

Services de dépistage du cancer du sein au Nouveau-Brunswick

**Rapport sur le rendement du programme de
1996 à 2009**



Message des co-chefs de la direction du Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick (RCNB)

Le Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick est heureux de présenter le *Rapport sur le rendement du Programme de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick* pour les années 1996 à 2009. Il s'agit du premier rapport sur le Programme à être produit par le RCNB, division du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre de stratégies provinciales fondées sur des données probantes pour tous les aspects des soins du cancer. Il fournit, à l'intention du public, des professionnels de la santé, des établissements d'enseignement et des gouvernements, des renseignements utiles au sujet des services organisés de dépistage du cancer du sein au Nouveau-Brunswick, en plus de faire progresser notre compréhension des effets qu'exercent les mesures de surveillance et de contrôle du cancer axées sur les populations, particulièrement dans le domaine du cancer du sein, dans lequel le Programme est bien établi à l'échelle de la province depuis 1995.

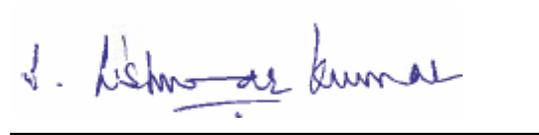
Les données relatives au dépistage ont été recueillies auprès des 16 centres de dépistage fixes du cancer du sein au Nouveau-Brunswick. Grâce aux efforts déployés par CGI (embauchée, par contrat, pour administrer la base de données provinciale sur les services de dépistage du cancer du sein), par le personnel exploitant les centres de dépistage dans chacune des régions de santé et par l'équipe épidémiologique du RCNB, nous avons pu connaître et analyser le rendement des activités et du programme de dépistage du cancer du sein, et faire rapport à ce sujet.

Nous sommes particulièrement heureux du haut taux de participation enregistré, qui démontre qu'un grand nombre de femmes au Nouveau-Brunswick participent activement au programme organisé de dépistage du cancer du sein. Le RCNB utilisera les renseignements contenus dans le présent rapport pour l'aider dans la planification continue, afin de veiller à ce que les résidents du Nouveau-Brunswick bénéficient de services de dépistage de haute qualité.

Message des co-chefs de la direction du Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick (RCNB)

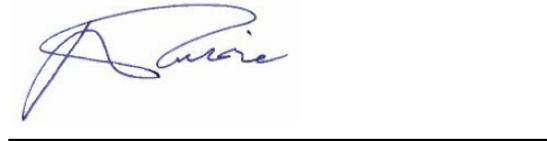
Nous nous réjouissons des progrès qu'apporteront, en matière de dépistage du cancer, l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de dépistage des cancers du col de l'utérus et du côlon, qui viendront s'ajouter à notre programme de dépistage du cancer du sein.

Nous remercions notre épidémiologiste, le D^r Bin Zhang, pour le leadership dont il a fait preuve lors de la préparation du présent rapport. Nous aimerions recevoir vos commentaires et vos recommandations pour l'amélioration du rapport. Vous trouverez ci-joint un formulaire d'évaluation à cette fin.



D^r S. Eshwar Kumar

**Co-chef de la direction,
Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick**



D^r Réjean Savoie

**Co-chef de la direction,
Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick**

Remerciements

Le Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick (RCNB) désire souligner la contribution des personnes suivantes à la production du présent rapport sur les indicateurs de rendement des services de dépistage du cancer du sein.

Rapport sur les indicateurs de rendement des services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick - Comité directeur 1996-2009 :

D^r Bin Zhang (président)

Épidémiologiste

RCNB, ministère de la Santé, N.-B.

Murielle Munro

Adjointe administrative

RCNB, ministère de la Santé, N.-B.

Diane E. Strong, B. Sc. (pharmacie)

Directrice provinciale des pharmacies

RCNB, ministère de la Santé, N.-B.

Shirley Koch

Coordonnatrice – dépistage du cancer

RCNB, ministère de la Santé, N.-B.

Le RCNB aimerait remercier les personnes suivantes pour la révision du présent rapport :

Dan Coulombe

Directeur général (par intérim) et directeur des opérations,
RCNB, ministère de la Santé, N.-B.

D^{re} Grlica Bolesnikov

Coordonnatrice de la gestion de la qualité et de l'imputabilité,
RCNB, ministère de la Santé, N.-B.

Vickey Bu

Biostatisticienne, RCNB, ministère de la Santé, N.-B.

Suzanne Leonfellner

Coordonnatrice, Diagnostic, détermination du stade et chirurgie et gestionnaire par intérim du Registre du cancer du Nouveau-Brunswick, RCNB, ministère de la Santé, N.-B.

Roberte Vautier

Coordonnatrice des soins palliatifs, de soutien et de soins primaires, RCNB, ministère de la Santé, N.-B.

Linda Varner

Gestionnaire de la mise en œuvre du Programme de dépistage du cancer du côlon du Nouveau-Brunswick, RCNB, ministère de la Santé, N.-B.

Remerciements

Le RCNB souhaite également remercier les personnes et les organismes suivants d'avoir fourni des renseignements utiles à la préparation du présent rapport sur les services de dépistage du cancer du sein.

Agence de la santé publique du Canada

Heather Limburg	<i>Épidémiologiste</i>
Robert Semenciw	<i>Statisticien</i>

Direction des communications, ministère de la Santé, N.-B.

Anne Moore	<i>Agente administrative</i>
Randy Comeau	<i>Concepteur graphique</i>

CGI

Theresa Comeau	<i>Consultante</i>
Matthew O'Donnell	<i>Consultant</i>

Coordonnées

D^r Bin Zhang *Épidémiologiste*

Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé

C.P. 5100, Place-HSBC, 2^e étage

Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8

Tél. : 1-506-453-5521

Télec. : 1-506-453-5522

Le présent rapport peut être consulté en ligne à l'adresse suivante :

<http://www.gnb.ca/sante>

ISBN : 978-1-55471-596-1

Table des matières

SOMMAIRE	viii
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	1
1.1 Programme de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick	3
1.1.1 Comité sur les Services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick	4
1.1.2 Centres de dépistage au Nouveau-Brunswick	4
1.2 Processus de dépistage	5
1.3 Base de données du Nouveau-Brunswick sur le dépistage du cancer du sein	7
1.4 But du rapport	8
CHAPITRE 2 : MÉTHODES.....	9
2.1 Définition des indicateurs de rendement en matière de dépistage du cancer du sein.....	9
2.2 Sources et qualité des données	11
2.3 Cartographie par systèmes d'information géographique	12
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS	13
3.1 Nombre de dépistages, de dépistages initiaux et de cancers du sein détectés au dépistage	13
3.2 Participation et fidélisation par zone de santé.....	15
3.2.1 Taux de participation	15
3.2.2 Taux de fidélisation.....	17
3.3 Résultats du dépistage par zone de santé	19
3.3.1 Taux de rappel pour anomalie	19
3.3.2 Valeur prédictive positive.....	23
3.4 Processus diagnostique utilisé dans les services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, par zone de santé.....	26
3.4.1 Intervalle diagnostique	26
3.4.2 Taux de tumeurs bénignes à la biopsie chirurgicale ouverte	29
3.4.3 Taux de tumeurs bénignes à la biopsie par forage.....	30
3.5 Détection du cancer par zone de santé.....	31
3.5.1 Taux de détection de cancers <i>in situ</i>	31
3.5.2 Taux de détection de cancers infiltrants.....	31
3.5.3 Taille de la tumeur infiltrante	32
3.6 Cancers infiltrants détectés après le dépistage, par zone de santé.....	33
CHAPITRE 4 : CONCLUSIONS ET CONSIDÉRATIONS FUTURES.....	35

ANNEXE A : COMITÉ SUR LES SERVICES DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN DU NOUVEAU-BRUNSWICK : CADRE DE RÉFÉRENCE.....	37
ANNEXE B : CENTRES DE DÉPISTAGE DES SERVICES DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN DU NOUVEAU-BRUNSWICK (1995-2009).....	39
ANNEXE C : UN EXEMPLE DE RAPPORT SUR LA QUALITÉ DES DONNÉES DU REGISTRE DU CANCER DU NOUVEAU-BRUNSWICK (2002-2006)	40
ANNEXE D : FIGURES ET TABLEAUX	41
GLOSSAIRE.....	86
RÉFÉRENCES	89
FORMULAIRE D'ÉVALUATION.....	90

Sommaire

Le cancer du sein est de loin le cancer le plus fréquemment diagnostiqué et la deuxième cause de décès par cancer chez les femmes du Nouveau-Brunswick, où quelques 550 nouveaux cas et 110 décès ont été recensés en 2012.¹ Entre 1996 et 2009, le nombre de nouveaux cas a augmenté de 28,2 p. 100, alors que le nombre de décès diminuait de 12,1 p. 100. La détection précoce par la participation à des programmes organisés de dépistage du cancer du sein et l'efficacité accrue des traitements ont probablement eu leur rôle à jouer dans cette baisse évidente de la mortalité.

Les programmes organisés de dépistage du cancer du sein font en sorte que les femmes admissibles aient régulièrement accès à des dépistages par mammographie de haute qualité, conformément aux lignes directrices canadiennes. Depuis 2008, le Programme de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick évolue sous la direction du Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick (RCNB). Sa surveillance et son évaluation constituent, pour les intervenants, une occasion de comprendre les effets de la détection précoce de ce type de cancer sur la réduction de la morbidité et de la mortalité. Le présent rapport offre un aperçu de la mesure dans laquelle le programme atteint ces objectifs et permet de cerner les aspects qui pourraient éventuellement être améliorés. Dans ce rapport, les indicateurs de rendement recommandés ont été analysés à l'échelle *provinciale* et à celle des *zones de santé*. Les systèmes d'information géographique (SIG) ont aussi été utilisés pour interpréter et visualiser les résultats dans différentes zones géographiques de la province.

Le *taux de participation* est rapporté pour une période de 24 mois, par souci d'uniformité avec les rapports sur les indicateurs de rendement nationaux en matière de cancer du sein publiés par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). De 1996 à 2009, le taux de participation bisannuel au Nouveau-Brunswick a fluctué, s'élevant d'un maigre 32,6 p. 100 pour atteindre, par moment, un sommet de 55,5 p. 100 (annexe D – D12). Au cours de cette période, toutes les régions ont enregistré une augmentation de la participation. Depuis 2001, comme le signale l'ASPC, le Nouveau-Brunswick a maintenu, pour plusieurs périodes de déclaration, le premier ou deuxième taux de participation bisannuel en importance au Canada, dépassant de beaucoup la moyenne

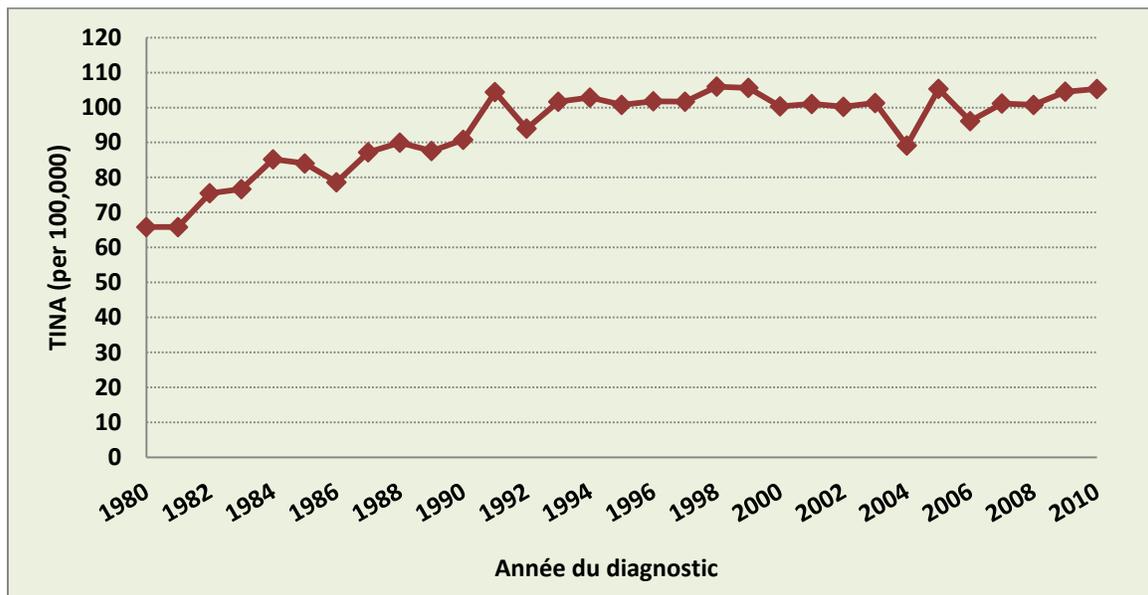
nationale correspondante.^{2, 3, 4} Dix autres indicateurs de rendement ont également été analysés à partir des définitions nationales recommandées. De plus amples détails sont fournis ci-après, à la section « Résultats » (annexe D – D15, D19, D23, D27, D31, D35, D39, D43, D47 et D51).

Dans le cadre de cet exercice, le Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick a évalué les services de dépistage du cancer du sein à partir des données administratives des années 1996 à 2009. Les renseignements contenus dans le présent rapport aideront à orienter le développement et l'amélioration du Programme de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick.

Chapitre 1 : Introduction

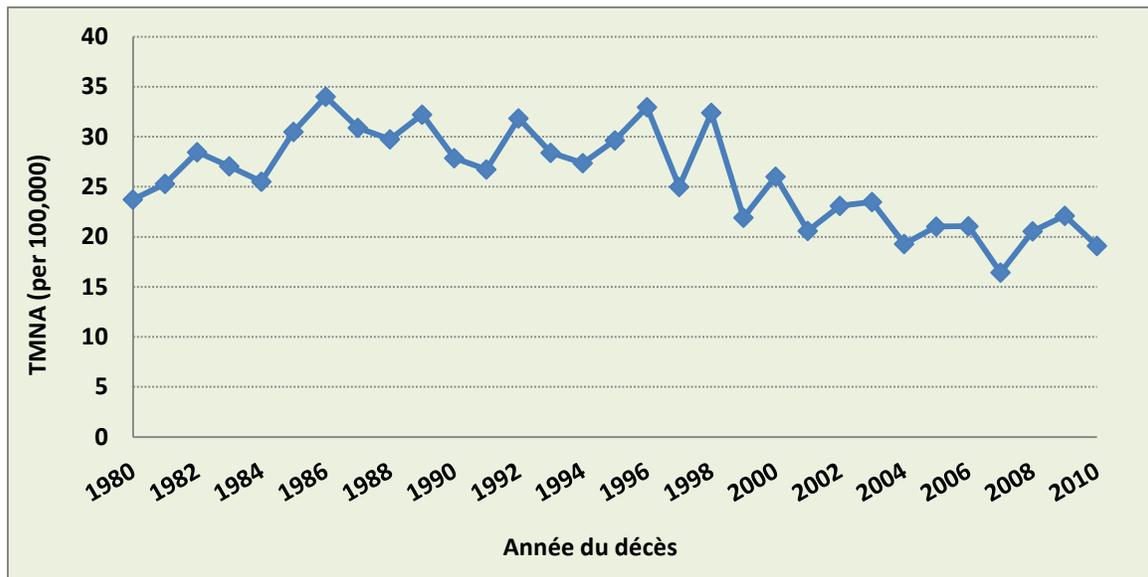
Premier cancer en termes de fréquence et deuxième sur le plan de la mortalité chez les Néo-Brunswickoises, on estime 550 nouveaux cas de cancer du sein et 110 décès attribuables à ce cancer en 2012.¹ Les données du Registre du cancer du N.-B. montrent que le nombre de cas, passé de 235 en 1980 à 578 en 2010, connaît une augmentation régulière (annexe D – D1, désignée ci-après comme D1). De 1980 au début des années 1990, le taux d'incidence normalisé selon l'âge pour le cancer du sein a grimpé, avant de finir par se stabiliser dans les dernières années (voir figure 1 et D2). Entre 1989 et 2006, cependant, le taux de mortalité normalisé selon l'âge pour ce même type de cancer a reculé au rythme moyen de 2,4 p. 100 par année.⁵ Cette diminution de la mortalité (figure 2 et D3-D4) serait attribuable à une plus grande participation au dépistage et à des traitements plus efficaces.^{4,6} Au Nouveau-Brunswick, le rapport de survie relative sur cinq ans pour les femmes de 50 à 74 ans atteintes d'un cancer du sein est passé de 87,1 p. 100 pour les années 1997 à 2001 à 90,5 p. 100 pour 2002 à 2006.⁵

Figure 1 : Cancer du sein – taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) chez les femmes du N.-B., 1980-2010



Taux normalisés à partir de l'estimation de la population canadienne de 1991.

Figure 2 : Cancer du sein – taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) chez les femmes du N.-B., 1980-2010



Taux normalisés à partir de l'estimation de la population canadienne de 1991.

L'exploitation du Programme de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick est assurée conjointement par les régies régionales de la santé (RRS : le *Réseau de santé Vitalité* et le *Réseau de santé Horizon*) et le Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick (RCNB). Le RCNB, une division du ministère de la Santé, est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une stratégie provinciale fondée sur des données probantes pour tous les aspects des soins oncologiques, dont la prévention, le dépistage, le traitement, les soins de suivi, les soins palliatifs, l'éducation et la recherche.

Depuis l'établissement, en 1995, du Programme de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, la surveillance et l'évaluation du programme n'avaient jamais donné lieu à la production, à une échelle géographique aussi réduite (c.-à-d. à l'échelle des zones de santé), de rapports élaborés à partir des indicateurs de rendement recommandés nationalement tels que le *taux de participation*, le *taux de fidélisation* et le *taux de cancers infiltrants détectés après le dépistage*. Les RRS et le RCNB se sont montrés profondément intéressés par une évaluation complète visant à garantir aux femmes du Nouveau-Brunswick l'accès à un programme de dépistage du cancer du sein de haute qualité. Le RCNB utilisera les renseignements de l'actuelle base de données provinciale sur les services de dépistage du cancer du sein afin d'améliorer l'efficacité

de ces services, ainsi que l'intégration et la mise en œuvre éventuelles des trois programmes de dépistage provinciaux distincts (cancers du sein, du col de l'utérus et du côlon).

Le présent rapport évalue le rendement du programme organisé de dépistage du cancer du sein au Nouveau-Brunswick pour les années civiles 1996 à 2009 à partir des données de 7 régions de santé (8 zones de santé, la région de santé 1 englobant à la fois la zone de santé 1 *Beauséjour* et la zone de santé 1 *Sud-est*) et de 16 centres de dépistage fixes (carte 1). En comparant les objectifs fixés, à l'échelle nationale, pour les différents indicateurs de rendement⁴ aux résultats obtenus par le Nouveau-Brunswick, le rapport fournit des données scientifiques qui orienteront la planification future et l'élaboration de politiques pour les programmes de dépistage provinciaux. Il procure également aux gestionnaires des programmes de dépistage, aux professionnels de la santé et aux autres intervenants en matière de cancer du sein des renseignements de qualité qui permettront d'améliorer les services de dépistage organisés à l'échelle de la province.

1.1 Programme de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick

L'objectif premier d'un programme organisé de dépistage du cancer du sein consiste à détecter ce type de cancer à un stade précoce et à réduire le nombre de décès en découlant. Le Programme de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick a été mis sur pied en 1995 et offre depuis, tous les deux ans, des mammographies de dépistage bilatérales à deux vues aux femmes admissibles de toute la province. On a défini comme population cible les femmes asymptomatiques âgées de 50 à 69 ans n'ayant jamais reçu de diagnostic de cancer du sein. Il faut que les femmes âgées de 40 à 49 ans ou de plus de 69 ans soient recommandées au programme par un médecin ou une infirmière praticienne.

Le RCNB a fait des services de dépistage du cancer du sein l'une de ses priorités et tient à s'assurer que le programme atteint les objectifs de rendement nationaux. Des politiques et des normes ont été mises en place pour le Programme et sont depuis utilisées en tant que lignes directrices pour la prestation de services dans les RRS.

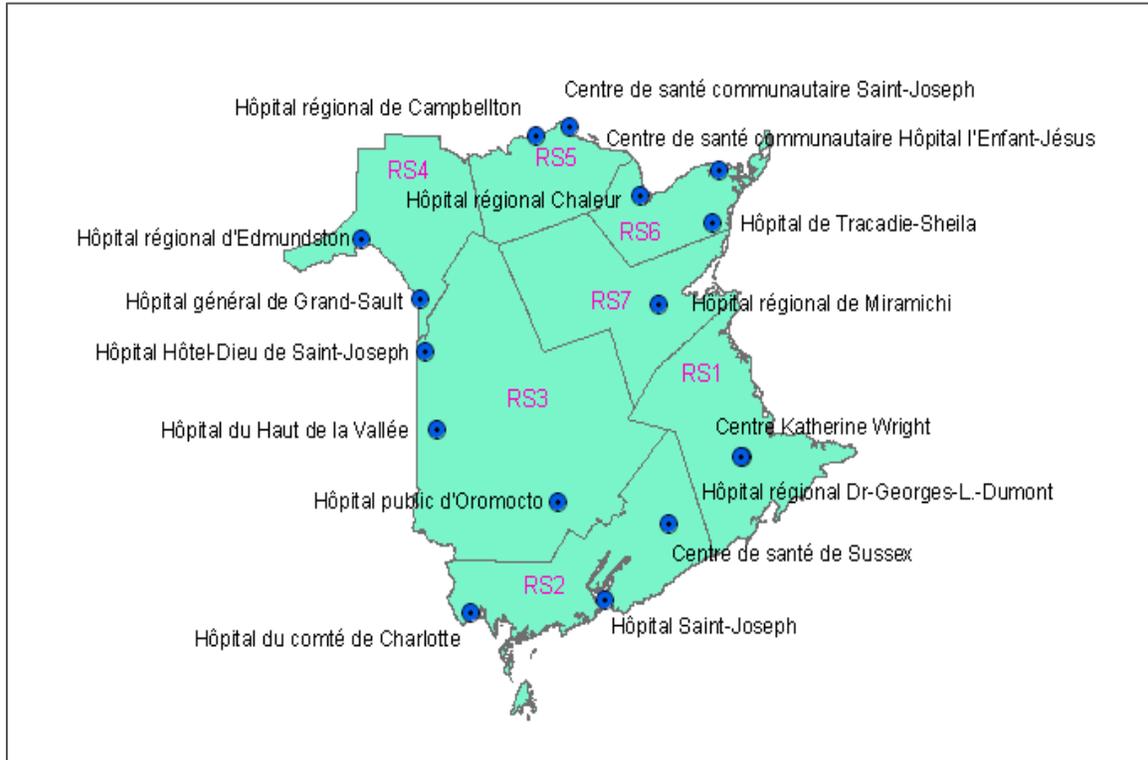
1.1.1 Comité sur les services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick

En 1997, le Programme de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick a fait l'objet d'un examen visant à déterminer sa conformité par rapport aux normes et aux politiques et à évaluer la qualité globale de la prestation de services. Il en a résulté, en 1998, la constitution du Comité consultatif sur les Services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, dont l'objectif consiste à offrir une tribune provinciale afin de garantir la prestation uniforme et cohérente des services de dépistage du cancer du sein au Nouveau-Brunswick, à agir en tant que réseau provincial pour l'examen, l'analyse et la planification de stratégies relatives aux initiatives des Services de dépistage pour ce type de cancer et à combler le fossé entre les organismes provinciaux et nationaux. Ce groupe multidisciplinaire réunit des représentants de chacune des RRS, de la Société canadienne du cancer (division du Nouveau-Brunswick), des sections Radiologie et Médecine générale de la Société médicale du Nouveau-Brunswick et du RCNB. Le Cadre de référence du Comité est décrit à l'annexe A.

1.1.2 Centres de dépistage au Nouveau-Brunswick

Il existe dans les 8 zones de santé (ZS) du Nouveau-Brunswick, comme l'illustre la carte 1, 16 centres de dépistage fixes offrant aux femmes de 50 à 69 ans des mammographies de dépistage bilatérales à deux vues bisannuelles. Quatorze de ces centres effectuent à la fois des mammographies de dépistage et des mammographies diagnostiques, tandis que les deux autres (le Centre Katherine Wright et l'Hôpital public d'Oromocto) se limitent aux mammographies de dépistage. Les centres de dépistage dispensent aussi des services de dépistage par mammographie à l'intention des femmes de 40 à 49 ans et de plus de 69 ans aiguillées par un médecin ou une infirmière praticienne; la prestation des services de dépistage du cancer du sein relève des RRS. L'emplacement et les coordonnées des 16 centres de dépistage fixes et de leur RRS et ZS respectives sont fournis à l'annexe B.

**Carte 1 : Services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick
Centres de dépistage par région de santé (RS)**



1.2 Processus de dépistage

Un processus de dépistage comporte généralement quatre étapes :

- identifier les femmes de 50 à 69 ans et les inviter à subir un dépistage;
- procéder à l'examen en tant que tel;
- approfondir les recherches lorsqu'une anomalie est détectée;
- réinviter les femmes ayant obtenu des résultats normaux ou bénins.

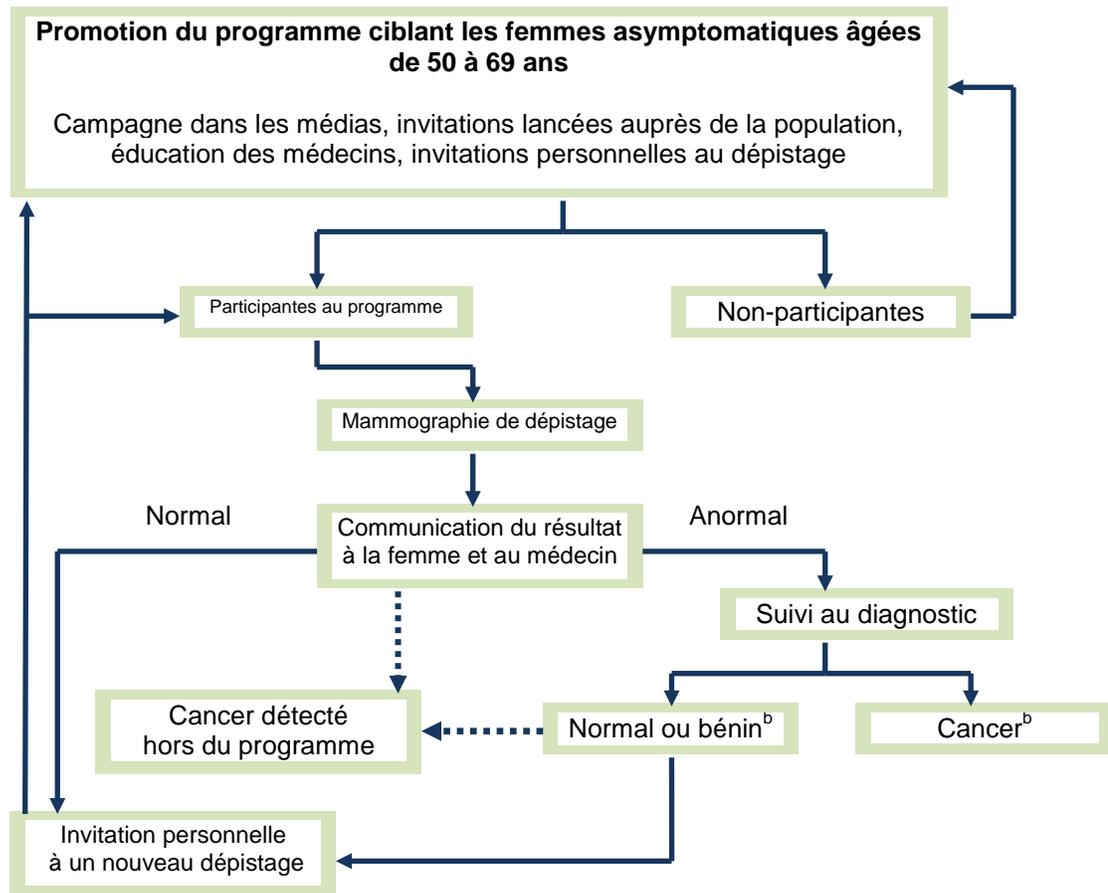
Au cours des 17 dernières années, les RRS ont mis énormément d'énergie à recruter des femmes pour le programme de dépistage. Or, avant l'introduction, en 2009, des appareils de mammographie numériques, certains centres de dépistage se montraient moins dynamiques à cet égard, en raison des capacités limitées de leurs appareils et des temps d'attente excessifs.⁷ Pour remédier à ce problème, plusieurs stratégies de recrutement ont été déployées par les RRS :

- lettres d'invitation à l'intention des femmes n'ayant encore jamais subi d'examen de dépistage et de rappel pour les dépistages subséquents, tous les deux ans;
- lettres de rappel à l'intention des femmes n'ayant pas répondu à la première lettre;
- rappel téléphonique une semaine avant la date du rendez-vous;
- éducation des médecins;
- promotion annuelle du dépistage (participation) par l'intermédiaire des programmes pour la santé des femmes et du Mois de la sensibilisation au cancer du sein;
- campagne dans les médias et promotion.

Les résultats d'une mammographie de dépistage sont envoyés à la participante ainsi qu'à son médecin ou infirmière praticienne. S'ils sont normaux, cette dernière recevra ultérieurement une lettre d'invitation pour un nouveau dépistage. En règle générale, l'intervalle entre les mammographies de dépistage pour les femmes ayant obtenu des résultats normaux est de 24 mois; si des symptômes venaient à se manifester entre-temps, ces femmes sont encouragées à entreprendre un suivi avec leur médecin de famille ou leur infirmière praticienne.

Si la mammographie de dépistage révèle des anomalies, la patiente et son médecin de famille en sont tous deux informés. La coordination du suivi est ensuite assurée par le médecin ou par le programme de dépistage. Le processus de dépistage dans son ensemble est illustré sous forme d'organigramme à la figure 3.

Figure 3 – Déroulement du programme de dépistage du cancer du sein du N.-B.^a



^aAdapté de *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada – Rapport sur la performance des programmes en 2005 et 2006*, Agence de la santé publique du Canada.

^bSignalé au Registre du cancer du Nouveau-Brunswick.

1.3 Base de données du Nouveau-Brunswick sur le dépistage du cancer du sein

La base de données du Nouveau-Brunswick sur le dépistage du cancer du sein est une base de données Oracle^{MD} où sont stockés des éléments de données relatifs aux activités de dépistage menées dans la province. Des données telles que les caractéristiques démographiques, les services et résultats de dépistage, les tests diagnostiques et des renseignements sur les cancers sont recueillis auprès de chaque centre de dépistage avant d'être transmises au ministère de la Santé tous les trimestres. Chaque année, ce dernier fournit à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) des extraits de données qui seront intégrés à la Base de données canadienne sur le

dépistage du cancer du sein (BDCDCS). Depuis 1995, l'Agence utilise les données provinciales pour produire son rapport annuel sur les indicateurs de rendement, aux fins d'évaluation et de comparaison dans le cadre de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS).

1.4 But du rapport

Le présent rapport fournit des renseignements sur le Programme de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick au public, aux professionnels des soins de santé, aux chercheurs, aux administrateurs et aux décideurs.

Ce rapport vise également à :

- faire le point sur les indicateurs de rendement à l'échelle de la province et des zones de santé, comme l'a recommandé le *Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation national*;
- étudier les tendances en ce qui concerne ces indicateurs;
- utiliser les systèmes d'information géographique pour faire ressortir et visualiser les variations dans les indicateurs de rendement au niveau des zones de santé;
- déterminer quels aspects du Programme de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick pourraient être améliorés, de concert avec les RRS;
- cerner les pratiques exemplaires pour le dépistage du cancer du sein et les occasions d'intégration éventuelle des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus et du côlon au Nouveau-Brunswick.

Chapitre 2 : Méthodes

Le *Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation*, un sous-comité de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein, recommande des indicateurs de rendement pour la surveillance et l'évaluation des programmes. Ces indicateurs ont été analysés à l'échelle provinciale et à celle des zones de santé et stratifiés selon quatre groupes d'âge distincts (de 50 à 54, de 55 à 59, de 60 à 64 et de 65 à 69 ans). En tant que principal outil de mesure, les *pourcentages* (p. 100) sont consignés pour chaque indicateur de rendement et les méthodes entrant dans le calcul sont présentés au tableau 1. Les résultats à l'échelle des zones pour certains indicateurs (le taux de détection de cancers infiltrants, par exemple) doivent toutefois être interprétés avec précaution en raison de la taille restreinte de l'échantillon. Les années civiles 1996 à 2009 sont divisées de manière égale en sept intervalles consécutifs de deux ans (1996-1997, etc.), par souci d'uniformité avec les estimations qui ont été prises du rapport de performance nationale des programmes 2005 et 2006,⁴ qui était le plus courant au moment de produire ce rapport provincial. On constatera aussi que les données relatives au dépistage pour l'année 1995 sont tronquées en raison de la mise en œuvre incomplète du programme de dépistage dans la province. Le présent rapport se fonde sur les données extraites par CGI en août 2011. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide de SAS, version 9.2.⁸

2.1 Définition des indicateurs de rendement en matière de dépistage du cancer du sein

Les indicateurs de rendement élaborés par le *Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation* ainsi que les objectifs pertinents sont définis au tableau 1.

Tableau 1 : Mesures du rendement du Programme de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick – femmes âgées de 50 à 69 ans

Indicateur	Définition	Objectif
1. Taux de participation	Pourcentage de femmes qui ont passé un examen de dépistage dans les 24 mois, en tant que proportion de la population admissible. ^a	≥ 70 p. 100 de la population admissible au cours des 24 mois.
2. Taux de fidélisation	Pourcentage de femmes ^b âgées de 50 à 67 ans passant un nouvel examen de dépistage dans les 30 mois suivant l'examen précédent.	≥ 75 p. 100 des femmes passent un dépistage à la suite d'une mammographie initiale dans un délai de 30 mois. ≥ 90 p. 100 des femmes passent un dépistage à la suite d'une mammographie subséquente dans un délai de 30 mois.
3. Taux de rappel à la suite de la détection d'une anomalie	Pourcentage de femmes ayant subi un examen de dépistage pour lesquelles d'autres examens sont recommandés à la suite de la détection d'anomalies dans le cadre du programme.	<10 p. 100 (dépistages initiaux); <5 p. 100 (dépistages subséquents).
4. Taux de détection de cancers infiltrants ^c	Nombre de cancers infiltrants détectés par 1 000 examens de dépistage.	>5 par 1 000 (dépistages initiaux); >3 par 1 000 (dépistages subséquents).
5. Taux de détection du carcinome <i>in situ</i> ^c	Nombre de carcinomes canaux <i>in situ</i> (par opposition au cancer infiltrant) détectés dans le cadre d'un dépistage régulier par 1 000 examens de dépistage.	Aux fins de surveillance et de suivi seulement.
6. Intervalle diagnostique	Durée totale à partir d'un résultat anormal jusqu'à l'établissement d'un diagnostic. ^c	≥ 90 p. 100 dans les 5 semaines, si aucune biopsie ^d de tissus n'est effectuée; ≥ 90 p. 100 dans les 7 semaines, si une biopsie ^d de tissus est effectuée.
7. Valeur prédictive positive	Proportion de cas anormaux ayant fait l'objet d'un suivi complet qui se sont révélés porteurs d'un cancer du sein (infiltrant ou <i>in situ</i>) après le bilan diagnostique. ^c	≥ 5 p. 100 (dépistages initiaux); ≥ 6 p. 100 (dépistages subséquents).
8. Taux de tumeurs bénignes détectées par une biopsie chirurgicale ouverte ^e	Nombre de tumeurs bénignes découvertes à la suite de biopsies chirurgicales ouvertes, par 1 000 examens de dépistage.	Aux fins de surveillance et de suivi seulement.
9. Taux de tumeurs bénignes détectées au moyen d'une biopsie par forage	Nombre de tumeurs bénignes découvertes à la suite de biopsies par forage, par 1 000 examens de dépistage.	Aux fins de surveillance et de suivi seulement.
10. Taille de la tumeur infiltrante	Pourcentage de cancers infiltrants dont la taille de la tumeur est ≤10 mm et ≤15 mm en son plus grand diamètre, selon les données probantes disponibles - 1) rapport pathologique, 2) données radiologiques et 3) données cliniques.	>25 p. 100 ≤ 10 mm; >50 p. 100 ≤ 15 mm.
11. Taux de cancers infiltrants détectés après le dépistage ^f	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 12 à 24 mois suivant la date du dépistage initial.	<6 pour 10 000 personnes-années (dans les 12 mois); <12 pour 10 000 personnes-années (dans les 24 mois).

^a Dans les cas de dépistages multiples, le dépistage initial des femmes dans la population cible est utilisé.

^b Les femmes admissibles âgées de 50 à 67 ans qui subissent des dépistages subséquents jusqu'à l'âge de 69 ans.

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

^d La biopsie n'inclut pas la ponction à l'aiguille fine (PAF).

^e 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 à la suite d'une biopsie par forage dont le résultat a été non-concluant ou inadéquat.

^f Calculé en fonction de toutes les femmes examinées à partir de leur année d'admissibilité initiale ayant développé un cancer plus de 12 ou de 24 mois après leur dépistage au cours de leurs années d'admissibilité. Les cancers de non-

observance n'ont pas été retenus dans ce calcul. Les cancers détectés après le dépistage comprennent tous les cancers infiltrants repérés après un examen de dépistage négatif, dans le cadre d'un programme (sans aiguillage) ou non (après aiguillage), dont le diagnostic a nécessité plus de 6 mois à la suite d'un « dépistage régulier ». Ils englobent également les cas aiguillés pour un suivi médical dont le résultat s'est avéré bénin (le calcul tient compte de ceux qui n'ont pas été détectés au dépistage et de ceux qui ont échappé au diagnostic).

Source : Adapté de l'Agence de la santé publique du Canada. Rapport du Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation : Lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein, deuxième édition. Ottawa : ministre de la Santé, 2007.

2.2 Sources et qualité des données

Les données sur le dépistage et les données démographiques utilisées dans le cadre du présent rapport proviennent des sources suivantes :

- base de données du Nouveau-Brunswick sur le dépistage du cancer du sein;
- banque de données du Registre du cancer du Nouveau-Brunswick;
- registre de l'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick;
- Statistique Canada.

La base de données du Nouveau-Brunswick sur le dépistage du cancer du sein est une base de données Oracle^{MD} créée en 1995. À chaque dépistage, on y consigne des données telles que les caractéristiques démographiques, les facteurs de risques, les services et résultats de dépistage, les tests diagnostiques et des renseignements sur le cancer. Le ministère de la Santé procède, tous les trimestres, à une validation de la qualité des données, et une contre validation additionnelle est menée à l'ASPC pour la Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein.

Les fichiers non hiérarchiques suivants sont extraits de la base de données du Nouveau-Brunswick sur le dépistage du cancer du sein : 1) Registre du client; 2) Journal d'enquête; 3) Dépistages effectués dans le cadre d'un programme; 4) Tests diagnostiques; 5) Cancers. Ces fichiers fournissent des renseignements sur les caractéristiques sociodémographiques et les dates du dépistage et du diagnostic.

La banque de données du Registre du cancer du Nouveau-Brunswick a été établie en 1952. Il s'agit d'une base de données Microsoft^{MD} SQL utilisée pour stocker des éléments de données sur des cancers à déclaration obligatoire, tels que les données démographiques sur le patient, la date du diagnostic, ainsi que les caractéristiques relatives à la tumeur et au stade. On effectue régulièrement un couplage

d'enregistrements auprès de la base de données du Nouveau-Brunswick sur le dépistage du cancer du sein, et on lance un programme d'extraction pour fournir à cette base de données des renseignements sur les tumeurs mammaires cancéreuses telles que la taille de la tumeur, l'histologie, le comportement, le degré et le stade. La qualité des données de la base de données du Nouveau-Brunswick sur le dépistage du cancer du sein est assurée par l'entremise du système de modification de base du Registre canadien du cancer (annexe C).

2.3 Cartographie par systèmes d'information géographique

Les systèmes d'information géographique (SIG)⁹ constituent un puissant outil analytique et visuel utilisé pour différencier les résultats à l'échelle des zones de santé. Cet outil cartographie la distribution des indicateurs de rendement au sein de différentes aires géographiques. Les légendes des différentes cartes contiennent des algorithmes permettant de sélectionner de multiples limites d'inclusion pour chaque indicateur de rendement.

Chapitre 3 : Résultats

Le Programme de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick a été évalué selon les onze indicateurs de rendement des programmes présentés au tableau 1, ce qui permet la comparaison des résultats avec les normes nationales. Il convient de souligner que les résultats reflètent le dépistage mené auprès de la population cible (c.-à-d. les femmes de 50 à 69 ans) dans le cadre du programme uniquement; les données sur le dépistage opportuniste du cancer du sein ne sont pas accessibles aux fins de production de rapports.

3.1 Nombre de dépistages, de dépistages initiaux et de cancers du sein détectés au dépistage

L'annexe D (D5 et D6) montre que le *nombre total de dépistages* réalisés dans le cadre du Programme de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, passé de 23 814 en 1996-1997 à 57 426 en 2008-2009, est en constante augmentation depuis 14 ans. Une tendance similaire a également été observée en ce qui concerne le nombre total de *cancers du sein détectés au dépistage* (D5 et D7) qui, de 73 cas en 1996-1997, en a atteint 229 en 2008-2009. Par ailleurs, lorsque le *nombre de dépistages* et de *cancers du sein détectés au dépistage* a été analysé à l'échelle des ZS, il est apparu que les zones les plus étendues examinaient généralement un plus grand nombre de personnes et détectaient, par conséquent, davantage de cancers. En 2008-2009, par exemple, la ZS 2 a effectué 12 336 dépistages, ce qui correspond à 21,5 p. 100 (12 336/57 426) du nombre total de dépistages réalisés au Nouveau-Brunswick, comparativement à 4,0 p. 100 (2 299/57 426) dans le cas de la ZS 5. Dans le même ordre d'idées, 22,7 p. 100 de tous les *cancers détectés* dans la province *au dépistage*, soit 52 sur 229, l'ont été dans la ZS 2, par rapport à 7,4 p. 100 (17/229) dans la ZS 7.

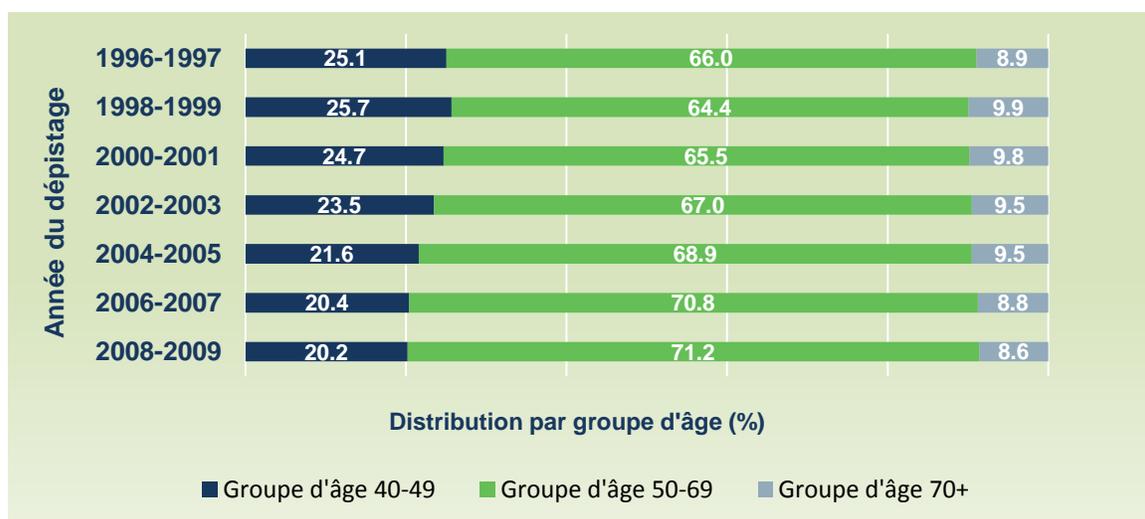
Comme on s'y attendait, un volume supérieur de *premiers* dépistages a été observé peu après la création du programme de dépistage du cancer du sein. Ce volume a diminué graduellement – de 19 301 examens en 1996-1997 à 4 787 en 2006-2007 – avant de remonter, en 2008-2009, à 5 160 (voir D5 et D8), une augmentation qui découlait probablement du déploiement de stratégies de recrutement plus dynamiques auprès des

femmes de 50 à 69 ans et de l'introduction de la mammographie numérique au Nouveau-Brunswick. Les résultats de l'analyse du *nombre de dépistages* et de *premiers dépistages* pour l'année 2008-2009 selon les quatre groupes d'âge (de 50 à 54, de 55 à 59, de 60 à 64 et de 65 à 69 ans) sont aussi présentés à l'annexe D9.

Afin d'offrir un aperçu complet des volumes de dépistages réalisés dans le cadre du programme, le *nombre de dépistages*, de *dépistages initiaux* et de *cancers du sein détectés au dépistage* pour les femmes ne faisant pas partie du groupe d'âge ciblé (femmes de 40 à 49 ans ou de 70 ans et plus) sont également rapportés en D10 et D11. Comme il a été mentionné précédemment, le programme organisé de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick accepte ces femmes à la condition qu'elles soient aiguillées par un médecin ou une infirmière praticienne.

Lorsque les volumes de dépistages pour les sept derniers intervalles sont analysés par groupe d'âge, on constate que la proportion de femmes examinées dans le groupe d'âge ciblé est passée de 64,4 p. 100 en 1998-1999 à 71,2 p. 100 en 2008-2009 (figure 4). En revanche, le pourcentage de dépistages réalisés chez des femmes ne faisant pas partie du groupe d'âge ciblé a diminué, passant de 25,7 p. 100 en 1998-1999 à 20,2 p. 100 en 2008-2009 dans le cas des femmes de 40 à 49 ans et de 9,9 p. 100 en 1998-1999 à 8,6 p. 100 en 2008-2009 pour celles de 70 ans et plus.

Figure 4 : Répartition selon l'âge des dépistages effectués dans le cadre du programme, par année du dépistage, N.-B.



3.2 Participation et fidélisation par zone de santé

3.2.1 Taux de participation

La participation régulière au dépistage du cancer du sein est essentielle à la réduction de la mortalité dans la population cible des femmes âgées de 50 à 69 ans. Afin de faciliter la comparaison avec les rapports antérieurs de l'ASPC, le taux de participation est calculé sur une période de 24 mois. Le taux de participation cible fixé par l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein à l'intention des programmes organisés de dépistage de ce type de cancer est de 70 p. 100. Dans le présent rapport, ce taux est calculé selon la définition suivante :

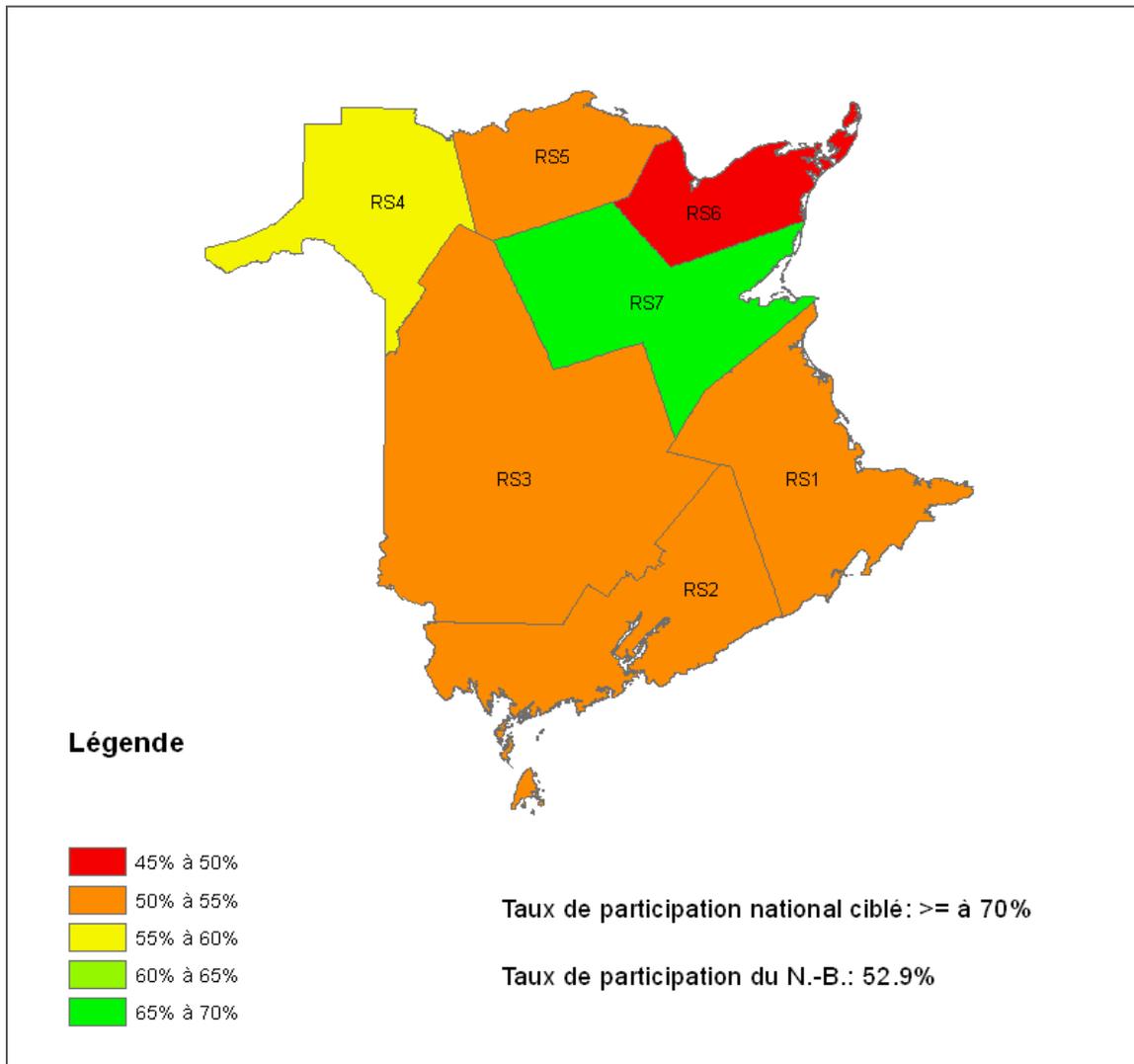
Pourcentage de Néo-Brunswickoises admissibles (âgées de 50 à 69 ans) ayant subi au moins un dépistage dans le cadre du Programme de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick au cours d'une période de deux ans.

Le nombre total de Néo-Brunswickoises admissibles au dépistage âgées de 50 à 69 ans est obtenu auprès du registre de l'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick. Cette information est stratifiée par région de santé. L'annexe D12 (D13) montre le taux de participation bisannuel pour le Nouveau-Brunswick dans son ensemble et celui des différentes régions de santés, sur sept intervalles de dépistage. Globalement, le taux de participation des Néo-Brunswickoises de 50 à 69 ans a connu une augmentation, passant de 32,6 p. 100 en 1996-1997 à 52,9 p. 100 en 2008-2009, et a atteint son niveau le plus élevé, soit 55,5 p. 100, au cours des années civiles 2002-2003 et 2004-2005. La ZS 7 présente, pour les trois derniers intervalles de dépistage, le taux de participation le plus élevé (68,4 p. 100 en 2004-2005, 67,6 p. 100 en 2006-2007 et 68,4 p. 100 en 2008-2009) et la ZS 6, le taux le plus faible (39,7 p. 100 en 2004-2005, 42,7 p. 100 en 2006-2007 et 45,7 p. 100 en 2008-2009).

Comme en fait état l'ASPC, le taux de participation pour le Nouveau-Brunswick (55,5 p. 100 en 2004-2005 et 53,8 p. 100 en 2006-2007) est largement supérieur à la moyenne nationale (40,0 p. 100).⁴ Bien que les taux de participation bisannuels enregistrés dans la province soient plus élevés que ceux des autres provinces ou territoires canadiens, on aspire toujours à atteindre le taux de participation ciblé de 70 p. 100 pour les femmes de 50 à 69 ans. L'annexe D14 illustre le taux de participation

bisannuel selon le groupe d'âge (de 50 à 54, de 55 à 59, de 60 à 64 et de 65 à 69 ans) pour l'année de dépistage 2008-2009, et la carte 2, selon la région de santé, au moyen d'une carte SIG.

Carte 2 : Taux de participation bisannuel enregistré par les Services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick par RS, 2008-2009



3.2.2 Taux de fidélisation

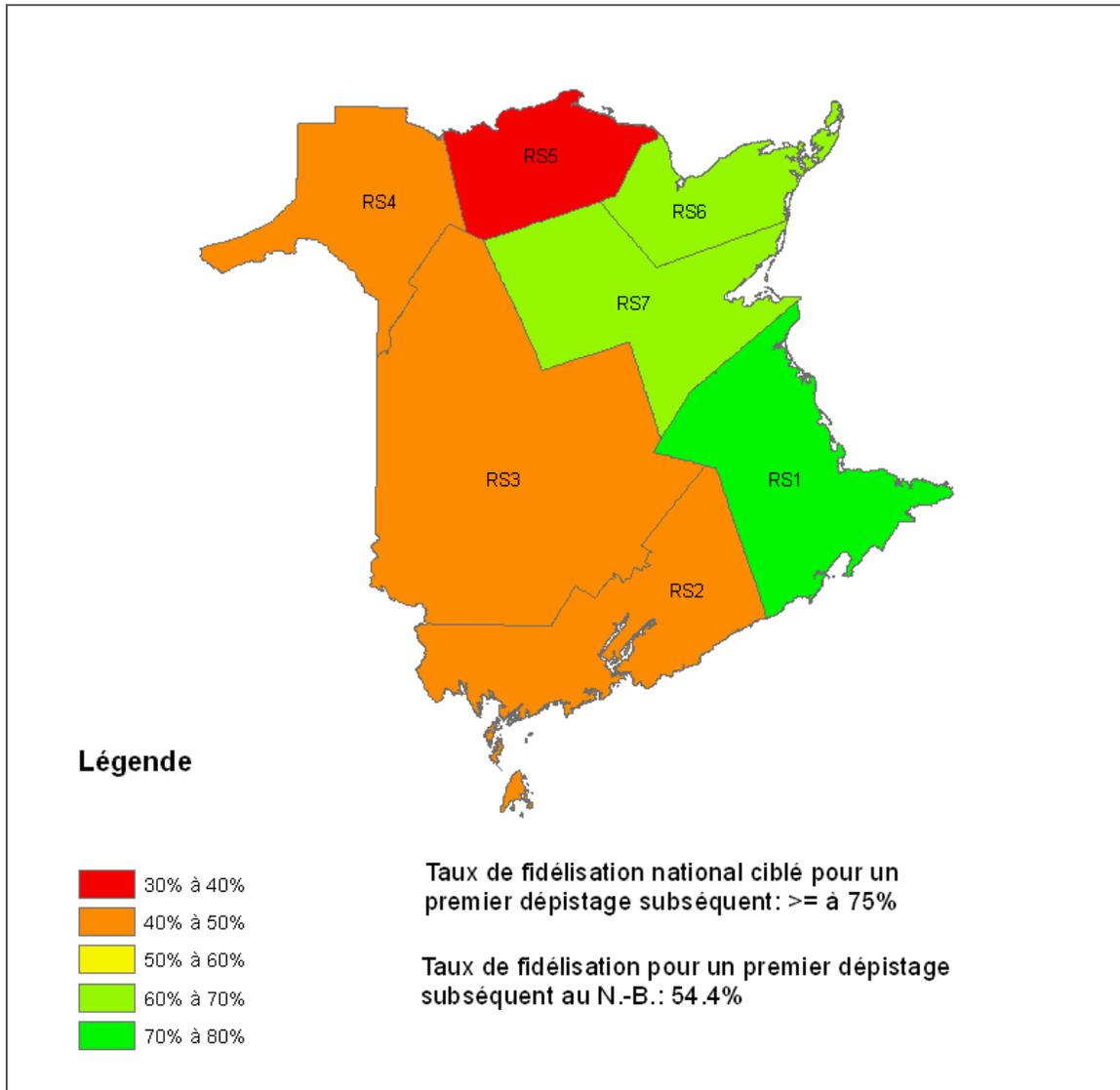
Le taux de fidélisation est présenté selon deux scénarios : 1) pour les femmes subissant leur *première* mammographie de dépistage, l'objectif du programme est que 75 p. 100 d'entre elles reviennent dans les 30 mois; 2) pour celles qui subissent une mammographie de dépistage *subséquente*, on aspire à ce que plus de 90 p. 100 d'entre elles soient revues dans les 30 mois. Le taux de fidélisation chez les femmes âgées de 50 à 67 ans exclut les participantes n'ayant pas fait l'objet d'un dépistage subséquent en raison de leur décès, d'un cancer du sein ou du dépassement de la limite d'âge (fixée à 67 ans). Il est calculé selon la définition suivante :

Pourcentage de femmes admissibles ayant subi, dans le cadre du programme, un nouveau dépistage dans les 30 mois suivant le précédent, qu'il fût question d'un dépistage initial ou subséquent.

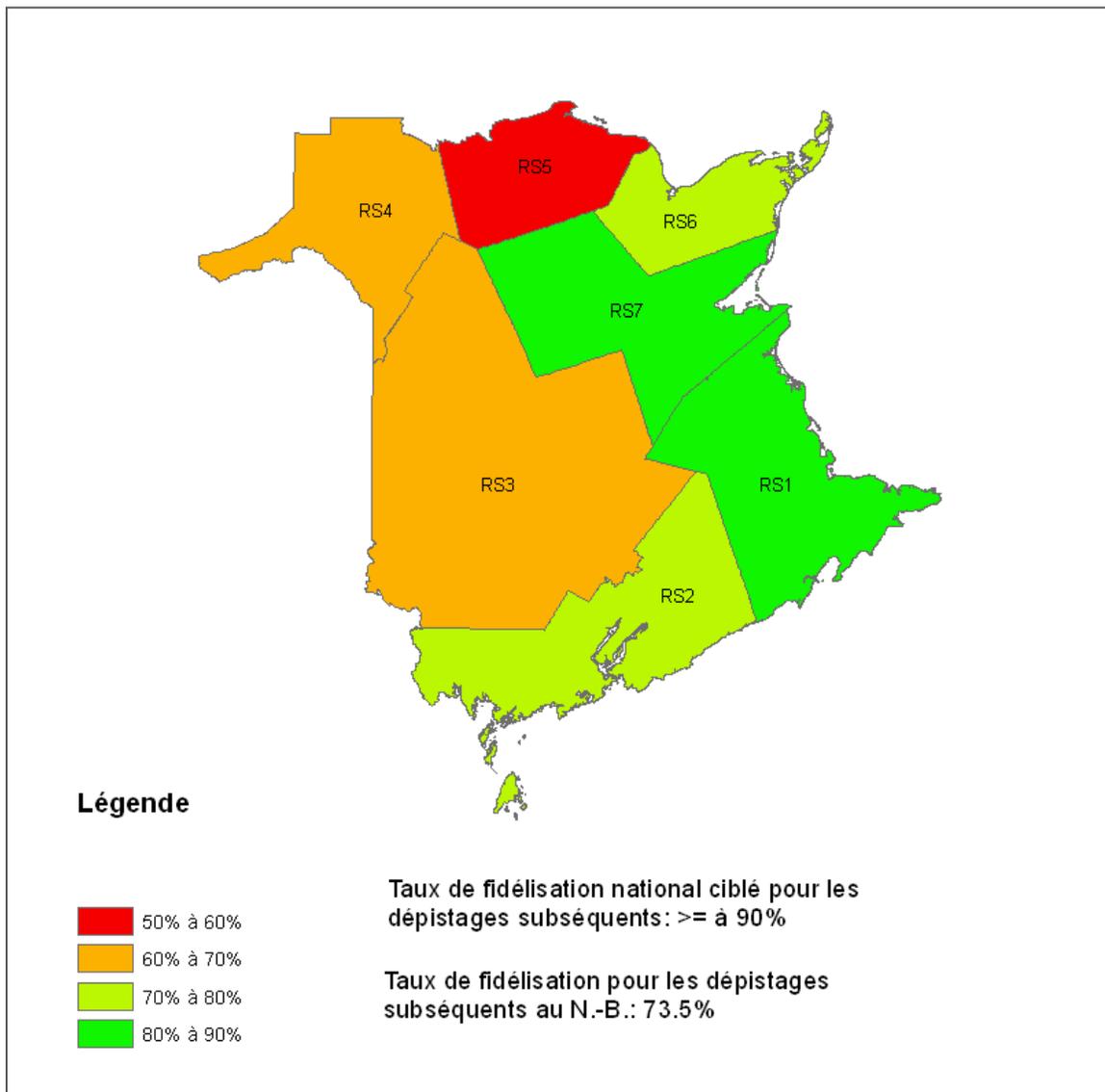
Entre 1996 et 2007, les taux de fidélisation des Néo-Brunswickoises de 50 à 67 ans après un dépistage *initial* ou *subséquent* étaient inférieurs aux objectifs nationaux (D15-D17). En 2004-2005, cependant, le nombre de femmes s'étant présentées pour un *premier* dépistage subséquent dans la ZS 1SE (76,2 p. 100) et la ZS 7 (72,3 p. 100) était non seulement proche de l'objectif recommandé nationalement (75 p. 100), mais aussi supérieur à la moyenne nationale (68,9 p. 100 en 2005-2006).⁴ Fait intéressant : les taux de fidélisation après un dépistage *subséquent* pour ces deux zones de santé (84,7 p. 100 dans le cas de la ZS 1SE et 87,5 p. 100 dans celui de la ZS 7 en 2004-2005) dépassent également la moyenne nationale qui s'élève à 81,3 p. 100 pour 2005-2006.⁴ Les écarts entre les quatre groupes d'âge (de 50 à 54, de 55 à 59, de 60 à 64 et de 65 à 69 ans) et les différentes régions de santés pour les dépistages subséquents *initiaux et suivants* sont aussi présentés à l'annexe D18 et sur les cartes 3 et 4.

Un taux de fidélisation plus élevé indique que les femmes ayant pris part au programme de dépistage du cancer du sein sont plus susceptibles d'y revenir pour un dépistage subséquent. L'obtention de taux de fidélisation conformes aux objectifs nationaux améliore, au bout du compte, le rendement du programme, permettant la détection plus précoce des cancers du sein.

Carte 3 : Taux de fidélisation enregistré par les Services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick pour un premier dépistage subséquent, par RS, 2006-2007



Carte 4 : Taux de fidélisation enregistré par les Services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick pour les autres dépistages subséquents, par RS, 2006-2007



3.3 Résultats du dépistage par zone de santé

3.3.1 Taux de rappel pour anomalie

Le taux de rappel pour anomalie se définit comme le pourcentage des dépistages pour lesquels d'autres examens sont recommandés après un résultat anormal lors d'un dépistage initial ou subséquent.

L'objectif national à ce chapitre est l'obtention d'un taux <10 p. 100 pour les femmes subissant un dépistage *initial* et <5 p. 100 pour les dépistages *subséquents*. Le taux de rappel pour anomalie évalue la mesure dans laquelle le programme permet de cerner le risque de cancer du sein chez des femmes asymptomatiques.

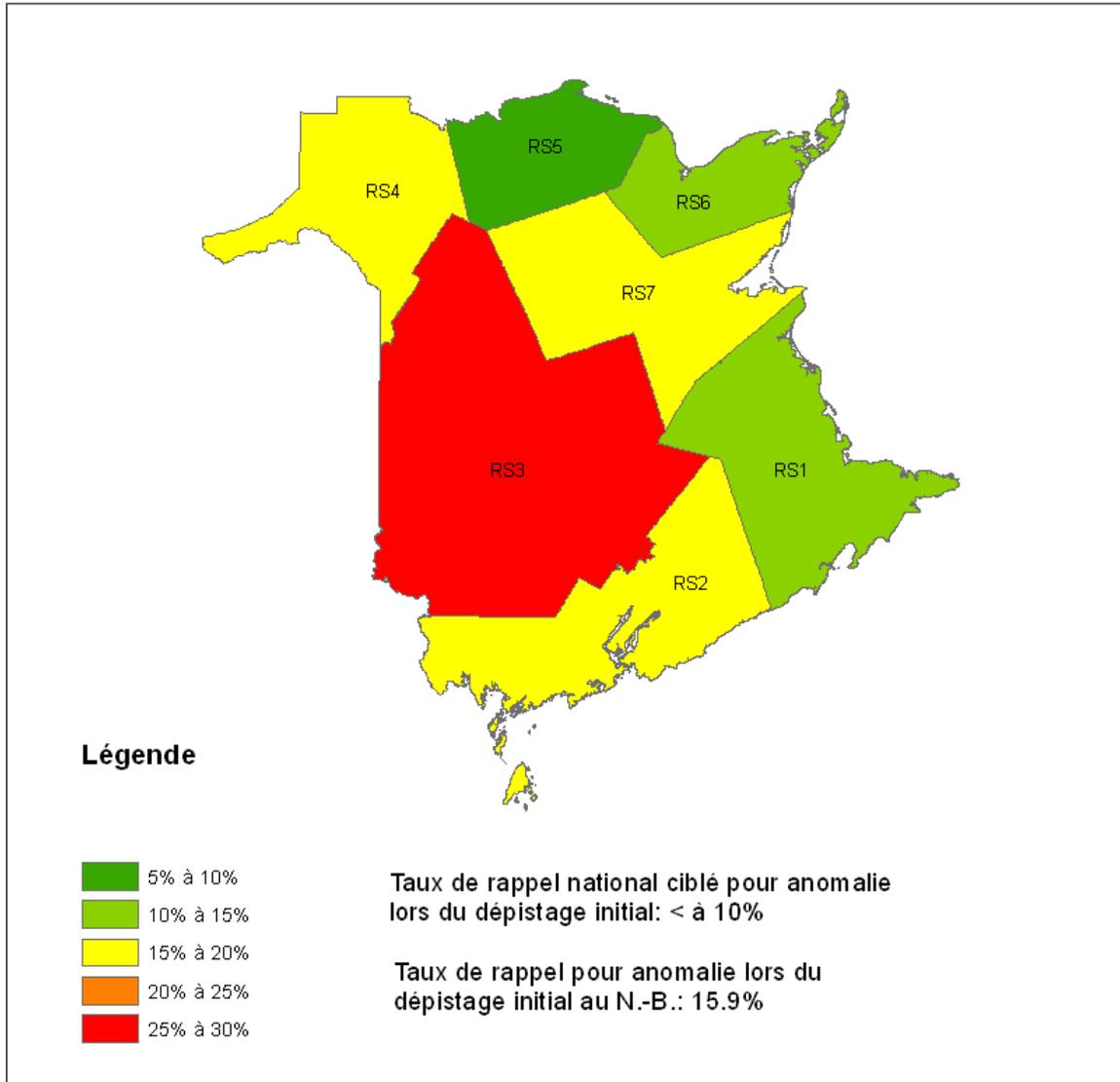
L'annexe D19 (D20-D21) indique que le taux de rappel pour anomalie de la province dans son ensemble est supérieur aux objectifs nationaux, et ce, pour de multiples intervalles de dépistage, qu'il soit question du dépistage *initial* ou des dépistages *subséquents*, à l'exception des dépistages initiaux réalisés en 1996-1997 (8,9 p. 100).

Au Nouveau-Brunswick, le taux de rappel pour anomalie à la suite de dépistages *initiaux* et *subséquents* avoisine les moyennes nationales (12,2 p. 100 pour le dépistage *initial* et 6,0 p. 100 pour les dépistages *subséquents* en 2005-2006).⁴

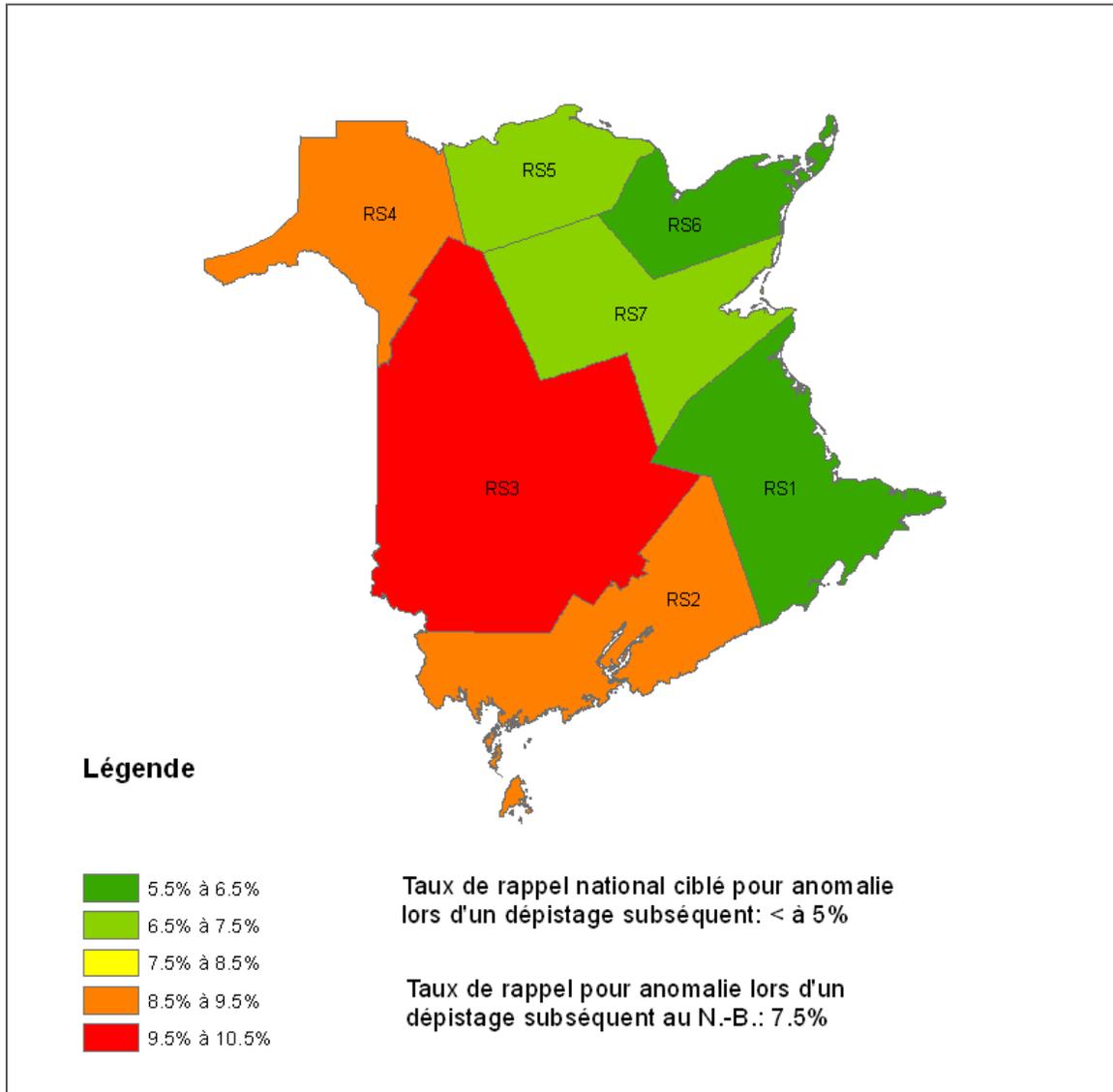
Dans la ZS 1SE, le taux de rappel pour anomalie à la suite de dépistages *initiaux* et *subséquents* sont assez proches des objectifs nationaux, sauf pour l'intervalle de dépistage 2008-2009 (12,7 p. 100 dans le cas du dépistage *initial* et 6,3 p. 100 pour les dépistages *subséquents*). Les taux le plus élevés, pour le dépistage *initial* comme pour les dépistages *subséquents*, ont été enregistrés dans la ZS 3 (29,1 p. 100 pour le premier et 10,5 p. 100 pour les seconds en 2008-2009). Ces taux sont, dans les deux cas, largement supérieurs aux objectifs nationaux et à ceux des autres zones de santé. Les différences entre les régions de santé en ce qui concerne le taux de rappel à la suite de la détection d'une anomalie (pour le dépistage *initial* et les dépistages *subséquents*) sont présentées aux cartes 5 et 6.

Le taux de rappel pour anomalie chez les femmes de 50 à 69 ans diminue avec l'âge, passant de 17,2 p. 100 à 13,4 p. 100 pour le dépistage *initial* et de 8,1 p. 100 à 7,5 p. 100 pour les dépistages *subséquents* (D22). Il est considérablement plus faible pour les femmes âgées ayant subi de multiples mammographies, ce qui s'explique probablement du fait que ces femmes participent au programme de dépistage depuis un grand nombre d'années déjà; elles ont donc beaucoup moins de risque d'être rappelées en raison de résultats anormaux.

Carte 5 : Taux de rappel pour anomalie lors du dépistage initial dans le cadre des services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, par RS, 2008-2009



Carte 6 : Taux de rappel pour anomalie lors d'un dépistage subséquent dans le cadre des services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, par RS, 2008-2009



3.3.2 Valeur prédictive positive

La valeur prédictive positive est un autre indicateur de rendement offrant un aperçu de l'exactitude avec laquelle le cancer du sein est diagnostiqué chez des femmes asymptomatiques.⁴ Elle se définit comme suit :

*Proportion de cas anormaux ayant fait l'objet d'un suivi complet, qui se sont révélés être un cancer du sein (infiltrant ou in situ) après le bilan diagnostique.*⁴

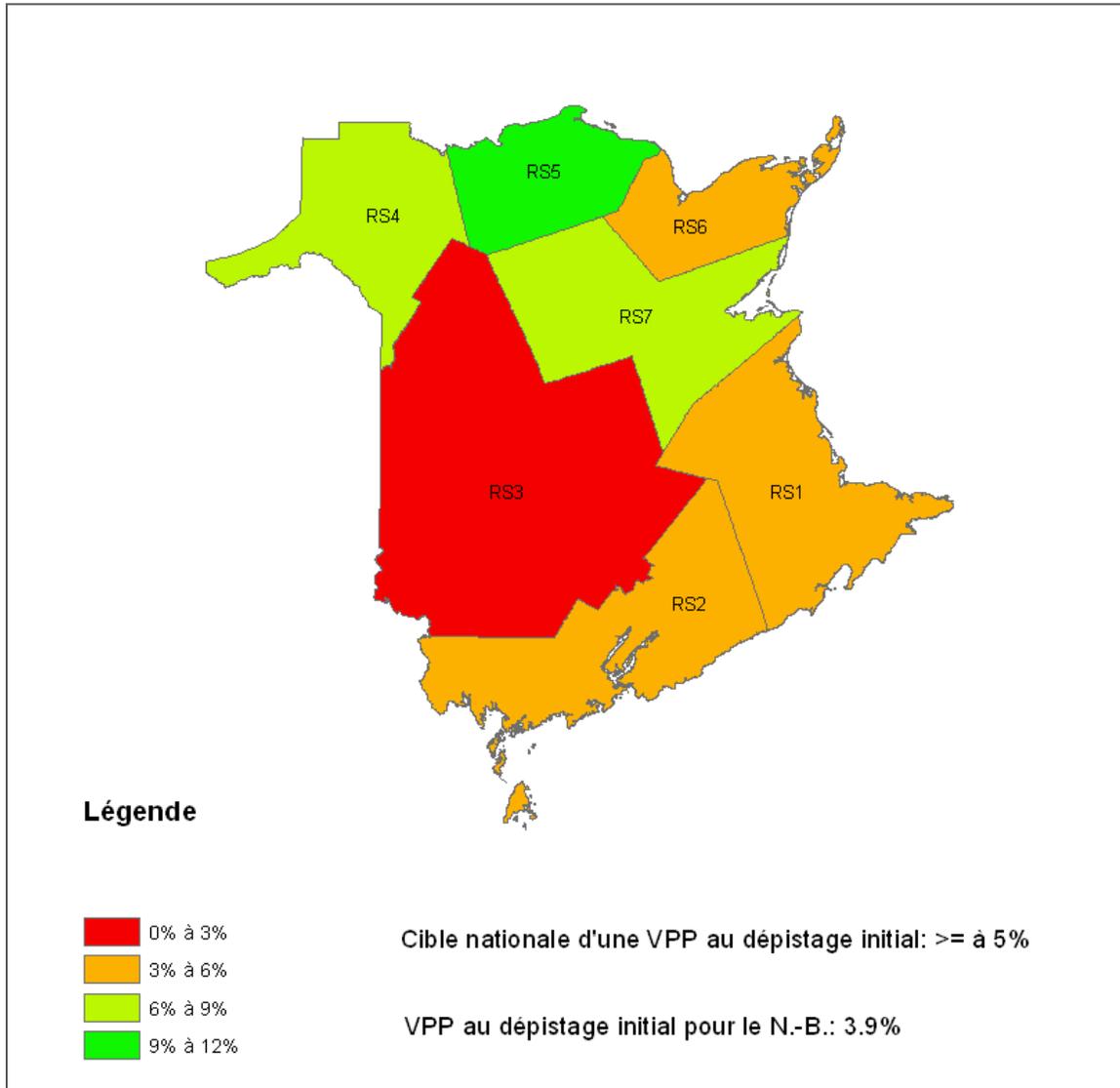
L'objectif national est ≥ 5 p. 100 dans le cas du dépistage *initial* et ≥ 6 p. 100 pour les dépistages *subséquents*. Une valeur prédictive positive élevée indique que les procédures de suivi inutiles ont été réduites au minimum.⁴

Depuis 1996, les valeurs prédictives positives au Nouveau-Brunswick pour les dépistages *initiaux* et *subséquents* sont inférieures aux objectifs nationaux (D23-D25), sauf dans le cas du dépistage *initial* en 1996-1997 (5,2 p. 100). En raison du faible nombre de cas de cancer du sein (carcinomes canauxaires *in situ* ou infiltrants), la valeur prédictive positive des dépistages *initiaux* et *subséquents* varie de façon irrégulière lorsqu'on l'analyse à l'échelle des zones de santé (D23). Pour les dépistages *initiaux* dans les zones de santé 4 et 7, les valeurs prédictives positives semblent augmenter au fil des intervalles de dépistage. Celle de la ZS 7, par exemple, est passée de 6,0 p. 100 en 2002-2003 à 7,5 p. 100 en 2008-2009, demeurant au-dessus de la valeur cible nationale de 5 p. 100. En ce qui concerne les femmes s'étant présentées pour un dépistage *subséquent*, les valeurs prédictives positives des zones de santé 1B et 1SE demeurent constamment supérieures à l'objectif national (6 p. 100) pour les intervalles de dépistages rapportés; la valeur prédictive positive des dépistages *subséquents* pour la ZS 1SE, par exemple, qui ne s'élevait qu'à 6,7 p. 100 en 1996-1997, a fluctué pour atteindre en 2008-2009 un sommet de 8,3 p. 100. Les cartes 7 et 8 illustrent les différences entre les régions de santés en matière de valeurs prédictives positives, pour le dépistage *initial* et pour les dépistages *subséquents*.

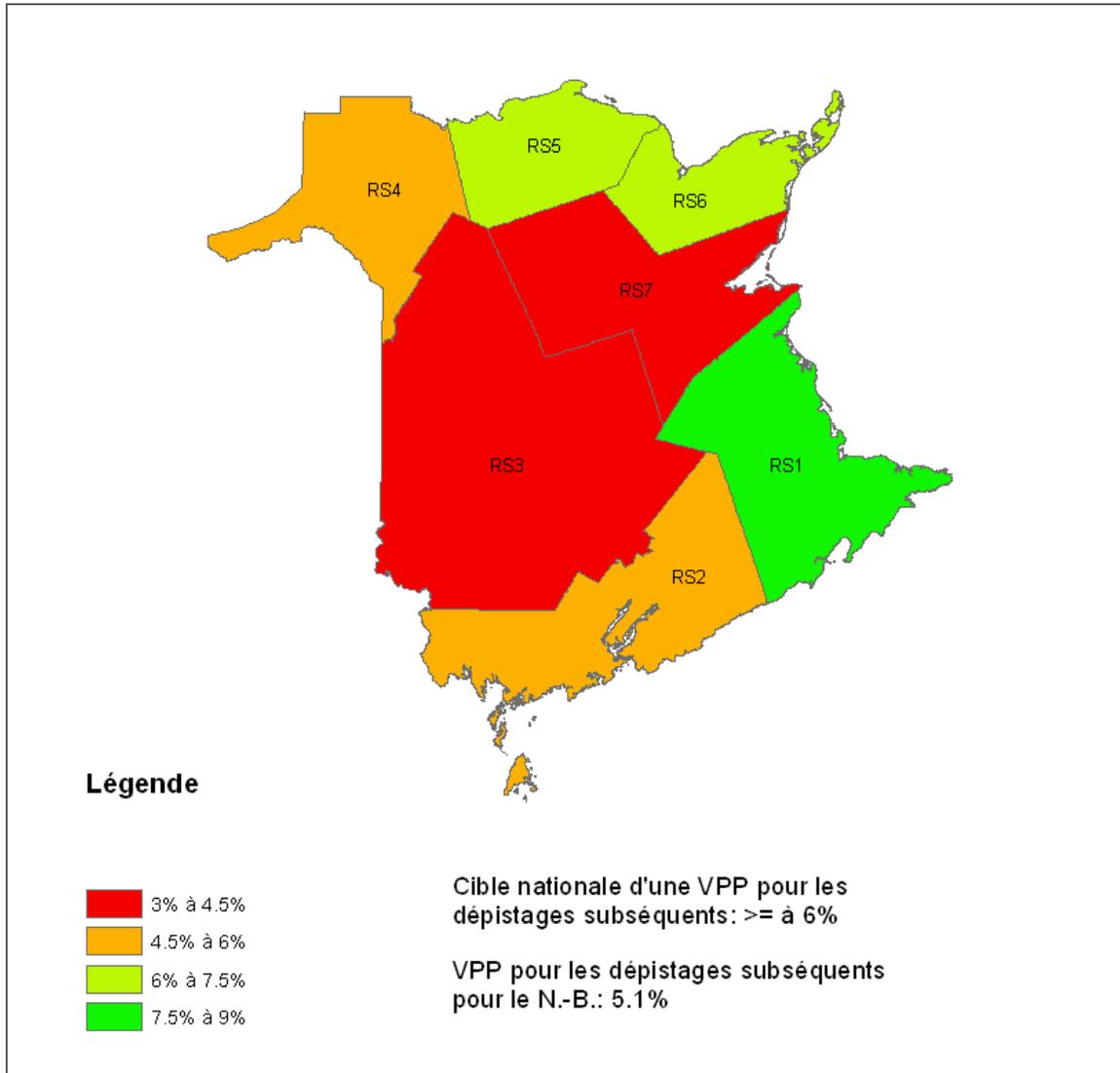
L'annexe D26 montre que la valeur prédictive positive est supérieure chez les femmes de plus de 65 ans, pour le dépistage *initial* comme pour les dépistages *subséquents*. Cette observation pourrait s'expliquer du fait que l'incidence du cancer du sein

augmente généralement avec l'âge et que les femmes âgées ont tendance à avoir les seins moins denses que les jeunes femmes, ce qui facilite la détection.¹⁰

Carte 7 : Valeur prédictive positive (VPP) pour le dépistage initial dans le cadre des Services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, par RS, 2008-2009



Carte 8 : Valeur prédictive positive (VPP) pour les dépistages subséquents dans le cadre des Services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, par RS, 2008-2009



3.4 Processus diagnostique utilisé dans les services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, par zone de santé

3.4.1 Intervalle diagnostique

On qualifie d'*intervalle diagnostique* le temps écoulé (en semaines) entre l'obtention d'un résultat de dépistage anormal et sa résolution. L'objectif national est qu'au moins 90 p. 100 des cas anormaux soient résolus dans les cinq semaines suivant le dépistage si aucune biopsie n'est requise et dans les sept semaines si une biopsie s'avère nécessaire dans le cadre du suivi diagnostique.

La plupart des femmes obtenant des résultats anormaux au dépistage ne sont pas présentement atteintes d'un cancer du sein, comme en témoigne la valeur prédictive positive; des examens supplémentaires doivent cependant être réalisés en vue d'obtenir un diagnostic définitif. L'évaluation diagnostique comprend d'autres évaluations radiologiques ou chirurgicales telles que la mammographie diagnostique, l'échographie, la ponction à l'aiguille fine et la biopsie par forage ou la biopsie chirurgicale ouverte.

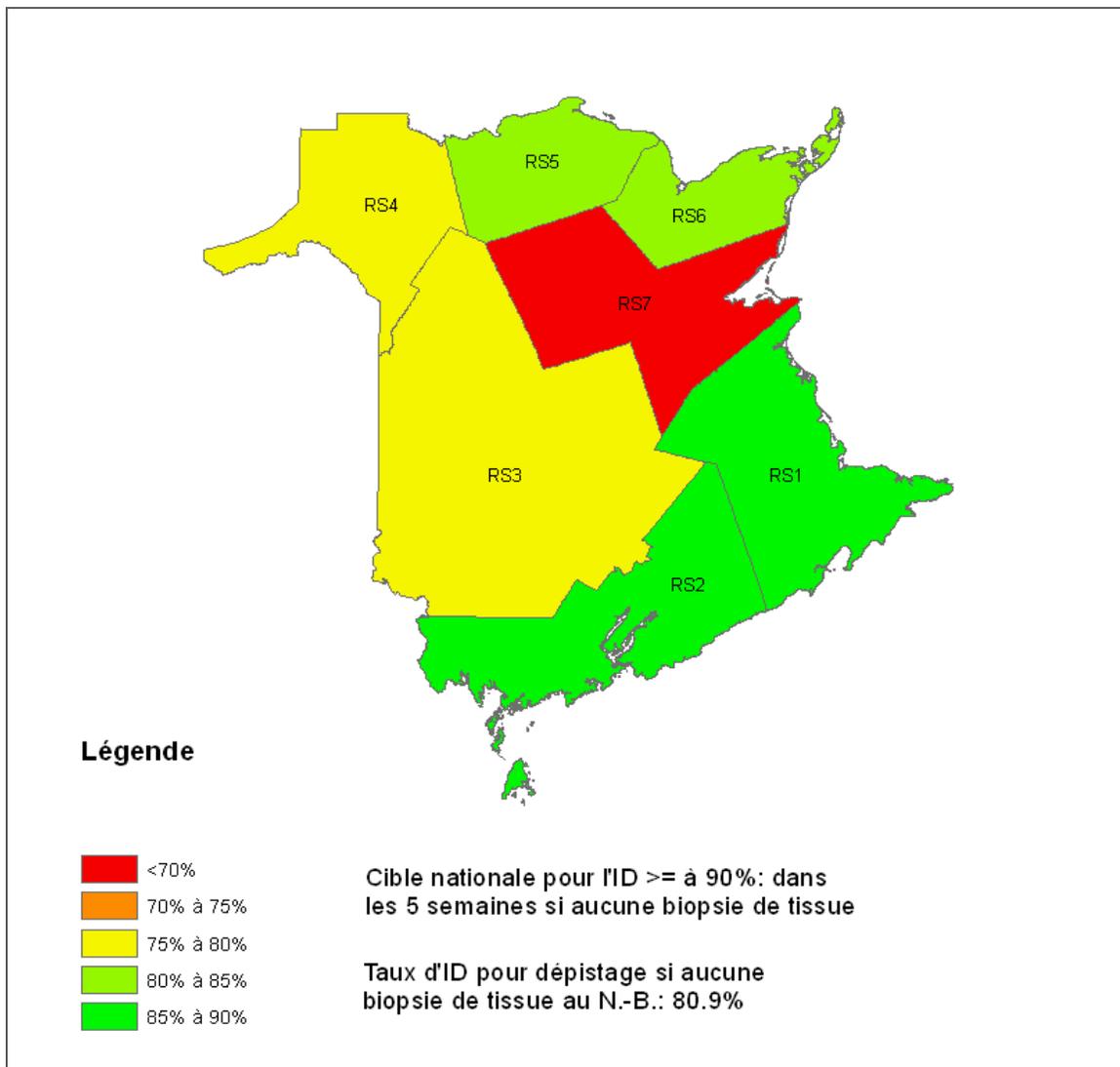
Depuis 1996-1997, le pourcentage de Néo-Brunswickoises ayant reçu un diagnostic dans les cinq semaines sans qu'il soit nécessaire de procéder à une biopsie est généralement demeuré supérieur à 80 p. 100, sauf pour l'intervalle de dépistage 2000-2001 (D27-D28). La plus haute valeur observée a été de 89,5 p. 100 en 2004-2005, ce qui est assez proche de l'objectif national (90 p. 100). Le pourcentage de femmes ayant reçu un diagnostic dans les sept semaines après avoir dû subir une biopsie a quant à lui augmenté, en 2008-2009, à 50,4 p. 100 (D27 et D29), dépassant ainsi la moyenne nationale qui était de 46,7 p. 100 pour 2005-2006.⁴

L'annexe D27 montre aussi que les femmes ayant reçu un diagnostic dans les cinq semaines sans qu'il s'avère nécessaire de procéder à une biopsie ont été plus nombreuses, en termes de pourcentage, dans les zones de santé 1B, 1SE et 2. En 2004-2005, par exemple, ce pourcentage a été de 90,7 p. 100 pour la ZS 1B, de 91,8 p. 100 pour la ZS 1SE et de 91,6 p. 100 pour la ZS 2. En ce qui concerne les femmes ayant reçu un diagnostic dans les sept semaines après biopsie, les valeurs les plus élevées, soit 75,7 p. 100 en 2002-2003 et 80,5 p. 100 en 2004-2005, ont été

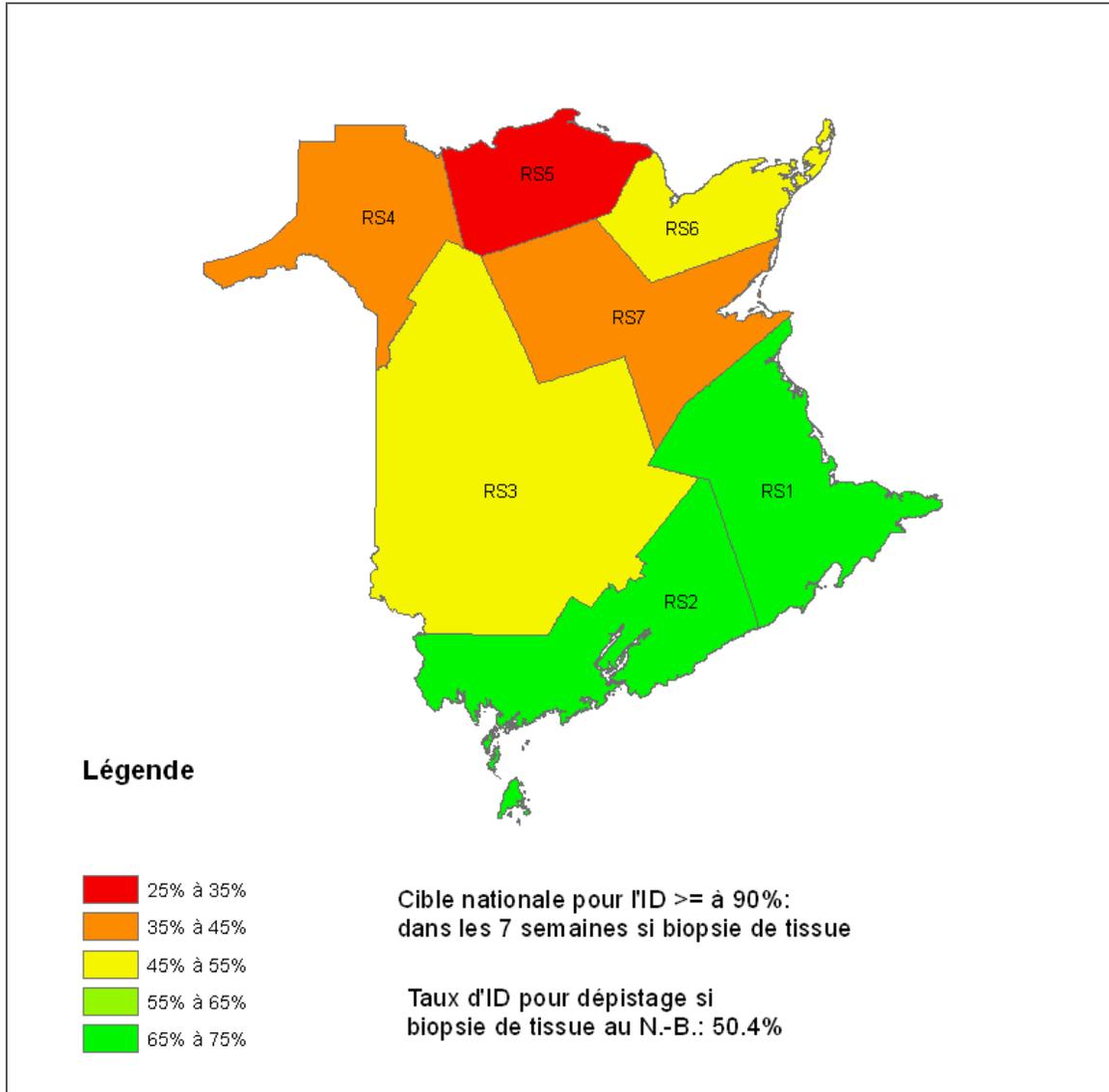
enregistrées dans la ZS 2. Les intervalles diagnostiques des différentes régions de santé sont présentés aux cartes 9 et 10.

Les femmes de 60 à 69 ans ont été plus nombreuses (plus de 81 p. 100), en 2008-2009, à obtenir un diagnostic définitif dans les cinq semaines quand aucune biopsie n'était requise, et une proportion plus élevée des femmes de 55 à 59 ans (56 p. 100) ont su à quoi s'en tenir dans les sept semaines lorsqu'une biopsie devait être pratiquée (D30).

Carte 9 : Intervalle diagnostique (ID) des Services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick pour les femmes n'ayant pas à subir de biopsie (< 5 semaines), par RS, 2008-2009



Carte 10 : Intervalle diagnostique des Services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick pour les femmes devant subir une biopsie (< 7 semaines), par RS, 2008-2009



3.4.2 Taux de tumeurs bénignes à la biopsie chirurgicale ouverte

Cet indicateur, pour lequel aucun objectif n'a été fixé, comprend les cas ayant subi une biopsie chirurgicale ouverte à titre de première évaluation diagnostique, ainsi que ceux ayant d'abord subi une biopsie par forage avant l'obtention d'un diagnostic définitif par biopsie chirurgicale ouverte.

Depuis 1996-1997, le taux de tumeurs bénignes à la biopsie chirurgicale ouverte pour le dépistage initial a fluctué, au Nouveau-Brunswick, entre 4,6 et 9,4 par 1 000 examens de dépistage, tandis que la moyenne nationale se chiffrait, en 2005-2006, à 3,4 par 1 000 examens (D31-D32). Entre 1996-1997 et 2008-2009, le taux provincial pour les dépistages *subséquents* est quant à lui passé de 6,0 à 1,5 par 1 000 examens (D31 et D33), avoisinant, en 2006-2007 (2,5 par 1 000 examens), la moyenne nationale de 2005-2006 (2,1 par 1 000 examens).⁴

Les zones de santé 1B, 3 et 7 ont enregistré, pour le dépistage *initial*, des taux de tumeurs bénignes à la biopsie chirurgicale ouverte supérieurs à ceux des autres zones de santé au cours de la même période, en l'occurrence 17,4 par 1 000 examens en 2008-2009 pour la zone 1B, 22,9 en 2004-2005 pour la zone 3 et 21,6 en 1996-1997 pour la zone 7 (D32). En ce qui concerne les taux aux dépistages *subséquents*, la majorité des zones de santé (à l'exception des zones 1B et 4) connaissent la même tendance descendante que le Nouveau-Brunswick dans son ensemble. L'annexe D34 illustre les différences entre les quatre groupes d'âge (de 50 à 54, de 55 à 59, de 60 à 64 et de 65 à 69 ans) en ce qui concerne le taux de tumeurs bénignes à la biopsie chirurgicale ouverte.

Depuis 2004, le taux provincial de tumeurs bénignes à la biopsie chirurgicale ouverte a affiché une tendance à la baisse – au dépistage *initial* comme lors des dépistages *subséquents* (D31) – indiquant que ce type d'intervention pourrait être en déclin au Nouveau-Brunswick.

3.4.3 Taux de tumeurs bénignes à la biopsie par forage

« Le taux de biopsies par forage ayant permis de détecter une tumeur bénigne mesure aussi la qualité de l'évaluation pré chirurgicale. Toutefois, aucun objectif n'a encore été fixé en ce qui concerne cet indicateur ». ⁴

Globalement, le taux de tumeurs bénignes à la biopsie par forage pour le dépistage *initial* au Nouveau-Brunswick, qui était de 2,7 par 1 000 examens de dépistage en 1996-1997, a grimpé à 10,9 en 2008-2009, le taux le plus élevé (12,5 par 1 000 examens, D35-D36) étant observé pour l'intervalle de dépistage 2006-2007. À l'échelle des zones de santé, il a également progressé sur plusieurs intervalles dans la ZS 1B (passant de 3,1 à 12,5 par 1 000 examens), la ZS 2 (de 6,4 à 14,6), la ZS 3 (de 0,0 à 20,3) et la ZS 7 (de 2,2 à 12,0). Ces taux sont comparables au taux national moyen (13,0 par 1 000 examens en 2005-2006). ⁴

Au Nouveau-Brunswick, le taux de tumeurs bénignes à la biopsie par forage pour les dépistages *subséquents* est demeuré stable, à l'exception d'une légère augmentation à partir de l'intervalle de dépistage 2002-2003 (D35 et D37). Les taux enregistrés à ce chapitre se rapprochent du taux national moyen de 4,8 par 1 000 dépistages en 2005-2006; ⁴ entre 1996 et 2009, ils ont par ailleurs connu une augmentation dans la majorité des zones de santé. Le taux de tumeurs bénignes à la biopsie par forage lors de dépistages *subséquents* dans la ZS 3, par exemple, est passé de 0,0 en 1996-1997 à 4,9 par 1 000 dépistages en 2008-2009, tandis que les taux de la ZS 2, passaient, pour la même période, de 6,1 à 6,5 (D35 et D37). Les variations du taux selon l'âge sont rapportées en D38.

Comme on peut le voir, les taux de tumeurs bénignes à la biopsie par forage pour le dépistage *initial* et les dépistages *subséquents* ont augmenté depuis 2002 au Nouveau-Brunswick, ce qui laisse présumer un recours croissant à ce type de biopsie dans la province (D35).

3.5 Détection du cancer par zone de santé

3.5.1 Taux de détection de cancers *in situ*

Le taux de détection de cancers *in situ* se définit comme le nombre de carcinomes canaux *in situ* (CCIS) – par opposition aux cancers infiltrants – détectés par 1 000 examens de dépistage. En l'absence d'un nombre suffisant de preuves permettant de conclure que les CCIS se transforment en cancers infiltrants et en raison de l'exactitude croissante des techniques de dépistage, aucun objectif n'a été fixé pour la détection de ce type de cancers au Canada.⁴

L'annexe D39 laisse voir que le taux global de détection des cancers *in situ* pour un dépistage *initial* au Nouveau-Brunswick a fluctué, atteignant son niveau le plus bas – soit 0,3 par 1 000 dépistages – en 1996-1997 et son niveau le plus élevé – 1,3 – en 2006-2007, la moyenne nationale étant de 1,2 par 1 000 dépistages.⁴ Les taux pour les dépistages *subséquents* ont aussi varié, allant de 0,2 par 1 000 dépistages en 1996-1997 à 1,0 par 1 000 dépistages en 2002-2003. En 2005-2006, la moyenne nationale était de 0,9 par 1 000 dépistages.⁴

Les taux de détection de cancers *in situ* pour le dépistage *initial* et les dépistages *subséquents*, stratifiés par zone de santé et groupe d'âge (de 50 à 54, de 55 à 59, de 60 à 64 et de 65 à 69 ans), sont indiqués aux annexes D39 à D42. Comme il a été mentionné à la section « Méthodes », ces résultats doivent être interprétés avec précaution, en raison du faible nombre de carcinomes canaux *in situ* du sein.

3.5.2 Taux de détection de cancers infiltrants

Le taux de détection de cancers infiltrants se définit comme le nombre de cancers du sein infiltrants détectés par 1 000 examens de dépistage. L'objectif national est de plus de 5 par 1 000 dépistages *initiaux* et de plus de 3 par 1 000 dépistages *subséquents*.

Au Nouveau-Brunswick, le taux de détection de cancers infiltrants lors du dépistage *initial* a varié de 2,7 cas pour 1 000 examens en 1996-1997 à 5,2 en 2008-2009 (D43-D44), tandis que la moyenne nationale s'élevait, en 2005-2006, à 4,6 cas par

1 000 examens.⁴ Le taux provincial lors de dépistages *subséquents* est légèrement inférieur à la moyenne nationale de 3,7 cas par 1 000 examens en 2005-2006;⁴ depuis 1996, il s'est stabilisé à environ 3,0 par 1 000 examens sur sept intervalles consécutifs.

Les zones de santé 4, 5 et 7 présentent un taux de détection des cancers infiltrants relativement plus élevé que les autres zones de santé du Nouveau-Brunswick pour le dépistage *initial* (D44), et les zones de santé 1SE, 4 et 6, pour les dépistages *subséquents* (D45). L'annexe D46 illustre les variations, selon l'âge, du taux de détection de ce type de cancer. Comme on peut le voir à l'annexe D43, le taux de détection de cancers infiltrants au Nouveau-Brunswick est plus élevé lors des dépistages *initiaux* que des dépistages *subséquents*, ce qui correspond aux tendances observées à l'échelle nationale.^{2, 3, 4}

3.5.3 Taille de la tumeur infiltrante

Des données indiquent que les patientes chez qui le cancer est diagnostiqué à un stade peu avancé (c.-à-d. ceux chez qui on décèle une tumeur de taille inférieure) présentent un meilleur taux de survie. À l'échelle nationale, l'objectif est que plus de 25 p. 100 des tumeurs infiltrantes soient de taille inférieure ou égale à 10 mm, et plus de 50 p. 100, de taille inférieure ou égale à 15 mm.

Comme on peut le voir en D47, le pourcentage de tumeurs infiltrantes de taille inférieure ou égale à 10 mm au Nouveau-Brunswick a varié d'un minimum de 25,7 p. 100 en 2006-2007 à un maximum de 48,4 p. 100 en 1996-1997, demeurant au-dessus de l'objectif national (>25 p. 100). Dans le même ordre d'idées, le pourcentage de tumeurs infiltrantes de taille inférieure ou égale à 15 mm a fluctué entre 56,5 p. 100 en 2002-2003 et 70,3 p. 100 en 1996-1997, atteignant toujours l'objectif national (>50 p. 100).

Globalement, la taille moyenne des tumeurs infiltrantes à l'échelle de la province est assez proche des moyennes nationales (≤ 10 mm dans 34,1 p. 100 des cas et ≤ 15 mm dans 61,8 p. 100 des cas en 2005-2006)⁴ – et ce, pour de multiples intervalles de dépistage.

Les zones de santé 4 et 5 ont toutes deux enregistré, en 2006-2007, un pourcentage élevé de tumeurs infiltrantes de taille inférieure ou égale à 10 mm par rapport aux autres zones (37,5 et 50,0 p. 100 respectivement). Un pourcentage supérieur de tumeurs de taille inférieure ou égale à 15 mm a aussi été observé, au cours de la même période, dans les zones de santé 4 (75,0 p. 100) et 7 (72,7 p. 100) (D47-D49). Les différences entre les quatre groupes d'âge (de 50 à 54, de 55 à 59, de 60 à 64 et de 65-69 ans) en ce qui concerne la taille des tumeurs (≤ 10 mm et ≤ 15 mm) sont illustrées en D50.

3.6 Cancers infiltrants détectés après le dépistage, par zone de santé

Les cancers détectés après dépistage sont des cancers se développant après un épisode de dépistage normal, mais avant le dépistage suivant. Ils comprennent les cancers d'intervalle (femmes chez qui les symptômes apparaissent entre deux dépistages réguliers) et les cancers de non-observance (femmes qui ne se présentent pas pour un dépistage annuel ou bisannuel régulier après un examen de dépistage recommandé). À l'échelle nationale, la cible est que moins de 6 femmes par 10 000 personnes-années reçoivent un diagnostic de cancer dans les 12 mois suivant le dépistage, et moins de 12 dans les 24 mois. Les femmes ayant obtenu un diagnostic bénin dans le cadre du dépistage avant de développer un cancer du sein sont incluses, pour le calcul du taux de cancers infiltrants détectés après dépistage, dans le numérateur, et le temps-personne correspondant, dans le dénominateur; le taux de cancers infiltrants détectés après dépistage pour 1996-1997 est par exemple calculé en fonction de toutes les femmes examinées de 1996 à 1997 et ayant développé un cancer d'intervalle en 1998 ou en 1999.

Depuis 1996, le taux de cancers infiltrants détectés dans les 12 mois suivant un dépistage au Nouveau-Brunswick a diminué, passant de 9,3 femmes par 10 000 personnes-années en 1996-1997 à 4,2 en 2008-2009, la valeur la plus élevée – 9,9 femmes par 10 000 personnes-années – étant observée au cours de l'intervalle de dépistage 2000-2001 (D51-D53). Le taux de cancers infiltrants détectés dans les 24 mois a suivi la même tendance, diminuant de 12,2 femmes par 10 000 personnes-années en 1996-1997 à 5,0 seulement en 2008-2009. La plupart des taux de détection

après dépistage au Nouveau-Brunswick étaient, en 2005-2006, légèrement supérieurs à la moyenne nationale (6,3 par 10 000 personnes-années dans les 12 mois suivant le dépistage et 7,4 dans les 24 mois).⁴ Les différences entre les différents groupes d'âge (de 50 à 54, de 55 à 59, de 60 à 64 et de 65 à 69 ans) à ce chapitre sont illustrées en D54.

D'importantes variations ont été observées d'une zone à une autre en ce qui concerne les cancers infiltrants détectés après dépistage, ce qui s'explique par le petit nombre de cas recensés, particulièrement dans les zones de santé moins étendues où les femmes âgées de 50 à 69 ans sont moins nombreuses (D51-D53). À titre d'exemple, le taux de détection de cancers infiltrants dans les 12 mois suivant le dépistage a été, en 2000-2001, de 10,7 femmes par 10 000 personnes-années pour la ZS 2, mais de 0,0 pour les ZS 4 et 5.

Chapitre 4 : Conclusions et considérations futures

L'objectif premier du dépistage du cancer du sein est de réduire la mortalité associée à ce type de cancer par une détection précoce. Les programmes organisés de dépistage peuvent permettre d'atteindre des taux de participation et de fidélisation plus élevés que le dépistage opportuniste. Selon les renseignements fournis par l'Agence de la santé publique du Canada, le Programme de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick présenterait le deuxième taux de participation bisannuel en importance au Canada; entre 2005 et 2006, il serait en effet parvenu à rejoindre 53,0 p. 100 des femmes de 50 à 69 ans.⁴ Globalement, le taux de participation bisannuel dans les différentes régions de santé pour 2008-2009 a varié d'un faible 45,7 p. 100 à un sommet de 68,4 p. 100 (annexe D – D12), très proche de l'objectif national de 70 p. 100.

Les variations observées d'une région à l'autre en ce qui concerne les indicateurs de rendement pourraient, comme on le mentionne à la section « Méthodes », être imputables au caractère peu élevé des nombres entrant dans le processus de calcul. Des études poussées sur des échantillons plus importants pourraient être nécessaires pour remédier à ce problème, particulièrement dans les régions de santé où les personnes admissibles au dépistage sont moins nombreuses.

Des pistes de réflexion pour l'amélioration du programme de dépistage ont également été cernées. Comme l'indiquait notre rapport provincial sur le cancer,⁵ les femmes atteintes de cancer du sein sont toujours nombreuses à n'avoir jamais pris part à un dépistage organisé. Il semble notamment s'agir de femmes vivant dans de petites collectivités, en région rurale éloignée ou éprouvant des difficultés à accéder au programme. Des efforts devraient être déployés afin d'encourager une participation régulière au programme provincial de dépistage du cancer du sein, particulièrement chez les femmes qui ne sont que rarement, voire jamais examinées.

Beaucoup d'autres stratégies de planification en matière de santé pourraient être utilisées pour améliorer l'efficacité du programme de dépistage du cancer du sein et en surveiller la rentabilité; ces stratégies comprennent l'envoi de rappels réguliers pour les dépistages subséquents, l'amélioration des procédures de suivi après l'obtention de résultats de test anormaux, la surveillance et l'évaluation périodiques du programme de

dépistage, ainsi que sa promotion et l'appui à sa participation à des initiatives de recherche locales ou nationales ayant une incidence sur le cancer du sein (tels que le *projet sur la mortalité associée au cancer du sein de l'Agence de la santé publique du Canada*).

L'importance accrue accordée à la prévention du cancer joue aussi un rôle crucial dans la réduction du fardeau de la maladie au Nouveau-Brunswick. Le ministère de la Santé encourage l'adoption d'habitudes de vie positives telles que l'activité physique, la saine alimentation, l'abandon du tabagisme et une consommation d'alcool modérée. Le RCNB espère, dans le futur, établir de solides assises pour les programmes de dépistage du cancer par l'éventuelle intégration des trois services de dépistage distincts offerts au Nouveau-Brunswick (pour les cancers du sein, du col de l'utérus et du côlon), dans le but d'améliorer les activités de dépistage à l'échelle de la province.

Annexe A : Comité sur les Services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick : cadre de référence

Ministère de la Santé du N.-B. (Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick)

Comité consultatif sur les Services de dépistage du cancer du sein du
Nouveau-Brunswick

CADRE DE RÉFÉRENCE

Mandat

Un comité consultatif du Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick (RCNB)

- Garantir une approche provinciale normalisée et uniforme en matière de dépistage du cancer du sein.
- Offrir une tribune et un réseau provinciaux pour l'examen, l'analyse et la recommandation de stratégies visant à optimiser les services de dépistage du cancer du sein et à atteindre les mesures de rendement ciblées.
- Entretenir des liens avec les initiatives et les organismes nationaux.

Fonctions

- Examiner les mesures et les indicateurs de rendement du programme de dépistage du cancer du sein et cerner les problèmes précis en lien avec le dépistage de ce type de cancer qui gagneraient à faire l'objet d'une approche collective à l'échelle de la province.
- Émettre des recommandations à l'intention du RCNB relativement aux stratégies et aux mesures à adopter pour l'amélioration des services et aux pratiques exemplaires pour la prestation de services de dépistage du cancer du sein.
- Définir, en tenant compte des recommandations de l'organisme national, des variables uniformes convenables aux fins d'inclusion à la base de données du Nouveau-Brunswick sur le dépistage du cancer du sein, et étudier l'utilisation des données de la base de données provinciale.
- Faciliter l'échange de renseignements et promouvoir une prestation uniforme des services.
- Recommander, au besoin, la révision de la politique et des normes des services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick.

Le Comité consultatif sur les services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick peut, au besoin, mettre sur pied des sous-comités ou des groupes de travail spéciaux afin de s'acquitter de fonctions ou de tâches particulières.

Membres

- Régies régionales de la santé (10 membres – 5 par RRS). Pour chaque RRS :

- un responsable administratif chargé des services de dépistage du cancer du sein;
- un représentant des services de dépistage du cancer du sein de chacune des zones.
- ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (quatre membres) :
 - coordonnateur du RCNB – dépistage du cancer (président du Comité);
 - épidémiologiste ou biostatisticien du RCNB responsable du dépistage du cancer du sein;
 - coordonnateur du RCNB – gestion de la qualité et imputabilité;
 - administrateur/analyste de la base de données du Nouveau-Brunswick sur le dépistage du cancer du sein;
 - cochefs de la direction du RCNB.
- Un représentant de la section Radiologie de la Société médicale du Nouveau-Brunswick.
- Un représentant de la section Médecine générale de la Société médicale du Nouveau-Brunswick.
- Un représentant de la Société canadienne du cancer – Division du Nouveau-Brunswick.

D'autres personnes-ressources peuvent, au besoin, être désignées et assister aux réunions.

Durée d'un mandat

- Le mandat, renouvelable, est d'une durée de deux ans.
- Il peut être reconduit indéfiniment.

Fréquence des réunions

- Au moins deux réunions par année.

Rapport hiérarchique

Le comité doit rendre des comptes au RCNB, une division du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.

Révision : décembre 2011

Mise à jour : mai 2007, novembre 2002

Juin 1998

Annexe B : Centres de dépistage des Services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick (1995-2009)

Centres de dépistage des Services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick	
Réseau de santé Vitalité, zone 1	Réseau de santé Horizon, zone 1
Hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont Service de radiologie (imagerie diagnostique) 330, avenue de l'Université Moncton (N.-B.) E1C 2Z3 Mammographies : 506-862-4090	Centre Katherine Wright 100, rue Arden, bureau 100 Moncton (N.-B.) E1C 6Z8 Mammographies : 506-855-2010
Réseau de santé Horizon, zone 2	
Hôpital Saint-Joseph Centre de santé communautaire St. Joseph 130, rue Bayard Saint John (N.-B.) E2L 3L6 Mammographies : 506-632-5566	Hôpital du comté de Charlotte Équipement d'imagerie diagnostique 4, rue Garden St. Stephen (N.-B.) E3L 2L9 Mammographies : 506-465-4450
Centre de santé de Sussex Équipement d'imagerie diagnostique 75, rue Leonard Sussex (N.-B.) E4E 2P7 Mammographies : 506-432-3431	
Réseau de santé Horizon, zone 3	
Hôpital public d'Oromocto Équipement d'imagerie diagnostique 103, rue Winnebago Oromocto (N.-B.) E2V 1C6 Mammographies : 506-357-4745 / 1-800-656-7575	Hôpital du Haut de la Vallée Équipement d'imagerie diagnostique 14462, route 2 Waterville (N.-B.) E7P 2T5 Mammographies : 506-325-6700 / 1-800-656-7575
Hôpital Hôtel-Dieu de Saint-Joseph Équipement d'imagerie diagnostique 10, Woodland Hill Perth-Andover (N.-B.) E7H 5H5 Mammographies : 506-273-7181 / 1-800-656-7575	
Réseau de santé Vitalité, zone 4	
Hôpital régional d'Edmundston Équipement d'imagerie diagnostique 275, boulevard Hébert Edmundston (N.-B.) E3V 4E4 Mammographies : 506-739-7346 ou 1-877-739-7346	Hôpital général de Grand-Sault Équipement d'imagerie diagnostique 625, boulevard Éverard-H.-Daigle, C.P. 7061, Grand-Sault (N.-B.) E3V 2R9 Mammographies : 506-739-7346 ou 1-877-739-7346
Réseau de santé Vitalité, zone 5	
Hôpital régional de Campbellton Équipement d'imagerie diagnostique 189, chemin Lily Lake, C.P. 880 Campbellton (N.-B.) E3N 3H3 Mammographies : 506-789-5188	Centre de santé communautaire Saint-Joseph Équipement d'imagerie diagnostique 280, rue Victoria, bureau 1 Dalhousie (N.-B.) E8C 2R6 Mammographies : 506-789-5188
Réseau de santé Vitalité, zone 6	
Hôpital régional Chaleur Équipement d'imagerie diagnostique 1750, promenade Sunset Bathurst (N.-B.) E2A 4L7 Mammographies : 1-866-931-4400	Hôpital de Tracadie-Sheila Équipement d'imagerie diagnostique 400, rue des Hospitalières C.P. 3180, succ. Bureau-chef Tracadie-Sheila (N.-B.) E1X 1G5 Mammographies : 506-726-2194 ou 1-866-931-4400
Centre de santé communautaire Hôpital l'Enfant-Jésus Équipement d'imagerie diagnostique 1, boulevard Saint-Pierre Ouest, C.P. 900 Caraquet (N.-B.) E1W 1B6 Mammographies : 506-726-2194 ou 1-866-931-4400	
Réseau de santé Horizon, zone 7	
Hôpital régional de Miramichi Équipement d'imagerie diagnostique 500, rue Water Miramichi (N.-B.) E1V 3G5 Mammographies : 506-623-6140	

Annexe C : Un exemple de rapport sur la qualité des données du Registre du cancer du Nouveau-Brunswick (2002-2006)

Rapport sur la qualité des données du Registre du cancer du Nouveau-Brunswick, tiré du Registre canadien du cancer, 2002-2006

	Nom et description de l'indicateur	Mesure	Valeur optimale	Rapport sur la qualité des données					
				2002	2003	2004	2005	2006	
Exactitude	1. Exhaustivité de la détermination du cas	% ratio	≥ 90 2,60:1	98,9 s.o.	97,2 2,23:1	98,9 2,14:1	97,2 2,23:1	94,4 2,33:1	
	2. Enregistrements rejetés par le système de modification	%	< 1	1,4	0,7	1,4	0,7	0,9	
	3. Cas confirmés au microscope	%	≥ 93	92,3	92,0	92,3	92,0	92,9	
	4. Certificats de décès seulement	%	De 0 à 3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	
	5. Siège principal du cancer inconnu	%	< 2,3	1,6	0,9	1,6	0,9	1,1	
	6. Renseignements manquants	%							
	Code postal	%	< 1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Mois du diagnostic	%	< 1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
Mois de naissance	%	< 1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
Numéro d'enregistrement du décès	%	< 10	0,2	0,0	0,2	0,6	1,1		
Comparabilité	7. Déclaration des données de stadification au moyen du système de stadification collaboratif	Oui/Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	
	8. Déclaration des enregistrements du cancer au moyen de CIM-O-3	Oui/Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
	9. Déclaration des cancers primitifs multiples (règles du RCC)	Oui/Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Actualité	10. Retard dans la soumission des données Soumission des données dans le mois suivant le délai	Oui/Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Aptitude à l'usage	11. Incidence du cancer entièrement déclarée	Oui/Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	

¹ Source : Statistique Canada.

² CIM-O-3 = Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition.

REMARQUE : Le rapport sur la qualité des données ne concerne que les tumeurs infiltrantes (code de comportement 3).

Annexe D : Chiffres et tableaux

Remarque : Dans le cadre du présent rapport, les régions de santé (ou zones de santé) sont géographiquement définies comme suit : régions de santé 1 (RS 1) = zone de santé 1 *Beauséjour* (ZS 1B) et zone de santé 1 *Sud-est* (ZS 1SE), RS 2 = ZS 2, RS 3 = ZS 3, RS 4 = ZS 4, RS 5 = ZS 5, RS 6 = ZS 6 et RS 7 = ZS 7.

D1 : Nombre de nouveaux cas de cancer du sein chez les femmes, par année du diagnostic et région de santé (RS), N.-B.

Année du diagnostic	N.-B.	RS 1	RS 2	RS 3	RS 4	RS 5	RS 6	RS 7
1980	235	59	64	57	10	9	25	11
1981	239	54	78	59	12	11	12	13
1982	272	68	78	57	14	15	23	17
1983	279	75	84	57	16	12	16	19
1984	308	89	77	57	19	18	29	19
1985	306	79	100	53	17	16	26	15
1986	286	78	89	67	7	7	23	15
1987	319	77	86	72	25	18	24	17
1988	338	84	89	77	18	16	30	24
1989	340	85	96	84	16	11	33	15
1990	354	83	88	90	26	21	23	23
1991	418	103	115	97	21	13	45	24
1992	380	97	98	78	27	21	31	28
1993	430	110	95	105	25	17	48	30
1994	431	100	129	76	36	18	47	25
1995	427	101	106	90	33	15	52	30
1996	447	108	106	123	30	14	46	20
1997	459	105	127	104	19	17	54	33
1998	479	130	118	100	31	18	51	31
1999	486	121	118	112	39	22	47	27
2000	470	106	124	108	34	16	59	23
2001	487	139	133	103	26	22	40	24
2002	486	141	105	120	26	18	47	29
2003	507	136	118	106	31	21	52	43
2004	459	106	110	110	24	18	64	27
2005	550	147	136	116	32	23	58	38
2006	513	131	130	98	41	13	68	32
2007	541	174	133	96	37	19	54	28
2008	546	163	123	105	31	23	72	29
2009	573	191	113	116	42	18	65	28
2010	578	178	138	113	40	20	63	26
Total	12 943	3 418	3 304	2 806	805	520	1 327	763

D2 : Taux d'incidence normalisés selon l'âge* (TINA) du cancer du sein chez les femmes, par année et région de santé (RS), N.-B.

Année du diagnostic	N.-B. TINA (IC de 95 %)	RS 1 TINA (IC de 95 %)	RS 2 TINA (IC de 95 %)	RS 3 TINA (IC de 95 %)	RS 4 TINA (IC de 95 %)	RS 5 TINA (IC de 95 %)	RS 6 TINA (IC de 95 %)	RS 7 TINA (IC de 95 %)
1980	65,9 (57,4-74,3)	68,2 (50,8-85,6)	66,9 (50,5-83,3)	76,3 (56,5-96,1)	42,4 (16,1-68,7)	50,4 (17,5-83,3)	69,1 (42,0-96,2)	44,6 (18,2-70,9)
1981	65,8 (57,5-74,2)	60,7 (44,5-76,9)	80,6 (62,7-98,5)	79,0 (58,8-99,1)	45,0 (19,5-70,4)	60,1 (24,6-95,6)	32,5 (14,1-50,8)	58,0 (26,5-89,5)
1982	75,5 (66,6-84,5)	75,9 (57,9-93,9)	84,8 (66,0-103,6)	75,0 (55,5-94,5)	54,0 (25,7-82,3)	84,2 (41,6-126,8)	62,4 (36,9-87,9)	71,9 (37,7-106,1)
1983	76,7 (67,7-85,7)	82,8 (64,1-101,5)	89,6 (70,4-108,7)	73,5 (54,4-92,6)	65,7 (33,5-97,9)	65,6 (28,5-102,8)	43,8 (22,3-65,3)	82,8 (45,6-120,1)
1984	85,2 (75,7-94,7)	99,5 (78,8-120,1)	85,1 (66,1-104,1)	74,3 (55,0-93,6)	80,4 (44,2-116,5)	103,2 (55,5-150,9)	78,9 (50,2-107,6)	76,9 (42,3-111,4)
1985	84,0 (74,6-93,4)	86,1 (67,1-105,1)	106,6 (85,7-127,5)	69,0 (50,4-87,6)	68,5 (35,9-101,1)	90,0 (45,9-134,1)	70,8 (43,6-98,1)	66,0 (32,6-99,5)
1986	78,6 (69,5-87,8)	86,5 (67,3-105,7)	95,8 (75,9-115,7)	89,7 (68,2-111,1)	27,6 (7,1-48,0)	35,5 (9,2-61,8)	62,3 (36,8-87,7)	61,1 (30,2-92,0)
1987	87,2 (77,6-96,8)	84,5 (65,6-103,4)	91,9 (72,5-111,3)	93,6 (72,0-115,2)	94,9 (57,7-132,1)	102,8 (55,3-150,2)	63,5 (38,1-88,9)	69,4 (36,4-102,5)
1988	90,0 (80,4-99,6)	92,5 (72,7-112,2)	88,8 (70,4-107,3)	97,8 (76,0-119,7)	69,7 (37,5-101,9)	87,2 (44,5-130,0)	78,1 (50,1-106,0)	95,5 (57,3-133,7)
1989	87,6 (78,3-96,9)	87,1 (68,6-105,6)	98,2 (78,5-117,8)	101,9 (80,1-123,7)	59,0 (30,1-87,9)	55,1 (22,6-87,7)	82,8 (54,5-111,0)	62,0 (30,6-93,3)
1990	90,8 (81,3-100,2)	85,3 (67,0-103,7)	89,4 (70,7-108,1)	109,3 (86,7-131,9)	93,8 (57,7-129,8)	109,6 (62,7-156,4)	56,3 (33,3-79,3)	94,3 (55,7-132,8)
1991	104,4 (94,4-114,4)	106,4 (85,9-127,0)	113,3 (92,6-134,0)	112,3 (90,0-134,7)	74,2 (42,4-105,9)	71,8 (32,8-110,9)	107,8 (76,3-139,3)	92,0 (55,2-128,8)
1992	94,0 (84,5-103,4)	96,3 (77,1-115,5)	93,7 (75,2-112,3)	91,9 (71,5-112,3)	94,9 (59,1-130,8)	112,2 (64,2-160,1)	119,5 (46,4-96,7)	105,7 (66,5-144,8)
1993	101,7 (92,0-111,3)	103,8 (84,4-123,2)	89,6 (71,6-107,6)	118,7 (96,0-141,4)	83,5 (50,8-116,3)	82,5 (43,3-121,8)	106,8 (76,6-137,1)	109,4 (70,3-148,6)
1994	102,8 (93,1-112,6)	97,3 (78,2-116,3)	121,2 (100,3-142,1)	86,9 (67,3-106,4)	121,9 (82,1-161,7)	93,0 (50,0-135,9)	101,2 (72,3-130,2)	95,2 (57,9-132,6)
1995	100,8 (91,2-110,3)	93,2 (75,0-111,3)	100,7 (81,6-119,9)	100,7 (79,9-121,5)	111,8 (73,6-149,9)	75,8 (37,5-114,2)	111,6 (81,2-141,9)	116,4 (74,8-158,1)
1996	101,8 (92,4-111,2)	101,1 (82,0-120,1)	99,0 (80,2-117,9)	130,9 (107,7-154,0)	91,8 (58,9-124,6)	64,3 (30,6-97,9)	96,2 (68,4-123,9)	71,9 (40,4-103,4)
1997	101,7 (92,4-111,0)	91,8 (74,2-109,3)	116,9 (96,6-137,3)	108,5 (87,6-129,3)	60,6 (33,3-87,8)	80,5 (42,2-118,8)	103,9 (76,2-131,7)	117,3 (77,3-157,4)
1998	106,0 (96,5-115,5)	111,7 (92,5-130,9)	111,4 (91,3-131,5)	103,9 (83,5-124,3)	96,0 (62,2-129,8)	83,5 (45,0-122,1)	98,6 (71,5-125,6)	106,3 (68,9-143,8)
1999	105,6 (96,2-115,0)	102,3 (84,0-120,5)	106,5 (87,3-125,7)	114,9 (93,6-136,2)	117,7 (80,7-154,6)	103,0 (59,9-146,0)	91,6 (65,4-117,8)	91,6 (57,0-126,1)
2000	100,3 (91,3-109,4)	89,6 (72,5-106,6)	109,3 (90,1-128,6)	109,3 (88,7-129,9)	102,7 (68,2-137,3)	68,8 (35,1-102,5)	112,8 (84,0-141,6)	76,1 (45,0-107,1)
2001	101,0 (92,0-110,0)	114,8 (95,7-133,9)	118,0 (97,9-138,0)	98,7 (79,7-117,8)	77,2 (47,5-106,9)	97,1 (56,5-137,7)	68,7 (47,4-90,0)	78,9 (47,3-110,4)
2002	100,2 (91,3-109,1)	113,9 (95,1-132,7)	92,1 (74,4-109,7)	116,5 (95,6-137,3)	76,3 (47,0-105,6)	78,8 (42,4-115,3)	81,9 (58,5-105,3)	93,0 (59,2-126,9)
2003	101,3 (92,5-110,1)	103,7 (86,2-121,1)	99,3 (81,4-117,3)	100,5 (81,3-119,6)	95,4 (61,8-128,9)	91,3 (52,3-130,4)	91,4 (66,5-116,2)	132,9 (93,2-172,6)
2004	89,2 (81,0-97,3)	79,2 (64,1-94,3)	92,6 (75,3-109,9)	99,9 (81,2-118,6)	60,1 (36,1-84,2)	79,7 (42,9-116,6)	107,6 (81,2-134,0)	85,6 (53,3-117,9)
2005	105,3 (96,5-114,1)	107,1 (89,8-124,4)	115,5 (96,1-134,9)	102,5 (83,9-121,2)	82,0 (53,6-110,4)	103,3 (61,1-145,5)	97,2 (72,2-122,2)	111,4 (75,9-146,8)
2006	96,1 (87,8-104,4)	92,6 (76,7-108,4)	107,7 (89,2-126,2)	85,9 (65,6-98,5)	102,2 (70,9-133,5)	52,3 (23,9-80,8)	111,0 (84,6-137,3)	97,7 (63,8-131,5)
2007	101,2 (92,6-109,7)	127,2 (108,3-146,1)	105,5 (87,6-123,5)	82,0 (65,6-98,5)	99,9 (67,7-132,1)	71,8 (39,5-104,0)	89,9 (65,9-113,8)	80,0 (50,4-109,6)
2008	100,7 (92,3-109,2)	117,4 (99,4-135,4)	97,5 (80,3-114,7)	90,5 (73,2-107,8)	78,1 (50,6-105,6)	91,8 (54,3-129,3)	116,5 (89,6-143,4)	75,0 (47,7-102,3)
2009	104,5 (96,0-113,1)	130,1 (111,7-148,6)	92,2 (75,2-109,2)	100,6 (82,3-118,9)	113,7 (79,3-148,1)	65,2 (35,1-95,3)	93,0 (70,4-115,6)	90,4 (56,9-123,9)
2010	105,3 (96,5-114,7)	121,1 (103,3-141,4)	112,1 (93,4-133,6)	93,5 (76,6-113,4)	107,1 (74,5-150,9)	83,4 (50,1-137,2)	99,6 (75,1-130,8)	75,5 (48,4-114,6)

Rapport sur les indicateurs de rendement en matière de dépistage du cancer du sein au Nouveau-Brunswick

** Les taux portent sur une population de 100 000 habitants et sont normalisés selon l'âge à partir de l'estimation de la population canadienne de 1991.*

D3 : Nombre de femmes décédées des suites d'un cancer du sein, par année du décès et région de santé (RS), N.-B.

Année du décès	N.-B.	RS 1	RS 2	RS 3	RS 4	RS 5	RS 6	RS 7
1980	89	18	29	19	<10	<10	<10	<10
1981	94	17	28	22	<10	<10	12	<10
1982	104	24	25	32	<10	<10	12	<10
1983	101	26	37	17	<10	<10	<10	<10
1984	95	26	27	21	<10	<10	<10	<10
1985	112	35	37	15	<10	<10	<10	<10
1986	129	31	41	22	<10	<10	10	12
1987	115	30	27	32	<10	<10	11	<10
1988	117	34	32	22	<10	<10	<10	<10
1989	127	31	39	25	<10	<10	13	<10
1990	115	25	32	30	<10	<10	<10	<10
1991	113	34	27	26	<10	<10	15	<10
1992	134	35	39	32	<10	<10	13	<10
1993	123	40	23	24	<10	<10	12	14
1994	121	31	26	24	<10	<10	17	<10
1995	133	33	40	31	<10	<10	10	<10
1996	149	44	32	24	11	<10	25	<10
1997	119	29	32	23	10	<10	10	<10
1998	158	45	41	30	<10	<10	16	12
1999	107	21	20	27	<10	<10	19	<10
2000	127	27	34	39	<10	<10	10	<10
2001	108	26	24	21	<10	<10	20	<10
2002	124	28	37	21	<10	<10	20	<10
2003	127	28	33	31	11	<10	<10	<10
2004	113	32	27	30	<10	<10	<10	<10
2005	120	39	23	18	<10	<10	20	<10
2006	121	22	33	32	<10	<10	13	<10
2007	99	24	27	23	<10	<10	11	<10
2008	117	34	28	26	11	<10	13	<10
2009	131	35	24	24	<10	<10	22	10
2010	117	24	25	32	<10	<10	14	12
Total	3 659	928	949	795	223	157	400	206

Dans ce tableau, le nombre exact de décès est supprimé lorsque moins de dix décès ont été signalés pour une zone donnée au cours d'une année particulière.

D4 : Taux de mortalité normalisés selon l'âge* (TMNA) chez les femmes atteintes de cancer du sein, par année et région de santé (RS), N.-B.

Année du décès	N.-B. TMNA (IC de 95 %)	RS 1 TMNA (IC de 95 %)	RS 2 TMNA (IC de 95 %)	RS 3 TMNA (IC de 95 %)	RS 4 TMNA (IC de 95 %)	RS 5 TMNA (IC de 95 %)	RS 6 TMNA (IC de 95 %)	RS 7 TMNA (IC de 95 %)
1980	23,7 (18,8-28,7)	20,0 (10,7-29,2)	29,2 (18,6-39,8)	24,3 (13,4-35,2)	11,4 (0,0-24,4)	26,1 (3,2-48,9)	21,3 (6,5-36,0)	29,2 (7,6-50,8)
1981	25,3 (20,2-30,4)	18,5 (9,7-27,2)	28,5 (17,9-39,0)	28,2 (16,4-40,0)	27,2 (7,1-47,4)	29,1 (3,6-54,6)	32,5 (14,1-50,9)	12,0 (0,0-25,6)
1982	28,5 (23,0-33,9)	26,7 (16,0-37,4)	25,3 (15,4-35,3)	42,8 (28,0-57,6)	19,0 (2,3-35,6)	5,2 (0,0-15,5)	32,5 (14,1-50,9)	21,3 (2,6-40,1)
1983	27,1 (21,8-32,3)	28,3 (17,4-39,2)	38,3 (26,0-50,6)	20,7 (10,9-30,6)	28,1 (7,3-48,9)	10,4 (0,0-24,7)	24,7 (8,6-40,9)	13,0 (0,0-27,7)
1984	25,5 (20,4-30,6)	27,7 (17,0-38,3)	27,2 (16,9-37,4)	27,8 (15,9-39,7)	19,1 (2,4-35,8)	15,9 (0,0-33,9)	19,0 (4,9-33,0)	26,0 (5,2-46,8)
1985	30,5 (24,8-36,1)	38,0 (25,4-50,6)	39,2 (26,6-51,9)	18,8 (9,3-18,3)	30,4 (7,9-52,9)	24,6 (0,5-48,8)	18,8 (4,9-32,8)	30,4 (7,9-52,9)
1986	34,0 (28,1-39,9)	33,1 (21,5-44,8)	41,2 (28,6-53,7)	28,3 (16,5-40,1)	21,2 (2,6-39,8)	40,8 (12,5-69,0)	26,8 (10,2-43,3)	47,7 (20,7-74,7)
1987	30,9 (25,2-36,5)	33,7 (21,6-45,7)	27,6 (17,2-38,0)	40,1 (26,2-54,1)	16,3 (0,3-32,2)	27,6 (3,4-51,8)	27,6 (11,3-43,9)	23,7 (4,7-42,7)
1988	29,8 (24,4-35,1)	34,5 (22,9-46,1)	30,1 (19,7-40,5)	27,3 (15,9-38,8)	33,8 (11,7-55,9)	35,6 (7,1-64,0)	20,0 (6,2-33,9)	23,9 (4,8-43,0)
1989	32,2 (26,6-37,8)	30,9 (20,0-41,8)	39,6 (27,2-52,0)	30,4 (18,5-42,3)	32,1 (11,1-53,0)	30,5 (6,1-55,0)	32,3 (14,7-49,8)	15,4 (0,3-30,4)
1990	27,9 (22,8-33,0)	24,8 (15,0-34,5)	29,3 (19,2-39,5)	33,6 (21,6-45,6)	34,6 (12,0-57,2)	31,6 (6,3-56,8)	17,2 (4,5-30,0)	22,7 (4,5-40,9)
1991	26,7 (21,8-31,7)	32,0 (21,2-42,8)	25,4 (15,8-35,0)	27,2 (16,8-37,7)	29,9 (10,4-49,4)	5,2 (0,0-15,5)	36,6 (18,1-55,2)	4,3 (0,0-12,6)
1992	31,8 (26,5-37,2)	33,4 (22,4-44,5)	36,9 (25,3-48,5)	36,0 (23,5-48,5)	23,0 (6,0-40,1)	31,1 (6,2-56,0)	29,5 (13,5-45,6)	6,7 (0,0-15,9)
1993	28,4 (23,4-33,4)	37,6 (26,0-49,3)	20,1 (11,9-28,3)	27,7 (16,6-38,7)	17,9 (2,2-33,6)	24,6 (3,0-46,2)	23,8 (10,3-37,2)	49,4 (23,5-75,3)
1994	27,4 (22,5-32,2)	27,7 (17,9-37,4)	23,1 (14,2-32,0)	25,9 (15,5-36,3)	29,4 (10,2-48,7)	30,3 (6,0-54,5)	33,6 (17,6-49,5)	29,9 (9,2-50,6)
1995	29,6 (24,6-34,7)	29,1 (19,2-39,1)	35,9 (24,8-47,0)	33,0 (21,4-44,6)	19,7 (3,9-35,4)	18,7 (0,4-37,0)	21,2 (8,0-34,3)	32,2 (11,1-53,2)
1996	33,0 (27,7-38,3)	38,7 (27,3-50,2)	28,4 (18,5-38,2)	24,7 (14,8-34,5)	36,1 (14,8-57,4)	25,2 (3,1-47,4)	48,6 (29,6-67,7)	28,6 (8,8-48,4)
1997	25,0 (20,5-29,5)	24,7 (15,7-33,7)	27,3 (17,8-36,8)	21,3 (12,6-30,0)	30,9 (11,7-50,0)	41,3 (14,3-68,3)	18,5 (7,0-29,9)	23,2 (4,6-41,7)
1998	32,4 (27,3-37,5)	37,0 (26,2-47,8)	34,0 (23,6-44,5)	29,5 (18,9-40,0)	22,1 (6,8-37,4)	25,2 (5,0-45,4)	31,0 (15,8-46,1)	40,5 (17,6-63,5)
1999	21,9 (17,8-26,1)	16,8 (9,6-23,9)	17,8 (10,0-25,6)	26,9 (16,7-37,0)	20,2 (6,2-34,2)	20,4 (2,5-38,2)	34,0 (18,7-49,2)	24,0 (6,2-41,8)
2000	26,0 (21,5-30,5)	21,5 (13,4-29,6)	29,3 (19,4-39,1)	36,7 (25,2-48,3)	18,7 (4,8-32,5)	30,2 (6,0-54,4)	20,1 (7,6-32,5)	11,2 (0,2-22,2)
2001	20,6 (16,7-24,5)	19,2 (11,8-26,5)	18,2 (10,9-25,4)	19,7 (11,2-28,1)	13,6 (1,7-25,4)	14,1 (0,3-27,9)	36,3 (20,4-52,3)	25,2 (7,7-42,6)
2002	23,1 (19,0-27,2)	20,7 (13,0-28,3)	27,4 (18,6-36,2)	20,8 (11,9-29,7)	17,7 (4,6-30,8)	21,3 (4,2-38,3)	33,9 (19,0-48,7)	12,6 (1,6-23,7)
2003	23,5 (19,4-27,6)	19,0 (12,0-26,0)	24,3 (16,0-32,6)	27,8 (18,0-37,6)	32,0 (13,1-51,0)	26,5 (6,9-46,1)	15,0 (5,2-24,8)	25,2 (7,7-42,7)
2004	19,3 (15,7-22,9)	20,8 (13,6-28,1)	18,4 (11,4-25,3)	24,4 (15,6-33,1)	17,0 (3,4-30,5)	9,1 (0,0-21,7)	9,8 (2,5-17,0)	26,7 (9,2-44,1)
2005	21,0 (17,3-24,8)	27,1 (18,6-35,6)	17,7 (10,4-24,9)	14,8 (8,0-21,7)	16,3 (4,2-28,4)	18,3 (2,3-34,4)	30,4 (17,1-43,7)	21,0 (6,4-35,5)
2006	21,1 (17,3-24,8)	14,5 (8,4-20,6)	23,8 (15,7-31,9)	27,1 (17,7-36,5)	22,6 (7,8-37,4)	31,1 (9,6-52,7)	21,5 (9,8-33,2)	9,3 (0,2-18,4)
2007	16,4 (13,2-19,7)	14,3 (8,6-20,0)	19,4 (12,1-26,7)	17,6 (10,4-24,8)	12,0 (1,5-22,5)	23,1 (4,6-41,6)	17,3 (7,1-27,4)	8,6 (0,0-18,2)
2008	20,8 (16,8-24,3)	21,7 (14,4-29,0)	22,5 (14,2-30,8)	20,5 (12,6-28,4)	27,5 (11,3-43,8)	10,9 (0,0-25,9)	21,3 (9,7-32,8)	7,8 (0,0-16,7)
2009	22,1 (18,3-25,9)	22,8 (15,2-30,3)	17,7 (10,6-24,8)	19,7 (11,8-27,6)	21,8 (7,6-36,1)	22,5 (5,8-39,2)	30,4 (17,7-43,1)	24,8 (9,4-40,3)
2010	19,1 (15,6-23,2)	14,6 (9,1-22,6)	17,7 (11,1-27,3)	23,5 (15,9-34,0)	7,4 (1,5-26,9)	22,2 (8,0-59,9)	19,5 (10,2-36,1)	32,3 (15,7-61,6)

Rapport sur les indicateurs de rendement en matière de dépistage du cancer du sein au Nouveau-Brunswick

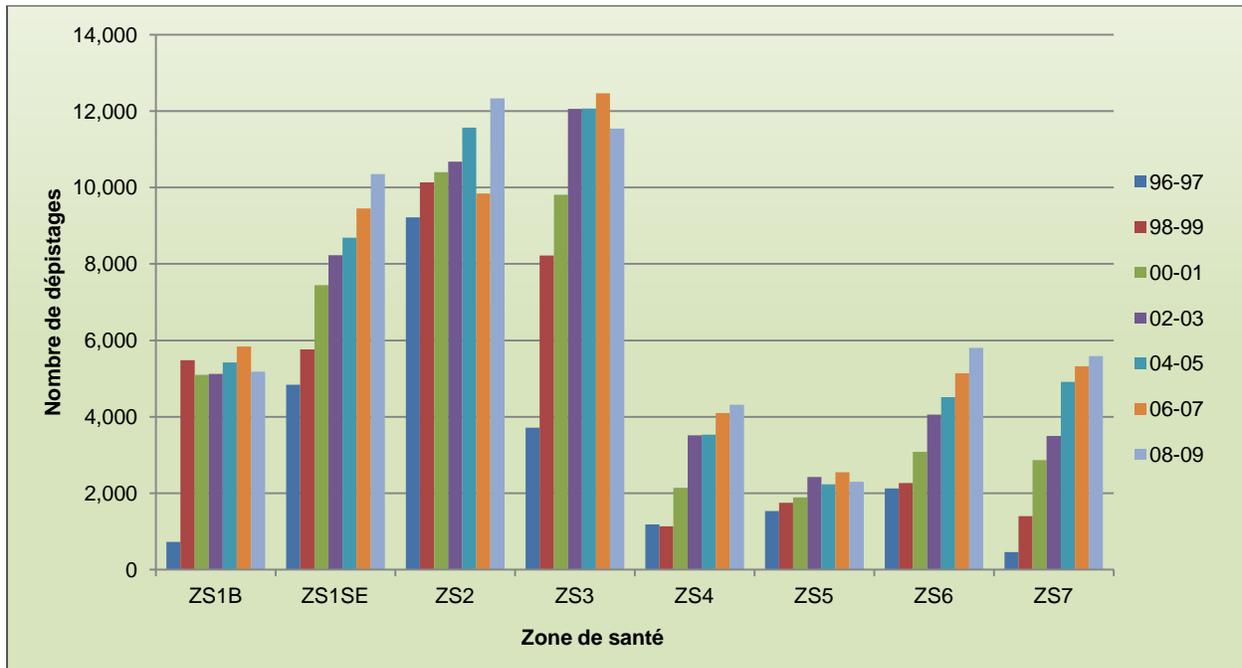
** Les taux portent sur une population de 100 000 habitants et sont normalisés selon l'âge à partir de l'estimation de la population canadienne de 1991.*

D5 : Nombre de dépistages, de dépistages initiaux et de cancers du sein détectés au dépistage[†] chez les femmes de 50 à 69 ans, par année du dépistage et zone de santé (ZS), N.-B.

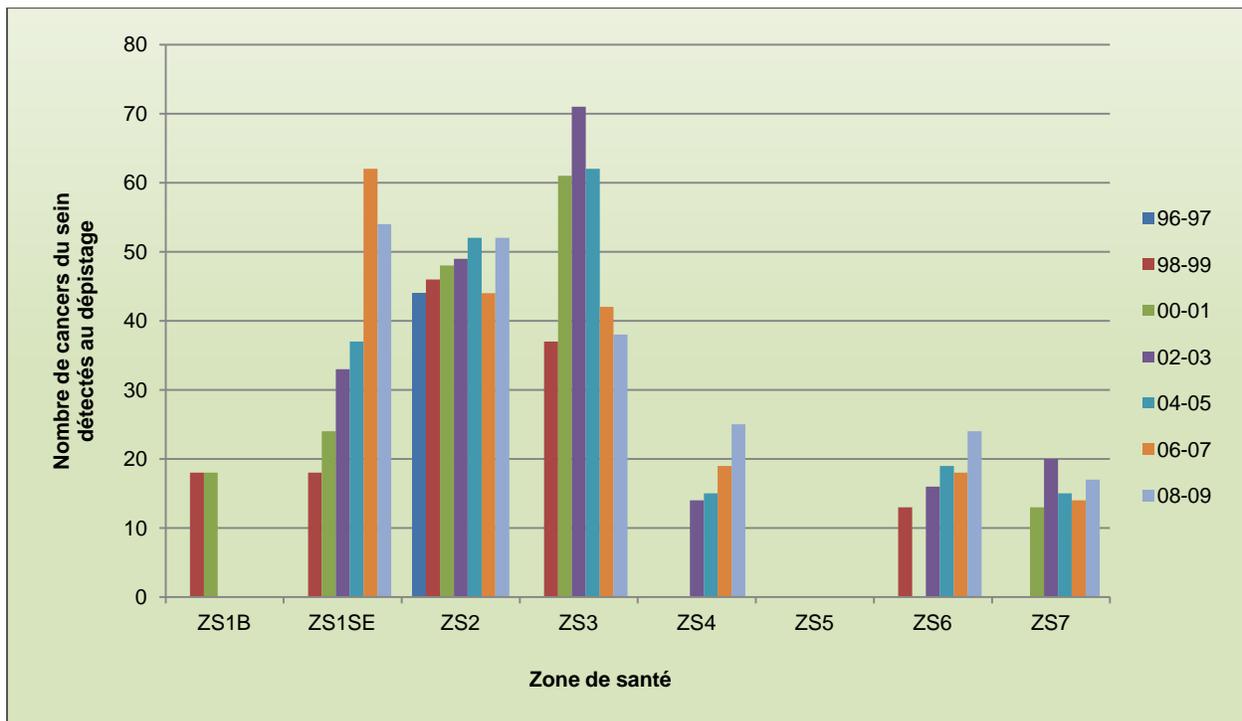
Année du dépistage	N.-B.	ZS 1B	ZS 1SE	ZS 2	ZS 3	ZS 4	ZS 5	ZS 6	ZS 7
Nombre de dépistages									
1996-1997	23 814	729	4 839	9 218	3 713	1 187	1 534	2 130	464
1998-1999	36 160	5 485	5 764	10 138	8 217	1 137	1 749	2 266	1 404
2000-2001	42 744	5 097	7 450	10 404	9 807	2 143	1 896	3 081	2 866
2002-2003	49 585	5 121	8 228	10 678	12 054	3 515	2 426	4 059	3 504
2004-2005	52 929	5 422	8 685	11 565	12 065	3 533	2 234	4 512	4 913
2006-2007	54 703	5 840	9 448	9 842	12 462	4 097	2 548	5 139	5 327
2008-2009	57 426	5 183	10 347	12 336	11 543	4 317	2 299	5 809	5 592
Nombre de dépistages initiaux									
1996-1997	19 301	719	4 200	5 917	3 655	963	1 369	2 014	464
1998-1999	16 170	3 877	1 929	2 125	4 823	334	696	1 273	1 113
2000-2001	10 439	864	1 305	1 045	2 979	1 010	422	1 300	1 514
2002-2003	7 890	516	902	746	1 897	1 530	386	1 308	605
2004-2005	5 447	453	693	1 005	1 265	575	227	750	479
2006-2007	4 787	495	784	631	1 029	536	232	740	340
2008-2009	5 160	499	803	1 099	983	516	187	823	250
Nombre de cancers du sein détectés au dépistage									
1996-1997	73	<13	<13	44	<13	0	<13	<13	<13
1998-1999	150	18	18	46	37	<13	<13	13	<13
2000-2001	187	18	24	48	61	<13	<13	<13	13
2002-2003	222	<13	33	49	71	14	<13	16	20
2004-2005	211	<13	37	52	62	15	<13	19	15
2006-2007	215	<13	62	44	42	19	<13	18	14
2008-2009	229	<13	54	52	38	25	<13	24	17

Dans ce tableau, le nombre exact de cancers du sein détectés au dépistage est supprimé lorsque moins de 13 ont été signalés pour une zone donnée au cours d'une année particulière.
[†] Comprend les cancers infiltrants et les carcinomes canaux in situ du sein.

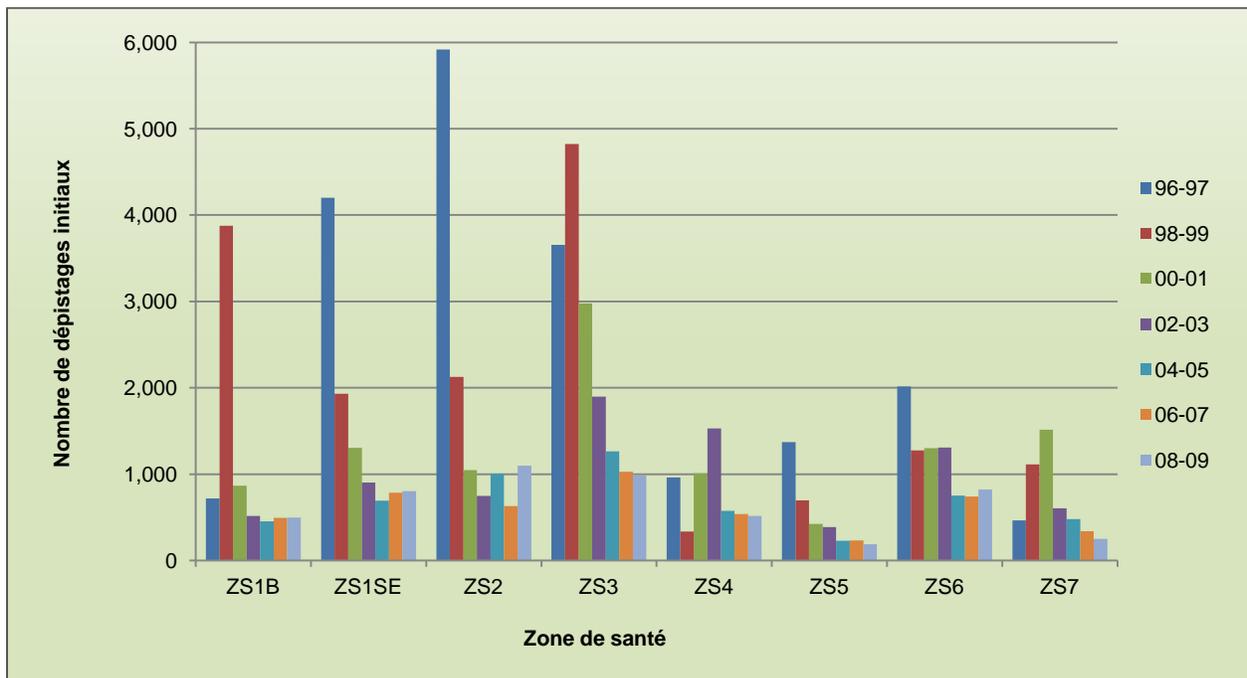
D6 : Nombre de dépistages chez les femmes de 50 à 69 ans, par année du dépistage et zone de santé (ZS), N.-B.



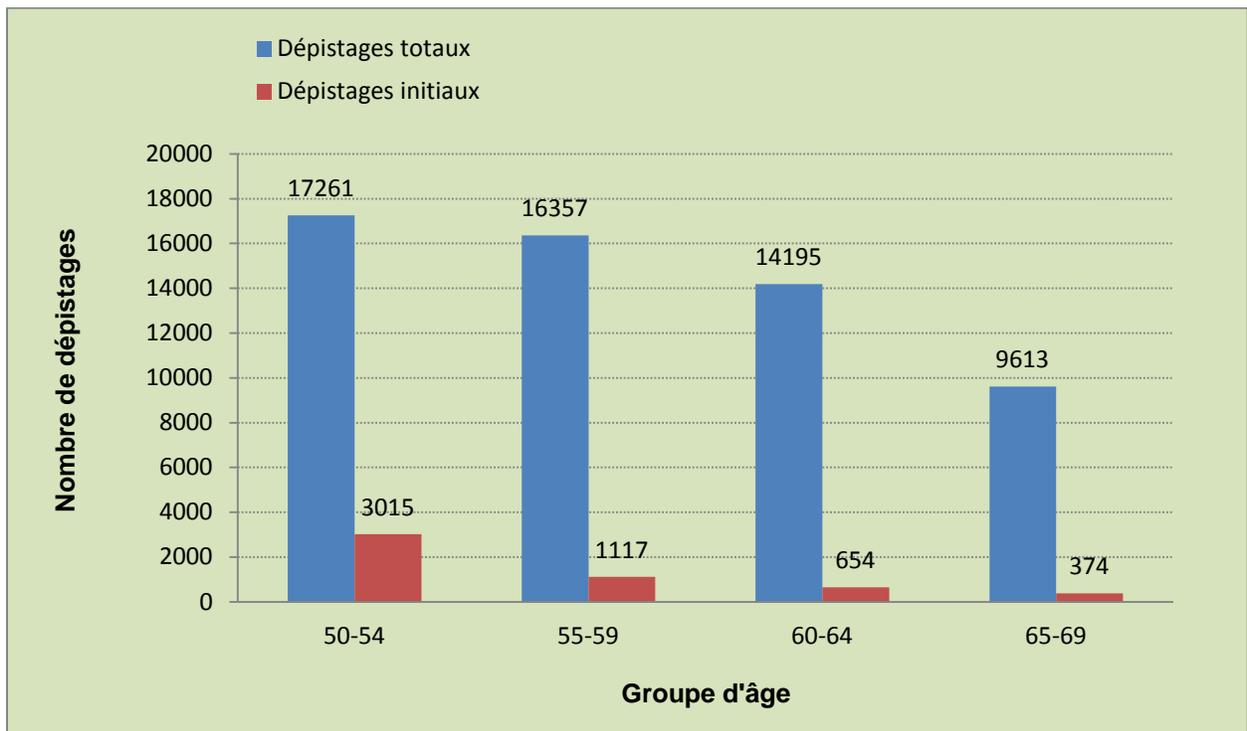
D7 : Nombre de cancers du sein détectés au dépistage chez les femmes de 50 à 69 ans, par année du dépistage et ZS, N.-B.



D8 : Nombre de dépistages initiaux chez les femmes de 50 à 69 ans, par année du dépistage et ZS, N.-B.



D9 : Nombre de dépistages chez les femmes de 50 à 69 ans ayant eu recours aux services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, par groupe d'âge, 2008-2009



D10 : Nombre de dépistages, de dépistages initiaux et de cancers du sein détectés au dépistage[†] chez les femmes de 40 à 49 ans, par année du dépistage et ZS, N.-B.

Année du dépistage	N.-B.	ZS 1B	ZS 1SE	ZS 2	ZS 3	ZS 4	ZS 5	ZS 6	ZS 7
Nombre de dépistages									
1996-1997	9 039	270	2 181	4 399	1 199	105	315	570	0
1998-1999	14 428	2 300	2 245	4 514	3 053	84	753	851	628
2000-2001	16 108	2 078	2 385	4 455	3 473	594	758	904	1 461
2002-2003	17 401	2 049	2 312	4 184	4 021	1 110	736	1 490	1 499
2004-2005	16 605	2 110	1 970	3 824	4 036	1 006	558	1 198	1 903
2006-2007	15 755	1 849	2 161	3 002	3 957	1 099	585	1 139	1 963
2008-2009	16 309	1 802	2 965	3 489	3 151	912	532	1 399	2 059
Nombre de dépistages initiaux									
1996-1997	8 164	270	2 098	3 644	1 194	99	307	552	0
1998-1999	10 206	1 930	1 416	2 424	2 484	26	612	709	605
2000-2001	8 694	890	1 086	1 780	2 105	550	475	660	1 148
2002-2003	7 789	742	960	1 411	1 809	819	370	964	714
2004-2005	6 472	750	692	1 257	1 567	567	271	655	713
2006-2007	5 946	553	737	1 141	1 514	525	270	595	611
2008-2009	6 197	658	788	1 486	1 212	389	272	798	594
Nombre de cancers du sein détectés au dépistage									
1996-1997	12	0	<6	9	<6	0	0	0	0
1998-1999	29	<6	<6	13	<6	0	<6	<6	<6
2000-2001	34	<6	<6	11	8	<6	<6	<6	<6
2002-2003	31	<6	<6	9	8	<6	0	<6	<6
2004-2005	29	<6	<6	8	10	<6	0	<6	<6
2006-2007	32	0	6	<6	11	<6	<6	<6	<6
2008-2009	32	<6	<6	8	11	<6	0	<6	<6

Dans ce tableau, le nombre exact de cancers du sein détectés au dépistage est supprimé lorsque moins de six ont été signalés pour une zone donnée au cours d'une année particulière.

†Comprend les cancers infiltrants et les carcinomes canaux in situ du sein.

D11 : Nombre de dépistages, de dépistages initiaux et de cancers du sein détectés au dépistage[†] chez les femmes de 70 ans et plus, par année de dépistage et ZS, N.-B.

Année du dépistage	N.-B.	ZS 1B	ZS 1SE	ZS 2	ZS 3	ZS 4	ZS 5	ZS 6	ZS 7
Nombre de dépistages									
1996-1997	3 225	72	655	1 849	399	39	37	174	0
1998-1999	5 571	717	767	2 298	1 028	63	226	235	237
2000-2001	6 417	841	804	2 151	1 325	262	248	273	513
2002-2003	7 040	948	847	1 947	1 501	529	280	404	584
2004-2005	7 312	1 114	813	1 794	1 472	565	291	368	895
2006-2007	6 769	574	967	1 348	1 525	625	337	421	972
2008-2009	6 925	51	1 287	1 742	1 374	621	304	503	1 043
Nombres de dépistages initiaux									
1996-1997	2 543	71	617	1 236	391	25	37	166	0
1998-1999	2 603	566	370	483	667	3	153	161	200
2000-2001	1 722	155	156	230	488	152	84	145	312
2002-2003	1 101	72	95	104	245	252	44	136	153
2004-2005	660	55	60	111	104	109	36	70	115
2006-2007	394	12	75	41	76	66	27	57	40
2008-2009	308	1	42	61	59	45	15	48	37
Nombre de cancers du sein détectés au dépistage									
1996-1997	21	0	<7	15	<7	0	0	<7	0
1998-1999	42	<7	<7	18	11	0	<7	0	<7
2000-2001	52	<7	10	15	11	<7	<7	<7	<7
2002-2003	45	<7	10	9	14	<7	<7	<7	<7
2004-2005	49	0	8	15	13	<7	<7	<7	7
2006-2007	60	0	<7	16	11	9	<7	<7	8
2008-2009	62	0	22	16	14	<7	<7	<7	<7

Rapport sur les indicateurs de rendement en matière de dépistage du cancer du sein au Nouveau-Brunswick

Dans ce tableau, le nombre exact de cancers du sein détectés au dépistage est supprimé lorsque moins de sept ont été signalés pour une zone donnée au cours d'une année particulière.

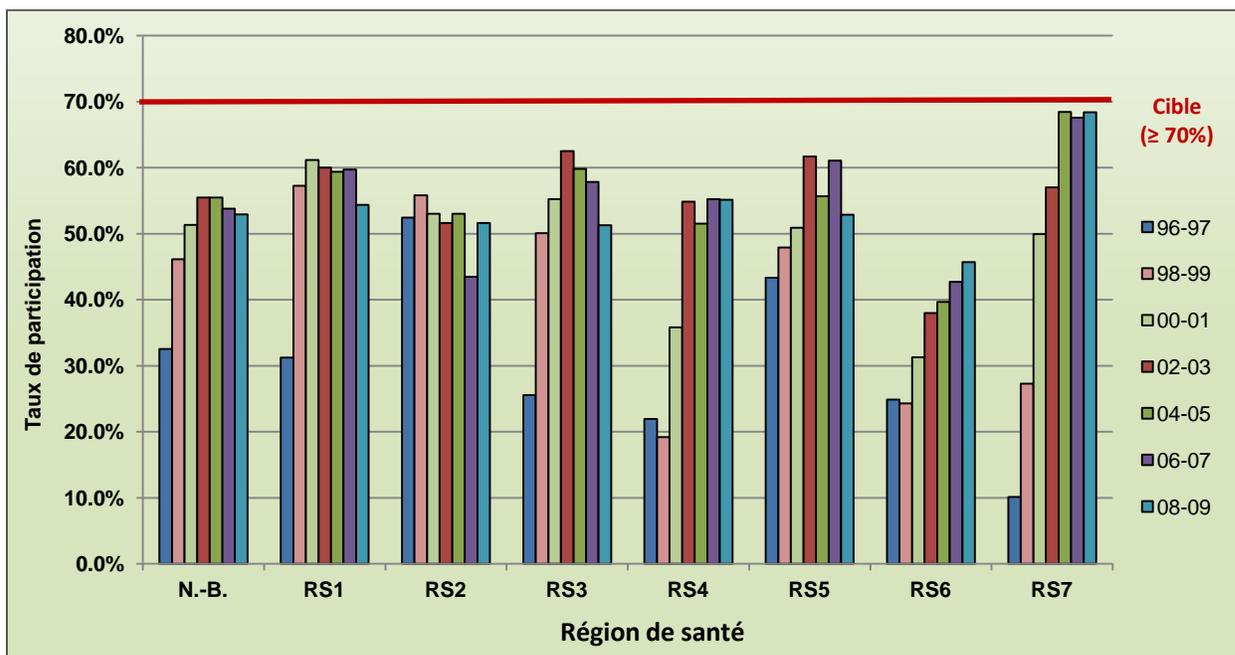
† Comprend les cancers infiltrants et les carcinomes canaux in situ du sein.

D12 : Taux de participation bisannuels des femmes de 50 à 69 ans, par année du dépistage et région de santé (RS), N.-B.

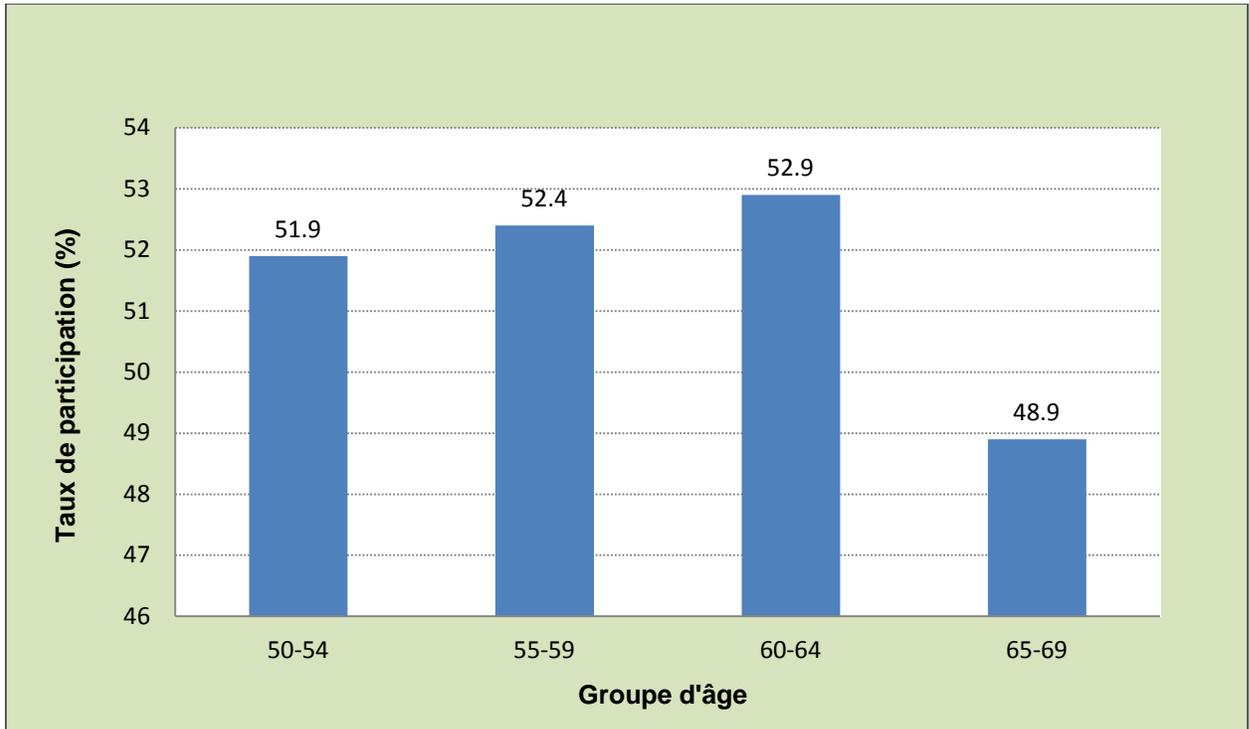
Année du dépistage	N.-B. (%)	RS 1 (%)	RS 2 (%)	RS 3 (%)	RS 4 (%)	RS 5 (%)	RS 6 (%)	RS 7 (%)
1996-1997	32,6	31,2	52,5	25,6	22,0	43,3	24,9	10,1
1998-1999	46,2	57,3	55,8	50,1	19,2	47,9	24,3	27,3
2000-2001	51,3	61,2	53,0	55,2	35,8	50,9	31,3	50,0
2002-2003	55,5	60,0	51,6	62,5	54,9	61,7	38,0	57,1
2004-2005	55,5	59,4	53,0	59,8	51,5	55,7	39,7	68,4
2006-2007	53,8	59,7	43,5	57,8	55,3	61,1	42,7	67,6
2008-2009	52,9	54,4	51,6	51,3	55,1	52,9	45,7	68,4

À l'échelle nationale, on aspire à l'obtention d'un taux de participation au dépistage du cancer du sein de 70 p. 100 ou plus.
 † La population utilisée dans le calcul du taux de participation provient de la banque de données du registre de l'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick.

D13 : Taux de participation bisannuels des femmes de 50 à 69 ans, par année du dépistage et région de santé (RS), N.-B.



D14 : Taux de participation chez les femmes de 50 à 69 ans ayant eu recours aux services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, par groupe d'âge, 2008-2009



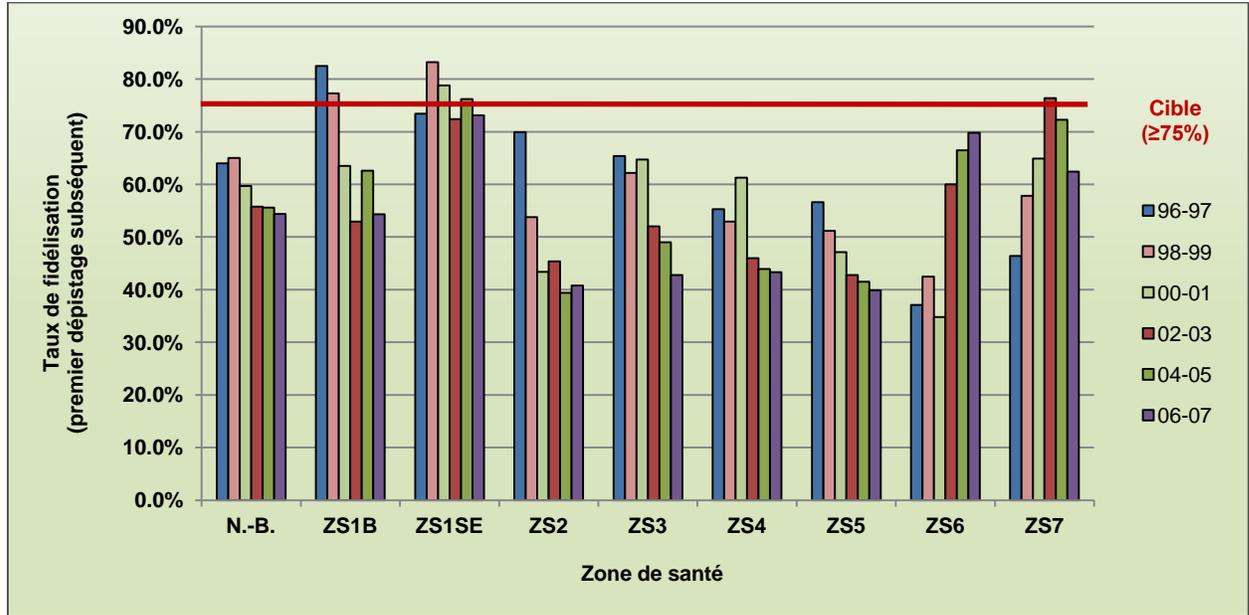
D15 : Taux de fidélisation des femmes de 50 à 67 ans, par année du dépistage et zone de santé, N.-B.

Année du dépistage	N.-B.	ZS 1B	ZS 1SE	ZS 2	ZS 3	ZS 4	ZS 5	ZS 6	ZS 7
Premier dépistage subséquent (% dans les 30 mois)									
1996-1997	64,0	82,5	73,4	69,9	65,4	55,3	56,6	37,1	46,4
1998-1999	65,0	77,3	83,2	53,8	62,2	52,9	51,2	42,5	57,8
2000-2001	59,7	63,5	78,8	43,4	64,7	61,3	47,1	34,8	64,9
2002-2003	55,8	52,9	72,4	45,4	52,0	46,0	42,8	60,0	76,4
2004-2005	55,6	62,6	76,2	39,4	49,0	43,9	41,5	66,5	72,3
2006-2007	54,4	54,3	73,1	40,8	42,8	43,3	39,9	69,8	62,4
Autre dépistage subséquent (% dans les 30 mois)									
1996-1997	92,3	100,0	97,6	90,2	93,9	93,4	93,3	95,1	-
1998-1999	80,7	92,6	90,9	78,8	75,5	79,5	70,3	60,6	78,0
2000-2001	78,8	79,3	87,7	73,6	82,6	78,9	74,6	53,3	81,2
2002-2003	78,3	75,3	87,1	74,3	77,7	71,7	67,5	72,9	88,5
2004-2005	75,3	74,9	84,7	63,1	77,0	71,3	66,6	74,4	87,5
2006-2007	73,5	68,0	83,1	70,2	67,3	68,8	58,7	79,7	86,1

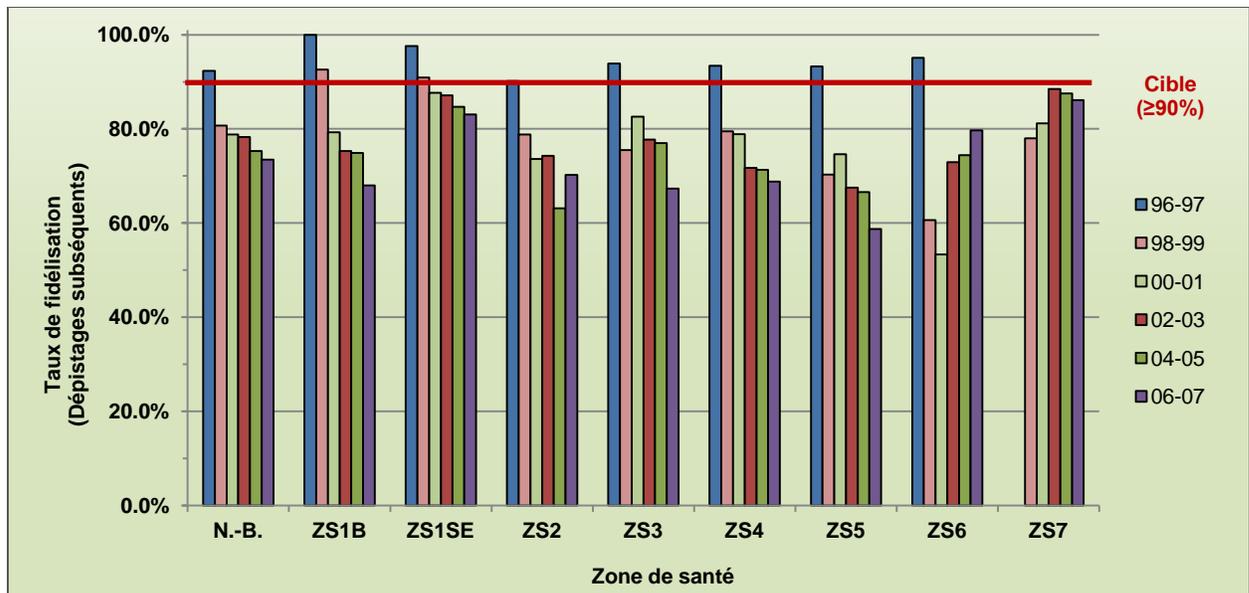
Le taux de fidélisation visé à l'échelle nationale est de 75 p. 100 et plus pour le premier dépistage subséquent, et de 90 p. 100 et plus pour les suivants.

- : Aucune femme n'a subi de nouveau dépistage.

D16 : Taux de fidélisation (pourcentage de premier dépistage subséquent dans les 30 mois) chez les femmes de 50 à 67 ans, par année du dépistage et ZS, N.-B.



D17 : Taux de fidélisation (pourcentage d'autres dépistages subséquents dans les 30 mois) chez les femmes de 50 à 67 ans, par année du dépistage et ZS, N.-B.



D18 : Taux de fidélisation des femmes de 50 à 69 ans aux services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, par type de dépistage et groupe d'âge, 2006-2007



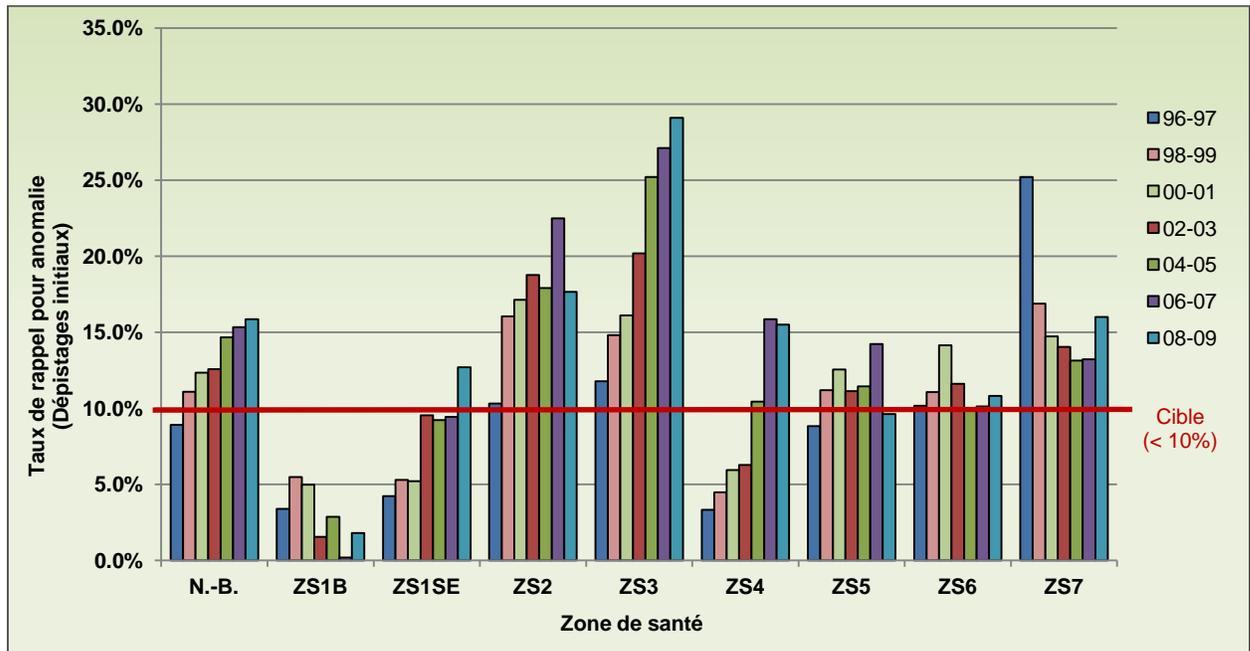
D19 : Taux de rappel des femmes de 50 à 69 ans à la suite de la détection d'une anomalie à la mammographie, par année du dépistage et ZS, N.-B.

Année du dépistage	N.-B.	ZS 1B	ZS 1SE	ZS 2	ZS 3	ZS 4	ZS 5	ZS 6	ZS 7
	Dépistage initial (%)								
1996-1997	8,9	3,4	4,2	10,3	11,8	3,3	8,8	10,2	25,2
1998-1999	11,1	5,5	5,3	16,0	14,8	4,5	11,2	11,1	16,9
2000-2001	12,4	5,0	5,2	17,1	16,1	5,9	12,6	14,2	14,7
2002-2003	12,6	1,6	9,5	18,8	20,2	6,3	11,1	11,6	14,0
2004-2005	14,7	2,9	9,2	17,9	25,2	10,4	11,5	9,9	13,2
2006-2007	15,3	0,2	9,4	22,5	27,1	15,9	14,2	10,1	13,2
2008-2009	15,9	1,8	12,7	17,7	29,1	15,5	9,6	10,8	16,0
	Dépistage subséquent (%)								
1996-1997	9,3	20,0	3,9	10,6	37,9	2,2	4,8	8,6	-
1998-1999	7,9	4,5	2,9	10,6	10,0	3,6	7,0	8,2	11,7
2000-2001	7,5	3,1	3,0	9,2	11,5	4,2	6,6	9,4	11,8
2002-2003	7,5	0,9	3,6	9,4	11,5	4,5	8,5	8,5	7,8
2004-2005	6,9	0,9	4,6	9,2	9,6	4,3	6,9	6,6	7,5
2006-2007	6,7	0,7	5,4	8,3	9,6	5,6	7,9	7,2	6,1
2008-2009	7,5	1,4	6,3	8,9	10,5	9,2	7,0	6,1	6,6

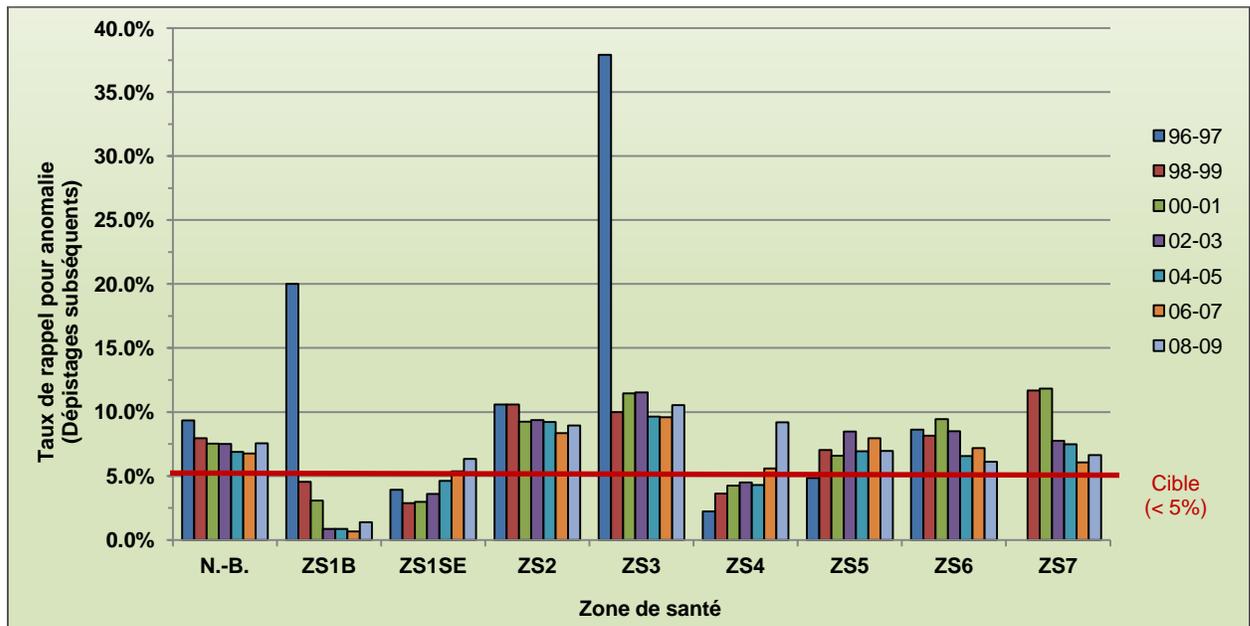
L'objectif national en ce qui concerne le taux de rappel pour anomalie est fixé à moins de 10 p. 100 pour les femmes faisant l'objet d'un premier dépistage et à moins de 5 p. 100 pour les dépistages subséquents.

- : Aucune femme n'a subi de nouveau dépistage.

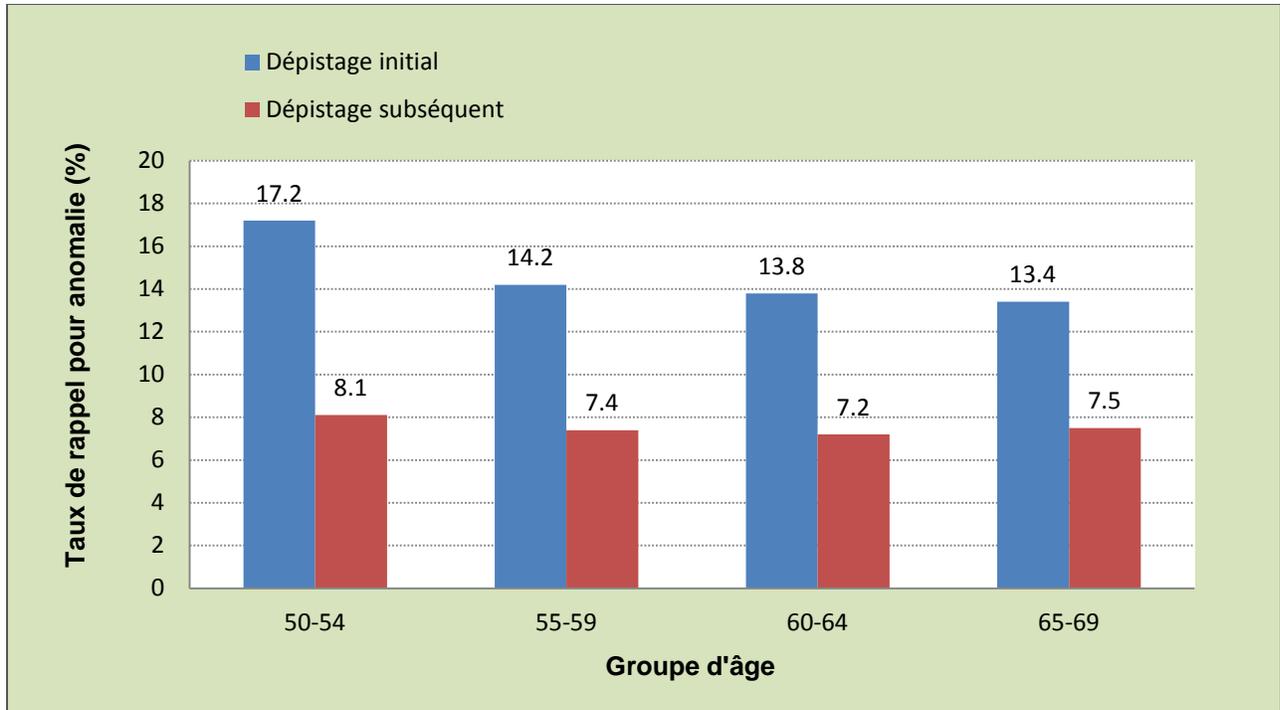
D20 : Taux de rappel pour anomalie à la mammographie lors du dépistage initial chez les femmes de 50 à 69 ans, par année du dépistage et ZS, N.-B.



D21 : Taux de rappel pour anomalie à la mammographie lors de dépistages subséquents chez les femmes de 50 à 69 ans, par année du dépistage et ZS, N.-B.



D22 : Taux de rappel pour anomalie chez les femmes de 50 à 69 ans ayant eu recours aux services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, par groupe d'âge, 2008-2009



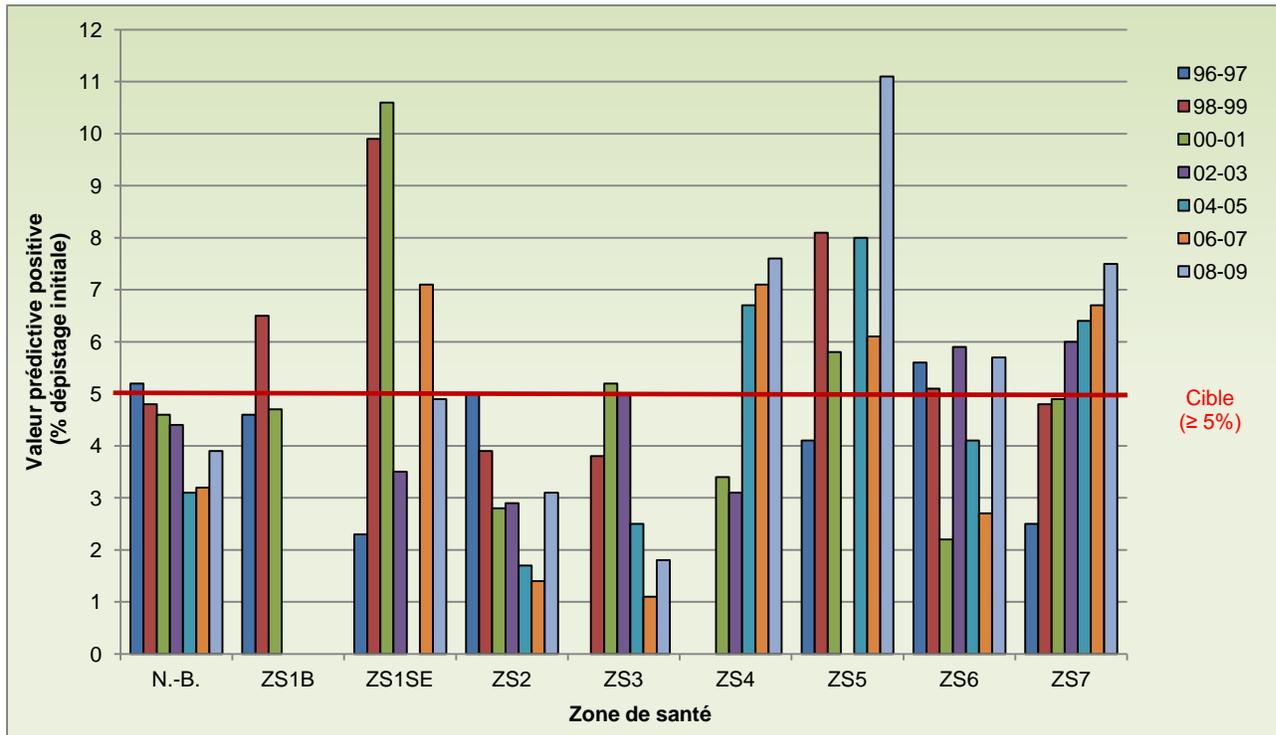
D23 : Valeur prédictive positive de la mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans, par année du dépistage et ZS, N.-B.

Année du dépistage	N.-B.	ZS 1B	ZS 1SE	ZS 2	ZS 3	ZS 4	ZS 5	ZS 6	ZS 7
Dépistage initial (%)									
1996-1997	5,2	4,6	2,3	5,0	100,0	0,0	4,1	5,6	2,5
1998-1999	4,8	6,5	9,9	3,9	3,8	0,0	8,1	5,1	4,8
2000-2001	4,6	4,7	10,6	2,8	5,2	3,4	5,8	2,2	4,9
2002-2003	4,4	0,0	3,5	2,9	5,0	3,1	0,0	5,9	6,0
2004-2005	3,1	0,0	0,0	1,7	2,5	6,7	8,0	4,1	6,4
2006-2007	3,2	0,0	7,1	1,4	1,1	7,1	6,1	2,7	6,7
2008-2009	3,9	0,0	4,9	3,1	1,8	7,6	11,1	5,7	7,5
Dépistage subséquent (%)									
1996-1997	3,9	0,0	6,7	4,1	0,0	0,0	0,0	0,0	-
1998-1999	4,3	6,9	7,3	3,9	3,0	3,5	4,1	7,9	3,7
2000-2001	5,3	13,2	9,4	5,0	4,7	2,1	5,2	4,8	1,3
2002-2003	5,8	24,2	11,4	4,8	4,5	12,4	6,4	3,0	6,7
2004-2005	5,8	9,5	10,1	5,1	5,2	8,7	3,6	6,5	3,3
2006-2007	5,9	11,8	12,3	5,5	3,8	6,6	5,5	5,4	4,0
2008-2009	5,1	12,5	8,3	4,6	3,0	5,8	6,2	6,3	4,0

L'objectif national consiste en l'obtention d'une valeur prédictive positive d'au moins 5 p. 100 pour les dépistages initiaux et d'au moins 6 p. 100 pour les dépistages subséquents.

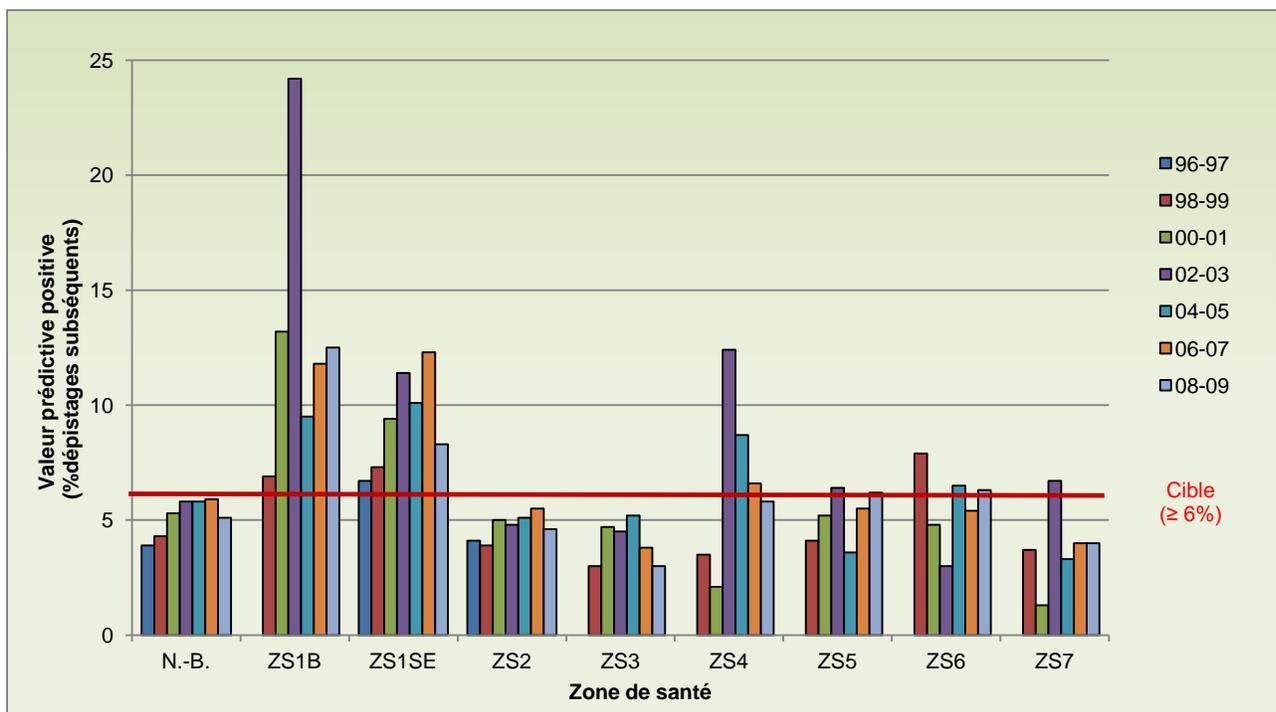
*** : Aucune femme n'a subi de nouveau dépistage.**

D24 : Valeur prédictive positive de la mammographie lors du dépistage initial chez les femmes de 50 à 69 ans, par année du dépistage et ZS*, N.-B.

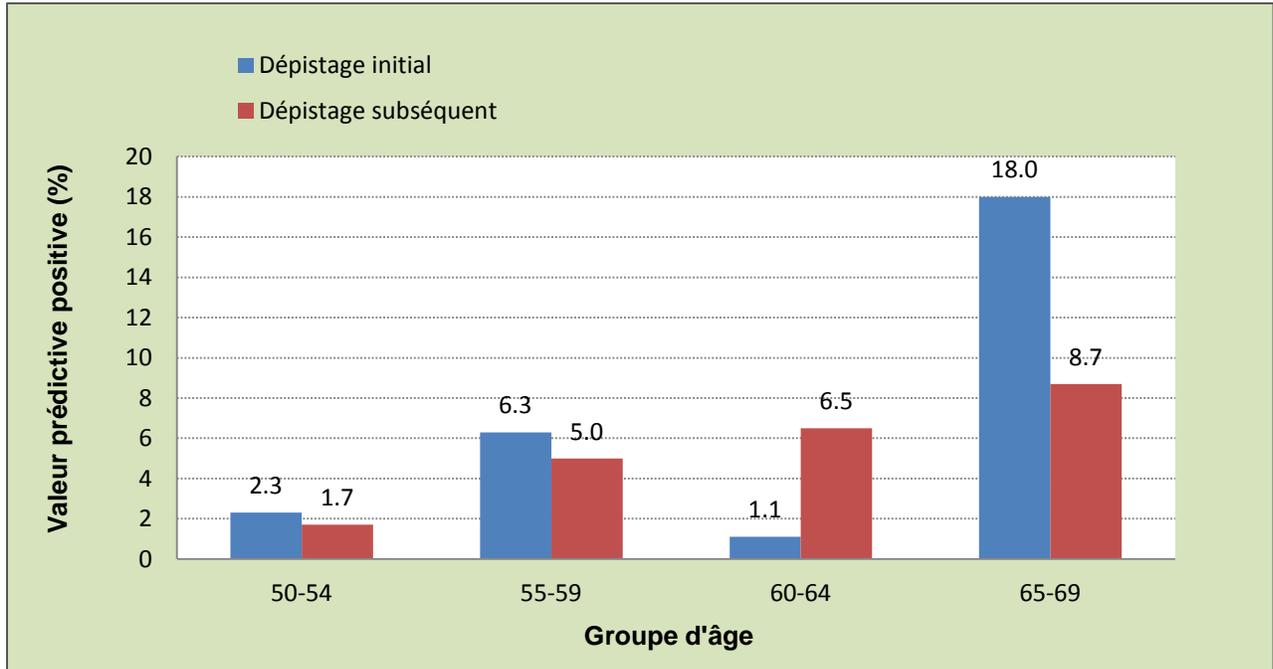


* La ZS 3 a enregistré, en 1996-1997, une valeur prédictive positive de 100,0 p. 100.

D25 : Valeur prédictive positive de la mammographie lors des dépistages subséquents chez les femmes de 50 à 69 ans, par année du dépistage et ZS, N.-B.



D26 : Valeur prédictive positive chez les femmes de 50 à 69 ans ayant eu recours aux services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, par type de dépistage et groupe d'âge, 2008-2009



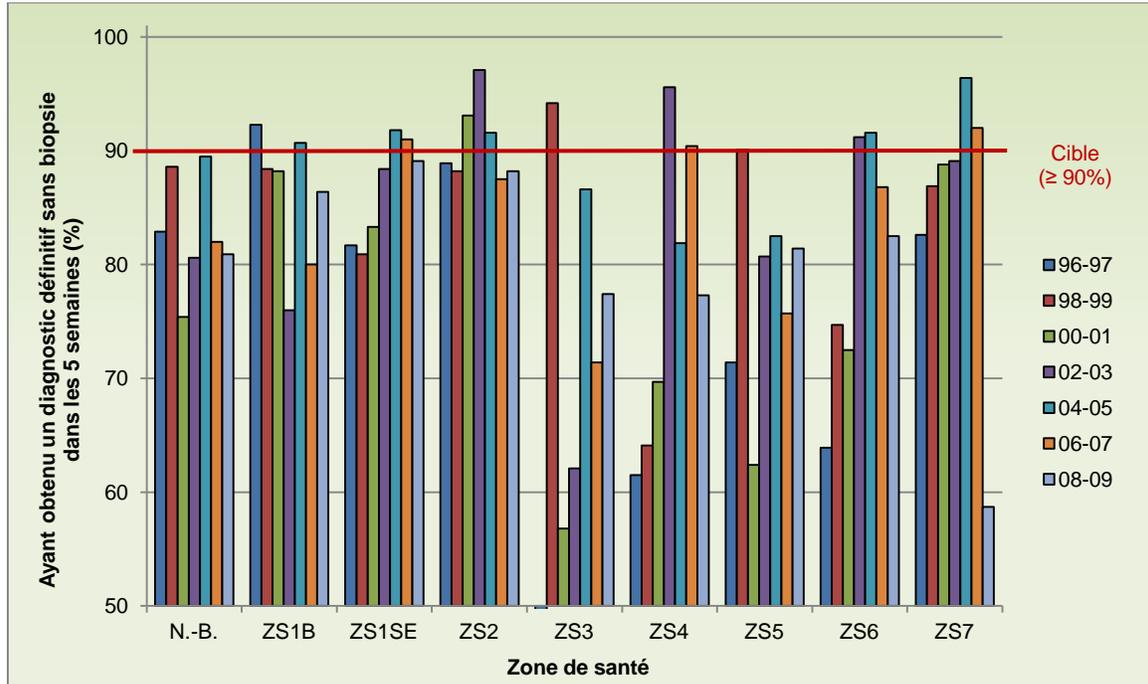
D27 : Intervalle diagnostique en cas de biopsie[†] chez les femmes de 50 à 69 ans, par année du dépistage et ZS, N.-B.

Année du dépistage	N.-B.	ZS 1B	ZS 1SE	ZS 2	ZS 3	ZS 4	ZS 5	ZS 6	ZS 7
Résolution sans biopsie, dans les 5 semaines (%)									
1996-1997	82,9	92,3	81,7	88,9	0,0	64,5	71,4	63,9	82,6
1998-1999	88,6	88,4	80,9	88,2	94,2	64,1	90,1	74,7	86,9
2000-2001	75,4	88,2	83,3	93,1	56,8	69,7	62,4	72,5	88,8
2002-2003	80,6	76,0	88,4	97,1	62,1	95,6	80,7	91,2	89,1
2004-2005	89,5	90,7	91,8	91,6	86,6	81,9	82,5	91,6	96,4
2006-2007	82,0	80,0	91,0	87,5	71,4	90,4	75,7	86,8	92,0
2008-2009	80,9	86,4	89,1	88,2	77,4	77,3	81,4	82,5	58,7
Résolution avec biopsie, dans les 7 semaines (%)									
1996-1997	46,4	100,0	37,0	45,0	44,4	75,0	53,3	40,6	90,0
1998-1999	46,0	36,2	32,1	51,5	44,8	100,0	59,3	40,6	48,8
2000-2001	45,3	20,0	43,8	70,6	32,2	55,6	43,5	43,8	38,0
2002-2003	48,2	18,8	42,5	75,7	39,3	56,0	33,3	31,7	40,9
2004-2005	47,5	50,0	34,4	80,5	33,1	43,4	28,6	34,3	55,3
2006-2007	45,1	73,3	35,3	70,3	34,8	43,8	17,1	37,5	62,9
2008-2009	50,4	65,5	41,0	70,8	49,6	39,1	26,1	49,1	43,6

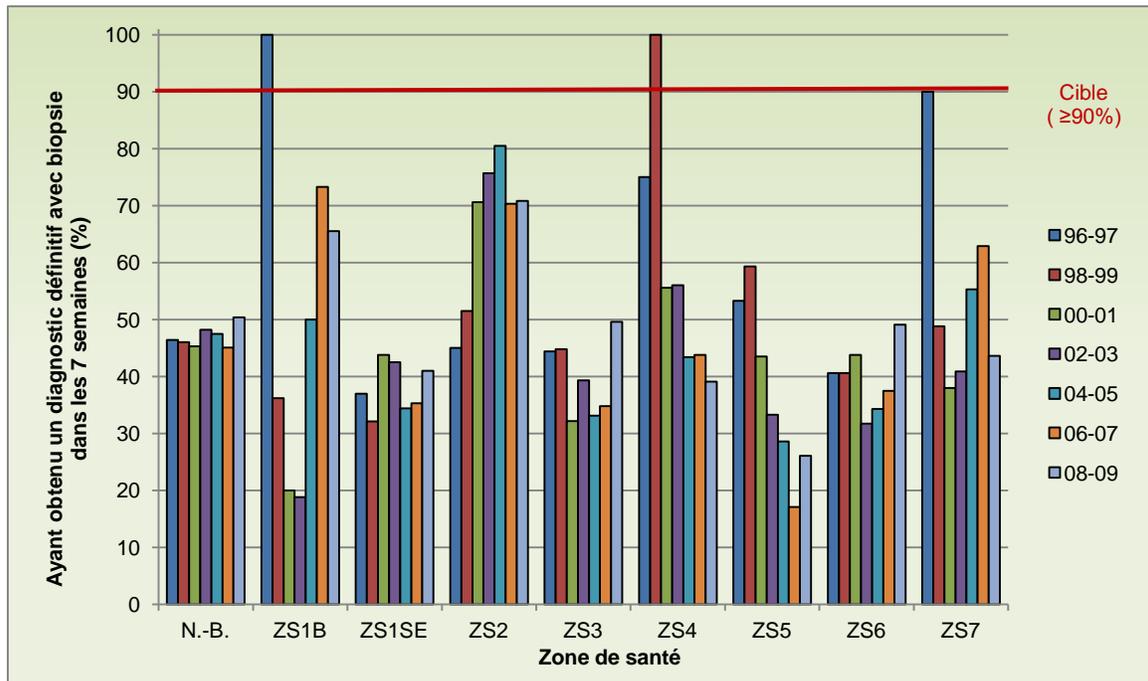
L'objectif national en ce qui concerne l'intervalle diagnostique est qu'au moins 90 p. 100 des cas ne nécessitant pas de biopsie soient résolus dans les 5 semaines suivant le dépistage et au moins 90 p. 100 de ceux nécessitant une biopsie, dans les 7 semaines.

[†]La ponction à l'aiguille fine n'est pas considérée comme une biopsie. Le temps nécessaire à l'établissement d'un diagnostic est calculé selon la date du premier résultat de biopsie anatomo-pathologique du cancer du sein (à l'exception des ponctions à l'aiguille fine et de toute intervention non concluante ou inadéquate) ou celle du dernier examen négatif ou de la dernière biopsie anatomo-pathologique négative.

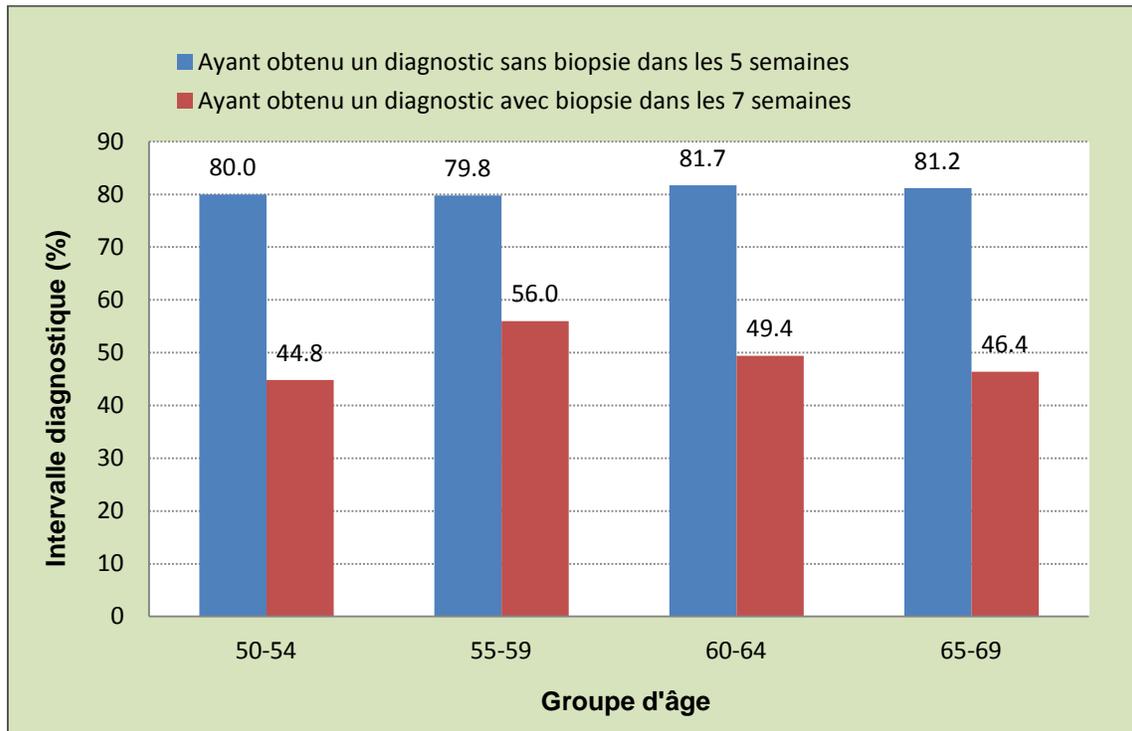
D28 : Pourcentage de femmes de 50 à 69 ans ayant obtenu un diagnostic définitif sans biopsie dans les 5 semaines, par année du dépistage et ZS, N.-B.



D29 : Pourcentage de femmes de 50 à 69 ans ayant obtenu un diagnostic définitif avec biopsie dans les 7 semaines, par année du dépistage et ZS, N.-B.



D30 : Intervalle diagnostique chez les femmes de 50 à 69 ans ayant eu recours aux services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, par date de résolution et groupe d'âge, 2008-2009



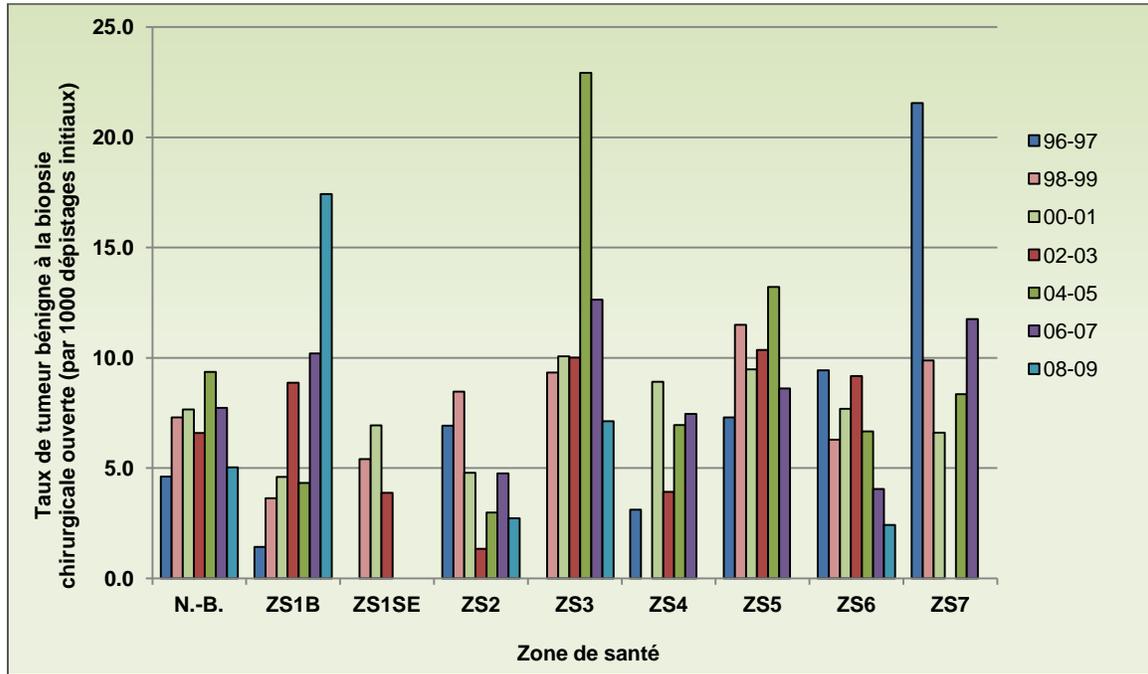
D31 : Taux de tumeurs bénignes (par 1 000 dépistages) à la biopsie chirurgicale ouverte, par année du dépistage et ZS, N.-B.

Année du dépistage	N.-B.	ZS 1B	ZS 1SE	ZS 2	ZS 3	ZS 4	ZS 5	ZS 6	ZS 7
<i>Dépistage initial</i>									
1996-1997	4,6	1,4	0,0	6,9	0,0	3,1	7,3	9,4	21,6
1998-1999	7,3	3,6	5,4	8,5	9,3	0,0	11,5	6,3	9,9
2000-2001	7,7	4,6	6,9	4,8	10,1	8,9	9,5	7,7	6,6
2002-2003	6,6	8,9	3,9	1,3	10,0	3,9	10,4	9,2	0,0
2004-2005	9,4	4,3	0,0	3,0	22,9	7,0	13,2	6,7	8,4
2006-2007	7,7	10,2	0,0	4,8	12,6	7,5	8,6	4,1	11,8
2008-2009	5,0	17,4	0,0	2,7	7,1	0,0	0,0	2,4	0,0
<i>Dépistage subséquent</i>									
1996-1997	6,0	1,6	0,0	7,3	0,0	4,5	0,0	8,6	-
1998-1999	3,7	1,8	2,5	3,9	3,2	1,2	9,5	7,0	6,9
2000-2001	3,7	1,5	3,8	2,6	7,2	4,4	4,1	3,9	3,7
2002-2003	3,2	2,6	0,9	1,7	6,0	2,5	2,5	4,0	3,8
2004-2005	2,7	3,3	0,8	0,8	5,1	3,0	3,0	2,1	2,9
2006-2007	2,5	5,3	0,0	1,4	3,2	1,7	2,6	1,8	1,4
2008-2009	1,5	3,4	0,2	0,5	2,0	2,6	0,9	1,2	0,0

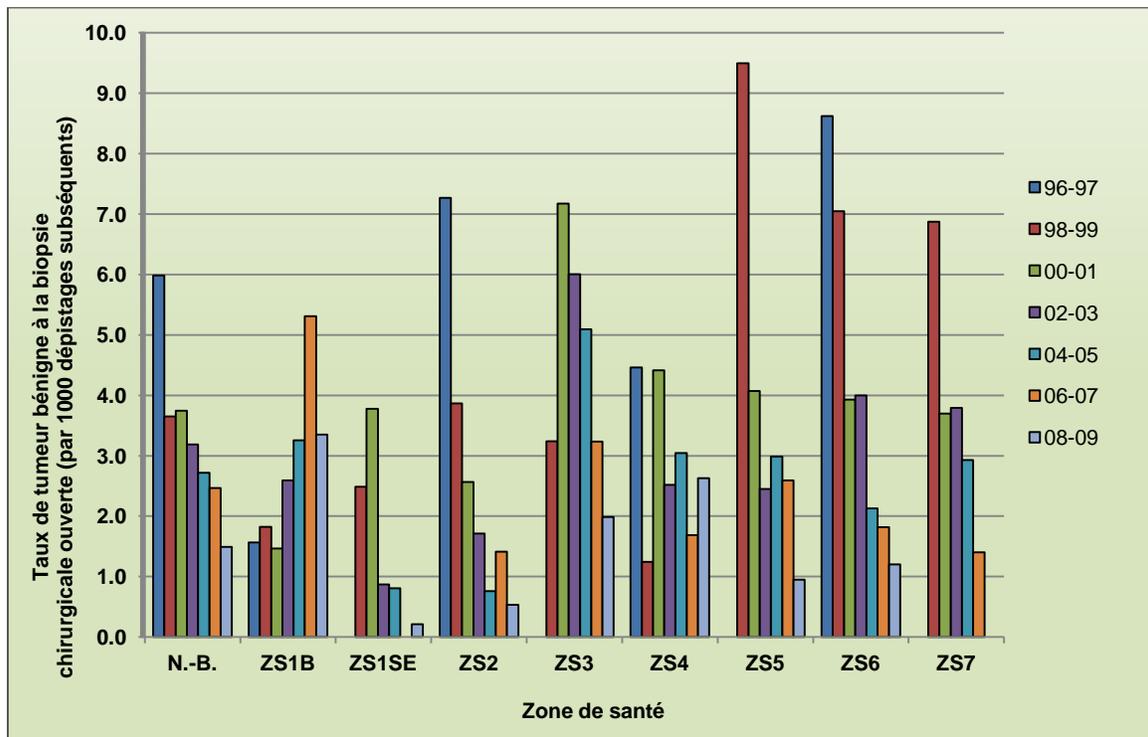
Aucun objectif national n'a été établi.

- : Aucune femme n'a subi de nouveau dépistage.

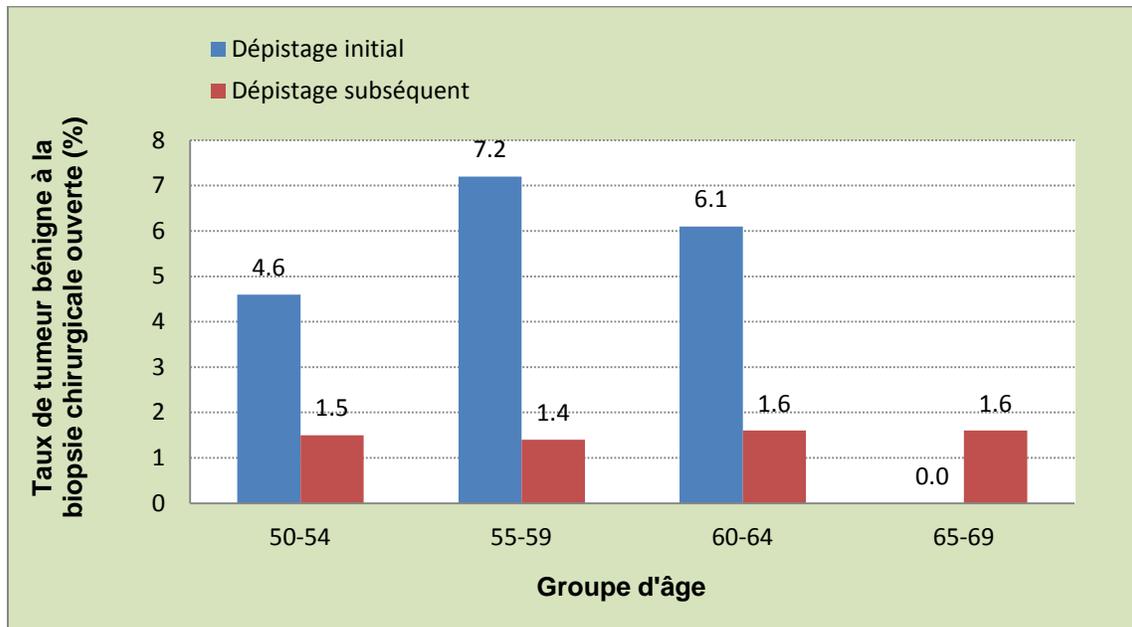
D32 : Taux de tumeur bénigne à la biopsie chirurgicale ouverte (par 1 000 dépistages) suivant le dépistage initial, par année du dépistage et ZS, N.-B.



D33 : Taux de tumeur bénigne à la biopsie chirurgicale ouverte (par 1 000 dépistages) suivant un dépistage subséquent, par année du dépistage et ZS, N.-B.



D34 : Taux de tumeur bénigne à la biopsie chirurgicale ouverte (par 1 000 dépistages) chez les femmes de 50 à 69 ans ayant eu recours aux services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, par type de dépistage et groupe d'âge, 2008-2009

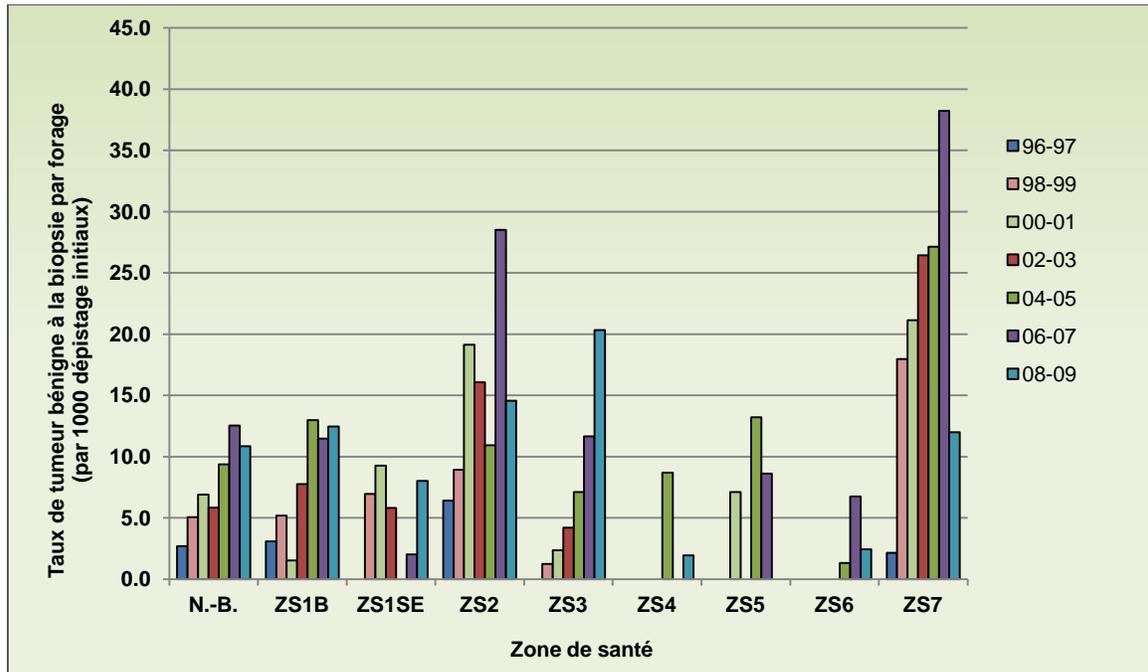


D35 : Taux de tumeurs bénignes (par 1 000 dépistages) à la biopsie par forage, par année du dépistage et ZS, N.-B.

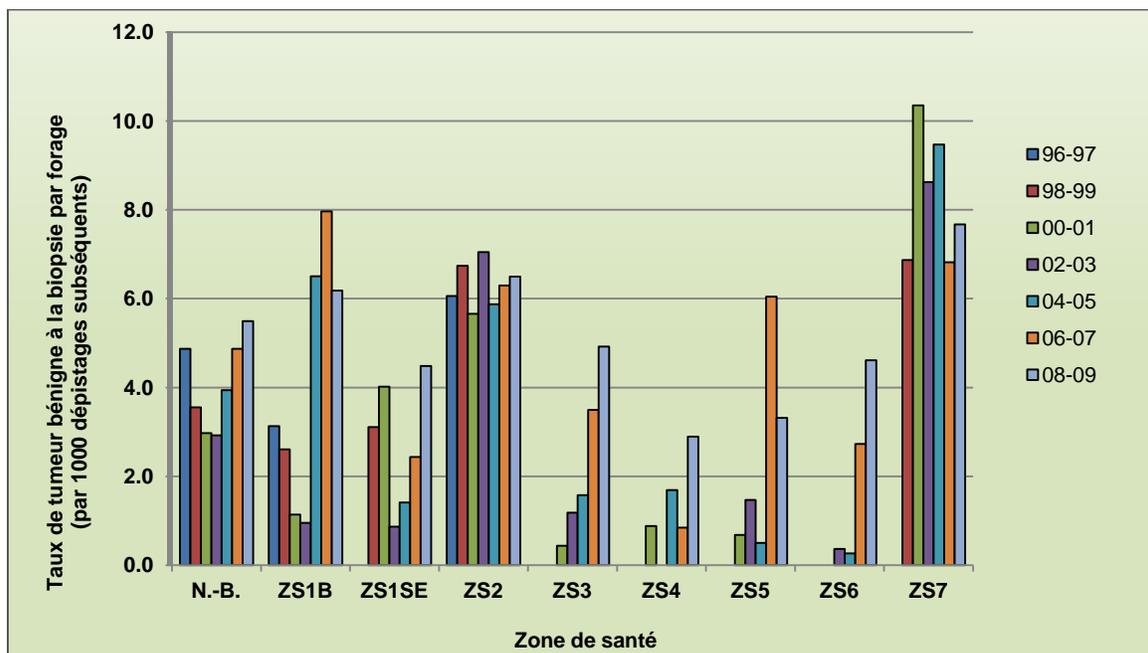
Année du dépistage	N.-B.	ZS 1B	ZS 1SE	ZS 2	ZS 3	ZS 4	ZS 5	ZS 6	ZS 7
<i>Dépistage initial</i>									
1996-1997	2,7	3,1	0,0	6,4	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2
1998-1999	5,1	5,2	7,0	8,9	1,2	0,0	0,0	0,0	18,0
2000-2001	6,9	1,5	9,3	19,1	2,3	0,0	7,1	0,0	21,1
2002-2003	5,8	7,8	5,8	16,1	4,2	0,0	0,0	0,0	26,4
2004-2005	9,4	13,0	0,0	10,9	7,1	8,7	13,2	1,3	27,1
2006-2007	12,5	11,5	2,0	28,5	11,7	0,0	8,6	6,8	38,2
2008-2009	10,9	12,5	8,0	14,6	20,3	1,9	0,0	2,4	12,0
<i>Dépistage subséquent</i>									
1996-1997	4,9	3,1	0,0	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1998-1999	3,6	2,6	3,1	6,7	0,0	0,0	0,0	0,0	6,9
2000-2001	3,0	1,1	4,0	5,7	0,4	0,9	0,7	0,0	10,4
2002-2003	2,9	1,0	0,9	7,0	1,2	0,0	1,5	0,4	8,6
2004-2005	3,9	6,5	1,4	5,9	1,6	1,7	0,5	0,3	9,5
2006-2007	4,9	8,0	2,4	6,3	3,5	0,8	6,0	2,7	6,8
2008-2009	5,5	6,2	4,5	6,5	4,9	2,9	3,3	4,6	7,7

Aucun objectif national n'a été établi.

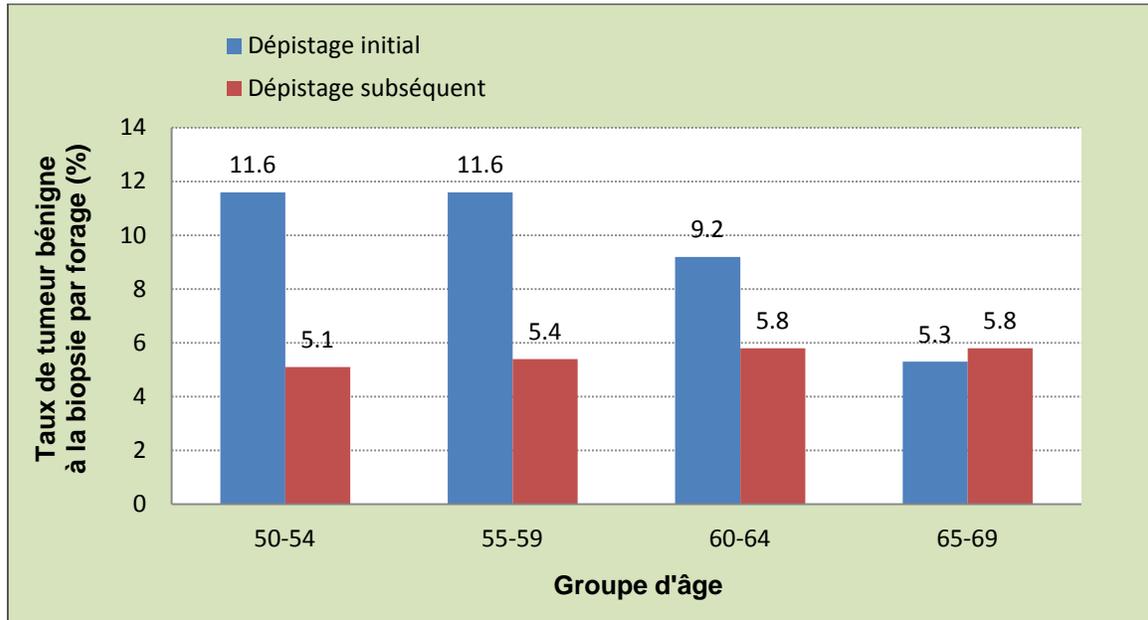
D36 : Taux de tumeur bénigne à la biopsie par forage (par 1 000 dépistages) suivant le dépistage initial, par année du dépistage et ZS, N.-B.



D37 : Taux de tumeur bénigne à la biopsie par forage (par 1 000 dépistages) suivant un dépistage subséquent, par année du dépistage et ZS, N.-B.



D38 : Taux de tumeur bénigne à la biopsie par forage (par 1 000 dépistages) chez les femmes de 50 à 69 ans ayant eu recours aux services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, par type de dépistage et groupe d'âge, 2008-2009



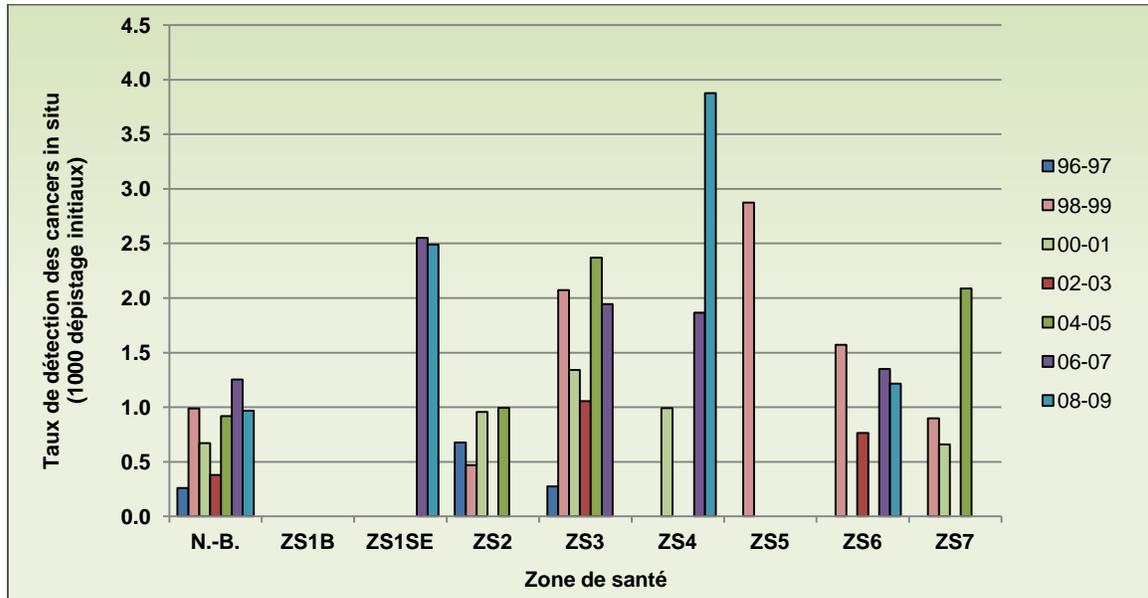
D39 : Taux de détection (par 1 000 dépistages) des cancers *in situ* chez les femmes de 50 à 69 ans, par année du dépistage et ZS, N.-B.

Année du dépistage	N.-B.	ZS 1B	ZS 1SE	ZS 2	ZS 3	ZS 4	ZS 5	ZS 6	ZS 7
Dépistage initial									
1996-1997	0,3	0,0	0,0	0,7	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
1998-1999	1,0	0,0	0,0	0,5	2,1	0,0	2,9	1,6	0,9
2000-2001	0,7	0,0	0,0	1,0	1,3	1,0	0,0	0,0	0,7
2002-2003	0,4	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,8	0,0
2004-2005	0,9	0,0	0,0	1,0	2,4	0,0	0,0	0,0	2,1
2006-2007	1,3	0,0	2,6	0,0	1,9	1,9	0,0	1,4	0,0
2008-2009	1,0	0,0	2,5	0,0	0,0	3,9	0,0	1,2	0,0
Dépistage subséquent									
1996-1997	0,2	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	-
1998-1999	0,6	0,6	0,0	1,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
2000-2001	0,7	0,9	0,5	0,8	0,7	0,0	1,4	1,1	0,0
2002-2003	1,0	0,7	0,8	1,2	1,0	0,5	1,5	1,1	0,7
2004-2005	0,7	0,2	1,0	0,3	1,0	0,3	0,5	0,8	0,7
2006-2007	0,9	0,2	1,7	0,9	1,0	0,0	2,2	0,5	0,4
2008-2009	0,8	0,2	1,8	0,4	0,5	1,1	1,9	1,2	0,6

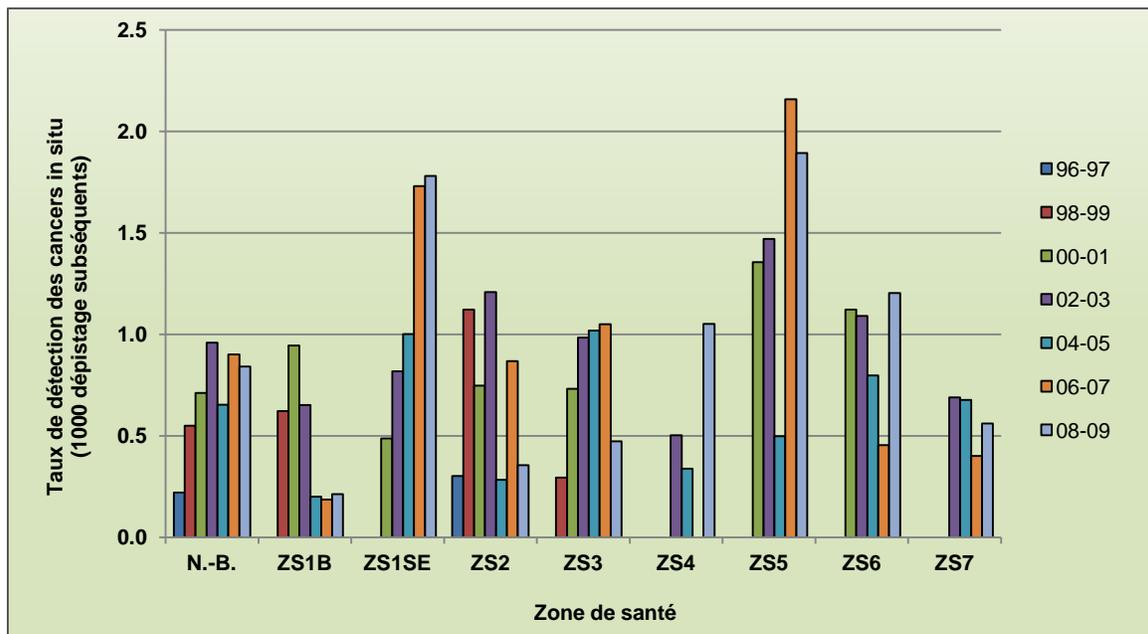
Aucun objectif national n'a été établi.

- : Aucune femme n'a subi de nouveau dépistage.

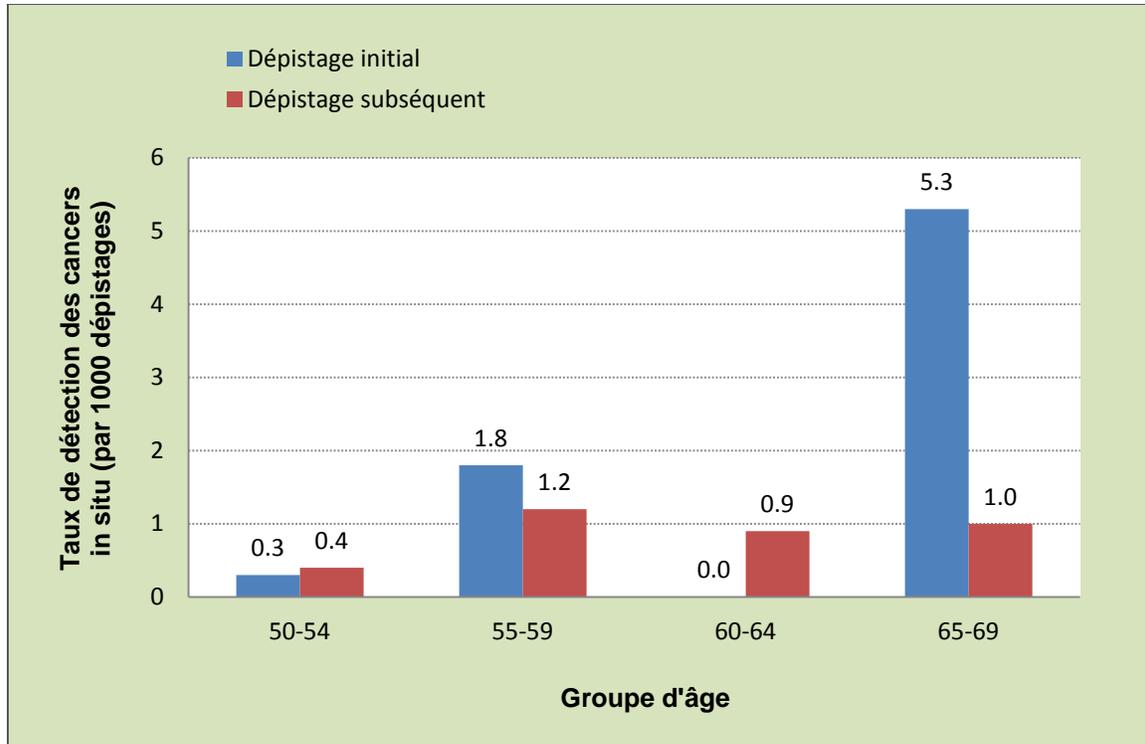
D40 : Taux de détection (par 1 000 dépistages) des cancers *in situ* lors du dépistage initial chez les femmes de 50 à 69 ans, par année du dépistage et ZS, N.-B.



D41 : Taux de détection (par 1 000 dépistages) des cancers *in situ* lors de dépistages subséquents chez les femmes de 50 à 69 ans, par année du dépistage et ZS, N.-B.



D42 : Taux de détection (par 1 000 dépistages) des cancers *in situ* chez les femmes de 50 à 69 ans ayant eu recours aux services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, par type de dépistage et groupe d'âge, 2008-2009



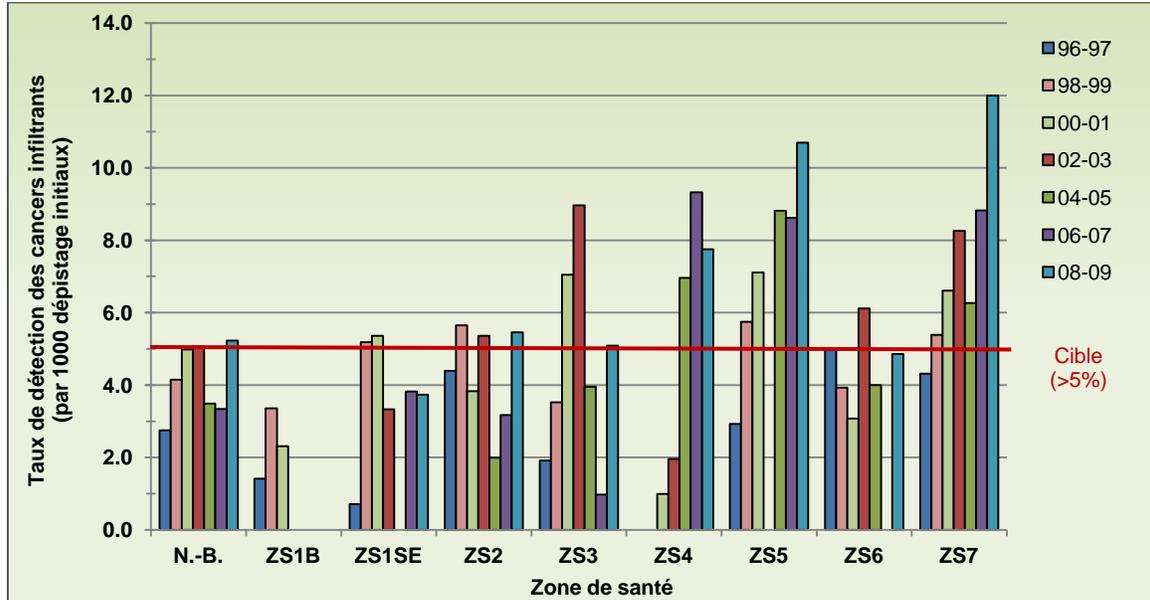
D43 : Taux de détection (par 1 000 dépistages) des cancers infiltrants à la mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans, par année du dépistage et ZS, N.-B.

Année du dépistage	N.-B.	ZS 1B	ZS 1SE	ZS 2	ZS 3	ZS 4	ZS 5	ZS 6	ZS 7
<i>Dépistage initial</i>									
1996-1997	2,7	1,4	0,7	4,4	1,9	0,0	2,9	5,0	4,3
1998-1999	4,1	3,4	5,2	5,6	3,5	0,0	5,7	3,9	5,4
2000-2001	5,0	2,3	5,4	3,8	7,0	1,0	7,1	3,1	6,6
2002-2003	5,1	0,0	3,3	5,4	9,0	2,0	0,0	6,1	8,3
2004-2005	3,5	0,0	0,0	2,0	4,0	7,0	8,8	4,0	6,3
2006-2007	3,3	0,0	3,8	3,2	1,0	9,3	8,6	0,0	8,8
2008-2009	5,2	0,0	3,7	5,5	5,1	7,8	10,7	4,9	12,0
<i>Dépistage subséquent</i>									
1996-1997	3,1	0,0	1,6	3,9	0,0	0,0	0,0	0,0	-
1998-1999	2,8	2,5	2,1	3,0	2,7	1,2	2,8	6,0	3,4
2000-2001	3,3	2,8	2,3	3,8	4,5	0,9	2,0	3,4	1,5
2002-2003	3,3	1,1	3,3	3,3	4,1	5,0	3,9	1,5	4,5
2004-2005	3,3	0,6	3,6	4,4	4,0	3,4	2,0	3,5	1,8
2006-2007	3,0	0,6	4,8	3,7	2,4	3,7	2,2	3,4	1,8
2008-2009	2,9	1,5	3,4	3,7	2,7	3,9	2,4	2,6	2,1

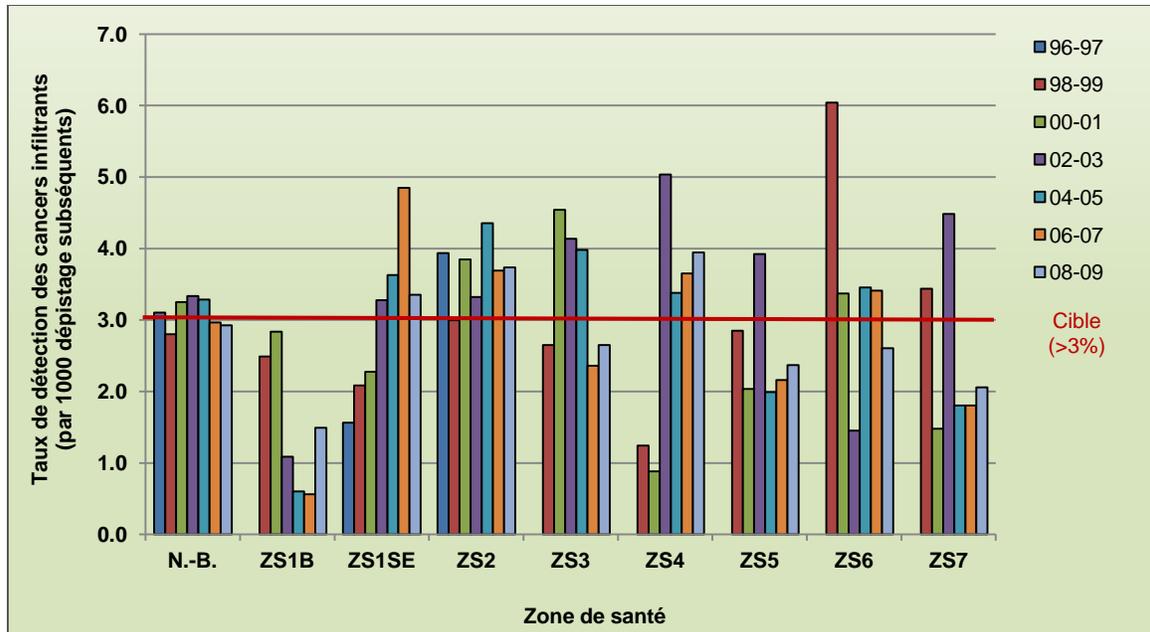
L'objectif national est que plus de 5 p. 100 des cancers infiltrants soient détectés au dépistage initial et plus de 3 p. 100 lors des dépistages subséquents.

- : Aucune femme n'a subi de nouveau dépistage.

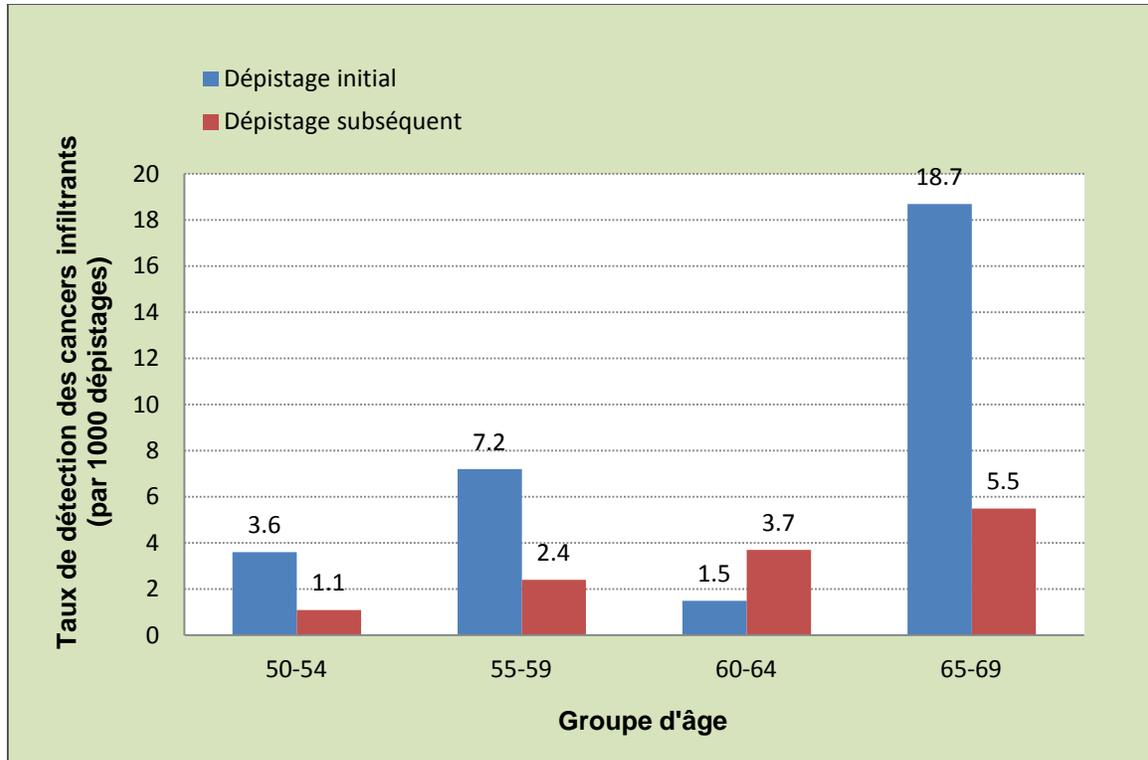
D44 : Taux de détection (par 1 000 dépistages) des cancers infiltrants à la mammographie lors du dépistage initial chez les femmes de 50 à 69 ans, par année du dépistage et ZS, N.-B.



D45 : Taux de détection (par 1 000 dépistages) des cancers infiltrants à la mammographie lors de dépistages subséquents chez les femmes de 50 à 69 ans, par année du dépistage et ZS, N.-B.



D46 : Taux de détection (par 1 000 dépistages) des cancers infiltrants chez les femmes de 50 à 69 ans ayant eu recours aux services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, par type de dépistage et groupe d'âge, 2008-2009



D47 : Taille de la tumeur infiltrante[†] chez les femmes de 50 à 69 ans, par année du dépistage et ZS, N.-B.

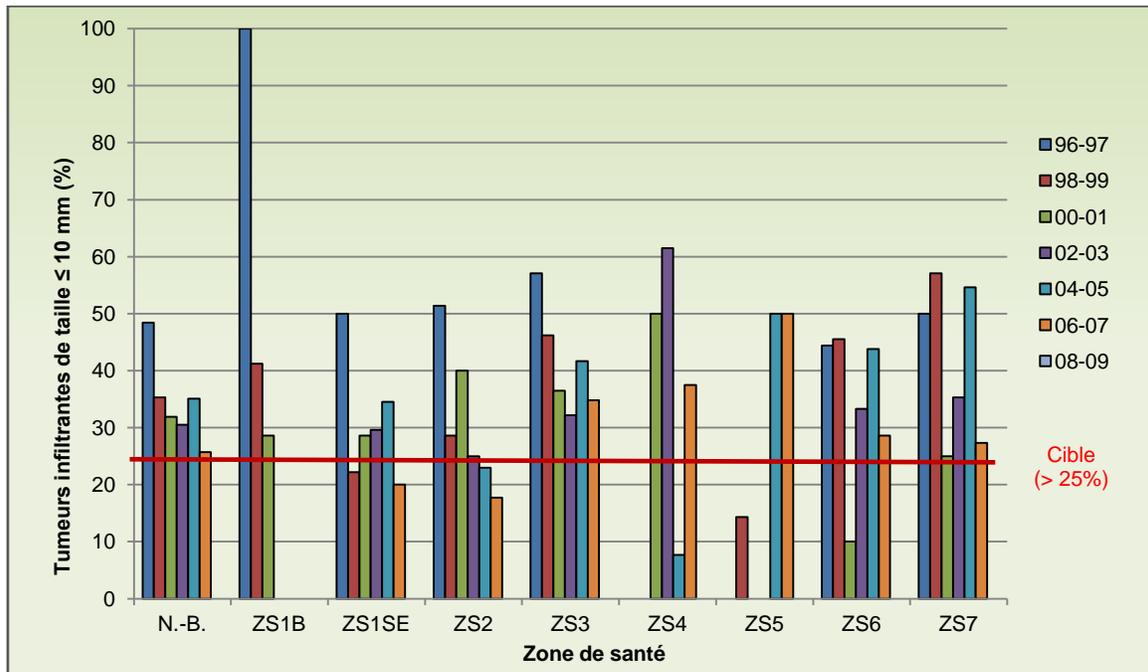
Année du dépistage	N.-B.	ZS 1B	ZS 1SE	ZS 2	ZS 3	ZS 4	ZS 5	ZS 6	ZS 7
Pourcentage de tumeurs de taille ≤ 10 mm									
1996-1997	48,4	100,0	50,0	51,4	57,1	0,0	0,0	44,4	50,0
1998-1999	35,3	41,2	22,2	28,6	46,2	0,0	14,3	45,5	57,1
2000-2001	31,9	28,6	28,6	40,0	36,5	50,0	0,0	10,0	25,0
2002-2003	30,5	0,0	29,6	25,0	32,2	61,5	0,0	33,3	35,3
2004-2005	35,1	0,0	34,5	23,0	41,7	7,7	50,0	43,8	54,6
2006-2007	25,7	0,0	20,0	17,7	34,8	37,5	50,0	28,6	27,3
2008-2009	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Pourcentage de tumeurs de taille ≤ 15 mm									
1996-1997	70,3	100,0	75,0	70,3	100,0	0,0	25,0	66,7	50,0
1998-1999	66,4	88,2	50,0	60,0	73,1	0,0	57,1	72,7	71,4
2000-2001	60,5	57,1	52,4	65,0	63,5	50,0	50,0	60,0	58,3
2002-2003	56,5	60,0	59,3	50,0	52,5	76,9	25,0	66,7	70,6
2004-2005	63,2	66,7	55,2	62,5	60,4	69,2	83,3	62,5	81,8
2006-2007	60,5	33,3	53,3	52,9	69,6	75,0	66,7	64,3	72,7
2008-2009	*	*	*	*	*	*	*	*	*

À l'échelle nationale, on tente de faire en sorte que plus de 25 p. 100 des tumeurs infiltrantes mesurent 10 mm ou moins et plus de 50 p. 100, 15 mm ou moins.

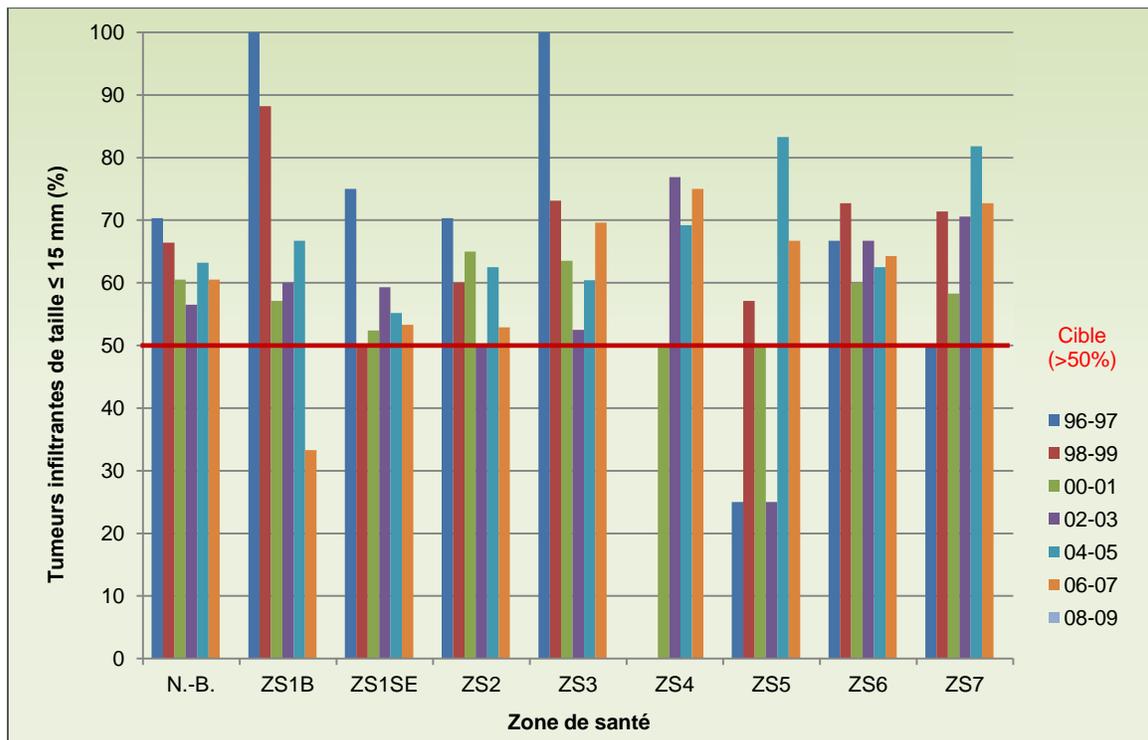
[†]Les valeurs manquantes sont exclues des calculs. Exprimée sous forme de proportion des cancers infiltrants détectés au dépistage pour lesquels nous disposons de données complètes concernant la taille de la tumeur.

^{*}Depuis 2008, le Registre du cancer du Nouveau-Brunswick utilise, pour le cancer du sein, la stadification concertée plutôt que le système de classification TNM de l'AJCC. Par souci de cohérence, les renseignements fournis dans ce tableau relativement à la taille des tumeurs du sein ne concernent que les années 1996 à 2007.

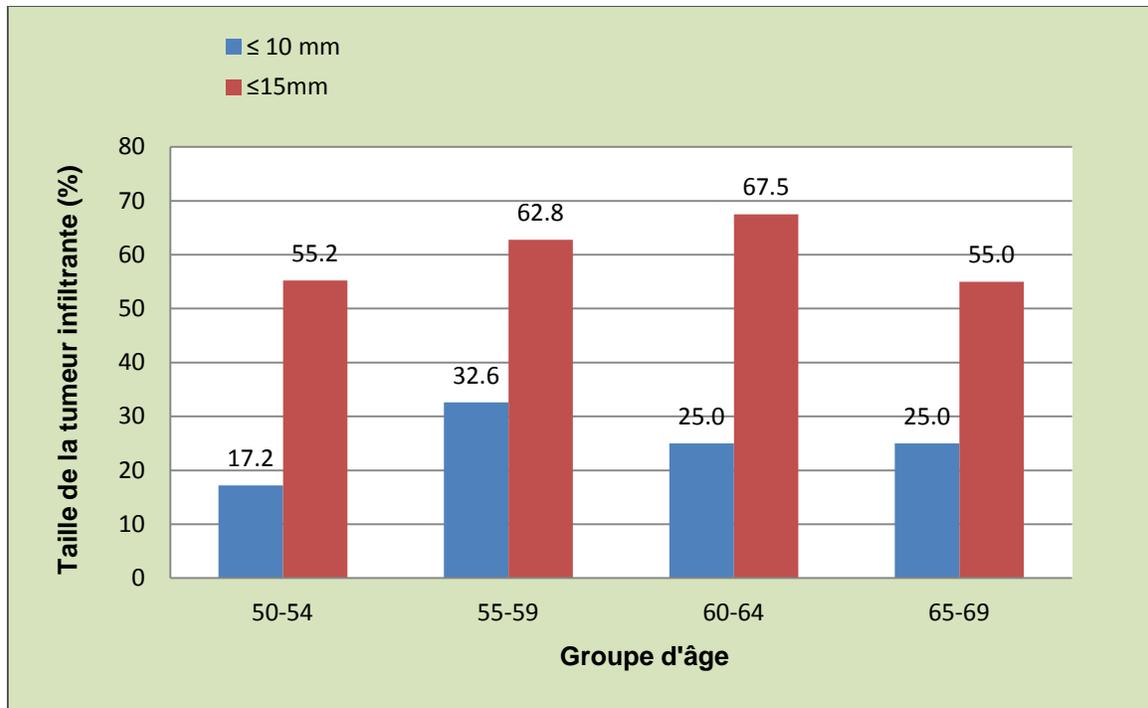
D48 : Pourcentage de tumeurs infiltrantes de taille ≤ 10 mm chez les femmes de 50 à 69 ans, par année du dépistage et ZS, N.-B.



D49 : Pourcentage de tumeurs infiltrantes de taille ≤ 15 mm chez les femmes de 50 à 69 ans, par année du dépistage et ZS, N.-B.



D50 : Taille de la tumeur infiltrante chez les femmes de 50 à 69 ans ayant eu recours aux services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, par groupe d'âge, 2006-2007

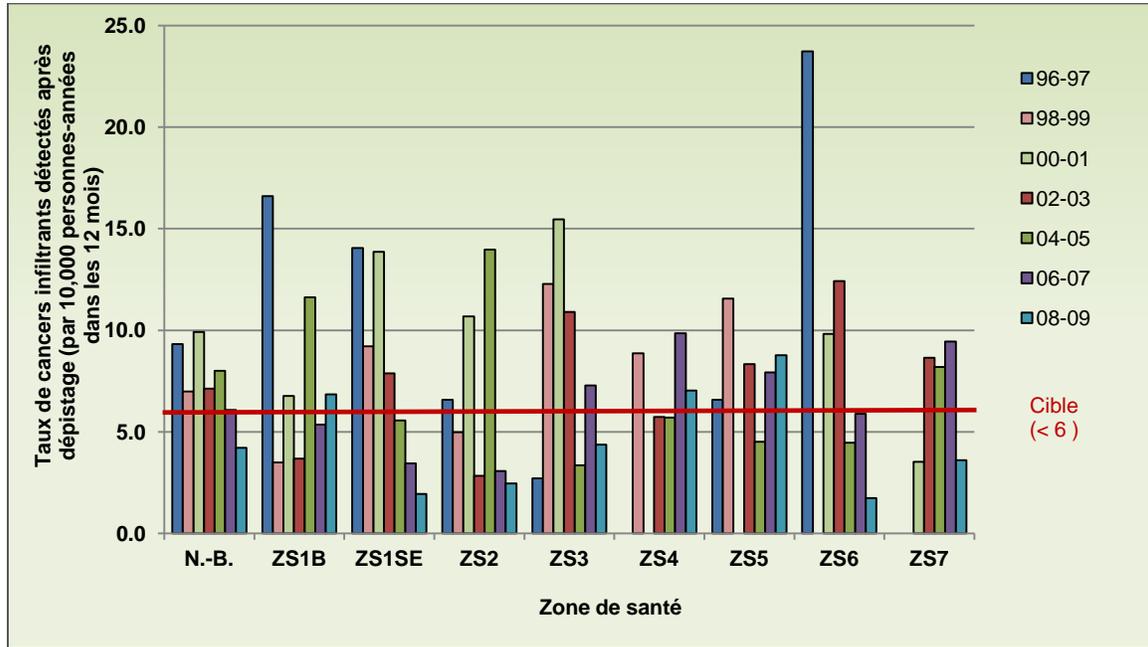


D51 : Taux de cancers infiltrants (par 10 000 personnes-années) détectés après le dépistage, par année du dépistage et ZS, N.-B.

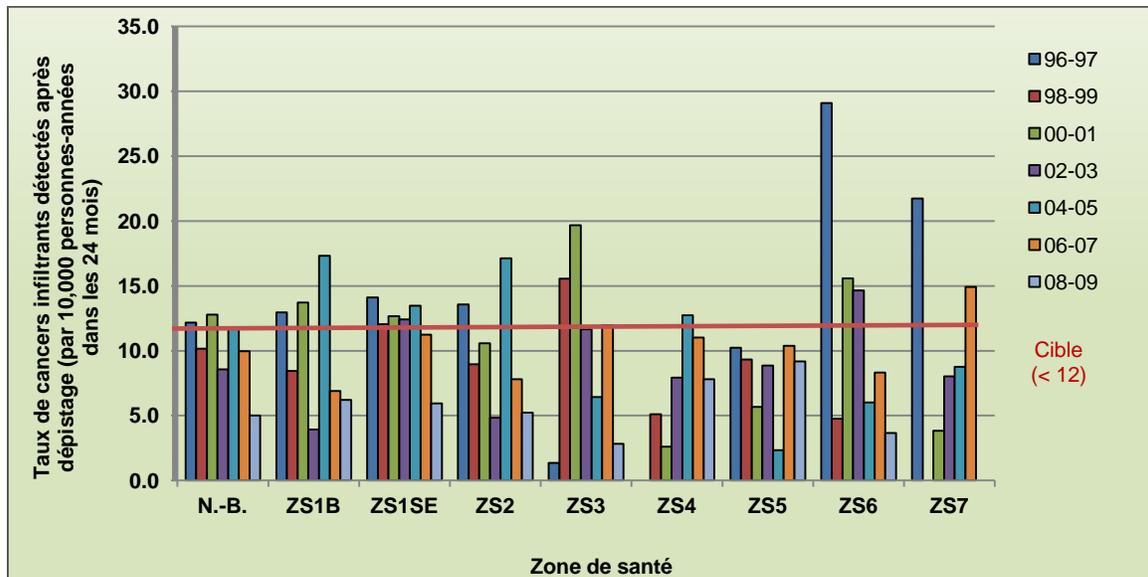
Année du dépistage	N.-B.	ZS 1B	ZS 1SE	ZS 2	ZS 3	ZS 4	ZS 5	ZS 6	ZS 7
<i>Dans les 12 mois</i>									
1996-1997	9,3	16,6	14,1	6,6	2,7	0,0	6,6	23,7	0,0
1998-1999	7,0	3,5	9,2	5,0	12,3	8,9	11,6	0,0	0,0
2000-2001	9,9	6,8	13,9	10,7	15,5	0,0	0,0	9,8	3,5
2002-2003	7,1	3,7	7,9	2,8	10,9	5,7	8,3	12,4	8,6
2004-2005	8,0	11,6	5,6	14,0	3,3	5,7	4,5	4,5	8,2
2006-2007	6,1	5,4	3,4	3,1	7,3	9,9	7,9	5,9	9,4
2008-2009	4,2	6,8	1,9	2,5	4,4	7,0	8,8	1,7	3,6
<i>Dans les 24 mois</i>									
1996-1997	12,2	13,0	14,1	13,6	1,4	0,0	10,2	29,1	21,7
1998-1999	10,2	8,4	12,0	9,0	15,5	5,1	9,3	4,8	0,0
2000-2001	12,8	13,7	12,7	10,6	19,7	2,6	5,7	15,6	3,8
2002-2003	8,6	3,9	12,4	4,8	11,7	7,9	8,9	14,6	8,0
2004-2005	11,7	17,3	13,5	17,1	6,4	12,7	2,3	6,0	8,8
2006-2007	10,0	6,9	11,3	7,8	12,0	11,0	10,4	8,3	14,9
2008-2009	5,0	6,2	5,9	5,2	2,8	7,8	9,2	3,7	3,5

L'objectif national est de moins de 6 cancers infiltrants par 10 000 personnes-années dans les 12 mois et de moins de 12 cancers infiltrants dans les 24 mois.

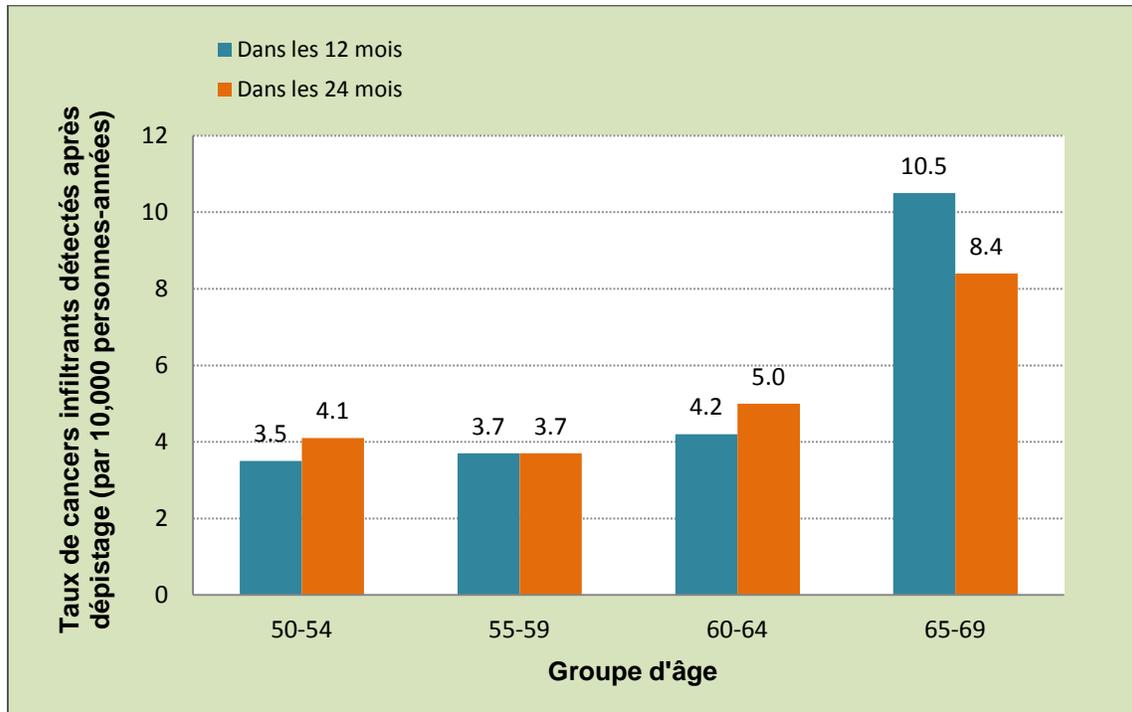
D52 : Taux de cancers infiltrants (par 10 000 personnes-années) détectés, dans le cadre du programme, dans les 12 mois suivant un examen de dépistage négatif, par année du dépistage et ZS, N.-B.



D53 : Taux de cancers infiltrants (par 10 000 personnes-années) détectés, dans le cadre du programme, dans les 24 mois suivant un examen de dépistage négatif, par année du dépistage et ZS, N.-B.



D54 : Taux de cancers infiltrants (par 10 000 personnes-années) détectés après le dépistage chez les femmes de 50 à 69 ans ayant eu recours aux services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, par groupe d'âge, 2008-2009



Glossaire

Asymptomatique

Une femme qui ne signale aucun symptôme et ne présente aucun signe de maladie.

Biopsie

Prélèvement d'un fragment de tissu aux fins d'examen microscopique, en vue de diagnostiquer une maladie.

Cancer du sein

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

Biopsie par forage

Biopsie moins invasive pouvant être effectuée sous anesthésie locale, sans que la patiente doive être hospitalisée. Au cours d'une intervention assistée par imagerie, un petit échantillon de tissu est prélevé aux fins d'analyse microscopique.

Diagnostic définitif

Le diagnostic définitif d'un cancer est le résultat de la première biopsie par forage ou biopsie chirurgicale ouverte confirmant sa présence. En de rares occasions, une biopsie par ponction à l'aiguille fine peut aussi être utilisée pour poser ce genre de diagnostic. Le diagnostic définitif d'un cas bénin est le dernier résultat de test négatif dans les six mois suivant un résultat anormal au dépistage.

Carcinome canalaire *in situ* (CCIS)

Tumeur du sein non infiltrante, causée par des cellules présentes sur les parois des canaux galactophores. Les cellules ne se sont pas propagées à l'extérieur du canal pour atteindre d'autres tissus du sein. Le CCIS est également désigné comme un cancer de stade 0.

Ponction à l'aiguille fine

Insertion d'une aiguille dans une lésion, d'où des cellules sont prélevées au moyen d'une seringue. Les cellules sont traitées par coloration et examinées en laboratoire par un cytologiste afin de déceler la présence de cellules malignes.

Dépistage initial

Première mammographie de dépistage réalisée chez une femme dans le cadre du programme organisé de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick.

Cancer d'intervalle

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

Cancer du sein infiltrant

Maladie au cours de laquelle les cellules atteintes par le cancer du sein ont pénétré les tissus mammaires environnants (s'y sont infiltrées). Comprend les stades I à IV d'un cancer.

Malin

Un cancer ou un carcinome.

Mammographie

Radiographie du sein utilisant compression et radiation afin d'en évaluer les tissus internes.

Épisode de dépistage normal

Épisode de dépistage aboutissant à des conclusions normales (absence de cancer). Englobe à la fois les mammographies de dépistage normales et les mammographies de dépistage anormales s'étant soldées par des résultats normaux (absence de cancer).

Biopsie chirurgicale ouverte

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

Personnes-années à risque

Dans les 12 ou 24 mois suivant un épisode de dépistage négatif (normal), les femmes courent le risque qu'un cancer soit détecté après dépistage; elles sont comptabilisées au dénominateur pour chaque année ou fraction d'année comprise dans la période précédant la détection d'un cancer post-dépistage ou le prochain dépistage régulier dans le cadre du programme.

Cancer détecté après le dépistage

Cancer survenant après la période recommandée de 12 ou de 24 mois chez des femmes ne s'étant pas présentées pour leur suivi annuel ou bisannuel, selon le cas (cancers de non-observance), ou chez des femmes ayant développé des symptômes entre leurs examens de dépistage réguliers (cancer d'intervalle).

Cas prévalents de cancer

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

Dépistage subséquent

Dépistage effectué après un examen initial dans le cadre du Programme de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick. Au nombre des femmes devant se présenter à un dépistage subséquent figurent notamment les femmes ayant manqué un cycle prévu de dépistage.

Mammographie de dépistage

Examen radiographique des seins chez les femmes asymptomatiques, en vue de détecter le cancer alors qu'il est encore petit, impalpable et confiné à ce seul siège.

Cancer détecté au dépistage

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

Références

1. Comité directeur de la Société canadienne du cancer, *Statistiques canadiennes sur le cancer 2012*, Toronto, Société canadienne du cancer, 2012.
2. Agence de santé publique du Canada, *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada : rapport sur la performance des programmes en 2001 et en 2002*, Ottawa, l'Agence, 2005, n° de catalogue HP32-1/2002.
3. Agence de la santé publique du Canada, *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada : rapport sur la performance des programmes en 2003 et en 2004*, Ottawa, l'Agence, 2008, n° de catalogue HP32-1/2004F-PDF.
4. Agence de la santé publique du Canada, *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada : rapport sur la performance des programmes en 2005 et en 2006*, Ottawa, l'Agence, 2011, n° de catalogue HP32-1/2006F.
5. B. Zhang et coll., *Le cancer au Nouveau-Brunswick 2002-2006*, Fredericton, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, juillet 2010.
6. Comité directeur de la Société canadienne du cancer, *Statistiques canadiennes sur le cancer 2009*, Toronto, Société canadienne du cancer, 2009.
7. Nouveau-Brunswick, ministère de la Santé, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick, *Amélioration du programme de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick : Examen et recommandations : conseils au ministre*, octobre 2008.
8. SAS INSTITUTE, INC. SAS Statistical Software, version 9.2. Cary, Caroline du Nord, États-Unis.
9. ESRI 2011. ArcGIS Desktop 10. Redlands, Californie : Environmental Systems Research Institute.
10. Action Cancer Ontario, *Ontario Breast Screening Program 20th Anniversary Report (1990-2010)*, Toronto, chez l'auteur, 2010.

Formulaire d'évaluation

Faites-nous part de vos commentaires. Si vous avez des suggestions ou des commentaires qui pourraient nous aider à améliorer nos publications, veuillez remplir le formulaire d'évaluation ci-dessous et le retourner à l'adresse suivante :

**Ministère de la Santé
Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick
C.P. 5100
520, rue King, Place-HSBC, 2^e étage
Fredericton (N.-B.) E3B 5G8**

1. Nous aimerions en connaître davantage sur nos lecteurs. Veuillez cocher la case qui vous décrit le mieux en tant que lecteur du présent rapport :

- Planificateur ou responsable des politiques en matière de soins de santé
- Intervenant dans le domaine des soins contre le cancer, de la prévention ou du traitement du cancer
- Médecin
- Autre professionnel de la santé
- Chercheur
- Enseignant
- Journaliste
- Patient atteint du cancer ou survivant
- Autre _____

2. Veuillez classer chaque section du rapport en fonction de son utilité :

	Inutile	Assez utile	Très utile
<i>Introduction</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sommaire</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Méthodes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Résultats</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Conclusions et autres considérations</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Annexes A à D</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Glossaire</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Les figures et les tableaux fournissent-ils des renseignements utiles?

4. Avez-vous d'autres suggestions pour l'amélioration de nos publications?
