



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

*Rapport d'activité
2004-2005*

Québec 



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

*Rapport d'activité
2004-2005*

**Santé
et Services sociaux**

Québec 

Rédaction

Équipe du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), Direction de la prévention clinique et de la biovigilance, ministère de la Santé et des Services sociaux :

M^{me} Pauline Thiboutot, coordonnatrice du PQDCS

M. Richard Tremblay, physicien biomédical

D^r Guy Roy, médecin responsable du dépistage, direction de la prévention clinique et de la biovigilance

M^{me} Danièle Desjardins, agente de recherche socioéconomique et conseillère PQDCS

M^{me} Sylvie Crête, agente de recherche socioéconomique et conseillère PQDCS

Équipe d'évaluation du PQDCS, Institut national de santé publique du Québec :

D^r Jacques Brisson

D^{re} Marie-Claude Messely

M^{me} Marie-Hélène Guertin

M. Éric Pelletier

M^{me} Nicole Hébert-Croteau

M^{me} Louise Rochette

M. André Langlois

M^{me} Isabelle Théberge

M^{me} Diane Major

Avec la collaboration de M^{me} Chantal Beaudet

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique : www.msss.gouv.qc.ca/PQDCS

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

Bibliothèque nationale du Canada, 2006

ISBN 2-550-47476-7 (version imprimée)

978-2-550-47476-0

ISBN 2-550-47477-5 (version PDF)

978-2-550-47477-7

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

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) occupe une place toute particulière dans le domaine de la santé publique au Québec. Premier programme populationnel de dépistage d'un cancer à avoir été implanté, son évolution enrichit de façon marquante l'expertise du réseau de la santé publique. Il est donc voué à exercer une grande influence sur la conception et l'implantation de tout autre programme populationnel de dépistage.

La pertinence d'intervenir en prévention du cancer du sein demeure encore aussi grande. Ce cancer est toujours celui qui est le plus souvent diagnostiqué chez les Québécoises, près de 50 % des cas survenant dans le groupe des femmes âgées de 50 à 69 ans. L'efficacité de la mammographie de dépistage pour ce groupe d'âge a d'ailleurs été confirmée par un rapport récent de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Québec.

Les données issues du PQDCS pour les années 2004 et 2005 démontrent que la participation des femmes connaît une croissance constante. Le taux de participation de 50 % au 31 décembre 2005 reste toutefois inférieur à la norme du programme, laquelle est fixée à 70 %.

Les défis, outre l'augmentation de la participation et de la fidélité des femmes au programme, demeurent nombreux. Le taux de référence pour investigation et l'intervalle entre l'examen de dépistage et le diagnostic, entre autres indicateurs, sont préoccupants et appellent différents travaux, notamment en assurance qualité avec des groupes d'experts.

Compte tenu du fait que ce programme peut contribuer à réduire la mortalité associée au cancer du sein, je ne peux qu'encourager toutes les actions favorisant la participation des femmes et la concertation entre les professionnels concernés.

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

Remerciements

Nous désirons remercier toutes les personnes qui travaillent quotidiennement à maintenir le Programme québécois de dépistage du cancer du sein à son niveau optimal dans chacune des régions du Québec. Nous remercions particulièrement les équipes des centres de coordination des services régionaux du programme, celles des centres de dépistage désignés, celles des centres de référence pour investigation désignés ainsi que celle de l'unité mobile Clara.

Nous remercions également nos mandataires et nos partenaires de travail, qui nous apportent une expertise de haut niveau.

Table des matières

Listes des figures et des tableaux	6
Introduction.....	8
Chapitre 1 : Suivi des activités du Programme québécois de dépistage du cancer du sein	9
Activités relatives à l'assurance qualité	9
Activités relatives au contrôle de la qualité en mammographie	10
Manuel de contrôle de la qualité – Volume 2 : Physicien biomédical, édition 2006... ..	10
Évaluation d'un coussinet.....	10
Équipe de soutien technique	11
Certification des centres de mammographie.....	11
Formation en mammographie	11
Autres collaborations.....	12
Logiciel de contrôle de la qualité en mammographie.....	12
Service d'aide à la résolution de problèmes liés au contrôle de la qualité en mammographie	13
Services itinérants de mammographie	13
Indicateurs de performance du Programme québécois de dépistage du cancer du sein	16
Ententes de gestion	16
Évaluation	17
Système d'information du Programme québécois de dépistage du cancer du sein	19
Activités de communication	19
Chapitre 2 : Résultats du Programme québécois de dépistage du cancer du sein en 2004-2005	21
Population cible	22
Volume de mammographies.....	23
Profil des participantes	27
Participation et fidélité au programme de dépistage	29
Taux de participation au PQDCS	29
Taux de couverture relatif à la mammographie	31
Taux de fidélité au programme de dépistage	32
Référence pour investigation.....	36
Confirmation diagnostique.....	37
Détection du cancer.....	41
Cancers d'intervalle	44
Résumé des résultats.....	46
Conclusion	49
Annexe 1 : Sommaire des résultats pour chacun des indicateurs relatifs au dépistage, Québec, de 1998 à 2005.....	50
Annexe 2 : Sommaire des résultats de certains indicateurs relatifs au dépistage selon les régions.....	51
Annexe 3 : Liste des centres de coordination des services régionaux du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	52

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Nombre cumulatif de mammographies de dépistage, Québec, de 1998 à 2005 . . .	23
Figure 2	Nombre de mammographies de dépistage effectuées par trimestre, Québec, de 2001 à 2005	24
Figure 3	Répartition des mammographies de dépistage initiales et subséquentes par groupe d'âge, Québec, 2004-2005	28
Figure 4	Proportion cumulative des femmes ayant passé une deuxième mammographie de dépistage selon le résultat de la mammographie initiale en 2001 et 2002, Québec	33
Figure 5	Proportion cumulative de femmes ayant passé une mammographie de dépistage selon le résultat de la deuxième mammographie ou plus en 2001 et 2002, Québec	34
Figure 6	Taux de référence pour investigation par trimestre, Québec, de 1998 à 2005	36
Figure 7	Types d'actes diagnostiques effectués à la suite d'une mammographie de dépistage initiale ou subséquent anormale, Québec, 2003	39
Figure 8	Proportion cumulative de femmes selon le nombre de semaines écoulées entre la mammographie de dépistage anormale et le diagnostic, Québec, 2003	40
Figure 9	Taux de détection du cancer et taux de référence pour investigation par région, mammographies initiales, Québec, 2002-2003	42
Figure 10	Taux de détection du cancer et taux de référence pour investigation par région, mammographies subséquentes, Québec, 2002-2003	42

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Mammographies de dépistage du cancer du sein effectuées à l'aide de l'équipement itinérant.	14
Tableau 2	Indicateurs de performance, cibles et résultats du PQDCS en 2004-2005	16
Tableau 3	Population cible du PQDCS, moyenne annuelle par région, Québec, de 2001 à 2005	22
Tableau 4	Nombre de mammographies de dépistage par région, Québec, de 2001 à 2005	25
Tableau 5	Nombre de mammographies de dépistage initiales et subséquentes par région, Québec, 2004 et 2005	26
Tableau 6	Taux de rétention régionale, Québec, de 2001 à 2005	27
Tableau 7	Caractéristiques des participantes par groupe d'âge, Québec, 2004 et 2005	29
Tableau 8	Taux de participation au PQDCS par région, Québec, de 2001 à 2005	30
Tableau 9	Taux de participation au PQDCS par groupe d'âge et par région, Québec, 2004-2005.	31
Tableau 10	Taux de couverture relatif à la mammographie par région, Québec, de 2000 à 2004	32
Tableau 11	Taux de fidélité au PQDCS pour une période de 30 mois selon les résultats de la mammographie initiale et de la mammographie subséquente, par région, Québec, 2001-2002	35
Tableau 12	Taux de référence pour investigation par région, mammographies initiales et subséquentes, Québec, 2004 et 2005	37
Tableau 13	Taux de détection du cancer, valeur prédictive positive, pourcentage de cancers <i>in situ</i> , Québec, de 1998 à 2003	41
Tableau 14	Taux de détection du cancer, valeur prédictive positive et pourcentage de cancers <i>in situ</i> par région, mammographies initiales, Québec, 2002-2003.	43
Tableau 15	Taux de détection du cancer, valeur prédictive positive et pourcentage de cancers <i>in situ</i> par région, mammographies subséquentes, Québec, 2002-2003.	44

Introduction

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) continue à se développer et la qualité des services offerts à la population qu'il vise, soit les femmes de 50 à 69 ans, constitue toujours une priorité. Le présent rapport fait état des activités menées au cours des années 2004 et 2005, il montre les résultats atteints dans le cadre du programme tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle régionale, pour ces mêmes années.

Les années 2004 et 2005 ont été marquées par des travaux structurants relatifs à l'organisation administrative de la lutte contre le cancer et à la place du dépistage du cancer du sein. La conclusion de ces réflexions a conduit à la création d'une direction ministérielle de la lutte contre le cancer, laquelle est responsable de tout ce secteur ; toutefois, le dépistage du cancer du sein, en raison de son approche axée sur la population, demeure dans la sphère de la santé publique. Des liens étroits ont été établis entre les équipes de travail ministérielles et une collaboration constante est assurée.

Des indicateurs propres au Programme québécois de dépistage du cancer du sein ont été insérés dans les ententes de gestion établies entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et chacune des agences de la santé et des services sociaux du Québec. Dès la signature des premières ententes, en 2004, les efforts consentis aux niveaux régional et local ont contribué à l'amélioration des taux de participation au programme.

À ces efforts régionaux et locaux sont venues s'ajouter des actions concertées entre de nombreux groupes de professionnels. En effet, des travaux relatifs à l'assurance qualité et mobilisant notamment les représentants des associations et des ordres professionnels concernés par cette question se sont poursuivis, le but de ces actions étant d'améliorer continuellement la performance du programme par rapport aux normes décrites dans le cadre de référence.

L'accessibilité aux services est également une préoccupation dans le cadre du programme. Les travaux entrepris dans certaines régions quant à l'accessibilité physique des lieux où sont assurés les services ont mené à des vérifications dans l'ensemble des régions. Par ailleurs, afin de favoriser l'accès aux outils de communication par le plus grand nombre de femmes, des adaptations et des traductions ont été faites.

La refonte du système d'information a quant à elle été influencée par la tenue de travaux intercurrents, dont ceux qui portaient sur la planification intégrée des ressources informatiques en santé publique et ceux qui sont inhérents au projet de loi n° 83.

Enfin, l'analyse constante des données d'évaluation constitue un maillon important pour la prise de décisions concernant les différents aspects du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Suivi des activités du Programme québécois de dépistage du cancer du sein

ACTIVITÉS RELATIVES À L'ASSURANCE QUALITÉ

Dans le cadre de référence du programme on peut lire que : « l'assurance de la qualité suit un processus à caractère formatif par lequel la qualité des interventions est mesurée, comparée à des indicateurs reconnus, puis réajustée » MSSS, *Programme québécois de dépistage du cancer du sein : Cadre de référence*, p.15. Afin d'animer ce processus, un responsable de l'assurance qualité du programme a été désigné dans chacune des régions du Québec et les principaux indicateurs de performance du programme ont été définis. Ces indicateurs, pour la plupart mis à jour tous les six mois, sont présentés sous forme d'un tableau de bord national et de tableaux de bord régionaux ; il s'agit notamment du taux de participation au programme, du taux de référence pour investigation; du taux de détection des cancers, de la valeur prédictive positive, du taux de biopsie ouverte pour anomalies bénignes, du pourcentage des cancers infiltrants de petite taille, du pourcentage des cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire, du taux de cancers infiltrants détectés après un dépistage normal (palier national seulement) ainsi que de l'intervalle médian entre le dépistage et le diagnostic.

Les responsables régionaux de l'assurance qualité du programme ont donné la priorité à la mise en place ou à la consolidation des mécanismes de rétroaction auprès des centres de dépistage de leur territoire. Ces mécanismes faciliteront la transmission aux centres de leurs résultats et serviront à déterminer les mesures permettant de mieux atteindre les normes du programme. Les travaux relatifs à la présentation des principaux indicateurs de performance du programme par centre de dépistage se poursuivent à l'Institut national de santé publique du Québec et la plupart des résultats devraient être produits au printemps 2006. Toutefois, dans un premier temps, les taux de référence pour investigation ainsi que les taux de détection ajustés par centre de dépistage ont été calculés et, à l'automne 2005, en concertation avec le Collège des médecins du Québec et les représentants de l'Association des radiologistes du Québec, ces résultats ont été transmis à chacun des radiologistes participant au programme. Ces derniers étaient alors en mesure de comparer les résultats obtenus dans leur centre de dépistage avec ceux des autres centres. Les informations relatives au nombre total de mammographies de dépistage et de mammographies de diagnostic interprétées durant la période ont aussi été acheminées à chacun des radiologistes par l'Association des radiologistes du Québec.

En octobre 2004, dans le cadre du 2^e Colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé, un symposium sur les programmes de dépistage du cancer du sein a notamment permis de comparer les mécanismes d'assurance qualité des programmes de l'Angleterre, de l'Australie et du Québec. Les programmes de l'Angleterre et de l'Australie se distinguent notamment

par des taux de référence pour investigation et des taux de rappel précoce nettement plus bas qu'au Québec. Une rencontre postcolloque avec les responsables de ces programmes a aussi permis de mieux comprendre certains facteurs pouvant expliquer ces différences, notamment les modalités des pratiques médicales, l'audit des centres de dépistage, le travail en équipe interdisciplinaire pour l'investigation, les exigences relatives aux volumes de mammographies par radiologiste et par centre ainsi que la double lecture de toutes les mammographies de dépistage.

Les principaux indicateurs de performance du Programme québécois de dépistage du cancer du sein se comparent toutefois aux résultats atteints dans le cadre des autres programmes de dépistage au Canada et à ce qui est observé aux États-Unis, bien que le taux de référence pour investigation au Québec se situe parmi les plus élevés au Canada.

ACTIVITÉS RELATIVES AU 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 se trouve à la base du programme et elle constitue une condition essentielle pour son succès. Afin d'y parvenir, différentes activités ont été mises en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans ce domaine.

Manuel de contrôle de la qualité – Volume 2 – Physicien biomédical édition 2006

Les travaux portant sur le *Manuel de contrôle de la qualité – Volume 2 : Physicien biomédical* se sont poursuivis au cours des années 2004 et 2005. Ces travaux ont été menés en collaboration, notamment avec les membres de l'Association des physiciens et ingénieurs biomédicaux du Québec (APIBQ). Le manuel devrait être publié en 2006.

Son 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 abrégé sous la forme (DR) –, et *computed radiography* (CR-M) ou, plus souvent (CR) ainsi que des données sur la stéréotaxie, le faxitron, 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 de *computer-aided detection* (CAD), et les accessoires.

Évaluation d'un coussinet

Le MSSS, en collaboration avec l'Association des physiciens et ingénieurs biomédicaux du Québec (APIBQ) et l'Ordre des technologues en radiologie du Québec (OTRQ), a procédé à l'évaluation de l'utilisation d'un coussinet à apposer sur le *bucky* et sous la plaque de compression du mammo-
graphe. L'emploi de ce coussinet au moment de prendre une mammographie avait pour objectif de réduire l'inconfort. Les résultats de l'évaluation ont montré que le recours à ce produit n'était pas souhaitable compte tenu des nombreux désavantages qui y sont associés. Les recommandations ont été transmises à plusieurs organismes et l'utilisation de ce produit n'a pas été autorisée au Québec.

Équipe de soutien technique

Le MSSS, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec, a procédé à la signature d'une entente concernant la mise en place, à titre de projet pilote, d'une équipe de soutien technique relatif à l'obtention et au maintien de la certification prévue dans le PQDCS. Cette équipe de soutien agit à titre d'expert-conseil auprès des centres éprouvant des difficultés à obtenir ou à renouveler leur certification en vue d'une désignation dans le cadre du PQDCS. De plus, elle détermine, en collaboration avec l'agence de santé et de services sociaux de la région, les mesures à mettre en place pour pallier l'arrêt, temporaire ou permanent, des activités d'un centre désigné.

Certification des centres de mammographie

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a procédé au renouvellement de l'entente conclue avec le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPO) au sujet de la certification des centres de mammographie. En effet, le LSPO a reçu le mandat de s'assurer du respect des normes relatives à la certification qui ont été fixées dans le PQDCS. Ces critères portent notamment sur les compétences professionnelles ainsi que sur la qualité technique du mammographe et de ses composantes. Une centaine de centres de mammographie obtiennent, à chaque année, une certification, laquelle est une garantie de qualité, il arrive que, pour diverses raisons, quelques centres perdent leur certification.

Formation en mammographie

Une nouvelle formation spéciale d'une durée de douze heures, à laquelle s'ajoute une autoformation de trois heures, a été planifiée et organisée en 2004, en collaboration avec l'Ordre des technologues en radiologie du Québec (OTRQ), afin de répondre aux exigences se rapportant aux activités de contrôle de la qualité menées dans le cadre du dépistage du cancer du sein. Une entente de trois ans a été signée avec l'OTRQ afin d'offrir cette formation dans toutes les régions du Québec. Cette formation s'adresse aussi aux radiologistes, aux physiciens et aux coordonnateurs administratifs. Selon l'entente de trois ans signée avec l'OTRQ, ladite formation organisée par cet ordre, est offerte gratuitement aux participants, grâce à des subventions du ministère de la Santé et des Services sociaux, dans toutes les régions du Québec. Au cours de l'année 2005, environ 300 personnes en ont bénéficié à Québec et à Montréal. Mentionnons enfin qu'elle a été reconnue par l'Association canadienne des radiologistes pour la formation des technologues en radiologie et que certains crédits sont aussi accordés aux physiciens par le Collège canadien des physiciens en médecine.

Parmi les sujets traités, nous trouvons :

- les difficultés d'une mammographie de base en rapport avec les critères d'évaluation et ses images associées ;
- la qualité dans le cadre du PQDCS ;
- la qualité jour après jour ;
- la mammographie : aspects technologiques, techniques et dosimétriques ;
- les biopsies du sein en imagerie par résonance magnétique (IRM): une nouvelle réalité ;
- l'échographie mammaire : un nouveau défi pour les technologues ;
- les biopsies mammaires ;

- le cancer du sein : approches thérapeutiques chirurgicales et médicales ;
- la chirurgie esthétique ;
- les biopsies mammaires stéréotaxiques et échographiques ;
- le rôle de l'imagerie dans la détermination du stade « staging » du cancer du sein ;
- la mastectomie totale et la reconstruction mammaire ;
- le passage du système film-écran au système numérique ;
- le cancer du sein, au-delà de l'image ;
- le traitement du cancer du sein : résultats et effets secondaires de la chimiothérapie ;
- la détection assistée par ordinateur.

Cette formation a fait l'objet de plusieurs évaluations qui se sont toujours révélées hautement positives.

Autres collaborations

La contribution du MSSS a parfois pris la forme d'une participation aux travaux de différents comités qui avaient pour objectif d'améliorer la qualité en mammographie. Le PQDCS a assuré une participation aux réunions du Working Group on New Technologies du groupe de révision de la Loi sur l'imagerie médicale au Québec, et du groupe visant l'appel d'offres d'achat regroupé en mammographie.

Logiciel de contrôle de la qualité en mammographie

Le logiciel de contrôle de la qualité en mammographie est une application destinée prioritairement, mais pas exclusivement, aux technologues en radiologie travaillant dans les centres désignés du PQDCS ; il s'inscrit parmi les mesures visant à favoriser la qualité des films mammographiques.

Depuis mai 2003, différents comités sont actifs pour permettre la mise en place de cette application. Ces comités sont composés de personnes du MSSS mais aussi, et surtout, de technologues en radiologie, de radiologistes et de physiciens biomédicaux à l'emploi de centres désignés, privés ou publics, du PQDCS.

Un sondage, mené à l'hiver 2004 auprès de l'ensemble des technologues participant au contrôle de la qualité du PQDCS a permis de confirmer les besoins définis au cours de l'automne précédent par le comité d'orientation du projet. Une analyse préliminaire effectuée dans la seconde moitié de 2004, a également permis de préciser les besoins et a servi par ailleurs à examiner les possibilités quant à l'architecture ainsi qu'à estimer les coûts du développement du logiciel. L'étape suivante a été d'élaborer le scénario de la réalisation et du financement des travaux, lequel a conduit à la signature d'une entente entre le MSSS et le Cégep de Sainte-Foy concernant le développement du logiciel et son expérimentation dans les sites pilotes. Les travaux relatifs au premier de ces volets devraient commencer au début de l'année 2006.

Service d'aide à la résolution de problèmes liés au contrôle de la qualité en mammographie

Aux fins du contrôle de la qualité en mammographie, un projet pilote de soutien téléphonique différé a été mis en place au début de 2005, avec la collaboration de deux technologues en radiologie. En une année, ce nouveau service a permis de répondre à une quarantaine de demandes d'aide concernant la résolution de problèmes liés au contrôle de la qualité et provenant des centres de mammographie du Québec. Simultanément, ce service permet de constituer une banque de problèmes et de solutions qui sera éventuellement intégrée au logiciel de contrôle de la qualité.

SERVICES ITINÉRANTS DE MAMMOGRAPHIE

Les services itinérants de mammographie ont continué d'être assurés en 2004 et 2005. L'unité mobile CLARA, du type autocar, est dotée d'un mammographe et offre les services d'une technologue en radiologie. Cette unité mobile se rend dans les régions où les services de mammographie ne sont pas offerts sur une base permanente ou elle sert à répondre à des besoins temporaires. Cette unité qui a été acquise grâce à un partenariat avec la Fondation Jean Marc Paquette et plusieurs commanditaires privés fêtera sa cinquième année d'opération en mai 2006.

L'unité portative SOPHIE est quant à elle un mammographe pouvant être transporté par voie aérienne, maritime, terrestre ou ferroviaire. Cet appareil permet d'offrir le dépistage par mammographie aux communautés éloignées qui vivent dans des endroits difficilement accessibles par la route. Au total ces deux unités ont permis d'effectuer en 2004 et en 2005, 9 010 mammographies dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Le tableau qui suit en donne certains détails :

Tableau 1

Mammographies de dépistage du cancer du sein effectuées
avec l'aide de l'équipement itinérant

Région socio-sanitaire	Date 2004 et 2005	Localité	Examens effectués avec CLARA	Examens effectués avec SOPHIE
Mauricie et Centre-du-Québec	2004 10 12 2004 10 21	Shawinigan	257	
Outaouais	2005 05 03 2005 04 10 2005 04 17	Maniwaki Shawville	442 392	
Abitibi- Témiscamingue	2004 01 25 2004 02 06 2004 02 08 2004 02 14 2004 09 14 2004 09 24 2004 12 10 2004 12 12 2005 02 21 2005 02 03 2005 04 24 2005 05 01 2005 05 08	La Sarre Ville-Marie La Sarre Témiscaming Val d'Or La Sarre	337 181 285 79 296 551	
Côte-Nord	2004 03 08 2004 03 10 2005 03 13 2004 03 15 2003 03 18 2004 10 22 2004 10 26 2004 10 31 2004 11 02 2004 11 10 2004 11 15 2004 11 22 2004 11 24 2005 03 13 2005 03 28 2005 11 11 2005 11 18	Fermont Shefferville La Romaine Saint-Augustin Chevery Blanc-Sablon Fermont Blanc Sablon	71 70	51 68 52 115 68 152
Nord-du-Québec	2004 12 01 2004 12 05 2004 12 07 2004 02 16 2005 01 22 2005 11 25 2005 12 02	Lebel-sur-Quévillon Matagami Radisson Lebel-sur-Quévillon Matagami	195 86 17 99 44	

Tableau 1 (suite)

Mammographies de dépistage du cancer du sein effectuées
avec l'aide de l'équipement itinérant

Région socio-sanitaire	Date 2004 et 2005	Localité	Examens effectués avec CLARA	Examens effectués avec SOPHIE
Gaspésie– Îles-de-la-Madeleine	2004 05 22	Maria	549	
	2004 06 10			
	2004 10 26	Paspébiac	163	
	2204 11 01			
	2204 11 05	Maria	291	
	2204 11 14			
	2204 11 16	Matapédia	85	
	2004 11 18			
	2005 06 05	Paspébiac	555	
	2005 06 12			
	2005 07 03			
	2005 07 10			
	2005 08 29	Maria	352	
	2005 08 26	Matapédia	59	
	2005 09 02	Sainte-Anne-des-Monts	307	
	2005 09 09			
2005 09 16				
2005 09 23	Chandler	320		
2005 09 30				
Lanaudière	2004 04 13	Berthierville	577	
	2004 05 02			
	2005 10 07	Berthierville	467	
	2005 10 14			
	2005 10 21	Chertsey	185	
Laurentides	2005 11 04	Lachute	282	
	2005 11 11			
Nunavik	2004 08 30	Kuujuarapik		31
	2004 09 18	Umiujaq		12
		Inukjuak		50
		Puvirnituq		37
		Akulivik		16
		Ivujivik		9
		Salluit		43
	2004 09 19	Kangisujuaq		14
	2004 10 01	Aupalak		1
		Kangisualujuaq		26
		Quaqtaq		7
		Tasiujaq		8
		Kangirsuk		18
	Kuujuuaq		64	
Terres-des-Cries- de-la-Baie-James	2004 08 31	Whapmagoostui		32
	2005 01 08	Nemaska	24	
	2005 02 03	Waskaganish	85	
		Eastmain	30	
		Wemindji	84	
		Chisasibi	196	
	2005 11 18	Mistissini	98	
	2005 11 25	Waswanipi	25	
Total			8 136	874

INDICATEURS DE PERFORMANCE DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Ententes de gestion

En 2004-2005, le PQDCS s'est inscrit pour la première fois à l'intérieur du processus des ententes de gestion, sous un objectif de consolidation du PQDCS et de la fonction assurance qualité selon les normes établies dans le cadre de référence du programme. Trois indicateurs de performance ont été retenus : le taux de participation au programme, le taux de cancers détectés et le taux de référence pour investigation.

Le tableau et le texte qui suivent, extraits du *Rapport annuel de gestion 2004-2005* du ministère de la Santé et des Services sociaux, font état de la situation pour cet exercice budgétaire.

Tableau 2

Indicateurs de performance, cibles et résultats du PQDCS en 2004-2005

Objectif 10 : Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) et la fonction assurance qualité selon les normes établies dans le cadre de référence du programme.

INDICATEURS	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Taux de participation au programme	Une hausse de 5 % du taux de participation au programme, soit un taux de 48,6 %	47,9 %
Taux de cancers détectés	Un taux de cancers détectés plus grand que 5,0/1 000 en dépistage initial Un taux de cancers détectés supérieur à 3,5/1 000 en dépistages subséquents	6,4/1 000 en dépistage initial 5,4/1 000 en dépistages subséquents
Taux de référence pour investigation	Une réduction de 1 point de % du taux de référence pour investigation en dépistage initial, pour atteindre 12,8 % Une réduction de 0,5 point de % du taux de référence pour investigation en dépistages subséquents, pour atteindre 7,9 %	14,5 % en dépistage initial 7,9 % en dépistages subséquents

En 2004-2005, le taux de participation est de 47,9 %, soit légèrement inférieur à la cible visée de 48,6 %. Cette situation s'explique essentiellement par deux ordres de facteurs, l'un lié à l'organisation des services, l'autre à la pénurie de main-d'œuvre.

La difficulté pour les centres de dépistage d'obtenir une première certification ou de renouveler celle-ci explique en bonne partie la situation dans sept des huit régions où le taux de participation n'a pas progressé comme prévu en 2004-2005. Quant à l'autre région, des modifications à l'organisation des services doivent être apportées. La pénurie de technologues en radiologie a également touché plus de la moitié de ces régions, et dans certaines d'entre elles la pénurie de radiologistes est venue s'ajouter à la problématique de l'accès aux services. La récupération de la certification et l'ajout de nouveaux centres de dépistage devraient améliorer l'accès aux services dans ces régions en 2005-2006.

Par ailleurs, il faut aussi considérer le facteur démographique : la population cible a augmenté chaque année depuis l'implantation du programme exigeant ainsi une performance accrue pour maintenir le taux de participation.

Les résultats concernant le taux de cancers détectés sont supérieurs aux normes fixées pour le programme. En effet, le taux de cancers détectés en dépistage initial se situe à 6,4/1 000, soit un résultat supérieur à la cible fixée de 5,0/1 000. Pour les dépistages subséquents, le résultat de 5,4/1 000 dépasse donc la cible amplement fixée de 3,5/1 000.

Le taux de référence pour investigation en dépistage initial pour 2004-2005 est de 14,5 %, alors que la cible visée était 12,8 %. Le taux de référence pour investigation en dépistages subséquents est de 7,9 %, ce qui correspond à la cible visée. Réduire le taux de référence constitue un défi particulier à cause, d'une part, de la difficulté d'agir sur les pratiques professionnelles et, d'autre part, de l'importance de maintenir un taux de détection élevé. Par ailleurs, le taux de référence au Québec est comparable à celui observé en Amérique du Nord.

Les travaux d'assurance qualité amorcés à la fin de l'exercice 2004-2005 avec le Collège des médecins du Québec et l'Association des radiologistes du Québec visent à améliorer la situation. Des représentants régionaux d'assurance qualité ont été nommés et des initiatives régionales sont également mises de l'avant, comme l'organisation d'activités avec les représentants locaux d'assurance qualité. (MSSS, *Rapport annuel de gestion 2004-2005 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, p. 49-50)

Pour l'exercice 2005-2006, le PQDCS fera encore partie du processus des ententes de gestion. Toutefois, les indicateurs et les cibles ont fait l'objet d'une révision. Ainsi le taux de cancers détectés a été abandonné. Bien que les résultats n'aient pas encore été publiés. Toutefois, les premières observations permettent de constater que le taux de participation au programme frôle maintenant 50 %.

ÉVALUATION

Les résultats des travaux d'évaluation du programme publiés par l'Institut national de santé publique du Québec en 2004 et en 2005 ont démontré, à l'aide de données portant sur les années 1998, 1999 et 2000, que dans les centres où l'on a effectué plus de 4 000 mammographies de dépistage par année, le taux de détection des cancers était de 28 % supérieur (1,28 ; intervalle de confiance : 1,07-1,52) au taux observé dans les centres où le volume était inférieur à 2 000 mammographies de dépistage par année. (Isabelle Théberge et autres, « Volume of screening mammography and performance in the Quebec population-based Breast Cancer Screening Program », *Canadian Medical Association Journal*, Vol 172, n° 2, 18 janvier 2005, p. 195-199).

Dans la même étude les auteurs affirment ce qui suit : « Les résultats observés soutiennent la notion que les volumes de lecture des radiologistes et des centres de dépistage sont associés de manière indépendante avec la performance. Les radiologistes qui interprètent un grand nombre de mammographies de dépistage (1 000 et plus) et qui oeuvrent dans des centres qui réalisent un nombre élevé d'examen de dépistage (3 000 et plus) tendent à présenter un taux de détection des cancers plus élevé tout en maintenant un taux de résultats faussement positifs plus bas que les radiologistes qui interprètent moins de mammographies de dépistage (moins de 500) et qui sont associés à des centres réalisant moins d'examen (moins de 3 000). »

En corollaire, le taux de cancer post dépistage normal, soit le taux de cancers diagnostiqués dans les 12 mois suivant une mammographie de dépistage interprétée comme normale, est de 37 % inférieur dans les centres où s'effectuent 4 000 examens ou plus de dépistage par année par rapport aux centres où il s'en effectue moins de 2 000 annuellement (rapport de cote de 0,63 ; intervalle de confiance : 0,37-1,06 ; valeur p du χ^2 de tendance = 0,0546) – (N. Hébert-Croteau et autres, *Cancer d'intervalle chez les femmes avec première mammographie de dépistage normale dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) en 1998-2000*, Institut national de santé publique du Québec, septembre 2005, 50 p.).

Dans le cadre du PQDCS, la combinaison « centres de dépistage où le volume d'examens est élevé (3 000 et plus) » et « radiologistes dont le volume de lectures est élevé (1 000 et plus) » est associée à une plus grande proportion de cancers détectés et à une proportion moindre de résultats faussement positifs. Dans les centres où le volume d'examens est élevé, on enregistre aussi une proportion moindre de cancers qui sont diagnostiqués dans les douze mois suivant un examen de dépistage qui avait été interprété comme normal. Les résultats précités invitent tant à une analyse des facteurs qui permettent de meilleures performances dans ces centres et par ces professionnels qu'une évaluation, de la pertinence et de la probabilité d'augmenter le volume des mammographies par centre et par professionnel tout en préservant l'accessibilité au programme.

L'INSPO a publié, en 2005, un autre document portant sur l'évaluation du programme :

- *Développement d'algorithmes permettant d'identifier les interventions et les délais liés à l'investigation diagnostique suite à une mammographie de dépistage anormale : Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*, par Éric Pelletier, Diane Major et Jacques Brisson, Institut national de santé publique du Québec, 2005, 39 pages.

Aperçu de la publication : « L'évaluation de la performance du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) exige la connaissance de la date de diagnostic et du profil d'investigation à la suite d'une mammographie de dépistage anormale. Que les participantes soient suivies dans les établissements désignés par le programme ou non, l'information sur l'investigation n'est que partiellement saisie dans le système d'information du PQDCS (SI-PQDCS).

Cette étude a pour premier objectif de développer et de valider deux algorithmes permettant d'identifier la date du diagnostic posé à la suite d'une mammographie de dépistage anormale en combinant les informations provenant du SI-PQDCS, de la Régie de l'assurance maladie du Québec et du fichier MedÉcho. Un algorithme s'appliquera aux femmes ayant reçu un diagnostic « normal ou bénin » (faux positif) et l'autre, aux femmes chez qui l'on a diagnostiqué un cancer du sein (vrai positif). Le deuxième objectif est d'utiliser ces algorithmes pour mesurer les délais liés à l'investigation des femmes ainsi que certains indicateurs de performance définis dans le cadre de référence du PQDCS. »

Et enfin, dans la même année, est paru l'article suivant : JEAN S, MAJOR D, ROCHETTE L AND BRISSON J. « Screening mammography participation and invitational strategy: the Quebec Breast Cancer Screening Program, 1998-2000. » *Chronic Diseases in Canada*, vol.26, n° 5 2-3, printemps-été 2005, p.52-58.

SYSTÈME D'INFORMATION DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Refonte du système d'information

Le système d'information du PQDCS (SI-PQDCS) est un outil utilisé quotidiennement par des centaines d'intervenants. Sa robustesse et sa fiabilité doivent offrir des garanties certaines. Dès le début du programme, plusieurs difficultés ont été rencontrées, le système ayant été déployé dans une version préliminaire. Des travaux concernant la refonte du SI-PQDCS ont été entrepris à partir de l'année 2000. Les solutions retenues jusqu'ici visent à obtenir un système fonctionnant en mode Web, et présentant davantage de convivialité pour les utilisateurs ainsi que de facilité pour son exploitation, son maintien et son évolution. De plus, les travaux nécessaires à l'intégrité des données détenues ont été complétés afin que l'on puisse procéder, sans complication, à la mutation des données du système actuel vers un nouveau système au moment venu.

Simultanément, le domaine de la santé publique connaissait plusieurs transformations découlant de la nouvelle Loi de la santé publique adoptée en décembre 2001. Une structuration plus forte était devenue nécessaire pour toutes les données essentielles à ce domaine. Les années 2004 et 2005 ont été consacrées à ces travaux. Le plan intégré des ressources informationnelles en santé publique a été élaboré et l'Infocentre de santé publique a été mis sur pied.

La refonte du SI-PQDCS étant une priorité, selon la planification, les travaux qui y sont inhérents se poursuivent. Le projet relatif à l'architecture technologique a été élaboré et adopté à la fin de l'année 2005. L'architecture des besoins fonctionnels sera l'objet de la prochaine étape. Avec les derniers développements survenus avec l'adoption du projet de loi n° 83 à l'automne 2005, il est possible de croire que des éléments de dossiers partageables seront utiles pour la refonte et qu'ils en favoriseraient la réalisation à moindre coût.

ACTIVITÉS DE COMMUNICATION

- **Le Symposium « Regard sur trois programmes de dépistage du cancer du sein (Angleterre, Québec, Australie) »**, dans le cadre du 2^e Colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé qui s'est tenu à Québec en octobre 2004, a permis au Programme québécois de dépistage du cancer du sein d'apparaître comme un programme moderne et performant, malgré le peu d'années de son implantation. Des échanges fructueux sur tous les aspects d'un programme de dépistage du cancer du sein ont eu des effets sur le choix de certaines orientations pour les prochaines années.
- **Choix d'une nouvelle porte-parole du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.** M^{me} Francine Ruel, auteure, chroniqueuse et comédienne bien connue, a accepté de tenir le rôle de porte-parole du programme. À ce titre, elle a offert sa contribution à des promotions radiodiffusées et télévisées. Elle a accordé plusieurs entrevues et donné des conférences dans certaines régions du Québec.

- **Activités de promotion.** Des placements publicitaires ont été faits dans une dizaine de revues distribuées partout au Québec ainsi que dans près de 60 centres d'activité physique et de 18 salles d'attente de cliniques médicales, pour une durée de 4 semaines. Plus de 400 capsules publicitaires ont été diffusées dans différentes langues à la télévision : en français, en anglais, en espagnol, en italien, en grec, en portugais et en arabe. Plus de 50 capsules publicitaires ont été diffusées à la radio et la porte-parole du programme, M^{me} Francine Ruel, a accordé de nombreuses entrevues radiophoniques.
- **Traduction du site Internet.** Le site Internet du programme a été traduit en langue anglaise.
- **Adaptation des outils.** Le dépliant intitulé *Mieux vaut agir que réagir* a été traduit en langue des signes québécoise afin d'être accessible aux personnes sourdes.

Résultats du Programme québécois de dépistage du cancer du sein en 2004-2005

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. Le cadre de référence du programme contient des indicateurs et des cibles de résultats à atteindre, lesquels permettent d'évaluer les effets du programme par rapport à cet objectif.

Les indicateurs présentés dans ce rapport ont pour objet la participation et la fidélisation des femmes au programme, la référence pour investigation, la confirmation diagnostique, la détection des cancers et les cancers d'intervalle. Les résultats sont comparés aux cibles fixées par le PQDCS ou par le Groupe canadien de travail sur les indicateurs d'évaluation des programmes de dépistage du cancer du sein. L'annexe 1 regroupe les résultats obtenus jusqu'en 2005 pour l'ensemble du Québec et l'annexe 2, les résultats les plus récents obtenus dans chacune des régions sociosanitaires. Ces indicateurs sont précédés d'une description des données concernant le nombre de femmes admissibles au PQDCS, le volume de mammographies de dépistage et certaines caractéristiques des femmes.

La plupart des résultats apparaissant ici proviennent du système d'information du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (SI-PQDCS). Toutefois, le recours à d'autres sources de données a été nécessaire pour le calcul de certains indicateurs. Les résultats se rapportent aux femmes de 50 à 69 ans qui ont accepté de participer au programme.

POPULATION CIBLE

Le nombre de femmes de 50 à 69 ans qui sont admissibles au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) continue d'augmenter ; il atteignait 919 962 en 2005 (tableau 3). La population admissible est en croissance dans toutes les régions du Québec. En 2005, les régions de Montréal (23,7 %), de la Montérégie (18,2 %) et de la Capitale-Nationale (9,5 %) regroupaient environ la moitié (51,4 %) des femmes de 50 à 69 ans admissibles au programme.

Tableau 3

Population cible du PQDCS, moyenne annuelle,
Québec, de 2001 à 2005

RÉGION DE RÉSIDENCE	2001	2002	2003	2004	2005
BAS-SAINT-LAURENT	23 310	23 990	24 988	25 542	26 695
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	31 304	32 271	33 263	33 849	35 097
CAPITALE-NATIONALE	78 076	80 437	83 214	84 599	87 696
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	56 116	57 601	59 684	60 676	63 011
ESTRIE	32 587	33 739	35 054	35 698	37 173
MONTRÉAL	205 397	208 381	211 885	212 338	218 028
OUTAOUAIS	32 391	33 834	35 603	36 570	38 542
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	14 582	15 005	15 552	15 842	16 516
CÔTE-NORD	10 158	10 396	10 720	10 818	11 169
NORD-DU-QUÉBEC	1 422	1 460	1 501	1 535	1 568
GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE	11 933	12 431	12 861	13 152	13 655
CHAUDIÈRE-APPALACHES	42 210	43 671	45 482	46 410	48 434
LAVAL	39 603	40 445	41 444	41 949	43 468
LANAUDIÈRE	42 037	43 767	46 052	47 164	49 791
LAURENTIDES	49 971	52 419	55 362	56 787	60 004
MONTÉRÉGIE	146 107	151 259	157 567	160 870	167 786
NUNAVIK	439	440	443	469	499
TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES	644	685	739	743	777
LE QUÉBEC	818 285	842 229	871 465	885 148	919 962

Source :

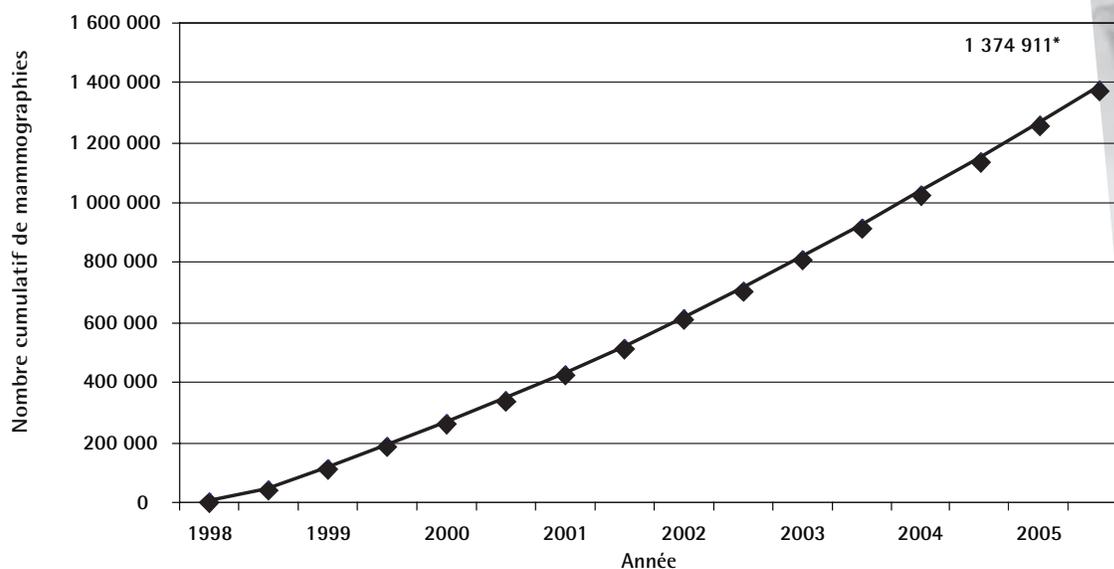
Fichier des femmes de 50 à 69 ans admissibles à la RAMQ. (de 2001 à 2005).

VOLUME DE MAMMOGRAPHIES

Depuis le début du PQDCS, 1 374 911 mammographies de dépistage ont été effectuées pour des femmes qui ont accepté de participer au programme (figure 1).

Figure 1

Nombre cumulé de mammographies de dépistage, Québec, de 1998 à 2005

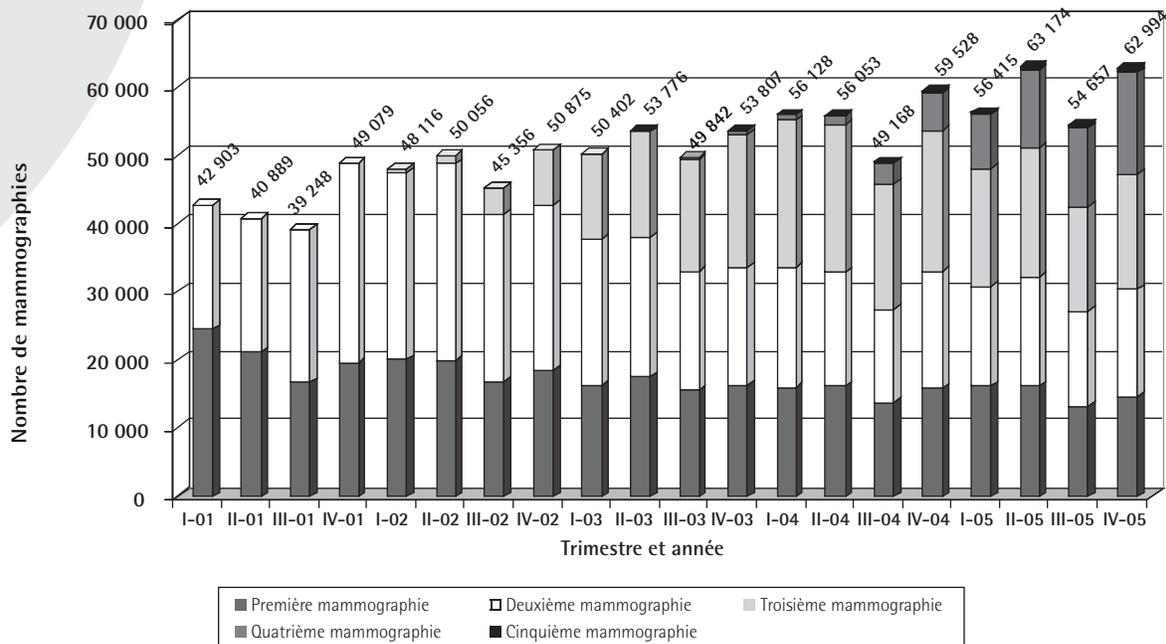


* Le total comprend 667 846 mammographies initiales et 707 065 mammographies subséquentes.

Le deuxième trimestre de 2005 connaît jusqu'à maintenant le volume le plus élevé de mammographies depuis le début du programme, soit 63 174 (figure 2). Le volume de mammographies comporte de plus en plus de mammographies subséquentes, c'est-à-dire des mammographies effectuées chez des femmes qui ont déjà eu une mammographie de dépistage dans le cadre du PQDCS. Ainsi, les mammographies initiales, ou premières mammographies, représentaient 57,2 % des examens au premier trimestre de 2001, proportion en diminution constante qui atteint 23,2 % au dernier trimestre de 2005. À ce dernier trimestre, 76,8 % des femmes ont déjà eu une mammographie de dépistage : 25,0 % en étaient à leur deuxième mammographie, 26,8 % à leur troisième, 23,8 % à leur quatrième et 1,2 % à leur cinquième.

Figure 2

Nombre de mammographies de dépistage effectuées par trimestre, Québec, de 2001 à 2005



Au cours des années 2004 et 2005, les femmes ont eu accès à des services de dépistage dans toutes les régions du Québec. Les unités itinérantes (mobile et portable) de mammographie ont été utilisées dans les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, entre autres. En 2005, près de 240 000 mammographies de dépistage ont été effectuées dans le cadre du PQDCS, soit 7,5 % de plus qu'en 2004 (tableau 4). Toutefois, on remarque une légère baisse du volume dans certaines régions du Québec, soit celles du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de la Capitale-Nationale et de l'Estrie, alors qu'une hausse très importante est notée dans la région de Laval qui avait connu son plus bas niveau en 2004.

Tableau 4

Nombre de mammographies de dépistage par région,
Québec, de 2001 à 2005

RÉGION DE PRODUCTION	2001	2002	2003	2004	2005
BAS-SAINT-LAURENT	292	4 977	6 039	8 312	8 919
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	979	9 130	9 452	11 679	10 745
CAPITALE-NATIONALE	22 576	24 340	26 713	30 319	28 623
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	14 035	14 609	14 602	15 652	17 087
ESTRIE	8 859	10 080	10 348	12 192	11 111
MONTRÉAL	40 284	43 288	43 636	49 528	50 277
OUTAOUAIS	7 184	6 962	8 391	7 468	9 385
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	4 460	4 716	5 303	4 722	5 172
CÔTE-NORD	-	777	2 713	2 712	2 768
NORD-DU-QUÉBEC	221	540	493	608	641
GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE	1 574	3 513	2 649	3 248	4 450
CHAUDIÈRE-APPALACHES	11 096	11 567	12 698	13 037	13 739
LAVAL	8 988	8 484	7 626	4 615	10 109
LANAUDIÈRE	8 507	7 997	8 400	5 454	7 931
LAURENTIDES	7 882	8 769	10 670	10 056	12 017
MONTÉRÉGIE	35 182	34 654	38 094	40 948	44 118
NUNAVIK	-	-	-	303	-
TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES	-	-	-	26	447
LE QUÉBEC	172 119	194 403	207 827	220 879	237 539

Entre 2004 et 2005, le nombre de mammographies initiales a légèrement diminué, alors que le nombre de mammographies subséquentes a augmenté (tableau 5). En 2005, le nombre de mammographies subséquentes surpasse le nombre de mammographies initiales dans toutes les régions, sauf celles du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Ailleurs, la proportion des mammographies subséquentes varie de 58,5 % (Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine) à 82,1 % (Estrie).

Tableau 5

Nombre de mammographies de dépistage initiales et subséquentes par région, Québec, 2004 et 2005

RÉGION DE PRODUCTION	2004			2005		
	Initiales	Subséquentes	Total	Initiales	Subséquentes	Total
BAS-SAINT-LAURENT	4 468	3 844	8 312	3 215	5 704	8 919
SAGUENAY—LAC-SAINT-JEAN	5 167	6 512	11 679	3 039	7 706	10 745
CAPITALE-NATIONALE	7 344	22 975	30 319	5 942	22 681	28 623
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	3 738	11 914	15 652	4 254	12 833	17 087
ESTRIE	2 767	9 425	12 192	1 990	9 121	11 111
MONTRÉAL	13 847	35 681	49 528	14 260	36 017	50 277
OUTAOUAIS	2 157	5 311	7 468	2 710	6 675	9 385
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	991	3 731	4 722	1 072	4 100	5 172
CÔTE-NORD	2 223	489	2 712	1 094	1 674	2 768
NORD-DU-QUÉBEC	205	403	608	153	488	641
GASPÉSIE—ÎLES-DE-LA-MADELEINE	1 150	2 098	3 248	1 847	2 603	4 450
CHAUDIÈRE-APPALACHES	2 731	10 306	13 037	2 605	11 134	13 739
LAVAL	930	3 685	4 615	2 724	7 385	10 109
LANAUDIÈRE	1 415	4 039	5 454	1 972	5 959	7 931
LAURENTIDES	2 695	7 361	10 056	3 032	8 985	12 017
MONTÉRÉGIE	9 786	31 162	40 948	9 899	34 219	44 118
NUNAVIK	298	5	303	—	—	—
TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES	26	—	26	432	15	447
LE QUÉBEC	61 938	158 941	220 879	60 240	177 299	237 539

Les femmes ont la possibilité de passer leur mammographie dans le centre de dépistage de leur choix. Le tableau 6 présente le taux de rétention régionale, qui correspond à la proportion des femmes qui utilisent les services offerts dans leur région de résidence. En 2005, 92 % des Québécoises ont eu leur mammographie dans la région où elles demeurent. Les taux les plus faibles sont observés dans les régions situées au nord de Montréal, soit Lanaudière (62,9 %), Laval (73,1 %) et Laurentides (81,4 %). Environ 99 % des femmes ont consulté dans leur région de résidence en Abitibi-Témiscamingue, dans la Capitale-Nationale, au Saguenay-Lac-Saint-Jean et dans l'Outaouais. D'autre part, les taux de rétention sont demeurés relativement stables au cours des cinq dernières années dans la majorité des régions, à l'exception de celles de Lanaudière et du Nord-du-Québec. Dans Lanaudière, le taux de 2005 est supérieur à celui de 2004, mais demeure inférieur aux taux observés de 2001 à 2003 ; dans le Nord-du-Québec, le taux a augmenté graduellement au cours des dernières années.

Tableau 6

Taux de rétention régionale,
Québec, de 2001 à 2005

RÉGION DE RÉSIDENCE	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)	2004 (%)	2005 (%)
BAS-SAINT-LAURENT	54,2	95,6	97,1	97,8	98,2
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	88,0	98,9	99,1	99,0	99,0
CAPITALE-NATIONALE	98,3	98,6	99,2	99,4	99,3
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	93,7	94,5	93,4	89,8	92,1
ESTRIE	93,7	94,2	94,7	95,4	94,7
MONTRÉAL	97,1	97,4	98,0	98,4	97,7
OUTAOUAIS	97,9	98,5	98,7	98,9	98,8
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	99,0	98,9	99,6	99,3	99,6
CÔTE-NORD	-	77,4	90,4	91,7	90,4
NORD-DU-QUÉBEC	63,2	84,5	87,1	89,3	92,1
GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE	92,8	96,6	96,6	96,8	98,2
CHAUDIÈRE-APPALACHES	84,2	85,3	86,2	83,8	85,3
LAVAL	76,9	76,7	71,5	49,0	73,1
LANAUDIÈRE	78,7	77,1	77,1	58,8	62,9
LAURENTIDES	74,8	78,2	83,8	83,8	81,4
MONTÉRÉGIE	90,3	89,8	92,2	92,0	92,3
NUNAVIK	-	-	-	96,8	-
TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES	-	-	-	17,9	90,2
LE QUÉBEC	90,6	91,8	92,6	91,3	91,6

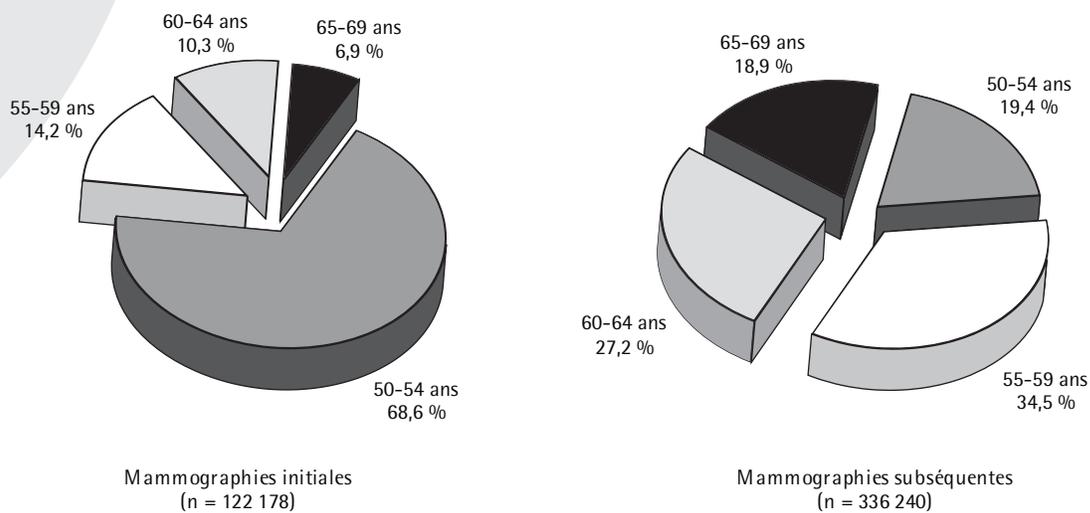
PROFIL DES PARTICIPANTES

Entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2005, les femmes de 50 à 69 ans participant au programme ont passé 458 418 mammographies de dépistage. La répartition selon l'âge montre que les femmes de 50 à 54 ans sont les plus nombreuses (32,6 %) ; viennent ensuite les femmes de 55 à 59 ans (29,1 %), celles de 60 à 64 ans (22,7 %) et celles de 65 à 69 ans (15,7 %).

Cependant, la distribution des mammographies de dépistage par groupe d'âge diffère lorsqu'on sépare les mammographies initiales des mammographies subséquentes. La figure 3 illustre que parmi les femmes participant une première fois au PQDCS, plus des deux tiers sont âgées de 50 à 54 ans, alors qu'aux mammographies subséquentes, les femmes de 55 à 59 ans et celles de 60 à 64 ans sont plus nombreuses.

Figure 3

Répartition des mammographies de dépistage initiales et subséquentes par groupe d'âge, Québec, 2004-2005



Par ailleurs, d'autres renseignements sont recueillis auprès des femmes lorsqu'elles passent une mammographie de dépistage. Les principaux résultats sont présentés au tableau 7. La distribution des femmes selon leurs caractéristiques est demeurée relativement stable entre 2004 et 2005, à l'exception de la proportion des femmes prenant des hormones. En 2005, 29,1 % des femmes ont déclaré être sous hormonothérapie, soit une diminution par rapport à l'année 2004 (33,8 %) et aux années précédentes (41,9 % en 2003 et 52,4 % en 2002). Cette diminution s'observe dans tous les groupes d'âge. Par ailleurs, près de 13 % des femmes ont déclaré des symptômes (douleur, écoulement, inversion du mamelon, masse) au moment de l'examen de dépistage.

Tableau 7

**Caractéristiques des participantes
par groupe d'âge, Québec, 2004 et 2005**

CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES	2004					2005				
	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
Mammographies	72 494	64 235	49 652	34 498	220 879	76 746	69 182	54 264	37 347	237 539
Antécédents familiaux de cancer du sein (mère, soeur, fille)	13,9	15,6	17,5	19,5	16,1	13,9	15,9	17,7	20,2	16,4
Aucune grossesse de 20 semaines ou plus	18,4	16,3	14,8	14,7	16,4	19,1	16,1	14,7	14,3	16,5
Hormonothérapie en cours	30,3	40,0	35,5	27,1	33,8	25,9	34,3	30,4	23,8	29,1
Examen clinique des seins au cours de la dernière année	67,6	63,5	60,5	57,9	63,3	67,4	62,8	60,6	57,3	62,9
Symptômes	13,3	12,5	12,5	12,0	12,7	13,2	12,4	12,3	12,2	12,6
Port d'implants mammaires	2,6	2,5	2,6	1,7	2,4	2,6	2,6	2,5	1,8	2,4
Mammographie antérieure	83,7	97,1	97,8	97,6	93,0	82,6	97,3	97,9	98,0	92,8
Densité mammaire :										
moins de 25 %	19,8	25,0	29,8	33,0	25,6	19,6	25,5	29,1	32,1	25,5
de 25 à 49 %	37,6	40,4	41,0	41,9	39,9	37,6	40,3	41,9	42,6	40,2
de 50 à 75 %	31,9	27,3	23,6	20,8	27,0	31,7	27,0	23,5	20,7	26,7
plus de 75 %	10,7	7,2	5,5	4,3	7,5	11,1	7,1	5,5	4,5	7,6

La densité mammaire, telle qu'elle est évaluée par le radiologiste, décroît avec l'âge. En 2005, la proportion des femmes ayant du tissu dense sur plus de 75 % du sein est de 11,1 % chez les femmes de 50 à 54 ans, comparativement à 4,5 % chez les femmes de 65 à 69 ans. En moyenne, 7,6 % des femmes de 50 à 69 ans ont une densité élevée sur plus de 75 % du sein.

PARTICIPATION ET FIDÉLITÉ AU PROGRAMME DE DÉPISTAGE

Pour entraîner une réduction importante de la mortalité par cancer du sein, les programmes de dépistage doivent joindre le plus grand nombre de femmes possible et celles-ci doivent continuer à y participer de façon régulière. Dans le cadre du PQDCS, les femmes sont invitées à passer une mammographie de dépistage tous les deux ans.

Taux de participation au PQDCS

Le taux de participation au PQDCS correspond à la proportion des femmes admissibles qui ont passé une mammographie de dépistage au cours des 24 derniers mois et qui ont donné leur consentement quant à leur participation au programme. Le PQDCS vise un taux de participation de la population cible d'au moins 70 %.

Le tableau 8 indique que, pour l'ensemble du Québec, le taux de participation au programme a progressé au cours des cinq dernières années jusqu'à atteindre 49,4 % en 2005. Cependant, le taux de participation varie beaucoup selon les régions, allant de 36,0 % dans celle de Montréal à 81,2 % dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James. Deux régions dépassent la cible de 70 %, soit celles des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nord-du-Québec.

Tableau 8

Taux de participation au PQDCS par région
Québec, de 2001 à 2005

RÉGION DE RÉSIDENCE	TAUX DE PARTICIPATION AU PQDCS AU 31 DÉCEMBRE				
	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)	2004 (%)	2005 (%)
BAS-SAINT-LAURENT	*	*	44,2	54,4	61,0
SAGUENAY—LAC-SAINT-JEAN	*	*	55,2	61,2	62,7
CAPITALE-NATIONALE	50,7	52,7	56,1	59,4	58,7
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	50,4	51,5	52,0	53,5	56,3
ESTRIE	55,3	57,5	60,9	64,5	63,9
MONTRÉAL	32,2	33,7	34,1	34,8	36,0
OUTAOUAIS	38,8	41,8	44,4	43,6	44,2
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	65,3	60,0	64,2	62,2	59,3
CÔTE-NORD	*	*	*	54,0	53,2
NORD-DU-QUÉBEC	60,1	64,5	75,1	70,5	73,8
GASPÉSIE—ÎLES-DE-LA-MADELEINE	25,6	41,7	48,7	45,1	56,7
CHAUDIÈRE-APPALACHES	57,1	58,8	60,8	62,7	62,9
LAVAL	41,7	45,4	42,4	38,3	42,3
LANAUDIÈRE	48,9	45,5	45,7	42,1	43,8
LAURENTIDES	37,0	36,9	40,9	40,0	40,7
MONTÉRÉGIE	47,5	49,7	50,2	51,8	53,4
NUNAVIK	*	*	*	69,1	65,5
TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES	*	*	*	*	81,2
LE QUÉBEC	43,4	45,1	46,7	47,9	49,4

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

Le taux de participation du Québec se situe au-dessus de la moyenne canadienne, qui était de 33,9 % pour la période 2001-2002¹. Toutefois, plus de la moitié des femmes de 50 à 69 ans de la Saskatchewan (53,6 %), du Nouveau-Brunswick (51,9 %) et de la Colombie-Britannique (50,7 %) participent à un programme de dépistage du cancer du sein.

Le tableau 9 montre les taux de participation au PQDCS par groupe d'âge en 2004-2005. Il y a peu d'écart quant aux taux de participation des femmes jusqu'à 64 ans (environ 50 %), alors que les femmes de 65 à 69 ans participent moins au programme (45 %). Les mêmes tendances sont observées dans toutes les régions, à l'exception du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James où les femmes de 65 à 69 ans ont des taux de participation très élevés.

1. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada : Rapport sur la performance des programmes en 2001 et en 2002*, [Ottawa], Agence de santé publique du Canada, p. 13.

Tableau 9

Taux de participation au PQDCS par groupe d'âge
et par région, Québec, 2004-2005

RÉGION DE RÉSIDENCE	50 À 54 ANS (%)	55 À 59 ANS (%)	60 À 64 ANS (%)	65 À 69 ANS (%)
BAS-SAINT-LAURENT	60,6	62,2	62,5	57,7
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	62,1	65,1	64,2	58,4
CAPITALE-NATIONALE	60,8	60,5	59,4	50,7
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	57,0	57,3	57,2	52,6
ESTRIE	63,4	65,5	64,9	60,5
MONTRÉAL	37,2	37,1	35,4	32,8
OUTAOUAIS	43,1	45,8	45,6	41,6
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	58,2	61,6	60,3	56,3
CÔTE-NORD	54,8	53,8	53,1	48,8
NORD-DU-QUÉBEC	74,1	71,9	79,2	69,1
GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE	58,8	59,0	55,8	50,8
CHAUDIÈRE-APPALACHES	62,8	64,1	64,5	59,0
LAVAL	42,2	43,2	43,7	39,5
LANAUDIÈRE	44,4	45,8	44,1	38,8
LAURENTIDES	40,8	42,0	42,0	36,4
MONTÉRÉGIE	54,8	53,8	54,6	48,5
NUNAVIK	59,7	64,5	70,0	78,2
TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES	84,4	75,3	86,7	77,5
LE QUÉBEC	50,2	50,7	50,2	44,9

Taux de couverture relatif à la mammographie

Le taux de couverture relatif à la mammographie permet de connaître la proportion des 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 Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), lesquels actes comprennent les mammographies de dépistage (que les femmes aient donné ou non leur consentement quant à leur participation au programme) et les mammographies de diagnostic bilatérales.

Le tableau 10 indique que le taux de couverture relatif à la mammographie a légèrement augmenté au cours des cinq dernières années au Québec, passant de 62,3 % à 63,4 %. Cependant, le taux a légèrement diminué ou est demeuré relativement stable dans les régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de Montréal, de l'Outaouais, de Laval et de Lanaudière. Dans six régions, soit celles du Nunavik, du Nord-du-Québec, de l'Estrie, de Chaudière-Appalaches, de la Côte-Nord et de la Capitale-Nationale, plus de 70 % des femmes ont eu recours à la mammographie au cours de la période 2003-2004. Le taux de couverture varie de 47,8 % à 74,6 % selon les régions.

Tableau 10

Taux de couverture relatif à la mammographie par région, Québec, de 2000 à 2004

RÉGION DE RÉSIDENCE	Taux de couverture relatif à la mammographie *				
	Au 31 déc. 2000 (%)	Au 31 déc. 2001 (%)	Au 31 déc. 2002 (%)	Au 31 déc. 2003 (%)	Au 31 déc. 2004 (%)
BAS-SAINT-LAURENT	63,0	65,1	67,5	67,6	68,8
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	59,2	56,8	58,7	64,1	68,9
CAPITALE-NATIONALE	65,5	66,1	67,0	68,3	70,1
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	64,0	65,1	63,5	61,4	62,4
ESTRIE	69,9	68,9	69,0	69,0	72,1
MONTRÉAL	59,0	57,4	57,6	57,4	57,8
OUTAOUAIS	56,0	56,2	55,8	56,6	55,2
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	67,2	72,2	67,5	70,1	68,3
CÔTE-NORD	54,4	57,6	64,0	68,0	70,4
NORD-DU-QUÉBEC	71,1	69,7	73,9	79,9	74,0
GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE	52,0	48,0	59,8	61,7	57,1
CHAUDIÈRE-APPALACHES	67,1	69,4	69,3	69,5	71,3
LAVAL	63,0	62,1	64,5	60,9	58,2
LANAUDIÈRE	62,6	62,8	59,1	57,5	55,7
LAURENTIDES	60,8	61,8	61,4	63,2	62,6
MONTÉRÉGIE	64,2	65,7	66,1	65,1	66,1
NUNAVIK	9,2	10,7	12,4	18,0	74,6
TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES	35,5	37,6	34,3	40,9	47,8
LE QUÉBEC	62,3	62,4	62,7	62,7	63,4

* Ce taux inclut les mammographies de dépistage et de diagnostic.

Sources : Les données du numérateur proviennent du fichier non nominatif des codes d'acte de la RAMQ, tandis que celles du dénominateur sont issues d'estimations et de projections des populations faites par le MSSS et l'ISQ en janvier 2005.

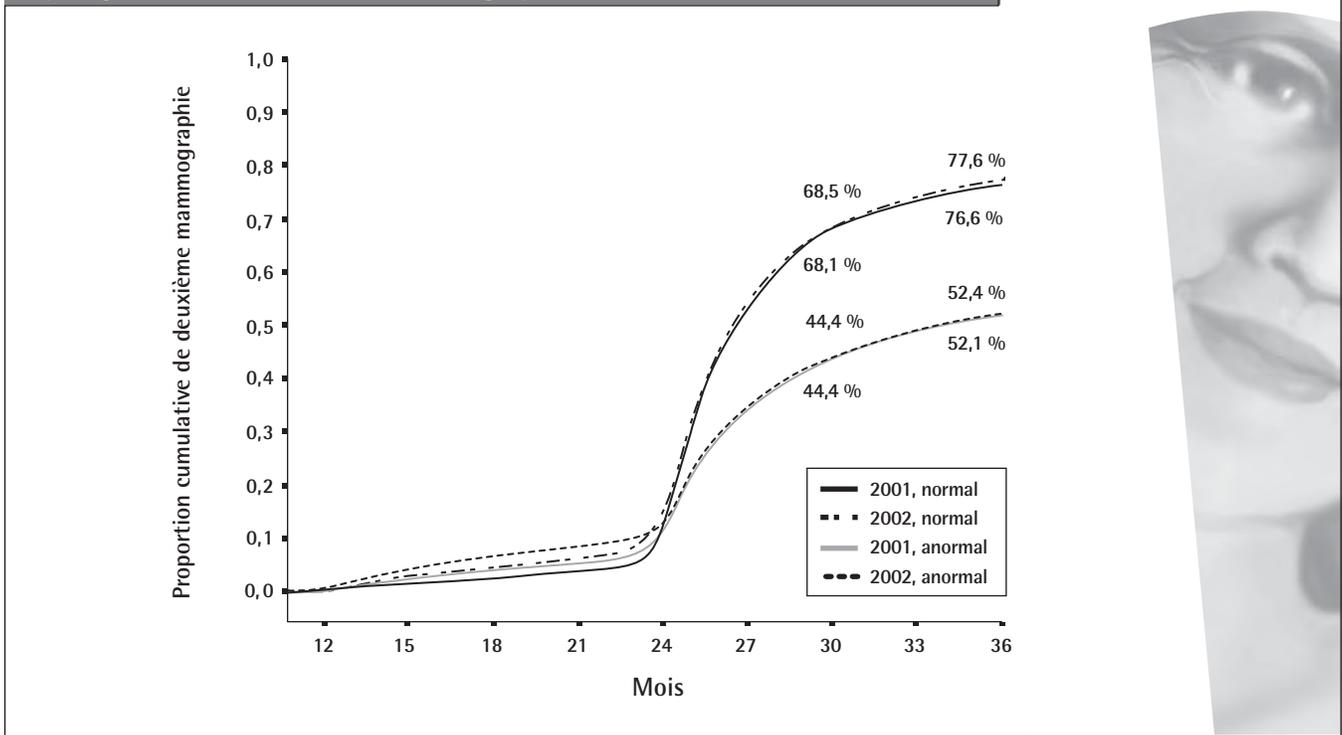
Taux de fidélité au programme de dépistage

Pour que les femmes retirent le maximum de bénéfices du PQDCS, leur participation régulière au dépistage est visée. Le taux de fidélité représente la probabilité cumulative d'une nouvelle mammographie de dépistage, calculée en fonction du temps depuis la mammographie précédente.

La figure 4 illustre le taux de fidélité au programme, jusqu'à 36 mois après la mammographie, pour les femmes ayant eu leur première mammographie de dépistage en 2001 ou en 2002. La hausse la plus importante du taux survient entre 24 et 30 mois. Les femmes sont beaucoup plus nombreuses à passer une deuxième mammographie lorsque la première s'est avérée normale que lorsque le résultat a été anormal. Pour un premier examen de dépistage en 2002, le taux de fidélité après un intervalle de 30 mois est de 68,5 % et de 44,4 % selon que le résultat était normal ou anormal. Ces taux sont semblables à ceux qui ont été établis pour l'année 2001.

Figure 4

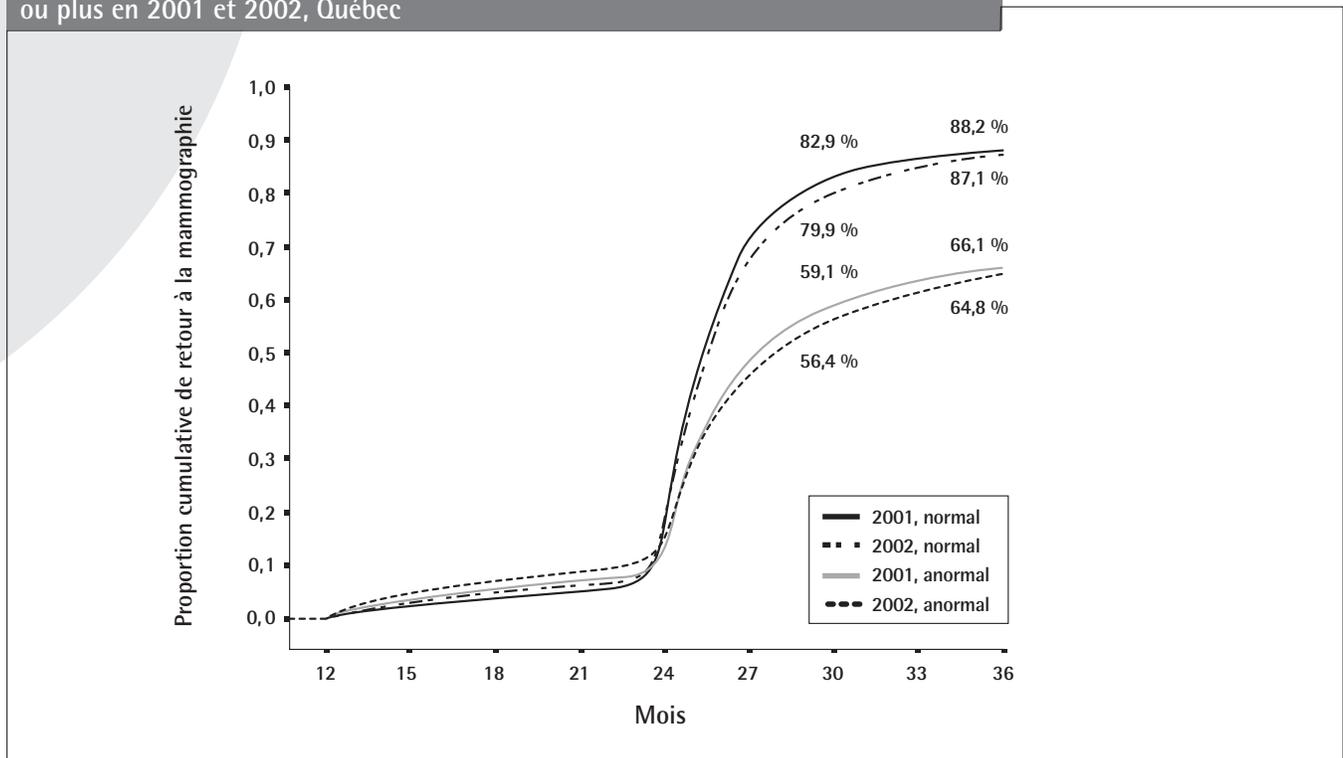
Proportion cumulative des femmes ayant passé une deuxième mammographie de dépistage selon le résultat de la mammographie initiale en 2001 et 2002, Québec



D'autre part, les taux de fidélité au programme sont plus élevés lorsque les femmes ont eu au moins deux mammographies, mais l'écart selon le résultat de la mammographie précédente persiste (figure 5). En 2002, c'était 79,9 % et 56,4 % des femmes qui passaient une autre mammographie de dépistage dans un intervalle de 30 mois, selon que le résultat précédent était normal ou anormal. Comparativement à 2001, les taux de fidélité à 30 mois et à 36 mois ont légèrement diminué en 2002, mais l'écart est moins grand à 36 mois.

Figure 5

Proportion cumulative des femmes ayant passé une mammographie de dépistage selon le résultat de la deuxième mammographie ou plus en 2001 et 2002, Québec



Dans la majorité des régions, le taux de fidélité au programme pendant une période de 30 mois après le premier dépistage est inférieur au taux de fidélité au programme après le deuxième examen ou plus (tableau 11). Pour les femmes ayant passé une mammographie au cours des années 2001 ou 2002, le taux de fidélité au programme est de 65,3 % après une première mammographie et de 79,4 % après un examen de dépistage subséquent. Selon les régions, le taux varie de 42,5 % (Lanaudière) à 82,2 % (Nord-du-Québec) après un premier dépistage et de 50,6 % à 90,7 % (dans les mêmes régions) après un dépistage subséquent. Dans toutes les régions, le taux de fidélité au programme après une mammographie anormale est inférieur au taux de fidélité au programme après une mammographie normale.

Tableau 11

Taux de fidélité au PQDCS pour une période de 30 mois selon les résultats de la mammographie initiale et de la mammographie subséquente, par région, Québec, 2001-2002

RÉGION DE RÉSIDENCE	Résultat de la mammographie initiale			Résultat de la mammographie subséquente			Total (%)
	Normal (%)	Anormal (%)	Total (%)	Normal (%)	Anormal (%)	Total (%)	
BAS-SAINT-LAURENT	79,2	60,3	77,0	78,9	55,6	76,9	77,0
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	83,1	66,1	81,5	84,5	67,7	82,7	81,5
CAPITALE-NATIONALE	77,5	52,0	74,3	88,7	60,9	86,9	82,5
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	61,5	43,9	59,2	77,9	64,1	76,9	68,8
ESTRIE	76,9	56,4	74,7	88,9	70,1	87,6	83,5
MONTRÉAL	64,2	34,9	60,0	80,8	48,9	78,2	70,5
OUTAOUAIS	72,2	60,4	70,6	83,1	74,6	82,5	77,2
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	73,8	60,6	71,8	82,1	66,0	80,7	75,5
CÔTE-NORD	83,5	48,4	79,9	77,8	46,2	75,4	79,2
NORD-DU-QUÉBEC	83,6	67,3	82,2	91,8	75,0	90,7	85,5
GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE	58,6	37,6	55,4	73,8	52,8	71,6	59,4
CHAUDIÈRE-APPALACHES	79,9	52,9	76,1	90,1	67,0	88,2	84,1
LAVAL	56,0	34,0	53,0	68,9	49,0	67,2	61,6
LANAUDIÈRE	45,4	25,9	42,5	52,0	33,5	50,6	47,3
LAURENTIDES	66,9	39,4	62,7	79,2	54,5	76,9	69,7
MONTÉRÉGIE	69,5	43,4	66,1	84,4	61,1	82,4	75,7
LE QUÉBEC	68,5	44,4	65,3	81,2	57,6	79,4	73,2

Le PQDCS ne comporte pas de norme quant au taux de fidélité, mais la cible canadienne est qu'au moins 75 % des femmes de 50 à 69 ans subissent un nouvel examen de dépistage dans un intervalle de 30 mois². Au Québec, pour les femmes qui ont eu une mammographie en 2001 ou en 2002, le taux de fidélité est de 73 %.

2. 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], Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002, p. 9.

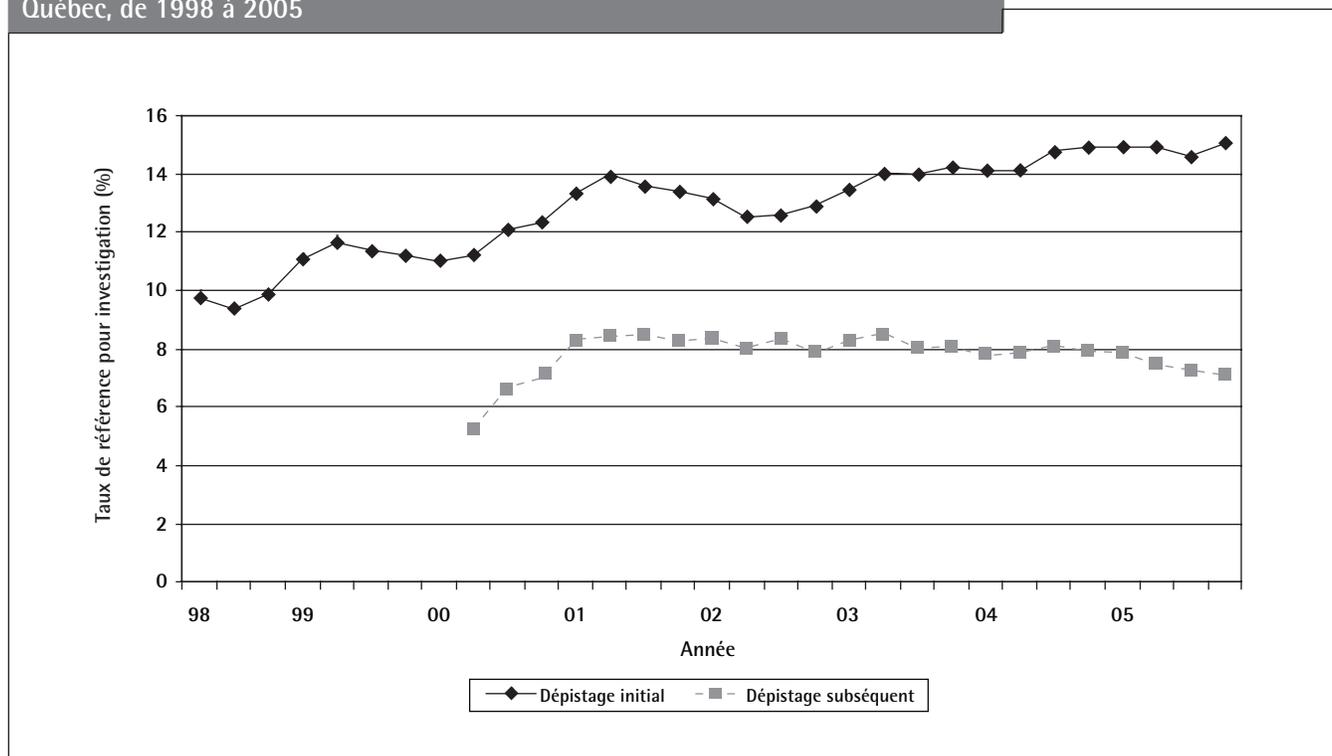
RÉFÉRENCE POUR INVESTIGATION

Le taux de référence pour investigation correspond à la proportion des mammographies de dépistage dont le résultat est interprété comme un résultat anormal par le radiologiste. Dans ces cas, les femmes doivent passer des examens additionnels pour que soit confirmée ou infirmée la présence d'un cancer. Selon les cibles visées par le programme, le taux de référence pour investigation 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 présente une légère baisse depuis les derniers trimestres.

Figure 6

Taux de référence pour investigation par trimestre, Québec, de 1998 à 2005



En ce qui concerne les mammographies initiales, le taux de référence pour investigation se chiffre à près de 15 % pour l'ensemble du Québec (tableau 12). En 2005, le taux variait de 7,2 % (Nord-du-Québec) à 24,1 % (Lanaudière). Le taux de référence pour investigation est moins élevé pour les mammographies subséquentes que pour les mammographies initiales ; il est à 7,4 % pour l'ensemble du Québec. Le taux varie, selon les régions, de 4,9 % (Outaouais et Nord-du-Québec) à 12,0 % (Lanaudière). En 2005, les résultats de plus de 22 000 mammographies ont été jugés anormaux, ce qui correspond à 9,3 % des femmes qui ont accepté de participer au programme.

Tableau 12

Taux de référence pour investigation par région,
mammographies initiales et subséquentes, Québec, 2004 et 2005

RÉGION DE RÉSIDENCE	2004		2005	
	Mammographies initiales (%)	Mammographies subséquentes (%)	Mammographies initiales (%)	Mammographies subséquentes (%)
BAS-SAINT-LAURENT	11,7	9,5	12,7	8,0
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	11,1	8,2	10,9	7,4
CAPITALE-NATIONALE	14,9	7,3	15,6	6,8
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	14,8	7,7	13,3	6,0
ESTRIE	12,9	6,9	12,6	6,4
MONTRÉAL	14,7	7,4	15,5	7,4
OUTAOUAIS	12,9	5,7	10,7	4,9
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	14,3	8,1	18,6	7,9
CÔTE-NORD	14,9	12,1	17,1	8,3
NORD-DU-QUÉBEC	6,8	4,2	7,2	4,9
GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE	13,7	9,1	13,2	8,1
CHAUDIÈRE-APPALACHES	15,3	8,3	14,5	8,0
LAVAL	11,4	7,2	11,1	6,6
LANAUDIÈRE	23,7	14,2	24,1	12,0
LAURENTIDES	14,7	8,3	13,7	6,5
MONTÉRÉGIE	16,7	8,5	17,7	8,4
NUNAVIK	6,0	-	-	-
TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES	-	-	7,6	-
LE QUÉBEC	14,5	7,9	14,9	7,4
NOMBRE DE MAMMOGRAPHIES ANORMALES	8 959	12 626	8 977	13 167

Dans les régions du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, le taux de référence pour investigation est près de la cible visée par le programme aux mammographies initiales (< 7 %), tandis qu'aux mammographies subséquentes, les régions du Nord-du-Québec et de l'Outaouais satisfont aussi à la norme (< 5 %). Par ailleurs, les cibles ne sont pas atteintes pour l'ensemble du Québec ni dans les autres régions. Cependant, en 2001-2002, les taux établis pour le Québec étaient comparables à la moyenne canadienne³.

CONFIRMATION DIAGNOSTIQUE

Lorsqu'une anomalie est décelée à un examen de dépistage, la femme et son médecin en sont avisés, et il faut alors procéder à d'autres examens pour confirmer ou infirmer 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. Le taux de biopsie ouverte pour anomalie bénigne, le ratio bénin : malin à la biopsie ouverte et l'intervalle entre l'examen de dépistage et le diagnostic constituent des indicateurs permettant de mesurer cet objectif. Les cibles visées par le PQDCS sont un taux de biopsie ouverte pour anomalie bénigne inférieur à 5,0 pour 1 000 mammographies initiales et inférieur à 3,5 pour 1 000 mammographies subséquentes. Quant au ratio bénin : malin, la cible est de < 1 : 1.

3. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *op. cit.*, p. 17.

Les informations permettant 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 ont été tirées de plusieurs fichiers⁴. Ainsi, les fichiers du système d'information du programme (SI-PQDCS), le fichier de la Régie de l'assurance maladie du Québec et celui de Med-Écho ont été utilisés pour obtenir l'ensemble des données concernant les examens d'investigation des femmes qui participent au programme.

La figure 7 indique les types d'actes diagnostiques qu'ont subis 20 856 femmes ayant eu un résultat anormal à la mammographie de dépistage au cours de l'année 2003. Pour 70,4 % de ces femmes, l'imagerie ayant permis de résoudre l'anomalie, aucun autre type d'examen n'a été nécessaire. Toutefois, 18,7 % des femmes ont subi une ponction à l'aiguille fine ou une biopsie par forage et 3,5 % des femmes ont dû subir une biopsie chirurgicale afin d'obtenir un diagnostic. Pour 1,4 % des femmes, on a dû utiliser les trois types d'actes. 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. Le profil diagnostique des femmes est similaire à celui des années précédentes.

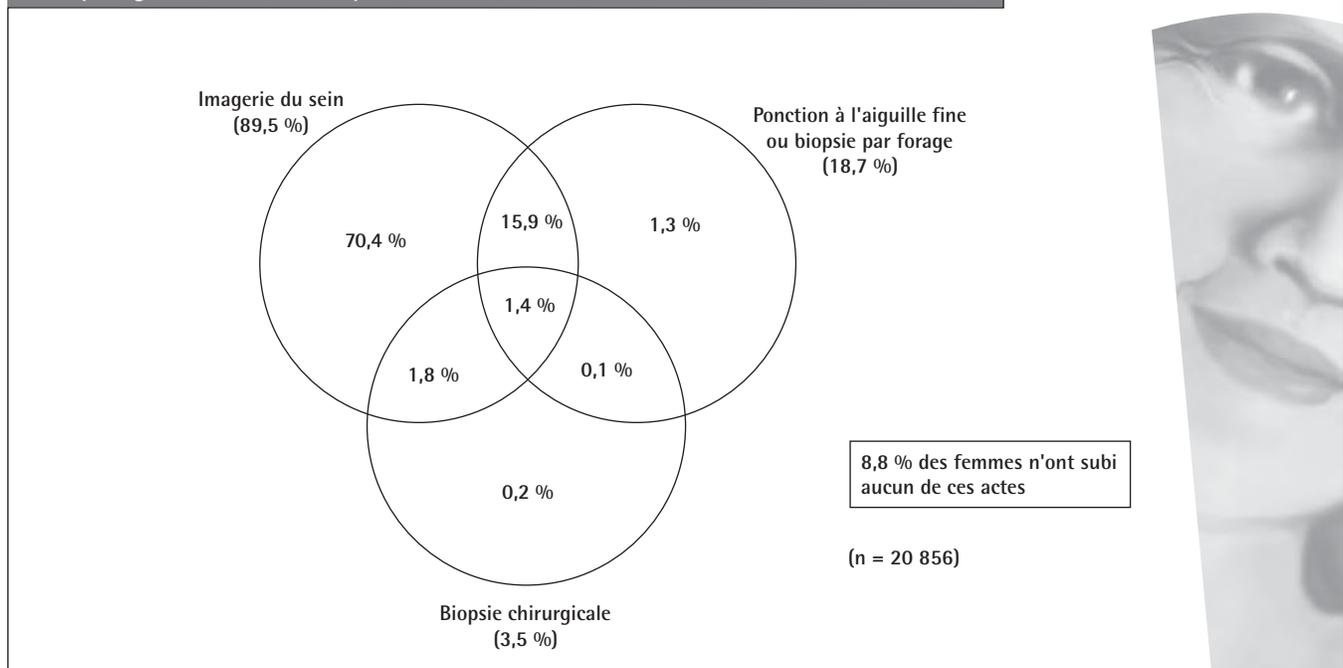
Si l'on compare le Québec à l'ensemble des provinces canadiennes en ce qui concerne les examens d'investigation à la suite de mammographies dont le résultat est anormal, on constate que le recours à la ponction à l'aiguille fine ou à la biopsie par forage est plus fréquent au Québec (18,7 %) qu'au Canada (13,1 %) et, conséquemment, que la biopsie chirurgicale est utilisée moins fréquemment au Québec qu'au Canada, les pourcentages étant de 3,5 % et de 7,2 % respectivement⁵.

4. É. PELLETIER, D. MAJOR et J. BRISSON, *Développement d'algorithmes permettant d'identifier les interventions et les délais liés à l'investigation diagnostique suite à une mammographie de dépistage anormale : Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*, [Québec], Institut national de santé publique du Québec, 2005, 39 p.

5. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *op. cit.*, p. 20.

Figure 7

Types d'actes diagnostiques effectués à la suite d'une mammographie de dépistage initiale ou subséquente anormale, Québec, 2003



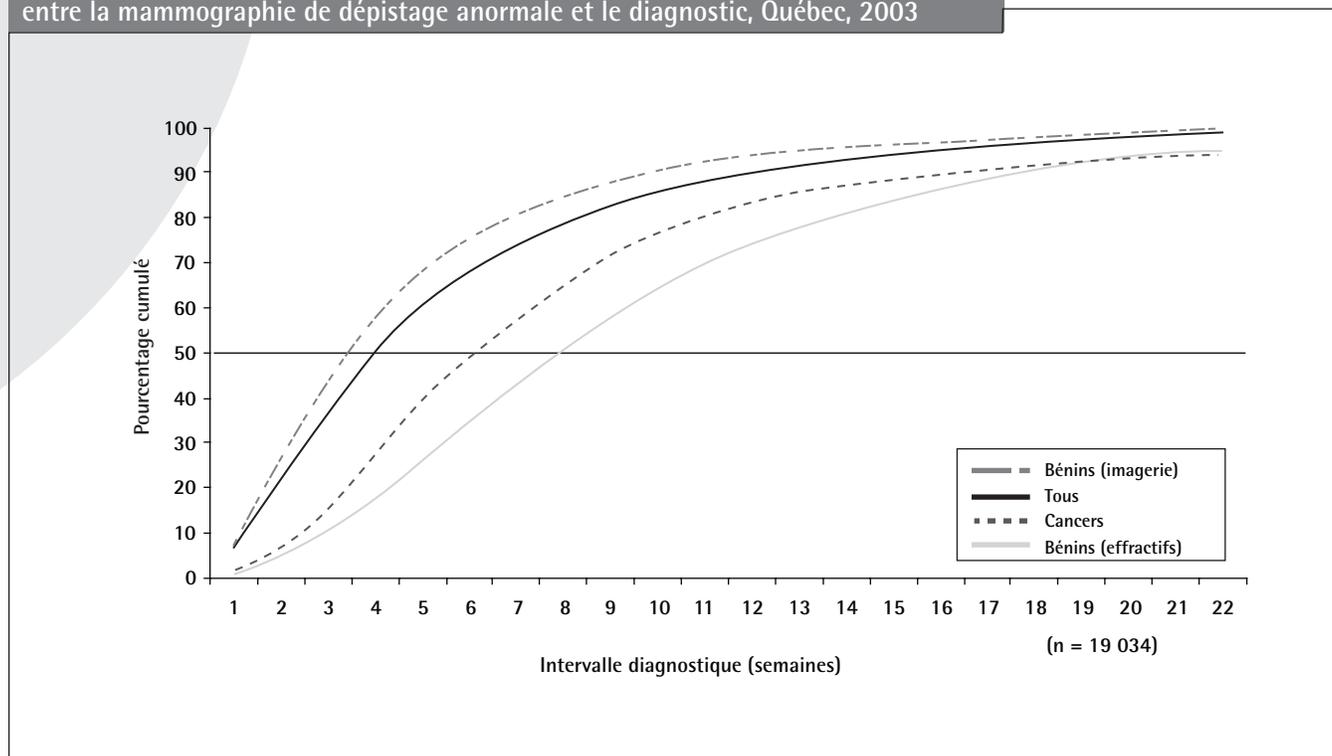
Un certain nombre de participantes ont subi une biopsie chirurgicale dont le résultat s'est avéré bénin, ce qui correspond au taux de biopsie ouverte pour anomalie bénigne. En 2003, les taux étaient de 3,9 pour 1 000 participantes à l'examen initial et de 1,9 pour 1 000 participantes à l'examen subséquent ; ces chiffres se situent en deçà des cibles fixées dans le programme, qui sont respectivement de < 5,0 pour 1 000 et de < 3,5 pour 1 000. 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 ; le ratio bénin : malin de 0,4 : 1 obtenu ici respecte la cible de < 1 : 1 fixée dans le programme et il est aussi moins élevé que celui de l'ensemble du Canada, lequel s'établissait à 0,9 : 1 en 2001-2002⁶.

Comme nous l'avons déjà mentionné, les examens additionnels permettant de confirmer ou d'infirmier 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 des femmes en fonction du nombre de semaines écoulées entre la mammographie de dépistage et le diagnostic. Cette période correspond à l'intervalle diagnostique, lequel intervalle est plus court lorsque des examens d'imagerie ont permis de poser le diagnostic et à son plus long lorsque des examens effractifs sont nécessaires pour s'assurer que la lésion est bénigne.

6. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *op. cit.*, p. 20.

Figure 8

Proportion cumulative des femmes selon le nombre de semaines écoulées entre la mammographie de dépistage anormale et le diagnostic, Québec, 2003



En 2003, la moitié des femmes ayant eu un résultat anormal à une mammographie de dépistage ont obtenu un diagnostic au cours des 3,9 semaines qui ont suivi (intervalle diagnostique médian). Cet intervalle médian varie selon le diagnostic et les examens à passer pour que le diagnostic puisse être établi. Les femmes attendent moins longtemps pour obtenir les résultats de leur investigation si seuls des examens d'imagerie sont pratiqués, soit 3,1 semaines. Ce groupe représente la majorité des femmes pour lesquelles il était possible de calculer l'intervalle diagnostique (14 634 femmes sur 19 034). L'intervalle médian est de 5,9 semaines (1 207 femmes) lorsqu'un cancer est diagnostiqué. Cependant, lorsque des examens effractifs sont nécessaires pour pouvoir poser un diagnostic bénin, l'intervalle est de 7,1 semaines dans le cas d'une ponction à l'aiguille fine ou d'une biopsie par forage (2 661 femmes) et de 12,9 semaines dans le cas d'une biopsie chirurgicale (532 femmes).

Les lignes directrices canadiennes recommandent qu'au moins 90 % des femmes reçoivent un diagnostic dans un délai de cinq semaines s'il n'y a pas de biopsie ouverte ou dans un délai de sept semaines si une telle biopsie est nécessaire⁷. En 2003 toujours, lorsque le diagnostic a pu être posé sans recours à la biopsie chirurgicale, 64,5 % des femmes l'ont reçu dans un délai de cinq semaines après l'examen de dépistage ; cependant, lorsqu'une biopsie chirurgicale a été pratiquée, seulement 22,4 % des femmes ont reçu leur diagnostic dans un délai de sept semaines. Quoique les valeurs observées au Québec se situent en deçà de celles observées ailleurs au Canada, les cibles ne sont pas atteintes ni dans le PQDCS ni dans les autres programmes canadiens⁸.

7. SANTÉ CANADA, *op. cit.*, p. 13.

8. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *op. cit.*, p. 34-39.

DÉTECTION DU CANCER

Maximiser la détection des cancers, et particulièrement des cancers de petite taille, constitue l'un des principaux objectifs du programme dans l'optique de réduire la mortalité par cancer du sein. Les taux de cancers détectés ont été estimés, ainsi que la proportion des cancers infiltrants de petite taille, la proportion des cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire, la proportion des cancers *in situ* et la valeur prédictive positive (VPP)⁹.

Depuis le début du programme jusqu'en décembre 2003, 5 405 cancers du sein ont été détectés dans le cadre du programme de dépistage (tableau 13). 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. Depuis 1998, les taux de détection du cancer aux mammographies initiales et subséquentes dépassent les cibles fixées dans le programme (> 5,0 cancers pour 1 000 participantes à la mammographie initiale ; > 3,5 cancers pour 1 000 participantes aux mammographies subséquentes).

Tableau 13

Taux de détection du cancer, valeur prédictive positive et pourcentage de cancers *in situ*, Québec, de 1998 à 2003

INDICATEURS	1998-1999	Mammographies initiales				Mammographies subséquentes			
		2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
Cancers* (n)	1 133	806	542	477	440	111	491	638	767
Taux de détection/1 000	6,0	6,0	6,6	6,4	6,7	5,6	5,5	5,4	5,4
Taux de détection du cancer infiltrant/1 000	4,6	4,9	4,9	5,0	5,2	4,1	4,4	4,2	4,2
Valeur prédictive positive (%)	5,5	5,2	4,8	5,0	4,8	8,2	6,5	6,6	6,6
Cancers <i>in situ</i> (%)	21,0	18,6	24,7	18,9	22,1	25,0	18,6	21,6	20,7

* Les cancers pris en considération ici sont ceux qui ont été diagnostiqués dans l'année suivant la mammographie anormale.

Dans la très grande majorité des régions, les cibles du programme sont atteintes quant aux taux de détection du cancer, mais les taux de référence pour investigation sont plus élevés que les cibles fixées (figures 9 et 10). Pour les années 2002 et 2003, le taux de détection du cancer varie, selon les régions, de 4,6 à 7,8 pour 1 000 participantes à la mammographie initiale et de 4,5 à 8,8 pour 1 000 participantes aux mammographies subséquentes.

9. 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.

Figure 9

Taux de détection du cancer et taux de référence pour investigation par région, mammographies initiales, Québec, 2002-2003

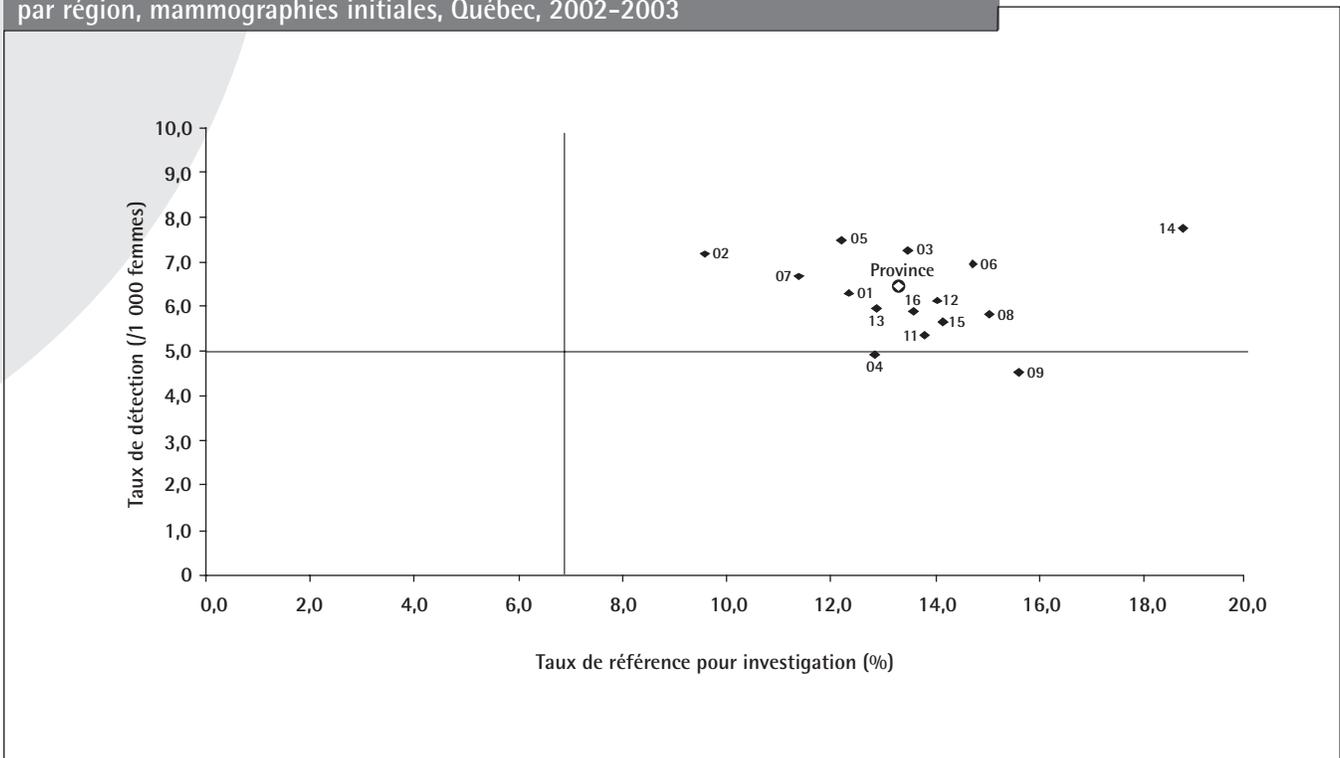
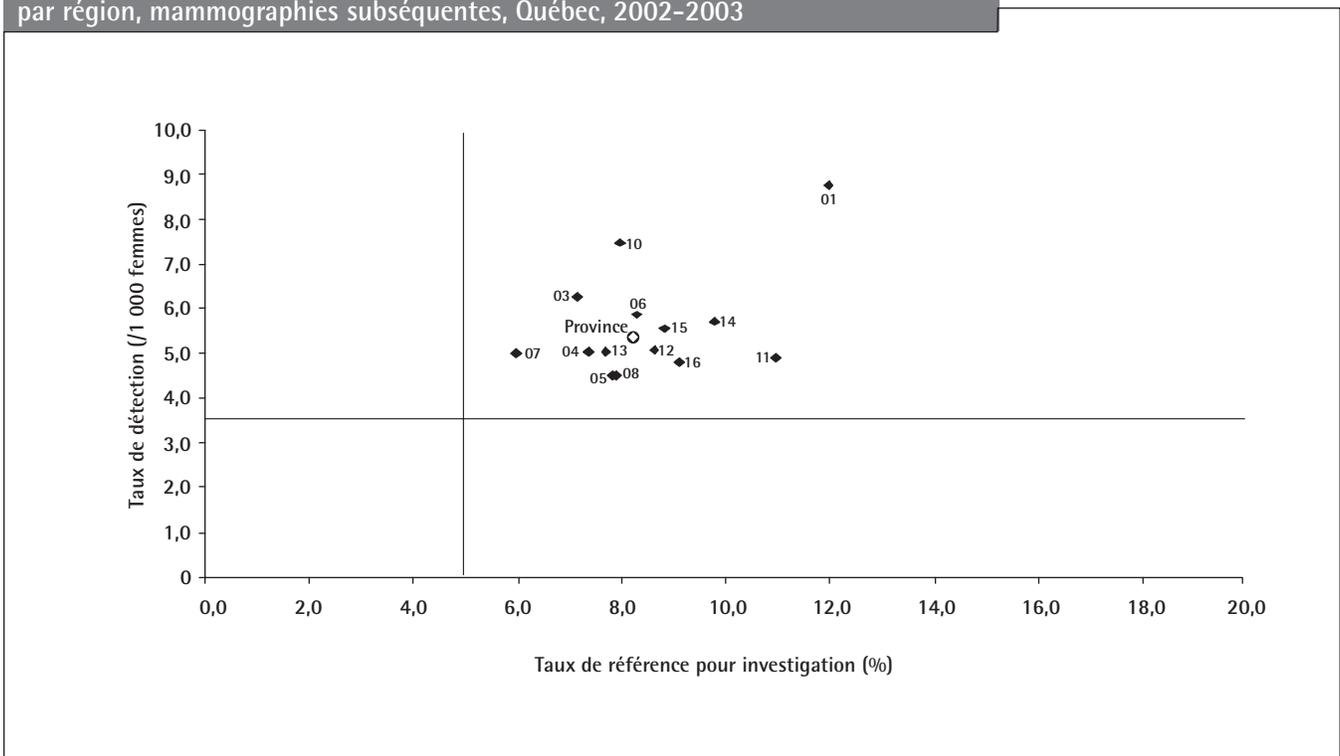


Figure 10

Taux de détection du cancer et taux de référence pour investigation par région, mammographies subséquentes, Québec, 2002-2003



En 2002-2003, parmi les femmes ayant obtenu un résultat anormal à leur première mammographie de dépistage, 4,9 % ont par la suite reçu un diagnostic de cancer du sein (tableau 14). Cet indicateur correspond à la valeur prédictive positive (VPP) de la mammographie de dépistage. La VPP à la mammographie initiale varie de 2,9 % (Côte-Nord) à 7,5 % (Saguenay–Lac-Saint-Jean). Le tableau 15 permet de constater que la valeur prédictive positive aux mammographies subséquentes est plus élevée : elle atteint 6,6 % pour l'ensemble du Québec et varie de 4,5 % (Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine) à 9,4 % (Nord-du-Québec).

Tableau 14

Taux de détection du cancer, valeur prédictive positive et pourcentage de cancers *in situ* par région, mammographies initiales, Québec, 2002-2003

RÉGION DE PRODUCTION	Taux de référence pour investigation (%)	Cancers* (n)	Taux de détection du cancer (‰)	VPP (%)	Cancers <i>in situ</i> * (%)
BAS-SAINT-LAURENT	12,4	64	6,3	5,1	20,6
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	9,6	126	7,2	7,5	19,8
CAPITALE-NATIONALE	13,5	102	7,3	5,4	24,0
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	12,9	42	5,0	3,9	23,8
ESTRIE	12,2	37	7,5	6,1	19,4
MONTRÉAL	14,8	201	7,0	4,7	16,6
OUTAOUAIS	11,4	35	6,7	5,9	11,4
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	15,1	16	5,8	3,9	18,8
CÔTE-NORD	15,6	15	4,6	2,9	20,0
NORD-DU-QUÉBEC	9,0	1	-	-	-
GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE	13,8	20	5,4	3,9	25,0
CHAUDIÈRE-APPALACHES	14,1	37	6,2	4,4	34,3
LAVAL	12,9	29	6,0	4,7	17,2
LANAUDIÈRE	18,8	34	7,8	4,1	44,1
LAURENTIDES	14,2	38	5,7	4,0	21,6
MONTÉRÉGIE	13,6	120	5,9	4,3	16,7
LE QUÉBEC	13,3	917	6,5	4,9	20,6

* Les cancers pris en considération ici sont ceux qui ont été diagnostiqués dans l'année suivant la mammographie anormale.

Le programme québécois ne contient pas de cible à atteindre concernant la VPP, mais les lignes directrices canadiennes recommandent au moins 5,0 % à l'examen initial et au moins 6,0 % aux examens subséquents¹⁰. Dans le tiers des régions du Québec, la VPP est d'au moins 5,0 % à la mammographie initiale alors que la norme canadienne relative aux mammographies subséquentes est respectée dans plus de la moitié des régions.

10. SANTÉ CANADA, *op. cit.*, p. 14.

Tableau 15

Taux de détection du cancer, valeur prédictive positive et pourcentage de cancers *in situ* par région, mammographies subséquentes, Québec, 2002-2003

RÉGION DE PRODUCTION	Taux de référence pour investigation (%)	Cancers* (n)	Taux de détection du cancer (‰)	VPP (%)	Cancers <i>in situ</i> * (%)
BAS-SAINT-LAURENT	12,0	8	8,8	7,3	12,5
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	9,5	3	-	-	-
CAPITALE-NATIONALE	7,1	233	6,3	8,8	24,1
MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	7,3	105	5,1	6,9	13,6
ESTRIE	7,8	70	4,5	5,8	24,3
MONTRÉAL	8,3	341	5,9	7,1	19,8
OUTAOUAIS	6,0	51	5,0	8,5	13,7
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	7,9	33	4,5	5,7	12,1
CÔTE-NORD	15,6	1	-	-	-
NORD-DU-QUÉBEC	7,9	5	7,5	9,4	40,0
GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE	10,9	12	4,9	4,5	16,7
CHAUDIÈRE-APPALACHES	8,6	93	5,1	5,9	22,8
LAVAL	7,7	57	5,1	6,6	19,3
LANAUDIÈRE	9,8	69	5,7	5,9	29,4
LAURENTIDES	8,8	71	5,6	6,3	21,7
MONTÉRÉGIE	9,1	253	4,8	5,3	22,4
LE QUÉBEC	8,2	1 405	5,4	6,6	21,1

* Les cancers pris en considération ici sont ceux qui ont été diagnostiqués dans l'année suivant la mammographie anormale.

Pour l'ensemble du Québec, 20,6 % des cancers détectés sont du type *in situ* aux mammographies initiales, le pourcentage variant de 11,4 % (Outaouais) à 44,1 % (Lanaudière) selon les régions. Dans le PQDCS, on a fixé à plus de 10 % la proportion des tumeurs canalaire *in situ* à détecter au premier examen de dépistage. Aux mammographies subséquentes, de 12,1 % (Abitibi-Témiscamingue) à 40,0 % (Nord-du-Québec) des cancers détectés sont du type *in situ*, le taux étant de 21,1 % pour l'ensemble du Québec.

De plus, une bonne proportion des cancers infiltrants détectés au dépistage sont de petite taille et sans envahissement ganglionnaire. Ainsi, en 2002, 40,9 % des cancers infiltrants détectés avaient un diamètre de 10 mm ou moins, pourcentage qui dépasse la cible du programme établie à > 30 %, et près des trois quarts (72,8 %) des cancers infiltrants ne présentaient pas d'envahissement ganglionnaire, pourcentage qui dépasse aussi la cible du programme fixée à > 70 %.

CANCERS D'INTERVALLE

Les cancers d'intervalle sont des cancers diagnostiqués dans la période se situant entre un examen de dépistage négatif et l'examen de dépistage suivant. Le Groupe canadien de travail sur les indicateurs d'évaluation des programmes de dépistage du cancer du sein a statué que les taux de cancer d'intervalle devraient être, au plus, de 6 et de 12 cancers infiltrants pour 10 000 personnes-années dans l'année et dans les deux ans, respectivement, suivant l'examen de dépistage négatif¹¹.

11. SANTÉ CANADA, *op. cit.*, p. 18.

Nous avons estimé le taux de cancer d'intervalle pour les femmes dont la première mammographie de dépistage passée dans le cadre du PQDCS en 1998-2000 a été interprétée comme normale (incluant les lésions bénignes non équivoques)¹². L'étude visait également à identifier les caractéristiques des femmes, des radiologistes et des centres associées aux variations du taux de cancer d'intervalle précoce (≤ 12 mois après un examen de dépistage), du taux de cancer d'intervalle tardif (13-24 mois après un examen de dépistage) ou du taux de détection du cancer. Elle devait aussi nous permettre de comparer les caractéristiques cliniques et pathologiques de trois groupes de cancers : les cancers d'intervalle diagnostiqués précocement (≤ 12 mois après un examen de dépistage), les cancers d'intervalle diagnostiqués tardivement (13-24 mois après un examen de dépistage) et les cancers détectés au moyen des examens de dépistage.

Ainsi, l'étude a porté sur les femmes qui ont passé leur première mammographie de dépistage dans le cadre du PQDCS au cours de la période 1998-2000 et qui ont signé le formulaire de consentement au programme. La comparaison a porté sur quatre groupes, soit les femmes chez qui un cancer *in situ* ou infiltrant a été détecté grâce à un examen de dépistage ($n = 1\ 699$), celles chez qui un cancer d'intervalle a été diagnostiqué dans l'année suivant un examen de dépistage négatif ($n = 165$), celles chez qui un cancer d'intervalle a été diagnostiqué dans les 13 à 24 mois suivant un examen de dépistage négatif ($n = 404$) et celles qui formaient le groupe témoin ($n = 48\ 200$). Ces dernières ont été sélectionnées de façon aléatoire parmi les femmes dont le résultat de la première mammographie de dépistage passée en 1998-2000 était normal et qui n'ont pas eu de diagnostic de cancer du sein au cours des deux années suivant cet examen. Cas et témoins ont été appariés pour le trimestre de la mammographie. Les variables relatives aux caractéristiques des femmes, des radiologistes et des centres de dépistage ont été extraites du système d'information du PQDCS (SI-PQDCS). Les données concernant les caractéristiques cliniques et pathologiques des cancers – que ce soient les cancers détectés au moyen des examens de dépistage ou les cancers d'intervalle – ont été recueillies à partir des rapports de pathologie, du SI-PQDCS et du fichier Med-Écho ; elles ont été analysées par régression logistique. Dans toutes les analyses, la variance des rapports de cotes (RC) a été corrigée pour tenir compte de la corrélation intra-radiologiste et de la corrélation intra-centre dans l'interprétation des clichés de mammographie.

Dans le cadre du PQDCS, parmi les femmes dont le résultat de la première mammographie passée entre 1998 et 2000 était normal, les taux de cancer d'intervalle infiltrant ont été de 6,4 et de 11,6 pour 10 000 femmes-années dans l'année et dans les deux ans, respectivement, suivant cet examen. Sous l'angle de l'incidence proportionnelle, ces taux correspondent à 23,3 % et à 42,0 % de l'incidence des cancers du sein infiltrants observée au Québec en 1997, avant le début du PQDCS.

Le taux de cancer d'intervalle devrait augmenter avec le risque de cancer du sein. Ainsi, le taux de cancer d'intervalle était associé positivement avec l'âge et avec l'indice de masse corporelle, et il était plus élevé pour les femmes ayant une histoire familiale de cancer du sein ou des antécédents de biopsie mammaire. La densité mammaire était quant à elle fortement associée au taux de cancer d'intervalle. Ce lien était particulièrement marqué dans l'année qui suivait le dépistage. Dans l'année suivant l'examen de dépistage, le rapport de cotes des cancers d'intervalle atteignait 13,00 (6,79-24,89) pour les femmes ayant une densité mammaire supérieure à 75 % quand on les comparait à celles ayant une densité mammaire inférieure à 25 %. Cette constatation confirme

12. N. HÉBERT-CROTEAU, I. THÉBERGE, A. LANGLOIS, D. MAJOR et J. BRISSON, *Cancer d'intervalle chez les femmes avec première mammographie de dépistage normale dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) en 1998-2000*, [Québec], Institut national de santé publique du Québec, 2005, 50 p.

que la densité mammaire peut masquer certains cancers existant au moment de l'examen de dépistage et qu'elle limite la sensibilité de la mammographie. Enfin, le taux de cancer d'intervalle dans l'année suivant l'examen de dépistage diminuait lorsque le volume des examens de dépistage d'un centre augmentait. Le taux de cancer d'intervalle diagnostiqué dans les 12 mois suivant un examen de dépistage dans les centres où s'effectuent 4 000 examens de dépistage ou plus par année était de 37 % inférieur à celui des centres où il s'en effectue moins de 2 000 annuellement (RC : 0,63 ; χ^2 de tendance : 3,70 ; $p = 0,0546$).

L'étude a permis de constater que la fréquence des cancers d'intervalle établie pour les années 1998-2000 dans le cadre du PQDCS se comparait à celle qui était observée dans d'autres programmes de dépistage et qu'elle satisfait aux normes fixées par le Groupe canadien de travail sur les indicateurs d'évaluation des programmes de dépistage du cancer du sein. De plus, une augmentation du volume des examens de dépistage dans les centres était liée à une augmentation du taux de détection du cancer et à une diminution du taux de cancer d'intervalle dans l'année suivant le dépistage. Cette dernière constatation, qui donne à penser que la sensibilité du dépistage est plus élevée dans les centres où le volume de dépistage est plus élevé, devra faire l'objet d'une analyse détaillée.

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS

Un nombre toujours plus élevé de femmes deviennent admissibles au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Elles étaient près de 920 000 femmes à être âgées de 50 à 69 ans en 2005. Le nombre de mammographies de dépistage a quant à lui augmenté de 7,5 % entre 2004 et 2005 et le total pour ces deux années atteint près de 460 000. On compte aussi de plus en plus de mammographies subséquentes.

Les résultats concernant la détection du cancer, les cancers de petite taille ou sans envahissement ganglionnaire, les cancers d'intervalle et l'utilisation de la biopsie ouverte pour une anomalie qui s'est avérée bénigne satisfont aux normes établies dans le PQDCS ou par le Groupe canadien de travail sur les indicateurs d'évaluation des programmes de dépistage du cancer du sein. Par contre, les résultats portant sur la participation et la fidélité au programme, la référence pour investigation et l'intervalle diagnostique montrent que les efforts doivent se poursuivre relativement à la promotion du dépistage auprès des femmes et à la réduction des faux-positifs ainsi que des temps d'attente avant d'obtenir un diagnostic.

Le taux de participation au programme de dépistage augmente depuis le début, mais seulement 50 % des femmes admissibles au PQDCS y participent alors qu'on vise au moins un taux de 70 % ; la cible est atteinte dans deux régions seulement : le Nord-du-Québec et les Terres-Cries-de-la-Baie-James. Cette faible participation soulève des questions quant à la capacité de répondre à la demande et de recruter les femmes admissibles au programme. On sait toutefois que les femmes ont eu recours à la mammographie, qu'elle soit de dépistage ou de diagnostic dans une proportion de 63 %.

Les résultats relatifs au taux de fidélité soulèvent également certaines questions. Les femmes sont moins nombreuses à revenir passer une mammographie dans un intervalle de 30 mois après le premier examen de dépistage (65,4 %) qu'après un examen subséquent (78,1 %) ; ces taux n'ont pas progressé depuis le début du programme. Elles sont également moins nombreuses à revenir passer une mammographie de dépistage dans un intervalle de 30 mois lorsque le résultat de leur dernier examen 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 fixées dans le programme quant aux taux de référence pour investigation ne sont pas atteintes, même si ces derniers correspondent à la moyenne canadienne. Le défi consiste à détecter les petits cancers, mais sans trop générer de faux-positifs. Parmi les femmes référées pour investigation, 70 % d'entre elles passeront uniquement des examens d'imagerie. Le temps écoulé entre la mammographie de dépistage et le diagnostic peut être long, principalement lorsqu'il est nécessaire d'avoir recours à des actes effractifs pour pouvoir poser le diagnostic. Ainsi, quand aucune biopsie ouverte n'est pratiquée, 64,5 % des femmes reçoivent leur diagnostic dans un délai de cinq semaines mais, dans le cas contraire, seulement 22,4 % des femmes recevront leur diagnostic dans un délai de sept semaines.

En 2003, 1 207 cancers du sein ont été détectés dans le cadre du PQDCS. Les taux de détection correspondent aux objectifs fixés par le programme. De plus, une bonne proportion des cancers infiltrants détectés au dépistage sont de petite taille et sans envahissement ganglionnaire. Enfin, la fréquence des cancers d'intervalle établie dans le cadre du PQDCS se compare à celle qui est observée dans d'autres programmes de dépistage.



Conclusion

À la lumière des résultats des années 2004 et 2005, et en considérant le chemin parcouru depuis le début, nous pouvons conclure que le PQDCS se compare à d'autres programmes du même type au Canada et ailleurs dans le monde.

Le programme doit continuer à favoriser la participation des femmes de 50 à 69 ans pour atteindre l'objectif de 70 %. Les efforts déployés doivent être faits avec un souci constant de limiter les effets indésirables et négatifs. Pour améliorer la performance nous comptons tant sur l'implantation et le suivi des interventions en assurance qualité que sur l'engagement de nombreux experts, partenaires et collaborateurs.

L'évolution sur le plan des connaissances ou des technologies ainsi que les résultats d'évaluation posent plusieurs défis au PQDCS. Ainsi, la contribution potentielle à l'amélioration du programme de la concentration des activités de dépistage et de la double lecture doit être appréciée. L'avènement de la mammographie numérique suppose quant à lui que d'importants efforts pourraient être consacrés à un tel changement technologique. De plus le processus de certification des centres de mammographie pourrait devoir être revu.

Le PQDCS est donc loin d'avoir atteint une phase de stabilité. La quête de l'atteinte de l'ensemble des objectifs fixés au départ du programme et l'adaptation aux changements scientifiques, technologiques et organisationnels survenant dans son environnement appellent le PQDCS à poursuivre sa constante évolution.

Annexe 1

Annexe 1

Sommaire des résultats pour chacun des indicateurs relatifs au dépistage, Québec, de 1998 à 2005

INDICATEURS	Cibles ¹	Année du dépistage						
		1998-1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre de dépistages								
- examen initial		188 961	133 212	82 164	75 519	65 687	61 958	60 240
- examens subséquents			19 771	89 891	118 837	141 940	158 863	177 299
Taux de couverture (%)		60,7	62,3	62,4	62,7	62,7	63,4	
Taux de participation (%)	≥ 70 %	42,8 ²	42,1	43,4	45,1	46,7	47,9	49,4
Taux de fidélité (% pour 30 mois)	≥ 75 %	68,0	69,7	73,4	73,0			
- examen initial		68,0	67,5	65,6	65,4			
- examens subséquents			84,7	80,9	78,1			
Taux de référence pour investigation (%)								
- examen initial	< 7 %	11,0	11,6	13,6	12,8	13,9	14,5	14,9
- examens subséquents	< 5 %		6,9	8,4	8,2	8,2	7,9	7,4
Taux de détection du cancer (infiltrant et <i>in situ</i>) (/1 000)								
- examen initial	> 5,0/1 000	6,0	6,0	6,6	6,4	6,7		
- examens subséquents	> 3,5/1 000		5,6	5,5	5,4	5,4		
Taux de détection du cancer infiltrant (/1 000)								
- examen initial	> 5,0/1 000	4,6	4,9	4,9	5,0	5,2		
- examens subséquents	> 3,0/1 000		4,1	4,4	4,2	4,2		
Valeur prédictive positive (%)								
- examen initial	≥ 5,0 %	5,5	5,2	4,8	5,0	4,8		
- examens subséquents	≥ 6,0 %		8,2	6,5	6,6	6,6		
Taux de biopsie ouverte pour anomalie bénigne (/1 000)								
- examen initial	< 5,0/1 000	4,3	3,2	3,2	3,3	3,9		
- examens subséquents	< 3,5/1 000		2,0	2,0	1,9	1,9		
Ratio bénin : malin à la biopsie ouverte	< 1 : 1	0,7 : 1	0,5 : 1	0,4 : 1	0,4 : 1	0,4 : 1		
Cancers détectés de type <i>in situ</i> (%)								
- examen initial	> 10 %	21,0	18,6	24,7	18,9	22,1		
- examens subséquents			25,0	18,6	21,6	20,7		
Cancers infiltrants de petite taille (1 cm ou moins) ³ (%)	> 30 %	42,0	41,8	39,7	40,9			
Cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire ³ (%)	> 70 %	72,0	74,0	74,5	72,8			
Intervalle diagnostique (%)								
- sans biopsie ouverte, dans les 5 semaines	≥ 90 %	61,0	64,1	63,8	65,3	64,5		
- avec biopsie ouverte, dans les 7 semaines	≥ 90 %	30,1	28,1	28,4	27,1	22,4		
Intervalle médian dépistage-diagnostic (nombre de semaines)								
- cancer		4,3	4,0	4,0	3,9	3,9		
- bénin : imagerie seulement		6,1	6,0	6,0	5,9	5,9		
- bénin : ponction à l'aiguille fine ou biopsie par forage		3,6	3,3	3,3	3,1	3,1		
- bénin : biopsie ouverte		6,9	6,6	6,6	7,0	7,1		
Taux de cancer infiltrant détecté après le dépistage (/10 000 femmes-années)								
- dans les 12 mois suivant un dépistage négatif ⁴	< 6/10 000		6,4 ⁵					
- dans les 24 mois suivant un dépistage négatif ⁴	< 12/10 000		11,6 ⁵					

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.

4. Cancer d'intervalle après une mammographie normale.

5. Les années 1998, 1999 et 2000 ont été regroupées.

Annexe 2

Sommaire des résultats de certains indicateurs relatifs au dépistage selon les régions

INDICATEURS	Période	Cibles ¹	Bas-Saint-Laurent	Saguenay-Lac-Saint-Jean	Capitale-Nationale	Mauricie et Centre-du-Québec	Estrie	Montréal	Outaouais	Abitibi-Témiscamingue	Côte-Nord	Nord-du-Québec	Gaspésie-Îles-de-la-Madeline	Chaudière-Appalaches	Laval	Lanaudière	Laurentides	Montréal	Nunavik	Terres-Cries-de-la-Baie-James	Ensemble du Québec
Nombre de dépistages[*]	2004-2005		17 231	22 424	58 942	32 739	23 303	99 805	16 853	9 894	5 480	1 249	7 698	26 776	14 724	13 385	22 073	85 066	303	473	458 418
- examen initial			7 683	8 206	13 286	7 992	4 757	28 107	4 867	2 063	3 317	358	2 997	5 336	3 654	3 387	5 727	19 685	298	458	122 178
- examens subséquents			9 548	14 218	45 656	24 747	18 546	71 698	11 986	7 831	2 163	891	4 701	21 440	11 070	9 998	16 346	65 381	5	15	336 240
Taux de couverture (%)	2003-2004		68,8	68,9	70,1	62,4	72,1	57,8	55,2	68,3	70,4	74,0	57,1	71,3	58,2	55,7	62,6	66,1	74,6	47,8	63,4
Taux de participation (%)	2004-2005	≥ 70 %	61,0	62,7	58,7	56,3	63,9	36,0	44,2	59,3	53,2	73,8	56,7	62,9	42,3	43,8	40,7	53,4	65,5	81,2	49,4
Taux de fidélité (% pour 30 mois)	2001-2002	≥ 75 %	77,0	81,5	82,5	68,8	83,5	70,5	77,2	75,5	79,2	85,5	59,4	84,1	61,6	47,3	69,7	75,7			73,2
- examen initial			77,0	81,5	74,3	59,2	74,7	60,0	70,6	71,8	79,9	82,2	55,4	76,1	53,0	42,5	62,7	66,1			65,3
- examens subséquents			76,9	82,7	86,9	76,9	87,6	78,2	82,5	80,7	75,4	90,7	71,6	88,2	67,2	50,6	76,9	82,4			79,4
Taux de référence pour investigation (%)	2004-2005	< 7 %	12,1	11,0	15,2	14,0	12,7	15,1	11,6	16,5	15,6	7,0	13,4	14,9	11,2	23,9	14,2	17,2	6,0	7,2	14,7
- examen initial		< 5 %	8,6	7,8	7,1	6,8	6,7	7,4	5,3	8,0	9,2	4,6	8,5	8,1	6,8	12,9	7,3	8,4		6,7	7,7
- examens subséquents																					
Taux de détection du cancer (infiltrant et <i>in situ</i>) (1 000)	2002-2003	> 5,0/1 000	6,3	7,2	7,3	5,0	7,5	7,0	6,7	5,8	4,6	7,5	5,4	6,2	6,0	7,8	5,7	5,9			6,5
- examen initial		> 3,5/1 000	8,8		6,3	5,1	4,5	5,9	5,0	4,5			4,9	5,1	5,1	5,7	5,6	4,8			5,4
- examens subséquents																					
Valeur prédictive positive (%)	2002-2003	≥ 5,0 %	5,1	7,5	5,4	3,9	6,1	4,7	5,9	3,9	2,9	9,4	3,9	4,4	4,7	4,1	4,0	4,3			4,9
- examen initial		≥ 6,0 %	7,3		8,8	6,9	5,8	7,1	8,5	5,7			4,5	5,9	6,6	5,9	6,3	5,3			6,6
- examens subséquents																					
Cancers détectés de type <i>in situ</i> (%)	2002-2003	> 10 %	20,6	19,8	24,0	23,8	19,4	16,6	11,4	18,8	20,0	40,0	25,0	34,3	17,2	44,1	21,6	16,7			20,6
- examen initial			12,5		24,1	13,6	24,3	19,8	13,7	12,1			16,7	22,8	19,3	29,4	21,7	22,4			21,1
- examens subséquents																					

1. Cibles du cadre de référence, sinon (en italique) cibles canadiennes.

* Mammographies de dépistage par région de production du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2005.

Annexe 2



Liste des centres de coordination des services régionaux du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

Région 01 – Bas-Saint-Laurent

Centre de coordination des services régionaux
du PQDCS

Agence de la santé et des services
sociaux du Bas-Saint-Laurent
288, rue Pierre-Saindon
Rimouski (Québec) G5L 9A8
Téléphone : (418) 725-2457
Télécopieur : (418) 725-0952

Région 02 – Saguenay-Lac-Saint-Jean

Centre de coordination des services régionaux
du PQDCS

Centre de santé et des services sociaux
de Jonquière
Case postale 1 200
2230, rue de l'Hôpital
Jonquière (Québec) G7X 7X2
Téléphone : (418) 695-7750
Télécopieur : (418) 695-7769

Région 03 – Capitale-Nationale

Centre de coordination des services régionaux
du PQDCS

Centre hospitalier affilié universitaire de Québec
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 – Mauricie et Centre-du-Québec

Centre de coordination des services régionaux
du PQDCS

Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
Pavillon Sainte-Marie
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 – Estrie

Centre de coordination des services régionaux
du PQDCS

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
580, rue Bowen Sud
Sherbrooke (Québec) J1G 2E8
Téléphone : (819) 346-1110, poste 22460
Télécopieur : (819) 822-6748

Région 06 – Montréal

Centre de coordination des services régionaux
du PQDCS

Direction de santé publique de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : (514) 528-2424, poste 3567
Télécopieur : (514) 528-2423

Région 07 – Outaouais

Centre de coordination des services régionaux
du PQDCS

Centre de santé et des services sociaux
de Gatineau

909, boulevard La Vérendrye Ouest

Gatineau (Québec) J8P 7H2

Téléphone : (819) 561-8265

Télécopieur : (819) 561-8394

Région 08 – Abitibi-Témiscamingue

Centre de coordination des services régionaux
du PQDCS

Agence de la santé et des services sociaux
de l'Abitibi-Témiscamingue

Pavillon Laramée

1, 9^e Rue

Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9

Téléphone : (819) 764-3264, poste 49333

Sans frais : 1 866 321-3232

Télécopieur : (819) 797-1947

Région 09 – Côte-Nord

Centre de coordination des services régionaux
du PQDCS

Agence de la santé et des services sociaux
de la Côte-Nord

691, rue Jalbert

Baie-Comeau (Québec) G5C 2A1

Téléphone : (418) 589-9845, poste 2238

Télécopieur : (418) 589-8574

Région 10 – Nord-du-Québec

Centre de coordination des services régionaux
du PQDCS

Direction de santé publique

Centre de santé et des services sociaux
de la Baie-James

312, 3^e Rue

Chibougamau (Québec) G8P 1N5

Téléphone : (418) 748-3575, poste 5114

Télécopieur : (418) 748-6391

Région 11 – Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Centre de coordination des services régionaux
du PQDCS

Direction de la santé publique

Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

205-1, boulevard de York Ouest

Gaspé (Québec) G4X 2W5

Téléphone : (418) 368-4641

Sans frais : 1 877 270-5069

Télécopieur : (418) 368-1317

Région 12 – Chaudière-Appalaches

Centre de coordination des services régionaux
du PQDCS

Hôtel-Dieu de Lévis, bureau 5804

143, rue Wolfe

Lévis (Québec) G6V 3Z1

Téléphone : (418) 835-7456

Télécopieur : (418) 835-7402

Région 13 – Laval

Centre de coordination des services régionaux
du PQDCS

Centre de santé et de services sociaux
de Laval/Centre ambulatoire

1515, boulevard Chomedey

Laval (Québec) H7V 3Y7

Téléphone : (450) 978-2956

Télécopieur : (450) 978-8626

Téléphone Info-Sein : (450) 978-2129

Région 14 – Lanaudière

Centre de coordination des services régionaux
du PQDCS

Centre de santé et de services sociaux
de Lanaudière

1000, boulevard Sainte-Anne, local 6B-630

Saint-Charles-Borromée (Québec) J6E 6J2

Téléphone : (450) 759-8222, poste 2292

Sans frais : 1 877 418-7346

Télécopieur : (450) 759-9387

Région 15 – Laurentides

Centre de coordination des services régionaux
du PQDCS

Agence 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 – Montérégie

Centre de coordination des services régionaux
du PQDCS

Agence de la santé et des services sociaux
de la Montérégie

Direction de santé publique

1255, rue Beauregard

Longueuil (Québec) J4K 2M3

Téléphone : (450) 928-6777, poste 5490

Télécopieur : (450) 928-6783

Région 17 – Nunavik

Centre de coordination des services régionaux
du PQDCS
Régie régionale de la santé et des services sociaux
du Nunavik
Case postale 900
Kuujuaq (Québec) J0M 1C0
Téléphone : (819) 964-2222
Télécopieur: (819) 964-2888

Région 18 – Terres-Cries-de-la-Baie-James

Centre de coordination des services régionaux
du PQDCS
Conseil Cri de la santé et des services sociaux
de la Baie James
277, rue Duke, suite 201
Montréal (Québec) H3C 2M2
Téléphone : (514) 861-2352, poste 224
Télécopieur: (514) 861-2681

