BILAN
1998-2003

Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Québec

BILAN
1998-2003

Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Santé
et Services sociaux
Québec

Édition produite par :
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir un autre exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande :

par télécopieur : (418) 644-4574

par courriel : communications@msss.gouv.qc.ca

ou par la poste : Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Le présent document peut être consulté à la section **Documentation**, sous la rubrique **Publications**, du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2004
Bibliothèque nationale du Canada, 2004
ISBN 2-550-43213-4

Avant-propos

Je suis fier, à titre de directeur national de santé publique, de participer à l'évolution du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Ce programme de dépistage populationnel est un exemple dans le domaine de la santé publique. Sa mise sur pied sur tout le territoire québécois nous permet aujourd'hui d'affirmer que toutes les Québécoises de 50 à 69 ans peuvent bénéficier des services du PQDCS.

Le cancer, les chiffres le démontrent, est une problématique majeure dans nos pays occidentaux et le cancer du sein est l'un de ceux qu'il est possible de dépister. Le Québec s'est doté d'un programme systématique en 1998 et c'est au prix des efforts concertés de nombreuses personnes que celui-ci a vu le jour. L'organisation d'un programme de dépistage a nécessité plusieurs travaux de recherche et d'analyse et sa mise en action a été rendue possible grâce à de nombreux intervenants guidés dans leur travail, par les responsables des centres de coordination des services régionaux.

L'implantation étant complétée, les grands principes énoncés dans le cadre de référence sont à parfaire. Il faudra travailler à atteindre les normes établies dans un programme de dépistage, assurer les femmes d'une continuité dans l'obtention de services de haute qualité dans des lieux accessibles. Il faudra veiller à adapter les services du programme aux nouvelles transformations du réseau de la santé tant aux paliers local et régional que suprarégional, et les interventions cliniques devront se doter de mécanismes davantage axés sur une approche populationnelle. Le système d'information du PQDCS devra être adapté et rehaussé pour permettre plus de souplesse dans la saisie des données. Des moyens supplémentaires devront être offerts pour garantir la qualité des services. Des stratégies de communication efficaces devront s'ajouter à celles traditionnellement utilisées.

Les nombreux acteurs qui veillent à la bonne marche du Programme québécois de dépistage du cancer du sein depuis cinq ans auront à relever des défis stimulants pour poursuivre la route vers l'objectif de participation au PQDCS, soit 70 %.

Le présent bilan illustre bien les efforts qui sont faits quotidiennement dans toutes les régions du Québec pour veiller à la santé des femmes et c'est grâce à des initiatives telles que celles qui sont prises par l'ensemble des acteurs, que nous réussirons à diminuer les pertes de vie par cancer du sein.

Alain Poirier
Directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint

Remerciements

Nous désirons remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) partout au Québec.

Il faut d'abord remercier les personnes qui ont permis au programme d'être retenu comme programme populationnel de santé publique, pensons aux membres du Comité cancer, qui dès 1993, déposait un plan d'action pour le dépistage du cancer du sein, suivi par le Comité consultatif provincial sur le cancer, qui faisait le dépôt de lignes directrices en 1995. Des remerciements sont également adressés aux membres des différents comités qui ont participé à l'instauration du cadre de référence du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Nous saluons le travail du Dr Marc Dionne, directeur de la protection de la santé publique au ministère de la Santé et des Services sociaux à cette époque ainsi que celui du Dr Louis Bernard, alors directeur du département de médecine sociale et préventive à l'Université Laval et par la suite Président de l'Institut national de santé publique du Québec pour les travaux d'implantation du PQDCS, comme nous le connaissons maintenant.

Nous remercions aussi Mme Nicole Lefebvre, première coordonnatrice nationale du programme au ministère de la Santé et des Services sociaux, et Mme Pauline Thiboutot, qui a pris la relève en 2000, ainsi que les médecins responsables du dépistage, soit le Dr René Tremblay et le Dr Jacques Ringuet (avant 2000), la Dre Patricia Goggin (de 2000 à 2002) et le Dr Guy Roy (depuis 2003). Nous tenons aussi à remercier M. Richard Tremblay, physicien biomédical au Ministère, qui, depuis 1993, avant même l'implantation du PQDCS, a contribué à poser les assises du programme et qui poursuit son action, particulièrement au regard du contrôle de la qualité technique afin que soit assurés des services de mammographie de qualité.

Nous remercions, bien sûr, les équipes des centres de coordination des services régionaux présentes dans les dix-huit régions sociosanitaires, équipes composées d'une coordonnatrice administrative et d'un médecin-conseil et assistées par d'autres personnes-ressources. Ces équipes ont veillé à l'implantation du PQDCS dans leur région respective et s'assurent quotidiennement de son bon fonctionnement.

Nos remerciements s'adressent aussi à tout le personnel des centres de dépistage désignés et des centres de référence pour investigation désignés, soit les équipes composées de radiologistes, de technologues, de chirurgiens, de pathologistes, d'omnipraticiens, de travailleurs sociaux, d'infirmières et des personnes présentes à l'accueil qui, par leur travail quotidien, permettent au programme de continuer d'offrir des services de qualité.

Pour la période 1998-2001, des remerciements sont adressés aux membres du Comité de soutien à la qualité du PQDCS, présidé par la Dre Marie-Claude Messely, qui, par leurs travaux, ont contribué à l'efficacité du programme, et aux membres du Comité d'évaluation, qui ont évalué ce programme selon les indicateurs de performance et de qualité qui lui sont particuliers.

Nous désirons offrir nos remerciements au responsable scientifique de la recherche évaluative à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le Dr Jacques Brisson, ainsi qu'au directeur adjoint de la Direction systèmes de soins et services à l'Institut national de santé publique du Québec, M. André Simpson, pour leur expertise et l'intérêt constant qu'ils ont porté à l'évolution du programme. Nous remercions Mme Diane Major, scientifique de recherche et coordonnatrice de l'équipe d'évaluation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein à l'Institut national de santé publique du Québec, ainsi que les membres de cette équipe de travail pour les travaux spécifiques qui nous permettent aujourd'hui de vous présenter les résultats du programme pour cinq ans. Des remerciements sont également adressés aux équipes d'évaluation présentes dans les régions.

Nous remercions également les responsables du PQDCS des agences régionales, dont les directions de santé publique de toutes les régions du Québec, les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les équipes d'Info-Santé qui participent à la promotion du programme. Nous remercions les organismes communautaires qui offrent des services particuliers aux femmes et qui transmettent de l'information sur les services offerts par le programme. Nous adressons notre reconnaissance à la Fondation Jean-Marc Paquette pour sa contribution financière à l'unité mobile CLARA.

Des remerciements particuliers sont adressés à Mme Suzanne Lapointe, porte-parole du PQDCS depuis son lancement, en mai 1998.

Plusieurs personnes ont contribué à la production du présent document. Parmi celles-ci, mentionnons l'équipe d'évaluation du PQDCS de l'Institut national de santé publique du Québec, le Dr Jacques Brisson, Mme Diane Major, la D^re^ Nicole Hébert-Croteau, M. André Langlois, la D^re^ Marie-Claude Messely, Mme Louise Rochette, Mme Isabelle Théberge, M. Éric Pelletier et le Dr Robert Pronovost. Nous soulignons aussi la participation de Mme Chantal Beaudet.

L'équipe de rédaction du présent bilan mérite d'être remerciée : Mme Diane Major, Mme Louise Rochette, M. André Langlois, Mme Pauline Thiboutot, M. Richard Tremblay, le Dr Guy Roy, Mme Danièle Desjardins, Mme Francine Noël, Mme Linda Desjardins et Mme Sylvie Crête. Des remerciements sont également adressés à toutes les personnes qui ont rédigé les textes décrivant les activités du programme dans les dix-huit régions.

Table des matières

Listes des figures et des tableaux

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Introduction

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) a déjà cinq ans. Ce programme assez unique dans le système de santé québécois mérite ses lettres de noblesse. Depuis son instauration, en 1998, plusieurs centaines de professionnels ont bâti, dans chaque région du Québec, une structure organisationnelle propre à offrir à toutes les femmes de la population cible l'accès à ce programme. Conçu à partir d'un cadre de référence déterminé, le PQDCS a été implanté progressivement selon des façons de faire adaptées aux particularités des régions.

Tout en respectant le cadre de référence initial, les responsables régionaux ont dû user de perspicacité pour implanter le programme sur des territoires souvent étendus ou encore dans des conditions de pénurie d'effectifs médicaux. Leurs efforts ont permis d'atteindre l'objectif ultime : permettre à toutes les femmes de 50 à 69 ans d'accéder à un programme de dépistage systématique. Près de 550 000 Québécoises se sont prévalues des services offerts par le PQDCS depuis 1998. *Le Bilan 1998-2003* fait état des résultats selon différents indicateurs.

Comme dans toute entreprise d'envergure, il a fallu, une fois l'implantation du PQDCS réalisée, fournir les efforts nécessaires à son bon fonctionnement. Pour ce faire , le programme devait avoir toute la notoriété nécessaire pour inciter les femmes à participer une première fois à l'exercice de dépistage et à continuer tous les deux ans à se prévaloir des services offerts. Des activités d'information ont été organisées pour communiquer aux femmes des connaissances pertinentes sur leur santé et les amener à vouloir mieux la protéger. *Le Bilan 1998-2003* dresse un inventaire des principales actions entreprises à cet égard dans l'ensemble du Québec et dans les régions. Le chapitre 2 du *Bilan 1998-2003* cède d'ailleurs la place aux régions et nous permet de constater la volonté qui anime les responsables du programme.

Mme Suzanne Lapointe, comédienne et animatrice bien connue et porte-parole du programme depuis 1998, mérite toute notre reconnaissance pour son rôle incontestable dans le rayonnement du PQDCS : elle a rencontré des milliers de femmes et accordé des dizaines d'entrevues dans les médias locaux et nationaux.

Les services, quant à eux, doivent répondre à de hauts critères de qualité tout en évoluant au rythme des nouvelles technologies. Une section du présent document est consacrée aux activités relatives au contrôle de la qualité des services de dépistage par mammographie. Des explications concernant le développement d'un logiciel de contrôle de la qualité, la production de manuels destinés aux technologues et aux physiciens biomédicaux et les séances de formation offertes à ces derniers y sont présentées.

Une autre section du présent document est réservée aux activités relatives à l'assurance de la qualité du programme.

Deux outils fondamentaux du programme sont, bien sûr, son système d'information (SI/PQDCS) et les études évaluatives. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour héberger les données, en assurer la gestion en tant que pilote et fournir les services d'une équipe d'évaluation. Le chapitre 3 du présent document est d'ailleurs le fruit du travail de cette équipe.

Enfin, par la synthèse de l'ensemble des réalisations et des résultats obtenus jusqu'ici, l'analyse permet de dégager les principaux défis auxquels le PQDCS devra répondre au cours des prochaines années.

CHAPITRE 1

IMPLANTATION DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN DANS TOUTES LES RÉGIONS DU QUÉBEC ET SUIVI DES ACTIVITÉS

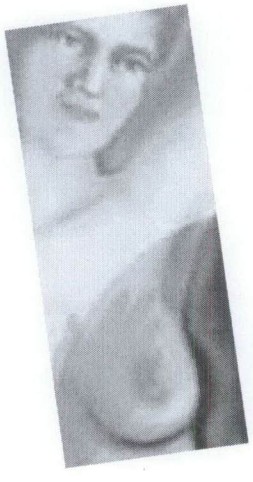
Implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein dans toutes les régions du Québec et suivi des activités

IMPLANTATION DU PROGRAMME

Pour lutter efficacement contre le cancer du sein, le Québec instaurait, en 1998, un programme de dépistage systématique. Selon les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) devait atteindre quatre objectifs quant au dépistage du cancer du sein. Ces objectifs touchent l'implantation du programme dans toutes les régions du Québec, le taux de participation de la population cible, les taux de cancers détectés et la diminution du taux de mortalité due au cancer du sein chez les femmes de 55 à 74 ans.

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein s'adresse aux femmes de 50 à 69 ans et le dépistage est effectué par mammographie. L'examen comprend quatre images : une incidence cranio-caudale et une incidence oblique médiolatérale par sein. Il existe des protocoles particuliers à appliquer pour les femmes porteuses de prothèses mammaires et pour celles ayant des seins volumineux. La mammographie de dépistage est répétée aux deux ans.

À la fin de 2003, le PQDCS était implanté dans seize des dix-huit régions sociosanitaires, et des mesures étaient prises pour offrir des services de dépistage à toutes les Québécoises, par la création de services itinérants de mammographie. Les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, dépourvues de centres de mammographie fixes sur leur territoire, bénéficient, tout comme une partie de la Côte-Nord, des services itinérants de mammographie. Les années 2000 et 2001 ont été marquées par la consolidation du programme et par des ajustements, tant par rapport à l'organisation des services qu'aux mécanismes servant à évaluer le programme et à en assurer la qualité. Le taux de participation au PQDCS des femmes de 50 à 69 ans était de 43,4 % à la fin de 2001 et il était de 46,7 % en 2003.



CERTIFICATION ET DÉSIGNATION DES CENTRES DE MAMMOGRAPHIE

Dans le cadre du programme, deux types de centres de mammographie, soit les centres de dépistage désignés (CDD) et les centres de référence pour investigation désignés (CRID), sont affectés respectivement aux activités de dépistage[1], et aux activités d'imagerie médicale et aux examens complémentaires à la suite d'un examen de dépistage anormal.

Dans les deux cas, les centres doivent faire la démonstration que les mammographies réalisées sont de qualité. À cet effet, le ministère de la Santé et des Services sociaux a prévu, en collaboration avec l'Association des radiologistes du Québec (ARQ), l'Ordre des technologues en radiologie du Québec (OTRQ) et l'Association des physiciens et ingénieurs biomédicaux du Québec (APIBQ), un processus de certification qui assure la qualité des services professionnels et des équipements en place. Notamment, le processus d'agrément en mammographie (PAM), de l'Association canadienne des radiologistes (CAR), est l'une des composantes du mécanisme de certification des CDD ou des CRID. Lorsqu'un centre est certifié, il doit aussi faire l'objet d'une recommandation par l'agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux concernée au regard de la répartition des services dans sa région. Ainsi, les agences ont retenu environ 70 % des centres de mammographie existants aux fins du programme de dépistage.

1. Certains examens d'imagerie autres que les quatre images de base peuvent aussi être réalisés par les CDD.

À la fin de 2003, la répartition des catégories de centres de services pour le PQDCS au Québec était la suivante :

Tableau 1

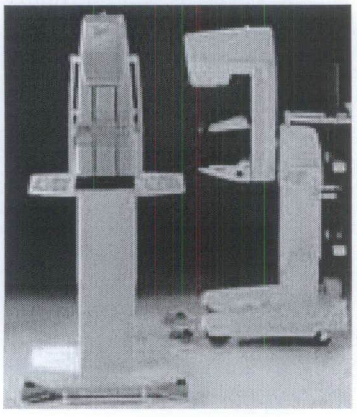
Répartition des centres de services, par catégorie

Catégorie de centres	Nombre de centres
CDD	81
CRID	36

Il faut souligner le fait que 26 centres de services comptabilisés ci-dessus sont à la fois CDD et CRID.

La liste des centres désignés par le PQDCS est accessible sur le site Internet du programme, à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/PQDCS. Tous les documents publiés dans le cadre du PQDCS, soit les manuels de contrôle de la qualité du technologue et du physicien, de même que les rapports annuels, se trouvent à la même adresse. La majorité des informations sont en français seulement, mais les documents qui s'adressent à toute la population sont bilingues.

SERVICES ITINÉRANTS DE MAMMOGRAPHIE



Mammographe portatif SOPHIE

Deux modalités de services itinérants sont prévues. La première consiste à utiliser un mammographe *portatif*, pouvant être transporté par voie aérienne, maritime, terrestre ou ferroviaire, afin d'offrir des services de dépistage aux communautés éloignées qui vivent dans des endroits difficilement accessibles par la route. Cette modalité est appelée communément SOPHIE, du nom de l'appareillage utilisé.

L'autre modalité consiste à offrir des services de mammographie *mobiles* grâce à un véhicule de type autocar, dans lequel est fixé un mammographe. L'unité mobile peut se rendre où les services ne sont pas offerts sur une base permanente ou pour pallier à des besoins temporaires. Cette unité, nommée CLARA – pour Clinique Accréditée de RAdiologie – a été acquise grâce à un partenariat avec la Fondation Jean-Marc Paquette et plusieurs commanditaires privés.

Lancée en mai 2001 l'unité mobile CLARA a parcouru plusieurs kilomètres pour rejoindre les femmes dans différentes régions. En voici les détails :

Clinique Accréditée de RAdiologie CLARA

Tableau 2

Services itinérants de mammographie (CLARA et SOPHIE)

Activités de dépistage du cancer du sein par mammographie

RÉGION	DATE	LOCALITÉ	EXAMENS RÉALISÉS
Côte-Nord	Du 18 au 27 février 2002	Blanc-Sablon	148
	et en avril 2002	Schefferville	111
Mauricie et Centre-du-Québec	Du 12 mai au 5 juin 2002	La Tuque	232
Abitibi-Témiscamingue	Du 25 août au 21 septembre 2002	Amos	397
Côte-Nord	Du 9 septembre au 7 octobre 2002	La Romaine, Saint-Augustin, Chevery	229
Gaspésie	Du 12 au 15 octobre 2002	Grande-Vallée	120
	Du 16 au 22 octobre 2002	Rivière-au-Renard	210
	Du 23 au 24 octobre 2002	Barachois	68
	Du 26 octobre au 3 novembre 2002	Paspébiac	300
	Du 4 au 13 novembre 2002	Maria	335
	Du 14 au 21 novembre 2002	Matapédia	265
Nord-du-Québec	Du 29 novembre au 10 décembre 2002	Lebel-sur-Quévillon	159
		Matagami	95
		Radisson	12
Abitibi-Témiscamingue	Du 17 janvier au 24 février 2003	La Sarre	531
		Témiscamingue	99
		Amos	100
Côte-Nord	Du 9 au 14 mars 2003	Fermont	60
Laurentides	Du 22 avril au 16 mai 2003	Lachute	509
Lanaudière	Du 20 mai au 13 juin 2003	Berthierville et Chertsey	506
Abitibi-Témiscamingue	Du 8 au 20 septembre 2003	La Sarre	321
	Du 22 au 27 septembre 2003	Ville-Marie	172
	Du 29 au 30 septembre 2003	Témiscamingue	56
Côte-Nord	Du 4 au 10 octobre 2003	Blanc-Sablon	189
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	Du 12 octobre au 15 novembre 2003	Maria	763
Nord-du-Québec	Du 2 au 8 décembre 2003	Lebel	93
		Matagami	35
TOTAL			**6 115**

Note : Endroits visités et activités réalisées entre le 18 février 2002 et le 31 décembre 2003

Le développement des films, dans le cas de services itinérants de mammographie, est différé, les technologues travaillant *à l'aveugle*. Diverses solutions ont été élaborées afin d'obtenir une qualité des mammogrammes équivalente à celle obtenue dans les centres fixes[2, 3].

La gestion et l'opération des unités itinérantes de mammographie ont été confiées à la Direction des systèmes de soins et services de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

SYSTÈME D'INFORMATION DU PQDCS

Le système d'information, outil fondamental du programme, a été développé expressément pour la transmission des données dès le démarrage du programme. Il supporte les activités opérationnelles et informationnelles du PQDCS. Il a fait l'objet, en 2002, d'analyses préliminaires en vue d'une refonte. Un comité directeur a été mis sur pied à cette fin, ce qui a largement contribué à l'avancement du travail. Les conclusions ont reçu l'approbation des instances concernées pour procéder à la refonte.

2. Alain GAUVIN, Raymond CARRIER et Richard TREMBLAY, « Breast screening for northern Québec communities: a feasibility study », *Conference Proceedings* COMP/CCPM/APIBQ, 45th Annual Scientific Meeting, June 16-19, 1998, Sherbrooke (Québec).
3. Jacques BLANCHETTE, *Conformité du développement différé produit avec l'appareil mobile de mammographie « Clara » dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, rapport d'analyse du Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, avril 2003.

Le système d'information du PQDCS permet d'envoyer aux femmes visées une lettre d'invitation à participer au programme et il permet également de faire le suivi de celles qui y répondent. Déjà, des données d'évaluation du programme basées notamment sur le SI/PQDCS ont été publiées et sont présentées sur le site Internet de l'INSPQ à l'adresse suivante : www.inspq.qc.ca.

PROCESSUS D'ÉVALUATION DU PQDCS

Un programme de dépistage comme le PQDCS implique un processus d'évaluation. Un mandat a été confié à cette fin à l'Institut national de santé publique du Québec afin de vérifier dans quelle mesure le programme a atteint les normes établies par le cadre de référence. Une équipe d'évaluation, sous la direction du Dr Jacques Brisson, appuyé par Mme Diane Major, scientifique de recherche, a été mise sur pied et les premiers résultats ont été soumis graduellement. Des résultats concernant plusieurs paramètres relatifs à l'évolution du programme de 1998 à décembre 2003 sont d'ailleurs présentés au chapitre 3 de ce document.

ADAPTATION DU PROGRAMME RELATIVEMENT AUX DONNÉES D'ÉVALUATION

Le programme a également dû s'adapter à certaines situations par rapport à ce qui avait été prévu, à l'origine, dans le cadre de référence.

Certaines difficultés liées aux services offerts aux femmes sont apparues. L'une d'entre elles, soulevée dès le début de l'implantation du programme, est le suivi des femmes dont la mammographie de dépistage est anormale et qui nécessitent une investigation. Selon le cadre de référence du PQDCS, il était prévu que ces femmes subiraient certains examens complémentaires dans des centres de référence pour investigation désignés (CRID). Le système d'information en usage dans les CRID devait faciliter, par les CCSR, la vérification de la prise en charge des femmes concernées et fournir les données requises pour l'évaluation du programme.

Or, depuis le début du programme, nous constatons qu'une certaine proportion des femmes passent leurs examens complémentaires dans un centre qui n'est pas un CRID, soit au centre de dépistage désigné (CDD) où elles ont passé leur mammographie de dépistage, soit dans un autre établissement. Comme ces centres ne disposent pas du système d'information requis pour le volet « investigation », la vérification de la prise en charge de ces femmes est plus complexe.

Une réflexion en profondeur sur le fonctionnement du programme en a découlé. Le suivi des participantes au programme et la transmission des données cliniques au système d'information ont été précisés. En plus de clarifier la façon de faire le suivi des participantes et de transmettre des informations cliniques au système d'information, il était important de préciser le rôle des médecins qui signent les lettres d'invitation et de rappel. Le cas des femmes dont l'investigation initiale n'est pas concluante et pour lesquelles des examens de contrôle sont recommandés a aussi été considéré dans l'adaptation du système d'information.

En effet, la possibilité de réaliser des examens d'investigation à la suite d'un dépistage a été accordée aux CDD publics et privés. Un logiciel de saisie de données, le Mediref, a été implanté en novembre 2003 dans les cliniques privées, afin de permettre la saisie des données d'investigation, améliorant ainsi le suivi et le rappel des femmes et, par conséquent, le programme lui-même. Les responsables veillent attentivement à ce que le système d'information soit adapté aux différentes réalités.

ACTIVITÉS DE COMMUNICATION

Plusieurs activités de communication ont été organisées depuis l'instauration du programme.

Les moyens retenus dans le plan de communication initial ont été mis de l'avant, soit :

- pour les femmes âgées de 50 à 69 ans, des modèles de lettres d'invitation, la nomination d'une porte-parole, des activités de promotion dans plusieurs médias, la tenue de conférences destinées à des groupes particuliers de femmes, trois dépliants en version française et anglaise, trois cassettes vidéo donnant de l'information de base sur les différents aspects du dépistage, un message audio destiné à la promotion radiophonique et distribué à toutes les régions, la production d'un kiosque promotionnel disponible pour tous les responsables des coordinations régionales, un site Internet logé sur le site Internet du MSSS ;
- pour les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes concernés, une pochette d'information, des sessions de formation offertes dans toutes les régions avec cahiers de formation spécifiques au programme ;
- pour les intervenants du programme, trois formations ont été offertes, une première portant sur le système d'information, une deuxième sur les aspects à considérer lors de l'accueil des femmes et une troisième sur tous les aspects du programme ;
- pour les autres intervenants concernés, une lettre annonçant la mise en place du PQDCS et une pochette d'information envoyées aux différentes corporations, fédérations et associations pertinentes.

Différents formulaires ont dû être produits et diffusés en nombre important dans les CDD et les CRID. Depuis 1998, des nouvelles actions de communication se sont ajoutées aux multiples moyens mis en place. En voici quelques-uns :

- la présentation, dans plusieurs régions, depuis l'année 2000, de la pièce de théâtre *La mammo... quel scénario !* du théâtre Parminou, d'après une idée originale de la Table régionale des agentes de promotion et sensibilisation du PQDCS de la Montérégie ;
- un sondage téléphonique effectué au début de 2001 auprès de 1 200 femmes âgées de 50 à 69 ans afin d'évaluer leur perception du PQDCS et leur participation à ce programme ;
- un forum sur la question de l'autoexamen des seins, en septembre 2001, avec la collaboration du Centre de coordination de la lutte contre le cancer, du Comité de soutien à la qualité du PQDCS et de la Société canadienne du cancer ;
- la production et la diffusion auprès de tous les médecins de première ligne de deux bulletins d'information pour les aviser des modifications apportées aux paramètres de dépistage. Le premier portait sur les modalités de dépistage par mammographie chez les femmes de moins de 50 ans. Le deuxième portait sur la responsabilité médicale du suivi des femmes à l'intérieur du programme de dépistage ;
- la participation de responsables du programme, en octobre 2002, à une conférence de presse organisée par la Société canadienne du cancer, dans le cadre du mois de la sensibilisation au cancer du sein. Une allocution portant sur l'importance de la mammographie pour la détection précoce du cancer du sein y a été faite par la D^re^ Patricia Goggin, alors médecin responsable du programme ;
- la collaboration de responsables du programme à une journée spéciale, en novembre 2002, à l'Assemblée nationale du Québec, dans le cadre de la promotion de la recherche sur le cancer du sein. Cet événement, organisé par des médecins du Centre des maladies Deschênes-Fabia, comportait entre autres des présentations faites aux membres du personnel de l'Assemblée sur le cancer du sein. À cette occasion, l'unité mobile CLARA a été postée devant l'édifice du Parlement et Mme Claudine Hamel, technologue en mammographie, y répondait aux questions des visiteurs. Lors de cette journée, on a souligné à l'Assemblée, l'importance de la recherche sur le cancer du sein.

- l'organisation, le 15 novembre 2002, en collaboration avec le Conseil québécois de la lutte contre le cancer du Québec, du colloque *Le cancer du sein au Québec, où en sommes-nous ? Où allons-nous ?* Le PQDCS s'y est illustré par la conférence de la Dre Patricia Goggin sur l'approche québécoise en dépistage, et par la présentation par le Dr Jacques Brisson, responsable de l'équipe d'évaluation à l'INSPQ, de plusieurs résultats d'évaluation du programme. Un des quatre ateliers portait spécifiquement sur le dépistage et les commentaires recueillis furent fort révélateurs pour les membres de la coordination du programme.
- le dépôt d'une motion à l'Assemblée nationale, le 21 octobre 2003, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Philippe Couillard, sur l'importance du dépistage du cancer du sein.

Soulignons également le magnifique travail d'information et de sensibilisation de Mme Suzanne Lapointe, comédienne bien connue et porte-parole du programme depuis le début de celui-ci. En effet, Mme Lapointe a rencontré des milliers de femmes lors de ses tournées dans plus de onze régions du Québec. Cette porte-parole hors pair a également accordé des centaines d'entrevues dans tous les types de médias. Ses grandes capacités de communication et la confiance qu'elle inspire ont certainement contribué à influencer la décision de plusieurs femmes de participer au programme.

Nous nous devons également de souligner les références au PQDCS dans plusieurs publications importantes du ministère de la Santé et des Services sociaux. Les cinq bilans portant le titre de *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* comportent une section sur le dépistage du cancer du sein. Dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*, au chapitre concernant les habitudes de vie et les maladies chroniques, on mentionne le PQDCS tant dans les objectifs à atteindre que dans les activités à encourager. Le document du Programme québécois de lutte contre le cancer intitulé *Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, publié en octobre 1997 par le MSSS, consacrait une section du chapitre « La détection précoce du cancer » au Programme québécois de dépistage du cancer du sein ainsi qu'une autre section au cancer du sein.

Le document *Au féminin... à l'écoute de nos besoins*, publié en 2002 par la Direction de la coopération internationale et de la condition féminine, mentionnait également le PQDCS dans les objectifs concernant l'adaptation des soins et des services aux besoins des femmes de 2002 à 2006. Le programme a également été reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Philippe Couillard, comme « un fleuron du système de santé québécois », lors du colloque du Conseil québécois de lutte contre le cancer, en novembre 2003.

Publications

Différents travaux de recherche liés au dépistage du cancer du sein ont été publiés soit par le ministère de la Santé et des Services sociaux, soit par son partenaire, l'INSPQ (prenez note que cette liste n'est pas exhaustive) :

GOGGIN, Patricia. « Dépistage du cancer du sein où en sommes-nous ? », *Le Médecin du Québec*, vol. 37, n° 10, octobre 2002, p. 85-90.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Déterminants du taux de référence lors d'une première mammographie de dépistage : Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2003, 46 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Facteurs associés aux variations du taux de détection – Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) 1998-1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2003, 36 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Stratégie d'invitation et taux de participation à la mammographie de dépistage, Programme québécois de dépistage du cancer du sein, 1998-2000*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2003, 15 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Validation de stratégies pour obtenir le taux de détection du cancer, la valeur prédictive positive, la proportion des cancers in situ, la proportion des cancers infiltrants de petite taille et la proportion des cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire dans le cadre des données fournies par le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2003, 31 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Évaluation de la concordance entre les archivistes médicales et les médecins spécialistes experts pour la codification de données devant être entrées au système d'information du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 21 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Étude du processus d'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2000, 58 p.

MESSELY, Marie-Claude, et Nicole LEFEBVRE. « Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein », *Le Médecin du Québec*, vol. 33, n° 1, janvier 1998, p. 27-31.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois de dépistage du cancer du sein : Rapport d'activité 2000-2001*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 36 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le fonctionnement interdisciplinaire dans le cadre de l'investigation : Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 169 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Mieux vaut agir que réagir*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, (dépliant).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Manuel de contrôle de la qualité en mammographie : Programme québécois de dépistage du cancer du sein, Volume 1*, Technologue en radiologie, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 231 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Comité de soutien à la qualité du Programme québécois de dépistage du cancer du sein : Rapport biennal, 1999-2000, 2000-2001*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 21 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois de dépistage du cancer du sein : Rapport d'activité des années 1998-1999*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 36 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence : Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996, 67 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Comité de soutien à la qualité du Programme québécois de dépistage du cancer du sein : Rapport annuel 1998-1999*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1999, 14 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Manuel de contrôle de la qualité – Volume 2 : Physicien biomédical, Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 159 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Manuel de contrôle de la qualité en mammographie – Volume 1 : Technologue en radiologie, Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 64 p.

SANTÉ CANADA. *Quality Determinants of Organized Breast Cancer Screening Programs in Canada*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2003, 95 p.

SANTÉ CANADA, *Organized Breast Screening Programs in Canada 1999 and 2000 Report*, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2003, Cat. n° H1-9/13-2000.

SANTÉ CANADA. *Guide canadien de qualité en mammographie*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002, 28 p.

THÉBERGE, Isabelle, Nicole Hébert-Croteau, André Langlois, Jacques Brisson. « *Volume of Screening Mammography and Performance in the Quebec Population-base, Breast Cancer Screening Programm* », *Canadian Medical Association Journal*, à paraître.

TREMBLAY, Richard. « Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) », *Bulletin de l'Association canadienne de radioprotection*, vol. 25, n° 2, juin 2004, p. 7-12, p. 14.

Formation

Depuis les débuts de l'implantation du programme, les professionnels et les intervenants ont reçu plusieurs formations. Ces formations ont été données par différentes instances. Certaines émanaient de l'équipe ministérielle, d'autres étaient offertes par des experts de l'INSPQ ou par les coordonnateurs administratifs et médicaux de toutes les régions.

ACTIVITÉS RELATIVES À L'ASSURANCE DE LA QUALITÉ DU PROGRAMME

La fonction assurance qualité du programme s'intéresse à l'atteinte de toutes les normes qui sont définies dans le cadre de référence du programme et des normes qui sont reconnues dans le cadre de programmes de dépistage du cancer du sein au niveau international. Jusqu'en 2002, plusieurs activités relatives à l'assurance de la qualité du programme ont été portées par le Comité de soutien à la qualité présidé par la docteure Marie-Claude Messely. Par la suite, les directeurs de santé publique de chacune des régions du Québec ont été invité à identifier une personne responsable de l'assurance qualité pour le PQDCS. Il confie, notamment à cette personne les responsabilités suivantes :

- suivre au palier régional et pour chacun des centres de la région l'évolution du programme par rapport aux normes retenues, en faire l'analyse et en expliquer les écarts avec les partenaires concernés ;
- s'assurer que les informations disponibles relatives à l'évolution du programme par rapport aux normes exigées pour chacun des centres ainsi que pour les professionnels de la région leur soient transmises selon les mécanismes convenus avec ces centres et ces professionnels ;
- identifier avec les partenaires concernés les moyens qui permettent de mieux rencontrer les normes du programme et soutenir la mise en œuvre de ces moyens, selon les ressources disponibles ;
- identifier les volets du programme qui requièrent une attention prioritaire en ce qui a trait à l'assurance de la qualité au palier régional, en plus des volets identifiés au palier national, pour l'ensemble des régions ;
- mettre en place et animer les mécanismes ou groupes de travail qui lui permettent de rencontrer ses responsabilités, par exemple, un comité régional d'assurance de la qualité.

Un responsable de l'assurance de la qualité est aussi identifié au palier national. Actuellement, des responsables de l'assurance qualité sont désignés dans seize des dix-huit régions du Québec.

Illustration de la mise sur pied d'un comité régional d'assurance de la qualité

Mécanismes régionaux relatifs à l'assurance de la qualité dans la région de l'Estrie

Au regard de l'assurance de la qualité, la Direction de la santé publique et de l'évaluation de l'Estrie, en collaboration avec la Direction adjointe des services professionnels du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, a formé le Comité régional d'assurance qualité du PQDCS. Ce comité a été officiellement constitué le 27 novembre 2000. Par ses activités et ses recommandations, ce comité sert de pierre angulaire non seulement à l'instauration et au maintien du programme d'assurance de la qualité, mais également à la consolidation organisationnelle des services liés au dépistage, à l'harmonisation des pratiques, à l'uniformisation des étapes à suivre pour les femmes qui ont passé un test de dépistage ainsi qu'à la systématisation de l'information. De surcroît, l'arrimage du PQDCS au Programme québécois de lutte contre le cancer devrait être facilité par l'existence d'un tel comité.

Autres comités du CHUS

Dans le cadre de l'amélioration de l'acte médical, exigée par le CMDP de l'institution, chacun des chefs des départements et des services engagés dans le dépistage du cancer doit s'assurer de réviser la qualité des actes selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux et selon les règles édictées par le Comité central de l'évaluation (étude de dossiers, étude de problématiques par critères explicites, évaluation par indicateurs de gestion clinique). En plus des comités d'évaluation départementaux, il existe un comité d'oncologie dont la composition est transdépartementale. Ce dernier pose un regard plus global sur les problèmes touchant divers aspects cliniques de l'oncologie.

Le comité régional d'assurance de la qualité dans la région de la Montérégie

En avril 2002, avait lieu la première rencontre du Comité régional d'assurance de la qualité (CRAQ) de la Montérégie. Ce comité est composé, pour l'instant, de trois radiologistes travaillant dans des centres de dépistage désignés (CDD) et dans des centres de référence pour investigation désignés (CRID), de trois chirurgiens, d'un pathologiste et de trois membres du CCSR. Son mandat est :

- d'étudier les rapports du PQDCS et les résultats provenant des données d'évaluation ;
- de faire les recommandations appropriées en vue d'améliorer la qualité des services ;
- d'assurer la rétroaction nécessaire pour la mise en application des recommandations ;
- de faire les recommandations nécessaires dans toutes les situations pouvant compromettre la qualité du programme ou de ses services.

Depuis la mise sur pied de ce comité, les membres se sont rencontrés à quatre reprises. Dans le but d'améliorer les évaluations, ils se sont d'abord intéressés à la qualité des données (amélioration du nombre de formulaires sur les renseignements médicaux d'investigation complétés et de la saisie de ces données dans le système informatique). Par la suite, le comité a appuyé l'initiative du CCSR, à savoir la proposition d'un modèle organisationnel pour garantir la qualité des données dans chaque CRID.

Les autres sujets qui ont été traités par le comité sont : la référence des femmes nécessitant un soutien psychosocial vers les ressources appropriées, la documentation des activités des équipes multidisciplinaires des CRID ainsi que du temps d'attente pour un rendez-vous dans les CDD et les CRID.

Les recommandations du comité et les activités du CCSR ont mené à des améliorations concrètes. Leurs efforts conjoints ont permis, notamment, que le nombre de formulaires de renseignements remplis augmente. De plus, le CRAQ, dans un but d'intégration des services offerts à la population visée par le Programme québécois de lutte au cancer (PQLC) ou par le PQDCS, a appuyé la mise en place d'un projet grâce auquel les professionnels psychosociaux des CRID sont les mêmes que ceux du PQLC. Il a aussi favorisé une plus grande diffusion des activités du PQDCS auprès de nos partenaires des CRID et des CDD.

ACTIVITÉS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ EN MAMMOGRAPHIE

Les activités de contrôle de la qualité font partie des assises du PQDCS. En effet, la recherche constante de la plus grande qualité des services est à la base du programme et est considérée comme une condition essentielle à sa réussite. Afin d'y parvenir, différentes activités ont été mises en place :

Le Manuel de contrôle de la qualité en mammographie – Volume 1 : Technologue en radiologie
Le *Manuel de contrôle de la qualité en mammographie - Volume 1 : Technologue en radiologie* a été publié une première fois en 1997[4]. Il a été entièrement révisé et réédité en juin 2001[5]. M. Richard Tremblay, physicien biomédical du MSSS et Mme Francine Noël, technologue en radiologie, en sont les auteurs. Ce dernier manuel a été approuvé par les associations professionnelles concernées. Sa version française est diffusée par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Santé Canada, par l'entremise du Bureau de la radioprotection et des instruments médicaux, a procédé à la traduction de ce manuel et distribue la version anglaise à ceux qui en font la demande. Ce manuel, abondamment illustré, explique toutes les activités de contrôle de la qualité à réaliser par le technologue dans un centre certifié.

Le Manuel de contrôle de la qualité en mammographie – Volume 2 : Physicien biomédical
Le *Manuel de contrôle de la qualité en mammographie - Volume 2 : Physicien biomédical* a été publié en 1998[6]. Il est présentement en voie de révision. Son nouveau contenu, en plus de s'harmoniser aux normes de contrôle de la qualité des appareils de mammographie conventionnels (film-écran), introduira les volets numériques *Digital radiology* (DR-M), plus communément abrégés (DR), et *Computed radiography* (CR-M) ou (CR), ainsi que des données sur la stéréotaxie, le faxitron et les appareils utilisés pour la radiographie de pièces biopsiques, les moniteurs de visualisation, les imprimantes, la digitalisation, les unités itinérantes, le développement différé, la détection assistée par ordinateur (DAO), plus connue sous le nom anglais *computer-aided detection* (CAD) et les accessoires. La publication de ce manuel est prévue pour l'année 2005.

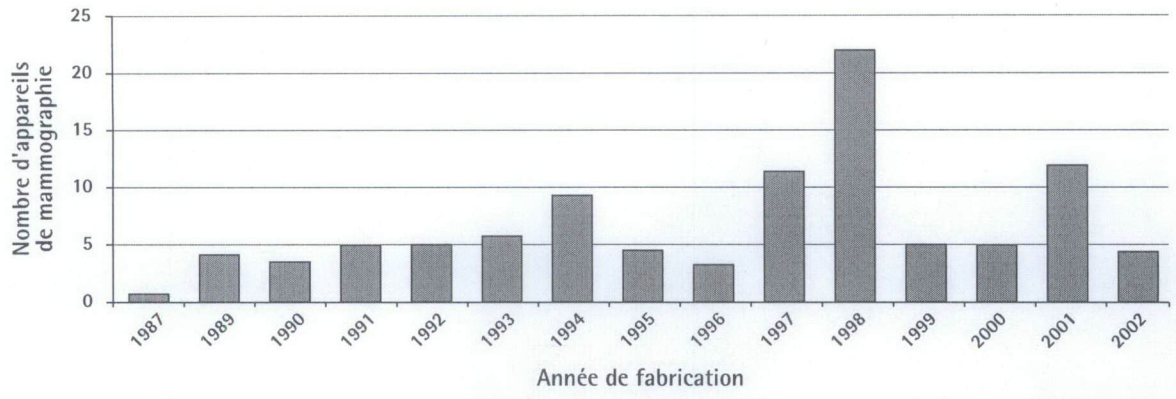
4. Louise ALLEN et Richard TREMBLAY, *Manuel de contrôle de la qualité en mammographie – Volume 1 : Technologue en radiologie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 64 p.
5. Francine NOËL et Richard TREMBLAY, *Manuel de contrôle de la qualité en mammographie – Volume 1 : Technologue en radiologie*, édition augmentée, remaniée, mise à jour, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 231 p.
6. Roger DARIS et Richard TREMBLAY, *Manuel de contrôle de la qualité – Volume 2 : Physicien biomédical*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 159 p.

Parc d'équipement en mammographie

Plusieurs variables peuvent influencer l'obtention d'une certification pour les appareils de mammographie. Le tableau suivant présente la distribution des mammographes certifiés en fonction de l'année de fabrication. Il est à noter que 60 % des appareils certifiés ont été fabriqués après 1996. Le plus ancien mammographe certifié a été fabriqué en 1987. Outre l'âge de l'appareil, différents facteurs doivent être pris en compte, par exemple : le nombre de mammographies réalisées sur un même appareil, l'entretien qui en est fait régulièrement ainsi que le type de film et le développement.

Tableau 3

Année de fabrication des appareils de mammographie utilisés dans le cadre du PQDCS



Densité optique

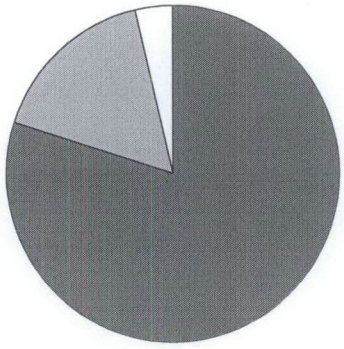
Au moment de la vérification des installations, le physicien évalue, entre autres, la densité optique (DO) servant à estimer le contraste radiologique du système d'imagerie. La densité optique est estimée à l'aide d'un disque d'acrylique, au centre du fantôme, de type RM1-156.

Depuis quelques années, une augmentation de la densité optique moyenne est observée. De plus, une variation importante entre les valeurs minimales et maximales de la densité optique estimée des divers centres est aussi observée, ce qui va dans le sens souhaité et qui rejoint les tendances ailleurs dans le monde. Il est à noter que la densité optique la plus faible ne correspond pas nécessairement à la dose glandulaire la plus faible et vice-versa.

Nous retrouvons, au tableau 4, le nombre de mammographes par centre : CDD ou CRID et CRID-CDD.

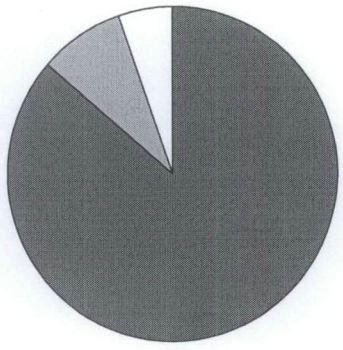
Tableau 4

Nombre de mammographes par centre : CDD ou CRID et CRID-CDD



Graphique des centres CDD
en fonction de leur nombre d'appareils

■ 1 appareil ■ 2 appareils □ 4 appareils

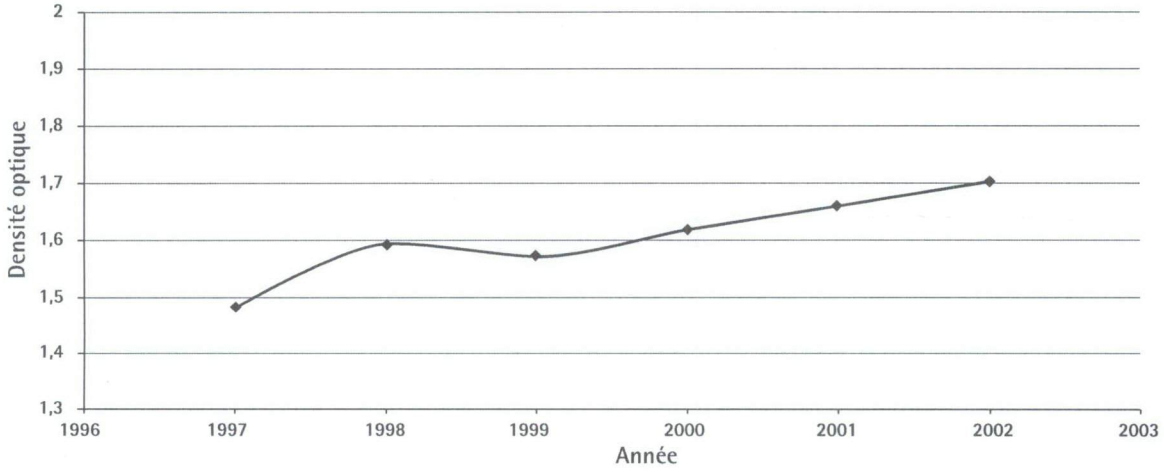


Graphique des centres CRID et CRID-CDD
en fonction de leur nombre d'appareils

■ 1 appareil ■ 2 appareils □ 4 appareils

Tableau 5

Variation de la densité optique moyenne estimée de 1997 à 2002



Source :
LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Rapport d'activité 2002-2003. Certification des installations de mammographie dans le cadre du PQDCS*, Québec, Programme de la radioprotection, 2003, p. 6.

Selon les rapports des physiciens ayant évalué les installations de mammographie, le contrôle de la qualité par les utilisateurs semble maintenant bien implanté. Toutefois, les problèmes associés au développement des films et à la poussière demeurent courants. Dans toutes les installations, le visionnement et le contrôle des images sont garantis, grâce à des négatoscopes de haute intensité, tant au technologue qu'au radiologiste.

Formation en mammographie

Une formation spéciale d'une durée de quinze heures a été conçue par le ministère de la Santé et des Services sociaux, afin de répondre aux exigences de formation des technologues en radiologie dans leurs activités de contrôle de la qualité. Cette formation s'adresse aussi aux radiologistes, aux physiciens et aux coordonnateurs administratifs. Maintenant organisée par l'OTRQ, elle est offerte gratuitement aux participants grâce à des subventions du ministère de la Santé et des Services sociaux. Au cours des trois dernières années plus de 450 personnes en ont bénéficié. Parmi les sujets traités, notons :

- les exigences de l'accréditation du programme d'agrément en mammographie de l'Association canadienne des radiologistes ;
- les outils de contrôle de la qualité d'une installation ;
- le test de contrôle de la qualité du travail de la technologue en radiologie : importance et description des tests et artefacts ;
- l'évaluation du fantôme ;
- la mise à jour et le positionnement en mammographie : positions de base et positions complémentaires ;
- la responsabilité du physicien ;
- les unités mobiles de mammographie ;
- l'imagerie mammaire par échographie ;
- la manipulation de l'image radiologique et la responsabilité du radiologiste dans le cadre du PQDCS ;
- l'utilisation appropriée de la résonance magnétique dans l'évaluation du cancer du sein ;
- la technique de traitement du cancer du sein en radio-oncologie ;
- le rôle de la tomographie d'émission par positrons dans l'évaluation du cancer du sein ;
- l'évolution de la mammographie numérique plein champ ;
- la scintimammographie.

Les sujets traités au cours de la formation et qui sont énumérés ci-dessus ont fait l'objet de plusieurs évaluations qui se sont toujours révélées hautement positives. Cette formation sera de nouveau offerte en 2004 dans deux régions du Québec. À partir de l'année 2005, il est prévu de revoir le programme de formation et de le faire évoluer, afin qu'il tienne compte des technologies émergentes tout en conservant la partie du programme actuel associée au contrôle de la qualité et au positionnement.

Logiciel de contrôle de la qualité

Les activités de contrôle de la qualité en mammographie sont décrites en détail dans les manuels de contrôle de la qualité conçus dans le cadre du PQDCS. Dans un contexte de pénurie d'effectifs, il est apparu nécessaire d'apporter un soutien additionnel aux technologues dans la réalisation de ces activités. À cet effet, un projet visant la mise en place d'un logiciel de contrôle de la qualité a été démarré. Le but de ce logiciel sera de simplifier et, par conséquent, de faciliter la tâche des technologues relativement à la réalisation des tests et à la production des différents rapports requis par les processus d'agrément et de certification. Un comité d'orientation, auquel siègent des représentants de l'OTRQ, de l'ARQ et de l'APIBQ, travaille à déterminer les besoins auxquels ce logiciel doit répondre. Il ressort des travaux de ce comité qu'en plus de servir aux fonctions déjà mentionnées (la réalisation des tests, la production de rapports), le logiciel devra servir d'outil de formation et fournir une assistance pour la résolution de problèmes, en cas d'écart par rapport aux normes de qualité.

ANALYSE PARTIELLE DES COÛTS DU PROGRAMME

Le cadre de référence du PQDCS établit les coûts du programme selon deux paramètres, soit le coût par participante au programme et le coût par cancer détecté. Depuis le début du programme et jusqu'au 31 mars 2003, le Ministère a injecté 8 835 107 $ au profit des régions. Chacune des régions a aussi investi de l'argent dans le PQDCS. L'Institut national de santé publique du Québec a reçu le mandat de faire le point sur l'ensemble des sommes investies dans le PQDCS, afin de connaître le coût d'un tel programme et de calculer les deux indicateurs relatifs de même qu'éventuellement les rapports coût/efficacité et coût/année potentielle de vie sauvée. Comme le PQDCS est le premier programme de dépistage implanté, il permet d'estimer les coûts d'implantation d'autres programmes de dépistage.

CHAPITRE 2

PLACE AUX RÉGIONS

Place aux régions

L'implantation d'un programme populationnel de l'envergure du Programme québécois de dépistage du cancer du sein repose sur le travail, l'initiative, la persévérance et la conviction de plusieurs centaines de personnes dans tout le Québec. Des difficultés nombreuses et variées ont obligé les responsables du programme dans chacune des régions à recourir à des moyens originaux pour atteindre les objectifs déterminés par le cadre de référence. Ces femmes et ces hommes qui, quotidiennement aident les Québécoises à s'occuper de la santé de leurs seins en utilisant un service de dépistage conçu pour elles, méritent toute notre reconnaissance et nous voulons leur rendre hommage en leur cédant la place dans le présent chapitre.

C'est la raison pour laquelle nous avons demandé aux responsables des centres de coordination des services régionaux de décrire, dans de courts textes, les différentes facettes de l'organisation des services dans leur région. Nous voulions aussi que ces textes reflètent leur autonomie et leurs responsabilités, au-delà de celles assumés par le Ministère.

BAS-SAINT-LAURENT (RÉGION 01)

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) a débuté en novembre 2001 dans le Bas-Saint-Laurent, avec la participation du Centre hospitalier régional de Rimouski et du Centre hospitalier régional du Grand-Portage, qui font tous deux office de centres de dépistage désignés et de centres de référence pour investigation désignés. Quant au Centre hospitalier de Matane et au Centre hospitalier d'Amqui, ces derniers se sont joints au PQDCS en février 2003, ayant tous été désignés centres de dépistage. Malgré sa récente implantation dans le Bas-Saint-Laurent, le PQDCS aura permis jusqu'à maintenant plusieurs réalisations qui constituent un avantage pour la région.

Dans un premier temps, afin de répondre aux hauts critères de qualité du programme, les centres hospitaliers de Matane et d'Amqui ont respectivement reçu un nouvel équipement pour mammographie.

Dans un deuxième temps, parmi les activités de promotion du programme, la pièce de théâtre *La mammo... quel scénario !* présentée dans les villes de Matane, d'Amqui, de Rimouski et de Rivière-du-Loup en octobre 2002, a permis de joindre près de 1 500 personnes de la région. Étant donné le succès remporté par cet événement, plusieurs souhaiteraient que cette activité soit répétée.

Troisièmement, des infirmières ont été identifiées dans chacun des réseaux locaux pour collaborer au PQDCS. Leur expertise sera mise à contribution, particulièrement au cours des prochains mois, afin de collaborer à la mise en œuvre des stratégies visant à joindre la clientèle cible du programme.

Par ailleurs, en février 2003 et janvier 2004, deux cliniques des maladies du sein ont été mises en place, respectivement au Centre hospitalier régional de Rimouski et au Centre hospitalier régional du Grand-Portage. En plus des services d'examens approfondis, de traitement, de suivi et de soutien aux femmes atteintes de maladies du sein par les deux centres hospitaliers, l'ouverture de ces cliniques a permis de consolider ces deux établissements dans leur rôle de centre de référence pour investigation désigné. Plusieurs objectifs étaient visés par l'ouverture de ces cliniques, notamment accélérer l'accès au centre de référence afin de respecter les normes prévues par le cadre de référence du programme de dépistage, améliorer le soutien aux femmes pendant la période d'examens approfondis et à l'annonce d'un diagnostic de cancer et faciliter la circulation d'information entre les médecins du Bas-Saint-Laurent et les équipes de chirurgiens. Même si ces cliniques sont en place depuis peu, une amélioration sensible du temps d'attente pour l'obtention de résultats a été notée par plusieurs médecins de la région.

Enfin, bien que la région enregistre déjà un haut taux de fréquentation des services de mammographie, l'implantation du PQDCS laisse entrevoir une hausse du nombre de femmes qui accepteront de passer cet examen. La bonne collaboration des responsables dans les établissements et des médecins de famille y contribue en grande partie. On peut donc pressentir des résultats encourageants au cours des prochaines années pour le PQDCS dans le Bas-Saint-Laurent.

Édith Lamontagne
Coordonnatrice administrative pour le PQDCS

SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN (RÉGION 02)

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) n'a débuté qu'à la fin 2001. Nous comptons cinq centres désignés à la fois pour le dépistage et la référence pour investigation et un centre privé de dépistage désigné. Les centres de référence pour investigation désigné (CRID) fonctionnent en réseau, et ce réseau est chapeauté par le Complexe hospitalier de la Sagamie. Ce modèle organisationnel, incluant l'accès au système d'information du PQDCS (SI-PQDCS) pour l'ensemble des bases de données, a favorisé la mobilisation des divers acteurs concernés et a permis d'offrir des services pour des examens plus approfondis le plus près possible de la population visée, tout en tenant compte des services offerts par les établissements membres du réseau CRID.

Bien que l'implantation du programme en soit encore à sa phase initiale, c'est encourageant. En effet, de nombreux efforts ont été fournis par les acteurs concernés pour améliorer l'accessibilité aux services. Leur motivation est tangible. Le Centre de coordination des services de la région (CCSR) ne ménage pas non plus ses énergies pour soutenir les centres de dépistage et de référence. L'équipe du CCSR a effectué une tournée régionale pour évaluer la mobilisation des équipes locales. Cette tournée a permis d'élaborer un plan d'action relativement à l'application du programme. De même, la Direction de santé publique a appuyé cette démarche, en consultant les responsables du programme dans chacun des établissements ainsi que le CCSR pour l'élaboration de son plan d'action régional dans le cadre du Programme national de santé publique. Les difficultés éprouvées dans l'application du programme sont vues, par le CCSR et les équipes locales, comme des opportunités d'améliorer les services.

Malgré les pénuries d'effectifs médicaux dans la région, l'implication de nos médecins est remarquable. On en retrouve 26 % inscrits sur la liste des médecins volontaires pour recevoir le résultat de la mammographie de dépistage des femmes qui n'ont pas de médecin traitant.

D'autres réalisations sont particulières à notre région comme l'élaboration du *Guide des usagers du SI-PQDCS*, produit par l'équipe de la Direction de santé publique, ainsi que la mise sur pied du forum régional qui sert de centrale de transmission et de partage d'information entre les centres de dépistage désignés et les centres de référence pour investigation désignés et le CCSR, qui en assure la gestion. Aussi, le CCSR a créé un formulaire d'investigation spécifique au programme, à l'usage des médecins. Ce formulaire permet en plus de bien identifier les participantes au programme lorsqu'elles se présentent dans un centre de référence pour investigation désigné.

Au regard des données disponibles, nous estimons à 56,8 % le taux ajusté de participation pour les deux premières années d'implantation du PQDCS dans la région[7]. Et, selon la RAMQ, on constate que pour l'ensemble des mammographies réalisées en 2002 chez les femmes visées, 77,6 % sont des mammographies de dépistage[8]. Ces données sont nettement supérieures aux moyennes provinciales pour les périodes indiquées.

La motivation, la persévérance et l'action concertée des équipes permettent à la Direction de santé publique d'être confiante dans la bonne marche du programme et dans l'atteinte de bons résultats.

Céline Nepton, M. Sc., inf.
Agente de planification et de programmation sociosanitaire

7. Régis COUTURE (2004), *Analyse préliminaire du taux de participation au PQDCS, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2001-2002*, Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 2004 (non publié).
8. Chantal BEAUDET, *Traitements spéciaux*, RAMQ, février 2004 (non publié).

QUÉBEC (RÉGION 03)

Le dépistage du cancer du sein, une affaire d'équipe !

Le 13 mai 2003, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) fêtait ses 5 ans d'existence dans la région de Québec, première région où il a été implanté. Cet anniversaire fut l'occasion de dresser un bilan qui s'est avéré fort positif. Près d'un an plus tard, le bilan reste toujours positif bien que les défis à relever soient encore nombreux.

En effet, depuis le début du programme, plus de 100 000 mammographies de dépistage ont été effectuées dans les six centres de dépistage désignés (CDD) de la région (données en date du 31 décembre 2002). Le taux de participation des femmes augmente graduellement et se situe à 55,6 %, soit un des plus élevés de la province (données en date du 30 juin 2003).

Un des éléments clés du succès de l'implantation du programme dans notre région est la concertation des actions de l'équipe régionale responsable de la coordination du programme, où se retrouvent le Centre de coordination des services régionaux (CCSR), la Direction régionale de santé publique ainsi que l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Un autre élément de succès est l'importante mobilisation de tous les acteurs concernés par le programme : les CDD, le Centre de référence pour investigation désigné (CRID), les centres locaux de services communautaires (CLSC), les organismes communautaires, ainsi que tous les médecins du territoire qui travaillent auprès des femmes visées par le programme de dépistage du cancer du sein.

Soutenue par tous ces partenaires, l'équipe régionale a misé sur une combinaison de stratégies pour atteindre son principal objectif, qui est de maximiser la participation des femmes au programme. Une campagne d'information médiatique, la création de différents outils destinés aux femmes (affiches, feuillets, napperons, cahiers d'information, messages radiophoniques), la diffusion du slogan régional « La santé de mes seins, j'y vois ! », les projets locaux de mobilisation communautaire avec des actions particulières pour les femmes de milieux défavorisés, la sensibilisation des femmes en milieu de travail et la mobilisation des médecins du territoire, voici quelques exemples des actions qui ont été entreprises et qui ont contribué au succès du programme.

Un autre objectif important pour l'équipe régionale est d'offrir des services de qualité. Pour atteindre cet objectif, l'équipe compte sur l'évaluation des données et la recherche. Ainsi, l'évaluation des données régionales sur l'utilisation des services et les différents résultats qui s'y rattachent se fait de façon continue. Du côté de la recherche, deux études sur la perception des femmes ayant passé une mammographie de dépistage et une étude sur la perception des médecins de la région ont démontré que ces deux groupes partageaient, de façon générale, une perception très positive du programme. D'autres études sont en cours ou projetées, entre autres une étude de satisfaction des participantes pour les services reçus et une étude des caractéristiques des femmes non participantes.

En conclusion, le bilan pour les six premières années d'existence du programme dans la région de Québec est positif. Les résultats encourageants sont dus à la volonté partagée et aux efforts concertés de l'équipe régionale et de tous les acteurs concernés. Le défi pour les prochaines années sera d'accroître la participation des femmes de la région au programme et de maintenir la participation de celles qui s'y sont engagées, tout en offrant des services de qualité.

L'équipe régionale PQDCS - région 03

MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC (RÉGION 04)

Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, le « bébé », nommé Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), faisait ses premiers pas dans les différents centres de dépistage désignés (CDD) et centres de référence pour investigation désignés (CRID) dès octobre 1998. Bien entouré au Centre de coordination des services régionaux (CCSR) d'une équipe de femmes en or, maternelles à souhait, il a appris rapidement à jouer son rôle auprès des femmes pour lesquelles il était né et il est devenu vite très populaire ! Il a aussi appris à parler au téléphone pour joindre les femmes qui ont un examen anormal et qui n'ont pas encore pris rendez-vous dans un CRID. Les femmes apprécient ce service personnalisé de notre petit chéri et sont ainsi moins anxieuses.

Puis, il a appris à communiquer avec tous ses amis acteurs concernés au moyen d'un bulletin dont il est bien fier et qui a pour nom *Prendre le temps*. Déjà dix numéros à son actif ! Enfin, il a appris à conduire et a pris la route à deux reprises pour faire le tour de la région avec son équipe du CCSR et rencontrer le personnel des cinq centres de dépistage. Ces visites ont permis de maintenir un lien étroit avec les centres et de leur livrer des statistiques intéressantes. Il a été d'ailleurs bien accueilli partout !

Un jour, il est tombé amoureux d'une certaine CLARA. Il l'invita, et comme elle aussi était bien jeune, elle fit sa première sortie au Québec chez nous à La Tuque. Notre jeune couple (PQDCS et CLARA) permit à plus de 200 femmes de ce territoire éloigné d'avoir accès à une mammographie de dépistage du cancer du sein.

Une dernière chose : Saviez-vous qu'il était précoce ? Eh oui ! il savait déjà naviguer sur son propre site Internet... le premier au Québec ! Maintenant âgé de 5 ans, il a refait tout le contenu et le graphisme de son site à l'adresse suivante : www.pqdcs.qc.ca. Il vous invite à venir le visiter. Notre bébé a bien grandi et est en bonne santé. Nous lui souhaitons longue vie !

Lise, Ghislaine, Lucie, Andrée, Johanne, Christiane, Christine et Alain (notre homme !)

ESTRIE (RÉGION 05)

« Je suis fidèle au rendez-vous. Je dis oui à la mammographie de dépistage aux deux ans ». Notre campagne publicitaire de 2001-2002, axée sur la fidélisation de la clientèle à la mammographie de dépistage, est un point marquant dans l'histoire du Programme québécois de dépistage du cancer du sein en Estrie. Nous en sommes fiers ! L'Estrie s'est prise en main en matière de communication avec la production d'un poster et d'une publicité télévisée régionale de grande qualité, contribuant sans doute au taux de participation de près de 60 % observé actuellement.

Dès l'implantation du PQDCS en mai 1998, notre région a accordé la priorité à la communication auprès des femmes de la population visée et des professionnels concernés et elle a fait des efforts soutenus dans ce sens. L'accent fut d'abord mis sur l'organisation d'ateliers à l'intention des médecins et des groupes communautaires de l'Estrie. Par la suite, l'attention a porté sur la démonstration de l'efficacité de la mammographie ; nous avons produit un poster montrant en son centre un point noir d'une taille de 3 mm (équivalant à la grosseur d'une tumeur pouvant être détectée à la mammographie). Le poster a été distribué dans les cliniques, les pharmacies et les salons de coiffure de la région. Enfin, inspirés par le thème de la fidélité à la mammographie de dépistage, nous avons produit un nouveau poster ainsi qu'un message télévisé diffusé aux heures de grande écoute sur une période de deux (2) ans. Trois Estriennes, dont l'âge se situe entre 50 et 69 ans, et le médecin responsable du programme en Estrie ont participé à cette campagne publicitaire. En 2004, le poster est encore affiché dans les cliniques, les pharmacies et les salons de coiffure et continue à sensibiliser les Estriennes de 50 à 69 ans à l'importance de passer régulièrement une mammographie de dépistage.

Outre la communication, l'assurance de la qualité à l'intérieur du programme demeure au cœur de nos préoccupations. L'Estrie est la première région à avoir mis sur pied un comité régional d'assurance de la qualité, en fonction depuis novembre 2000.

Le PQDCS a une notoriété en Estrie, grâce au travail d'équipe et au plaisir de travailler ensemble !

L'équipe de l'Estrie
Ginette Varin, Robert Pronovost et Nicole Desrosiers

MONTRÉAL-CENTRE (RÉGION 06)

Depuis 1998, diverses activités liées à l'implantation et à la diffusion du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) sur le territoire de la région de Montréal-Centre ont été réalisées.

Depuis 2002, le Centre de coordination des services régionaux (CCSR) a entrepris une évaluation systématique des diverses composantes du programme, incluant les rôles et responsabilités des membres de notre équipe, le fonctionnement du secrétariat et le processus de prise en charge et de confirmation du diagnostic à la suite d'un examen de dépistage anormal.

Tous les centres de dépistage désignés (CDD) et les centres de référence pour investigation désignés (CRID) ont été visités afin de mieux comprendre leur fonctionnement ainsi que les liens entre les services et les professionnels qui y travaillent.

Grâce à la collaboration d'Action femmes handicapées Montréal et de Relais Femmes, des femmes ayant un handicap ont visité nos centres pour nous permettre d'évaluer dans quelle mesure ils étaient accessibles. Nous avons aussi conduit une série d'études sur l'accueil par le personnel lors de la prise de rendez-vous, sur la satisfaction des femmes, sur les raisons sous-jacentes au refus de participer au PQDCS et sur l'expérience des femmes en attente de diagnostic. Cette dernière étude a été menée en collaboration avec le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes. Les critères utilisés dans ces évaluations découlent des rôles et des responsabilités décrits dans le cadre de référence du PQDCS.

Enfin, en partenariat avec l'Université de Montréal, nous avons conçu un stage pour les étudiants en médecine, dont le but est de les sensibiliser au PQDCS.

L'équipe régionale du PQDCS de Montréal-Centre

OUTAOUAIS (RÉGION 07)

En Outaouais, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) a vu le jour en juin 1998 avec le lancement de ses deux premiers centres de dépistage désignés (CDD), les hôpitaux de Hull et de Gatineau, qui forment également le centre de référence pour investigation désigné (CRID) du Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais (CHVO). Ces deux centres offrent des services à environ deux tiers de la population admissible au programme. Entre 1998 et 2000, le taux de participation régional au PQDCS était de 36 % alors que le taux de participation dans les secteurs où le programme était implanté était de 48 %, avec un taux de détection de cancer de 5,7/1 000. En 2003, le taux de participation régional est passé à 44,4 %. En raison du manque d'effectifs médicaux, dans notre région et de la proximité de la province voisine, l'Ontario, encore beaucoup de femmes vont dans des centres de dépistage à Ottawa.

En novembre 2001, a eu lieu le lancement du CDD de Buckingham et, au 31 décembre 2003, le taux de participation au programme était de 58 %.

Le CRID du CHVO bénéficie, depuis avril 2000, des services d'une infirmière, qui fixe elle-même tous les rendez-vous pour examens complémentaires à la suite d'une mammographie de dépistage anormale. L'infirmière utilise une grille de rendez-vous exclusive au PQDCS, ce qui permet de minimiser les délais pour compléter l'investigation. Elle peut à cette occasion répondre aux questions des femmes et leur fournir un certain soutien psychologique. Ce service est particulièrement apprécié des femmes et des médecins de la région. Le CRID a également acquis, en 2003, un mammotome et une caméra numérique adaptée. Cette dernière permettra la visualisation de lames de pathologie au cours de réunions multidisciplinaires qui débuteront sous peu dans le cadre des activités d'assurance de la qualité.

Des limes à ongles et des aimants identifiés au centre de coordination des services de notre région et un cartable d'information élaboré pour Info-Santé ne sont que quelques-uns des outils de promotion uniques à l'Outaouais.

Notre prochain défi est d'obtenir l'accréditation de deux autres petits centres périphériques, à Shawville et à Maniwaki, qui offrent des services à environ 15 % de notre population admissible.

L'équipe du CCSR Outaouais

ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (RÉGION 08)

Le PQDCS en Abitibi-Témiscamingue de juin 1999 à 2004

Véritable tour de force, les cinq centres de dépistage désignés de l'Abitibi-Témiscamingue ont réalisé plus de 20 000 mammographies de dépistage depuis l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) dans la région, en 1999. Avec un taux de participation qui s'approche de 70 %, taux visé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, le programme est bien implanté. Dans une région où bon nombre de femmes n'ont pas de médecin traitant, le programme rend des services inestimables, comme en témoigne cette jeune femme de 51 ans :

> « J'avais reçu ma lettre d'invitation. Je savais, qu'à partir de 50 ans, on recommandait de passer une mammographie de dépistage. Je retardais la prise d'un rendez-vous. Je n'avais pas le goût d'aller me faire écraser les seins, je n'avais pas de bosse et il n'y avait pas de cancer du sein dans ma famille... J'ai fini par faire une femme de moi et j'ai pris un rendez-vous. La mammographie a montré qu'il y avait quelque chose d'anormal. On m'a fait d'autres examens qui m'ont conduite à la biopsie. Quelques jours plus tard, j'ai appris que j'avais un cancer. Débute alors un long voyage en enfer. Je vacille entre la panique et la raison, la peur et la confiance... Je suis parmi les chanceuses, j'ai été dépistée à temps. Je n'ai pas perdu mon sein et je suis sortie de cette aventure plus vivante que jamais. Si vous saviez comme la peur de la mort a réveillé ma vie ! »

En 2001, pour mieux faire connaître cet important programme de santé, le Centre de coordination des services régionaux (CCSR), en collaboration avec les centres de dépistage désignés (CDD), a décidé de présenter, à la grandeur du territoire, la pièce de théâtre *La mammo... quel scénario !* Cinq représentations ont permis de joindre plus de 1 500 personnes. À la lumière des nombreux commentaires reçus, nous pouvons dire que cette activité promotionnelle a été très appréciée. Voici deux exemples convaincants :

> « C'était drôle et j'ai appris plein de choses ! Je suis contente car j'ai des arguments pour convaincre ma belle-sœur qui hésite à aller passer sa mammographie de dépistage. »
> « J'ai passé une belle soirée et en plus je comprends mieux ce que ma femme vit lorsqu'elle va passer cet examen. La prochaine fois, je serai là pour l'encourager. »

Le CCSR est accessible par une ligne sans frais, que nous avons décidé de faire connaître par la réalisation d'un signet qui a été remis à tous les centres de dépistage ainsi qu'à tous les médecins de la région. Chaque jour, la coordonnatrice régionale reçoit des appels de tous les coins de cette grande région qu'est l'Abitibi-Témiscamingue. Tantôt il s'agit d'une femme qui désire obtenir de l'information sur cet important programme de santé publique, tantôt nous écoutons et soutenons une femme désireuse d'être rassurée parce qu'elle est en attente de ses résultats.

Des services de qualité accessibles, c'est important ! Un taux de rétention de 99,4 % en 2003 démontre à quel point ce programme répond à un besoin en région dite éloignée.

Angèle Rousseau
Coordonnatrice administrative du PQDCS

CÔTE-NORD (RÉGION 09)

Sur le territoire de la Côte-Nord, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) n'a pas encore deux ans mais fonctionne très bien !
En effet, l'ensemble de la Côte-Nord bénéficie du PQDCS depuis le 9 septembre 2002. De Tadoussac à Blanc-Sablon, de Kawawachikamach à l'Île d'Anticosti, ce sont plus de 10 500 Nord-Côtières âgées de 50 à 69 ans qui seront invitées à passer une mammographie de dépistage tous les deux ans dans le cadre de ce programme.

Le cancer du sein, un problème de santé important
Sur le territoire de la Côte-Nord, de 1994 à 1998, le cancer du sein était au second rang, ayant le plus de nouveaux cas de tumeurs malignes enregistrés, avec une moyenne annuelle de 50 cas. Cette maladie entraîne également 13 décès chaque année chez les Nord-Côtières. Les statistiques pour notre région sont comparables à celles enregistrées ailleurs au Québec.

Une organisation de services à l'image du territoire nord-côtier
Le Centre de coordination des services régionaux est logé dans les locaux de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Côte-Nord. Pour réussir à offrir aux femmes l'ensemble des services liés au programme de dépistage, le Centre de coordination fait appel à différents types de services. La région compte trois centres de dépistage désignés fixes qui se trouvent au Centre hospitalier régional de Baie-Comeau (CHRBC), au Centre hospitalier régional de Sept-Îles (CHRSI) et au Centre de santé de la Minganie. De plus, le service itinérant de mammographie, géré par le Centre d'expertise en dépistage de l'Institut national de santé publique du Québec, est mis à contribution pour joindre la population isolée et éloignée des CDD. Ainsi, l'unité mammographique portative nommée SOPHIE en est à sa troisième tournée sur la Basse-Côte-Nord : SOPHIE s'installe à Blanc-Sablon chaque année et visite tous les deux ans les villages de La Romaine, de Chevery et de Saint-Augustin. La visite des quatre sites où se tiennent les cliniques dure environ six semaines. La planification d'une telle tournée nécessite une participation fort importante du Centre de santé de la Basse-Côte-Nord, car les femmes doivent être amenées au site de la clinique, la présence d'un interprète est souvent requise, le déplacement de l'unité doit respecter l'horaire du bateau Nordik Express et nécessite, à deux endroits, l'utilisation d'une barge, le transport des films doit se conjuguer avec l'horaire des vols commerciaux de deux compagnies aériennes, etc. De plus, cette unité portative visite le secteur de Schefferville tous les deux ans. Finalement, l'unité mammographique mobile nommée CLARA est allée deux fois dans le secteur de Fermont : cette municipalité, située à quelque 565 kilomètres au nord de Baie-Comeau, est reliée à cette dernière par la route 389. Les activités liées à l'investigation se font dans les trois CDD. Les centres hospitaliers régionaux de Sept-Îles et de Baie-Comeau (CHRBC et CHRSI) seront bientôt reconnus comme des centres de référence pour investigation désignés (CRID).

Un objectif avoué : 70 %
Le dépistage du cancer du sein, c'est l'affaire des femmes et de toute une équipe composée de médecins de famille, de radiologistes, de technologues en radiologie, de chirurgiens, de pathologistes, de professionnels en intervention psychosociale et, bien entendu, du personnel à l'accueil.

Avec l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, la Direction régionale de la santé publique souhaite que plus de 70 % des Nord-Côtières âgées de 50 à 69 ans se prévalent de ce service. Mentionnons qu'en 1999 et 2000, le taux de couverture de la mammographie (diagnostique ou de dépistage) était de 55,4 % chez les Nord-Côtières du groupe d'âge ciblé par le programme. Il variait passablement d'une municipalité régionale de comté (MRC) à l'autre : il était de 64,6 % pour la MRC de Manicouagan alors que cette proportion était de 37,0 % pour la MRC de la Basse-Côte-Nord. Ce faible taux de participation à cet examen de dépistage s'explique par le fait que la population de la Basse-Côte-Nord se niche dans des villages isolés les uns des autres, sans lien routier avec le reste de la Côte-Nord, et par le fait même, sans réel accès à ce service.

Marielle Richard
Coordonnatrice, Programme québécois de dépistage du cancer du sein

NORD-DU-QUÉBEC (RÉGION 10)

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein dans la région du Nord-du-Québec : un travail d'équipe

La région du Nord-du-Québec se caractérise par un immense territoire (350 000 km^2) peu densément peuplé : environ 1 400 femmes y sont admissibles au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Pour offrir les services du programme aux Nord-Québécoises, nous retrouvons un seul centre de dépistage désigné, situé à Chibougamau ; l'unité mobile est utilisée pour les autres secteurs de notre région.

La femme est au cœur de nos préoccupations. Depuis l'implantation du programme, en novembre 1999, plusieurs activités proposées par le ministère de la Santé et des Services sociaux ont été organisées, notamment des dîners-conférences avec Mme Suzanne Lapointe, porte-parole du programme, la diffusion de messages à la radio par cette dernière, des représentations de la pièce de théâtre *La mammo... quel scénario !* l'organisation d'une activité de lancement de l'unité mobile, etc. Pour publiciser les activités, en plus de faire des annonces dans les différents médias, nous avons utilisé des réseaux informels tels que les bénévoles de différentes associations, les salons de coiffure, les organismes communautaires et le bouche-à-oreille. Ces réseaux informels s'avèrent très efficaces pour joindre la population cible de notre région. Également, nous avons misé sur la gratuité des activités ; aucune contribution n'était demandée aux participants même pour les dîners-conférences ou les représentations de la pièce de théâtre.

Par ailleurs, une attention particulière a été portée à la formation des médecins. Ainsi, 80 % ont reçu une formation propre au programme à l'occasion de journées médicales. Les médecins ont contribué activement à faire connaître le programme et leur ouverture a grandement influencé la réponse des femmes à passer leur mammographie de dépistage.

Le taux de participation au programme de dépistage pour la région du Nord-du-Québec est de 66,3 % et le taux de couverture est de 77,5 %, ce qui témoigne du travail réalisé par le Centre de coordination des services régionaux, le Centre de dépistage désigné de Chibougamau, les médecins, les centres de santé et les organismes communautaires de la région.

Manon Laporte
Coordonnatrice administrative

GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE (RÉGION 11)

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), implanté depuis presque cinq ans dans la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, est apprécié par les femmes qui ont reçu ses services. Toutefois, on éprouve des difficultés à la fois à maintenir des centres désignés et à offrir des services accessibles, les deux difficultés étant étroitement reliées.

En ce qui a trait à la qualité, la faible densité de la population constitue peut-être la difficulté principale, les cinq centres n'ayant fait passer que 2 300 examens l'an dernier. La perte de l'agrément par deux centres souligne la difficulté de répondre aux critères de qualité avec des ressources limitées. L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux a multiplié les efforts, en organisant des activités de formation pour les technologues en radiologie, et en prévoyant des subventions pour la saisie des données, les activités d'assurance qualité et les initiatives en vue d'accroître l'accessibilité aux services. Ces efforts sont secondés par les hôpitaux, qui classent la mammographie parmi leurs priorités.

Si l'on a augmenté la qualité des tests de dépistage, c'est au prix d'une baisse dans l'accessibilité aux services. Les pertes d'agrément, ainsi que des difficultés reliées à la situation financière des établissements et à la disponibilité des technologues, ont régulièrement produit des retards dépassant de plusieurs mois les normes prévues par le programme. La venue de l'unité mobile CLARA a permis de rattraper le retard à deux reprises, mais les retards recommencent à augmenter dès son départ. Si ce goulot d'étranglement nous a empêchés de dépasser un taux de participation de 40 % jusque-là, l'accueil enthousiaste manifesté par les femmes nous indique que notre objectif de participation de 70 % est réalisable si nous pouvons réussir à accroître l'accès aux services.

Inspirés par les succès de l'unité mobile CLARA, nous nous demandons si l'organisation des services dans les cinq centres hospitaliers du territoire ne serait pas avantageusement soutenue ou remplacée par un usage accru d'une unité mobile. Même si le cadre de référence du PQDCS n'a pas prévu explicitement d'accroître le recours à une unité mobile, cette façon de faire dans des régions similaires à la nôtre sous d'autres juridictions (provinces canadiennes, Australie, Scandinavie) nous encourage à examiner cette option dans les prochaines années.

Wilber Deck
Médecin responsable
Programme québécois de dépistage du cancer du sein
Région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

CHAUDIÈRES-APPALACHES (RÉGION 12)

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) dans la région de la Chaudière-Appalaches, une affaire de partenariat dans un réseau de services intégrés

Quelques mois avant la mise en œuvre du PQDCS, des réunions d'information et d'identification des besoins ont été organisées par la Régie régionale et tenues dans chacun des territoires de centres locaux de services communautaires (CLSC). Ainsi, en mai 1998, c'est un réseau mobilisé qui, sous la responsabilité du Centre de coordination des services de la région (CCSR) à l'Hôtel-Dieu de Lévis, s'est engagé à répondre le plus adéquatement possible aux besoins recensés.

Dès l'année d'implantation du PQDCS, la région de la Chaudière-Appalaches a obtenu, au niveau provincial, l'un des meilleurs taux de participation, qui est actuellement de 58,8 %. Ce succès est attribuable en grande partie au fait que les femmes sont jointes dans leur milieu de vie par des personnes qui connaissent leur réalité. En effet, précédant l'invitation faite par le CCSR, les professionnelles concernées de tous les CLSC sensibilisent les femmes à la problématique du cancer du sein et font la promotion du programme sur leur territoire respectif. De plus, elles sont en mesure de soutenir les femmes qui, souvent, sont anxieuses à l'idée de participer au dépistage. Enfin, les quatre centres de dépistage désignés (CDD) remettent aux femmes un dépliant qui leur explique divers aspects du programme, dont le suivi postmammographie, et dans lequel le nom de l'infirmière pivot du centre de référence pour investigation désigné (CRID) est mentionné.

L'ouverture de ces postes d'infirmières pivots dans chacun des CRID est un des éléments majeurs qui a favorisé la qualité du suivi des femmes. Ainsi, celles qui doivent poursuivre leur investigation rencontrent systématiquement l'infirmière pivot qui, en plus d'évaluer sommairement leur niveau d'anxiété, les informe sur les examens à passer et coordonne le suivi des services jusqu'à la fermeture du dossier. Par ailleurs, si la poursuite des examens nécessite une intervention plus invasive, les professionnelles concernées des CLSC sont à nouveau mises à contribution par une relance téléphonique qu'elles effectuent auprès des femmes trois semaines après l'intervention. Finalement, mentionnons que dans chaque CRID, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des services, une équipe interdisciplinaire a été créée pour assurer une démarche de soins optimale et pour en évaluer les résultats.

À l'extrémité de ce continuum de services, on trouve sept groupes d'entraide dûment formés pour accompagner les femmes en cours d'investigation ou à leur retour à la maison en leur offrant du « marrainage » ou la possibilité de participer à des ateliers de groupe de soutien. Cette contribution des groupes d'entraide permet à ces femmes de parler de leur vécu, sans être jugées, avec une personne qui a connu une expérience similaire.

Enfin, pour encourager les femmes à passer des examens tous les deux ans, conformément aux recommandations du PQDCS, des activités telles la pièce de théâtre *La mammo... quel scénario !* et les conférences de madame Suzanne Lapointe ont été présentées dans toute la région. Ainsi, cette intégration des divers volets du programme permet d'offrir aux femmes de la région de la Chaudière-Appalaches des services de qualité.

Thérèse Pelletier, René Veillette
PQDCS, région 12

LAVAL (RÉGION 13)

Le succès de l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) passe par des équipes dynamiques, tant au Centre de coordination des services régionaux (CCSR) que dans les centres de dépistage désignés (CDD) et le Centre de référence pour investigation désigné (CRID). Le succès de l'implantation du programme est aussi lié à une grande sensibilisation des femmes à la santé de leurs seins, à la pertinence de la mammographie et au programme.

De grands évènements de sensibilisation ont été tenus (exposition de peintures et de sculptures ayant pour thème « La réflexion *aux seins* de l'Art », pièce de théâtre « *La mammo... quel scénario !* », défilé de mode intitulé « Envolée de couleurs et de mouvements », marche « seinbolique »...) en partenariat avec la Société canadienne du cancer Laval/Lanaudière/Laurentides et avec l'aide des personnes concernées des centres de santé de la région et de plusieurs commanditaires. De nombreuses réunions d'information sur la santé du sein ont aussi été tenues depuis 1998. Ces diverses activités ont permis de joindre des milliers de femmes, de les sensibiliser à l'importance de la mammographie et d'un programme structuré de dépistage, ainsi que d'accroître le taux de participation au programme de façon constante.

Par ailleurs, qui dit dépistage dit parfois découverte d'un cancer du sein. Alors, stress et anxiété s'emparent des femmes chez qui le cancer du sein est diagnostiqué. Aussi, le Centre de coordination des services régionaux, en partenariat avec la Société canadienne du cancer du sein Laval/Lanaudière/Laurentides, a mis sur pied le premier groupe de soutien et d'entraide pour femmes atteintes du cancer du sein à Laval (SEFACS), en réponse aux innombrables besoins de ces femmes.

Ainsi, l'équipe du CCSR, soucieuse de promouvoir le PQDCS et d'assurer de meilleurs services aux femmes, se préoccupe aussi du suivi des femmes qui, malheureusement, auront un cancer du sein.

L'équipe du CCSR : Diane Larocque, Johanne Senneville, Thérèse Larivière, Ginette Carrière

LANAUDIÈRE (RÉGION 14)

Déjà l'heure d'un premier bilan ! Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) fut implanté dans la région de Lanaudière le 21 octobre 1998. S'ensuivit l'ouverture de trois centres de dépistage désignés (CDD), dont deux situés au sud et un, au nord de la région, ainsi que de deux centres de référence pour investigation désignés (CRID). Faut-il préciser que le territoire de Lanaudière est une vaste région qui fait partie des régions centrales du Québec ? Sise entre les Laurentides et la Mauricie, la région de Lanaudière côtoie celle de Laval et de Montréal au sud et comporte 13 521,81 km^2, dont plus de la moitié est un territoire non municipalisé. La population de Lanaudière est d'environ 400 000 habitants et la population féminine de 50 à 69 ans ciblée par le programme représente un peu plus de 10 % de cette population.

L'objectif ultime du PQDCS est de réduire la mortalité par cancer du sein d'au moins 25 % et ce, à la condition d'avoir un taux de participation de 70 % des femmes admissibles. Pour atteindre cet objectif, le PQDCS a établi une multitude de normes et d'exigences afin d'offrir un programme de qualité et nous pouvons affirmer que nos trois centres désignés et leurs responsables respectifs ont toujours vu à respecter ces normes et exigences.

Là où le bât blesse, dans une région périphérique des grands centres comme la nôtre, c'est en matière d'effectifs : nous manquons de médecins radiologistes et de technologues en radiologie dans Lanaudière et nous devons présentement limiter le nombre d'envoi de lettres d'invitation et de rappel pour un deuxième et un troisième examen de dépistage. Nos listes d'attente sont longues et les délais fort prolongés malgré les efforts fournis par les équipes en place. De plus, le nombre de femmes admissibles a augmenté considérablement depuis l'implantation du programme, passant d'environ 34 000 à un peu plus de 45 000 lors de la dernière mise à jour.

Pour faire la promotion du programme, nous avons présenté la pièce de théâtre *La mammo... quel scénario !* à cinq reprises en 2001 et 2002. Nous avons aussi rencontré des groupes de femmes à quelques reprises en 2002 et 2003 afin de leur expliquer le fonctionnement et la raison d'être du programme.

Le Centre de coordination des services régionaux (CCSR) de Lanaudière a retenu les services de CLARA (clinique radiologique accréditée) en 2003. Grâce à cette unité mobile, le CCSR a pu, d'une part, rendre la mammographie accessible à des femmes vivant loin de nos CDD, soit à plus de 100 km, et, d'autre part, réaliser en 20 jours pas moins de 520 mammographies de la même qualité que celle de nos centres fixes. Nos femmes participantes furent très satisfaites de l'expérience et nous comptons réinviter CLARA dans les mois à venir.

Des démarches ont également été entreprises avec les personnes concernées dans les deux CRID, afin de créer une équipe multidisciplinaire, et nous espérons que cette équipe verra le jour dans un avenir assez rapproché.

Nous tenons à préciser que, dans le contexte actuel, nos radiologistes et nos technologues ont vieilli de cinq ans depuis l'entrée en vigueur du programme, et que la relève n'est pas toujours là. Si nous voulons que le programme atteigne une vitesse de croisière, évolue et puisse avoir des taux de participation qui se rapprochent de 70 %, il faut maintenir et favoriser l'apport des unités mobiles, non seulement dans les régions éloignées, mais aussi dans les régions limitrophes des grands centres. Nous espérons que le budget de fonctionnement de ce centre mobile sera reconduit et augmenté afin de nous aider à poursuivre et à atteindre nos objectifs.

Ginette Hétu, médecin responsable
Marie Ménard, coordonnatrice administrative

LAURENTIDES (RÉGION 15)

La région des Laurentides s'étend sur un vaste territoire de 21 554 km^2 et est composée à la fois de zones urbaines, semi-urbaines et rurales. Le nombre de femmes admissibles au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) a augmenté de façon importante, passant de 44 300 au moment du démarrage en mai 1999 à plus de 54 000 cette année. Alors que les besoins augmentent, le recrutement et le maintien de l'effectif en mammographie sont toujours difficiles.

Trois des cinq centres de dépistage désignés (CDD) prévus sont en activité. Même s'ils ont été répartis pour assurer la meilleure accessibilité possible à la population, la distance à parcourir pour s'y rendre est assez longue dans bien des cas, ce qui peut limiter la participation des femmes. Malgré l'étendue du territoire, un seul centre hospitalier a été nommé centre de référence pour investigation désigné (CRID), afin de mieux répondre à l'objectif de concentrer l'expertise.

L'une des activités de promotion a été la création du Programme d'information et de sensibilisation sur le cancer du sein. Dans le cadre de ce programme, des infirmières de chacun des sept centres locaux de services communautaires (CLSC) participent à une table régionale et réalisent des activités auprès des femmes de leur territoire respectif (ce programme est inspiré de ceux de Montréal et de la Montérégie). L'un des fruits de cette collaboration est la présentation de la pièce de théâtre « *La mammo... quel scénario !* » qui a connu beaucoup de succès lors des différentes représentations, et qui est attendue pour quelques autres.

L'attente d'un diagnostic peut causer de l'anxiété chez certaines participantes. Afin de favoriser l'accès à des services de soutien psychosocial pour ces femmes, des bénévoles et des professionnelles des organismes communautaires ont été formées et un dépliant sur les ressources disponibles sera envoyé aux femmes qui ont un résultat anormal, en même temps que la lettre de résultat.

Dans le cadre des activités d'assurance de la qualité, un rapport d'activités a été remis aux CDD à deux reprises. En ce qui a trait au CRID, une présentation des résultats préliminaires a été faite lors d'une réunion de l'équipe interdisciplinaire. Ces rencontres ont permis de sensibiliser le personnel et les médecins à l'importance de bien inscrire toutes les données dans le système d'information du PQDCS. Un rapport complet qui analyse les résultats pour l'ensemble de la région de 1999 à 2002 sera déposé en avril 2004 ; il contribuera certainement à orienter les travaux du comité régional d'assurance de la qualité qui devrait être mis sur pied au cours de la prochaine année.

Malgré les effectifs réduits et les difficultés liées à l'accessibilité aux services, toutes les personnes concernées collaborent à améliorer le taux de participation, tout en continuant d'offrir des services de grande qualité.

L'équipe du CCSR de la région des Laurentides

MONTÉRÉGIE (RÉGION 16)

Nous savons que, pour atteindre notre objectif de réduction du taux de mortalité par cancer du sein de 25 %, deux conditions sont essentielles : un taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) de 70 % et des services de grande qualité. L'équipe du Centre de coordination des services régionaux (CCSR) de la Montérégie profite de ce bilan provincial pour présenter deux comités qui contribuent au respect de ces deux conditions : sa table régionale des agentes de promotion et sensibilisation du PQDCS et son comité régional d'assurance de la qualité.

La Table régionale des agentes de promotion et sensibilisation du PQDCS

Pour atteindre l'objectif de participation de 70 %, la mise en œuvre de stratégies promotionnelles représente une démarche essentielle et incontournable. Sur le territoire montérégien, le travail des agentes de promotion et sensibilisation constitue un levier important dans le cadre de cette démarche promotionnelle, puisqu'il sert de relais entre le CCSR et la population. Créée en novembre 1998, la Table régionale des agentes de promotion et sensibilisation du PQDCS regroupe plus d'une vingtaine d'infirmières issues en grande majorité des dix-neuf centres locaux de services communautaires (CLSC) de la Montérégie, ainsi que des membres du CCSR.

La Table régionale est un lieu d'échange et d'actualisation des connaissances, mais c'est aussi la source des idées et stratégies d'action pour le travail sur le terrain. Le respect de chacun permet des échanges d'idées fructueux et une réflexion approfondie sur les difficultés éprouvées. Depuis 1999, les membres de la table assistent de façon assidue aux quatre à cinq rencontres annuelles.

L'éducation sanitaire, visant à augmenter les connaissances des femmes à propos du dépistage tout en tentant de modifier les attitudes défavorables au dépistage, est la stratégie d'action la plus fréquemment utilisée. Les moyens employés sont principalement des conférences, des rencontres avec des regroupements sociaux (notamment le Cercle des fermières, les Filles d'Isabelle, le Club de l'âge d'or) et des kiosques d'information. En ce qui concerne les communications médiatiques, les membres de la table ont rédigé des articles de sensibilisation dans les journaux locaux et ont employé différents moyens scriptovisuels (affiches, dépliants, signets).

L'expérience de la mammographie est désagréable et les mots « cancer du sein » font peur. Le message n'est pas facile à livrer. La table a montré qu'elle était fertile en projets innovateurs. Parmi ceux-ci, mentionnons le théâtre d'intervention, le bingo PQDCS (inspiré d'une initiative du CCSR des Laurentides et expérimenté auprès de femmes de la réserve indienne de Kanhawake), les rencontres ayant pour thématique le PQDCS et la ménopause et la marche de sensibilisation du CLSC Huntington.

Le théâtre d'intervention, choisi par la table en 2000, est un projet dont nous sommes particulièrement fières. À la demande de la responsable de la table, la pièce *La mammo... quel scénario !* du théâtre Parminou a été spécialement conçue afin de sensibiliser les femmes à la problématique du cancer du sein et à l'importance de la mammographie de dépistage. Elle est issue du savoir populaire et de l'expérience émotive de femmes invitées au dépistage. Elle a été écrite à partir de *focus group* et elle réussit simplement et avec humour à illustrer le fonctionnement du PQDCS. Elle a été un succès tant au niveau régional que provincial.

En résumé, la Table régionale des agentes de promotion et sensibilisation du PQDCS est un lieu dynamique et stimulant et chaque rencontre est une occasion de ressourcement professionnel. Son défi consiste à augmenter la participation des femmes au programme et à maintenir leur participation bisannuelle au fil des ans.

Le comité régional d'assurance de la qualité

Comme vous avez pu vous en rendre compte en lisant la section du présent document intitulée « *Illustration de la mise sur pied de comités régionaux d'assurance de la qualité* », à la page 21, un comité régional d'assurance de la qualité est opérationnel, depuis 2002 en Montérégie. Tous les membres du Comité régional d'assurance de la qualité se réjouissent de la démarche entreprise au niveau provincial pour veiller à la qualité de tous les services du PQDCS et sont prêts à continuer à travailler pour atteindre cet objectif.

L'équipe du CCSR : Joanne Émond, M.D., responsable régional • José St-Cerny, médecin responsable • Aline Lachance, agente de planification • Lise Rouleau, agente de planification

NUNAVIK (RÉGION 17)

Selon les estimés de la population admissible des femmes âgées entre 50 et 69 ans, environ 475 femmes du Nunavik sont admissibles au Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Comme aucun appareil de mammographie n'est disponible dans la région, nous prévoyons utiliser les services itinérants de mammographie opérés par l'Institut national de santé publique du Québec.

La première campagne régionale de dépistage du cancer du sein pour les femmes admissibles se tiendra du mois d'août à la fin septembre 2004. En effet, nous profiterons de la tournée des 14 communautés du Nunavik pour la réalisation de l'Enquête générale de santé des Inuits pour offrir le dépistage par mammographie. L'appareil portatif sera installé sur le brise-glace qui a été nolisé pour l'enquête et les femmes seront transportées à bord de ce dernier.

Pour la lecture des films de mammographie, nous sommes toujours en discussion avec les radiologistes du réseau de santé McGill, puisque c'est au sein de ce réseau que s'effectuera l'investigation ultérieure des femmes présentant des résultats anormaux. Cependant, il est également possible que les mammographies soient lues par le radiologiste de Québec qui lit habituellement les mammographies effectuées à partir de l'appareil portatif.

En collaboration avec le Centre de Santé Tulattavik de l'Ungava (Kuujjuaq), nous étudions la possibilité de réserver le mammographe portatif pour environ deux semaines à la fin de la tournée régionale de dépistage, afin d'effectuer certains examens complémentaires pour les femmes présentant une mammographie anormale.

L'an dernier, nous avons embauché une infirmière inuite qui a préparé quelques outils d'information pour les femmes de la région : dépliant d'information, affiche, etc. Ces outils seront utilisés dès le début du programme dans la région. Nous prévoyons embaucher de nouveau cette infirmière en mai prochain, pour lancer la campagne d'information et de promotion du programme de dépistage du cancer du sein au Nunavik.

Les lettres seront expédiées par la Régie régionale du Nunavik. Les femmes recevront une version anglaise et inuktitut de la lettre d'invitation. Tout le processus de coordination régionale sera assuré par la Direction régionale de santé publique.

Nous prévoyons que le Programme québécois de dépistage du cancer du sein par mammographie soit opérationnel au Nunavik au cours de l'année fiscale 2004-2005.

Serge Déry, M.D.
Directeur de la santé publique

TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES (RÉGION 18)

Le cancer du sein dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James compte un nombre annuel moyen de 1,8 cas pour la période de 1995 à 1999 (MSSS, Fichier des tumeurs 1985 à 1999). Pour ce qui est de la mortalité, il semble que le taux surpasse celui du Québec, soit 59 par 100 000 par rapport à 32 par 100 000[9]. Ceci pourrait être dû à une détection trop tardive engendrée par l'absence de moyens de détection efficaces, qui se traduirait par une plus forte fatalité. Toutefois, c'est en décembre 2003 que le PQDCS a été implanté dans notre région.

Le vaste territoire cri couvre 300 000 km^2. Neuf communautés le composent et elles sont distribuées entre le 49e et le 55e parallèle. Huit des neuf communautés sont reliées par la route. Seule la communauté de Whapmagoostui est accessible uniquement par voie aérienne.

Le PQDCS vise le dépistage du cancer du sein chez toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans par une mammographie effectuée aux deux ans. Notre programme de dépistage sera offert à cette même catégorie de femmes à travers l'Eeyou Istchee, indépendamment de leur lieu de résidence. La population admissible selon la base de données du PQDCS est d'environ 709 femmes, avec des écarts entre les villages allant de 26 à 205 femmes.

Le Centre de coordination des services régionaux (CCSR) est basé temporairement à Montréal. De là, toutes les activités sont coordonnées pour les neuf communautés. Pour certaines communautés, les rendez-vous seront donnés par téléphone étant donné le peu d'effet des invitations écrites sur notre population.

Toutes les femmes de l'Eeyou Istchee bénéficieront d'un service comparable, qu'elles vivent près d'un grand centre ou non. Pour le dépistage, les communautés seront desservies de trois manières différentes dépendamment de leur localisation géographique. Les services des unités itinérantes (CLARA et SOPHIE) opérées par l'Institut national de santé publique seront mis à contribution pour certaines communautés. Cependant, les autres bénéficieront de la mammographie de dépistage au Centre hospitalier de Chibougamau grâce à une entente de service avec la région de la Baie-James. Les services d'investigation seront offerts soit à Val-d'Or, à Montréal ou à Chibougamau pour quelques examens.

Une attention particulière sera portée aux outils de communication. Des affiches sont en préparation et celles-ci devront respecter certains aspects de la culture crie. Une étude approfondie des mots cris à utiliser sera nécessaire. Certains mots présenteront des difficultés de traduction étant donné leur absence dans le syllabique crie. Les dépliants devront être traduits en syllabique afin de rejoindre le plus grand nombre de femmes possible.

Peu avant la venue de CLARA ou SOPHIE, la promotion du dépistage se fera par les radios locales. Un bref message à la radio régionale et une émission plus élaborée seront aussi produits pour une diffusion à grande échelle. Les témoignages de femmes ayant subi de près des expériences relatives au cancer du sein seront intégrés à cette émission d'information.

Michelle Gray, coordinatrice administrative PQDCS

9. *Portrait du Québec et de ses régions*, 2001.

CHAPITRE 3

RÉSULTATS DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN SUR UNE PÉRIODE DE CINQ ANS (DONNÉES 1998-2003)

Résultats du Programme québécois de dépistage du cancer du sein sur une période de cinq ans (données 1998-2003)

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) vise à réduire la mortalité par cancer du sein, tout en limitant le plus possible les effets indésirables du dépistage. À cet égard, le cadre de référence du programme présente les indicateurs et cibles de résultats à atteindre pour l'évaluation du programme.

Le chapitre 3 contient les résultats de plusieurs indicateurs en relation avec la participation des femmes au programme, l'investigation diagnostique et la détection des cancers. Ces résultats sont comparés aux cibles fixées par le PQDCS ou par les lignes directrices canadiennes. La présentation de ces résultats est précédée d'une description des données concernant le volume de mammographies de dépistage et les caractéristiques des femmes.

MÉTHODE

La plupart des résultats apparaissant dans le présent rapport proviennent du système d'information du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Toutefois, d'autres sources de données ont été nécessaires au calcul de certains indicateurs, comme le taux de couverture relatif à la mammographie, l'intervalle diagnostique et le taux de détection du cancer.

En général, les résultats sont présentés par année depuis le début du programme et par région lorsque les données le permettent.

Les résultats concernent les femmes de 50 à 69 ans qui ont accepté de participer au programme de dépistage.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Population cible

Le PQDCS s'adresse aux femmes âgées de 50 à 69 ans. Selon le fichier fourni par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), le nombre de femmes admissibles est passé de 753 403 au début du programme à 871 465 en 2003, ce qui représente une hausse de 15,7 %. La population cible a augmenté en moyenne de 2,6 % par année.

Le nombre de femmes admissibles au programme augmente dans chaque région (tableau 6). En 2003, la région de Montréal en regroupait près du quart, soit 24 % des femmes de 50 à 69 ans, suivie de la Montérégie avec 18 %.

Tableau 6

Population cible du PQDCS, moyenne annuelle par région, Québec, de 1997-1999 à 2003

RÉGION DE RÉSIDENCE	1997-1999	1999	2000	2001	2002	2003
BAS-SAINT-LAURENT	21 327	21 860	22 502	23 310	23 990	24 988
SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	29 243	29 854	30 255	31 304	32 271	33 263
QUÉBEC	71 022	72 961	74 151	78 076	80 437	83 212
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	52 199	53 215	54 498	56 116	57 601	59 684
ESTRIE	29 443	30 309	31 243	32 587	33 739	35 046
MONTRÉAL-CENTRE	199 565	201 310	202 846	205 397	208 381	211 881
OUTAOUAIS	28 816	29 912	30 640	32 391	33 834	35 603
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	13 520	13 882	14 161	14 582	15 005	15 552
CÔTE-NORD	9 370	9 659	9 898	10 158	10 396	10 720
NORD-DU-QUÉBEC	1 305	1 333	1 360	1 422	1 460	1 501
GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	10 052	10 353	11 438	11 933	12 431	12 861
CHAUDIÈRE-APPALACHES	37 921	38 995	40 339	42 210	43 671	45 482
LAVAL	37 616	38 355	38 953	39 603	40 445	41 444
LANAUDIÈRE	37 227	38 891	40 336	42 037	43 767	46 052
LAURENTIDES	42 669	44 343	47 296	49 971	52 419	55 363
MONTÉRÉGIE	131 162	135 911	140 981	146 107	151 259	157 565
NUNAVIK	357	356	375	439	440	443
TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES	592	597	655	644	685	739
TOTAL	**753 403**	**772 096**	**791 926**	**818 285**	**842 229**	**871 465**

Source :
Fichier des femmes de 50 à 69 ans admissibles à la RAMQ (de 1997 à 2003).

Mammographies de dépistage effectuées par trimestre

La figure 1 montre le nombre de mammographies de dépistage effectuées au cours de chaque trimestre depuis le début du programme, en mai 1998, jusqu'au 31 décembre 2003. Le deuxième trimestre de 2003 enregistre jusqu'à maintenant le volume le plus élevé, soit 53 755 mammographies.

Avec le temps, le volume de mammographies comporte de plus en plus de mammographies subséquentes, c'est-à-dire des mammographies ultérieures à une mammographie de dépistage initiale. À partir de l'année 2000, certaines femmes passent une deuxième mammographie. Il y a autant de mammographies subséquentes que de mammographies initiales au deuxième trimestre de 2001. Les données les plus récentes démontrent que la plus grande partie des mammographies sont effectuées chez des femmes qui ont déjà eu une mammographie de dépistage. Ainsi, au dernier trimestre, 30,1 % des mammographies étaient des premières mammographies et 69,9 %, des mammographies subséquentes, dont 32,3 % des deuxièmes, 36,5 % des troisièmes et 1,0 % des quatrièmes[10].

Depuis le début du programme, 916 139 mammographies de dépistage ont été effectuées au Québec pour des femmes de 50 à 69 ans qui ont accepté de participer au PQDCS (figure 2).

10. Une modification apportée au règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, en novembre 2001, permet aux femmes de se prévaloir d'une mammographie de dépistage tous les ans, plutôt que tous les deux ans, sur recommandation de leur médecin.

Figure 1

Nombre de mammographies de dépistage effectuées par trimestre, Québec, de 1998 à 2003

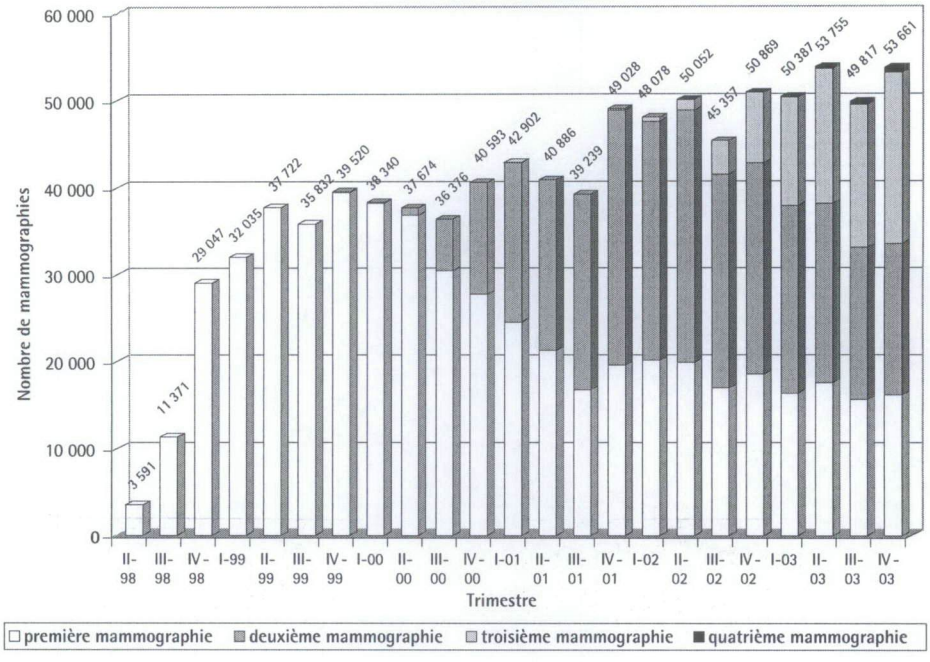
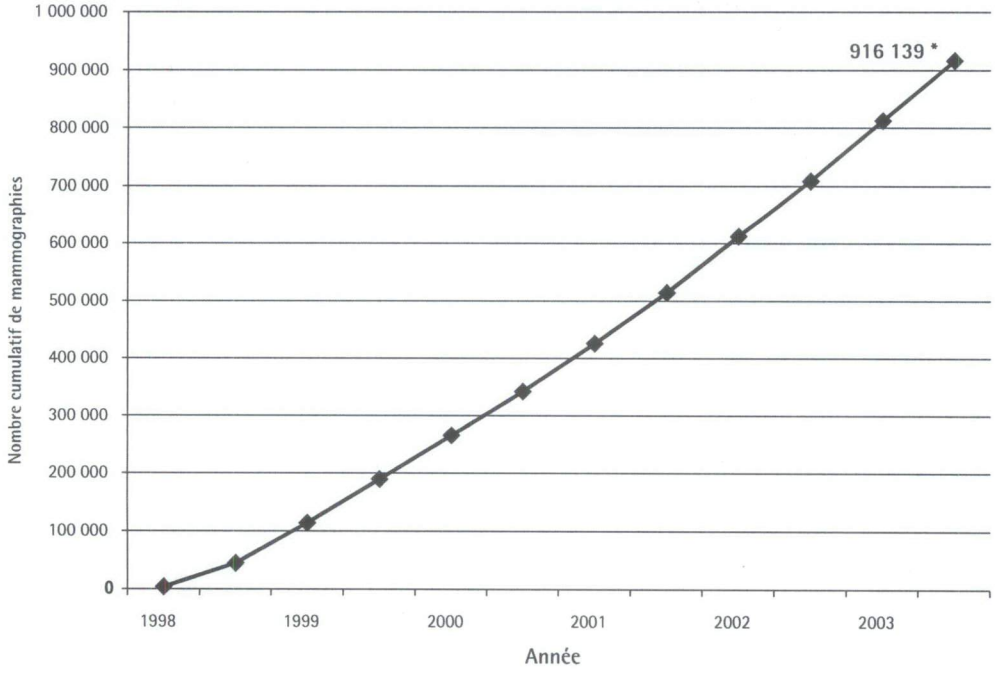


Figure 2

Nombre cumulatif de mammographies de dépistage, Québec, de 1998 à 2003



* 545 543 mammographies initiales et 370 596 mammographies subséquentes.

Mammographies de dépistage par région de production

Le nombre de mammographies de dépistage augmente d'année en année, en raison, entre autres, du plus grand nombre de régions où le programme est offert. Le tableau 7 montre le nombre de mammographies effectuées dans les centres de dépistage de chaque région depuis le début du programme.

Tableau 7

Nombre de mammographies de dépistage par région de production, Québec, de 1998 à 2003

RÉGION DE PRODUCTION	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
BAS-SAINT-LAURENT	–	–	–	292	4 977	6 033	11 302
SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	–	–	–	979	9 130	9 440	19 549
QUÉBEC	13 170	19 216	20 439	22 576	24 339	26 699	126 439
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	963	11 043	12 898	14 035	14 607	14 588	68 134
ESTRIE	4 199	8 397	8 350	8 859	10 080	10 339	50 224
MONTRÉAL-CENTRE	6 180	42 057	37 519	40 272	43 278	43 595	212 901
OUTAOUAIS	2 342	5 606	5 066	7 184	6 962	8 386	35 546
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	–	1 057	5 263	4 457	4 716	5 295	20 788
CÔTE-NORD	–	–	–	–	777	2 711	3 488
NORD-DU-QUÉBEC	–	21	365	221	540	493	1 640
GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	–	183	1 617	1 572	3 514	2 608	9 494
CHAUDIÈRE-APPALACHES	5 544	9 039	9 559	11 049	11 534	12 688	59 413
LAVAL	2 388	8 801	6 486	8 988	8 484	7 621	42 768
LANAUDIÈRE	1 534	7 413	8 841	8 507	7 997	8 396	42 688
LAURENTIDES	–	4 378	7 853	7 882	8 769	10 663	39 545
MONTÉRÉGIE	7 689	27 898	28 727	35 182	34 652	38 072	172 220
TOTAL	44 009	145 109	152 983	172 055	194 356	207 627	916 139

Au tableau 8, le nombre de mammographies de dépistage initiales et subséquentes est présenté par région. Au cours des deux dernières années, la proportion de mammographies subséquentes est passée de 61,1 % à 68,4 % pour l'ensemble du Québec. Cette proportion varie selon les régions. Dans les régions où le programme a été implanté plus récemment (Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean et Côte-Nord), les examens de dépistage initiaux sont évidemment plus nombreux que les examens subséquents.

Tableau 8

Nombre de mammographies de dépistage initiales et subséquentes par région de production, Québec, en 2002 et 2003

RÉGION DE PRODUCTION	2002			2003		
	Initiales	Subséquentes	Total	Initiales	Subséquentes	Total
BAS-SAINT-LAURENT	4 855	122	4 977	5 242	791	6 033
SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	8 986	144	9 130	8 505	935	9 440
QUÉBEC	7 287	17 052	24 339	6 697	20 002	26 699
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	5 197	9 410	14 607	3 273	11 315	14 588
ESTRIE	2 698	7 382	10 080	2 224	8 115	10 339
MONTRÉAL-CENTRE	15 699	27 579	43 278	13 100	30 495	43 595
OUTAOUAIS	2 884	4 078	6 962	2 333	6 053	8 386
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	1 388	3 328	4 716	1 348	3 947	5 295
CÔTE-NORD	755	22	777	2 528	183	2 711
NORD-DU-QUÉBEC	217	323	540	149	344	493
GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	2 446	1 068	3 514	1 244	1 364	2 608
CHAUDIÈRE-APPALACHES	3 222	8 312	11 534	2 769	9 919	12 688
LAVAL	2 955	5 529	8 484	1 878	5 743	7 621
LANAUDIÈRE	2 290	5 707	7 997	2 080	6 316	8 396
LAURENTIDES	3 253	5 516	8 769	3 437	7 226	10 663
MONTÉRÉGIE	11 387	23 265	34 652	8 880	29 192	38 072
TOTAL	**75 519**	**118 837**	**194 356**	**65 687**	**141 940**	**207 627**

Mammographies de dépistage par région de résidence

Les femmes ont le choix de passer une mammographie de dépistage dans un centre de la région où elles demeurent ou dans celui d'une autre région. Le tableau 9 présente le volume de mammographies de dépistage depuis 1998, par région de résidence des femmes participantes, quel que soit le centre où elles sont allées.

Tableau 9

Nombre de mammographies de dépistage par région de résidence, Québec, de 1998 à 2003

RÉGION DE RÉSIDENCE	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
BAS-SAINT-LAURENT	157	259	245	528	5 125	6 137	12 451
SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	83	156	133	1 088	9 033	9 372	19 865
QUÉBEC	11 339	16 883	18 297	20 268	22 225	24 249	113 261
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	1 399	11 746	13 458	14 593	15 118	15 302	71 616
ESTRIE	4 278	8 737	8 671	9 188	10 478	10 729	52 081
MONTRÉAL-CENTRE	4 700	34 135	31 413	33 459	36 279	36 507	176 493
OUTAOUAIS	2 319	5 677	5 123	7 199	6 945	8 422	35 685
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	11	1 053	5 032	4 287	4 625	5 212	20 220
CÔTE-NORD	82	126	148	181	981	2 969	4 487
NORD-DU-QUÉBEC	4	39	472	318	606	560	1 999
GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	41	317	1 684	1 661	3 587	2 681	9 971
CHAUDIÈRE-APPALACHES	6 601	10 577	11 005	12 585	13 047	14 258	68 073
LAVAL	2 109	8 905	6 838	9 399	8 821	8 715	44 787
LANAUDIÈRE	2 012	8 959	10 349	10 180	9 883	10 542	51 925
LAURENTIDES	806	6 704	9 202	9 547	10 285	11 810	48 354
MONTÉRÉGIE	8 057	30 756	30 858	37 501	37 292	40 131	184 595
AUTRES	11	80	55	73	26	31	276
TOTAL	**44 009**	**145 109**	**152 983**	**172 055**	**194 356**	**207 627**	**916 139**

Au tableau 10, le nombre de mammographies initiales et subséquentes est réparti selon les régions où demeurent les femmes. Les données des deux dernières années sont présentées. Dans toutes les régions, le nombre de mammographies était plus élevé au cours de la dernière année comparativement à l'année précédente, à l'exception des régions du Nord-du-Québec, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et de Laval, où ce nombre a diminué.

Tableau 10

Nombre de mammographies de dépistage initiales et subséquentes par région de résidence, Québec, en 2002 et 2003

RÉGION DE RÉSIDENCE	2002			2003		
	Initiales	Subséquentes	Total	Initiales	Subséquentes	Total
BAS-SAINT-LAURENT	4 889	236	5 125	5 252	885	6 137
SAGUENAY—LAC-SAINT-JEAN	8 851	182	9 033	8 406	966	9 372
QUÉBEC	6 576	15 649	22 225	5 984	18 265	24 249
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	5 351	9 767	15 118	3 475	11 827	15 302
ESTRIE	2 858	7 620	10 478	2 339	8 390	10 729
MONTRÉAL-CENTRE	12 922	23 357	36 279	10 867	25 640	36 507
OUTAOUAIS	2 857	4 088	6 945	2 336	6 086	8 422
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	1 342	3 283	4 625	1 324	3 888	5 212
CÔTE-NORD	881	100	981	2 694	275	2 969
NORD-DU-QUÉBEC	251	355	606	166	394	560
GASPÉSIE—ÎLES-DE-LA-MADELEINE	2 476	1 111	3 587	1 267	1 414	2 681
CHAUDIÈRE-APPALACHES	3 755	9 292	13 047	3 223	11 035	14 258
LAVAL	3 107	5 714	8 821	2 225	6 490	8 715
LANAUDIÈRE	2 977	6 906	9 883	2 802	7 740	10 542
LAURENTIDES	3 818	6 467	10 285	3 748	8 062	11 810
MONTÉRÉGIE	12 590	24 702	37 292	9 567	30 564	40 131
NUNAVIK	4	2	6	2	2	4
TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES	6	2	8	2	3	5
RÉGION INCONNUE	8	4	12	8	14	22
TOTAL	75 519	118 837	194 356	65 687	141 940	207 627

Les femmes ayant la possibilité de passer leur mammographie dans le centre de dépistage de leur choix, il est intéressant de calculer la proportion des femmes qui utilisent les services offerts dans leur région de résidence. Cette proportion constitue le taux de rétention régionale.

En général, les femmes utilisent les services de leur région puisque le taux de rétention est très élevé. En 2003, le taux de rétention régionale varie de 71,5 % à 99,6 % (tableau 11). Les taux les plus faibles sont observés dans les régions de Laval (71,5 %) et de Lanaudière (77,1 %), alors que les régions de Québec (99,2 %) et de l'Abitibi-Témiscamingue (99,6 %) présentent les taux les plus élevés. Entre 2001 et 2003, les taux sont demeurés relativement stables pour la plupart des régions, à l'exception des régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay—Lac-Saint-Jean, de la Côte-Nord et du Nord-du-Québec où les taux ont augmenté. En raison de la récente mise en œuvre du programme dans ces régions, les femmes utilisent les services de dépistage dans leur région.

Tableau 11

Taux de rétention régionale, Québec, de 2001 à 2003

RÉGION DE RÉSIDENCE	2001	2002	2003
	(%)	(%)	(%)
BAS-SAINT-LAURENT	54,2	95,6	97,1
SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	88,0	98,9	99,1
QUÉBEC	98,3	98,6	99,2
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	93,7	94,5	93,4
ESTRIE	93,7	94,2	94,7
MONTRÉAL-CENTRE	97,1	97,4	98,0
OUTAOUAIS	97,9	98,5	98,7
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	99,0	98,9	99,6
CÔTE-NORD	–	77,4	90,4
NORD-DU-QUÉBEC	63,2	84,5	87,1
GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	92,8	96,6	96,6
CHAUDIÈRE-APPALACHES	84,2	85,3	86,2
LAVAL	76,9	76,7	71,5
LANAUDIÈRE	78,7	77,1	77,1
LAURENTIDES	74,8	78,2	83,8
MONTÉRÉGIE	90,3	89,8	92,2
NUNAVIK	–	–	–
TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES	–	–	–
TOTAL	**90,6**	**91,8**	**92,6**

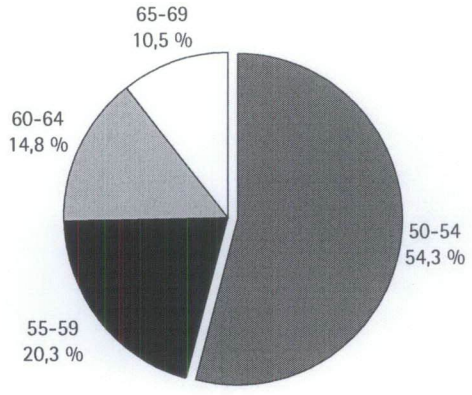
Profil des participantes

Entre le 1er janvier 2002 et le 31 décembre 2003, les femmes de 50 à 69 ans participant au programme ont passé 401 983 mammographies de dépistage. Les femmes de 50 à 54 ans ont été les plus nombreuses, représentant le tiers des femmes (33,2 %), tandis que les femmes de 65 à 69 ans n'en représentent que 15,7 %.

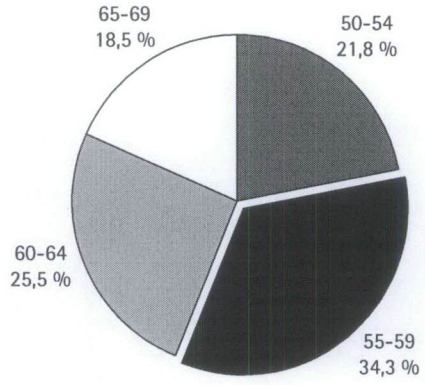
Cependant, la distribution des mammographies de dépistage par groupe d'âge diffère lorsqu'on considère séparément les mammographies initiales et subséquentes (figure 3). Ainsi, parmi les femmes qui se présentent pour une première mammographie, plus de la moitié sont âgées de 50 à 54 ans, alors qu'aux mammographies subséquentes, les femmes de 55 à 59 ans et de 60 à 64 ans sont plus nombreuses.

Figure 3

Répartition des mammographies de dépistage initiales et subséquentes, par groupe d'âge, Québec, en 2002-2003



Mammographies initiales (n = 141 206)



Mammographies subséquentes (n = 260 777)

Par ailleurs, d'autres renseignements personnels sont recueillis auprès des femmes lorsqu'elles se présentent pour une mammographie de dépistage. Les principaux résultats sont présentés au tableau 12.

Tableau 12

Caractéristiques des participantes selon le groupe d'âge, Québec, en 2002 et 2003

CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES	2002					2003				
	50 à 54 ans	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 à 69 ans	Total	50 à 54 ans	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 à 69 ans	Total
Antécédents familiaux de cancer du sein (mère, sœur, fille)	13,0	14,7	16,7	18,8	15,2	13,3	15,1	17,3	19,1	15,6
Aucune grossesse de 20 semaines ou plus	17,4	15,6	14,1	14,4	15,7	18,0	16,0	14,6	14,4	16,1
Hormonothérapie de substitution (en cours)	47,1	61,4	55,5	42,7	52,4	38,6	49,7	43,0	32,5	41,9
Examen clinique des seins au cours de la dernière année	69,7	66,3	63,8	59,9	65,9	68,7	65,5	62,5	58,6	64,8
Symptômes	14,5	14,0	13,5	13,2	13,9	13,7	13,3	12,7	12,7	13,2
Port d'implants mammaires	2,6	2,7	2,3	1,4	2,4	2,7	2,7	2,3	1,6	2,4
Densité mammaire										
moins de 25 %	21,2	26,3	31,3	35,7	27,1	21,2	26,3	31,1	34,6	27,0
de 25 à 49 %	37,0	39,3	39,4	39,0	38,5	37,2	39,6	39,8	40,0	38,9
de 50 à 75 %	32,0	27,7	24,1	21,2	27,4	31,3	27,1	23,8	21,1	26,8
plus de 75 %	9,7	6,7	5,2	4,1	7,0	10,3	7,0	5,4	4,3	7,3

Au cours de la dernière année, les femmes ont déclaré avoir des antécédents familiaux de cancer du sein au premier degré dans une proportion de 15,6 %, proportion qui augmente avec l'âge. La proportion de femmes de 50 à 69 ans qui n'ont eu aucune grossesse est de 16,1 % ; elle est plus élevée chez les femmes de 50 à 54 ans (18,0 %). Ces deux caractéristiques présentent relativement la même distribution depuis le début du programme.

En 2003, 41,9 % des femmes ont déclaré être sous hormonothérapie, ce qui représente une diminution importante par rapport à l'année 2002, alors que la proportion était de 52,4 %. Cette diminution s'observe dans tous les groupes d'âge.

La proportion de femmes ayant déclaré avoir eu un examen clinique des seins au cours de la dernière année est de 64,8 %. Cette proportion décroît avec l'âge : de 68,7 % chez les femmes de 50 à 54 ans, elle tombe à 58,6 % chez les femmes de 65 à 69 ans. Comparativement à l'année 2002, une légère diminution est observée. Cependant, au début du programme, près des trois quarts des femmes de 50 à 69 ans déclaraient avoir eu un tel examen lorsqu'elles se présentaient pour une mammographie de dépistage (73,4 % de 1998 à 1999).

Des symptômes (douleur, écoulement, inversion du mamelon, masse) ont été déclarés par 13,2 % des femmes, proportion qui a peu varié depuis le début du programme. Il en est de même de la proportion de femmes ayant actuellement des implants mammaires, qui est de 2,4 %.

La densité mammaire, telle qu'évaluée par le radiologiste, décroît avec l'âge et est aussi influencée par la prise d'hormones de substitution. La proportion de femmes ayant les seins denses sur plus de 75 % du tissu mammaire est de 10,3 % chez les femmes de 50 à 54 ans, comparativement à 4,3 % chez les femmes de 65 à 69 ans. En moyenne, 7,3 % des femmes de 50 à 69 ans ont une densité élevée sur plus de 75 % du tissu mammaire. Cette proportion est semblable à celle de l'année précédente.

Taux de participation au programme de dépistage

Pour obtenir une réduction importante de la mortalité par cancer du sein, les programmes de dépistage doivent joindre le plus grand nombre de femmes possible. Le PQDCS vise un taux de participation de la population cible d'au moins 70 %.

Le taux de participation au PQDCS représente la proportion des femmes admissibles qui ont passé une mammographie de dépistage et donné leur consentement pour participer au programme. Il est calculé pour une période de 24 mois et n'est présenté que lorsque le programme est implanté depuis au moins 24 mois dans une région. Le tableau 13 présente l'évolution de ce taux depuis le début du programme. Pour l'ensemble du Québec, le taux de participation est actuellement de 46,7 %, ce qui constitue une augmentation par rapport à 1999-2000, alors qu'il était de 42,1 %. Pour la majorité des régions, ce taux a augmenté de façon graduelle depuis le début du programme. Toutefois, le taux varie beaucoup selon les régions, passant de 34,1 % (Montréal-Centre) à 75,1 % (Nord-du-Québec), au cours de la dernière période.

Tableau 13

Taux de participation au PQDCS par région de résidence, Québec, de 1999-2000 à 2002-2003

RÉGION DE RÉSIDENCE	TAUX DE PARTICIPATION AU PQDCS 1999-2000 (%)	2000-2001 (%)	2001-2002 (%)	2002-2003 (%)
BAS-SAINT-LAURENT	**	**	**	44,2
SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	**	**	**	55,2
QUÉBEC	47,8	50,7	52,7	56,1
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	46,8	50,4	51,5	52,0
ESTRIE	55,9	55,3	57,5	60,9
MONTRÉAL-CENTRE	32,9	32,2	33,7	34,1
OUTAOUAIS	35,5	38,8	41,8	44,4
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	**	65,3	60,0	64,2
CÔTE-NORD	**	**	**	**
NORD-DU-QUÉBEC	**	60,1	64,5	75,1
GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	**	25,6	41,7	48,7
CHAUDIÈRE-APPALACHES	54,1	57,1	58,8	60,8
LAVAL	41,1	41,7	45,4	42,4
LANAUDIÈRE	47,9	48,9	45,5	45,7
LAURENTIDES	**	37,0	36,9	40,9
MONTÉRÉGIE	44,4	47,5	49,7	50,2
NUNAVIK	**	**	**	**
TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES	**	**	**	**
TOTAL	42,1	43,4	45,1	46,7

*** Le programme n'était pas offert pendant toute la période correspondante de 24 mois.*

Le tableau 14 montre les taux de participation au PQDCS par groupe d'âge pour la dernière période. Globalement, les femmes de 55 à 59 ans participent davantage au programme (49,1 %). Toutefois, dans certaines régions, ce sont les femmes de 50 à 54 ans ou les femmes de 60 à 64 ans qui présentent les taux de participation les plus élevés. En général, il y a peu d'écart quant aux taux de participation des femmes jusqu'à 64 ans mais, dans toutes les régions, les femmes de 65 à 69 ans participent moins au programme (40,5 %).

Tableau 14

Taux de participation au PQDCS par groupe d'âge et par région de résidence, Québec, en 2002-2003

RÉGION DE RÉSIDENCE	50 à 54 ans (%)	55 à 59 ans (%)	60 à 64 ans (%)	65 à 69 ans (%)
BAS-SAINT-LAURENT	43,5	48,1	48,6	35,9
SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	57,9	56,9	55,8	49,1
QUÉBEC	58,2	60,0	57,8	46,8
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	49,9	55,1	56,2	47,8
ESTRIE	60,2	63,5	64,5	56,8
MONTRÉAL-CENTRE	36,2	35,8	33,7	28,9
OUTAOUAIS	44,1	47,0	45,9	40,6
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	65,9	63,4	67,8	59,8
NORD-DU-QUÉBEC	79,6	72,9	77,7	66,7
GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	50,1	51,8	48,5	43,3
CHAUDIÈRE-APPALACHES	61,5	63,3	64,0	54,2
LAVAL	43,0	43,8	44,4	38,4
LANAUDIÈRE	45,8	48,4	48,1	40,3
LAURENTIDES	41,3	42,9	43,3	36,0
MONTÉRÉGIE	51,7	51,6	53,2	43,4
RÉGIONS OÙ LE PROGRAMME EST OFFERT DEPUIS AU MOINS 24 MOIS	47,9	49,1	48,1	40,5

Par ailleurs, le taux de couverture relatif à la mammographie permet de connaître la proportion de Québécoises de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, qu'elle soit de dépistage ou de diagnostic, au cours d'une période de 24 mois. Ce taux est calculé à partir des données issues du fichier des actes médicaux facturés à la RAMQ, lesquels actes comprennent les mammographies de dépistage (que les femmes aient donné ou non leur consentement à participer au programme) et les mammographies de diagnostic. Le tableau 15 indique que 63 % des Québécoises de 50 à 69 ans ont eu une mammographie au cours de la période 2001-2002, et que ce taux est demeuré relativement stable depuis 1999-2000, alors qu'il était de 62,5 %. Ce taux est très faible dans les régions du Nunavik (12,9 %) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (36,1 %), alors qu'il varie de 57 % à 77,5 % dans les autres régions du Québec.

Tableau 15

Taux de couverture relatif à la mammographie par région de résidence, Québec, de 1998-1999 à 2001-2002

RÉGION DE RÉSIDENCE	TAUX DE COUVERTURE RELATIF À LA MAMMOGRAPHIE*			
	1998-1999 (%)	1999-2000 (%)	2000-2001 (%)	2001-2002 (%)
BAS-SAINT-LAURENT	64,7	63,8	66,1	68,6
SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	58,3	59,7	57,4	59,3
QUÉBEC	64,8	66,0	66,7	67,7
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	59,5	64,3	65,6	64,0
ESTRIE	70,5	70,6	70,1	70,5
MONTRÉAL-CENTRE	57,1	59,1	57,3	57,4
OUTAOUAIS	56,5	56,9	57,2	57,0
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	59,1	67,5	72,5	67,6
CÔTE-NORD	59,3	54,4	57,8	64,3
NORD-DU-QUÉBEC	68,4	72,3	72,0	77,5
GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	57,3	53,0	49,3	61,8
CHAUDIÈRE-APPALACHES	66,0	67,5	70,1	70,1
LAVAL	63,5	62,4	61,3	63,6
LANAUDIÈRE	60,6	62,7	63,2	59,7
LAURENTIDES	60,7	60,9	62,3	62,1
MONTÉRÉGIE	61,7	63,9	65,3	65,9
NUNAVIK	6,6	9,7	11,2	12,9
TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES	26,1	35,4	38,5	36,1
TOTAL	**60,8**	**62,5**	**62,6**	**63,0**

* *Ce taux inclut les mammographies de dépistage et de diagnostic et il est calculé pour une période de 24 mois.*

Source :
numérateur : fichier non nominatif des codes d'acte de la RAMQ ;
dénominateur : projections démographiques de la population, Institut de la statistique du Québec, juin 2002.

Taux de fidélité au programme de dépistage

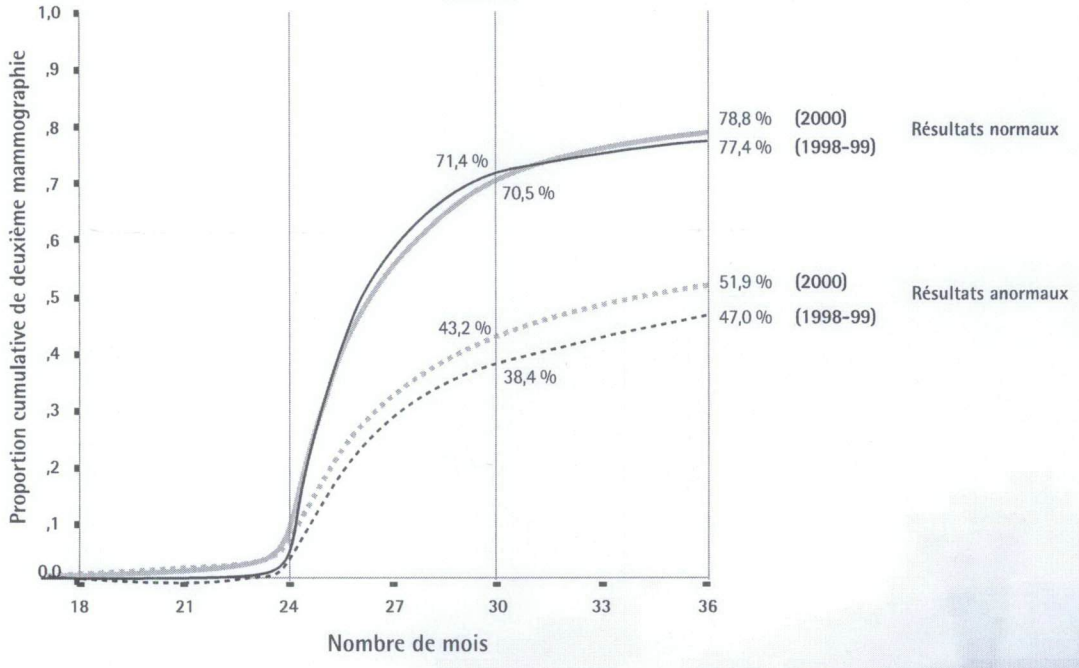
Pour que les femmes retirent le maximum de bénéfices du PQDCS, leur participation régulière au dépistage est visée. Dans le cadre du PQDCS, les femmes sont invitées à passer une mammographie de dépistage tous les deux ans. La proportion de femmes qui reviennent pour une nouvelle mammographie de dépistage jusqu'à 30 mois suivant leur mammographie précédente correspond au taux de fidélité[11]. Pour obtenir un suivi d'au moins 30 mois, le taux de fidélité a été calculé pour les femmes ayant eu une mammographie de dépistage entre 1998 et 2000.

11. Le taux de fidélité est obtenu par la méthode de calcul actuarielle. Il représente la probabilité cumulative d'une nouvelle mammographie, calculée en fonction du temps depuis la mammographie.

La figure 4 illustre que le taux de fidélité augmente en fonction du nombre de mois écoulés depuis la première mammographie de dépistage, principalement à partir du vingt-quatrième mois. D'autre part, les femmes sont beaucoup plus nombreuses à obtenir une deuxième mammographie lorsque la première s'est avérée normale que lorsque le résultat a été anormal. Pour un premier dépistage obtenu en 2000, le taux de fidélité après un intervalle de 30 mois est de 70,5 % et 43,2 % selon le résultat de la mammographie. Comparativement à la période de mai 1998 à décembre 1999, seul le taux de fidélité après un résultat anormal a augmenté.

Figure 4

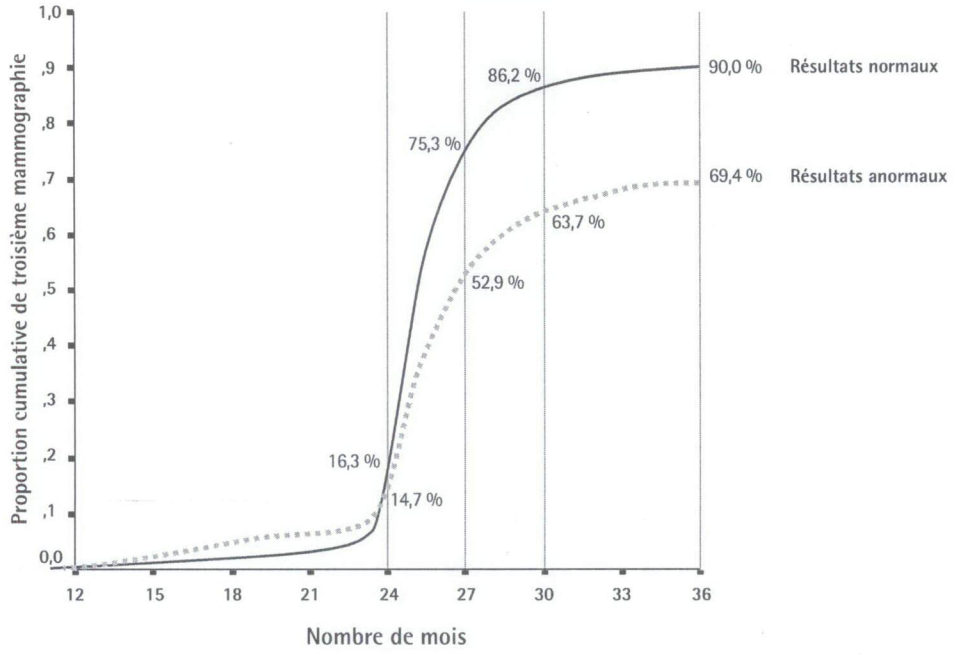
Proportion cumulative de femmes ayant passé une deuxième mammographie de dépistage, selon le résultat de la mammographie initiale en 1998-1999 et 2000



D'autre part, les taux de fidélité sont plus élevés après un deuxième dépistage (figure 5). On constate aussi un écart selon le résultat de la mammographie précédente. Ainsi, 86 % et 64 % des femmes ont eu une troisième mammographie de dépistage dans un intervalle de 30 mois après leur deuxième examen, qu'il soit normal ou anormal.

Figure 5

Proportion cumulative de femmes ayant passé une troisième mammographie de dépistage, selon le résultat de la deuxième mammographie, en 2000



Dans toutes les régions, en considérant un intervalle de 30 mois entre les examens de dépistage, le taux de fidélité après le premier dépistage est inférieur au taux de fidélité après le deuxième examen (tableau 16). Ainsi, chez les femmes ayant passé une mammographie en 2000, le taux de fidélité est de 67,5 % après une première mammographie et de 84,7 % après un deuxième dépistage. Selon les régions, le taux de fidélité varie de 51,4 % (Lanaudière) à 77,8 % (Chaudière-Appalaches) après un premier dépistage et de 61,8 % à 89,4 % après un deuxième.

Tableau 16

Taux de fidélité au PQDCS pour une période de 30 mois, selon la région de résidence et le résultat de la mammographie initiale et de la mammographie subséquente en 2000

RÉGION DE RÉSIDENCE	Résultat de la première mammographie			Résultat de la deuxième mammographie			Total
	Normal (%)	Anormal (%)	Total (%)	Normal (%)	Anormal (%)	Total (%)	(%)
QUÉBEC	76,7	51,6	74,4	87,4	71,1	86,8	78,5
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	68,2	47,5	66,1	84,3	61,5	82,6	66,8
ESTRIE	76,1	51,3	74,3	87,1	77,4	86,5	77,2
MONTRÉAL-CENTRE	67,8	33,0	63,5	83,9	46,1	80,4	64,3
OUTAOUAIS	70,0	55,9	68,4	83,6	73,1	82,7	71,3
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	76,3	66,2	75,0	–	–	–	75,0
NORD-DU-QUÉBEC	70,3	49,3	66,3	–	–	–	66,1
GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	62,8	42,7	59,8	–	–	–	59,9
CHAUDIÈRE-APPALACHES	80,5	57,5	77,8	90,8	73,0	89,4	81,5
LAVAL	70,5	41,3	66,9	86,2	57,9	83,5	68,4
LANAUDIÈRE	54,0	32,3	51,4	63,8	35,0	61,8	52,2
LAURENTIDES	64,2	38,3	61,0	76,9	–	74,2	61,3
MONTÉRÉGIE	75,1	44,6	71,9	86,8	52,8	84,3	73,1
TOTAL	**70,5**	**43,2**	**67,5**	**86,2**	**63,7**	**84,7**	**69,7**

Le taux de fidélité après un examen normal est supérieur au taux de fidélité après un examen anormal et ce, dans toutes les régions.

Dans les autres provinces canadiennes, les taux de fidélité sont aussi plus élevés après un deuxième dépistage qu'après un premier, et on peut s'attendre à ce que le taux de fidélité augmente avec le nombre de mammographies subséquentes[12].

Le PQDCS n'a pas établi de normes quant au taux de fidélité, mais la cible canadienne vise à ce qu'au moins 75 % des femmes de 50 à 69 ans subissent un nouvel examen de dépistage dans un intervalle de 30 mois[13]. Au Québec, chez les femmes qui ont eu une mammographie en 2000, initiale ou subséquente, le taux de fidélité est de 69,7 %.

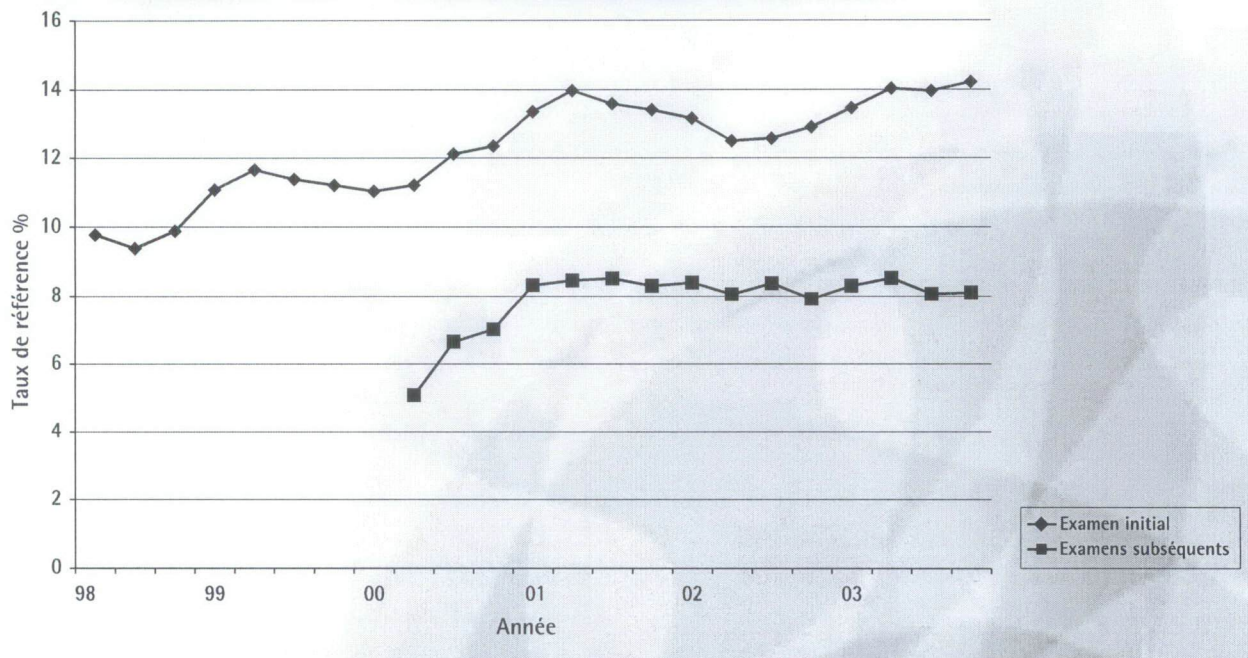
Taux de référence pour investigation

Le taux de référence pour investigation correspond à la proportion de mammographies de dépistage dont le résultat est interprété comme un résultat anormal par le radiologiste. Dans ces cas, les femmes doivent obtenir des examens additionnels pour confirmer ou infirmer la présence d'un cancer. Selon les cibles visées par le programme, le taux de référence devrait être inférieur à 7 % s'il s'agit de mammographies initiales et inférieur à 5 % s'il s'agit de mammographies subséquentes.

La figure 6 illustre l'évolution, par trimestre, des taux de référence pour investigation depuis le début du programme. La courbe des mammographies initiales suit une tendance à la hausse, alors que la courbe des mammographies subséquentes est plutôt stable depuis 2001.

Figure 6

Taux de référence pour investigation, par trimestre, Québec, de 1998 à 2003



12. SANTÉ CANADA, *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada : Rapport de 1999 et 2000*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2003, p. 41-42.
13. SANTÉ CANADA, *Rapport du groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation : lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002, p. 9.

Le tableau 17 présente les taux de référence pour chaque région. Au cours des deux dernières années, le taux de référence pour des mammographies initiales a légèrement augmenté, passant de 12,8 % à 13,9 % pour l'ensemble du Québec. En 2003, ce taux variait selon les régions de 9,5 % (Saguenay–Lac-Saint-Jean) à 22,1 % (Lanaudière). Pour plusieurs régions, le taux a augmenté par rapport à l'année 2002. Par ailleurs, le taux référence est en général moins élevé aux mammographies subséquentes comparativement aux mammographies initiales. Il est aussi demeuré stable à 8,2 % au cours des deux dernières années. Dans toutes les régions, le taux de référence est moins élevé lorsqu'il s'agit de mammographies subséquentes. Cependant, ce taux varie selon les régions de 5,3 % (Outaouais) à 16,4 % (Côte-Nord).

Tableau 17

Taux de référence pour investigation par région de production, mammographies initiales et mammographies subséquentes, Québec, en 2002 et 2003

RÉGION DE PRODUCTION	2002		2003	
	Mammographies initiales (%)	Mammographies subséquentes (%)	Mammographies initiales (%)	Mammographies subséquentes (%)
BAS-SAINT-LAURENT	11,5	10,7	13,2	12,1
SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	9,7	11,8	9,5	9,1
QUÉBEC	12,5	6,9	14,5	7,3
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	13,2	7,5	12,3	7,2
ESTRIE	11,1	7,6	13,7	8,0
MONTRÉAL-CENTRE	14,3	8,3	15,3	8,2
OUTAOUAIS	12,3	6,9	10,2	5,3
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	15,7	8,5	14,4	7,4
CÔTE-NORD	10,1	–	17,3	16,4
NORD-DU-QUÉBEC	8,3	7,4	10,1	8,4
GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	12,6	11,2	15,8	10,9
CHAUDIÈRE-APPALACHES	13,6	8,0	14,7	9,1
LAVAL	13,1	8,0	12,6	7,4
LANAUDIÈRE	15,8	9,0	22,1	10,5
LAURENTIDES	14,9	9,3	13,4	8,4
MONTÉRÉGIE	12,7	9,0	14,8	9,1
TOTAL	**12,8**	**8,2**	**13,9**	**8,2**

Les cibles visées par le programme quant aux taux de référence ne sont pas atteintes, même si les taux sont comparables à la moyenne canadienne[14]. Au Québec, une étude a démontré que, chez les femmes asymptomatiques ayant eu un premier examen de dépistage en 1999, la difficulté d'interprétation de certaines images représente un déterminant majeur du taux de référence[15]. Les taux de référence étaient plus élevés chez les femmes ayant un indice de masse corporelle élevé, les femmes ayant des seins denses et les femmes ayant déjà subi une biopsie au sein. Par contre, la disponibilité des films antérieurs, facteur facilitant la lecture, était associée à une réduction du taux de référence. L'étude a aussi démontré que les taux de référence des radiologistes faisant partie d'une même équipe sont relativement semblables et que le taux de référence tend à diminuer lorsque le nombre de lectures de mammographies de dépistage augmente.

14. SANTÉ CANADA, *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada : Rapport de 1999 et 2000*, Ottawa, *op. cit.*, p. 31.
15. J. BRISSON, N. HÉBERT-CROTEAU et A. LANGLOIS, *Déterminants du taux de référence lors d'une première mammographie de dépistage, Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) 1999*, Institut national de santé publique du Québec, 2003, 46 p.

Confirmation diagnostique

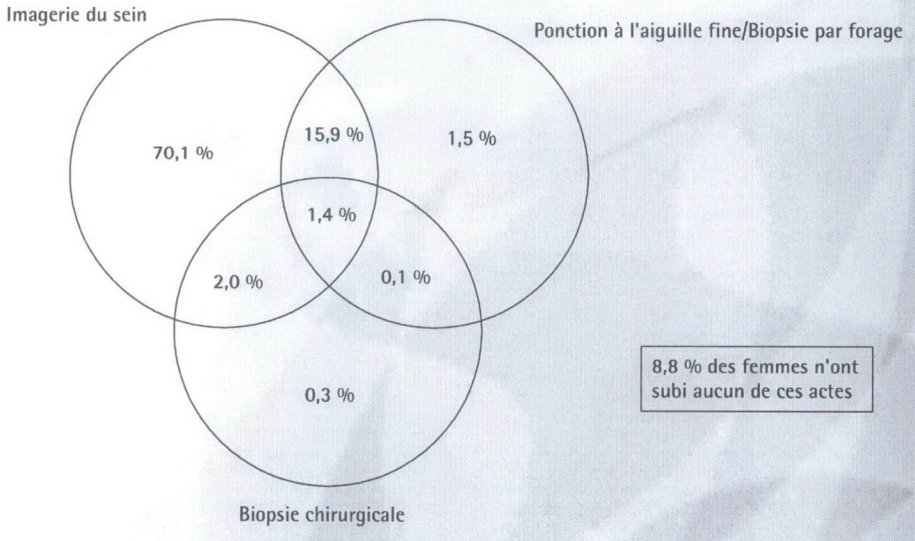
Lorsqu'une anomalie est décelée à un examen de dépistage, les femmes concernées et leur médecin en sont avisés et on leur recommande de procéder à d'autres examens pour confirmer ou non la présence d'un cancer. Afin de réduire le plus possible l'anxiété associée aux examens additionnels, une investigation rapide et complète est nécessaire, tout en évitant les interventions inutiles. À cet égard, le programme a comme objectif de « réduire au minimum le nombre d'interventions effractives inutiles[16] », objectif mesuré par le taux de biopsie ouverte pour anomalie bénigne et le ratio bénin:malin à la biopsie ouverte.

Étant donné que les femmes ont le choix d'aller ou non dans les centres de référence pour investigation (CRID) pour poursuivre leurs examens, il a fallu procéder à des jumelages de fichiers, avec l'autorisation de la Commission d'accès à l'information, pour obtenir l'ensemble des données concernant les femmes qui participent au programme. Ces jumelages ont permis d'établir le cheminement diagnostique des femmes à la suite d'un résultat anormal à la mammographie de dépistage et de calculer l'intervalle de temps jusqu'à l'obtention d'un diagnostic.

La figure 7 indique les types d'actes diagnostiques qu'ont subis 18 692 femmes ayant eu un dépistage anormal au cours de l'année 2001. La majorité des femmes ont eu au moins un examen d'imagerie, soit 89,4 %. Chez 70 % des femmes, aucun autre type d'examen additionnel n'a été nécessaire. Toutefois, 18,9 % des femmes ont subi une ponction à l'aiguille fine ou une biopsie par forage et environ 4 % des femmes ont dû subir une biopsie chirurgicale, afin d'obtenir un diagnostic. Chez 1,4 % des femmes, les trois types d'actes ont été utilisés. Selon les données disponibles, aucun de ces actes diagnostiques n'a été relevé pour 8,8 % des femmes. Cependant, il est possible que ces femmes aient communiqué avec leur médecin, qu'elles l'aient rencontré ou qu'elles aient passé une échographie dans une clinique privée de radiologie, données non inscrites dans les fichiers consultés.

Figure 7

Types d'actes diagnostiques effectués à la suite d'une mammographie de dépistage initiale ou subséquente anormale, Québec, en 2001 (N = 18 692)



16. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence du Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996, p. 55.

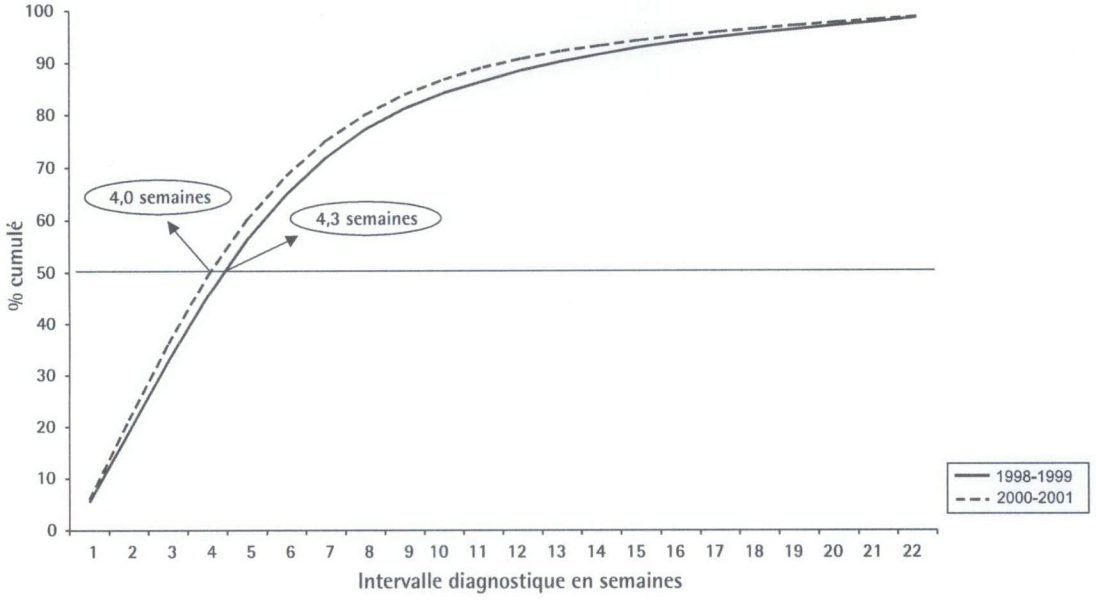
Un certain nombre de participantes ont subi une biopsie chirurgicale dont le résultat s'est avéré bénin, ce qui correspond au taux de biopsie ouverte (ou chirurgicale) pour anomalie bénigne. En 2001, ce taux était, à l'examen initial, de 3,2 pour 1 000 participantes, et de 2,0 pour 1 000 participantes à l'examen subséquent. Ces taux correspondent aux cibles visées par le programme, soit des taux inférieurs à 5,0 pour 1 000 et à 3,5 pour 1 000, selon qu'il s'agit d'une mammographie initiale ou subséquente. Ces résultats peuvent s'expliquer par une plus grande utilisation de techniques moins effractives que la biopsie chirurgicale, comme la ponction à l'aiguille fine ou la biopsie par forage, ce qui se reflète aussi dans le ratio bénin:malin à la biopsie ouverte. En effet, parmi les femmes ayant subi une biopsie chirurgicale, environ 71 % étaient atteintes d'un cancer, soit un ratio bénin:malin de 0,4:1, valeur correspondant à la cible fixée par le programme, qui est de < 1:1.

Comparativement à ce qui se fait dans les autres provinces canadiennes, le recours à la ponction à l'aiguille fine ou à la biopsie par forage est plus fréquent au Québec (18,9 % des mammographies anormales) qu'au Canada (12,4 %), et conséquemment, la biopsie chirurgicale est utilisée moins fréquemment au Québec (3,8 %) qu'au Canada (8,3 %)[17]. Le ratio bénin:malin à la biopsie ouverte est aussi moins élevé au Québec qu'ailleurs au Canada (1,2:1 en 2000)[18].

Les examens additionnels pour confirmer ou infirmer la présence d'un cancer devraient être effectués le plus rapidement possible, afin de réduire l'anxiété qu'un résultat anormal peut provoquer chez les femmes. La figure 8 illustre la proportion cumulative de femmes en fonction du nombre de semaines écoulées entre la mammographie de dépistage et le diagnostic. Cette période correspond à l'intervalle diagnostique. Les années 2000 et 2001 ont été regroupées puisque les courbes se superposaient.

Figure 8

Proportion cumulative de femmes selon le nombre de semaines écoulées entre la mammographie de dépistage anormale et le diagnostic, Québec, en 1998-1999 et 2000-2001



17. SANTÉ CANADA, *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada : Rapport de 1999 et 2000*, Ottawa, *op. cit.*, p. 24.
18. *Ibid.*, p. 40.

La moitié des femmes ayant eu une mammographie anormale ont obtenu un diagnostic 4,0 semaines après le dépistage (intervalle diagnostique médian) en 2000-2001, ce qui représente une amélioration par rapport à 1998-1999 (4,3 semaines). Cependant, l'intervalle diagnostique médian varie selon le diagnostic et le type d'actes requis pour établir ce diagnostic. Selon les données de 2001, l'intervalle diagnostique médian est de 6,0 semaines, lorsqu'un cancer est détecté. Lorsqu'il n'y a pas de cancer, l'intervalle médian se chiffre à 3,3 semaines si seuls des examens d'imagerie ont été nécessaires, à 6,6 semaines si une ponction à l'aiguille fine ou une biopsie par forage a été pratiquée et à 11,9 semaines lorsqu'une biopsie ouverte a été pratiquée.

En 2001, parmi les femmes n'ayant pas subi de biopsie chirurgicale, 63,8 % avaient obtenu un diagnostic dans les cinq semaines suivant leur mammographie. Si elles avaient subi une telle biopsie, seulement 28,4 % d'entre elles avaient obtenu un diagnostic dans un délai de sept semaines ou moins. Les lignes directrices canadiennes recommandent qu'au moins 90 % des femmes reçoivent un diagnostic dans un délai de cinq semaines après le dépistage, s'il n'y a pas eu de biopsie chirurgicale ou dans un délai de sept semaines après le dépistage, s'il y a eu une telle biopsie[19]. Cette cible n'est pas atteinte ni au Québec ni dans les autres programmes canadiens[20].

Taux de détection du cancer et valeur prédictive positive

Le tableau 18 présente les estimations du taux de détection du cancer, de la valeur prédictive positive (VPP) et de la proportion de cancers *in situ* pour les années 1998-1999, 2000 et 2001[21]. Les données sont présentées selon qu'il s'agit de mammographies initiales ou subséquentes.

Tableau 18

Taux de détection du cancer, valeur prédictive positive et proportion de cancers *in situ*, Québec, de 1998-1999 à 2001

INDICATEURS	Mammographies initiales			Mammographies subséquentes	
	1998-1999	2000	2001	2000	2001
Taux de référence (%)	11,0	11,6	13,6	6,9	8,4
Cancer (n)	1 133	806	542	111	491
Taux de détection (‰)	6,0	6,0	6,6	5,6	5,5
Valeur prédictive positive (%)	5,5	5,2	4,8	8,2	6,5
Cancer *in situ* (%)	21,0	18,6	24,7	25,0	18,6

Les cancers considérés pour ces analyses sont ceux diagnostiqués dans l'année suivant la mammographie anormale.

De 1998 à 2001, 3 083 cancers du sein ont été détectés dans le cadre du programme de dépistage. Il s'agit de cancers diagnostiqués chez des participantes au cours de l'année qui a suivi une mammographie de dépistage dont le résultat était anormal.

En 2001, 6,6 cancers pour 1 000 participantes ont été détectés lors d'une première mammographie de dépistage et 5,5 cancers pour 1 000 participantes lors d'examens subséquents. Depuis le début du programme, les taux de détection dépassent les cibles fixées par le programme, avec un taux supérieur à 5,0 cancers pour 1 000 participantes à l'examen initial et un taux supérieur à 3,5 pour 1 000 aux examens subséquents.

19. SANTÉ CANADA, *Rapport du groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation : lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein*, Ottawa, *op. cit.*, p. 13.
20. SANTÉ CANADA, *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada : Rapport de 1999 et 2000*, Ottawa, *op. cit.*, p. 31.
21. I. THÉBERGE, D. MAJOR, A. LANGLOIS ET J. BRISSON, *Validation de stratégies pour obtenir le taux de détection du cancer, la valeur prédictive positive, la proportion des cancers* in situ, *la proportion des cancers infiltrants de petite taille et la proportion des cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire dans le cadre des données fournies par le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2003, 31 p.

Une étude réalisée au début du programme a identifié certains facteurs associés à la détection des cancers[22]. Les taux de détection du cancer étaient plus élevés chez les femmes plus âgées, les femmes ayant un indice de masse corporelle élevé, les femmes ayant les seins denses, les femmes ayant déjà subi une biopsie au sein et chez les femmes sans antécédent de mammographie. L'étude a aussi démontré que les centres où s'effectue un nombre annuel élevé de mammographies de dépistage ont un taux de détection plus élevé.

En 2001, parmi les femmes ayant obtenu un résultat anormal à leur première mammographie de dépistage, 4,8 % ont par la suite reçu un diagnostic de cancer du sein, une diminution par rapport aux années précédentes. Cet indicateur correspond à la valeur prédictive positive (VPP) de la mammographie de dépistage. La VPP est plus élevée lorsque les femmes ont déjà eu un dépistage, soit 6,5 % pour la dernière année. Le programme québécois n'a pas fixé de cible à atteindre pour la VPP, mais les lignes directrices canadiennes recommandent au moins 5,0 % à l'examen initial et au moins 6,0 % à l'examen subséquent[23].

Parmi les cancers, entre 18 % et 25 % sont des tumeurs canalaires *in situ*. De plus, une bonne proportion des cancers infiltrants détectés au dépistage sont de petite taille. En 2000, 41,7 % des cancers infiltrants détectés chez les femmes de 50 à 69 ans avaient un diamètre ≤ 10 mm, proportion semblable à celle observée l'année précédente. Cette proportion dépasse la cible du programme établie à > 30 %.

Pour le calcul de ces indicateurs par région, les années 2000 et 2001 ont été regroupées. Les taux de détection du cancer à la mammographie initiale varient de 4,8 pour 1 000 participantes (Estrie) à 7,0 pour 1 000 (Québec) (tableau 19). Presque toutes les régions ont un taux correspondant à la cible fixée par le programme (> 5,0 cancers pour 1 000 participantes). La valeur prédictive positive varie de 3,4 % (Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine) à 6,2 % (Québec). La moitié des régions ont une VPP supérieure à la cible canadienne (≥ 5,0 %). Quant à la proportion de cancers *in situ*, elle varie de 11,3 % (Laval) à 38,9 % (Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine).

Tableau 19

Taux de détection du cancer, valeur prédictive positive et proportion de cancers *in situ*, mammographies initiales, par région de production, Québec, en 2000-2001

RÉGION DE PRODUCTION	Taux de référence (%)	Cancer (n)	Taux de détection (‰)	VPP (%)	Cancer *in situ* (%)
QUÉBEC	11,3	159	7,0	6,2	26,8
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	11,4	131	6,4	5,6	18,4
ESTRIE	8,1	44	4,8	6,0	32,6
MONTRÉAL-CENTRE	13,2	346	6,3	4,8	19,9
OUTAOUAIS	13,3	39	5,4	4,0	12,8
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	13,8	57	6,2	4,5	17,5
NORD-DU-QUÉBEC	18,7	4	–	–	–
GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	18,2	18	6,2	3,4	38,9
CHAUDIÈRE-APPALACHES	12,6	58	5,6	4,5	25,9
LAVAL	13,5	63	6,8	5,0	11,3
LANAUDIÈRE	12,9	84	6,8	5,3	22,6
LAURENTIDES	14,3	81	6,1	4,2	17,3
MONTÉRÉGIE	11,3	251	5,9	5,3	21,2
TOTAL	**12,4**	**1 348**	**6,3**	**5,1**	**21,0**

Les cancers considérés pour ces analyses sont ceux diagnostiqués dans l'année suivant la mammographie anormale.
Les années 2000 et 2001 ont été regroupées.

22. I. THÉBERGE, D. MAJOR, N. HÉBERT-CROTEAU ET J. BRISSON, *Facteurs associés aux variations du taux de détection, Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) 1998-1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2003, 44 p.
23. SANTÉ CANADA, *Rapport du groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation : lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein*, Ottawa, *op. cit.*, p. 14.

Toutes les régions pour lesquelles il est possible de calculer le taux de détection du cancer aux mammographies subséquentes ont un taux supérieur à la cible du programme (> 3,5 cancers pour 1 000 participantes) (tableau 20). Le taux par région varie de 4,2 pour 1 000 à 6,8 pour 1 000. Quelques régions n'atteignent pas la cible canadienne (≥ 6,0 %) quant à la valeur prédictive positive ; celle-ci varie de 4,5 % à 8,4 %.

Tableau 20

Taux de détection du cancer, valeur prédictive positive et proportion de cancers *in situ*, mammographies subséquentes, par région de production, Québec, en 2000-2001

RÉGION DE PRODUCTION	Taux de référence (%)	Cancer (n)	Taux de détection (‰)	VPP (%)	Cancer *in situ* (%)
QUÉBEC	6,3	108	5,3	8,4	22,6
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	7,4	28	4,2	5,7	17,9
ESTRIE	6,7	41	5,1	7,6	34,1
MONTRÉAL-CENTRE	9,1	158	6,8	7,5	17,3
OUTAOUAIS	8,8	28	5,6	6,4	10,7
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	-	2	-	-	-
NORD-DU-QUÉBEC	-	-	-	-	-
GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE	-	-	-	-	-
CHAUDIÈRE-APPALACHES	8,5	52	5,0	5,9	28,0
LAVAL	9,5	36	5,9	6,2	11,1
LANAUDIÈRE	7,2	24	4,7	6,5	21,7
LAURENTIDES	11,1	12	5,0	4,5	8,3
MONTÉRÉGIE	8,5	113	5,2	6,1	17,1
TOTAL	**8,1**	**602**	**5,5**	**6,8**	**19,7**

Les cancers considérés pour ces analyses sont ceux diagnostiqués dans l'année suivant la mammographie anormale.
Les années 2000 et 2001 ont été regroupées.

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS D'ÉVALUATION 1998-2003

Le nombre de femmes de 50 à 69 ans admissibles au programme de dépistage a augmenté en moyenne de 2,6 % par année depuis le début du programme. Au total, depuis mai 1998, 916 139 mammographies de dépistage ont été effectuées au Québec.

Le tableau 21 présente les résultats du dépistage chez les femmes de 50 à 69 ans depuis le début du programme pour l'ensemble du Québec. Le tableau 22 montre les données par région pour la dernière période étudiée.

Les efforts pour promouvoir le dépistage auprès des femmes visées doivent se poursuivre. Le taux de participation au programme de dépistage augmente depuis le début du programme, mais demeure en deçà (46,7 %) de la norme établie de 70 %. Toutefois, les femmes ont eu recours à la mammographie (qu'elle soit de dépistage ou de diagnostic) dans une proportion de 63 %.

Maintenir la participation des femmes au programme constitue un autre défi. Les femmes sont moins nombreuses à revenir dans un intervalle de 30 mois après le premier examen de dépistage (67,5 %) qu'après le deuxième (84,7 %). De plus, elles sont moins nombreuses à revenir si le résultat de leur dernier dépistage est anormal.

Le taux de référence pour investigation, le taux de biopsie ouverte pour anomalie bénigne, le ratio bénin:malin à la biopsie ouverte, l'intervalle diagnostique ainsi que la valeur prédictive positive sont autant d'indicateurs de la capacité du programme à réduire le plus possible les inconvénients du dépistage que sont principalement l'anxiété et les actes inutiles. À cet égard, les cibles visées par le programme quant au taux de référence ne sont pas atteintes, même si les taux de référence sont semblables à la moyenne canadienne.

Les taux de détection correspondent aux objectifs visés par le programme. De plus, une bonne proportion des cancers infiltrants détectés au dépistage sont de petite taille.

Tableau 21

Sommaire des résultats des indicateurs reliés au dépistage, Québec, de 1998-1999 à 2003

INDICATEURS	Cibles[1]	Année du dépistage				
		1998-1999	2000	2001	2002	2003
Nombre de dépistages						
- examen initial		188 961	133 212	82 164	75 519	65 687
- examens subséquents			19 771	89 891	118 837	141 940
Taux de couverture relatif à la mammographie (%)		60,8	62,5	62,6	63,0	
Taux de participation au PQDCS (%)	≥ 70 %	42,8[2]	42,1	43,4	45,1	46,7
Taux de fidélité (% pour 30 mois)	*≥ 75 %*	68,0	69,7			
Taux de référence pour investigation (%)						
- examen initial	< 7 %	11,0	11,6	13,6	12,8	13,9
- examens subséquents	< 5 %		6,9	8,4	8,2	8,2
Taux de détection du cancer (infiltrant et *in situ*) (‰)						
- examen initial	> 5,0/1 000	6,0	6,0	6,6		
- examens subséquents	> 3,5/1 000		5,6	5,5		
Taux de détection du cancer infiltrant (‰)						
- examen initial	*> 5,0/1 000*	4,6	4,9	4,9		
- examens subséquents	*> 3,0/1 000*		4,1	4,4		
Valeur prédictive positive (%)						
- examen initial	*≥ 5,0 %*	5,5	5,2	4,8		
- examens subséquents	*≥ 6,0 %*		8,2	6,5		
Taux de biopsie ouverte pour anomalie bénigne (‰)						
- examen initial	< 5,0/1 000	4,3	3,2	3,2		
- examens subséquents	< 3,5/1 000		2,0	2,0		
Ratio bénin:malin à la biopsie ouverte	< 1:1	0,7:1	0,5:1	0,4:1		
Intervalle diagnostique (%)						
- sans biopsie ouverte, 5 semaines ou moins	*≥ 90 %*	61,0	64,1	63,8		
- avec biopsie ouverte, 7 semaines ou moins	*≥ 90 %*	30,1	28,1	28,4		
Pourcentage des cancers de type *in situ* détectés au premier dépistage	> 10 %	21,0	18,6	24,7		
Pourcentage des cancers infiltrants de petite taille (1 cm ou moins)[3]	> 30%	42,0	41,7			

1. Cibles du cadre de référence, sinon (en italique) cibles canadiennes.
2. Projection.
3. Pour les cancers infiltrants seulement ; les données manquantes sont exclues du calcul.

Tableau 22

Sommaire des résultats des indicateurs reliés au dépistage selon les régions

INDICATEURS	Année ou période	Cibles[1]	Bas-Saint-Laurent	Saguenay–Lac-Saint-Jean	Québec	Mauricie et Centre-du-Québec	Estrie	Montréal-Centre	Outaouais	Abitibi-Témiscamingue	Côte-Nord	Nord-du-Québec	Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	Chaudière-Appalaches	Laval	Lanaudière	Laurentides	Montérégie	Nunavik	Terres-Cries-de-la-Baie-James	Ensemble du Québec
Nombre de dépistages[2]	2003		6 033	9 440	26 699	14 588	10 339	43 595	8 386	5 295	2 711	493	2 608	12 688	7 621	8 396	10 663	38 072			207 627
- examen initial			5 242	8 505	6 697	3 273	2 224	13 100	2 333	1 348	2 528	149	1 244	2 769	1 878	2 080	3 437	8 880			65 687
- examens subséquents			791	935	20 002	11 315	8 115	30 495	6 053	3 947	183	344	1 364	9 919	5 743	6 316	7 226	29 192			141 940
Taux de couverture relatif à la mammographie (%)	2001-2002		68,6	59,3	67,7	64,0	70,5	57,4	57,0	67,6	64,3	77,5	61,8	70,1	63,6	59,7	62,1	65,9	12,9	36,1	63,0
Taux de participation (%)	2002-2003	≥ 70 %	44,2	55,2	56,1	52,0	60,9	34,1	44,4	64,2	*	75,1	48,7	60,8	42,4	45,7	40,9	50,2	*	*	46,7
Taux de fidélité (% pour 30 mois)	2000	*≥ 75 %*			78,5	66,8	77,2	64,3	71,3	75,0		66,1	59,9	81,5	68,4	52,2	61,3	73,1			69,7
- examen initial					74,4	66,1	74,3	63,5	68,4	75,0		66,3	59,8	77,8	66,9	51,4	61,0	71,9			67,5
- examens subséquents					86,8	82,6	86,5	80,4	82,7					89,4	83,5	61,8	74,2	84,3			84,7
Taux de référence (%)	2003																				
- examen initial		< 7 %	13,2	9,5	14,5	12,3	13,7	15,3	10,2	14,4	17,3	10,1	15,8	14,7	12,6	22,1	13,4	14,8			13,9
- examens subséquents		< 5 %	12,1	9,1	7,3	7,2	8,0	8,2	5,3	7,4	16,4	8,4	10,9	9,1	7,4	10,5	8,4	9,1			8,2
Taux de détection du cancer (infiltrant et *in situ*) (‰)	2000-2001																				
- examen initial		> 5,0/1 000			7,0	6,4	4,8	6,3	5,4	6,2			6,2	5,6	6,8	6,8	6,1	5,9			6,3
- examens subséquents		> 3,5/1 000			5,3	4,2	5,1	6,8	5,6					5,0	5,9	4,7	5,0	5,2			5,5
Valeur prédictive positive (%)	2000-2001																				
- examen initial		*≥ 5,0 %*			6,2	5,6	6,0	4,8	4,0	4,5			3,4	4,5	5,0	5,3	4,2	5,3			5,1
- examens subséquents		*≥ 6,0 %*			8,4	5,7	7,6	7,5	6,4					5,9	6,2	6,5	4,5	6,1			6,8
Pourcentage des cancers détectés de type *in situ*	2000-2001																				
- au premier dépistage		> 10 %			26,8	18,4	32,6	19,9	12,8	17,5			38,9	25,9	11,3	22,6	17,3	21,2			21,0
- examens subséquents					22,6	17,9	34,1	17,3	10,7					28,0	11,1	21,7	8,3	17,1			19,7

1. Cibles du cadre de référence, sinon (en italique) cibles canadiennes.
2. Mammographies de dépistage par région de production du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2003.

* Le programme n'était pas offert pendant toute la période correspondante de 24 mois.

CHAPITRE 4

DÉFIS POUR LES PROCHAINES ANNÉES

Défis pour les prochaines années

La présente section énumère, tout en les expliquant, les principaux défis qu'auront à relever les personnes impliquées dans la bonne marche du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Ces défis sont les suivants :

Atteindre les normes établies dans le cadre de référence du programme
Les normes liées à la performance du PQDCS ont été fixées à partir des normes mondialement reconnues pour les programmes de dépistage du cancer du sein. Nous disposons maintenant de nombreuses données qui nous permettent d'évaluer dans quelle mesure le programme respecte ces normes. Le principal défi à cet égard consiste donc à améliorer la fonction assurance qualité du programme en utilisant, notamment, ces données.

Les activités d'assurance de la qualité relatives au travail de chacun des professionnels doivent être réalisées au moyen des mécanismes existants d'évaluation des actes professionnels. Des travaux sont en cours avec le Collège des médecins du Québec et les représentants des principales associations professionnelles concernées, particulièrement les radiologistes, afin de planifier de telles activités dans le respect des lois et règlements en vigueur au Québec. Les activités d'assurance de la qualité du programme concernant plus particulièrement l'investigation sont menées de concert avec les travaux de la Direction de la lutte au cancer du MSSS. Ces travaux tiennent compte de ceux entrepris dans la lutte contre le cancer en général et le cancer du sein en particulier.

Le taux de participation au programme à l'échelle provinciale est en progression constante. Il atteignait 46,7 % en 2003. Par ailleurs, on estime que 63 % des femmes âgées de 50 à 69 ans avaient subi une mammographie de dépistage tant dans le cadre du programme qu'en dehors de celui-ci. Cette situation se compare à ce qui est observé dans plusieurs autres provinces au Canada. Les raisons pour lesquelles plusieurs femmes choisissent de passer une mammographie de dépistage en dehors du programme ne sont pas connues (choix personnel de la femme ou pratique de son médecin traitant). L'efficacité de la lettre d'invitation à participer au programme a été démontrée, la participation ayant, de fait, augmenté. Toutefois, les délais dans l'obtention de rendez-vous, délais qui s'allongeraient dans le contexte d'une pénurie de ressources professionnelles (technologues, radiologistes) sont des éléments à prendre en considération, afin de mieux desservir la clientèle cible. Un groupe de travail est en place afin d'examiner ces situations et de trouver des pistes de solution.

Le taux de référence pour investigation tend à augmenter depuis le début du programme. Il atteignait 13,9 % pour la mammographie initiale en 2003, alors que la norme retenue est de 7 %. Les efforts visant à réduire ce taux représentent un défi particulier. Les travaux relatifs à l'assurance de la qualité contribueront à l'atteinte de cet objectif.

Garantir aux femmes la qualité des examens en même temps que l'accessibilité aux services
Plusieurs critères relatifs à la qualité technique des appareillages et à la qualification des professionnels doivent être respectés par les centres désignés du programme (CDD ou CRID). Pour être désigné, un centre doit se soumettre à un processus d'approbation. Plusieurs actions structurantes sont entreprises, avec la collaboration de nombreux acteurs, afin de mieux outiller les responsables au sujet de la qualité technique du travail et des qualifications professionnelles.

La qualité technique exige des contrôles réguliers qui sont présentés dans le *Manuel de contrôle de la qualité en mammographie : Programme québécois de dépistage du cancer du sein – Volume 1, Technologue en radiologie*, publié par le MSSS en 2001. Le *Manuel de contrôle de la qualité – Volume 2 : Physicien biomédical*, publié en 1998, est en révision et sera disponible au printemps 2005. La révision du manuel comporte un nouveau défi, puisqu'on doit y ajouter des données relatives à la mammographie numérique. Celle-ci est surtout présente, actuellement, dans le domaine de la stéréotaxie. L'utilisation de la mammographie numérique s'étendra graduellement jusqu'à remplacer la mammographie classique. L'avènement de

la technologie numérique amène de nouvelles procédures de contrôle de la qualité. Celles-ci sont plus complexes, mais la gamme de nouvelles possibilités offertes par cette technologie est prometteuse, notamment en ce qui a trait aux outils d'aide à la décision et à la télémédecine.

Un logiciel de contrôle de la qualité en mammographie est en préparation et devrait être livré en 2005. Une entente a été conclue avec l'Ordre des technologues en radiologie du Québec pour offrir une formation continue à ses membres, de façon à maintenir à jour leurs qualifications requises.

Répondre aux exigences d'une approche de dépistage populationnelle dans un système axé sur une approche clinique individuelle

Les conditions relatives à une approche de dépistage populationnelle diffèrent nettement des conditions relatives à une approche clinique individuelle. Dans une approche individuelle, le clinicien tente d'exclure la présence d'une pathologie chez une personne qui manifeste un ensemble de signes et de symptômes. Dans une approche populationnelle, on vise à rejoindre les personnes parce qu'elles font partie d'une population cible plutôt que sur le fait qu'elles présentent un symptôme. De plus, certaines conditions s'avèrent fondamentales dans une approche de dépistage populationnelle :

- accorder la priorité au programme et fournir les efforts nécessaires pour le faire connaître et veiller à sa bonne marche ;
- fournir les efforts nécessaires pour joindre la plus grande proportion possible de la population visée *reaching out* ;
- créer des mécanismes qui permettent de limiter le plus possible tant la proportion de faux négatifs que la proportion de faux positifs ;
- créer des mécanismes qui permettent d'évaluer et d'améliorer la performance du programme ;
- clarifier les mécanismes de transfert de la responsabilité clinique en ce qui a trait au suivi des participantes pour lesquelles l'examen de dépistage est positif ;
- tenter de reproduire le plus fidèlement possible les conditions des essais cliniques dans lesquels l'efficacité du programme a été démontrée. Cette condition pose un défi d'autant plus grand que le programme sera offert sur une très large échelle.

Ces conditions appellent des structures d'encadrement et de suivi particulières qui ne sont pas généralement requises dans le cadre des activités cliniques individuelles.

Adapter le programme aux nouvelles modalités adoptées pour offrir des services aux paliers local, régional et suprarégional

Le programme de dépistage est offert par les professionnels et les établissements du réseau de la santé en tenant compte des nouvelles technologies et de l'évolution des structures existantes.

Appuyer le PQDCS par des stratégies de communication appropriées

Le plan de communication est en voie d'être renouvelé pour mieux joindre les femmes et les médecins, plus particulièrement. Il sera disponible et mis en application au cours de l'année 2004. La tenue, à l'intérieur d'un colloque international, d'un symposium portant sur la comparaison de programmes de dépistage du cancer du sein de l'Australie, de l'Angleterre et du Québec mettra entre autres en lumière, des moyens différents pour rejoindre la clientèle.

Procéder à la refonte du système d'information du PQDCS

Depuis la mise en service à l'échelle provinciale du système d'information du PQDCS, qui a été fait en version préliminaire, de nombreuses difficultés sont survenues. Il a donc été convenu, en 2000, de procéder à une refonte de ce système. Un tel processus prend du temps, c'est pourquoi les efforts ont principalement porté sur l'entretien et l'amélioration du système d'information en place. Ainsi, au cours de 2002, le système est devenu plus stable et, par conséquent, plus fiable, à la grande satisfaction de ses utilisateurs. Un logiciel de saisie des données d'investigation à l'intention des CDD privés a été distribué en 2003. Les serveurs ont été déplacés de la RAMQ vers l'INSPQ, en tant qu'Infocentre de santé publique, et leur puissance a été accrue. D'ici quelques semaines, le processus d'appel d'offres pour la refonte sera lancé.

Conclusion

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein fait figure de pionnier. Il est vu comme un programme soucieux d'assurer une grande qualité, un modèle de référence, qui a été conçu par le MSSS mais implanté localement, au moyen des ressources existantes, sur des bases qui modifiaient les pratiques professionnelles courantes. Malgré les inévitables problèmes organisationnels liés à la mise en place de tout programme d'envergure, il s'agit maintenant d'un programme fonctionnel qui se compare avantageusement à ceux des autres provinces canadiennes, compte tenu de son jeune âge. La réussite du PQDCS ne va pas sans l'engagement professionnel des représentants régionaux envers la santé des femmes ni sans leur investissement assidu. Ces deux facteurs ont permis la mise sur pied et l'évolution constante de ce premier programme de dépistage systématique et populationnel.

ANNEXES

Annexe 1

LISTE DES CENTRES DE COORDINATION DES SERVICES RÉGIONAUX DU PQDCS

Région 01
Centre de coordination des services régionaux du PQDCS
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent
288, rue Pierre-Saindon
Rimouski (Québec) G5L 9A8
Téléphone : (418) 725-2460
Télécopieur : (418) 725-0952

Région 02
Centre de coordination des services régionaux du PQDCS
Carrefour de santé de Jonquière
2230, rue de l'Hôpital
C. P. 1200
Jonquière (Québec) G7X 7X2
Téléphone : (418) 695-7750
Télécopieur : (418) 695-7769

Région 03
Centre de coordination des services régionaux du PQDCS
Hôpital du Saint-Sacrement
1050, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 4L8
Téléphone : (418) 682-7596
Sans frais : 1 877 682-7596
Télécopieur : (418) 682-7925

Région 04
Centre de coordination des services régionaux du PQDCS
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
Pavillon Saint-Joseph
1991, boulevard du Carmel
Trois-Rivières (Québec) G8Z 3R9
Téléphone : (819) 372-3527
Sans frais : 1 888 773-1277
Télécopieur : (819) 378-9702

Région 05
Centre de coordination des services régionaux du PQDCS
CHUS-Hôtel-Dieu
580, rue Bowen Sud
Sherbrooke (Québec) J1G 2E8
Téléphone : (819) 346-1110, poste 22830
Télécopieur : (819) 829-6276

Région 06
Centre de coordination des services régionaux du PQDCS
Direction de santé publique de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : (514) 528-2424
Télécopieur : (514) 528-2423

Région 07
Centre de coordination des services régionaux du PQDCS
Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais
Hôpital de Gatineau
909, boulevard De La Vérendrye Ouest
Gatineau (Québec) J8P 7H2
Téléphone : (819) 561-8265
Télécopieur : (819) 561-8306

Région 08
Centre de coordination des services régionaux du PQDCS
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Direction de la santé publique
Pavillon Laramée
1, 9e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9
Téléphone : (819) 764-3264, poste 49349
Télécopieur : (819) 797-1947

Région 09
Centre de coordination des services régionaux du PQDCS
Direction de l'organisation des services
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Côte-Nord
691, rue Jalbert
Baie-Comeau (Québec) G5C 2A1
Téléphone : (418) 589-9845
Télécopieur : (418) 589-8574

Région 10
Centre de coordination des services régionaux du PQDCS
Direction de la santé publique
Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
312, 3e Rue
Chibougamau (Québec) G8P 1N5
Téléphone : (418) 748-3575, poste 5114
Télécopieur : (418) 748-6391

Région 11
Centre de coordination des services régionaux du PQDCS
Direction de la santé publique
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
205-1, boulevard York Ouest
Gaspé (Québec) G4X 2W5
Téléphone : (418) 368-2443
Télécopieur : (418) 368-1317

Région 12
Centre de coordination des services régionaux du PQDCS
Hôtel-Dieu de Lévis
143, rue Wolfe, bureau 5803
Lévis (Québec) G6V 3Z1
Téléphone : (418) 835-7456
Télécopieur : (418) 835-7402

Région 13
Centre de coordination des services régionaux du PQDCS
CH ambulatoire régional de Laval
1515, boulevard Chomedey, bureau 160
Laval (Québec) H7V 3Y7
Téléphone : (450) 978-2956
Télécopieur : (450) 978-2935
Téléphone Info sein : (450) 978-2129

Région 14
Centre de coordination des services régionaux du PQDCS
Centre hospitalier régional de Lanaudière
1000, boulevard Sainte-Anne, local 6B-630
Saint-Charles-Borromée (Québec) J6E 6J2
Téléphone : (450) 759-8222, poste 2180
Sans frais : 1 877 418-7346
Télécopieur : (450) 759-9387

Région 15
Centre de coordination des services régionaux du PQDCS
Direction de la santé publique
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides
1000, rue Labelle, bureau 210
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6
Téléphone : (450) 432-8728
Sans frais : 1 877 431-7346
Télécopieur : (450) 569-6303

Région 16
Centre de coordination des services régionaux du PQDCS
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueil (Québec) J4K 2M3
Téléphone : (450) 928-6777
Sans frais : 1 888 845-SEIN poste 7346
Télécopieur : (450) 828-6783

Région 17
Centre de coordination des services régionaux du PQDCS
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Nunavik
C. P. 900
Kuujjuaq (Québec) J0M 1C0
Téléphone : (819) 964-2222
Télécopieur : (819) 964-2888

Région 18
Centre de coordination des services régionaux du PQDCS
Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James
277, rue Duke
Montréal (Québec) H3C 2M2
Téléphone : (514) 861-2352

Annexe 2 LISTE DES PROJETS DE RECHERCHE ÉVALUATIVE

Projet : **Variations du profil d'investigation suite à une mammographie anormale, PQDCS 1998-2001**

Objectif : Décrire le profil d'investigation (délai diagnostique, profil des actes d'investigation, taux de biopsie bénigme, etc.) suite à une mammographie anormale, faire des comparaisons entre les régions, les établissements et selon les caractéristiques des femmes et des radiologistes. Décrire les variations du profil d'investigation à l'intérieur des centres désignés par le PQDCS ou non désignés.

Projet : **Cancers post-dépistage normal, PQDCS 1998-2001**

Objectif : Déterminer la fréquence des cancers post-dépistage à la première occurrence, évaluer les caractéristiques cliniques et les facteurs de risque de ces cas selon le délais depuis la mammographie, comparer les cancers post-dépistage normal aux cas détectés par la mammographie de dépistage.

Projet : **Taux de couverture par la mammographie au Québec, 1998-2003**

Objectif : Connaître le taux de couverture par la mammographie. Distinguer la couverture par mammographie de dépistage de celle par mammographie diagnostique.

Projet : **Impact des rappels précoces « Early recall » sur l'utilisation des services, PQDCS 1998-2000**

Objectif : Mesurer la fréquence et la valeur prédictive des rappels précoces au cours des deux années suivant une mammographie de dépistage anormale et décrire les variations en fonction des caractéristiques des femmes et du type de lésions à la mammographie de dépistage.

LISTE DES COORDONNATRICES ADMINISTRATIVES ET DES RESPONSABLES MÉDICAUX DES CENTRES DE COORDINATION DES SERVICES RÉGIONAUX DU PQDCS*

Annexe 3

Région	Coordonnatrices administratives	Responsables médicaux
01 Bas-Saint-Laurent	Mme Édith Lamontagne	Dr Gabriel Houle
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean	Mme Réjeanne Ouellet-Bergeron	Dre Madeleine Tremblay
03 Québec	Mme France Belleau	Dre Lucie Vaillancourt
04 Mauricie et Centre-du-Québec	Mme Lucie Ayotte	Dre Andrée Côté
05 Estrie	Mme Nicole Desrosiers	Dre Ginette Varin
06 Montréal-Centre	Mme Michèle Deschamps	Dr Pierre Audet-Lapointe
07 Outaouais	Mme Madeleine Arcand	Dre Danielle Guérin
08 Abitibi-Témiscamingue	Mme Angèle Rousseau	
09 Côte-Nord	Mme Lise Boivin	
10 Nord-du-Québec	Mme Manon Laporte	Dr Gilbert Lemay
11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	Mme Rachelle Cyr	Dr Wilber Deck
12 Chaudière-Appalaches	Mme Thérèse Pelletier	Dre Diane Cusson
13 Laval	Mme Diane Larocque	
14 Lanaudière	Mme Marie Ménard	Dre Ginette Hétu
15 Laurentides	Mme Céline Piché	
16 Montérégie	Dre Joanne Émond	Dre José St-Cemy et Dre Joanne Émond
17 Nunavik		Dr Serge Déry
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	Mme Michelle Gray	

* Liste à jour le 15 mai 2004.

Santé
et Services sociaux
Québec

04-204-02

Ensemble des régions

Profil statistique

L'habitation au Québec

Québec