

CORRIDORS DE SERVICES DE SANTÉ EFFICIENTS DANS LE DIAGNOSTIC ET LES TRAITEMENTS DES FEMMES AVEC UN CANCER DU SEIN

Rapport de recherche

Isabelle Bairati, M.D., Ph. D.^{1,2,3}

Édith Jobin, M. Sc.²

Lise Fillion, Ph. D.²

Marie Larochelle, M.D.⁴

Marie-Claude Messely, M.D., M.A.P.¹

Linda Vincent, M.D.⁵

André Dontigny, M.D.⁶

Recherche subventionnée par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, le Fonds de la recherche en santé du Québec et le Ministère de la Santé et des Services sociaux

Décembre 2005

1 Direction régionale de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale

2 Centre de recherche en cancérologie de l'Université Laval, Centre hospitalier universitaire de Québec, L'Hôtel-Dieu de Québec

3 Département de chirurgie, Faculté de médecine, Université Laval

4 Département de radio-oncologie, Centre hospitalier universitaire de Québec, L'Hôtel-Dieu de Québec

5 Département de radio-oncologie, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

6 Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada, 2005
Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec, 2005

ISBN : 2-89496-305-X

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

Citation suggérée :

Bairati, Isabelle *et al.* *Corridors de services de santé efficients dans le diagnostic et les traitements des femmes avec un cancer du sein : rapport de recherche*, Beauport, Direction régionale de santé publique, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 2005, v; 25p. et ann.

REMERCIEMENTS

Cette recherche, financée par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), a bénéficié de la collaboration de plusieurs organismes et institutions : le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ-Hôtel-Dieu), le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHR-TR), le Centre de recherche en cancérologie de l'Université Laval (CHUQ-Hôtel-Dieu), le ministère de la Santé et des Services sociaux et les directions de santé publique (DSP) des Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale et, de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Nous tenons aussi à souligner l'engagement des deux directions de santé publique dans cette recherche qui ont agi comme commanditaire.

Nos remerciements s'adressent aux membres de ces institutions et organisations qui nous ont généreusement fait bénéficier de leur expertise lorsqu'ils étaient interpellés par l'équipe de recherche : M^{me} Pauline Thiboutot (MSSS), Dr Marie Rochette (MSSS), Dr Jacques Brisson (INSPQ), M^{me} Louise Grégoire (DSP de la Capitale nationale). Nous remercions également les professionnels de recherche qui ont participé à la collecte des données menée auprès des femmes et à la validation des données.

Enfin, nous désirons remercier chaleureusement les femmes atteintes d'un cancer du sein qui ont accepté de se remémorer une histoire parfois douloureuse. Ce rapport de recherche leur est dédié.

PRINCIPAUX MESSAGES

Actuellement, les femmes diagnostiquées avec un cancer du sein le sont soit en utilisant le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (corridor « PQDCS »), soit en utilisant les services cliniques habituels (corridor « clinique »). Les principaux messages issus de cette recherche concernent ces deux corridors de services :

- ✓ Le médecin est un acteur important dans la référence initiale pour les deux corridors de services. Il semble favoriser la participation des femmes au PQDCS. L'indication médicale influence le délai pour la 1^{re} procédure au sein. Le médecin se doit donc d'être clair dans les raisons de sa référence à la fois auprès des patientes et des professionnels de la santé.
- ✓ Les femmes perçoivent le médecin comme un acteur facilitant les références tout au long du continuum de services.
- ✓ La désignation par le PQDCS de centres de dépistage et de centres de référence pour investigations a permis de formaliser le réseau de services pour le dépistage et le diagnostic du cancer du sein. Les services du PQDCS sont largement utilisés par les femmes du corridor « clinique ». Il s'agit d'un succès en regard des objectifs du PQLC.
- ✓ Le corridor « PQDCS » n'est pas associé à de plus courts délais pour établir le diagnostic de cancer du sein que le corridor « clinique ». La présence de symptôme ou de signe clinique apparaît être un déterminant important associé aux délais les plus courts.
- ✓ Les délais observés chez les femmes diagnostiquées avec un cancer du sein ne rencontrent pas les normes canadiennes recommandées à la fois pour les femmes du corridor « PQDCS » et pour celles du corridor « clinique ». Une meilleure intégration fonctionnelle des services visant, entre autres, à diminuer le nombre de visites pour les investigations, pourrait être la prochaine étape à viser pour réduire les délais.

RÉSUMÉ

La littérature scientifique suggère que des délais excessifs de prise en charge des femmes avec un cancer du sein peuvent influencer leur pronostic. En conséquence, les guides de pratique s'orientent de plus en plus pour définir et recommander des délais optimaux à différents stades de la prise en charge des patientes avec un cancer du sein. Le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) et le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) ont tous deux comme objectif de garantir aux patient(e)s atteint(e)s d'un cancer une meilleure continuité des services de santé.

Dans cette étude, nous avons adressé la problématique de la continuité des services de santé en utilisant comme indicateurs de continuité, les différents délais de prise en charge au cours du continuum de services offert aux femmes atteintes d'un cancer du sein.

Six corridors de services utilisés par 696 femmes atteintes d'un cancer du sein ont été identifiés et examinés en termes de délais. Ces corridors de services ont été déterminés à partir de deux critères. La détection du cancer du sein dans le cadre du PQDCS ou dans le cadre clinique usuel permettait de définir respectivement le corridor « PQDCS » et le corridor « clinique ». Chacun de ces corridors était ensuite subdivisé en trois corridors selon l'indication de la référence pour une investigation au sein (dépistage, symptomatologie ou suivi pour une anomalie au sein). La détection du cancer dans le cadre du PQDCS ou dans le cadre clinique usuel n'était pas associée dans notre population d'étude aux délais de prise en charge conduisant au diagnostic et au premier traitement. Par ailleurs, l'indication de la référence était associée aux

délais. Les femmes présentant une symptomatologie, qu'elles appartiennent ou non au PQDCS, étaient celles qui présentaient les plus courts délais pour établir le diagnostic de cancer du sein et pour débiter le traitement chirurgical. En considérant les normes canadiennes de délais recommandés entre la 1^{re} procédure au sein et le diagnostic de cancer, entre 63 % et 89 % des femmes présentant une symptomatologie répondaient à ces normes, alors que ces pourcentages variaient entre 43 % et 50 % pour les femmes avec un suivi et entre 32 % et 46 % chez les femmes diagnostiquées par dépistage. À la suite du diagnostic, le traitement chirurgical avait lieu à l'intérieur de deux semaines pour 52 % et 57 % des femmes avec une symptomatologie, pour 32 % des femmes avec un suivi et pour 36 % et 37 % des femmes dépistées.

Le PQDCS a permis de formaliser les services pour le dépistage et le diagnostic du cancer du sein en désignant des centres de dépistage et des centres de référence pour investigations. Ces services sont utilisés à la fois par les femmes diagnostiquées dans le cadre du PQDCS et par celles diagnostiquées dans le cadre clinique usuel. En effet, 85 % et 74 % des femmes du corridor « clinique » utilisaient respectivement les services du PQDCS pour leur examen initial et leur examen diagnostique. En dépit de structures destinées à la détection et à l'investigation du cancer du sein, le nombre de jours nécessaires pour compléter les investigations demeure élevé, en particulier pour les femmes dépistées, du fait probablement de plus petites tumeurs à investiguer. Une prochaine étape à viser pour améliorer le continuum de services offert aux femmes avec un cancer du sein serait une meilleure intégration fonctionnelle des services afin de réduire les délais de prise en charge des femmes. D'autres constats issus de cette recherche sont présentés à la section des messages principaux.

TABLE DES MATIÈRES

1. CONTEXTE	1
2. IMPLICATIONS.....	3
3. OBJECTIFS.....	3
4. APPROCHE	4
4.1 Devis	4
4.2 Patientes	4
4.3 Collecte des données.....	5
4.3.1 Entrevue des femmes au moment de leur traitement de radiothérapie	5
4.3.2 Entrevue téléphonique des femmes suivant la fin des traitements de radiothérapie.....	6
4.3.3 Données médicales.....	6
4.4 Identification des délais et des corridors de services	7
4.4.1 Délais	7
4.4.2 Corridors de services.....	7
4.5 Analyses statistiques	8
4.6 Partenariat avec les décideurs	9
5. RÉSULTATS	10
5.1 Description des participantes	10
5.2 Accessibilité.....	10
5.3.1 Délais durant la période prédiagnostique.....	12
5.3.2 Délais durant la période d’investigations.....	13
5.3.3 Délais durant la période de traitement	17
5.3.4 Satisfaction des femmes en regard des délais et corridors de services.....	19
5.3.5 Perception des femmes concernant la continuité et discontinuité des services	20
6. RELATIONS ENTRE LES CORRIDORS DE SERVICES ET LA QUALITÉ DE VIE DES FEMMES, LEUR ÉTAT ÉMOTIONNEL, LEUR ADAPTATION AU CANCER ET LES ÉVÉNEMENTS RELIÉS À LEUR CANCER.....	22
6.1 Qualité de vie et état émotionnel des femmes	22
6.2 Adaptation à la maladie et sources de stress relié au cancer.....	22
7. RECHERCHES PLUS APPROFONDIES.....	23
RÉFÉRENCES	24
ANNEXES	

1. CONTEXTE

La littérature scientifique suggère que des délais excessifs de prise en charge des femmes avec un cancer du sein peuvent influencer leur pronostic. Deux méta-analyses menées à partir de l'ensemble des études disponibles supportent cette hypothèse. Richards et al.¹ ont montré que des délais de plus de trois mois entre la détection d'un symptôme au sein et le début des traitements étaient associés à un excès de mortalité. L'étude de Whelan et al.² suggère que des délais de plus de six mois entre la chirurgie et le début de la radiothérapie sont eux aussi associés à un excès de décès. Par ailleurs, plusieurs études montrent que des attentes prolongées à certains moments du continuum de services génèrent de l'anxiété chez les femmes atteintes d'un cancer du sein. En conséquence, les guides de pratique recommandent de plus en plus des délais optimaux à différents stades de la prise en charge des patientes avec un cancer du sein³⁻⁵.

Depuis 1997, le Québec s'est doté d'un Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC). Ce programme a pour objectif d'implanter un réseau intégré de lutte contre le cancer en proposant, entre autres, la mise en place de corridors de services permettant de hiérarchiser les services en oncologie du local au suprarégional selon l'expertise des milieux cliniques pour certains types de cancer⁶. Par ailleurs, l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) depuis 1998 contribue à la structuration des corridors de services, tout au moins chez les femmes asymptomatiques et dépistées avec un cancer du sein, du fait de la nomination des centres de dépistage désignés (CDD) et des centres de référence pour investigations désignés (CRID)⁷. Ces deux programmes gouvernementaux ont comme point commun de vouloir garantir une meilleure continuité des services de santé.

La continuité des services de santé est un concept multidimensionnel faisant référence à la continuité informationnelle, relationnelle et d'approche⁸. Dans notre étude, nous nous sommes intéressés plus particulièrement au concept de continuité d'approche et avons adopté la définition de continuité proposée par Shortell⁹ : « La continuité des soins est la mesure avec laquelle les services sont reçus selon une succession d'événements coordonnés et ininterrompus en accord avec les besoins médicaux des patients ». Les différents délais de prise en charge au cours du continuum de services offert aux femmes atteintes d'un cancer du sein ont été utilisés dans notre recherche comme des indicateurs de continuité. Par ailleurs, nous avons identifié six corridors de services à partir de deux critères. La détection du cancer du sein dans le cadre du PQDCS ou dans le cadre clinique usuel permettait de définir respectivement le corridor « PQDCS » et le corridor « clinique ». Chacun de ces corridors était ensuite subdivisé en trois corridors selon l'indication de la référence (dépistage, symptomatologie ou suivi pour une anomalie au sein). Les corridors étaient qualifiés d'efficients sur le plan médical s'ils permettaient d'offrir dans des délais optimaux une détection du cancer à un stade relativement précoce et un traitement à visée curative répondant aux grandes lignes du guide de pratique clinique canadien¹⁰.

C'est dans ce contexte d'implantation de deux programmes majeurs en oncologie au Québec que nous avons réalisé notre étude afin, entre autres, de vérifier si l'organisation du réseau de services en cancer du sein permettait d'assurer une meilleure continuité des services en utilisant comme indicateur de continuité les différents délais au cours du continuum de services de santé.

2. IMPLICATIONS

Les principales conclusions de cette recherche concernant les femmes diagnostiquées avec un cancer du sein dans le cadre du PQDCS (corridor « PQDCS ») et les femmes diagnostiquées dans un cadre clinique (corridor « clinique ») sont les suivantes :

- Le médecin est un acteur important dans la référence à la fois pour les femmes du corridor « PQDCS » et pour celles du corridor « clinique ».
- Les services des centres de dépistage et de référence pour investigations désignés par le PQDCS sont largement utilisés par les femmes du corridor « clinique ».
- Le corridor « PQDCS » n'est pas associé à de plus courts délais pour établir le diagnostic de cancer du sein que le corridor « clinique ».
- La présence de symptôme ou de signe clinique semble être un déterminant important associé aux délais les plus courts pour le diagnostic et le premier traitement.
- Les délais observés chez les femmes diagnostiquées avec un cancer du sein ne rencontrent pas les normes canadiennes recommandées à la fois pour les femmes du corridor « PQDCS » et pour celles du corridor « clinique ».
- Une meilleure intégration fonctionnelle des services pourrait être la prochaine étape à viser pour réduire les délais.

3. OBJECTIFS

- 1) Identifier les corridors de services associés à des délais optimaux aux différents stades de la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein.
- 2) Identifier les corridors de services associés à la satisfaction et à la qualité de vie des patientes, ainsi qu'à leur adaptation à la maladie.

- 3) Décrire selon la perception des femmes atteintes d'un cancer du sein les facteurs favorisant ou non la continuité des services de santé en oncologie, dont les modes de référence.

4. APPROCHE

4.1 Devis

Une étude de cohorte a été menée auprès de 696 femmes nouvellement diagnostiquées avec un cancer du sein et recevant un traitement à visée curative par chirurgie et radiothérapie adjuvante. Toutes les femmes ont été recrutées entre le 15 septembre 2002 et le 26 octobre 2003 dans deux centres de radiothérapie de la province de Québec : Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), Hôtel-Dieu de Québec et Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRT). Ces deux centres de radio-oncologie ont été choisis pour prendre en compte une pratique en région universitaire et une pratique en région non-universitaire. Cette étude a été approuvée par les comités d'éthique et la Commission d'accès à l'information du Québec.

4.2 Patientes

Les femmes éligibles devaient être âgées de plus de 18 ans, avoir un nouveau cancer du sein de stade relativement précoce (in situ, I, II ou IIIa opérable selon la classification TNM, 5^e édition), ne pas avoir d'antécédents de cancer du sein et ne pas présenter de pathologies affectant la mémoire. Elles devaient toutes recevoir un traitement à visée curative comprenant une radiothérapie adjuvante. Au total, 1293 femmes avec un cancer du sein potentiellement éligibles ont été identifiées. Parmi ces femmes, 696 ont accepté de participer à l'étude, 202 étaient inéligibles, 373 ont refusé de participer à l'étude et 22 n'ont pas pu être rejointes. Les causes de refus étaient un manque d'intérêt à collaborer à une étude (32 %) ou la participation à d'autres

études (9 %), la présence de problèmes de santé (26 %), un problème de transport (19 %) ou un manque de temps (14 %).

4.3 Collecte des données

4.3.1 Entrevue des femmes au moment de leur traitement de radiothérapie

L'entrevue se déroulait au cours de la 2^e semaine de traitement en radiothérapie et comportait plusieurs questionnaires administrés par des assistantes de recherche.

Histoire de la maladie et trajectoire de soins :

Un questionnaire semi-structuré était administré afin de reconstituer l'histoire de la maladie et la trajectoire des femmes dans les services de santé. L'indication médicale ayant conduit aux investigations était estimée à partir de l'histoire rapportée par les femmes. Les raisons de la référence étaient : 1) dépistage par mammographie soit dans le cadre du PQDCS, soit dans le cadre d'une consultation médicale; 2) découverte d'un symptôme au sein par la femme ou d'un signe clinique par le médecin (masse, autres symptômes évocateurs de cancer du sein, symptômes au sein mais non évocateurs de cancer) et 3) suivi régulier pour une anomalie mammographique ou pour une pathologie des seins (fibroadénome, kyste ou masse). Plusieurs questions ouvertes permettaient de reconstituer la trajectoire des patientes à travers les services de santé et une grille préétablie permettait de recenser toutes les consultations, examens et traitements pertinents à la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein. Enfin, des questions spécifiques concernaient l'identification et la description de tous les événements, dont les modes de référence, ayant affecté favorablement ou non les délais de prise en charge aux différentes étapes. Tout le matériel recueilli à l'aide de ce questionnaire était codé selon une

grille préétablie afin de répondre au 3^e objectif de l'étude. Le questionnaire semi-structuré et la méthodologie utilisée pour répondre au 3^e objectif ont déjà été décrits en détail¹¹.

Caractéristiques des femmes et indicateurs de consommation de soins :

Un questionnaire épidémiologique était ensuite administré aux femmes afin de décrire leurs caractéristiques sociodémographiques, leurs principaux facteurs de risque de cancer du sein, les facteurs classiquement associés aux délais de la prise en charge des patientes avec un cancer du sein, ainsi que certains indicateurs de consommation de soins¹².

Satisfaction et état émotionnel des femmes :

La satisfaction des femmes en regard des délais de prise en charge aux différentes étapes du continuum de services était évaluée selon le format proposé par Brédard¹³. Un questionnaire validé¹⁴ était administré aux femmes afin d'évaluer au cours de la semaine précédant l'entrevue leur état émotionnel selon six profils : anxiété, dépression, colère, fatigue, énergie et confusion.

4.3.2 Entrevue téléphonique des femmes suivant la fin des traitements de radiothérapie

Deux semaines après la fin des traitements de radiothérapie, les femmes étaient contactées par téléphone pour évaluer : 1) leur qualité de vie¹⁵, 2) leur adaptation à la maladie¹⁶ et 3) les événements de vie récents reliés au cancer et identifiés comme des sources de stress¹⁷.

4.3.3 Données médicales

À partir des informations obtenues auprès des femmes et de leur dossier médical, tous les rapports d'exams au sein, de traitements, de cytologie et de pathologie étaient demandés dans les cliniques ou établissements fréquentés par les femmes. Les dates et les résultats de ces actes médicaux étaient retranscrits. Tous les actes relatifs au cancer du sein étaient aussi extraits de la

base de données des services médicaux de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Nous avons aussi accès aux actes répertoriés dans le système d'information du PQDCS.

4.4 Identification des délais et des corridors de services

4.4.1 Délais

Les délais rapportés dans cette étude sont une différence de temps (en jours) entre deux dates. Toutes les dates des consultations, procédures diagnostiques, ou traitements nécessaires à l'obtention des délais étaient validées grâce aux données de la RAMQ. En cas de divergence ou d'absence d'actes correspondants dans le fichier de données de la RAMQ, la date mentionnée sur le rapport écrit était celle prise en compte. Pour le délai entre l'apparition du 1^{er} symptôme et la date de prescription de la 1^{re} procédure, seule la date de prescription était validée pour les médecins travaillant à l'acte. La date de la 1^{re} procédure correspondait au 1^{er} examen, autre que l'examen clinique des seins, ayant débuté l'investigation du cancer. Cette 1^{re} procédure pouvait être une mammographie bilatérale ou unilatérale, une échographie, une ponction à l'aiguille fine, une biopsie non chirurgicale ou une procédure chirurgicale. La procédure diagnostique correspondait à une ponction à l'aiguille fine montrant des cellules malignes ou à une biopsie ou un acte chirurgical rapportant une pathologie de cancer. La date de 1^{re} chirurgie correspondait au 1^{er} acte chirurgical correspondant à une biopsie ouverte ou une mastectomie. La date de début de traitement de radiothérapie correspondait à la date de 1^{re} irradiation et la date de début de chimiothérapie correspondait à la date du 1^{er} cycle de chimiothérapie.

4.4.2 Corridors de services

Les corridors de services identifiés dans cette recherche l'ont été a priori à partir de deux facteurs influençant la trajectoire des femmes dans le système de santé : 1) diagnostic de cancer établi

dans le cadre du PQDCS ou dans le cadre clinique usuel et 2) les indications ayant conduit aux investigations (dépistage, symptôme ou signe clinique, suivi pour une anomalie au sein). Si la 1^{re} procédure au sein était une mammographie de dépistage réalisée dans le cadre du PQDCS, alors les femmes étaient considérées comme faisant partie du corridor «PQDCS ». Cette information a été validée à partir des bases de données de la RAMQ et du PQDCS. Les femmes ne participant pas au PQDCS faisaient partie du corridor « clinique ». Les corridors « PQDCS » et « clinique » ont alors été subdivisés en trois corridors selon l'indication de la 1^{re} procédure. Six corridors de services ont été examinés : le corridor « PQDCS-dépistage » (femmes ayant comme 1^{re} procédure une mammographie de dépistage du PQDCS et une indication de dépistage), le corridor « PQDCS-symptôme » (femmes ayant comme 1^{re} procédure une mammographie de dépistage du PQDCS et présentant un symptôme ou un signe clinique), le corridor « PQDCS-suivi » (femme ayant comme 1^{re} procédure une mammographie de dépistage du PQDCS et ayant un suivi), le corridor « clinique-dépistage » (femme ayant comme 1^{re} procédure une mammographie bilatérale en dehors du PQDCS et une indication de dépistage), le corridor « clinique-symptôme » (femme ayant comme 1^{re} procédure un examen à visée diagnostique et présentant un symptôme ou un signe clinique), le corridor « clinique-suivi » (femme ayant comme 1^{re} procédure un examen à visée diagnostique et ayant un suivi).

4.5 Analyses statistiques

Les différents délais ont été décrits par les médianes, les 25^e et 75^e percentiles, ainsi que par les moyennes et les écarts-types (ET). A la fois, le test de Kruskal-Wallis et l'analyse de variance ont été utilisés pour comparer les délais entre les corridors de services. Dans le cas de différence statistiquement significative ($p < 0,05$), des comparaisons deux à deux étaient réalisées à l'aide du test de Tukey prenant en compte l'effet des comparaisons multiples. Les différences de

moyennes entre les groupes ont été calculées, ainsi que les intervalles de confiance (IC) calculés selon la méthode de Tuckey. La comparaison des corridors de services pour les variables catégorielles caractérisant les femmes, leur maladie, et leurs traitements était réalisée à l'aide du test du chi-carré ou du test exact de Fisher. Pour toutes ces comparaisons, nous n'avons pas considéré les cinq femmes appartenant au corridor « PQDCS-suivi » en raison du faible effectif de ce groupe. Des analyses restreintes à certains groupes de femmes (ex. : âge de 50 à 69 ans, région sociosanitaire des femmes) ont été réalisées afin de vérifier si les différences observées dans les délais étaient retrouvées de manière consistante selon ces facteurs.

4.6 Partenariat avec les décideurs

Dès la conceptualisation de l'étude, des collaborations ont été mises en place entre les chercheurs et les représentants de la Direction générale de santé publique et la Direction des affaires médicales et universitaires du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) responsables respectivement du PQLC et du PQDCS. La même relation s'est établie avec les représentants des directions de santé publique des Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale et, de la Mauricie et du Centre-du-Québec responsables de la mise en place sur le terrain du PQLC et du PQDCS. L'équipe de recherche a été invitée par ces décideurs à présenter et discuter les objectifs et le protocole d'étude au sein de chacune des organisations. Au cours de la collecte des données, les liens ont été établis sur une base annuelle afin d'informer les décideurs de l'état de la collecte des données. Dès la production des premiers résultats, des liens réguliers (un total de cinq rencontres) entre des membres de l'équipe de recherche et un représentant de l'Institut national de santé publique du Québec en charge de l'évaluation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein ont eu

lieu afin de valider, commenter, et interpréter les résultats. Comme recommandé par la FCRSS, ce rapport a été lu et commenté par plusieurs de nos partenaires décideurs.

5. RÉSULTATS

5.1 Description des participantes

La moyenne d'âge des femmes était de 56 ans (ET : 10). Les deux tiers des femmes diagnostiquées avec un cancer du sein avaient un âge entre 50 et 69 ans correspondant à l'âge éligible pour participer au PQDCS (Tableau I en annexe). Parmi ces femmes de 50 à 69 ans, la moitié était diagnostiquée dans le cadre du PQDCS. Une description plus détaillée des femmes et de leur maladie est présentée dans les tableaux I à IV en annexe.

5.2 Accessibilité

Pour les femmes diagnostiquées dans le cadre du PQDCS, les médecins semblent jouer un rôle important dans l'accessibilité, puisque 40 % de celles-ci avaient reçu une prescription d'un médecin (Tableau 1). L'utilisation d'une prescription était plus fréquente chez les femmes nouvellement participantes au PQDCS.

Le PQDCS s'adresse aux patientes de 50 à 69 ans asymptomatiques, c'est-à-dire « à toute femme qui, avant d'être invitée à participer au dépistage, n'a pas consulté et n'avait pas l'intention de consulter son médecin pour des problèmes au sein⁷ ». On constate qu'en dépit de cette ligne directrice, 12 % des femmes diagnostiquées dans le corridor « PQDCS » avaient un symptôme ou un suivi régulier pour une anomalie au sein.

Tableau 1 : Délais au cours de la période prédiagnostique selon les corridors de services

	Corridor PQDCS (n=231)			Corridor clinique (n=465)			Valeur p
Délais (en jours)	Corridor PQDCS- dépistage (n=203)	Corridor PQDCS- symptôme (n=23)	Corridor PQDCS- suivi (n=5)	Corridor clinique- dépistage (n=99)	Corridor clinique- symptôme (n=313)	Corridor clinique- suivi (n=53)	
Délai entre la lettre d'invitation du PQDCS et la 1 ^{re} procédure chez les femmes ayant utilisé uniquement la lettre du PQDCS	n=126	n=12	n=0				
Médiane, 25 %-75 %	96 (47-178)	63 (38-653)		NA	NA	NA	0,87
Moyenne (Écart-type)	168 (223)	354 (499)					0,23
Délai entre la prescription du médecin et la 1 ^{re} procédure	n=76	n=11	n=5	n=98	n=313	n=52	
Médiane, 25 %-75 %	38 (21-103)	22 (11-34)	9 (9-14)	26 (9-76)	8 (2-21)	54 (18-183)	<0.0001
Moyenne (Écart-type)	77 (107) ^a	22 (12) ^e	78 (155)	58 (85) ^{d,c}	24 (55) ^{a,b,d}	107 (115) ^{b,c,e}	<0,01
Délai entre le 1 ^{er} symptôme détecté par la femme et la prescription médicale pour la 1 ^{re} procédure		n=11			n=278		
Médiane, 25 %-75 %	NA	27 (6-61)	Indéterminé	NA	18 (4-50)	Indéterminé	0,27
Moyenne (Écart-type)		62 (84)			60 (226)		0,99

Corridor « PQDCS » : la 1^{re} procédure est une mammographie de dépistage du PQDCS. Corridor « clinique » : la 1^{re} procédure n'est pas réalisée dans le cadre du PQDCS. Corridor « PQDCS-dépistage » : femmes ayant comme 1^{re} procédure une mammographie de dépistage du PQDCS et une indication de dépistage. Corridor « PQDCS-symptôme » : femmes ayant comme 1^{re} procédure une mammographie de dépistage du PQDCS et présentant un symptôme ou un signe clinique. Corridor « PQDCS-suivi » : femme ayant comme 1^{re} procédure une mammographie de dépistage du PQDCS et un suivi pour une anomalie au sein. Corridor « clinique-dépistage » : femme ayant comme 1^{re} procédure une mammographie bilatérale en dehors du PQDCS et une indication de dépistage. Corridor « clinique-symptôme » : femme ayant comme 1^{re} procédure un examen à visée diagnostique et présentant un symptôme ou un signe clinique. Corridor « clinique-suivi » : femme ayant comme 1^{re} procédure un examen à visée diagnostique et un suivi pour une anomalie au sein. La 1^{re} procédure est une mammographie bilatérale de dépistage pour les femmes diagnostiquées dans le cadre du PQDCS. Pour les femmes diagnostiquées en dehors du PQDCS, la 1^{re} procédure est une mammographie ou une échographie ou une ponction à l'aiguille fine ou une biopsie non chirurgicale ou une procédure chirurgicale. ^{a, b, c, d, e,} indiquent que les moyennes entre deux groupes ayant le même exposant sont statistiquement différentes (p<0,05). NA : ne s'applique pas.

Les femmes du corridor « clinique » obtiennent majoritairement leurs services des centres désignés du PQDCS : 85 % des femmes du corridor « clinique » utilisaient les services des CDD pour leur 1^{re} procédure et 74 % utilisaient les services des CRID pour leur procédure diagnostique (Tableau III en annexe).

5.3 Continuité

5.3.1 Délais durant la période prédiagnostique

Pour les femmes diagnostiquées dans le cadre du PQDCS et ayant utilisé uniquement la lettre d'invitation du PQDCS, les délais entre la date d'envoi de la lettre et la date de la mammographie de dépistage sont présentés au Tableau 1. Le délai moyen était de 168 jours (médiane de 96 jours) chez les femmes du corridor « PQDCS-dépistage » et de 354 jours (médiane de 63 jours) chez celles du corridor « PQDCS-symptôme ».

Chez les femmes utilisant une prescription médicale, le délai entre la prescription médicale et la 1^{re} procédure variait selon les corridors de services ($p < 0,01$). Cependant, il n'y avait pas de différence significative de délai entre les femmes ayant les mêmes indications médicales qu'elles soient diagnostiquées dans le corridor « PQDCS » ou le corridor « clinique ». Les moyennes de délais étaient respectivement chez les femmes du corridor « PQDCS » et chez celles du corridor « clinique » de 77 et 58 jours pour les femmes dépistées, de 22 et 24 jours pour les femmes symptomatiques et de 78 et 107 jours pour les femmes avec un suivi. Les différences observées demeuraient similaires chez les femmes de 50 à 69 ans et selon les régions sociosanitaires des femmes. L'important délai observé chez les femmes avec un suivi est en lien avec la pratique

des médecins de remettre la prescription médicale à l'avance, au moment des résultats du bilan précédent. Les délais observés semblent en lien avec l'indication médicale et reflètent à la fois une réactivité de la femme à prendre son rendez-vous et une accessibilité aux services.

Chez les 278 femmes ayant détecté un symptôme au sein et appartenant au corridor « clinique-symptôme », la moyenne du délai était de 60 jours entre la détection du premier symptôme par la femme et la visite médicale où était prescrite l'investigation au sein. Chez les 11 femmes du corridor « PQDCS-symptôme » ayant détecté un symptôme au sein et obtenu une prescription médicale, le délai moyen de 62 jours était similaire. Une étude, menée en Grande-Bretagne parmi 15 468 cas de cancer du sein de tous stades, montre que le délai entre la 1^{re} détection d'un symptôme et la 1^{re} consultation pour ce symptôme est en moyenne de 40 jours¹⁸. Ce délai reflète à la fois la réactivité du patient à consulter et l'accessibilité à un médecin.

5.3.2 Délais durant la période d'investigations

Les délais entre la 1^{re} procédure et le diagnostic de cancer présentés dans le Tableau 2 différaient selon les corridors de services ($p < 0,01$). Cependant, il n'y avait pas de différence significative de délai entre les femmes ayant les mêmes indications médicales qu'elles soient diagnostiquées dans le corridor « PQDCS » ou le corridor « clinique ». Les moyennes de délais étaient respectivement chez les femmes du corridor « PQDCS » et chez celles du corridor « clinique » de 74 et 55 jours pour les femmes dépistées, de 31 et 37 jours pour les femmes symptomatiques et de 45 et 58 jours pour les femmes avec un suivi. Les comparaisons entre les groupes montraient que les femmes diagnostiquées dans le corridor « PQDCS-dépistage » avaient des

délais plus importants que celles diagnostiquées dans le corridor « PQDCS-symptôme» (différence : 43 jours, IC : + 6 à +79) et que celles diagnostiquées dans le corridor « clinique-symptôme » (différence : 37 jours, IC : +21 à +51). Ces différences étaient similaires quand on restreignait les analyses aux femmes âgées de 50 à 69 ans, à la région sociosanitaire des femmes et aux femmes ayant eu une mammographie comme 1^{re} procédure.

Ces données montrent que l'indication de la référence est un déterminant du délai au moment des investigations plus important que l'appartenance ou non au PQDCS. Plusieurs raisons, liées à la prise en charge des femmes symptomatiques et à la nature des cancers, permettent d'expliquer cette observation. Les femmes symptomatiques, diagnostiquées dans le cadre du PQDCS ou dans le cadre clinique, présentaient les délais les plus courts entre la 1^{re} procédure et 2^e procédure au sein (Tableau 2) et avaient plus souvent leur 2^e procédure réalisée le même jour que la 1^{re} procédure, ce qui contribue à diminuer le délai au diagnostic (Tableau III en annexe). Les femmes asymptomatiques étaient dépistées avec de plus petites tumeurs et le nombre de jours pour compléter leur investigation, ainsi que le nombre de biopsies négatives, étaient plus importants chez ces femmes que chez les femmes symptomatiques (Tableaux III-IV en annexe).

La médiane observée de 7 semaines dans le corridor « PQDCS-dépistage » (Tableau 2) est légèrement supérieure à celle de 6,4 semaines rapportée dans les programmes de dépistage au Canada⁵. Cette différence est attribuable au fait que dans notre étude, nous n'avons pas censuré le suivi des femmes ayant un rappel précoce à six mois. Cette mesure a été prise dans notre étude afin d'assurer une comparabilité du corridor « PQDCS » et du corridor « clinique ».

Tableau 2 : Délais au cours de la période d'investigations selon les corridors de services

	Corridor PQDCS (n=231)			Corridor clinique (n=465)			Valeur p
	Corridor PQDCS- dépistage	Corridor PQDCS- symptôme	Corridor PQDCS- suivi	Corridor clinique- dépistage	Corridor clinique- symptôme	Corridor clinique- suivi	
Délai (en jours) entre la 1 ^{re} et la 2 ^e procédure	n=203	n=23	n=5	n=99	n=313	n=53	
Médiane, 25 %-75 %	19 (10-29)	20 (6-26)	14 (11-15)	20 (9-29)	7 (0-18)	18 (4-42)	<0,001
Moyenne (Écart-type)	23 (25) ^a	19 (15)	15 (7)	23 (25)	15 (30) ^{a,b}	28 (32) ^b	<0,01
Délai (en jours) entre la 1 ^{re} procédure et le diagnostic	n=203	n=23	n=5	n=99	n=313	n=53	
Médiane, 25 %-75 %	49 (32-77)	28 (20-41)	34 (24-57)	43 (27-69)	22 (7-42)	40 (25-83)	<0,0001
Moyenne (Écart-type)	74 (81) ^{a,f}	31 (13) ^f	45 (29)	55 (44)	37 (53) ^a	58 (51)	<0,01
Nombre (%) de femmes avec une durée totale entre la 1 ^{re} procédure et l'examen diagnostique non chirurgical < 5 semaines	49/137 (36)	11/14 (79)	2/2	31/67 (46)	145/183 (79)	16/37 (43)	<0,0001
Nombre (%) de femmes avec une durée totale entre la 1 ^{re} procédure et l'examen diagnostique chirurgical < 7 semaines	21/66 (32)	8/9 (89)	1/3	11/32 (34)	82/130 (63)	8/16 (50)	<0,0001

Corridors : voir définition au Tableau 1. Première procédure : voir définition au Tableau 1. Seconde procédure : tout examen au sein à visée diagnostique, incluant les clichés de mammographie additionnels ou une échographie ou une ponction à l'aiguille fine ou une biopsie non chirurgicale ou une procédure chirurgicale. Examen diagnostique : ponction à l'aiguille fine ou biopsie au trocart ou procédure chirurgicale avec un résultat « malin ». ^{a, b, f} indiquent que les moyennes entre deux groupes ayant le même exposant sont statistiquement différentes (p<0,05).

Les femmes diagnostiquées dans le corridor « clinique-dépistage » avaient tendance à avoir un délai plus court que les femmes du corridor « PQDCS-dépistage » mais cette différence n'était pas statistiquement significative (différence : -19 jours, IC : -40 à +1). Cette absence d'effet du PQDCS sur le délai au diagnostic pourrait s'expliquer par le fait que 81 % des femmes dépistées dans le corridor « clinique » bénéficient des structures de dépistage du PQDCS (Tableau III en annexe) et qu'elles peuvent poursuivre leurs investigations sans avoir à retourner auprès de leur médecin traitant, alors que celles diagnostiquées dans le PQDCS sont référées à leur médecin⁷.

Les femmes avec un suivi, qu'elles soient diagnostiquées dans le corridor « PQDCS » ou le corridor « clinique », se comportaient en termes de délai au diagnostic de manière similaire aux femmes dépistées. Pour 62 % des femmes du corridor « clinique-suivi », le suivi était justifié par la présence d'anomalies mammographiques qui s'avéraient être au diagnostic des tumeurs de petites tailles (Tableau IV en annexe). Compte tenu que 45 % de ces femmes avaient déjà participé au PQDCS dans les cinq ans avant leur première procédure (Tableau II en annexe), il serait intéressant de retracer dans le temps les résultats de mammographies de ces femmes afin d'identifier le pourcentage de femmes suivies au long terme suite à une anomalie détectée par une mammographie de dépistage du PQDCS.

Selon les recommandations canadiennes⁵, plus de 90 % des femmes devraient avoir un délai de 5 semaines entre le dépistage d'une anomalie et le diagnostic établi sans l'aide d'une biopsie ouverte. Cette recommandation est de 7 semaines dans le cas d'une biopsie ouverte. Ces délais n'étaient respectés pour aucun corridor (Tableau 2). Les pourcentages de femmes répondant à ces recommandations variaient de 32 % à 46 % chez les femmes dépistées, de 63 % à 89 % chez les femmes symptomatiques et de 43 % à 50 % chez les femmes avec un suivi.

5.3.3 Délais durant la période de traitement

Les délais entre le diagnostic de cancer et la première chirurgie présentés au Tableau 3 variaient selon les corridors ($p=0,002$). Cependant, il n'y avait pas de différence significative de délai entre les femmes ayant les mêmes indications médicales qu'elles soient diagnostiquées dans le corridor « PQDCS » ou le corridor « clinique ». Les moyennes de délais étaient respectivement chez les femmes du corridor « PQDCS » et chez celles du corridor « clinique » de 28 et 22 jours pour les femmes dépistées, de 14 et 16 jours pour les femmes symptomatiques et de 10 et 27 jours pour les femmes avec un suivi. Les comparaisons entre les corridors montraient que le plus grand contraste était entre le corridor « PQDCS-dépistage » et le corridor « clinique-symptôme » avec un excès de délai de 12 jours pour les femmes du corridor « PQDCS-dépistage » (IC : +4 à +21). Ces différences étaient similaires lorsque l'on restreignait les analyses aux femmes ayant reçu un diagnostic par une procédure non chirurgicale ou à celles d'âge 50-69 ans ou par région sociosanitaire. Nos données supportent le constat qu'en pratique clinique, les cas de cancers symptomatiques, et donc ceux ayant les stades les plus avancés, sont traités en priorité¹⁹.

Selon les recommandations canadiennes⁴, les femmes atteintes d'un cancer du sein devraient avoir leur première chirurgie dans les deux semaines suivant leur diagnostic. Seulement 36 % et 37 % des femmes dépistées débutaient leur traitement à l'intérieur de 2 semaines, alors que ces pourcentages étaient de 52 % et 57 % chez les femmes symptomatiques (Tableau 3). Par ailleurs, ces pourcentages diminuaient de façon importante lorsque l'on restreignait les analyses aux femmes dont la procédure diagnostique n'était pas chirurgicale. Une étude menée en Alberta¹⁹ entre 1997 et 2000 rapportait que seulement 44 % des femmes répondaient à ce critère.

Tableau 3 : Délais au cours de la période de traitements selon les corridors de services

	Corridor PQDCS (n=231)			Corridor clinique (n=465)			Valeur p
Délais	Corridor PQDCS- dépistage	Corridor PQDCS- symptôme	Corridor PQDCS- suivi	Corridor clinique- dépistage	Corridor clinique- symptôme	Corridor clinique- Suivi	
Délai entre l'examen diagnostique et la 1 ^{re} chirurgie	n=203	n=23	n=5	n=99	n=313	n=53	
Médiane, 25 %-75 %	26 (0-42)	10 (0-25)	0 (0-23)	25 (0-36)	13 (0-27)	28 (0-45)	<0,0001
Moyenne (Écart-type)	28 (59) ^a	14 (15)	10 (14)	22 (20)	16 (17) ^a	27 (22)	0,002
Nombre (%) de femmes avec une durée entre l'examen diagnostique et la 1 ^{re} chirurgie ≤ 2 semaines	73/203 (36)	13/23 (57)	3/5	37/99 (37)	164/313 (52)	17/53 (32)	0,0004
Délai entre la 1 ^{re} chirurgie et le 1 ^{er} traitement de radiothérapie chez les patientes sans chimiothérapie	n=167	n=12	n=5	n=77	n=131	n=45	
Médiane, 25 %-75 %	63 (47-82)	72 (53-90)	75 (46-80)	73 (51-91)	71 (56-94)	70 (58-96)	0,02
Moyenne (Écart-type)	67 (25) ^{a,g}	73 (22)	84 (62)	79 (36) ^g	78 (36) ^a	79 (33)	0,01
Nombre (%) de femmes sans chimiothérapie avec une durée entre la 1 ^{re} chirurgie et le 1 ^{er} traitement de radiothérapie ≤ 12 semaines	133/167 (80)	8/12 (67)	4/5	51/77 (66)	86/131 (66)	29/45 (64)	0,04
Délai entre la 1 ^{re} chirurgie et le 1 ^{er} traitement de chimiothérapie	n=36	n=11	n=0	n=22	n=182	n=8	
Médiane, 25 %-75 %	31 (23-37)	31 (26-35)		39 (31-64)	35 (27-44)	36 (23-37)	0,05
Moyenne (Écart-type)	33 (13) ^g	33 (15)		59 (73) ^{g,d}	37 (30) ^d	34 (15)	0,05

Corridors : voir définition au Tableau 1. Examen diagnostique : voir définition au Tableau 2. Sans chimiothérapie ou avec chimiothérapie : absence ou présence de chimiothérapie entre la 1^{re} chirurgie et le 1^{er} traitement de radiothérapie. ^{a, d, g} indiquent que les moyennes entre deux groupes ayant le même exposant sont statistiquement différentes (p<0,05).

Le délai entre la 1^{re} chirurgie et le 1^{er} traitement de radiothérapie chez les femmes n'ayant pas reçu de chimiothérapie variait selon les corridors de services ($p=0,01$). Les femmes du corridor « PQDCS-dépistage » avaient un délai plus court en moyenne de 12 jours (IC : +0,3 à +24) et de 11 jours (IC : +1 à +21) respectivement par rapport aux femmes du corridor « clinique-dépistage » et à celles du corridor « clinique-symptôme ». Chez les femmes recevant de la chimiothérapie, les femmes du corridor « clinique-dépistage » débutaient en moyenne leur chimiothérapie 26 jours (IC : +1 à +51) après les femmes du corridor « PQDCS-dépistage » et 22 jours (IC : +1 à +43) après les femmes du corridor « clinique-symptôme ». Comme ces analyses étaient réalisées dans des sous-groupes, il n'était pas possible de vérifier si ces différences s'observaient dans des sous-groupes d'âge ou de région sociosanitaire. À la lumière de nos données, ces observations sont difficilement interprétables, d'autant plus que certains corridors présentent de faibles effectifs.

5.3.4 Satisfaction des femmes en regard des délais et corridors de services

Le Tableau 4 montre des moyennes de satisfaction relativement hautes car elles sont toujours supérieures à trois (sur un total de cinq). Pour tous les types de délais, les scores de satisfaction varient avec les corridors de services ($p<0,01$). Cependant, pour une même indication médicale (dépistage, symptôme ou suivi), il n'y avait pas de différence significative entre les femmes appartenant ou non au corridor « PQDCS ». De manière consistante pour tous les types de délais, les femmes avec une symptomatologie avaient des scores de satisfaction toujours plus élevés (scores de 3,5 à 4,4) que les femmes dépistées (scores de 3,2 à 3,9) ou ayant un suivi (scores de 2,9 à 4,0). Chez les femmes de 50 à 69 ans, un pattern similaire était observé.

L'appartenance ou non au PQDCS n'apparaît pas être un déterminant de satisfaction. Par contre, nos données montrent que le niveau de satisfaction est corrélé à la symptomatologie, elle-même corrélée pour plusieurs délais à la rapidité de prise en charge des patientes.

5.3.5 Perception des femmes concernant la continuité et discontinuité des services

L'étude qualitative a permis de prendre en compte les perceptions des femmes atteintes d'un cancer du sein sur les événements ayant facilité ou ralenti leur trajectoire dans le système de santé. Les résultats de cette étude de perception sont décrits en détails dans une publication¹¹. Les principaux messages donnés par les femmes sont les suivants : les femmes percevaient l'intervention humaine, en particulier celle des médecins, comme favorisant leur progression dans le continuum de services, alors que les événements ralentissants étaient attribués au manque de disponibilité des ressources, en particulier pour l'obtention du rendez-vous initial de mammographie et le début des traitements en radiothérapie. L'intervention proactive des médecins prenant eux-mêmes en charge la prise de rendez-vous pour les consultations avec les autres médecins était perçue très positivement par les femmes, par contre on peut se poser la question de l'efficience de ce mode de référence au niveau du système de santé.

Tableau 4 : Satisfaction des femmes en regard des délais selon les corridors de services

	Corridor PQDCS (n=231)			Corridor clinique (n=465)			Valeur p
Comment évalueriez-vous ...	Corridor PQDCS- dépistage (n) m±SD	Corridor PQDCS- symptôme (n) m±SD	Corridor PQDCS- suivi (n) m±SD	Corridor clinique- dépistage (n) m±SD	Corridor clinique- symptôme (n) m±SD	Corridor clinique- suivi (n) m±SD	
Le délai d'attente pour avoir votre 1 ^{re} consultation avec un médecin ?	(n=203) 3,5 ± 1,3 ^a	(n=22) 4,1 ± 1,1 ^e	(n=5) 4,0 ± 1,2	(n=97) 3,6 ± 1,3	(n=305) 4,0 ± 1,2 ^{a, b}	(n=52) 3,2 ± 1,4 ^{b, e}	<0,0001
Le délai d'attente pour avoir les rendez-vous avec les médecins spécialistes ?	(n=203) 3,8 ± 1,0 ^a	(n=23) 4,3 ± 0,8	(n=4) 3,8 ± 1,1	(n=99) 3,9 ± 1,1	(n=313) 4,2 ± 1,0 ^{a, b}	(n=53) 3,7 ± 1,2 ^b	0,001
Le délai d'attente pour avoir les examens ?	(n=203) 3,5 ± 1,2 ^{a, f}	(n=23) 4,3 ± 0,8 ^{e, f}	(n=3) 3,8 ± 1,3	(n=99) 3,5 ± 1,2	(n=313) 3,9 ± 1,3 ^a	(n=53) 3,4 ± 1,2 ^e	<0,001
Le délai d'attente pour avoir les résultats des examens ?	(n=203) 3,2 ± 1,2 ^a	(n=23) 3,5 ± 1,4	(n=4) 4,0 ± 1,2	(n=99) 3,2 ± 1,4	(n=312) 3,5 ± 1,3 ^{a, b}	(n=53) 2,9 ± 1,3 ^b	0,004
Le délai d'attente pour être opérée ?	(n=203) 3,8 ± 1,1 ^{a, f}	(n=23) 4,4 ± 0,9 ^{e, f}	(n=4) 3,8 ± 0,8	(n=98) 3,9 ± 1,1	(n=313) 4,1 ± 1,0 ^a	(n=53) 3,7 ± 1,0 ^e	0,0001
Le délai d'attente pour avoir votre 1 ^{er} traitement de radiothérapie ?	(n=203) 3,5 ± 1,1 ^a	(n=23) 3,9 ± 1,3	(n=4) 4,0 ± 0,0	(n=99) 3,5 ± 1,3 ^d	(n=312) 4,1 ± 1,1 ^{a, b, d}	(n=53) 3,6 ± 1,1 ^b	<0,0001

Corridors : voir définition au Tableau 1. Échelle de satisfaction : 1=mauvais, 2=moyen, 3=bon, 4=très bon, 5=excellent. ^{a, b, d, e, f} indiquent que les moyennes entre deux groupes ayant le même exposant sont statistiquement différentes (p<0,05).

6. RELATIONS ENTRE LES CORRIDORS DE SERVICES ET LA QUALITÉ DE VIE DES FEMMES, LEUR ÉTAT ÉMOTIONNEL, LEUR ADAPTATION AU CANCER ET LES ÉVÉNEMENTS RELIÉS À LEUR CANCER

6.1 Qualité de vie et état émotionnel des femmes

Les différentes dimensions évaluant l'état émotionnel des femmes au cours de leur première semaine de traitement en radiothérapie, incluant les états anxieux et dépressifs, n'étaient pas associées aux corridors de services. Deux semaines après la fin de la radiothérapie, la qualité de vie des femmes évaluée par les états de santé physique et psychologique était similaire dans les différents corridors de services. Cependant, lorsque les analyses étaient restreintes au groupe d'âge 50-69 ans, on notait une différence significative de l'état de santé physique selon le corridor de services ($p=0,05$). Les femmes du corridor « PQDCS-dépistage » présentaient un score de santé physique légèrement supérieur au score des femmes du corridor « clinique-symptôme » (différence : +3,2; IC : +0,05 à +6,3). Ceci pourrait s'expliquer en partie par le fait que les femmes du corridor « PQDCS-dépistage » présentaient des cancers de stade plus précoce nécessitant, entre autres, moins de thérapies agressives telles que la chimiothérapie.

6.2 Adaptation à la maladie et sources de stress relié au cancer

Deux semaines après la fin des traitements de radiothérapie, les stratégies d'adaptation à la maladie adoptées par les femmes étaient similaires dans les différents corridors.

Le score global traduisant l'ensemble des événements de vie récents reliés au cancer et identifiés comme source de stress différait selon le corridor de services ($p=0,005$). Les femmes du corridor « PQDCS-dépistage » reportaient significativement moins d'événements que les femmes du

corridor « clinique-symptôme » (différence : -0,11; IC : -0,02 à -0,20) et que les femmes du corridor « clinique-dépistage » (différence : -0,12; IC : -0,003 à -0,25). Ces différences entre les corridors étaient observées en particulier pour deux dimensions : les relations sociales et l'image corporelle. Les scores de ces dimensions étaient significativement meilleurs chez les femmes du corridor « PQDCS-dépistage » que chez celles des corridors « clinique-symptôme » et « clinique-dépistage ». Ces associations persistaient chez les femmes âgées de 50 à 69 ans. Le contraste entre les femmes du corridor « PQDCS-dépistage » et celles du corridor « clinique-symptôme » pourrait encore une fois s'expliquer par la détection de plus petites tumeurs entraînant des traitements moins invasifs. La différence observée entre les femmes du corridor « PQDCS-dépistage » et « clinique-dépistage » pourrait s'expliquer par le profil particulier des femmes participant aux programmes de dépistage et largement décrit dans la littérature.

7. RECHERCHES PLUS APPROFONDIES

Il serait pertinent :

- ✓ De mieux caractériser l'accessibilité aux services de santé et les délais des femmes symptomatiques utilisant le PQDCS à l'aide d'une plus grande population.
- ✓ De suivre une cohorte de femmes ayant une indication de suivi suite à une mammographie du PQDCS pour évaluer leur prise en charge dans le corridor «clinique », leur taux de détection de cancer du sein et leur qualité de vie.
- ✓ À l'aide d'une large population, d'identifier si des facteurs organisationnels plus spécifiques permettraient une meilleure intégration fonctionnelle des services, conduisant entre autres à de meilleurs délais.

RÉFÉRENCES

1. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer : a systematic review. *Lancet* 1999; 353: 1119-26.
2. Whelan BJ, Julian J, Wright J, Jadad AR, Levine ML. Does locoregional radiation therapy improve survival in breast cancer ? A meta-analysis. *J Clin Oncol* 2000; 18: 1220-9.
3. Whelan T, Olivotto I, Levine M; Health Canada's Steering Committee on Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast cancer. Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer : breast radiotherapy after breast-conserving surgery. *J Assoc Med Can* 2003 ; 168:437-9.
4. www.cas.ca/csso
5. Groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein. Attente d'un diagnostic après le dépistage d'une anomalie au sein au Canada. Santé Canada, 2000.
6. Comité consultatif sur le cancer. Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997.
7. Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Cadre de référence. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996.
8. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins. Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, 2002.
9. Shortell SM. Continuity of medical care : conceptualization and measurement. *Med Care* 1976; 14: 377-91.

10. Health Canada. Guide de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein. J Assoc Med Can 1998; 158 (3 suppl).
11. Bairati I, Fillion L, Meyer FA, Héry C, Larochelle M. Women's perceptions of events impeding or facilitating the detection, investigation and treatment of breast cancer. Eur J Cancer Care 2005 (sous presse).
12. Caplan LS, Helzlsouer KJ. Delay in breast cancer : a review of the literature. Public Health Rev 1992; 20:187-214.
13. Brédard A. Assessment of satisfaction with cancer care : development, cross-cultural psychometric analysis and application of a comprehensive instrument. Amsterdam : University of Amsterdam, Netherlands, 2001.
14. Fillion L, Gagnon P. French adaptation of the shortened version of the profile of mood states. Psychol Rep 1999; 84: 188-190.
15. Ware JR, Kosinski M, Keller SD. A 12-item short form health survey : construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care 1996; 34 (3): 220-33.
16. Endler NS, Parker JDA. CHIP : Coping with Health Injuries and Problems : manual, 1992.
17. Fillion L, Kohn P, Gagnon P, Wijk MV, Cunningham A. The inventory of recent life experiences for cancer patients (IRLE-C): a decontaminated measure of cancer-based hassles. Psychol Health 2001; 16:443-59.
18. Allgar VL, Neal RD. Delays in the diagnosis of six cancers : analysis of data from the National Survey of NHS patients : cancer. Br J Cancer 2005; 92:1959-70.
19. Reed AD, Williams RJ, Wall PA, Hasselback P. Waiting time for breast cancer treatment in Alberta. Can J Public Health 2004; 95: 3415.

ANNEXES

Tableau I : Description de certaines caractéristiques sociodémographiques des femmes selon les corridors de services

	Corridor PQDCS (n=231)			Corridor clinique (n=465)			Valeur p
	Corridor PQDCS- dépistage (n=203) n (%)	Corridor PQDCS- symptôme (n=23) n (%)	Corridor PQDCS- suivi (n=5) n (%)	Corridor clinique- dépistage (n=99) n (%)	Corridor clinique- symptôme (n=313) n (%)	Corridor clinique- suivi (n=53) n (%)	
Âge (années)							
▪ 50 ans	0 (0)	0 (0)	0	34 (34)	122 (39)	8 (15)	<0,0001*
▪ 50-69 ans	203 (100)	23 (100)	5	44 (44)	153 (49)	38 (72)	
▪ ≥ 70 ans	0 (0)	0 (0)	0	21 (21)	38 (12)	7 (13)	
Lieu de résidence des femmes							<0,0001
▪ Région sociosanitaire 03	66 (33)	11 (48)	1	28 (28)	106 (34)	14 (26)	
▪ Région sociosanitaire 04	39 (19)	4 (17)	0	7 (7)	86 (27)	11 (21)	
▪ Autres	98 (48)	8 (35)	4	64 (65)	121 (39)	28 (53)	
Lieu du centre de radiothérapie							0,90
▪ Région sociosanitaire 03	135 (67)	15 (65)	4	67 (68)	198 (63)	33 (62)	
▪ Région sociosanitaire 04	68 (33)	8 (35)	1	32 (32)	115 (37)	20 (38)	
Statut marital							0,38
▪ Mariée	138 (68)	14 (61)	5	76 (77)	219 (70)	40 (75)	
Scolarité							0,49
▪ Collégial/universitaire	95 (47)	7 (30)	3	43 (43)	129 (41)	25 (47)	

Corridor « PQDCS » : la 1^{re} procédure est une mammographie de dépistage du PQDCS. Corridor « clinique » : la 1^{re} procédure n'est pas réalisée dans le cadre du PQDCS. Corridor « PQDCS-dépistage » : femmes ayant comme 1^{re} procédure une mammographie de dépistage du PQDCS et une indication de dépistage. Corridor « PQDCS-symptôme » : femmes ayant comme 1^{re} procédure une mammographie de dépistage du PQDCS et présentant un symptôme ou un signe clinique. Corridor « PQDCS-suivi » : femme ayant comme 1^{re} procédure une mammographie de dépistage du PQDCS et un suivi pour une anomalie au sein. Corridor « clinique-dépistage » : femme ayant comme 1^{re} procédure une mammographie bilatérale en dehors du PQDCS et une indication de dépistage. Corridor « clinique-symptôme » : femme ayant comme 1^{re} procédure un examen à visée diagnostique et présentant un symptôme ou un signe clinique. Corridor « clinique-suivi » : femme ayant comme 1^{re} procédure un examen à visée diagnostique et un suivi pour une anomalie au sein. * Indique que le test concerne uniquement la comparaison entre les groupes pour la tranche d'âge 50-69 ans.

Tableau II : Description de certains facteurs de risque de cancer et d'indicateurs de consommation de services selon les corridors de services

	Corridor PQDCS (n=231)			Corridor clinique (n=465)			Valeur p
	Corridor PQDCS- dépistage (n=203) n (%)	Corridor PQDCS- symptôme (n=23) n (%)	Corridor PQDCS- suivi (n=5) n (%)	Corridor clinique- dépistage (n=99) n (%)	Corridor clinique- symptôme (n=313) n (%)	Corridor clinique- suivi (n=53) n (%)	
Avoir des antécédents familiaux de cancer du sein au 1 ^{er} degré	52 (26)	6 (26)	2	36 (36)	77 (25)	21 (40)	0,05
Avoir déjà reçu de l'hormonothérapie de remplacement	149 (73)	14 (61)	5	58 (59)	133 (42)	27 (51)	<0,0001
Avoir un suivi gynécologique régulier (au moins 3 visites) durant les 10 dernières années	164 (81)	11 (48)	4	79 (80)	228 (73)	45 (85)	0,002
Avoir eu au moins une visite avec un gynécologue durant les 5 dernières années selon la RAMQ	91 (45)	10 (43)	3	56 (57)	146 (47)	25 (47)	0,39
Fidélité à une clinique ou un établissement de santé	165 (81)	16 (70)	5	79 (81)	252 (81)	45 (85)	0,65
Avoir déjà eu au moins une mammographie de dépistage du PQDCS durant les 5 dernières années selon la RAMQ	116 (57)	13 (57)	1	24 (24)	101 (32)	24 (45)	<0,0001

Corridors : voir définition au Tableau I.

Tableau III : Description des procédures au sein et des traitements chirurgicaux selon les corridors de services

	Corridor PQDCS (n=231)			Corridor clinique (n=465)			Valeur p
	Corridor PQDCS- dépistage (n=203) n (%)	Corridor PQDCS- symptôme (n=23) n (%)	Corridor PQDCS- suivi (n=5) n (%)	Corridor clinique- dépistage (n=99) n (%)	Corridor clinique- symptôme (n=313) n (%)	Corridor clinique- suivi (n=53) n (%)	
Type de la 1 ^{re} procédure ▪ Mammographie bilatérale	203 (100)	23 (100)	5	99 (100)	248 (79)	40 (75)	<0,0001
Type d'établissement de la 1 ^{re} procédure ▪ CDD sans statut de CRID ▪ CDD avec statut de CRID ▪ Autres	129 (64) 74 (36) 0 (0)	18 (78) 5 (22) 0 (0)	3 2 0	59 (60) 21 (21) 19 (19)	176 (56) 96 (31) 41 (13)	32 (60) 12 (23) 9 (17)	<0,0001
Femme ayant leur 2 ^e procédure le même jour que la 1 ^{re} procédure selon la RAMQ	25 (12)	5 (22)	0	11 (11)	104 (33)	11 (21)	<0,0001
Nombre de jours différents où il y a eu une procédure au sein (inclus la 1 ^{re} procédure et la procédure diagnostique) selon la RAMQ ▪ ≤ 2 ▪ 3-4 ▪ ≥5	18 (9) 124 (61) 61 (30)	6 (26) 15 (65) 2 (9)	1 3 1	26 (26) 58 (59) 15 (15)	181 (58) 114 (36) 18 (6)	21 (40) 23 (43) 9 (17)	<0,0001

Corridors : voir définition au Tableau I. CDD : Centre de dépistage désigné dans le cadre du PQDCS. CRID : Centre de référence pour investigation désigné dans le cadre du PQDCS.

Tableau III (suite)

	Corridor PQDCS (n=231)			Corridor clinique (n=465)			Valeur p
	Corridor PQDCS- dépistage (n=203) n (%)	Corridor PQDCS- symptôme (n=23) n (%)	Corridor PQDCS- suivi (n=5) n (%)	Corridor clinique- dépistage (n=99) n (%)	Corridor clinique- symptôme (n=313) n (%)	Corridor clinique- suivi (n=53) n (%)	
Type de la procédure diagnostique							
▪ Ponction à l'aiguille fine ou autre type de cytologie	6 (3)	2 (9)	0	3 (3)	55 (18)	3 (6)	<0,0001
▪ Biopsie non chirurgicale	131 (64)	12 (52)	2	64 (65)	128 (41)	34 (64)	
▪ Biopsie chirurgicale ou mastectomie	66 (33)	9 (39)	3	32 (32)	130 (41)	16 (30)	
Type d'établissement de la procédure diagnostique							
▪ CRID	177 (87)	18 (78)	4	61 (62)	240 (77)	41 (77)	<0,0001
Biopsie sans preuve de malignité chez les cas sans diagnostic avant la chirurgie	(n=66) 24 (36)	(n=9) 0 (0)	(n=3) 2	(n=32) 9 (28)	(n=130) 17 (13)	(n=16) 6 (37)	0,0005
Ponction à l'aiguille fine sans preuve de malignité chez les cas sans diagnostic avant la chirurgie	(n=66) 9 (14)	(n=9) 2 (22)	(n=3) 0	(n=32) 2 (6)	(n=130) 45 (35)	(n=16) 3 (19)	0,001
Femmes avec au moins un acte chirurgical au sein ou à l'aisselle après la 1 ^{re} chirurgie selon la RAMQ	42 (21)	5 (22)	2	29 (29)	89 (28)	13 (25)	0,31

Tableau IV : Description des caractéristiques du cancer du sein selon les corridors de services

	Corridor PQDCS (n=231)			Corridor clinique (n=465)			Valeur p
	Corridor PQDCS- dépistage (n=203) n (%)	Corridor PQDCS- symptôme (n=23) n (%)	Corridor PQDCS- suivi (n=5) n (%)	Corridor clinique- dépistage (n=99) n (%)	Corridor clinique- symptôme (n=313) n (%)	Corridor clinique- suivi (n=53) n (%)	
Type des symptômes							
▪ Masse au sein/aisselle	NA	13 (57)	NA	NA	264 (84)	NA	0,002
▪ Autres symptômes évocateurs de cancer du sein		3 (13)			24 (8)		
▪ Symptômes non spécifiques		7 (30)			25 (8)		
Cause du suivi							
▪ Anomalie mammographique	NA	NA	4 (80)	NA	NA	33 (62)	0,64
Stade pathologique de la tumeur							
▪ pTis	59 (29)	3 (13)	3	29 (29)	22 (7)	20 (38)	<0,0001
▪ pT1	128 (63)	12 (52)	2	64 (65)	169 (54)	28 (53)	
▪ pT2/pT3	16 (8)	8 (35)	0	6 (6)	122 (39)	5 (9)	
Statut des ganglions pour les cancers infiltrants	(n=144)	(n=20)	(n=2)	(n=70)	(n=291)	(n=33)	
▪ Positif	24 (17)	8 (40)	0	15 (21)	100 (34)	3 (9)	<0,0001
▪ Négatif	105 (73)	10 (50)	2	51 (73)	179 (62)	24 (73)	
▪ Indéterminé	15 (10)	2 (10)	0	4 (6)	12 (4)	6 (18)	

Corridors : voir définition au Tableau I. NA : ne s'applique pas.