

**POSITION DU CONSEIL
DU STATUT DE LA FEMME
SUR LA MAMMOGRAPHIE
DE DÉPISTAGE**

NOVEMBRE 1993

*Conseil du statut
de la femme*

Québec 

La position contenue dans le présent document a été adoptée par les membres
du Conseil du statut de la femme le 4 juin 1993.

Les membres du Conseil sont Marie Lavigne, présidente, Lucie Dagenais, Pierrette Dupont,
José Gauvreau, Tassia Helen Giannakis, Christine Marchildon, Andrée Noël,
Anne Saint-Onge, Claire Sylvain, Hélène Tremblay et Claire Vaive.

Recherche et rédaction
Louise Voyer

Secrétariat
Francine Bérubé

Révision linguistique
Éliane de Nicolini

Production
Direction des communications

Le Conseil du statut de la femme est un organisme de consultation et d'étude créé en 1973. Il donne son avis sur tout sujet soumis à son analyse relativement à l'égalité et au respect des droits et du statut de la femme. L'assemblée des membres du Conseil est composée de la présidente et de dix femmes provenant des associations féminines, des milieux universitaires, des groupes socio-économiques et des syndicats.

TABLE DES MATIÈRES

1.	Le constat	1
2.	La problématique	2
	2.1 L'auto-examen des seins	3
	2.2 L'examen clinique	4
	2.3 La mammographie	5
3.	La recherche et le traitement	8
4.	Position du CSF	9
	Bibliographie	13

1. Le constat

Au Québec, le cancer du sein constitue la première cause de décès chez les femmes de 40-49 ans (446 décès) de même que chez les femmes de 50-59 ans (626 décès)¹. La mortalité par cancer du sein y est de 25 % supérieure à celle de la Suède². Le ministère de la Santé et des Services sociaux déclare une réduction du taux de décès dû à cette maladie de 9,6 % entre 1971 et 1990, alors que, pour l'ensemble du Canada, il semble que les taux de mortalité soient demeurés relativement stables depuis les vingt ou vingt-cinq dernières années³.

Actuellement au Canada, on estime qu'une femme sur dix est susceptible de développer un cancer du sein au cours de sa vie⁴. Cependant, si la tendance actuelle se poursuit, soit une augmentation en Amérique du Nord d'environ 1 % de nouveaux cas par année⁵, ce sera bientôt une femme sur huit qui sera atteinte par cette maladie au cours de sa vie.

Rappelons que les causes du cancer du sein sont encore inconnues, même si plusieurs avenues de recherche sont actuellement explorées. Ainsi, des programmes de recherche s'attardent à documenter les effets de l'alimentation (alcool, caféine, gras alimentaire, etc.) sur la maladie, d'autres explorent l'influence de certains agents environnementaux associés à la pollution (le chlore, les ondes électriques, etc.) ou les facteurs hormonaux et génétiques. Des chercheurs se penchent aussi sur l'étude des cancers associés au milieu de travail⁶.

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Décès 1989-1991 chez les femmes de 30-69 ans selon les causes*, tableau produit par le MSSS, 3 février 1993.

² Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Politique en santé et bien-être*, Québec, 1992, p. 76-80.

³ Barbara GREENE, *Le cancer du sein : questions sans réponse*, Rapport du comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine, Sous-comité sur la condition féminine, Ottawa, juin 1992, p. 3.

⁴ *Ibid.*, p. 3.

⁵ Eliot MARSHALL, «Search for a Killer : Focus Shifts from Fat to Hormones», *Science*, 29 janvier 1993, vol. 259, p. 618.

⁶ J. WALRATH et autres, «Causes of Death Among Female Chemists», *American Journal of Public Health*, 1985, vol. 75, p. 883-885. Cette étude révèle que les femmes inscrites à la Société américaine des chimistes présentent des risques élevés de développer toute forme de cancer, mais spécialement des cancers du sein et des ovaires.

Dans le présent contexte, avec l'état actuel des connaissances, nous devons convenir qu'à plusieurs égards, prévenir le cancer du sein se résume à prôner des mesures générales qui relèvent de l'hygiène de vie, telles une alimentation équilibrée, la gestion du stress et la pratique régulière d'activités physiques.

L'une des mesures sur laquelle on mise depuis les dernières années et qui semble influencer positivement la longévité des femmes atteintes consiste à détecter la maladie à un stade précoce de développement. C'est dans cette optique qu'ont été instaurés les premiers programmes de dépistage⁷ en Europe et aux États-Unis, et plus récemment au Canada.

Même si l'auto-examen des seins (AES), l'examen clinique et la mammographie sont les moyens de dépistage les plus connus et les plus largement répandus, ils font l'objet de certaines controverses. Notamment, l'efficacité de la mammographie de dépistage chez les femmes de moins de 50 ans a été remise en cause, et l'hypothèse de la désassurance de cet examen a été soulevée. C'est dans ce contexte qu'est élaborée la présente position du CSF.

2. La problématique

Les activités de dépistage du cancer du sein sont généralement associées aux trois moyens suivants : l'AES ou auto-examen des seins, l'examen clinique et la mammographie. Chacun d'eux possède ses limites et, même utilisés de façon complémentaire, ils ne peuvent offrir une garantie totale. Dans ce contexte, le dépistage demeure donc une mesure hautement perfectible.

⁷ Un programme de dépistage est une vaste opération dotée d'un protocole particulier. Dans le cas d'un programme de dépistage du cancer du sein, il s'adresserait à toutes les femmes d'un groupe d'âge donné, lesquelles seraient invitées à intervalles réguliers à recevoir un examen physique et un examen mammographique. (CETS, 1993, annexe 7, p. XXXVI).

2.1 L'auto-examen des seins

L'auto-examen des seins (AES) comme mesure de dépistage ne fait pas l'unanimité dans la communauté scientifique, bien qu'on reconnaisse que de 80 % à 90 % de tous les cancers du sein soient découverts par les femmes elles-mêmes⁸. Au Québec, l'AES n'est pas très répandu à l'heure actuelle : seulement 32 % des femmes dont l'âge se situe entre 45 et 64 ans le pratiquent régulièrement, d'après l'enquête de Santé Québec de 1987. Pour sa part, le gouvernement fédéral n'entend pas pour le moment favoriser la diffusion de l'AES comme moyen de dépistage dans la population⁹. Il s'appuie sur le manque «de preuves scientifiques de l'efficacité de l'AES» pour justifier sa position et en recommande plutôt l'usage à titre de complément à l'examen clinique et à la mammographie.

Par ailleurs, d'autres études, résolument plus optimistes, laissent entendre que l'AES, effectué dans des conditions optimales, pourrait réduire jusqu'à 18 % des mortalités par cancer du sein¹⁰. De plus, les résultats partiels d'une vaste étude prospective entreprise par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dont l'objectif est de déterminer l'effet de l'éducation à l'AES sur les taux de mortalité par cancer du sein, sont assez positifs. En effet, d'après une analyse réalisée 15 mois après le début de cette étude, la pratique de l'AES : améliore l'assiduité et la technique des participantes, augmente la découverte des anomalies du sein, réduit le délai observé entre cette découverte et la visite chez le médecin et, finalement, révèle des stades plus précoces de cancer chez celles où cette maladie est diagnostiquée¹¹.

⁸ Barbara GREENE, *op. cit.*, p. 9.

⁹ Gouvernement du Canada, *Réponse du gouvernement au Quatrième rapport du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine sur le cancer du sein*, Ottawa, décembre 1992, p. 12-13.

¹⁰ M.K. SALAZAR, «A Study of Breast Self Examination Belief : duplication for worksite Education Programs», *AAOH Journal*, septembre 1992, p. 429-437. À la lumière des études de EDDY (1993), FOSTER & COSTANZA (1984) et de HUGULEY (1988), Salazar estime que des réductions allant jusqu'à 18 % des mortalités sont possibles dans des conditions optimales.

¹¹ *Ibid.*, p. 430.

2.2 L'examen clinique

Au Québec, au regard de l'examen clinique, il appert, d'après l'enquête Santé Québec de 1987, que seulement 48,5 % des femmes déclarent avoir fait examiner leurs seins par un professionnel de la santé. Par ailleurs, des données recueillies dans le cadre du programme de dépistage canadien¹² sont très réservées quant aux bénéfices à attendre de l'examen clinique, dans quelque groupe d'âge que ce soit. Les réserves portent autant sur la détection des cancers que sur la réduction des taux de mortalité.

Dans un éditorial portant sur l'étude Miller, Basinski¹³ indique que maintenant, l'examen physique annuel pour les moins de 50 ans ne repose sur aucune base sérieuse. Il va même jusqu'à souligner que le taux croissant de cancers du sein découverts dans ce groupe d'âge à la faveur du dépistage doit être évalué en fonction de la multitude d'interventions suscitées par un diagnostic positif. Il doit l'être aussi en tenant compte du fait que, même si l'espérance de vie avec la maladie s'est accrue, le dépistage ne procure pas de bénéfice incontestable en ce qui touche la survie.

De plus, relativement au dépistage chez les plus âgées, il va jusqu'à évoquer la possibilité qu'à brève échéance, «l'examen physique seul n'en vienne à offrir une alternative à la mammographie, chez les 50 ans et plus, pour réduire les taux de mortalité associés au cancer du sein»¹⁴, considérant que l'étude Miller révélait un taux de décès très semblable entre les femmes du groupe à qui l'on avait administré seulement l'examen

¹² C.J. BAINES et autres, «Changes in breast self-examination behavior in a cohort of 8214 women in the Canadian National Breast Screening Study», *Cancer*, vol. 57, 1986, p. 1209-1216.
Anthony B. MILLER et autres, «Canadian National Breast Screening Study : 1. Breast cancer detection and death rates among Women aged 40 to 49 years», p. 1459-1476 et 2. «Breast cancer detection and death rates among Women aged 50 to 59 years», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 147, n° 10, 15 novembre 1992, p. 1477-1488.

¹³ Antoni S.H. BASINSKI, m.d., «The Canadian National Breast Screening Study : Opportunity for a rethink», *Canadian Medical Journal*, 1992, vol. 147, n° 10, 15 novembre, p. 1434.

¹⁴ *Ibid.*, p. 1433.

clinique (39 décès) et celles qui avaient reçu une mammographie annuelle en plus de l'examen physique (38 décès)¹⁵.

Pour sa part, le comité permanent de la santé et du bien-être¹⁶, qui a noté des disparités dans les protocoles d'examen clinique à travers le pays, recommande de favoriser la formation continue et des mises à jour régulières quant à l'information sur les façons les plus adéquates de réaliser les examens, la reconnaissance des indices nécessitant une investigation plus poussée, les facteurs de risque et les choix de traitements offerts aux femmes.

2.3 La mammographie

Mentionnons, pour la bonne compréhension de la suite du texte, que la mammographie de dépistage est à dissocier de la mammographie de diagnostic qui, pour sa part, ne suscite aucune polémique. Cette dernière est requise à la suite d'un examen clinique où le médecin a diagnostiqué une masse, un écoulement ou tout autre anomalie. La mammographie de dépistage s'adresse à toutes les femmes. Souvent inscrite dans un programme structuré, sa raison d'être, comme son nom l'indique, consiste à dépister la maladie dans la population féminine en général.

L'étude Miller, rendue publique en 1992, avait pour objectif, dans le groupe des 40-49 ans, d'évaluer l'efficacité de la combinaison des tests annuels de dépistage avec la mammographie, l'examen clinique et l'enseignement de l'auto-examen des seins **pour réduire le taux de décès** dû au cancer du sein¹⁷. L'objectif dans le groupe des 50-59 ans consistait à **évaluer l'efficacité** de la mammographie annuelle en plus de l'examen physique annuel des seins et de l'enseignement de l'auto-examen des seins¹⁸.

Les résultats obtenus, de façon assez étonnante, ont été identiques pour les deux volets du programme, à savoir que «le dépistage par mammographie

¹⁵ A.B. MILLER et autres, *op. cit.*, volet 2, p. 1484.

¹⁶ Barbara GREENE, *op. cit.*, p. 11, recommandation 5.

¹⁷ A.B. MILLER et autres, *op. cit.*, volet 1, p. 1460.

¹⁸ A.B. MILLER et autres, *op. cit.*, volet 2, p. 1487.

annuelle et examen physique a permis de déceler beaucoup plus de petites tumeurs sans atteinte ganglionnaire que les soins habituels, mais n'a eu aucun effet sur le taux de décès par cancer du sein jusqu'à 7 années de suivi à partir de l'entrée au programme»¹⁹. Ces résultats viennent en quelque sorte à l'encontre de ceux obtenus auparavant pour les femmes de plus de 50 ans. En effet, jusqu'ici, les résultats de certaines études épidémiologiques semblaient démontrer des avantages à l'usage de cette technique pour les femmes de ce groupe d'âge.

En outre, les résultats révélés par l'étude Miller dans le groupe des 40-49 ans semblent là aussi être plus catégoriques que ceux observés dans les études épidémiologiques antérieures. L'ensemble des conclusions de ces études étaient résumées de la façon suivante par le Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CETS) : «... les données épidémiologiques directes n'indiquent pas que la mortalité puisse être considérablement réduite par le dépistage chez les femmes plus jeunes. Elles demeurent toutefois insuffisantes pour permettre d'en exclure la possibilité»²⁰.

Les tenants de la mise en oeuvre d'un programme de dépistage insistent sur le fait que la découverte des nodules cancéreux ou d'autres anomalies est liée au stade de développement du cancer au moment où le diagnostic est porté, quel que soit l'âge de la femme, et que des appareils adéquats permettent de détecter certains cancers plus tôt, même chez les femmes plus jeunes²¹. Il est même question d'une réduction hypothétique de la mortalité par cancer du sein allant de 10 % à 20 % chez les femmes de moins de 50 ans²². Cependant, il semble que la qualité des appareils à mammographie en usage à travers le Québec varie sensiblement, ce qui compromet la fiabilité des activités de dépistage²³.

¹⁹ A.B. MILLER et autres, *op. cit.*, volet 1, p. 1461 et volet 2, p. 1478.

²⁰ Conseil d'évaluation des technologies de la santé, *Le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans*, Montréal, 1993, p. 17. (Dorénavant CETS, *op. cit.*, 1993).

²¹ CETS, *op. cit.*, 1993, p. 2. On cite deux études à l'appui (Yancik R. et autres, 1988, et FAGEBERG et autres, 1985).

²² *Ibid.*, p. 1.

²³ CETS, *op. cit.*, 1993, p. 10.

Le CETS estime que 333 000 mammographies de diagnostic et de dépistage ont été pratiquées au Québec en 1991²⁴, contre 230 000 en 1989²⁵. Si la tendance actuelle se poursuit (augmentation de 20 % par année), nous atteindrons 500 000 mammographies en 1994, pour un coût de 19 millions de dollars. Il semble, d'après les données de 1989, que 45 % des mammographies recensées (104 000) aient été réalisées auprès de femmes du groupe d'âge des 50 à 69 ans. Même s'il n'existe actuellement aucune donnée précise sur la proportion de mammographies effectuées à titre de dépistage²⁶, le CETS estime qu'elle augmente²⁷. Les radiologistes considèrent, pour leur part, que les centres hospitaliers font majoritairement du diagnostic, tandis que les cliniques s'adonneraient davantage au dépistage. Il semble qu'environ les deux tiers des mammographies sont faites en cliniques privées dans un objectif de dépistage et que l'autre tiers est effectué dans un but de diagnostic dans les centres hospitaliers.

Le CETS²⁸ suggère au ministère de la Santé et des Services sociaux les mesures suivantes : décourager le dépistage par mammographie chez les moins de 50 ans, améliorer le dépistage en place en le réorientant vers les femmes appartenant au groupe des 50-69 ans, désigner clairement les mammographies de dépistage par un code approprié auprès de la Régie de l'assurance-maladie du Québec et les assortir d'une rémunération moindre lorsqu'elles visent les femmes de moins de 50 ans. De plus, il propose d'établir des lignes directrices pour l'achat et l'entretien du matériel de mammographie de même que pour la formation du personnel technique et des médecins, de manière à s'assurer de la qualité des activités de dépistage.

²⁴ *Ibid.*, p. 2.

²⁵ Conseil d'évaluation des technologies de la santé, *Dépistage du cancer du sein au Québec : estimations des coûts et des effets sur la santé*, soumis au ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, novembre 1990, *Sommaire* p. IV. (Dorénavant CETS, *op. cit.*, 1990).

²⁶ Actuellement, les codes de la Régie de l'assurance-maladie du Québec ne permettent pas de distinguer les deux types de mammographie, dépistage et diagnostic.

²⁷ CETS, *op. cit.*, 1990, «comme l'incidence du cancer du sein n'augmente pas (le rapport Greene indique une augmentation régulière de 1 % par année), il est probable qu'une grande partie [des] mammographies [soient] réalisées dans un but de dépistage», p. 13.

²⁸ CETS, *op. cit.*, 1993, annexe I, p. VI, «Sommaire du rapport de 1990».

3. La recherche et le traitement

De nouvelles avenues de dépistage sont présentement étudiées²⁹. Même si le recours à ces techniques ne doit pas être attendu dans un avenir très rapproché, nous voulons les signaler à titre d'information. Ainsi, un soutien-gorge détecteur de chaleur sera, semble-t-il, mis à l'essai clinique sous peu; il est basé sur la théorie qui veut que plus la chaleur du sein est élevée, plus grand serait le risque de développer un cancer. Une nouvelle technique, appelée MRM, permettrait, grâce à un processus d'imagerie, une meilleure lecture des anomalies du sein chez les femmes jeunes. Finalement, une technique novatrice d'imagerie par lumière infra-rouge permettrait une précision de lecture de 95 %, contre 85 % actuellement pour la mammographie. Cette technique serait aussi moins envahissante parce qu'elle n'utilise pas de rayons X.

Certaines approches élaborées récemment en recherche fondamentale tentent de découvrir les causes du cancer du sein. Elles considèrent les facteurs hormonaux et génétiques ainsi que ceux associés aux polluants, tels les chlores et ses dérivés et les ondes électromagnétiques. D'autres recherches sont aussi effectuées sur des substances comme le gras, la caféine, l'alcool, etc., de même que sur des milieux de travail considérés comme étant à risque.

Le traitement du cancer du sein a heureusement évolué vers l'utilisation de techniques chirurgicales moins mutilantes pour les femmes. La tumorectomie (ablation de tumeurs) a ainsi remplacé dans beaucoup de cas la mastectomie (ablation radicale du sein). Cependant, les traitements en vigueur, que ce soit la radiothérapie (utilisation de radiations) ou la chimiothérapie (injections de drogues puissantes), comportent des effets secondaires très importants et vont même jusqu'à affaiblir le système immunitaire de la patiente. De plus, non seulement l'application des protocoles ne semble-t-elle pas uniforme, mais on y remarque même parfois des contradictions. À cet égard, le rapport Greene recommande l'établissement de normes nationales³⁰.

²⁹ Barbara GREENE, *op. cit.*, p. 36-37.

³⁰ *Ibid.*, p. 38.

4. Position du CSF

Le cancer du sein constitue une pathologie d'une importance majeure dans notre société et toute la question du dépistage qui y est associée doit être abordée dans une perspective très large, qui poursuive un objectif prioritaire, soit contrer la maladie. Rappelons que la question du cancer du sein concerne toutes les femmes. La maladie atteint des femmes jeunes. Elle constitue aussi la première cause de décès au Québec chez celles âgées entre 40 et 59 ans. Le cancer du sein est également plus de trois fois plus répandu chez les femmes âgées entre 80 et 84 ans que chez celles du groupe des 40-44 ans³¹.

Dans cette perspective, nous adhérons aux objectifs de la politique en santé et bien-être du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'effet de «mieux coordonner les activités de prévention, d'information, de dépistage, de traitement et de recherche». Il y a tout lieu de croire que l'appui à la recherche dirigée vers les avenues les plus prometteuses, notamment sur l'origine des cancers et la prévention dans les domaines où les facteurs sont déjà connus, influencera positivement l'avancement des protocoles de traitement et permettra conséquemment de concevoir de nouveaux modes de dépistage ou de d'obtenir de meilleurs résultats avec ceux déjà en vigueur.

En attendant des développements futurs, il importe toutefois de considérer le dépistage dans le contexte actuel. Son objectif premier consiste à déceler la maladie à un stade précoce afin d'intervenir dans les meilleurs délais pour contrer sa progression. Or, à cet égard, un des problèmes les plus sérieux demeure l'absence de garantie de la qualité des activités de dépistage pratiquées.

Nous considérons que des bénéfices non négligeables pourraient résulter de l'amélioration des différentes techniques de dépistage. Ainsi, pour ce qui est de l'AES, nous valorisons une meilleure formation des intervenants et des intervenantes et une diffusion plus large de la technique auprès des femmes. Quant à l'examen clinique, nous croyons que l'application plus rigoureuse des protocoles d'examen serait susceptible de

³¹ Barbara GREENE, *op. cit.*, p. 5. Données provenant de la Fondation ontarienne pour la recherche en cancérologie : 107 cas de cancer chez les 40-44, contre 392 cas chez les 80-84 ans sur une population de 100 000 habitants.

maximiser la fiabilité des activités de dépistage. Également, il faudrait instaurer des programmes de contrôle de qualité en ce qui a trait aux activités liées à l'usage des appareils mammographiques, et d'effectuer régulièrement un suivi de la gestion de ces programmes. La formation des professionnels et des techniciens administrant des examens avec usage de la mammographie devrait respecter les mêmes exigences de qualité³².

D'autre part, il est actuellement question d'établir une distinction entre le dépistage et le diagnostic afin, notamment, de contrôler la progression des coûts de la mammographie dans le groupe d'âge où elle apparaît moins concluante, c'est-à-dire chez les femmes plus jeunes (entendre ici les moins de 50 ans). L'évolution et la progression de la maladie ces dernières années nous incitent à remettre en cause le bien-fondé de cette approche, dont l'objectif par ailleurs peut être valable en soi. En effet, si 60 % à 70 % de tous les cancers du sein sont découverts chez des femmes qui ne présentent aucun des facteurs de risque connus³³, il semble difficile de faire une distinction rigide entre le dépistage et le diagnostic.

Quant à la possibilité que les médecins dissuadent leurs patientes plus jeunes (les 40-50 ans) de recourir à l'examen mammographique, ou que le MSSS désassure l'acte pour cette même clientèle, cela ne nous apparaît pas souhaitable. En effet, il nous faut considérer qu'il y a eu, entre 1989 et 1991 au Québec, 604 décès consécutifs au cancer du sein chez des femmes dont l'âge variait entre 30 et 49 ans³⁴. Rappelons aussi que le cancer du sein constitue la première cause de décès chez les Québécoises du groupe d'âge 40-49 ans.

L'efficacité du dépistage au moyen de la mammographie chez les femmes de moins de 50 ans soulève, comme nous l'avons vu, des divergences d'opinions dans la communauté médicale et scientifique. C'est pourquoi le CSF estime que l'hypothèse de restreindre l'accessibilité au dépistage au seul groupe des 50 ans et plus ne devrait être envisagée que lorsque l'inefficacité, voire le danger d'utiliser la mammographie chez les 50 ans et moins auront été démontrés, ou encore que d'autres méthodes de dépistage, plus appropriées et moins envahissantes seront accessibles.

³² CETS, *op. cit.*, 1993, p. 10. Le CETS rappelle «l'efficacité inconstante» de l'étude canadienne pilotée par le D^r Miller.

³³ Barbara GREENE, *op. cit.*, p. 7.

³⁴ Ministère de la Santé et des services sociaux, *Décès ...* Voir note 1.

Il nous semble, en effet, imprudent en matière de santé publique de réduire l'accessibilité au seul moyen de dépistage connu et largement utilisé qui semble pouvoir déceler des nodules cancéreux inférieurs à deux centimètres, avant de le remplacer par un moyen donnant de meilleurs résultats. En cela, certaines avenues sont maintenant ouvertes. Il faudrait les explorer avec toute l'énergie nécessitée par l'importance des enjeux qui sont ici en cause.

L'opinion du CSF sur l'accessibilité de la mammographie de dépistage chez les femmes de moins de 50 ans n'implique toutefois pas une prise de position en faveur d'un programme systématique de dépistage chez les femmes de ce groupe d'âge. C'est pourquoi le CSF favorise l'amélioration de la pratique de l'AES, de même que sa diffusion la plus large possible auprès des femmes et l'amélioration de la formation des praticiens qui administrent l'examen physique. Nous croyons que ces mesures, qui visent les deux autres méthodes de dépistage les plus largement utilisées, pourraient influencer positivement l'efficacité globale du dépistage. En outre, nous considérons que le ministère de la Santé et des Services sociaux a un rôle important à jouer en ce qui concerne la diffusion de l'AES et de l'amélioration de la pratique.

La qualité et l'efficacité du dépistage du cancer du sein pourraient vraisemblablement être améliorées en augmentant l'efficacité des trois techniques actuellement utilisées. Par ailleurs, il ne semble pas pertinent de réduire l'accès des femmes ou de certaines femmes à une de ces techniques, à moins d'en démontrer clairement l'inefficacité ou de la remplacer par une méthode plus appropriée.

BIBLIOGRAPHIE

BAINES C.J. et autres, «Changes in breast self-examination behavior in a cohort of 8214 women in the Canadian National Breast Screening Study», *Cancer*, vol. 57, 1986, p. 1209-1216.

BASINSKI, Antoni S.H., «The Canadian National Breast Screening Study : Opportunity for a Rethink», *Canadian Medical Journal*, 1992, 147(10), 15 novembre 1992, p. 1431-1434.

CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES, Dépistage du cancer du sein au Québec : estimations des coûts et des effets sur la santé, soumis au ministre de la Santé et des services sociaux du Québec, 1990. Document principal 15 p., Sommaire 4 p., Document technique 13 p.

CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ DU QUÉBEC, Le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans, soumis au ministre de la Santé et des Services sociaux, mars 1993, 64 p., annexes et bibliographie.

DUNNIGAN, Lise, État de situation sur le dépistage du cancer du sein. Document de travail, ministère de la Santé et des Services sociaux, Service de la condition féminine, Québec (document interne) décembre 1992, 15 p.

GOVERNEMENT DU CANADA, Réponse du gouvernement au Quatrième rapport du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine sur le cancer du sein, Ottawa, décembre 1992, 29 p.

GREENE, Barbara, Le cancer du sein : questions sans réponse, Comité permanent de la santé et du bien-être social, Ottawa, juin 1992, 64 p.

MARSHALL, Eliot, «Search for a Killer : Focus Shifts from Fat to Hormones», *Science*, 29 janvier 1993, vol. 259, p. 618-621.

MILLER, Anthony B. et autres, «Canadian National Breast Screening Study : 1. Breast cancer detection and death rates among Women aged 40 to 49 years», *Can med Assoc J.*, 15 novembre 1992, 147(10), p. 1459-1476. 2. Breast cancer detection and death rates among Women aged 50 to 59 years», *Can Med Assoc J.*, 15 novembre 1992, 147 (10), p. 1477-1488.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Décès 1989-1991 chez les femmes de 30-69 ans selon les causes, tableau produit par le MSSS, 3 février 1993.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Politique en santé et bien-être, Québec, 1992, 192 p. (Principalement les pages 76-80 et 148-149).

SALAZAR, M.K. «A Study of Breast Self Examination Belief : duplication for worksite Education Programs», *AAOH Journal*, septembre 1992, p. 429-437.

WALRATH, J. et autres, «Causes of Death Among Female Chemists», *American Journal of Public Health*, 1985, vol. 75, p. 883-885.