



Programme québécois de dépistage du
cancer du sein

Région de l'Estrie

Bilan 2002-2003

Nicole Desrosiers, inf. B.sc. inf., LL.M

Avril 2006

REMERCIEMENTS

Je remercie les personnes qui, depuis l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) travaillent à son évolution et à sa réussite. Un merci particulier est adressé aux intervenants des centres de dépistage et du centre de référence pour investigation désignés. Je rends hommage à leur précieuse collaboration.

Je remercie également les personnes qui ont contribué à la production de ce rapport :

Michel Carbonneau, agent de recherche sociosanitaire, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Robert Pronovost, médecin-conseil, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Suzanne Robert, coordonnatrice administrative par intérim du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, Estrie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Ginette Varin, médecin-conseil, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie

Je remercie Mireille Ara, secrétaire à la Direction de santé publique et de l'évaluation, Service prévention/promotion de la santé, pour la mise en page de ce document.

Nicole Desrosiers, coordonnatrice administrative du PQDCS pour la région de l'Estrie, de 1998 à mai 2005.

Document produit par le Centre de coordination des services régionaux du Programme québécois de dépistage du cancer du sein en Estrie et l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

Pour obtenir des copies supplémentaires de ce document, faites parvenir votre commande à Ginette Varin :

par téléphone :	(819)829-3400, poste 42512
par télécopieur :	(819)569-8894
par courrier électronique :	gvarin.rr05@ssss.gouv.qc.ca
ou par la poste :	Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie Direction de santé publique et de l'évaluation 300, rue King est, bureau 300 Sherbrooke, QC, J1G 1B1)

Le présent document est aussi disponible à la section **Publications**, sous la rubrique **Santé publique, documentation** du site Web de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie dont l'adresse est : www.santeestrie.qc.ca/agence

3. <i>RÉSULTATS DU DÉPISTAGE</i>	14
3.1 Taux de référence	14
3.1.1 Évolution du taux de référence.....	14
3.1.2 Taux de référence par groupe d'âge	15
3.1.3 Taux de référence par centre de dépistage désigné	16
3.2. Taux de détection du cancer du sein	17
3.3 Taux de référence et taux de détection du cancer du sein	18
3.4 Valeur prédictive positive	18
3.5 Pourcentage de cancers de type <i>in situ</i>	18
4. <i>EFFETS DU DÉPISTAGE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE LA CLIENTÈLE-CIBLE</i>	18
4.1 Mortalité par cancer.....	18
5. <i>RECOMMANDATIONS</i>	18
 <i>BIBLIOGRAPHIE</i>	 21
 <i>ANNEXE 1 : Activités de communication pour la période de septembre 2001 à février 2003</i>	 23
 <i>ANNEXE 2 : Plan de communication 2003-2004</i>	 25

LISTE DES FIGURES

Figure 1	
Pourcentage de retours postaux, Estrie, 1998 à 2003	6
Figure 2	
Population des femmes de 50 à 69 ans, Estrie, 1997-1998 à 2002	7
Figure 3	
Taux de participation au PQDCS, par période de 24 mois, résidentes de l'Estrie 1998-1999 à 2002-2003.....	8
Figure 4	
Pourcentage de mammographies de dépistage par centre de dépistage en région et hors-région, résidentes de l'Estrie, 2002-2003.....	12
Figure 5	
Taux de couverture de la mammographie (dépistage et diagnostique) et taux de participation au PQDCS, résidentes de l'Estrie, 1998-1999 à 2002-2003	13
Figure 6	
Taux de référence pour investigation, mammographie initiale, résidentes de l'Estrie, 1998-1999 à 2002-2003	15
Figure 7	
Taux de référence pour investigation, mammographies subséquentes, résidentes de l'Estrie, 1998-1999 à 2002-2003	15
Figure 8	
Taux de référence pour investigation par groupe d'âge, mammographie initiale, résidentes de l'Estrie, 2002-2003	16
Figure 9	
Taux de référence pour investigation par groupe d'âge, mammographies subséquentes, résidentes de l'Estrie, 2002-2003	16
Figure 10	
Taux de référence par centre de dépistage désigné, mammographie initiale, résidentes de l'Estrie, 1998-1999 à 2002-2003	16

Figure 11	
Taux de référence par centre de dépistage désigné, mammographies subséquentes, résidentes de l’Estrie, 1998-1999 à 2002-2003	17
Figure 12	
Taux de référence et taux de détection du cancer du sein, mammographie initiale, région de production : Estrie, 2001 et 2002	18
Figure 13	
Taux de référence et taux de détection du cancer du sein, mammographies subséquentes, région de production : Estrie, 2001 et 2002.....	18

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	
Nombre et pourcentage de consentements et de refus à participer au PQDCS, par centre de dépistage désigné, Estrie, 1998-2003.....	8
Tableau 2	
Taux de participation au PQDCS par groupe d'âge par MRC de résidence, résidentes de l'Estrie, 2002-2003	10
Tableau 3	
Taux de participation par semestre, résidentes de l'Estrie, 2002 -2003	11
Tableau 4	
Nombre et pourcentage de mammographies selon le rang, résidentes de l'Estrie, 2001-2002 et 2002-2003.....	13

LISTE DES ACRONYMES

ACR :	Association canadienne des radiologistes
ADRLSSSE :	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie
CCSR :	Centre de coordination des services régionaux
CDD :	Centre de dépistage désigné
CHUS :	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CIM :	Classification internationale des maladies
CRAQ :	Comité régional d'assurance de la qualité
CRE :	Centre radiologique de l'Estrie
CRID :	Centre de référence pour investigation désigné
CRS :	Centre radiologique de Sherbrooke
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
MRC :	Municipalité régionale de comté
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OTRQ :	Ordre des technologues en radiologie du Québec
PQDCS :	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
RAMQ :	Régie de l'assurance maladie du Québec
RRSSSE :	Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Estrie
SI-PQDCS :	Système d'information – Programme québécois de dépistage du cancer du sein

RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Clientèle-cible estrienne

Au 31 décembre 2002, selon les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec, l'Estrie comptait 34 075 femmes dont l'âge se situe entre 50 et 69 ans.

Recrutement

En 2002-2003, 83,2 % des femmes ayant nouvellement atteint 50 ans ont reçu une lettre d'invitation. L'objectif est de 90 %.

86,1 % des participantes au programme ont reçu une lettre de rappel. L'objectif est de 90 %.

57,2 % des femmes invitées ou rappelées ont reçu une lettre de relance. En 1998-2000, c'est 72 % des femmes qui avaient dû être relancées.

Taux de consentement

Le taux de consentement à participer au programme se situe à 98,2 % pour la période s'étendant entre mai 1998 et décembre 2003. Ce chiffre représente le nombre de femmes qui, au moment de la réalisation de leur mammographie de dépistage, ont accepté que les données recueillies à leur sujet soient transmises et conservées au serveur provincial.

Nombre de mammographies réalisées

Au cours de la période s'étendant du 1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2003, 21 207 mammographies de dépistage ont été réalisées auprès de 20 621 résidentes de l'Estrie. De ce nombre, 94,5 % ont passé leur mammographie dans l'un des trois Centres de dépistage désignés de la région, ce qui démontre une très forte rétention des femmes en Estrie.

Taux de participation au PQDCS

Le taux de participation au PQDCS est en croissance depuis l'implantation du programme en Estrie. Il atteint 60,9 % en 2002-2003, alors qu'il se situait à 44,1 % en 1998-1999. Cet indicateur représente le pourcentage de femmes admissibles qui ont passé une mammographie de dépistage au cours de la période donnée. En Estrie, ce taux de participation est plus faible chez les femmes de 65 à 69 ans.

Délai pour obtenir une mammographie de dépistage

91 % des participantes ont obtenu une mammographie de dépistage à l'intérieur de 45 jours de calendrier. L'objectif est de 85 %.

Délai entre la mammographie de dépistage et le premier examen d'investigation

63 % des participantes ayant un résultat anormal à la mammographie de dépistage ont eu un premier examen d'investigation à l'intérieur de 21 jours de calendrier. L'objectif est de 90 %.

Taux de couverture à la mammographie

Le taux de couverture fait référence aux femmes ayant eu au moins une mammographie diagnostique ou de dépistage durant une période donnée. En Estrie, ce taux est en constante évolution : de 70,8 % en 1998-1999, il est passé à 71,2 % en 2002-2003.

Taux de fidélisation

En 2002-2003, 75 % des mammographies sont subséquentes. L'objectif est de 75 %.

Taux de référence pour investigation

Le taux de référence se définit comme étant la proportion de mammographies dont le résultat est anormal et qui nécessitent des examens complémentaires. Entre 2002 et 2003, ce taux s'est situé à 12,1 % pour la mammographie initiale, et à 7,8 % pour les mammographies subséquentes. Les taux de référence régionaux sont en nette progression depuis l'automne 2000 et sont trop élevés par rapport aux normes fixées par le programme.

Taux de détection du cancer

Pour l'Estrie, en 2001-2002, le taux de détection du cancer du sein s'est situé à 6,4 pour 1000 femmes pour la mammographie initiale et à 5,4 pour 1000 femmes pour les mammographies subséquentes. Ces taux sont bons, dépassant même les normes fixées par le programme.

Valeur prédictive positive

En 2001-2002, la VPP est de 6,1 % pour la mammographie initiale, et de 7,3 % pour les mammographies subséquentes. Ces taux sont bons, dépassant les normes selon les lignes directrices canadiennes.

Pourcentage de cancers de type *in situ*

Pour l'Estrie, en 2001 et 2002, le pourcentage de cancers *in situ* était de 20,6 % pour la mammographie initiale et de 29,2 % pour les mammographies subséquentes. Ces pourcentages dépassent la cible qui est de 10 % ou plus.

INTRODUCTION

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein est implanté en Estrie depuis mai 1998. Troisième à être implanté à quelques jours de la région de Québec et de celle de Chaudières-Appalaches, les services qu'il requiert sont dispensés par trois centres de dépistage désignés, soit le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), le Centre radiologique de Sherbrooke et le Centre radiologique de l'Estrie. Le CHUS est le seul centre de référence pour l'ensemble de la région. L'organisation des services a été décrite antérieurement dans le bilan « Évaluation des résultats en Estrie, mai 1998 - avril 2000 ».

Ce rapport est le 6^e à être rédigé depuis l'implantation du programme. Il rend compte, pour la période de janvier 2002 à décembre 2003, des activités réalisées pour améliorer l'organisation et le fonctionnement du programme, tout en présentant les résultats du dépistage. Il se limite exclusivement aux femmes faisant partie de la population admissible ayant donné leur autorisation à la transmission des données cliniques les concernant (98 % des femmes adhérant au programme dont l'âge se situe entre 50 et 69 ans). Dans chaque section, les objectifs et les résultats obtenus sont présentés et discutés. Des recommandations complètent ce bilan.

1. STRUCTURE ET ORGANISATION DU PROGRAMME

1.1 L'OFFRE DE SERVICE

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) est un programme de santé publique. L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* de chaque région administrative du Québec est responsable de désigner les centres de dépistage et de référence pour investigation et de s'assurer que les centres respectent les dispositions du programme¹. En Estrie, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke reçoit un budget de l'Agence pour la coordination des services régionaux en rapport avec le programme. La Direction de santé publique et de l'évaluation, quant à elle, participe activement à l'évaluation et à l'assurance de la qualité du programme dans la région.

Le PQDCS comprend l'ensemble des services liés au dépistage, allant de l'invitation faite aux femmes à participer, à la promotion du programme jusqu'à l'établissement du diagnostic final. Au niveau de chaque région, les services sont structurés autour de trois axes principaux :

- les centres de dépistage désignés (CDD) qui réalisent les mammographies de dépistage et certains examens complémentaires lorsque le résultat de la mammographie s'avère anormal;
- le(s) centre(s) de référence pour investigation désigné(s) (CRID) qui offrent les services d'investigation, de chirurgie et de traitements;
- le Centre de coordination des services régionaux (CCSR) qui s'acquitte de responsabilités spécifiques en lien avec les femmes, entre autres par l'envoi des lettres d'invitation et de résultat, et en lien avec les intervenants des centres désignés, les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes de la région.

L'Estrie compte trois centres de dépistage désignés. A eux trois, ces centres disposent de six mammographes, ce qui favorise grandement l'accès à la mammographie et réduit les délais d'attente.

Les centres de dépistage désignés ont l'obligation de maintenir leur certification à jour pour conserver leur désignation par le Ministre. Ce processus atteste de la compétence des professionnels et de la qualité des équipements. A ce jour, aucun centre de notre région n'a perdu sa désignation et les activités d'assurance de la qualité requises sont réalisées selon les normes.

Toutes les activités opérationnelles et fonctionnelles des centres sont supportées par un système d'information, outil d'une importance capitale pour la réalisation des activités relatives à la saisie, la transmission et la conservation des données dans le cadre de la gestion du programme.

Comme le Programme québécois de dépistage du cancer du sein s'adresse à des femmes qui ne présentent aucun symptôme de maladie, les dimensions éthiques revêtent une importance particulière qui doit s'exprimer concrètement à travers des principes fondamentaux, tels que le respect de la personne et de son autonomie, la bienfaisance et la non-malfaisance, la justice et l'équité.

* Connue sous le nom de Régie régionale de la santé et des services sociaux jusqu'à l'automne 2003.

1.2 ACTIVITÉS DE FORMATION ET D'INFORMATION À L'INTENTION DES MÉDECINS

En octobre 2002, une étude de la perception des médecins de l'Estrie en regard du PQDCS a été publiée par la Direction de santé publique et de l'évaluation². Cette étude est le fruit de rencontres de type « Focus group » qui ont été réalisées auprès des médecins de première ligne de la région afin de connaître leur degré de satisfaction à l'égard des services rendus par le programme. Certains aspects du programme ont pu être améliorés grâce à leurs commentaires.

A l'automne 2003, les responsables du Centre de coordination des services régionaux ont jugé opportun de rencontrer les groupes de médecins spécialistes qui collaborent activement au PQDCS dans la région afin de leur présenter les plus récents résultats et recueillir leurs commentaires. Il y a été discuté entre autres de l'avenir du Comité régional d'assurance de la qualité (CRAQ). Trois rencontres ont été réalisées avec les groupes suivants : radiologistes des cabinets privés, chirurgiens et pathologistes du CHUS. Les radiologistes du CHUS n'ont malheureusement pas pu être rencontrés.

En résumé, les points suivants sont ressortis de ces rencontres :

- Les pathologistes trouvent les réunions du CRAQ intéressantes mais peu pratiques pour eux et attendent avec hâte les résultats du taux de détection régional provenant de l'Institut national de santé publique (INSPQ).
- Les chirurgiens déplorent l'absence d'un mammothome en Estrie, et font état d'opinions divergentes occasionnelles entre radiologistes et chirurgiens quant aux indications de biopsie.
- Les radiologistes des CDD privés désirent avoir leur taux individuel de détection de cancers.
- Tous s'entendent pour dire que l'assurance de la qualité est importante.

1.3 ACTIVITÉS DE FORMATION ET D'INFORMATION À L'INTENTION DES TECHNOLOGUES

Il faut se souvenir que chaque technologue œuvrant en mammographie doit fournir la preuve à l'Association canadienne des radiologistes (ACR) qu'elle respecte l'obligation d'avoir quinze heures de formation par trois ans pour maintenir son accréditation en mammographie.

En 2002, les centres de dépistage désignés (CDD) privés et public ont favorisé la participation des technologues à une formation organisée conjointement par l'Ordre des technologues en radiologie du Québec (OTRQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cette formation, d'une durée de 6,25 heures avait pour thème *Le cheminement critique de la certification des centres de mammographie de dépistage et des centres de référence pour investigation dans le cadre du PQDCS*.

2. FONCTIONNEMENT DU PROGRAMME

2.1 ATTEINTE DE LA CLIENTÈLE-CIBLE

2.1.1. Recrutement

L'envoi d'une lettre d'invitation personnalisée demeure un des éléments les plus importants du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. En 1998, lors de l'implantation du programme en Estrie, 100 % des femmes de 69 ans ont été invitées à participer lors de la première année du programme afin que chacune d'elles ait au moins une chance d'obtenir un examen de dépistage avant d'être exclue du programme. De 1998 à 2000, l'envoi des lettres d'invitation aux femmes admissibles âgées de 50 à 69 ans a été réparti sur deux ans. En effet, le cadre de référence stipule que lors de l'**implantation** du programme :

« Chaque année, 45% des femmes visées reçoivent une invitation personnalisée.

Cette mesure a pour but d'atteindre 90 % des femmes sur une période de deux ans³. »

Depuis lors, le programme est bien implanté en Estrie. Comme le souligne le cadre de référence⁴, l'objectif est :

- d'envoyer tous les deux ans une lettre de rappel à au moins 90 % des femmes qui ont déjà participé au programme,
- d'envoyer une lettre d'invitation à au moins 90 % des femmes ayant nouvellement atteint l'âge de 50 ans,
- d'envoyer une lettre d'invitation ou de rappel à 90 % des nouvelles résidentes en Estrie.

Selon notre plan de communication, il est prévu que toutes les femmes participantes pour qui nous détenons une adresse valide soient rejointes tous les deux ans, selon leur MRC de résidence. Comme par les années passées, nous privilégions l'envoi de lettres d'invitation aux femmes habitant les MRC les plus éloignées pendant les belles saisons dans le but de favoriser leur participation. Nous envoyons les lettres de rappel aux femmes participantes deux ans après leur précédente mammographie de dépistage. Dès la réception d'un nouveau fichier de notre population admissible en provenance de la RAMQ, nous nous assurons d'ajuster le nombre de lettres d'invitation à envoyer en fonction, entre autres, du nombre de nouvelles participantes. De plus, nous révisons de façon régulière le contenu de nos lettres d'invitation, de rappel et de relance afin de s'assurer qu'il contribue à l'atteinte de nos objectifs de participation.

2.1.1.1 *Envoi de lettres d'invitation, de rappel et de relance*

Entre janvier 2002 et décembre 2003, 18 825 lettres personnalisées ont été envoyées à autant de femmes afin de les inviter à passer une mammographie de dépistage, soit 3 746 lettres d'invitation et 15 079 lettres de rappel.

De janvier 2002 à décembre 2003, 3 746 lettres d'invitation ont été postées aux femmes ayant nouvellement atteint 50 ans; l'estimation de cette population étant de 4 500 femmes pour cette période, nous avons donc rejoint 83,2 % de ces femmes; l'écart par rapport à la norme de 90 % s'explique surtout par l'impossibilité pour la RAMQ d'obtenir un fichier d'adresses valide à 100 %.

Par ailleurs, 15 079 lettres de rappel ont été postées aux femmes participant déjà au programme. Le nombre de femmes participantes toujours résidentes en Estrie étant estimé à 17 500, nous avons donc rejoint 86,1 % de ces femmes; l'écart par rapport à la norme de 90 % s'explique en partie par l'absence dans le fichier de rappel de dossiers non complétés et de dossiers dont le résultat à la mammographie de dépistage est « Probablement bénin ».

D'autres raisons peuvent expliquer pourquoi l'objectif de 90 % n'est pas atteint :

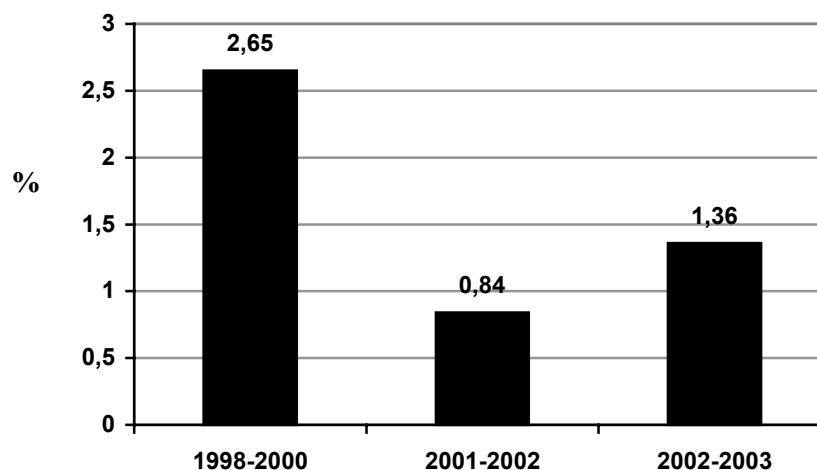
- Plusieurs femmes ont recours à une prescription de leur médecin traitant pour passer leur mammographie de dépistage.
- Un nombre de femmes (2 %) nous exprime leur refus de participer au programme lors de la réception de leur lettre d'invitation, de rappel ou de relance.
- Un certain nombre de femmes, bien que faisant partie de notre population, sont atteintes de cancer du sein et n'ont pas à être invitées par le programme.
- Quelques femmes n'ont pas d'adresse valide à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et, par conséquent, ne peuvent être rejointes par courrier. Nous recevons donc un retour postal lors de l'envoi de correspondance à ces femmes.

Par ailleurs, nous avons procédé à l'envoi d'une lettre de relance à 57,2 % des femmes invitées ou rappelées (10 770/18 825), ce qui représente une légère amélioration par rapport à la période 2001-2002 (61 %), et une nette amélioration par rapport à la période 1998-2000, où plus de 72 % des femmes invitées avaient dû être relancées. Ceci peut s'expliquer par la notoriété du programme en Estrie, l'acceptation de la mammographie de dépistage par les femmes, et l'encouragement de l'utilisation de ce test de dépistage par les médecins.

2.1.1.2 Retours postaux – Adresses invalides

Un retour postal suite à l'envoi d'une lettre d'invitation ou de rappel nous indique que les coordonnées de la femme ne sont pas à jour dans notre fichier de population admissible. Par ailleurs, tous les six mois, nous recevons une nouvelle mise à jour de cette base en provenance de la RAMQ; éventuellement, une mise à jour plus fréquente diminuera de beaucoup les retours postaux. C'est aussi lors de ces mises à jour que la RAMQ fait la correction des adresses devenues invalides. Entre janvier 2002 et décembre 2003, le pourcentage de retours postaux se situe à 1,36 %, soit 257 retours pour 18 825 envois. Ce taux représente une augmentation peu significative par rapport à celui de 2001-2002, qui était de 0,84 %. Le pourcentage de retours postaux était de 2,65 % en 1998-2000, lors de l'implantation du programme (figure 1). Ces pourcentages de retours sont considérés acceptables.

Figure 1 : Pourcentage de retours postaux, Estrie, 1998 à 2003



Source : CCSR, Estrie

2.1.2. Participation des femmes admissibles

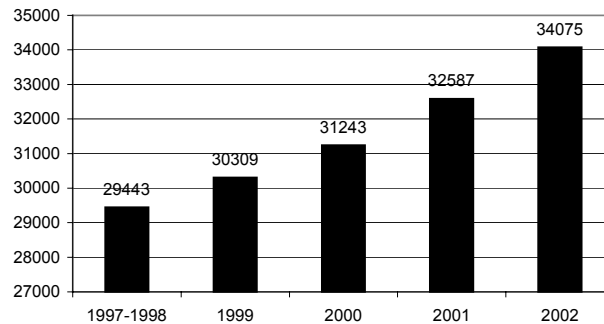
Il est reconnu *qu'une participation de l'ordre de 70 % au programme de dépistage est nécessaire pour agir sur la réduction du taux de mortalité chez les femmes de 50 à 69 ans*⁵.

2.1.2.1. Estimation de la clientèle estrienne

Afin de mesurer le taux de participation à la mammographie, il faut d'abord connaître le nombre de femmes dont l'âge se situe entre 50 et 69 ans en Estrie. Pour ce faire, nous utilisons les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) puisque c'est à partir de ces données que notre banque de population admissible est constituée.

Selon les données fournies par la RAMQ, le nombre de femmes admissibles en Estrie est passé de 29 443 en 1997-1998 à 34 075 au 30 décembre 2002, soit une hausse de 15,7 % (figure 2).

Figure 2 : Population des femmes de 50 à 69 ans, Estrie, 1997-1998 à 2002



Source : RAMQ

2.1.2.2 Mammographies de dépistage réalisées chez les résidentes de l'Estrie

Les résultats qui suivent s'appliquent exclusivement aux femmes qui ont donné leur autorisation à transmettre les données les concernant dans le cadre du programme. Le consentement à participer au programme de dépistage en constitue l'élément central. En effet, c'est grâce à l'adhésion des femmes au programme et à l'autorisation de transmettre les données qui les concernent que l'atteinte des objectifs pourra être mesurée. C'est aussi grâce à cette autorisation que nous sommes en mesure d'assurer le suivi nécessaire et de procéder au rappel des participantes chaque deux ans.

Au cours de 2002-2003, 20 621 femmes ont passé au moins une mammographie de dépistage. Il faut se souvenir qu'à partir du 1^{er} novembre 2002, une modification réglementaire a permis que l'intervalle entre deux mammographies de dépistage soit réduit à 12 mois. Au cours de cette période de deux ans, on compte précisément 21 207 mammographies de dépistage pour 20 621 femmes.

Les chiffres qui suivent (tableau 1) font état de la décision des femmes à participer ou non au PQDCS entre mai 1998 et décembre 2003 selon les centres de dépistage de l'Estrie. Nous constatons que le taux de consentement à participer demeure très élevé. L'écart qui existe entre le secteur public (CHUS – Hôtel-Dieu) et le secteur privé (Centre radiologique de Sherbrooke et Centre radiologique de l'Estrie) n'a pas été étudié de près.

Tableau 1 : Nombre et pourcentage de consentements et de refus à participer au PQDCS, par centre de dépistage désigné, Estrie, 1998-2003

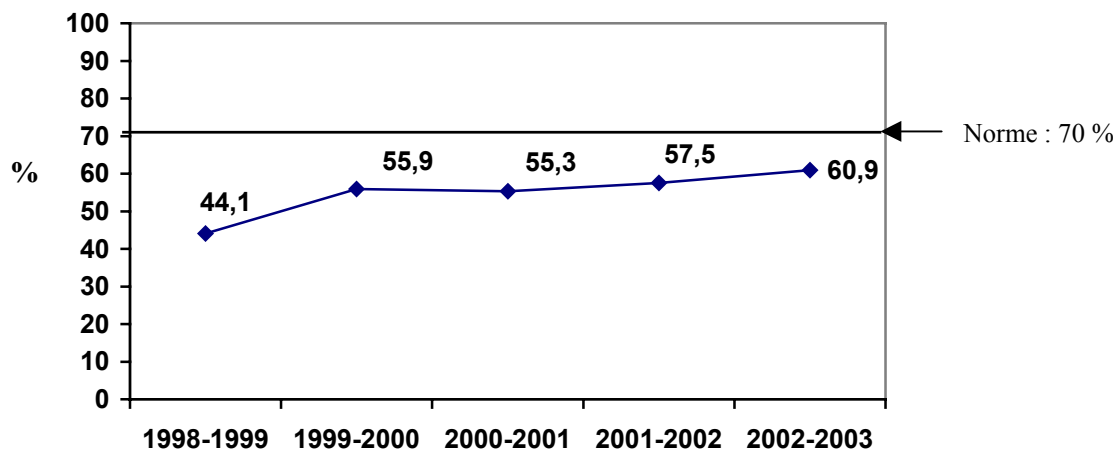
	CHUS – Hôtel-Dieu		Centre radiologique de Sherbrooke		Centre radiologique de l'Estrie		Total
	N	%	N	%	N	%	
Consentement	13 909	96,6	21 703	98,8	14 621	99,1	98,2
Refus	490	3,4	274	1,2	139	0,9	1,8
Total	14 399	100	21 977	100	14760	100	100

Source : INSPQ

2.1.2.3 Taux de participation au PQDCS

Le taux de participation au PQDCS représente la proportion des femmes admissibles qui ont passé une mammographie de dépistage et donné leur consentement pour participer au programme. En Estrie, ce taux a augmenté de façon graduelle depuis l'implantation du programme, passant de 44,1 % en 1998-99 à 60,9 % en 2003 (figure 3). Rappelons que le taux de participation à atteindre est de 70 %.

Figure 3 : Taux de participation au PQDCS par période de 24 mois, résidentes de l'Estrie, 1998-1999 à 2002-2003



Source : INSPQ – Résultats au 30 juin 2004, document de travail novembre 2004

2.1.2.3.1 Taux de participation par territoire de MRC

Toutes les sous-régions de l'Estrie obtiennent, en 2002-2003, un taux de participation qui dépasse 50 %. Deux d'entre elles se démarquent par des résultats supérieurs à 60 %, soit la MRC de la Région-Sherbrookoise et la MRC de Memphrémagog. Toutes les autres MRC ont un taux variant de 54,5 % (Haut-Saint-François) à 58,6 % (Coaticook). Par rapport aux années antérieures, le taux du Haut-Saint-François demeure bas et stagnant; des efforts particuliers seront à envisager pour rejoindre encore davantage les femmes de cette MRC (tableau 2).

2.1.2.3.2 Taux de participation au PQDCS par groupe d'âge et par MRC

Le tableau 2 permet de constater que, pour l'Estrie, le pourcentage des dépistages réalisés est plus faible chez les femmes de 65 à 69 ans. Il se pourrait que certaines femmes, croyant à tort qu'elles sont moins à risque d'avoir un cancer du sein au fur et à mesure qu'elles avancent en âge, participent en moins grand nombre au dépistage et ce, dès l'âge de 65 ans. Or le risque de cancer du sein croît avec l'âge. Il sera important de sensibiliser ces femmes et les médecins à l'importance de poursuivre le dépistage du cancer du sein entre 65 et 69 ans, et aussi après 70 ans.

Tableau 2 : Taux de participation au PQDCS par groupe d'âge par MRC de résidence, résidentes de l'Estrie, 2002-2003

Territoire et critères		50 - 54 ans	55 - 59 ans	60 - 64 ans	65 - 69 ans	Total 50 - 69 ans
Le Granit	Population admissible	794	676	541	471	2 482
	Participant	426	418	294	234	1 372
	Taux de participation	53,7%	61,8%	54,3%	49,7%	55,3%
Asbestos	Population admissible	596	523	423	341	1 883
	Participant	353	280	255	205	1 093
	Taux de participation	59,2%	53,5%	60,3%	60,1%	58,0%
Haut Saint-François	Population admissible	768	665	515	420	2 368
	Participant	406	384	278	223	1 291
	Taux de participation	52,9%	57,7%	54,0%	53,1%	54,5%
Val Saint-François	Population admissible	1 051	919	654	573	3 197
	Participant	604	573	363	301	1 841
	Taux de participation	57,5%	62,4%	55,5%	52,5%	57,6%
Coaticook	Population admissible	552	484	362	323	1 721
	Participant	314	288	240	166	1 008
	Taux de participation	56,9%	59,5%	66,3%	51,4%	58,6%
Memphrémagog	Population admissible	1 839	1 791	1 410	1 092	6 132
	Participant	1 100	1 168	856	600	3 724
	Taux de participation	59,8%	65,2%	60,7%	54,9%	60,7%
Région-Sherbrookoise	Population admissible	5 383	4 647	3 465	2 797	16 292
	Participant	3 375	2 988	2 226	1 703	10 292
	Taux de participation	62,7%	64,3%	64,2%	60,9%	63,2%
Total Estrie	Population admissible	10 983	9 705	7 370	6 017	34 075
	Participant	6 578	6 099	4 512	3 432	20 621
	Taux de participation	59,9%	62,8%	61,2%	57,0%	60,5%

Source : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie, 20-août-04

Notes Le taux de participation est approximatif. Une partie des participantes (environ 2%) ont refusé de rendre accessible l'information les concernant dans le cadre du PQDCS. La population admissible est celle établie par la RAMQ au 30 décembre 2002. (populationsm342004v1.xls)

2.1.2.3.3 Taux de participation par semestre

Le taux de participation a peu varié par semestre au cours de 2002-2003.

Tableau 3 : Taux de participation par semestre, résidentes de l’Estrie, 2002-2003

	Semestre 1 Janvier 2002- Juin 2002	Semestre 2 Juillet 2002- Décembre 2002	Semestre 3 Janvier 2003- Juin 2003	Semestre 4 Juillet 2003- Décembre 2003	Janvier 2002- Décembre 2003
Participant ^{es} de 50 à 69 ans	5 204	5 274	5 159	5 570	20 621
Population admissible	8 519	8 519	8 750	8 750	34 075
Taux de participation	61,1%	61,9%	59,0%	63,7%	60,5%

Source : Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de l’Estrie

Notes : Le nombre de participant^{es} correspond aux femmes ayant eu **au moins** une mammographie de dépistage dans la période considérée. Comme certaines femmes reviennent dans le programme d’un semestre à un autre, la somme des participant^{es} par semestre ne correspond pas au total de la période de janvier 2002 à décembre 2003.

Les données de population admissible proviennent de la RAMQ (POPULATIONSm342004v2.xls). Pour l’année 2002 et la période 2002 à 2003, la population admissible au 30 décembre 2002 a été retenue (34 075 femmes). Pour 2003, on a retenu la population admissible au 14 octobre 2003 (34 998 femmes). Pour chacun des semestres, la population admissible a été divisée par quatre afin de rendre comparable le taux de participation par semestre au taux calculé sur deux ans.

2.1.2.4 Délai pour obtenir une mammographie

Un court délai pour obtenir un rendez-vous pour une mammographie favorise la participation au programme. En Estrie, les délais pour obtenir une mammographie de dépistage se situent habituellement, selon les fichiers informatiques disponibles, à quelques jours. La médiane est de 11 jours de calendrier. Le tiers des mammographies de dépistage se fait à l’intérieur de 21 jours de calendrier. De plus, 91 % des mammographies de dépistage sont réalisées à l’intérieur de 45 jours de calendrier. La norme qui est fixée à 30 jours ouvrables pour 85 % des femmes⁶, correspondant à 45 jours de calendrier, est atteinte et même dépassée. Cette performance s’explique par la présence de six mammographes dans les trois centres de dépistage désignés, et par une priorisation de la mammographie de dépistage. Un groupe de travail sur les délais mis sur pied par l’équipe ministérielle en 2004 devrait permettre de fournir des chiffres plus exacts dans le prochain rapport.

2.1.2.5 Délai entre la mammographie de dépistage et le premier examen d’investigation

Un court délai entre la mammographie de dépistage et la réalisation du premier examen d’investigation favorise également la participation. Un des objectifs du Programme québécois de dépistage du cancer du sein est d’assurer avec diligence la référence pour investigation des femmes ayant une mammographie anormale. Le cadre de référence précise que « 90 % des femmes obtiennent un premier rendez-vous au centre de référence pour investigation à l’intérieur des douze jours ouvrables suivant la date de la mammographie⁷ », ce qui équivaut à 21 jours de calendrier en nombre de jours entre la date de mammographie et la date du 1^{er} rendez-vous d’investigation⁸.

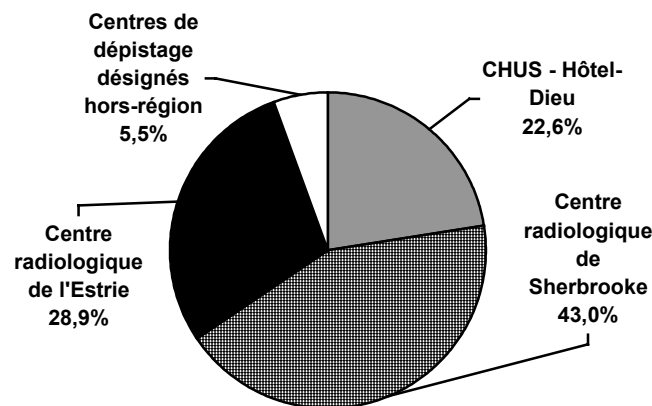
En 2002-2003, 63 % des femmes ayant un résultat anormal à la mammographie de dépistage ont eu un rendez-vous pour un premier examen d'investigation à l'intérieur de 21 jours. Des mesures ont été apportées pour améliorer cette situation. L'impact de ces mesures sera analysé dans un prochain rapport.

2.1.2.6 Taux de rétention

Les femmes ayant la possibilité de passer leur mammographie dans le centre de dépistage de leur choix, il est intéressant de calculer la proportion des femmes qui utilisent les services offerts dans leur région de résidence. Cette proportion constitue le taux de rétention régional⁹.

Des services de mammographie situés à proximité de l'endroit de résidence des femmes favorisent une meilleure participation au dépistage. Le taux de rétention en Estrie est très élevé. Au cours de 2002-2003, 94,5 % des mammographies de dépistage réalisées chez les Estriennes l'ont été dans leur région de résidence, dont 22,6 % au CHUS, 28,9 % au CRE et 43 % au CRS (figure 4). Ce résultat demeure comparable à ceux des années antérieures.

Figure 4 : Pourcentage de mammographies de dépistage par centre de dépistage en région et hors-région, résidentes de l'Estrie, 2002-2003

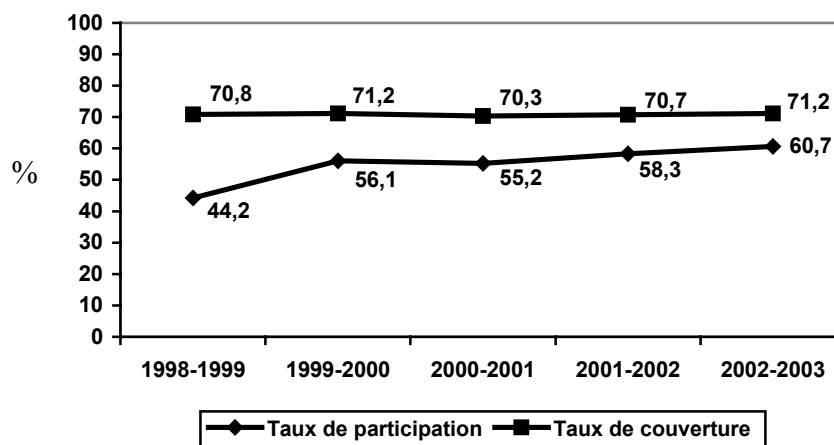


Source : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie.

2.1.3 Taux de couverture

Le taux de couverture de la mammographie représente le pourcentage de femmes ayant passé au moins une mammographie de dépistage ou de diagnostic facturée à la RAMQ au cours d'une période de 24 mois. Ce taux nous permet de connaître la proportion d'Estriennes de 50 à 69 ans ayant bénéficié d'une mammographie et ce, peu importe si la mammographie a été réalisée dans le cadre d'un dépistage ou d'un diagnostic. L'Estrie dépasse et maintient un taux de couverture de la mammographie de plus de 70 % et ce, depuis 1999 (figure 5). Toutefois, il est à souligner que le cadre de référence ne spécifie aucun objectif en ce qui concerne le taux de couverture. Rappelons que l'objectif du programme concernant l'atteinte de la clientèle-cible est d'assurer et de maintenir un taux de participation au dépistage de 70 %.

Figure 5 : Taux de couverture de la mammographie (dépistage et diagnostique) et taux de participation au PQDCS, résidentes de l'Estrie, 1998-1999 à 2002-2003



Source : INSPQ

Note : Les taux décrits à la figure 5 ont été calculés avec les fichiers informatiques du PQDCS et de la RAMQ. Pour des raisons méthodologiques, les taux de participation diffèrent légèrement de ceux de la figure 3.

2.1.4 Fidélisation de la clientèle

En plus de contribuer à l'atteinte de la clientèle-cible, « le maintien de la participation des femmes au programme n'est pas seulement important pour la réussite du dépistage à l'échelle de la population, il est également un indicateur de l'acceptabilité du dépistage pour les femmes. En ce qui concerne le taux de fidélisation, on vise un dépistage subséquent chez au moins 75 % des femmes ayant passé l'examen lors du cycle précédent¹⁰ ».

Au cours de la période 2002-2003, 75,5 % des mammographies sont des mammographies subséquentes, ce qui correspond à l'objectif visé. En 2001-2002, cette proportion était sous l'objectif visé, soit de 69,8 % (tableau 4).

Tableau 4 : Nombre et pourcentage de mammographies selon le rang, résidentes de l'Estrie, 2001-2002 et 2002-2003

Rang	Nombre		%	
	2001- 2002	2002-2003	2001-2002	2002-2003
Mammographie initiale	5 904	5 197	30,2 %	24,5 %
Mammographies subséquentes	13 636	16 010	69,8 %	75,5 %

Source : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie

2.1.5 Activités de communication

Au cours de la période de janvier 2002 à décembre 2003, le plan de communication a été axé sur la fidélisation des femmes à la mammographie de dépistage et sur le renforcement de l'engagement des médecins au dépistage du cancer du sein. La participation et la fidélisation augmentant régulièrement, nous estimons que notre stratégie de communication porte fruit. Nous reproduisons en annexe une description des activités de communication :

- 1) provenant du précédent plan de communication 2001 et s'étalant jusqu'à février 2003,
- 2) le plan de communication 2003-2004.

3. RÉSULTATS DU DÉPISTAGE

3.1 TAUX DE RÉFÉRENCE

Un des principaux buts d'un programme de dépistage systématique est « *d'augmenter au maximum les bienfaits du dépistage en permettant la détection le plus tôt possible du plus grand nombre de cancers possible*¹¹ ».

Le taux de référence constitue un des indicateurs de résultat les plus importants pour l'évaluation d'un programme de dépistage systématique. Il correspond à la proportion de mammographies de dépistage dont le résultat de la lecture s'est avéré anormal. Il faut se souvenir qu'un certain nombre de femmes sont rappelées pour des examens complémentaires alors qu'elles ne présentent aucun symptôme de cancer du sein. Un des objectifs du programme de dépistage est de réduire le nombre de femmes inutilement référées pour investigation, tout en encourageant au maximum la participation continue.

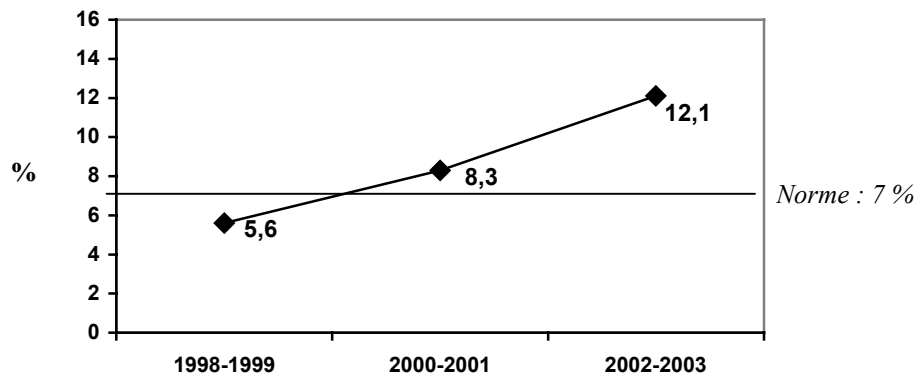
En regard du taux de référence, le Cadre de référence fixe la norme suivante¹² :

- < 7 % de femmes référées lors d'un dépistage initial,
- < 5 % de femmes référées lors de dépistages subséquents.

3.1.1 Évolution du taux de référence

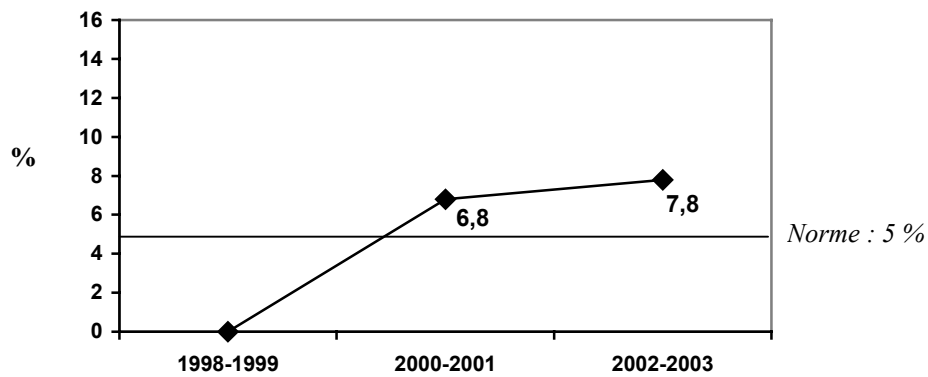
De 1998 à 2003, le taux de référence régional a augmenté, tant pour la mammographie initiale que pour les mammographies subséquentes; de plus, à partir de l'année 2000, il dépasse les normes du programme. En 2002-2003, le taux de référence pour investigation est de 12,1 % pour la mammographie initiale (norme = 7 %) (figure 6) et de 7,8 % pour les mammographies subséquentes (norme = 5 %) (figure 7). Sans être dramatiques, ces résultats méritent attention. Vu le nombre restreint de lecteurs (radiologistes), les résultats individuels influencent grandement le résultat global.

Figure 6 : Taux de référence pour investigation, mammographie initiale, résidentes de l'Estrie, 1998-1999 à 2002-2003



Source : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie

Figure 7 : Taux de référence pour investigation, mammographies subséquentes, résidentes de l'Estrie, 1998-1999 à 2002-2003



Source : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie

Le taux de référence régional ne rencontre pas les cibles visées par le programme. Cette situation sera apportée et discutée au Comité régional d'assurance de la qualité.

3.1.2 Taux de référence par groupe d'âge

En 2002-2003, le taux de référence a peu varié d'un groupe d'âge à l'autre, tant pour la mammographie initiale que pour les mammographies subséquentes (figures 8 et 9).

Figure 8 : Taux de référence pour investigation par groupe d'âge, mammographie initiale, résidentes de l'Estrie, 2002-2003

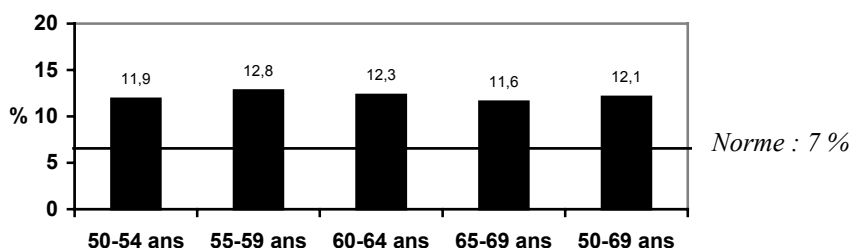
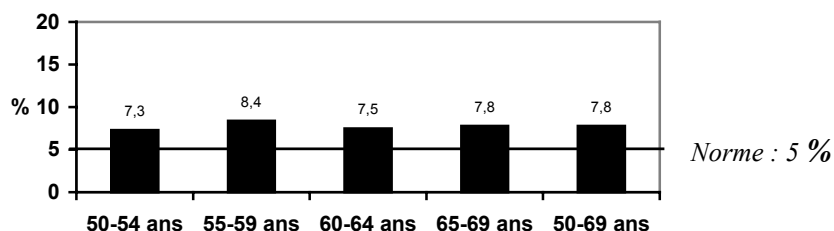


Figure 9 : Taux de référence pour investigation par groupe d'âge, mammographies subséquentes, résidentes de l'Estrie, 2002-2003

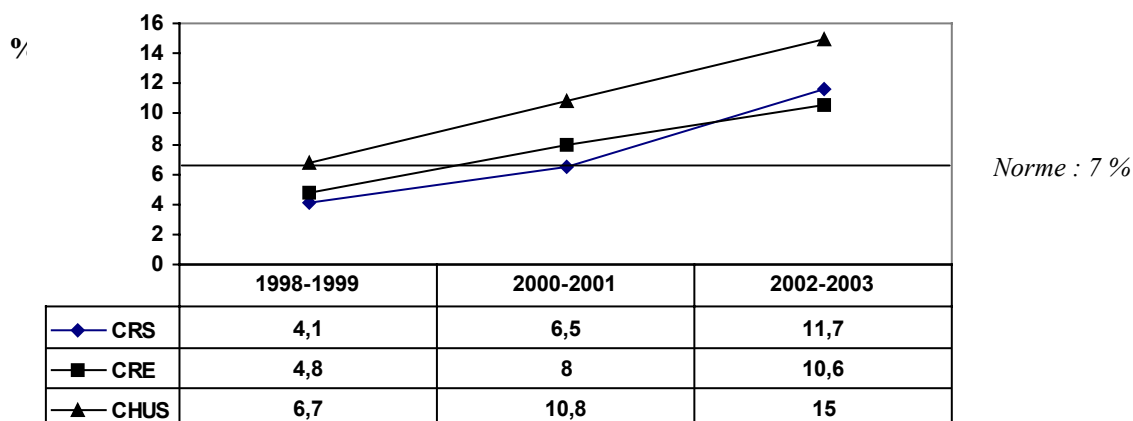


Source : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie

3.1.3 Taux de référence par centre de dépistage désigné

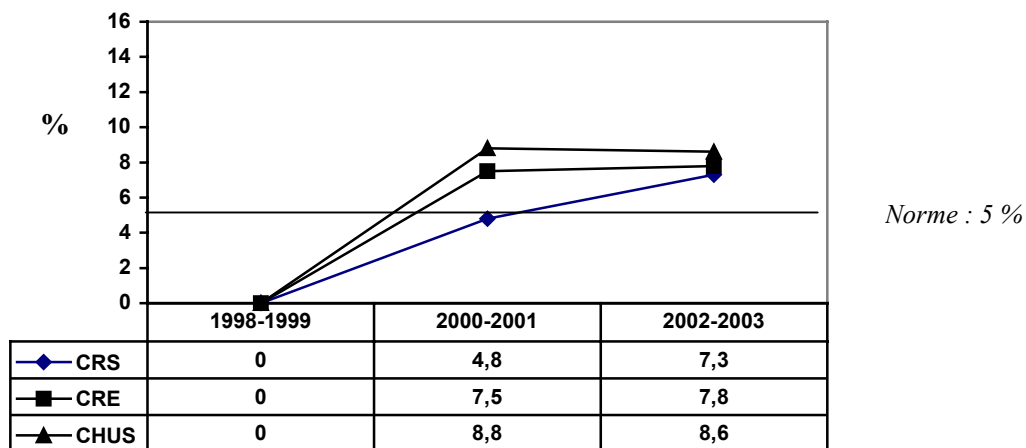
Le taux de référence augmente dans tous les centres. Pour la mammographie initiale, l'augmentation est notable dans les trois centres, en particulier au CHUS (figure 10). En ce qui concerne les mammographies subséquentes, on note une stabilisation du taux de référence autour de 8 % en 2002-2003 (figure 11)

Figure 10 : Taux de référence par centre de dépistage désigné, mammographie initiale, résidentes de l'Estrie, 1998-1999 à 2002-2003



CRS : Centre radiologique de Sherbrooke, CRE : Centre radiologique de l'Estrie, CHUS : Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
 Note : Le taux de référence est établi selon les données disponibles dans le SI-PQDCS.

Figure 11 : Taux de référence par centre de dépistage désigné, mammographies subséquentes, résidentes de l'Estrie, 1998-1999 à 2002-2003



CRS : Centre radiologique de Sherbrooke, CRE : Centre radiologique de l'Estrie, CHUS : Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Note : Le taux de référence est établi selon les données disponibles dans le SI-PQDCS.

Il est à souligner que la comparaison entre centres de dépistage est difficile à faire car une partie des écarts observés peut être due aux caractéristiques des clientèles (ex. : âge, milieu social, habitudes de vie, etc.) et aux petits nombres sur lesquels ces taux sont calculés.

Une harmonisation des pratiques professionnelles est souhaitable, de même que la recherche d'un taux de référence plus conforme aux normes du programme.

3.2. TAUX DE DÉTECTION DU CANCER DU SEIN

Le taux de détection du cancer du sein constitue également un important indicateur de résultat du programme. Il correspond à la proportion des participantes pour lesquelles un diagnostic de cancer du sein a été établi pendant l'année qui a suivi la réalisation d'une mammographie de dépistage qui s'est avérée anormale. Son calcul découle d'un jumelage entre les données saisies au système d'information du PQDCS et celles en provenance de la RAMQ, ainsi que du Fichier des tumeurs du MSSS.

Les normes fixées par le programme concernant le taux de détection sont les suivantes : un taux supérieur à 5 cancers pour 1 000 participantes à la mammographie initiale, et un taux supérieur à 3,5 pour 1 000 aux mammographies subséquentes.

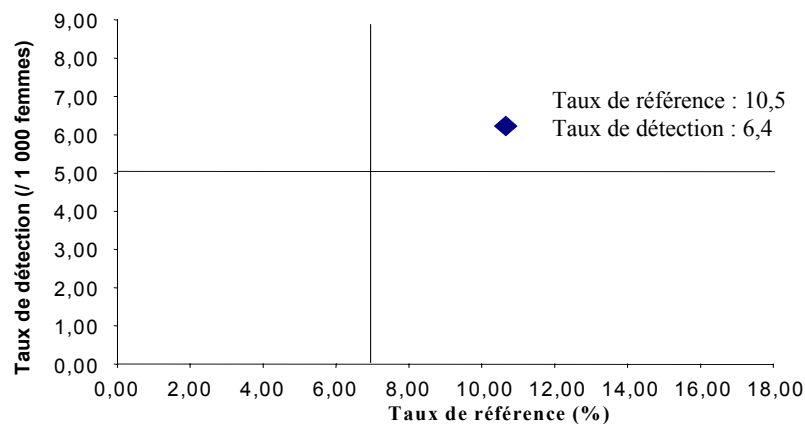
Parmi l'ensemble des femmes ayant eu une mammographie de dépistage en Estrie au cours de 2001 et 2002*, 36 cancers ont été détectés lors d'une mammographie initiale et 72 lors de mammographies subséquentes, résultant en un taux de détection de 6,4/1 000 pour la mammographie initiale et de 5,4/1 000 pour les mammographies subséquentes. Ces résultats dépassent les normes fixées par le programme.

* Lors de la rédaction de ce rapport, le taux de détection concernant 2002-2003 n'était pas encore disponible via l'INSPQ.

3.3 Taux de référence et taux de détection du cancer du sein

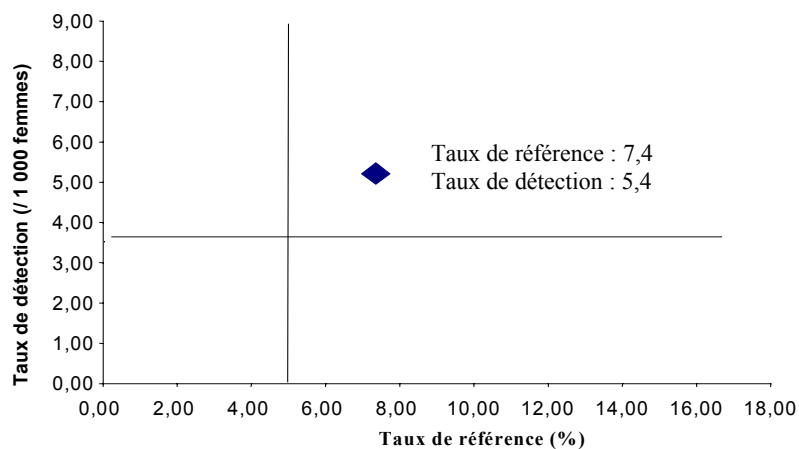
Le croisement du taux de référence et du taux de détection révèle que l'Estrie est en dehors des normes, autant pour la mammographie initiale que pour les subséquentes (figures 12 et 13).

Figure 12 : Taux de référence et taux de détection du cancer du sein, mammographie initiale, région de production : Estrie 2001-2002



Source: INSPQ

Figure 13 : Taux de référence et taux de détection du cancer du sein, mammographies subséquentes, région de production : Estrie 2001-2002



Source: INSPQ

L'idéal est d'avoir un taux de détection élevé et un taux de référence conforme aux normes, afin d'atteindre l'objectif de réduction de la mortalité tout en contenant les effets indésirables du dépistage.

Cette situation sera apportée au Comité régional d'assurance de la qualité, afin de sensibiliser les radiologistes à l'importance de diminuer le taux de référence régional.

3.4 VALEUR PRÉDICTIVE POSITIVE

Une valeur prédictive positive (VPP)* élevée reflète l'efficacité du dépistage en déterminant la proportion de femmes qui ont obtenu des résultats anormaux au dépistage et qui ont par la suite fait l'objet d'un diagnostic de cancer¹³. En Estrie, pour la période 2001-2002, la valeur prédictive positive se situe à 6,1 % pour la mammographie initiale, et à 7,3 % pour les mammographies subséquentes. Ces résultats sont supérieurs aux lignes directrices canadiennes, qui recommandent une valeur prédictive positive d'au moins 5,0 % à l'examen initial, et d'au moins 6,0 % à l'examen subséquent¹⁴.

Ces résultats de VPP reflètent les taux de détection élevés observés en Estrie; ils seraient toutefois meilleurs avec une réduction du taux de référence régional.

3.5 POURCENTAGE DE CANCERS DE TYPE *IN SITU*

Dans les cancers de type *in situ*, les cellules cancéreuses sont situées à l'intérieur d'un canal galactophore et n'envahissent pas le tissu mammaire adjacent. Il s'agit d'un stade précoce de cancer du sein. Au Québec, la norme est de 10 % ou plus.

En Estrie, le pourcentage des cancers détectés de type *in situ* pour 2001-2002 se situe à 20,6 % pour une mammographie initiale, et à 29,2 % pour les mammographies subséquentes, ce qui est au-dessus de la norme fixée par le programme.

4. EFFETS DU DÉPISTAGE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE LA CLIENTÈLE-CIBLE

4.1 MORTALITÉ PAR CANCER

L'objectif principal du Programme québécois de dépistage du cancer du sein est de réduire d'au moins 25 % en dix ans, de 1996 à 2006, le taux de mortalité causée par le cancer du sein chez les femmes visées par le dépistage.

Les données concernant la mortalité n'étant pas complètes pour l'Estrie, nous couvrirons ce sujet dans un bilan ultérieur.

* Valeur prédictive positive = taux de détection / taux de référence

5. RECOMMANDATIONS

- Augmenter et maintenir à 70 % le taux de participation des Estriennes de 50 à 69 ans au dépistage du cancer du sein. Ceci est une condition de base pour réduire la mortalité par cancer du sein chez les femmes de ce groupe d'âge. Des efforts supplémentaires devront être faits en vue d'atteindre cet important objectif.
- Réduire le taux de référence pour investigation en Estrie, qui est trop élevé actuellement, tant pour la mammographie initiale que pour les mammographies subséquentes. Cette situation constitue un résultat indésirable du dépistage.
- Maintenir le taux de détection actuel du cancer du sein.
- Réactiver le Comité régional d'assurance de la qualité qui est une table de discussion avec les partenaires, permettant l'identification des problèmes et la recherche de solutions régionales pour atteindre les objectifs du programme.
- Sensibiliser les femmes et les médecins à l'importance de poursuivre le dépistage du cancer du sein entre 65 et 69 ans, ainsi qu'après 70 ans.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Programme québécois de dépistage du cancer du sein - Cadre de référence. Québec : MSSS; 1996 Cadre de référence : p.13
- 2 Émond A., Pronovost R. Étude de la perception des médecins de l'Estrie en regard du PQDCS, Direction de santé publique et de l'évaluation, 2002
- 3 Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Programme québécois de dépistage du cancer du sein - Cadre de référence. Québec : MSSS; 1996 Cadre de référence : p.18
- 4 Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Programme québécois de dépistage du cancer du sein - Cadre de référence. Québec : MSSS; 1996 : p.18
- 5 Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Programme québécois de dépistage du cancer du sein - Cadre de référence. Québec : MSSS; 1996 : p. 6
- 6 Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Programme québécois de dépistage du cancer du sein - Cadre de référence. Québec : MSSS; 1996 : p. 22
- 7 Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Programme québécois de dépistage du cancer du sein - Cadre de référence. Québec : MSSS; 1996 : p. 29
- 8 Santé Canada. Rapport du groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein. Ottawa, Ont. : Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2000; p. 23
- 9 Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Bilan 1998-2003 – Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Québec : MSSS; 2004 : p. 53
- 10 Santé Canada. Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada : rapport de 1999 et 2000. Ottawa, Ont. : Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2003, p. 41
- 11 Santé Canada. Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada : rapport de 1999 et 2000. Ottawa, Ont. : Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2003, p. 33
- 12 Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Programme québécois de dépistage du cancer du sein - Cadre de référence. Québec : MSSS; 1996 : p. 34
- 13 Santé Canada. Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada : rapport de 1997 et 1998. Ottawa, Ont. : Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001, p.29
- 14 Santé Canada. Rapport du groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation : lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein, Ottawa, Ont. : Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002

Programme québécois
DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Activités de communication pour la période de septembre 2001 à février 2003 :

- Annonces publicitaires dans les médias écrits
- Affiche promotionnelle
- Message télévisé de 30 secondes

Thème retenu pour toutes les activités de communication :

- « *Je suis fidèle ... au rendez-vous* ». Je dis oui à la mammographie de dépistage aux deux ans.

Matériel promotionnel

Une affiche reprenant le thème retenu a été produite en français et diffusée, entre autres, dans les établissements du réseau de la santé, dans les pharmacies et les salons de coiffure en octobre 2001.

Annonces publicitaires

L'affiche promotionnelle a été diffusée (1/6) page à trois reprises en octobre 2001, dans le quotidien La Tribune. Elle a aussi été diffusée à deux reprises (1/4 page), en novembre 2001, dans les 7 hebdomadaires francophones de la région.

Message télévisé

Un message télévisé de 30 secondes a été produit avec la collaboration du réseau TVA de la région (TÉLÉ-7). Ce message reprend le thème retenu. On y retrouve d'ailleurs la personne figurant sur l'affiche ainsi que la Docteure Ginette Varin, responsable du programme en Estrie. Celle-ci invite la clientèle ciblée par le programme à dire oui à la mammographie aux deux ans. En Estrie, le programme est implanté depuis 1998.

Le message télévisé a été diffusé dans un premier temps en octobre et novembre 2001, selon les disponibilités de la station.

Il a été diffusé par la suite sur le réseau TVA de la région, tout le mois d'octobre 2002 (environ 54 occasions), et à nouveau en février 2003, pour le même nombre d'occasions.

Ginette Varin, avril 2004.

Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie

**Programme québécois
de dépistage du cancer du sein**

Plan de communication 2003-2004

Présenté par

Ginette Varin, M.D.

Août 2004

1. ÉTAT DE SITUATION

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) fonctionne depuis plus de 5 ans en Estrie. Le PQDCS vise à réduire d'au moins 25 % la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans en 10 ans. Pour réaliser cet objectif, il est nécessaire d'atteindre et de maintenir un taux de participation au programme de 70 % et d'offrir des services de grande qualité.

L'évaluation du programme pour 2001-2002 révèle que le taux de participation des Estriennes au programme se situe à 58,1 %, par rapport à 45 % pour l'ensemble du Québec. De plus, seulement 3 femmes sur 4 reviennent passer une mammographie de dépistage subséquente, ce qui est observé dans tout le Québec. Il y a donc encore du travail à faire pour inciter les femmes à passer régulièrement des mammographies de dépistage.

Il est bien connu que le facteur le plus important qui incite une femme à passer une mammographie de dépistage est la recommandation de son médecin traitant.

2. CLIENTÈLES CIBLÉES ET OBJECTIFS

Les médecins sont la clientèle ciblée en 2003-2004.

1. *Médecins prescripteurs (omnipraticiens, gynécologues, chirurgiens, radiologistes)*

Objectifs :

- Rappeler les lignes directrices du programme et favoriser l'adhésion des médecins prescripteurs à ces lignes;
- Renforcer le rôle du médecin dans la prescription de la mammographie;
- Renforcer le rôle du médecin traitant dans le suivi des femmes, surtout celles qui ont une mammographie de dépistage anormale;
- Donner l'information sur la performance du programme et des services offerts en Estrie.

2. *Médecins spécialistes collaborateurs actifs au PQDCS (radiologistes, chirurgiens, pathologistes)*

Objectifs :

- Donner l'information sur la performance du programme et des services offerts en Estrie;
- Renforcer leur participation et leur engagement dans l'élaboration et le maintien de mécanismes d'assurance de la qualité en Estrie.

3. STRATÉGIE

L'axe de communication s'articule autour du renforcement de l'engagement des médecins au dépistage du cancer du sein : a) pour les médecins prescripteurs, l'engagement à promouvoir la mammographie de dépistage chez les femmes de 50 à 69 ans, à encourager les femmes à adhérer au programme et à assurer le suivi des femmes; b) pour les médecins collaborateurs, l'engagement à assurer des services de grande qualité dans le cheminement des femmes et à participer aux mécanismes d'assurance de la qualité.

4. OUTILS

a) *Pour les médecins traitants*

- Calendrier 2004;
- Dépliant de 4 pages sur la prescription de la mammographie et des examens complémentaires.

b) *Pour les médecins spécialistes partenaires (radiologistes, chirurgiens, pathologistes)*

- Rencontre avec les radiologistes des Centres de dépistage désignés (CDD) privés;
- Rencontre avec les radiologistes du Centre régional d'investigation désigné (CRID);
- Rencontre avec les chirurgiens du sein en Estrie;
- Rencontre avec les pathologistes du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS);
- Tasses personnalisées.

c) *Pour le personnel des trois CDD et du CRID*

- Tasses personnalisées.

d) *Pour les femmes*

- Annonce dans La Tribune.
- Message télévisé (TVA : Télé-7)

5. CALENDRIER DES ACTIVITÉS

Novembre 2003	:	Rencontre avec les pathologistes Rencontre avec les chirurgiens du sein
Décembre 2003	:	Envoi du calendrier 2004 aux médecins de la région Rencontre avec les radiologistes des CDD privés
Février 2004	:	« 5 à 7 » avec le personnel des CDD et du CRID
Mars 2004	:	Annonce dans La Tribune
Mai 2004	:	Envoi d'un dépliant aux médecins de la région

6. RESSOURCES HUMAINES REQUISES

Le calendrier, le dépliant, l'annonce dans La Tribune relèvent du Service des communications en collaboration avec la DSPE et le CCSR.