



**PARTENARIAT
CANADIEN CONTRE
LE CANCER**



Dépistage du cancer du sein au Canada

ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT

Version 1.1

Dernière mise à jour le 13 janvier 2021

2019-2020

Contexte

Le Partenariat canadien contre le cancer recueille des renseignements, à l'échelon national, provincial et territorial, à propos des lignes directrices, des stratégies et des activités de dépistage du cancer du sein.

Cette analyse de l'environnement résume les données recueillies auprès des programmes provinciaux et territoriaux de dépistage, et vise à fournir des renseignements sur lesquels pourront s'appuyer les décideurs provinciaux et territoriaux en matière de politiques et de pratiques.

Les données rassemblées en vue de cette analyse de l'environnement ont été recueillies en juin et en juillet 2019, toutes les provinces et tous les territoires ayant fourni les renseignements demandés. Bon nombre de provinces et de territoires ont également actualisé leurs données au début de 2020. En raison de la pandémie de COVID-19, certaines des données incluses n'ont pas été vérifiées par les programmes de dépistage provinciaux et territoriaux avant leur publication.

Remerciements

La production de la présente analyse de l'environnement a été rendue possible grâce au soutien financier de Santé Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne sont pas nécessairement celles de Santé Canada.

Le Partenariat canadien contre le cancer tient à remercier les provinces et les territoires pour leur contribution en matière d'extraction et de soumission de données.

Citation suggérée : Partenariat canadien contre le cancer. (2020). *Dépistage du cancer du sein au Canada : analyse de l'environnement 2019-2020*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.

Partenariat canadien contre le cancer
145, rue King Ouest, bureau 900
Toronto (Ontario) M5H 1J8

Pour en savoir plus sur cette publication, veuillez adresser un courriel à : screening@partenariatcontrelcancer.ca.

Table des matières

CONTEXTE.....	2	3.1 SUIVI APRÈS UN RÉSULTAT DE MAMMOGRAPHIE NORMAL.....	29
REMERCIEMENTS.....	2	3.2 INVITATION À UN NOUVEAU RENDEZ-VOUS APRÈS UN RÉSULTAT DE MAMMOGRAPHIE NORMAL.....	31
TABLE DES MATIÈRES.....	3	3.3 SUIVI APRÈS UN RÉSULTAT DE MAMMOGRAPHIE ANORMAL.....	33
PRINCIPAUX FAITS SAILLANTS – 2019-2020.....	4	3.4 STRATÉGIES POUR ATTEINDRE LA CIBLE EN MATIÈRE DE TAUX DE RAPPEL POUR ANOMALIE.....	40
STRATÉGIE CANADIENNE DE LUTTE CONTRE LE CANCER 2019-2029.....	5		
RÉSUMÉ.....	8	4. DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN CHEZ LES PERSONNES PRÉSENTANT UN RISQUE ACCRU OU ÉLEVÉ.....	45
1. PROGRAMMES ET LIGNES DIRECTRICES DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN.....	10	4.1 DÉPISTAGE CHEZ LES PERSONNES PRÉSENTANT UN RISQUE ACCRU.....	45
1.1 PARCOURS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN.....	10	4.2 DENSITÉ MAMMAIRE.....	51
1.2 LIGNES DIRECTRICES DU GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS.....	11	4.3 DÉPISTAGE CHEZ LES PERSONNES PRÉSENTANT UN RISQUE ÉLEVÉ.....	57
1.3 PROGRAMMES DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN AU CANADA..	13	5. PROJETS PILOTES ET ÉTUDES EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN.....	61
1.4 LIGNES DIRECTRICES PROVINCIALES ET TERRITORIALES SUR LE DÉPISTAGE.....	16	6. SENSIBILISATION DE LA POPULATION.....	73
1.5 MÉTHODES DE RECRUTEMENT POUR LE DÉPISTAGE.....	18	6.1 CADRE POUR DES INTERVENTIONS D'AMÉLIORATION DU DÉPISTAGE DU CANCER.....	73
1.6 PRISE DE RENDEZ-VOUS POUR UN EXAMEN DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN.....	21	6.2 PREMIÈRES NATIONS, INUITS ET MÉTIS.....	74
2. MODALITÉS DU DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN.....	24	6.3 POPULATIONS FAISANT L'OBJET D'UN DÉPISTAGE INSUFFISANT..	88
2.1 TECHNIQUE DE MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE.....	24	6.4 COMMUNAUTÉS LGBTQ2S+.....	103
2.2 AUTRES MODALITÉS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN.....	27	7. RÉFÉRENCES.....	104
3. MÉTHODES DE CORRESPONDANCE ET DE SUIVI POUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN.....	29		

Principaux faits saillants – 2019-2020

- ◆ Douze provinces et territoires offrent, au Canada, des programmes de dépistage organisé du cancer du sein, le Nunavut n'en étant pas doté.
- ◆ La plupart des provinces et des territoires recommandent un dépistage par mammographie tous les deux ans, à partir de 50 ans et jusqu'à 74 ou 75 ans, chez les personnes asymptomatiques présentant un risque moyen de cancer du sein.
- ◆ Dans la plupart des provinces et des territoires, il est possible d'accéder au programme de dépistage du cancer du sein directement ou sur la recommandation d'un médecin. Six provinces ont, en outre, recours à des lettres d'invitation comme méthode de recrutement.
- ◆ On a fréquemment recours à la mammographie comme examen de dépistage initial du cancer du sein. Le recours à d'autres modalités que la mammographie peut dépendre du degré de risque que présente la personne.
- ◆ Tous les programmes envoient une lettre de résultats aux personnes ayant obtenu un résultat de mammographie normal. En cas de résultat anormal, les programmes envoient une lettre de résultats aux fournisseurs de soins primaires (FSP) et aux participantes. Certaines provinces et certains territoires effectuent également un suivi téléphonique auprès des participantes pour les informer de leurs résultats et fixer un rendez-vous de suivi.
- ◆ Dix provinces et territoires canadiens ont mis en œuvre des stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer du sein chez les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis.
- ◆ Neuf provinces et un territoire ont mis en œuvre des stratégies visant à favoriser la participation des populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant.

Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029

Depuis son lancement en 2006, la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (la Stratégie) a contribué à réduire le fardeau du cancer pour la population canadienne et s'est avérée un puissant vecteur de changement et d'amélioration. Toutefois, le panorama du cancer a considérablement évolué depuis l'élaboration initiale de la Stratégie et, s'il est vrai que la nouvelle situation présente des possibilités inédites, il n'en demeure pas moins qu'elle offre également son lot de nouveaux défis. En 2019, le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) a publié une version actualisée de la [Stratégie canadienne de lutte contre le cancer](#), consistant en une feuille de route sur dix ans visant à améliorer l'équité au sein du système de lutte contre le cancer et à offrir des soins de calibre mondial à l'ensemble de la population canadienne, tout en préservant la durabilité du système de santé pour les générations futures.

En tant que coordonnateur de la Stratégie, le Partenariat a dirigé le processus de modernisation et de renouvellement. Dans ce cadre, il a établi un dialogue avec la population de toutes les provinces et de tous les territoires, pour mieux cerner les répercussions du cancer sur la vie des gens et pour déterminer leurs attentes vis-à-vis d'une stratégie nationale de lutte contre la maladie. Bien que la vision de la Stratégie demeure tout aussi pertinente aujourd'hui qu'elle l'était il y a dix ans, ses priorités et les mesures qu'elle préconise ont été modernisées et actualisées, afin de veiller à ce qu'elles conservent tout leur bien-fondé pour continuer à orienter nos efforts collectifs dans les années à venir.

La Stratégie actualisée constitue un plan visionnaire et ambitieux, non seulement pour le système de lutte contre le cancer, mais également pour l'ensemble du système de santé. S'appuyant sur une base déjà solide, elle fournit un ensemble cible de priorités et de mesures qui permettront de relever les défis actuels et persistants entravant la prestation de soins de qualité.

La Stratégie invite la communauté de la lutte contre le cancer à continuer à prioriser l'efficacité des programmes de dépistage existants. Il s'agit notamment de poursuivre la mise en œuvre de mesures visant, d'une part, à garantir que les programmes de dépistage ciblent les bonnes personnes, au bon moment, en ayant recours aux méthodes recommandées, et, d'autre part, à éliminer les obstacles entravant une participation élevée à ces programmes, notamment celle des populations au sein desquelles le dépistage est insuffisant. Il arrive souvent que les patients résidant dans des collectivités rurales et/ou éloignées doivent se rendre dans des centres urbains pour bénéficier de services de dépistage et de suivi. Bien qu'elle prenne acte du fait qu'il est impossible d'offrir l'ensemble des services et des traitements dans toutes les collectivités canadiennes, la Stratégie n'en appelle pas moins à l'adoption de solutions innovantes susceptibles de faciliter la prestation des soins contre le cancer à plus grande proximité du domicile des patients.

Figure 1 : Priorité 2 de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer



PRIORITÉ 2

Diagnostiquer le cancer plus rapidement, avec exactitude et à un stade plus précoce



Mesure 2 : Renforcer les efforts de dépistage existants et mettre en œuvre des programmes de dépistage du cancer du poumon dans tout le Canada

Figure 2 : Priorité 4 de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer



PRIORITÉ 4

Éliminer les obstacles qui empêchent les gens d'obtenir les soins dont ils ont besoin



Mesure 1 : Fournir de meilleurs services et soins, qui soient adaptés aux besoins précis des groupes mal desservis






Mesure 2 : S'assurer que les collectivités rurales et éloignées ont les ressources nécessaires pour mieux servir leur population

Les Premières Nations, les Inuits et les Métis continuent de connaître de moins bons résultats en matière de cancer que le reste de la population canadienne et doivent faire face à des inégalités et à des obstacles dans l'accès aux soins (particulièrement à des soins adaptés à la culture)^{1,2,3,4,5}. S'il est vrai que certains des problèmes que rencontrent ces populations sont comparables aux obstacles que d'autres collectivités mal desservies, éloignées, rurales ou isolées doivent surmonter au Canada, il n'en demeure pas moins que le contexte historique et la réalité contemporaine des

Premières Nations, des Inuits et des Métis amplifient les difficultés de ces groupes.

Dans ce cadre, la Stratégie recense des priorités propres aux peuples autochtones et des mesures correspondantes requises qui rendent compte de ce que le Partenariat a entendu au cours du processus de dialogue avec la population. Ces priorités et ces mesures constituent un élément important de la Stratégie actualisée.

Figure 3 : Priorités propres aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer

	PREMIÈRES NATIONS	INUITS	MÉTIS
<p>PRIORITÉ 6</p> <p>Des soins adaptés à la culture dispensés plus près du domicile</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Reconnaître et refléter l'approche holistique des Premières Nations envers la santé et le bien-être 2 Reconnaître et éliminer les répercussions du racisme au sein du système 3 Fournir un accès équitable à des mesures de soutien de base en matière de santé et à des services liés au cancer 4 Fournir davantage de services plus près du domicile et améliorer les déplacements nécessaires pour l'accès aux soins 5 Améliorer la compréhension du cancer et du parcours de lutte contre la maladie 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Fournir un accès équitable à des services liés au cancer plus près du domicile 2 Améliorer les politiques sur les déplacements 3 Intégrer des approches holistiques inuites à la santé et au bien-être dans le cadre des soins contre le cancer 4 Reconnaître et éliminer le racisme au sein du système 5 Améliorer l'accès aux mesures de soutien de base en matière de santé 6 Améliorer la compréhension du cancer et du parcours de lutte contre la maladie 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Fournir un accès équitable aux ressources, aux programmes et aux soins tout au long du parcours de lutte contre le cancer 2 Créer un système holistique adapté à la culture métisse 3 Reconnaître et éliminer le racisme au sein du système 4 Améliorer l'accès aux mesures de soutien de base en matière de santé 5 Améliorer la compréhension du cancer et du parcours de lutte contre la maladie
<p>PRIORITÉ 7</p> <p>Des soins contre le cancer propres aux peuples autochtones et déterminés par ces derniers</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Concevoir et offrir des programmes et des services déterminés par les Premières Nations 2 Réduire les obstacles à l'échelle des territoires de compétence 3 Améliorer la communication, la navigation et la coordination à l'échelle du système 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Concevoir et offrir des programmes et des services régis par les Inuits 2 Améliorer la coordination et la navigation des soins 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Concevoir et offrir des programmes et des services déterminés par les Métis 2 Réduire les obstacles juridiques et améliorer la communication, la navigation et la coordination
<p>PRIORITÉ 8</p> <p>Des recherches et des systèmes de données régis par les Premières Nations, les Inuits ou les Métis</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Recueillir des données propres aux Premières Nations et établir des indicateurs et des cibles qui le sont également 2 Investir dans la capacité de recherche des Premières Nations 3 Mettre en place la gouvernance des Premières Nations pour la collecte et l'utilisation de données, ainsi que pour la recherche 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Recueillir des données propres aux Inuits et en faire rapport 2 Déterminer les répercussions de la contamination environnementale sur la santé des Inuits, particulièrement le risque de cancer 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Recueillir des données propres aux Métis et établir des indicateurs et des résultats déterminés par ceux-ci 2 Investir dans la capacité de recherche des Métis

Résumé

La plupart des provinces et des territoires au Canada offrent des programmes de dépistage organisé du cancer du sein ([tableau 1](#)). Ces programmes s'adressent aux personnes asymptomatiques, c'est-à-dire ne présentant ni signes ni symptômes de la maladie. Dans les régions où il n'existe pas de programme de dépistage organisé, un fournisseur de soins primaires (FSP) peut offrir des services de dépistage opportuniste.

La plupart des provinces et des territoires recommandent un dépistage par mammographie tous les deux ans, à partir de 50 ans et jusqu'à 74 ou 75 ans, chez les personnes asymptomatiques présentant un risque moyen de cancer du sein. Certaines provinces et certains territoires autorisent les personnes de moins de 50 ans à participer à leur programme de dépistage du cancer du sein, tous les ans ou tous les deux ans, si c'est la personne elle-même qui a choisi de se soumettre à un dépistage, si l'on a déterminé qu'elle présentait un risque élevé ou si le dépistage a été recommandé par un médecin ([tableau 2](#)).

Diverses méthodes sont utilisées par les provinces et par les territoires pour recruter des participantes à leur programme de dépistage du cancer du sein. Dans la plupart des provinces et des territoires, il est possible d'accéder au programme de dépistage du cancer du sein directement ou sur la recommandation d'un médecin. Six provinces ont, en outre, recours à des lettres d'invitation comme méthode de recrutement ([tableau 3](#)).

On a fréquemment recours à la mammographie, qui constitue la modalité de dépistage recommandée par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, comme examen de dépistage initial du cancer du sein ([tableau 5](#)). Au Canada, on utilise également, pour le dépistage du cancer du sein, la tomosynthèse, l'imagerie par résonance magnétique et l'échographie ([tableau 6](#)). Le recours à d'autres modalités que la mammographie peut dépendre du degré de risque que présente la personne. Toutes les provinces et tous les territoires dotés d'un programme de dépistage organisé envoient aux participantes, après un résultat de mammographie normal, une lettre ou une carte de résultats ([tableau 8](#)). En cas de résultat anormal, les programmes envoient une lettre de résultats aux FSP et aux participantes. Certaines provinces et certains territoires effectuent également un suivi téléphonique auprès des participantes pour les informer de leurs résultats et fixer un rendez-vous de suivi ([tableau 10](#)).

Les provinces et les territoires canadiens dialoguent avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis, afin que ces populations participent aux prises de décision et qu'elles

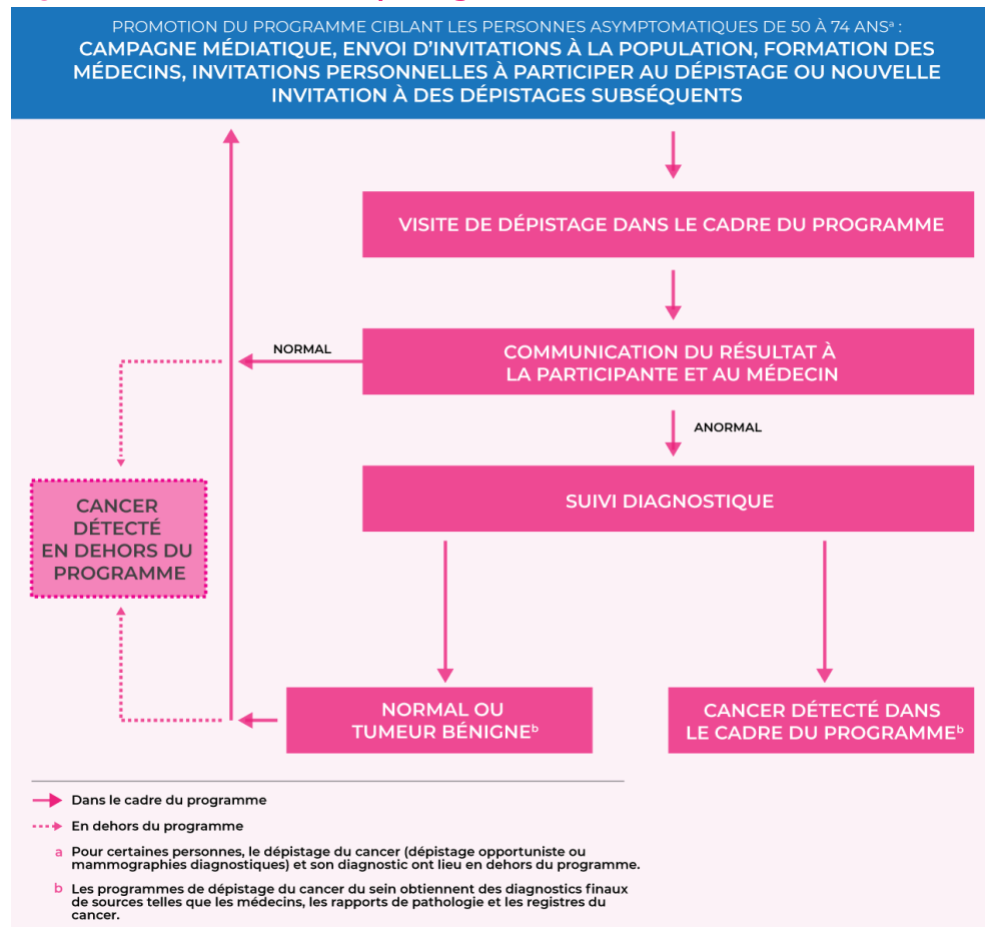
contribuent à la définition de démarches de dépistage adaptées sur le plan culturel, élaborent des ressources de programme qui leur sont propres, et échangent avec les FSP qui travaillent directement auprès de ces collectivités (voir la section [*Sensibilisation de la population – Premières Nations, Inuits et Métis*](#)).

Des stratégies ont également été mises en place pour favoriser une meilleure participation des populations au sein desquelles le dépistage est insuffisant. Ces stratégies ciblent principalement les personnes vivant dans les collectivités rurales, les nouveaux immigrants et les personnes à faibles revenus (voir la section [*Sensibilisation de la population – Populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant*](#)).

1. Programmes et lignes directrices de dépistage du cancer du sein

1.1 Parcours de dépistage du cancer du sein

Figure 4 : Parcours de dépistage du cancer du sein^{6*}



Les programmes de dépistage organisé du cancer du sein offrent un dépistage aux personnes asymptomatiques, n'ayant pas déjà reçu un diagnostic de la maladie. Au Canada, les programmes de dépistage organisé se déroulent généralement en cinq étapes :

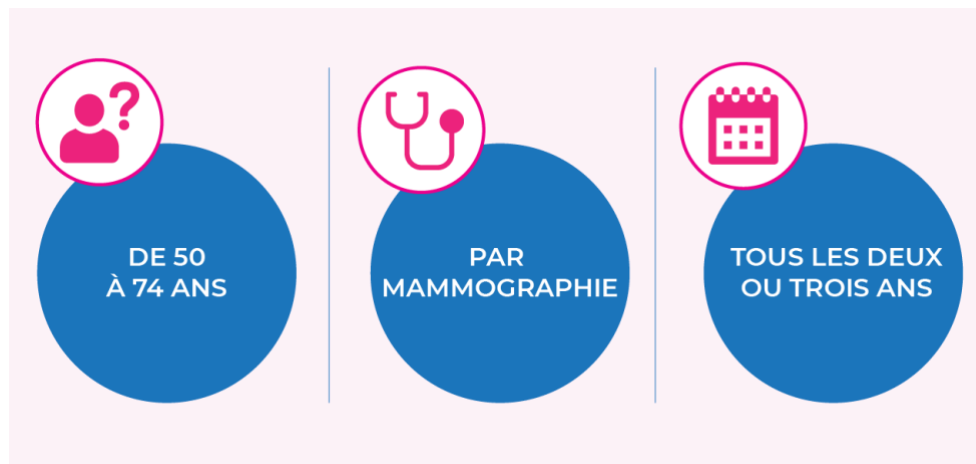
- Détermination de la population cible et recrutement en conséquence;
- Examen de dépistage;
- Suivi de toute anomalie détectée lors de l'examen de dépistage;
- Invitation à un nouveau rendez-vous après des résultats normaux ou après la détection d'une tumeur bénigne;
- Surveillance et évaluation.

* Les parcours de dépistage du cancer sont une représentation générale du processus de dépistage organisé et peuvent ne pas s'appliquer à tous les territoires de compétence, particulièrement à ceux qui n'ont pas de programme de dépistage organisé.

1.2 Lignes directrices du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GÉCSSP) élabore des lignes directrices de pratique clinique sur lesquelles les FSP peuvent s'appuyer lorsqu'ils prodiguent des soins de santé préventifs⁷. Outre ce rôle auprès des FSP, les lignes directrices du GÉCSSP sont également pertinentes pour les professionnels de la santé de la population et de la santé publique, pour les médecins spécialistes, pour les professionnels paramédicaux, pour les autres professionnels de la santé, pour les concepteurs de programmes, pour les décideurs, ainsi que pour la population canadienne dans son ensemble.

Figure 5 : Recommandations sur le dépistage du cancer du sein du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2018)



Depuis 2018, la recommandation pour le dépistage du cancer du sein est une recommandation conditionnelle. Le Groupe de travail recommande que les fournisseurs de soins s'engagent dans une prise de décision commune avec les personnes souhaitant subir un dépistage.

On définit ainsi le risque moyen :

- Aucun antécédent personnel de cancer du sein;
- Aucun antécédent de cancer du sein chez un membre de la famille au premier degré;
- Aucune mutation connue des gènes BRCA1 ou BRCA2;
- Aucune irradiation antérieure du thorax.

Les lignes directrices du GÉCSSP comprennent les recommandations supplémentaires suivantes pour le dépistage du cancer du sein :

- La mammographie **n'est pas recommandée** pour le dépistage chez les personnes âgées de 40 à 49 ans; la décision de se soumettre à un dépistage dépend de la façon dont la personne pondère les avantages et les inconvénients potentiels du dépistage;
- La mammographie **est recommandée** pour le dépistage chez les personnes âgées de 50 à 69 ans, tous les deux ou trois ans; la décision de se soumettre à un dépistage dépend de la façon dont la personne pondère les avantages et les inconvénients potentiels du dépistage;
- La mammographie **est recommandée** pour le dépistage chez les personnes âgées de 70 à 74 ans, tous les deux ou trois ans; la décision de se soumettre à un dépistage dépend de la façon dont la personne pondère les avantages et les inconvénients potentiels du dépistage;
- L'imagerie par résonance magnétique, la tomosynthèse ou l'échographie **ne sont pas recommandées** pour le dépistage du cancer du sein chez les personnes ne présentant pas un risque accru;
- Un examen clinique des seins **n'est pas recommandé** pour le dépistage du cancer du sein;
- On recommande **de ne pas conseiller** aux personnes d'effectuer un auto-examen des seins pour dépister le cancer du sein.

1.3 Programmes de dépistage du cancer du sein au Canada

Des programmes de dépistage organisé du cancer du sein sont offerts dans la plupart des provinces et des territoires du Canada. Ils s'adressent aux personnes asymptomatiques, c'est-à-dire ne présentant ni signes ni symptômes de cancer du sein, présentant un risque moyen de cancer du sein. Dans les régions où il n'existe pas de programme de dépistage organisé, un FSP peut offrir des services de dépistage opportuniste.

Le premier programme de dépistage organisé du cancer du sein a été lancé en Colombie-Britannique en 1988. Au Canada, entre 1990 et 2008, 11 autres provinces et territoires ont mis en place de tels programmes, le Nunavut n'en étant toujours pas doté. Dans le cadre de la présente analyse de l'environnement, des données sur le dépistage opportuniste sont fournies pour ce territoire, lorsqu'elles sont disponibles.

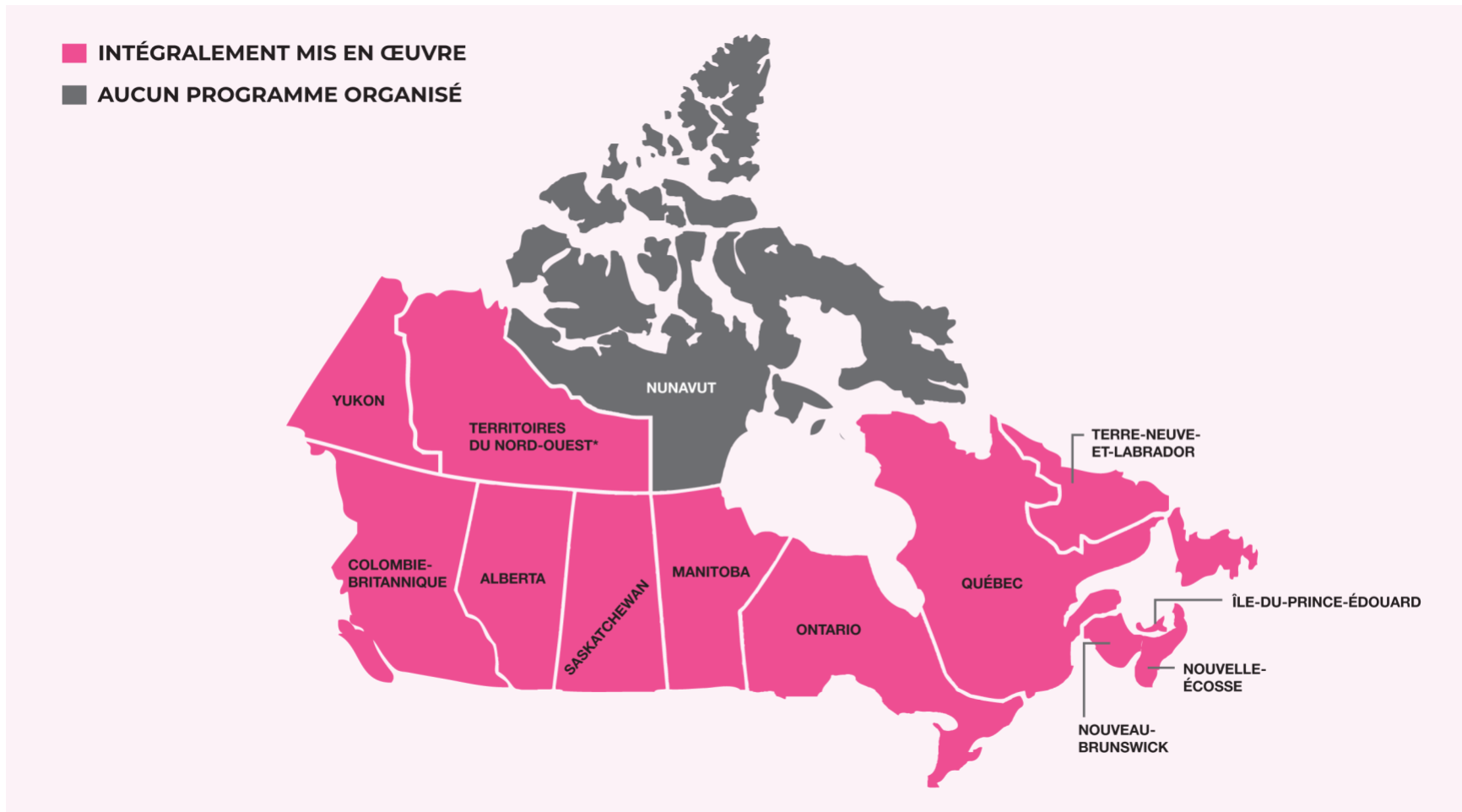
Tableau 1 : Programmes de dépistage du cancer du sein au Canada

Province ou territoire	Date de lancement du programme	Nom du programme	Organisme chargé de l'administration du programme
Yukon (Yn)	1990	Yukon Mammography Program (programme de mammographie du Yukon)	Gouvernement du Yukon (Yukon Hospital Corporation)
Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.)	2004	Yellowknife Breast Screening Program (YKBSP) (programme de dépistage du cancer du sein de Yellowknife)	Northwest Territories Health and Social Services Authority (NTHSSA)
	2008	Hay River Breast Screening Program (HRBSP) (programme de dépistage du cancer du sein de Hay River)	Hay River Health and Social Services Authority (HRSSA)
Nunavut (Nt)	Pas de programme de dépistage organisé		
Colombie-Britannique (C.-B.)	1988	BC Cancer Breast Screening (dépistage du cancer du sein en Colombie-Britannique)	BC Cancer
Alberta (Alb.)	1990	Alberta Breast Cancer Screening Program (ABCSP) (programme de dépistage du cancer du sein de l'Alberta)	Alberta Health Services
Saskatchewan (Sask.)	1990	Screening Program for Breast Cancer (programme de dépistage du cancer du sein)	Saskatchewan Cancer Agency
Manitoba (Man.)	1995	BreastCheck	Action cancer Manitoba
Ontario (Ont.)	1990	Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS)	Action Cancer Ontario de Santé Ontario
Québec (Qc)	1998	Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	Ministère de la Santé et des Services sociaux

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN AU CANADA : ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT 2019-2020

Province ou territoire	Date de lancement du programme	Nom du programme	Organisme chargé de l'administration du programme
Nouveau-Brunswick (N.-B.)	1995	Services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick	Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick (ministère de la Santé du N.-B.)
Nouvelle-Écosse (N.-É.)	1991	Nova Scotia Breast Screening Program (programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse)	Centre de santé IWK
Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.)	1998	Programme de dépistage du cancer du sein de l'Île-du-Prince-Édouard	Santé Î.-P.-É.
Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.)	1996	Breast Screening Program for Newfoundland and Labrador (programme de dépistage du cancer du sein de Terre-Neuve-et-Labrador)	Cancer Care Program (programme de soins contre le cancer), Régie de santé de l'Est

Figure 6 : Situation des programmes de dépistage du cancer du sein au Canada (juillet 2019)



* Le Yellowknife Breast Screening Program (YKBSP) et le Hay River Breast Screening Program (HRBSP) desservent 15 des 33 collectivités des T.N.-O. Dans les 18 collectivités restantes, non desservies par un programme de dépistage organisé, il est possible de prendre rendez-vous pour une mammographie par le biais du service d'imagerie diagnostique qui dessert la région.

1.4 Lignes directrices provinciales et territoriales sur le dépistage

La plupart des provinces et des territoires recommandent un dépistage par mammographie tous les deux ans, à partir de 50 ans jusqu'à 74 ou 75 ans, chez les personnes asymptomatiques présentant un risque moyen. Certaines provinces et certains territoires autorisent les personnes de moins de 50 ans à participer à leur programme de dépistage du cancer du sein, tous les ans ou tous les deux ans, si c'est la personne elle-même qui a choisi de se soumettre à un dépistage, si l'on a déterminé qu'elle présentait un risque élevé ou si le dépistage a été recommandé par un médecin.

Tableau 2 : Lignes directrices provinciales et territoriales sur le dépistage

Province ou territoire	Âge de début	Intervalle	Âge de fin	Critères d'exclusion
Yn	50 ans (40 ans sur recommandation d'un radiologiste)	2 ans	74 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents personnels de cancer du sein • Symptômes mammaires • Mammographie des deux seins au cours des 12 derniers mois • Moins de 40 ans • Grossesse en cours ou au cours des 4 derniers mois • Allaitement en cours ou au cours des 4 derniers mois • Implants mammaires
T.N.-O.	50 ans (40 ans sur recommandation du FSP)	Annuel ou bisannuel	74 ans (75 ans et plus : possibilité de poursuivre la participation au programme; on les encourage à discuter avec leur FSP pour voir si le dépistage est adapté à leur situation)	
Nt			Pas de programme de dépistage organisé	
C.-B.	50 ans (40 à 49 ans : accès direct autorisé, mais aucun recrutement actif)	2 ans	74 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents personnels de cancer du sein • Symptômes mammaires • Implants mammaires

Province ou territoire	Âge de début	Intervalle	Âge de fin	Critères d'exclusion
Alb.	50 ans (40 à 49 ans : sur la recommandation du FSP pour un premier dépistage)	2 ans	74 ans (75 ans et plus : sur recommandation du FSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic ou antécédents de cancer du sein connus • Mastectomies bilatérales • Signes et symptômes pouvant être associés aux cancers du sein • Moins de 40 ans • Suggestion d'imagerie diagnostique de suivi • Examens requis pour un cancer primitif inconnu ou une maladie métastatique possible touchant le sein ou l'aisselle • Hommes; femmes transgenres
Sask.	50 ans (personnes de 49 ans acceptées dans l'unité mobile, si elles atteignent 50 ans au cours de l'année civile)	2 ans	75 ans et plus	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer du sein au cours des 5 dernières années • Signes ou symptômes de cancer du sein • Implants mammaires
Man.	50 ans	2 ans	74 ans (75 ans et plus : possibilité de poursuivre la participation au programme)	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic antérieur de cancer du sein • Personne symptomatique • Implants mammaires
Ont.	50 ans	2 ans	74 ans (75 ans et plus : sur recommandation du FSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents personnels de cancer du sein • Mastectomie • Symptômes mammaires aigus • Mammographie de dépistage au cours des 11 derniers mois • Implants mammaires
Qc	50 ans	2 ans	74 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents personnels de cancer du sein
N.-B.	50 ans (40 ans : sur recommandation du FSP)	2 ans	74 ans (75 ans et plus : sur recommandation du FSP)	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents personnels de cancer du sein • Symptômes de cancer du sein • Implants mammaires
N.-É.	50 ans (40 à 49 ans : accès direct autorisé, mais aucun recrutement actif)	2 ans	74 ans (75 ans et plus : accès direct autorisé, mais aucun recrutement actif)	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents personnels de cancer du sein • Symptômes mammaires • Implants mammaires
Î.-P.-É.	50 ans (programme accessible aux personnes de 40 à 49 ans)	2 ans	74 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents personnels de cancer du sein • Symptômes mammaires • Mammographie de dépistage au cours des 11 derniers mois • Implants mammaires

Province ou territoire	Âge de début	Intervalle	Âge de fin	Critères d'exclusion
T.-N.-L.	50 ans	2 ans	74 ans (75 ans et plus : possibilité de participer au programme uniquement si la personne y a déjà participé)	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents personnels de cancer du sein • Symptômes mammaires • Implants mammaires

1.5 Méthodes de recrutement pour le dépistage

Les provinces et les territoires utilisent diverses méthodes de recrutement à leur programme de dépistage du cancer du sein. Dans la plupart des provinces et des territoires, il est possible d'y accéder directement ou sur la recommandation d'un médecin.

Six provinces ont, en outre, recours à des lettres d'invitation comme méthode de recrutement. On a également recours, comme méthode de recrutement, à la publicité, aux recommandations d'infirmières praticiennes, à des appels téléphoniques et à des recommandations de fournisseurs de soins de santé (FSS).

Toutes les provinces et tous les territoires ciblent, dans leur recrutement, les personnes de 50 à 74 ans, à l'exception du Québec qui cible les personnes de 50 à 69 ans.

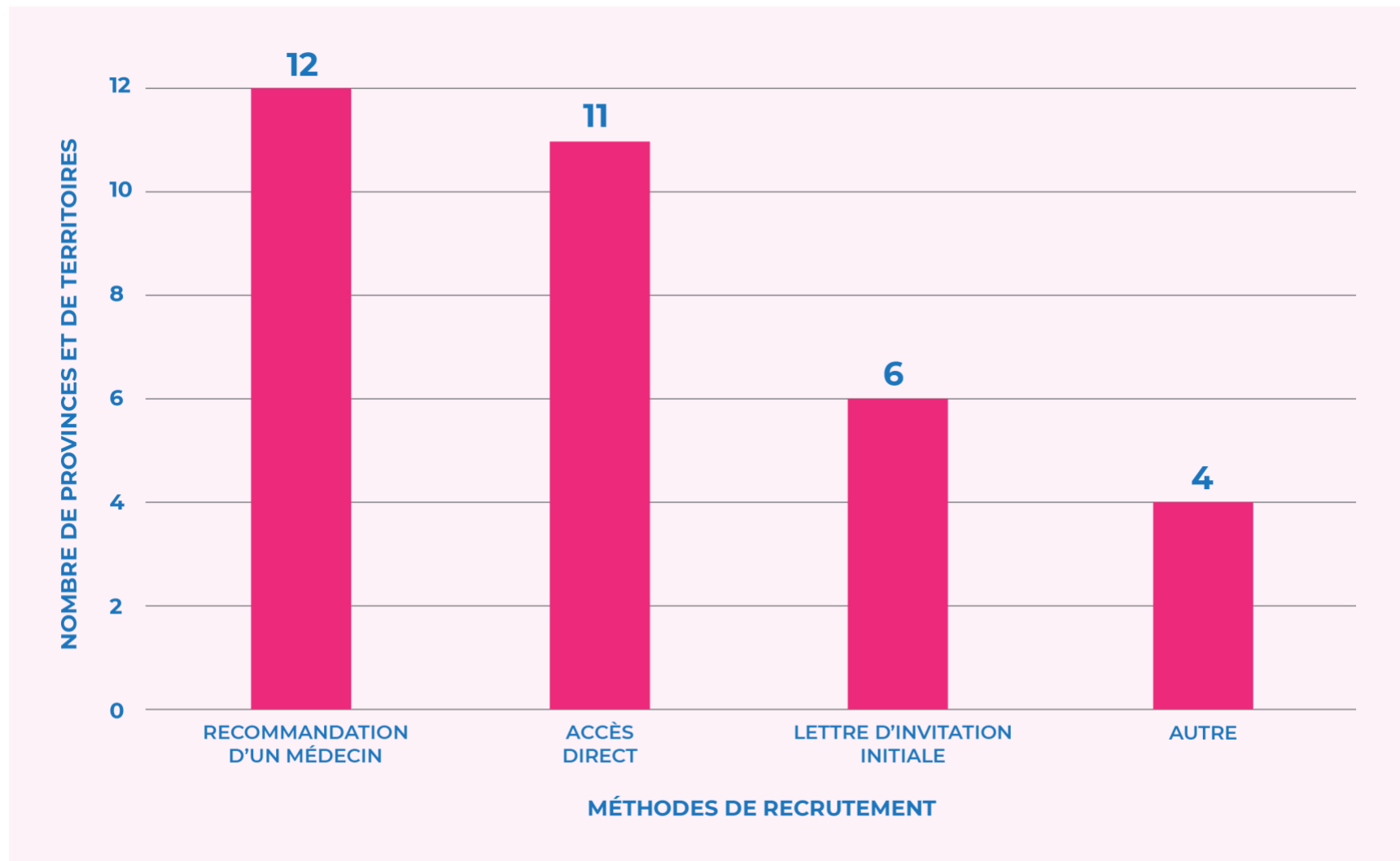
Tableau 3 : Méthodes de recrutement pour le dépistage du cancer du sein au Canada

Province ou territoire	Méthodes de recrutement				Groupe d'âge ciblé pour le recrutement
	Recommandation d'un médecin	Accès direct	Lettre d'invitation initiale	Autre	
Yn	✓	✓			50 à 74 ans
T.N.-O.	✓	✓*			50 à 74 ans
Nt	Pas de programme de dépistage organisé				
C.-B.	✓	✓		Publicité pour encourager un accès direct au programme	50 à 74 ans
Alb.	✓	✓	✓		50 à 74 ans
Sask.	✓	✓	✓		50 à 74 ans
Man.	✓	✓	✓		50 à 74 ans
Ont.	✓	✓	✓	Recommandation d'une infirmière praticienne	50 à 74 ans

Province ou territoire	Méthodes de recrutement				Groupe d'âge ciblé pour le recrutement
	Recommandation d'un médecin	Accès direct	Lettre d'invitation initiale	Autre	
Qc	✓	✓	✓		50 à 69 ans
N.-B.	✓	✓	✓		50 à 74 ans
N.-É.	✓	✓		Recommandation d'un FSS	50 à 74 ans
Î.-P.-É.	✓	✓		Promotions et réseaux sociaux	50 à 74 ans
T.-N.-L.	✓	✓			50 à 74 ans

* Le programme de dépistage du cancer du sein de Yellowknife autorise l'accès direct des personnes de 50 à 74 ans, vivant dans la zone de recrutement de Yellowknife, et ayant un FSP désigné. Pour toutes les autres régions desservies, une recommandation d'un FSP est requise pour pouvoir participer au programme. Le programme de dépistage du cancer du sein de Hay River autorise l'accès direct des personnes âgées de 50 à 74 ans, vivant dans la zone de recrutement de Hay River, et ayant un FSP désigné. Pour toutes les autres régions desservies, une recommandation d'un FSP est requise pour pouvoir participer au programme.

Figure 7 : Méthodes de recrutement pour le dépistage du cancer du sein au Canada



1.6 Prise de rendez-vous pour un examen de dépistage du cancer du sein

Les provinces et les territoires gèrent les rendez-vous de mammographie en ayant recours à différentes méthodes. Dix provinces et territoires n'exigent pas de recommandation. Les Territoires du Nord-Ouest, l'Alberta, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador aident la personne à trouver un FSP si elle n'en a pas. La prise de rendez-vous s'effectue en appelant un numéro de téléphone local ou sans frais. Les programmes offrent de l'information, en ligne ou par courrier, sur les divers endroits où il est possible d'effectuer un examen de dépistage, notamment dans des unités mobiles pour ce qui est de sept provinces et territoire.

Tableau 4 : Prise de rendez-vous pour un examen de dépistage du cancer du sein (mammographie) par province et par territoire

Province ou territoire	Rôle du FSP dans l'accès à l'examen	Prise de rendez-vous pour l'examen de dépistage	Lieux du dépistage
Yn	<ul style="list-style-type: none"> Recommandation non requise Les participantes doivent désigner un FSP. Les FSP peuvent recommander des patientes et le programme leur enverra leur date et heure de rendez-vous. 	<ul style="list-style-type: none"> Les participantes prennent rendez-vous en appelant le numéro du programme. Pour une invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage, les participantes peuvent envoyer, par télécopie, un formulaire qui leur a été adressé par courrier, et le programme leur enverra leur date et heure de rendez-vous. 	<ul style="list-style-type: none"> Mammographies offertes à Whitehorse Pas d'unité mobile de dépistage
T.N.-O.	<ul style="list-style-type: none"> Une demande doit être effectuée auprès du centre de santé communautaire (CSC) pour le financement des déplacements à des fins médicales. Les participantes doivent désigner un FSP lors de la prise de rendez-vous (si elles n'ont pas de FSP, le programme les dirigera vers un CSC). 	<ul style="list-style-type: none"> Les participantes prennent rendez-vous en appelant le numéro sans frais du programme. Les participantes ayant besoin d'un financement pour leur déplacement doivent organiser le rendez-vous par l'entremise de leur CSC. 	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage offert à Yellowknife pour ce programme (Hay River et Inuvik offrent également des examens de dépistage dans le cadre de programmes distincts.) Pas d'unité mobile de dépistage
Nt*	<ul style="list-style-type: none"> Recommandation d'un FSP requise 	<ul style="list-style-type: none"> Pas d'accès direct à une mammographie de dépistage au Nunavut Les mammographies de dépistage doivent être coordonnées avec un autre déplacement à des fins médicales effectué pour une autre raison 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun (dépistage diagnostique uniquement) Pas d'unité mobile de dépistage

Province ou territoire	Rôle du FSP dans l'accès à l'examen	Prise de rendez-vous pour l'examen de dépistage	Lieux du dépistage
C.-B.	<ul style="list-style-type: none"> Recommandation non requise La personne doit désigner un FSP lors de la prise de rendez-vous pour un examen de dépistage. Il peut s'agir d'une clinique sans rendez-vous, d'une infirmière praticienne ou d'un naturopathe. 	<ul style="list-style-type: none"> Appel sans frais au centre de prise de rendez-vous ou communication directe avec le centre local de dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> La liste des centres de dépistage avec leurs coordonnées est accessible en ligne ou en appelant le programme. Unité mobile de dépistage
Alb.	<ul style="list-style-type: none"> Recommandation non requise La plupart des centres de dépistage peuvent demander le nom du FSP, lors de la prise de rendez-vous pour une mammographie, afin de pouvoir bien préparer l'examen. Le centre aide la participante à trouver un FSP si elle n'en a pas. 	<ul style="list-style-type: none"> Appel au centre de dépistage (numéro local) ou à une unité mobile directement pour prendre rendez-vous (au choix de la participante) Le programme ne prend pas de rendez-vous de manière centralisée. 	<ul style="list-style-type: none"> La liste des centres de dépistage avec leurs coordonnées est accessible en ligne ou en appelant la ligne de service à la clientèle du programme. Liste des centres envoyée avec chaque invitation et chaque lettre de rappel Unité mobile de dépistage
Sask.	<ul style="list-style-type: none"> Recommandation non requise 	<ul style="list-style-type: none"> Les participantes prennent rendez-vous en appelant le numéro sans frais du programme. 	<ul style="list-style-type: none"> La liste des centres de dépistage avec leurs coordonnées est accessible en ligne ou en appelant le programme. Unité mobile de dépistage
Man.	<ul style="list-style-type: none"> Recommandation non requise On encourage les participantes à désigner un FSP, tout en les autorisant à avoir un rendez-vous, alors qu'elles en cherchent un sans l'avoir encore trouvé. Les FSP peuvent faire une recommandation pour un dépistage. Le programme communiquera avec la participante pour fixer un rendez-vous. 	<ul style="list-style-type: none"> Appel sans frais au programme (pour les centres mobiles et fixes) 	<ul style="list-style-type: none"> La liste des centres de dépistage avec leurs coordonnées est accessible en ligne ou en appelant le programme. Unité mobile de dépistage
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Recommandation non requise, mais les FSP, y compris les infirmières praticiennes, peuvent recommander des participantes. Lettres d'invitation initiales envoyées aux personnes non inscrites au programme leur suggérant de parler de dépistage avec leur FSP 	<ul style="list-style-type: none"> Si la recommandation a été envoyée directement à un centre, ce dernier communiquera avec la personne pour fixer un rendez-vous. Il est possible de prendre rendez-vous en appelant un centre de dépistage. Les autobus mobiles sont liés à un centre donné par l'intermédiaire duquel un rendez-vous peut être fixé pour un examen de dépistage dans l'unité mobile concernée. 	<ul style="list-style-type: none"> La liste des centres de dépistage avec leurs coordonnées est accessible en ligne ou en appelant le programme. La lettre d'invitation à un nouveau rendez-vous contient également le numéro de téléphone du centre de dépistage où le dernier examen de dépistage a été effectué. Possibilité de dépistage dans des unités mobiles (autobus)
Qc	<ul style="list-style-type: none"> Recommandation non requise 	<ul style="list-style-type: none"> Les participantes prennent rendez-vous en appelant le centre de dépistage (numéro sans frais ou local). 	<ul style="list-style-type: none"> La lettre d'invitation indique la liste des centres de dépistage situés à proximité. Unité mobile de dépistage

Province ou territoire	Rôle du FSP dans l'accès à l'examen	Prise de rendez-vous pour l'examen de dépistage	Lieux du dépistage
N.-B.	<ul style="list-style-type: none"> Recommandation non requise; certains centres acceptent la recommandation d'un FSP, puis communiquent à la participante la date et l'heure du rendez-vous. 	<ul style="list-style-type: none"> Appel direct au centre de dépistage le plus proche (principalement par l'entremise de numéros locaux, et de quelques numéros sans frais) pour prendre rendez-vous 	<ul style="list-style-type: none"> Santé NB fournit une liste de tous les centres et de leurs coordonnées sur son site Web. Pas d'unité mobile de dépistage
N.-É.	<ul style="list-style-type: none"> Recommandation d'un FSP non requise Lors de la prise de rendez-vous, on demande aux participantes de désigner un FSP. Lorsque la personne n'a pas de FSP, le programme l'aidera à en trouver un. 	<ul style="list-style-type: none"> Il est possible d'accéder directement au programme en appelant un numéro sans frais. L'examen de dépistage peut être effectué dans n'importe quel centre de dépistage du cancer du sein (fixe ou mobile). 	<ul style="list-style-type: none"> Il y a 11 centres fixes de dépistage du cancer du sein et les unités mobiles s'arrêtent à 30 endroits. La liste des centres de dépistage avec leurs coordonnées se trouve sur le site Web du programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse, et il est également possible d'appeler gratuitement le numéro du programme. Unité mobile de dépistage
Î.-P.-É.	<ul style="list-style-type: none"> Recommandation non requise 	<ul style="list-style-type: none"> Les participantes prennent rendez-vous en appelant le numéro sans frais du programme. 	<ul style="list-style-type: none"> Deux centres de dépistage Pas d'unité mobile de dépistage
T.-N.-L.	<ul style="list-style-type: none"> Recommandation non requise Les participantes doivent désigner un FSP. Le programme peut aider à mettre la participante en relation avec un FSP. 	<ul style="list-style-type: none"> Les participantes peuvent prendre rendez-vous en appelant le programme (numéro sans frais), ou en appelant (numéro local) ou en se rendant dans un centre de dépistage local. 	<ul style="list-style-type: none"> Trois centres de dépistage Pas d'unité mobile de dépistage

* Les données de la présente publication relatives au Nunavut font référence au dépistage opportuniste du cancer du sein.

2. Modalités du dépistage du cancer du sein

On a fréquemment recours à la mammographie comme examen de dépistage initial du cancer du sein. Il s'agit de la modalité de dépistage recommandée par le GÉCSP⁷. Toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Nunavut, procèdent au dépistage par mammographie dans le cadre de programmes de dépistage organisé. À l'heure actuelle, aucune province ni aucun territoire ne recommande un examen clinique des seins.

2.1 Technique de mammographie de dépistage

Toutes les provinces et tous les territoires ont abandonné la mammographie analogique et sont passés à la radiographie numérique (DR), pour les dépistages individuels, dans le cadre de leur programme. Le Québec et le Nouveau-Brunswick ont, en outre, recours à la radiographie assistée par ordinateur (CR). La plupart des mammographies sont réalisées en milieu hospitalier. Les examens de dépistage peuvent également avoir lieu dans des unités mobiles, dans des cliniques communautaires, dans des centres de dépistage et dans des cliniques privées.

Tableau 5 : Modalités primaires du dépistage du cancer du sein au Canada

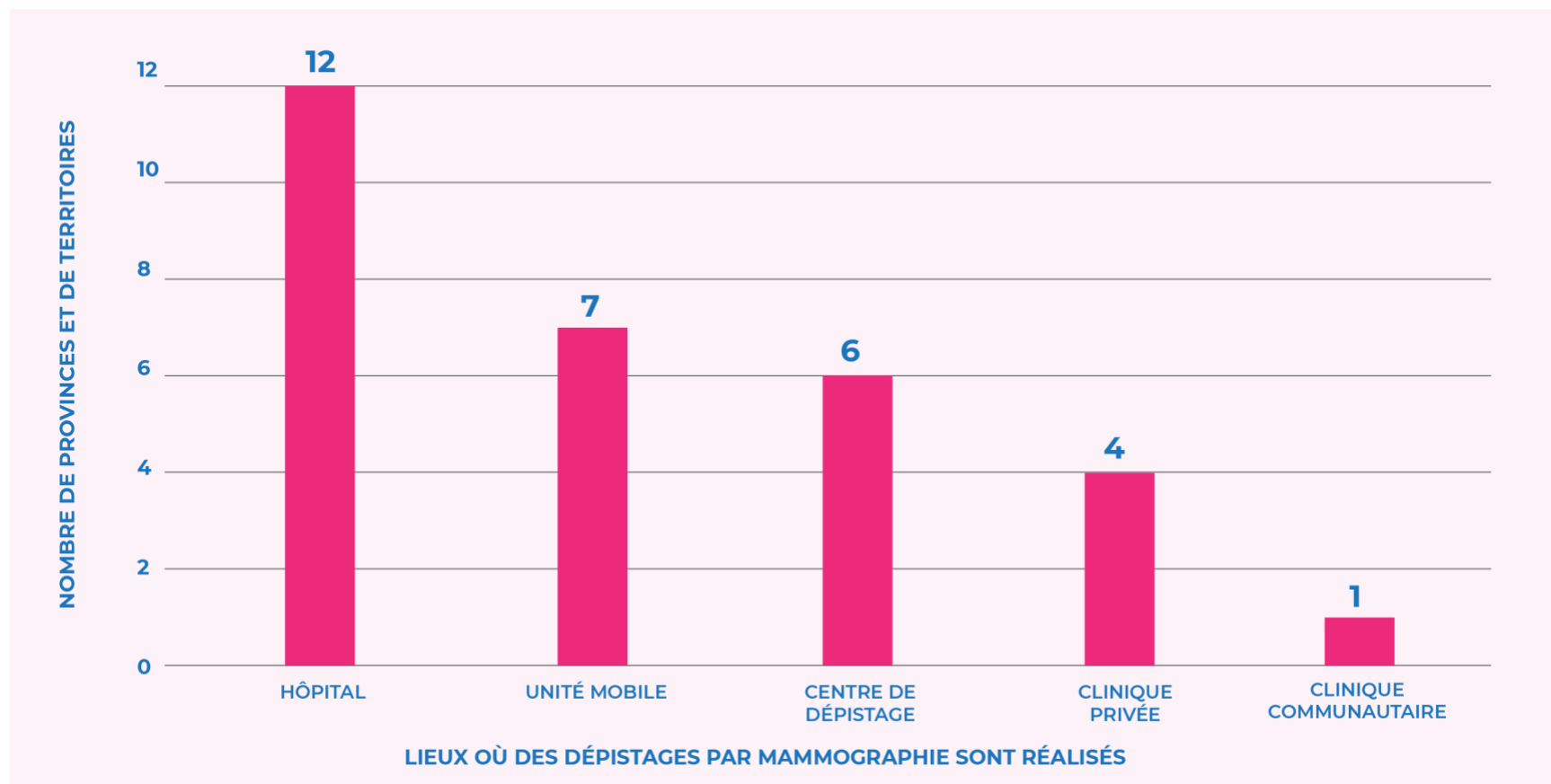
Province ou territoire	Mammographie numérique ^Λ		Lieux des dépistages par mammographie
	Radiographie numérique (DR)	Radiographie assistée par ordinateur (CR)	
Yn	✓		<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital
T.N.-O.	✓		<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital
Nt*	✓		<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital
C.-B.	✓		<ul style="list-style-type: none"> • Clinique communautaire (privée) • Centre de dépistage hospitalier • Unité mobile
Alb.	✓		<ul style="list-style-type: none"> • Clinique communautaire (privée) • Hôpital • Unité mobile
Sask.	✓		<ul style="list-style-type: none"> • Centre de dépistage • Hôpital • Unité mobile
Man.	✓		<ul style="list-style-type: none"> • Centre de dépistage • Hôpital • Unité mobile

Province ou territoire	Mammographie numérique [^]		Lieux des dépistages par mammographie
	Radiographie numérique (DR)	Radiographie assistée par ordinateur (CR)	
Ont.	✓		<ul style="list-style-type: none"> • Établissement de santé indépendant • Hôpital • Autobus mobile
Qc	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Clinique privée • Clinique communautaire • Clinique de dépistage • Hôpital • Unité mobile
N.-B.	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de dépistage • Hôpital
N.-É.	✓		<ul style="list-style-type: none"> • Cliniques de dépistage • Hôpital • Unité mobile
Î.-P.-É.	✓		<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital
T.-N.-L.	✓		<ul style="list-style-type: none"> • Centre de dépistage

* Les données de la présente publication relatives au Nunavut font référence au dépistage opportuniste du cancer du sein.

[^] Mammographie numérique : les images de mammographie sont captées et manipulées par voie électronique. Cette catégorie regroupe notamment la radiographie numérique (DR) et la radiographie assistée par ordinateur (CR).

Figure 8 : Lieux où des dépistages par mammographie sont réalisés au Canada



2.2 Autres modalités de dépistage du cancer du sein

Au Canada, le recours à d'autres modalités que la mammographie pour le dépistage du cancer du sein, notamment la tomosynthèse, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et l'échographie, peut dépendre du degré de risque que présente la personne. La Colombie-Britannique et l'Alberta ont recours à la tomosynthèse. Dans le cadre du PODCS, l'Ontario recourt à l'IRM ou à l'échographie pour le dépistage du cancer du sein chez les personnes présentant un risque élevé. L'Alberta, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard ont également recours à un dépistage supplémentaire par IRM ou par échographie pour les personnes présentant un risque élevé.

Tableau 6 : Autres modalités de dépistage du cancer du sein au Canada

Province ou territoire	Tomosynthèse 3D ^Δ	Utilisation ou projet d'utilisation de la tomosynthèse	IRM	Échographie
Yn		Aucun projet de mise en œuvre		
T.N.-O.		La tomosynthèse est envisagée lorsque les équipements actuels seront remplacés en 2021.		
Nt*	–	–	–	–
C.-B.	✓ (Environnement de recherche uniquement)	Utilisée uniquement dans deux centres participant à l'essai national TMIST		
Alb.	✓	Large recours à la tomosynthèse, certains centres l'utilisant pour chaque dépistage, d'autres uniquement en cas de seins denses. La province utilise un code de modification de la facturation.	✓ Risque élevé	Certains centres y ont recours, comme examen supplémentaire, en cas de seins denses ou si la personne ne tolère pas l'IRM.
Sask.		Aucun projet de mise en œuvre		
Man.		Aucun projet de mise en œuvre		
Ont.		Pas de recommandation en ce sens, à l'heure actuelle. Action Cancer Ontario de Santé Ontario continue de suivre les données probantes en la matière. Cependant, pour les centres dotés de possibilités de tomosynthèse numérique du sein, cette technologie peut être utilisée en complément du dépistage 2D du PODCS, conformément aux protocoles du centre et avec le consentement de la personne.	✓ Risque élevé	Personnes présentant un risque élevé, lorsque l'IRM n'est pas médicalement appropriée
Qc		Pas de recommandation en ce sens pour le dépistage. Utilisée en imagerie diagnostique.		
N.-B.		Aucun projet de mise en œuvre		

Province ou territoire	Tomosynthèse 3D [^]	Utilisation ou projet d'utilisation de la tomosynthèse	IRM	Échographie
N.-É.		Actuellement utilisée en imagerie diagnostique dans un seul centre de diagnostic Aucun projet de mise en œuvre	✓ Risque élevé	
Î.-P.-É.		Aucun projet de mise en œuvre, mais la province surveillera les données probantes au fur et à mesure qu'elles seront disponibles.	✓ Risque élevé	
T.-N.-L.		Aucun projet de mise en œuvre		

* Les données de la présente publication relatives au Nunavut font référence au dépistage opportuniste du cancer du sein.

[^] Tomosynthèse (également appelée mammographie 3D) : technologie émergente qui permet de visualiser le sein en trois dimensions

– Aucun renseignement fourni à la date de collecte des données

3. Méthodes de correspondance et de suivi pour le dépistage du cancer du sein

On utilise des lettres d'invitation à un nouveau rendez-vous, ou d'autres formes de communication, pour informer les personnes ayant participé au programme de dépistage qu'elles doivent revenir pour subir un nouveau dépistage. Les personnes pour qui les résultats de dépistage sont normaux sont invitées, à des intervalles réguliers, à revenir pour des dépistages subséquents, conformément aux lignes directrices provinciales ou territoriales sur le dépistage, et celles pour qui les résultats de dépistage sont anormaux sont invitées à revenir pour un suivi.

3.1 Suivi après un résultat de mammographie normal

Toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Nunavut et du Manitoba, envoient des lettres de résultats aux participantes, après des résultats de mammographie normaux, ainsi que des rappels d'invitation à un nouveau rendez-vous de suivi, habituellement à un ou deux ans d'intervalle, ou conformément aux recommandations du radiologiste.

Tableau 7 : Réception des résultats et suivi après des résultats NORMAUX à un examen de dépistage du cancer du sein, par province ou par territoire

Province ou territoire	Modalités de réception de résultats normaux	Invitation à un nouveau rendez-vous après des résultats normaux
Yn	<ul style="list-style-type: none"> Envoi par courrier à la personne 	<ul style="list-style-type: none"> Rappel d'invitation à un nouveau rendez-vous envoyé, tous les ans ou tous les deux ans, en fonction des recommandations du radiologiste et/ou des facteurs de risque existants
T.N.-O.	<ul style="list-style-type: none"> Envoi par courrier à la personne 	<ul style="list-style-type: none"> Rappel d'invitation à un nouveau rendez-vous envoyé tous les deux ans (ou à tout autre intervalle, en fonction des recommandations du radiologiste)
Nt*	<ul style="list-style-type: none"> Variable selon le centre. Généralement envoyés au FSP, qui communique avec la personne pour lui transmettre les résultats. 	<ul style="list-style-type: none"> Pas d'invitation officielle à un nouveau rendez-vous. Il appartient à la personne ou au FSP de relancer le processus de dépistage.
C.-B.	<ul style="list-style-type: none"> Envoi par courrier à la personne 	<ul style="list-style-type: none"> Rappel d'invitation à un nouveau rendez-vous envoyé, tous les ans ou tous les deux ans, en fonction de la politique du programme relative aux facteurs de risque mis en évidence
Alb.	<ul style="list-style-type: none"> Envoi par courrier à la personne 	<ul style="list-style-type: none"> Rappel d'invitation à un nouveau rendez-vous envoyé tous les deux ans (ou à tout autre intervalle, en fonction des recommandations du radiologiste)

Province ou territoire	Modalités de réception de résultats normaux	Invitation à un nouveau rendez-vous après des résultats normaux
Sask.	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi par courrier à la personne 	<ul style="list-style-type: none"> • Rappel d'invitation à un nouveau rendez-vous envoyé tous les deux ans (ou à tout autre intervalle, en fonction des recommandations du radiologiste et/ou des facteurs de risque existants)
Man.	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi par courrier au professionnel de la santé (si la personne en a indiqué un) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rappel d'invitation à un nouveau rendez-vous envoyé tous les deux ans (ou à tout autre intervalle, en fonction des recommandations du radiologiste)
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi par courrier à la personne 	<ul style="list-style-type: none"> • La plupart des participantes reçoivent une nouvelle invitation tous les deux ans; cependant, certaines la reçoivent après un an, en fonction des recommandations du radiologiste et/ou des facteurs de risque existants.
Qc	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi par courrier à la personne 	<ul style="list-style-type: none"> • Rappel d'invitation à un nouveau rendez-vous envoyé tous les deux ans
N.-B.	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi par courrier à la personne (pour la plupart des centres) 	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus d'invitation à un nouveau rendez-vous varie selon le centre; certains appellent et certains envoient des lettres. • Intervalle déterminé d'après la recommandation du radiologiste
N.-É.	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi par courrier à la personne • Envoi par télécopie électronique au FSP (si la personne en a un) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rappel d'invitation à un nouveau rendez-vous envoyé tous les deux ans (ou annuellement sur recommandation du radiologiste)
Î.-P.-É.	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi par courrier à la personne 	<ul style="list-style-type: none"> • Rappel d'invitation à un nouveau rendez-vous envoyé tous les deux ans (ou à tout autre intervalle, en fonction des recommandations du radiologiste et/ou des facteurs de risque existants)
T.-N.-L.	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi par courrier à la personne 	<ul style="list-style-type: none"> • Rappel d'invitation à un nouveau rendez-vous envoyé tous les deux ans (ou à tout autre intervalle, en fonction des recommandations du radiologiste)

* Les données de la présente publication relatives au Nunavut font référence au dépistage opportuniste du cancer du sein.

3.2 Invitation à un nouveau rendez-vous après un résultat de mammographie normal

Toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Nunavut, envoient une lettre ou une carte d'invitation à un nouveau rendez-vous aux participantes après un résultat de mammographie normal. Le groupe d'âge ciblé pour une invitation à un nouveau rendez-vous varie selon la région, au Canada. La plupart des provinces et des territoires ciblent les personnes âgées de 40 ou 50 ans à 74 ans. Le Québec envoie des invitations à un nouveau rendez-vous aux personnes âgées de 50 à 69 ans.

Tableau 8 : Méthodes provinciales et territoriales d'invitation à un nouveau rendez-vous après des résultats de mammographie normaux

Province ou territoire	Méthode d'invitation à un nouveau rendez-vous	Invitation envoyée...	Invitation émise...	Groupe d'âge ciblé
Yn	Lettre	À la personne	Par le programme	40 à 74 ans (40 à 49 ans sur recommandation d'un radiologiste)
T.N.-O.	Lettre et appel téléphonique (YKBSP et HRBSP) Rapport de radiologie envoyé au FSP (centre d'Inuvik seulement, pas de programme organisé)	À la personne et au FSP	Par le programme	50 à 74 ans (40 à 49 ans sur recommandation d'un radiologiste)
Nt	Pas de programme organisé			
C.-B.	Carte Lettre envoyée annuellement au FSP des participantes qui sont en retard	À la personne	Par le programme	40 à 74 ans
Alb.	Lettre Carte Appel téléphonique	À la personne	Par le centre et par le programme (le programme n'intervient qu'après 120 jours de retard)	50 à 74 ans
Sask.	Lettre	À la personne	Par le programme	50 à 74 ans
Man.	Lettre	À la personne	Par le programme	50 à 74 ans
Ont.	Lettre	À la personne	Par le programme	50 à 74 ans
Qc	Lettre	À la personne	Par le programme	50 à 69 ans
N.-B.	Lettre Appel téléphonique	À la personne	Par les régies régionales de la santé (RRS)	50 à 74 ans
N.-É.	Carte	À la personne	Par le programme	40 à 74 ans

Province ou territoire	Méthode d'invitation à un nouveau rendez-vous	Invitation envoyée...	Invitation émise...	Groupe d'âge ciblé
Î.-P.-É.	Lettre	À la personne	Par le programme	50 à 74 ans (40 à 49 ans sur recommandation d'un radiologiste)
T.-N.-L.	Lettre	À la personne	Par le centre	50 à 74 ans

La plupart des provinces et des territoires envoient des lettres contenant un avis de rappel s'il n'y a pas eu de réponse à la suite de la première communication. Neuf provinces et territoires émettent des avis de rappel si les participantes ne lancent pas le dépistage après une première tentative d'invitation à un nouveau rendez-vous.

Tableau 9 : Avis de rappel de dépistage du cancer du sein au Canada

Province ou territoire	Avis de rappel
Yn	Aucun
T.N.-O.	Lettre de rappel envoyée à la personne deux semaines avant le début du mois au cours duquel le dépistage est prévu, une deuxième lettre de rappel étant envoyée 15 jours après la date à laquelle le rendez-vous était prévu, si la personne n'a pas été vue ou si elle n'a pas pris rendez-vous pour une mammographie
Nt	Pas de programme de dépistage organisé
C.-B.	Jusqu'à trois cartes d'avis de rappel peuvent être envoyées sur une période de 23 mois.
Alb.	Lettre de rappel envoyée une fois par le programme après un retard minimum de 120 jours
Sask.	Lettre de rappel envoyée deux semaines après l'invitation initiale, si aucun rendez-vous n'a été pris
Man.	Lettre de rappel envoyée trois semaines après la lettre d'invitation à un nouveau rendez-vous, si aucun rendez-vous n'a été pris. S'il n'y a toujours pas de réponse, une lettre d'invitation à un nouveau rendez-vous sera envoyée tous les ans jusqu'à l'obtention d'une réponse ou jusqu'à ce que la participante ait atteint l'âge limite de participation au programme (75 ans). On envoie au maximum quatre séries de lettres (invitation, invitation à un nouveau rendez-vous et rappel).
Ont.	Lettre de rappel d'invitation à un nouveau rendez-vous, envoyée par le programme de dépistage, environ dix semaines après la lettre d'invitation à un nouveau rendez-vous, si le dépistage n'a pas été lancé
Qc	Lettre de rappel d'invitation à un nouveau rendez-vous, envoyée par le programme de dépistage, environ dix semaines après la lettre d'invitation à un nouveau rendez-vous, si le dépistage n'a pas été lancé
N.-B.	Aucun
N.-É.	Carte de rappel envoyée trois mois avant la date prévue, si aucun rendez-vous de dépistage n'a été pris
Î.-P.-É.	Lettre de rappel envoyée cinq mois avant la date prévue, une lettre de retard étant envoyée deux mois après la date prévue si le dépistage n'a pas été lancé
T.-N.-L.	Aucun

3.3 Suivi après un résultat de mammographie anormal

Toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Nunavut, envoient une lettre de résultats au FSP et à la participante elle-même, après un résultat de mammographie anormal (résultat positif). Certaines provinces et certains territoires effectuent également un suivi téléphonique auprès des participantes pour les informer de leurs résultats et pour fixer un rendez-vous de suivi.

En l'absence d'un FSP, sept provinces aident les participantes à en trouver un qui convient, afin qu'il puisse effectuer le suivi après un résultat de mammographie anormal. Dans d'autres provinces et d'autres territoires, il faut avoir un FSP pour être admissible à un dépistage par mammographie.

Lorsqu'il est impossible de communiquer avec la participante, par exemple si le courrier a été retourné, la plupart des provinces et des territoires communiquent avec le FSP pour l'en informer et pour tenter d'obtenir de sa part des coordonnées à jour.

Selon les régions au Canada, les mammographies diagnostiques effectuées à la suite d'un résultat anormal se déroulent dans des lieux différents. Certaines provinces et certains territoires organisent des mammographies diagnostiques dans le cadre du centre ou du programme de dépistage. Dans d'autres provinces et d'autres territoires, ce type de mammographie est réalisé dans des centres d'imagerie diagnostique, les participantes pouvant également être orientées vers des unités d'évaluation des risques de cancer du sein.

Tableau 10 : Réception des résultats et suivi après des résultats ANORMAUX à un examen de dépistage du cancer du sein, par province ou par territoire

Province ou territoire	Réception des résultats anormaux	Suivi des résultats anormaux	Désignation du FSP pour le suivi	Lieu de la mammographie diagnostique après un résultat anormal	Retour au programme de dépistage?
Yn	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi par courrier à la participante • Le programme peut également communiquer avec la participante par téléphone, en fonction du suivi requis (imagerie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme appelle la participante pour fixer un rendez-vous de suivi pour un examen par imagerie. • Si une biopsie est requise, la participante doit revoir son FSP pour obtenir une recommandation pour une biopsie ou pour tout autre examen de suivi. 	<ul style="list-style-type: none"> • FSP désigné lors de la prise de rendez-vous pour la mammographie 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme de dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> • Si les résultats du suivi sont normaux, les participantes reçoivent une invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage tous les deux ans (ou selon les recommandations du radiologiste).
T.N.-O.	<ul style="list-style-type: none"> • Les participantes reçoivent un appel téléphonique et une lettre du programme. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme appelle la participante pour fixer un rendez-vous de suivi pour un examen par imagerie. • Si une biopsie est requise, la participante doit revoir son FSP pour obtenir une recommandation pour une biopsie. • Le programme informe le FSP que la participante doit subir une biopsie. 	<ul style="list-style-type: none"> • FSP désigné lors de la prise de rendez-vous pour la mammographie 	<ul style="list-style-type: none"> • Stanton Territorial Hospital ou un établissement à Edmonton, en Alberta 	<ul style="list-style-type: none"> • Si les résultats du suivi sont normaux, les participantes reçoivent une invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage tous les deux ans (ou selon les recommandations du radiologiste).
Nt*	<ul style="list-style-type: none"> • Variable selon le centre. Généralement envoyés au FSP, qui communique avec la participante pour les lui transmettre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le FSP gère les recommandations pour tous les examens de suivi requis. 	<ul style="list-style-type: none"> • FSP désigné lors de la prise de rendez-vous pour la mammographie 	S. O.	S. O.

Province ou territoire	Réception des résultats anormaux	Suivi des résultats anormaux	Désignation du FSP pour le suivi	Lieu de la mammographie diagnostique après un résultat anormal	Retour au programme de dépistage?
C.-B.	<ul style="list-style-type: none"> Les participantes reçoivent un appel téléphonique du centre de diagnostic, qui les informe du résultat et fixe un rendez-vous de suivi. Résultats également envoyés au FSP et adressés par courrier à la participante 	<ul style="list-style-type: none"> Le centre de diagnostic effectue la prise de rendez-vous de suivi et appelle la participante. 	<ul style="list-style-type: none"> FSP désigné lors de la prise de rendez-vous pour la mammographie 	<ul style="list-style-type: none"> Unité d'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> Si les résultats du suivi sont normaux, les participantes reçoivent une invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage, tous les ans ou tous les deux ans, conformément à la politique du programme sur les facteurs de risque existants.
Alb.	<ul style="list-style-type: none"> La plupart des cliniques avisent les FSP et/ou les participantes en personne ou par téléphone. Résultats également envoyés au FSP et adressés par courrier à la participante 	<ul style="list-style-type: none"> La clinique ou le FSP communique avec la participante pour organiser le suivi. Certaines cliniques organisent directement les rendez-vous de suivi (variable selon le centre). 	<ul style="list-style-type: none"> FSP habituellement désigné lors de la prise de rendez-vous pour la mammographie Les centres aident les participantes ayant des résultats anormaux à trouver un FSP s'il n'y en a pas déjà un d'inscrit au dossier au moment de la prise de rendez-vous. 	<ul style="list-style-type: none"> Si la mammographie a été réalisée dans un établissement pouvant effectuer des mammographies diagnostiques, c'est généralement là qu'elle est effectuée. Clinique communautaire Établissement hospitalier 	<ul style="list-style-type: none"> Si les résultats du suivi sont normaux, les participantes reçoivent une invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage tous les deux ans (ou selon les recommandations du radiologiste).

Province ou territoire	Réception des résultats anormaux	Suivi des résultats anormaux	Désignation du FSP pour le suivi	Lieu de la mammographie diagnostique après un résultat anormal	Retour au programme de dépistage?
Sask.	<ul style="list-style-type: none"> Les participantes reçoivent les résultats par téléphone, soit du programme (intervenant-pivot) soit de leur FSP. 	<ul style="list-style-type: none"> L'intervenant-pivot du programme organise les rendez-vous de suivi s'il y est autorisé par le FSS, sinon c'est ce dernier qui s'en charge. Si le programme effectue un suivi, il communique avec la participante par téléphone pour fixer les rendez-vous requis. 	<ul style="list-style-type: none"> Les participantes doivent désigner un FSS au moment de leur inscription. Le programme peut également orienter les participantes vers un FSS qui assurera le suivi pour celles qui n'en ont pas. 	<ul style="list-style-type: none"> Centres d'imagerie diagnostique mammaire (hôpitaux, cliniques privées de radiologie ou centre de santé du sein) 	<ul style="list-style-type: none"> Si les résultats du suivi sont normaux, les participantes reçoivent une invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage tous les deux ans (ou selon les recommandations du radiologiste). Après avoir reçu un diagnostic de cancer, les participantes réintègrent le processus de dépistage habituel après une période de cinq ans sans récurrence; toutefois, actuellement, le système logiciel du programme ne les réinvite pas.
Man.	<ul style="list-style-type: none"> Les participantes reçoivent un appel téléphonique du programme pour les informer des résultats. Résultats également envoyés par courrier aux participantes et à leur professionnel de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> Orientation vers un centre de diagnostic coordonné par le programme. La participante est informée du rendez-vous de suivi par le programme (téléphone). 	<ul style="list-style-type: none"> FSP désigné lors de la prise de rendez-vous pour la mammographie Si le FSP n'a pas été désigné lors de la prise de rendez-vous pour la mammographie, le programme mettra en relation, en cas de résultat anormal, les participantes avec le service Trouver un médecin. 	<ul style="list-style-type: none"> Centre d'imagerie diagnostique 	<ul style="list-style-type: none"> Si les résultats du suivi sont normaux, les participantes reçoivent une invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage tous les deux ans (ou selon les recommandations du radiologiste). Toutes les participantes sont informées, par lettre, une fois le bilan diagnostique mené à bien, de leur situation (c'est-à-dire si elles recevront une nouvelle invitation à un rendez-vous de dépistage ou si elles ne sont plus admissibles).

Province ou territoire	Réception des résultats anormaux	Suivi des résultats anormaux	Désignation du FSP pour le suivi	Lieu de la mammographie diagnostique après un résultat anormal	Retour au programme de dépistage?
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Variable selon le centre : certains peuvent appeler, d'autres envoyer des lettres, quelques-uns pouvant également communiquer avec le FSP qui, lui-même, communiquera avec sa patiente pour lui transmettre ses résultats. 	<ul style="list-style-type: none"> Le suivi varie selon le centre : certains centres peuvent coordonner les rendez-vous de suivi, tandis que, dans d'autres, c'est le FSP qui s'en charge. 	<ul style="list-style-type: none"> Si la participante n'a pas de FSP, le centre de dépistage désigne un médecin qui prendra en charge son suivi jusqu'à la confirmation d'un diagnostic. 	<ul style="list-style-type: none"> Centres d'évaluation du programme (hôpitaux et établissements de santé indépendants qui effectuent des examens d'imagerie diagnostique) Centres d'évaluation en dehors du programme (hôpitaux et établissements de santé indépendants qui réalisent l'imagerie diagnostique) 	<ul style="list-style-type: none"> Si les résultats du suivi sont normaux, la plupart des participantes reçoivent une invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage tous les deux ans.
Qc	<ul style="list-style-type: none"> Envoi par courrier à la participante 	<ul style="list-style-type: none"> Variable : les participantes peuvent être invitées, dans la lettre de résultats, à communiquer avec le centre ou avec leur FSP, certains centres communiquant de manière proactive avec la participante pour organiser le suivi. 	<ul style="list-style-type: none"> Un médecin volontaire du programme est chargé du suivi des participantes n'ayant pas de FSP. 	<ul style="list-style-type: none"> Programme de dépistage (centres de référence pour investigation désignés) 	<ul style="list-style-type: none"> Si les résultats du suivi sont normaux, les participantes reçoivent une invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage tous les deux ans (ou selon les recommandations du radiologiste).
N.-B.	<ul style="list-style-type: none"> La plupart des centres communiquent par téléphone avec les participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> Variable d'un centre à l'autre, les participantes étant habituellement orientées automatiquement pour une procédure diagnostique. 	<ul style="list-style-type: none"> Approche variable selon le centre 	<ul style="list-style-type: none"> Centres variables selon la région 	<ul style="list-style-type: none"> Les participantes présentant des résultats de mammographie anormaux mais sans diagnostic de cancer peuvent réintégrer le programme de dépistage et recevoir une invitation à un nouveau rendez-vous sur recommandation d'un médecin.

Province ou territoire	Réception des résultats anormaux	Suivi des résultats anormaux	Désignation du FSP pour le suivi	Lieu de la mammographie diagnostique après un résultat anormal	Retour au programme de dépistage?
N.-É.	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi par courrier à la participante • Lettre de résultats envoyée au FSP par télécopie électronique 3 jours avant l'envoi à la participante, afin que le FSP puisse l'informer de ses résultats anormaux et lui fournir les renseignements nécessaires sur les rendez-vous de suivi 	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme organise des rendez-vous de suivi, selon les recommandations du radiologiste. Les renseignements sur ces rendez-vous sont inclus dans la lettre de résultats adressée au FSP et à la participante. • Le processus de prise de rendez-vous, pour une biopsie mammaire au trocart, varie selon le centre; certains prennent rendez-vous sur recommandation du radiologiste (sans demande), tandis que d'autres exigent une demande du FSP. 	<ul style="list-style-type: none"> • FSP désigné par la participante lors de la prise de rendez-vous pour la mammographie de dépistage • Si la participante n'a pas de FSP, le programme l'aide à en trouver un qui pourra assurer le suivi des résultats anormaux du dépistage. 	<ul style="list-style-type: none"> • Services d'imagerie diagnostique du sein situés dans des hôpitaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Si les résultats du suivi sont normaux, les participantes reçoivent une invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage tous les deux ans (ou tous les ans, si le radiologiste le recommande).
Î.-P.-É.	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi par courrier à la participante (avec un avis indiquant la nécessité d'un examen de suivi par imagerie) • Envoi par courrier au FSP 	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme appelle la participante pour planifier des rendez-vous de suivi et l'informer des résultats anormaux. • Si une biopsie est nécessaire, le FSP communique avec la participante. 	<ul style="list-style-type: none"> • FSP désigné lors de la prise de rendez-vous pour la mammographie • En l'absence de FSP, le coordonnateur du programme informe la participante en matière de suivi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme de dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> • Si les résultats du suivi sont normaux, les participantes reçoivent une invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage tous les deux ans (ou selon les recommandations du radiologiste).

Province ou territoire	Réception des résultats anormaux	Suivi des résultats anormaux	Désignation du FSP pour le suivi	Lieu de la mammographie diagnostique après un résultat anormal	Retour au programme de dépistage?
T.-N.-L.	<ul style="list-style-type: none"> Envoi par courrier à la participante Envoi par courrier au FSP, deux jours avant l'envoi à la participante 	<ul style="list-style-type: none"> Le programme coordonne les rendez-vous pour les examens de suivi, et envoie un courrier à la participante l'informant des résultats anormaux et des rendez-vous prévus. Un rendez-vous avec le FSP peut être pris, sans que cela soit obligatoire. 	<ul style="list-style-type: none"> Le FSP doit être désigné lors de la prise de rendez-vous pour la mammographie. Sinon, le programme communique avec une infirmière praticienne (en milieu rural), qui gèrera le suivi requis pour les participantes n'ayant pas de FSP. 	<ul style="list-style-type: none"> Services d'imagerie diagnostique du sein situés dans des hôpitaux 	<ul style="list-style-type: none"> Si les résultats du suivi sont normaux, les participantes reçoivent une invitation à un nouveau rendez-vous de dépistage tous les deux ans (ou selon les recommandations du radiologiste, ou les protocoles du programme).

* Les données de la présente publication relatives au Nunavut font référence au dépistage opportuniste du cancer du sein.

Tableau 11 : Processus lorsque les participantes n'ont pas de FSP et processus lorsqu'il est impossible de communiquer avec elles, par province ou par territoire

Province ou territoire	Processus lorsque les participantes n'ont pas de FSP	Processus lorsqu'il est impossible de communiquer avec les participantes
Yn	S. O.	Suivi avec le FSP
T.N.-O.	La participante doit avoir un FSP pour subir un dépistage.	<p>YKBSP : Le coordonnateur des rendez-vous du programme communique avec la participante par téléphone si des examens supplémentaires d'imagerie sont nécessaires. Si cela ne peut être fait à Yellowknife, une lettre est envoyée au FSP responsable de la recommandation pour l'en informer. Si une lettre est retournée, le programme consulte les systèmes électroniques et hospitaliers pour confirmer l'adresse de la participante, puis l'appelle pour confirmer ses nouvelles coordonnées.</p> <p>HRBSP : Pas de politique particulière. Le coordonnateur du programme appelle le numéro de téléphone figurant au dossier de la participante, si elle vit à Hay River ou à Enterprise. Si elle vit dans une collectivité éloignée, le coordonnateur appelle le centre de santé communautaire ou le FSP.</p>
Nt	Pas de programme de dépistage organisé	
C.-B.	La participante doit avoir un FSP pour subir un dépistage.	Suivi avec le FSP

Province ou territoire	Processus lorsque les participantes n'ont pas de FSP	Processus lorsqu'il est impossible de communiquer avec les participantes
Alb.	Le programme aide la participante à trouver un FSP, avant le dépistage ou après un résultat anormal.	Le centre de dépistage avise la participante et le FSP.
Sask.	L'intervenant-pivot aide la participante à trouver un FSP, si elle n'en a pas.	Suivi avec le FSS pour obtenir le numéro de téléphone actuel.
Man.	Le programme aide la participante à trouver un FSP, par l'intermédiaire de l'initiative provinciale « Trouver un médecin ». S'il est impossible de trouver un FSP, le responsable médical du programme prend en charge la participante pour les examens de suivi.	Une lettre de résultats est envoyée par courrier à la participante et à son FSP, comprenant une note indiquant que le programme n'a pas été en mesure de joindre la participante par téléphone.
Ont.	Si la participante n'a pas de FSP, le centre de dépistage désigne un médecin, qui prendra en charge le suivi jusqu'à la confirmation d'un diagnostic.	Le centre du programme informe le FSP et aide à planifier un rendez-vous de suivi. Le centre du programme peut également appeler la participante et/ou lui envoyer une lettre, lui demandant d'effectuer un suivi avec le centre de dépistage.
Qc	Attribution à la participante d'un FSP volontaire	Les coordonnateurs de programme communiquent avec la participante ou avec le FSP dans un délai d'au plus 45 jours après un résultat anormal à un examen de dépistage, si aucun examen complémentaire n'a été confirmé dans le système d'information. Envoi d'un courrier recommandé s'il est toujours impossible de joindre la participante après 90 jours.
N.-B.	Aucun processus officiel	Aucun processus officiel
N.-É.	En cas de rapport de dépistage anormal, le programme collabore avec le coordonnateur de chaque centre de dépistage pour obtenir un FSP local susceptible de prendre en charge le rapport.	Le service central de prise de rendez-vous appelle la participante. En cas d'échec, ce service communique avec le FSP pour obtenir les coordonnées actuelles de la participante.
Î.-P.-É.	Le coordonnateur provincial (ou le chirurgien de garde) communique avec la participante.	Suivi avec appel téléphonique au FSP
T.-N.-L.	Le programme aide la participante à trouver un FSP.	Recherche de l'adresse auprès d'une autre source et renvoi du courrier si on trouve une adresse plus récente; sinon, suivi avec le FSP

3.4 Stratégies pour atteindre la cible en matière de taux de rappel pour anomalie

Le taux de rappel pour anomalie (TRA), c'est-à-dire le pourcentage de mammographies présentant des résultats anormaux, constitue un indicateur clé de la qualité des programmes de dépistage du cancer du sein. S'il est trop faible, cela peut indiquer que certains cancers n'ont pas été détectés, mais, s'il est trop élevé, certaines personnes pourraient être orientées vers des examens de suivi inutiles.

On a observé, au Canada, une augmentation du TRA, sans accroissement simultané du taux de détection du cancer. En d'autres termes, on a informé un plus grand nombre de personnes que les résultats de leurs examens de dépistage étaient anormaux, et on les a, en conséquence, orientées vers des examens supplémentaires qui n'ont pas débouché sur la détection d'un plus grand nombre de cancers. En optimisant

les TRA, on pourrait réduire au minimum les dommages potentiels du surdépistage et éviter des examens de suivi inutiles, permettant ainsi de maintenir l'intérêt du dépistage⁹.

Des efforts ont été déployés, au Canada, pour aider les programmes à atteindre la cible nationale en matière de TRA. Le *Cadre d'action pancanadien pour optimiser les taux de rappel pour anomalie dans le dépistage du cancer du sein*, qui sera publié par le Partenariat en 2020, offrira plus de détails sur les stratégies décrites au tableau 12 en vue de favoriser l'atteinte de TRA optimaux.

Tableau 12 : Stratégies^a mises en œuvre pour atteindre la cible en matière de taux de rappel pour anomalie, par province ou par territoire

Province ou territoire	Nombre minimal d'interprétations	Double interprétation	Vérification et rétroaction sur le rendement	interprétation avec les mammographies antérieures	Nombre de clichés mammographiques	Compression mammographiques	Interprétation de mammographies par lots	Formation postdoctorale en imagerie mammaire	Autre stratégie	Certaines de ces stratégies se sont-elles appuyées sur les travaux du Partenariat ?
Yn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
T.N.-O.	✓	✓		✓	✓ (4)	✓				Double interprétation en cours de mise en œuvre. Stratégie issue de présentations effectuées lors de l'atelier sur les TRA.
Nt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C.-B.	✓		✓	✓	✓ (4)		✓		Les statistiques de rétroaction sur le rendement ont été modifiées, pour mettre en évidence les domaines où des améliorations sont possibles.	Stratégies discutées lors de l'atelier sur les TRA, présentant divers degrés de données probantes

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN AU CANADA : ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT 2019-2020

Province ou territoire	Nombre minimal d'interprétations	Double interprétation	Vérification et rétroaction sur le rendement	interprétation avec les mammographies antérieures	Nombre de clichés mammographiques	Compression mammographiques	Interprétation de mammographies par lots	Formation postdoctorale en imagerie mammaire	Autre stratégie	Certaines de ces stratégies se sont-elles appuyées sur les travaux du Partenariat ?
Alb.	✓	✓ (Variable selon les cliniques)	✓ (Intention d'amélioration)	✓	✓ (4)	✓ (Intention d'exploration)	✓ (Variable selon les cliniques)		Technologie – tomosynthèse	Le Partenariat a contribué à rendre plus évidente la nécessité de ces stratégies et à poursuivre les travaux du programme pour résoudre ce problème.
Sask.	✓ (4)	✓ Superviseurs techniques uniquement	✓	✓	✓ (4)	✓	✓	✓ – Certains clichés, mais pas tous		Stratégies mises en œuvre sur la base des orientations et des travaux du Partenariat
Man.	✓		✓	✓	✓ (4)	✓	✓		Interprétation sur place obligatoire (pas d'accès à distance). Les statistiques du programme sont publiées et distribuées mensuellement.	Les pratiques en place sont étayées par des données probantes fournies lors de la réunion. Capacité et/ou nécessité de mise en œuvre des « doubles interprétations » en cours d'évaluation
Ont.	✓		✓	✓						

Province ou territoire	Nombre minimal d'interprétations	Double interprétation	Vérification et rétroaction sur le rendement	interprétation avec les mammographies antérieures	Nombre de clichés mammographiques	Compression mammographiques	Interprétation de mammographies par lots	Formation postdoctorale en imagerie mammaire	Autre stratégie	Certaines de ces stratégies se sont-elles appuyées sur les travaux du Partenariat ?
Qc	✓		✓	✓	✓ (4)				Statistiques de rétroaction sur le rendement modifiées pour mettre en évidence les domaines où des améliorations sont possibles; groupe de travail sur les TRA; stratégies discutées lors de l'atelier sur les TRA, présentant divers degrés de données probantes	
N.-B.	✓	✓	✓	✓		✓				Réunions de réseaux et recommandations de l'ACR

Province ou territoire	Nombre minimal d'interprétations	Double interprétation	Vérification et rétroaction sur le rendement	interprétation avec les mammographies antérieures	Nombre de clichés mammographiques	Compression mammographiques	Interprétation de mammographies par lots	Formation postdoctorale en imagerie mammaire	Autre stratégie	Certaines de ces stratégies se sont-elles appuyées sur les travaux du Partenariat ?
N.-É.	✓	✓	✓	✓	✓ (4)		✓	✓	Doubles interprétations non officielles. Dans la région du Centre, les mammographies anormales, avec un faible degré de présomption de cancer, pour lesquelles le radiologiste a demandé des examens supplémentaires, font l'objet d'un examen par le radiologiste principal pour déterminer si ces examens sont véritablement nécessaires.	
Î.-P.-É.	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓ – Certains clichés, mais pas tous		Rétroaction sur le rendement; interprétations comparatives; nombre minimal d'interprétations; nombre de clichés mammographiques
T.-N.-L.	✓		✓	✓			✓			Nombre minimal d'interprétations; rétroaction de vérification

~ En Nouvelle-Écosse, certains radiologistes ont une formation postdoctorale en imagerie mammaire.

^ L'indication, dans le tableau, qu'une stratégie est présente dans une province ou dans un territoire, ne signifie pas nécessairement qu'elle est mise en œuvre à l'échelle de cette province ou de ce territoire; elle peut n'être en place que dans un certain nombre de cliniques.

– Aucun renseignement fourni à la date de collecte des données.

4. Dépistage du cancer du sein chez les personnes présentant un risque accru ou élevé

4.1 Dépistage chez les personnes présentant un risque accru

Les personnes présentant un risque accru sont celles pour qui le risque de contracter un cancer du sein est considéré comme étant supérieur au risque moyen, tout en étant inférieur à celui du groupe présentant le risque le plus élevé. Il peut s'agir de personnes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein, ayant une densité mammaire élevée, ayant eu recours, dans le passé, à une hormonothérapie substitutive, ou présentant un risque élevé de maladie bénigne du sein. Elles n'ont pas le même profil que les personnes présentant un risque élevé qui, elles, ont un risque à vie plus important de contracter, à un plus jeune âge, un cancer du sein ou un cancer du sein plus agressif, en raison de facteurs particuliers (par exemple génétiques).

Dix programmes provinciaux ou territoriaux de dépistage du cancer du sein prennent en charge les participantes présentant un risque accru de contracter un cancer du sein. Certains programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du sein définissent les personnes présentant un risque accru comme celles ayant des

antécédents familiaux au premier degré de cancer du sein, recevant une hormonothérapie substitutive, ayant une densité mammaire supérieure ou égale à 75 %, ayant des antécédents de maladie bénigne du sein à risque élevé, et ayant une recommandation d'un radiologiste, d'autres n'incluant que l'une de ces quatre caractéristiques pour définir un risque accru. D'autres caractéristiques sont également répertoriées comme facteurs de risque par certains programmes, notamment des antécédents familiaux au premier degré de cancer de l'ovaire, des antécédents familiaux masculins au premier degré de cancer du sein, au moins trois antécédents familiaux au deuxième degré de cancer du sein ou de l'ovaire, et une pathologie documentée de lésions à risque élevé. Le Québec et le Nouveau-Brunswick n'ont pas de catégorie « risque accru de cancer du sein ». Les personnes dont on a déterminé qu'elles présentaient un risque accru de cancer du sein font l'objet, dans la plupart des cas, d'un dépistage annuel par mammographie, à compter de l'âge de 40 ou de 50 ans.

Tableau 13 : Définitions provinciales et territoriales du risque accru de cancer du sein

Province ou territoire	Antécédents familiaux au premier degré	Recours à une hormonothérapie substitutive	Densité mammaire supérieure, ou supérieure ou égale à 75 %	Antécédents de risque élevé de maladies du sein bénignes	Recommandations du radiologiste	Autre
Yn	✓		✓ ^		✓	
T.N.-O.	✓	✓	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents personnels de cancer du sein • Antécédents personnels d'autres cancers (notamment, cancer de l'ovaire) • Au moins 3 antécédents familiaux au deuxième degré de cancer du sein ou de l'ovaire
Nt*	✓	✓			✓	
C.-B.	✓			✓		
Alb.	✓		✓	✓	✓	
Sask.	✓	✓			✓	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents personnels de cancer du sein • Antécédents personnels d'autres cancers
Man.	✓			✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Au moins une parente au premier ou au deuxième degré, du côté maternel ou paternel de la famille, ayant des antécédents de cancer du sein ou de l'ovaire n'entrant pas dans la catégorie de risque fortement accru • Ascendance ashkénaze

Province ou territoire	Antécédents familiaux au premier degré	Recours à une hormonothérapie substitutive	Densité mammaire supérieure, ou supérieure ou égale à 75 %	Antécédents de risque élevé de maladies du sein bénignes	Recommandations du radiologiste	Autre
Ont.	✓		✓		✓	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents personnels ou familiaux au premier degré de cancer de l'ovaire • Cancer du sein chez un parent mâle au premier degré • Cancer du sein chez au moins deux parentes au premier degré à n'importe quel âge, ou cancer du sein chez une parente au premier degré à moins de 50 ans • Pathologie documentée de lésions à risque élevé
Qc	Pas de catégorie « risque accru »					
N.-B.	Pas de catégorie « risque accru »					
N.-É.	✓	✓		✓	✓	
Î.-P.-É.	✓		✓	✓	✓	

Province ou territoire	Antécédents familiaux au premier degré	Recours à une hormonothérapie substitutive	Densité mammaire supérieure, ou supérieure ou égale à 75 %	Antécédents de risque élevé de maladies du sein bénignes	Recommandations du radiologiste	Autre
T.-N.-L.	✓		✓	✓		<ul style="list-style-type: none"> • Cancer du sein ou cancer de l'ovaire chez quatre parents au deuxième degré — grands-parents, tante, oncle, nièce, neveu, demi-sœur ou demi-frère — du même côté de la famille • Cancer du sein ou cancer de l'ovaire chez trois parents au deuxième degré, du même côté de la famille, l'un ou plusieurs d'entre eux remplissant une ou plusieurs des conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Cancer contracté à moins de 50 ans ○ Cancer du sein et de l'ovaire chez la même personne ○ Cancer du sein masculin • Antécédents personnels de cancer de l'ovaire diagnostiqué avant 50 ans • Radiothérapie médiastinale avant 30 ans • Évaluation génétique confirmant un risque élevé de cancer du sein

* Les données de la présente publication relatives au Nunavut font référence au dépistage opportuniste du cancer du sein.

^ S'applique aux personnes classées dans la catégorie « D » de la classification BI-RADS de la densité mammaire, correspondant à un sein extrêmement dense, soit plus de 75 % de tissu glandulaire.

Tableau 14 : Prise en charge des personnes présentant un risque accru par les programmes provinciaux et territoriaux de dépistage

Province ou territoire	Le programme prend-il en charge les personnes présentant un risque accru?	Recommandations de dépistage en cas de risque accru			
		Modalité de dépistage	Âge de début	Intervalle	Âge de fin
Yn	Oui	Mammographie	Non précisé	Annuel	Non précisé
T.N.-O.	Oui	YKBSP : mammographie et échographie, IRM dans certains cas HRBSP : mammographie	40 ans (40 ans sur recommandation du FSP, 50 ans en cas d'accès direct)	Annuel ou bisannuel, sur recommandation du radiologiste	74 ans (possibilité de poursuivre le dépistage à partir de 75 ans)
Nt*	Oui, avec orientation vers un centre de diagnostic	–	50 ans	–	74 ans
C.-B.	Oui	Mammographie	40 ans	Annuel pour les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein ou des antécédents personnels de lésions bénignes du sein à risque élevé	74 ans
Alb.	Non; prise en charge par le FSP	S. O.	S. O.	S. O.	S. O.
Sask.	Oui	Mammographie	40 ans	Annuel pour les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein et une densité mammaire élevée	74 ans (possibilité de poursuivre le dépistage à partir de 75 ans)
Man.	Oui	Mammographie	50 ans	Variable selon le degré de risque et les recommandations du radiologiste	74 ans (possibilité de poursuivre le dépistage à partir de 75 ans)
Ont.^	Oui	Mammographie	50 ans	Annuel pour les personnes présentant des antécédents familiaux et/ou une pathologie documentée de lésions à risque élevé	74 ans
Qc	Non	S. O.	S. O.	S. O.	S. O.
N.-B.	Non	S. O.	S. O.	S. O.	S. O.
N.-É.	Oui	Mammographie	50 ans (accès direct de 40 à 49 ans)	Annuel	74 ans

Province ou territoire	Le programme prend-il en charge les personnes présentant un risque accru?	Recommandations de dépistage en cas de risque accru			
		Modalité de dépistage	Âge de début	Intervalle	Âge de fin
Î.-P.-É.	Oui	Mammographie	40 ans	Annuel	74 ans
T.-N.-L.	Oui	Mammographie	50 ans~	Annuel	74 ans~

* Les données de la présente publication relatives au Nunavut font référence au dépistage opportuniste du cancer du sein.

^ Le PODCS n'utilise pas le terme « risque accru », cependant, une personne peut faire l'objet d'une nouvelle invitation du programme en l'espace d'un an pour plusieurs raisons : pathologie documentée de lésions à risque élevé; antécédents personnels de cancer de l'ovaire; deux parentes ou plus au premier degré atteintes d'un cancer du sein, quel que soit l'âge; une parente au premier degré atteinte d'un cancer du sein à moins de 50 ans; une parente au premier degré atteinte d'un cancer de l'ovaire, quel que soit l'âge; un parent mâle atteint d'un cancer du sein, quel que soit l'âge; une densité mammaire supérieure ou égale à 75 % au moment du dépistage; les recommandations du radiologiste au moment du dépistage ou de l'évaluation.

~ L'âge de début et l'âge de fin varient en fonction des critères de santé pour que la patiente soit considérée comme présentant un risque accru; une densité mammaire supérieure ou égale à 75 % peut, par exemple, être un état transitoire, l'âge de début et l'âge de fin étant alors adaptés en conséquence.

– Aucun renseignement fourni à la date de collecte des données

4.2 Densité mammaire

Il a été prouvé que les personnes ayant une densité mammaire élevée présentaient un risque accru de cancer du sein et qu'une telle densité rendait plus difficile la détection du cancer du sein en recourant uniquement à la mammographie⁹. Cependant, on n'a pas clairement établi la pertinence d'un accroissement de la fréquence des dépistages mammographiques ou d'un « dépistage complémentaire », par échographie ou par IRM, pour améliorer les résultats dans de tels cas.

Au Canada, certaines provinces et certains territoires classent les personnes avec une densité mammaire élevée comme présentant un risque accru; dans la plupart des cas, celles-ci sont alors admissibles à des dépistages plus fréquents. La plupart de ces provinces et de ces territoires définissent une densité mammaire élevée comme une proportion de tissu glandulaire égale ou supérieure à 75 %.

Dix programmes provinciaux ou territoriaux de dépistage du cancer du sein collectent des renseignements sur la densité mammaire. En Ontario, les personnes présentant une densité mammaire élevée reçoivent une fiche de renseignements sur la densité mammaire avec leurs résultats de mammographie. Elles sont également informées que leur prochaine mammographie aura lieu dans un an, en raison de la densité de leur tissu mammaire. Le Manitoba et Terre-Neuve-et-Labrador informent les participantes de leur densité mammaire dans la lettre de résultats. La Colombie-Britannique informe également les participantes de leur densité mammaire. La Nouvelle-Écosse a commencé à le faire à l'automne 2019 et à joindre à toutes les lettres de résultats une fiche de renseignements sur la densité mammaire.

Figure 9 : Collecte et communication de données sur la densité mammaire au Canada (juillet 2019)

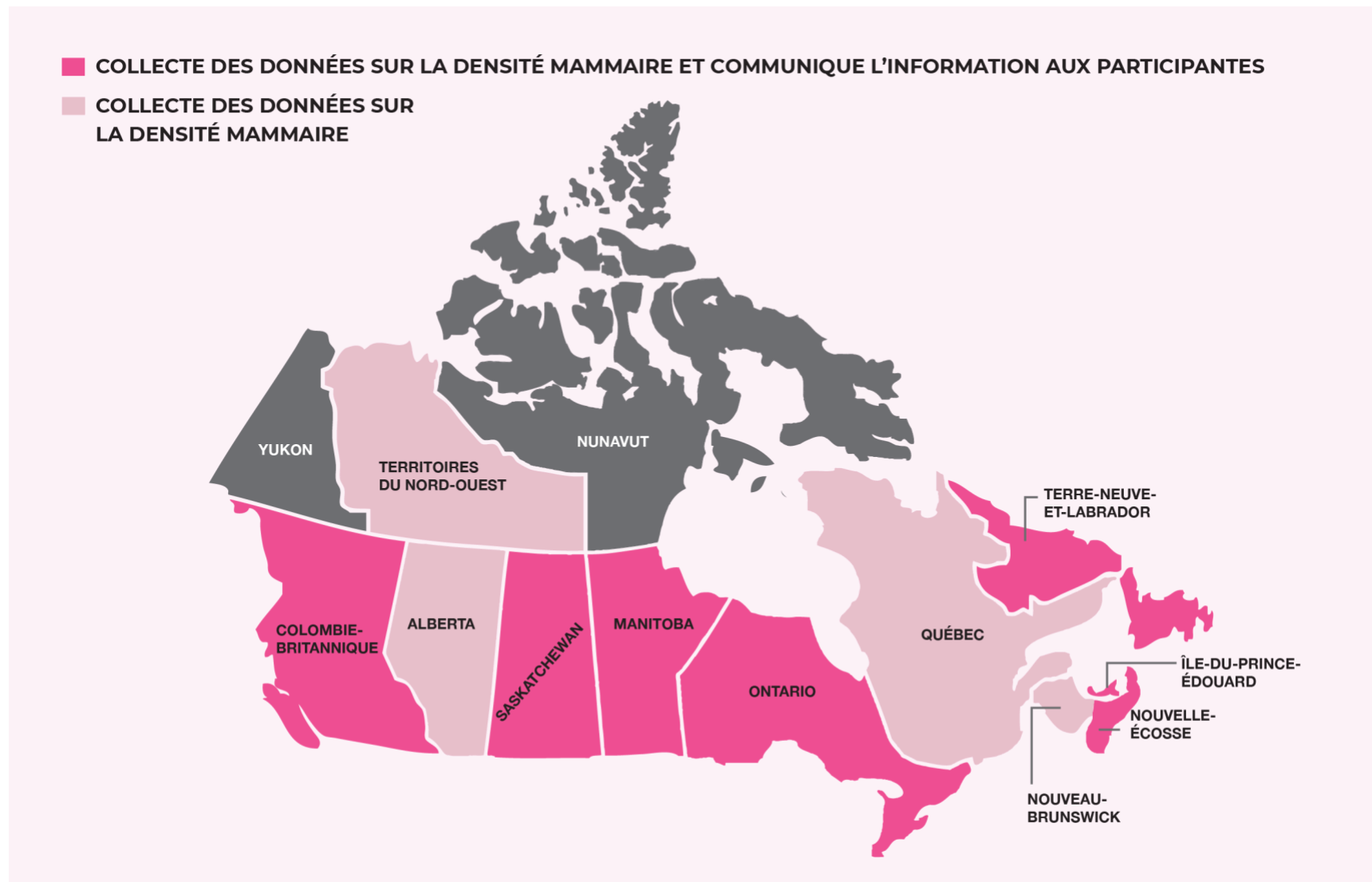


Tableau 15 : Définition d'une densité mammaire élevée par les programmes de dépistage au Canada et collecte des données correspondantes

Province ou territoire	Définition d'une densité mammaire élevée	Le programme collecte-t-il des données sur la densité mammaire?	Le programme recommande-t-il un dépistage plus fréquent pour les participantes présentant une densité mammaire élevée?	Les participantes sont-elles informées de leur densité mammaire?		Si les participantes ne sont pas informées de leur densité mammaire, y a-t-il des projets en ce sens?
				Oui	Non	
Yn	Catégorie D BI-RADS [^]	Non	✓		<p>✓</p> <p>Les participantes peuvent demander ces renseignements à leur FSP. Tous les rapports de dépistage comprennent les données sur la densité mammaire.</p>	Pas à l'heure actuelle
T.N.-O.	Proportion de tissu glandulaire supérieure ou égale à 75 %	Oui	✓		<p>✓</p> <p>Densité documentée dans le rapport de mammographie adressé au FSP</p>	Non
Nt*	-	-	✓	-	-	-
C.-B.	BI-RADS ^{^~}	Oui	-	<p>✓</p> <p>Les participantes reçoivent l'évaluation de leur densité mammaire d'après la classification BI-RADS avec leurs résultats et avec une brochure d'information.</p>		S. O.

Province ou territoire	Définition d'une densité mammaire élevée	Le programme collecte-t-il des données sur la densité mammaire?	Le programme recommande-t-il un dépistage plus fréquent pour les participantes présentant une densité mammaire élevée?	Les participantes sont-elles informées de leur densité mammaire?		Si les participantes ne sont pas informées de leur densité mammaire, y a-t-il des projets en ce sens?
				Oui	Non	
Alb.	Proportion de tissu glandulaire supérieure ou égale à 75 %	Oui	–		<p>✓</p> <p>Les participantes peuvent demander les renseignements à leur FSP, toutes les radiologies de dépistage incluant les données sur la densité mammaire.</p>	Le programme travaille sur un plan complet relatif à la densité mammaire, comprenant l'information des participantes et des FSP en matière de risque, ainsi que la mise en place de rapports normalisés et de recommandations quant aux examens complémentaires appropriés.
Sask.	Proportion de tissu glandulaire supérieure ou égale à 75 %	Oui	✓	<p>✓ **</p> <p>Environ une semaine après leur mammographie, les participantes présentant une densité mammaire élevée reçoivent une lettre les en informant, accompagnée d'une recommandation de dépistage annuel et d'une brochure d'information sur la densité mammaire.</p>		S. O.
Man.	Proportion de tissu glandulaire supérieure ou égale à 75 %	Oui	–	<p>✓</p> <p>La densité mammaire est indiquée comme étant inférieure à 75 % ou supérieure ou égale à 75 % (sein extrêmement dense) sur la lettre de résultats adressée à la participante et au FSP.</p>		S. O.

Province ou territoire	Définition d'une densité mammaire élevée	Le programme collecte-t-il des données sur la densité mammaire?	Le programme recommande-t-il un dépistage plus fréquent pour les participantes présentant une densité mammaire élevée?	Les participantes sont-elles informées de leur densité mammaire?		Si les participantes ne sont pas informées de leur densité mammaire, y a-t-il des projets en ce sens?
				Oui	Non	
Ont.	Proportion de tissu glandulaire supérieure ou égale à 75 %	Oui	–	<p>✓ ‡</p> <p>Les participantes reçoivent une lettre de résultats de dépistage accompagnée d'une fiche de renseignements sur la densité mammaire. La lettre informe la participante que sa prochaine mammographie devrait avoir lieu dans un an, en raison d'une densité mammaire élevée (supérieure ou égale à 75 %) observée sur la mammographie.</p>		S. O.
Qc	Proportion de tissu glandulaire supérieure ou égale à 75 %	Oui	–		<p>✓</p> <p>Le FSP reçoit un rapport sur la densité mammaire. Le FSP peut informer sa patiente.</p>	Non
N.-B.	Adoption de la classification BI-RADS [^] en cours : les catégories C et D seront utilisées.	Oui, mais seulement en cas de classification de la densité mammaire comme inférieure ou supérieure à 50 %, les données n'étant pas soumises de façon homogène.	Des recommandations pour la prise en charge des densités mammaires élevées sont en cours de planification et d'élaboration. À l'heure actuelle, les examens complémentaires de dépistage sont basés sur les recommandations du radiologiste.		<p>✓</p> <p>Actuellement, les participantes peuvent demander leur résultat de densité mammaire, en conformité avec les processus de demande de données de la RRS.</p>	Recommandations d'inclusion des résultats de densité mammaire sur tous les rapports de radiologie, afin que les FSP puissent en informer leurs patientes, en cours de mise en œuvre

Province ou territoire	Définition d'une densité mammaire élevée	Le programme collecte-t-il des données sur la densité mammaire?	Le programme recommande-t-il un dépistage plus fréquent pour les participantes présentant une densité mammaire élevée?	Les participantes sont-elles informées de leur densité mammaire?		Si les participantes ne sont pas informées de leur densité mammaire, y a-t-il des projets en ce sens?
				Oui	Non	
N.-É.	Catégorie C (seins denses hétérogènes) ou catégorie D (seins extrêmement denses)	Oui	Le radiologiste peut recommander un dépistage plus fréquent du cancer du sein.	✓ Depuis l'automne 2019, les femmes sont informées de leur densité mammaire (catégorie BI-RADS) dans leur lettre de résultats de dépistage, qui est accompagnée d'une fiche de renseignements sur la densité mammaire.		S. O.
Î.-P.-É.	Proportion de tissu glandulaire supérieure ou égale à 75 %	Oui	–	✓ Depuis janvier 2020, les participantes reçoivent une lettre de résultats comprenant la densité mammaire ainsi qu'une fiche de renseignements sur le sujet. Avant 2020, le FSP était informé des données de densité mammaire.		S. O.
T.-N.-L.	Proportion de tissu glandulaire supérieure ou égale à 75 %	Oui	✓	✓ Les participantes sont informées, dans la lettre de résultats, que leur intervalle de dépistage sera de 12 mois en raison de la nature de leur tissu mammaire.		S. O.

* Les données de la présente publication relatives au Nunavut font référence au dépistage opportuniste du cancer du sein.

^ Catégories du Breast Imaging and Reporting Data System (BI-RADS) pour la densité mammaire : A – seins presque totalement graisseux (< 25 % de tissu glandulaire); B – seins présentant quelques densités fibroglandulaires dispersées (25 à 50 % de tissu glandulaire); C – seins denses hétérogènes (51 à 75 % de tissu glandulaire); D – seins extrêmement denses (plus de 75 % de tissu glandulaire).

~ Les radiologistes de la Colombie-Britannique classent la composition des seins à l'aide du système BI-RADS pour évaluer le volume de tissu mammaire dense. On désigne souvent les catégories C et D comme « denses ». Le programme de dépistage du cancer du sein de BC Cancer fournit, actuellement, une évaluation BI-RADS aux femmes ayant subi un dépistage et aux FSS, ne contenant, toutefois, pas de définition d'une « densité mammaire élevée ».

** Les personnes sont informées qu'elles ont une densité mammaire élevée, sans, toutefois, que le pourcentage exact soit mentionné.

‡ Seules les personnes ayant obtenu des résultats normaux et présentant une densité mammaire élevée, selon les critères du programme, sont informées.

– Aucun renseignement fourni à la date de collecte des données

4.3 Dépistage chez les personnes présentant un risque élevé

Les personnes présentant un risque élevé sont celles qui ont un risque à vie plus important de contracter, à un plus jeune âge, un cancer du sein ou un cancer du sein plus agressif. Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de lignes directrices nationales pour le dépistage du cancer du sein chez les personnes présentant un risque élevé, les protocoles de dépistage, tout comme la définition d'un risque élevé de cancer du sein, variant en fonction des provinces et des territoires.

Tableau 16 : Définitions provinciales et territoriales d'un risque élevé de cancer du sein

Province ou territoire	Personne porteuse d'une mutation génique délétère connue (par exemple BRCA1 ou BRCA2)	Personne ayant refusé les tests génétiques et parente au premier degré d'une personne porteuse d'une mutation génique (par exemple BRCA1 ou BRCA2)	Personne présentant un risque à vie de cancer du sein supérieur ou égal à 25 % (évaluation à l'aide d'un outil de détermination des risques IBIS ou BOADICEA)	Personne traitée par radiothérapie thoracique avant l'âge de 30 ans et au moins 8 ans auparavant	Autre
Yn	Pas de catégorie « risque élevé »				
T.N.-O.	✓	✓		✓	
Nt	✓	✓	✓	✓	
C.-B.	✓	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents familiaux très importants de cancer du sein : 2 cas de cancer du sein chez des proches parentes, du même côté de la famille, toutes deux ayant reçu leur diagnostic avant 30 ans, ou 3 cas ou plus de cancer du sein chez des proches parentes, du même côté de la famille, avec au moins l'une d'entre elles ayant reçu son diagnostic avant 50 ans
Alb.	✓	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Ascendance ashkénaze • ADH, ALH, CLIS
Sask.					<ul style="list-style-type: none"> • Mammographies anormales • Densité mammaire • ADH, CLIS • Demande d'un médecin ou d'un radiologiste

Province ou territoire	Personne porteuse d'une mutation génique délétère connue (par exemple BRCA1 ou BRCA2)	Personne ayant refusé les tests génétiques et parente au premier degré d'une personne porteuse d'une mutation génique (par exemple BRCA1 ou BRCA2)	Personne présentant un risque à vie de cancer du sein supérieur ou égal à 25 % (évaluation à l'aide d'un outil de détermination des risques IBIS ou BOADICEA)	Personne traitée par radiothérapie thoracique avant l'âge de 30 ans et au moins 8 ans auparavant	Autre
Man.	✓	-	✓	-	<ul style="list-style-type: none"> • « Modèle Claus » de l'évaluation des risques • Ascendance ashkénaze • ADH, ALH, CLIS
Ont.	✓	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> • 30 à 74 ans • Aucun symptôme mammaire aigu • Mutations géniques délétères conférant un risque plus élevé de cancer du sein (par exemple TP53, PTEN, CDH1)
Qc	Pas de catégorie « risque élevé »				
N.-B.	Pas de catégorie « risque élevé »				
N.-É.	✓	✓	✓	✓	
Î.-P.-É.	✓	✓	✓	✓	
T.-N.-L.	✓	✓		✓	

* Les données de la présente publication relatives au Nunavut font référence au dépistage opportuniste du cancer du sein.

Abréviations : ADH[^] = hyperplasie intracanaulaire atypique, ALH[^] = hyperplasie lobulaire atypique et CLIS[~] = carcinome lobulaire *in situ*

[^] <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/non-cancerous-breast-conditions/hyperplasia-of-the-breast-ductal-or-lobular.html>

[~] <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/non-cancerous-breast-conditions/lobular-carcinoma-in-situ.html>

Six programmes de dépistage du cancer du sein provinciaux ou territoriaux prennent en charge les personnes présentant un risque élevé de cancer du sein. Leurs stratégies de prise en charge consistent, notamment, à recommander un dépistage par mammographie, par IRM et/ou par échographie. Certains programmes ne prennent pas directement en charge les personnes présentant un risque élevé, mais les orientent vers un programme spécialisé ou vers une clinique spécialisée. Selon la province ou le territoire, les lignes directrices recommandent que le dépistage du cancer du sein commence, chez les personnes présentant un risque élevé, à 30, à 40 ou à 50 ans et qu'il se poursuive jusqu'à 69 ou 74 ans.

Tableau 17 : Prise en charge des personnes présentant un risque élevé de cancer du sein par les programmes de dépistage provinciaux et territoriaux

Province ou territoire	Le programme prend-il en charge les personnes présentant un risque élevé?		Comment les personnes présentant un risque élevé sont-elles prises en charge?	Recommandations de dépistage chez les personnes présentant un risque élevé			
	Oui	Non		Modalité de dépistage	Âge de début	Intervalle	Âge de fin
Yn		✓	–	S. O.	S. O.	S. O.	S. O.
T.N.-O.	✓		Mammographie uniquement, d'autres modalités pouvant être prises en charge par le FSP	YKBSP : mammographie et échographie; IRM dans certains cas HRBSP : mammographie	40 ans	Selon la recommandation du radiologiste	74 ans
Nt*	✓		Orientation vers un centre de diagnostic	Mammographie	Variable	–	74 ans
C.-B.		✓	Admissibilité à un dépistage systématique annuel, mais pas à un dépistage supplémentaire; orientation vers une clinique de prise en charge des personnes présentant un risque élevé	Mammographie	40 ans	Annuel	74 ans
Alb.		✓	Prise en charge par le FSP ou par une clinique de prise en charge des personnes présentant un risque élevé	Mammographie et IRM mammaire de dépistage	Pas avant 25 ans et pas après 40 ans	Annuel	74 ans
Sask.		✓	–	S. O.	S. O.	S. O.	S. O.
Man.	✓		Nouvelle invitation à un dépistage systématique	Mammographie	50 ans	Annuel (peut varier) ou selon les recommandations du radiologiste	74 ans (possibilité de poursuivre le dépistage à partir de 75 ans)
Ont.†	✓		Orientation vers le PODCS – Risque élevé	30 à 69 ans : mammographie et IRM (ou échographie si l'IRM n'est pas médicalement appropriée) 70 à 74 ans : mammographie seulement	30 ans	Annuel	74 ans
Qc		✓	–	S. O.	S. O.	S. O.	S. O.

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN AU CANADA : ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT 2019-2020

Province ou territoire	Le programme prend-il en charge les personnes présentant un risque élevé?		Comment les personnes présentant un risque élevé sont-elles prises en charge?	Recommandations de dépistage chez les personnes présentant un risque élevé			
	Oui	Non		Modalité de dépistage	Âge de début	Intervalle	Âge de fin
N.-B.		✓	Actuellement, prise en charge par un radiologiste	S. O.	S. O.	S. O.	S. O.
N.-É.~	✓		Admissibilité à une mammographie et à une IRM mammaire de dépistage annuelles; demandes requises pour l'IRM annuelle	Mammographie et IRM de dépistage espacées de 30 jours	30 ans	Annuel	74 ans
Î.-P.-É.	✓		Dépistage annuel (Une recommandation du FSP est requise.)	Mammographie et IRM	40 ans (ou tel que recommandé par un radiologiste)	Annuel	74 ans
T.-N.-L.		✓	Admissibilité à un dépistage systématique annuel, mais pas à un dépistage supplémentaire; le FSP peut ordonner des examens complémentaires par IRM.	S. O.	S. O.	S. O.	S. O.

* Les données de la présente publication relatives au Nunavut font référence au dépistage opportuniste du cancer du sein.

^ Pour pouvoir intégrer le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein – Risque élevé (PODCS – Risque élevé), les personnes ne doivent présenter aucun symptôme mammaire aigu, doivent être recommandées par un médecin, doivent disposer d'un numéro valide de l'Assurance-santé de l'Ontario et doivent répondre aux critères provinciaux de risque élevé de cancer du sein.

~ Le programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse s'emploie à obtenir l'approbation de lignes directrices de pratique clinique sur le dépistage chez les personnes présentant un risque élevé.

– Aucun renseignement fourni à la date de collecte des données

5. Projets pilotes et études en matière de dépistage du cancer du sein

Plusieurs provinces et territoires mènent des projets pilotes ou des études en matière de dépistage du cancer du sein ou y participent. L'Alberta a entrepris une étude d'évaluation du dépistage du cancer du sein et de ses résultats chez les Premières Nations de la province. La Colombie-Britannique participe au Tomosynthesis Mammographic Imaging Screening Trial, une étude randomisée sur le dépistage du cancer du sein. L'Ontario a réalisé une étude d'évaluation de l'efficacité comparative des annonces sur Facebook, personnalisées et non personnalisées, pour ce qui est de la participation sur les médias sociaux et de l'intention de subir un dépistage, chez les femmes âgées de 50 à 59 ans, dans trois régions ciblées. La Nouvelle-Écosse a mené trois études ou y a participé : une étude descriptive des taux de

mammographies de dépistage constituant des faux positifs (FP) et de l'étendue des examens complémentaires conduits après un FP; un examen radiologique des cas de cancer du sein « d'intervalle » (c'est-à-dire survenu entre deux dépistages) pour déterminer les taux respectifs de véritables cancers « d'intervalle » et de cancers « manqués », en Nouvelle-Écosse; et une étude comparative des caractéristiques pathologiques et des résultats cliniques des véritables cancers du sein infiltrants « d'intervalle » et des cancers du sein infiltrants détectés lors du dépistage, parmi les participantes. Veuillez noter que les projets pilotes et les études décrits dans cette section ne constituent pas une liste complète de toutes les activités de recherche sur le cancer du sein menées au Canada.

Tableau 18 : Projets pilotes et études en matière de dépistage du cancer du sein en Alberta

Titre	Assessing cancer screening and outcomes among First Nations people in Alberta (évaluation du dépistage du cancer et de ses résultats chez les Premières Nations de l'Alberta)
But de l'étude	Le but de l'étude est d'évaluer le dépistage du cancer et ses résultats chez les membres des Premières Nations de l'Alberta.
Dates de début et de fin	De mars 2019 à mars 2020
Nombre de personnes recrutées	Données rétrospectives
Critères d'inclusion de l'étude ou du projet pilote	1) LDPC de l'ATOP pour les cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal 2) Populations cibles + Premières Nations
Résultats	À CONFIRMER
Processus d'orientation	Données rétrospectives
Méthodes de recrutement	Base de données
Recrutement parmi les Premières Nations, les Inuits et les Métis	Partenariat avec le First Nations Information Governance Centre de l'Alberta, en utilisant les identificateurs des Premières Nations.
Référence (si l'étude a été publiée)	Pas encore publiée

Abréviations : ATOP = Alberta Thoracic Oncology Program; LDPC = lignes directrices de pratique Cliniqu

Tableau 19 : Projets pilotes et études en matière de dépistage du cancer du sein au Canada

Titre	The Tomosynthesis Mammographic Imaging Screening Trial (étude sur le dépistage du cancer du sein par tomosynthèse)
But de l'étude	La Tomosynthesis Mammographic Imaging Screening Trial (TMIST ou étude EA1151) est une étude randomisée sur le dépistage du cancer du sein, conduite par l'ECOG-ACRIN Cancer Research Group. Elle est financée par le National Cancer Institute, par l'intermédiaire de son programme de recherche en oncologie communautaire. L'essai de phase III étudie si la mammographie 3D (tomosynthèse) est plus efficace que la mammographie numérique pour le dépistage du cancer du sein et si elle permet de réduire la nécessité d'exams d'imagerie ou de traitements supplémentaires.
Dates de début et de fin	De juillet 2017 à ce jour (La date primaire d'achèvement est estimée à 2025.)
Nombre de personnes recrutées	Recrutement en cours d'environ 165 000 femmes prévoyant de passer régulièrement des mammographies
Critères d'inclusion de l'étude ou du projet pilote	Femmes de 45 à 74 ans prévoyant de subir une mammographie de dépistage systématique L'essai se déroule dans environ 150 cliniques de mammographie aux États-Unis et au Canada. Au Canada, des patientes sont recrutées dans 6 centres à Vancouver, à London, à Toronto, à Ottawa, à Québec et à Montréal.
Résultats	À déterminer
Méthodes de recrutement	Les femmes participant au dépistage systématique du cancer du sein sont invitées à prendre part à cet essai.
Recrutement parmi les Premières Nations, les Inuits et les Métis	Étant donné que cette étude est menée aux États-Unis, il n'y a pas de dispositions particulières pour le recrutement de participantes inuites, métisses ou des Premières Nations.

Titre	The Tomosynthesis Mammographic Imaging Screening Trial (étude sur le dépistage du cancer du sein par tomosynthèse)
Recrutement parmi les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant	On tente d'inclure un nombre représentatif, selon la race et certains facteurs socioéconomiques, de participantes appartenant à des populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant. On atteint cet objectif par la sélection des centres de l'étude et la traduction des documents de l'essai dans diverses langues adaptées aux zones desservies. Les taux de recrutement de ces populations sont surveillés en permanence en vue d'orienter les initiatives permettant d'obtenir un recrutement représentatif.
Référence (si l'étude a été publiée)	https://ecog-acrin.org/tmist

Tableau 20 : Projets pilotes et études en matière de dépistage du cancer du sein en Ontario

Titre	2018 Breast Cancer Facebook Study: Findings Report (étude Facebook sur le cancer du sein 2018 : rapport sur les résultats)
But de l'étude	Évaluer l'efficacité comparative des annonces sur Facebook, personnalisées et non personnalisées, pour ce qui est de la participation sur les médias sociaux et de l'intention de subir un dépistage, chez les femmes âgées de 50 à 59 ans, dans trois régions ciblées
Dates de début et de fin	Six annonces ont été diffusées pendant un mois sur Facebook, à partir du 25 janvier 2018.
Nombre de personnes recrutées	Les annonces Facebook ont touché 59 478 femmes dans les trois régions : 18 556 pour Hamilton, 31 629 pour Ottawa et 9 293 pour Sudbury.
Critères d'inclusion de l'étude ou du projet pilote	Femmes âgées de 50 à 59 ans, ayant un compte Facebook, et vivant dans l'une des trois régions de l'étude : Sudbury, Hamilton et Ottawa
Résultats	Les contenus d'annonces personnalisées ont généré une plus forte activité (c'est-à-dire un plus grand nombre de clics, de réactions et de clics sur les liens) que ceux d'annonces non personnalisées. À Hamilton et à Sudbury, contrairement à Ottawa, les annonces personnalisées ont généré l'engagement d'un plus grand nombre de femmes à subir un dépistage.
Méthodes de recrutement	On a utilisé les méthodes de ciblage géographique de Facebook pour que les annonces ciblent les comptes de femmes âgées de 50 à 59 ans résidant à Sudbury, à Hamilton ou à Ottawa.
Recrutement parmi les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant	On a conduit une analyse, à l'échelon des subdivisions de recensement (SDR), pour mettre en évidence les SDR urbaines au sein desquelles résidaient un grand nombre, statistiquement significatif, de femmes âgées de 50 à 59 ans n'ayant pas subi de mammographie au cours des 5 dernières années (en date de juillet 2016).

Tableau 21a : Projets pilotes et études en matière de dépistage du cancer du sein en Nouvelle-Écosse

Titre	The Burden of False-Positive Results in Analog and Digital Screening Mammography: Experience of the Nova Scotia Breast Screening Program (le fardeau des résultats « faux positifs » en mammographie de dépistage analogique et numérique : l'expérience du programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse)
But de l'étude	Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a publié des recommandations pour le dépistage du cancer du sein, s'appuyant, en partie, sur les effets néfastes associés au dépistage. Cette étude avait pour objectif de décrire le taux de résultats faux positifs (FP) dans les mammographies de dépistage et de décrire l'étendue des examens complémentaires effectués après un résultat FP.
Dates de début et de fin	Du 1 ^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2011

Titre	The Burden of False-Positive Results in Analog and Digital Screening Mammography: Experience of the Nova Scotia Breast Screening Program (le fardeau des résultats « faux positifs » en mammographie de dépistage analogique et numérique : l'expérience du programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse)
Nombre de personnes recrutées	608 088 mammographies de dépistage <ul style="list-style-type: none"> • 408 620 mammographies analogiques • 199 468 mammographies numériques
Critères d'inclusion de l'étude ou du projet pilote	Cohorte historique de mammographies de dépistage, réalisées chez des femmes âgées de 40 à 69 ans au moment du dépistage
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Le taux de mammographies de dépistage générant des résultats faux positifs (FP) diminuait avec l'âge. • Les taux de FP étaient plus élevés pour un premier dépistage que pour les dépistages ultérieurs. • La nécessité de mener à bien des examens plus poussés variait en fonction du groupe d'âge, le recours à des interventions effractives devenant plus fréquent avec l'âge.
Référence (si l'étude a été publiée)	Payne, J. I., Martin, T., Caines, J. S. et Duggan, R. (2014). The burden of false-positive results in analog and digital screening mammography: experience of the Nova Scotia Breast Screening Program. <i>Journal de l'Association canadienne des radiologistes</i> , 65, 315-320, doi : https://doi.org/10.1016/j.cari.2014.03.002 .

Tableau 21b : Projets pilotes et études en matière de dépistage du cancer du sein en Nouvelle-Écosse

Titre	A review of interval breast cancers diagnosed among participants of the Nova Scotia Breast Screening Program (examen des cas de cancer du sein « d'intervalle » diagnostiqués chez les participantes au programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse)
But de l'étude	Mener un examen radiologique des cas de cancer du sein « d'intervalle » pour déterminer les taux respectifs de véritables cancers « d'intervalle » et de cancers « manqués » en Nouvelle-Écosse
Dates de début et de fin	Du 1 ^{er} janvier 1991 au 31 décembre 2004
Nombre de personnes recrutées	<ul style="list-style-type: none"> • 115 433 participantes au programme de dépistage du cancer du sein • Ces femmes ont subi 302 234 examens de dépistage. • On a détecté 342 cas de cancer du sein « d'intervalle ».
Critères d'inclusion de l'étude ou du projet pilote	Cas de cancer du sein « d'intervalle » diagnostiqués, de 1991 à 2004, chez des femmes âgées de 40 à 69 ans ayant participé au programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Dans le cadre d'une assurance de la qualité continue, il faut faire la différence entre les taux de véritables cancers « d'intervalle » et les taux de cancers « manqués ». • Le taux de cancers « manqués », pour 1 000 femmes ayant subi un dépistage annuel, représentait la moitié du taux de véritables cancers « d'intervalle » : 0,45 contre 0,93 pour les 40 à 49 ans et 1,08 contre 2,22 pour les 50 à 69 ans. • Parmi les femmes âgées de 50 à 69 ans ayant subi un dépistage bisannuel, le taux de cancers « manqués » pour 1 000 personnes représentait le tiers du taux de véritables cancers « d'intervalle » : 0,90 contre 3,15. • Le taux de cancers « manqués » pour 10 000 examens de dépistage représentait respectivement la moitié et le tiers du taux de véritables cancers « d'intervalle » chez les 40 à 49 ans, à 1,95 contre 3,99, et chez les 50 à 69 ans, à 3,34 contre 10,44.
Référence (si l'étude a été publiée)	Payne, J. I., Caines, J. S., Gallant, J. et Foley, T. J. (2013). A review of interval breast cancers diagnosed among participants of the Nova Scotia Breast Screening Program. <i>Radiology</i> , 266(1), 96-103, doi : 10.1148/radiol.12102348 .

Tableau 21c : Projets pilotes et études en matière de dépistage du cancer du sein en Nouvelle-Écosse

Titre	Comparison of clinical-pathological characteristics and outcomes of true interval and screen-detected invasive breast cancer among participants of a Canadian breast screening program: a nested case-control study (comparaison des caractéristiques clinicopathologiques et des résultats des véritables cancers du sein infiltrants « d'intervalle » et des cancers du sein infiltrants détectés par un examen de dépistage, parmi les participantes à un programme canadien de dépistage du cancer du sein : une étude cas-témoins emboîtés)
But de l'étude	Comparer les caractéristiques pathologiques et les résultats cliniques des véritables cancers du sein infiltrants « d'intervalle » et des cancers du sein infiltrants détectés par un examen de dépistage, parmi les participantes à un programme canadien de dépistage du cancer du sein exécuté à l'échelon de l'ensemble de la population
Dates de début et de fin	Du 1 ^{er} janvier 1991 au 31 décembre 2004
Nombre de personnes recrutées	115 433 participantes au programme de dépistage du cancer du sein Ces femmes ont subi 302 234 examens de dépistage et 1 202 diagnostics de cancer du sein infiltrant ont été posés à la suite d'un examen de dépistage.
Critères d'inclusion de l'étude ou du projet pilote	Les cas détectés par un examen de dépistage ont été sélectionnés parmi les participantes au programme ayant subi un examen de dépistage, entre 1991 et 2004. Ces cas ont ensuite été appariés, à une fréquence de 2 pour 1, à des cas de véritable cancer « d'intervalle » selon (1) les groupes d'âge de 5 ans au moment du diagnostic, (2) la durée recommandée de l'intervalle de dépistage et (3) la période.
Résultats	Les véritables cancers du sein « d'intervalle » avaient des facteurs pronostiques plus défavorables par rapport aux cas de cancer du sein détectés par un examen de dépistage, et, bien que, pour les premiers, l'on ait eu recours, plus massivement, à de la chimiothérapie adjuvante, ils étaient associés à des résultats de survie significativement moins bons.
Référence (si l'étude a été publiée)	Rayson, D., Payne, J. I., Abdolell, M., Barnes, P. J., MacIntosh, R. F., Foley, T., Younis, T., Burns, A. et Caines, J. (2011). Comparison of clinical-pathologic characteristics and outcomes of true interval and screen-detected invasive breast cancer among participants of a Canadian breast screening program: a nested case-control study. <i>Clinical Breast Cancer</i> , 11(1), 27-32, doi : 10.3816/CBC.2011.n.005 .

Tableau 21d : Projets pilotes et études en matière de dépistage du cancer du sein en Nouvelle-Écosse

Titre	Investigating the relationship between mammographic breast density and triple negative breast cancers in Nova Scotia, Canada (étude de la relation entre la densité mammaire mammographique et les cancers du sein triple négatifs en Nouvelle-Écosse, au Canada)
But de l'étude	Estimer l'association entre la densité mammaire mammographique (DMM) et les cancers du sein triple négatifs (CSTN), ainsi que la capacité discriminatoire de la DMM, seule et conjointement avec des facteurs de risque cliniques, au sein de la population participant au dépistage
Dates de début et de fin	Du 1 ^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2015
Nombre de personnes recrutées	121 cas de CSTN et 6 807 témoins
Critères d'inclusion de l'étude ou du projet pilote	Cas : tous les cancers du sein (carcinomes <i>in situ</i> et infiltrants) diagnostiqués en Nouvelle-Écosse, chez des femmes ayant subi une mammographie numérique de dépistage du cancer du sein Témoins : sélectionnés aléatoirement et appariés, à une fréquence de 3 pour 1, aux cas de cancer du sein, selon l'âge au moment du dépistage et l'année de dépistage
Résultats	Une association positive significative a été trouvée entre la DMM et les CSTN. L'ajout de facteurs cliniques à la densité a amélioré la capacité discriminatoire des modèles prédictifs.

Tableau 21e : Projets pilotes et études en matière de dépistage du cancer du sein en Nouvelle-Écosse

Titre	Transitioning to full-field digital mammography: the impact of technology change on mammography volumes in Nova Scotia (transition vers la mammographie numérique plein champ : incidence du changement technologique sur le nombre de mammographies en Nouvelle-Écosse)
But de l'étude	Évaluer l'incidence de la transition vers la mammographie numérique sur le nombre de mammographies de dépistage en Nouvelle-Écosse, au Canada, et déterminer si la proportion de mammographies diagnostiques a changé après cette transition
Dates de début et de fin	Du 1 ^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2014
Nombre de personnes recrutées	S. O. Le nombre de mammographies a été analysé en utilisant un modèle de séries chronologiques interrompues multigroupes.
Critères d'inclusion de l'étude ou du projet pilote	En Nouvelle-Écosse, 10 centres de mammographie sont passés de la technologie analogique à la technologie numérique, entre 2007 et 2010. Pour ces 10 centres fixes du programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse, on a obtenu le nombre de mammographies effectuées.
Résultats	Après l'introduction de la technologie numérique, quatre centres en Nouvelle-Écosse ont connu une augmentation statistiquement significative du nombre de mammographies de dépistage effectuées, les six centres restants n'ayant connu aucun changement statistiquement significatif du nombre de mammographies réalisées. Une analyse groupée pour tous les centres a révélé qu'au niveau du système, l'introduction de la mammographie numérique n'avait globalement modifié, de façon statistiquement significative, ni le nombre de mammographies de dépistage effectuées, ni la proportion d'entre elles ayant donné lieu à des mammographies diagnostiques.
Référence (si l'étude a été publiée)	Brydon, M., Kephart, G., Payne, J. et Blake, J. Transitioning to Full Field Digital Mammography in Nova Scotia: using interrupted time series (ITS) methods to study the impact of technology change on mammography volumes. <i>J Med Imaging Radiat Sci</i> (sous presse).

Tableau 21f : Projets pilotes et études en matière de dépistage du cancer du sein en Nouvelle-Écosse

Titre	Strength in Numbers* (la puissance des nombres)
But de l'étude	<p>Historiquement, les Premières Nations de la Nouvelle-Écosse n'avaient pas accès à des données de santé fiables susceptibles de les aider à mieux surveiller les changements sanitaires au sein de leurs collectivités, à prendre des décisions éclairées en matière de services de soins de santé limités et à négocier plus facilement les services dont leurs collectivités avaient besoin. À compter d'octobre 2012, les Premières Nations de la Nouvelle-Écosse, la province et Santé Canada ont collaboré pour créer le First Nations Client Linkage Registry (FNCLR). Grâce à un couplage avec le FNCLR, le programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse a pu analyser les données sur le dépistage du cancer du sein dans les collectivités des Premières Nations et transmettre à ces dernières des rapports sur les indicateurs de dépistage du cancer du sein.</p> <p>Ce travail ne constitue pas une étude ponctuelle, mais s'inscrit dans le cadre d'un partenariat permanent de suivi du dépistage du cancer du sein entre les Premières Nations de la Nouvelle-Écosse et le programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse. Les Premières Nations recevront régulièrement des rapports actualisés sur les indicateurs de dépistage du cancer du sein.</p>
Dates de début et de fin	Du 1 ^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2014
Critères d'inclusion de l'étude ou du projet pilote	La race et l'origine ethnique ne sont pas saisies dans le système d'information du programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse. Le couplage avec le FNCLR a permis de recenser les femmes des Premières Nations ayant subi un dépistage du cancer du sein entre 2004 et 2014.
Résultats	En Nouvelle-Écosse, le taux de participation au programme de dépistage du cancer du sein était, chez les femmes des Premières Nations âgées de 50 à 69 ans, inférieur à celui des femmes du même groupe d'âge n'appartenant pas aux Premières Nations. Le taux de fidélisation était également plus bas parmi les femmes des Premières Nations.
Recrutement parmi les Premières Nations, les Inuits et les Métis	<p>Les membres des Premières Nations n'ont pas été recrutés au sens traditionnel du terme. Le FNCLR comprend les membres des Premières Nations qui sont des Indiens inscrits (ou ayant le statut d'Indien) en vertu de la <i>Loi sur les Indiens</i>, qui sont membres des bandes participantes et qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vivent dans leur propre réserve ou • Vivent dans une autre réserve (en Nouvelle-Écosse ou dans une autre province canadienne) ou • Vivent hors réserve
Référence (si l'étude a été publiée)	Cancer Bulletin

* Ce projet est un partenariat entre les Premières Nations de la Nouvelle-Écosse, le ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse, plusieurs programmes provinciaux, la Croix Bleue Medavie et les autorités sanitaires provinciales.

Tableau 21g : Projets pilotes et études en matière de dépistage du cancer du sein en Nouvelle-Écosse

Titre	Impact of Detection Method and Age on Survival Outcomes in Triple-Negative Breast Cancer: A Population-Based Cohort Analysis (incidence de la méthode de détection et de l'âge sur les résultats de survie pour les cas de cancer du sein triple négatif : une analyse de cohorte à l'échelle de la population)
But de l'étude	Dans la plupart des études, on compare les cancers du sein triples négatifs (CSTN) et les cancers du sein non triples négatifs pour mieux comprendre les différences cliniques ou épidémiologiques entre ces deux sous-types. On a étudié une cohorte récente de personnes atteintes d'un CSTN primaire ayant participé au programme de dépistage du cancer du sein, afin d'analyser les résultats de survie, en fonction de la méthode de détection et de l'âge au moment du diagnostic.
Dates de début et de fin	Du 1 ^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2012
Nombre de personnes recrutées	La population de l'étude comprenait 412 personnes.
Critères d'inclusion de l'étude ou du projet pilote	Toutes les femmes ayant reçu un diagnostic de CSTN primaire, entre le 1 ^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2012, en Nouvelle-Écosse. Les variables clinicopathologiques et de détection ont été extraites du programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse. On a également extrait des dossiers médicaux les données sur les traitements adjuvants et sur les résultats de survie, complétées par des données statistiques de l'état civil provincial.
Résultats	Près de la moitié de la population étudiée était âgée de plus de 60 ans (46,3 %) et, chez 30,2 %, la maladie avait été détectée par dépistage. Il n'y avait aucune différence significative dans les variables pronostiques entre les groupes d'âge. Les personnes plus jeunes avaient été plus nombreuses à recevoir une chimiothérapie adjuvante, à 96,3 % pour les personnes de 49 ans et moins, contre 31,2 % pour les personnes d'au moins 70 ans; toutefois, on n'a observé aucune différence, entre ces deux groupes d'âge, en matière de survie sans récurrence ou de survie au cancer du sein. Pour les personnes ayant eu une récurrence, le délai moyen entre la récurrence et le décès s'est avéré plus court pour les plus jeunes, à respectivement 17 mois par rapport à 26 mois, et 16 mois par rapport à 33 mois, pour les 40 à 49 ans, et les 70 ans et plus. Les personnes dont la maladie avait été détectée au moment du dépistage présentaient de meilleurs résultats en matière de survie sans récurrence, de survie au cancer du sein et de survie globale.
Référence (si l'étude a été publiée)	Rayson, D. et coll. (2018). Impact of Detection Method and Age on Survival Outcomes in Triple-Negative Breast Cancer: A Population-Based Cohort Analysis. <i>Clin Breast Cancer</i> , 18(5), e955-e960, doi : 10.1016/j.clbc.2018.04.013. Publication en ligne le 28 octobre 2018. PMID : 29885790 .

Tableau 21h : Projets pilotes et études en matière de dépistage du cancer du sein en Nouvelle-Écosse

Titre	Utility of Relative and Absolute Measures of Mammographic Density vs Clinical Risk Factors in Evaluating Breast Cancer Risk at Time of Screening Mammography (intérêt des mesures relatives et absolues de la densité mammographique par rapport aux facteurs de risque cliniques dans l'évaluation du risque de cancer du sein au moment de la mammographie de dépistage)
But de l'étude	Il a été démontré que divers facteurs de risque cliniques, dont une densité mammaire élevée, étaient associés au cancer du sein. On a évalué l'intérêt d'utiliser des mesures relatives et absolues liées à la densité mammaire basée sur la surface comme solution de rechange aux facteurs de risque cliniques dans l'évaluation du risque de cancer au moment de la mammographie de dépistage.
Dates de début et de fin	Du 1 ^{er} janvier 2009 au 30 juin 2011
Nombre de personnes recrutées	392 cas de cancer du sein unilatéral et 817 témoins appariés selon l'âge
Critères d'inclusion de l'étude ou du projet pilote	On a utilisé un modèle d'étude cas-témoins avec appariement, à une fréquence de 1 pour 2. Les cas et les témoins ont été échantillonnés parmi les personnes âgées de 40 à 75 ans ayant subi une mammographie numérique dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse. Les cas étaient limités aux cas de cancer du sein unilatéral, détectés au moment du dépistage et confirmés par la pathologie. Deux témoins ont été sélectionnés aléatoirement dans la population dont les résultats de dépistage étaient normaux et appariés, selon l'âge au moment du dépistage, dans un intervalle d'une année.
Résultats	Le modèle basé sur les facteurs de risque a généré une AUROC (aire la plus grande sous la courbe ROC [fonction d'efficacité du récepteur]) de 0,535, tandis que le modèle ne comprenant que des mesures liées à la densité mammaire a généré une AUROC significativement plus élevée de 0,622 ($p < 0,001$). Le troisième modèle combiné a généré une AUROC de 0,632 et a obtenu des résultats significativement meilleurs par rapport au modèle des facteurs de risque ($p < 0,001$), mais pas par rapport au modèle des mesures liées à la densité ($p = 0,097$).
Référence (si l'étude a été publiée)	Abdoell, M. et coll. (2015). Utility of Relative and Absolute Measures of Mammographic Density vs Clinical Risk Factors in Evaluating Breast Cancer Risk at Time of Screening Mammography. <i>Br J Radiol</i> , 89(1059), doi : 10.1259/bjr.20150522. Publication en ligne le 21 décembre 2015. PMID : 26689094 .

Tableau 21i : Projets pilotes et études en matière de dépistage du cancer du sein en Nouvelle-Écosse

Titre	Assessing Breast Cancer Risk Within the General Screening Population: Developing a Breast Cancer Risk Model to Identify Higher Risk Women at Mammographic Screening (évaluation du risque de cancer du sein dans l'ensemble de la population se soumettant au dépistage : élaboration d'un modèle de risque de cancer du sein permettant de repérer les femmes présentant un risque plus élevé au moment de la mammographie de dépistage)
But de l'étude	Élaborer un modèle de risque de cancer du sein permettant de repérer les femmes présentant un risque plus élevé de cancer du sein dans l'ensemble de la population se soumettant au dépistage
Dates de début et de fin	Du 1 ^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2015
Nombre de personnes recrutées	1 882 cas et 5 888 témoins
Critères d'inclusion de l'étude ou du projet pilote	Toutes les femmes âgées de 40 à 75 ans, ayant reçu un diagnostic de cancer du sein au moment du dépistage ou de cancer du sein « d'intervalle » (n = 1 882), ont été appariées, à une fréquence de 3 pour 1, selon l'âge et l'année de dépistage, avec les femmes pour lesquelles aucun cancer du sein n'avait été détecté au moment du dépistage (n = 5 888).
Résultats	L'aire sous la courbe (ASC) était de 0,597 pour un modèle de risque n'incluant que les facteurs de risque obtenus à partir de l'imagerie. L'ajout successif d'une microbiopsie et des antécédents familiaux a amélioré, de manière significative, le rendement du modèle (ASC = 0,660, $p < 0,001$ et ASC = 0,664, $p = 0,04$, respectivement). L'ajout des trois facteurs de risque restants n'a pas amélioré le rendement du modèle (ASC = 0,665, $p = 0,45$). Il y avait un accord presque parfait (kappa = 0,97) entre les évaluations des risques basées sur un classificateur dérivé des facteurs de risque obtenus à partir de l'imagerie, de la microbiopsie et des antécédents familiaux, par rapport à celles basées sur un modèle incluant tous les facteurs de risque disponibles.
Référence (si l'étude a été publiée)	Abdoell, M. et coll. (1 ^{er} mai 2020). Assessing Breast Cancer Risk Within the General Screening Population: Developing a Breast Cancer Risk Model to Identify Higher Risk Women at Mammographic Screening. <i>Eur Radiol</i> , doi : 10.1007/s00330-020-06901-x. Publication en ligne avant impression. PMID : 32358648 .

Tableau 21j : Projets pilotes et études en matière de dépistage du cancer du sein en Nouvelle-Écosse

Titre	Comparison of clinical-pathological characteristics and outcomes of true interval and screen-detected invasive breast cancer among participants of a Canadian breast screening program: a nested case-control study (comparaison des caractéristiques clinicopathologiques et des résultats des véritables cancers du sein infiltrants « d'intervalle » et des cancers du sein infiltrants détectés au moment du dépistage, parmi les participantes à un programme canadien de dépistage du cancer du sein : une étude cas-témoins emboîtés)
But de l'étude	Les analyses antérieures des cancers du sein « d'intervalle » ont été limitées par une absence de témoins pour la durée de l'intervalle de dépistage et pour l'âge de la personne, par l'incapacité à restreindre le groupe d'intervalles aux « véritables » intervalles, et par des descriptions incomplètes de la pathologie, des traitements adjuvants et des résultats cliniques.
Dates de début et de fin	Du 1 ^{er} janvier 1991 au 31 décembre 2004
Nombre de personnes recrutées	241 véritables cas de cancer « d'intervalle » infiltrants, 481 cas détectés au moment du dépistage
Critères d'inclusion de l'étude ou du projet pilote	On a réalisé une étude cas-témoins emboîtés dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein à l'échelle de la population de la Nouvelle-Écosse. On a recensé tous les véritables cas de cancer « d'intervalle », et on les a appariés, à une fréquence de 1 pour 2, aux cas détectés au moment du dépistage (âge, intervalle de dépistage, période).
Résultats	Les cas de cancer « d'intervalle » ont été plus nombreux à dépasser 1 cm (rapport de cotes [RC] = 1,76; IC à 95 %, 1,10-2,83), à être de grade histologique 3 (RC = 2,71; IC à 95 %, 1,49-4,92) et à présenter une invasion lymphovasculaire (RC = 3,06; IC à 95 %, 1,85-5,07). Les cas de cancer « d'intervalle » ont été plus nombreux à recevoir une chimiothérapie adjuvante (RC = 4,37; IC à 95 %, 3,03-6,30) et une radiothérapie (RC = 1,43; IC à 95 %, 1,02-2,00). Les estimations de Kaplan-Meier sur 5 ans des taux de survie sans récurrence et de survie globale pour les véritables cas « d'intervalle » et pour les cas détectés au moment du dépistage étaient de 0,830 (IC à 95 %, 0,770-0,875) contre 0,926 (IC à 95 %, 0,898-0,947) et 0,860 (IC à 95 %, 0,804-0,901) contre 0,937 (IC à 95 %, 0,910-0,956), respectivement.
Référence (si l'étude a été publiée)	Rayson D. et coll. (2011). Comparison of clinical-pathological characteristics and outcomes of true interval and screen-detected invasive breast cancer among participants of a Canadian breast screening program: a nested case-control study. <i>Clin Breast Cancer</i> , 11(1), 27-32, doi : 10.3816/CBC.2011.n.005. PMID : 21421519 .

Tableau 21k : Projets pilotes et études en matière de dépistage du cancer du sein en Nouvelle-Écosse

Titre	Inter- and Intra-Provincial Variation in Screen-Detected Breast Cancer Across Five Canadian Provinces: A CanIMPACT Study (variation interprovinciale et intraprovinciale dans cinq provinces canadiennes pour les cancers du sein détectés au moment du dépistage : une étude CanIMPACT)
But de l'étude	Le dépistage du cancer du sein vise à détecter les cancers à un stade précoce, lorsque le pronostic est meilleur et les traitements moins effractifs. Le but de cette étude est de décrire la variation interprovinciale et intraprovinciale, sur le plan du pourcentage de cas détectés au moment du dépistage, au sein des systèmes de soins de santé financés par des fonds publics, ainsi que les facteurs liés au fait d'avoir des cancers du sein détectés au moment du dépistage ou non, dans cinq provinces canadiennes.
Dates de début et de fin	Du 1 ^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2012
Critères d'inclusion de l'étude ou du projet pilote	On a recensé les femmes de 40 ans et plus ayant reçu un diagnostic de cancer du sein, de 2007 à 2012, dans cinq provinces canadiennes, à partir de leur registre du cancer provincial respectif.
Résultats	On a constaté une variation interprovinciale et intraprovinciale significative, selon l'âge. La détection au moment du dépistage variait de 42 % à 52 % chez les 50 à 69 ans, mais elle était inférieure d'environ 4 % à 8 % chez les femmes de 50 à 59 ans par rapport à celles de 60 à 69 ans, dans toutes les provinces. Les associations du dépistage avec le quintile de revenu et avec la ruralité variaient d'une province à l'autre. Dans chaque province, les détections au moment du dépistage étaient systématiquement moins nombreuses chez les femmes appartenant au quintile de revenu le plus bas; le RC variait de 0,62 à 0,89 par rapport au quintile de revenu le plus élevé et par rapport aux femmes vivant en milieu urbain, âgées de 50 à 69 ans. L'absence de visites en soins primaires 30 mois avant le diagnostic a également été systématiquement associée à une plus faible probabilité de détection au moment du dépistage (RC compris entre 0,37 et 0,76).
Référence (si l'étude a été publiée)	Winget, M. et coll. (4 février 2020). Inter- and Intra-Provincial Variation in Screen-Detected Breast Cancer Across Five Canadian Provinces: A CanIMPACT Study. <i>Revue canadienne de santé publique</i> . Publication en ligne avant impression. PMID : 32020541 .

6. Sensibilisation de la population

En général, les taux de participation au dépistage sont faibles chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis⁹. C'est également le cas chez les personnes à faible revenu, les nouveaux immigrants, les personnes vivant en milieu rural et les autres populations mal desservies¹⁰. Diverses stratégies ont été mises en œuvre, partout au Canada, pour aider à lutter contre une participation insuffisante au dépistage chez certaines populations.

6.1 Cadre pour des interventions d'amélioration du dépistage du cancer

Le Community Preventive Services Task Force (CPSTF), soutenu par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, a effectué un examen approfondi des facteurs influençant le dépistage, pour le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus, le cancer colorectal et le cancer de la peau. Cet examen a mis l'accent sur les interventions permettant d'accroître, au sein des collectivités, la demande de services de dépistage, l'accès à ces services, ainsi que leur prestation par les fournisseurs de soins. Les interventions mises en évidence visent à augmenter les taux de dépistage dans la population, tout en favorisant les efforts pour améliorer l'équité en la matière. Ce cadre, conçu comme un outil d'aide à la décision, présente des stratégies en matière d'interventions fondées sur des données probantes.

Tableau 22 : Cadre des CDC pour des interventions d'amélioration du dépistage du cancer¹³

Accroître la demande au sein des collectivités	Accroître l'accès au sein des collectivités	Accroître la prestation des services par les FSS
<ul style="list-style-type: none"> • Éducation de groupe • Formation individuelle • Rappels aux participants • Incitatifs aux participants • Médias de masse • Petits médias 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions pour réduire les coûts directs assumés par les participants • Interventions pour réduire les obstacles structurels <ul style="list-style-type: none"> ○ Réduction des obstacles administratifs ○ Assistance pour la prise de rendez-vous ○ Autres options de centres de dépistage ○ Utilisation d'horaires de dépistage étendus ○ Services de transport ○ Services de traduction ○ Services de garde d'enfants 	<ul style="list-style-type: none"> • Rappels aux FSS • Incitatifs aux FSS • Évaluation des FSS et rétroaction

6.2 Premières Nations, Inuits et Métis



NOMBRE DE PROVINCES ET TERRITOIRES CANADIENS QUI ONT MIS EN ŒUVRE DES STRATÉGIES POUR COMMUNIQUER AVEC LES PREMIÈRES NATIONS, LES INUITS ET/OU LES MÉTIS

Au Canada, selon les données limitées propres aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, les taux de participation aux programmes de dépistage du cancer du sein sont beaucoup plus faibles parmi ces groupes que parmi la population non autochtone. Les données indiquent également des variations considérables entre les différentes régions dans la participation au dépistage chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis⁹.

Le programme de dépistage du cancer du sein des Territoires du Nord-Ouest collecte des données propres aux Autochtones et/ou à des peuples (par exemple, des identificateurs pour les Premières Nations, les Inuits et/ou les Métis) établies à partir des numéros d'assurance maladie. Ces renseignements sont utilisés pour rendre compte des taux de dépistage, par origine ethnique, au ministère de la Santé des Territoires du Nord-Ouest. La Colombie-Britannique collecte également des données propres aux Autochtones et/ou à des peuples (par exemple des identificateurs pour les Premières Nations, les Inuits et/ou les Métis) par le biais d'une déclaration, par les intéressés, dans le cadre d'une enquête

sur leurs origines. Ces données sont utilisées pour rendre compte des taux de participation au programme. Pour chaque groupe d'origine ethnique, les réponses sont comparées aux données de l'Enquête nationale auprès des ménages. Le Manitoba dispose également d'un questionnaire à remplir lors du rendez-vous, comprenant la question suivante : « Êtes-vous une personne autochtone canadienne (Premières Nations, Métis ou Inuit)? ». Les réponses possibles sont « oui », « non » ou « pas de réponse ». Ces renseignements sont utilisés à des fins de planification et de fonctionnement interne. En outre, l'Alberta travaille actuellement avec les groupes des Premières Nations pour obtenir ces données à l'échelon provincial.

Dans neuf provinces et dans un territoire, les programmes de dépistage déclarent collaborer avec les Premières Nations, les Inuits et/ou les Métis afin d'accroître la participation de ces groupes au dépistage du cancer du sein. Il s'agit notamment de mettre en place un dialogue avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis, afin que ces populations participent aux prises de décision et qu'elles contribuent à la définition de

démarches de dépistage adaptées sur le plan culturel, d'élaborer des ressources qui leur sont propres, et d'échanger avec les FSS qui travaillent directement auprès de ces collectivités. Plus précisément, certains programmes dialoguent avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis dans le cadre de l'élaboration de plans de lutte contre le cancer et par l'entremise de groupes de travail. Des visites ciblées d'unités mobiles réservées à ces populations ont également été mises en place dans le cadre de plusieurs programmes de dépistage afin d'atteindre les collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis, conjointement

avec d'autres ressources du programme telles que de la documentation, des présentations et des campagnes dans les médias sociaux adaptés sur le plan culturel. De plus, certaines stratégies ont été mises en place pour contribuer à la formation des FSS travaillant directement avec les collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

On n'a signalé aucune stratégie liée à des incitatifs aux fournisseurs de soins ou aux participantes, ni aucun service de garde d'enfants.

Figure 10 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis (juillet 2019)



Tableau 23 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis – éducation de groupe

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
Alb.	✓		✓	<ul style="list-style-type: none"> Séances éducatives de sensibilisation et participations à des foires de la santé dans les collectivités autochtones
C.-B.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Partenariat avec des intervenants clés et avec des organisations partenaires pour coordonner les séances de formation de groupe
Man.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation communautaire et sensibilisation par l'entremise du groupe d'éducateurs en santé du programme de dépistage Partenariats avec les autorités de santé régionales, avec les postes de soins infirmiers, avec les directeurs de la santé, avec les conseils tribaux, avec les centres de mieux-être, avec les FSS et avec les intervenants importants Des partenariats avec les agents de liaison responsables de la mobilisation communautaire des autorités de santé régionales permettent de mettre en œuvre des activités éducatives dans la plupart des collectivités du Manitoba.
N.-B.	✓			<ul style="list-style-type: none"> Participation, sur invitation, à des événements/conférences sur le mieux-être chez les Premières Nations; présentations, dans le cadre de ces événements/conférences, des programmes de dépistage du cancer; notamment, présentation de sensibilisation au dépistage du cancer du sein
N.-É.	✓			<ul style="list-style-type: none"> L'intervenant-pivot participe à des foires de la santé organisées dans des cliniques de santé des Premières Nations, à la demande du directeur de la santé des Premières Nations. Il répond aux questions sur le dépistage du cancer du sein et prend, sur demande, des rendez-vous pour des mammographies de dépistage.
Ont.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Grâce à l'Unité pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones (Indigenous Cancer Care Unit, ou ICCU) d'ACO, aux responsables régionaux de la lutte contre le cancer chez les Autochtones et aux équipes régionales, les collectivités ont été mobilisées dans le cadre d'ateliers et de foires de la santé. Les FSP sont formés par l'entremise de présentations agréées de formation professionnelle continue.
Î.-P.-É.	✓			<ul style="list-style-type: none"> Séances éducatives et participation à des activités promotionnelles de la santé
Sask.	✓			<ul style="list-style-type: none"> L'unité mobile de santé du Nord parcourt la partie nord de la province pour informer les groupes des Premières Nations de l'importance d'une détection et d'un dépistage précoces. Les coordonnateurs participent également à des foires de la santé des Premières Nations et y présentent, à l'occasion, les programmes de dépistage.

Par « formation individuelle », on entend des activités lors desquelles un FSS ou un non-professionnel explique les avantages du dépistage et les moyens de surmonter les obstacles au dépistage à une participante individuelle, soit en personne, soit par téléphone.

Tableau 24 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis – formation individuelle

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
Alb.	✓		✓	<ul style="list-style-type: none"> Mise à disposition des professionnels de la santé publique de ressources pour les aider à échanger avec les personnes à propos du dépistage
C.-B.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Partenariat avec les autorités de santé régionales en vue de coordonner des séances de formation individuelle
Man.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Les éducateurs en santé du programme de dépistage peuvent fournir des formations individuelles sur demande. Les technologues en mammographie fournissent une formation individuelle à l'occasion du rendez-vous de mammographie.
T.-N.-L.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Partenariat avec les autorités de santé régionales en vue de coordonner des séances de formation individuelle
T.N.-O.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Partenariat avec les autorités de santé régionales en vue de coordonner des séances de formation individuelle
Î.-P.-É.	✓			<ul style="list-style-type: none"> Foires de la santé – Discussions individuelle avec des participantes potentielles au programme et séances de formation
Ont.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Partenariat avec les autorités de santé régionales et avec les dirigeants des collectivités et des organisations en vue de coordonner des séances de formation individuelle. Des séances plus ciblées sont également offertes, par l'intermédiaire de l'ICCU et des équipes régionales.

On envoie des rappels aux participantes, par lettre ou par téléphone, pour leur signaler que la date de dépistage est dépassée et leur transmettre des renseignements de suivi, notamment en précisant les avantages du dépistage, en expliquant comment surmonter les obstacles et en les aidant à prendre un rendez-vous.

Tableau 25 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis – rappels aux participantes

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
C.-B.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Le cas échéant, des encarts propres à la collectivité ciblée sont ajoutés à la campagne épistolaire pour faciliter le recrutement.
Man.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Le cas échéant, des encarts, fournissant des instructions sur la façon de prendre un rendez-vous, sont ajoutés aux lettres d'invitation ou de nouvelle invitation. Il peut s'agir de directives pour appeler le poste de soins infirmiers ou l'infirmière en santé communautaire pour prendre un rendez-vous.
Ont.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> L'ICCU est actuellement engagée dans une étude d'analyse de la correspondance actuelle et de détermination de méthodes d'amélioration des rappels envoyés aux patientes. Des rappels sont envoyés à toutes les Ontariennes admissibles, dans le cadre de la correspondance du programme de dépistage, par l'entremise d'Action Cancer Ontario de Santé Ontario, aussi bien pour les premières que pour les nouvelles invitations à un rendez-vous.
Sask.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Les premières invitations sont envoyées aux collectivités du Nord, deux semaines plus tôt que pour les autres arrêts des unités mobiles de la province. Cela laisse plus de temps aux coordonnateurs des déplacements communautaires pour planifier les déplacements des femmes qui doivent utiliser l'avion ou l'autobus pour se rendre jusqu'au centre mobile. Les femmes ayant pris un rendez-vous dans un centre mobile reçoivent un appel leur rappelant leur futur rendez-vous.

Tableau 26 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis – médias de masse

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
C.-B.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Recours aux médias sociaux afin d'accroître la prise de conscience de la population autochtone admissible quant à l'importance du dépistage du cancer
Man.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Recours au site Web et aux médias sociaux (Facebook) afin d'accroître la prise de conscience de la population autochtone admissible quant à l'importance du dépistage du cancer On promeut l'accès au programme de dépistage du cancer du sein dans des centres mobiles par l'entremise de différents médias, notamment la radio, les journaux et les médias sociaux communautaires. On a notamment eu recours à des médias de masse des Premières Nations, des Inuits et des Métis, comme les stations de radio communautaire et Native Communications Incorporated.
N.-B.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Recours aux médias sociaux afin d'accroître la prise de conscience de la population admissible, notamment des Autochtones du Nouveau-Brunswick, quant à l'importance du dépistage du cancer
T.-N.-L.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Recours aux médias sociaux afin d'accroître la prise de conscience de la population autochtone admissible quant à l'importance du dépistage du cancer
N.-É.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Le coordonnateur des unités mobiles diffuse des annonces à la radio sur l'arrivée prochaine de l'unité mobile de dépistage du cancer du sein, en précisant les lieux et les dates.
T.N.-O.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Recours aux médias sociaux afin d'accroître la prise de conscience de la population autochtone admissible quant à l'importance du dépistage du cancer
Ont.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Recours aux médias sociaux afin d'accroître la prise de conscience de la population autochtone admissible quant à l'importance du dépistage du cancer
Sask.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Recours aux médias sociaux afin d'accroître la prise de conscience de la population autochtone admissible quant à l'importance du dépistage du cancer. On fournit également des affiches pour tous les arrêts des unités mobiles, posées dans toutes les collectivités desservies par cet arrêt, dans toute la province. Afin de toucher les collectivités du Nord, on fait également de la publicité sur les stations MBC et Golden West. MBC traduit les annonces en cri et en déné.

Les petits médias comprennent des vidéos et des documents imprimés tels que des lettres, des brochures et des bulletins d'information. Ces documents peuvent être utilisés pour informer les gens et les motiver à subir un dépistage du cancer. Ils peuvent également fournir des renseignements personnalisés visant certains publics ou l'ensemble de la population.

Tableau 27 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis – petits médias

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
Alb.	✓		✓	<ul style="list-style-type: none"> Élaboration de ressources éducatives autochtones adaptées à la culture, en soutien au dépistage du cancer
Man.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Des brochures adaptées à la culture et des dépliants traduits sont disponibles. Une vidéo permettant de visiter l'unité de mammographie mobile et de voir comment se passe un rendez-vous est offerte en ligne.
N.-É.	✓			<ul style="list-style-type: none"> Le programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse a créé une brochure adaptée à la culture, intégrant des couleurs et des symboles ayant un sens pour les membres des Premières Nations.
Ont.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Des fiches de renseignements sur le dépistage du cancer, une trousse à outils et des cartes de sensibilisation ont été conçues et adaptées à chaque population des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Vidéo d'introduction au cancer : Action Cancer Ontario de Santé Ontario a réalisé cette vidéo pour les membres des Premières Nations. Elle fournit des renseignements de base sur le cancer et répond à de nombreuses questions que les gens se posent fréquemment à ce sujet. CAREX Canada, l'Occupational Cancer Research Centre et la Société canadienne du cancer ont également contribué à la réalisation de cette vidéo.
Î.-P.-É.	✓			<ul style="list-style-type: none"> Participation à des foires de la santé et exploitation de possibilités éducatives pour mieux sensibiliser les gens à l'importance du dépistage et d'une détection précoce Des brochures, des documents et des articles promotionnels sont disponibles.

Tableau 28 : Stratégies de réduction des coûts directs assumés par les participantes, chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
Alb.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Assistance aux personnes admissibles pour les aider à accéder aux programmes fédéraux finançant les coûts relatifs aux soins
C.-B.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Le programme couvre les frais de déplacement pour les femmes qui vivent dans des zones rurales et/ou éloignées, sans accès au dépistage.
Man.	–	–	–	<ul style="list-style-type: none"> Le programme couvre les frais de transport aérien pour les femmes vivant dans des communautés éloignées (non accessibles en hiver ou dépourvues de route d'accès), sans accès au dépistage.
Ont.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Après approbation et confirmation de l'admissibilité par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, l'ICCU offre un financement aux personnes ayant besoin de prestations de transport médical, dans le cadre du Programme des services de santé non assurés (SSNA), dans le domaine du dépistage.

– Aucun renseignement fourni à la date de collecte des données

Les barrières structurelles constituent des obstacles, au-delà des obstacles économiques et financiers, rendant difficile l'accès au dépistage. Il s'agit notamment de problèmes liés à la distance pour se rendre dans les centres de dépistage, aux horaires d'ouverture, aux conditions de dépistage ou aux procédures administratives. Les interventions visant à réduire ces barrières structurelles peuvent notamment comprendre la mise en place d'une unité mobile de dépistage, la réduction du fardeau administratif, l'aide à la prise de rendez-vous, des services de traduction ou des horaires d'accueil étendus.

Tableau 29 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis – prise de rendez-vous

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
C.-B.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Des plages horaires de plusieurs rendez-vous successifs sont disponibles pour les collectivités.
Man.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Des voyages de groupe sont organisés avec les collectivités autochtones pour permettre à plusieurs personnes de se rendre jusqu'à une clinique mobile ou fixe à proximité. Les plages horaires et les rendez-vous sont réservés, la collectivité ayant la responsabilité d'attribuer chaque plage de rendez-vous à une femme admissible.
N.-É.	✓			<ul style="list-style-type: none"> Des plages horaires de plusieurs rendez-vous sont disponibles pour des cliniques privées des Premières Nations.
Sask.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Le coordonnateur de la détection précoce travaille en étroite collaboration avec les coordonnateurs communautaires pour mettre en place des plages horaires et des rendez-vous réservés dans le calendrier du programme de dépistage, afin que plusieurs femmes de certaines collectivités puissent se rendre jusqu'à l'unité mobile de dépistage, par avion ou en autobus, pour passer leur mammographie.

Tableau 30 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis – autres options de centres de dépistage

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
Alb.	✓		✓	<ul style="list-style-type: none"> Des services peuvent être offerts, lorsque c'est possible, dans les réserves à partir de caravanes mobiles.
C.-B.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> L'unité mobile se rend dans différents lieux de la province, accroissant l'accessibilité du programme.
Man.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> 4 centres fixes plus 2 cliniques mobiles se rendant, tous les deux ans, dans 90 lieux de la province
N.-É.	✓			<ul style="list-style-type: none"> Les unités mobiles s'arrêtent dans six collectivités des Premières Nations.
Ont.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> L'Ontario est doté d'un autobus offrant des services mobiles de dépistage du cancer, notamment du sein, dans la région du Nord-Ouest.
Sask.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> 6 centres satellites, 2 centres permanents et plus de 40 centres mobiles

Tableau 31 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis – horaires étendus

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
Man.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Les horaires sont variables en fonction des lieux.
Î.-P.-É.	–	–	–	<ul style="list-style-type: none"> Un jour par semaine, les horaires sont étendus et des rendez-vous sont offerts la fin de semaine.
Sask.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Plus de 40 centres mobiles ouvrent 12 heures par jour, du lundi au jeudi, pour permettre d'offrir des services de dépistage à un plus grand nombre de personnes dans les collectivités. Tous les centres s'efforcent d'accepter les personnes se présentant sans rendez-vous.

– Aucun renseignement fourni à la date de collecte des données

Tableau 32 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis – transport

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
Alb.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Assistance aux personnes admissibles pour les aider à accéder aux programmes fédéraux finançant les coûts relatifs aux soins
C.-B.	✓			<ul style="list-style-type: none"> Une unité mobile de santé parcourt la partie nord de la province pour informer les groupes des Premières Nations de l'importance du dépistage du cancer du col de l'utérus, du cancer colorectal et du cancer du sein.
Man.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Les 2 cliniques mobiles se rendent dans 90 lieux tous les deux ans. S'il n'est pas prévu que l'unité mobile s'arrête dans leur collectivité, un voyage de groupe est organisé pour que les gens puissent se rendre dans une clinique fixe ou mobile à proximité. Dans la plupart des collectivités du Manitoba, une fois tous les deux ans, les gens auront un centre à moins de 30 minutes de leur domicile.
T.-N.-L.	✓			<ul style="list-style-type: none"> Une unité mobile de santé parcourt la partie nord de la province pour informer les groupes des Premières Nations de l'importance du dépistage du cancer du col de l'utérus, du cancer colorectal et du cancer du sein.

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
N.-É.	✓			<ul style="list-style-type: none"> L'unité mobile se rend jusqu'aux 6 arrêts réservés aux Premières Nations en Nouvelle-Écosse. Le programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse a un agent à la réservation qui effectue la liaison entre l'unité mobile et les différents emplacements auxquels elle s'arrête dans les collectivités des Premières Nations, afin de mettre en place des plages horaires pour des rendez-vous réservés à ces collectivités.
T.N.-O.	✓			<ul style="list-style-type: none"> Une unité mobile de santé parcourt la partie nord de la province pour informer les groupes des Premières Nations de l'importance du dépistage du cancer du col de l'utérus, du cancer colorectal et du cancer du sein.
Ont.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> L'Ontario est doté d'un autobus offrant des services mobiles de dépistage du cancer, notamment du sein, dans la région du Nord-Ouest.
Sask.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Le coordonnateur de la détection précoce travaille en étroite collaboration avec les coordonnateurs des déplacements communautaires afin de favoriser l'organisation des déplacements vers les centres mobiles.

Tableau 33 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis – traduction

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
Alb.	✓			<ul style="list-style-type: none"> Certaines ressources pour les Premières Nations sont traduites.
Man.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> À Winnipeg, un interprète d'Accès linguistique peut assister les femmes pour le consentement éclairé à la participation au dépistage du cancer du sein. Un certain nombre de renseignements de base sont également traduits dans plusieurs langues.
Ont.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Des ressources informationnelles sont disponibles dans plusieurs langues autochtones.

Les systèmes de rappel et de nouvelle invitation signalent au FSS, par exemple par l'intermédiaire du dossier médical électronique ou d'un courriel, qu'il est temps que l'une de ses patientes subisse un dépistage ou que la date d'un examen a été dépassée.

Tableau 34 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis – rappels aux FSS

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
Ont.	✓			<ul style="list-style-type: none"> Le rapport d'activité de dépistage (RAD) en ligne fournit des données sur le dépistage, afin d'aider les médecins de famille à améliorer leur taux de dépistage et le suivi adéquat. Il leur permet de trouver rapidement des renseignements, pour chaque patient, relatifs au dépistage pour un cancer donné, signalant notamment les personnes en retard dans leur parcours de dépistage ou celles n'ayant jamais subi de dépistage. En juin 2018, le RAD a été étendu à la zone de Sioux Lookout, qui comprend plusieurs collectivités des Premières Nations, offrant ainsi aux médecins et aux infirmières n'exerçant pas dans le cadre d'un modèle d'inscription des patients un accès à leurs données communautaires. Ce RAD a été élaboré spécifiquement pour la municipalité de Sioux Lookout et pour les 27 collectivités des Premières Nations installées dans la zone de Sioux Lookout.

Les interventions d'évaluation et de rétroaction des fournisseurs de soins évaluent le rendement de ces professionnels en matière d'offre de services de dépistage et les informent de leur résultat.

Tableau 35 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis – évaluation des FSS et rétroaction

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
Man.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Rétroaction des fournisseurs de soins à propos de nos services : nous siégeons dans divers comités permettant aux fournisseurs de soins, relevant des autorités de santé régionales, des conseils tribaux et des directeurs de la santé, de fournir des rétroactions sur nos services, ainsi que de mettre en évidence des lacunes potentielles et des occasions de partenariat ou de sensibilisation.
T.-N.-L.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Formation des FSS travaillant dans les collectivités autochtones afin d'offrir un meilleur accès aux services de mammographie
T.N.-O.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Formation des FSS travaillant dans les collectivités autochtones afin d'offrir un meilleur accès aux services de mammographie
Ont.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Formation des FSS travaillant dans les collectivités autochtones sur le dépistage du cancer du sein pour les personnes présentant un risque élevé et un risque moyen (formation et éducation dispensées par les responsables régionaux de la lutte contre le cancer chez les Autochtones et par les équipes régionales). Voir également la description du RAD dans la rubrique Rappels aux fournisseurs de soins.

Tableau 36 : Politiques et lignes directrices visant à accroître la participation au dépistage chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis

Province ou territoire	Public visé			Description
	Premières Nations	Inuits	Métis	
C.-B.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Les fournisseurs de soins peuvent s'appuyer sur des politiques et sur des lignes directrices dans leurs échanges avec les patientes.
Ont.	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Grâce aux relations mises en place et cultivées par l'ICCU, les équipes régionales ont pu continuer à travailler avec les collectivités conformément à la stratégie de lutte contre le cancer chez les Autochtones. L'ICCU travaille également, à l'échelle de l'ensemble des programmes, pour éclairer leurs lignes directrices et susciter des études permettant de répondre aux demandes des collectivités (par exemple, en matière d'évaluation de l'âge d'admissibilité dans un programme de dépistage).

6.3 Populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant



NOMBRE DE PROVINCES ET TERRITOIRES CANADIENS QUI ONT MIS EN PLACE DES STRATÉGIES VISANT À ACCROÎTRE LA PARTICIPATION DES POPULATIONS FAISANT L'OBJET D'UN DÉPISTAGE INSUFFISANT

Les taux de participation aux programmes de dépistage sont plus faibles, en comparaison avec la population canadienne en général, chez les personnes à faible revenu, chez les nouveaux immigrants et chez les personnes vivant dans des collectivités rurales et/ou éloignées, ainsi que dans les populations LGBTQ2S+^{10,11,12}.

Neuf provinces et un territoire ont mis en œuvre des stratégies pour contribuer à lutter contre cette faible participation au dépistage au sein de certaines populations. Ces stratégies visent principalement les personnes vivant dans les collectivités rurales, les nouveaux immigrants et les

personnes à faible revenu. Certaines de ces stratégies ciblent les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant, par l'entremise de campagnes dans les médias sociaux, de présentations et de la documentation du programme, avec un accent mis sur une meilleure sensibilisation et sur une meilleure éducation en matière de dépistage du cancer du sein, tandis que d'autres visent les FSS qui, eux-mêmes, travaillent directement avec les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant. Aucune des stratégies signalées pour contrer le dépistage insuffisant chez ces populations n'était liée à des incitatifs aux participantes ou à des services de garde d'enfants.

Groupes de population

- Personnes à faible revenu
- Personnes socialement défavorisées
- Personnes matériellement défavorisées
- Nouveaux immigrants
- Immigrants de longue date
- Personnes appartenant à des groupes culturels particuliers
- Réfugiés
- Immigrants économiques
- Personnes appartenant à des minorités visibles
- Non-anglophones
- Personnes vivant en milieu urbain
- Personnes vivant en milieu rural
- Personnes vivant dans un endroit éloigné
- Personnes LGBTQ2S+
- Personnes présentant des comorbidités
- Personnes touchées par une maladie mentale
- Personnes présentant un handicap physique

Figure 11 : Stratégies de sensibilisation des populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada (juillet 2019)

■ STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LA PARTICIPATION INSUFFISANTE AU DÉPISTAGE DE CERTAINES POPULATIONS



Tableau 37 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer du sein chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – éducation de groupe

Province ou territoire	Public visé	Description
Alb.	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes vivant en milieu urbain • Réfugiés • Immigrants économiques • Personnes appartenant à des minorités visibles • Non-anglophones • Personnes à faible revenu • Personnes socialement défavorisées • Personnes matériellement défavorisées • Nouveaux immigrants • Immigrants de longue date 	<ul style="list-style-type: none"> • Le projet Creating Health Equity in Cancer Screening (CHECS) (créer l'équité en santé en matière de dépistage du cancer) vise à mieux comprendre les obstacles sociodémographiques et géographiques au dépistage du cancer en Alberta. <ul style="list-style-type: none"> ○ Sur la base d'une optique d'équité en santé, le projet a élaboré une approche systématique pour recenser les collectivités faisant l'objet d'un dépistage insuffisant et a collaboré avec les différents intervenants en vue de réduire les inégalités en matière de dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal. ○ Ce projet a eu recours à une approche de mobilisation communautaire en trois phases. ○ Une approche systématique de recensement des collectivités cibles à Calgary, sur la base de l'indice de défavorisation de Pampalon, a été mise au point lors de la première phase. ○ La deuxième phase a consisté en un dialogue avec la collectivité pour mettre en évidence les facteurs entravant et facilitant le dépistage du cancer. ○ Des partenariats avec des organisations communautaires et avec des fournisseurs de soins de santé au sein des collectivités faisant l'objet d'un dépistage insuffisant ont été mis sur pied à l'appui de la planification de ces consultations. ○ La phase trois portera sur la mise en œuvre et l'évaluation des interventions collaboratives, mises en œuvre dans les collectivités cibles.
C.-B.	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveaux immigrants • Non-anglophones • Personnes appartenant à des minorités visibles • Personnes à faible revenu • Personnes socialement défavorisées • Personnes matériellement défavorisées • Personnes appartenant à des groupes culturels particuliers 	<ul style="list-style-type: none"> • Les coordonnateurs dispensent de la formation sur le dépistage du cancer du sein dans les centres de santé communautaire locaux.
Man.	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveaux arrivants • Personnes à faible revenu • Personnes appartenant à des groupes culturels particuliers 	<ul style="list-style-type: none"> • Module éducatif sur le dépistage du cancer créé avec et pour les éducateurs enseignant à des élèves mal alphabétisés

Province ou territoire	Public visé	Description
T.-N.-L.	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveaux immigrants • Non-anglophones • Personnes appartenant à des minorités visibles • Personnes à faible revenu • Personnes socialement défavorisées • Personnes matériellement défavorisées • Personnes appartenant à des groupes culturels particuliers 	<ul style="list-style-type: none"> • Les coordonnateurs dispensent de la formation sur le dépistage du cancer du sein dans les centres de santé communautaire locaux.
N.-É.	<ul style="list-style-type: none"> • Femmes incarcérées • Nouveaux immigrants 	<ul style="list-style-type: none"> • L'intervenant-pivot participe annuellement à une clinique de mieux-être dans une prison fédérale pour femmes et informe les détenues sur le dépistage du cancer du sein. Il forme également le personnel médical sur la façon de demander un dépistage par mammographie pour les détenues. • Le coordonnateur du programme forme les nouveaux immigrants au dépistage du cancer du sein à l'Immigrant Services Association of Nova Scotia (ISANS).
T.N.-O.	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveaux immigrants • Non-anglophones • Personnes appartenant à des minorités visibles • Personnes à faible revenu • Personnes socialement défavorisées • Personnes matériellement défavorisées • Personnes appartenant à des groupes culturels particuliers 	<ul style="list-style-type: none"> • Les coordonnateurs dispensent de la formation sur le dépistage du cancer du sein dans les centres de santé communautaire locaux.
Sask.	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveaux immigrants • Non-anglophones 	<ul style="list-style-type: none"> • Les coordonnateurs dispensent de la formation sur le dépistage du cancer du sein dans les centres de santé communautaire locaux, dans les foires communautaires de l'Open Door Society et font également des présentations en classe par l'intermédiaire de l'Open Door Society et de Sask Polytech (pour les nouveaux immigrants). <ul style="list-style-type: none"> ◦ Les séances de formation utilisent des présentations PowerPoint illustrées, pour aider les nouveaux immigrants à mieux comprendre le contenu.

Par « formation individuelle », on entend des activités lors desquelles un FSS ou un non-professionnel explique les avantages du dépistage et les moyens de surmonter les obstacles au dépistage à une participante individuelle, soit en personne, soit par téléphone.

Tableau 38 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer du sein chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – formation individuelle

Province ou territoire	Public visé	Description
C.-B.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes appartenant à des groupes culturels particuliers Personnes matériellement défavorisées 	<ul style="list-style-type: none"> Intervenant-pivot venant d'un milieu similaire
T.-N.-L.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes appartenant à des groupes culturels particuliers Personnes matériellement défavorisées 	<ul style="list-style-type: none"> Intervenant-pivot venant d'un milieu similaire
T.N.-O.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes appartenant à des groupes culturels particuliers Personnes matériellement défavorisées 	<ul style="list-style-type: none"> Intervenant-pivot venant d'un milieu similaire

On envoie des rappels aux participantes, par lettre ou par téléphone, pour leur signaler que la date de dépistage est dépassée et pour leur transmettre des renseignements de suivi, notamment en précisant les avantages du dépistage, en expliquant comment surmonter les obstacles et en les aidant à prendre un rendez-vous.

Tableau 39 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer du sein chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – rappels aux participantes

Province ou territoire	Public visé	Description
C.-B.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes à faible revenu 	<ul style="list-style-type: none"> L'intervenant-pivot effectue des rappels par téléphone.
Man.	<ul style="list-style-type: none"> Toutes les personnes admissibles appartenant à des populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant 	<ul style="list-style-type: none"> L'ensemble des documents de référence porte la mention « Services d'interprétariat disponibles ». Des encarts traduits figurent dans toutes nos correspondances avec les patientes.
N.-B.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes vivant en milieu rural Personnes appartenant à des collectivités non anglophones Personnes à faible revenu 	<ul style="list-style-type: none"> La RRS appelle directement les participantes au téléphone ou leur envoie un courrier, pour une invitation à un rendez-vous, pour une nouvelle invitation ou pour un rappel.
T.-N.-L.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes à faible revenu 	<ul style="list-style-type: none"> L'intervenant-pivot effectue des rappels par téléphone.
T.N.-O.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes à faible revenu 	<ul style="list-style-type: none"> L'intervenant-pivot effectue des rappels par téléphone.

Tableau 40 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer du sein chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – médias de masse

Province ou territoire	Public visé	Description
C.-B.	<ul style="list-style-type: none"> Nouveaux immigrants Non-anglophones Personnes appartenant à des minorités visibles Personnes appartenant à des groupes culturels particuliers 	<ul style="list-style-type: none"> Campagnes à la radio ciblant particulièrement les communautés sud-asiatique et chinoise

Province ou territoire	Public visé	Description
Man.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes vivant en milieu rural 	<ul style="list-style-type: none"> Les interventions dans les médias sont souvent traduites et sont ciblées géographiquement pour atteindre les résidents des régions rurales, alors que les cliniques mobiles parcourent le Manitoba.
N.-B.	<ul style="list-style-type: none"> Non-anglophones Personnes mal alphabétisées 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les messages sur Twitter et à la radio sont produits en français et en anglais dans une langue simple.
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes appartenant à des minorités visibles Personnes appartenant à des groupes culturels particuliers 	<ul style="list-style-type: none"> L'Ontario organise une campagne du Mois de la sensibilisation au cancer du sein en octobre. Cette campagne est l'occasion de mettre au point et de diffuser des contenus promotionnels dans les différentes régions de la province. Ces documents intègrent des images représentatives de groupes diversifiés.
Î.-P.-É.	<ul style="list-style-type: none"> Tous les clients 	<ul style="list-style-type: none"> Annonces de campagne et médias sociaux
Sask.	<ul style="list-style-type: none"> Tous les clients 	<ul style="list-style-type: none"> Des affiches sont envoyées aux collectivités dans lesquelles va se rendre l'unité mobile pour les en informer. En octobre, notre service des communications mène une campagne de sensibilisation. Nous avons également réalisé un certain nombre d'entrevues téléphoniques et télévisées en vue de promouvoir globalement notre programme, et plus particulièrement l'unité mobile.

Les petits médias comprennent des vidéos et des documents imprimés tels que des lettres, des brochures et des bulletins d'information. Ces documents peuvent être utilisés pour informer les gens et les motiver à subir un dépistage du cancer. Ils peuvent également fournir des renseignements personnalisés visant certains publics ou l'ensemble de la population.

Tableau 41 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer du sein chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – petits médias

Province ou territoire	Public visé	Description
C.-B.	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveaux immigrants • Non-anglophones • Personnes appartenant à des minorités visibles • Personnes appartenant à des groupes culturels particuliers 	<ul style="list-style-type: none"> • Nous avons des documents traduits, publiés sur notre site Web, pouvant être commandés gratuitement par les fournisseurs de soins primaires et par les organismes communautaires.
N.-É.	<ul style="list-style-type: none"> • Afro-Néo-Écossais 	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse a créé une brochure sur le dépistage intégrant des couleurs ayant un sens pour les membres de la communauté afro-néo-écossaise.

Tableau 42 : Stratégies de réduction des coûts directs assumés par les participantes, parmi les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada

Province ou territoire	Public visé	Description
C.-B.	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes vivant dans des zones rurales et/ou éloignées 	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme couvre les frais de déplacement pour les femmes qui vivent dans des zones rurales et/ou éloignées, sans accès au dépistage.

Les barrières structurelles constituent des obstacles rendant difficile l'accès au dépistage. Il s'agit, notamment, de problèmes liés à la distance pour se rendre dans les centres de dépistage, aux horaires d'ouverture, aux conditions de dépistage ou aux procédures administratives. Les interventions visant à réduire ces barrières structurelles peuvent notamment comprendre la mise en place d'une unité mobile de dépistage, la réduction du fardeau administratif, l'aide à la prise de rendez-vous, des services de traduction ou des horaires d'accueil étendus.

Tableau 43 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer du sein chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – prise de rendez-vous

Province ou territoire	Public visé	Description
C.-B.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes présentant un handicap physique 	<ul style="list-style-type: none"> Possibilité de durée accrue des rendez-vous
Man.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes ayant des limitations physiques 	<ul style="list-style-type: none"> Possibilité de réserver une durée de rendez-vous du double ou du triple de la durée normale, en cas de besoin
T.-N.-L.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes présentant un handicap physique 	<ul style="list-style-type: none"> L'intervenant-pivot aide les personnes faisant l'objet d'un dépistage insuffisant à prendre rendez-vous
N.-É.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes présentant un handicap physique 	<ul style="list-style-type: none"> Les patientes ayant un handicap physique et qui pourraient avoir besoin d'une durée de rendez-vous de dépistage plus longue, peuvent en informer l'agent des réservations, au moment de la prise de rendez-vous, et ce dernier réservera, à leur intention, deux plages horaires successives.
T.N.-O.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes présentant un handicap physique 	<ul style="list-style-type: none"> L'intervenant-pivot aide les femmes faisant l'objet d'un dépistage insuffisant à prendre rendez-vous.
Î.-P.-É.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes présentant un handicap physique 	<ul style="list-style-type: none"> Il est possible, en cas de besoin, d'obtenir des rendez-vous au-delà des horaires habituels.

Tableau 44 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer du sein chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – autres options de centres de dépistage

Province ou territoire	Public visé	Description
C.-B.	–	<ul style="list-style-type: none"> • L'unité mobile se rend dans différents lieux de la province, accroissant l'accessibilité du programme.
Man.	<ul style="list-style-type: none"> • Zones rurales et/ou éloignées 	<ul style="list-style-type: none"> • Les 2 cliniques mobiles se rendent dans 90 lieux tous les deux ans. S'il n'est pas prévu que l'unité mobile s'arrête dans leur collectivité, un voyage de groupe est organisé pour que les femmes puissent se rendre dans une clinique fixe ou mobile à proximité. Dans la plupart des collectivités du Manitoba, une fois tous les deux ans, les femmes auront un centre à moins de 30 minutes de leur domicile. Généralement, la collectivité facilite les déplacements par voie terrestre; toutefois, dans certaines collectivités, le programme organise et finance des déplacements par voie aérienne.
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes à faible revenu • Personnes vivant en milieu rural • Personnes vivant dans un endroit éloigné 	<ul style="list-style-type: none"> • L'Ontario est doté d'un autobus offrant des services mobiles de dépistage du cancer, notamment du sein, dans la région du Nord-Ouest.
Sask.	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes à faible revenu • Personnes vivant en milieu rural • Personnes vivant dans un endroit éloigné 	<ul style="list-style-type: none"> • La province compte 6 centres satellites, 2 centres permanents et 1 unité mobile se rendant dans environ 40 lieux différents une année sur deux.

– Aucun renseignement fourni à la date de collecte des données

Tableau 45 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer du sein chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – horaires prolongés

Province ou territoire	Public visé	Description
C.-B.	–	<ul style="list-style-type: none"> L'unité mobile se rend dans différents lieux de la province, accroissant l'accessibilité du programme.
Î.-P.-É.	–	<ul style="list-style-type: none"> Horaires d'ouverture étendus un jour par semaine et possibilité de rendez-vous le samedi
Sask.	<ul style="list-style-type: none"> Zones rurales et éloignées – unité mobile 	<ul style="list-style-type: none"> Unité mobile se rendant dans environ 40 lieux différents, une année sur deux

– Aucun renseignement fourni à la date de collecte des données

Tableau 46 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer du sein chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – transport

Province ou territoire	Public visé	Description
N.-É.	<ul style="list-style-type: none"> Afro-Néo-Écossais 	<ul style="list-style-type: none"> Le programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse a un agent à la réservation qui effectue la liaison entre l'unité mobile et les différents emplacements auxquels elle s'arrête dans les collectivités où vivent des Afro-Néo-Écossais, afin de mettre en place des plages horaires pour des rendez-vous réservés aux membres de ces collectivités.
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes à faible revenu Personnes vivant en milieu rural Personnes vivant dans un endroit éloigné 	<ul style="list-style-type: none"> L'Ontario est doté d'un autobus offrant des services mobiles de dépistage du cancer, notamment du sein, dans la région du Nord-Ouest.
Sask.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes vivant dans un endroit éloigné 	<ul style="list-style-type: none"> Le coordonnateur de la détection précoce travaille en étroite collaboration avec les coordonnateurs des déplacements communautaires, afin de favoriser la planification des visites là où l'unité mobile s'arrête lorsque le programme de dépistage du cancer du sein intervient dans le Nord.

Tableau 47 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer du sein chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – traduction

Province ou territoire	Public visé	Description
C.-B.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes appartenant à des groupes culturels particuliers 	<ul style="list-style-type: none"> Les ressources sont disponibles en plusieurs langues. Les technologues sont également équipés de panneaux pour faciliter le dépistage chez les patientes non anglophones.
Man.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes aux prises avec des barrières linguistiques 	<ul style="list-style-type: none"> Coordination des services d'un interprète pour le rendez-vous de mammographie; l'ensemble des documents de référence porte la mention « Services d'interprétariat disponibles »; encarts traduits figurant dans toutes nos correspondances avec les patientes; brochures, livrets, affiches, feuillets détachables, et vidéos traduits dans différentes langues
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Non-anglophones 	<ul style="list-style-type: none"> Action Cancer Ontario de Santé Ontario traduira, sur demande, les documents du programme et les réponses aux demandes de renseignements dans diverses langues.
Î.-P.-É.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes appartenant à des groupes culturels particuliers 	<ul style="list-style-type: none"> Certains documents sont disponibles en mandarin. Des services de traduction sont offerts par l'intermédiaire de l'intervenant-pivot de Santé Î.-P.-É.
Sask.	<ul style="list-style-type: none"> Nouveaux immigrants Non-anglophones 	<ul style="list-style-type: none"> Interprètes présents lors des séances de formation de groupe et des foires communautaires Open Door pour faciliter les échanges entre les coordonnateurs de la détection précoce et les clients

Les systèmes de rappel et de nouvelle invitation signalent au FSS, par exemple par l'intermédiaire du dossier médical électronique ou d'un courriel, qu'il est temps que l'une de ses patientes subisse un dépistage ou que la date d'un examen a été dépassée.

Tableau 48 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer du sein chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – rappels aux FSS

Province ou territoire	Public visé	Description
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Ensemble de la population cible du programme 	<ul style="list-style-type: none"> Le RAD en ligne fournit des données sur le dépistage, afin d'aider les médecins de famille à améliorer leur taux de dépistage et le suivi adéquat. Il leur permet de trouver rapidement des renseignements, pour chaque patient, relatifs au dépistage pour un cancer donné, signalant notamment les personnes en retard dans leur parcours de dépistage ou celles n'ayant jamais subi de dépistage. Selon la pratique particulière du médecin, le RAD peut favoriser le dépistage dans des groupes tels que les nouveaux immigrants, les non-anglophones, les personnes présentant des comorbidités et les personnes souffrant de maladie mentale.

Tableau 49 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer du sein chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – incitatifs aux FSS

Province ou territoire	Public visé	Description
Man.	<ul style="list-style-type: none"> Personnes faisant l'objet d'un dépistage insuffisant 	<ul style="list-style-type: none"> CervixCheck envoie des lettres de rappel, par télécopie, aux cliniciens dont les patientes n'ont pas reçu le suivi approprié après un résultat anormal.
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Ensemble de la population cible du programme 	<ul style="list-style-type: none"> Afin d'aider les médecins de famille à s'assurer que leurs patients participent aux programmes de dépistage auxquels ils sont admissibles, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a mis en place des primes cumulatives pour les soins préventifs. Grâce à ce programme, les médecins de famille admissibles qui exercent dans le cadre d'un modèle d'inscription des patients, ce qui signifie que les patients sont officiellement inscrits auprès d'eux, peuvent recevoir des primes pour le maintien de niveaux spécifiés de soins préventifs pour leurs patients inscrits. Selon la pratique particulière du médecin, les primes cumulatives de soins préventifs peuvent favoriser le dépistage dans des groupes tels que les nouveaux immigrants, les non-anglophones, les personnes souffrant de comorbidités et les personnes souffrant de maladie mentale.

Les interventions d'évaluation et de rétroaction des fournisseurs de soins évaluent le rendement de ces professionnels en matière d'offre de services de dépistage et les informent de leur résultat.

Tableau 50 : Stratégies visant à accroître la participation au dépistage du cancer du sein chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada – évaluation des FSS et rétroaction

Province ou territoire	Public visé	Description
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> Ensemble de la population cible du programme 	<ul style="list-style-type: none"> Voir la description du RAD dans la rubrique Rappels aux fournisseurs de soins

Tableau 51 : Politiques et lignes directrices relatives à la participation aux programmes de dépistage du cancer du sein chez les populations faisant l'objet d'un dépistage insuffisant au Canada

Province ou territoire	Public visé	Description
C.-B.	<ul style="list-style-type: none"> LGBTQ2S+ 	<ul style="list-style-type: none"> Les fournisseurs de soins peuvent s'appuyer sur des politiques et sur des lignes directrices dans leurs échanges avec les patients.
Man.	<ul style="list-style-type: none"> LGBTQ2S+ 	<ul style="list-style-type: none"> Les recommandations, pour les hommes et les femmes transgenres, sont publiées dans nos lignes directrices de dépistage. Nous utilisons également un langage inclusif dans nos documents et sur notre site Web. Des mammographies de dépistage systématique peuvent être envisagées pour : les femmes transgenres, âgées de 50 à 69 ans, ayant pris un traitement hormonal de réassignation sexuelle pendant plus de cinq ans; les femmes transgenres, âgées de 60 à 69 ans, ayant pris un traitement hormonal de réassignation sexuelle pendant plus de cinq ans et qui ont des implants mammaires; les hommes transgenres, âgés de 50 à 69 ans, encore dotés d'un tissu mammaire. Le dépistage systématique n'est pas recommandé pour les femmes transgenres, âgées de 50 à 69 ans, n'ayant pas pris de traitement hormonal de réassignation sexuelle ou ayant pris un tel traitement pendant moins de cinq ans.
N.-É.	<ul style="list-style-type: none"> LDPC en matière de personnes transgenres (en attente d'approbation des autorités de santé) 	<ul style="list-style-type: none"> Le but de ces lignes directrices de pratique clinique consiste à offrir une démarche normalisée de dépistage du cancer du sein pour les personnes de la Nouvelle-Écosse qui s'identifient elles-mêmes comme transgenres ou comme ayant une identité de genre diverse.

Province ou territoire	Public visé	Description
Ont.	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="323 358 470 380">• LGBTQ2S+ 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="779 358 1881 472">• Action Cancer Ontario de Santé Ontario s'est engagée à reconnaître et à soutenir la diversité sous toutes ses formes, y compris la diversité des genres. On attend des centres du PODCS qu'ils offrent un traitement égal, non discriminatoire, pour n'importe lequel des motifs protégés par le Code des droits de la personne, L.R.O. 1990, chap. H.19, notamment l'identité sexuelle et l'expression de l'identité. <li data-bbox="779 480 1894 766">• En mars 2019, Action Cancer Ontario de Santé Ontario a publié une politique globale en matière de dépistage propre aux personnes transgenres, dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein et du Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus. Cette politique contient 17 recommandations en matière d'admissibilité au dépistage, d'intervalle de dépistage et de méthode à utiliser pour les personnes transgenres présentant un risque moyen ou un risque accru de cancer du sein ou de cancer du col de l'utérus. La politique peut être consultée à l'adresse suivante : www.cancercareontario.ca/en/guidelines-advice/types-of-cancer/61546 (en anglais). Un plan de mise en œuvre est en cours d'élaboration et le calendrier correspondant doit être déterminé. En outre, Action Cancer Ontario de Santé Ontario entend s'orienter, dans la mesure du possible, pour ses produits de dépistage vers un langage non genré.

6.4 Communautés LGBTQ2S+

En 2016, la Nouvelle-Écosse a élaboré des lignes directrices de pratique clinique pour le dépistage du cancer du sein chez les personnes transgenres. Le dépistage du cancer du sein est recommandé, tous les deux ans, chez les femmes transgenres âgées de 50 à 69 ans qui ont pris un traitement hormonal de réassignation sexuelle pendant plus de cinq ans. Pour les hommes transgenres, si aucune chirurgie thoracique de réassignation sexuelle n'a été réalisée, le dépistage du cancer du sein, qui peut commencer à 40 ans, sera suivi par le programme de dépistage.

Au Manitoba, les hommes et les femmes transgenres, âgés de plus de 50 ans, dotés d'un tissu mammaire et qui n'ont pas d'implants, peuvent participer au programme BreastCheck. Des recommandations pour les hommes et les femmes transgenres sont incluses dans les lignes directrices sur le dépistage, et un langage inclusif est utilisé dans les documents et sur le site Web.

En mars 2019, [l'Ontario a publié une politique globale sur le dépistage](#) propre aux personnes transgenres dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein. Un plan de mise en œuvre est en cours d'élaboration et le calendrier de mise en œuvre doit être déterminé. De plus, l'Ontario entend s'orienter, dans ses produits de dépistage, vers un langage non genré.

La Colombie-Britannique a révisé sa politique en 2018 pour faciliter plus encore les soins aux personnes transgenres, notamment en utilisant un langage approprié et des recommandations de dépistage particulières.

7. Références

1. Inuit Tapiriit Kanatami. (2009.) *Inuit & cancer: fact sheets*. Ottawa, Ontario : Inuit Tapiriit Kanatami [consulté le 20 janvier 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.itk.ca/inuit-cancer-fact-sheets/>.
2. Withrow, D. R., Pole, J. D., Nishri, E. D., Tjepkema, M. et Marrett, L. D. (2017). Cancer survival disparities between First Nation and non-Aboriginal adults in Canada: follow-up of the 1991 census mortality cohort. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 26(1), 145-151.
3. Mazereeuw, M. V., Withrow, D. R., Nishri, E. D., Tjepkema, M., Vides, E. et Marrett, L. D. (2018). Cancer incidence and survival among Métis adults in Canada: results from the Canadian census follow-up cohort (1992-2009). *CMAJ*, 190(11), E320-E326.
4. Beben, N. et Muirhead, A. (2016). Improving cancer control in First Nations, Inuit and Métis communities in Canada. *Eur J Cancer Care (Angleterre)*, 25(2), 219-221.
5. Young, T. K., Kelly, J. J., Friborg, J., Soinenen, L. et Wong, K. O. (2016). Cancer among circumpolar populations: an emerging public health concern. *Int J Circumpolar Health*, 75:29787.
6. Partenariat canadien contre le cancer. (2013). *Déterminants de la qualité des programmes organisés de dépistage du cancer du sein à l'aide de la mammographie au Canada*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.
7. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. (2018). *Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40–74 years who are not at increased risk for breast cancer*. *CMAJ*, 190(49), E1441-E1451. Disponible à l'adresse : <https://www.cmaj.ca/content/190/49/E1441>.
8. Burkett, B. J., Hanemann, C. W. (2016). A review of supplemental screening ultrasound for breast cancer: Certain populations of women with dense breast tissue may benefit. *Academic Radiology*, 23(12), 1604-1609.
9. Hutchinson, P., Tobin, P., Muirhead, A. et Robinson, N. (2018). Closing the gaps in cancer screening with First Nations, Inuit and Métis populations: A narrative literature review. *Journal of Indigenous Wellbeing: Te Mauri-Pimatisiwin*, 3(1), 3-17.
10. Partenariat canadien contre le cancer. (2017). *Screening in Underserved Populations to Expand Reach (SUPER): Summary Findings for Low-Income Populations in Canada*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.

11. Megetto, O., Peirson, L., Yakuba, M., Farid-Kapadia, M., Costa-Fagbemi, M., Baidoobonso, S., Moffatt, J., Chun, L., Chiarelli, A. M. et Muradali, D. (2019). *Breast cancer risk and breast screening for trans people: An integration of 3 systematic reviews*. *CMAJ open*, 7(3), E598-E609.
12. Bazzi, A. R., Whorms, D. S., King, D. S. et Potter, J. (2015). *Adherence to mammography screening guidelines among transgender persons and sexual minority women*. *Am J Public Health*, 105(11), 2356-2358.
13. Community Preventive Services Task Force. (2017). *What Works FactSheet: Cancer Screening*. Disponible à l'adresse : <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/What-Works-Factsheet-CancerScreening.pdf>.



NOUS JOINDRE

145, rue King Ouest, bureau 900
Toronto (Ontario) M5H 1J8

Téléphone : 416-915-9222

Sans frais : 1-877-360-1665

Courriel : info@partenariatcontrecancer.ca

www.partenariatcontrecancer.ca