



***Programme
québécois
DE DÉPISTAGE
DU CANCER
DU SEIN***

*Rapport d'activité
2000-2001*



*Programme
québécois*
**DE DÉPISTAGE
DU CANCER
DU SEIN**

*Rapport d'activité
2000-2001*

**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, 16^e 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, 2003

Bibliothèque nationale du Canada, 2003

ISBN 2-550-40839-X

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

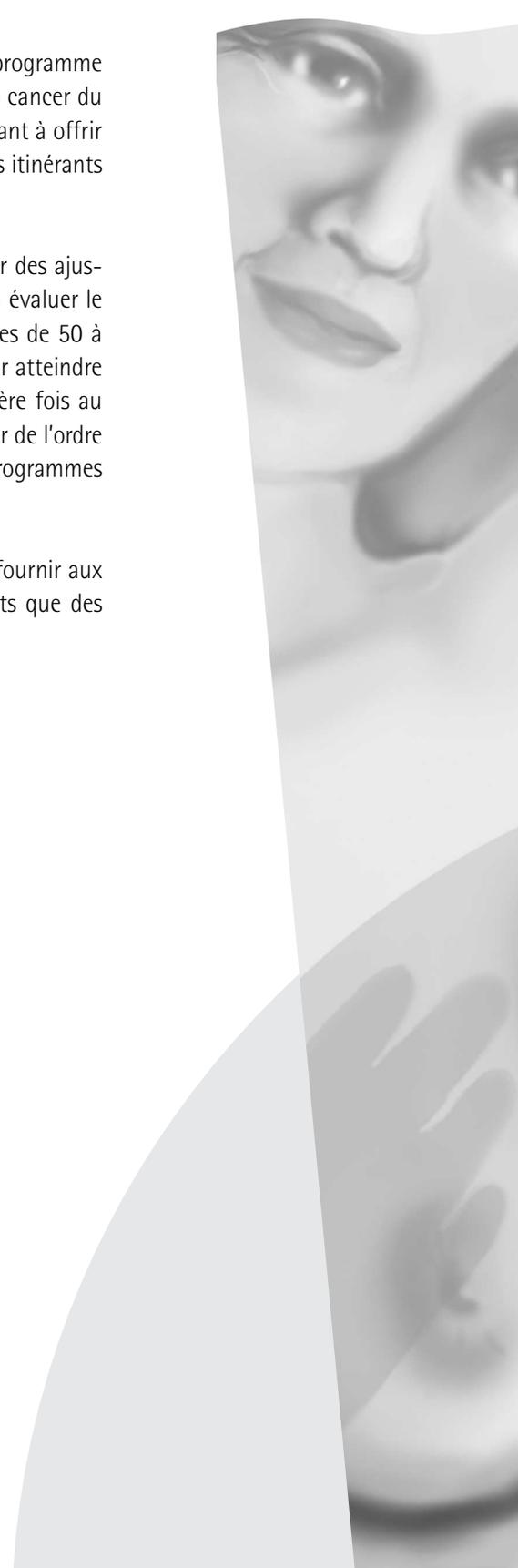
© Gouvernement du Québec

Pour lutter efficacement contre le cancer du sein, le Québec instaurait, en 1998, un programme de dépistage systématique. À la fin de 2001, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) était implanté dans 15 des 18 régions sociosanitaires, et des mesures visant à offrir des services de dépistage à toutes les Québécoises étaient prises par l'ajout de services itinérants de mammographie.

Les années 2000 et 2001 ont été marquées par la consolidation du programme et par des ajustements qui ont touché tant l'organisation des services que les 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 se situait à 43,4 % à la fin de 2001. Les efforts devront donc se poursuivre pour atteindre l'objectif de 70 % et pour faire en sorte que les femmes ayant participé une première fois au programme de dépistage continuent à y participer. Avec des taux de détection du cancer de l'ordre de 6 pour 1 000 participantes, le PQDCS se compare avantageusement à d'autres programmes semblables offerts au Canada ou à l'étranger.

Nous aimerions féliciter et remercier toutes les personnes qui travaillent sans cesse à fournir aux femmes québécoises des services de grande qualité et qui montrent par leurs efforts que des projets structurants en santé publique peuvent devenir des modèles d'excellence.

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



Remerciements

Nous désirons remercier toutes les personnes qui ont collaboré à la mise en œuvre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, soit les équipes des centres de coordination des services régionaux ainsi que tout le personnel des centres de dépistage désignés et des centres de référence pour investigation.

Pour la période 2000-2001, des remerciements sont aussi adressés aux membres du Comité de soutien à la qualité qui, par leurs travaux, ont contribué à la constante amélioration de la performance du programme et aux membres du Comité d'évaluation qui ont évalué ce programme selon des indicateurs de performance et de qualité qui lui sont particuliers.

Plusieurs personnes ont contribué à la production du présent document. Nous remercions d'abord l'équipe d'évaluation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein de l'INSPQ, soit le D^r Jacques Brisson, la D^{re} Nicole Hébert-Croteau, M. André Langlois, la D^{re} Diane Major, la D^{re} Marie-Claude Messely, M^{me} Louise Rochette, M^{me} Isabelle Théberge et M. Éric Pelletier.

Nous adressons également nos remerciements à l'équipe de rédaction du présent rapport : la D^{re} Diane Major, M. André Langlois, M^{me} Chantal Beaudet, la D^{re} Patricia Goggin, M^{me} Pauline Thiboutot et M^{me} Sylvie Crête.

Table des matières

Listes des figures et des tableaux	6
Introduction.....	7
Chapitre 1 : Implantation et fonctionnement du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).....	8
Implantation du programme	8
Étude sur le processus d'implantation du programme	9
Modifications ou améliorations apportées au programme.....	9
Activités de communication.....	10
Activités de formation.....	11
Activités relatives à l'assurance de la qualité.....	11
Autres activités.....	12
Chapitre 2 : Résultats du PQDCS	13
Méthode.....	13
1. Population cible	14
2. Mammographies de dépistage effectuées par trimestre et selon qu'il s'agit d'une mammographie initiale ou subséquente	15
3. Répartition des mammographies de dépistage selon l'âge	16
4. Nombre de mammographies de dépistage par année et par région de production	17
5. Nombre total de mammographies de dépistage, par région de production et selon qu'il s'agit d'une mammographie initiale ou subséquente	18
6. Proportion des femmes ayant passé une mammographie de dépistage dans leur région de résidence	19
7. Proportion des femmes ayant eu recours à la mammographie	20
8. Facteurs de risque et profil des participantes.....	21
9. Taux de fidélité au programme	23
10. Taux de référence pour investigation.....	24
11. Confirmation diagnostique	26
12. Taux de détection du cancer et valeur prédictive positive.....	28
Discussion des résultats et perspectives.....	29
La refonte du système d'information	30
Conclusion	31
Annexe 1 : Liste des centres de coordination des services régionaux du PQDCS.....	32
Annexe 2 : Liste des projets de recherche évaluative	34
Annexe 3 : Liste des coordonnatrices administratives et des responsables médicaux des CCSR, 2000-2001.....	35

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Nombre de mammographies de dépistage effectuées par trimestre et selon qu'il s'agit d'une mammographie initiale ou subséquente, Québec, de 1998 à 2001	15
Figure 2	Répartition des mammographies selon le groupe d'âge, Québec, de 1998 à 2001	16
Figure 3	Nombre de mammographies de dépistage effectuées par région de production et selon qu'il s'agit d'une mammographie initiale ou subséquente, Québec, de 1998 à 2001	18
Figure 4	Taux de fidélité des femmes au programme de dépistage, selon le résultat à la mammographie initiale, Québec, de 1998 à 2001	23
Figure 5	Taux de référence pour investigation, par trimestre et selon qu'il s'agit d'une mammographie initiale ou subséquente, Québec, de 1998 à 2001	24
Figure 6	Délai entre la mammographie de dépistage initiale anormale et le diagnostic, femmes âgées de 50 à 69 ans, Québec, de 1998 à 2000	26
Figure 7	Types d'interventions diagnostiques à la suite d'une mammographie de dépistage initiale anormale chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, Québec, de 1998 à 2000	27

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Population cible du PQDCS, moyenne annuelle, Québec, de 1997-1999 à 2001	14
Tableau 2	Nombre de mammographies de dépistage par année et par région de production, Québec, de 1998 à 2001	17
Tableau 3	Taux de rétention régionale, Québec, 2000 et 2001	19
Tableau 4	Taux de participation au PQDCS et taux de couverture relatif à la mammographie (RAMQ) sur une période de 24 mois et par région de résidence	20
Tableau 5	Facteurs de risque selon le groupe d'âge, Québec, de 1998 à 2001	21
Tableau 6	Profil des participantes selon le groupe d'âge, Québec, de 1998 à 2001	22
Tableau 7	Taux de référence par région et selon qu'il s'agit d'une mammographie initiale ou subséquente, Québec, de 1998 à 2001	25
Tableau 8	Taux de détection du cancer, proportion de cancers <i>in situ</i> et valeur prédictive positive, femmes de 50 à 69 ans, Québec, 1998-1999 et 2000	28

Introduction

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) a été implanté progressivement dans les différentes régions du Québec à partir de 1998. Ce programme vise à réduire la mortalité par cancer du sein et s'adresse particulièrement aux femmes de 50 à 69 ans, un groupe pour lequel le dépistage par mammographie est reconnu efficace. La description du programme et de ses paramètres a été faite dans le rapport d'activité portant sur les années 1998 et 1999.

Le présent rapport s'inscrit en continuité avec le *Rapport d'activité 1998-1999*. Il comprend à la fois des informations sur la mise en œuvre du programme et sur les résultats observés. Les données quantitatives proviennent de la Direction des systèmes de soins et des services de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), organisme mandaté pour évaluer les résultats du programme.

Étant donné que le PQDCS vise plus particulièrement les femmes de 50 à 69 ans, la présentation des résultats se limite donc aux femmes de ce groupe d'âge ayant accepté de participer au programme. Le taux de recours à la mammographie pour l'ensemble des femmes et par groupe d'âge est estimé à partir des données provenant du fichier des actes médicaux de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Comme il était mentionné dans le rapport précédent, les résultats des examens complémentaires prescrits après une mammographie anormale n'étaient pas toujours inscrits dans le système d'information du PQDCS. Il a donc fallu recourir à d'autres sources d'information pour calculer certains indicateurs.

Le rapport est conçu selon une perspective nationale ; il demeure donc assez général. Les personnes intéressées à avoir plus d'information sur une région donnée sont invitées à contacter le Centre de coordination des services régionaux de ladite région, dont les coordonnées apparaissent à l'annexe 1.

Implantation et fonctionnement du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

IMPLANTATION DU PROGRAMME

À la fin de l'année 2001, le PQDCS était implanté dans 15 des 18 régions sociosanitaires. Dans les deux régions où a été implanté le programme cette année-là, soit le Saguenay–Lac-Saint-Jean et le Bas-Saint-Laurent, les activités ont débuté respectivement le 1^{er} novembre et le 19 novembre. Quant à la région de la Côte-Nord, dont la population est dispersée sur un vaste territoire, elle ne sera desservie qu'en 2002.

Les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James dépourvues de centres de mammographie fixes sur leur territoire bénéficieront, tout comme dans une partie de la Côte-Nord, des services itinérants de mammographie qui seront offerts à compter de 2002.

La gestion et l'opération des unités itinérantes de mammographie ont été confiées à la direction des systèmes, des soins et services de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Deux modalités de services sont prévues. La première consiste à utiliser un mammographe portatif, pouvant être transporté par voie aérienne, maritime ou ferroviaire, afin de desservir les communautés éloignées qui vivent dans des endroits difficilement accessibles par la route. L'autre modalité consiste à offrir des services de mammographie à l'intérieur d'un véhicule du type autocar, lequel peut se rendre où les services fixes ne sont pas offerts sur une base permanente ou temporaire. 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. Son inauguration s'est faite à Montréal, le 25 mai 2001. Les démarches relatives à la certification en mammographie des deux unités itinérantes et à l'approbation de certains processus de travail, comme le développement des films en temps différé, ont eu lieu pendant l'hiver 2001.

La liste des centres de dépistage désignés, qui sont des centres certifiés par le Programme québécois de dépistage du cancer du sein, est accessible sur le site Internet du PQDCS, à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/PQDCS

ÉTUDE SUR LE PROCESSUS D'IMPLANTATION DU PROGRAMME

En 1999-2000, une étude portant sur le processus d'implantation du PQDCS a été effectuée par une équipe de recherche de l'INSPQ¹. Cette étude avait été entreprise afin de mieux comprendre les difficultés rencontrées dans l'implantation du programme et de soutenir les responsables, ministériels et régionaux, dans la recherche de solutions.

Les auteurs ont analysé les succès et les difficultés de l'implantation du programme en fonction de plusieurs éléments, comme la complexité des changements à mettre en place, les intérêts convergents et divergents des différents acteurs impliqués, la stratégie utilisée et la gestion de l'implantation. Plusieurs solutions pour améliorer le fonctionnement du programme ont été proposées et effectivement mises en place au cours des années 2000 et 2001.

MODIFICATIONS OU AMÉLIORATIONS APPORTÉES AU PROGRAMME

La présente section porte sur les ajustements apportés au programme en 2000 et en 2001.

En ce qui concerne les difficultés relatives à la saisie et à la transmission des données administratives et cliniques par le système d'information, des travaux ont été amorcés en vue de procéder à une refonte de ce système. De plus, une entente a été conclue avec les médecins spécialistes concernant leur rémunération pour la saisie des données cliniques d'investigation. Des mécanismes ont également été mis en place pour centraliser la saisie des données sur les examens complémentaires provenant de centres non désignés pour l'investigation.

Des démarches se sont poursuivies pour faire reconnaître la réalisation d'un certain nombre d'examens d'investigation effectués par les centres de dépistage désignés, comme les clichés supplémentaires, et pour fournir à ces centres les outils informatiques nécessaires à la transmission des données.

À l'automne 2001, le mandat d'évaluer le PQDCS à partir des données du système d'information ou de toute autre source d'information pertinente a été donné à une équipe de l'INSPQ, sous la direction du Dr Jacques Brisson à titre d'expert scientifique. Ce nouveau mandat confié à l'INSPQ s'ajoute à celui du pilotage et de l'exploitation des données du système d'information.

Afin de soutenir les établissements dans leurs démarches relatives à l'obtention de la certification en mammographie, un bilan complet de la situation a été fait et des travaux visant la mise en place d'une équipe de soutien ont été amorcés.

Certaines restrictions concernant l'accès aux mammographies de dépistage pour les femmes qui ne sont pas visées par le programme ou pour celles dont le risque de développer un cancer du sein est élevé ont été levées en novembre 2001. La modification apportée au règlement de la Loi sur l'assurance maladie fait en sorte que cette loi donne maintenant une plus grande responsabilité au médecin traitant quant à l'évaluation de la pertinence de faire passer une mammographie de dépistage aux femmes qui ne sont pas ciblées par le programme et quant à la détermination de l'intervalle optimal entre les mammographies dans certains cas particuliers. En outre, les femmes

1. P. BERGERON et N. KISHCHUK, *Étude du processus d'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 58 p.

qui se présentent pour une nouvelle mammographie avant l'intervalle recommandé de 24 mois ne sont pas pénalisées. Par contre, la norme du programme est demeurée la même, c'est-à-dire que les femmes sont invitées à participer au programme à partir de 50 ans et qu'elles sont réinvitées aux deux ans jusqu'à 69 ans.

Un dossier concernant l'accès au programme pour les femmes inaptes à donner leur consentement a été produit et diffusé auprès des intervenants intéressés.

Enfin, des travaux pour préciser le fonctionnement du programme et établir une Politique à l'égard du suivi des femmes et de la transmission des données cliniques ont été entrepris, avec la participation des responsables régionaux du PQDCS, des directeurs régionaux de santé publique et du Collège des médecins du Québec.

ACTIVITÉS DE COMMUNICATION

Plusieurs activités de communication ont été organisées en 2000 et en 2001 notamment :

- la présentation de la pièce de théâtre *La mammo, quel scénario !* dans plusieurs régions avec l'appui du ministère de la Santé et des Services sociaux, qui a assumé les coûts inhérents à l'impression du programme et à la production des vélox pour les affiches ;
- 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'auto-examen 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 à tous les médecins de première ligne de deux bulletins d'information pour les aviser des modifications aux paramètres de dépistage. Un premier portait sur les modalités de dépistage par mammographie chez les femmes de moins de 50 ans. Un deuxième portait sur la responsabilité médicale du suivi des femmes à l'intérieur du programme de dépistage ;
- l'inauguration de l'unité mobile de dépistage du cancer du sein CLARA, le 25 mai 2001, à Montréal.

Soulignons également que M^{me} Suzanne Lapointe demeure la porte-parole du programme.

Par ailleurs, plusieurs communications au sujet du PQDCS par un membre de l'équipe ministérielle ou de l'équipe d'évaluation de l'INSPQ ont été faites à l'occasion de congrès :

- présentations orales sur le fonctionnement du PQDCS et sur les défis liés à son implantation, au congrès de l'Association canadienne de santé publique tenu à Ottawa en octobre 2000 (Patricia Goggin, du MSSS, et Nathalie Kishchuk, de l'INSPQ) ;
- affiche sur les premiers résultats du PQDCS, présentée au congrès de l'Association canadienne de santé publique tenu à Ottawa en octobre 2000 (André Langlois et collaborateurs, de l'INSPQ) ;
- affiche sur l'impact de la lettre d'invitation sur la participation des femmes au PQDCS, présentée au congrès de l'Initiative canadienne pour la recherche sur le cancer du sein organisé à Québec en mai 2001 (Sonia Jean et collaborateurs, de l'INSPQ) ;
- présentation orale sur le rôle des pathologistes dans un programme de dépistage du cancer du sein, au congrès de l'Association canadienne des pathologistes organisé à Québec en juin 2001 (Patricia Goggin, du MSSS).

ACTIVITÉS DE FORMATION

La plupart des activités de formation du personnel ont été organisées avant que le PQDCS ne soit offert ou au début de l'implantation du programme, en 1998 et en 1999. Toutefois, un nouveau module de formation concernant plus particulièrement les habiletés sur le plan psychosocial a été offert au printemps 2000 selon le modèle habituel, qui consiste à former des formateurs au niveau régional, capables de donner ensuite cette formation à l'ensemble des intervenants de leur territoire. Plusieurs de ces formations ont été données par M^{me} Margo Ménard, auteure et conceptrice des formations, et par M^{me} Francine Leboeuf, du Centre hospitalier du Saint-Sacrement de Québec.

Deux présentations portant sur le fonctionnement du PQDCS ainsi que sur les indications et les moyens relatifs au dépistage du cancer du sein ont été faites devant des médecins omnipraticiens, dans le cadre de journées de formation médicale continue :

- le 27 octobre 2000 à Montréal, sur le thème *Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, au congrès sur l'obstétrique-gynécologie organisé pour les médecins de famille par l'Université de Montréal (Patricia Goggin, du MSSS, et Diane Villeneuve, de la région de Montréal-Centre) ;
- le 5 octobre 2001 à Québec, sur le thème *Le dépistage du cancer du sein. Où en sommes-nous ?*, au congrès sur la santé des femmes organisé par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec-FMOQ (Patricia Goggin, du MSSS).

ACTIVITÉS RELATIVES À L'ASSURANCE DE LA QUALITÉ

Le *Manuel de contrôle de la qualité en mammographie – Volume 1 : Technologie en radiologie* a été entièrement révisé avant d'être réédité en juin 2001. M. Richard Tremblay, physicien bio-médical du MSSS, et M^{me} Francine Noël, technologue en radiologie, en sont les auteurs. Cette dernière version a été soumise aux ordres et associations professionnels concernés puis approuvée par ceux-ci.

Le Laboratoire de santé publique du Québec, maintenant intégré à l'INSPQ, continue de vérifier si les centres de mammographie respectent les exigences fixées en ce qui concerne la qualité des examens de mammographie. À la fin de l'année 2001, les 94 centres de mammographie qui avaient obtenu leur certification en mammographie étaient répartis de la façon suivante : 68 centres de dépistage désignés (CDD) – 37 étant privés et 31 étant publics – et 26 centres de référence pour investigation désignés (CRID). Environ la moitié des CRID effectuent aussi des examens de dépistage.

En 2000 et en 2001, les travaux du Comité de soutien à la qualité se sont poursuivis sous la présidence de la D^{re} Marie-Claude Messely. Les principales activités du comité ont été les suivantes²:

- l'analyse des résultats de performance du programme ;
- l'analyse des taux de référence pour investigation ;
- l'étude sur les examens diagnostiques réalisés chez les femmes ayant eu un résultat anormal à la mammographie de dépistage ;

2. Pour plus de détails, voir le *Rapport biennal 1999-2000 et 2000-2001*, préparé par le Comité de soutien à la qualité du Programme québécois de dépistage du cancer du sein et publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 2001 (21p.).

- l'avis sur la pertinence de faire l'examen clinique des seins lorsque la mammographie de dépistage est anormale ;
- l'avis sur le fonctionnement interdisciplinaire dans le cadre de l'investigation ;
- l'état de situation sur la spécialisation ;
- le dépistage du cancer du sein chez les femmes à risque ;
- la collaboration aux travaux des autres comités du programme.

AUTRES ACTIVITÉS

M. Richard Tremblay, du MSSS, a participé à la rédaction du *Guide canadien de qualité en mammographie*, publié par Santé Canada. Un comité canadien, formé de représentants du gouvernement fédéral, du gouvernement québécois et de différentes organisations professionnelles, a également travaillé à la rédaction de ce guide.

La D^{re} Patricia Goggin, du MSSS, et la D^{re} Diane Major, de l'INSPQ, ont participé aux travaux de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein. Cette dernière préside notamment le comité qui travaille à mettre à jour les déterminants de la qualité d'un programme de dépistage.

Le développement des stratégies relatives à l'estimation des indicateurs et la validation de ces méthodes de calcul nécessitent que l'on réalise des projets spécifiques. Des projets de recherche évaluative menés par l'équipe d'évaluation du PQDCS visent à préciser l'étendue des problèmes reconnus et à proposer des pistes de solution pour y remédier. Le financement des projets provient de diverses sources, par exemple du Comité de soutien à la qualité du PQDCS, de Santé Canada et de la Direction générale de la santé publique du MSSS. La liste de ces projets se trouve à l'annexe 2.

L'équipe ministérielle du programme a convoqué et réuni à dix reprises en 2000 et à huit reprises en 2001 le Comité de coordination du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Ce comité est composé de toute l'équipe ministérielle, d'une représentante des coordonnatrices administratives des centres de coordination des services régionaux, d'un responsable médical, d'un représentant du pilote du système d'information, d'un représentant de l'équipe d'évaluation de l'INSPQ et de la présidente du Comité de soutien à la qualité. Le mandat du Comité de coordination est de faire le point et d'analyser l'ensemble des aspects couverts par le programme afin d'orienter, de recommander des actions à entreprendre ou des corrections à apporter.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a dirigé trois rencontres du Comité de coordination nationale MSSS-Régies-CCSR en 2000 et trois autres en 2001.

MÉTHODE

La plupart des résultats présentés ici ont été calculés à partir des données entrées dans le système d'information du PQDCS. Toutefois, pour certaines analyses, comme le taux de détection du cancer, un jumelage de données avec d'autres sources a été nécessaire. Un rapport décrivant la méthode sera diffusé sous peu.

Bien que le présent rapport porte sur les années 2000 et 2001, il montre souvent les données accumulées depuis le début du programme, soit le 13 mai 1998.

Au 31 décembre 2001, le PQDCS était offert dans quinze régions. Dans treize d'entre elles, le premier cycle de deux ans était complété et des femmes revenaient pour une deuxième mammographie de dépistage. Certains indicateurs de résultats tiennent compte du nombre d'examens pour une même femme, car les cibles de résultats varient selon qu'il s'agit d'une mammographie initiale ou d'une mammographie subséquente.

Le calcul du taux de fidélité au programme, défini comme la proportion des femmes qui ont passé leur deuxième mammographie de dépistage moins de 36 mois après la première, a été effectué selon la technique de l'analyse de survie.

Outre les données concernant l'utilisation des services par les femmes et le profil de ces utilisatrices, le présent chapitre contient plusieurs indicateurs en relation avec l'offre et la performance des services rendus, mesurés soit à l'échelle nationale, soit à l'échelle régionale.



1. Population cible

Le PQDCS s'adresse aux femmes âgées de 50 à 69 ans. Avec l'entrée des baby-boomers dans ce groupe d'âge, la population cible augmente de 2 % à 3 % par année. 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 818 285 en 2001, soit une hausse de 8,6 %.

En 2001, la région qui regroupe la plus grande proportion de la population cible est de loin celle de Montréal, avec 25 % des femmes de 50 à 69 ans. Elle est suivie de la Montérégie, avec 18 %.

Tableau 1

Population cible du PQDCS, moyenne annuelle,
Québec, de 1997-1999 à 2001

RÉGION DE RÉSIDENCE	1997-1999	1999	2000	2001
BAS-SAINT-LAURENT	21 327	21 860	22 502	23 310
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	29 243	29 854	30 255	31 304
QUÉBEC	71 022	72 961	74 151	78 076
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	52 199	53 215	54 498	56 116
ESTRIE	29 443	30 309	31 243	32 587
MONTRÉAL-CENTRE	199 565	201 310	202 846	205 397
OUTAOUAIS	28 816	29 912	30 640	32 391
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	13 520	13 882	14 161	14 582
CÔTE-NORD	9 370	9 659	9 898	10 158
NORD-DU-QUÉBEC	1 305	1 333	1 360	1 422
GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE	10 052	10 353	11 438	11 933
CHAUDIÈRE-APPALACHES	37 921	38 995	40 339	42 210
LAVAL	37 616	38 355	38 953	39 603
LANAUDIÈRE	37 227	38 891	40 336	42 037
LAURENTIDES	42 669	44 343	47 296	49 971
MONTÉRÉGIE	131 162	135 911	140 981	146 107
NUNAVIK	357	356	375	439
TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES	592	597	655	644
TOTAL	753 403	772 096	791 926	818 285

Source :
Fichier des femmes de 50 à 69 ans
admissibles à la RAMQ.

2. Mammographies de dépistage effectuées par trimestre et selon qu'il s'agit d'une mammographie initiale ou subséquente

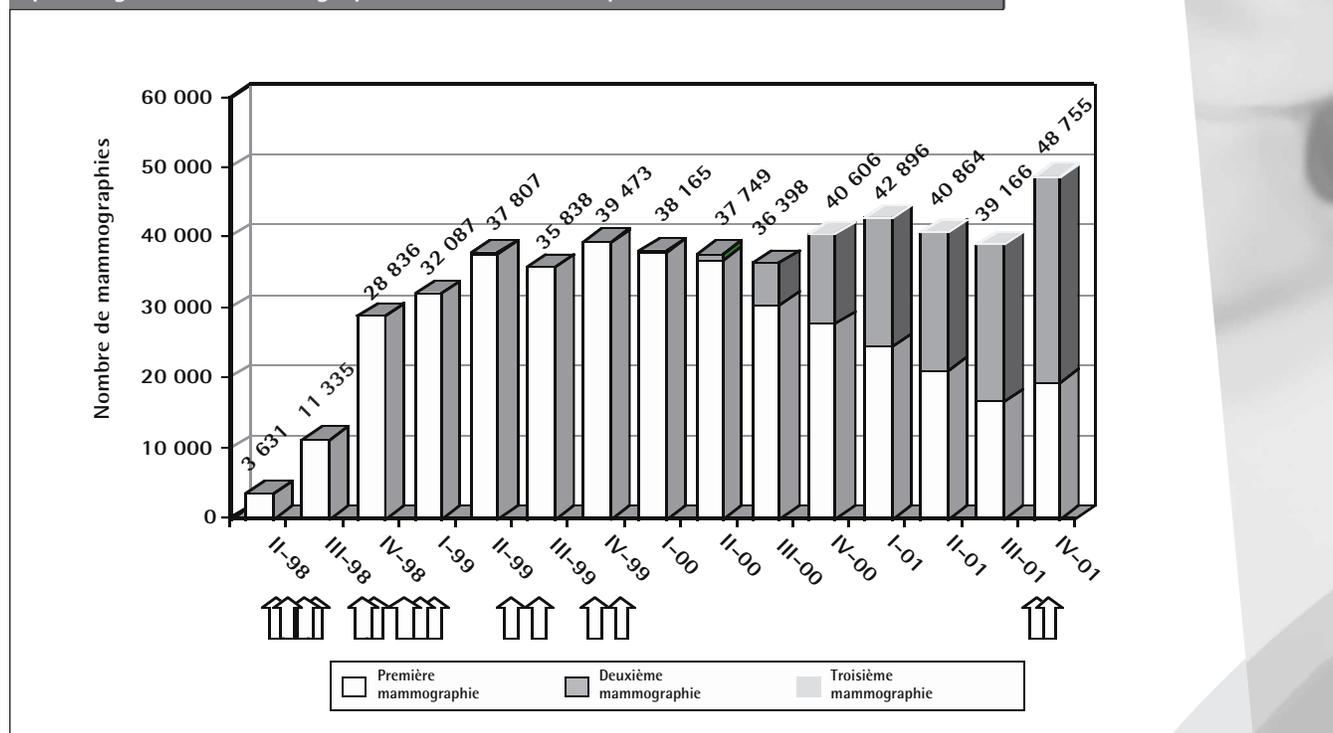
Le nombre de mammographies effectuées chez les participantes varie dans le temps. Dans le graphique qui suit, les années sont divisées en quatre trimestres :

I = de janvier à mars • II = d'avril à juin • III = de juillet à septembre • IV = d'octobre à décembre

La superposition des nuances dans les bâtonnets permet de faire la distinction entre les mammographies initiales et les mammographies subséquentes. Les flèches apparaissant sous un trimestre correspondent au moment où le programme a été mis en œuvre dans chacune des régions.

Figure 1

Nombre de mammographies de dépistage effectuées par trimestre et selon qu'il s'agit d'une mammographie initiale ou subséquente, Québec, de 1998 à 2001



La figure 1 montre qu'à partir du deuxième trimestre de l'année 2000, certaines femmes passent leur deuxième mammographie de dépistage et qu'à partir du quatrième trimestre de 2001, certaines en sont à leur troisième mammographie³. Avec le temps, il faut s'attendre à ce que les femmes qui en sont au moins à leur deuxième mammographie soient plus nombreuses que celles qui passent leur première mammographie de dépistage.

Depuis la fin de 1999, on observait une stabilisation du nombre de mammographies de dépistage à près de 40 000 examens par trimestre. Une hausse importante est survenue au quatrième trimestre de 2001, avec 48 755 examens. Le programme commençait alors à être offert dans deux nouvelles régions, soit le Bas-Saint-Laurent et le Saguenay-Lac-Saint-Jean, mais l'augmentation du nombre de mammographies observée durant cette période est trop importante pour être attribuable qu'à l'ajout de ces régions.

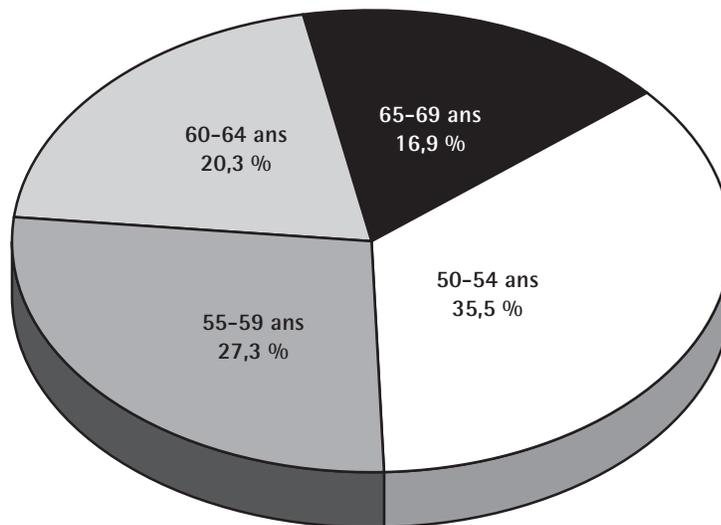
3. La possibilité de voir des femmes à leur troisième mammographie en si peu de temps vient du fait qu'une modification apportée au règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie en novembre 2001 permet que les femmes puissent désormais se prévaloir d'une mammographie tous les ans, plutôt que tous les deux ans, sur recommandation de leur médecin.

3. Répartition des mammographies de dépistage selon l'âge

La figure suivante montre la répartition, selon l'âge, des mammographies que les femmes de 50 à 69 ans ont passées depuis le début du programme.

Figure 2

Répartition des mammographies selon le groupe d'âge,
Québec, de 1998 à 2001



Parmi l'ensemble des femmes de 50 à 69 ans, les plus jeunes ont été les plus nombreuses à participer au PQDCS. En effet, les femmes de 50 à 54 ans représentent plus du tiers des femmes (35,5 %) ayant passé une mammographie de dépistage, tandis que les femmes de 65 à 69 ans n'en représentent que 16,9 %. Le pourcentage de mammographies de dépistage effectuées selon le groupe d'âge varie peu d'une année à l'autre. Seul le groupe des femmes de 65 à 69 ans a connu une légère baisse, passant de 19 % à 16 % entre 1998 et 2001 (données non illustrées).

4. Nombre de mammographies de dépistage par année et par région de production

Le nombre annuel total de mammographies augmente d'année en année. Cela est dû en partie au nombre grandissant de régions où le programme est offert. L'année 1998 est une année incomplète, puisque le programme n'a été mis en oeuvre qu'au mois de mai 1998.

Le tableau suivant montre le nombre de mammographies faites dans les centres de dépistage de chaque région, depuis le début du programme. Les données par région fluctuent selon les années. Les hausses et les baisses peuvent être liées, entre autres, à la stratégie employée pour inviter les femmes à participer au programme dans chacune des régions et à certaines pénuries de main-d'œuvre (technologues, radiologistes) que connaissent quelques régions.

Tableau 2

Nombre de mammographies de dépistage par année et par région de production, Québec, de 1998 à 2001

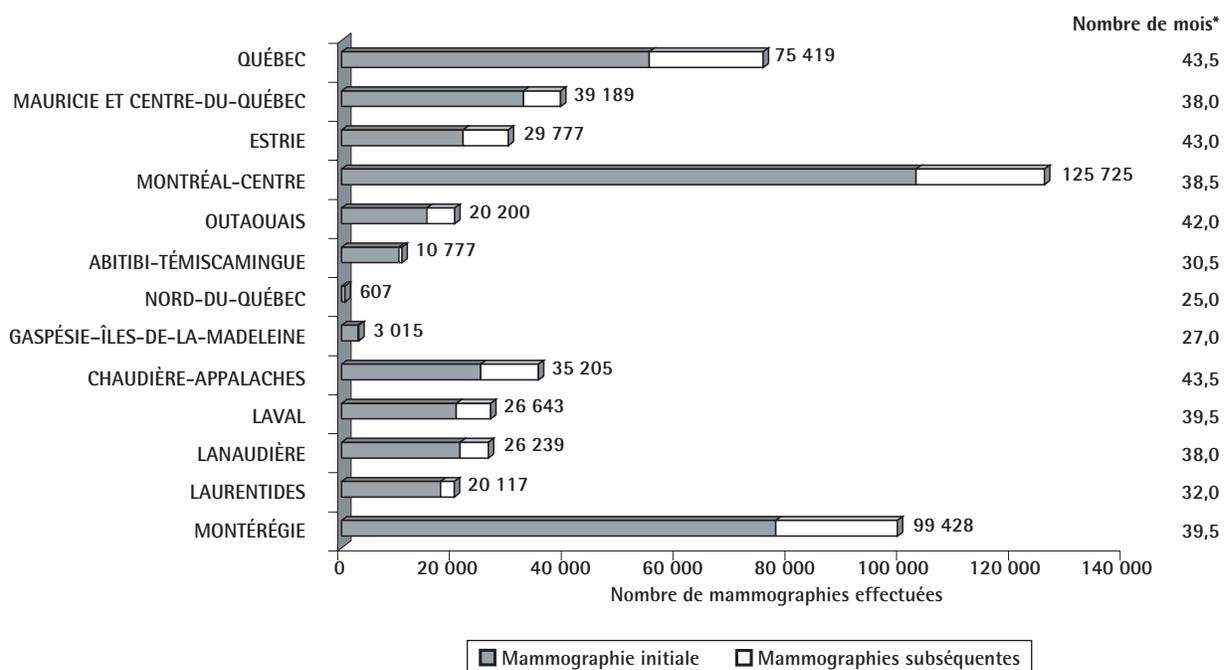
RÉGION DE PRODUCTION	1998	1999	2000	2001	Total
BAS-SAINT-LAURENT	0	0	0	286	286
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	0	0	0	979	979
QUÉBEC	13 188	19 215	20 441	22 575	75 419
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	953	11 185	13 027	14 024	39 189
ESTRIE	4 169	8 398	8 350	8 860	29 777
MONTRÉAL-CENTRE	6 122	42 055	37 513	40 035	125 725
OUTAOUAIS	2 337	5 613	5 066	7 184	20 200
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	0	1 058	5 261	4 458	10 777
NORD-DU-QUÉBEC	0	21	365	221	607
GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE	0	126	1 435	1 454	3 015
CHAUDIÈRE-APPALACHES	5 515	9 040	9 555	11 095	35 205
LAVAL	2 366	8 804	6 486	8 987	26 643
LANAUDIÈRE	1 524	7 413	8 835	8 467	26 239
LAURENTIDES	0	4 379	7 857	7 881	20 117
MONTÉRÉGIE	7 628	27 898	28 727	35 175	99 428
TOTAL	43 802	145 205	152 918	171 681	513 606

5. Nombre total de mammographies de dépistage, par région de production et selon qu'il s'agit d'une mammographie initiale ou subséquente

La figure 3 présente les volumes de mammographies de dépistage enregistrés dans les régions où le programme a commencé à être offert en 1998 ou en 1999. Tel que cela était attendu, les régions les plus peuplées ont les volumes de mammographies de dépistage les plus importants.

Figure 3

Nombre de mammographies de dépistage effectuées par région de production et selon qu'il s'agit d'une mammographie initiale ou subséquente, Québec, de 1998 à 2001



* Indique, au 31 décembre 2001, depuis combien de mois le programme est offert dans la région.

6. Proportion des femmes ayant passé une mammographie de dépistage dans leur région de résidence

Les femmes ont la possibilité de passer leur mammographie dans le centre de dépistage de leur choix, lequel peut être situé dans une autre région que celle où elles résident. La proportion des femmes qui utilisent les services offerts dans leur région de résidence constitue le taux de rétention régionale. Cette notion est utile pour planifier ou améliorer l'ensemble des services offerts dans les régions.

Tableau 3

Taux de rétention régionale,
Québec, 2000 et 2001

RÉGION DE RÉSIDENCE	2000		2001	
	n*	%	n	%
BAS-SAINT-LAURENT	179	0,0	437	64,1
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	95	0,0	1 031	93,4
QUÉBEC	18 327	98,9	20 299	99,3
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	13 508	94,3	14 454	95,2
ESTRIE	8 583	95,0	9 150	95,2
MONTRÉAL-CENTRE	32 040	97,3	33 918	97,9
OUTAOUAIS	5 118	97,9	7 177	98,9
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	5 076	99,4	4 333	99,5
CÔTE-NORD	135	0,0	195	0,0
NORD-DU-QUÉBEC	499	68,7	338	63,9
GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE	1 488	95,1	1 537	93,9
CHAUDIÈRE-APPALACHES	10 990	83,7	12 619	85,3
LAVAL	6 910	74,7	9 497	79,1
LANAUDIÈRE	10 182	82,9	9 993	81,5
LAURENTIDES	8 902	80,0	9 134	79,3
MONTÉRÉGIE	30 839	90,0	37 521	91,5
NUNAVIK	8	0,0	4	0,0
TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES	6	0,0	2	0,0
Région inconnue	33	-	42	-
TOTAL	152 918	91,3	171 681	92,1

* n = nombre de mammographies de dépistage.

En 2001, le taux de rétention régionale de la population varie de 63,9 % à 99,5 % dans les régions où le programme est offert. Entre 2000 et 2001, le taux est demeuré relativement stable. Il est très élevé dans les grands centres, comme Montréal-Centre et Québec, ainsi que dans certaines régions plus éloignées comme l'Outaouais ou l'Abitibi-Témiscamingue. Il est plus faible dans les régions situées près des grands centres, comme Laval, les Laurentides ou Lanaudière. Le faible taux observé dans la région du Bas-Saint-Laurent est probablement dû au retard à y mettre en œuvre le programme, qui a fait en sorte que plusieurs femmes ont utilisé des services ailleurs au Québec en attendant que le programme soit offert dans leur région.

7. Proportion des femmes ayant eu recours à la mammographie

Pour obtenir un effet significatif sur la mortalité par cancer du sein, les programmes de dépistage doivent rejoindre le plus grand nombre de femmes. Le PQDCS vise un taux de participation de la population cible d'au moins 70 %.

Le tableau 4 illustre l'évolution des taux régionaux de participation à la mammographie par période de 24 mois. Les deux premières colonnes présentent le taux de participation au PQDCS pour les années 1999-2000 et 2000-2001 (femmes qui ont passé une mammographie de dépistage et donné leur consentement à participer au programme). Le taux n'est calculé que pour les régions où le programme est implanté depuis au moins 24 mois. Le taux total est d'ailleurs calculé en ne tenant compte que de ces régions ; il s'établit à 42,1 % en 1999-2000 et à 43,4 % en 2000-2001.

Les deux dernières colonnes présentent le taux de recours à la mammographie établi selon le fichier des actes médicaux de 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. En l'espace de deux ans, ce taux a progressé de 55,9 % à 63,2 %, pour approcher ou dépasser 70 % dans quelques régions.

Tableau 4

Taux de participation au PQDCS et taux de couverture relatif à la mammographie (RAMQ) sur une période de 24 mois et par région de résidence

RÉGION DE RÉSIDENCE	Taux PQDCS 1999-2000 (%)	Taux PQDCS 2000-2001 (%)	TAUX RAMQ* 1997-1998 (%)	TAUX RAMQ* 1999-2000 (%)
BAS-SAINT-LAURENT	**	**	64,8	64,7
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	**	**	54,8	60,4
QUÉBEC	47,8	50,7	58,8	67,1
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	46,8	50,4	53,2	65,0
ESTRIE	55,9	55,3	64,7	71,2
MONTRÉAL-CENTRE	32,9	32,2	53,1	59,7
OUTAOUAIS	35,5	38,8	49,4	57,2
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	**	65,3	55,8	68,1
CÔTE-NORD	**	**	56,7	55,5
NORD-DU-QUÉBEC	**	60,1	66,4	73,2
GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE	**	25,6	54,6	54,0
CHAUDIÈRE-APPALACHES	54,1	57,1	58,5	68,7
LAVAL	41,1	41,7	56,1	63,0
LANAUDIÈRE	47,9	48,9	57,3	63,5
LAURENTIDES	**	37,0	57,6	61,9
MONTÉRÉGIE	44,4	47,5	56,4	64,5
NUNAVIK	**	**	9,2	10,5
TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES	**	**	16,9	35,8
RÉGIONS OÙ LE PROGRAMME EST OFFERT	42,1	43,4	55,9 ***	63,2 ***

* Ce taux inclut les mammographies de dépistage et diagnostiques.
 ** Le programme n'était pas offert depuis 24 mois à cette période.
 *** Source des données du numérateur : Fichier non nominatif des codes d'acte de la RAMQ.
 Source des données du dénominateur : Projections démographiques de la population, Institut de la statistique du Québec, juin 2002.

8. Facteurs de risque et profil des participantes

Les antécédents familiaux de cancer du sein et le fait de ne pas avoir eu d'enfant sont reconnus comme des facteurs de risque. L'hormonothérapie de substitution après la ménopause est aussi associée à un risque accru de cancer du sein lorsqu'elle se prolonge au delà de cinq ans. Au moment de la mammographie de dépistage, des questions sur des caractéristiques telles que le fait d'avoir eu un examen clinique des seins au cours de la dernière année, la présence de symptômes et le port d'implants mammaires sont également posées aux femmes pour obtenir un profil plus complet des participantes au PQDCS. Les tableaux suivants précisent ces caractéristiques ainsi que l'évaluation de la densité mammaire telle qu'elle est inscrite par le radiologiste dans le rapport de la mammographie.

Tel que l'illustre le tableau suivant, 13,7 % des femmes de 50 à 69 ans ont déclaré avoir des antécédents familiaux de cancer du sein au premier degré (mère, sœur, fille). La proportion augmente de façon linéaire avec l'âge.

La proportion des femmes de 50 à 69 ans qui n'ont eu aucune grossesse de 20 semaines ou plus est de 15,7 %.

Tableau 5

Facteurs de risque selon le groupe d'âge,
Québec, de 1998 à 2001

	De 50 à 54 ans (%)	De 55 à 59 ans (%)	De 60 à 64 ans (%)	De 65 à 69 ans (%)	Total (%)
Antécédents familiaux de cancer du sein (mère, sœur, fille)	11,4	13,2	15,5	17,3	13,7
Aucune grossesse de 20 semaines ou plus	17,0	15,2	14,5	15,4	15,7

Le tableau 6 présente quelques données concernant le profil des femmes.

La proportion des femmes ayant déclaré avoir eu un examen clinique des seins au cours de la dernière année est de 70 %. Elle décroît de façon linéaire avec l'âge, passant de 74 % chez les femmes de 50 à 54 ans à 62 % chez celles qui ont de 65 à 69 ans.

Dans l'ensemble, 14,2 % des femmes rapportent des symptômes et cette proportion varie peu selon l'âge. Toutefois, lorsqu'on exclut la douleur aux seins de l'ensemble des symptômes, cette proportion diminue à 4,5 %.

En moyenne, 53 % des femmes sont sous hormonothérapie de substitution au moment de leur mammographie de dépistage. La proportion des femmes qui sont sous hormonothérapie est plus élevée dans le groupe ayant de 55 à 59 ans (64,3 %).

La densité mammaire décroît avec l'âge. La proportion des femmes qui ont une densité élevée sur plus de 75 % du tissu mammaire est en moyenne de 6,7 %. Elle n'est plus que de 3,9 % chez les femmes de 65 à 69 ans, comparativement à 9,1 % chez les femmes de 50 à 54 ans.

Tableau 6

Profil des participantes selon le groupe d'âge,
Québec, de 1998 à 2001

	De 50 à 54 ans (%)	De 55 à 59 ans (%)	De 60 à 64 ans (%)	De 65 à 69 ans (%)	Total (%)
Examen clinique des seins au cours de la dernière année	73,6	70,8	67,1	61,7	69,5
Symptômes	14,6	14,3	13,9	13,7	14,2
Hormonothérapie de substitution (en cours)	50,9	64,3	54,3	39,7	53,3
Port d'implant mammaire	2,9	2,8	2,0	1,3	2,4
Densité mammaire élevée					
Moins de 25 %	23,3	29,3	34,5	39,2	29,9
De 25 à 49 %	36,8	38,0	38,2	37,6	37,6
De 50 à 75 %	30,7	26,2	22,3	19,2	25,8
Plus de 75 %	9,1	6,5	4,9	3,9	6,7

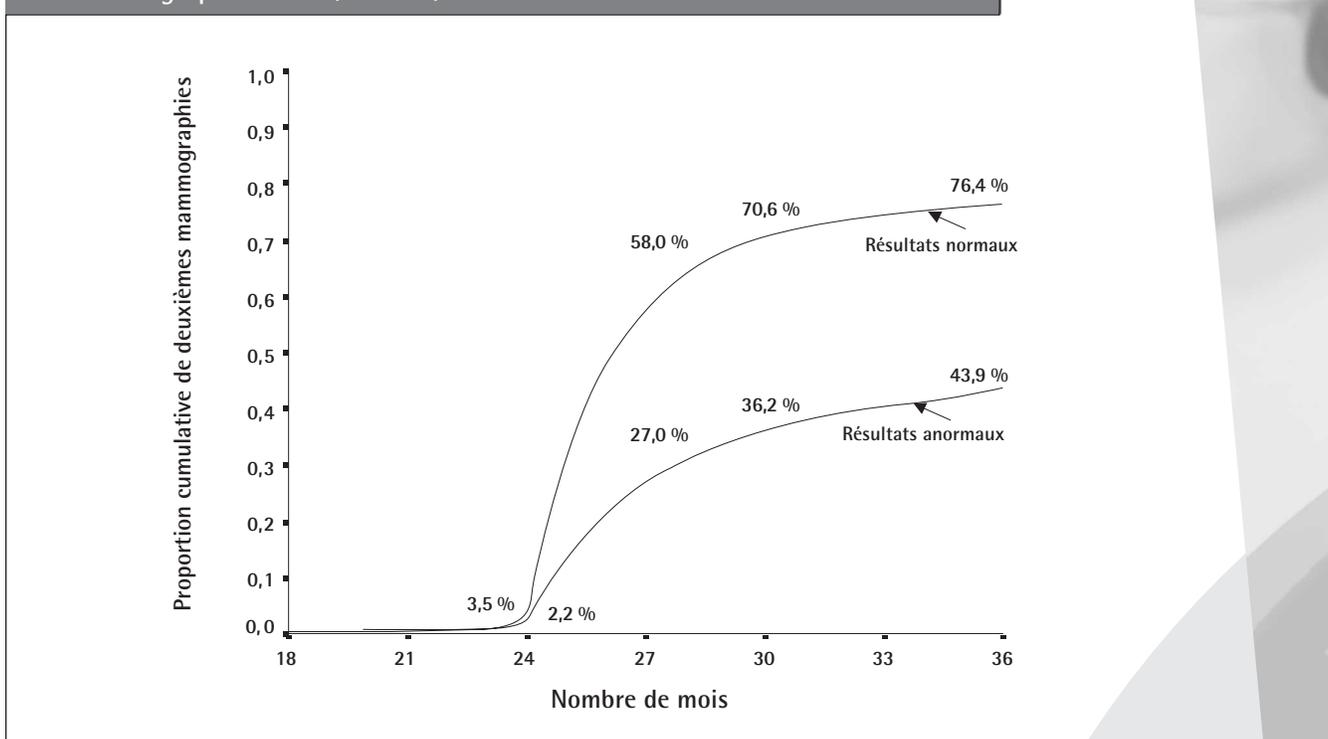
9. Taux de fidélité au programme

Dans le cadre du PQDCS, les femmes sont invitées à passer une mammographie tous les deux ans. La proportion de femmes qui reviennent passer une mammographie dans un certain délai correspond au taux de fidélité au programme. La figure 4 illustre le taux mesuré sur une période de 36 mois. Il a été calculé en tenant compte du fait que le résultat de la première mammographie était normal ou anormal.

Globalement, 58 % des femmes dont le résultat de la mammographie initiale était normal ont passé une mammographie subséquente à l'intérieur d'un délai de 27 mois, alors que la proportion passait à 76,4 % à 36 mois. Chez les femmes dont le résultat était anormal, les proportions sont beaucoup plus faibles, soit 27 % à 27 mois et 43,9 % à 36 mois.

Figure 4

Taux de fidélité des femmes au programme de dépistage, selon le résultat à la mammographie initiale, Québec, de 1998 à 2001



Le taux de fidélité varie peu avec l'âge. Par contre, des différences existent d'une région à l'autre. Pour ce qui est des femmes dont le résultat de la mammographie était normal, les régions de Québec et de Chaudière-Appalaches présentent les taux les plus élevés, soit 81 % et 83 % respectivement. À l'opposé, les régions de l'Outaouais et de Montréal-Centre ont les taux les plus bas, avec 74 % et 71 % respectivement (données non illustrées).

En ce qui concerne les femmes dont le résultat de la mammographie était anormal, les tendances sont les mêmes sauf pour l'Outaouais qui, cette fois, se démarque par le taux le plus élevé, soit 63 % (donnée non illustrée).

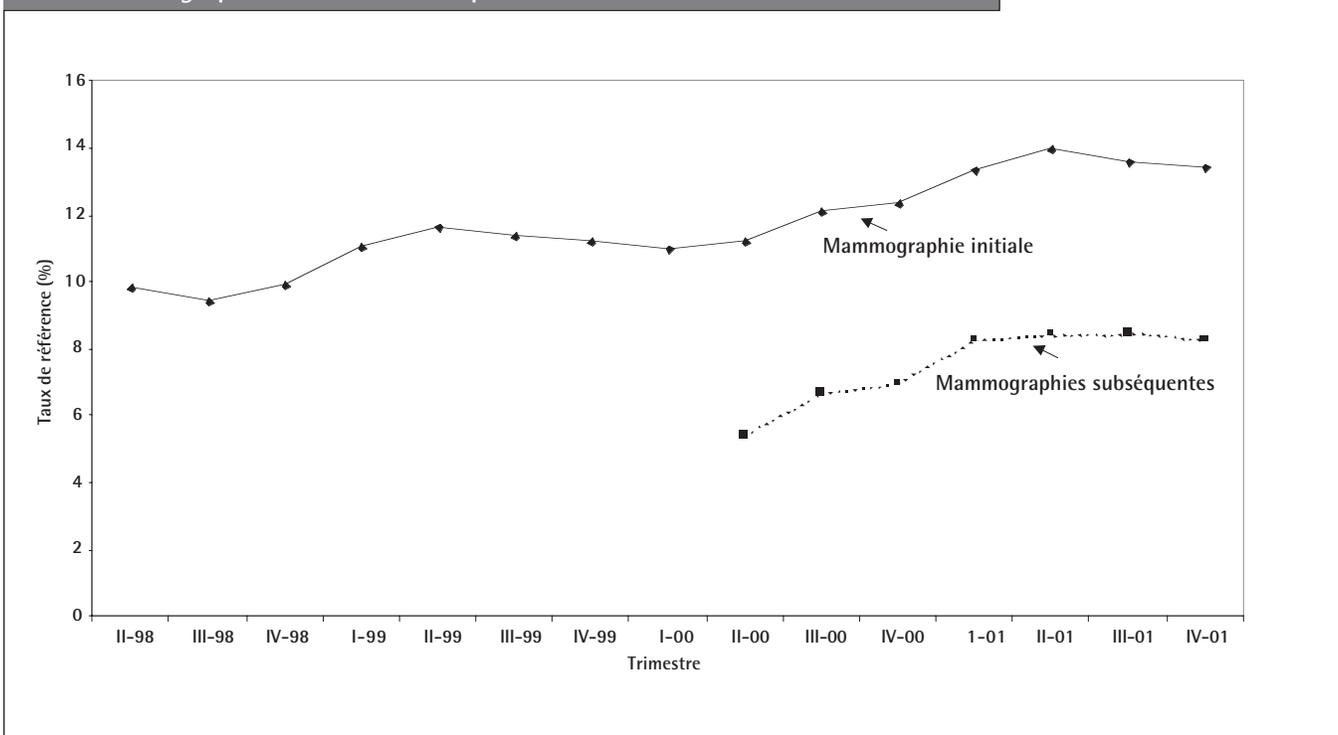
10. Taux de référence pour investigation

La figure 5 et le tableau 7 présentent les taux de référence pour investigation (correspondant à la proportion de résultats anormaux) après une mammographie de dépistage. Les taux sont aussi établis selon qu'il s'agit de la mammographie initiale ou d'une mammographie subséquente, puisque les cibles sont alors différentes.

La figure 5 illustre l'évolution, par trimestre, des taux de référence depuis le début du programme en distinguant les mammographies initiales et subséquentes. Les deux courbes suivent une même tendance, d'abord à la hausse, se stabilisant par la suite.

Figure 5

Taux de référence pour investigation, par trimestre et selon qu'il s'agit d'une mammographie initiale ou subséquente, Québec, de 1998 à 2001



Au tableau 7, les taux sont calculés pour les régions ayant déployé le programme depuis au moins 24 mois. Les taux varient d'une région à l'autre. Ils vont de 6,4 % à 18,7 % pour la première mammographie et de 6,3 % à 11,1 % pour les mammographies subséquentes.

Comme on pouvait s'y attendre, le taux de référence est plus élevé lorsqu'il s'agit de la mammographie initiale, avec 11,7 % en moyenne, qu'à l'occasion d'une mammographie subséquente, où il s'établit à 8,1 % en moyenne.

Selon la proposition du Comité de soutien à la qualité du PQDCS, un groupe de travail a été constitué afin d'analyser les déterminants du taux de référence pour investigation (voir l'annexe 2). Le rapport du groupe de travail sera diffusé en 2003.

Tableau 7

Taux de référence par région et selon qu'il s'agit d'une mammographie initiale ou subséquente, Québec, de 1998 à 2001

RÉGIONS DE PRODUCTION		MAMMOGRAPHIES		TOTAL
		INITIALE	SUBSÉQUENTES	
QUÉBEC	%	11,3	6,3	9,9
	(n)	(55 007)	(20 412)	(75 419)
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	%	11,1	7,3	10,4
	(n)	(32 501)	(6 688)	(39 189)
ESTRIE	%	6,4	6,7	6,5
	(n)	(21 709)	(8 068)	(29 777)
MONTRÉAL- CENTRE	%	12,6	9,1	11,9
	(n)	(102 739)	(22 986)	(125 725)
OUTAOUAIS	%	12,6	8,7	11,6
	(n)	(15 205)	(4 995)	(20 200)
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	%	13,9	11,8	13,8
	(n)	(10 252)	(525)	(10 777)
NORD-DU-QUÉBEC	%	18,2	-	18,1
	(n)	(605)	(2)	(607)
GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE	%	18,0	18,7	18,0
	(n)	(2 940)	(75)	(3 015)
CHAUDIÈRE-APPALACHES	%	11,5	8,5	10,7
	(n)	(24 855)	(10 350)	(35 205)
LAVAL	%	12,7	9,5	12,0
	(n)	(20 493)	(6 150)	(26 643)
LANAUDIÈRE	%	12,7	7,3	11,7
	(n)	(21 193)	(5 046)	(26 239)
LAURENTIDES	%	13,5	11,1	13,2
	(n)	(17 691)	(2 426)	(20 117)
MONTÉRÉGIE	%	11,0	8,5	10,5
	(n)	(77 692)	(21 736)	(99 428)
TOTAL	%	11,7	8,1	10,9
	(n)	(404 130)	(109 476)	(513 606)

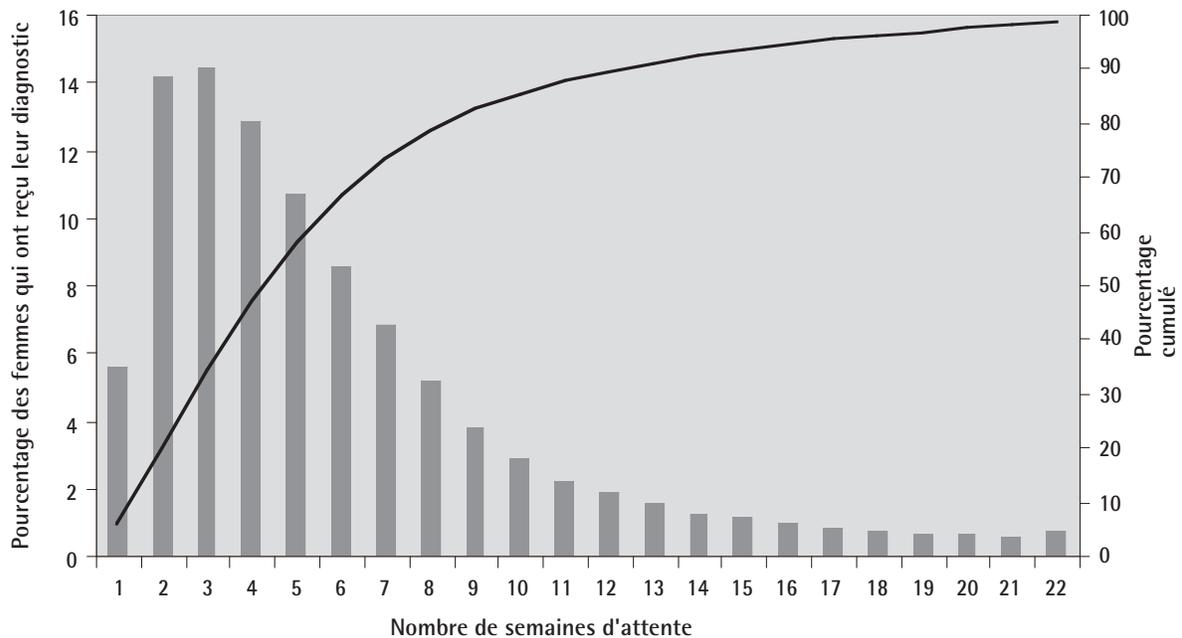
11. Confirmation diagnostique

Afin de comprendre le cheminement diagnostique des femmes ayant eu un résultat anormal et de connaître avec plus de précision les délais et les résultats de l'investigation, il a fallu procéder à des jumelages de fichiers.

La présente section montre le délai entre la mammographie de dépistage initiale anormale et le diagnostic (n = 32 666) ainsi que le profil d'investigation des femmes à la suite d'un résultat anormal à la mammographie de dépistage. Les mammographies de dépistage ont été effectuées entre mai 1998 et décembre 2000 (n = 36 154).

Figure 6

Délai entre la mammographie de dépistage initiale anormale et le diagnostic, femmes âgées de 50 à 69 ans, Québec, de 1998 à 2000

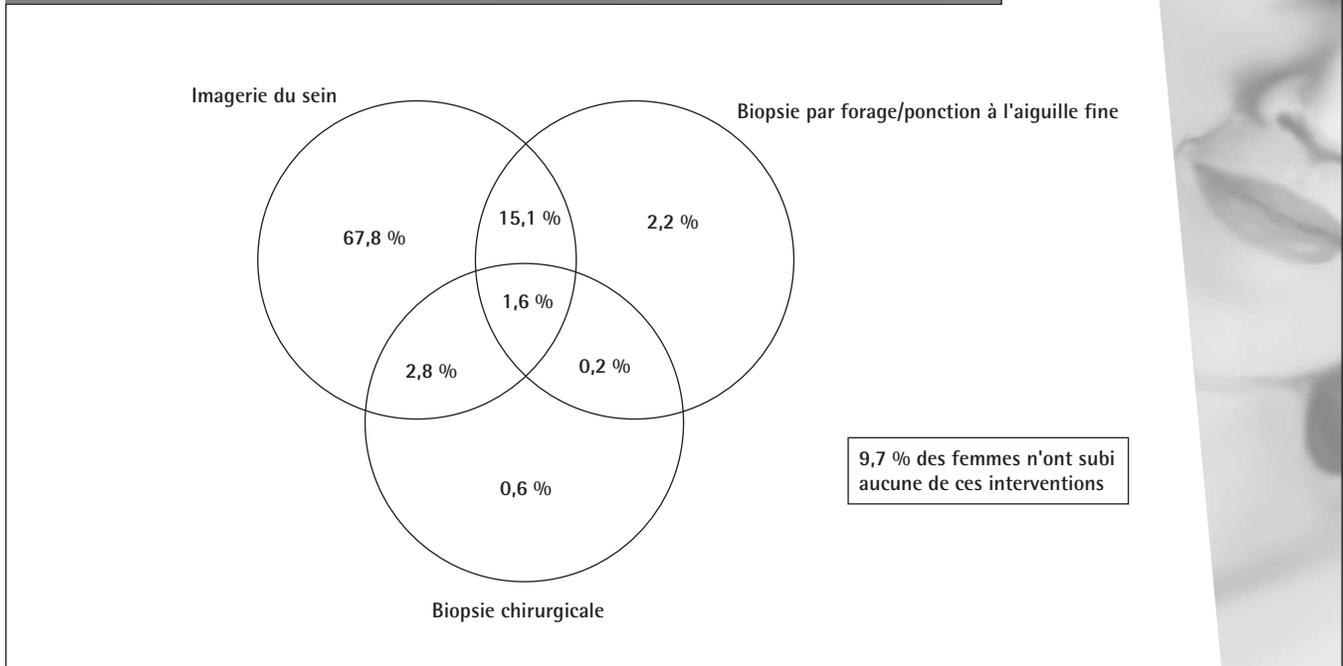


À la suite d'une mammographie dont le résultat était anormal, la moitié des femmes ont eu un diagnostic à l'intérieur de quatre semaines. Le diagnostic est le plus souvent obtenu durant la deuxième ou la troisième semaine de l'investigation.

La figure 7 illustre les types d'interventions diagnostiques faites sur 36 154 femmes après leur mammographie initiale, qui a eu lieu entre mai 1998 et décembre 2000.

Figure 7

Types d'interventions diagnostiques à la suite d'une mammographie de dépistage initiale anormale chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, Québec, de 1998 à 2000



La majorité des femmes ayant eu des examens complémentaires visant à confirmer le diagnostic ont passé au moins un examen d'imagerie⁴ (87 %). Pour 68 % des femmes, l'imagerie représente le seul type d'examen effectué.

Lorsque les examens d'imagerie ne sont pas concluants, ou plus rarement d'emblée, une biopsie est recommandée. La ponction à l'aiguille fine ou la biopsie par forage ont été utilisées chez 19 % des femmes. La plupart du temps, ces interventions diagnostiques s'accompagnaient d'examens d'imagerie (15,1 %) ou, plus rarement, d'une biopsie chirurgicale⁵ (0,2 %). Enfin, chez 1,6 % des femmes, les trois types d'actes ont été utilisés.

Une biopsie chirurgicale a été pratiquée chez 5,2 % des femmes. La plupart du temps, elle est accompagnée d'autres interventions. Enfin, selon les données disponibles, 9,7 % des femmes n'auraient subi aucune de ces interventions diagnostiques après leur mammographie de dépistage initiale anormale.

4. Cette catégorie inclut les mammographies diagnostiques, les incidences supplémentaires, les agrandissements, les compressions et les échographies.

5. Cette catégorie inclut les biopsies incisionnelles, les biopsies excisionnelles et les mastectomies partielles.

12. Taux de détection du cancer et valeur prédictive positive

Le tableau suivant présente les premiers estimés du taux de détection du cancer, de la proportion de cancers *in situ* et de la valeur prédictive positive (VPP) pour les années 1998-1999 et 2000. En raison du petit nombre de femmes ayant eu une deuxième mammographie durant cette période, seuls les résultats à la mammographie initiale ont été considérés pour le calcul des indicateurs.

Tableau 8

Taux de détection du cancer, proportion de cancers *in situ* et valeur prédictive positive, femmes de 50 à 69 ans, Québec, 1998-1999 et 2000

Année	1998-1999			2000			
	Groupe d'âge	50-59 ans	60-69 ans	Total	50-59 ans	60-69 ans	Total
Taux de détection pour 1 000 femmes		5,1	7,5	6,0	5,1	7,6	6,0
Proportion de cancers <i>in situ</i> * (%)		24,1	17,6	21,0	22,7	14,2	18,8
Valeur prédictive positive (%)		4,5	7,2	5,5	4,2	7,0	5,1

* Les données manquantes concernant le type de cancer du sein sont exclues du calcul.

Le nombre de cancers du sein détectés est de 1 133 en 1998-1999 et de 794 en 2000. Le taux de détection global du cancer du sein en 1998-1999 et en 2000 est de 6,0 cancers pour 1 000 femmes ayant passé une mammographie de dépistage. Le taux de détection concernant les femmes de 50 à 59 ans est inférieur à celui qui a été obtenu pour les femmes de 60 à 69 ans ; ils sont respectivement de 5,1 et de 7,6 cancers pour 1 000 femmes en 2000. Parmi l'ensemble des cancers, les proportions de cancers *in situ* sont de 21 % en 1998-1999 et de 19 % en 2000. La valeur prédictive positive pour l'ensemble des femmes est de 5,5 % en 1998-1999 et de 5,1 % en 2000, c'est-à-dire que, pour 20 femmes dont le résultat de la mammographie de dépistage est anormal, une seule femme recevra un diagnostic de cancer après l'investigation.

DISCUSSION DES RÉSULTATS ET PERSPECTIVES

À la fin de 2001, le PQDCS couvrait presque l'ensemble du territoire et des services itinérants se mettaient en place graduellement. Toutefois, l'organisation des services demeure fragile à quelques endroits en raison de la pénurie de personnel affectant autant les radiologistes que les technologues en radiologie et aussi en raison de la difficulté qu'ont eu certains centres à obtenir ou à maintenir la certification en mammographie. Des démarches sont en cours pour mettre en place l'équipe de soutien revendiquée par plusieurs intervenants et pour reprendre les travaux relatifs au développement d'un logiciel qui aidera les centres à mener à bien leurs activités de contrôle de la qualité.

Malgré des efforts intenses pour promouvoir le dépistage auprès des femmes visées, les taux de participation demeurent sous-optimaux par rapport à la norme établie de 70 %. Toutefois, une progression notable des taux de mammographie a été observée sur la base des données de la RAMQ. En 2000, par exemple, ce taux approchait ou dépassait 70 % dans quelques régions. L'écart entre les données de la RAMQ et les données du PQDCS (environ 20 % de plus selon les données de la RAMQ) indique qu'un grand nombre de mammographies sont encore réalisées hors programme. Il est probable qu'une partie de cette proportion s'explique par le fait que certains médecins orientent les femmes vers des examens de diagnostic plutôt qu'en dépistage.

En novembre 2001, une modification au règlement de la Loi sur l'assurance maladie est venue assouplir certaines modalités de l'accès à la mammographie de dépistage. Les changements affectent surtout les femmes de moins de 50 ans ainsi que les femmes de 50 ans ou plus présentant des conditions particulières, envers qui les anciennes modalités d'accès entraînaient beaucoup de résistance et de frustration chez les cliniciens. Plusieurs activités de communication à l'intention des médecins ont été prévues en 2002 afin de leur expliquer la modification au règlement, tout en réaffirmant que la norme du programme demeure la même (mammographie de dépistage tous les deux ans entre 50 et 69 ans).

Les données du sondage mené auprès de la population au début de l'année 2001 ainsi que les résultats de plusieurs autres enquêtes effectuées dans différentes régions auprès des femmes ou des médecins de première ligne devraient contribuer à mieux comprendre les barrières au dépistage et à revoir le plan de communication à l'échelle nationale.

Les taux de référence pour investigation à la suite d'une mammographie de dépistage anormale sont supérieurs au taux visé. Toutefois, ils demeurent semblables aux taux observés dans plusieurs autres provinces canadiennes, qui étaient en moyenne de 9,6 % chez les femmes de 50 à 59 ans et de 8,7 % chez les femmes de 60 à 69 ans durant la période 1997-1998⁶. Des analyses complémentaires ont été entreprises par l'équipe de travail sur l'évaluation du PQDCS afin de mieux comprendre les déterminants du taux de référence et de proposer les solutions pertinentes.

6. SANTÉ CANADA, *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada : Rapport de 1997 et 1998*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001.



Les premières données concernant les taux de détection du cancer permettent de croire que le programme a atteint ses objectifs sur ce point. Au premier examen de dépistage, le taux attendu est d'au moins 5 cancers pour 1 000 femmes qui passent un test de dépistage, alors que le taux obtenu dans le cadre du PQDCS est de 6,0 pour 1 000 femmes en 2000. Ce taux est même particulièrement élevé, considérant le fait que la majorité des femmes avaient déjà subi au moins une mammographie dans le passé. D'autres analyses sont en cours pour mieux détailler cet indicateur et décrire les caractéristiques des cancers détectés, comme la taille de la tumeur et la proportion de cancers sans envahissement ganglionnaire.

L'analyse des résultats du programme et le calcul de certains indicateurs pour l'ensemble des femmes du Québec, comme le taux de cancers détectés par le dépistage et le taux de cancers observés après les examens de dépistage (appelés cancers d'intervalle dans certains documents), nécessitent des données valides et exhaustives, pour lesquels des jumelages de fichiers sont nécessaires. À l'INSPO, l'équipe d'évaluation du PQDCS s'est vu confier le mandat d'établir la méthode appropriée et de produire les analyses nécessaires aux fins de l'évaluation du PQDCS dans le cadre d'un projet de recherche (voir l'annexe 2).

LA REFONTE DU SYSTÈME D'INFORMATION

Parallèlement à l'implantation du PQDCS, un système d'information a été déployé, d'une part pour s'assurer que l'invitation à participer au programme était faite à toutes les femmes visées et que les résultats seraient transmis à chaque femme ainsi qu'à son médecin traitant et d'autre part, pour colliger les résultats des examens de dépistage et de diagnostic provenant des centres participants. Ce système devait également permettre l'évaluation des activités et des résultats du programme. Les années 2000 et 2001 ont servi à établir des constats sur le fonctionnement du système d'information. Dès l'automne 2000, la décision a été prise d'effectuer les analyses nécessaires à la refonte de ce système. Un rapport d'analyse préliminaire a été déposé et accepté en 2001.

Concurremment, des travaux constants ont permis de rehausser et de stabiliser le fonctionnement du système d'information en place, en plus d'augmenter sa robustesse. Ces travaux ont effectivement augmenté les performances du système, préparant ainsi le transfert éventuel des données dans un système d'information amélioré.

Conclusion

Les années 2000 et 2001 ont été marquées par les travaux visant à compléter l'implantation du PQDCS dans toutes les régions et à rendre la mammographie de dépistage accessible au plus grand nombre de femmes.

Les travaux structurants qui ont été menés par l'équipe ministérielle, le Comité de soutien à la qualité et le Comité d'évaluation (transformé en équipe d'évaluation rattachée à l'INSPO) ainsi que les travaux entrepris en vue de la refonte du système d'information du PQDCS ont rendu possible la production de plusieurs documents, qui serviront à orienter les différentes activités organisées dans le cadre du PQDCS et les améliorations à y apporter. Au cours des prochaines années, une attention particulière sera accordée aux mesures visant l'amélioration de la qualité. L'équipe ministérielle du PQDCS a dû augmenter ses effectifs pour faire face à un plan de travail élargi et à un besoin d'intensifier ses activités de communication.

Bien que l'implantation du PQDCS ait été plus longue que prévue, les résultats obtenus jusqu'à maintenant témoignent des efforts constants de nombreux intervenants et partenaires. Nous tenons à les en remercier chaleureusement et nous comptons sur la collaboration soutenue de chacun pour relever les défis qui se dessinent.



Liste des centres de coordination des services régionaux du PQDCS

Région 01

Centre de coordination des services régionaux
du PQDCS

Régie régionale de la santé et des 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

Centre universitaire de santé de l'Estrie
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 la 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
909, boulevard De La Vérendrye
Gatineau (Québec) J8P 7H2
Téléphone : (819) 561-8265
Télécopieur : (819) 561-8306

Région 08

Centre de coordination des services régionaux
du PQDCS

Régie régionale de la santé et des services sociaux
de l'Abitibi-Témiscamingue
Direction de la santé publique
Pavillon Laramée
1, 9^e 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
Régie régionale de la santé et des services
sociaux de la Côte-Nord
691, rue Jalbert
Baie-Comeau (Québec) G5C 2A1
Téléphone : (418) 589-9845, poste 2692
Télécopieur : (418) 589-8574

Région 10

Centre de coordination des services régionaux
du PQDCS
Direction de la santé publique
Centre régional de santé et des services
sociaux de la Baie-James
179, 5^e Avenue
Chibougamau (Québec) G8P 3A7
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
Régie régionale de la santé et des 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
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3
Téléphone : (450) 928-6777
Télécopieur : (450) 928-6763

Région 17

Centre de coordination des services régionaux
du PQDCS
Régie régionale de la santé et des services sociaux
du Nunavik
C.P. 900
Kuujuaq (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
Département de santé publique
C.P. 930
Chisasibi (Québec) J0M 1E0
Téléphone : (819) 855-9001, poste 5338



Liste des projets de recherche évaluative

Projet : Lettre d'invitation et taux de participation, PQDCS 1998-1999

Objectif : Évaluer l'influence des lettres d'invitation sur le taux de participation au dépistage.

Projet : Évaluation de la concordance entre les archivistes médicales et les médecins spécialistes experts en ce qui concerne la codification des données devant être entrées dans le système d'information du PQDCS

Objectif : Évaluer le degré de concordance entre les archivistes médicales et les médecins spécialistes experts (radiologistes, pathologistes et chirurgiens) pour l'entrée des données des formulaires de confirmation diagnostique, pathologie et rapport détaillé du clinicien à partir des données d'investigation des femmes avec mammographie anormale dans le cadre du PQDCS.

Projet : Déterminants des taux de référence, PQDCS 1999

Objectif : Évaluer l'influence des caractéristiques des femmes et des radiologistes sur les taux de référence.

Projet : Suivi des mammographies anormales, PQDCS 1998-1999

Objectifs :

- a) Définir les stratégies pour connaître le taux de détection de cancers, la valeur prédictive positive ainsi que le type et la caractérisation des cancers du sein à partir des données recueillies par le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) ;
- b) déterminer les facteurs associés aux variations du taux de détection de cancers en 1998 et en 1999 ;
- c) examiner les variations du profil d'investigation et les délais d'investigation selon les caractéristiques des femmes et des radiologistes.

Projet : Cancers post-dépistage chez les femmes dont la mammographie de dépistage était normale, PQDCS 1998-1999-2000

Objectif : Développer et tester une stratégie concernant l'estimation du taux de cancer post-dépistage pour la période allant de mai 1998 à décembre 2000.

Liste des coordonnatrices administratives et des responsables médicaux des CCSR, 2000-2001

Annexe 3

Région	Coordonnatrices administratives	Responsables médicaux
01 Bas-Saint-Laurent	M ^{me} Édith Lamontagne M ^{me} Lucie Lepage	D ^r Gabriel Houle
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	M ^{me} Réjeanne Ouellet-Bergeron M ^{me} Régine Mercier	D ^{re} Patricia Voyer
03 Québec	M ^{me} France Belleau	D ^{re} Johanne Blais
04 Mauricie et Centre-du-Québec	M ^{me} Lucie Ayotte	D ^{re} Marie-Josée Drolet D ^{re} Andrée Côté
05 Estrie	M ^{me} Nicole Desrosiers	D ^{re} Ginette Varin
06 Montréal-Centre	M ^{me} Élizabeth Maltais	D ^{re} Diane Villeneuve
07 Outaouais	M ^{me} Ann Watters	D ^{re} Danielle Guérin
08 Abitibi-Témiscamingue	M ^{me} Angèle Rousseau	D ^r Martin Lavoie
09 Côte-Nord	M ^{me} Marielle Richard	D ^{re} Marie-Ève Morisset
10 Nord-du-Québec	M ^{me} Manon Laporte	D ^{re} Nathalie Saint-Louis
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	M ^{me} Rachelle Cyr	D ^r Wilber Deck D ^r Yv Bonnier Viger
12 Chaudière-Appalaches	M ^{me} Thérèse Pelletier	D ^{re} Diane Cusson
13 Laval	M ^{me} Diane Larocque	D ^{re} Carole Lortie D ^{re} Paule Willett
14 Lanaudière	M ^{me} Marie Ménard	D ^r Martin Lavoie
15 Laurentides	M ^{me} Céline Piché	D ^{re} Johanne Richard-Chesnay
16 Montérégie	D ^{re} Huguette Bélanger D ^{re} Joanne Émond	D ^{re} Huguette Bélanger D ^{re} Joanne Émond
17 Nunavik		D ^r Serge Déry
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James		D ^{re} Élizabeth Robinson

