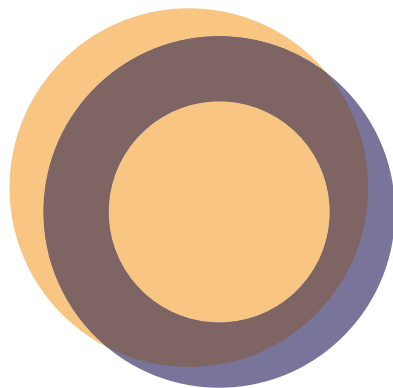
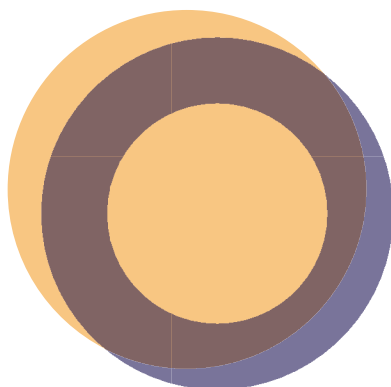


BILAN 10 ANS
1998•2008



PROGRAMME
QUÉBÉCOIS
DE **DÉPISTAGE**
DU **CANCER**
DU **SEIN**

BILAN 10 ANS
1998•2008



PROGRAMME
QUÉBÉCOIS
DE **DÉPISTAGE**
DU **CANCER**
DU **SEIN**

*Santé
et Services sociaux*

Québec



Le *Bilan 10 ans 1998-2008 Programme québécois de dépistage du cancer du sein* a été produit par la Direction de la prévention des maladies chroniques et des traumatismes du ministère de la Santé et des Services sociaux, sous la supervision de M^{me} Marie Rochette, en collaboration avec la Direction des systèmes de soins et des politiques publiques de l'Institut national de santé publique du Québec.

Coordination

Johanne Albert, coordonnatrice du Programme québécois de dépistage du cancer du sein
Anne-Marie Langlois
Andrée Patoine (septembre 2007 à octobre 2008)
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Rédaction

Nicole Hébert-Croteau
Chantale Beaudet
André Langlois
Andrée Patoine
Institut national de santé publique du Québec

Johanne Albert
Anne-Marie Langlois
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Collaboration

Guy Roy
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Éric Pelletier
Diane Major
Jacques Brisson
Institut national de santé publique du Québec

Révision linguistique

Solange Lapierre

Secrétariat

Linda Desjardins
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Sylvie Muller
Institut national de santé publique du Québec

Édition

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

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca/pqdc

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009
Bibliothèque et Archives Canada, 2009

ISBN : 978-2-550-56083-8 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-56084-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

Remerciements

Nous remercions les auteurs de la partie du bilan traitant de la performance du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) de 1998 à 2008, M^{me} Nicole Hébert-Croteau, M. André Langlois, M^{me} Chantal Beaudet et M^{me} Andrée Patoine, de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Nos remerciements s'adressent également à M. Éric Pelletier ainsi qu'à M^{me} Diane Major et M. Jacques Brisson, de l'INSPQ, pour leurs suggestions et commentaires, ainsi qu'à M^{me} Sylvie Muller, de l'INSPQ, pour sa collaboration à la mise en page du document.

Avant- propos

Le cancer du sein est le cancer le plus diagnostiqué chez les Québécoises. Une femme sur neuf en sera atteinte au cours de sa vie. Puisqu'il est encore impossible de le prévenir, intervenir précocement dans l'évolution de la maladie au moyen du dépistage demeure l'approche la plus susceptible de diminuer ses méfaits. Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein a maintenant dix ans. Ce bilan est aussi l'occasion de souligner le travail extraordinaire accompli par tous les intervenants qui se sont investis dans le programme, et qui continuent de le faire pour assurer son bon fonctionnement. Au nom de toutes les Québécoises de 50 à 69 ans, je les remercie pour leur dévouement.

Ces remerciements s'adressent à plusieurs groupes d'intervenants : les médecins omnipraticiens, qui jouent un rôle de premier plan et qui disposent d'un contact privilégié avec leurs patientes; les radiologistes, chirurgiens et pathologistes, dont l'expertise est essentielle au succès du programme; les technologues et infirmières, qui effectuent un travail rigoureux et humain, sans oublier tous les professionnels du réseau de la santé, qui œuvrent de près ou de loin au programme, comme les gestionnaires, les préposés et les équipes de coordination des 18 centres de coordination des services régionaux et de l'Institut national de santé publique du Québec. Soulignons enfin le concours de notre porte-parole, M^{me} Francine Ruel, comédienne et auteure, qui réalise un merveilleux travail d'information et de sensibilisation auprès des Québécoises de 50 à 69 ans. Nos remerciements vont également à M^{me} Suzanne Lapointe, qui a fait un travail considérable à titre de première porte-parole du programme. Grâce à tous ces précieux collaborateurs, le PQDCS marque sa progression.

Ce bilan veut témoigner du chemin parcouru depuis 10 ans grâce aux efforts conjugués de tous les acteurs ainsi que des résultats tangibles qui peuvent maintenant être rapportés. Une analyse portant sur les cinq premières années d'activité du programme (1998-2003) démontre une diminution de 35 % de la mortalité par cancer du sein chez les participantes au programme, par rapport à ce qui était attendu en l'absence du dépistage. Depuis son implantation en 1998, malgré une hausse marquée de la population admissible, une part toujours grandissante de femmes de 50 à 69 ans connaissent le programme et consentent à y participer : on observe une augmentation moyenne du taux de participation de 1,6 % par année. Le nombre de mammographies de dépistage est passé de 44 100 en 1998 à 272 168 en 2007. On observe aussi un niveau élevé de femmes qui reviennent au programme : à 36 mois, le taux atteint 84,0 % après une deuxième mammographie et 90,1 % après une troisième mammographie. Enfin, la capacité du programme à détecter précocement les cancers se compare à celle des grands programmes de dépistage européens.

Cependant, même après dix ans, le programme demeure confronté à d'importants défis. Le vaste territoire à desservir, les réalités démographiques et culturelles et les différents degrés de capacité à comprendre et à utiliser l'information au sein de la population en sont quelques exemples. L'amélioration de l'accessibilité et l'assurance qualité du programme demeurent aujourd'hui encore des cibles prioritaires. Par ailleurs, l'offre de la participation au PQDCS se doit de respecter les principes d'un consentement libre et éclairé et s'accompagner d'une information neutre et complète quant aux avantages et inconvénients du dépistage. De grands pas ont été franchis et d'autres améliorations viendront, qui assureront l'évolution et la performance de ce programme. Encore une fois, merci à ceux qui œuvrent pour cette cause primordiale qu'est la lutte contre le cancer du sein.

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

Table des matières

Listes des figures et des tableaux	6
Introduction	8
Chapitre 1 : Les services du PQDCS en bref	9
Le déploiement du programme en région	10
Chapitre 2 : La performance du PQDCS de 1998 à 2008	13
Matériel et méthodes	14
Résultats	14
Évolution des services de dépistage par mammographie de 1998 à 2008	14
Résultats du dépistage par mammographie, PQDCS 1998-2008	25
Chapitre 3 : Un nouveau contexte, des cibles prioritaires	35
Des axes de travaux prioritaires	37
L'assurance-qualité	37
L'accessibilité	38
Le consentement éclairé	39
Conclusion	40
Bibliographie	41
Annexe 1 : Liste des indicateurs de performance du PQDCS	43
Annexe 2 : Liste des organisations du PQDCS	45

Listes des figures et des tableaux

Liste des figures

Figure 1	Le déploiement du PQDCS en région	11
Figure 2	Schéma du cheminement de la femme au sein du PQDCS	12
Figure 3	Nombre d'années d'activités au 1 ^{er} juillet 2008 par région, PQDCS	15
Figure 4	Répartition des mammographies initiales et subséquentes par année, PQDCS 1998-2008	17
Figure 5	Taux de participation par année, PQDCS 2001-2008	18
Figure 6	Taux de participation par région, PQDCS 2008	19
Figure 7	Taux de couverture par année, Québec 1989-2006	20
Figure 8	Taux de rétention régionale, PQDCS 2008	21
Figure 9	Taux de fidélisation à 30 et 36 mois parmi les participantes en 2003-2004 selon qu'il s'agit d'une mammographie initiale ou subséquent, PQDCS	22
Figure 10	Taux de référence à la mammographie initiale ou subséquent par année, PQDCS 1998-2008	25
Figure 11	Répartition des actes d'investigation à la suite d'une mammographie de dépistage anormale, PQDCS 2004-2005 (n=43 732)	26
Figure 12	Taux de référence et taux de détection du cancer du sein à la mammographie initiale par région, PQDCS 2004-2005	30
Figure 13	Taux de référence et taux de détection du cancer du sein aux mammographies subséquentes par région, PQDCS 2004-2005	31
Figure 14	Incidence de cancer du sein infiltrant selon l'année du diagnostic, par groupe d'âge, Québec 1984-2005	32
Figure 15	Mortalité par cancer du sein selon l'année du décès, par groupe d'âge, Québec 1975-2005	33

Liste des tableaux

Tableau 1	Population cible (femmes âgées de 50 à 69 ans) par région, PQDCS 1997 et 2008	16
Tableau 2	Nombre de mammographies réalisées selon le type de centre de dépistage, PQDCS 1998-2008	17
Tableau 3	Taux de couverture par année, par région de résidence, 2002-2006	20
Tableau 4	Taux de fidélisation à 30 mois parmi les participantes au dépistage en 2003-2004 selon le résultat de la mammographie, par région, PQDCS	22
Tableau 5	Caractéristiques des participantes au dépistage, PQDCS 2006-2008	24
Tableau 6	Taux de biopsie chirurgicale bénigne* à la mammographie initiale ou subséquente par région du dépistage, PQDCS 2004 et 2005	27
Tableau 7	Délai médian entre la mammographie de dépistage anormale et le dernier acte diagnostique selon le résultat de l'investigation, par région, PQDCS 2004-2005	28
Tableau 8	Taux de référence, nombre de cancers, taux de détection, pourcentage de cancers <i>in situ</i> , valeur prédictive positive et nombre de faux positifs par cancer à la mammographie initiale, PQDCS 2004-2005	29
Tableau 9	Taux de référence, nombre de cancers, taux de détection, pourcentage de cancers <i>in situ</i> , valeur prédictive positive et nombre de faux positifs par cancer à la mammographie subséquente, PQDCS 2004-2005	30
Tableau 10	Pourcentage des cancers infiltrants de petite taille (1 cm ou moins) ou sans envahissement ganglionnaire par région du dépistage, PQDCS 2003-2004	32
Tableau 11	Mortalité par cancer du sein observée et attendue chez les participantes au dépistage, PQDCS 1998-2003	34

Introduction

Il y a maintenant plus de 10 ans que la décision a été prise d'implanter au Québec un programme organisé de dépistage du cancer du sein par mammographie, ciblant les femmes âgées de 50 à 69 ans. L'heure est maintenant au bilan, puis à l'établissement de cibles prioritaires pour les années à venir.

Le premier chapitre du bilan décrit brièvement les services offerts dans le cadre du PQDCS. Le second chapitre traite de l'évolution de la performance du programme au cours des dix dernières années. Par rapport aux cibles fixées dans le cadre de référence du PQDCS¹, ou à défaut par des sources canadiennes², la plupart des indicateurs témoignent de bons résultats, même si certains mettent en lumière le besoin d'efforts supplémentaires. Nous présentons en outre une première estimation de l'impact du PQDCS sur la mortalité par cancer du sein au Québec. Ces données proviennent de l'organisme mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour évaluer les résultats du programme, la Direction des systèmes de soins et des politiques publiques de l'Institut national de santé publique du Québec.

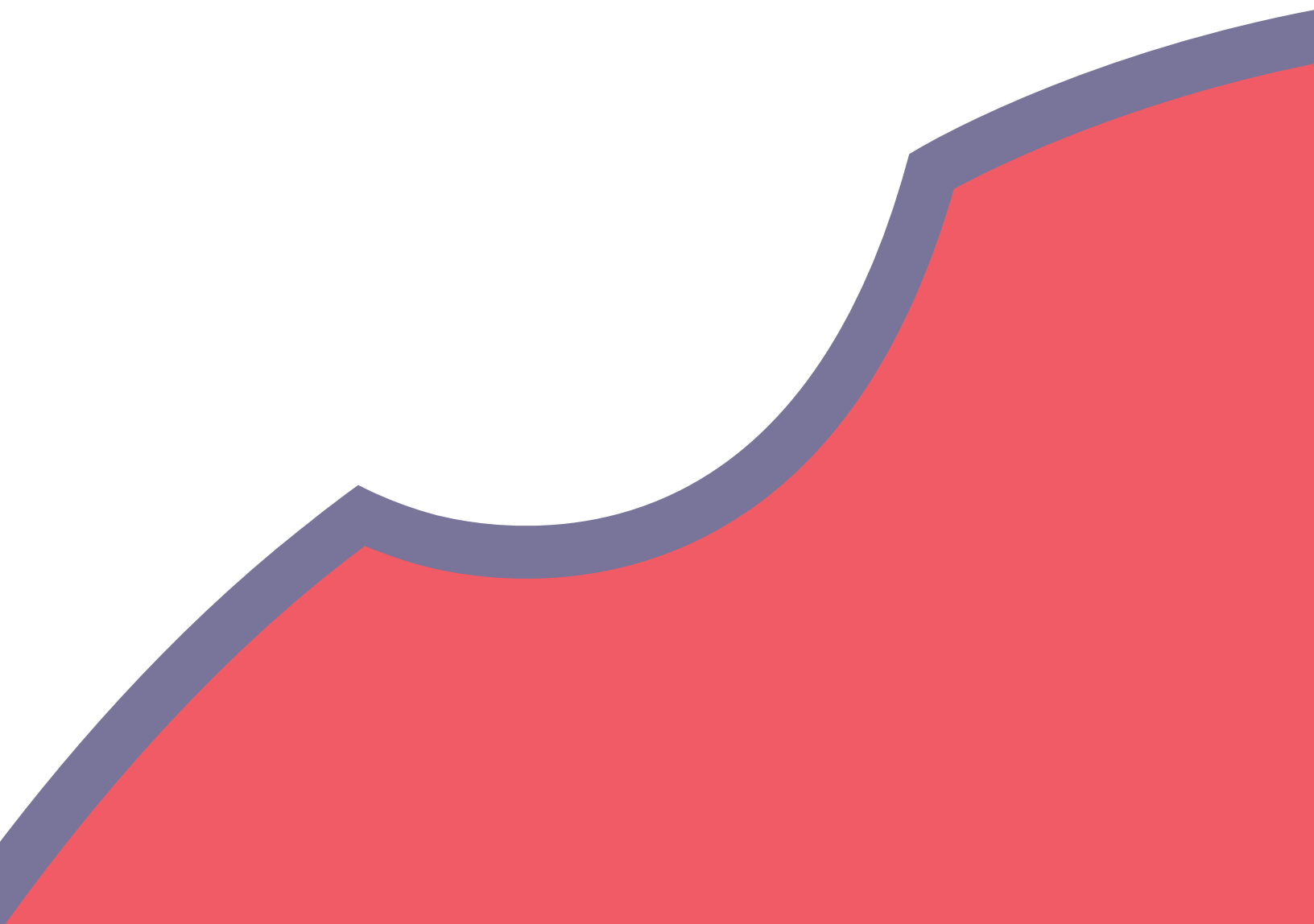
Le troisième chapitre débute par une description de l'environnement changeant du programme. Dans les dernières années, de nombreuses transformations ont modulé l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les rapports entre les acteurs, notamment la révision de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2). Les perspectives d'amélioration du programme doivent donc prendre assise sur ces transformations. Si le cadre de référence du programme demeure un document phare pour les cibles à atteindre, certaines d'entre elles vont exiger dorénavant des efforts particuliers, tant au palier national que régional et local.

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

2. Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation. *Lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein*, Agence de la santé publique du Canada, 2007, 32 p.

Chapitre 1

Les services du PQDCS
en bref



Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein s'adresse aux femmes de 50 à 69 ans. Lorsqu'elles atteignent l'âge admissible, les Québécoises reçoivent une lettre personnalisée d'invitation à participer au programme. C'est habituellement dans un centre de dépistage désigné (CDD) que se réalisent les mammographies de dépistage mais, dans certaines régions, ces examens se font au moyen d'unités itinérantes (UI).

Deux services de mammographie itinérants sont prévus pour combler les besoins des régions isolées et éloignées, à l'aide des unités SOPHIE et CLARA. L'unité portative SOPHIE est un mammographe pouvant être transporté par voie aérienne, maritime, terrestre ou ferroviaire.

L'unité mobile CLARA est un autobus, dans lequel est installé un mammographe, qui se déplace en région. CLARA se dirige là où les services ne sont pas offerts sur une base permanente ou pour répondre à des besoins temporaires. L'acquisition de cette unité mobile est le fruit d'un partenariat avec la Fondation Jean-Marc Paquette et plusieurs commanditaires privés.



En outre, depuis l'automne 2007, l'Agence de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent s'est dotée d'une unité mobile de mammographie. En plus de desservir sa région pour assurer l'accessibilité et la continuité des services sur son territoire, cette unité dispense aussi ses services dans les régions qui souhaitent les obtenir. Elles doivent cependant en assumer les frais d'opération.

Quand l'examen décèle un résultat anormal, la participante est invitée à passer des examens complémentaires dans un centre de référence pour investigation désigné (CRID), mais plusieurs centres de dépistage offrent aussi ces examens. Quel que soit le résultat de la mammographie de dépistage, il fait l'objet d'un envoi postal à la participante. Tant que celle-ci demeure admissible au programme, elle est réinvitée aux deux ans à prendre rendez-vous pour une mammographie de dépistage.

Le déploiement du programme en région

Le programme se déploie dans les 18 régions administratives de la province qui offrent des services de dépistage (figure 1). Dans chaque région, ce sont les centres de coordination des services régionaux (CCSR) qui sont responsables d'assurer le suivi et la coordination des activités du programme.

Le nombre de CDD, choisis parmi les centres de radiologie offrant des services de mammographie, publics (CH) ou privés (cliniques de radiologie), est passé de 81 en 2003 à 88 en 2008. Les CRID, pour leur part, ont vu leur nombre augmenter quelque peu, passant de 36 en 2003 à 38 en 2008.

Les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Bais-James, dépourvues de centres de mammographie sur leur territoire, bénéficient de services itinérants de mammographie, tout comme une partie de la Côte-Nord. Le vaste territoire du Québec se caractérise par de fortes variations sur les plans démographique, géographique, culturel et socioéconomique. Les agences et les établissements locaux doivent tenir compte des caractéristiques de leur population dans la mise en œuvre du programme, pour respecter les normes nationales. Plusieurs mesures ont été ainsi déployées afin de favoriser l'accessibilité et la qualité du programme en région. De plus, pour s'adapter aux réalités locales, les communications ont fait l'objet d'efforts particuliers.

Figure 1

Le déploiement du PQDCS en région

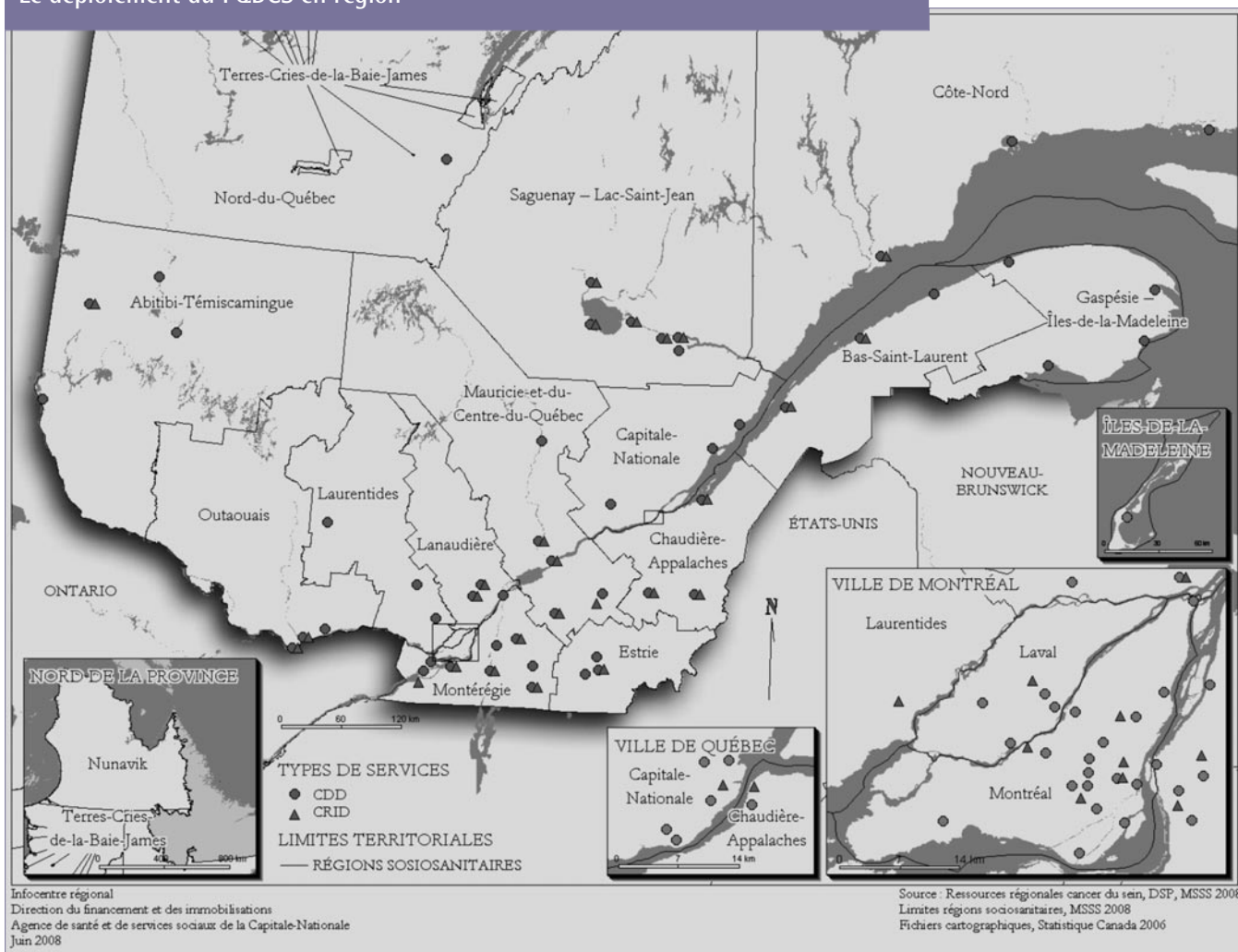
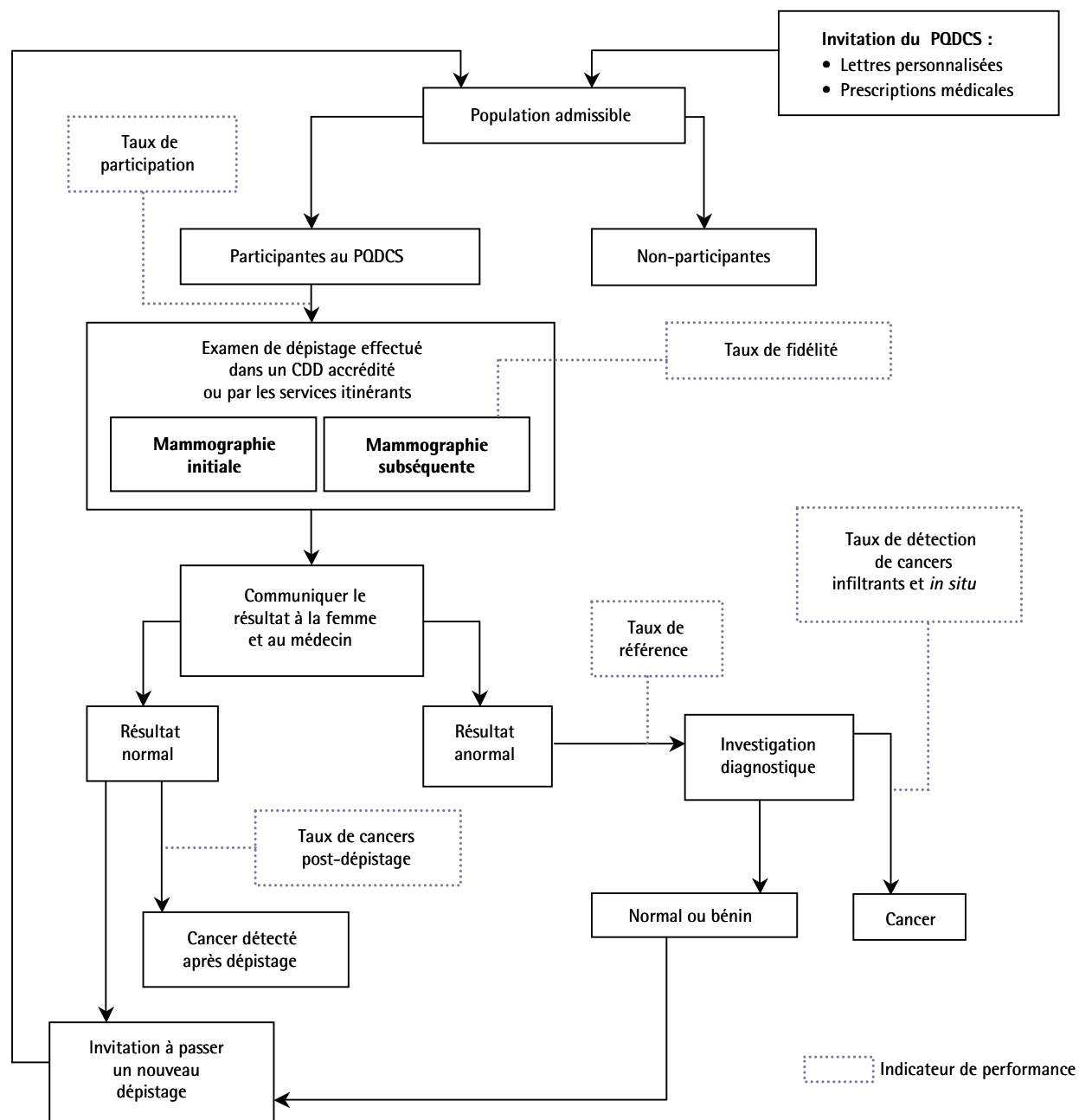


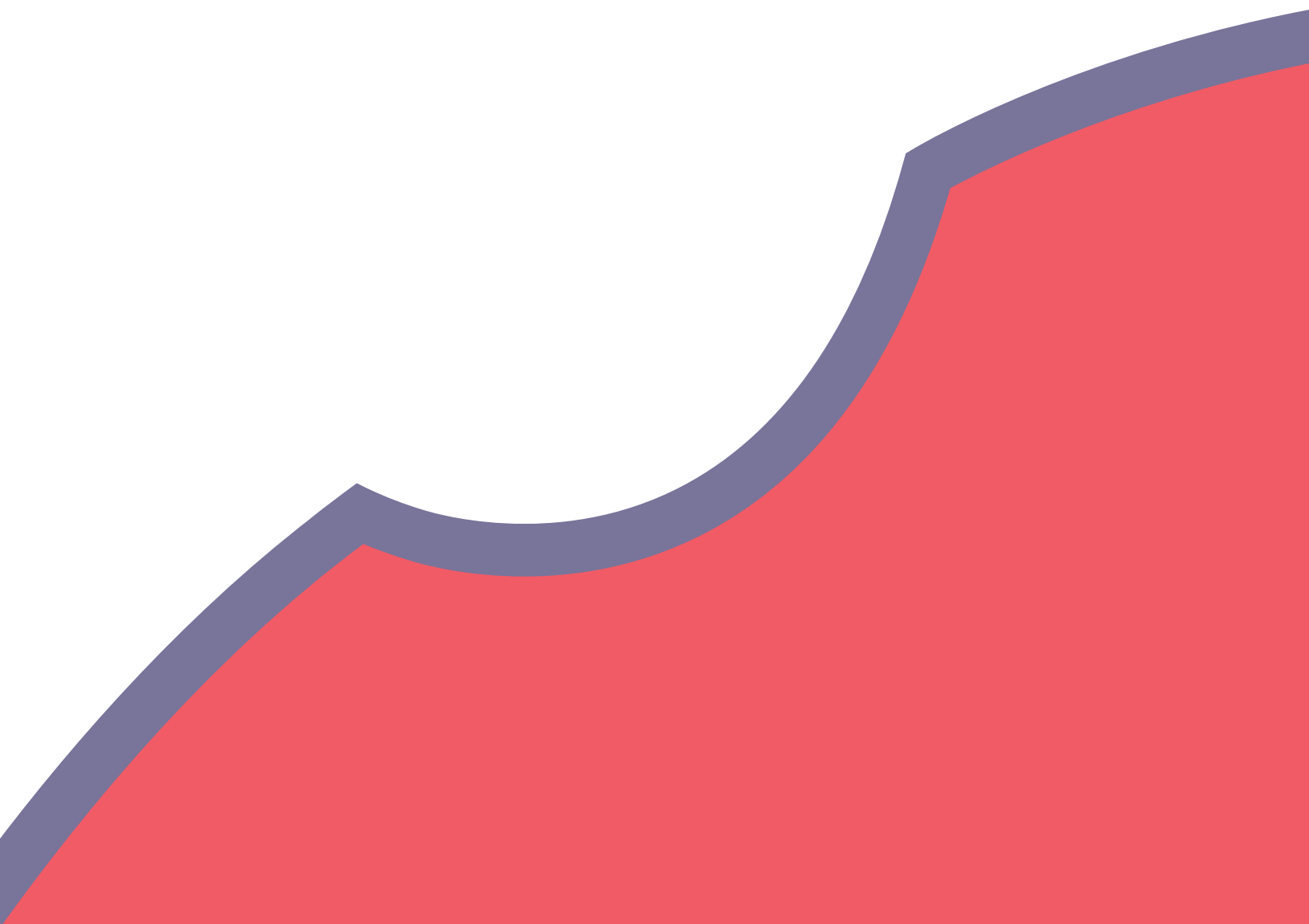
Figure 2

Schéma du cheminement de la femme au sein du PQDCS



Chapitre 2

La performance du PQDCS
de 1998 à 2008



Matériel et méthodes

Ces analyses utilisent les données du système d'information du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (SI-PQDCS), où figurent les détails relatifs aux caractéristiques personnelles et à l'examen de dépistage des femmes qui fournissent un consentement écrit à participer au programme. La population cible du PQDCS, les actes diagnostiques complémentaires ainsi que le taux de couverture proviennent du fichier des bénéficiaires et du fichier des services rémunérés à l'acte de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Une procédure spécifique pour l'identification des cas de cancer, qui exploite ce fichier ainsi que la base de données MedEcho sur les admissions hospitalières et le SI-PQDCS, a été développée par l'équipe d'évaluation du PQDCS³. Les caractéristiques des tumeurs sont extraites du SI-PQDCS et des rapports de pathologie fournis par les hôpitaux. Les données servant à calculer l'incidence et la mortalité proviennent du fichier des tumeurs du Québec (FTQ) (CIM9 174, CIM10 C50) et du registre des événements démographiques (fichier des décès) du MSSS. Les dénominateurs des taux d'incidence et de mortalité sont extraits des données démographiques du Québec fournies par le Service du développement de l'information du MSSS. Ces taux ont été standardisés pour l'âge selon la méthode directe, en utilisant comme référence la population féminine canadienne de 1991. Afin de mieux décrire les tendances à long terme, les courbes d'incidence et de mortalité ont été estimées par lissage.

La méthode utilisée pour estimer l'impact du PQDCS sur la mortalité par cancer du sein est celle de Morrison-Sasieni^{4, 5}, qui compare le nombre de décès par cancer du sein observés parmi les participantes au PQDCS au nombre de décès attendus chez ces femmes si elles n'avaient pas participé au programme. Cette estimation nécessite la création d'une base de données des femmes admissibles au PQDCS par jumelage de divers fichiers et utilise les taux d'incidence et les probabilités de survie chez les non-participantes. Une analyse plus approfondie de l'impact du PQDCS sur la mortalité par cancer du sein fait l'objet d'un rapport distinct⁶.

Résultats

Évolution des services de dépistage par mammographie de 1998 à 2008

En premier lieu, nous allons décrire l'évolution des services de dépistage par mammographie offerts dans le cadre du PQDCS depuis son démarrage en mai 1998. Comme l'indique la figure 3, la moitié des régions du Québec ont amorcé leurs activités dès 1998. Dans certaines régions plus éloignées des grands centres urbains, le programme a été lancé plus tard. C'est le cas, notamment, du Saguenay-Lac-Saint-Jean et du Bas-Saint-Laurent (fin 2001), de même que de la Côte-Nord (septembre 2002). Le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James n'ont pas de centre de dépistage désigné et sont desservis par les unités itinérantes du PQDCS depuis 2002.

3. Thériberge, I., Major, D., Langlois, A., Brisson, J. *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)*, Institut national de santé publique du Québec, 2003, 31 p.

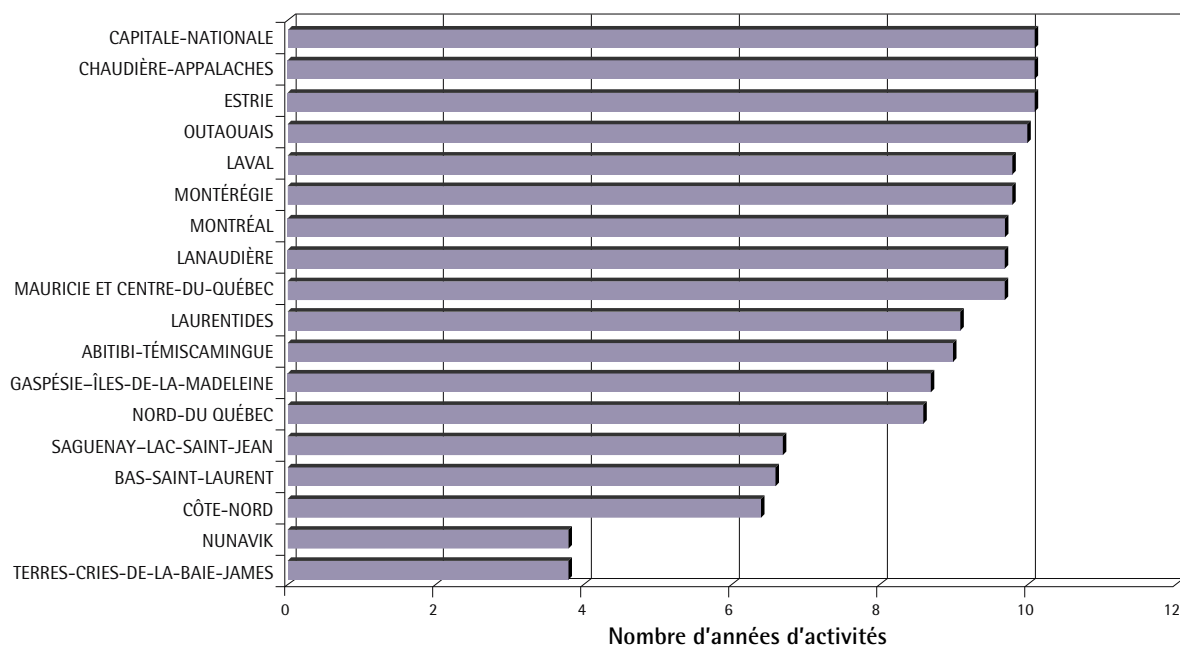
4. Morrison, A. S., Brisson, J., Khalid, N. « Breast cancer incidence and mortality in the breast cancer detection demonstration project, » *Journal of the National Cancer Institute*, 1988, 80, p. 1540-1547.

5. Sasieni, P. « On the expected number of cancer deaths during follow-up of an initially cancer-free cohort », *Epidemiology*, 2003, 14, p. 108-110.

6. Vandal, N., Daigle, J.-M., Hébert-Croteau, N., et al. *Évolution de la mortalité par cancer du sein depuis l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*, Institut national de santé publique du Québec, 2009, 14 p.

Figure 3

Nombre d'années d'activités au 1^{er} juillet 2008 par région, PQDCS



Depuis 1998, le volume de mammographies de dépistage réalisées chaque année a constamment augmenté, ce qui témoigne, d'une part de l'accroissement de la clientèle admissible au programme et, d'autre part, de la tendance à la hausse du taux de participation au PQDCS.

Tableau 1

Population cible (femmes âgées de 50 à 69 ans) par région,
PQDCS 1997 et 2008

Région de résidence	1997	2008	Accroissement
Bas-Saint-Laurent (01)	21 009	29 314	39,5
Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	28 829	38 221	32,6
Capitale-Nationale (03)	70 164	95 208	35,7
Mauricie et Centre-du-Québec (04)	51 448	68 927	34,0
Estrie (05)	28 855	40 716	41,1
Montréal (06)	197 904	218 384	10,3
Outaouais (07)	28 019	42 548	51,9
Abitibi-Témiscamingue (08)	13 260	18 122	36,7
Côte-Nord (09)	9 152	11 933	30,4
Nord-du-Québec (10)	1 289	1 672	29,7
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)	10 928	14 816	35,6
Chaudière-Appalaches (12)	37 104	53 278	43,6
Laval (13)	37 016	46 142	24,7
Lanaudière (14)	36 056	57 115	58,4
Laurentides (15)	42 616	68 291	60,2
Montréal (16)	127 739	183 351	43,5
Nunavik (17)	363	536	47,5
Terres-Cries-de-la-Baie-James (18)	553	893	61,4
Le Québec	742 681	989 496	33,2

Source : Fichier de population admissible à la RAMQ.

En effet, la population cible du PQDCS a augmenté de 33,2 % dans l'ensemble du Québec entre 1997 et 2008 (tableau 1). Ceci résulte en grande partie de l'afflux progressif des *baby boomers* dans le groupe des 50 à 69 ans. Cette croissance a été moins marquée dans la région de Montréal (10,3 %), qui compte le plus grand nombre de femmes admissibles au programme de dépistage avec la Montérégie et la région de la Capitale-Nationale.

Quant au nombre de mammographies, de 1998 à 2008, 2 016 415 ont été réalisées par l'ensemble des CDD et 25 608 par les UI, soit un total de 2 042 023 depuis le début du programme (tableau 2). En 2007, le nombre de mammographies menées dans le cadre du PQDCS a atteint 272 168.

Tableau 2

Nombre de mammographies réalisées selon le type de centre de dépistage, PQDCS 1998-2008

Année	CDD*	UI**				Total
		CLARA	SOPHIE	SARA	Sous-total	
1998	44 100					44 100
1999	145 129					145 129
2000	153 001					153 001
2001	172 126					172 126
2002	192 285	1 797	355		2 152	194 437
2003	204 741	2 972	149		3 121	207 862
2004	217 407	2 866	620		3 486	220 893
2005	232 554	4 739	440		5 179	237 733
2006	249 417	3 281	592		3 873	253 390
2007	268 081	3 857	230		4 087	272 168
2008	137 574	2 236	159	1 315	3 710	141 284
Total	2 016 415	21 748	2 545	1 315	25 608	2 042 023

* CDD : Centres de dépistage désignés, incluant les centres de dépistage désignés et les centres de référence pour investigation désignés.

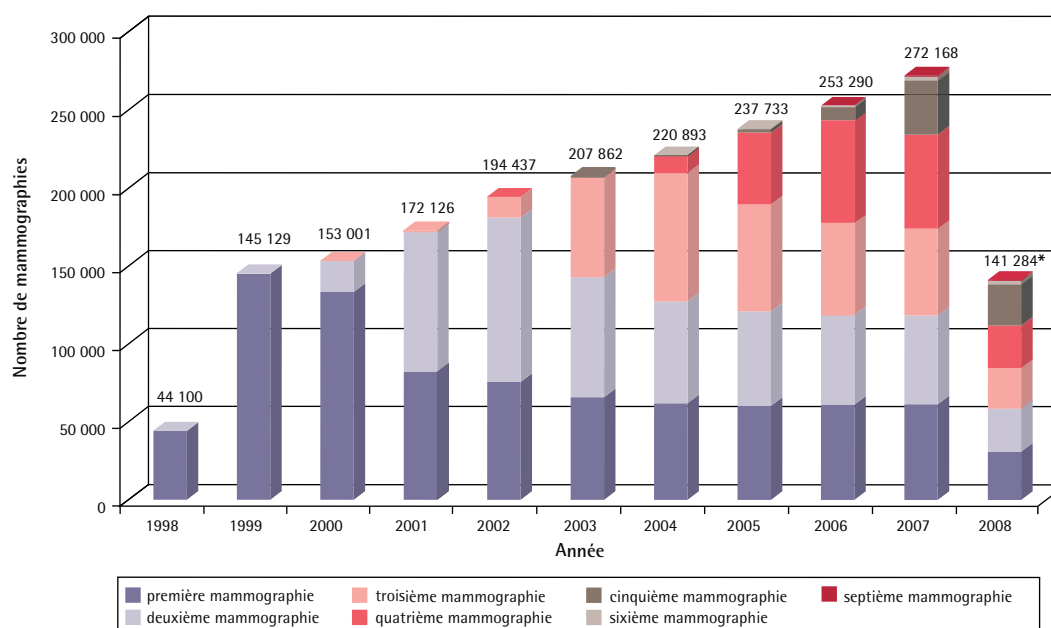
** UI : Unités itinérantes.

N.B. : Les données pour 2008 couvrent la période du 1^{er} janvier au 30 juin.

La figure 4 représente la distribution de ces mammographies selon le cycle de dépistage. Jusqu'en 2002, il s'agissait pour la plupart de mammographies initiales réalisées parmi l'ensemble des femmes de 50 à 69 ans participant pour la première fois au programme. Depuis 2004 cependant, le nombre de ces mammographies s'est stabilisé autour de 50 000 par an : en majorité, il s'agit de femmes de 50 à 52 ans nouvellement admissibles au programme.

Figure 4

Répartition des mammographies initiales et subséquentes par année, PQDCS 1998-2008



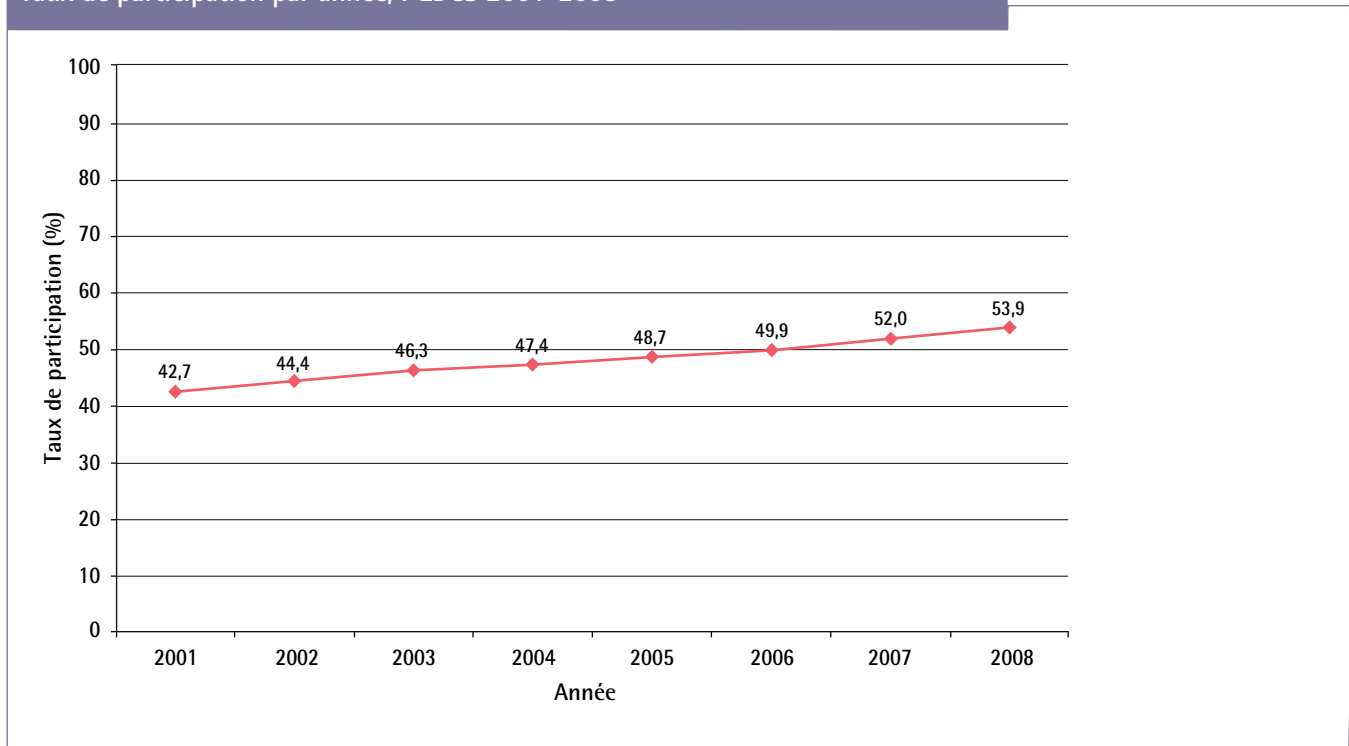
* Les données pour 2008 couvrent la période du 1^{er} janvier au 30 juin.

Il est possible de distinguer le taux de couverture, dans le groupe des 50-69 ans, du taux de participation au PQDCS pour ce même groupe d'âge. Le taux de participation au PQDCS représente la proportion des femmes admissibles qui, au cours des 24 derniers mois, ont subi une mammographie de dépistage dans un centre désigné et fourni un consentement écrit à la transmission de leurs données personnelles, incluant le résultat de la mammographie de dépistage et des examens complémentaires. Le taux de couverture porte sur les mammographies de dépistage ainsi que sur les mammographies diagnostiques bilatérales hors programme.

Le taux de participation augmente constamment depuis le début du programme (figure 5). En 2001, il était de 42,7 % et il a atteint 53,9 % au 30 juin 2008, soit une hausse moyenne de 1,6 % par année. Toutefois, l'objectif de 70 % prévu par le cadre de référence du PQDCS⁷ n'est donc pas encore atteint pour l'ensemble du Québec. Néanmoins, certaines régions atteignent cette cible ou s'en approchent de près (figure 6). C'est le cas, notamment, des régions du Nord du Québec et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (73,0 % et 72,9 % au 30 juin 2008), mais aussi de Chaudière-Appalaches, l'Estrie, la région de la Capitale-Nationale, le Nunavik, le Saguenay-Lac-Saint-Jean, la Mauricie et le Centre du Québec, ainsi que l'Abitibi-Témiscamingue, qui affichent des taux de participation supérieurs à 60 %.

Figure 5

Taux de participation par année, PQDCS 2001-2008

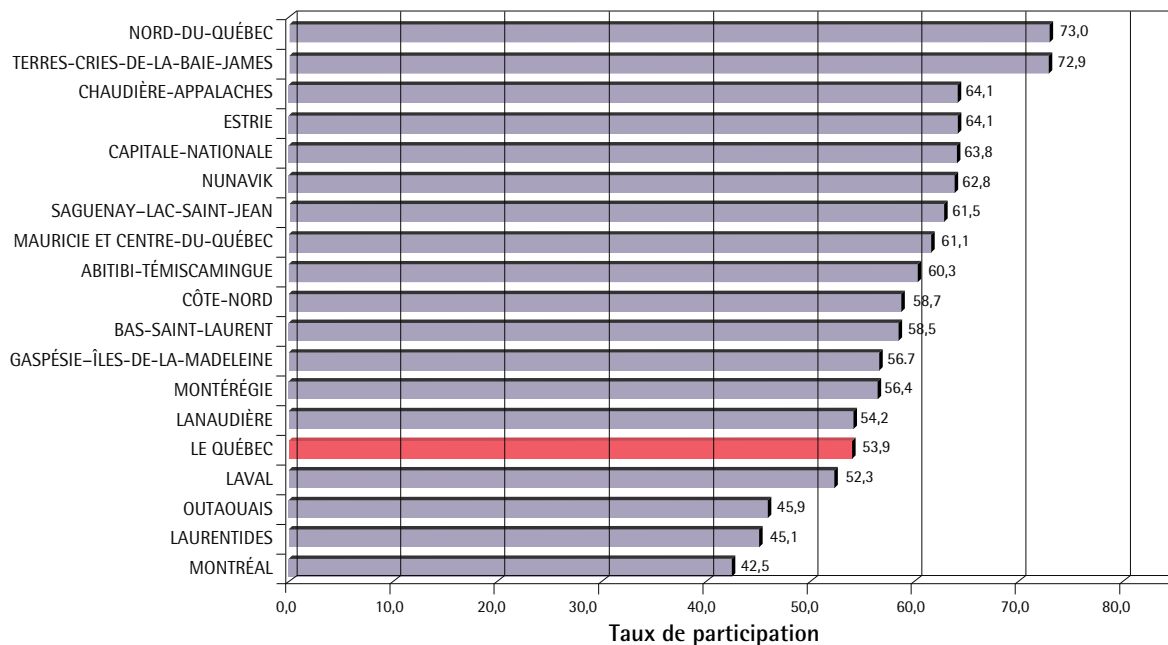


N.B. : Le taux de participation est calculé pour une période de 24 mois se terminant le 30 juin de chaque année.

7. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *op. cit.*

Figure 6

Taux de participation par région, PQDCS 2008

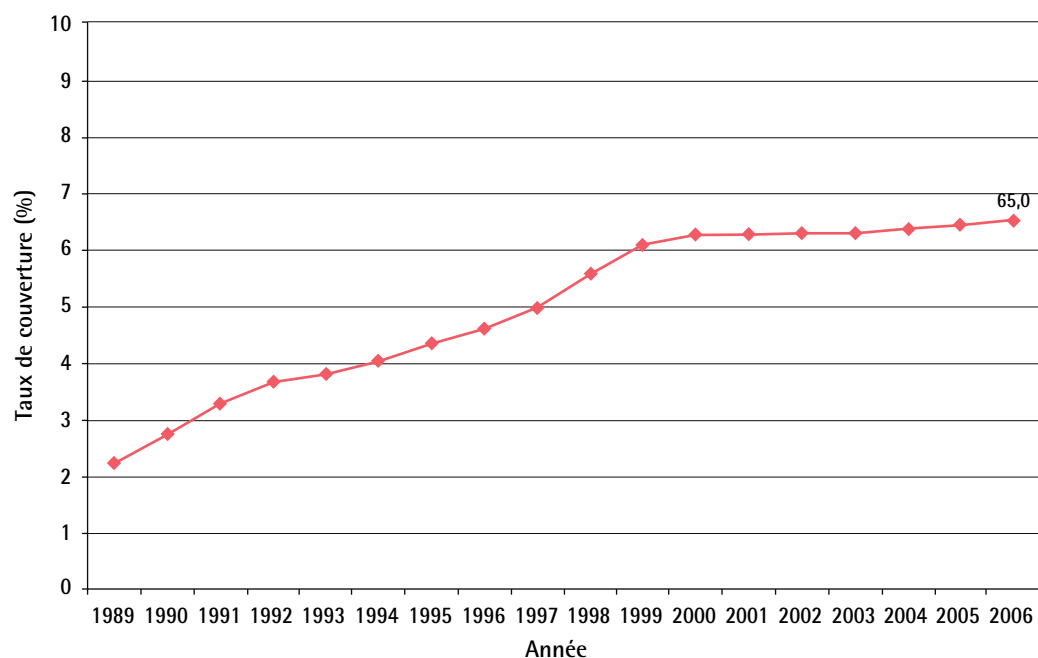


N.B. : Le taux de participation est calculé pour une période de 24 mois se terminant le 30 juin 2008.

Par ailleurs, le taux de couverture relatif à la mammographie permet de connaître la proportion de Québécoises de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie – de dépistage ou de diagnostic – au cours d'une période de 24 mois. Ce taux est calculé à partir des données issues du fichier des actes médicaux facturés à la RAMQ, qui comprennent les mammographies de dépistage (que les femmes aient donné ou non leur consentement à participer au programme) ainsi que les mammographies facturées à titre de mammographies diagnostiques. Le taux de couverture chez les 50-69 ans s'est accru de façon marquée au cours des années 1990 (figure 7). Ceci suggère qu'au moment du démarrage du PQDCS, le dépistage opportuniste par mammographie était déjà passablement répandu dans la population féminine. Depuis 1998, le taux de couverture s'est stabilisé à plus de 60 %, puis, en 2006, il a atteint 65 %. Pour une année donnée, la proportion exacte des femmes admissibles qui passent une mammographie de dépistage se situe donc entre les estimations fournies par le taux de participation (limite inférieure) et le taux de couverture (limite supérieure). Ce taux de couverture est présenté de façon détaillée pour chacune des régions au tableau 3.

Figure 7

Taux de couverture par année, Québec 1989-2006*



* Ce taux inclut les mammographies bilatérales de dépistage et de diagnostic.
Source : Fichier des services rémunérés à l'acte de la RAMQ.

Tableau 3

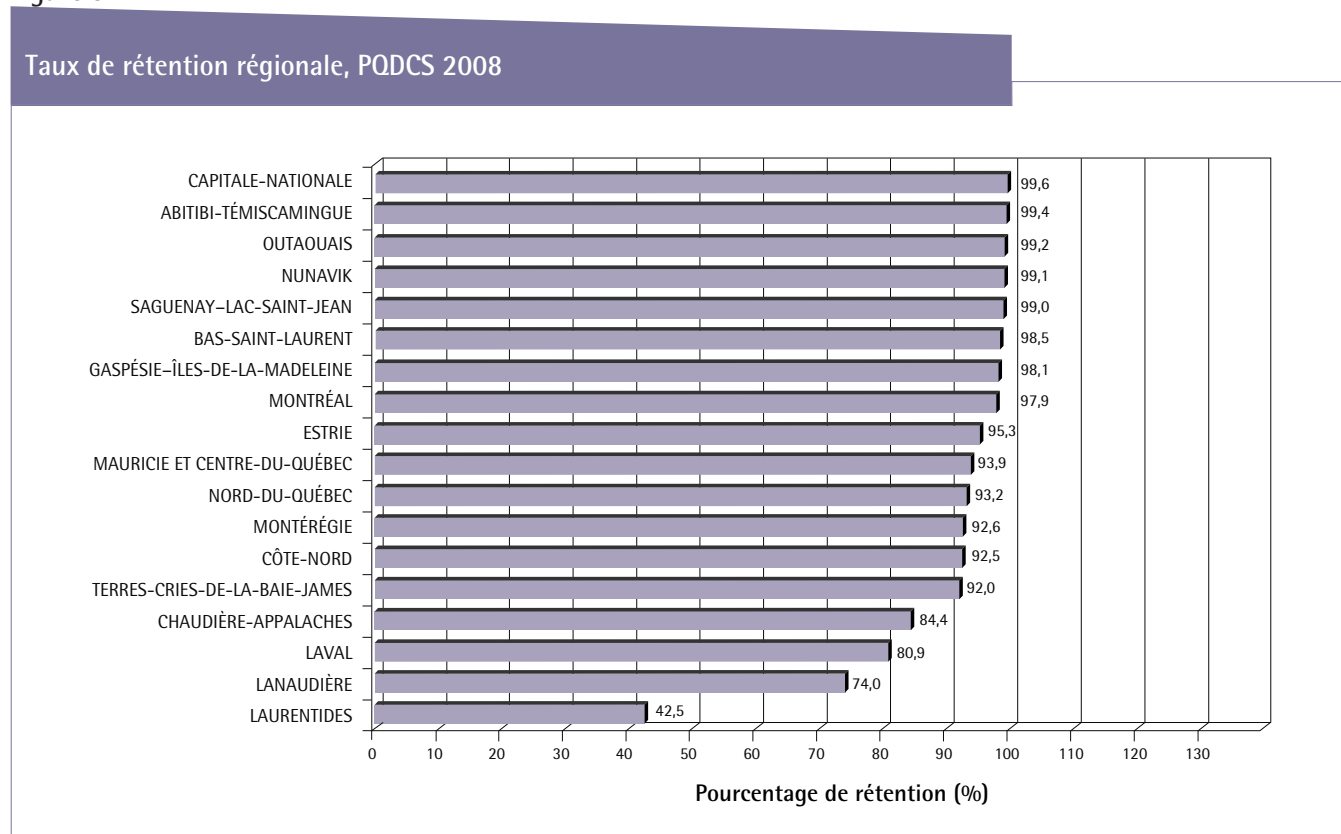
Taux de couverture par année, par région de résidence, 2002-2006*

Région de résidence	2002 %	2003 %	2004 %	2005 %	2006 %
Bas-Saint-Laurent	67,5	67,6	68,8	70,9	68,2
Saguenay-Lac-Saint-Jean	58,7	64,1	68,9	69,4	68,1
Capitale-Nationale	67,0	68,3	70,1	68,7	69,7
Mauricie et Centre-du-Québec	63,5	61,4	62,4	64,7	65,6
Estrie	69,0	69,0	72,1	71,7	72,2
Montréal	57,6	57,4	57,8	58,3	59,6
Outaouais	55,8	56,6	55,2	53,8	51,4
Abitibi-Témiscamingue	67,5	70,1	68,3	65,8	68,7
Côte-Nord	64,0	68,0	70,4	67,9	69,5
Nord-du-Québec	73,9	79,9	74,0	78,0	78,5
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	59,8	61,7	57,1	68,6	70,8
Chaudière-Appalaches	69,3	69,5	71,3	71,0	71,7
Laval	64,5	60,9	58,2	61,5	65,0
Lanaudière	59,1	57,5	55,7	59,5	65,0
Laurentides	61,4	63,2	62,6	63,1	62,8
Montréal	66,1	65,1	66,1	66,4	67,2
Nunavik	12,4	18,0	74,6	70,5	57,7
Terres-Cries-De-La-Baie-James	34,3	40,9	47,8	85,6	71,0
Le Québec	62,7	62,7	63,4	64,1	65,0

* Ce taux inclut les mammographies bilatérales de dépistage et de diagnostic.
Source : Numérateur – Fichier des services rémunérés à l'acte de la RAMQ.
Dénominateur – Population du Québec par région sociosanitaire de 1981 à 2026, édition 2005, MSSS.

Le taux de rétention régionale au cours de la première moitié de 2008, c'est-à-dire la proportion des participantes au PQDCS qui ont reçu une mammographie de dépistage dans leur région de résidence, est illustré à la figure 8. Dans la plupart des cas, cette proportion avoisine 100 %. Noter toutefois que les grands centres urbains desservent une partie de la clientèle des régions limitrophes. Ceci explique que plusieurs régions en périphérie de Montréal, en particulier Laval, Lanaudière, les Laurentides et, à un moindre degré, la Montérégie, affichent des taux de rétention régionale passablement inférieurs à 100 %. On observe le même phénomène dans la région de Chaudière-Appalaches près de Québec.

Figure 8



N.B. : Le taux de rétention est calculé pour une période du 1^{er} janvier au 30 juin 2008.

L'évolution du taux de fidélisation au dépistage en fonction du temps écoulé depuis la mammographie parmi les participantes au PQDCS en 2003-2004 est illustré à la figure 9. Le taux de fidélisation représente la proportion de femmes qui passent à nouveau une mammographie de dépistage au cours d'un intervalle de temps donné, après avoir participé au PQDCS. Il indique dans quelle mesure les femmes adhèrent à la recommandation de passer une mammographie aux deux ans, une pratique nécessaire pour bénéficier au maximum du dépistage dans le groupe d'âge visé par le programme. Au Québec, aucune norme n'a été fixée pour le taux de fidélisation. Cependant, les lignes directrices canadiennes proposent des valeurs minimales de 75 % et 90 % à 30 mois après la mammographie, selon qu'il s'agit d'un examen initial ou subséquent. Le PQDCS recommande un dépistage aux deux ans, mais, depuis 2001, la mammographie annuelle est autorisée sur prescription médicale. Comme la figure 9 l'indique, moins de 10 % des participantes passent une nouvelle mammographie dans les 24 mois après un dépistage et le taux de fidélisation s'accroît rapidement par la suite entre 24 et 30 mois. Chez les femmes qui ont passé une première mammographie en 2003-2004, 66,4 % en ont eu une seconde au cours des 30 mois suivants et cette proportion atteignait 76,1 % à 36 mois. Le taux de fidélisation tend aussi à augmenter avec le nombre de participations antérieures au programme, ce qui permet donc jusqu'à un certain point de prévoir la réponse aux invitations subséquentes. Ainsi, aux deuxième et troisième dépistage, le taux de fidélisation a atteint 75,2 % et 83,8 % à 30 mois, et 84,0 % et 90,1 % à 36 mois.

Figure 9

Taux de fidélisation à 30 et 36 mois parmi les participantes en 2003-2004 selon qu'il s'agit d'une mammographie initiale ou subséquente, PQDCS

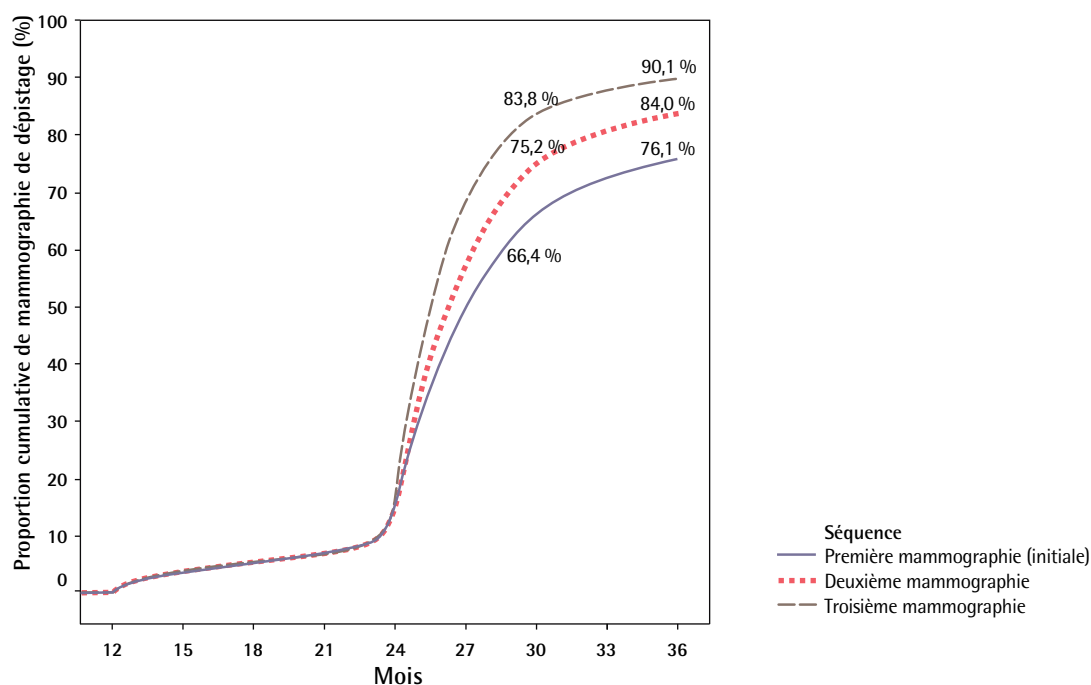


Tableau 4

Taux de fidélisation à 30 mois parmi les participantes au dépistage en 2003-2004 selon le résultat de la mammographie, par région, PQDCS

Région de dépistage	Résultat de la mammographie initiale		Résultat des mammographies subséquentes	
	Normal %	Anormal %	Normal %	Anormal %
Bas-Saint-Laurent	75,6	65,4	85,5	70,1
Saguenay-Lac-Saint-Jean	73,0	65,4	83,9	73,4
Capitale-Nationale	78,5	48,2	88,0	57,7
Mauricie et Centre-du-Québec	72,3	55,0	82,7	66,1
Estrie	77,9	57,0	88,1	73,1
Montréal	63,6	37,4	79,1	53,1
Outaouais	55,1	48,4	68,4	66,2
Abitibi-Témiscamingue	66,9	56,0	80,3	65,8
Côte-Nord	77,0	42,7	84,5	55,6
Nord-du-Québec	82,3	56,5	90,5	87,7
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	63,1	38,8	77,9	66,9
Chaudière-Appalaches	79,4	48,4	89,8	60,3
Laval	64,4	44,6	80,5	56,2
Lanaudière	56,6	30,5	64,6	37,4
Laurentides	53,2	31,5	67,3	45,0
Montréal	70,9	47,6	84,3	63,0
Le Québec	69,5	47,0	81,5	59,0

Le taux de fidélisation est influencé non seulement par le nombre de participations au dépistage, mais aussi par son résultat (tableau 4). Ainsi, 69,5 % des femmes dont la première mammographie en 2003-2004 a été interprétée comme normale ont passé une deuxième mammographie dans les 30 mois. Cependant, lorsque la première mammographie était anormale, le taux de fidélisation à 30 mois n'a atteint que 47,0 %. On observe la même tendance pour les mammographies subséquentes : le taux de fidélisation à 30 mois, de 81,5 % lorsque l'examen en 2003-2004 était normal, s'élevait à 59,0 % dans le cas contraire. Cette relation du taux de fidélisation avec le résultat de la mammographie et le cycle de dépistage s'observe dans toutes les régions du Québec. Parmi les femmes dont la mammographie de dépistage est anormale, à peine 5 à 6 % recevront un diagnostic de cancer du sein dans les 12 mois qui suivent cet examen⁸. Il est toutefois plausible que certaines de ces femmes continueront à être suivies dans un contexte clinique plutôt qu'en dépistage, ce qui expliquerait en partie la relation entre le taux de fidélisation et le résultat de la mammographie.

En dernier lieu, nous allons examiner le résumé des principales caractéristiques des participantes au PQDCS de 2006 à 2008 illustré au tableau 5. La distribution selon l'âge de cette cohorte démontre une plus grande proportion de femmes plus jeunes – 32,1 % ont entre 50 et 54 ans, 27,8 % entre 55 et 59 ans et 23,6 % entre 60 et 64 ans – que de plus âgées – 16,5 % ayant de 65 à 69 ans. Ceci reflète la structure d'âge de la population admissible. En effet, le taux de participation spécifique à chaque groupe d'âge est semblable chez les 50-54 ans, les 55-59 ans et les 60-64 ans – soit 55,4 %, 54,3 % et 54,3 % respectivement –, mais légèrement plus faible chez les 65 à 69 ans (50,3 %) (données non illustrées). Selon les études publiées, à l'exception des femmes âgées, celles qui sont plus à risque d'un cancer du sein, que ce soit en raison de leurs antécédents familiaux ou pour d'autres facteurs, répondent habituellement davantage à l'invitation au dépistage^{9, 10}. Dans la cohorte des participantes de 2006-2008, la répartition de ces facteurs de risque était la suivante : 17,0 % avaient une histoire de cancer du sein chez une parente au premier degré, 17,2 % étaient des nullipares, 23,3 % consommaient des hormones de remplacement au moment de subir leur mammographie, 22,6 % avaient un indice de masse corporelle supérieur à 30, la définition habituelle d'obésité¹¹, et 35,3 % présentaient une densité mammaire à la mammographie supérieure à 50 %. Enfin, chez celles qui participaient pour la première fois au PQDCS, 68,3 % ont déclaré avoir déjà eu une mammographie dans le passé.

8. Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation, *op. cit.*

9. Meissner, H. I., Breen, N., Taubman, M. L., Vernon, S. W., Graubard, B. I. « Which women aren't getting mammograms and why? », *Cancer Causes Control*, 2007, 18, p. 61-70.

10. Threlfall, A. G., Woodman, C. B. J. « Risk of breast cancer in women who attend the NHS breast screening programme: cohort study », *British Medical Journal*, 2001, 323, p. 140.

11. Lamontagne, P., Hamel, D. *Poids corporel de la population québécoise : mise à jour 2005. Exploitation des données de l'ESCC 3.1*, Institut national de santé publique du Québec, 2008, 25 p.

Tableau 5

Caractéristiques des participantes au dépistage, PODCS 2006-2008

Caractéristiques des femmes		%
Groupe d'âge	50 à 54 ans	32,1
	55 à 59 ans	27,8
	60 à 64 ans	23,6
	65 à 69 ans	16,5
Antécédents familiaux de cancer du sein (mère, sœur, fille)		17,0
Aucune grossesse de 20 semaines et plus		17,2
Première grossesse à 30 ans ou plus		12,8
Port d'implants mammaires		2,5
Examen clinique des seins au cours de la dernière année		60,7
Mammographie antérieure (initiale)		68,3
Symptômes* (au moins un)		2,5
Biopsies antérieures		7,5
Hormonothérapie de substitution (en cours)		23,3
Densité mammaire	Moins de 25 %	26,5
	De 25 à 49 %	38,3
	De 50 à 75 %	27,5
	Plus de 75 %	7,8
Indice de masse corporelle (IMC)	Poids insuffisant (IMC < 18,5)	1,5
	Poids normal (IMC 18,5-24,9)	42,0
	Embonpoint (IMC 25-29,9)	33,8
	Obésité (IMC 30 et +)	22,6

* Excluant la douleur au sein.

N.B. : Les données couvrent la période du 1^{er} juillet 2006 au 30 juin 2008.

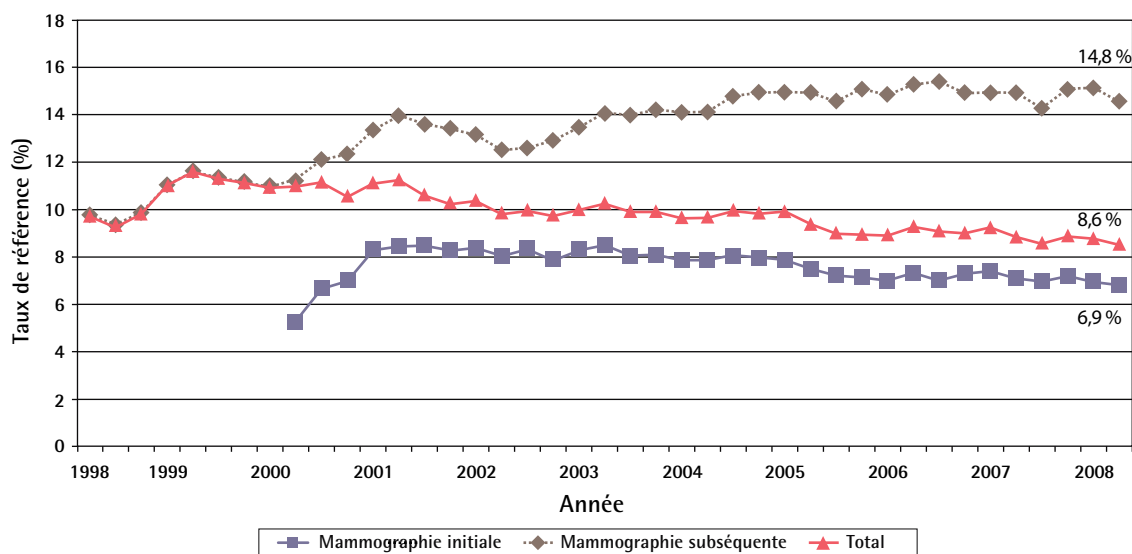
Résultats du dépistage par mammographie, PQDCS 1998-2008

Nous allons à présent nous pencher sur les principaux résultats du dépistage par mammographie parmi les participantes au PQDCS depuis 1998.

Le taux de référence, qui représente la proportion des participantes dont la mammographie a été interprétée comme anormale et qui doivent obtenir des examens additionnels, se chiffrait lors de la mammographie initiale à 9,7 % en 1998. Par la suite, il a considérablement augmenté jusqu'en 2006 pour se stabiliser à près de 15 % (figure 10). Selon le cadre de référence du PQDCS¹², le taux de référence à la première mammographie devrait être inférieur à 7 %. La valeur maximale proposée par les lignes directrices canadiennes est légèrement plus élevée, soit 10 %¹³. Tel qu'on l'a précisé plus haut, la moyenne d'âge des femmes lors d'une première participation au PQDCS a diminué tout au long de la période d'activité du programme. Puisque l'interprétation de la mammographie chez les femmes plus jeunes est souvent compliquée par une densité mammaire élevée, cette tendance à la hausse du taux de référence à la mammographie initiale était attendue. Quant au taux de référence lors des mammographies subséquentes, il a été beaucoup plus stable et davantage conforme à la norme du cadre de référence, soit moins de 5 %¹⁴. Au cours des 6 premiers mois de 2008, il a atteint 6,9 %.

Figure 10

Taux de référence à la mammographie initiale ou subséquente par année, PQDCS 1998-2008



12. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *op. cit.*

13. Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation, *op. cit.*

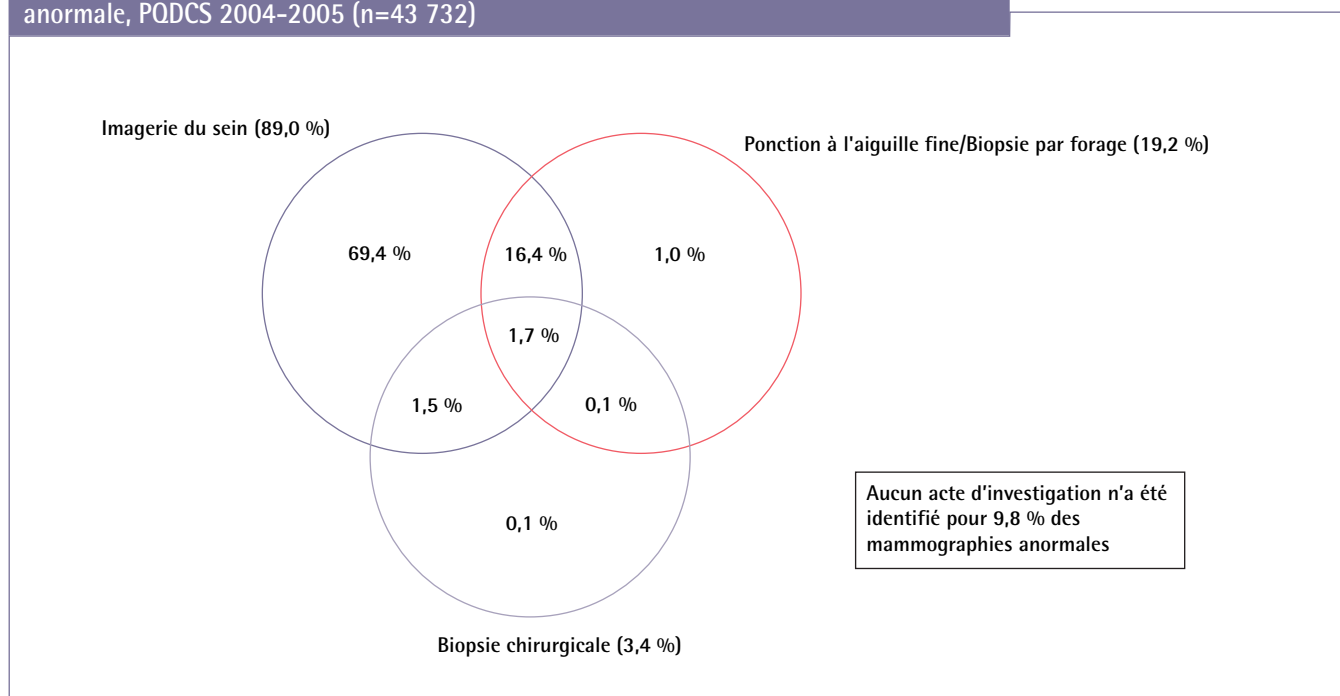
14. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *op. cit.*

La figure 11 présente la répartition des procédures d'investigation subies par les 43 732 participantes au PQDCS en 2004-2005 dont la mammographie était anormale, afin de confirmer ou d'exclure la présence d'un cancer du sein. Aucun test diagnostique n'a pu être documenté chez 9,8 % d'entre elles. Ceci pourrait s'expliquer notamment par le fait que nombre d'échographies faites en clinique privée sont facturées directement aux femmes et ne figurent donc pas au Fichier des services rémunérés à l'acte de la RAMQ, d'où sont extraites les informations utilisées ici. La majorité de ces actes d'investigation sont des examens d'imagerie (ex. mammographie diagnostique, échographie, etc.). Chez 69,4 % des femmes présentant une mammographie anormale, ces examens d'imagerie ont suffi pour résoudre la nature de l'anomalie, sans plus d'investigation. Cependant, dans 20,8 % des cas, on a procédé à un prélèvement de tissu mammaire par ponction à l'aiguille fine ou biopsie par forage (19,2 %) et/ou par biopsie chirurgicale en salle d'opération (3,4 %).

La fréquence avec laquelle ces biopsies chirurgicales se sont soldées par un diagnostic d'anomalie bénigne, donc de lésion non cancéreuse, est présentée au tableau 6. Selon le cadre de référence du PQDCS, cette fréquence devrait être inférieure à 5 cas par 1 000 lors d'une mammographie initiale et à 3,5 cas par 1 000 pour les mammographies subséquentes¹⁵. Pour l'ensemble du Québec, les chiffres observés se situent en deçà de ces valeurs-seuils (4,1 et 1,8 / 1 000), mais il existe d'importantes variations régionales.

Figure 11

Répartition des actes d'investigation à la suite d'une mammographie de dépistage anormale, PQDCS 2004-2005 (n=43 732)



Source : Fichier des services rémunérés à l'acte de la RAMQ.

15. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *op. cit.*

Tableau 6

Taux de biopsie chirurgicale bénigne* à la mammographie initiale ou subséquente par région du dépistage, PQDCS 2004 et 2005

Région de dépistage	Mammographie initiale (/1 000)	Mammographie subséquente (/1 000)
Bas-Saint-Laurent	2,6	2,4
Saguenay-Lac-Saint-Jean	3,9	2,4
Capitale-Nationale	5,5	2,0
Mauricie et Centre-du-Québec	2,9	1,3
Estrie	5,9	3,8
Montréal	3,6	1,3
Outaouais	1,8	–
Abitibi-Témiscamingue	5,3	4,0
Côte-Nord	11,1	6,4
Nord-du-Québec	–	–
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	8,0	5,1
Chaudière-Appalaches	5,2	2,3
Laval	2,7	2,1
Lanaudière	6,8	2,7
Laurentides	2,8	1,8
Montérégie	3,2	1,2
Nunavik	–	–
Terres-Cries-de-la-Baie-James	–	–
Le Québec	4,1	1,8

* Le taux de biopsie chirurgicale bénigne correspond au nombre de femmes avec biopsie chirurgicale dont le résultat de l'investigation s'est avéré bénin, divisé par le nombre de femmes dépistées.
Source : Fichier des services rémunérés à l'acte de la RAMQ.

Examinons à présent les délais observés entre une mammographie de dépistage anormale et le dernier acte d'investigation qui a mené au diagnostic final de lésion maligne ou bénigne illustrés au tableau 7. Les valeurs médianes sont présentées, c'est-à-dire que, dans chacune des régions, 50 % des femmes ont connu un temps d'attente égal ou supérieur à la valeur indiquée entre la mammographie de dépistage anormale et le dernier acte d'investigation. Le PQDCS n'a fixé aucune norme pour cet indicateur, mais les lignes directrices canadiennes proposent que l'intervalle diagnostique maximal soit de 5 semaines en l'absence de biopsie et de 7 semaines si une biopsie est nécessaire, sans égard au résultat de l'investigation, pour 90 % ou plus des femmes¹⁶. Les données du tableau 7 sont présentées selon le diagnostic final, non pas selon qu'il y a eu ou non biopsie. On peut voir que, en 2004-2005, pour l'ensemble des participantes au PQDCS dont la mammographie était anormale, le délai médian au diagnostic était de 3,9 semaines ; il variait selon les régions de 2,7 à 9,0 semaines. Parce qu'un diagnostic de cancer nécessite souvent un plus grand nombre d'actes d'investigation qu'une lésion bénigne, les délais médians étaient plus élevés dans les cas de cancer, soit 6,1 semaines, que dans les cas de lésions bénignes, où ils n'étaient que de 3,7 semaines.

16. Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation, *op. cit.*

Tableau 7

Délai médian entre la mammographie de dépistage anormale et le dernier acte diagnostique selon le résultat de l'investigation, par région, PQDCS 2004-2005

Région de dépistage	Total		Cancer		Bénin	
	n	semaines	n	semaines	n	semaines
Bas-Saint-Laurent	1 738	3,0	122	7,0	1 616	2,9
Saguenay-Lac-Saint-Jean	1 990	2,7	144	5,1	1 846	2,5
Capitale-Nationale	5 092	3,4	389	5,7	4 703	3,1
Mauricie et Centre-du-Québec	2 762	4,0	143	6,6	2 619	4,0
Estrie	1 640	2,9	107	5,7	1 533	2,7
Montréal	8 049	4,1	574	5,9	7 475	4,0
Outaouais	1 182	2,7	87	4,3	1 095	2,6
Abitibi-Témiscamingue	955	3,3	46	5,8	909	3,3
Côte-Nord	682	3,3	22	10,4	660	3,1
Nord-du-Québec	63	8,0	9	11,6	54	7,1
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	740	6,5	47	9,4	693	6,3
Chaudière-Appalaches	2 485	4,0	148	6,6	2 337	4,0
Laval	886	3,9	101	5,4	785	3,4
Lanaudière	2 051	5,4	97	9,9	1 954	5,1
Laurentides	1 926	4,1	120	6,2	1 806	4,0
Montréal	7 189	3,9	424	6,3	6 765	3,9
Nunavik	18	9,0	2	–	16	9,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	31	7,1	5	–	26	7,4
Le Québec	39 479	3,9	2 587	6,1	36 892	3,7

Source : Fichier des services rémunérés à l'acte de la RAMQ.

Les tableaux 8 et 9 récapitulent, pour le Québec et chacune des régions, le taux de référence, le taux de détection du cancer du sein, le nombre de cancers et le pourcentage de cancers *in situ* diagnostiqués au cours des 12 mois suivant le dépistage, de même que la valeur prédictive positive et le nombre de faux positifs par cancer détecté dans les mammographies initiales et subséquentes pour 2004-2005 (la dernière période pour laquelle l'ensemble de ces données est disponible).

À la mammographie initiale, le taux de détection, c'est-à-dire le nombre de cas de cancers diagnostiqués au cours des 12 mois suivant un test de dépistage anormal parmi l'ensemble des participantes, est adéquat dans la plupart des régions (le seuil proposé étant de 5 par 1 000¹⁷). Comme nous l'avons souligné plus haut, le taux de référence (cible de 7 %¹⁸) est très élevé pour l'ensemble de la province et dans toutes les régions, sauf trois (Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James) qui sont desservies en totalité ou en partie par les UI. Ceci se traduit donc par un nombre élevé de faux positifs par cancer détecté, soit 21,9. La valeur prédictive positive, qui représente la proportion de femmes ayant un cancer du sein parmi celles dont le test est anormal, devrait atteindre 5 % lors de la première mammographie¹⁹, mais cette cible n'est généralement pas atteinte en raison du nombre élevé de faux positifs. Par ailleurs, 26,2 % des cancers détectés dans le PQDCS au cours de cette période étaient des tumeurs *in situ*.

17. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *op. cit.*

18. *Ibid.*

19. Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation, *op. cit.*

Aux mammographies subséquentes, le taux de référence de 7,7 % se situe plus près de la cible proposée par le cadre de référence (5 %) ²⁰ et le taux de détection atteint la norme de plus de 3,5 cancers par 1 000 femmes dépistées. Par ailleurs, la valeur prédictive positive s'élève à 7 %, ce qui excède le seuil de 6 % fixé pour cet indicateur ²¹, et le nombre de faux positifs par cancer détecté est réduit à 13,3. Enfin, la proportion de tumeurs *in situ* s'élève à 22,6 %.

Quant à la relation entre le taux de détection du cancer du sein et le taux de référence, elle est illustrée aux figures 12 et 13 pour chacune des régions ²². Tant à la mammographie initiale que subséquente, la quasi totalité des régions présentent des taux de détection supérieurs aux limites fixées par le PQDCS, mais également des taux de référence élevés, en particulier lors d'une première mammographie. Il semble donc que la détection du cancer du sein dans le PQDCS donne lieu à un excès de faux positifs à la mammographie, en particulier lors d'un premier test de dépistage, ce qui est caractéristique de la pratique nord-américaine du dépistage par mammographie ²³.

Tableau 8

Taux de référence, nombre de cancers, taux de détection, pourcentage de cancers *in situ*, valeur prédictive positive et nombre de faux positifs par cancer à la mammographie initiale, PQDCS 2004-2005

Région de dépistage	Taux de référence (%)	Cancer (n)	Taux de détection (/1000)	Cancer <i>in situ</i> (%)	VPP (%)	Nombre de faux positifs par cancer
Bas-Saint-Laurent	12,1	54	7,0	32,1	5,8	16,2
Saguenay-Lac-Saint-Jean	11,0	52	6,3	11,8	5,8	16,4
Capitale-Nationale	15,2	109	8,2	25,7	5,4	17,5
Mauricie et Centre-du-Québec	14,0	46	5,8	31,1	4,1	23,4
Estrie	12,7	29	6,1	24,1	4,8	19,9
Montréal	15,1	185	6,6	24,6	4,4	21,9
Outaouais	11,7	23	4,7	–	4,1	23,7
Abitibi-Témiscamingue	16,5	9	4,4	–	2,6	36,9
Côte-Nord	15,6	18	5,4	38,9	3,5	27,8
Nord-du-Québec	7,0	3	–	–	–	–
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	13,4	27	9,0	38,5	6,7	13,9
Chaudière-Appalaches	14,9	36	6,7	22,2	4,5	21,1
Laval	11,2	28	7,7	32,1	6,9	13,6
Lanaudière	24,0	23	6,8	34,8	2,8	34,3
Laurentides	14,2	29	5,1	34,5	3,6	27,0
Montréal	17,2	105	5,3	25,2	3,1	31,3
Nunavik	6,0	2	–	–	–	–
Terres-Cries-de-la-Baie-James	7,2	4	–	–	–	–
Le Québec	14,7	782	6,4	26,2	4,4	21,9

20. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *op. cit.*

21. *Ibid.*

22. *Ibid.*

23. Hofvind, S., Vacek, P. M., Skelly, J., Weaver, D. L., Geller, B. M. « Comparing screening mammography for early breast cancer detection in Vermont and Norway », *Journal of the National Cancer Institute*, 2008, 100, p. 1082-1091.

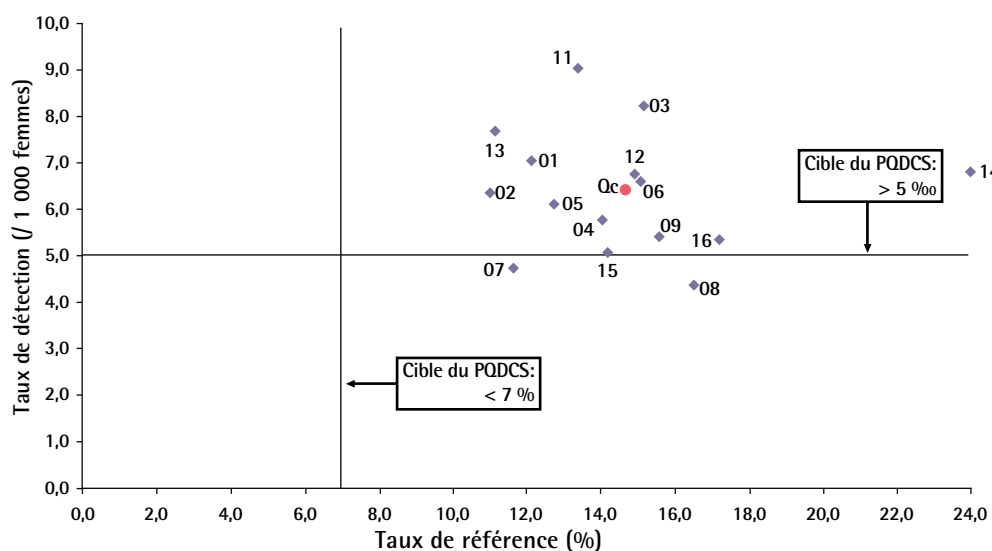
Tableau 9

Taux de référence, nombre de cancers, taux de détection, pourcentage de cancers *in situ*, valeur prédictive positive et nombre de faux positifs par cancer à la mammographie subséquente, PQDCS 2004-2005

Région de dépistage	Taux de référence (%)	Cancer (n)	Taux de détection (/1000)	Cancer <i>in situ</i> (%)	VPP (%)	Nombre de faux positifs par cancer
Bas-Saint-Laurent	8,6	68	7,1	27,7	8,3	11,1
Saguenay-Lac-Saint-Jean	7,8	92	6,5	25,3	8,3	11,0
Capitale-Nationale	7,1	280	6,1	21,4	8,7	10,5
Mauricie et Centre-du-Québec	6,8	97	3,9	25,0	5,8	16,3
Estrie	6,7	78	4,2	23,4	6,3	14,8
Montréal	7,4	389	5,4	26,9	7,3	12,7
Outaouais	5,3	64	5,3	7,8	10,1	8,9
Abitibi-Témiscamingue	8,0	37	4,7	22,2	5,9	15,9
Côte-Nord	9,1	4	–	–	–	–
Nord-du-Québec	4,6	6	6,7	–	14,6	5,8
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	8,5	20	4,2	30,0	5,0	19,2
Chaudière-Appalaches	8,1	112	5,2	18,9	6,4	14,6
Laval	6,8	73	6,6	26,0	9,7	9,3
Lanaudière	12,9	74	7,4	23,3	5,7	16,4
Laurentides	7,3	91	5,6	28,9	7,6	12,1
Montréal	8,4	319	4,9	17,4	5,8	16,3
Nunavik	–	–	–	–	–	–
Terres-Cries-de-la-Baie-James	–	1	–	–	–	–
Le Québec	7,7	1 805	5,4	22,6	7,0	13,3

Figure 12

Taux de référence et taux de détection du cancer du sein à la mammographie initiale par région, PQDCS 2004-2005

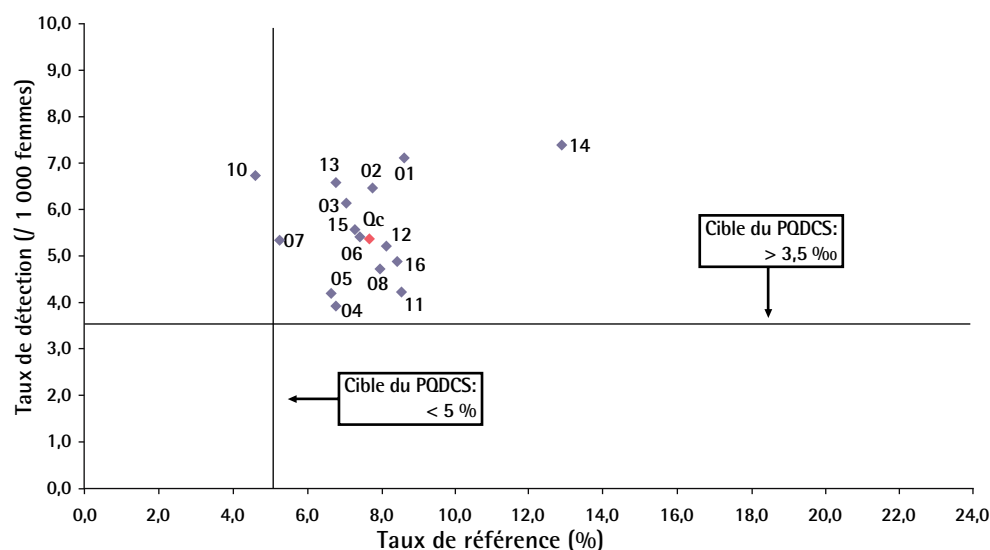


1 : Bas-Saint-Laurent, 2 : Saguenay-Lac-Saint-Jean, 3 : Capitale-Nationale, 4 : Mauricie et Centre-du-Québec, 5 : Estrie, 6 : Montréal, 7 : Outaouais, 8 : Abitibi-Témiscamingue, 9 : Côte-Nord, 11 : Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 12 : Chaudière-Appalaches, 13 : Laval, 14 : Lanaudière, 15 : Laurentides, 16 : Montérégie.

N.B. : Les données couvrent la période du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2005.

Figure 13

Taux de référence et taux de détection du cancer du sein aux mammographies subséquentes par région, PQDCS 2004-2005



1 : Bas-Saint-Laurent, 2 : Saguenay-Lac-Saint-Jean, 3 : Capitale-Nationale, 4 : Mauricie et Centre-du-Québec, 5 : Estrie, 6 : Montréal, 7 : Outaouais, 8 : Abitibi-Témiscamingue, 10 : Nord-du-Québec, 11 : Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 12 : Chaudière-Appalaches, 13 : Laval, 14 : Lanaudière, 15 : Laurentides, 16 : Montérégie.

N.B. : Les données couvrent la période du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2005.

Il est bien connu que, pour avoir un impact sur la mortalité par cancer du sein, le dépistage doit détecter les tumeurs le plus précocement possible. Les caractéristiques des cancers infiltrants détectés à la mammographie de dépistage en 2003-2004 sont résumées au tableau 10. Dans l'ensemble de la province, il s'agissait à 38,1 % de petites tumeurs de 1 cm ou moins, et ce pourcentage variait de 26,1 % à 51,6 % selon les régions. De plus, 73,8 % des tumeurs étaient circonscrites au sein et n'avaient pas envahi les ganglions régionaux. Les valeurs minimales proposées pour ces indicateurs sont de 30 % et 70 %, respectivement²⁴.

24. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *op. cit.*

Tableau 10

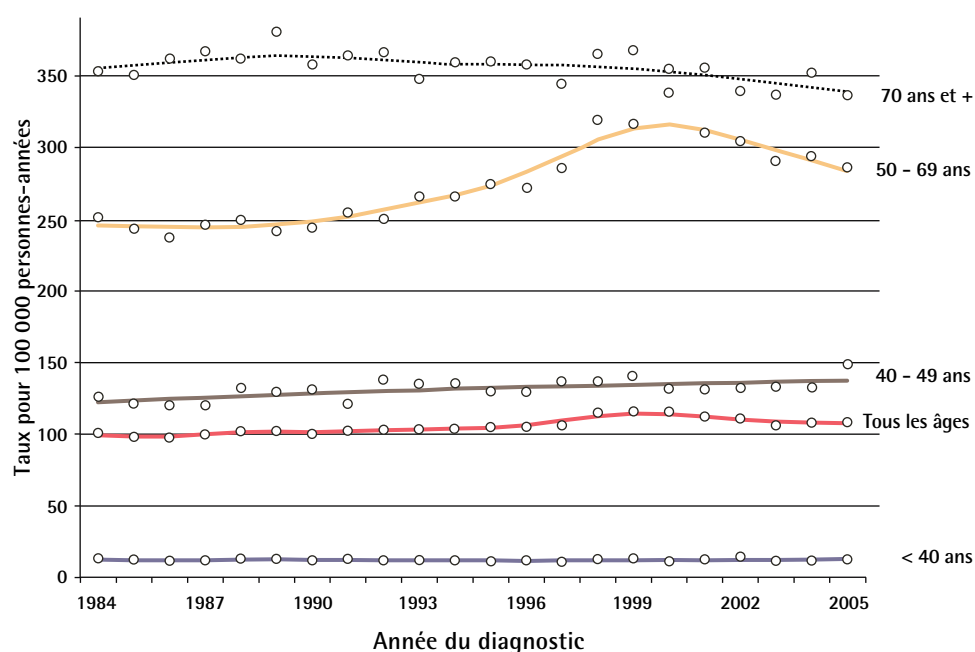
Pourcentage des cancers infiltrants de petite taille (1 cm ou moins)
ou sans envahissement ganglionnaire par région du dépistage, PQDCS 2003-2004*

Région de dépistage	Cancer infiltrant n	Petite taille (≤ 1 cm) %	Sans envahissement ganglionnaire %
Bas-Saint-Laurent	74	31,4	62,1
Saguenay-Lac-Saint-Jean	121	35,9	74,8
Capitale-Nationale	276	38,9	75,2
Mauricie et Centre-du-Québec	113	48,6	75,2
Estrie	79	50,0	71,0
Montréal	438	35,0	76,1
Outaouais	80	44,7	79,2
Abitibi-Témiscamingue	39	43,2	86,1
Côte-Nord	22	36,4	54,5
Nord-du-Québec	8	–	–
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	24	26,1	73,9
Chaudière-Appalaches	111	41,8	68,0
Laval	47	37,8	78,3
Lanaudière	68	51,6	78,1
Laurentides	96	29,2	68,5
Montérégie	323	34,9	72,4
Nunavik	–	–	–
Terres-Cries-de-la-Baie-James	–	–	–
Le Québec	1 921	38,1	73,8

* Selon la stratégie utilisant les fichiers MedÉcho, RAMQ et du SI-PQDCS.

Figure 14

Incidence de cancer du sein infiltrant selon l'année du diagnostic,
par groupe d'âge, Québec 1984-2005



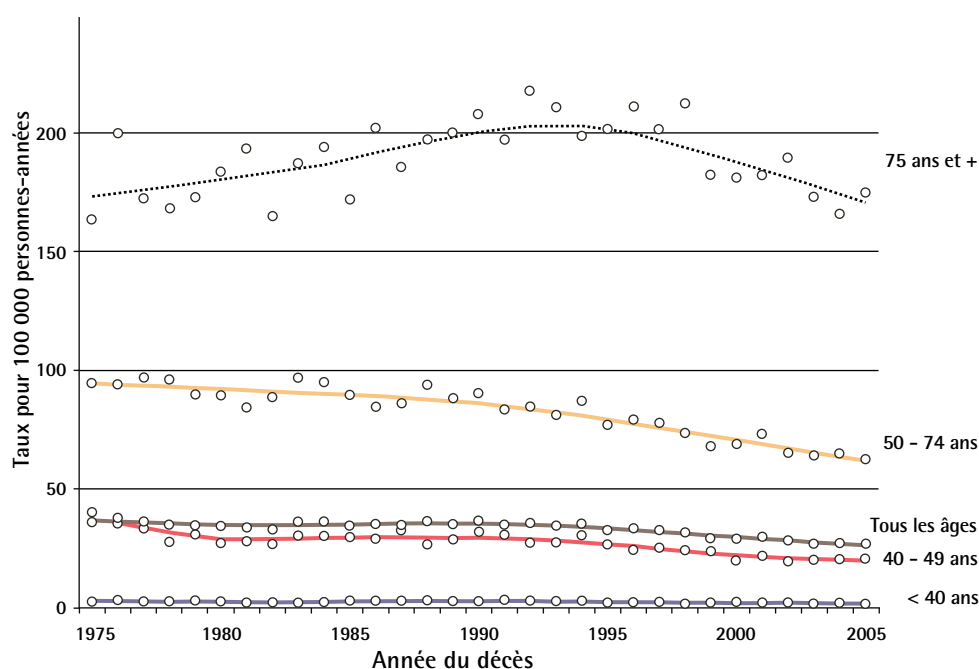
N.B. : Taux ajustés selon la structure par âge de la population féminine canadienne de 1991.

Sources : Fichier des tumeurs du Québec et données démographiques du Service du développement de l'information du MSSS.

Puisque le dépistage devance le moment du diagnostic chez les femmes dont le cancer est détecté par la mammographie, on prévoyait une hausse du nombre de cas de cancer du sein au cours des premières années d'activités du PQDCS. Comme en témoigne la figure 14, la tendance à la hausse dans l'incidence de ce cancer, manifeste dans l'ensemble de la population jusque vers l'an 2000, touchait surtout les femmes de 50 à 69 ans qui sont ciblées par le programme. Cependant, tant chez celles-ci que dans le groupe plus âgé des 70 ans ou plus, l'incidence de cancers infiltrants a diminué depuis, à mesure qu'un important volume de tumeurs mammaires *in situ* a été diagnostiqué et traité avant d'atteindre un stade plus avancé. À cet égard, il faut souligner que l'incidence du cancer du sein a chuté aux États-Unis après la publication des résultats de l'Initiative sur la santé des femmes²⁵, ce que plusieurs études ont attribué au recul de la consommation d'hormones de remplacement à la ménopause que cette recherche avait entraîné²⁶⁻²⁸. Il est plausible que le même phénomène explique en partie les tendances rapportées ici pour le Québec.

Figure 15

Mortalité par cancer du sein selon l'année du décès, par groupe d'âge, Québec 1975-2005



N.B. : Pour chaque groupe d'âge spécifique, les taux sont ajustés selon la structure par âge de la population féminine canadienne en 1991.
Sources : Registre des événements démographiques (fichier des décès) et données démographiques du Service du développement de l'information du MSSS.

25. Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., et al. « Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial », *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288, p. 321-333.
26. Clarke, C. A., Glaser, S. L., Uratsu, C. S., et al. J. « Recent declines in hormone therapy utilization and breast cancer incidence: clinical and population-based evidence », *Journal of Clinical Oncology*, 2006, 24, p.e49-e50.
27. Kerlikowske, K., Miglioretti, D. L., Buist, D. S. M., Walker, R., Carney, P. A. « Declines in invasive breast cancer and use of postmenopausal hormone therapy in a screening mammography population », *Journal of the National Cancer Institute*, 2007, 99, p. 1335-1339.
28. Ravdin, P. M., Cronin, K. A., Howlader, N., et al. « The decrease in breast-cancer incidence in 2003 in the United States », *New England Journal of Medicine*, 2007, 356, p. 1670-1674.

Si l'on examine à présent l'évolution de la mortalité par cancer du sein depuis 1975 au Québec, on observe, comme l'illustre la figure 15, qu'elle décline de façon particulièrement marquée depuis 1990, la diminution moyenne atteignant environ 2 % par an. Cette baisse s'observe dans tous les groupes d'âge, sauf chez les femmes de moins de 40 ans. L'impact du PQDCS sur la mortalité par cancer du sein doit donc être compris à la lumière de cette tendance, amorcée bien avant le début du programme et qui s'explique en grande partie par l'amélioration des traitements dispensés aux femmes atteintes de cette maladie.

Tableau 11

Mortalité par cancer du sein observée et attendue chez les participantes au dépistage, PQDCS 1998-2003

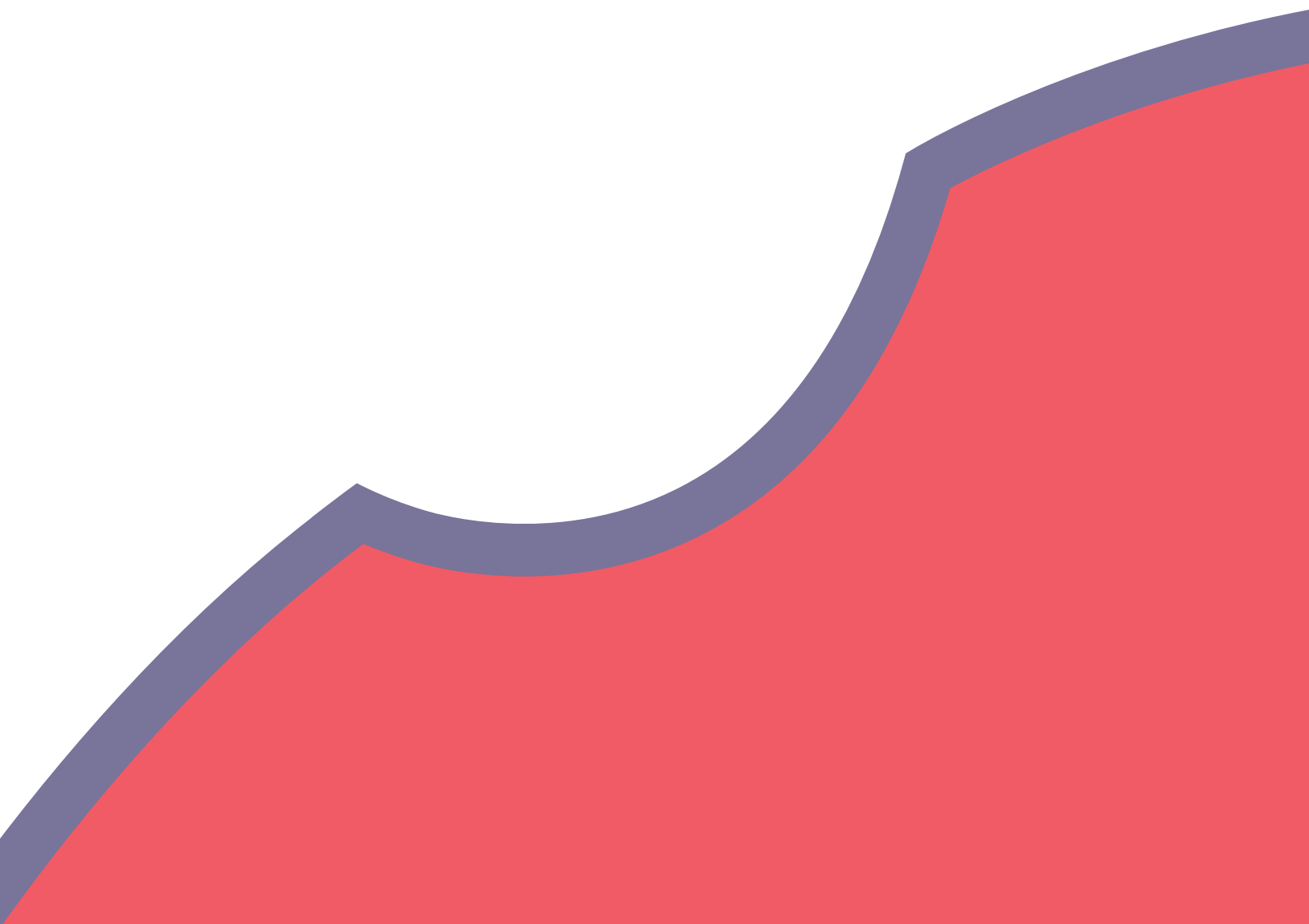
Âge à la première mammographie	Personnes-années à risque	Nombre de décès		Mortalité
		Observés	Attendus	Ratio [IC à 95 %]
50-59 ans	1 075 509	75	134	0,56 (0,39-0,73)
60-69 ans	573 516	85	113	0,75 (0,57-0,93)
Total	1 649 026	160	247	0,65 (0,52-0,77)

Le cadre de référence du PQDCS prévoyait une diminution de 25 % de la mortalité par cancer du sein parmi les femmes admissibles après 10 années d'activités du programme. Les données disponibles au moment de la présente analyse n'ont permis d'évaluer que les cinq années qui ont suivi le démarrage du programme dans les régions. Les résultats sont présentés au tableau 11. Chez l'ensemble des participantes, au cours de la période 1998-2003, 160 décès par cancer du sein ont été observés au lieu des 247 attendus sur la base de l'incidence et de la survie au cancer du sein des non-participantes. Ceci représente une réduction de 35 % de la mortalité par cancer du sein parmi les participantes – ratio de mortalité de 0,65 et intervalle de confiance (IC) à 95 % : (0,52;0,77). Cette réduction a été plus marquée chez les 50-59 ans – ratio de mortalité de 0,56 et IC : (0,39;0,73) – que chez les 60-69 ans – ratio de mortalité de 0,75 et IC (0,57;0,93). Extrapolés à l'ensemble de la population féminine admissible de 50 à 69 ans, ces chiffres se traduisent par une réduction de mortalité par cancer du sein de 7,0 % après cinq ans d'activités du PQDCS.

La méthode d'analyse utilisée ici ne tient pas compte du processus d'auto-sélection au dépistage et des différences dans les caractéristiques des participantes et des non-participantes. Les estimations de réduction de la mortalité que nous présentons sont donc peut-être optimistes. Néanmoins, ces résultats suggèrent que l'objectif fixé pour le PQDCS après dix années d'activités pourrait être atteint, notamment grâce à l'augmentation progressive du taux de participation, à l'accès au programme dans toutes les régions du Québec et à l'amélioration continue de l'expertise en mammographie de dépistage.

Chapitre 3

Un nouveau contexte,
des cibles prioritaires



Depuis le déploiement du programme en 1998, l'environnement sociosanitaire a subi plusieurs transformations. La création de l'Institut national de santé publique du Québec a permis de mieux coordonner l'expertise en santé publique au Québec. Créé la même année que le PQDCS, l'INSPQ est l'organisme choisi pour évaluer la performance du programme.

Les changements touchant la gouvernance des organismes publics, qui découlent de la Loi sur l'administration publique (L.R.Q., chapitre A-6.01) adoptée en 2000, imposent maintenant une gestion axée sur les résultats et oblige les organismes publics à une planification des activités et à une reddition de compte plus soutenues. Les différents paliers de gouvernance assument des responsabilités spécifiques et complémentaires, chaque palier étant imputable au palier supérieur.

La Loi sur la santé publique (L.R.Q., chapitre S-2.2), adoptée en 2001, et le Programme national de santé publique 2003-2012 qui découle de cette loi, structurent et organisent les interventions de santé publique aux trois paliers de gouvernance (local, régional et national). Les objectifs et orientations du PQDCS s'inscrivent désormais dans le cadre de ce programme.

La responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services sont au cœur de la dernière réforme du réseau de la santé et des services sociaux. La responsabilité populationnelle lie les intervenants du réseau de la santé, sur chaque territoire de centre de santé et de services sociaux (CSSS), pour qu'ils travaillent ensemble à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, avec les partenaires des autres secteurs d'activité, et qu'ils coordonnent leurs services et activités en vue de répondre le mieux possible aux besoins de la population. Quant à la hiérarchisation des services, elle vise la continuité entre les services de première ligne, les services spécialisés et les services ultraspecialisés.

À présent, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) confie aux établissements locaux la responsabilité d'assurer l'accès, la continuité et la qualité d'une gamme complète de services pour la population de leur territoire. Les établissements locaux doivent aussi coordonner les services offerts au palier local, notamment par la conclusion d'ententes avec les cliniques offrant des services généraux ou plus spécialisés. Ce devrait être le cas aussi pour les CDD et les CRID. Les agences de la santé et des services sociaux pour leur part, assument des responsabilités en matière de financement, de ressources humaines et d'organisation des services. Elles soutiennent ainsi les établissements dans l'organisation des services et peuvent intervenir pour favoriser la conclusion d'ententes de services en vue de répondre aux besoins de la population.

La récente mise à jour du Programme national de santé publique, en 2008, confirme que la poursuite des actions de santé publique repose sur les possibilités offertes par la transformation du réseau et l'exercice de la responsabilité populationnelle²⁹. La mise en œuvre du PQDCS s'inscrit également dans ce contexte : il s'agit là d'une opportunité, pour les acteurs et partenaires impliqués, de mettre à profit les leviers qu'amène cette nouvelle gouvernance. Par exemple, la mise à contribution des CSSS en matière d'offre de services de dépistage constitue une avenue pour renforcer l'accès aux services. Les rapports entre les paliers national, régional et local sont également en évolution afin de mieux s'inscrire dans ces nouvelles réalités.

29. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 103 p.

Des axes de travaux prioritaires

Bien que les résultats présentés démontrent des gains importants, des défis restent à relever partout au Québec, particulièrement en matière d'assurance qualité, d'accessibilité au dépistage et de soutien au consentement éclairé. Si le chemin à parcourir peut varier selon les régions, ces priorités sont valables partout parce qu'il nous faut conjuguer nos efforts pour consolider les fondations du programme de dépistage. À terme, ces efforts contribueront à réduire la mortalité causée par le cancer du sein, dans le respect de l'autonomie et du libre arbitre des femmes invitées à participer au programme.

L'assurance-qualité

L'invitation des femmes à participer au programme s'accompagne d'une première obligation, soit d'assurer à chaque participante le plus de bénéfices et le moins d'effets non souhaités. Les mesures pour garantir la qualité du programme constituent donc la première priorité.

Cette garantie est tributaire du respect de trois types de normes : professionnelles (taux de référence, taux de détection...), techniques (positionnement, qualité technique des appareils) et administratives (délais d'accès, saisie des informations, respect des ententes encadrant la désignation des centres du programme dans la région...).

Pour ce qui est des normes professionnelles, les médecins, infirmières et technologues travaillant dans les centres de dépistage désignés doivent s'assurer de la qualité de leurs actes, comme c'est le cas pour tous les professionnels. Les mécanismes pour soutenir ces professionnels à l'égard de cette responsabilité sont mis à jour, notamment avec le Collège des médecins du Québec, l'Association des radiologistes du Québec et l'Ordre des technologues professionnels du Québec. La contribution de ces organismes est essentielle pour atteindre ces normes de qualité.

Plusieurs normes techniques viennent aussi encadrer la réalisation des mammographies dans le PQDCS. Pour devenir un centre désigné, il faut satisfaire à plusieurs critères. Au départ, les centres de radiologie doivent d'abord démontrer qu'ils détiennent l'agrément émis par l'Association canadienne de radiologie. Ils doivent aussi se soumettre à un processus de certification, sous l'égide du Laboratoire de santé publique du Québec. Par ailleurs, l'ensemble du processus de désignation des centres fait actuellement l'objet d'une révision par le Ministère. De plus, depuis quelques mois, un logiciel de contrôle de la qualité est disponible pour les centres désignés. Développé par le Ministère avec la collaboration de nombreux partenaires, ce logiciel indique les étapes à accomplir, aide le technologue à réaliser le test et permet de conserver les résultats, de manière à améliorer la qualité technique des mammographies et à faciliter le processus de désignation.

Enfin, pour évaluer dans quelle mesure des variations dans la qualité technique des mammographies de dépistage pourraient influencer l'atteinte des normes du programme, un projet est en cours, financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et dirigé par l'équipe d'évaluation du programme à l'Institut national de santé publique du Québec.

L'accessibilité

Dans le cadre du programme, l'offre de service pour la mammographie de dépistage est tributaire de nombreux facteurs, qui parfois se conjuguent et rendent difficile l'accès à cet examen.

L'accessibilité ne se résume pas aux seuls délais pour obtenir un rendez-vous en vue d'une mammographie de dépistage. Cela regroupe plusieurs facteurs qu'il nous faut mieux documenter pour être éventuellement en mesure de développer un ou des indicateurs fiables qui permettront d'apprécier l'importance, les causes et l'évolution du problème des délais. Il s'agit notamment de la disponibilité du service, de son accessibilité géographique, de l'organisation du service lui-même (heures d'ouverture, modalités de prise de rendez-vous, aménagement des lieux, etc.), de sa capacité à répondre à des besoins particuliers (culture, langue, religion, valeur, capacité à bien comprendre les avantages et inconvénients de la mammographie de dépistage et à naviguer dans le système de santé). Ces différents volets de l'accessibilité s'inscrivent dans un contexte où l'on observe une augmentation constante de la population admissible en raison du vieillissement de la population.

Depuis quelques années, en collaboration avec l'INSPQ, une démarche est en cours afin d'estimer les délais dans l'obtention d'un rendez-vous pour une mammographie de dépistage. Cette démarche comportant plusieurs limites, des travaux supplémentaires seront réalisés au cours des prochaines années pour mieux documenter l'accessibilité. À l'heure actuelle, deux projets s'intéressent notamment à la disponibilité du service et à son accessibilité géographique.

Du côté des unités itinérantes, elles continueront de faciliter l'accès à la mammographie de dépistage en desservant l'ensemble des régions du Québec dépourvues de centres désignés et en soutenant les agences dans la gestion de l'accès au service.

Dans les années à venir, à l'échelle régionale, les efforts porteront sur le développement de mécanismes pour mieux suivre l'évolution de la situation et de mesures pour favoriser l'accès à la mammographie de dépistage pour les femmes qui acceptent de participer au programme, en prenant notamment en considération le nouveau contexte sociosanitaire mentionné plus haut.

Le consentement éclairé

Jusqu'à maintenant, beaucoup d'efforts ont porté sur la promotion de la participation au programme, conformément à l'objectif du cadre de référence qui cible une participation d'au moins 70 % des Québécoises de 50 à 69 ans. L'accroissement soutenu des taux de participation, malgré une augmentation constante de la clientèle admissible, témoigne de ces efforts.

Le suivi du taux de participation demeure d'actualité. Toutefois, les efforts consacrés à l'atteinte de cet objectif se sont trop souvent accompagnés d'effets non souhaités, et ce, partout dans le monde : les outils de communication des programmes de dépistage ont privilégié des informations et des formules choc en faveur de la participation, au détriment d'une information plus complète et plus neutre sur les avantages, les limites et les inconvénients du dépistage. Ces efforts se sont donc inscrits en marge des exigences qui sous-tendent un consentement éclairé. Des enquêtes réalisées dans plusieurs pays révèlent maintenant que les femmes surestiment les bénéfices de la participation au dépistage, mais qu'elles sous-estiment les limites et les effets non souhaités. De manière plus générale, la population comme les professionnels de la santé ont tendance à surévaluer les bénéfices réels qu'on peut attendre du dépistage.

Dorénavant, l'objectif sera d'offrir une information plus complète et plus neutre sur les avantages, les limites et les inconvénients possibles du dépistage et de mieux soutenir une décision éclairée de participer ou non au programme. L'objectif de communication ciblera la notoriété du programme et les outils de communication seront révisés en conséquence. Ainsi, toute formule risquant d'insécuriser ou de culpabiliser les femmes qui choisiraient de ne pas participer sera à éviter. Les messages devront informer les femmes de la disponibilité du programme, les inviter à bien apprécier les avantages et inconvénients du dépistage et leur rappeler que la décision de participer leur appartient. On le voit, la collaboration de tous est essentielle pour que les efforts de communication s'inscrivent selon ces orientations et afin d'offrir aux femmes qui en éprouveront le besoin un soutien pour mieux comprendre les avantages, les limites ou les inconvénients du dépistage.

Conclusion

Les dix années écoulées depuis la mise sur pied du programme ont permis d'atteindre plusieurs des objectifs fixés au départ. En particulier, les effets sur le taux de mortalité lié au cancer du sein chez les participantes méritent d'être soulignés. Les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux devront toutefois poursuivre leurs efforts pour maintenir, voire améliorer, l'accessibilité au programme et sa qualité ainsi que pour offrir aux femmes le soutien nécessaire à une décision éclairée quant au choix de participer à ce programme. Les défis d'accès au programme et la nécessité de fournir aux femmes une information complète sont aussi des priorités auxquelles le réseau de la santé et des services sociaux doit se consacrer pour faire progresser le PQDCS.

Pour relever ces défis, il appartient aux acteurs, à l'échelle nationale, régionale et locale, d'utiliser au mieux les leviers mis à leur disposition ainsi que les possibilités offertes par la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, dans l'objectif d'offrir ainsi aux femmes un programme de dépistage de qualité et toujours plus performant.

Clarke, C. A., Glaser, S. L., Uratsu, C. S., et al. J. « Recent declines in hormone therapy utilization and breast cancer incidence: clinical and population-based evidence », *Journal of Clinical Oncology*, 2006, 24, p.e49-e50.

Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation. *Lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein*, Agence de la santé publique du Canada, 2007, 32 p.

Hofvind, S., Vacek, P. M., Skelly, J., Weaver, D. L., Geller, B. M. « Comparing screening mammography for early breast cancer detection in Vermont and Norway », *Journal of the National Cancer Institute*, 2008, 100, p. 1082-1091.

Kerlikowske, K., Miglioretti, D. L., Buist, D. S. M., Walker, R., Carney, P. A. « Declines in invasive breast cancer and use of postmenopausal hormone therapy in a screening mammography population », *Journal of the National Cancer Institute*, 2007, 99, p. 1335-1339.

Lamontagne, P., Hamel, D. *Poids corporel de la population québécoise : mise à jour 2005. Exploitation des données de l'ESCC 3.1*, Institut national de santé publique du Québec, 2008, 25 p.

Meissner, H. I., Breen, N., Taubman, M. L., Vernon, S. W., Graubard, B. I. « Which women aren't getting mammograms and why? », *Cancer Causes Control*, 2007, 18, p. 61-70.

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 103 p.

Morrison, A. S., Brisson, J., Khalid, N. « Breast cancer incidence and mortality in the breast cancer detection demonstration project, » *Journal of the National Cancer Institute*, 1988, 80, p. 1540-1547.

Ravdin, P. M., Cronin, K. A., Howlader, N., et al. « The decrease in breast-cancer incidence in 2003 in the United States », *New England Journal of Medicine*, 2007, 356, p. 1670-1674.

Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., et al. « Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial », *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288, p. 321-333.

Sasieni, P. « On the expected number of cancer deaths during follow-up of an initially cancer-free cohort », *Epidemiology*, 2003, 14, p. 108-110.

Théberge, I., Major, D., Langlois, A., Brisson, J. *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)*, Institut national de santé publique du Québec, 2003, 31 p.

Threlfall, A. G., Woodman, C. B. J. « Risk of breast cancer in women who attend the NHS breast screening programme: cohort study », *British Medical Journal*, 2001, 323, p. 140.

Vandal, N., Daigle, J.-M., Hébert-Croteau, N., et al. *Évolution de la mortalité par cancer du sein depuis l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*, Institut national de santé publique du Québec, 2009, 14 p.

Annexe 1

Liste des indicateurs
de performance du PQDCS

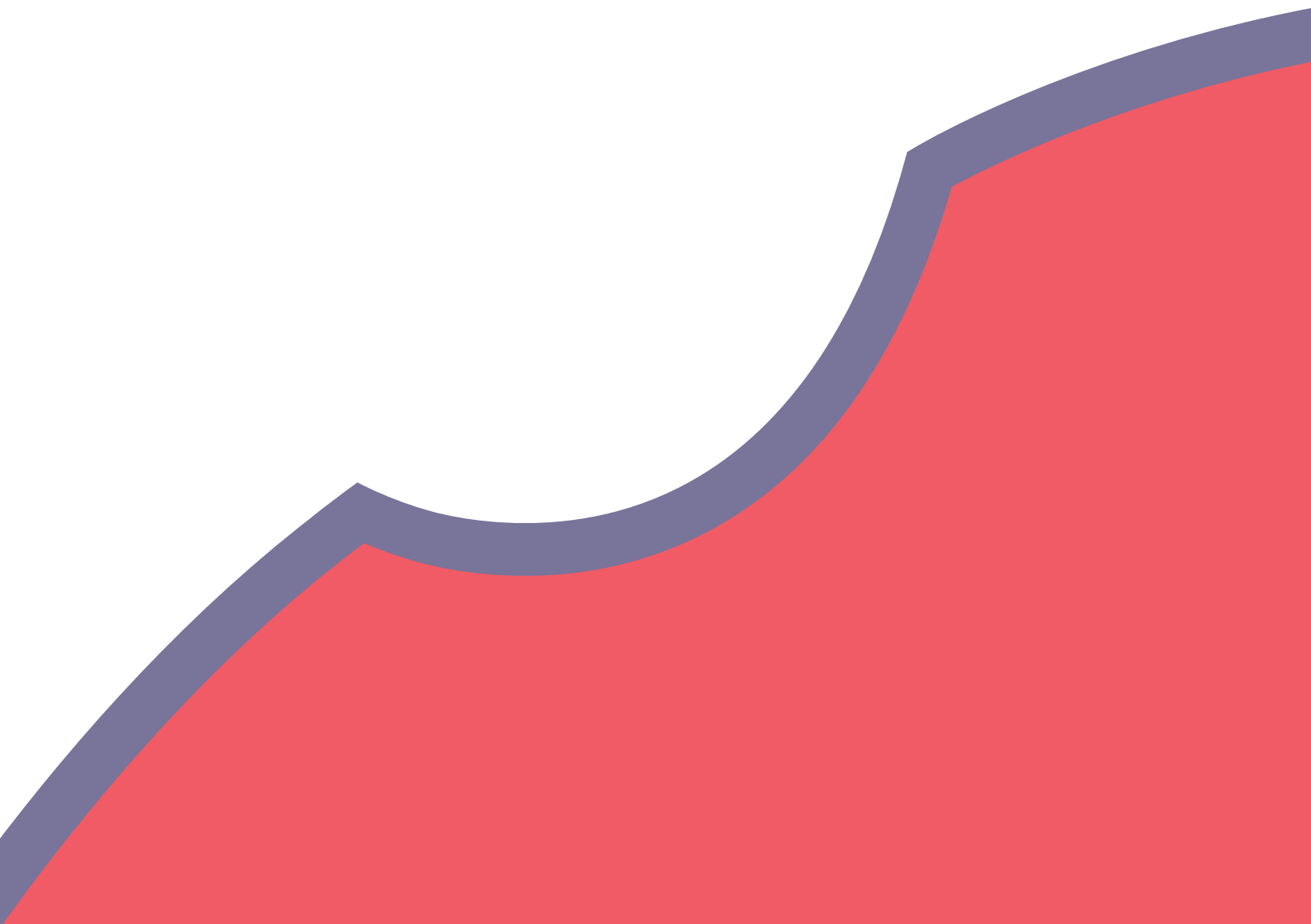


Tableau de bord : Indicateurs de performance du PQDCS (13 mai 2008)

INDICATEURS	Cibles ¹	Année du dépistage							
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre de dépistages									
- examen initial		133 212	82 164	75 519	65 687	61 958	60 240	61 056	61 136
- examens subséquents		19 771	89 891	118 837	141 940	158 863	177 299	192 161	210 483
Taux de couverture (%)		62,3	62,4	62,7	62,7	63,4	64,1	65,0	-
Taux de participation (%)	≥ 70 %	42,1	43,4	45,1	46,7	47,9	49,4	51,1	53,1
Taux de fidélité (% pour 30 mois)		69,7	73,4	73,0	74,9	-	-	-	-
- examen initial	≥ 75 %	67,5	65,6	65,4	65,7	-	-	-	-
- examens subséquents	≥ 90 %	84,7	80,9	78,1	79,3	-	-	-	-
Taux de référence (%)									
- examen initial	< 7 %	11,6	13,6	12,8	13,9	14,5	14,9	15,1	14,8
- examens subséquents	< 5 %	6,9	8,4	8,2	8,2	7,9	7,4	7,2	7,2
Taux de détection du cancer (infiltrant et <i>in situ</i>) (/1 000)									
- examen initial	> 5,0/1 000	6,0	6,6	6,4	6,7	6,5	-	-	-
- examens subséquents	> 3,5/1 000	5,6	5,5	5,4	5,4	5,7	-	-	-
Taux de détection du cancer infiltrant (/1 000)									
- examen initial	> 5,0/1 000	4,9	4,9	5,0	5,2	4,8	-	-	-
- examens subséquents	> 3,0/1 000	4,1	4,4	4,2	4,2	4,3	-	-	-
Valeur prédictive positive (%)									
- examen initial	≥ 5,0 %	5,2	4,8	5,0	4,8	4,5	-	-	-
- examens subséquents	≥ 6,0 %	8,2	6,5	6,6	6,6	7,1	-	-	-
Taux de biopsie ouverte pour anomalie bénigne (/1 000)									
- examen initial	< 5,0/1 000	3,2	3,2	3,3	3,9	4,4	-	-	-
- examens subséquents	< 3,5/1 000	2,0	2,0	1,9	1,9	2,1	-	-	-
Ratio bénin : malin à la biopsie ouverte	< 1:1	0,5:1	0,4:1	0,4:1	0,4:1	0,5:1	-	-	-
Pourcentage des cancers de type <i>in situ</i>									
- examen initial	> 10 %	18,6	24,7	18,9	22,1	25,5	-	-	-
- examens subséquents		25,0	18,6	21,6	20,7	23,1	-	-	-
Pourcentage des cancers infiltrants de petite taille (1 cm ou moins) ²	> 30 %	41,4	39,7	40,7	37,8	38,3	-	-	-
Pourcentage des cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire ²	> 70 %	73,3	74,5	72,4	73,1	74,4	-	-	-
Cancers infiltrants détectés après le dépistage (/10 000 femmes-années) ³									
- dans les 12 mois suivant un dépistage négatif	< 6,0/10 000	6,4 ⁴	8,0	6,2	6,1	-	-	-	-
- dans les 24 mois suivant un dépistage négatif	< 12,0/10 000	11,6 ⁴	12,6	-	-	-	-	-	-

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

2. Pour les cancers infiltrants seulement ; les données manquantes sont exclues du calcul.

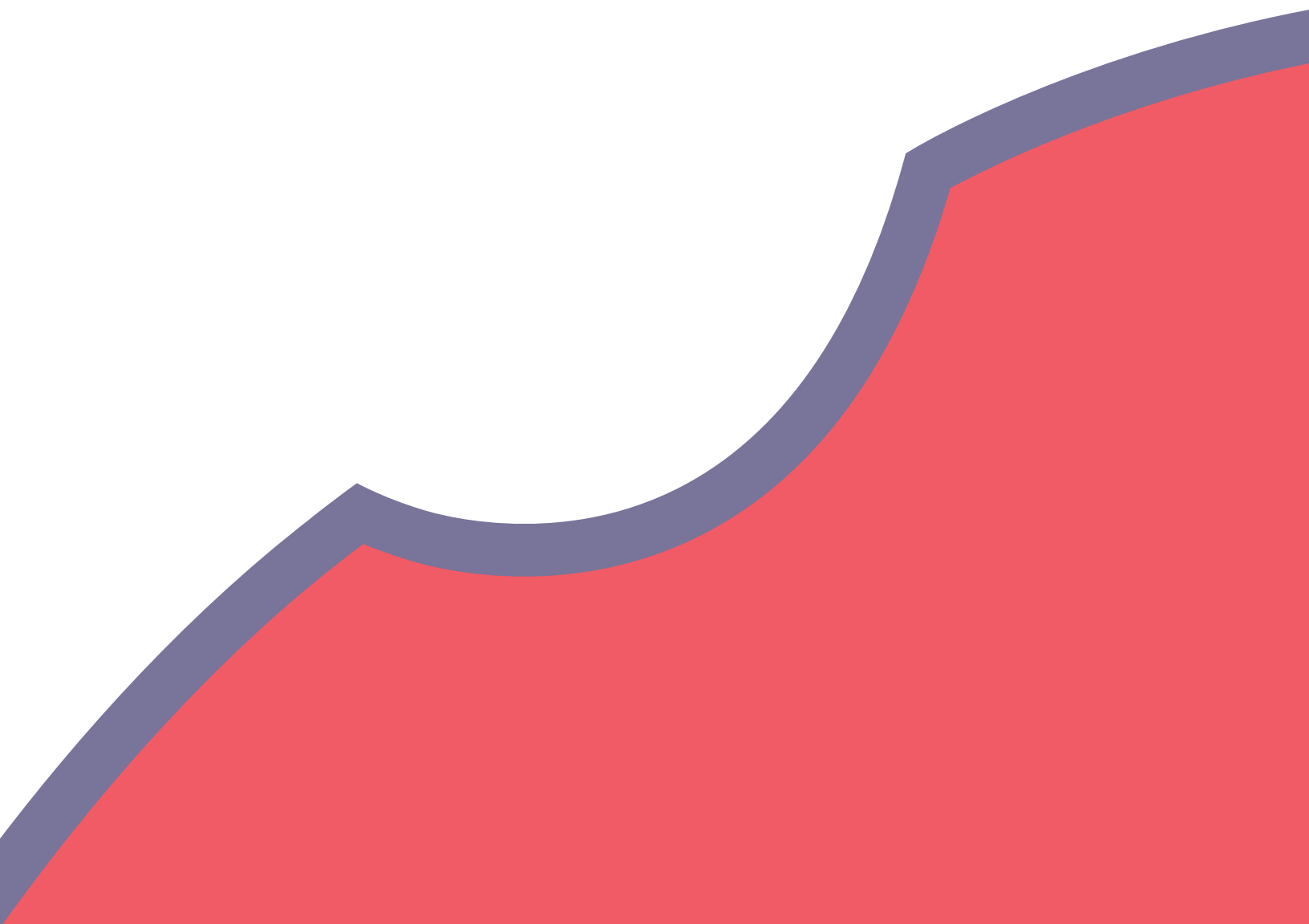
3. Cancers d'intervalle après mammographie normale.

4. Cancers d'intervalle après une première mammographie pour la période de 1998 à 2000.

Nouvelle donnée comparativement au tableau de bord précédent

Annexe 2

Liste des organisations
du PQDCS



Équipe ministérielle du PQDCS

En date du 1^{er} février 2009

Ministère de la Santé et des Services sociaux

1075, chemin Sainte-Foy, 11^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

D^r Marie Rochette
Directrice, Direction de la prévention des maladies
chroniques et des traumatismes
Téléphone : 418 266-6750
Télécopieur : 418 266-4609

M^{me} Johanne Albert
Coordonnatrice, Programme québécois de dépistage
du cancer du sein
Téléphone : 418 266-8876
Télécopieur : 418 266-4609

M^{me} Anne-Marie Langlois
Conseillère, Programme québécois de dépistage
du cancer du sein
Téléphone : 418 266-7512
Télécopieur : 418 266-4609

D^r Guy Roy
Médecin-conseil
Téléphone : 418 266-6763
Télécopieur : 418 266-4609

M. Richard Tremblay
Physicien biomédical
Téléphone : 418 266-6765
Télécopieur : 418 266-4609

M^{me} Claudie Tremblay
Responsable des communications
Téléphone : 418 266-8934

Centres de coordination des services régionaux du PQDCS

En date du 1^{er} février 2009

Bas-Saint-Laurent

Agence de la santé et des services sociaux
288, rue Pierre-Saindon
Rimouski (Québec) G5L 9A8
Téléphone : 418 725-2460
Télécopieur : 418 725-0952
Coordonnatrice régionale Esther Otis
Médecin conseil Gabriel Houle

Saguenay-Lac-Saint-Jean

Centre de santé et de services sociaux de Jonquière
Case postale 1200
2230, rue de l'Hôpital
Jonquière (Québec) G7X 7X2
Téléphone : 418 266-8876
Télécopieur : 418 266-7510
Coordonnatrice régionale Régine Mercier
Médecin conseil Aline Gauthier

Capitale-Nationale

Centre hospitalier affilié de Québec
Hôpital Saint-Sacrement
1050, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 4L8
Téléphone : 418 682-7596
Télécopieur : 418 682-7925
Coordonnatrice régionale France Belleau
Médecins conseil Marie-Claude Messely
Jocelyne Chiquette

Mauricie et Centre-du-Québec

Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
Pavillon Sainte-Marie
1991, boulevard du Carmel
Trois-Rivières (Québec) G8Z 3R9
Téléphone : 819 372-3527
Télécopieur : 819 378-9702
Coordonnatrice régionale Lucie Ayotte
Médecin conseil Andrée Côté

Estrie

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
580, rue Bowen
Sherbrooke (Québec) J1G 2E8
Téléphone : 819 346-1110
Télécopieur : 819 822-6748
Coordonnatrice régionale Louise Hamon
Médecin conseil Ginette Varin

Montréal

Agence de santé et des services sociaux
Direction de santé publique
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
Télécopieur : 514 528-2423
Coordonnatrice régionale Karima Hallouche
Médecin conseil Pierre Audet-Lapointe

Outaouais

Centre de santé et des services sociaux de Gatineau
Pavillon Gatineau
909, boulevard la Vérendrye Ouest
Gatineau (Québec) J8P 7H2
Téléphone : 819 561-8265
Télécopieur : 819 561-8394
Coordonnatrice régionale Sylvie Lévesque
Médecin conseil Danielle Guérin

Abitibi-Témiscamingue

Agence de la santé et des services sociaux
Pavillon Laramée
1, 9^e rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9
Téléphone : 819 764-3264
Télécopieur : 819 797-1947
Coordonnatrice régionale Muguette Lacerte
Médecin conseil

Côte-Nord

Agence de la santé et des services sociaux
691, rue Jalbert
Baie-Comeau (Québec) G5C 2A1
Téléphone : 418 589-9845
Télécopieur : 418 589-8574
Coordonnatrice régionale Lise Boivin
Médecin conseil Marie-Ève Morissette

Nord-du-Québec

Centre de santé et de services sociaux
de Chibougamau / Direction de santé publique
312, 3^e rue
Chibougamau (Québec) G8P 1N5
Téléphone : 418 748-3575
Télécopieur : 418 748-6391
Coordonnatrice régionale Manon Laporte
Médecin conseil Gilbert Lemay

Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Agence de la santé et des services sociaux
Direction de santé publique
205-1, boulevard de York Ouest
Gaspé (Québec) G4X 2W5
Téléphone : 418 368-4641
Télécopieur : 418 368-1317
Coordonnatrice régionale Christine Minville
Médecin conseil Wilber Deck

Chaudière-Appalaches

Hôtel-Dieu de Lévis
143, rue Wolfe, bureau 5804
Lévis (Québec) G6V 3Z1
Téléphone : 819 835-7456
Télécopieur : 819 835-7402
Coordonnatrice régionale Linda Boucher
Médecin conseil Diane Cusson

Laval

Centre de santé et des services sociaux
Centre ambulatoire
1515, boul. Chomedey, bureau N-351
Laval (Québec) H7V 3Y7
Téléphone : 450 978-2956
Télécopieur : 450 978-8626
Coordonnatrice régionale Diane Larocque
Médecin conseil

Lanaudière

Centre de santé et de services sociaux
du Nord-de-Lanaudière, Constituante CHRDL
1000, boulevard Sainte-Anne, local 6b-630
Saint-Charles-Borromée (Québec) J6E 6J2
Téléphone : 450 759-8222
Télécopieur : 450 528-2423
Coordonnateur régional Danny Desrosiers
Médecin conseil

Laurentides

Agence de la santé et des services sociaux
1000, rue Labelle, bureau 210
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6
Téléphone : 450 432-8728
Télécopieur : 450 569-6303
Coordonnatrice régionale Nathalie Audet
Médecin conseil

Montérégie

Direction de santé publique
(Planification et évaluation)
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3
Téléphone : 1 888 845-7346
Télécopieur : 450 928-6783
Coordonnateur régional Jean-Paul Gagné
Médecin conseil Joanne Émond

Nunavik

Agence de la santé et des services sociaux
Case postale 900
Kuujuaq (Québec) J0M 1C0
Téléphone : 819 964-2222
Télécopieur : 819 964-2888
Coordonnateur régional Hamado Zoungrana
Médecin conseil Serge Déry

Territoires Cris et de la Baie-James

Département de santé publique
277, rue Duke, bureau 201
Montréal (Québec) H3C 2M2
Téléphone : 514 861-2352
Télécopieur : 514 861-2681
Coordonnatrice régionale Camille Rhéaume
Médecin conseil

Équipe d'évaluation du PQDCS

En date du 1^{er} février 2009

Institut national de santé publique du Québec

945, avenue Wolfe, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 5B1

D^r Jacques Brisson, M.D., DSC
Responsable scientifique

Diane Major, Ph. D.
Co-responsable scientifique

D^{re} Nicole-Hébert Croteau, M.D., MPH, Ph. D.
Chercheure affiliée

Jean-Marc Daigle, M. Sc.
Statisticien

André Langlois, M. Sc.
Scientifique de recherche

Éric Pelletier, M. Sc.
Épidémiologiste

Isabelle Thériberge, M. Sc.
Épidémiologiste

Nathalie Vandal, M. Sc.
Statisticienne

<http://www.inspq.qc.ca/groupe/pqdc>

Équipe du système d'information du PQDCS

En date du 1^{er} février 2009

Institut national de santé publique du Québec

1000, route de l'Église
Québec (Québec) G1V 3V9

Sylvie Vézina
Chef de service

Yves Grégoire
Agent de planification, de programmation
et de recherche

Caroline Gauthier
Archiviste

Chantale Langevin
Agente de planification, de programmation
et de recherche

Denis Pruneau
Analyste en informatique

Équipe de gestion des unités itinérantes

En date du 1^{er} février 2009

Institut national de santé publique du Québec

945, avenue Wolfe, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 5B1

Gérald Bouliane
Chef d'unité

Lise Boutin
Chef de secteur

Isabelle Briand
Agente administrative

Vicky Fortin
Coordonnatrice technique en radiologie

Claudine Hamel
Conseillère technique

Michelle Lecours
Technicienne en administration

Karina Olivier
Coordonnatrice technique en mammographie

Sans oublier les nombreux technologues qui travaillent dans les unités itinérantes ainsi que les radiologistes qui font la lecture des films.

Équipe de certification des mammographes

En date du 1^{er} février 2009

Laboratoire de santé publique du Québec de
l'Institut national de santé publique du Québec

20045, chemin Sainte-Marie
Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec) H9X 3R5

Manon Rouleau
Physicienne

Jacques Blanchette
Physicien consultant

Micheline Fauvel
Conseillère-cadre

www.msss.gouv.qc.ca/pqdcs