement.

Notes

1. Les chiffres ont été mis à jour et pourraient légèrement différer de ceux de rapports antérieurs.

SUJET SPÉCIAL

Tendances dans la performance en matière de dépistage organisé du cancer du sein au Canada

L'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS) rend compte des résultats liés au dépistage du cancer du sein depuis l'an 2000 et sur l'expérience des femmes depuis 1996. Depuis ce temps, la capacité de l'ICDCS de rendre compte sur des indicateurs a augmenté de façon importante. Les définitions des indicateurs d'évaluation ont été modifiées pour faire état des pratiques, des méthodes statistiques et des normes internationales actuelles en matière de dépistage. L'ICDCS peut maintenant présenter les progrès qui ont été accomplis au fil du temps en matière de dépistage organisé du cancer du sein dans l'ensemble des provinces et dans un territoire.

Méthodes

La performance en matière de dépistage du cancer du sein a été analysée selon des objectifs et des indicateurs d'évaluation canadiens. Les méthodes utilisées pour les calculs sont bien documentées ailleurs.¹² Les données de 1999 à 2008 ont été analysées au moyen du logiciel SAS 9.1, plateforme Enterprise Guide 4.1.

Les données portent sur les indicateurs suivants : taux de participation, taux de fidélisation, taux de rappel pour anomalie, intervalle diagnostique, taux de détection de cancers envahissants et *in situ*, pourcentage de cancers qui sont des carcinomes canalaire *in situ* (CCIS), proportion de petites tumeurs envahissantes et taux de cancers sans atteinte ganglionnaire. Chaque indicateur a été calculé pour le groupe des femmes de 50 à 69 ans sans antécédents de cancer du sein. Pour la plupart des indicateurs, la moyenne canadienne, l'objectif et l'écart entre les provinces (le taux le plus élevé et le taux le plus bas) sont présentés pour chaque période. L'écart entre les provinces peut concerner différentes provinces au cours des périodes.

Les valeurs de 5 et moins pour le numérateur et de 30 et moins pour le dénominateur ont été éliminées des résultats pour assurer la confidentialité et améliorer la stabilité statistique. Toutefois, il peut y avoir des fluctuations importantes dans les taux et les proportions des régions comptant de petites populations selon les variations absolues. Ce phénomène s'observe notamment dans les données sur la détection du cancer.

Les données sont présentées sous forme de taux et de chiffres bruts représentant la population canadienne réelle visée par le dépistage organisé. Elles ne sont donc peut-être pas comparables à celles concernant l'ensemble de la population canadienne ou provenant d'autres pays qui ont été normalisées selon l'âge. Cependant, cette méthode permet de faire des comparaisons avec les données des rapports bisannuels précédents et de faire état des chiffres réels des programmes organisés de dépistage au fil du temps.

Taux de participation

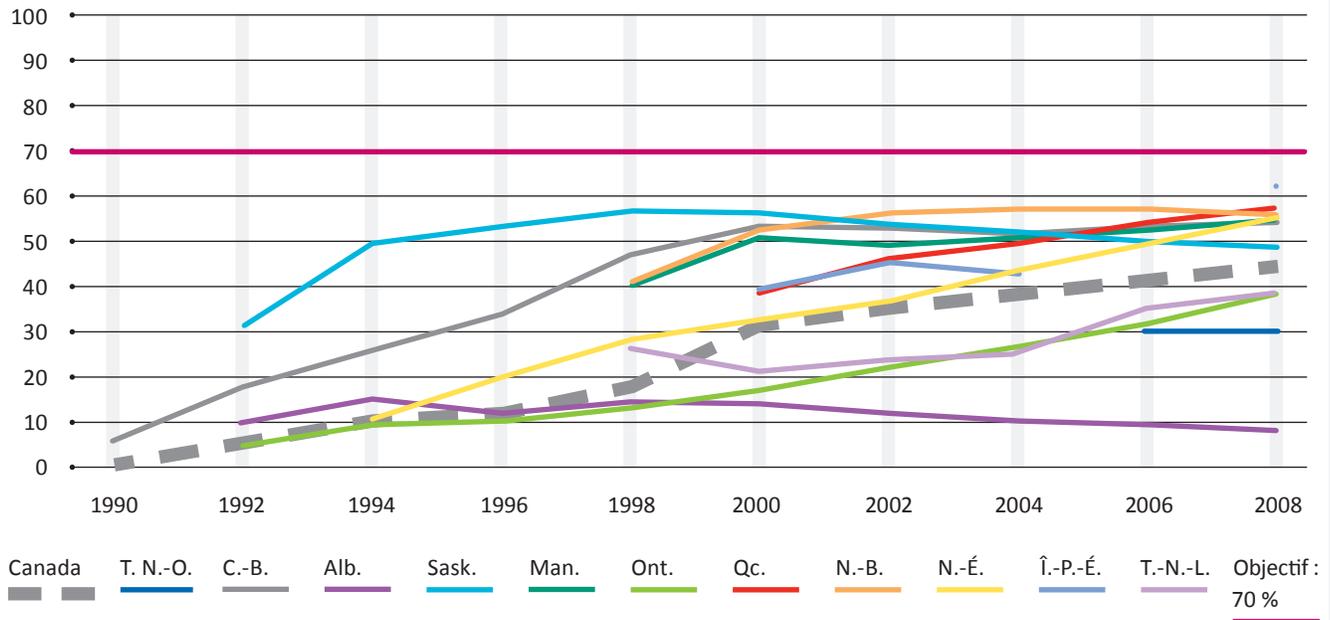
• *Pourcentage de femmes ayant subi une mammographie de dépistage (au cours d'une période de 30 mois) exprimé sous forme de proportion de la population cible.*

Le taux de participation au dépistage est important pour estimer indirectement et à court terme les autres avantages liés à la participation : réduction de la morbidité et de la mortalité^{9,15}. La participation au dépistage organisé du cancer du sein au Canada a débuté en Colombie-Britannique en 1988, et la plupart des autres provinces et territoires ont rapidement emboîté le pas. La participation globale atteint 44,6 % de la population admissible pour la période visée par le rapport (2007–2008).

La plupart des programmes ont choisi d'augmenter graduellement leur capacité, ce qui s'est traduit par une augmentation de la participation. Les taux de participation aux différents programmes pour la période 2007–2008 vont de 8,3 % à 62,2 %. On observe que le taux de participation n'atteint toujours pas l'objectif établi de 70 %. Cet état de fait est principalement dû au recours constant au dépistage opportuniste. Dans bon nombre de provinces et territoires, le taux de participation s'établit à près de 70 % lorsque l'on tient compte de la mammographie bilatérale sans égard au fait que le dépistage était organisé ou opportuniste (figure 5 du rapport principal).⁵

Participation à un programme organisé de dépistage du cancer du sein, dans un délai de 30 mois, femmes âgées de 50 à 69 ans (années de dépistage de 1989 à 2008)

Taux de participation (%)



Notes

- *Les données de l'Alberta ont été obtenues exclusivement grâce au programme de dépistage du cancer du sein Screen Test. Dans la province, de 10 à 12 % des mammographies de dépistage sont réalisées dans le cadre de ce programme. Le programme provincial de dépistage du cancer du sein a été mis en œuvre en mars 2007.
- L'information pour l'Île du Prince Édouard en 2008 était fondée sur des données extérieures à la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein et peut être différente des rapports précédents.
- Les estimations (dénominateurs) relatives à la population ne sont pas ajustées de façon à exclure les cas prévalents de cancer du sein invasif.

Taux de fidélisation

- *Pourcentage estimé de femmes de 50 à 67 ans qui subissent un autre test de dépistage dans les 30 mois suivants.*

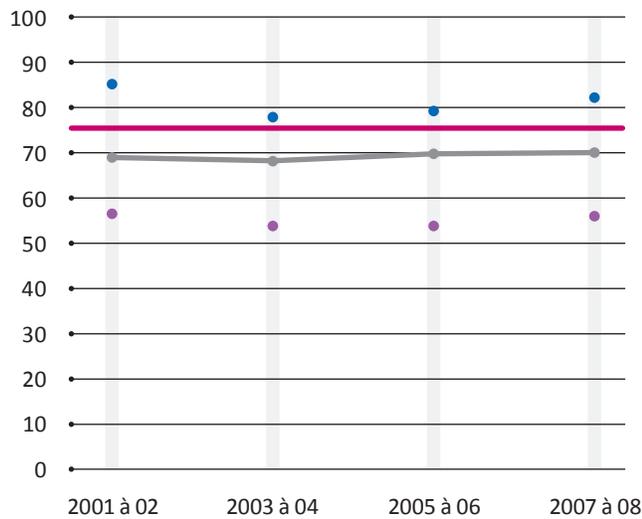
La fidélisation au dépistage est très importante, car le dépistage ne procure des avantages que lorsque les mammographies sont réalisées de façon répétée et régulière. La fidélisation au dépistage organisé du cancer du sein varie systématiquement entre le groupe des femmes qui ont subi un premier dépistage et celui des femmes qui en ont subi deux ou plus (femmes ayant subi des dépistages subséquents). Ces dernières sont plus susceptibles de continuer à passer des tests de dépistage dans l'avenir que celles dont c'est le premier dépistage.^{13,14}

À l'échelle du Canada, le taux de fidélisation des nouvelles participantes aux programmes de dépistage organisé du cancer du sein atteint près de 70 % pour toutes les périodes visées par le rapport; toutefois, les différences entre les programmes sont très importantes, les taux allant de 55,7 % à 81,8 % pour la période la plus récente.

Le taux de fidélisation des femmes qui subissent un test de dépistage subséquent est élevé; plus de 80 % d'entre elles se soumettent au cycle de dépistage suivant. À cet égard, on observe quelques différences entre les programmes, les taux de fidélisation sur 30 mois allant de 73,1 % à 85,9 %. Ces taux sont les mêmes pour l'ensemble des périodes visées par le rapport.

Probabilité que les femmes ayant subi un examen initial subissent un examen subséquent dans un délai de 30 mois (années de dépistage de 1999 à 2006)

Taux de fidélisation (%)

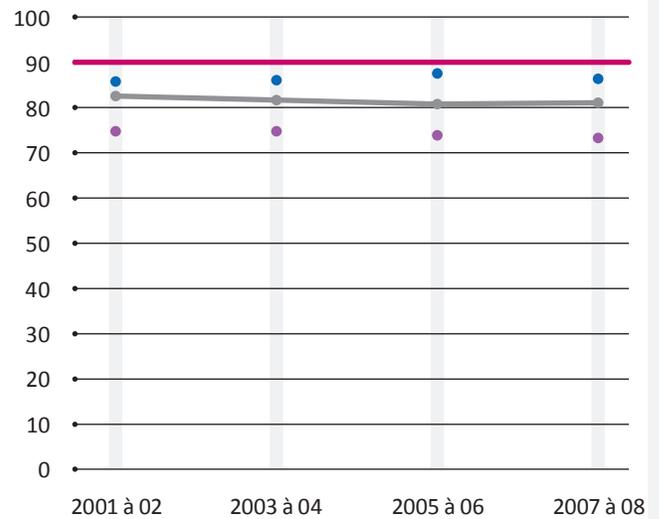


Taux de fidélisation le plus élevé (points bleus), Canada (ligne grise), Taux de fidélisation le plus faible (points violets)

Cible : $\geq 75\%$ ont subi un examen subséquent dans les 30 mois suivant l'examen initial

Probabilité que les femmes ayant subi un examen subséquent subissent un autre examen dans un délai de 30 mois (années de dépistage de 1999 à 2006)

Taux de fidélisation (%)



Taux de fidélisation le plus élevé (points bleus), Canada (ligne grise), Taux de fidélisation le plus faible (points violets)

Cible : $\geq 90\%$ ont subi un examen dans les 30 mois suivant un examen subséquent

* L'écart entre les provinces peut concerner différentes provinces au cours des périodes.

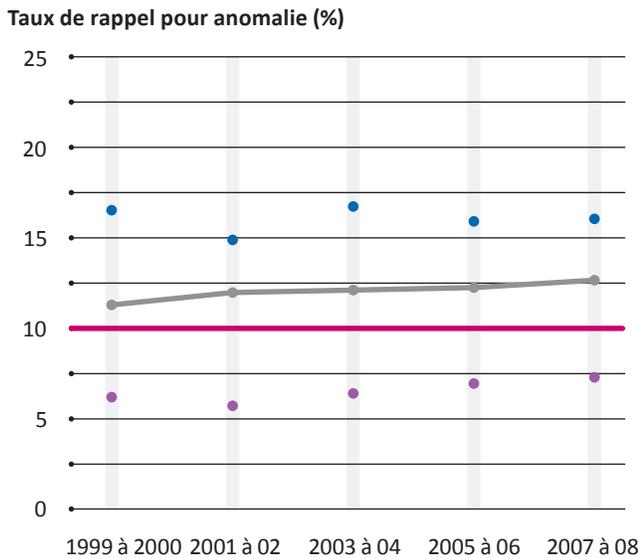
Taux de rappel pour anomalie

- *Pourcentage de mammographies définies comme anormales dans le cadre du programme de dépistage.*

Le taux de rappel pour anomalie constitue un indicateur important de la qualité de l'image et de l'interprétation de la mammographie. Un taux élevé de rappel pour anomalie peut accroître le taux de faux positifs et se traduire par la réalisation de tests non nécessaires, alors qu'un faible taux peut réduire le taux de détection de cancers et se traduire par un nombre accru de cancers détectés après le dépistage.⁷

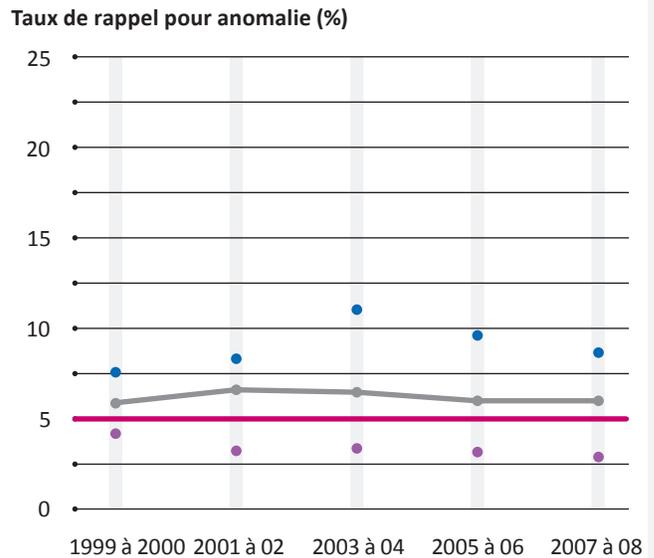
Au Canada, le taux de rappel pour anomalie est remarquablement stable d'une période à l'autre, se situant à près de 12 % chez les femmes ayant subi un dépistage initial et à 6 % chez les femmes ayant subi un dépistage subséquent. Il y a peu de différences entre les taux d'un même programme, mais de grandes variations entre les différents programmes. On observe plusieurs valeurs élevées, ce qui démontre la difficulté que connaissent les petites régions lorsqu'un changement mineur dans le nombre absolu de mammographies de dépistages anormales se traduit par une valeur encore plus marquée comparativement aux autres régions.

Taux de rappel pour anomalie chez les femmes ayant subi un examen initial, femmes âgées de 50 à 69 ans (années de dépistage de 1999 à 2008)



Taux de rappel pour anomalie le plus élevé
 ● ● ●
 Canada —
 Taux de rappel pour anomalie le plus faible
 ● ● ●
 Cible : < 10%

Taux de rappel pour anomalie chez les femmes ayant subi un examen subséquent, femmes âgées de 50 à 69 ans (années de dépistage de 1999 à 2008)



Taux de rappel pour anomalie le plus élevé
 ● ● ●
 Canada —
 Taux de rappel pour anomalie le plus faible
 ● ● ●
 Cible : < 5%

* L'écart entre les provinces peut concerner différentes provinces au cours des périodes.

Intervalle diagnostique

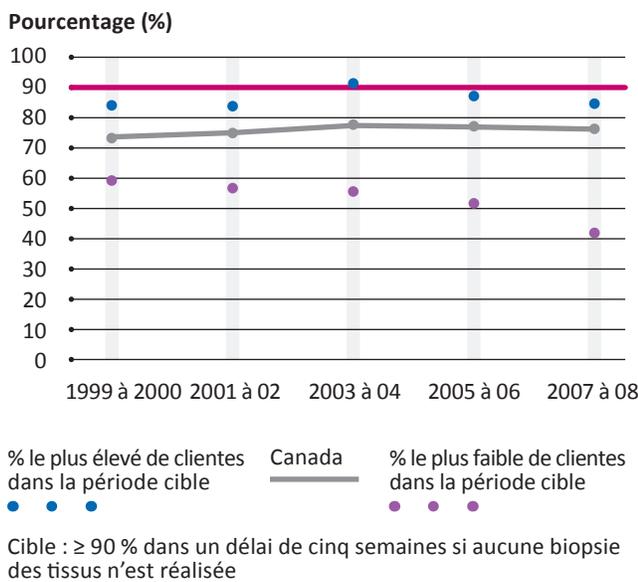
• *Période entre le dépistage anormal et le diagnostic définitif.*

Des intervalles diagnostiques trop longs peuvent contribuer à de mauvais résultats en permettant à la maladie de progresser durant l'attente d'un test de diagnostic.^{6,11} De plus, les périodes d'attente de toute sorte peuvent créer de l'anxiété chez les femmes et leur famille, même lorsque les résultats indiquent l'absence de cancer.^{8,10}

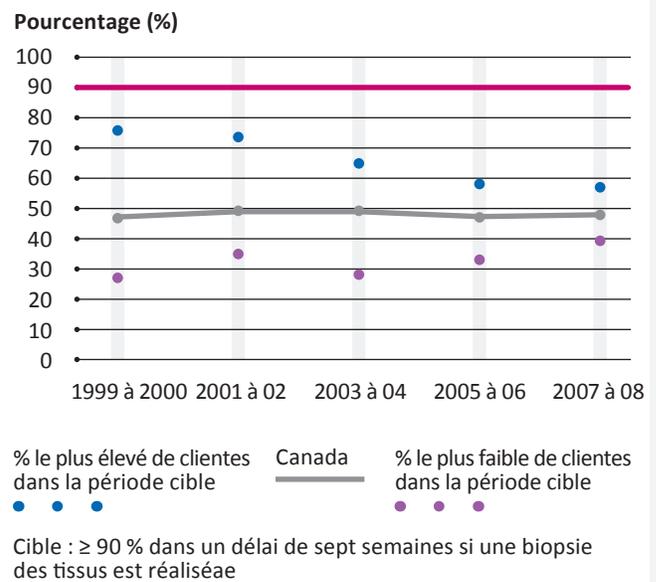
La capacité de parvenir rapidement à la résolution d'une mammographie de dépistage anormale varie selon le type de test diagnostique requis : les tests effractifs (biopsie par forage ou ouverte, ou ponction à l'aiguille fine) demandent plus de temps que les tests non effractifs (mammographie diagnostique, échographie ou autres méthodes d'imagerie). Les objectifs actuels sont la résolution de 90 % des mammographies de dépistage anormales dans un délai de cinq semaines (méthodes non effractives) ou dans un délai de sept semaines (méthodes effractives).

Les données des programmes indiquent invariablement des intervalles plus courts que ceux fixés dans les objectifs (lien vers le document sur les indicateurs d'évaluation) pour l'ensemble des périodes visées, et ce, tant pour les cas nécessitant une méthode effractive que pour ceux demandant une méthode non effractive. Pour ces derniers, on a observé une légère amélioration quant au taux de femmes n'ayant pas eu à subir de biopsie des tissus (celui-ci étant passé de 73,3 % à 76,3 %) et dont le diagnostic a été résolu dans un délai de cinq semaines. Toutefois, les variations vont de 41,7 % (2007–2008) à 91,0 % (2003–2004). Dans les cas nécessitant une méthode effractive, près de 50 % des femmes ont vu leur diagnostic résolu dans un délai de sept semaines pour l'ensemble des périodes. En 2007–2008, les taux entre les provinces et territoires vont de 39,0 % à 56,7 %. Depuis 1999–2000, les résultats des provinces se sont rapprochés de la moyenne, ce qui produit un effet d'entonnoir sur le graphique.

Proportion de femmes dont le résultat de la mammographie était anormal et qui ont reçu un traitement dans un délai de cinq semaines (aucune biopsie des tissus requise), femmes âgées de 50 à 69 ans, années de dépistage de 1999 à 2008



Proportion de femmes dont le résultat de la mammographie était anormal et qui ont reçu un traitement dans un délai de sept semaines (biopsie des tissus requise), femmes âgées de 50 à 69 ans, années de dépistage de 1999 à 2008



* L'écart entre les provinces peut concerner différentes provinces au cours des périodes.

Détection du cancer

Taux de détection de cancers envahissants

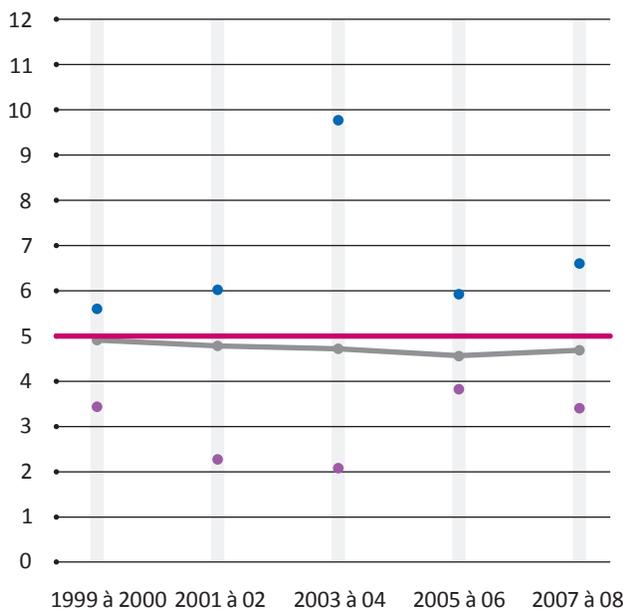
- Nombre de cancers envahissants détectés par 1 000 dépistages.

Le taux de cancers envahissants détectés par 1 000 dépistages au Canada est demeuré constant au cours des dix dernières années, se situant autour de 4,2 à 4,6 cas par 1 000 dépistages. Les différences observées entre les programmes chez les femmes qui subissent un dépistage initial semblent être liées au faible nombre de dépistages et de cancers détectés dans les petites régions. Le taux de

détection de cancers exceptionnellement élevé observé en 2003–2004 était probablement associé à une variation statistique dans une petite région, ce que les données subséquentes semblent confirmer : ce taux n’a pas été enregistré au cours des années suivantes (voir l’annexe E). Chez les femmes qui ont fait l’objet d’un dépistage subséquent, le taux de détection de cancers envahissants est un peu plus faible en raison du retrait de la population des cas prévalents de cancer, mais il est demeuré stable se situant de 3,4 à 3,8 cas par 1 000 dépistages.

Taux de cancers envahissants chez les femmes ayant subi un examen initial, femmes âgées de 50 à 69 ans (années de dépistage de 1999 à 2008)

Taux pour 1 000



Taux de détection de cancers envahissants le plus élevé

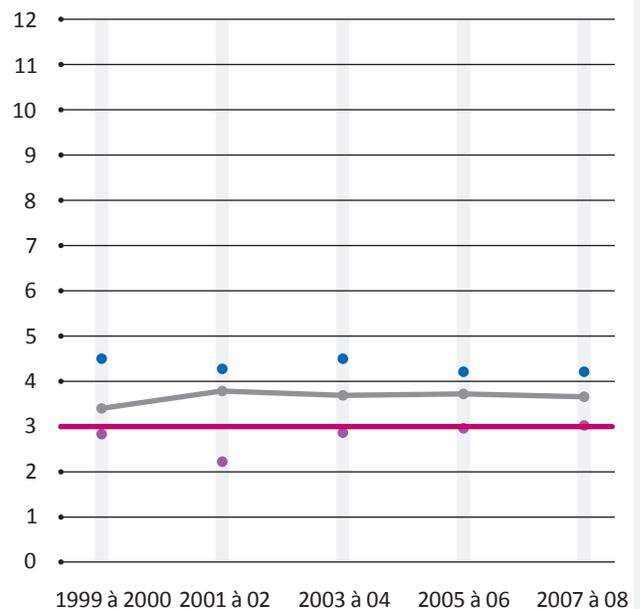
Canada

Taux de détection de cancers envahissants le plus faible

Cible : > 5,0 pour 1 000 examens

Taux de cancers envahissants chez les femmes ayant subi un examen subséquent, femmes âgées de 50 à 69 ans (années de dépistage de 1999 à 2008)

Taux pour 1 000



Taux de détection de cancers envahissants le plus élevé

Canada

Taux de détection de cancers envahissants le plus faible

Cible : > 3,0 pour 1 000 examens

* L'écart entre les provinces peut concerner différentes provinces au cours des périodes.

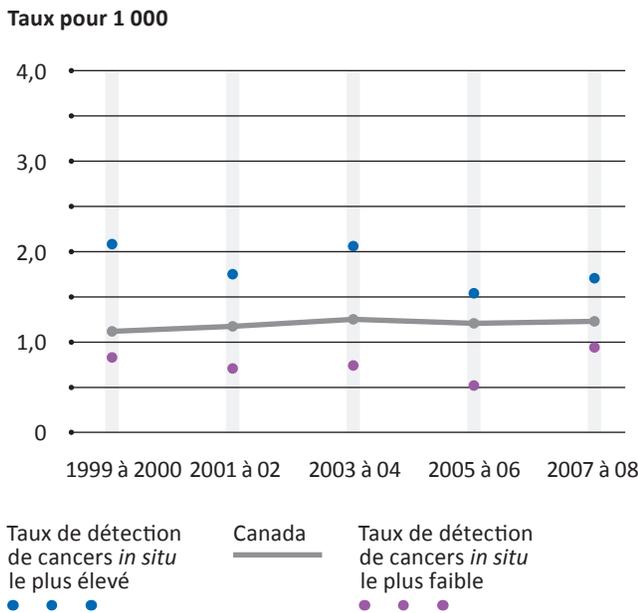
Taux de détection de cancers *in situ*

- Nombre de carcinomes canauxaires *in situ* (CCIS) détectés par 1 000 dépistages.

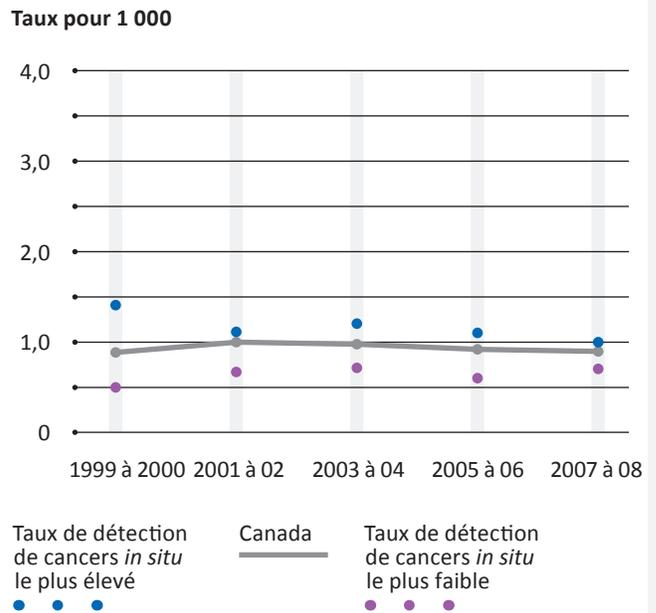
Le taux de cancers *in situ* détectés par dépistage au Canada est demeuré constant au cours des dix dernières années, se situant autour de 1,1 à 1,3 cas par 1 000 dépistages. Les différences observées entre les programmes chez les femmes ayant subi un dépistage initial semblent être liées au faible nombre de dépistages

et de cancers détectés dans les petites régions, malgré le retrait de plusieurs points de données résultant de très petits nombres. Les taux de détection de cancers *in situ* chez les femmes ayant subi un dépistage subséquent est semblable à celui observé chez les femmes ayant subi un dépistage initial : le retrait des cas prévalents de cancers *in situ* ne devrait pas influencer sur ce taux, car il s'agit de cancers à leur premier stade de développement. Les taux à l'échelle du Canada au cours de la période vont de 0,9 à 1,0 cas par 1 000 dépistages.

Taux de cancers *in situ* chez les femmes ayant subi un examen initial, femmes âgées de 50 à 69 ans (années de dépistage de 1999 à 2008)



Taux de cancers *in situ* chez les femmes ayant subi un examen subséquent, femmes âgées de 50 à 69 ans (années de dépistage de 1999 à 2008)



* L'écart entre les provinces peut concerner différentes provinces au cours des périodes.

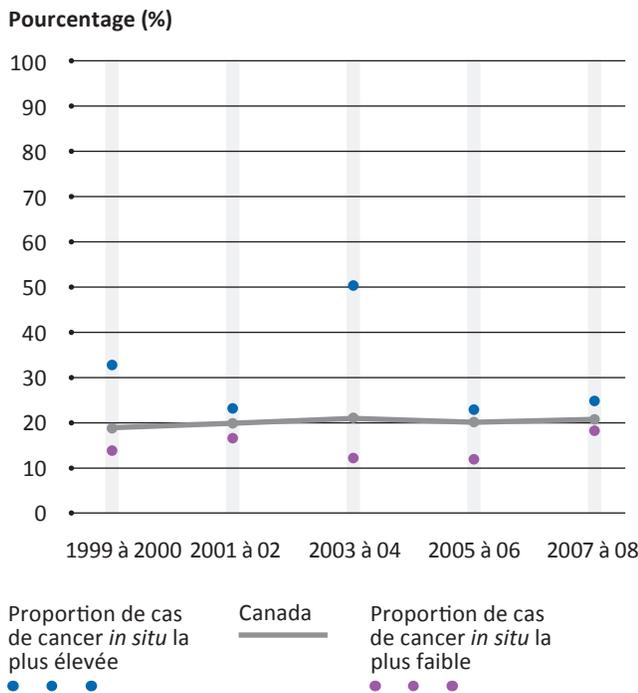
Pourcentage de cancers qui sont des carcinomes canaux in situ

- *Pourcentage de l'ensemble des cancers qui sont classés comme des carcinomes canaux in situ (CCIS).*

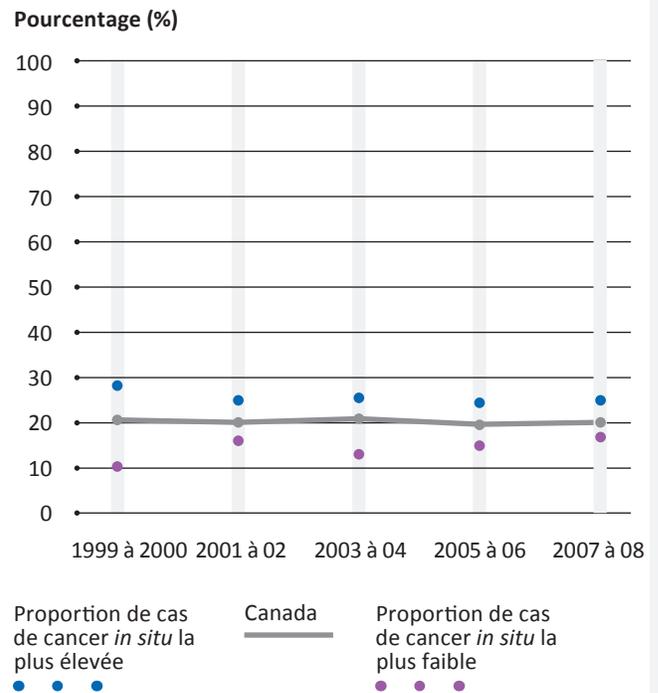
La proportion de cancers classés comme des CCIS est demeurée remarquablement stable au fil du temps, se

situant à 20 % tant pour les femmes ayant subi un dépistage initial que pour celle ayant subi un dépistage subséquent, et ce, pour toutes les périodes visées. Pour cet indicateur également, un chiffre exceptionnellement élevé a été observé dans une petite région (voir l'annexe E).

Proportion de cas de cancer classifié *in situ* détectés chez les femmes ayant subi un examen initial, femmes âgées de 50 à 69 ans (années de dépistage de 1999 à 2008)



Proportion de cas de cas de cancer classifié *in situ* détectés chez les femmes ayant subi un examen subséquent, femmes âgées de 50 à 69 ans (années de dépistage de 1999 à 2008)



* L'écart entre les provinces peut concerner différentes provinces au cours des périodes.

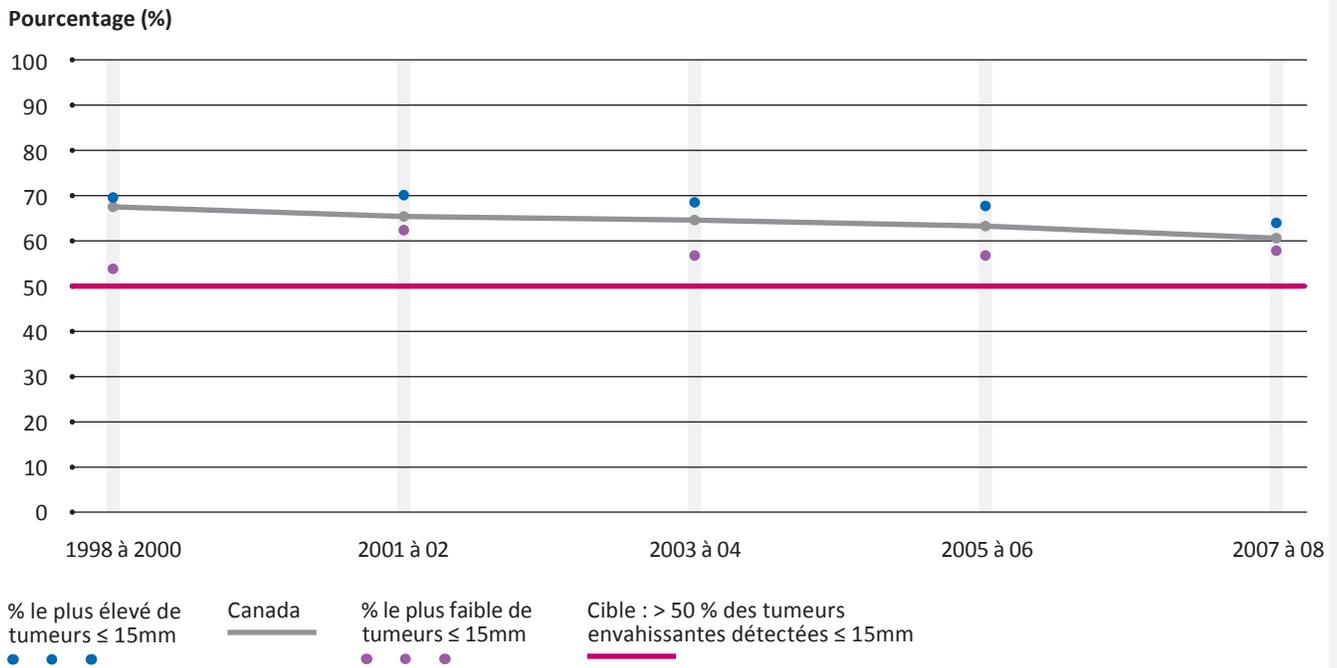
Caractéristiques du cancer

Taille des tumeurs envahissantes détectées au dépistage

- *Pourcentage de cancers envahissants dont la taille de la tumeur est de 15 mm ou moins en son plus grand diamètre, selon les meilleures données probantes disponibles : 1) pathologiques; 2) radiologiques; 3) cliniques.*

Le but du dépistage du cancer du sein est de détecter les tumeurs lorsqu'elles sont plus petites et à un stade où il est plus facile de les traiter. En général, on a observé une baisse du pourcentage des tumeurs diagnostiquées alors que leur diamètre est égal ou inférieur à 15 mm (celui-ci est passé de 67,5 % à 60,4 %); toutefois, ce taux demeure au-dessus de l'objectif fixé pour l'ensemble des régions et des périodes visées. La proportion de petites tumeurs est similaire à celle observée dans d'autres pays.^{12, 16}

Proportion de cas de cancer envahissant détectés dont la tumeur est classifiée comme petite, femmes âgées de 50 à 69 ans (années de dépistage de 1999 à 2008)



* L'écart entre les provinces peut concerner différentes provinces au cours des périodes.

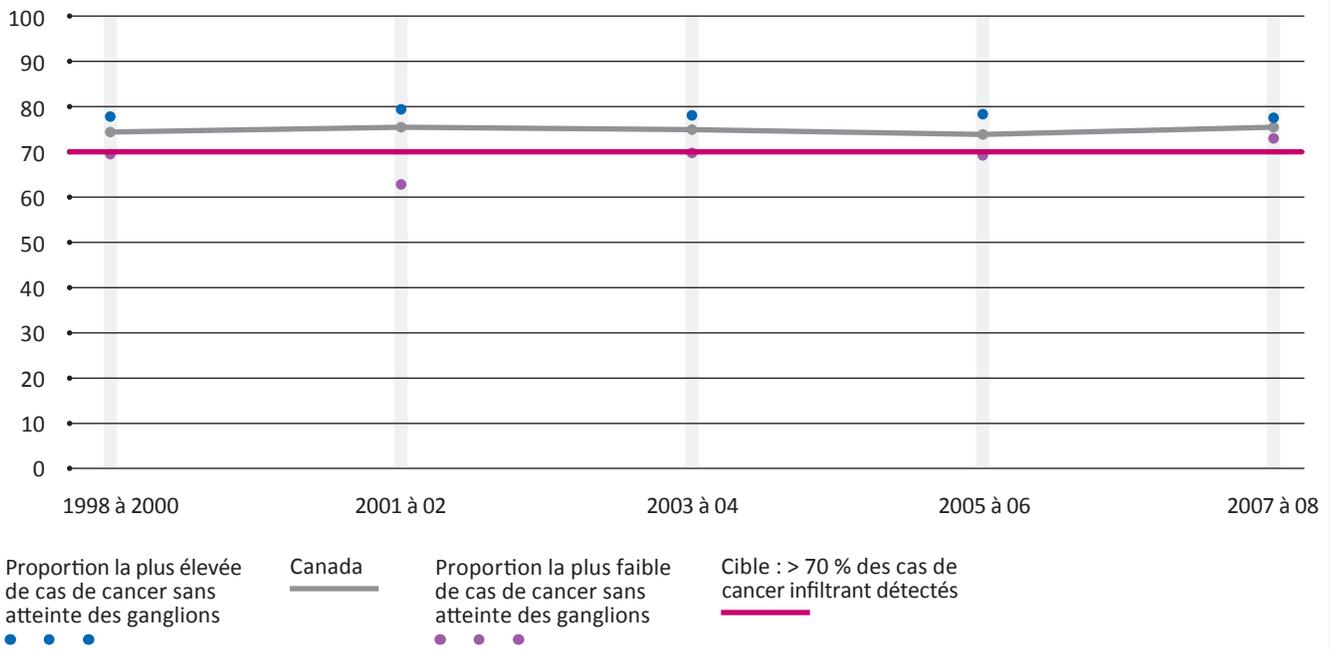
Proportion de cancers envahissants sans atteinte ganglionnaire détectés au dépistage

- *Proportion de cancers envahissants sans atteinte des ganglions lymphatiques axillaires, selon les données pathologiques, ayant été détectés au dépistage.*

Le pourcentage de femmes ayant reçu un diagnostic de cancer sans atteinte des ganglions lymphatiques axillaires est remarquablement stable et se situe à environ 75 % pour toutes les périodes visées. Il y a peu de différence entre les taux des différentes provinces, sauf pour l'un d'entre eux qui est exceptionnellement bas.

Proportion de cas de cancer infiltrant sans atteinte des ganglions détectés, femmes âgées de 50 à 69 ans (années de dépistage de 1999 à 2008)

Pourcentage (%)



* L'écart entre les provinces peut concerner différentes provinces au cours des périodes.

Résumé et conclusion

Depuis le début du dépistage organisé du cancer du sein au Canada, plus de 12,4 millions de mammographies de dépistage ont été effectuées. L'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS) rend compte des résultats liés au dépistage du cancer du sein depuis le début des années 2000 et sur l'expérience des femmes depuis 1997. Dans l'ensemble, la performance de 1999 à 2008 est demeurée constante. La participation a augmenté au fil des ans, mais demeure sous l'objectif de 70 %.

Des améliorations ont été observées en ce qui a trait au temps requis pour réaliser un bilan diagnostique, mais les objectifs à cet égard n'ont toujours pas été atteints. Toutefois, les délais ont été maintenus malgré l'augmentation de la participation et du nombre de patientes. Fait encourageant, les programmes de dépistage continuent de dépasser les objectifs liés à la détection des cancers plus petits, qui sont aux premiers stades de développement.

Annexe A

Contributions aux programmes organisés de dépistage du cancer du sein

Programme de dépistage du cancer du sein de T.-N.-L.	St. John's : 709-777-5070 Gander : 709-256-5597 Corner Brook : 709-634-8558 Sans frais : 1-800-414-3443
Programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse	www.breastscreening.ns.ca 1-800-565-0548
Programme de dépistage du cancer du sein de l'Î.-P.-É. Santé et bien-être	C.P. 3000, Summerside, (Île-du-Prince-Édouard) C1N 2A9 1-888-592-9888
Services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick (ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick)	C.P. 5100, 2 ^e étage, Place HSBC, 520, rue King Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
Programme québécois de dépistage du cancer du sein Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec	www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/pqdcs/index.php?accueil
Programme de dépistage du cancer du sein de l'Ontario : Un programme d'Action Cancer Ontario	www.cancercare.on.ca 1-800-668-9304
BreastCheck Manitoba	25, rue Sherbrook, unité 5 Winnipeg (Manitoba) R3C 2B1 204-788-8633 / 1-800-903-9290 www.cancercare.mb.ca
Programme de dépistage du cancer du sein : Un programme de la Fondation du cancer de la Saskatchewan	Sud de la Saskatchewan : 1-800-667-0017 Nord de la Saskatchewan : 1-800-567-7271
Services de santé de l'Alberta Programmes de dépistage du cancer du col utérin et du sein de l'Alberta Promotion de la santé, prévention des blessures et des maladies Santé publique et de la population – Services de santé de l'Alberta	Holy Cross Site, 2202 – 2 ^e rue S.-O. Calgary (Alberta) T2S 3C1 www.screeningforlife.ca
Programme de mammographies de dépistage de la BC Cancer Agency Vancouver, Colombie-Britannique	Téléphone : 604-877-6187 (Lower Mainland), 1-800-663-9203 (reste de la Colombie Britannique) www.smpbc.ca
Programme de dépistage du cancer du sein : Stanton Territorial Health Authority	Territoires du Nord-Ouest Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest) Téléphone : 867-873-0452 Télécopieur : 867-873-2109 www.srhb.org/services/contact_program.php?id=10

Annexe B

Comité de gestion de la base de données de l'ICDCS

Le Comité donne des conseils sur le contenu, le processus de gestion et l'utilisation de la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein. Il relève du Comité national responsable de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein et travaille de pair avec le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques de l'Agence de la santé publique du Canada.

D^{re} Rene Shumak (présidente, 2004–2011)	Programme de dépistage du cancer du sein de l'Ontario Coordonnatrice régionale en radiologie Toronto Métropolitain 100, avenue Sheppard Est, n° 140 Toronto (Ontario) M2N 6N5
D^{re} Jennifer Payne (présidente, 2011–)	Professeure agrégée Université Dalhousie 1276, rue South Park, pièce 3016, Victoria South Halifax (Nova Scotia) B3H 2Y9
D^{re} Rukshanda Ahmad (Jay Onysko, gestionnaire précédent)	Gestionnaire intérimaire depuis avril 2011 Agence de la santé publique du Canada 785, avenue Carling, 7 ^e étage Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Johanne Albert	Coordonnatrice Programme québécois de dépistage du cancer du sein Unité de prévention clinique Direction de la prévention des maladies chroniques et des traumatismes 1075, chemin Ste-Foy, 11 ^e étage Québec (Québec) G1S 2M1
D^{re} Judy Caines	Directrice médicale Programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse QE2 Health Science Center Édifice Dickson, pièce 3036A 1278, chemin Tower, Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 1B3
Marcia Campbell	Coordonnatrice du programme, Programme dépistage du cancer du sein Stanton Territorial Health Authority 550, chemin Byrne, C.P. 10 Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest) X1A 2N1
D^r K.A. Canil	Chef du service de chirurgie Ministère de la Santé et des Services sociaux : Hôpital général de Qikitani C.P. 1000 Station 1036, Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0
Gregory Doyle	Coordonnateur, Programme de dépistage du cancer du sein de T.-N.-L. 35, chemin Major, bureau 102 St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1A 4Z9

Sangeeta Gupta	Gestionnaire, Programme de dépistage du cancer du sein : Division de la santé de la population 952, rue Albert, Regina (Saskatchewan) S4R 2P7
Heather Limburg	Épidémiologiste, Agence de la santé publique du Canada 785, avenue Carling, 7 ^e étage, Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Marnie Mackinnon	Directrice des opérations de prévention et de dépistage, Action Cancer Ontario 18-505, avenue University, Toronto (Ontario) M5G 1X3
D^e Laura McDougall	Médecin-chef, Programme de dépistage du cancer du col utérin et du sein de l'Alberta : Service de la santé de l'Alberta 2202-2 ^e rue Sud-Ouest, Calgary (Alberta) T2S 3C1
Heather Milford	Technicienne en radiation médicale (radiologie) Programme de mammographie du Yukon 5, chemin Hospital, Hôpital général de Whitehorse, Whitehorse (Yukon) Y1A 3H7
D' Derek Muradali	Radiologiste en chef, Programme de dépistage du cancer du sein de l'Ontario Action Cancer Ontario 505, avenue University, 18 ^e étage, Toronto (Ontario) M5G 1X3
Lisa Pogany	Épidémiologiste, Agence de la santé publique du Canada 785, avenue Carling, 7 ^e étage, Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Janette Sam	Chef des opérations liées au dépistage du cancer du sein Programmes de dépistage du cancer, British Columbia Cancer Agency 686, rue West Broadway, pièce 801, Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 1G1
Norah Smith	Coordonnatrice, Programme de dépistage du cancer du sein de l'Î.-P.-É. Hôpital Reine-Élisabeth, Département d'imagerie diagnostique C.P. 6600, 60, promenade Riverside, Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 8T5
Sandy Williamson	Gestionnaire, Opérations du programme, BreastCheck Manitoba 5-25, rue Sherbrook, Winnipeg (Manitoba) R3C2B1
D' Bin Zhang	Épidémiologiste, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick : Ministère de la Santé C.P. 5100, 520, rue King, 2 ^e étage, Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8

Annexe C

Sous-comité de soutien technique de la base de données de l'ICDCS

Le Sous-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 travaille de pair avec le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques de l'Agence de la santé publique du Canada.

Heather Limburg (Présidente)	Épidémiologiste, Dépistage et détection précoce Agence de la santé publique du Canada 785, avenue Carling, 9 ^e étage, Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Riaz Alvi	Directeur provincial, Épidémiologie Agence de lutte contre le cancer de la Saskatchewan 4-2105, 8 ^e rue Est, Saskatoon (Saskatchewan) S7H 0T8
Jassy Anthony	Analyste de systèmes, Division des applications Direction de la gestion de l'information et de la technologie de l'information Agence de la santé publique du Canada 130, chemin Colonnade, Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Natalie Biswanger	Analyste de données, Action cancer Manitoba 5-25, rue Sherbrook, Winnipeg (Manitoba) R3C 2B1
Marcia Campbell	Coordonnatrice du programme, Programme de dépistage du cancer du sein Programme de dépistage du cancer du sein : Stanton Territorial Health Authority 550, chemin Byrne, C.P. 10, Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest) X1A 2N1
Christina Chu	Biostatisticienne, Surveillance du cancer et résultats, Oncologie démographique British Columbia Cancer Agency 686, rue West Broadway, pièce 801, Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 1G1
Kurt Combden	Gestionnaire de projet, Bureau de la gestion du portefeuille Gestion de l'information, Direction de la technologie de l'information Agence de la santé publique du Canada 130, route Colonnade, Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Theresa Comeau	Programmeuse, Services des technologies de l'information Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick CP. 5100, 7 ^e étage, Place HSBC, 520, rue King Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
Charles Dendy	Analyste technique principal, Division des opérations Direction de la gestion de l'information et de la technologie de l'information Agence de la santé publique du Canada 130, chemin Colonnade, Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Gregory Doyle	Coordonnateur Programme de dépistage du cancer du sein de Terre-Neuve-et-Labrador 35, chemin Major, Bureau 102, St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1A 4Z9

Theresa Foley	Gestionnaire du programme Programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse 7001, chemin Mumford, unité 603L, Halifax (Nouvelle-Écosse) B3L 2H8
Song Gao	Chef d'équipe et spécialiste en statistique, Programmes de dépistage Services albertains de la santé 2202-2 ^e rue Sud-Ouest, Calgary (Alberta) T2S 3C1
André Langlois	Scientifique de recherche, Institut national de santé publique du Québec Direction des systèmes de soins et services et maladies chroniques 945, avenue Wolfe, 5 ^e étage, Ste-Foy (Québec) G1V 5B3
Sharon Liu	Analyste de systèmes, Section de l'élaboration et du soutien des applications Agence de la santé publique du Canada 130, chemin Colonnade, Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Farid Maswood	Analyste de systèmes, Division des applications Direction de la gestion de l'information et de la technologie de l'information Agence de la santé publique du Canada 130, chemin Colonnade, Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Vicky Majpruz	Associée principale de recherche : Planification, politique et déterminants de la qualité Prévention et dépistage : Action Cancer Ontario 505, avenue University, Toronto (Ontario) M5G 1X3
Rukshanda Ahmad (Jay Onysko, gestionnaire précédent)	Gestionnaire intérimaire depuis avril 2011 Dépistage et détection précoce : Agence de la santé publique du Canada 785, avenue Carling, 7 ^e étage, Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Lisa Pogany	Épidémiologiste Dépistage et détection précoce : Agence de la santé publique du Canada 785, avenue Carling, 7 ^e étage, Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Norah Smith	Coordonnatrice du programme Programme de dépistage du cancer du sein de l'Î.-P.-É. C.P. 6600, 60, promenade Riverside, Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 8T5

Annexe D

Glossaire

Asymptomatique

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

Biopsie chirurgicale ouverte

Exérèse chirurgicale d'une masse anormale au sein sous anesthésie locale pour un examen histologique subséquent effectué par un pathologiste.

Biopsie par forage

Biopsie du sein effectuée à l'aide d'une aiguille pour prélever des échantillons de tissu aux fins d'une évaluation histologique. La plupart des biopsies par forage sont effectuées à l'aide de l'imagerie.

Cancer détecté après le dépistage

Cancer survenu après la période recommandée de 12 ou 24 mois chez des femmes qui ne sont pas revenues pour leur suivi annuel ou bisannuel, respectivement (cancer de non-observance) ou chez des femmes présentant des symptômes avant leur prochain examen de dépistage régulier (cancer d'intervalle).

Cancer détecté au dépistage

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

Cancer d'intervalle

Tout cancer du sein infiltrant diagnostiqué pendant l'intervalle entre un dépistage normal ou un diagnostic bénin et avant le prochain examen de dépistage prévu.

Cancer infiltrant

Cancer dans lequel les cellules se sont propagées en dehors de la membrane basale du canal galactophore ou du lobule de la glande mammaire. Un carcinome canalaire *in situ* peut aussi être présent dans les cas de cancer infiltrant. Comprend les stades I à IV d'un cancer.

Cancer du sein

Comprend le cancer malin infiltrant et le carcinome canalaire *in situ* (CCIS) du sein.

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 ni à d'autres tissus du sein. Le CCIS est souvent appelé le stade 0 d'un cancer du sein.

Cas prévalents de cancers

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

Diagnostic définitif

Le diagnostic définitif d'un cancer est le résultat de l'examen histologique d'une biopsie par forage ou chirurgicale ouverte qui confirme la présence d'un cancer. En de rares occasions, une biopsie par ponction à l'aiguille fine peut aussi être utilisée pour poser un diagnostic définitif de cancer. Le diagnostic définitif d'un cas bénin est le dernier test bénin après un délai maximum de 6 mois suivant un dépistage ayant révélé un résultat anormal.

Dépistage

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

Dépistage initial

Première mammographie de dépistage effectuée dans le cadre d'un programme canadien organisé de dépistage du cancer du sein.

Dépistage subséquent

Dépistage effectué 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

Épisode de dépistage normal

Épisode de dépistage qui aboutit à des conclusions normales (absence de cancer), inclut une mammographie de dépistage normale et une mammographie de dépistage anormale aboutissant à des résultats normaux (absence de cancer).

Examen clinique des seins (ECS)

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

Fin d'un épisode de dépistage

Dans le cas des dépistages normaux, date du dernier examen de dépistage; dans le cas des dépistages anormaux, date du premier diagnostic pathologique ou cytologique (par biopsie par forage ou chirurgicale ouverte) d'un cancer. La fin d'un épisode de dépistage de cas bénins est le dernier test bénin passé après un délai maximum de 6 mois suivant un dépistage ayant révélé un résultat anormal. Un « épisode de dépistage négatif » peut inclure tous les suivis, à condition que le résultat final soit négatif (normal).

Nombre total d'années-personnes à risque

Dans les 12 ou 24 mois qui suivent un épisode de dépistage négatif (normal), les femmes sont considérées à risque de cancer détecté après le dépistage. Les femmes sont comptabilisées au dénominateur pour chaque année ou fraction d'année comprise dans la période avant la survenue d'un cancer détecté après le dépistage ou le prochain dépistage effectué dans le cadre du programme.

Ponction à l'aiguille fine

Une aiguille est insérée dans une lésion et des cellules sont prélevées à l'aide d'une seringue. Les cellules peuvent être traitées par coloration et sont examinées en laboratoire par un cytologiste pour déterminer la présence de cellules malignes.

Temps de latence

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

Annexe E

Sujet spécial – Indicateurs d'évaluation par période et par programme, femmes de 50 à 69 ans

Indicateur	Objectif	Programme	Période									
			1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Taux de fidélisation (% de femmes ayant subi un dépistage dans les 30 mois suivant un dépistage initial)	≥75	T.-N.-L.		N/D		71,3		73,9		74,5		81,8
		Î.-P.-É.		N/D		84,7		75,7		*		*
		N.-É.		N/D		72,3		64,8		69,2		64,1
		N.-B.		N/D		65,0		59,4		56,1		55,7
		Qc		N/D		66,9		65,9		65,8		65,8
		Ont.		N/D		77,5		77,4		78,9		76,6
		Man.		N/D		67,5		65,7		68,5		69,0
		Sask.		N/D		68,5		69,1		68,8		65,9
		Alb.		N/D		56,3		53,5		53,6		55,8
		C.-B.		N/D		66,1		58,7		55,5		56,8
		T.N.-O.		N/D		*		*		*		65,9
Canada		N/D		68,7		67,9		69,6		69,8		
Taux de fidélisation (% de femmes ayant subi un dépistage dans les 30 mois suivant un dépistage subséquent)	≥90	T.-N.-L.		N/D		82,4		84,6		83,2		84,6
		Î.-P.-É.		N/D		*		85,5		*		*
		N.-É.		N/D		84,5		77,2		77,6		75,6
		N.-B.		N/D		76,9		76,5		76,3		73,1
		Qc		N/D		*		80,4		77,2		79,2
		Ont.		N/D		85,5		85,8		87,1		85,9
		Man.		N/D		83,1		82,0		81,2		82,7
		Sask.		N/D		84,8		83,9		84,0		81,9
		Alb.		N/D		74,5		74,4		73,6		73,8
		C.-B.		N/D		81,4		80,8		79,5		80,5
		Canada		N/D		82,5		81,6		80,6		81,0

Indicateur	Objectif	Programme	Période									
			1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Taux de rappel pour anomalie (%) – Dépistage initial	<10	T.-N.-L.		N/D		12,5		11,6		7,4		11,2
		Î.-P.-É.		6,2		7,9		16,7		*		*
		N.-É.		9,4		8,6		7,6		8,3		10,9
		N.-B.		12,2		12,0		13,2		15,4		15,3
		Qc		11,5		13,2		14,2		15,0		15,1
		Ont.		11,1		10,7		10,2		10,5		11,2
		Man.		9,8		9,7		9,4		9,2		9,1
		Sask.		16,5		14,9		16,3		13,8		13,0
		Alb.		7,7		5,7		6,3		6,9		7,3
		C.-B.		11,8		14,1		15,4		15,9		16,0
		T.N.-O.		*		*		*		8,1		14,9
		Canada		11,3		12,0		12,1		12,2		12,6
Taux de rappel pour anomalie (%) – Dépistage subséquent	<5	T.-N.-L.		6,4		7,3		6,2		4,9		5,0
		Î.-P.-É.		4,2		6,9		11,0		*		*
		N.-É.		5,0		4,5		4,2		4,3		4,6
		N.-B.		7,6		7,5		7,2		6,9		6,7
		Qc		6,9		8,3		8,1		7,3		7,2
		Ont.		6,0		6,4		6,0		5,5		5,9
		Man.		6,3		5,9		4,8		4,6		4,3
		Sask.		6,7		6,6		6,2		5,3		4,3
		Alb.		4,1		3,2		3,3		3,1		2,9
		C.-B.		5,5		5,8		5,8		5,7		5,7
		T.N.-O.		*		*		*		9,6		8,6
		Canada		5,9		6,6		6,5		6,0		6,0

Indicateur	Objectif	Programme	Période									
			1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Intervalle diagnostique (%) – Diagnostic définitif (sans biopsie des tissus), dans un délai de cinq semaines	≥90	T.-N.-L.		70,5		67,2		72,3		74,8		70,8
		Î.-P.-É.		83,8		76,1		55,3		*		*
		N.-É.		79,9		73,2		77,8		75,3		74,6
		N.-B.		79,6		72,7		91,0		86,2		79,2
		Qc		68,4		70,4		71,5		70,4		66,9
		Ont.		81,5		83,6		85,7		86,9		84,4
		Man.		69,0		74,2		79,9		74,3		81,7
		Sask.		66,1		68,3		62,1		67,3		81,4
		Alb.		59,0		56,6		58,6		51,4		41,7
		C.-B.		76,0		76,2		81,0		74,8		76,0
		T.N.-O.		*		*		*		71,2		46,6
Canada		73,3		74,9		77,6		77,2		76,3		
Intervalle diagnostique (%) – Diagnostic définitif (avec biopsie des tissus), dans un délai de sept semaines	≥90	T.-N.-L.		27,0		37,8		35,7		45,3		46,6
		Î.-P.-É.		75,6		73,3		48,0		*		*
		N.-É.		62,3		56,4		64,5		57,9		51,9
		N.-B.		40,2		44,8		49,2		42,6		46,4
		Qc		46,4		46,8		45,7		41,6		39,0
		Ont.		59,3		57,6		57,0		57,4		56,7
		Man.		40,2		40,9		40,1		39,3		54,5
		Sask.		31,5		34,7		27,9		32,9		47,4
		Alb.		50,0		47,3		57,3		50,2		49,4
		C.-B.		36,1		48,5		49,2		43,3		47,2
		T.N.-O.		*		*		*		^		^
Canada		46,8		49,2		49,3		47,0		47,7		

Indicateur	Objectif	Programme	Période								
			1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Taux de détection de cancers envahissants (par 1 000 dépistages) – Dépistage initial	>5	T.-N.-L.	4,8		5,2		4,9		3,8		5,0
		Î.-P.-É.	3,4		4,6		9,7		*		*
		N.-É.	4,3		6,0		4,7		5,1		6,3
		N.-B.	5,2		5,0		4,1		4,2		3,4
		Qc	4,9		5,0		5,1		5,0		5,0
		Ont.	5,0		4,4		4,5		4,1		4,2
		Man.	5,6		5,6		5,3		5,5		4,7
		Sask.	4,6		4,2		2,1		4,3		4,7
		Alb.	5,0		2,3		4,1		*		*
		C.-B.	4,5		5,9		5,4		5,9		6,6
		Canada	4,9		4,8		4,7		4,6		4,7
Taux de détection de cancers envahissants (par 1 000 dépistages) – Dépistage subséquent	>3	T.-N.-L.	3,2		3,4		3,4		3,4		3,4
		Î.-P.-É.	^		2,2		3,9		*		*
		N.-É.	3,0		3,4		2,9		3,8		3,5
		N.-B.	3,2		3,2		3,5		3,0		3,0
		Qc	4,2		4,3		4,3		4,2		4,2
		Ont.	3,9		3,8		3,5		3,4		3,5
		Man.	4,1		4,2		3,7		4,2		4,1
		Sask.	3,1		3,7		3,9		4,1		3,7
		Alb.	4,5		3,0		4,5		*		*
		C.-B.	2,8		3,5		3,2		3,4		3,3
		Canada	3,4		3,8		3,7		3,7		3,7

Indicateur	Objectif	Programme	Période									
			1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Taux de détection de cancers <i>in situ</i> (par 1 000 dépistages) – Dépistage initial	N/D	T.-N.-L.		^		^		1,6		0,5		^
		Î.-P.-É.		0,9		^		^		*		*
		N.-É.		2,1		1,2		1,3		1,0		1,7
		N.-B.		0,8		^		^		1,2		1,3
		Qc		1,1		1,4		1,5		1,5		1,6
		Ont.		0,9		0,9		1,0		1,0		0,9
		Man.		1,3		1,3		0,7		1,1		1,1
		Sask.		1,3		1,1		2,1		1,1		1,2
		Alb.		1,2		0,7		^		*		*
		C.-B.		1,4		1,8		1,8		1,4		1,7
		Canada		1,1		1,2		1,3		1,2		1,2
Taux de détection de cancers <i>in situ</i> – Pourcentage <i>in situ</i> – Dépistage initial	N/D	T.-N.-L.		^		^		25,0		11,9		^
		Î.-P.-É.		^		^		^		*		*
		N.-É.		32,7		16,7		21,1		16,2		21,5
		N.-B.		13,8		^		^		^		^
		Qc		18,4		21,2		22,5		22,8		24,6
		Ont.		15,1		16,8		18,4		19,1		18,1
		Man.		18,3		19,3		12,2		16,5		19,3
		Sask.		22,7		20,9		50,0		20,4		20,7
		Alb.		19,7		^		^		*		*
		C.-B.		24,2		23,1		24,8		19,1		20,2
		Canada		18,6		19,8		21,3		20,2		20,9

Indicateur	Objectif	Programme	Période					
			1999 2000	2001 2002	2003 2004	2005 2006	2007 2008	
Taux de détection de cancers <i>in situ</i> (par 1 000 dépistages) – Dépistage subséquent	N/D	T.-N.-L.	0,8	0,7	1,1	0,6	0,9	
		Î.-P.-É.	^	^	^	*	*	
		N.-É.	1,2	1,1	1,0	0,8	0,7	
		N.-B.	0,5	0,7	1,0	0,7	1,0	
		Qc	1,4	1,1	1,2	1,0	1,0	
		Ont.	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	
		Man.	0,8	0,9	1,1	0,9	1,0	
		Sask.	0,8	0,7	0,9	0,9	1,0	
		Alb.	0,5	0,9	0,7	*	*	
		C.-B.	1,0	1,1	1,1	1,1	1,0	
		Canada	0,9	1,0	1,0	0,9	0,9	
Taux de détection de cancers <i>in situ</i> – Pourcentage <i>in situ</i> – Dépistage subséquent	N/D	T.-N.-L.	20,6	16,3	25,0	14,9	20,4	
		Î.-P.-É.	^	^	^	*	*	
		N.-É.	28,1	24,8	25,5	17,5	16,9	
		N.-B.	14,0	18,4	21,9	19,1	24,9	
		Qc	25,0	19,6	21,2	19,5	19,6	
		Ont.	17,6	16,8	17,0	17,2	17,4	
		Man.	16,4	18,4	22,4	18,1	20,1	
		Sask.	20,4	16,0	18,4	18,2	22,0	
		Alb.	10,3	23,0	13,1	*	*	
		C.-B.	25,3	23,9	25,2	24,5	24,1	
		Canada	20,7	20,0	20,9	19,6	19,9	

Indicateur	Objectif	Programme	Période								
			1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Taille de la tumeur envahissante détectée au dépistage (%) : <15 mm	>50	T.-N.-L.	64,4		68,3		65,3		56,6		61,5
		Î.-P.-É.	*		*		*		*		*
		N.-É.	66,7		63,1		66,3		59,7		63,2
		N.-B.	65,2		64,2		56,5		60,0		63,6
		Qc	69,2		67,2		68,4		65,5		*
		Ont.	68,5		62,0		61,9		60,7		57,5
		Man.	64,9		65,9		61,0		58,4		57,5
		Sask.	53,7		69,7		62,2		67,5		63,3
		Alb.	63,3		63,8		59,3		*		*
		C.-B.	66,7		65,4		65,0		65,0		63,0
		Canada	67,5		65,2		64,6		63,1		60,4
Taux de cancers envahissants sans atteinte ganglionnaire détectés au dépistage (%)	>70	T.-N.-L.	69,6		78,7		77,8		69,0		72,7
		Î.-P.-É.	*		*		*		*		*
		N.-É.	76,7		75,0		77,8		75,1		77,2
		N.-B.	75,5		77,3		69,5		76,1		77,2
		Qc	72,6		73,6		74,1		71,8		*
		Ont.	77,5		75,9		75,2		74,2		75,2
		Man.	69,4		75,8		76,9		78,0		76,8
		Sask.	73,6		79,2		76,8		77,2		75,3
		Alb.	71,2		62,5		72,7		*		*
		C.-B.	76,3		78,4		75,1		75,2		74,7
		Canada	74,4		75,5		74,8		73,8		75,4

* Données non disponibles. Le total du Canada ne comprend pas les provinces ou territoires indiqués.

^ Données retirées en raison de valeurs faibles : numérateur < 5 ou dénominateur < 30. Le total du Canada ne comprend pas les provinces ou territoires indiqués.

Caractère gras : indique les taux les plus élevés et les plus faibles liés à l'indicateur d'évaluation au cours d'une période de deux ans (il peut y en avoir plus d'un par indicateur et par période).

Bibliographie

1. 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*, troisième édition, 2012.
2. 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*, 2008.
3. Agence de la santé publique du Canada. *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada – Rapport sur la performance des programmes en 2005 et en 2006*, 2011.
4. Australian Institute of Health and Welfare, Australian Government Department of Health and Ageing for BreastScreen Australia Program, *BreastScreen Australia monitoring report 2005–2006*, no de cat. CAN 44, 2009.
5. Bancej, C., K. Decker, A. Chiarelli, M. Harrison, D. Turner et J. Brisson. « Contribution of clinical breast examination to mammography screening in the early detection of breast cancer », *Journal of Medical Screening*, vol. 10 (2003), p. 16–21.
6. Brett, J., C. Bankhead, B. Henderson, E. Watson et J. Austoker. « The psychological impact of mammographic screening. A systematic review », *Psychooncology*, vol. 14 (2005), p. 917–938.
7. Centre international de recherche sur le cancer. *Breast cancer screening*, dans H. Vainio et F. Bianchini (eds.), *IARC Handbooks of Cancer Prevention*, vol. 7 (2002). IARC Press, Lyon.
8. Comité directeur des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer : *Statistiques canadiennes sur le cancer* (2012).
9. Coldman, A., N. Phillips et C. Speers. « A retrospective study of the effect of participation in screening. A systematic review », *International Journal of Cancer*, no 120 (2007), p. 2185–2190.
10. Doyle, G. P., D. Major, C. Chu, A. Stankiewicz, M. L. Harrison, L. Pogany, V. M. Mai et J. Onysko. « A review of screening mammography participation and utilization in Canada », *Chronic diseases and injuries in Canada*, vol. 31 (2011), p. 152–156.
11. Ganry, O., J. Peng et A. Dubreuil. « Influence of abnormal screens on delays and prognostic indicators of screen-detected breast carcinoma », *Journal of Medical Screening*, vol. 11 (2004), p. 28–31.
12. Gur, D., J. H. Sumkin, L. A. Hardesty, R. J. Clearfield, C. S. Cohen, M. A. Ganott, C. M. Hakim, K. M. Harris, W. R. Poller, R. Shah, L. P. Wallace et H. E. Rockette. « Recall and detection rates in screening mammography », *Cancer*, vol. 100 (2004), p. 1590–1594.
13. Hislop, T. G., S. Haris, J. Jackson, S. Thorne, E. Rousseau, A. Coldman, J. Vestrup, C. Wright et I. Olivotto. « Satisfaction and anxiety for women during investigation of an abnormal screening mammogram », *Breast Cancer Research and Treatment*, vol. 76 (2002), p. 245–254.
14. Lampic, C., E. Thurffjell, J. Bergh et P. Sjoden. « Short- and long-term anxiety and depression in women recalled after breast cancer screening », *European Journal of Cancer*, vol. 37 (2001), p. 463–469.
15. Olivotto, I., A. Gomi, C. Bancej, J. Brisson, J. Tonita, L. Kan, Z. Mah, M. Harrison, et R. Shumak. « Influence of delay to diagnosis on prognostic indicators of screen detected breast carcinoma », *Cancer*, vol. 94 (2002), p. 2143–2150.
16. Tabar, L., B. Vitak, M. F. Yen, H. H. Chen, R. A. Smith et S. W. Duffy. « Number needed to screen: lives saved over 20 years of follow-up in mammographic screening », *Journal of Medical Screening*, vol. 11 (2004), p. 126–129.
17. Ugnat, M., L. Xie, J. Morriss, R. Semenciw et Y. Mao. « Survival of women with breast cancer in Ottawa, Canada: variation with age, stage, histology, grade and treatment », *British Journal of Cancer*, vol. 90 (2004), p. 1138–1143.

1, avenue University, bureau 300
Toronto (Ontario) Canada M5J 2P1
Tél : 416.915.9222 Sans frais d'appel : 1.877.360.1665
www.partnershipagainstcancer.ca/fr/