

Déterminants de la qualité du dépistage du cancer du sein à l'aide de la mammographie au Canada

JANVIER 2013



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

Déterminants de la qualité du dépistage du cancer du sein à l'aide de la mammographie au Canada

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

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.

Citation suggérée : Partenariat canadien contre le cancer. Déterminants de la qualité du dépistage du cancer du sein à l'aide de la mammographie au Canada Janvier 2013. Toronto: Partenariat canadien contre le cancer; 2013.

Contents

Avant-propos	3	Chapitre 3 : Après la visite de dépistage	32
Introduction	4	3.1 Communication des résultats du dépistage aux fournisseurs de soins de santé primaires	32
Principes du dépistage	5	3.2 Communication des résultats du dépistage aux femmes	33
Déroulement d'un programme de dépistage du cancer du sein : Figure 1	6	3.3 Évaluation des résultats anormaux du dépistage, examen d'imagerie, biopsie	35
Méthodologie de la création du rapport	7	3.4 Conclusion de l'épisode de dépistage	36
Groupe de travail sur les déterminants de la qualité	8	3.5 Indicateurs	36
Organisation du dépistage du cancer du sein au Canada	10	3.6 Références	37
Éléments des programmes	11		
Glossaire	13		
DÉROULEMENT DU DÉPISTAGE		Chapitre 4 : Installations, personnel et services de soutien	38
Chapitre 1 : Promotion et accès	15	4.1 Agrément des cliniques de mammographie	38
1.1 Promotion de la sensibilisation du public	15	4.2 Contrôle de la qualité – Analogique et numérique	39
1.1.1 Promotion visant les femmes	16	4.3 Gestion et évaluation des données	40
1.1.2 Stratégies de promotion communautaire	18	4.4 Rôles, éducation, formation et performance des technologues en radiation médicale	41
1.1.3 Promotion des programmes visant les professionnels de la santé	19	4.5 Rôles, éducation, formation et performance des radiologistes	42
1.2 Favoriser la prise de décision éclairée	20	4.5.1 Double lecture	44
1.3 Assurer un accès équitable	21	4.6 Rôles, éducation et formation des médecins	45
1.4 Capacité	22	4.7 Rôles des pathologistes	45
1.5 Indicateurs	23	4.7.1 Rapports pathologiques	46
1.6 Références	24	4.8 Indicateurs	48
		4.9 Références	49
Chapitre 2 : Examen de dépistage	26	Chapitre 5 : Orientations futures	50
2.1 Prise de rendez-vous – identification, accès, information et admissibilité	26	Enjeu 1 : Prise de décision éclairée	50
2.2 Arrivée au centre – réceptionnistes, identification, inscription, besoins spéciaux, langue, éducation et information	27	Enjeu 2 : Temps d'attente jusqu'au rendez-vous	50
2.3 Mammographie – technologues, examen des antécédents, douleur/inconfort, anxiété, besoins spéciaux, éducation	28	Enjeu 3 : Évaluation de la satisfaction de la clientèle	50
2.4 Fin de la visite – information sur les prochaines étapes, éducation	29	Enjeu 4 : Dépistage du cancer du sein chez les femmes à haut risque	51
2.5 Satisfaction de la clientèle	29	Enjeu 5 : Navigation des patientes	51
2.6 Indicateurs	30	Enjeu 6 : Détection assistée par ordinateur	52
2.7 Références	31	Enjeu 7 : Code de sécurité pour la protection contre les rayonnements et les normes de qualité en mammographie	52
		Références	53
		Annexe 1	
		Mesures de la performance des programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada – Femmes âgées de 50 à 69 ans	54

Remerciements

Nous remercions les personnes et les organisations suivantes pour leur contribution au rapport :

Association canadienne des radiologistes

D^{re} Beverley Carter, Section de la pathologie (examen externe)

Elaine Ledwell, Section des intervenants pivots

D^{re} Rebecca MacIntosh, Section de la pathologie (examen externe)

Narine Martel, chapitre 4 (Code de sécurité portant sur la mammographie)

D^r Martin Yaffe, Section des médecins

Gillian Bromfield, Bryony Sinclair, Janette Sam, Dr Judy Caines, Theresa Foley, Ryan Duggan et Andrea Nelson qui ont révisé le rapport.

André Langlois pour avoir révisé la version française.

Avant-propos

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) a publié une version à jour des lignes directrices sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 40 à 74 ans, présentant un risque moyen (21 novembre 2011). Bien que ce guide puisse avoir à l'avenir des répercussions sur les programmes provinciaux/territoriaux de dépistage, aux fins du présent rapport, les membres du Groupe de travail sur les déterminants de la qualité ont décidé de continuer d'évaluer les pratiques provinciales/territoriales appliquées dans le dépistage.

Durant la préparation du rapport, le groupe de travail a été très soucieux de l'obligation pour les femmes de prendre une décision éclairée pour savoir si elles devaient ou non se soumettre à un dépistage du cancer du sein à l'aide d'une mammographie. Il reconnaît l'autonomie de chacune à prendre une décision sur ses propres soins de santé. Les membres du groupe de travail étaient également conscients que les programmes ont été établis pour fournir des services de dépistage aux femmes canadiennes et que ces programmes sont financés par les gouvernements et ils ont établi des objectifs pour la participation des femmes admissibles.

Le financement public est fondé sur la notion que la participation au dépistage est pour le bien collectif et qu'il est par conséquent encouragé et promu. Les points de vue sur la prise de décision éclairée et la promotion ne sont pas nécessairement contradictoires, mais de la manière dont elles sont pratiquées actuellement au Canada, elles entraînent certains conflits. Lorsqu'on examine la documentation sur le dépistage, il est courant de voir qu'on vise des niveaux élevés de participation et d'analyser les facteurs qui promeuvent la participation sans savoir si cette dernière était « éclairée ». Les femmes qui refusent de se soumettre au dépistage sont souvent considérées comme étant un problème à traiter. Le groupe de travail approuve le concept de la prise de décision informée et recommande des approches multidimensionnelles pour la promotion des programmes et la sensibilisation à ceux-ci. Les approches qui ne sont pas multidimensionnelles doivent être utilisées avec prudence.

La majorité des membres du groupe de travail sont des employés des programmes de dépistage du cancer du sein ou de leurs organismes d'accueil.

Introduction

Le but du présent rapport est de proposer des normes et de faire des recommandations pour promouvoir l'assurance de la qualité dans tous les aspects du dépistage du cancer du sein à l'aide de la mammographie au Canada. L'auditoire ciblé comprend les administrateurs des programmes de dépistage du cancer, les professionnels de la santé travaillant pour les programmes de dépistage et le personnel responsable des politiques. Ce rapport est produit conjointement par le Groupe de travail sur les déterminants de la qualité issu de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein et par les principaux experts dans le domaine de la mammographie de dépistage et des disciplines connexes. Il s'agit de la troisième édition de ce document, publié pour la première fois en 1997 et mis à jour en 2003.

Au Canada, le dépistage est effectué dans le cadre et en dehors des programmes organisés officiels. En 2011, toutes les provinces et tous les territoires du Canada, à l'exception du Nunavut, ont des programmes organisés de dépistage du cancer du sein. Ces programmes diffèrent légèrement les uns des autres pour ce qui est de leur organisation, de la gamme de services offerts et de leur couverture démographique.

Des innovations importantes, telles que le recours à des intervenants pivots et la mammographie numérique, ont vu le jour au cours des dernières années et sont rapidement devenues un ajout précieux aux programmes de dépistage. De plus, au fur et à mesure que nous acquérons de l'expérience avec le dépistage par mammographie sur une grande échelle, ses effets souhaitables et néfastes sont mieux reconnus, ce qui met en évidence le mouvement actuel qui est de promouvoir une prise de décision et un consentement éclairés pour

participer. Finalement, avec la reconnaissance des coûts financiers et humains du dépistage, il est évident qu'il faut élaborer des stratégies efficaces pour identifier et surveiller les personnes qui sont beaucoup plus à risque d'être atteintes d'un cancer du sein (notamment les femmes qui ont des seins denses, des antécédents familiaux, qui ont été exposées à des radiations répétées en raison d'un traitement, etc.). Dans cette version du rapport, on tente par conséquent de refléter ces aspects importants du dépistage du cancer du sein.

Le rapport débute avec une courte description des principes du dépistage qui s'appliquent au dépistage du cancer du sein à l'aide de la mammographie. Vient ensuite un bref résumé des méthodes utilisées pour la revue de la littérature et la mise à jour des recommandations. Les sections résument l'état actuel des connaissances et présentent des recommandations pour l'assurance de la qualité qui couvrent l'ensemble du processus de dépistage, du recours au dépistage au diagnostic définitif (y compris le bilan diagnostique, les lignes directrices pour la pathologie, l'établissement de rapports sur les résultats et l'évaluation des programmes). La [figure 1](#) illustre les étapes qui s'appliquent aux programmes organisés au Canada.

Dans le présent rapport, les mots doit/doivent et devrait/devraient ont été choisis dans un but précis. Le mot doit/doivent indique une exigence qui est essentielle pour respecter les normes de qualité actuellement acceptées, alors que devrait/devraient signifie une recommandation hautement souhaitable et qui doit être mise en oeuvre autant que possible. Chaque section du rapport commence avec une boîte texte qui résume les recommandations principales; ces points sont élaborés dans le corps du texte.

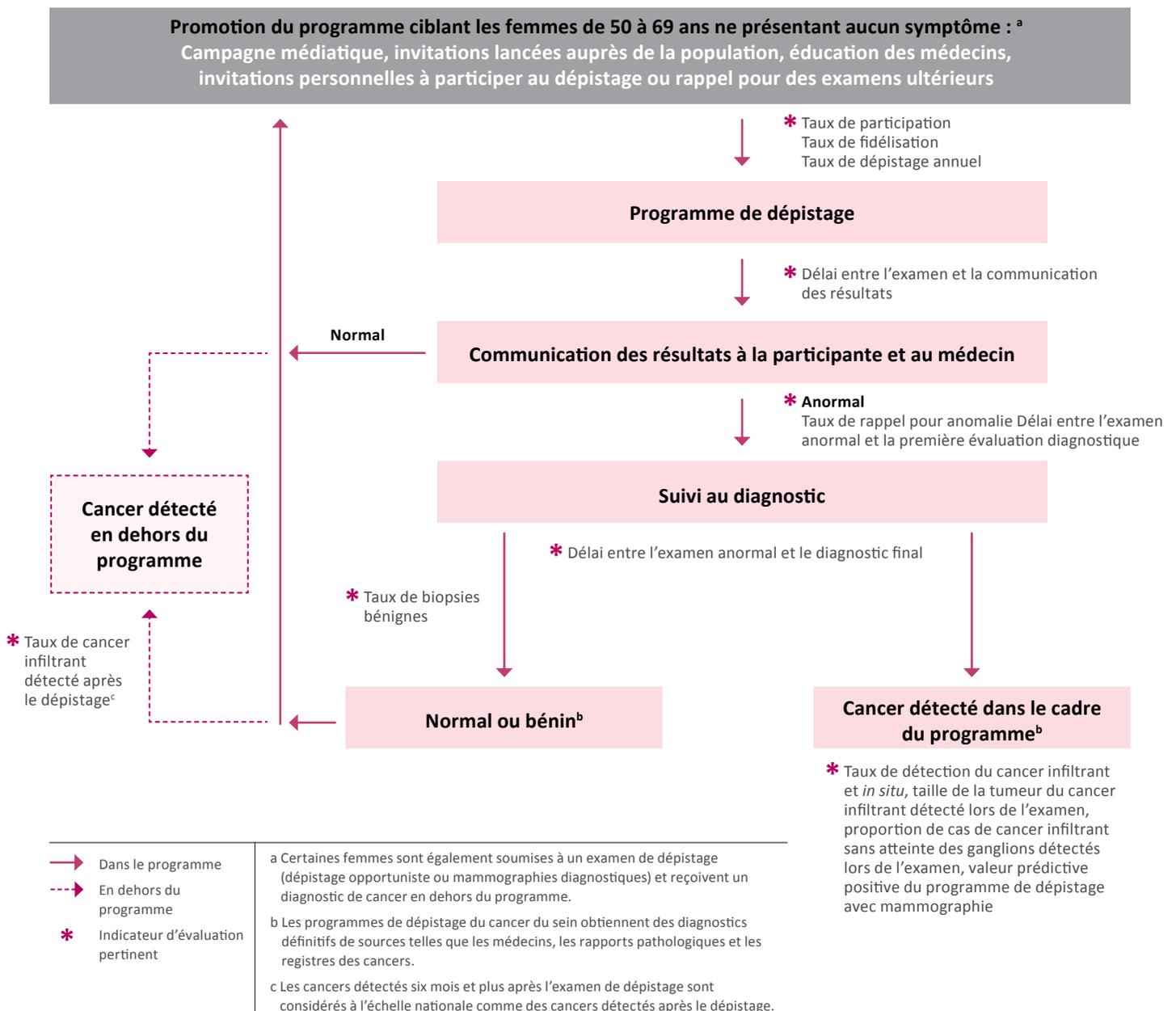
Principes du dépistage

Le dépistage pour le cancer du sein au Canada est considéré comme une intervention en matière de santé publique et les principes de l'évaluation de la santé publique sont appliqués. Ces idées ont d'abord été présentées dans le rapport novateur de Wilson et Jungner¹ et comprenaient dix considérations importantes. Ces principes ont par la suite été modifiés par plusieurs auteurs (p. ex. Miller²); toutefois, leur but premier et leur portée demeurent les mêmes. Les principes généraux de la prestation du dépistage du cancer indiquent que :

- la maladie devrait être un problème de santé important;
- l'histoire naturelle de la maladie devrait être connue;
- les avantages du dépistage devraient l'emporter sur les inconvénients;
- le test de dépistage devrait être acceptable pour la population;
- les services de suivi requis pour les personnes soumises au dépistage devraient être bien compris et disponibles;
- les ressources requises pour le dépistage ne devraient pas être disproportionnées par rapport aux autres dépenses ayant une incidence similaire dans le système de santé.

L'adoption de ces principes s'est soldée par une uniformité considérable dans la prestation du dépistage dans la plupart des provinces et territoires canadiens, bien qu'il existe certaines variantes. Dans l'ensemble, une approche coordonnée pour le dépistage représente un facteur clé associé à la réussite du programme. Les composantes essentielles d'une approche coordonnée comprennent la prestation de services uniformes et de qualité supérieure, la surveillance efficace des éléments des programmes, l'intégration du programme de dépistage avec le diagnostic et les services de traitement, et le taux d'inscription et de participation élevé chez les femmes canadiennes.

Figure 1 : Déroulement d'un programme de dépistage du cancer du sein



Méthodologie de la création du rapport

Les membres du Groupe de travail sur les déterminants de la qualité des Programmes organisés de dépistage du cancer du sein proviennent de la Section de dépistage et de détection précoce de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein. L'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein est composée de représentants des programmes régionaux canadiens de dépistage du cancer du sein, de sociétés professionnelles et de l'Agence de la santé publique du Canada. Les membres du groupe de travail ont une expertise dans divers secteurs du dépistage du cancer du sein. Il s'agit du troisième rapport publié par ce groupe.

Le contenu de l'édition actuelle du rapport a été modifié selon les rondes successives de discussion entre les membres du Groupe de travail sur les déterminants de la qualité qui ont débuté au cours de l'été 2009. Dans un premier temps, une liste de tous les sujets couverts dans la version précédente du rapport a été établie et des sujets supplémentaires ont été proposés afin de tenter d'intégrer les nouvelles connaissances et les faits nouveaux dans le domaine depuis 2003. La table des matières initiale a été approuvée par les membres du groupe de travail participant à la réunion des 22 et 23 septembre 2010 tenue à Ottawa, en Ontario. La table des matières finale a été approuvée par les membres du groupe de travail présents à la réunion du 3 mai 2011 qui a eu lieu à Montréal, au Québec.

Utilisant pour modèle la quatrième édition des « European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis », chaque section relevait d'un expert en particulier ou d'un groupe d'experts responsable de superviser la revue de la littérature

pertinente et de rédiger la section correspondante du rapport. Mme Dana Riley a collaboré avec les membres du groupe de travail pour mettre à jour la revue de la littérature et créer des versions préliminaires du rapport. La recherche pour de nouvelles publications scientifiques était limitée à la période comprise entre 2000 et 2011. La stratégie de recherche est disponible sur demande auprès de l'Agence de la santé publique du Canada.

Dans le présent rapport, des renseignements pertinents ont été mis à jour et les sections ont été restructurées. Chaque recommandation pour le contrôle de la qualité provenant de la deuxième édition a été révisée et de nouvelles recommandations ont été ajoutées selon les besoins. De la documentation sur les pratiques des autres programmes nationaux a été recueillie, en particulier ceux offerts en Europe, en Australie et en Nouvelle-Zélande.

À la suite de l'examen des renseignements recueillis et des discussions qu'il a suscitées, les principales recommandations ont été rédigées durant et entre les réunions du Groupe de travail. Chaque chapitre a été révisé par au moins deux membres de ce Groupe afin d'en assurer la pertinence, l'exhaustivité et la clarté. Un consensus a été établi pour élaborer les recommandations et c'est à l'unanimité que tous les énoncés ont été acceptés.

L'ensemble final des recommandations et la version définitive du rapport complet ont été approuvés par tous les membres du Groupe de travail sur les déterminants de la qualité. Tous les directeurs de programmes provinciaux et les membres du Comité national de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein ont examiné le rapport final, qui a été approuvé au cours de la réunion tenue à Toronto les 24 et 25 janvier 2012.

Groupe de travail sur les déterminants de la qualité

D^{re} Penny Barnes

Pathologiste

Division of Anatomical Pathology,
7th Fl. DJ Mackenzie Bldg.,
Queen Elizabeth II Health Sciences
5788 University Ave.
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 1V8
Téléphone : 902-4732832
Courriel : penny.barnes@cdha.nshealth.ca

D^r Jacques Brisson

Conseiller scientifique

Équipe d'évaluation du Programme québécois de
dépistage du cancer du sein (PQDCS)
Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes
de soins et services
Institut national de santé publique du Québec
945, avenue Wolfe, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 5B3
Téléphone : 418-682-7392
Courriel : jacques.brisson@uresp.ulaval.ca

D^r Andy Coldman (président)

Vice-président

Population Oncology BC Cancer Agency
686 West Broadway, 8^e étage
Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 1G1
Téléphone : 604-877-6143
Courriel : acoldman@bccancer.bc.ca

Gregory Doyle

Gestionnaire

Breast Screening Program for
Newfoundland and Labrador
35 Major's Path, bureau 102
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1A 4Z9
Téléphone : 709-777-5064
Courriel : Gregory.Doyle@easternhealth.ca

D^{re} Laura McDougall

Chef médicale

Alberta Breast Cancer Screening Program
Alberta Health Services
2202-2nd Street SW
Calgary (Alberta) T2S 3C1
Courriel : Laura.McDougall2@albertahealthservices.ca

Marnie MacKinnon

Directrice intérimaire

Programme de dépistage intégré du cancer,
Action Cancer Ontario
505 University Avenue, 18^e étage
Toronto (Ontario) M5G 1X3
Téléphone : 416-971-9800, poste 1269
Courriel : Marnie.MacKinnon@cancercare.on.ca

D^{re} Diane Major (Ancienne présidente)

Chercheur scientifique senior

Équipe d'évaluation du Programme québécois de
dépistage du cancer du sein (PQDCS)
Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes
de soins et services
Institut national de santé publique du Québec
945, avenue Wolfe, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 5B3
Téléphone : 418-650-5115, poste 5525
Courriel : diane.major@inspq.qc.ca

D^r Rene Shumak

Radiologiste en chef

Programme ontarien de dépistage du cancer du sein
505 University Ave, 18^e étage
Toronto (Ontario) M5G 1X3
Téléphone : 416-971-9800, poste 3536
Courriel : rene.shumak@cancercare.on.ca

Norah Smith

Coordonnatrice provinciale

PEI Breast Screening Program
Queen Elizabeth Hospital
Dept. of Diagnostic Imaging
C.P. 6600, 60 Riverside Drive
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 8T5
Tél. : 902-894-2914 ou 902-894-2915
Courriel : nesmith@ihis.org

D^{re} Nancy Wadden

Radiologiste

St-Clare's Mercy Hospital
154 Lemarchant Road
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 5B8
Téléphone : 709-777-5657
Courriel : n.wadden@nl.rogers.com

Agence de la santé publique du Canada

Rukshanda Ahmad

Gestionnaire intérimaire

Section du dépistage et de la détection précoce
Division de la surveillance des maladies chroniques
Centre de prévention et de contrôle des
maladies chroniques
Direction générale de la santé de la population et
de la santé publique
Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 6809-A, 785, av. Carling
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Téléphone : 613-948-2863
Courriel : Rukshanda.Ahmad@phac-aspc.gc.ca

Heather Limburg

Épidémiologiste

Section du dépistage et de la détection
précoce Division de la surveillance des maladies
chroniques Centre de prévention et de contrôle
des maladies chroniques
Direction générale de la santé de la population
et de la santé publique
Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 6809-A, 785, av. Carling
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Téléphone : 613-946-9741
Courriel : Heather.Limburg@phac-aspc.gc.ca

Jay Onysko

Ancien gestionnaire

Section du dépistage et de la détection
précoce Division de la surveillance des maladies
chroniques Centre de prévention et de contrôle
des maladies chroniques
Direction générale de la santé de la population
et de la santé publique
Agence de la santé publique du Canada
785, av. Carling
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Téléphone : 613-952-6143
Courriel : Jay.Onysko@phac-aspc.gc.ca

Lisa Pogany

Épidémiologiste

Section du dépistage et de la détection
précoce Division de la surveillance des maladies
chroniques Centre de prévention et de contrôle
des maladies chroniques
Direction générale de la santé de la population
et de la santé publique
Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 6809-A, 785, av. Carling
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Téléphone : 613-957-0329
Courriel : Lisa.Pogany@phac-aspc.gc.ca

Dana Riley

Ancienne analyste

Section du dépistage et de la détection
précoce Division de la surveillance des maladies
chroniques Centre de prévention et de contrôle
des maladies chroniques
Direction générale de la santé de la population
et de la santé publique
Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 6809-A, 785, av. Carling
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Téléphone : 613-952-7831
Courriel : Dana.Riley@phac-aspc.gc.ca

Organisation du dépistage du cancer du sein au Canada

Au Canada, les services de santé publique sont généralement organisés et administrés par les gouvernements provinciaux et territoriaux, à l'exception des populations distinctes relevant des compétences fédérales, p. ex. les Premières nations inscrites, les Forces canadiennes, la Gendarmerie royale du Canada. Les services de dépistage du cancer du sein sont élaborés et gérés par les gouvernements provinciaux et territoriaux et ils ont tous, à l'exception du Nunavut, un programme organisé de dépistage du cancer du sein. Le Canada n'a pas un programme national de dépistage du cancer du sein avec des politiques communes, mais il a un ensemble de programmes régionaux.

Tous les programmes organisés de dépistage offrent gratuitement un dépistage mammographique aux femmes sans qu'elles soient recommandées par un médecin. Tous les programmes comprennent des composantes éducatives et promotionnelles pour encourager la participation éclairée au dépistage chez la population ciblée. Tous les programmes régionaux (à l'exception de celui du Yukon) surveillent les résultats et font rapport [des données normalisées dans une base de données nationales tenue à jour par l'Agence de la santé publique du Canada.

Il existe des différences entre les programmes organisés régionaux. Certains programmes organisés offrent un dépistage à une gamme d'âges plus large ou un dépistage plus fréquent à des sous-groupes et peuvent comprendre un examen clinique des seins. Les programmes organisés peuvent être différents à d'autres égards, par exemple, la portée et l'utilisation des lettres d'invitation. Les programmes organisés offrent des mammographies de dépistage par le truchement d'un mélange d'installations gérées par les secteurs public et privé. Généralement, les programmes organisés ne sont pas les seuls fournisseurs de mammographies; les médecins peuvent recommander les femmes à une installation d'imagerie pour un dépistage du cancer du sein sans avoir recours à un programme organisé. La responsabilité de la gestion du suivi pour les femmes dont les mammographies indiquent des anomalies est habituellement attribuée à leurs fournisseurs de soins primaires, même si plusieurs programmes gèrent les éléments de l'investigation à l'aide de divers mécanismes. Le traitement des cas identifiés de cancer du sein, encore une fois, varie selon les régions. Dans la plupart des cas, les organismes provinciaux de lutte contre le cancer ou les programmes de soins contre le cancer s'occupent du suivi pour les patientes ayant reçu un diagnostic de cancer nécessitant une chirurgie, une radiothérapie ou une chimiothérapie.

Éléments des programmes

Les programmes organisés de dépistage du cancer du sein offrent un examen aux femmes asymptomatiques qui n'ont jamais souffert d'un cancer du sein diagnostiqué. Les programmes organisés comprennent généralement les cinq éléments suivants :

Identification de la population cible et invitation à participer

Les programmes de qualité supérieure doivent identifier la population cible à l'aide d'une approche systémique, ce qui représente le processus le plus efficace, tout en tenant compte des préoccupations appropriées en matière de protection de la vie privée.

De nombreuses méthodes sont utilisées pour inviter les femmes à venir passer un examen de dépistage : lettres d'invitation lancées auprès de la population, invitations personnelles, formation des médecins afin d'accroître la prescription de la mammographie de dépistage et campagnes médiatiques à l'intention des femmes.

Examen de dépistage

L'examen de dépistage doit être accessible à toutes les femmes admissibles aux programmes. Les mammographies de dépistage peuvent se faire dans certains établissements fixes ou dans des unités mobiles. Les établissements fixes de mammographie se trouvent dans les zones urbaines à population dense, alors que les unités mobiles desservent habituellement les zones dont la densité de la population est plus faible. Les unités mobiles peuvent aussi être utilisées en complément aux centres de mammographie. La femme et son fournisseur de soins primaires doivent recevoir tous les deux les résultats de la mammographie.

Examen de suivi en cas d'anomalie détectée lors du dépistage

Toutes les anomalies détectées au cours du processus de dépistage doivent être évaluées. 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 de lésion bénigne ou d'absence de cancer est posé.

Rappel après un épisode de dépistage normal ou bénin

En général, les femmes qui obtiennent un résultat normal sont invitées par une lettre de rappel à se présenter à intervalle régulier pour un dépistage subséquent. Certaines femmes font l'objet d'un rappel plus tôt en raison de leur âge, de leur densité mammaire, de leurs antécédents familiaux ou des résultats de leur dernière mammographie. On devrait rappeler aux femmes qui obtiennent un résultat normal de consulter leur fournisseur de soins primaires si des symptômes apparaissent avant leur prochain examen de dépistage. Le texte précédent présente un bref résumé des méthodes systématiques par lesquelles les personnes franchissent les étapes des programmes organisés de dépistage du cancer du sein. De plus, les programmes organisés de dépistage offrent certains avantages par rapport au dépistage opportuniste, notamment le recrutement populationnel, 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.

Surveillance et évaluation

La surveillance et l'évaluation des programmes organisés de dépistage du cancer du sein par l'entremise de la collecte, de l'analyse et de l'interprétation systématiques des données sur la santé permettent d'améliorer les programmes. Les initiatives de surveillance et d'évaluation des programmes organisés de dépistage du cancer du sein sont essentielles pour assurer aux femmes des 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 fondées sur la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein servent à améliorer et à maintenir la performance des programmes de dépistage partout au Canada. La Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein contient les données sur les activités de dépistage du cancer du sein des programmes de dépistage du cancer du sein de tout le Canada.

Glossaire

Assurance de la qualité

Surveillance et évaluation méthodiques des divers aspects d'un centre de dépistage afin de maximiser la probabilité que des normes de qualité minimales soient respectées tout au long du processus de dépistage.

Biopsie ouverte

Exérèse chirurgicale d'une masse au sein sous anesthésie locale ou générale pour établir un diagnostic à l'aide d'un examen subséquent au microscope par un anatopathologiste.

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 guidées par imagerie.

Biopsie tissulaire

Biopsie qui soumet des tissus du sein à un examen histopathologique (ne correspond pas à la ponction à l'aiguille fine, qui ne fournit que des cellules). Elle comprend à la fois les biopsies par forage et les biopsies ouvertes.

Cancer détecté après le dépistage

Cancer du sein détecté en dehors du programme après un examen de dépistage normal ou la découverte d'une tumeur bénigne, ce qui inclut les cas de cancer qui peuvent être classés selon l'intervalle réel (nouveau cancer), qui n'ont pas été détectés lors du dépistage (résultat faussement négatif), qui n'ont pas été détectés lors du diagnostic (résultat faussement négatif) ou qui sont non conformes pour le respect du délai.

Cancer détecté au dépistage

Cancer détecté grâce au dépistage.

Cancer infiltrant

Cancer qui s'est propagé en dehors des parois 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.

Cancer

Fait référence à des tumeurs malignes du sein et du carcinome canalaire *in situ*.

Carcinome canalaire *in situ*

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

Contrôle de la qualité

Réalisation systématique et interprétation de tests visant à vérifier le fonctionnement du matériel et la mise en oeuvre des mesures correctrices.

Date du diagnostic définitif

La date du diagnostic définitif d'un cancer est la date du premier résultat de l'examen histologique d'une biopsie par forage ou chirurgicale ouverte qui confirme la présence d'un cancer (carcinome canalaire *in situ* ou carcinome infiltrant), ou la première ponction définitive à l'aiguille fine s'il n'y a pas eu de biopsie par forage ou de biopsie ouverte avant le traitement. La date du diagnostic définitif d'un cas bénin est le dernier test effectué avant un autre dépistage ou avant la recommandation pour un rappel précoce.

Densité mammaire

Décrit la quantité relative de graisse et de tissu glandulaire/conjonctif visible durant la mammographie. Un sein dense contient moins de graisse et plus de tissu glandulaire/conjonctif et semble blanc sur la mammographie, ce qui peut fausser la détection du cancer. La densité mammaire élevée est reconnue comme étant un facteur de risque indépendant pour le cancer du sein.

Dépistage initial

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

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

S'entend d'un dépistage complété, y compris l'évaluation d'anomalies détectées lors du dépistage.

Femme asymptomatique

Femme qui n'a aucun symptôme d'une maladie du sein. Lettre d'invitation Lettre envoyée à une femme admissible avant son premier dépistage l'invitant à participer à un programme organisé de dépistage du cancer du sein.

Lettre de rappel

Lettre envoyée à une femme qui a déjà été examinée dans le cadre d'un programme et qui indique qu'elle a atteint ou dépassé la date de son examen de dépistage.

Ponction à l'aiguille fine

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

DÉROULEMENT DU DÉPISTAGE — CHAPITRE 1

Promotion et accès

1.1

Promotion de la sensibilisation du public

- *Les programmes devraient avoir pour objectif de recruter au moins 70 % des femmes admissibles dans le groupe ciblé.*
- *Les programmes organisés de dépistage doivent recueillir des statistiques sur les proportions de femmes soumises au dépistage dans le groupe d'âge ciblé.*
- *Les programmes de dépistage devraient se doter d'un plan de participation qui définit le mode de recrutement des femmes admissibles et la manière de rejoindre des populations précises.*
- *Les programmes de dépistage doivent s'assurer que les femmes obtiennent les renseignements adéquats afin de prendre une décision éclairée à propos de leur participation.*

Le dépistage doit être entrepris par une proportion importante de la population ciblée afin de réduire le taux de mortalité due au cancer du sein. Pour y parvenir, il faut planifier l'établissement de niveaux appropriés de participation parmi les groupes d'âge ciblés, utiliser des stratégies de participation efficace, s'assurer que le dépistage est accessible, renforcer notamment la capacité de façon adéquate au sein du système de soins de santé afin d'assurer la prestation d'un dépistage et le suivi nécessaire.

La participation à un programme est une importante mesure provisoire de l'efficacité parce qu'elle fournit une indication de la possibilité de réduire la mortalité, bien qu'il n'y ait pas d'approche normalisée à l'échelle internationale pour sa mesure.^{1,2} Au Canada, le taux de participation ciblé pour les programmes de dépistage est de $\geq 70\%$ (sur une période de 30 mois), ce qui correspond aux objectifs de participation d'autres pays. Les taux de participation aux programmes de dépistage chez les femmes âgées de 50 à 69 ans variaient selon les provinces canadiennes entre 10,4 % et 59,2 % en 2005 et 2006; toutefois, lorsqu'un dépistage en dehors du programme (opportuniste) est inclus, les taux estimatifs sont plus près de 70 % et les variations entre les provinces et les territoires sont petites.³

Le plan devrait tenir compte des approches qui peuvent être utilisées pour faciliter la participation éclairée des femmes, notamment des invitations personnelles, des programmes d'information communautaires, des organismes non gouvernementaux, la participation des médecins, des fournisseurs de soins primaires et autres professionnels de la santé, et des stratégies visant les groupes de femmes présentant des taux de participation faibles.

De nombreux facteurs influencent la participation éclairée. Il faudrait tenir compte de ces facteurs pour inviter les femmes à se soumettre à un dépistage, notamment pour

la rédaction des brochures et des lettres, la planification des initiatives de sensibilisation, le choix des endroits où l'unité mobile sera installée et la conception des messages promotionnels.

Chez les Canadiennes, les facteurs individuels pouvant influencer la participation incluent les comportements passés et actuels, les attributs personnels des femmes (p. ex. l'âge) et le statut socioéconomique.⁴ La participation d'une femme à d'autres tests de dépistage tels que les tests Pap est en étroite corrélation avec la participation à la mammographie, ce qui indique que les comportements sains sont regroupés.⁵ Le haut niveau de scolarité et les revenus élevés sont aussi associés de manière positive à l'utilisation de la mammographie.⁶⁻⁸ Toutefois, une étude danoise a révélé que la relation entre la scolarité et le dépistage était en forme de U, ce qui signifie que les segments de la population les moins et les plus scolarisés étaient moins susceptibles de passer un examen de dépistage.⁹ Au Canada, les femmes de race blanche ont plus souvent recours à la mammographie que les femmes des minorités ethniques. Il en va de même pour les femmes vivant en milieu urbain par rapport à celles vivant en milieu rural.⁴ Il est plus probable que les femmes mariées participent à un dépistage que les femmes qui ne l'ont jamais été, les femmes divorcées ou séparées ou les veuves.¹⁰

Un manque de connaissance de l'intervalle recommandée pour le dépistage et l'idée fausse que la recommandation d'un médecin est nécessaire sont associés aux femmes qui n'ont jamais passé une mammographie ou à celles qui ont dépassé la date de leur examen de dépistage.¹⁰ Dans une étude des obstacles chez les femmes faisant partie d'une

minorité, les facteurs limitatifs les plus souvent mentionnés sont la peur de la douleur et la gêne, un manque de ressources financières, une mauvaise connaissance des programmes de dépistage, le manque de recommandation du médecin, le manque de confiance dans les hôpitaux et les médecins, les barrières linguistiques et le manque de transport.¹¹

Dans le contexte canadien, un rapport publié récemment et fondé sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2008, indique que la raison invoquée le plus souvent au cours des deux dernières années par les femmes pour ne pas passer de mammographie était qu'elles ne croyaient pas que cet examen était nécessaire.¹² D'autres facteurs qui avaient un rapport significatif avec le fait de ne pas avoir recours à la mammographie comprenaient le fait d'être immigrante, de vivre au sein d'un ménage à faible revenu, de ne pas avoir un médecin régulier et de fumer.¹² Selon une enquête menée au Canada, les facteurs prédictifs associés au fait de n'avoir jamais passé de mammographie sont les suivants : être plus âgée, vivre à la campagne, être née dans un pays d'Asie, ne faire partie d'aucun groupe bénévole, ne pas avoir de médecin habituel ou ne pas avoir passé d'examen médical dernièrement, être fumeuse, ne pratiquer aucune activité physique régulière et ne pas suivre de traitement hormonal de substitution.¹³ Un grand nombre de ces facteurs interagissent et peuvent être additifs pour des personnes en particulier. Les responsables des programmes de dépistage doivent connaître les facteurs qui ont une incidence sur la participation et doivent en tenir compte dans leur plan.

1.1.1

Promotion visant les femmes

- *Les programmes de dépistage doivent déterminer avec précision les femmes admissibles dans leur région et tenir à jour une base de données avec leurs adresses à jour et leur statut.*
- *Les programmes de dépistage doivent utiliser les sources d'information les plus complètes et à jour pour connaître les coordonnées des femmes admissibles. Ces listes devraient être disponibles pour les programmes eux-mêmes afin que les responsables des programmes, et non une tierce partie, puissent envoyer des invitations. Les programmes de dépistage doivent assurer la confidentialité de ces listes.*
- *Les programmes organisés de dépistage du cancer du sein devraient envoyer des invitations à toutes les femmes faisant partie du groupe d'âge ciblé. On devrait envoyer de nouveau une invitation aux femmes qui ne participent pas au moins tous les cinq ans.*

- *L'invitation devrait contenir des renseignements sur la façon d'obtenir des renseignements objectifs relatifs au dépistage.*
- *3 à 6 semaines après la première lettre d'invitation, on devrait faire parvenir un rappel aux femmes qui n'ont pas pris de rendez-vous.*
- *Les programmes organisés de dépistage du cancer du sein doivent comprendre un mécanisme permettant de choisir de ne pas faire partie du processus d'invitation.*

Les programmes de dépistage doivent avoir accès à des listes précises et à jour de la population, afin de pouvoir déterminer les femmes admissibles. Un lien avec un registre de la population offre la possibilité de faire quotidiennement des mises à jour. De cette façon, on peut identifier les femmes qui demeurent dans la région visée par le dépistage ou qui déménagent, ou les femmes qui sont décédées et les inclure dans la liste d'invitation ou les exclure. D'autres sources de renseignements pour tenir à jour le registre du dépistage peuvent également être requises.¹⁴ Les listes des femmes admissibles devraient être couplées aux listes des registres du cancer et aux statistiques de l'état civil. Il faudrait aussi procéder à un autre couplage au sein du programme de dépistage afin que les femmes qui participent déjà au programme ne reçoivent pas la même lettre que celles qui sont invitées pour la première fois.

Les programmes de dépistage doivent être conformes aux lois sur la protection de la vie privée de leur territoire. Les programmes de dépistage doivent s'assurer que les renseignements personnels reçus sont utilisés uniquement aux fins pour lesquelles ils ont été fournis.

Les invitations personnelles sont un outil simple et efficace pour informer les femmes de leur admissibilité à participer au dépistage.¹⁵⁻¹⁷ Les recherches réalisées dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein ont conclu que l'envoi d'une lettre personnalisée, signée par un médecin du programme régional, à toutes les femmes de la province âgées de 50 à 69 ans avait augmenté considérablement les taux de participation observés par rapport aux taux prévus.¹⁸ Actuellement, tous les programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada se servent de lettres d'invitation qu'ils font

parvenir au moins à certains groupes de femmes et qu'ils considèrent comme un élément clé d'un programme organisé de dépistage. Cependant, pour certains groupes spéciaux dans la population, comme les Autochtones et les groupes d'immigrants, les lettres d'invitation peuvent être inadéquates ou insuffisantes. Dans ces cas, il pourrait être souhaitable d'analyser la valeur des lettres d'invitation par rapport à d'autres méthodes.

Le contenu des lettres d'invitation a des répercussions sur la participation. Pour appuyer un choix éclairé,¹⁹ les invitations devraient informer les femmes des avantages et des risques du dépistage. On devrait souligner le fait que le dépistage est une suite d'étapes et qu'il est possible que des évaluations ultérieures soient nécessaires. Les invitations devraient être accompagnées des brochures d'information qui décrivent le programme en général et répondent aux questions et aux préoccupations fréquentes des femmes au sujet de la mammographie.

D'autres pays, tels que le Royaume-Uni et la Finlande, incluent des rendez-vous déjà prévus dans les invitations, ce qui améliore la participation au dépistage.^{19,20} Au Canada, on ne fixe pas de rendez-vous dans les lettres d'invitation et on ne connaît pas les facteurs qui pourraient influencer sur l'acceptation d'une telle méthode. Les rendez-vous déjà prévus pourraient miner la tentative du programme de laisser les femmes faire un choix éclairé étant donné qu'on présume qu'elles voudront participer aux programmes.²¹

L'appui du programme par un fournisseur de soins primaires pourrait augmenter quelque peu les taux de dépistage, mais la rentabilité et la faisabilité d'une telle approche n'ont pas été établies. Les taux de réponse ne sont pas très différents selon que l'invitation au dépistage a été envoyée par le médecin de famille ou par une source que les femmes ne connaissent pas personnellement.²² Dans la plupart des programmes de dépistage canadiens, l'envoi de lettres d'invitation ou de rappel par les médecins généralistes n'est pas faisable. La mise en oeuvre d'un système de dossiers électroniques pourrait améliorer la faisabilité d'utiliser des listes fondées sur la pratique et cette possibilité devrait être examinée à l'avenir.

Les rappels ciblent expressément les femmes qui n'ont pas répondu à la première invitation. On envoie généralement les lettres de rappel 4 à 8 semaines après la première

lettre. Les femmes qui reçoivent un rappel sont plus susceptibles de passer une mammographie que celles qui n'en reçoivent pas.²²⁻²⁴ Au nombre des stratégies déployées figurent les lettres et les appels téléphoniques qui peuvent améliorer la réponse des femmes qui ne donnent pas suite à la première invitation.²⁴ Une lettre d'invitation suivie d'un appel téléphonique est aussi une stratégie efficace qui pourrait s'avérer utile pour entrer en contact avec les groupes de femmes d'origine ethnique différente ou défavorisées sur le plan socioéconomique.^{15, 24, 25} Pour les femmes avec qui l'on communique pour leur premier examen de dépistage, un suivi téléphonique n'est pas possible, puisqu'elles ne sont pas encore inscrites aux programmes de dépistage. Une étude a démontré qu'un système de notification électronique (courriel) était aussi efficace que la poste et qu'il pourrait être efficace et rentable pour les rappels aux clientes.²⁶ Dans certains programmes, plus d'un rappel peut être émis à l'aide de diverses méthodes; par conséquent, il peut être impossible d'évaluer le taux de succès de chaque type de rappels.¹⁴

Il n'existe dans la littérature aucune indication quant au meilleur moment pour l'envoi de la deuxième lettre. On

envoie généralement les lettres de rappel 4 à 8 semaines après la première lettre. La plupart des rendez-vous sont fixés durant la semaine suivant la réception de l'invitation. Ainsi, un intervalle de 3 à 6 semaines entre les lettres pourrait être plus indiqué. En ce qui concerne les unités mobiles, il pourrait être difficile de prévoir très à l'avance la date exacte où l'unité sera dans la collectivité. Par conséquent, il se pourrait que l'intervalle entre la première lettre et la lettre de rappel doive être écourté.

Des interventions peuvent être mises en oeuvre pour surmonter les obstacles à la participation. Une méta-analyse récente a révélé que les interventions personnalisées (p. ex. selon l'âge, l'origine ethnique, les obstacles à l'accès aux soins, etc.), notamment celles qui utilisent un modèle de croyance relative à la santé et une recommandation du médecin, sont efficaces pour promouvoir le dépistage à l'aide de la mammographie.²⁷ Les stratégies améliorant l'accès (c.-à-d. les stratégies qui visent à supprimer les obstacles structurels, géographiques ou financiers) sont un complément important des stratégies de sensibilisation, en particulier pour les femmes mal desservies.²⁸

1.1.2

Stratégies de promotion communautaire

- *Il faudrait évaluer l'efficacité des programmes promotionnels.*
- *Les programmes promotionnels devraient cibler des groupes précis selon les circonstances locales.*

On a eu recours abondamment aux campagnes promotionnelles pour accroître la participation initiale au dépistage et pour améliorer les connaissances et les attitudes. Toutefois, il est souvent difficile de quantifier et d'évaluer l'incidence des campagnes promotionnelles. La publicité seule ne suffit pas à l'obtention des hauts taux de participation initiale nécessaires pour qu'un programme de dépistage soit efficace. Il est nécessaire d'employer d'autres stratégies.

Selon un examen systématique des interventions les plus efficaces pour accroître les taux de dépistage pour le cancer du sein, du col utérin et colorectal, un comité d'experts a recommandé les interventions suivantes pour accroître la participation au dépistage du cancer du sein :

- rappels aux clientes et campagnes médiatiques;
- éducation individuelle;
- réduction des obstacles structurels;
- évaluation et commentaires des fournisseurs.²⁹

Certains groupes spéciaux pourraient avoir besoin d'autres interventions en plus des campagnes promotionnelles de portée générale pour améliorer leur connaissance du programme de dépistage du cancer du sein. Parmi ces groupes, mentionnons les femmes âgées,

les nouvelles immigrantes, les femmes devant faire face à des barrières linguistiques, les femmes ayant un faible niveau de scolarité et défavorisées sur le plan socioéconomique, les femmes vivant en milieu rural, les femmes de minorités ethniques, les femmes à risque élevé et les femmes célibataires. Une métaanalyse récente des études sur les interventions conçues pour promouvoir le dépistage à l'aide de la mammographie a révélé que les stratégies visant à améliorer l'accès (p. ex. les unités mobiles) ont eu la plus grande incidence, suivies par les approches, qui s'adressent à chaque femme individuellement, telles que le counselling individuel ou l'éducation.³⁰ Une plus grande incidence a été remarquée pour les interventions théoriques comparativement aux interventions non personnalisées.³⁰ Les résultats sont conformes à ceux d'une méta-analyse précédente qui a révélé que les interventions visant à améliorer l'accès, combinées à des approches qui s'adressent à chaque femme individuellement, ont l'incidence la plus marquée sur la hausse des taux de dépistage à l'aide de la mammographie.²⁸

L'Internet est une source importante éventuelle de renseignements et de promotion du dépistage du cancer du sein. La plupart des programmes au Canada ont un site Web; les programmes de dépistage devraient avoir un site Web qui indique clairement les coordonnées et les procédures pour prendre rendez-vous. De plus, on utilise couramment des méthodes de promotion telles que les journaux, la radio, la télévision, les vidéos, les bulletins d'information et les groupes d'experts dans les médias. Tous les programmes se servent de brochures, d'affiches, de présentations en groupes, de foires sur la santé, de kiosques d'information, de réunions publiques et de l'éducation des médecins. Certains programmes se servent de stratégies interpersonnelles : des bénévoles communiquent avec les populations mal desservies, par la suite, des infirmières hygiénistes ou des éducateurs non professionnels font de l'éducation individuelle. Certains programmes effectuent également une coordination avec des organisations non gouvernementales, nationales ou régionales, qui peuvent offrir des moyens de rechange pour atteindre la population ciblée ou des groupes de femmes en particulier. Les programmes de dépistage devraient utiliser une variété de méthodes d'approche.

1.1.3

Promotion des programmes visant les professionnels de la santé

- *Les programmes de dépistage devraient entretenir des liens continus avec les organismes de soins de santé appropriés, les associations professionnelles et les collègues.*
- *Les programmes de dépistage doivent fournir des renseignements appropriés et complets aux fournisseurs de soins primaires.*
- *Les programmes de dépistage devraient aider les fournisseurs de soins primaires à soutenir les femmes admissibles à prendre une décision éclairée.*

Certains des principaux facteurs, qui font en sorte que les femmes passeront ou non une mammographie, sont liés aux fournisseurs de soins de santé. L'amélioration de la fréquence et de l'uniformité des communications portant sur la mammographie par les fournisseurs de soins primaires est un facteur essentiel à la promotion de la participation au dépistage.³¹ La première étape consiste à avoir une source habituelle de soins ou un médecin habituel : au cours des deux dernières années, les femmes étaient environ trois fois plus nombreuses à passer une mammographie lorsqu'elles avaient un médecin habituel.⁶

Certaines femmes ne sont pas au courant des recommandations sur le dépistage; par conséquent, les fournisseurs de soins primaires jouent un rôle important pour accroître leur connaissance à ce sujet. Bien que l'orientation d'un médecin ne soit pas nécessaire à la participation aux programmes canadiens de dépistage du cancer du sein, des études sur l'utilisation de la mammographie menées dans d'autres pays indiquent que les femmes, qui ont un contact régulier avec un médecin, sont grandement susceptibles d'avoir recours à la mammographie de dépistage⁸⁻¹⁰, ce qui indique que l'encouragement du médecin demeure un facteur majeur dans la décision de participer au dépistage.

Les systèmes de rappel des fournisseurs sont efficaces pour accroître le dépistage du cancer du sein par mammographie.³² Les messages inscrits à la main dans les dossiers médicaux ou les rappels générés par ordinateur, qui indiquent aux fournisseurs de soins primaires la date de la dernière séance de dépistage et la date prévue pour la prochaine, se sont révélés un outil efficace pour améliorer les mesures préventives.^{22,33} Chaque consultation d'une femme avec son fournisseur de soins primaires est une occasion de discuter du dépistage.^{23,34}

Un examen systématique de l'incidence de la technologie de l'information sur la prestation des services de prévention du cancer dans les bureaux de soins primaires a révélé que l'efficacité de la technologie de l'information sur l'augmentation du dépistage du cancer était modeste.³⁵ Les auteurs font valoir que la vérification et la rétroaction de l'activité professionnelle ont la possibilité

de modifier la pratique, mais que les vérifications, les commentaires et les fiches de performance ont été utilisés de façon limitée. Cet examen recommande une étude plus poussée sur les approches technologiques, afin de comprendre leur incidence et leur adoption par les fournisseurs et les patients.

L'éducation des fournisseurs de soins primaires concernant les besoins en matière de dépistage par mammographie doit être axée non seulement sur la nécessité du dépistage, mais également sur les avantages associés au dépistage dans un centre spécialisé, plutôt que dans une unité diagnostique. La mammographie effectuée par l'entremise des programmes de dépistage vise les patientes qui ne présentent aucun symptôme; les services offerts dans les centres de dépistage sont efficaces et de haute qualité et coûtent beaucoup moins cher que la mammographie dispensée en dehors des programmes organisés de dépistage. Les fournisseurs de soins primaires doivent aussi être informés des avantages, des inconvénients et des limites éventuels du dépistage du cancer du sein à l'aide de la mammographie, afin qu'ils puissent transmettre ces messages avec précision à leurs patientes et ainsi les aider à prendre une décision éclairée.

L'engagement des médecins et autres fournisseurs de soins primaires représente la clé du succès des programmes de dépistage. Cette participation est avantageuse pour la création des programmes et devrait être encouragée par le truchement des organisations telles que les associations médicales.

1.2

Favoriser la prise de décision éclairée

- *On doit fournir aux femmes des renseignements appropriés et complets sur le dépistage du cancer du sein afin de promouvoir la prise de décision éclairée. Un outil d'aide à la prise de décision est offert aux femmes qui songent à participer au dépistage et qui peut être utilisé pour les aider à prendre des décisions éclairées par elles-mêmes ou en collaboration avec leurs fournisseurs de soins primaires (c.-à-d. une prise de décision partagée).*
- *On doit dire aux femmes que leur participation est volontaire.*
- *Les centres de dépistage devraient avoir du personnel pour répondre aux questions sur le consentement, y compris sur les avantages, les inconvénients et les limites du dépistage.*
- *es femmes devraient donner leur consentement avant l'examen de dépistage.*

Afin que les femmes puissent prendre des décisions éclairées sur leur participation au dépistage du cancer du sein, elles doivent avoir la possibilité d'examiner les avantages, les limites et les inconvénients éventuels associés à la mammographie de dépistage. Pour ce faire, leurs décisions sont plus susceptibles de correspondre à leurs préférences, à leurs besoins, à leurs valeurs et à leurs préoccupations.³⁶ Des renseignements appropriés présentés dans des formats convenant aux femmes (p. ex. des documents écrits, des sites Web, des lignes téléphoniques d'information, etc.) devraient être offerts et être accessibles à toutes les femmes (y compris celles faisant partie de groupes défavorisés ou sous-représentés) qui appartiennent au groupe ciblé par le dépistage du cancer du sein.¹⁴

Ce ne sont pas toutes les femmes qui voudront prendre seules leurs décisions à propos du dépistage. Les outils d'aide à la prise de décision peuvent appuyer les femmes à risque moyen et leurs fournisseurs de soins de santé à discuter du processus de prise de décision. Les femmes plus âgées, qui courent un risque plus élevé de développer un cancer du sein (p. ex. antécédents familiaux, densité mammaire élevée, exposition à des radiations répétées aux seins en raison d'un traitement, etc.), ayant des

déficiences physiques ou mentales, provenant de minorités ethniques ou qui parlent une autre langue que le français ou l'anglais peuvent aussi tirer avantage du processus de prise de décision partagée, afin de comprendre leurs risques personnels et les avantages du dépistage et de décider de leur participation au dépistage.³⁶ Les recherches ont démontré que la satisfaction envers le dépistage augmente et que l'anxiété diminue lorsque les femmes prennent une décision éclairée pour participer au dépistage.

Puisque le profil de risque des femmes varie, la probabilité de tirer avantage ou d'avoir des résultats négatifs à la suite du dépistage n'est pas la même pour toutes les femmes. L'utilisation d'outils d'aide à la prise de décision peut entraîner une utilisation plus optimale du dépistage. Il est plus important d'entreprendre le processus de prise de décision avant d'entamer l'examen de dépistage. Un outil d'aide à la prise de décision pour le dépistage du cancer du sein (<http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/dec-aid-fra.php>), qui est une première en son genre au Canada, offre aux femmes des renseignements sur le dépistage du cancer du sein par mammographie et les aide à décider de prendre part ou non au dépistage du cancer du sein.³⁷

1.3

Assurer un accès équitable

- *Les programmes de dépistage devraient assurer une formation adéquate et la disponibilité des outils pour le personnel, afin qu'il puisse fournir des soins complets.*
- *Les centres de dépistage s'assurent que les obstacles opérationnels et physiques à la mammographie sont minimisés.*
- *Dans le cadre des programmes de dépistage, on devrait concevoir des lignes directrices pour aider à déterminer les femmes qui ne peuvent pas passer une mammographie et trouver des voies de rechange pour obtenir les soins disponibles (par exemple, les femmes ayant des implants mammaires ou le cancer du sein).*
- *Les programmes de dépistage devraient comporter des stratégies adaptées aux femmes de certains groupes spéciaux (les femmes appartenant à des populations distinctes sur le plan linguistique ou culturel et les femmes handicapées).*
- *Les programmes de dépistage devraient assurer l'accessibilité géographique.*

On constate un manque d'indicateurs validés d'accessibilité aux examens de dépistage.^{37, 38} Des analyses de l'accessibilité géographique effectuées à l'aide de systèmes d'information géographique sont en cours en Nouvelle-Écosse et au Québec. De plus, des sondages

entrepris à l'échelle régionale et nationale sur la satisfaction de la clientèle ont documenté les facteurs de dissuasion ou les obstacles éventuels à la participation, ainsi que les aspects positifs de l'épisode de dépistage des participantes et leur satisfaction envers celui-ci. Ces renseignements sont essentiels afin d'adapter la prestation des services aux besoins des femmes ciblées par les recommandations relatives au dépistage.

Les femmes, qui ont des besoins particuliers, peuvent être moins susceptibles de passer une mammographie de dépistage comparativement aux autres femmes^{39,40} et, en fin de compte, être diagnostiquées à un stade plus avancé de la maladie.⁴¹ La documentation n'indique pas quels types de besoins spéciaux sont associés au manque de participation. Les femmes qui ont de la difficulté à marcher, à se tenir debout et à monter des escaliers, semblent plus susceptibles que la population générale à passer une mammographie⁴², alors que les femmes qui ont des difficultés à long terme à entreprendre leurs activités quotidiennes sont moins susceptibles de s'y soumettre.⁴³ Les femmes ayant des besoins particuliers découlant de leur isolation sociale semblent moins susceptibles de passer une mammographie de dépistage, tout comme les femmes souffrant d'une maladie mentale grave.⁴²

Les femmes qui ont des besoins spéciaux peuvent faire face à une variété d'obstacles pour prendre part au dépistage du cancer du sein.^{39,40,44-47} Les obstacles à la participation peuvent survenir au cours de différentes étapes du processus du dépistage du cancer du sein, notamment à leur inscription aux programmes et avec la procédure de la mammographie elle-même.⁴⁸ Les obstacles à faire partie des programmes incluent le manque de renseignements appropriés pour prendre des décisions éclairées, l'inaccessibilité physique de l'installation, le manque d'aide personnelle dans les établissements et une mauvaise expérience de la mammographie.⁴⁸ Les obstacles avec la procédure elle-même comprennent les difficultés en matière de communication et le positionnement physique.⁴⁸

Les groupes spéciaux devraient être identifiés dans le plan de participation, leurs besoins devraient être traités et leurs taux de participation devraient être documentés individuellement. Les femmes ayant différents antécédents culturels peuvent avoir des croyances, des attitudes, des sentiments et des émotions qui proviennent de leurs perceptions culturelles sous-jacentes de la maladie et du bien-être. Il faut tenir compte de ces questions en offrant un dépistage et une évaluation appropriés à ces groupes.⁴⁹

1.4

Capacité

- *Les programmes de dépistage doivent avoir une capacité suffisante (p. ex. des installations, du personnel, des infrastructures) pour offrir des services à toutes les femmes admissibles qui désirent participer.*
- *Les programmes de dépistage devraient adapter la prestation des services pour assurer un accès en temps opportun à la mammographie à toutes les participantes.*

Pour offrir des services de dépistage et pour pouvoir atteindre toutes les femmes admissibles qui désirent participer, le programme doit avoir la capacité d'offrir ces services, c'est-à-dire un nombre suffisant d'installations, du personnel et des infrastructures. Un nombre insuffisant

de centres, de technologues en radiation médicale ou de radiologistes limitera la capacité des programmes et en réduira l'accès.⁵⁰ Il a été démontré qu'une capacité insuffisante entraîne des taux de dépistage moins élevés et des diagnostics à un stade tardif du cancer du sein.⁵¹ L'accroissement du nombre de femmes admissibles exerce une pression accrue sur les services de dépistage. Toutefois, les innovations technologiques telles que la mammographie numérique et la tomosynthèse peuvent avoir une incidence positive sur cette capacité.

La capacité et l'accès en temps opportun associés à la mammographie peuvent aussi être améliorés grâce au dépistage à l'aide d'unités mobiles. Au Canada, un peu plus de la moitié des programmes, notamment ceux de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, du Manitoba, de la

Saskatchewan, de l'Ontario, du Québec et de la Nouvelle-Écosse, utilisent ces ressources.⁵² La performance du dépistage des centres fixes et des unités mobiles n'est habituellement pas évaluée séparément. Toutefois, une étude récente effectuée au Québec, où les unités mobiles sont utilisées depuis 2002, a démontré que leur intégration a eu une incidence majeure sur la participation dans les régions où il n'y a pas de centres de dépistage fixes.⁵³ En 2006, le taux de participation a atteint 52 % et 69,9 % dans les régions nordiques du Nunavik et les Terres-Cries de-la-Baie-James. Même si la puissance statistique est limitée en raison du petit nombre de cas de cancer détectés lors de l'examen de dépistage dans les unités mobiles, les analyses préliminaires de la performance appuient la notion que le dépistage effectué à l'aide de ces unités pourrait détecter un nombre équivalent de cas de cancer et diminuer les renvois en raison d'une lecture centralisée effectuée par un nombre limité de radiologistes traitant un nombre élevé de cas.⁵³ Les unités mobiles représentent un outil efficace pour assurer l'équité d'accès et accroître la capacité d'examiner les femmes admissibles.

La capacité et l'accès en temps opportun à la mammographie dans le groupe ciblé peuvent être touchés lorsque l'admissibilité au dépistage est élargie ou que le taux de dépistage annuel est élevé. Le dépistage annuel par mammographie continue d'être offert par la plupart des programmes provinciaux de dépistage à des sous-groupes de femmes, en raison du risque accru de développer un cancer du sein (selon les antécédents des patientes ou du dépistage), des politiques provinciales sur le dépistage ou d'autres facteurs.

De nombreux centres de mammographie offrent également des services de mammographie diagnostique et autres procédures diagnostiques de suivi. La mammographie diagnostique est différente de la mammographie de dépistage et peut nécessiter des clichés supplémentaires. Ces derniers peuvent comprendre une compression focalisée du sein ou une image agrandie d'une région préoccupante et exigent en général plus de temps qu'une mammographie de dépistage. Un taux de rappel pour anomalie moins élevé réduirait le nombre de mammographies diagnostiques requises, ce qui augmenterait par conséquent la capacité à effectuer des mammographies de dépistage supplémentaires.

1.5

Indicateurs*

- *Taux de participation :*

*Pour obtenir des renseignements complets sur les méthodes de calcul, les définitions et le contexte, veuillez consulter le rapport de l'Agence de la santé publique du Canada suivant : 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 (actuellement sous presse).

Références

1. Day NE, Williams DR et Khaw KT (1989) Breast cancer screening programmes: The development of a monitoring and evaluation system. *Br J Cancer* 59: 954-958.
2. Doyle, G.P., *et coll.* (2011) Étude sur la participation à la mammographie de dépistage et sur son utilisation au Canada. *Maladies chroniques et blessures au Canada* 31 : 152-156.
3. Agence de la santé publique du Canada (2011) Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada – Rapport sur la performance des programmes en 2005 et en 2006.
4. Hanson K, Montgomery P, Bakker D et Conlon M (2009) Factors influencing mammography participation in Canada: An integrative review of the literature. *Curr Oncol* 16: 65-75.
5. Blackwell DL, Martinez ME et Gentleman JF (2008) Women's compliance with public health guidelines for mammograms and pap tests in Canada and the United States: An analysis of data from the joint Canada/United states survey of health. *Women's Health Issues* 18: 85-99.
6. McDonald JT et Sherman A (2010) Determinants of mammography use in rural and urban regions of Canada. *Can J Rural Med* 15: 52-60.
7. Rakowski W, *et coll.* (2004) Prevalence and correlates of repeat mammography among women aged 55-79 in the year 2000 national health interview survey. *Prev Med* 39: 1-10.
8. Siahpush M et Singh GK (2002) Sociodemographic variations in breast cancer screening behavior among Australian women: Results from the 1995 national health survey. *Prev Med* 35: 174-180.
9. von Euler-Chelpin M, *et coll.* (2008) Sociodemographic determinants of participation in mammography screening. *Int J Cancer* 122: 418-423.
10. Achat H, Close G et Taylor R (2005) Who has regular mammograms? Effects of knowledge, beliefs, socioeconomic status, and health-related factors. *Prev Med* 41: 312-320.
11. Alexandraki I et Mooradian AD (2010) Barriers related to mammography use for breast cancer screening among minority women. *J Natl Med Assoc* 102: 206-218.
12. Shields, M. et Wilkins, K. (2009) Le point sur la mammographie au Canada. *Rapports sur la santé* 20 : 7-19.
13. Maxwell CJ, Bancej CM et Snider J (2001) Predictors of mammography use among Canadian women aged 50-69: Findings from the 1996/97 national population health survey. *CMAJ* 164: 329-334.
14. Perry, N., *et coll.* (2006) Lignes directrices européennes concernant l'assurance de qualité dans le dépistage du cancer du sein et le diagnostic, 4^e éd.
15. Bonfill X, Marzo M, Pladevall M, Marti J et Emparanza JI (2001) Strategies for increasing women participation in community breast cancer screening. *Cochrane Database Syst Rev* CD002943.
16. Denhaerynck K, *et coll.* (2003) Mammography screening attendance: Meta-analysis of the effect of direct-contact invitation. *Am J Prev Med* 25: 195-203.
17. Vernon SW, McQueen A, Tiro JA et del Junco DJ (2010) Interventions to promote repeat breast cancer screening with mammography: A systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 102: 1023-1039.
18. Jean, S., Major, D., Rochette, L. et Brisson, J. (2005) Participation à la mammographie de dépistage et stratégie d'invitation : Programme québécois de dépistage du cancer du sein, 1998-2000. *Maladies chroniques au Canada* 26 : 52-58.
19. Saalasti-Koskinen U, Makela M, Saarenmaa I et Utti-Ramo I (2009) Personal invitations for population-based breast cancer screening. *Acad Radiol* 16: 546-550.
20. Jepson RG, Forbes CA, Sowden AJ et Lewis RA (2001) Increasing informed uptake and nonuptake of screening: Evidence from a systematic review. *Health Expect* 4: 116-126.
21. Osterlie W, *et coll.* (2008) Challenges of informed choice in organized screening. *J Med Ethics* 34: e5.
22. Jepson R, *et coll.* (2000) The determinants of screening uptake and interventions for increasing uptake: A systematic review. *Health Technol Assess* 4: i-133.
23. Bankhead C, *et coll.* (2001) Improving attendance for breast screening among recent non-attenders: A randomized controlled trial of two interventions in primary care. *J Med Screen* 8: 99-105.
24. Page A, Morrell S, Chiu C, Taylor R et Tewson R (2006) Recruitment to mammography screening: A randomized trial and meta-analysis of invitation letters and telephone calls. *Aust N Z J Public Health* 30: 111-118.
25. Taplin SH, *et coll.* (2000) Testing reminder and motivational telephone calls to increase screening mammography: A randomized study. *J Natl Cancer Inst* 92: 233-242.
26. Chaudhry R, *et coll.* (2007) Web-based proactive system to improve breast cancer screening: A randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 167: 606-611.
27. Sohl SJ et Moyer A (2007) Tailored interventions to promote mammography screening: A metaanalytic review. *Prev Med* 45: 252-261.

28. Legler J, *et coll.* (2002) The effectiveness of interventions to promote mammography among women with historically lower rates of screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 11: 59-71.
29. Cancer Screening Uptake Expert Panel and the Program in Evidence-Based Care (PEBC), CancerCare Ontario (2009) Interventions to increase the uptake of cancer screening: Guideline recommendations.
30. Han HR, *et coll.* (2009) A meta-analysis of interventions to promote mammography among ethnic minority women. *Nurs Res* 58: 246-254.
31. Schueler KM, Chu PW et Smith-Bindman R (2008) Factors associated with mammography utilization: A systematic quantitative review of the literature. *J Women's Health (Larchmt)* 17: 1477-1498.
32. Baron RC, *et coll.* (2010) Intervention to increase recommendation and delivery of screening for breast, cervical, and colorectal cancers by healthcare providers a systematic review of provider reminders. *Am J Prev Med* 38: 110-117.
33. Kupets R et Covens A (2001) Strategies for the implementation of cervical and breast cancer screening of women by primary care physicians. *Gynecol Oncol* 83: 186-197.
34. Valanis BG, *et coll.* (2002) Screening HMO women overdue for both mammograms and pap tests. *Prev Med* 34: 40-50.
35. Jimbo M, Nease DE Jr., Ruffin MT et Rana GK (2006) Information technology and cancer prevention. *CA Cancer J Clin* 56: 26-36.
36. Rimer BK, Briss PA, Zeller PK, Chan EC et Woolf SH (2004) Informed decision making: What is its role in cancer screening? *Cancer* 101: 1214- 1228.
37. Agence de la santé publique du Canada (2009) Informations sur la mammographie pour les femmes de 40 ans et plus : Un outil d'aide à la décision pour le dépistage du cancer du sein au Canada.
38. Agence de la santé publique du Canada (2007) Rapport du Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation : Lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein – Deuxième édition.
39. Davies N et Duff M (2001) Breast cancer screening for older women with intellectual disability living in community group homes. *J Intellect Disabil Res* 45: 253-257.
40. Havercamp SM, Scandlin D et Roth M (2004) Health disparities among adults with developmental disabilities, adults with other disabilities, and adults not reporting disability in North Carolina. *Public Health Rep* 119: 418-426.
41. Verger P, *et coll.* (2005) Women with disabilities: General practitioners and breast cancer screening. *Am J Prev Med* 28: 215-220.
42. Ahmed NU, Smith GL, Haber G et Belcon MC (2009) Are women with functional limitations at high risk of underutilization of mammography screening? *Women's Health Issues* 19: 79-87.
43. Schootman M et Jeffe DB (2003) Identifying factors associated with disability-related differences in breast cancer screening (United States). *Cancer Causes Control* 14: 97-107.
44. Biswas M, Whalley H, Foster J, Friedman E et Deacon R (2005) Women with learning disability and uptake of screening: Audit of screening uptake before and after one to one counselling. *J Public Health (Oxf)* 27: 344-347.
45. Riddell L, Greenberg K, Meister J et Kornelsen J (2003) We're women too: Identifying barriers to gynecologic and breast health care for women with disabilities.
46. Sowney M et Barr O (2004) Equity of access to health care for people with learning disability: A concept analysis. *Journal of Learning Disabilities* 8: 247-265.
47. Thierry JM (2000) Increasing breast and cervical cancer screening among women with disabilities. *J Women's Health Gend Based Med* 9: 9-12.
48. Poulos AE, Balandin S, Llewellyn G et Dew AH (2006) Women with cerebral palsy and breast cancer screening by mammography. *Arch Phys Med Rehabil* 87: 304-307.
49. National Quality Management Committee of BreastScreen Australia (2001) National accreditation standards, BreastScreen Australia quality improvement program.
50. Olsson S, *et coll.* (2000) Implementation of service screening with mammography in Sweden: From pilot study to nationwide programme. *J Med Screen* 7: 14-18.
51. Elting LS, *et coll.* (2009) Mammography capacity impact on screening rates and breast cancer stage at diagnosis. *Am J Prev Med* 37: 102-108.
52. Public Health Agency of Canada (2009) Breast cancer screening programs in Canada: Update on provincial status. Survey 2008
53. Langlois, A., Hébert-Croteau, N. et Brisson, J. (2009) Performance des unités itinérantes dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

DÉROULEMENT DU DÉPISTAGE — CHAPITRE 2

Examen de dépistage

2.1

Prise de rendez-vous – identification, accès, information et admissibilité

- *Il convient d'adopter une approche axée sur le service à la clientèle tout au long du programme. La clientèle comprend les femmes, leurs fournisseurs de soins primaires, la collectivité et les intervenants.*
- *Les centres devraient obtenir les mammographies antérieures avant les rendez-vous.*
- *On devrait offrir des renseignements aux femmes avant la mammographie, notamment sur la façon de s'y préparer et d'obtenir les résultats; il faudrait répondre aux questions les plus fréquentes relatives au dépistage du cancer du sein.*
- *Chaque programme de dépistage devrait évaluer la satisfaction de la clientèle.*
- *Des documents éducatifs, notamment des brochures et des DVD, devraient être mis à la disposition du personnel pour compléter leurs discussions avec les femmes. Le personnel des centres de dépistage devrait informer les femmes que la mammographie n'est pas un événement unique et qu'il est donc nécessaire de passer des examens de dépistage à intervalles réguliers.*

Un des aspects de l'approche axée sur le service à la clientèle consiste à s'assurer de la qualité de l'interaction initiale avec les clientes. Les communications entre le

personnel de la réception et les femmes devraient être professionnelles, amicales et accueillantes. Le personnel responsable des appels téléphoniques et de la réception devrait être conscient que les femmes peuvent ne pas avoir les mêmes attentes et la même compréhension des programmes de dépistage.¹ Les réceptionnistes et le personnel qui fixe les rendez-vous devraient comprendre la différence entre mammographie de dépistage et mammographie diagnostique. Ils devraient obtenir les renseignements requis pour établir l'admissibilité. Lorsqu'une femme n'est pas admissible à une mammographie de dépistage, on devrait lui en donner la raison et l'encourager à consulter son fournisseur de soins primaires. Les réceptionnistes devraient être capables de déterminer les femmes qui nécessitent une aide linguistique et leur fournir l'accès à ce service dans la mesure du possible. Durant le processus de prise de rendez-vous, tous les besoins spéciaux, les incapacités ou les déficiences devraient être déterminés, afin de pouvoir prendre les dispositions appropriées.

Il faudrait offrir des renseignements aux femmes à propos de leur prochaine mammographie, afin de réduire leur anxiété et d'améliorer la qualité de la mammographie, y compris le processus du consentement éclairé. Les réponses aux questions les plus fréquentes à propos du dépistage du cancer du sein devraient être fournies.

Il faudrait les informer du temps requis pour l'examen, leur demander de porter un vêtement deux-pièces et les aviser qu'on pourrait leur demander d'enlever leur désodorisant.

La facilité d'accès aux programmes constitue un autre élément d'une approche axée sur le service à la clientèle. Un programme accessible offre des services selon un horaire prolongé et un stationnement (au besoin), et ce, dans un endroit facile d'accès pour les personnes qui se déplacent en voiture ou en autobus. Un système de prise de rendez-vous efficace ainsi qu'un temps d'attente minimal pour les rendez-vous améliorent l'accès aux programmes. L'utilisation d'unités de dépistage mobiles pourrait également accroître la commodité et l'accessibilité.² L'accès peut être amélioré davantage en offrant des mammographies de dépistage en dehors des heures normales d'ouverture, c.-à-d. le soir et les fins de semaine.

L'accès en temps opportun à la mammographie est essentiel au succès des programmes de dépistage. Dans la plupart des administrations canadiennes, les rendez-vous pour les mammographies de dépistage sont pris par les femmes qui nécessitent un dépistage. Lorsque les femmes téléphonent pour prendre rendez-vous, il faut leur offrir le choix, mais il y aura un temps d'attente minimal avant le prochain rendez-vous disponible. Selon l'endroit de la résidence, le temps d'attente jusqu'au prochain rendez-vous variera. Présentement, il n'y a pas de normes canadiennes pour la limite maximale appropriée pour ce temps d'attente. Le comité national de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein s'efforce actuellement d'établir les objectifs pour les temps d'attente courants parmi les programmes.

2.2

Arrivée au centre – réceptionnistes, identification, inscription, besoins spéciaux, langue, éducation et information

- *Il faut obtenir les renseignements personnels (deux preuves d'identité) des femmes au moment de leur visite. Tous les membres du personnel des centres de dépistage, qui interagissent avec les femmes, doivent s'assurer qu'elles ont été identifiées de façon appropriée.*
- *Il faudrait offrir aux femmes la possibilité de poser des questions en privé et veiller à ce que des professionnels de la santé soient disponibles pour ce faire. Tout le personnel devrait être sensible aux préoccupations des femmes. Une formation et une surveillance du personnel seraient nécessaires pour assurer la satisfaction continue de la clientèle.*

L'amélioration continue de la qualité serait facilitée par la mise en oeuvre d'une stratégie axée sur la clientèle. Une telle stratégie porterait sur tous les aspects de la prestation d'un service qui puisse satisfaire la clientèle,

notamment l'accessibilité et la réduction au minimum de la douleur et de l'anxiété pendant les visites. La stratégie porterait sur la formation et la supervision du personnel, l'évaluation de la satisfaction des patientes au moyen de questionnaires et l'examen des plaintes. Elle inclurait aussi la gestion suivie du programme pour veiller à ce que le personnel adopte une attitude positive et attentionnée. Tous les services apportés dans le cadre du programme de dépistage devraient être offerts de façon professionnelle.

Chaque programme doit fournir aux femmes suffisamment de renseignements adéquats et complets sur la mammographie de dépistage pour répondre aux questions qui peuvent être posées lors d'un rendez-vous. Ces questions peuvent porter sur les facteurs de risques associés au cancer du sein (p. ex. antécédents familiaux, densité mammaire élevée, exposition à des radiations répétées aux seins en raison d'un traitement, etc.), les avantages du dépistage, les inconvénients éventuels et la

possibilité d'un rappel pour un suivi supplémentaire. Ces renseignements devraient être communiqués aux femmes avant le dépistage, afin qu'elles puissent prendre des décisions éclairées et accorder leur consentement.

L'information devrait être présentée dans une langue et une forme adaptées au public visé de manière à

encourager la participation au programme. Des femmes appartenant à la population ciblée devraient jouer un rôle dans l'élaboration de matériel d'information, peut-être au moyen de consultations auprès de groupes locaux de défense des consommateurs.

2.3

Mammographie – technologues, examen des antécédents, douleur/inconfort, anxiété, besoins spéciaux, éducation

- *Les technologues en mammographie doivent s'assurer que les femmes ont été identifiées correctement.*
- *Les technologues en mammographie doivent être en mesure de répondre aux questions relatives à la procédure.*
- *Les technologues en mammographie devraient être sensibles aux besoins physiques et psychologiques des femmes avant, pendant et après l'examen.*
- *Avant la mammographie, les technologues en mammographie devraient indiquer aux femmes qu'une compression est nécessaire et qu'elle pourrait être désagréable, ainsi que la possibilité qu'il y ait d'autres tests de suivi.*

Le personnel peut contribuer grandement à rendre l'expérience de la mammographie aussi plaisante que possible et minimiser au maximum l'inconfort et l'anxiété. La communication entre le personnel et les femmes est un aspect crucial de l'examen de dépistage. Il doit être amical, positif, attentionné et sensible aux besoins de toutes les clientes. Les lignes directrices à l'intention du personnel devraient encourager de telles façons d'être.

Un examen global de la documentation a révélé que la douleur continue d'être un obstacle à la mammographie pour certaines Canadiennes.³ Les données probantes obtenues à l'aide d'une revue systématique Cochrane indiquent que le fait de fournir de l'information verbale ou écrite sur la mammographie avant l'examen peut aider à

réduire la douleur et l'inconfort.⁴ L'accroissement du contrôle des femmes sur la compression et l'utilisation de coussins semblent réduire la douleur et l'inconfort; toutefois, ces méthodes peuvent avoir une incidence sur l'image obtenue. Par conséquent, une recherche plus poussée est requise avant que ces techniques soient intégrées à la pratique habituelle.⁴ Afin de maintenir la qualité des images, les technologues devraient contrôler la première compression.⁴ Selon une étude comprise dans la revue systématique Cochrane, la prémédication avec de l'acétaminophène ne réduit pas la douleur associée à la mammographie.⁴ Toutefois, dans une étude subséquente, la prémédication avec un gel de lidocaïne à 4 % a réduit considérablement l'inconfort.⁵

Le degré d'anxiété est souvent lié à la première expérience de mammographie. Les femmes qui ne se présentent pas aux séances subséquentes expriment souvent des idées plus négatives au sujet de la mammographie et estiment que le dépistage est une source beaucoup plus importante de sensation désagréable, de douleur, de stress et de gêne et est pire que ce à quoi elles s'attendaient. Dans une étude britannique, 50 % des femmes disaient qu'elles n'étaient pas retournées passer un deuxième examen de dépistage en raison de leur expérience lors de la première séance, 41 % donnant comme raison la douleur éprouvée à la mammographie initiale. D'autres recherches ont aussi établi une association entre l'inconfort et l'intention de passer d'autres mammographies.⁶

2.4

Fin de la visite – information sur les prochaines étapes, éducation

- *Le personnel du centre de dépistage doit informer les femmes des prochaines étapes du processus de dépistage, notamment la communication des résultats en temps opportun et la façon de trouver les réponses à leurs questions ou à leurs préoccupations.*

À la fin de la mammographie de dépistage, les femmes doivent être informées des prochaines étapes du processus. Le personnel du dépistage devrait leur fournir des coordonnées et des détails sur la façon d'obtenir des réponses à leurs questions ou à leurs préoccupations. Les femmes devraient savoir de quelle manière et à quel moment les résultats leur seront communiqués. Le personnel des centres de dépistage doit informer les femmes du moment où elles devraient recevoir leurs résultats et leur suggérer d'appeler si elles ne les ont pas reçus dans un délai précis. Si une femme a déjà passé un examen de dépistage dans un autre centre et que les clichés précédents n'ont pas été obtenus avant sa visite, on devrait avertir cette femme du retard possible dans la réception des résultats en raison de l'obligation d'obtenir

les images précédentes. Il faudrait rappeler aux femmes la possibilité que d'autres examens soient nécessaires. Il est important d'indiquer à la femme, au moment de la mammographie, que la plupart des anomalies trouvées lors des mammographies se révèlent bénignes.

Si une femme est rappelée pour passer d'autres examens, il faudrait minimiser le temps d'attente entre la recommandation d'autres examens et le moment où ces examens sont effectués afin de réduire l'anxiété. Une analyse des dossiers de la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein a révélé qu'il existe des écarts considérables pour le temps d'attente entre le dépistage d'anomalies et le diagnostic entre les programmes et à l'intérieur de ceux-ci.⁷

Les femmes pourraient être trop rassurées par une mammographie négative et, par conséquent, remettre à plus tard la consultation d'un médecin en cas de symptômes mammaires. Il est donc important de leur signaler que la mammographie n'élimine pas un diagnostic de tumeur maligne en présence d'une masse palpable ou d'autres anomalies mammaires.

2.5

Satisfaction de la clientèle

- *Il faut solliciter les opinions de la clientèle sur les services offerts dans le cadre des programmes de dépistage.*
- *Les programmes de dépistage doivent indiquer clairement les politiques et les procédures utilisées pour traiter les questions relatives à la satisfaction de la clientèle.*

La satisfaction de la clientèle par rapport au dépistage par mammographie est un indicateur important de services de qualité supérieure. La satisfaction quant aux services est particulièrement importante étant donné que les clientes n'ont pas de symptômes ni une mauvaise santé pour les motiver à respecter les recommandations

relatives au dépistage par mammographie. La satisfaction de la clientèle relativement au dépistage est associée à l'intention de passer un nouvel examen.⁸ Les programmes de dépistage doivent évaluer la satisfaction avec les services offerts.

Une étude qualitative a révélé que la satisfaction de la clientèle par rapport à la mammographie était associée à des facteurs relatifs aux sept thèmes principaux suivants :

- 1) programmation des rendez-vous;
- 2) centre de dépistage;
- 3) examen général;
- 4) gêne;
- 5) inconfort/douleur lors de l'examen;
- 6) traitement par un technologue;
- 7) présentation des résultats.⁹

Les responsables des programmes de dépistage devraient également surveiller la mesure dans laquelle les services sont jugés acceptables et adaptés aux besoins de la population admissible.¹⁰ Des sondages devraient être menés régulièrement afin d'évaluer la satisfaction à l'égard de l'information reçue, du temps d'attente, de l'environnement physique, de la douleur et du malaise, ainsi que des interactions avec le personnel.^{1,10} Les résultats des sondages auprès de la clientèle et les commentaires des clientes devraient servir à l'amélioration de la prestation des services. Les clientes satisfaites sont plus nombreuses à se présenter à une séance de dépistage subséquente et à faire des commentaires positifs aux autres.

2.6

Indicateurs*

- *Taux de fidélisation : pourcentage de femmes qui subissent un nouvel examen de dépistage dans les 30 mois qui suivent l'examen précédent*
 - *≥75 % des femmes passent un dépistage suite à une mammographie initiale dans un délai de 30 mois;*
 - *≥90 % des femmes passent un dépistage suite à une mammographie subséquente dans un délai de 30 mois.*
- *Notification des résultats en temps opportun*
 - *≥ 90 % des notifications des résultats du dépistage sont envoyées dans les deux semaines suivant le dépistage.*

*Pour obtenir des renseignements complets sur les méthodes de calcul, les définitions et le contexte, veuillez consulter le rapport de l'Agence de la santé publique du Canada suivant : 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 (actuellement sous presse).

Références

1. National Screening Unit NZ (2008) National policy and quality standards for BreastScreen Aotearoa.
2. Decker KM, Harrison M et Tate RB (1999) Satisfaction of women attending the Manitoba breast screening program. *Prev Med* 29: 22-27.
3. Hanson K, Montgomery P, Bakker D et Conlon M (2009) Factors influencing mammography participation in Canada: An integrative review of the literature. *Curr Oncol* 16: 65-75.
4. Miller D, Livingstone V et Herbison P (2008) Interventions for relieving the pain and discomfort of screening mammography. *Cochrane Database Syst Rev* CD002942.
5. Lambertz CK, Johnson CJ, Montgomery PG et Maxwell JR (2008) Premedication to reduce discomfort during screening mammography. *Radiology* 248: 765-772.
6. Papas MA et Klassen AC (2005) Pain and discomfort associated with mammography among urban low-income African-American women. *J Community Health* 30: 253-267.
7. Olivetto IA, et coll. (2001) Waiting times from abnormal breast screen to diagnosis in 7 Canadian provinces. *CMAJ* 165: 277-283.
8. Almog R, Hagoel L, Tamir A, Barnett O et Rennert G (2008) Quality control in a national program for the early detection of breast cancer: Women's satisfaction with the mammography process. *Women's Health Issues* 18: 110-117.
9. Engelman KK, Cizik AM et Ellerbeck EF (2005) Women's satisfaction with their mammography experience: Results of a qualitative study. *Women Health* 42: 17-35.
10. National Quality Management Committee of BreastScreen Australia (2001) National accreditation standards, BreastScreen Australia quality improvement program.

DÉROULEMENT DU DÉPISTAGE — CHAPITRE 3

Après la visite de dépistage

3.1

Communication des résultats du dépistage aux fournisseurs de soins de santé primaires

- *Un rapport normalisé du dépistage radiologique doit être produit pour les résultats normaux et anormaux en temps opportun. Ce rapport doit indiquer précisément les résultats et les recommandations concernant le suivi.*
- *Le rapport qui communique des résultats normaux devrait informer les fournisseurs de soins primaires des limites de la mammographie.*
- *Le rapport faisant état de résultats anormaux doit indiquer clairement le type d'anomalie détectée, le nombre d'anomalies importantes, leur taille, leur emplacement et le type d'examen subséquents devant être effectués pour définir la nature de l'anomalie.*
- *Le rapport faisant état d'un résultat anormal à la mammographie devrait contenir une liste de centres de diagnostic agréés.*
- *Les femmes qui n'ont pas de fournisseur de soins primaires régulier doivent être aidées dans le cadre du programme de dépistage pour recevoir des soins de suivi.*

Le but principal du rapport de radiologie est de communiquer les résultats de la mammographie de dépistage aux fournisseurs de soins primaires. Il est essentiel que le rapport de radiologie soit opportun, précis, complet et rédigé dans un langage clair.¹ Si une femme n'a pas de fournisseur de soins de santé primaires régulier, le personnel du centre de dépistage devrait lui fournir de l'information lui permettant de trouver un médecin qualifié.

Les programmes de dépistage doivent remettre aux fournisseurs de soins primaires un rapport indiquant précisément les résultats et les recommandations concernant le suivi. Les points suivants doivent être indiqués dans le rapport d'observation :

- dossier clinique pertinent;
- comparaison avec les études antérieures;
- densité mammaire;
- description des résultats, y compris des détails particuliers sur les masses et les calcifications;
- évaluation globale et recommandations.²

Le rapport doit conclure avec l'une des trois évaluations/recommandations suivantes :

- la mammographie de dépistage est normale ou présente des résultats bénins et une recommandation sur un examen de routine de dépistage est faite;
- la mammographie de dépistage est anormale et une investigation est recommandée, telle que l'imagerie (p. ex. mammographie diagnostique, échographie mammaire) ou une consultation chirurgicale;
- la lésion présente une anomalie fortement évocatrice d'une malignité; une localisation mammographique et une biopsie sont requises.

L'interprétation des mammographies et la clarté avec laquelle l'information est transmise sont des éléments importants pour la qualité des soins. La communication des résultats du dépistage aux femmes et à leurs fournisseurs de soins primaires incombe au programme de dépistage.

Des systèmes de notification informatisés, qui avisent les fournisseurs de soins primaires des résultats anormaux par le truchement des dossiers médicaux électroniques, ont été évalués.^{3,4} Bien que ces systèmes et les dossiers médicaux électroniques puissent faciliter la transmission des résultats de l'imagerie aux fournisseurs de soins de santé, ces résultats continuent de faire l'objet d'aucun suivi.^{3,4} De multiples procédures à sécurité intégrée sont encore nécessaires pour assurer que les femmes, ayant obtenu des résultats de dépistage anormaux, obtiennent un suivi.

3.2

Communication des résultats du dépistage aux femmes

- *Les femmes devraient recevoir, rapidement et par écrit, les résultats de la mammographie en temps opportun.*
- *La notification écrite des résultats de la mammographie devrait être rédigée en des termes simples et indiquer les étapes à venir. La lettre devrait spécifier comment obtenir de l'information supplémentaire.*
- *Les programmes devraient tenter de communiquer dans la langue des populations minoritaires.*
- *Lorsque les résultats sont normaux, il faudrait indiquer les limites de la mammographie dans la lettre et conseiller à la femme de consulter son médecin si des signes ou des symptômes suspects se manifestaient avant le prochain dépistage. On devrait aussi insister sur l'importance de participer de façon continue au dépistage.*
- *Dans la notification, lorsque les résultats sont anormaux, il faudrait à la fois insister sur la nécessité d'une investigation et sur le fait que la majorité des anomalies s'avèrent être bénignes après une investigation plus poussée.*

Tous les programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada communiquent les résultats du dépistage aux femmes. Dans les programmes de dépistage, on a adopté diverses méthodes pour faire parvenir les résultats aux femmes et à leurs fournisseurs de soins primaires. Les rapports normaux sont en général expédiés simultanément aux femmes et aux fournisseurs de soins primaires. Il importe d'envoyer les résultats dans les plus brefs délais. Le moment choisi et l'établissement de rapports sur les résultats des mammographies sont un déterminant important de la satisfaction avec le dépistage par mammographie.⁵

Les résultats de la mammographie sont parfois communiqués aux femmes de façon inadéquate.⁶ Les lettres de notification des résultats de la mammographie ne devraient pas être rédigées dans un format difficile à comprendre⁷; dans le cadre des programmes de dépistage, on devrait s'assurer que les résultats (normaux et anormaux) soient communiqués de façon claire et simple.

Lorsque la mammographie est normale, on devrait indiquer dans la lettre qu'une faible proportion de cancers n'est pas détectée à la mammographie et conseiller à la femme de consulter son fournisseur de soins primaires si des symptômes se manifestent avant le prochain dépistage. On devrait aussi insister sur l'importance de la participation régulière au dépistage.

Si les résultats sont anormaux, on devrait informer les femmes dans la lettre qu'une anomalie a été décelée et leur expliquer aussi clairement que possible en quoi consiste cette anomalie. La lettre devrait être accompagnée d'une brochure décrivant la mammographie diagnostique. La lettre devrait aussi mettre l'accent sur l'importance d'un suivi et indiquer également que la majorité des anomalies s'avèrent être bénignes après une investigation plus poussée. Dans le cas des centres de dépistage dotés d'un service d'investigation diagnostique, la lettre devrait indiquer une date précise de rendez-vous pour les examens complémentaires.

Le choix du mode de transmission des résultats anormaux aux femmes – par la poste ou par téléphone – fait l'objet d'une certaine controverse. Dans la plupart des programmes, on ne téléphone pas aux femmes directement. Les femmes qui sont avisées des résultats de leur mammographie en personne ou par téléphone peuvent avoir une meilleure compréhension de leurs résultats, en particulier si ceux-ci sont anormaux.⁸ On a recommandé de communiquer directement les résultats de la mammographie aux patientes, car il en résulte une meilleure observance des recommandations concernant les examens d'imagerie complémentaires, les examens de suivi et les biopsies. De plus, la communication directe avec les femmes peut réduire l'anxiété associée à l'attente des résultats de l'examen par mammographie et accroître la satisfaction.⁸

Certaines femmes peuvent ressentir de l'anxiété lorsqu'elles reçoivent des résultats négatifs et que l'on communique de nouveau avec elles pour une nouvelle évaluation.⁹ Deux études systématiques récentes des incidences psychologiques du dépistage à l'aide de la mammographie confirment que les femmes avec qui l'on communique pour une investigation plus poussée ressentent une anxiété à court terme et possiblement à long terme.^{10, 11} De plus, une de ces études a indiqué que les femmes canadiennes qui ont reçu un faux résultat positif sont moins susceptibles de se soumettre de nouveau au dépistage, comparativement aux femmes américaines dont les taux de participation ne sont pas modifiés en raison des faux résultats positifs.¹¹ Une étude rétrospective du Service de santé national du Royaume-Uni a indiqué que les femmes à qui l'on a diagnostiqué une fausse mammographie positive lors de leur première visite de dépistage étaient moins susceptibles de repasser un deuxième examen, elles étaient pourtant plus susceptibles de développer un cancer après le dépistage ou un cancer au deuxième examen de dépistage, et leur cancer était de plus grande taille.¹² Le fait de minimiser le temps d'attente entre la recommandation pour d'autres examens et le moment où ils sont effectués peut réduire l'anxiété. Une analyse des dossiers dans la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein a révélé qu'il existe un écart considérable entre les programmes et dans le cadre de ceux-ci en ce qui a trait au délai entre un examen de dépistage anormal et le diagnostic.¹³ En outre, il faudrait communiquer rapidement aux femmes les résultats du dépistage et de l'évaluation de sorte que l'anxiété soit d'aussi courte durée que possible.

3.3

Évaluation des résultats anormaux du dépistage, examen d'imagerie, biopsie

- *Les programmes de dépistage doivent établir une approche systématique pour suivre les femmes jusqu'à la conclusion de l'évaluation.*
- *On devrait vérifier rapidement si le suivi des anomalies décelées au dépistage a été entrepris. Dans les programmes de dépistage, on devrait faire cette vérification dans un délai raisonnable.*
- *À la suite d'une mammographie anormale, les femmes devraient être suivies dans un centre de diagnostic agréé.*
- *Les centres de dépistage devraient être reliés à des centres de diagnostic agréés afin de faciliter le lien entre les soins et leur continuité.*
- *Dans le cadre du programme, on devrait s'assurer que l'évaluation et l'examen de la femme dont le résultat est anormal ont été faits en temps opportun. Les responsables des centres de dépistage devraient recevoir les rapports de suivi des établissements de diagnostic et des chirurgiens pour pouvoir évaluer l'efficacité du programme et déterminer les personnes qui devraient être réinvitées au dépistage.*

Dans le cadre des programmes organisés de dépistage, 12 % des Canadiennes, qui ont passé leur premier dépistage et 6 % de celles qui ont fait l'objet d'un dépistage subséquent, ont été orientées pour passer des examens complémentaires.¹⁴ Un cancer a par la suite été diagnostiqué chez 5 % à 8 % des femmes dont les résultats étaient anormaux au dépistage.¹⁴

Tous les programmes organisés de dépistage au Canada doivent avoir un mécanisme systématique pour assurer que toutes les femmes qui ont obtenu des résultats anormaux à la mammographie soient suivies jusqu'au diagnostic. Il incombe aux responsables du programme de dépistage de surveiller les femmes dont les résultats sont anormaux et d'établir des protocoles avec les établissements de diagnostic pour que la communication se fasse bien. Les programmes de dépistage doivent

s'assurer que les femmes qui nécessitent un bilan diagnostic après une mammographie anormale soient dirigées vers un établissement de diagnostic en temps opportun. Les programmes de dépistage doivent s'assurer que le suivi avec l'établissement de diagnostic a été entrepris. Idéalement, les femmes devraient bénéficier d'un suivi dans un centre de diagnostic accrédité, afin d'assurer un service de qualité supérieure. Les programmes de dépistage devraient avoir des systèmes et des protocoles en place pour faire en sorte que la transition vers un établissement de diagnostic soit effectuée, que les délais soient limités à mesure que la femme avance dans l'investigation et que les communications entre les programmes de dépistage et les établissements de diagnostic demeurent intactes. Afin de faciliter l'investigation, les centres de dépistage doivent s'assurer que les établissements de diagnostic reçoivent les mammographies de dépistage avant la date de l'investigation. Les programmes de dépistage doivent aussi s'assurer que les établissements de diagnostic puissent fournir l'accès à une biopsie par forage à l'aiguille et effectuer une biopsie par forage en temps opportun, au besoin.

On devrait assurer rapidement un suivi permettant d'établir un diagnostic final au moyen d'un nombre minimal d'interventions, de façon à réduire la morbidité chez les femmes et surtout l'anxiété, le malaise, la perte de temps et les dépenses qui sont entraînés par les examens supplémentaires. Il importe de rassurer les femmes aussi rapidement que possible lorsqu'aucun problème grave n'est décelé ou de leur communiquer le diagnostic sans attendre lorsque le cancer est présent.

La plupart des programmes organisés au Canada ont adopté des mécanismes qui déclenchent une investigation lorsque les activités relatives au suivi d'une mammographie anormale n'ont pas été enregistrées dans le système d'information. Par exemple, on communiquera avec les fournisseurs de soins primaires pour déterminer si les femmes, qui ont obtenu des résultats anormaux à la

mammographie, ont reçu des services de suivi. Les programmes de dépistage devraient mettre en oeuvre un système automatique pour assurer que les résultats anormaux des mammographies soient suivis. Il devrait y

avoir un système en place pour que le médecin soit toujours contacté si les centres de dépistage ne reçoivent pas les résultats.

3.4

Conclusion de l'épisode de dépistage

- *Les programmes doivent enregistrer les résultats finaux des épisodes de dépistage (cancer ou résultats normaux/ bénins) et mettre en oeuvre un système de rappel approprié pour le dépistage.*

Une fois le suivi terminé, les programmes de dépistage doivent enregistrer les résultats finaux des épisodes de dépistage (cancer ou résultats normaux/ bénins) et mettre en oeuvre un système de rappel approprié pour le dépistage. Les femmes qui ont déjà eu à passer un bilan diagnostique en raison d'une anomalie à la mammographie peuvent hésiter à se représenter à

d'autres séances de mammographie. Une façon de conclure positivement un examen de dépistage consiste à faire parvenir une lettre à la femme indiquant que les responsables du centre de dépistage savent qu'une évaluation a été effectuée et que les résultats sont normaux. Dans la lettre, on doit rappeler les limites de la mammographie et insister sur le fait que cet examen demeure la meilleure méthode de détection précoce du cancer du sein. On devrait rappeler à la femme de consulter son fournisseur de soins primaires avant le prochain dépistage si des symptômes apparaissaient. La lettre finale devrait aussi informer la femme qu'elle recevra une lettre pour l'inviter à se présenter à son prochain examen de dépistage.

3.5

Indicateurs*

- *Temps entre le dépistage et la notification des résultats du dépistage*
 - 100 % doivent être avisées
 - ≥ 90 % dans les 2 semaines.
- *Temps entre le dépistage d'une anomalie et la première évaluation diagnostique*
 - ≥ 90 % dans les 3 semaines.
- *Temps entre le dépistage d'une anomalie et le diagnostic final*
 - ≥ 90 % dans les 5 semaines, si aucune biopsie de tissu (par forage ou ouverte) n'a été effectuée
 - ≥ 90 % dans les 7 semaines, si une biopsie de tissu (par forage ou ouverte) a été effectuée.

* Pour obtenir des renseignements complets sur les méthodes de calcul, les définitions et le contexte, veuillez consulter le rapport de l'Agence de la santé publique du Canada suivant : 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 (actuellement sous presse).

Références

1. Kahn CE Jr., *et coll.* (2009) Toward best practices in radiology reporting. *Radiology* 252: 852-856.
2. Kopans DB (2007) *Breast Imaging, 3rd Edition*, (Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, PA).
3. Singh H, *et coll.* (2007) Communication outcomes of critical imaging results in a computerized notification system. *J Am Med Inform Assoc* 14: 459-466.
4. Singh H, *et coll.* (2009) Timely follow-up of abnormal diagnostic imaging test results in an outpatient setting: Are electronic medical records achieving their potential? *Arch Intern Med* 169: 1578-1586.
5. Engelman KK, Cizik AM et Ellerbeck EF (2005) Women's satisfaction with their mammography experience: Results of a qualitative study. *Women Health* 42: 17-35.
6. Jones BA, *et coll.* (2007) Adequacy of communicating results from screening mammograms to African American and white women. *Am J Public Health* 97: 531-538.
7. Marcus EN, *et coll.* (2011) Mammography result notification letters: Are they easy to read and understand? *J Women's Health (Larchmt)* 20: 545-551.
8. Dolan NC, *et coll.* (2001) Measuring satisfaction with mammography results reporting. *J Gen Intern Med* 16: 157-162.
9. Hafslund B et Nortvedt MW (2009) Mammography screening from the perspective of quality of life: A review of the literature. *Scand J Caring Sci* 23; 539-548.
10. Brett J, Bankhead C, Henderson B, Watson E et Austoker J (2005) The psychological impact of mammographic screening. A systematic review. *Psychooncology* 14: 917-938.
11. Brewer NT, Salz T et Lillie SE (2007) Systematic review: The long-term effects of false-positive mammograms. *Ann Intern Med* 146: 502-510.
12. McCann J, Stockton D et Godward S (2002) Impact of false-positive mammography on subsequent screening attendance and risk of cancer. *Breast Cancer Res* 4: R11.
13. Olivetto IA, *et coll.* (2001) Waiting times from abnormal breast screen to diagnosis in 7 Canadian provinces. *CMAJ* 165: 277-283.
14. Agence de la santé publique du Canada (2011) Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada – Rapport sur la performance des programmes en 2005 et en 2006.

DÉROULEMENT DU DÉPISTAGE — CHAPITRE 4

Installations, personnel et services de soutien

4.1

Agrément des cliniques de mammographie

- *Pour assurer un dépistage de qualité supérieure, les cliniques de mammographie doivent être agréées.*

L'agrément est une façon d'assurer que les établissements fournissent des mammographies de qualité supérieure. L'agrément des cliniques de mammographie est une évaluation systématique qui fournit un examen par les pairs et une rétroaction sur les facteurs, notamment les qualifications du personnel, l'équipement, le contrôle et l'assurance de la qualité et la dose de rayonnement. Tous les programmes de dépistage provinciaux et territoriaux devraient obtenir l'agrément de leurs installations par un organisme tel que l'Association canadienne des radiologistes.

Les avantages de l'agrément sont les suivants :

- évaluation officielle de la pratique;
- détermination et documentation d'un besoin pour des réparations d'équipement, une formation du personnel ou des exigences en formation continue;
- évaluation par des experts de la qualité des images;
- prestation de services uniforme et continue en matière de temps et d'emplacements;
- évaluation régulière par un physicien.

En Ontario, une étude portant sur 100 appareils de mammographie dans la province a révélé que la qualité est accrue parmi les cliniques agréées participant au programme de dépistage à l'échelle provinciale.¹ Les États-Unis offrent d'autres avantages à l'agrément; grâce au programme d'agrément obligatoire, on a enregistré une augmentation globale de la qualité des services de mammographie.^{2,3}

4.2

Contrôle de la qualité – Analogique et numérique

- *Un programme organisé de dépistage doit avoir un programme d'assurance de la qualité.*
- *Un programme organisé de dépistage doit mettre en oeuvre des essais de réception et un programme de surveillance du contrôle de la qualité.*
- *Un manuel des procédures, indiquant la méthodologie pour effectuer ces essais, doit être mis à la disposition des technologues qui effectuent les essais aux fins de la normalisation. Ces essais doivent être examinés de nouveau périodiquement par le radiologiste et par le physicien.*

Les programmes organisés de dépistage doivent disposer d'un programme d'assurance de la qualité, afin que l'examen par mammographie soit réalisé selon un équilibre optimal de la dose de rayonnement et de la qualité de l'image. Idéalement, le meilleur cliché devrait être obtenu à l'aide de la plus petite dose de rayonnement possible.

Un programme d'assurance de la qualité pour la mammographie comprend des procédures de contrôle de la qualité pour la surveillance et les essais de l'équipement de dépistage sur film ou numérique et les composants connexes, et des mesures administratives pour assurer que la surveillance, l'évaluation et les mesures correctives soient effectuées de façon appropriée.

Le contrôle de la qualité se définit comme la réalisation systématique et l'interprétation de tests visant à vérifier le fonctionnement du matériel et la mise en oeuvre des mesures correctrices.⁴ Il sert à la détection, à la détermination et à la correction des problèmes liés au matériel avant qu'ils n'aient un effet sur les images cliniques. De concert avec le radiologiste, le physicien biomédical et le personnel qualifié chargé de l'entretien, la technologue en mammographie peut éliminer ces problèmes avant qu'ils n'aient des répercussions sur les soins à la patiente.

Un essai d'acceptation et un programme de surveillance du contrôle de la qualité devraient être mis en oeuvre pour permettre de :

- déceler le mauvais fonctionnement du nouveau matériel et établir une performance de base et une image de test de référence;
- déceler des changements dans la performance du matériel avant que ceux-ci ne puissent se voir à la radiographie;
- déceler les défauts du matériel réparé et s'assurer que les problèmes touchant le matériel aient été corrigés.

Des mesures administratives devraient aussi être mises en application pour :

- déterminer le personnel responsable en ce qui a trait au fonctionnement du programme d'assurance de la qualité;
- déterminer les exigences relatives à la conservation des dossiers;
- déterminer la fréquence des examens, les méthodes d'évaluation des données et les limites d'acceptabilité;
- mettre en place des mesures correctrices.

Tous les radiologistes, le physicien et les technologues en mammographie ayant reçu une formation relativement aux méthodes de contrôle de la qualité, de même que le personnel chargé de l'entretien du matériel, devraient participer aux procédures de contrôle de la qualité. Des tests de contrôle de la qualité sur diverses pièces de matériel devraient être effectués selon la fréquence recommandée par le Programme d'agrément en mammographie de l'Association canadienne des radiologistes. L'Association canadienne des radiologistes met son programme à jour régulièrement. Ces renseignements peuvent être obtenus directement auprès de l'Association canadienne des radiologistes.

Santé Canada assure la mise à jour de son *Code de sécurité pour la protection contre les rayonnements et les normes de qualité en mammographie*. Les responsables des

programmes de dépistage devraient consulter et respecter le Code de sécurité.

En plus des tests réguliers sur le matériel, des tests adéquats devraient être effectués lorsque le matériel est neuf, lorsque l'on soupçonne des problèmes et après la réparation ou l'entretien préventif. Un manuel des procédures, décrivant la façon d'effectuer ces tests, devrait être mis à la disposition des technologues qui effectuent les tests à des fins de normalisation. Le radiologue et le physicien devraient examiner régulièrement les résultats des tests.

La technologue en mammographie et le radiologue doivent examiner chaque cliché en gardant présent à

l'esprit le contrôle de la qualité. Les écarts dans le contrôle de la qualité peuvent se produire rapidement ou graduellement. Pour déceler les changements graduels, il est nécessaire de procéder à des tests de détection réguliers.

L'efficacité et le succès du dépistage du cancer du sein dépendent de la production constante de clichés mammaires de haute résolution et à contraste élevé. La réalisation de mammographies de mauvaise qualité peut faire en sorte qu'on passe à côté d'un cancer du sein ou que l'on doive recourir à des examens complémentaires qui augmentent l'anxiété des patientes et réduisent la confiance de la population dans l'efficacité de cet examen.

4.3

Gestion et évaluation des données

- *Les programmes organisés doivent tenir à jour une base de données longitudinales sur le dépistage des clientes.*
- *La base de données sur le dépistage comprend les renseignements démographiques, les résultats du dépistage et les investigations subséquentes.*
- *La base de données sur le dépistage doit être jumelée (régulièrement) au registre du cancer.*
- *La base de données sur le dépistage devrait être jumelée à un registre de la population. Les responsables des programmes organisés doivent surveiller et évaluer la performance et les résultats des programmes.*

Le dépistage est une activité complexe par le biais de laquelle la probabilité que les participantes obtiennent des avantages ou des inconvénients est faible. Le dépistage n'est pas un événement ponctuel et survient pendant une longue période de la vie d'une participante. Les avantages augmentent lentement et ne peuvent être déterminés de façon fiable à partir des expériences individuelles. Par conséquent, il est impératif que des mécanismes soient mis en place pour évaluer les avantages et les inconvénients pour toutes les participantes au cours d'une longue période.

Ce système est habituellement établi en tenant à jour une base de données sur la clientèle reliée aux registres de la population, notamment le registre provincial du cancer. La base de données sur la clientèle devrait inclure toutes les clientes actuelles et anciennes et les femmes admissibles au dépistage. La base de données devrait comprendre les renseignements suivants, s'il y a lieu :

- données démographiques – date de naissance, lieu de résidence, groupes ethniques, cause et date du décès, dates d'admissibilité;
- dépistage – dates des mammographies, résultats;
- évaluation des résultats anormaux – procédures et dates, résultats des procédures;
- cancer – diagnostics de cancer et dates, modes de détection, stade.

Au Canada, les programmes organisés de dépistage tiennent à jour les renseignements sur le dépistage dans les bases de données particulières aux programmes. Toutes les données sont dépersonnalisées et transmises de façon sécurisée par les programmes participants à la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein, une base de données nationale administrée par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). 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 celles-ci. Les variables incluent les facteurs liés aux clientes, les renseignements sur les épisodes de dépistage, les raisons des recommandations, les renseignements sur les tests diagnostiques et s'il y a lieu, les renseignements sur les cas de cancer. Pour le moment, le Yukon ne présente pas de dossiers à la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein et le Nunavut n'a pas de programme organisé. La Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein est actuellement utilisée pour la surveillance, l'évaluation et la recherche appliquée

sur le dépistage. Les rapports bisannuels comparant toutes les provinces et les Territoires du Nord-Ouest relativement aux indicateurs de performance sont publiés par l'Agence de la santé publique du Canada.

Les programmes devraient s'assurer d'avoir suffisamment de renseignements pour évaluer la performance des centres. Le Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein a sélectionné treize objectifs et mesures de la performance (voir l'annexe 1). Ces mesures ont été élaborées selon les principes reconnus du dépistage de la population, les données probantes des essais randomisés, les projets de démonstration et les études d'observation.

4.4

Rôles, éducation, formation et performance des technologues en radiation médicale

- *Les technologues en radiation médicale effectuant les mammographies doivent posséder un permis d'exercice provincial valide ou l'agrément de l'Association canadienne des technologues en radiation médicale (ACTRM) si leur province n'octroie pas de permis.*
- *Les unités de mammographie devraient être agréées.*
- *Les exigences en matière de formation pour les technologues employés dans un programme de dépistage devraient être les suivantes : 1) avoir réussi les cours Mammographie I et II donnés par l'Association canadienne des technologues en radiation médicale ou l'équivalent, et 2) avoir au moins 1 an d'expérience en mammographie.*
- *Pour pouvoir continuer à oeuvrer au sein du programme, les technologues devraient suivre une formation médicale continue d'au moins 15 heures tous les 3 ans et réaliser au moins 1 000 mammographies par année. Il s'agit de critères minimaux et les responsables des programmes de dépistage devraient faire en sorte que les technologues exécutent le plus grand nombre possible d'exams.*
- *Le taux de reprise devrait être inférieur à 3 %.*
- *Les technologues en mammographie affiliés aux programmes de dépistage devraient observer le Code de sécurité pour la protection contre les rayonnements et les normes de qualité en mammographie (la version définitive devrait être publiée à l'automne 2012).*

Les technologues en radiation médicale effectuant les mammographies doivent posséder un permis d'exercice provincial valide ou l'agrément de l'Association canadienne des technologues en radiation médicale si leur province n'octroie pas de permis. De plus, les technologues doivent suivre une formation spéciale d'au moins 15 heures en imagerie du sein dans le cadre d'un plan de formation ou de cours de formation professionnelle continue.

Pour renouveler leur agrément, les technologues effectuant des mammographies doivent avoir obtenu 15 heures de crédits en formation professionnelle continue en image du sein sur une période de trois ans avant l'application de l'agrément.

Le taux de reprise/rejet des mammographies de dépistage devrait être de moins de 3 % dans un environnement similaire. Les causes de reprise/rejet dans l'environnement analogique sont : l'électricité statique, les problèmes mécaniques, la double exposition, les artéfacts, les films complètement noirs, le voile, les films sous-exposés, le mouvement des patientes et le positionnement. Le taux de reprise/rejet devrait être plus faible à l'aide de la technologie numérique; toutefois, le taux exact de reprise/rejet des mammographies numériques n'a pas

encore été établi. Les facteurs analysés causant la reprise ou le rejet dans l'environnement numérique sont le positionnement, les mouvements des patientes, une mauvaise compression, une exposition inappropriée au détecteur, les défaillances des appareils d'analyse aux rayons X, les artéfacts dus à l'équipement, les clichés vierges, les artéfacts cliniques, les marqueurs inappropriés, le contrôle de la qualité/ essais d'acceptation/ calibration et autres éléments.

4.5

Rôles, éducation, formation et performance des radiologistes

- *Les radiologistes doivent posséder les qualifications indiquées dans les lignes directrices du Programme d'agrément en mammographie de l'Association canadienne des radiologistes.*
- *Les programmes de dépistage devraient inclure des procédures de contrôle de la qualité afin d'évaluer continuellement la performance des radiologistes des programmes de dépistage.*
- *Pour continuer à oeuvrer au sein d'un programme de dépistage, en plus de satisfaire aux exigences de l'Association canadienne des radiologistes, les radiologistes devraient remplir les conditions minimales suivantes :*
 - *participer à des cycles d'examen de l'assurance de la qualité au moins tous les 3 mois;*
 - *interpréter au moins 2 000 mammographies par année.*
- *Le taux global de rappel pour anomalie des programmes de dépistage devrait être inférieur à 10 % pour le dépistage initial et à 5 % pour les dépistages subséquents. Le taux de rappel pour anomalie d'un radiologiste devrait être de +/-5 % par rapport à l'objectif du programme; le taux de rappel pour anomalie d'un radiologiste sera sensiblement plus élevé au cours de sa première année d'interprétation des mammographies de dépistage.*
- *Les radiologistes devraient contribuer à l'équipe multidisciplinaire de l'établissement participant au dépistage, au diagnostic et à la gestion du cancer du sein.*

Les radiologistes devraient examiner l'information individuelle sur les taux de détection du cancer, la sensibilité et la spécificité de la détection, ainsi que les cancers d'intervalle fournis par le programme de dépistage. Le dépistage par mammographie est un examen radiologique. Un programme de dépistage de haute qualité ne peut exister sans le concours de radiologistes chevronnés. La détermination des normes minimales de formation et de performance des radiologistes est donc un point de départ important pour la mise en oeuvre d'un programme de haute qualité. L'établissement de ces normes permet aux programmes de dépistage d'atteindre leurs objectifs, soit de détecter le plus grand nombre possible de cas de cancer et de réduire au minimum les cas de cancer décelés après le dépistage, le rappel, les examens effractifs inutiles et l'anxiété.

Les normes initiales devraient être complétées par une surveillance continue de la performance et par une rétroaction régulière indiquant la performance individuelle relativement à un groupe pertinent de pairs et à des normes nationales. La surveillance continue devrait comprendre le nombre de clientes, leur répartition

démographique, le taux standardisé de détection du cancer et le taux standardisé de rappel pour anomalie. Bien qu'il soit important de maintenir le taux de rappel à la baisse, il est tout aussi important de comparer les taux de détection du cancer aux taux de rappel pour anomalie. Dans la mesure du possible, les programmes devraient fournir des données sur les tendances et les relier aux tendances provinciales. Les programmes devraient avoir des niveaux pour classer la performance des radiologistes et comprendre un système pour appuyer et former les radiologistes dont la performance ne respecte pas les niveaux désignés.

La mammographie de dépistage est un domaine de spécialité de la mammographie. Aussi, bien que les radiologistes détenteurs d'un permis d'exercice qui sont accrédités par le Collège des médecins et chirurgiens puissent être autorisés à interpréter des clichés mammaires, la présence de radiologistes plus qualifiés peut être requise dans les programmes de dépistage.

Tel qu'il est indiqué dans les lignes directrices du Programme d'agrément en mammographie de l'Association canadienne des radiologistes, les radiologistes des programmes de dépistage doivent :

- 1) posséder les qualités exigées par toutes les lois et tous les règlements fédéraux, provinciaux ou territoriaux applicables;
- 2) posséder un certificat en radiologie diagnostique du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou du Collège des médecins du Québec. Des qualifications équivalentes pour les radiologistes étrangers sont acceptables s'ils sont agréés par un organisme de certification reconnu et qu'ils détiennent un permis d'exercice provincial valide;
- 3) posséder 40 heures de crédit en formation professionnelle continue en imagerie du sein;
- 4) interpréter ou lire en double lecture au minimum 1 000 mammographies par année¹³ et tenir à jour des dossiers concernant les données des résultats pour établir la corrélation entre les clichés positifs et les résultats des biopsies effectuées et le nombre de cas de cancer détectés.

L'interprétation des mammographies par les radiologistes est un processus complexe et il est reconnu que les radiologistes doivent interpréter régulièrement des mammographies pour tenir leurs connaissances à jour.⁵

Au Canada, la recommandation minimum d'un nombre annuel d'interprétation de 1 000 mammographies demeure relativement faible comparativement aux 2 000 mammographies requises dans les programmes de dépistage de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande^{6,7} aux 5 000 mammographies nécessaires dans les programmes de dépistage du Royaume-Uni.⁸ Des données probantes indiquent que plus le nombre de mammographies interprétées est élevé, meilleurs sont les résultats.⁹

Au moment d'élaborer ses recommandations, les normes d'autres pays en matière de programmes de dépistage ont été examinées. Par exemple, en plus d'exiger l'accréditation en radiologie, l'Australie requiert des radiologistes qu'ils aient reçu une formation reconnue suffisante concernant l'évaluation radiologique des femmes dont la mammographie de dépistage est anormale; qu'ils fassent un stage de formation sur le dépistage reconnu par l'État ou au niveau national; et qu'ils assistent à des conférences multidisciplinaires régulières où l'on examine les activités des services de dépistage et d'évaluation.⁶ En Nouvelle-Zélande, les radiologistes doivent suivre une autre formation avant de commencer à interpréter des mammographies de dépistage pour les programmes. Ils doivent notamment : 1) suivre un cours dans les deux dernières années, 2) effectuer 300 troisièmes lectures factices au cours des trois mois précédant le début avec un taux de rappel d'au plus 12 %, 3) participer en tant qu'observateurs à toutes les réunions d'une équipe multidisciplinaire et au processus de résolution des interprétations discordantes durant la période de formation en tant que troisième lecteur, 4) démontrer une sensibilité de lecteur de 80 % à partir d'une série de clichés déterminée, et 5) établir des rapports sur au moins 2 000 mammographies.⁷ Plusieurs programmes de dépistage recommandent la participation régulière à des rencontres multidisciplinaires, l'examen des cas, y compris les cas de cancer décelés après le dépistage, et la vérification de la performance.^{6,7,10}

En ce qui concerne le nombre de clichés mammaires à interpréter par année, deux études canadiennes ont examiné la relation entre le nombre d'interprétations de clichés des programmes de dépistage effectuées par les radiologistes et les résultats des interprétations.^{11,12} Les résultats principaux de ces études ont révélé que le ratio des taux de détection du cancer des centres effectuant 4 000 examens de dépistage ou plus par année, comparativement à ceux des centres en effectuant moins

a) Un minimum de 480 lectures par année est encore accepté.

de 2 000, était de 1,28 (95 % intervalle de confiance [IC] 1,07–1,52), et que la valeur prédictive positive (VPP) pour chaque radiologiste augmentait lorsque le nombre de clichés à interpréter s'élevait jusqu'à 2 000 mammographies par année. Les radiologistes qui travaillent dans des centres plus importants et qui interprètent un plus grand nombre de mammographies de dépistage obtiennent des taux plus élevés de détection du cancer du sein tout en maintenant les taux de faux positifs plus bas. Le nombre de cas traités par les radiologistes et les centres ont indiqué des associations indépendantes et complémentaires avec la performance de la mammographie de dépistage.^{11, 12} Une étude américaine

portant sur l'influence du nombre d'interprétations sur la performance de la mammographie de dépistage a découvert que le fait d'accroître les exigences relatives au nombre minimal d'interprétations (de 1 000 à 1 500), tout en ajoutant une exigence minimale pour l'interprétation diagnostique, pourrait réduire le nombre d'examen faux positifs (une économie importante de coûts) sans nuire à la détection du cancer.⁹ Mis ensemble, ces résultats appuient l'exigence pour les radiologistes d'interpréter un minimum de 1 000 mammographies par année; idéalement, les radiologistes devraient interpréter 2 000 mammographies annuellement.

4.5.1

Double lecture

- *Les radiologistes devraient participer à des doubles lectures afin d'assurer un contrôle de la qualité.*

Il existe une multitude de méthodes pour la double lecture. Dans un programme de double lecture, la technologue en mammographie pourrait agir à titre de premier interprète et le radiologiste à titre de deuxième interprète; deux radiologistes pourraient effectuer deux interprétations individuelles, ou un radiologiste et un système de détection assistée par ordinateur (DAO), ce système étant le premier ou le deuxième interprète.

Essentiellement, un programme de double lecture sert à i) diminuer le taux de faux négatifs (accroître la sensibilité) ou ii) diminuer le taux de faux positifs (accroître la spécificité). Lors de la conception du programme, on établit le but en matière de discordances. Il existe trois méthodes pour résoudre les interprétations discordantes :¹³

- 1) résultats anormaux si les deux interprétations indiquent des résultats anormaux (interprétation la plus élevée – c.-à-d. sensibilité accrue);
- 2) consensus (discordance résolue par consensus des interprètes – spécificité accrue);
- 3) arbitrage par un troisième interprète (spécificité accrue).

Pour le dépistage effectué à l'aide de la mammographie, tel qu'il est pratiqué actuellement en Amérique du Nord, la réalisation d'une sensibilité plus élevée au détriment d'une spécificité moins élevée représente un objectif philosophique accepté.¹⁴ La double lecture n'est pas la norme des soins, mais on devrait encourager son utilisation dans la pratique étant donné qu'elle réduit le taux de faux négatifs, et lorsqu'elle est réalisée efficacement, elle n'augmente pas les coûts de façon considérable.¹⁵

La double lecture par les technologues ou les radiologistes peut être rentable pour les programmes de dépistage dont les taux de rappel pour anomalie sont très élevés (c.-à-d. <2 %), même en utilisant la plus haute résolution de discordance, et elle augmentera le taux de détection du cancer (TDC).¹⁵ L'approche de l'interprétation plus élevée peut être plus efficace dans les programmes qui ont une petite proportion d'examen de dépistage prévalents (c.-à-d. qu'un plus grand nombre d'examen prévalents supposent un taux de rappel pour anomalie plus élevé).¹³

Dans une étude portant sur l'incidence des taux de rappel sur la détection précoce du cancer du sein, l'augmentation du taux de rappel pour anomalie de 1 % à 4 % réduirait le nombre de cancers détectés après le dépistage et permettrait une détection précoce des résultats faux

négatifs antérieurs; toutefois, avec des taux de rappel supérieurs à 5 %, le TDC a plafonné et a entraîné une hausse disproportionnée de résultats faux-positifs.¹⁶

Dans le contexte du dépistage du cancer du sein au Canada, où les taux de rappel sont actuellement supérieurs à 5 %, la valeur (c.-à-d. coûts/avantages) de la double lecture par les radiologistes de tous les clichés de dépistage (100 %) semblerait marginale. Une double lecture individuelle des mammographies ne produit pas toujours des résultats avantageux et dépend des pratiques individuelles. Elle peut augmenter la sensibilité, mais diminue par le fait même la spécificité.¹⁷

Le programme de dépistage du cancer du sein de Terre-Neuve-et-Labrador comprend un programme de double lecture, au sein duquel une deuxième interprétation est

effectuée par un radiologiste pour au moins 10 % de tous les clichés, afin d'assurer la qualité globale du programme. Les clichés sont sélectionnés par la technologue en mammographie ou par une infirmière examinatrice en cas de soupçons; de plus, des clichés sont choisis au hasard pour une double lecture pour atteindre le 10 %. La méthode de l'interprétation la plus élevée est utilisée pour résoudre la discordance. À l'aide de cette approche, le taux de rappel est passé de 6,6 % à 7,2 %, et une augmentation de 3,9 % du nombre de cancers détectés par le dépistage a été enregistrée.¹⁸ Dans le cadre des programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse, on effectue également une double lecture de 10 % de toutes les mammographies de dépistage.

4.6

Rôles, éducation et formation des physiciens

- *Les physiciens médicaux affiliés aux programmes de dépistage devraient observer les exigences du Programme d'agrément en mammographie de l'Association canadienne des radiologistes.*
- *Les physiciens affiliés aux programmes de dépistage devraient observer le Code de sécurité pour la protection contre les rayonnements et les normes de sécurité en mammographie (la version définitive devrait être publiée à l'automne 2012).*

Tel qu'il est indiqué dans les exigences du Programme d'agrément en mammographie de l'Association canadienne des radiologistes, les physiciens médicaux doivent être agréés par le Collège canadien des physiciens en médecine ou une institution équivalente.

4.7

Rôles des pathologistes

- *Les pathologistes doivent assurer une manipulation et un échantillonnage appropriés des prélèvements chirurgicaux mammaires et cytologiques.*
- *Les pathologistes doivent présenter des rapports en temps opportun qui concluent un diagnostic précis et une corrélation appropriée avec les résultats cliniques et de l'imagerie.*

- *Les pathologistes devraient faire partie de l'équipe multidisciplinaire sur le cancer du sein de l'établissement participant au diagnostic et à la gestion des lésions mammaires.*

Une évaluation préopératoire des lésions mammaires détectées au dépistage comprend une évaluation des échantillons des biopsies par forage à l'aiguille et, moins couramment, de cytoponction à l'aiguille fine et de biopsie-exérèse ouverte. Il est essentiel que les résultats pathologiques soient corrélés avec les résultats de l'imagerie diagnostique, afin d'assurer que l'anormalité soit échantillonnée de façon appropriée. Tous les cas discordants doivent être résolus entre la radiologie et la pathologie et devraient idéalement être examinés au cours d'une réunion multidisciplinaire, afin de déterminer le traitement ou le suivi approprié.

En ce qui concerne les échantillons mammaires exempts de cellules malignes, les pathologistes, les radiologistes et les chirurgiens devraient s'entendre sur la gestion des lésions associées à un risque élevé de cancer du sein, en particulier lorsqu'il a été décelé par une biopsie par forage à l'aiguille. Des lignes directrices devraient être élaborées pour la gestion des lésions suivantes et comprendre une excision locale conservatrice ou un suivi clinique ou radiologique selon l'estimation du risque de cancer du sein et les comorbidités des patientes :

- hyperplasie canalaire atypique;
- hyperplasie lobulaire atypique/carcinome lobulaire *in situ*;
- atypies épithéliales planes;
- lésions mucineuses;
- cicatrices radiales;
- lésions papillaires;
- lésions fibroépithéliales avec stroma cellulaire;
- lésions fusocellulaire.^{19, 20}

4.7.1

Rapports pathologiques

- *Tous les échantillons mammaires avec carcinome in situ ou infiltrant devraient être examinés et faire l'objet d'un rapport selon des protocoles standardisés.*
- *Des modèles d'observation synoptique pour les cas de cancer infiltrant et in situ devraient être utilisés pour appuyer l'établissement de rapports sur tous les renseignements pertinents.*
- *Les rapports pathologiques devraient comprendre les facteurs pronostiques essentiels pour surveiller la performance et l'incidence des programmes de dépistage du cancer du sein.*
- *On devrait utiliser une liste de vérification distincte/un rapport synoptique lorsqu'un carcinome intracanalair in situ non infiltrant est diagnostiqué.*

L'Association canadienne des pathologistes s'efforce d'améliorer les mesures liées à l'assurance et au contrôle de la qualité dans la pathologie chirurgicale à l'échelle nationale en encourageant l'utilisation de rapports synoptiques pour la pathologie du cancer du sein et en appuyant l'élaboration de normes nationales pour l'immunocytochimie.²¹ On peut consulter les initiatives de l'organisation sur son site Web à l'adresse suivante :

www.cap-acp.org.

Une évaluation pathologique précise est essentielle pour établir un diagnostic et surveiller la performance des programmes de dépistage du cancer du sein. Un certain nombre de protocoles ont été élaborés pour l'examen des échantillons provenant de patientes souffrant du cancer du sein et l'établissement des rapports connexes. Des

lignes directrices détaillées, publiées par le College of American Pathologists, ont été approuvées et promues par l'Association canadienne des pathologistes. Pour consulter ce document et un séminaire sur le Web indiquant les changements apportés à la dernière (7^e édition) classification TNM de l'AJCC des stades du cancer, visitez le site Web de l'Association canadienne des pathologistes :

http://www.cap-acp.org/protocols_and_checklists.cfm.

Les rapports synoptiques améliorent le contenu et l'uniformité des rapports pathologiques.²² Les listes de vérification assurent que les variables pertinentes sur le plan clinique soient évaluées et communiquées dans des rapports et que le format soit plus facile à interpréter par les cliniciens et le personnel responsable de la saisie des données dans les registres des cancers et les programmes de dépistage du cancer du sein. Le protocole du College of American Pathologists pour l'examen des échantillons provenant de patientes ayant un carcinome mammaire comprend les facteurs pronostiques et prédictifs pertinents requis par les oncologues et les chirurgiens pour mieux orienter la gestion des patientes souffrant d'un cancer du sein.^{23, 24} Les pathologistes devraient adapter ces lignes directrices/listes de vérification en consultation avec leurs collègues cliniques, afin de saisir toutes les données pathologiques importantes sur le plan clinique pour leur population de patientes. Les listes de vérification/rapports synoptiques devraient comprendre les caractéristiques pathologiques indiquées dans la version la plus récente du manuel de classification TNM de l'AJCC des stades du cancer (actuellement la 7^e édition).²³

Les facteurs pronostiques essentiels pour la surveillance de la performance et de l'incidence des programmes de dépistage du cancer du sein sont les suivants :

- type de tumeur (*in situ* ou infiltrante);
 - taille de la tumeur (taille de la partie infiltrante en millimètres, faisabilité confirmée par la microscopie);
 - grade de la tumeur (méthode de Nottingham pour évaluer le grade histologique);

- état des ganglions lymphatiques (nombre de ganglions présentant des métastases, nombre total de ganglions prélevés, taille de la plus grosse métastase);
 - invasion lymphovasculaire;
 - atteinte de la marge de résection;
- atteinte cutanée (invasion directe de la peau avec ulcération, invasion lymphatique cutanée, maladie de Paget);
 - atteinte de la paroi thoracique;
 - statut des récepteurs hormonaux (récepteurs des oestrogènes et de la progestérone);
- statut Her2/neu.

Les pathologistes doivent s'assurer que l'équipe du laboratoire participe aux initiatives relatives à l'assurance de la qualité afin de fournir des évaluations précises des biomarqueurs du cancer du sein, y compris les programmes d'assurance externe de la qualité pour les biomarqueurs du cancer du sein (récepteurs hormonaux et immunocytochimie Her2/neu et hybridation *in situ* Her2/neu si effectués sur place). La performance de ces programmes devrait être évaluée.

Les pathologistes devraient participer en tant que membre à l'équipe multidisciplinaire sur le cancer du sein de l'établissement participant au diagnostic et à la gestion des cas de cancer du sein. Cette équipe devrait comprendre des radiologistes, des pathologistes, des chirurgiens, des oncologues et des infirmières au besoin. L'équipe multidisciplinaire devrait idéalement se rencontrer toutes les semaines, afin de discuter de tous les cas nécessitant une expertise multidisciplinaire. Les clichés pathologiques et radiologiques devraient être projetés durant ces réunions. Un des membres de l'équipe devrait être responsable d'enregistrer les discussions et les décisions de l'équipe. Il est important de mettre en corrélation la pathologie des lésions excisées avec les résultats préopératoires durant les discussions portant sur les cas postopératoires; une étude de cas peut être nécessaire si la discordance est suffisamment importante.¹⁰

4.8

Indicateurs*

- *Taux de rappel pour anomalie :*
 - <10 % (dépistage initial);
 - <5 % (dépistage subséquent).
- *Taux de détection d'un cancer infiltrant :*
 - >5 par 1 000 (dépistage initial);
 - >3 par 1 000 (dépistage subséquent).
- *Valeur prédictive positive du programme de mammographie de dépistage*
 - ≥5 % (dépistage initial);
 - ≥6 % (dépistage subséquent).
- *Taux de cancer infiltrant détecté après le dépistage :*
 - <6 par 10 000 années-personnes (0 < 12 mois);
 - <12 par 10 000 années-personnes (de 12 à 24 mois).
- *Taille des tumeurs de cancer infiltrant détectées au dépistage :*
 - >50 % des tumeurs de cancer infiltrant détectées au dépistage sont de ≤15mm
- *Proportion de ganglions négatifs dans les cas de cancer infiltrant détectés au dépistage :*
 - >70 % de cas de cancer infiltrant détectés au dépistage sont sans atteinte ganglionnaire.

*Pour obtenir des renseignements complets sur les méthodes de calcul, les définitions et le contexte, veuillez consulter le rapport de l'Agence de la santé publique du Canada suivant : 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 (actuellement sous presse).

Références

1. Ford NL et Yaffe MJ (2001) Comparison of image quality indicators among mammography facilities in Ontario. *Can Assoc Radiol J* 52: 369-372.
2. Birdwell RL et Wilcox PA (2001) The mammography quality standards act: Benefits and burdens. *Breast Dis* 13: 97-107.
3. Destouet JM, Bassett LW, Yaffe MJ, Butler PF et Wilcox PA (2005) The ACR's mammography accreditation program: Ten years of experience since MQSA. *J Am Coll Radiol* 2: 585-594.
4. American College of Radiology (1999) Mammography quality control manual.
5. Sickles EA, Wolverton DE et Dee KE (2002) Performance parameters for screening and diagnostic mammography: Specialist and general radiologists. *Radiology* 224: 861-869.
6. National Quality Management Committee of BreastScreen Australia (2001) National accreditation standards, BreastScreen Australia quality improvement program.
7. National SU (2008) National policy and quality standards for BreastScreen Aotearoa.
8. Smith-Bindman R, et coll. (2003) Comparison of screening mammography in the United States and the United Kingdom. *JAMA* 290: 2129-2137.
9. Buist DS, et coll. (2011) Influence of annual interpretive volume on screening mammography performance in the United States. *Radiology* 259: 72-84.
10. Perry, N., et coll. (2006) Lignes directrices européennes concernant l'assurance de qualité dans le dépistage du cancer du sein et le diagnostic, 4^e éd.
11. Coldman AJ, et coll. (2006) Organized breast screening programs in Canada: Effect of radiologist reading volumes on outcomes. *Radiology* 238: 809-815.
12. Theberge I, Hebert-Croteau N, Langlois A, Major D et Brisson J (2005) Volume of screening mammography and performance in the Quebec population-based breast cancer screening program. *CMAJ* 172: 195-199.
13. Shaw CM, Flanagan FL, Fenlon HM et McNicholas MM (2009) Consensus review of discordant findings maximizes cancer detection rate in double-reader screening mammography: Irish national breast screening program experience. *Radiology* 250: 354-362.
14. Helvie M (2007) Improving mammographic interpretation: Double reading and computeraided diagnosis. *Radiol Clin North Am* 45: 801-11, vi.
15. Duijm LE, Groenewoud JH, Fracheboud J et de Koning HJ (2007) Additional double reading of screening mammograms by radiologic technologists: Impact on screening performance parameters. *J Natl Cancer Inst* 99: 1162-1170.
16. Otten JD, et coll. (2005) Effect of recall rate on earlier screen detection of breast cancers based on the Dutch performance indicators. *J Natl Cancer Inst* 97: 748-754.
17. Beam CA, Sullivan DC et Layde PM (1996) Effect of human variability on independent double reading in screening mammography. *Acad Radiol* 3: 891-897.
18. Doyle G et Wadden N (2008) Clinical effects of 10% double read program, breast screening program for Newfoundland and Labrador.
19. Lester SC, et coll. (2009) Protocol for the examination of specimens from patients with invasive carcinoma of the breast. *Arch Pathol Lab Med* 133: 1515-1538.
20. Jacobs TW, Connolly JL et Schnitt SJ (2002) Nonmalignant lesions in breast core needle biopsies: To excise or not to excise? *Am J Surg Pathol* 26: 1095-1110.
21. Torlakovic EE, et coll. (2009) Best practice recommendations for standardization of immunohistochemistry tests. *Canadian Journal of Pathology* 1: 14-25.
22. Austin R, et coll. (2009) Histopathology reporting of breast cancer in Queensland: The impact on the quality of reporting as a result of the introduction of recommendations. *Pathology* 41: 361-365.
23. American Joint Committee on Cancer (2010) AJCC cancer staging manual 7th edition: Part VII breast.
24. Lester SC, et coll. (2009) Protocol for the examination of specimens from patients with ductal carcinoma *in situ* of the breast. *Arch Pathol Lab Med* 133: 15-25.

DÉROULEMENT DU DÉPISTAGE — CHAPITRE 5

Orientations futures

Cette section présente les principaux enjeux qui ont été soulevés durant la préparation du rapport et qui nécessiteront davantage d'attention dans l'avenir.

Enjeu 1 : Prise de décision éclairée

Grâce à une étude récente, davantage de renseignements sur la nature et la probabilité d'inconvénients éventuels découlant de la mammographie ont été présentés. Bien que ces inconvénients ne soient pas uniques au dépistage, étant donné le grand nombre de femmes touchées et la probabilité limitée d'avantages, il faudrait accorder plus d'attention aux inconvénients éventuels pour formuler des recommandations relatives au dépistage. Les comités responsables d'élaborer des lignes directrices en matière de dépistage ont accordé récemment une plus grande valeur aux inconvénients du dépistage et à la reconnaissance que les femmes n'accorderont pas une valeur similaire aux inconvénients et aux avantages, de sorte qu'en de nombreuses occasions, des recommandations normatives ne sont pas appropriées. La situation n'est pas appuyée par l'existence de nombreux commentaires unilatéraux qui ignorent ou minimisent les données probantes conflictuelles. Par conséquent, il est nécessaire d'élaborer de meilleures façons d'informer les femmes des risques et des avantages du dépistage et d'être en mesure d'assurer que le processus leur a été offert avec les renseignements nécessaires dans un format compréhensible.^{1,2} Les objectifs de la participation sont principalement fondés sur le nombre absolu de femmes examinées et ne tiennent pas compte de la qualité des

décisions prises pour participer au dépistage. Bien que le consentement écrit soit souhaitable, il est improbable qu'à lui seul, il assure que les participantes soient informées de façon appropriée. D'autres travaux sont requis pour assurer que les femmes qui participent au dépistage soient informées correctement.³

Enjeu 2 : Temps d'attente jusqu'au rendez-vous

Le temps d'attente jusqu'au rendez-vous fait référence à l'intervalle entre le moment où une femme communique avec un centre de dépistage pour obtenir un rendez-vous et la date prévue du rendez-vous. Pour l'instant, il n'existe pas de normes canadiennes qui fixent une limite appropriée à ce temps d'attente. Le comité national de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein s'efforce actuellement d'établir des objectifs communs en matière de temps d'attente parmi les programmes.

Enjeu 3 : Évaluation de la satisfaction de la clientèle

La satisfaction de la clientèle est un indicateur important de la qualité des programmes organisés de dépistage. Le Groupe de travail sur les déterminants de la qualité a élaboré un outil pour mesurer la satisfaction des clientes par le passé. Aujourd'hui, un outil d'évaluation plus efficace et une méthode de mise en oeuvre de rechange sont nécessaires. Le Groupe de travail sur les déterminants de la qualité songe à élaborer un outil valide, fiable et normalisé pour évaluer la satisfaction de la clientèle.

Enjeu 4 : Dépistage du cancer du sein chez les femmes à haut risque

Les provinces et les territoires ont adopté différentes approches envers la définition des femmes qui sont considérées comme étant à risque suffisamment élevé pour justifier un dépistage nécessitant différentes fréquences ou utilisant différentes modalités. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs offre des recommandations aux femmes présentant des risques moyens, mais n'a pas tenu compte des femmes à risque élevé. Les lignes directrices sur la pratique clinique doivent être révisées pour le dépistage des femmes à haut risque à l'échelle provinciale et territoriale, afin d'assurer que les pratiques soient fondées sur des observations scientifiques.

- L'élaboration et la validation des modèles de prédictions des risques pour le cancer du sein qui ont une haute valeur prédictive devraient être une priorité pour la recherche et le développement.
- Les femmes à risque élevé de cancer du sein (seins denses, antécédents familiaux, exposition à des radiations répétées en raison d'un traitement, etc.) devraient être suivies dans un milieu de soins secondaires offrant une surveillance multimodalité. Un consensus canadien sur ce qui constitue un haut risque devrait être établi.
- La mise en oeuvre de protocoles de dépistage adaptés aux risques (au sein et en dehors de programmes organisés de dépistage) devrait être fondée sur une analyse consciencieuse des inconvénients et des avantages à l'aide d'études d'évaluation rigoureuses.

Les risques associés au cancer du sein sont évalués selon les facteurs de risque individuels (p. ex. l'âge, la densité mammaire, les antécédents familiaux) ou à l'aide de plusieurs facteurs recoupés (p. ex. la densité mammaire selon les antécédents familiaux) ou combinés dans des algorithmes de classement officiels (p. ex. le modèle de Gail). Bien que les critères pour la définition du risque élevé varient d'une organisation à l'autre, un consensus général appuie le renvoi de ces femmes à un niveau secondaire de soins et à une surveillance multimodalité précoce.^{4,5}

Enjeu 5 : Navigation des patientes

- Les programmes pourraient songer à adopter une approche systématique pour superviser et orienter les femmes qui nécessitent un bilan.

Depuis l'élaboration des programmes de dépistage du cancer du sein au Canada, le travail d'intervenants pivots est devenu une discipline émergente. Le rôle des intervenants pivots est diversifié et comprend de multiples fonctions et plusieurs populations cibles. Les programmes canadiens, ayant recours aux intervenants pivots, ont mis l'accent sur l'accès aux soins en temps opportun et permettent aux patients d'obtenir des renseignements et une formation pour fonctionner dans le système de santé, ils coordonnent également les soins ou offrent des liens aux ressources communautaires. La plupart des études sur les intervenants pivots utilisent une personne pour tenir ce rôle, et pour offrir une intervention. L'intervenant pivot est aussi responsable de la coordination des soins ou de l'encouragement tout au long du déroulement du dépistage.^{6,7} Cet intervenant peut également voir à la défense des droits de la personne auprès des professionnels de la santé et autres fournisseurs de services. Toutefois, bon nombre de programmes canadiens ont préconisé l'habilitation de la personne, approche selon laquelle l'intervenant pivot fournit de l'information et du soutien au patient pour lui permettre d'orienter lui-même la prestation des soins.

La composante du suivi des programmes de dépistage comprend le soutien aux clientes du dépistage d'une anomalie au diagnostic. De nombreuses études ont démontré que pour les patientes, le processus du suivi à la suite de la détection d'une anomalie peut engendrer une anxiété considérable et des troubles émotifs.^{8,9} Le soutien apporté aux femmes dans le processus de dépistage et de suivi s'effectue à de nombreux niveaux et fait appel à un grand nombre de fonctions différentes qui peuvent aider à promouvoir la continuité des soins.

Les points critiques du soutien tout au long du dépistage dans la trajectoire du cancer sont les suivants :

- 1) notification au dépistage d'une anomalie;
- 2) attente d'un bilan diagnostique à la suite du dépistage d'une anomalie;
- 3) attente pour une consultation avec un chirurgien ou pour avoir une biopsie;
- 4) attente des résultats de la biopsie;
- 5) diagnostic final.

Les interventions effectuées dans le cadre du soutien pivot peuvent avoir une incidence sur l'établissement d'un diagnostic en temps opportun, aider à diminuer l'anxiété, accroître la satisfaction des patientes et, en fin de compte,

influencer le taux de fidélisation et le recrutement au dépistage.¹⁰

La portée du protocole régissant les intervenants pivots diffère d'une province à l'autre pour ce qui est du personnel, de l'expertise et des ressources disponibles. Les interventions suivantes mettent en évidence les fonctions principales de l'intervenant pivot dans les programmes organisés de dépistage du cancer du sein :

- 1) Faciliter le bilan des examens de dépistage d'anomalie en temps opportun en déterminant de façon proactive les examens de suivi diagnostiques recommandés. Ces mesures assurent un diagnostic ou le suivi d'une anomalie à la suite de son dépistage.
- 2) Effectuer le suivi de toutes les procédures afin de réduire le nombre de femmes perdues au suivi lors du processus d'investigation suite à un dépistage anormal.
- 3) Fournir de l'information et un soutien affectif et des conseils tout au long du suivi jusqu'au diagnostic.
- 4) Offrir de l'information et des réponses aux questions sur les facteurs de risque, les rapports pathologiques, les options chirurgicales ou la prise de décision pour le traitement (tumorectomie vs mastectomie).

Un élément du rôle de l'intervenant pivot inhérent à la composante du suivi est essentiel pour améliorer les résultats sur la santé dans le dépistage du cancer. De plus, grâce à des contacts avec les médecins et les femmes, l'intervenant pivot augmente la sensibilisation envers les lignes directrices de la pratique clinique pour la mammographie et renforce le cheminement clinique approprié. Les intervenants pivots représentent une dépense de ressources, mais ils peuvent faire en sorte que les ressources liées aux services diagnostiques peu nombreux soient mieux utilisées. Il est essentiel de permettre l'évaluation de la rentabilité des intervenants pivots dans le dépistage du cancer du sein.

Enjeu 6 : Détection assistée par ordinateur

La détection assistée par ordinateur évolue et s'améliore et les programmes devraient connaître les données probantes actuelles.

Enjeu 7 : Code de sécurité pour la protection contre les rayonnements et les normes de qualité en mammographie

Le *Code de sécurité pour la protection contre les rayonnements et les normes de qualité en mammographie* fait partie d'une série de codes de sécurité élaborés par Santé Canada qui indiquent les exigences pour l'utilisation sécuritaire de l'équipement émettant des radiations. Les renseignements présentés dans le Code de sécurité ont été préparés pour fournir une orientation particulière aux propriétaires d'appareils mammographiques, aux radiologistes, aux technologues en radiation, aux médecins et autres membres du personnel concernés par les procédures de sécurité, la performance de l'équipement, la qualité de l'image, la protection contre les rayonnements et la qualité globale des installations de mammographie.

Le Code de sécurité devrait être publié à l'automne 2012.

Références

1. Bewley S (2011) The NHS breast screening programme needs independent review. *BMJ* 343: d6894.
2. Hawkes N (2011) Breast cancer screening is to be reviewed, cancer tsar announces. *BMJ* 343: d6905.
3. Edward SM (2011) Uninformed compliance or informed choice? A needed shift in our approach to cancer screening. *J Natl Cancer Inst* 103: 1821-1826.
4. Program in Evidence Based Care, National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) Magnetic resonance imaging screening of women at high risk for breast cancer: A clinical practice guideline, in *familial breast cancer: The classification and care of women at risk of familial breast cancer in primary, secondary and tertiary care*.
5. Saslow D, *et coll.* (2007) American cancer society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. *CA Cancer J Clin* 57: 75-89.
6. Robinson-White S, Conroy B, Slavish KH et Rosenzweig M (2010) Patient navigation in breast cancer: A systematic review. *Cancer Nurs* 33: 127-140.
7. Psooy BJ, Schreuer D, Borgaonkar J et Caines JS (2004) Patient navigation: Improving timeliness in the diagnosis of breast abnormalities. *Can Assoc Radiol J* 55: 145-150.
8. Brett J, Bankhead C, Henderson B, Watson E et Austoker J (2005) The psychological impact of mammographic screening. A systematic review. *Psychooncology* 14: 917-938.
9. Brewer NT, Salz T et Lillie SE (2007) Systematic review: The long-term effects of false-positive mammograms. *Ann Intern Med* 146: 502-510.
10. Wells KJ, *et coll.* (2008) Patient navigation: State of the art or is it science? *Cancer* 113: 1999-2010.

Annexe 1

Mesures de la performance des programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada – Femmes âgées de 50 à 69 ans

Indicateur	Définition	Objectif
1. Taux de participation	Pourcentage de femmes qui ont passé un examen de dépistage (au cours d'une période de 30 mois) comme proportion de la population admissible.	≥ 70 % de la population admissible au cours d'une période de 30 mois.
2. Taux de fidélisation	Pourcentage estimé de femmes âgées de 50 à 67 ans passant un nouvel examen de dépistage dans les 30 mois suivant le premier examen.	≥ 75 % des femmes passent un dépistage suite à une mammographie initiale dans un délai de 30 mois; ≥ 90 % des femmes passent un dépistage à la suite d'une mammographie subséquente dans un délai de 30 mois.
3. Taux de dépistage annuel	Pourcentage estimé de femmes âgées de 50 à 68 ans passant un examen de dépistage dans les 18 mois suivant leur examen précédent.	% de femmes passant un examen de dépistage dans les 18 mois suivant l'examen initial; % de femmes passant un examen de dépistage dans les 18 mois suivant un examen subséquent. (À des fins de surveillance et de suivi seulement)
4. Taux de rappel à la suite de la détection d'une anomalie ^a	Pourcentage de mammographies considérées anormales dans le dépistage effectué dans le cadre du programme.	< 10 % (examen initial); < 5 % (examens subséquents).

5. Taux de détection de cancers infiltrants ^b	Nombre de cancers infiltrants détectés par 1 000 examens de dépistage.	> 5 par 1 000 (examens initiaux); > 3 par 1 000 (examens subséquents).
6. Détection du carcinome <i>in situ</i> ^b	(a) Nombre de carcinomes canauxaires <i>in situ</i> détectés par 1 000 examens de dépistage (b) Pourcentage de tous les cancers carcinomes canauxaires <i>in situ</i>	(a) par 1 000 examens (initiaux); par 1 000 examens (examens subséquents). (À des fins de surveillance et de suivi seulement.) (b) % de carcinomes canauxaires <i>in situ</i> (initial); % de carcinomes canauxaires <i>in situ</i> (examens subséquents). (À des fins de surveillance et de suivi seulement)
7. Intervalle de diagnostic	(a) De l'examen à la notification des résultats de l'examen. (b) De l'examen présentant une anomalie à la première évaluation diagnostique. (c) De l'examen présentant une anomalie au diagnostic final.	(a) ≥ 90 % dans les 2 semaines; (b) ≥ 90 % dans les 3 semaines; (c) ≥ 90 % dans les 5 semaines, si aucune biopsie de tissus n'est effectuée; ≥ 90 % dans les 7 semaines, si une biopsie de tissus est effectuée.
8. Valeur prédictive positive du programme de mammographie de dépistage	Proportion de cas anormaux ayant fait l'objet d'un suivi complet, qui se sont révélés être un cancer du sein (infiltrant ou <i>in situ</i>) après le bilan diagnostique.	≥ 5 % (examen initial); ≥ 6 % (examens subséquents).
9. Taux de tumeurs bénignes détectées par une biopsie	(a) Nombre de tumeurs bénignes découvertes à la suite de biopsies ouvertes et par forage par 1 000 examens (b) Nombre de tumeurs bénignes découvertes à la suite de biopsies ouvertes ^d	par 1 000 examens (initiaux); par 1 000 examens (subséquents). (À des fins de surveillance et de suivi seulement).
10. Taille de la tumeur infiltrante détectée au cours du dépistage	Pourcentage de cancers infiltrants dont la taille de la tumeur est de ≤ 15 mm en son plus grand diamètre, selon les données probantes disponibles : 1) pathologiques, 2) radiologiques, et 3) cliniques.	> 50 % des tumeurs infiltrantes détectées au dépistage.
11. Taux d'incidence de cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire	Proportion de cancers infiltrants sans envahissement des ganglions lymphatiques.	> 70 % des cancers infiltrants détectés au dépistage.

12. Taux de cancers infiltrants détectés après le dépistage ^e	Nombre de femmes chez lesquelles un diagnostic de cancer du sein infiltrant a été posé après un examen de dépistage négatif ou révélant une tumeur bénigne, dans les 0 à <12 mois et les 12 à 24 mois suivant la date du dépistage initial.	<6 par 10 000 personnes-années (0 à <12 mois); <12 par 10 000 personnes-années (12 à 24 mois).
13. Sensibilité du programme de mammographie de dépistage	Proportion de cas de cancer du sein correctement identifiés au cours de l'épisode de dépistage.	% (examens subséquents). (À des fins de surveillance et de suivi seulement).

a Un diagnostic à la suite d'un résultat anormal pour un résultat bénin doit être établi dans les 6 mois après le dépistage.

b Les cancers dont le diagnostic a nécessité plus de 6 mois (à la suite d'un « dépistage régulier ») sont classés parmi les cancers détectés après le dépistage.

c La biopsie n'inclut pas la ponction à l'aiguille fine.

d Les biopsies chirurgicales ouvertes comprennent les cas qui ont subi une biopsie chirurgicale ouverte à titre de première évaluation diagnostique, ainsi que ceux qui ont subi une biopsie chirurgicale ouverte suite à une biopsie par forage et dont le résultat a été non concluant ou inadéquat.

e À des fins de calcul, les cancers détectés après le dépistage incluent tous les cancers infiltrants détectés après un examen de dépistage normal (non référés), les cas référés pour suivi médical à la suite duquel le résultat était bénin (manqués au diagnostic), les cancers dépistés (référés) dont le diagnostic a nécessité plus de 6 mois (après la période dite de « dépistage régulier ») et les cancers de non-observance diagnostiqués en dedans de 24 mois.

Pour obtenir des renseignements complets sur les méthodes de calcul, les définitions et le contexte, veuillez consulter le rapport de l'Agence de la santé publique du Canada suivant : 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 (actuellement sous presse).

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/

