



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

**Rapport d'activités
des années 1998 et 1999**

Mai 2001

Québec 

Édition produite par :

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

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

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

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

Le présent document est disponible à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

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

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2001
Bibliothèque nationale du Canada, 2001
ISBN 2-550-37712-5

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

© Gouvernement du Québec

AVANT-PROPOS

Au Québec, le dépistage du cancer du sein fait partie des priorités nationales de santé publique. La publication du premier rapport portant sur les activités et les résultats du Programme québécois de dépistage du cancer du sein en 1998 et 1999 constitue une étape d'importance, complémentaire à la publication du bilan de l'implantation de ces priorités nationales.

Le présent rapport témoigne non seulement d'une implantation avancée, puisque le programme était appliqué dans treize régions et offert à la très grande majorité de la population québécoise à la fin de 1999, soit environ 90 % des femmes, mais il témoigne également d'un fort volume d'activités liées au dépistage et à l'investigation. En effet, en moins de deux ans, environ 30 % des femmes âgées de 50 à 69 ans avaient déjà bénéficié de services de dépistage offerts dans des centres soumis à des normes élevées de qualité ; 11 % d'entre elles ont subi des examens complémentaires. Les efforts doivent se poursuivre pour atteindre l'objectif de 70 % de la population cible et faire en sorte que les femmes ayant besoin de services additionnels bénéficient des meilleurs soins possible.

La réalisation d'un programme structuré de dépistage impliquait la prise en compte de plusieurs points de vue ou pratiques aux fins de mettre en place les différentes composantes d'un tel programme et d'atteindre les résultats souhaités. Des ajustements se sont avérés nécessaires, notamment en ce qui concerne les examens complémentaires et la collecte des informations servant à évaluer le programme. Le prochain rapport fera état de l'évolution des travaux qui ont été entrepris en ce sens.

En terminant, nous voulons remercier personnellement toutes les personnes qui se sont engagées dans l'implantation du programme. C'est grâce à leur compétence, à leur dévouement et parfois à leur détermination que le programme a pu prendre son envol. De nouveaux défis nous attendent maintenant pour le consolider. Avec la collaboration de chacun et chacune, nous espérons arriver à réduire le fardeau que constitue, malheureusement, le cancer du sein pour bien des femmes québécoises.

Richard Massé
Sous-ministre adjoint
Direction de la santé publique

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont contribué à la production du présent document. Nous remercions d'abord André Langlois et Diane Major, de l'Institut national de santé publique du Québec, pour l'analyse des données provenant du système d'information et pour les illustrations, ainsi que Patricia Goggin, directrice médicale du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, pour la coordination de la rédaction. Nos remerciements s'adressent également à Denis Drouin, directeur de la promotion de la santé et du bien-être au ministère de la Santé et des Services sociaux, ainsi qu'aux membres du Comité d'évaluation qui ont révisé le manuscrit et contribué, par leurs judicieux commentaires, à la version finale du document : Jacques Brisson, Robert Jacob, Diane Larocque, Marie-Claude Messely, Louise Rochette, Pauline Thiboutot et Richard Tremblay.

Nous tenons en outre à souligner la contribution de Huguette Bélanger, Thérèse Pelletier et Lucie Vaillancourt, du Comité de coordination du programme (anciennement nommé équipe programme), de même que celle de Linda Desjardins pour le travail de mise en page et le soutien technique.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 Description et implantation du PQDCS	3
1.1 Les paramètres du PQDCS	4
La population cible.....	4
Les moyens de dépistage.....	4
Les structures du PQDCS	5
La gamme des services offerts	5
La coordination et le financement du PQDCS.....	6
1.2 L'implantation du PQDCS.....	8
Les communications	8
La formation du personnel visé et des médecins de première ligne.....	9
Le système d'information	9
L'assurance de la qualité.....	9
CHAPITRE 2 RÉSULTATS DU PROGRAMME.....	11
2.1 Méthode	11
2.2 Présentation des résultats	11
Le volume d'activités.....	11
Le taux de participation au PQDCS.....	13
Le mode de recrutement.....	14
L'acceptation de participer au PQDCS.....	15
Profil des femmes ayant passé une mammographie de dépistage.....	16
Le taux de référence pour investigation (ou taux de mammographies anormales au dépistage) – Femmes de 50 à 69 ans	19
Les examens de confirmation diagnostique	20
CONCLUSION.....	24
Annexe 1 Liste des représentants régionaux du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.....	26
Annexe 2 Plan de communication	27
Annexe 3 Description des outils et des modalités de formation.....	29
Annexe 4 Mandat et composition du Comité de soutien à la qualité.....	31
Annexe 5 Composition et mandat du comité d'évaluation.....	35

INTRODUCTION

À l'instar des autres provinces et territoires canadiens, le Québec introduisait progressivement en 1998 son programme de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Amorcées dans les premières régions en mai 1998, des activités de dépistage structurées étaient implantées dans treize des dix-huit régions sociosanitaires à la fin de 1999.

Le présent document est le premier d'une série qui vise à faire connaître les activités et les résultats de ce programme. Les résultats présentés reposent sur les deux premières années du programme. Pour des raisons relatives à la méthode qui seront décrites plus loin, les rapports subséquents porteront sur des années civiles.

Pour les lecteurs moins familiers avec le programme, nous avons cru bon d'en rappeler ici, les principaux paramètres. Des informations plus détaillées sont fournies dans le cadre de référence publié en 1996¹. Nous décrivons également dans le premier chapitre le processus d'implantation et le mode de fonctionnement du programme.

Le second chapitre traite plus particulièrement des résultats obtenus à partir du système d'information du programme (SI-PQDCS). Sur le plan de l'investigation, il ne contient que des données partielles. Ces données devront ainsi être considérées à titre indicatif seulement.

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme québécois de dépistage du cancer du sein : Cadre de référence*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996, 67 p.

CHAPITRE 1

Description et implantation du PQDCS

Le cancer du sein demeure, au Québec comme dans plusieurs pays occidentaux, la principale forme de cancer chez les femmes. On estime qu'une femme sur neuf en sera atteinte au cours de sa vie. La méconnaissance des causes du cancer du sein et l'impossibilité d'agir sur les principaux facteurs de risque connus (âge, antécédents familiaux) rendent difficilement applicable pour l'instant toute stratégie basée sur la prévention primaire. Par contre, on sait que la détection précoce du cancer du sein offre de bonnes chances de guérison. Plusieurs essais cliniques randomisés ont d'ailleurs démontré qu'il est possible de réduire de 30 % à 40 % la mortalité chez les femmes de 50 à 69 ans à qui on avait offert le dépistage périodique par mammographie de façon systématique, à condition d'avoir des services de qualité et qu'une proportion importante de la population visée participe au dépistage.

Le but du PQDCS est de réduire d'au moins 25 % la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans, sur une période de dix ans. Ce but est assorti des deux conditions essentielles observées dans les essais cliniques : la participation d'au moins 70 % de la population cible et la qualité des services, soutenus par des mécanismes d'assurance de la qualité pour suivre l'évolution du programme et l'ajuster continuellement.

Si ces deux conditions apparaissent faciles à satisfaire à première vue, il faut savoir qu'avant la mise en place du PQDCS, les services de mammographie étaient largement dispersés au Québec et peu efficaces pour ce qui est du volume par centre. De plus, les mesures pour assurer la qualité des appareils, comme l'agrément de l'Association canadienne des radiologistes, reposaient sur des efforts volontaires de la part des centres. Environ la moitié seulement des centres de radiologie effectuant des mammographies détenaient cet agrément.

Quant au recours à la mammographie, des données d'enquête avaient révélé que l'usage était assez répandu chez les femmes, mais encore insuffisant. En 1996, 81 % des femmes de 50 à 69 ans avaient subi au moins une mammographie au cours de leur vie². Cependant, l'usage périodique nécessaire pour garantir une réduction substantielle de la mortalité était plus faible. Des données obtenues de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) nous indiquaient qu'en 1996-1997, la proportion de femmes qui avaient eu au moins une mammographie (de dépistage ou de diagnostic) au cours des deux dernières années était de 53 % en moyenne chez celles de 50 à 59 ans et de 43 % en moyenne chez les femmes de 60 à 69 ans.³ Pourtant, les premières recommandations canadiennes en matière de dépistage publiées dans les revues scientifiques à l'intention des médecins de première ligne dataient de 1979⁴. L'approche opportuniste de dépistage qui fonctionnait avant l'implantation du programme montrait donc ses limites.

² Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Étude sur le dépistage du cancer du sein*, rapport présenté par Impact Recherche, mars 1996

³ Données non publiées obtenues en 1998 du Service provincial de dépistage PARLAB, devenu le Centre d'expertise en dépistage, Institut national de santé publique du Québec.

⁴ Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, « Examen médical périodique », *L'Union médicale du Canada*, 1979, n°108

D'autres objectifs intermédiaires sont visés par le PQDCS : maximaliser la détection des tumeurs de petite taille, assurer la continuité des services entre le dépistage et l'investigation, notamment par la réduction des délais et une meilleure organisation des services et, finalement, minimiser les effets négatifs du dépistage. En effet, la mammographie est un examen très sensible permettant de déceler diverses sortes d'anomalies du sein, dont la plupart vont se révéler bénignes après investigation. Cette période d'investigation après une mammographie suspecte constitue néanmoins pour les femmes une source d'anxiété importante, en plus de mobiliser des ressources et d'occasionner des dépenses importantes pour le système de santé. Quand il est question de dépistage de masse, il faut donc viser un juste équilibre entre le taux de faux positifs (mammographie de dépistage anormale et examens complémentaires négatifs) et de faux négatifs (mammographie interprétée comme normale en présence d'un cancer).

1.1 Les paramètres du PQDCS

La population cible

La population cible, soit celle auprès de laquelle des efforts systématiques sont faits pour informer et inviter au dépistage, est celle des femmes de 50 à 69 ans.

Au début du programme, il avait été prévu que, sans faire partie formellement du programme, les femmes de 40 à 49 ans présentant des risques élevés et celles de 70 ans ou plus (indépendamment de leurs facteurs de risque) auraient accès à la mammographie de dépistage sur ordonnance médicale.

Le Collège des médecins du Québec avait été mandaté pour préciser cette notion de risque élevé applicable aux femmes de 40 à 49 ans. En 1997, il retenait comme condition les antécédents familiaux maternels de cancer du sein du premier degré (mère ou sœur) survenant avant la ménopause⁵.

Les moyens de dépistage

Le dépistage du cancer du sein est effectué par mammographie, avec deux incidences par sein (cranio-caudale et médio-latérale-oblique). Des protocoles particuliers existent pour les femmes qui portent des implants mammaires ou qui ont des seins volumineux. La fréquence recommandée pour l'examen est de deux ans.

Sans faire partie du programme, l'examen clinique annuel des seins par le médecin traitant et l'autoexamen des seins demeurent des mesures complémentaires de dépistage, car certains cancers ne sont pas toujours visibles à la mammographie. Toutefois, contrairement à d'autres programmes, il n'est pas prévu que l'examen clinique des seins soit fait sur place, dans les centres de dépistage.

(supplément), 48 p.

⁵ Collège des médecins du Québec, *Dépistage du cancer du sein*, Collège des médecins du Québec, 1997.

Les structures du PQDCS

Trois nouvelles structures ont été définies :

- des centres de dépistage désignés (CDD),
- des centres de référence pour investigation désignés (CRID),
- pour chaque région, une coordination des services régionaux (CSR).

Les CDD sont choisis parmi les centres de radiologie offrant des services de mammographie, qu'ils soient publics (centres hospitaliers) ou privés (cliniques de radiologie). Ils doivent répondre à des exigences de qualité : agrément de l'Association canadienne des radiologistes, certification par le Laboratoire de santé publique du Québec, volume de 4 000 examens par année pour les centres en milieux urbains⁶, implantation du système d'information et participation aux mesures d'évaluation et d'assurance de la qualité. Leur nombre varie selon les besoins des régions. Ils sont désignés par le ministre, sur recommandation des régies régionales. Dans une région où l'on implante le programme, seuls les CDD peuvent facturer à la Régie de l'assurance maladie du Québec le coût des mammographies de dépistage qui y sont faites.

Les CRID sont mis en place dans les régions afin d'offrir la gamme complète des services, de la façon la plus coordonnée possible, aux femmes qui ont besoin d'une investigation. Ils doivent disposer d'équipes multidisciplinaires (chirurgiens, radiologistes, pathologistes et intervenants psychosociaux, par exemple) et de matériel technologique de pointe, notamment pour l'examen et les biopsies des lésions non palpables. Ils sont généralement localisés en milieu hospitalier.

Les CSR assurent le suivi et la coordination des activités du programme dans leur région. Elles peuvent être situées à la Direction régionale de la santé publique ou dans un établissement désigné par la régie régionale. La liste des CSR et de leurs responsables apparaît à l'annexe 1.

La gamme des services offerts

Le programme de dépistage comprend un ensemble de services directs incluant :

- l'invitation par lettre à participer au dépistage et l'envoi d'information sur le programme aux femmes de la population cible ;
- le dépistage par mammographie dans un centre de dépistage désigné ;
- l'envoi des résultats aux femmes et aux médecins traitants ;
- le rappel aux deux ans pour les femmes admissibles ;
- l'investigation, incluant le diagnostic histopathologique ;
- des mesures de suivi pour les femmes ayant eu un résultat de dépistage positif.

⁶ Un milieu urbain est celui où la population est de 100 000 personnes ou plus.

Les lettres d'invitation initiale, de relance et de rappel aux deux ans sont signées par le médecin responsable de la coordination des services régionaux et peuvent servir d'ordonnance médicale lorsque la femme n'a pas de médecin traitant⁷. Toutefois, au moment de la visite au CDD, la femme devra donner le nom de son médecin traitant pour l'envoi des résultats. Chaque région doit par ailleurs constituer une banque de médecins volontaires qui acceptent de recevoir les résultats des femmes qui n'ont pas de médecin traitant, afin d'assurer un suivi lorsque des examens complémentaires sont recommandés. La femme qui désire passer une mammographie de dépistage mais qui refuse de signer le consentement à participer au PQDCS ne recevra ni lettre de résultat, ni rappel dans deux ans. Elle devra obtenir de son médecin traitant une ordonnance pour chaque examen.

En cas de résultat anormal, une lettre, la moins alarmante possible, encourage la femme à consulter son médecin et constitue un filet de sécurité si le résultat a été égaré ou si la femme n'a pas été informée préalablement par son médecin que des examens complémentaires étaient recommandés.

Par ailleurs, le programme comprend un ensemble de services indirects visant à soutenir l'implantation et le fonctionnement des activités, tels que :

- la production d'outils d'information et l'organisation d'activités de communication à l'échelle québécoise ;
- des activités et des outils de formation pour les intervenants du programme et les médecins de première ligne ;
- la mise en place d'un système d'information permettant de recueillir les données pertinentes afin de gérer les activités et d'évaluer le programme ;
- des mécanismes d'assurance de la qualité.

La coordination et le financement du PQDCS

Le PQDCS comprend deux paliers de coordination et de financement.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux est responsable notamment de l'établissement et de la révision des normes et exigences du programme, de la mise au point et du fonctionnement du système d'information, des différentes ententes avec les professionnels ou les organismes visés (RAMQ, Collège des médecins du Québec, Ordre des technologues en radiologie du Québec et Laboratoire de santé publique), ainsi que de l'élaboration de stratégies et de moyens de formation et d'information sur le programme. C'est également lui qui désigne les CDD, sur recommandation des régies régionales.

Outre les suppléments accordés aux radiologistes pour permettre un éventuel accroissement de volume dans le contexte des plafonds salariaux, le MSSS dispose d'un montant reconductible de 600 000 \$ pour des fonctions dites « horizontales », telles que le soutien au fonctionnement du système d'information, l'assurance de la qualité, les communications et la formation.

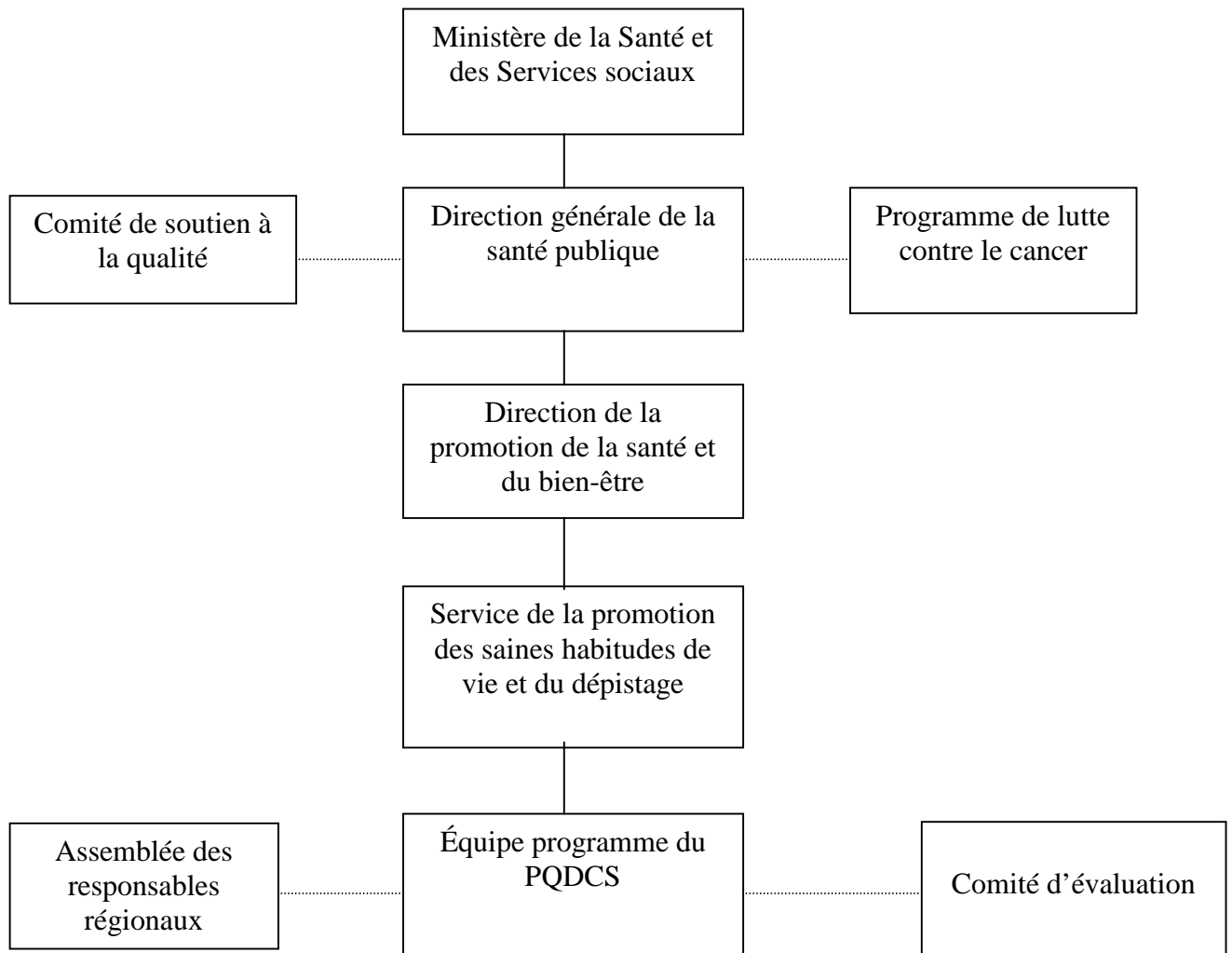
⁷ Ce mécanisme fait présentement l'objet de discussion concernant les conditions liées à son application.

Un montant de 1 150 000 \$ est par ailleurs alloué par le MSSS pour soutenir l'implantation et le fonctionnement du programme dans les régions. Le montant est partagé entre les diverses régions et doit être assorti d'un financement régional.

Les autorités régionales, quant à elles, sont responsables de l'organisation des services et de la coordination des activités de dépistage comme telles. Elles doivent procéder à l'analyse des besoins, désigner les CRID et fournir au ministre la liste des CDD pour désignation, selon les paramètres établis pour le programme. Elles doivent aussi s'assurer de la formation de tout le personnel visé et mettre en place un plan de communication pour ce personnel et la population cible. Finalement, elles doivent évaluer le programme et implanter des mécanismes d'assurance de la qualité, en collaboration avec les autorités ministérielles.

La figure 1 décrit la position du PQDCS au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux et les liens avec ses principaux comités.

Figure 1 Structure de coordination du PQDCS



1.2 L'implantation du PQDCS

Le programme est reconnu comme étant appliqué dans une région lorsque l'organisation des services est terminée ou avancée et que le système d'information entre en fonction dans au moins un CDD. À la fin de l'année 1999, des activités de dépistage structurées se déroulaient dans treize régions sur dix-huit, atteignant dès lors environ 90 % de la population québécoise. Pour les autres régions, la phase préparatoire est avancée et, dans le cas des deux régions du Grand Nord québécois, l'application du programme est tributaire de services mobiles ou itinérants de mammographie, lesquels sont prévus au cours de l'année 2001.

Tableau 1
État de situation de l'application du PQDCS dans les régions du Québec

	<i>Région</i>	<i>Date de l'application</i>
01	Bas-Saint-Laurent	À venir
02	Saguenay-Lac-Saint-Jean	À venir
03	Québec	13 mai 1998
04	Mauricie et Centre-du-Québec	26 octobre 1998
05	Estrie	25 mai 1998
06	Montréal-Centre	13 octobre 1998
07	Outaouais	22 juin 1998
08	Abitibi-Témiscamingue	2 juin 1999
09	Côte-Nord	À venir
10	Nord-du-Québec	29 novembre 1999
11	Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	6 septembre 1999
12	Chaudière-Appalaches	19 mai 1998
13	Laval	14 septembre 1998
14	Lanaudière	21 octobre 1998
15	Laurentides	1 ^{er} mai 1999
16	Montérégie	15 septembre 1998
17	Nunavik	À venir
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	À venir

Pour soutenir l'implantation et le fonctionnement du programme, le palier central assume différentes fonctions, relatives notamment aux communications et à la formation, au système d'information et à l'assurance de la qualité.

Les communications

Avant l'application du programme, un plan de communication initial a été préparé, comprenant de multiples outils et stratégies (voir annexe 2).

Madame Suzanne Lapointe, figure bien connue du milieu artistique québécois et elle-même traitée avec succès pour un cancer du sein découvert au cours d'un examen de dépistage, agissait comme marraine de la campagne.

L'annonce officielle du programme a eu lieu le 30 octobre 1997. Dans chaque région ce plan de communication a été appuyé par des activités locales ou régionales.

La formation du personnel visé et des médecins de première ligne

La mise en place du PQDCS supposait plusieurs changements dans la façon de fournir des services de dépistage. On passait d'un mode dit « opportuniste », demandant nécessairement une ordonnance à la suite d'une consultation médicale, à un mode organisé et systématique consistant à inviter toute la population visée en fonction de son âge. Pour faciliter ces changements et s'assurer d'une compréhension commune du programme, l'accent a été mis sur la formation des intervenants, tant ceux qui travaillent dans les centres du programme (CSR, CDD et CRID) que les médecins de première ligne et le personnel d'Info-santé ou d'organismes communautaires intéressés.

La description des outils et des modalités de formation compose l'annexe 3.

Le système d'information

Le fonctionnement du PQDCS s'appuie sur un système d'information créé à cette seule fin. Chaque CDD, CRID et CSR peut transmettre des informations quotidiennement au pilote central, qui les traite dans un premier temps et envoie une rétroaction à la CSR le lendemain.

Afin d'inviter personnellement les femmes du groupe d'âge visé, la CSR reçoit de la RAMQ la liste des femmes de 50 à 69 ans du territoire, avec leur adresse, la langue de communication et le numéro d'assurance maladie. Précisons ici que la Commission d'accès à l'information du Québec a autorisé cette transmission et qu'une mise à jour de la liste est prévue tous les six mois. La CSR peut alors envoyer à ces femmes une lettre les invitant à aller passer une mammographie de dépistage, ainsi que de l'information sur le programme et la liste des CDD de la région. Quelques semaines après l'invitation initiale, une lettre de relance est envoyée aux femmes pour qui aucun examen n'est rapporté par le système d'information. Afin de maintenir l'assiduité dans le dépistage, les femmes qui passent une mammographie de dépistage et qui acceptent de s'inscrire au PQDCS sont automatiquement rappelées deux ans plus tard si leur examen est normal, et ce, jusqu'à l'âge de 69 ans inclusivement.

Le système d'information permet aussi l'envoi des résultats de la mammographie de dépistage aux femmes ayant accepté de participer au programme.

L'assurance de la qualité

Dans un programme organisé de dépistage, les mesures d'assurance de la qualité représentent une fonction importante. Plusieurs normes et cibles de résultats sont définies dans le *Cadre de référence* du programme et doivent être évaluées périodiquement. D'autres restent à définir. Dans un premier temps, les activités d'assurance de la qualité peuvent toucher deux aspects : le contrôle technique de la qualité en mammographie ainsi que l'analyse des processus et des

résultats du programme de façon globale.

Le contrôle technique de la qualité

Tous les centres réalisant des mammographies pour le programme, CDD ou CRID, doivent obtenir au préalable l'agrément de l'Association canadienne des radiologistes et une certification accordée par le MSSS sur la base des recommandations du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). Ces deux processus complémentaires englobent à la fois la performance des appareils et la formation des technologues et des radiologistes.

Les exigences du programme sont définies dans les documents suivants :

Manuel de contrôle de la qualité – Vol. 1, Technologue en radiologie

Manuel de contrôle de la qualité – Vol. 2, Physicien biomédical

Un troisième document portant aussi sur le contrôle de la qualité et destiné aux radiologistes était également prévu, mais n'est pas encore publié.

L'analyse des processus et des résultats du programme de façon globale

Le Comité de soutien à la qualité, qui relève du sous-ministre adjoint à la santé publique, a été constitué afin de superviser l'ensemble des processus et résultats du programme, et de proposer des ajustements ou des recommandations pour en améliorer la performance. Le comité est multidisciplinaire ; il est formé de représentants du programme ou de ses mandataires ainsi que de membres externes, dont des représentantes des groupes de femmes. Le mandat du Comité de soutien à la qualité et la liste de ses membres apparaissent à l'annexe 4.

Par ailleurs, l'évaluation du programme est assurée par un autre comité, le Comité d'évaluation, qui relève du Comité de coordination du programme. Il comprend des représentants de l'équipe ministérielle, le pilote du système d'information, des chercheurs externes et une représentante des régions. La liste des membres actuels du Comité d'évaluation est présentée à l'annexe 5.

CHAPITRE 2

RÉSULTATS DU PROGRAMME

2.1 Méthode

Afin d'harmoniser la présentation des résultats du PQDCS avec celle qu'ont retenue les autres provinces et territoires canadiens qui ont implanté de tels programmes, nous avons décidé de regrouper les données selon l'année civile plutôt que selon l'année financière. Le calcul de certains indicateurs nécessitant des jumelages avec d'autres fichiers constitués également sur la base de l'année civile (fichier des tumeurs, fichier de mortalité) en sera ainsi facilité.

Comme la plupart des régions ont commencé les activités au cours de 1998, ce premier rapport couvre la période allant du 13 mai 1998 au 31 décembre 1999, soit un peu plus d'un an pour la plupart des régions.

Lorsque des données d'investigation sont présentées, elles ne concernent que les cas pour lesquels l'information a été transmise avant le 10 février 2000, après une mammographie de dépistage effectuée avant le 1^{er} janvier 2000. Les données d'investigation sont très partielles en raison du retard à établir une entente avec les médecins spécialistes visés au sujet de la rémunération des activités liées à la collecte des informations cliniques nécessaires à l'évaluation du programme. De plus, plusieurs examens complémentaires de radiologie ont été effectués dans les CDD plutôt que dans un CRID tel qu'il est prévu, ce qui a compliqué davantage la collecte des données puisque les CDD n'étaient pas outillés pour saisir et transmettre les données de façon électronique. Seuls quelques indicateurs seront donc présentés ici.

Les données de dépistage pour les femmes non visées par le programme (celles de 40 à 49 ans ou de 70 ans ou plus) demeurent partielles en raison de variations régionales quant à la compréhension des consignes pour la saisie de ces données. Elles doivent être interprétées avec prudence. Par ailleurs, aucune donnée d'investigation n'a été saisie pour ces femmes.

2.2 Présentation des résultats

Le volume d'activités

Au 31 décembre 1999, nous disposons de données de dépistage pour onze des dix-huit régions du Québec. Pour les deux régions périphériques ayant amorcé leurs activités au cours de l'automne de 1999 (Nord-du-Québec et Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine), les volumes étaient jugés encore trop faibles pour être analysés. Un total de 233 643 mammographies de dépistage ont été effectuées au Québec en 1998 et 1999, soit 54 240 en 1998 et 179 403 en

1999. La majorité des mammographies (près de 90 %) enregistrées dans le système d'information se rapportent à des femmes du groupe d'âge ciblé.

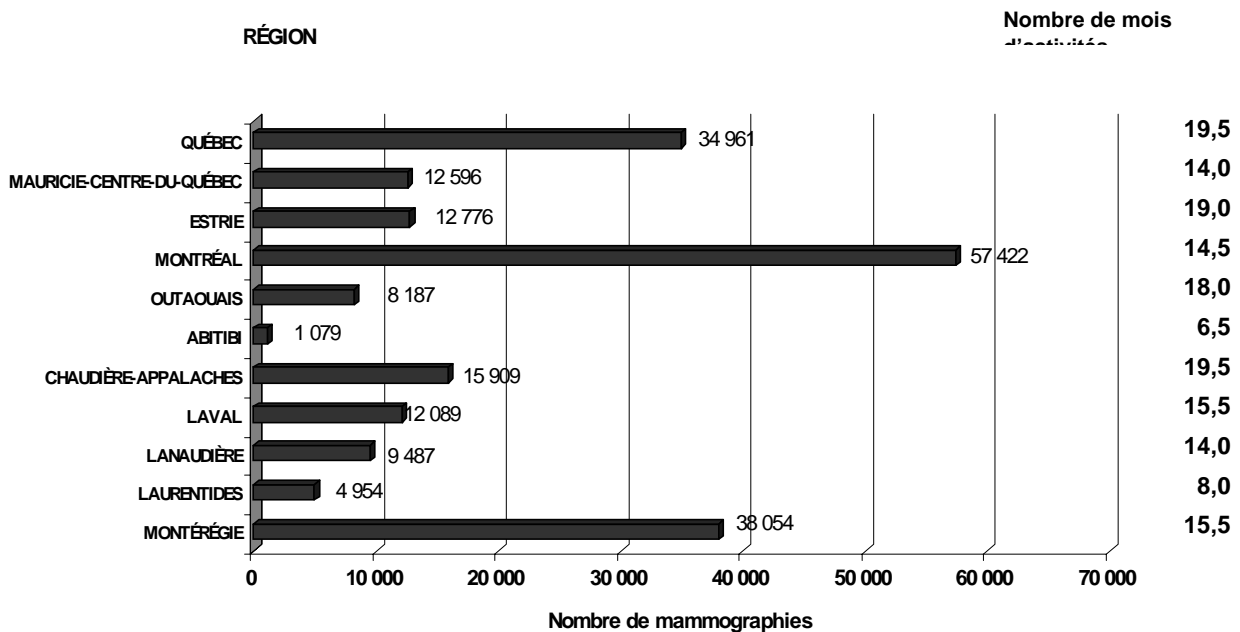
Tableau 2

Nombre de mammographies de dépistage et répartition selon le groupe d'âge, 1998 et 1999

Groupe d'âge	Nombre	Pourcentage
40-49 ans	11 797	5,0
50-59 ans	126 409	54,1
60-69 ans	81 131	34,7
70 ans et plus	14 306	6,1
Total	233 643	100

C'est dans les régions de Montréal, de la Montérégie et de Québec, les plus peuplées, que l'on retrouve le plus grand nombre de mammographies effectuées.

Figure 1 Nombre de mammographies de dépistage chez les femmes de 50 à 69 ans, en 1998 et 1999, par région démarrée et nombre de mois d'activités de chacune de ces régions.



Le taux de participation au PQDCS

L'objectif du PQDCS est d'atteindre un taux de participation au dépistage d'au moins 70 % des femmes de 50 à 69 ans, sur une période de deux ans.

À la fin de 1999, ce premier cycle de deux ans n'était complété dans aucune région. Dans les régions de Québec, de l'Estrie et de la Chaudière-Appalaches, on enregistrait des taux de participation dépassant 40 % sur dix-huit ou dix-neuf mois. Les taux étaient plus faibles dans les autres régions, mais les périodes d'observation étaient aussi plus courtes, à l'exception de la région de l'Outaouais où l'on cumulait dix-huit mois de fonctionnement. Toutefois, dans cette région, l'implantation des services n'était pas complète.

Tableau 3
Taux de participation au dépistage selon la région de résidence des femmes de 50 à 69 ans, 1998 et 1999

Région de résidence	Nombre de mois d'activités	Taux de participation à la fin de 1999 %
Québec	19,5	42,3
Mauricie et Centre-du-Québec	14,0	25,5
Estrie	19,0	43,9
Montréal	14,5	23,5
Outaouais	18,0	28,0
Abitibi	6,5	7,9
Chaudière-Appalaches	19,5	48,3
Laval	15,5	33,3
Lanaudière	14,0	30,4
Laurentides	8,0	16,9
Montérégie	15,5	31,3
Régions démarrées		29,7

Note - Le taux de participation correspond au nombre de femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie de dépistage par rapport à la population cible qui est estimée à partir des données de la RAMQ de 1997 et 1999.

Le mode de recrutement

L'une des questions adressées à la femme qui passe une mammographie de dépistage porte sur la principale source d'information l'ayant incité à participer au programme. La femme peut nommer plus d'une source d'information. Le tableau 4 présente les résultats relatifs à cet aspect.

Tableau 4
Sources d'information qui ont incité les femmes de 50 à 69 ans à participer au PQDCS

	De 50 à 54 ans	De 55 à 59 ans	De 60 à 64 ans	De 65 à 69 ans	Total
Nombre de femmes	69 799	54 684	41 351	38 507	204 341
Sources d'information	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Invitation	15,7	17,1	20,3	34,6	20,6
Médecin	80,6	79,2	76,3	64,2	76,2
Publicité	0,8	0,9	0,9	0,7	0,8
Bouche à oreille	5,4	5,4	5,3	4,3	5,1
Autres	1,6	1,8	1,5	1,3	1,6

Note - Les choix de réponses ne sont pas mutuellement exclusifs ; au moins une réponse était donnée dans 98,4 % des cas.

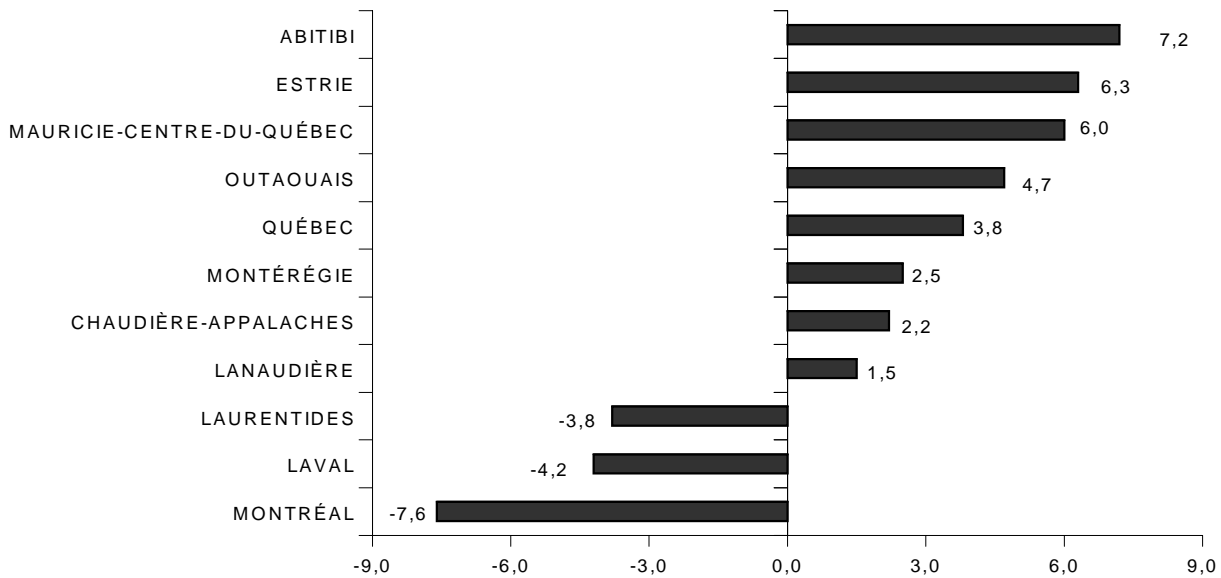
D'après le tableau 4, la recommandation du médecin et la lettre d'invitation semblent être les sources d'information privilégiées par les femmes qui passent une mammographie de dépistage. Toutefois, quelques remarques s'imposent ici. Dans plusieurs cas, le fait qu'une femme se présente avec une ordonnance fera en sorte que le médecin sera la source d'information inscrite par défaut. De plus, dans plusieurs régions, on favorise l'envoi de lettres d'invitation aux femmes les plus âgées d'abord, de sorte que les plus jeunes peuvent se présenter au dépistage sans avoir reçu la lettre d'invitation. Enfin, l'une ou l'autre de ces deux formules étaient les seules exigences légales pour pouvoir passer la mammographie de dépistage. Les questions concernant les autres choix n'étant pas posées systématiquement, leur influence peut donc être sous-évaluée.

L'acceptation de participer au PQDCS

Lorsque qu'une femme du groupe d'âge cible se présente pour passer une mammographie de dépistage, on lui offre de participer au PQDCS. Pour ce faire, elle doit signer un formulaire d'autorisation, ce qui permet au personnel de lui transmettre son résultat de dépistage par lettre, de la rappeler tous les deux ans et de transférer les données concernant ses examens au système d'information du PQDCS (SI-PQDCS).

Dans l'ensemble, 91,2 % des femmes consentent à participer au PQDCS. Dans certaines régions, le taux d'acceptation dépasse les 95 %. Dans la région de Montréal, où la composition ethno linguistique de la population amène un défi particulier pour les communications, le taux s'avère le plus faible, avec 83,6 %.

Figure 2
Taux de participation au PQDCS – Différence absolue au regard de la moyenne québécoise selon la région de résidence, dernier trimestre de 1999



Note - Le dernier trimestre de 1999 a été utilisé ici pour tenir compte du fait que, dans les régions le programme n'a pas été appliqué au même moment.

Profil des femmes ayant passé une mammographie de dépistage

Le programme vise d'abord les femmes de 50 à 69 ans. Certaines données concernant celles de 40 à 49 ans et celles de 70 ans ou plus ont également été recueillies durant cette période et sont fournies ici à titre comparatif.

Des antécédents familiaux de cancer du sein, l'âge à la première grossesse et le fait d'être nullipare sont des facteurs de risque reconnus pour le cancer du sein, bien que les deux derniers exercent une influence moindre.

Le tableau 5 indique que 17 % des femmes ayant passé une mammographie avaient des antécédents familiaux de cancer du sein. Cette proportion s'élève à 51 % chez les femmes de 40 à 49 ans ; elle reflète une adhésion mitigée au guide de pratique établi par le Collège des médecins du Québec, probablement en raison de la controverse entourant le bénéfice du dépistage dans ce groupe d'âge.

La proportion des femmes ayant eu au moins une grossesse de 20 semaines ou plus varie peu selon l'âge, de même que la proportion des femmes qui avaient 30 ans ou plus à leur première grossesse.

Tableau 5
Prévalence des facteurs de risque

	De 40 à 49 ans (%)	De 50 à 59 ans (%)	De 60 à 69 ans (%)	De 70 ans ou plus (%)	Total (%)
Antécédents familiaux de cancer du sein (mère, sœur)					
Oui	50,9	13,3	17,0	22,3	17,0
Grossesse de 20 semaines ou plus					
Oui	81,1	83,7	84,4	81,6	83,7
Âge à la première grossesse					
30 ans ou plus	14,7	11,6	10,3	15,0	11,5

Certaines données cliniques recueillies nous aident également à cerner le profil des participantes. On observe ainsi que plus de 70 % des femmes ont eu un examen clinique des seins au cours de la dernière année, que près de 88 % avaient déjà eu au moins une mammographie antérieure et qu'environ 15 % montraient des symptômes lors de leur mammographie. La proportion des femmes qui n'avaient jamais eu de mammographie était inférieure dans le groupe des 40 à 49 ans. En revanche, elles étaient plus nombreuses à mentionner la présence de symptômes et à rapporter un examen clinique des seins au cours de la dernière année. Quant à la prise actuelle d'hormones de substitution pour la ménopause,

elle est particulièrement élevée chez les femmes de 50 à 59 ans (57 %) et de 60 à 69 ans (44,8 %).

Tableau 6
Profil des femmes, selon le groupe d'âge

	De 40 à 49 ans (%)	De 50 à 59 ans (%)	De 60 à 69 ans (%)	De 70 ans ou plus (%)	Total (%)
Examen clinique des seins au cours de la dernière année					
Oui	83,9	77,7	68,6	73,3	74,6
Mammographies antérieures					
Oui	77,8	88,3	88,3	87,0	87,7
Symptômes					
Oui	21,9	15,1	14,3	15,1	15,2
Hormonothérapie de substitution actuelle					
Oui	19,7	57,0	44,8	27,1	49,1

La densité fibroglandulaire du tissu mammaire est une autre information utile, pouvant être corrélée avec le risque éventuel de développer un cancer du sein. Cette densité, établie selon quatre catégories (densité élevée sur moins de 25 %, 25-49 %, 50-75 % et sur plus de 75 % du tissu mammaire) varie également en fonction du groupe d'âge.

Tableau 7
Densité fibroglandulaire selon le groupe d'âge

	De 40 à 49 ans (%)	De 50 à 59 ans (%)	De 60 à 69 ans (%)	De 70 ans et plus (%)	Total (%)
Densité					
< 25 %	16,9	27,4	38,6	43,1	31,8
25-49 %	30,5	36,4	36,7	35,3	36,2
50-75 %	36,4	28,1	20,3	18,0	25,2
> 75 %	16,1	8,0	4,4	3,6	6,9

Le taux de référence pour investigation (ou taux de mammographies anormales au dépistage) – Femmes de 50 à 69 ans

Le taux de référence pour investigation est un indicateur important dans un programme de dépistage de masse. Les femmes chez qui la mammographie de dépistage est anormale doivent subir des examens complémentaires, alors que la grande majorité d'entre elles ne sont pas atteintes de cancer. Ces femmes peuvent éprouver une grande anxiété avant d'être rassurées sur leur état de santé. La norme établie pour ce taux était de moins de 7 % pour le premier examen de dépistage et de moins de 5 % pour les examens subséquents.

Le tableau 8 présente le taux de référence pour investigation se rapportant aux femmes de 50 à 69 ans qui ont subi une mammographie de dépistage. En ce qui concerne la période de 1998 à 1999, ce taux était de 11 % pour l'ensemble du Québec, avec des variations allant de 4,5 % à 17,1 % selon la région et le trimestre depuis l'implantation du PQDCS. Le taux s'avère relativement stable depuis le début.

Si le taux obtenu est supérieur à la norme visée, il demeure toutefois comparable au taux observé en 1996 dans l'ensemble des autres provinces canadiennes, qui était de 9,9 % pour les femmes de 50 à 59 ans et de 8,9 % chez celles de 60 à 69 ans⁸, au premier examen de dépistage fait dans le cadre d'un programme organisé.

Tableau 8
Taux de référence pour investigation (en pourcentage), selon la région et le trimestre

Région de résidence	Trimestre depuis l'implantation du programme						
	1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e
Québec	9,9	11,4	10,6	11,0	11,9	11,0	11,5
Chaudière-Appalaches	10,4	8,1	9,3	10,1	13,7	13,0	10,4
Estrie	5,0	4,7	4,7	4,5	4,6	7,5	
Outaouais	11,5	12,0	11,6	14,0	11,8	9,1	
Mauricie et Centre-du-Québec	9,0	8,4	10,1	11,3	11,5		
Montréal	11,3	12,0	12,7	11,3	11,8		
Laval	10,7	13,6	13,0	11,1	11,0		
Lanaudière	9,4	11,1	12,7	15,5	13,7		
Montérégie	9,2	11,2	10,2	12,0	11,0		
Laurentides	14,0	9,7	10,0				
Abitibi	17,1	14,0					
Moyenne	10,1	11,0	11,1	11,2	11,4	10,5	11,2

Note - Le taux est calculé comme suit : nombre de femmes ayant un résultat anormal à la mammographie/nombre de femmes ayant passé une mammographie de dépistage.

⁸ Santé Canada, *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein Rapport de 1996*. ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999

Les examens de confirmation diagnostique

Comme il a été mentionné auparavant, les données d'investigation recueillies sont partielles et ne permettent pas de mesurer la plupart des indicateurs prévus dans le cadre de référence. Toutefois, elles aident à établir un profil pour l'investigation des anomalies décelées au dépistage.

En ce qui concerne les femmes de 50 à 69 ans pour lesquelles les données d'investigation sont actuellement complètes (n = 7 483), le tableau 9 présente une répartition des examens effectués après une mammographie de dépistage anormale. Il est possible de recourir à plusieurs moyens d'investigation.

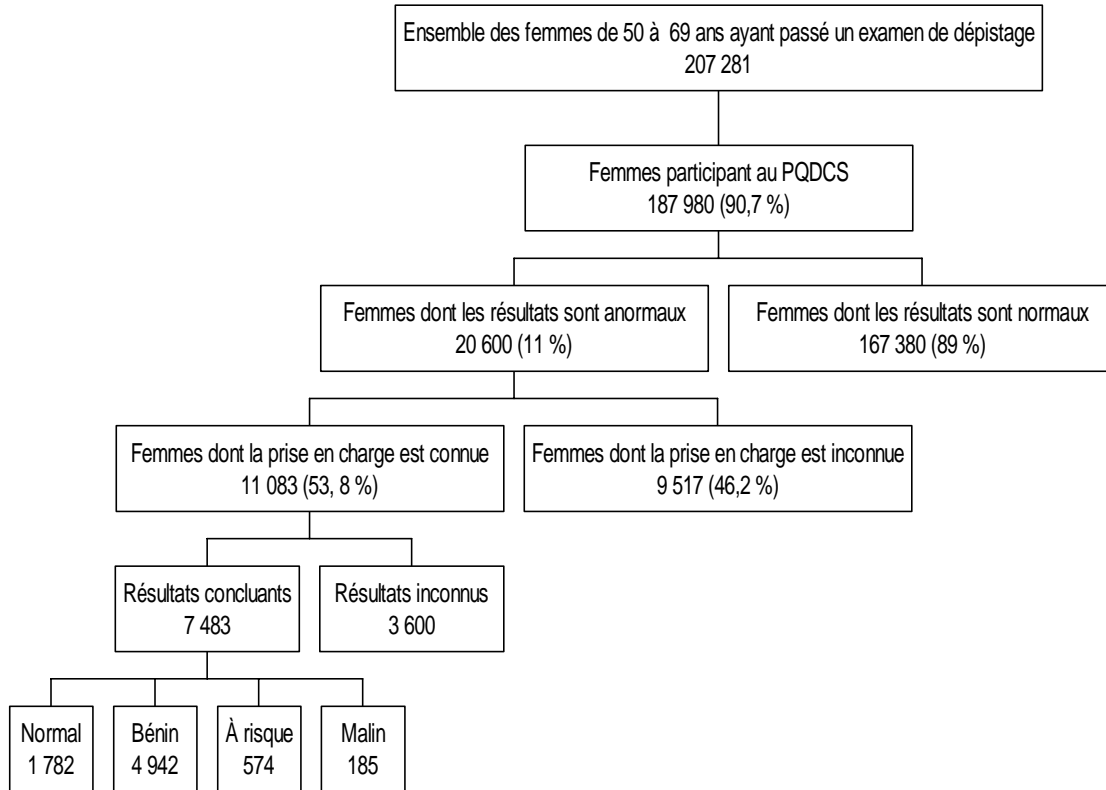
Tableau 9
Répartition des examens d'investigation après une mammographie de dépistage anormale

Examen clinique des seins ⁹	83,5 %
Clichés radiologiques complémentaires	73,7 %
Échographie	54,8 %
Aspiration à l'aiguille fine	5,1 %
Biopsie au trocart	8,9 %
Biopsie ouverte	2,3 %

La figure 3 résume la prise en charge des femmes de 50 à 69 ans qui ont passé un examen de dépistage dans le cadre du PQDCS en 1998 et 1999 et les résultats de cet examen.

⁹ Même si l'examen clinique des seins est une mesure souhaitable lorsqu'une femme est référée pour investigation, plusieurs intervenants soutiennent que cette mesure n'est pas absolument essentielle lorsque les clichés supplémentaires permettent de constater que l'anomalie soupçonnée n'est en fait qu'une image de composition. Un avis du Comité de soutien à la qualité sur la pertinence de réaliser l'examen clinique des seins lorsque la mammographie de dépistage est anormale, émis à la fin de 1999, allait dans le même sens.

Figure 3
Portrait de la prise en charge pour les années 1998 et 1999



Note Pour 259 femmes, les données concernant la participation au PQDCS étaient inconnues. Par ailleurs, la catégorie de résultats concluants « à risque » inclut des lésions qui présentent un risque sur le plan médical, confirmé par la pathologie, comme la néoplasie lobulaire *in situ*, et des lésions probablement bénignes pour lesquelles un suivi rapproché est recommandé.

En 1998 et 1999, 207 281 femmes de 50 à 69 ans ont passé une mammographie de dépistage dans le cadre du PQDCS. De ce nombre, 20 600 ont eu une mammographie anormale. Pour 7 483 cas, soit 36,3 % de ces femmes, les conclusions des examens d'investigation étaient connues au SI-PQDCS, et 185 cas de cancers ont pu être diagnostiqués.

Jusqu'à maintenant, un effort particulier a pu être fait pour connaître l'histologie des cancers détectés en 1998 chez les femmes pour lesquelles le suivi complet était disponible. Des 103 cas de cancer répertoriés, 26,2 % étaient des carcinomes canauxaires *in situ* (CCIS) et 76,8 % des cancers infiltrants. Ce même effort sera fait au cours des mois à venir pour les cas de cancers de 1999.

Pour les cas dont les données ont pu être recueillies, les indicateurs de performance suivants ont été calculés (voir le tableau 10).

Tableau 10
Indicateurs de performance, au cours de l'investigation (données partielles, année 1998 seulement)

Indicateur	Norme (lorsque connue)	Mesure établie
Ratio malin/bénin à la biopsie ouverte n = 62	> 1:1 Source : <i>Cadre de référence du PQDCS</i>	2,6:1
Ratio bénin/malin à la biopsie au trocart n = 274	Aucune norme établie encore	4,3:1
% de cancer canalaire <i>in situ</i> n = 103	10-20 % Norme du programme australien	26,2 %
% de cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire, n = 50	>70 % Norme de la Suède	82 %
% de cancers infiltrants de 10 mm ou moins n = 67	> 30 % Source : <i>Cadre de référence du PQDCS</i>	38,8 %

Bien que ces données soient très partielles, elles semblent indiquer une bonne sensibilité du dépistage, avec une proportion élevée de tumeurs de très petite taille et présentant des indices de pronostic favorables.

CONCLUSION

Le présent rapport trace un premier portrait des activités du PQDCS en 1998 et 1999 ainsi que des résultats obtenus à partir des données recueillies au SI-PQDCS jusqu'à maintenant.

Bien que le programme soit toujours en phase d'implantation, le bilan fait état d'un volume d'activités élevé. La collecte d'information exhaustive constitue donc un réel défi pour l'évaluation, compte tenu du nombre de personnes et de lieux visés. Des mesures sont actuellement en cours et d'autres sont prévues dans les mois à venir afin d'enrichir la banque de données indispensable à l'évaluation des progrès faits dans le dépistage du cancer du sein au Québec. Un ajustement important au programme concerne les clichés supplémentaires de radiologie dans les CDD ; le système d'information devra être adapté afin de permettre la saisie des données des examens qui y sont effectués.

D'autres mesures plus générales visent à soutenir l'implantation et le fonctionnement du PQDCS. Des démarches sont en cours pour fournir des services itinérants de mammographie afin de couvrir l'ensemble des régions du Québec.

Le PQDCS a établi des normes de qualité élevées pour les mammographies ; les centres de mammographie ont besoin de soutien pour respecter ces normes et maintenir l'accessibilité aux services dans les régions. Plusieurs projets sont en cours afin d'assurer une qualité constante des activités.

Bien que la participation des femmes soit élevée et que le programme a déjà, en moins de deux ans, touché plus de 40 % de sa population cible dans quelques régions, ce programme n'est pas encore suffisamment connu et compris. Des efforts devront donc être faits sur le plan de la formation et de l'information. Des assouplissements aux modes de fonctionnement ont par ailleurs été proposés afin de faciliter la participation des femmes et de tenir compte de conditions particulières. De nouvelles lignes directrices ont été définies par le Collège des médecins du Québec¹⁰ en juin 2000 afin de préciser les conditions justifiant le dépistage sélectif chez les femmes de moins de 50 ans. L'intervalle uniforme de deux ans entre deux mammographies a aussi fait l'objet de réflexion et des mesures sont en cours pour lever certaines contraintes dans la définition des services assurés afin de prendre en compte certaines situations particulières.

Finalement, la refonte importante du système d'information du PQDCS, annoncée à l'automne 2000, permettra de mieux soutenir les activités du programme.

¹⁰ *Le Collège. Bulletin officiel du Collège des médecins du Québec*, vol. XL, n° 1, mai/juin 2000

Annexe 1

Liste des représentants régionaux du Programme québécois de dépistage du cancer du sein

	Région	Coordination administrative	Coordination médicale
01	Bas-Saint-Laurent	Édith Lamontagne	D ^r Gabriel Houle
02	Saguenay-Lac-Saint-Jean	Réjeanne Ouellet-Bergeron	D ^{re} Patricia Voyer
03	Québec	France Belleau	D ^{re} Johanne Blais
04	Mauricie et Centre-du-Québec	Lucie Ayotte	D ^{re} Marie-Josée Drolet
05	Estrie	Nicole Desrosiers	D ^{re} Ginette Varin
06	Montréal-Centre	Élizabeth Maltais	D ^{re} Diane Villeneuve
07	Outaouais	Ann Watters	D ^{re} Lucie Lemieux
08	Abitibi-Témiscamingue	Angèle Rousseau	D ^r Martin Lavoie
09	Côte-Nord	Marielle Richard	D ^{re} Marie-Ève Morisset
10	Nord-du-Québec	Manon Laporte	D ^{re} Nathalie Saint-Louis
11	Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	Rachelle Cyr	D ^r Wilber Deck
12	Chaudière-Appalaches	Thérèse Pelletier	D ^{re} Diane Cusson
13	Laval	Diane Larocque	D ^{re} Carole Lortie
14	Lanaudière	Marie Ménard	D ^r Martin Lavoie
15	Laurentides	Céline Piché	D ^{re} Johanne Richard-Chesnay
16	Montérégie	D ^{re} Huguette Bélanger	D ^{re} Huguette Bélanger D ^{re} Joanne Émond D ^{re} José St-Cerny D ^{re} Ghislaine Robitaille
17	Nunavik		D ^{re} Serge Déry
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James		D ^{re} Christina Smeja

Annexe 2

Plan de communication

Le plan de communication national visait à la fois :

- toutes les femmes du Québec en particulier celles qui font partie du groupe des 50 à 69 ans, pour l'invitation à participer au programme ;
- les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes (radiologistes, chirurgiens généraux, oncologues, gynécologues) ;
- les autres personnes concernées par l'application du programme.

Outre le lancement officiel du programme à l'occasion d'une conférence de presse et l'association d'une marraine aux activités de promotion du programme, mentionnons la production de plusieurs outils d'information, dont :

1. trois dépliants pour diffusion à large échelle :
 - *Mieux vaut agir que réagir* (version anglaise : *It's better to act than to react*) : informations générales sur le programme de dépistage, devant accompagner la lettre d'invitation,
 - *Mieux se connaître pour mieux reconnaître* (version anglaise : *Knowing what is normal helps you recognize what isn't*) : informations générales sur le dépistage du cancer du sein, destinés à toutes les femmes,
 - *Informations sur les examens complémentaires à la mammographie de dépistage* (version anglaise : *Information about additional examinations after screening mammography*) : dépliant remis par les centres de dépistage aux femmes ayant passé une mammographie de dépistage ;
2. des modèles de lettres concernant l'invitation, la relance et le rappel ainsi que les résultats normaux ou anormaux, mis au point pour les régies régionales après plusieurs consultations (versions française et anglaise) ;
3. un document d'information destiné au personnel directement visé par le programme de dépistage et aux partenaires associés à la promotion du programme, selon la formule questions-réponses (*Des réponses à vos questions*) ;
4. un site Internet où l'on peut trouver différentes informations sur le PQDCS ainsi que la liste des centres désignés par région et des documents pouvant être téléchargés.

Par ailleurs, peu avant le lancement officiel du programme, une pochette d'information contenant la description du programme, incluant un document produit par le Collège des médecins du Québec, les différents modèles de lettres à envoyer aux femmes ainsi qu'un exemplaire de chaque dépliant d'information a été envoyée à tous les médecins de première ligne et aux médecins spécialistes visés.

Annexe 3

Description des outils et des modalités de formation

Pour le personnel directement concerné par le programme, trois modules de formation ont été définis et la formation était obligatoire :

- Module I - Informations générales sur le programme pour tous les types d'intervenants (durée d'une demi-journée à une journée) ;
- Module II - Approche auprès des femmes. Notions de base (une journée) et formation avancée (deux journées). Réservé aux technologues et au personnel d'accueil des centres de dépistage ;
- Module III - Utilisation du système d'information : module d'autoformation ;

Pour les médecins de première ligne, la formation s'est faite en deux temps : formation de formateurs auprès de médecins délégués dans chaque région puis multiplication d'activités de formation prenant différentes formes, dans chacune des régions. Ici également, trois modules de formation ont été définis :

- Module I - Informations générales sur le programme (90 minutes) ;
- Module II - Aspects cliniques portant sur le dépistage, l'investigation et le traitement du cancer du sein (3 heures, 3 crédits de formation continue) ;
- Module III - Communication des résultats de dépistage anormal. Atelier de 90 minutes préparé par le Collège des médecins du Québec (1,5 crédit de formation continue).

Pour chacun des modules, des cahiers pour les formateurs et les participants ont été produits.

Annexe 4

Mandat et composition du Comité de soutien à la qualité

Mandat

Le comité a comme mandat général :

- de proposer, en tenant compte des nouvelles données scientifiques, les modifications au cadre général, aux paramètres, aux objectifs, normes et exigences de qualité du programme, pour assurer le maintien et l'amélioration de sa qualité ;
- de réviser les analyses annuelles de la performance du programme pour l'ensemble du Québec et pour chacune des régions et de faire les recommandations appropriées ;
- de réunir au besoin, pour la révision des résultats quant aux normes et exigences relatives à l'assurance de la qualité, les professionnels des régions impliquées ;
- de susciter les projets de recherche susceptibles d'améliorer le programme ;
- de réunir les comités d'experts nécessaires pour formuler des avis sur la qualité scientifique et technique du programme ou sur toute autre question ;
- de participer à l'élaboration des programmes de formation nécessaires au maintien et à l'amélioration de la qualité du programme ;
- de préparer et de produire un bilan annuel de ses constats et recommandations.

Composition au début de l'année 2000

D^f Jacques Brisson

Épidémiologiste, Institut national de santé publique du Québec

Mme Laure Carrier

Technologue en radiologie

M. Raymond Carrier

Physicien biomédical

Mme Édith Côté

Infirmière, professeure

D^f Wilber Deck

Responsable régional de l'implantation du PQDCS

Direction de la santé publique, Régie régionale de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine

D^{re} Nathalie Duchesne

Radiologiste

D^r Michel-Pierre Dufresne

Radiologiste

D^{re} Micheline Fleurant

Omnipraticienne

D^r Claude Fortin

Obstétricien-gynécologue

D^{re} Patricia Goggin

Directrice médicale, Programme québécois de dépistage du cancer du sein, MSSS

M. Robert Jacob

Spécialiste en évaluation, Institut national de santé publique du Québec

D^r Simon Jacob

Pathologiste

Mme Yolande Labrie

Présidente du Cercle des fermières du Québec

Mme Denise Langlois

Membre de Action Cancer du sein de Montréal

D^r Jean Latreille

Hémato-oncologue

Mme Francine Lebœuf

Travailleuse sociale

Mme Diane Mailloux

Coordonnatrice du Centre des femmes de Charlevoix

D^r Richard Margolese

Chirurgien

D^{re} Marie-Claude Messely,

Présidente du Comité de soutien à la qualité

Médecin spécialiste en santé communautaire, Centre de santé publique de Québec

D^{re} Louise Provencher

Chirurgienne

Mme Louise Rochette

Agente de recherche, Comité de soutien à la qualité du PQDCS

D^{re} Jocelyne Sauvé

Directrice de la santé publique, Régie régionale des Laurentides

D^f Gilles Tremblay

Pathologiste

D^{re} Diane Villeneuve

Médecin responsable, Coordination régionale des services
Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Annexe 5

Composition et mandat du comité d'évaluation

Mandat (révisé en juillet 1999)

Le Comité d'évaluation est rattaché au Comité de coordination du programme. Il travaille en collaboration étroite avec le Comité de soutien à la qualité et les différentes directions au Ministère intéressées par l'évaluation ainsi qu'avec les représentants des régions. Il réunit au besoin les experts et les professionnels visés.

Son mandat est défini de la façon suivante.

En tenant compte des normes et exigences du PQDCS :

- de proposer les différents indicateurs de performance et d'évaluation de la qualité du programme au regard du *Cadre de référence du PQDCS* et des éléments de surveillance du cancer du sein dans la population québécoise ;
- de proposer la nature et la fréquence des rapports d'évaluation aux paliers national, régional et local en se basant sur les données du SI-PQDCS et en considérant l'opportunité d'analyser d'autres banques de données ;
- d'analyser, sur une base périodique, la performance du programme (relativement à l'entente de collaboration entre le MSSS et le Service provincial de dépistage PARLAB¹¹, ce dernier procède au traitement et à la mise en forme des données pour permettre au Comité d'évaluation d'en faire l'analyse) ;
- de proposer des démarches d'évaluation sur des problèmes particuliers découlant de la mise en place du programme ;
- d'analyser les demandes d'accès aux données et de traitement de ces données, et faire les recommandations appropriées ;
- d'encadrer le processus d'évaluation.

Composition au début de l'année 2000

M. Jacques Brisson

Épidémiologiste, Institut national de santé publique du Québec

D^{re} Patricia Goggin

Directrice médicale, Programme québécois de dépistage du cancer du sein, MSSS

M. Robert Jacob

Spécialiste en évaluation, Institut national de santé publique du Québec

¹¹ Actuellement le Centre d'expertise en dépistage, rattaché à l'Institut national de santé publique du Québec

Mme Diane Larocque

Coordonnatrice administrative et responsable régionale de l'évaluation, Régie régionale de Laval

D^{re} Marie-Claude Messely

Médecin spécialiste en santé communautaire, présidente du Comité de soutien à la qualité

Mme Louise Rochette

Agente de recherche, Comité de soutien à la qualité

Mme Pauline Thiboutot

Coordonnatrice ministérielle, Programme québécois de dépistage du cancer du sein, MSSS

M. Richard Tremblay

Physicien biomédical, Programme québécois de dépistage du cancer du sein, MSSS

Mme Sylvie Vézina

Centre d'expertise en dépistage, Institut national de santé publique du Québec

