



*P*rogramme québécois
DE DÉPISTAGE
DU CANCER
DU SEIN
(PQDCS)

DES RÉPONSES
À VOS QUESTIONS

MYTHES
ET RÉALITÉ

PROBLÉMATIQUE

LE PQDCS

MAMMOGRAPHIE

TECHNOLOGIES
DIAGNOSTIQUES

TRAITEMENT

HORMONOTHÉRAPIE



*P*rogramme québécois
DE DÉPISTAGE
DU CANCER
DU SEIN
(PQDCS)

DES RÉPONSES
À VOS QUESTIONS

Mise à jour / mai 2000



Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

Illustration de la page couverture :
Johanne Hudon

Graphisme :
Josette Jobin

Il est possible de communiquer avec le ministère de la Santé et des Services sociaux par courrier électronique à l'adresse suivante : pqdc@msss.gouv.qc.ca pour nous faire part de vos commentaires. Par ailleurs, vous pouvez consulter les documents reliés au PQDCS sur le site Internet du Ministère. L'adresse de ce site est la suivante : www.msss.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1997
ISBN : 2-550-31777-7
© Gouvernement du Québec

Remerciements

Plusieurs personnes ont contribué à la réalisation de ce document. Nos remerciements s'adressent d'abord aux membres du comité de rédaction.

Comité de rédaction

- M^{me} Diane Lacroix
Service des communications, MSSS
- M^{me} Nicole Lefebvre
Service de la prévention en santé, MSSS
- M^{me} Margo Ménard
Conseillère en développement pédagogique
- M. Serge Péloquin
Service des technologies biomédicales, MSSS
- M. Richard Tremblay
Service de la prévention en santé, MSSS

Nous tenons aussi à adresser des remerciements particuliers aux personnes qui, par leurs commentaires, ont contribué à l'amélioration de ce document.

- D^{re} Huguette Bélanger
Direction de la santé publique de la Montérégie
- M^{me} Andrée Bernard
Service de la prévention en santé, MSSS
- D^{re} Suzanne Charbonneau
Direction de la santé publique des Laurentides
- D^r Wilber Deck
Direction de la santé publique de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine
- D^r André Dontigny
Unité de santé publique du Centre hospitalier de Rimouski
- D^{re} Patricia Goggin
Direction de la santé publique de Montréal-Centre
- D^{re} Diane Major
Service provincial de dépistage PARLAB, Hôtel-Dieu de Lévis
- D^{re} Marie-Claude Messely
Centre de santé publique de Québec
- D^{re} Louise Moreault
Centre de santé publique de Québec
- D^{re} Christiane Morin-Blanchet
Direction de la santé publique de la Montérégie
- M^{me} Christine Olivier
Direction de la santé publique de l'Outaouais
- D^r Jean Robert
Clinique des maladies du sein
Hôpital du Saint-Sacrement

TABLE DES MATIÈRES

Mythes et réalité entourant le cancer du sein et le dépistage 9

Problématique du cancer du sein 15

1	Quelle est l'ampleur de la problématique du cancer du sein ?	16
2	Existe-t-il des moyens pour prévenir le cancer du sein ?	16
3	Quels sont les facteurs de risque qui augmentent la probabilité d'être atteinte d'un cancer du sein ?	16
4	Qu'est-ce que le dépistage du cancer du sein ?	17
5	Quelle est la différence entre le dépistage opportuniste et le dépistage systématique ?	17
6	Quels sont les moyens de détection précoce du cancer du sein ?	18
7	La mammographie de dépistage remplace-t-elle l'examen clinique des seins (ECS) et l'auto-examen des seins (AES) ?	19
8	Quelle est la valeur de chacune des méthodes de dépistage du cancer du sein ?	19
9	Est-ce que les problèmes de dysplasie mammaire augmentent le risque de cancer du sein ?	20
10	Est-ce que le dépistage génétique offre des avenues prometteuses pour le dépistage du cancer du sein ?	21

Programme québécois de dépistage DU CANCER DU SEIN (PQDCS) 23

Caractéristiques 24

1	En quoi consiste le PQDCS?	24
2	Quelle est la clientèle invitée à participer au PQDCS ?	25
3	Pourquoi le PQDCS s'adresse-t-il seulement aux femmes de 50 à 69 ans ?	25
4	Qu'en est-il des femmes âgées de 40 à 49 ans ?	25
5	Qu'en est-il des femmes âgées de 70 ans et plus ?	26
6	Qu'en est-il des femmes de moins de 40 ans ?	27
7	Quelle est la méthode de dépistage privilégiée dans le cadre du PQDCS ?	27
8	Pourquoi a-t-on établi la fréquence de l'examen par mammographie aux deux ans ?	27
9	Où les femmes peuvent-elles obtenir les services compris dans le PQDCS ?	27
10	Pourquoi n'a-t-on pas retenu l'auto-examen des seins (AES) dans le cadre du PQDCS ?	28
11	Pourquoi n'a-t-on pas retenu l'examen clinique des seins (ECS) dans le cadre du PQDCS ?	29
12	Pourquoi y a-t-il un nombre restreint de centres de dépistage et de centres de référence pour investigation ?	29
13	Pourquoi toutes les cliniques de mammographie n'ont-elles pas le droit de faire des mammographies de dépistage ?	30
14	Qu'est-ce qui fait qu'un centre de dépistage désigné serait de meilleure qualité ?	30

15	Est-ce que la mammographie, avant l'existence du PQDCS était si mauvaise ?	30
16	Comment savoir si un centre de dépistage est désigné ?	31
17	Pourquoi a-t-on fait appel à une instance de certification québécoise ? La certification du programme d'agrément des unités de mammographie (PAM) de l'Association canadienne des radiologistes (ACR), qui a fait ses preuves, n'est-elle pas suffisante ?	31
18	Pourquoi ne pas utiliser d'unités mobiles pour le dépistage du cancer du sein dans le cadre du PQDCS ?	32
19	Quelles sont les clés du succès d'un programme de dépistage du cancer du sein ?	32

Pertinence 33

1	Quels sont les critères pour évaluer la pertinence de mettre en place un programme de dépistage systématique ?	33
2	La pertinence de mettre en place le PQDCS a-t-elle été démontrée ?	35
3	Est-ce que le PQDCS respecte les principes éthiques qui doivent guider toute intervention en santé publique ?	35
4	Pourquoi doit-on modifier les services pour implanter le PQDCS ?	37
5	Quelles améliorations le PQDCS apporte-t-il ?	37
6	Pourquoi a-t-on mis en place un programme de dépistage du cancer du sein, alors que les médecins référaient déjà leurs patientes pour des mammographies et que celles-ci allaient passer cet examen ?	38
7	Quels sont les effets prévisibles du programme de dépistage du cancer du sein par mammographie ?	39
8	Qu'est-ce que tout cela va changer pour les femmes ?	40
9	Existe-t-il des programmes de dépistage du cancer du sein dans d'autres provinces ou pays ?	40
10	Dans quelle mesure les coûts de la mise en place du PQDCS sont-ils justifiés ?	41

Application 42

1	Existe-t-il de la documentation écrite sur le PQDCS ?	42
2	Y a-t-il de l'information conçue à l'intention des médecins ?	42
3	Pourquoi les femmes reçoivent-elles une invitation postale ?	43
4	Est-ce que les femmes sont obligées de participer au PQDCS ?	44
5	Quels sont les avantages pour les femmes de participer au PQDCS ?	45
6	Qu'arrive-t-il si la femme refuse l'invitation de participer au PQDCS ?	45
7	Est-ce que toutes les femmes visées par le PQDCS seront rappelées aux deux ans ?	45
8	Combien de temps la femme doit-elle attendre avant de recevoir le résultat de sa mammographie ?	46
9	Qu'arrive-t-il si le résultat de la mammographie est anormal ?	46
10	Quels sont les examens complémentaires à la suite d'une mammographie anormale ?	47
11	Combien de cancers la mammographie de dépistage permettra-t-elle de détecter chez les femmes participant au programme ?	48

12	Quel est le pronostic après un diagnostic de cancer ?	48
13	Est-ce que la femme peut choisir le lieu où elle recevra son traitement ?	48
14	Est-ce que les médecins de famille ont un rôle à jouer dans le cadre du programme ?	49
15	Est-ce que le médecin de la femme recevra les résultats de la mammographie ?	50
16	Comment les coûts du PQDCS sont-ils évalués ?	50
17	Comment le PQDCS est-t-il financé ?	50

Mammographie 55

1	Qu'est-ce qu'une mammographie ?	56
2	Qu'est-ce qu'un mammographe ?	56
3	Y-a-t-il beaucoup de radiations émises lors d'une mammographie ?	56
4	Quel est le risque associé à l'exposition aux radiations émises lors de la radiographie ?	57
5	Pourquoi faire une compression du sein ?	57
6	Est-il douloureux de passer une mammographie ?	57
7	Comment faire pour diminuer la douleur au cours de la mammographie ?	58
8	Qu'arrive-t-il aux femmes qui ont des implants mammaires ou des seins volumineux au moment de passer une mammographie ?	58
9	Y-a-t-il un moment dans le cycle menstruel où la mammographie est recommandée pour les femmes ayant des seins sensibles ?	58

Technologies diagnostiques 61

1	Quelle est la différence entre le type de mammographie actuellement utilisé et la mammographie numérisée ?	62
2	À quelles fins la résonance magnétique pourrait-elle être utilisée ?	62
3	À quoi sert l'échographie ultrasonique ?	62
4	Dans quel cas la scintimammographie est-elle utilisée ?	63
5	Est-ce que la thermographie est recommandée ?	63
6	Est-ce que la diaphanoscopie est recommandée ?	63

Traitement 65

1	Quels sont les traitements actuellement disponibles pour le cancer du sein ?	66
---	------------------------------------------------------------------------------------	----

Hormonothérapie de remplacement et cancer du sein 69

1	Qu'est-ce que l'hormonothérapie de remplacement ?	70
2	Quels sont les bienfaits de l'hormonothérapie de remplacement ?	70
3	Quels sont les limites et les risques de cancer associés à l'hormonothérapie de remplacement ?	71

Références bibliographiques 75

INTRODUCTION

Ce document est essentiellement un outil de référence. Il a été conçu sous forme de questions et de réponses afin d'en faciliter la consultation. Il fait le point sur divers aspects reliés au cancer du sein et au *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS)*.

L'information qui se trouve dans ce document est basée sur la documentation la plus récente sur le sujet. Nous en avons effectué une synthèse en tentant de répondre à toutes les questions susceptibles d'être formulées par les médias ou par les femmes préoccupées par le dépistage du cancer du sein ou qui seront visées par le PQDCS au moment de sa mise en application.



DES RÉPONSES À VOS QUESTIONS COMPREND SEPT SECTIONS :

Mythes et réalité entourant le cancer du sein et le dépistage
Problématique du cancer du sein
Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
Caractéristiques
Pertinence
Application
Mammographie
Technologies diagnostiques
Traitement
Hormonothérapie de remplacement et cancer du sein.



MYTHES ET RÉALITÉ
ENTOURANT
LE CANCER
DU SEIN
ET LE DÉPISTAGE

MYTHES
ET RÉALITÉ

PROBLÉMATIQUE

LE PÔDCS

MAMMOGRAPHIE

TECHNOLOGIES
DIAGNOSTIQUES

TRAITEMENT

HORMONOTHÉRAPIE
DE REMPLACEMENT

MYTHES

RÉALITÉ

Il ne sert à rien de dépister le cancer du sein puisqu'on ne peut pas en guérir.

Il est vrai que le cancer du sein peut être fatal. Cependant, plus de 70 % des femmes qui en sont atteintes, non seulement y survivent, mais mènent une vie tout à fait normale.

Se faire dire qu'on a le cancer du sein, c'est comme apprendre que l'on va bientôt mourir.

La seule évocation du mot « cancer » fait peur car ce mot est tout de suite associé à l'idée de la mort. Dans les faits, les taux de survie pour plusieurs cancers sont élevés, surtout si on détecte les tumeurs malignes précocement. Dans le cas du cancer du sein, la survie après cinq ans pour les tumeurs de stade 1, c'est-à-dire pour les petites tumeurs localisées au sein, est de l'ordre de 95 %. Il ne faut donc pas confondre diagnostic de cancer et verdict de mort.

Si on n'a pas de douleur aux seins, on n'a pas besoin de passer un examen de dépistage.

Le cancer du sein évolue le plus souvent sans qu'aucune douleur ne soit ressentie par la femme. Le PQDCS a été conçu pour déceler la maladie le plus tôt possible, donc avant même qu'elle ne suscite de la douleur.

Le cancer du sein, c'est une maladie de jeunes femmes.

Le risque d'avoir un cancer du sein augmente avec l'âge. Près de 80 % de tous les cancers du sein sont diagnostiqués chez des femmes de plus de 50 ans.

Si un membre de la famille a déjà eu un cancer, quelle qu'en soit la nature, on présente automatiquement des risques d'être atteint d'un cancer du sein.

Mis à part le fait d'être une femme, le premier facteur associé au risque de développer un cancer du sein est l'âge. Plus une femme vieillit, plus son risque d'avoir un cancer du sein augmente. Un autre facteur de risque important, c'est l'histoire de cancer dans la famille. **Le risque est important si la mère et une sœur ou si deux sœurs ont eu un cancer du sein avant la ménopause. S'il s'agit de la mère ou d'une sœur, le risque est modéré.** La présence de certains autres types de cancer dans la famille pourrait augmenter légèrement le risque du cancer du sein.

Les traumatismes aux seins peuvent provoquer un cancer du sein.

Les traumatismes aux seins ne font pas partie des facteurs de risque du cancer du sein.

MYTHES

RÉALITÉ

Les soutiens-gorge à cerceaux causent le cancer du sein.

Les soutiens-gorge à cerceaux ne font pas partie des facteurs de risque du cancer du sein.

Le cancer, ça n'arrive qu'aux autres !

La négation est une réaction normale devant une menace qui fait très peur, d'où la tendance de bien des femmes à vouloir se persuader qu'elles ne sont pas concernées par le dépistage du cancer du sein. Cependant, il ne sert à rien de faire l'autruche en évitant les examens de dépistage. Mieux vaut regarder la réalité en face et agir pour augmenter ses chances de découvrir la présence d'un cancer, éventuellement, alors que celui-ci est petit. Dans la plupart des cas, il sera possible d'en guérir, alors que si on trouve plus tard un cancer déjà avancé, la lutte pour la survie sera plus difficile.

La mammographie prévient le cancer du sein.

La mammographie comme telle ne prévient rien du tout. Néanmoins, grâce à la mammographie, on peut détecter un cancer à une étape très précoce de son évolution et, ainsi, appliquer rapidement des traitements contre la maladie qui ont beaucoup plus de chances d'être efficaces.

La mammographie n'est pas vraiment un examen efficace.

À ce jour, la mammographie utilisée dans le cadre d'un programme de dépistage est la méthode la plus efficace qui soit. De nombreuses études épidémiologiques ont démontré que le dépistage de masse par mammographie, appliqué à de larges populations, avec une participation de 70 %, peut réduire jusqu'à 40 % la mortalité causée par le cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans.

La mammographie n'est pas sécuritaire à cause des radiations.

Le risque de développer un cancer à cause des mammographies répétées aux deux ans est pratiquement inexistant, car on utilise une très faible dose de radiations pour évaluer l'état des tissus du sein. Par ailleurs, les doses d'exposition aux radiations émises lors d'une mammographie ont considérablement diminué au cours des dernières années, réduisant ainsi le risque hypothétique de développer un cancer à la suite d'une telle exposition.

MYTHES

RÉALITÉ

Passer une mammographie est toujours douloureux pour la femme.

L'intensité de la douleur ressentie durant la mammographie varie d'une femme à l'autre. Certaines femmes parlent d'inconfort minime, alors que d'autres, dont les seins sont sensibles, disent éprouver de la douleur. Pour les femmes qui ont les seins sensibles, l'examen par mammographie est plus pénible à passer. Il est donc préférable que celles-ci évitent la consommation de café, de thé, de chocolat et de colas durant les deux semaines précédant l'examen. Il est aussi recommandé de passer la mammographie dans les dix jours suivant le début des menstruations ou lorsque les seins sont moins sensibles.

Le degré de compression appliquée aux seins dépend de la technologie en radiologie sur qui on « tombe ».

Le choix du degré de compression appliquée aux seins ne relève pas d'une décision arbitraire de la technologie. Pour être efficace, une mammographie doit être réalisée avec une compression suffisante. En effet, une certaine compression du sein est nécessaire parce qu'elle permet de diminuer l'épaisseur du sein à radiographier, et cela, de façon uniforme. Ainsi, la quantité de radiations requises est réduite, une pénétration uniforme des radiations est assurée et une meilleure image de l'intérieur du sein est obtenue. En outre, en gardant le sein le plus près possible du film, la précision des détails est augmentée. Enfin, grâce à la compression, les mouvements de la femme durant l'exposition sont limités, ce qui contribue également à accroître la qualité de l'image.

Ça ne sert à rien de passer une mammographie de dépistage quand on n'a pas de symptômes.

Le cancer du sein évolue le plus souvent sans qu'aucun symptôme n'apparaisse. Le PQDCS a privilégié la mammographie comme méthode pour déceler la maladie le plus tôt possible chez des femmes n'ayant pas de problèmes aux seins. La mammographie de dépistage permet de déceler de toutes petites lésions, alors qu'elles ne sont même pas palpables.

MYTHES

RÉALITÉ

Si on ne trouve rien à la mammographie, ça veut dire qu'on est protégée et qu'on n'a plus rien à craindre.

La mammographie ne détecte pas tous les cancers. Malgré les améliorations considérables apportées à la qualité des appareils ainsi qu'à la formation du personnel, on peut encore s'attendre à ce qu'environ 5 à 15 % des cancers ne soient pas détectés par la mammographie. Dans ces cas, les femmes concernées ne savent pas qu'elles ont une tumeur maligne, même si elles ont passé une mammographie.

Un résultat anormal à la mammographie de dépistage équivaut à un diagnostic de cancer du sein.

Un résultat anormal à la mammographie de dépistage doit être considéré comme une indication que « quelque chose » de suspect mérite d'être examiné plus à fond et non comme pour un diagnostic de cancer du sein.

On ne rappellerait pas une femme pour aller passer d'autres tests si on ne savait pas déjà qu'elle a un cancer.

Même dans les meilleures conditions, pour environ 7 % des participantes au PQDCS, les résultats pourront être interprétés comme incertains, alors qu'en réalité, il n'y a pas de cancer. Elles seront rassurées sur leur état de santé à la suite des examens complémentaires.

Il ne sert à rien de pratiquer l'auto-examen des seins (AES) et de faire faire un examen clinique des seins (ECS) quand on passe une mammographie aux deux ans.

Même si l'AES et l'ECS n'ont pas démontré leur efficacité pour réduire la mortalité due au cancer du sein dans de grandes populations, il demeure que ces moyens peuvent être utilisés par les femmes, sur une base individuelle, et leur permettre de déceler des changements à leurs seins entre leurs mammographies de dépistage.

Aujourd'hui, toutes les femmes se sont approprié leur santé et sont en mesure de la prendre en charge de façon autonome.

Les femmes s'attendent à recevoir du soutien de la part des intervenantes et des intervenants rencontrés, notamment de la part de leurs médecins.

Les examens complémentaires qui ont lieu par la suite sont le plus souvent une occasion pour les femmes d'être rassurées sur leur état de santé.

Elles peuvent souhaiter parler de l'anxiété ressentie dans leur cheminement, et cela, à une étape du programme aussi précoce que l'invitation au dépistage du cancer du sein. Elles ont aussi besoin d'information et d'attention pour pouvoir, entre autres, démythifier certaines perceptions et resituer la réalité dans ses justes proportions pour ensuite faire les meilleurs choix pour elles-mêmes.



PROBLÉMATIQUE
DU CANCER
DU SEIN

MYTHES
ET RÉALITÉ

PROBLÉMATIQUE

LE PÔDCS

MAMMOGRAPHIE

TECHNOLOGIES
DIAGNOSTIQUES

TRAITEMENT

HORMONOTHÉRAPIE
DE REMPLACEMENT

*P*ROBLÉMATIQUE DU CANCER DU SEIN

1 QUELLE EST L'AMPLEUR DE LA PROBLÉMATIQUE DU CANCER DU SEIN ?

Le cancer du sein représente un problème de santé important. En 1996, il s'agissait du cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes (30,7 %)¹. On estime qu'une femme sur neuf sera touchée par cette maladie au cours de sa vie. Par rapport à l'ensemble des cancers qui touchent les Québécoises, ce cancer est responsable de près de 20 % des décès et de plus de 20 % des années potentielles de vie perdues. Pour 1996, on estimait qu'environ 4 100 nouveaux cas de cancers du sein seraient diagnostiqués au Québec et que 1 450 décès seraient attribuables à cette maladie².

2 EXISTE-T-IL DES MOYENS POUR PRÉVENIR LE CANCER DU SEIN ?

Actuellement, il demeure impossible de prévenir le cancer du sein car les causes en sont encore inconnues.

3 QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE QUI AUGMENTENT LA PROBABILITÉ D'ÊTRE ATTEINTE D'UN CANCER DU SEIN ?

Toutes les femmes sont susceptibles d'avoir un jour un cancer du sein. Toutefois, on ne connaît pas encore les causes de ce cancer. On sait, par contre, que certains facteurs peuvent augmenter le risque d'avoir cette maladie. Parmi ceux-ci, les deux plus importants sont l'âge et l'hérédité.

L'âge

Plus une femme vieillit, plus son risque d'avoir un cancer du sein augmente.

L'hérédité

Les femmes dont la mère ou les sœurs ont eu un cancer du sein voient leur risque augmenter, surtout si celles-ci ont eu un cancer avant la ménopause ou s'il y a plus d'un cas dans la famille.

Plusieurs autres facteurs ont été étudiés, dont l'alimentation, la prise d'hormones et l'âge à la première grossesse, mais leur influence est moins grande. Certains de ces facteurs font toujours l'objet de débats. Aucun moyen efficace pour prévenir le cancer du sein n'a encore été trouvé.

4

QU'EST-CE QUE LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN ?

Un cancer du sein peut prendre plusieurs années à se développer et c'est souvent par hasard qu'on le découvre. En effet, ce type de cancer est rarement douloureux à ses débuts. Il risque donc peu d'attirer l'attention. Le but du dépistage est de repérer les premiers signes de changement qui peuvent laisser entrevoir la possibilité d'un cancer. Le dépistage est donc la recherche de lésions cancéreuses chez les femmes n'ayant pas de problème aux seins. En dépistant le cancer le plus tôt possible, on peut espérer augmenter les chances de guérison car, en général, les traitements sont plus efficaces lorsque le cancer est peu avancé.

5

QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ENTRE LE DÉPISTAGE OPPORTUNISTE ET LE DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE ?

Le dépistage opportuniste est le dépistage des affections au stade asymptomatique chez des personnes qui consultent d'elles-mêmes pour la maladie recherchée ou pour d'autres motifs. Ces activités de dépistage sont donc réalisées dans le cadre d'une interaction individuelle entre le médecin et son patient ou sa patiente et s'appuient uniquement sur les ressources cliniques existantes.

Le dépistage systématique ou dépistage de masse est habituellement défini uniquement en fonction de l'âge et du sexe. Ce dépistage se déroule généralement dans le cadre d'un programme, c'est-à-dire d'activités organisées à l'échelle d'une population et mobilisant de façon structurée les ressources du système et de nouvelles ressources, si nécessaire,

notamment pour la participation de la clientèle, la coordination des services, la standardisation des activités et l'évaluation du programme³.

6 QUELS SONT LES MOYENS DE DÉTECTION PRÉCOCE DU CANCER DU SEIN ?

Dans la lutte au cancer du sein, trois méthodes de détection précoce sont utilisées : l'auto-examen des seins (AES), l'examen clinique des seins (ECS) et la mammographie de dépistage.



POUR EN SAVOIR PLUS

L'auto-examen des seins consiste en l'inspection visuelle et en la palpation des seins et des aisselles par la femme elle-même. En le pratiquant chaque mois, les femmes peuvent ainsi mieux connaître leurs seins, détecter la présence de petites masses et consulter rapidement leur médecin lorsqu'elles notent des changements. Cette méthode ne demande que quelques minutes. Les femmes qui ne savent pas comment s'y prendre peuvent demander à leur médecin ou à une infirmière de leur enseigner cette méthode. Certains groupes ou organismes offrent aussi ce service.

Pour les femmes qui ont encore leurs menstruations, le meilleur temps pour pratiquer l'AES se situe dans les jours qui suivent les menstruations, alors que les seins sont moins sensibles.

L'examen clinique des seins consiste en l'inspection visuelle et en la palpation des seins par un professionnel ou une professionnelle de la santé, habituellement un médecin.

Cet examen est pratiqué lors d'un examen général et il peut aussi être fait chaque fois qu'une femme présente des symptômes aux seins (douleur, écoulements, masses, rougeurs).

La mammographie de dépistage s'adresse aux femmes ne présentant pas de problèmes aux seins. Cet examen consiste en une radiographie des seins qui permet de détecter des changements pouvant être causés par un cancer du sein. Les lésions décelées peuvent être très petites. Certaines ne sont mêmes pas palpables.

Toutes les lésions détectées ne sont pas nécessairement cancéreuses. La majorité des examens effectués dans un contexte de dépistage révèlent plutôt des lésions non cancéreuses. Lorsqu'une mammographie montre des signes anormaux ou incertains, il faut alors procéder à des examens complémentaires. (exemples : mammographie supplémentaire, échographie, biopsie, etc.) pour établir le diagnostic exact.

7

LA MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE REMPLACE-T-ELLE L'EXAMEN CLINIQUE DES SEINS (ECS) ET L'AUTO-EXAMEN DES SEINS (AES) ?

La mammographie de dépistage ne remplace ni l'AES ni l'ECS. L'efficacité de la mammographie pour détecter un cancer est d'environ 85 %⁴ et est en croissance constante. L'AES et l'ECS peuvent contribuer à déceler l'apparition d'un cancer pendant la période de deux ans entre les mammographies de dépistage. L'ECS peut même permettre la palpation d'une masse non visible à la mammographie.

8

QUELLE EST LA VALEUR DE CHACUNE DES MÉTHODES DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN ?

Des recherches ont démontré l'efficacité de ces méthodes en évaluant leur sensibilité (capacité d'un test à donner un résultat positif quand la maladie est présente) et leur spécificité (capacité d'un test à donner un résultat négatif quand la maladie est absente). Les résultats de ces études sont les suivants⁵ :

Méthode	Sensibilité	Spécificité
Auto-examen des seins	26 %	inconnue
Examen clinique des seins	42-83 %	88-97 %
Mammographie	65-90 %	94 %

Autrement dit, aucun examen n'est infallible. Même si la mammographie de dépistage est le moyen le plus fiable, sa sensibilité est au mieux

de 90 %. Dix pour cent des examens seront donc des « faux négatifs », c'est-à-dire que la mammographie aura été interprétée comme négative (normale) chez 10 % de femmes qui ont en fait un cancer.

D'autre part, la spécificité de la mammographie de dépistage est de 94 %. Donc, dans 6 % des cas, les résultats seront des « faux positifs », c'est-à-dire que la mammographie aura été interprétée comme positive (anormale) chez 6 % des femmes qui en fait n'ont pas de cancer. Ces femmes devront donc subir des examens complémentaires et vivre une période d'incertitude avant d'être rassurées sur leur état de santé.

Même si l'auto-examen des seins et l'examen clinique des seins n'ont pas démontré leur efficacité pour réduire la mortalité due au cancer du sein dans de grandes populations, il demeure que ces moyens peuvent être utilisés par les femmes, sur une base individuelle, entre leurs mammographies de dépistage.

9 EST-CE QUE LES PROBLÈMES DE DYSPLASIE MAMMAIRE AUGMENTENT LE RISQUE DE CANCER DU SEIN ?

On décrit souvent la dysplasie comme une maladie. Ce terme est mal utilisé. Ce sont plutôt des problèmes et des malaises de nature bénigne qui affectent de 50 % à 60 % des femmes. Il arrive que le tissu fibreux des seins, les glandes mammaires et leurs conduits réagissent trop fortement aux hormones produites à l'ovulation. Il en résulte le développement de « bosses fibreuses ». Ces bosses sont une réponse exagérée du tissu mammaire aux variations du taux des hormones ovariennes. Elles subissent une augmentation de volume souvent associée à de la douleur avant la période de menstruation pour diminuer immédiatement après. Ce problème connu est surtout fréquent entre 30 et 50 ans. Il disparaît généralement après la ménopause, sauf chez les femmes qui prennent des hormones.

On a souvent observé que les symptômes liés à la dysplasie sont augmentés par la consommation d'aliments contenant de la caféine, tels le café, le thé, le cola et le chocolat.

Il n'y a pas de preuve que la dysplasie sans atypie cellulaire, c'est-à-dire sans la présence de petites cellules anormales, augmente le risque de cancer du sein⁶.

EST-CE QUE LE DÉPISTAGE GÉNÉTIQUE OFFRE DES AVENUES PROMETTEUSES POUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN ?

Une prédisposition génétique explique de 5 à 10 % des cas de cancer du sein. Trois gènes seraient en cause, soit le BRCA1, le BRCA2 et le p53. Des mutations sur l'un de ces gènes expliqueraient les cancers familiaux⁷.

Des tests visant à identifier les femmes porteuses de ces gènes sont actuellement expérimentés. Le fait pour une femme de se savoir porteuse d'un tel risque peut avoir sur elle des effets psychologiques importants tout en risquant de modifier ses relations familiales. De plus, cela peut entraîner de la discrimination dans la recherche d'un emploi ou encore dans l'obtention d'une assurance-vie, alors qu'il n'est pas évident que la connaissance d'une telle prédisposition génétique puisse engendrer le moindre effet positif pour la personne.

Actuellement, il n'y a pas de consensus quant au suivi à offrir aux femmes chez qui on identifie un de ces gènes.



PROGRAMME
QUÉBÉCOIS
DE DÉPISTAGE
DU CANCER
DU SEIN

MYTHES
ET RÉALITÉ

PROBLÉMATIQUE

LE PÔDCS

MAMMOGRAPHIE

TECHNOLOGIES
DIAGNOSTIQUES

TRAITEMENT

HORMONOTHÉRAPIE
DE REMPLACEMENT

*P*ROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS)

CARACTÉRISTIQUES

1 EN QUOI CONSISTE LE PQDCS?

Il s'agit d'un programme structuré de dépistage du cancer du sein par mammographie qui est offert à toutes les femmes de 50 à 69 ans, quelle que soit la région où elles habitent. La mammographie de dépistage, chez ces femmes, est répétée aux deux ans.

L'objectif ultime de ce programme est de réduire le nombre de décès dus au cancer du sein chez les Québécoises de 50 à 69 ans d'au moins 25 % sur une période de dix ans.

Chaque femme de la population cible du programme reçoit par la poste une **invitation personnelle** à participer au dépistage ainsi que de l'information. Elle peut aussi participer au programme avec une prescription de son médecin. Le programme permet également d'assurer le suivi des résultats jusqu'à l'établissement du diagnostic final.

La mammographie de dépistage est effectuée dans des centres de dépistage désignés qui rencontrent de hauts standards de qualité. Ces centres sont désignés par le ministre de la Santé et des Services sociaux sur la recommandation de chacune des régies régionales. La Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) ne couvre les frais de la mammographie de dépistage aux deux ans que si elle est effectuée dans un centre de dépistage désigné. Ce programme est géré par les régies régionales et adapté aux besoins et aux ressources de chaque région.

2 **QUELLE EST LA CLIENTÈLE INVITÉE À PARTICIPER AU PQDCS ?**

Toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans, de toute condition, sont visées par le PQDCS, quelle que soit la région où elles habitent⁸.

Cependant, les femmes qui ont passé une mammographie au cours des deux dernières années devront retarder leur examen de dépistage pour respecter l'intervalle de deux ans.

3 **POURQUOI LE PQDCS S'ADRESSE-T-IL SEULEMENT AUX FEMMES DE 50 À 69 ANS ?**

Parce qu'il s'agit du groupe pour lequel l'efficacité du dépistage fait consensus. En effet, des études scientifiques (essais cliniques randomisés surtout) fournissent des données permettant de recommander le dépistage aux femmes de ce groupe d'âge, à la condition d'atteindre et de maintenir une participation d'au moins 70 % de cette clientèle. Cela permettra de poursuivre l'objectif du PQDCS de réduire, d'ici l'an 2006, le taux de mortalité causée par le cancer du sein chez les Québécoises invitées au dépistage d'au moins 25 % par rapport au taux de 1996.

4 **QU'EN EST-IL DES FEMMES ÂGÉES DE 40 À 49 ANS ?**

Dans la mesure où elles sont considérées à haut risque par leur médecin, elles peuvent bénéficier des services offerts dans le cadre du programme sur prescription médicale tout en demeurant en dehors du programme. Les femmes de 40 à 49 ans ne font pas partie du programme car les résultats des études ne permettent pas de savoir si le dépistage systématique est aussi efficace pour réduire le nombre de décès dus au cancer du sein chez les femmes de ce groupe d'âge.



POUR EN SAVOIR PLUS

Beaucoup d'études et d'analyses furent effectués et d'autres le sont encore pour déterminer s'il est opportun ou non de recourir au dépistage chez les femmes de 40 à 49 ans. Le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, qui fonde son jugement sur l'analyse de la qualité de la preuve scientifique, concluait en 1994 que **compte tenu des données contradictoires quant aux risques et aux avantages de la mammographie, il est justifié d'exclure ces interventions de l'examen périodique des femmes asymptomatiques de 40 à 49 ans**⁹. À la lumière des études plus récentes, des incertitudes persistent quant à l'efficacité de la mammographie de dépistage chez ce groupe d'âge^{10, 11}.

Divers experts estiment que les études menées à ce jour n'étaient pas en mesure de montrer les avantages de la mammographie chez les femmes jeunes. Un essai clinique est présentement en cours en Grande-Bretagne; cet essai porte sur 200 000 femmes de moins de 45 ans avec un suivi d'au moins dix ans. Un projet appuyé par l'Union internationale contre le cancer parle de la nécessité de randomiser 1,5 millions de femmes de 40 à 42 ans ! Ces méga-expérimentations illustrent l'extrême difficulté de faire la preuve que le dépistage peut être bénéfique avant 50 ans¹².

5

QU'EN EST-IL DES FEMMES ÂGÉES DE 70 ANS ET PLUS ?

Sans faire partie du programme, ce groupe de femmes aura accès sur prescription médicale à la mammographie de dépistage, aux services de soutien et aux services particuliers du centre de référence pour investigation. La mammographie de dépistage peut être justifiée, mais les bénéfices qu'on peut en retirer dépendent de l'état de santé général des femmes, d'où l'importance d'une approche individualisée.

6

QU'EN EST-IL DES FEMMES DE MOINS DE 40 ANS ?

Il n'est généralement pas recommandé d'avoir des mammographies de dépistage avant 40 ans.

7

QUELLE EST LA MÉTHODE DE DÉPISTAGE PRIVILÉGIÉE DANS LE CADRE DU PQDCS ?

La méthode qui a été privilégiée dans le cadre du programme est la mammographie de dépistage. Cet examen comprend deux radiographies par sein : une vue de face et une vue oblique.

8

POURQUOI A-T-ON ÉTABLI LA FRÉQUENCE DE L'EXAMEN PAR MAMMOGRAPHIE AUX DEUX ANS ?

Le PQDCS a opté pour un intervalle de 24 mois, étant donné que les études montrent des bénéfices similaires pour un intervalle variant de 12 à 33 mois¹³. La majorité des programmes de dépistage du cancer du sein au Canada, et ailleurs dans le monde, ont opté pour un intervalle de deux ans, intervalle généralement admis comme approprié dans la littérature.

9

OÙ LES FEMMES PEUVENT-ELLES OBTENIR LES SERVICES COMPRIS DANS LE PQDCS ?

La mammographie de dépistage n'est effectuée que dans des centres de dépistage désignés. Sur recommandation de la régie régionale, le centre de dépistage est désigné par le ministre de la Santé et des Services sociaux après avoir obtenu sa certification. À cet effet, le Laboratoire de santé publique du Québec est responsable de l'analyse des demandes de certification pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux. La loi restreint le droit au remboursement de la mammographie de dépistage par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) aux examens effectués dans les centres de dépistage désignés. Ces derniers s'engagent à répondre à des hauts standards de qualité en vue d'assurer

la plus grande validité de l'examen par mammographie et de réduire au minimum les inconvénients associés à l'examen.

Les examens complémentaires sont effectués dans des centres de référence pour investigation désignés. Ces derniers sont désignés par la régie régionale lorsqu'ils sont offerts sur son territoire ou par entente avec d'autres régies lorsqu'ils sont offerts sur des territoires avoisinants. La présence d'une équipe multidisciplinaire au centre de référence pour investigation permet d'offrir une approche globale de qualité incluant un soutien psychosocial. L'offre de l'ensemble de ces services, répondant à de hauts standards de qualité, ne limite toutefois pas le choix de la patiente quant aux lieux où elle compte passer ses examens et recevoir ses traitements.

10

POURQUOI N'A-T-ON PAS RETENU L'AUTO-EXAMEN DES SEINS (AES) DANS LE CADRE DU PQDCS ?

Parce que les études réalisées au cours des dernières années n'ont pas permis d'en démontrer l'efficacité, c'est-à-dire sa capacité de modifier l'évolution de la maladie et, ultimement, de réduire la mortalité due au cancer du sein. Une récente étude¹⁴ réalisée en Asie arrive aussi à ces conclusions. En dépit de l'existence de plusieurs études sur le sujet, la méthodologie utilisée a souvent fait l'objet de nombreuses critiques, et en soi l'AES seul n'apparaît donc pas comme un bon examen de dépistage. Toutefois, on rencontre encore trop souvent des femmes affligées de tumeurs de bonne dimension au diagnostic et dont le cancer aurait probablement pu être décelé plus précocement par l'AES. Dans une optique visant l'acquisition de saines habitudes et dans une perspective de lutte au cancer du sein, il apparaît logique que les femmes apprennent à connaître leurs seins. Dans ces conditions, elles seront plus sensibles aux changements qui pourraient y survenir et consulteront rapidement dès l'apparition de signes ou de symptômes inhabituels¹⁵.

POURQUOI N'A-T-ON PAS RETENU L'EXAMEN CLINIQUE DES SEINS (ECS) DANS LE CADRE DU PQDCS ?

Parce que lorsque réalisé seul, donc sans mammographie, son efficacité pour réduire la mortalité due au cancer du sein est inconnue. Cependant, on s'entend pour dire qu'il permet de détecter certains cancers du sein, c'est-à-dire qu'il permet de détecter par palpation des cancers qui ne sont pas visibles dans certains cas à la mammographie, dans des proportions de 3 % à 45 % selon les études¹⁶. Toujours selon ces études, le pourcentage de cancer détecté à la palpation et non détecté à la mammographie diminue à mesure que les appareils de mammographie évoluent et que les programmes de contrôle de la qualité s'améliorent. Compte tenu du manque de preuve scientifique quant à l'efficacité de l'examen clinique pour réduire la mortalité, la majorité des programmes de dépistage n'ont pas retenu l'ECS. Toutefois, le PQDCS appuie les recommandations du Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique voulant que l'on intègre l'examen clinique des seins à l'examen médical périodique chez les femmes de 50 à 69 ans.

POURQUOI Y A-T-IL UN NOMBRE RESTREINT DE CENTRES DE DÉPISTAGE ET DE CENTRES DE RÉFÉRENCE POUR INVESTIGATION ?

Un des éléments attestant de la qualité d'un centre de dépistage est le volume de mammographies qui y sont faites. Plus le nombre de centres est grand, plus le volume d'activité par centre risque de diminuer. En effet, il est généralement admis que pour développer une certaine expertise professionnelle en matière de dépistage, le radiologiste et la technologue en radiologie doivent réaliser un nombre minimum de mammographies. Ainsi, on considère qu'un centre de mammographie en milieu urbain devrait réaliser un minimum de 4 000 mammographies par année¹⁷. Pour leur part, les centres de référence pour investigation devront eux aussi avoir un bon volume d'activité, car celui-ci a des effets sur la qualité des opérations réalisées.

13

POURQUOI TOUTES LES CLINIQUES DE
MAMMOGRAPHIE N'ONT-ELLES PAS LE DROIT DE
FAIRE DES MAMMOGRAPHIES DE DÉPISTAGE ?

Parce que les centres de dépistage désignés se sont engagés à rencontrer des volumes d'activité minimum assurant la qualité des mammographies. En plus d'assurer le suivi des femmes qui participent au dépistage et la qualité des mammographies qui sont offertes, les centres de dépistage désignés dans le cadre du programme doivent mettre en application le système d'information qui soutient les activités de ce programme. Par ailleurs, ces mesures contribuent à garantir les normes et les exigences de qualité du programme. Seuls les centres désignés pourront être dotés du système d'information. Les actes de dépistage sont rémunérés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec à condition d'être posés dans les centres de dépistage désignés. Les centres qui seront désignés auront démontré leur adhésion aux normes de qualité, s'engageront à les maintenir et auront un volume d'activité suffisant pour répondre à la demande engendrée par le programme dans chaque région.

14

QU'EST-CE QUI FAIT QU'UN CENTRE
DE DÉPISTAGE DÉSIGNÉ
SERAIT DE MEILLEURE QUALITÉ ?

Chaque centre désigné devra passer par un processus d'évaluation qui permettra d'assurer la qualité de ses opérations. Cela signifie des appareils répondant à des normes de qualité préétablies et des professionnels (radiologistes, technologues en radiologie et physiciens biomédicaux) spécialement formés et reconnus par leurs regroupements professionnels. Par ailleurs, l'implantation d'un système d'information permettra le suivi régulier de la qualité des opérations qui y seront réalisées.

15

EST-CE QUE LA MAMMOGRAPHIE,
AVANT L'EXISTENCE DU PQDCS
ÉTAIT SI MAUVAISE ?

Le domaine de l'imagerie du sein a considérablement évolué au cours des dernières années. Des mammographes d'une nouvelle génération et

de nouveaux films ont pénétré le marché international de l'imagerie médicale, amenant de nouvelles conditions d'opération. La mise en marché de nouveaux produits améliore constamment la qualité des mammographies. Le suivi de la qualité dans le cadre du programme a notamment pour objectif de s'assurer que cette évolution s'intègre dans la pratique de la mammographie afin d'assurer aux femmes la meilleure qualité possible. Il semble bien que par le passé, cette intégration ait trop souvent été absente.

16

COMMENT SAVOIR SI UN CENTRE DE DÉPISTAGE EST DÉSIGNÉ ?

La liste des centres de dépistage désignés paraîtra dans la Gazette officielle du Québec. Cette liste sera également disponible :

- sur le site Internet du MSSS à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca
- à la coordination des services du *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN* de chacune des régions.
- dans les CLSC.
- à Info-santé CLSC.

17

POURQUOI A-T-ON FAIT APPEL À UNE INSTANCE DE CERTIFICATION QUÉBÉCOISE ? LA CERTIFICATION DU PROGRAMME D'AGRÉMENT DES UNITÉS DE MAMMOGRAPHIE (PAM) DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DES RADIOLOGISTES (ACR), QUI A FAIT SES PREUVES, N'EST-ELLE PAS SUFFISANTE ?

La certification du programme d'agrément des unités de mammographie (PAM) de l'Association canadienne des radiologistes (ACR) ne garantit pas le respect intégral des normes et des exigences du programme. C'est pourquoi le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié au Laboratoire de santé publique du Québec le mandat de s'assurer du respect de toutes les normes de qualité reliées aux examens de mammographie.

18

POURQUOI NE PAS UTILISER D'UNITÉS MOBILES POUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN DANS LE CADRE DU PQDCS ?

Étant donné la grande quantité de points de service actuellement en place, il a été convenu que la prestation des services de mammographie reposait essentiellement sur les infrastructures fixes existantes. Cependant, les régies régionales ont la responsabilité de l'organisation des services sur leur territoire. Le recours à des unités mobiles pourrait éventuellement être envisagé après analyse des besoins particuliers d'une région, en étant préoccupé d'offrir des services de qualité, accessibles, et qui soient le plus appropriés possible. Cette façon de faire pourrait être considérée au même titre que d'autres activités favorisant l'accès du dépistage aux femmes après évaluation des taux de participation des femmes vivant loin des centres de dépistage.

19

QUELLES SONT LES CLÉS DU SUCCÈS D'UN PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN ?

- La participation massive des femmes visées par le programme.
- La collaboration du médecin traitant pour la référence et le suivi des femmes.
- L'adhésion de tous les intervenants concernés à des normes élevées de qualité, tant techniques que professionnelles, en vue d'offrir les meilleures services possibles.
- Le respect des droits et des besoins des femmes, incluant le droit à un consentement libre et éclairé, le droit à la confidentialité et à la vie privée, le droit au maintien de la qualité de vie, ce qui sous-tend la nécessité d'offrir des services accessibles et adaptés à leurs besoins.

1

QUELS SONT LES CRITÈRES POUR ÉVALUER LA PERTINENCE DE METTRE EN PLACE UN PROGRAMME DE DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE ?

Il existe six critères scientifiquement reconnus pour évaluer la pertinence de mettre en place un programme de dépistage systématique. Il s'agit de l'importance du problème, de la qualité des tests, de l'efficacité des traitements, de l'acceptabilité des risques, du taux de réduction de la mortalité et du rapport coût/efficacité.



POUR EN SAVOIR PLUS

Importance du problème

Le cancer du sein représente un problème de santé important. Cancer le plus fréquent chez la femme, on estime qu'une femme sur neuf sera touchée par cette maladie au cours de sa vie. Par rapport à l'ensemble des cancers qui touchent les Québécoises, il est responsable de près de 20 % des décès et de plus de 20 % des années potentielles de vie perdues. En 1996, on estime qu'environ 4 100 nouveaux cas de cancers du sein auront pu être diagnostiqués au Québec et que 1 450 décès auront pu être attribuables à cette maladie.

Qualité des tests

De nombreuses études et projets de démonstration ont établi qu'une mammographie de haute qualité devait avoir une sensibilité, une spécificité et une acceptabilité adéquates. Selon les études et les groupes de population, la sensibilité de ce test varie de 65 à 90 % et sa spécificité se situe en moyenne à 94 %. Son acceptabilité semble également très bonne, des taux de participation de plus de 70 % ayant été atteints dans plusieurs études et programmes. Des moyens éprouvés existent pour établir le diagnostic et guider les traitements¹⁸.

Efficacité des traitements

Les résultats cliniques confirment l'efficacité du traitement du cancer du sein lorsque la tumeur est petite et la maladie encore localisée. Le taux de survie à cinq ans est estimé à moins de 20 % lorsque le cancer montre un envahissement à distance contre plus de 85 % lorsqu'il est encore localisé¹⁹.

Acceptabilité des risques

Le principal risque du dépistage par mammographie est relié aux résultats faussement positifs qui entraîneront de l'anxiété pour les femmes touchées et les exposeront aux risques et inconvénients de certaines investigations diagnostiques. Des mécanismes adéquats d'information et de soutien pour les femmes participant au dépistage et de mécanismes de contrôle de la qualité des services sont nécessaires pour réduire l'importance de ces effets. Cet inconvénient pourrait toucher une participante sur vingt aux activités de dépistage²⁰.

Taux de réduction de la mortalité

Plusieurs études randomisées ont démontré la capacité du dépistage systématique de réduire la mortalité due au cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans. L'ensemble de ces études indique qu'une réduction de la mortalité annuelle de 40 % peut être obtenue dans ce groupe d'âge grâce au dépistage²¹. Les résultats chez les femmes plus jeunes ne sont pas concluants²².

Rapport coût/efficacité

Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé a estimé à environ 5 000 \$ par année de vie ajoutée le rapport coût/efficacité d'un programme de dépistage du cancer du sein au Québec. Ce rendement peut avantageusement être comparé à celui de beaucoup d'autres interventions utilisées dans notre système de santé, dont la transplantation cardiaque dont le rapport coût/efficacité est de 15 000 \$ par année de vie ajoutée, et la dialyse rénale, dont le rapport coût/efficacité est de plus de 40 000 \$ par année de vie ajoutée²³.

2

LA PERTINENCE DE METTRE EN PLACE LE PQDCS A-T-ELLE ÉTÉ DÉMONTRÉE ?

Le PQDCS répond aux critères scientifiquement reconnus pour déterminer la pertinence de mettre en place un programme organisé de dépistage. En effet :

- la maladie que l'on souhaite détecter constitue une menace sérieuse pour la santé des femmes;
- la mammographie constitue un test adéquat pour faire le dépistage;
- des traitements efficaces peuvent être offerts aux femmes chez qui la maladie a été décelée;
- la balance des risques et des bénéfices associés à la mammographie et aux examens d'investigation est acceptable pour les femmes;
- l'efficacité du dépistage par mammographie a été démontrée;
- le coût du programme se justifie par rapport à celui d'autres interventions dans le domaine de la santé.

3

EST-CE QUE LE PQDCS RESPECTE LES PRINCIPES ÉTHIQUES QUI DOIVENT GUIDER TOUTE INTERVENTION EN SANTÉ PUBLIQUE ?

Trois principes éthiques fondamentaux ont guidé les orientations et les décisions prises dans le cadre du programme. Ces dimensions éthiques revêtent une importance toute particulière dans les interventions de dépistage s'adressant à des personnes asymptomatiques se trouvant le plus souvent en bonne santé. Il s'agit :

- de respecter la personne et son autonomie :
 - en lui laissant le choix de participer ou non aux activités de dépistage, que celles-ci soient faites dans un contexte opportuniste ou systématique;
 - en reconnaissant sa capacité de faire des choix éclairés pour elle-même, notamment en ce qui concerne les procédures liées à l'investigation et au traitement, lorsque cela est nécessaire;

- – en sauvegardant la confidentialité des renseignements;
 - – en respectant son intimité.
 - de faire du bien « bienfaisance » et de ne pas faire de mal « non-malfaisance » :
 - – en soignant la maladie;
 - – en faisant la promotion du bien de la personne;
 - – en s’assurant que le dépistage fera plus de bien que de mal;
 - – en disposant de preuves concluantes que le dépistage peut altérer le cours naturel de la maladie pour une proportion significative des personnes.
 - de garantir justice et équité :
 - – en veillant à ce que l’accès aux services de santé soit équitable pour toutes les personnes visées;
 - – en visant les meilleures conséquences possibles pour le plus grand nombre de personnes;
 - – en s’assurant de pouvoir rejoindre toutes les personnes qui peuvent bénéficier des services offerts;
 - – en offrant des services à des coûts raisonnables, et ce, au regard des avantages du programme, à la fois pour les individus et pour la société.
-

POURQUOI DOIT-ON MODIFIER LES SERVICES POUR IMPLANTER LE PQDCS ?

Au Québec, les services de mammographie de dépistage ont été développés à même les services diagnostiques, au fur et à mesure que les connaissances scientifiques évoluaient et parallèlement aux recommandations de nombreux groupes d'experts à ce sujet. Cela a eu pour effet d'engendrer une organisation des services qui n'atteint pas son plein rendement. On observe notamment :

- qu'en 1995, 363 500 mammographies ont été réalisées²⁴ dans 143 centres de mammographie, hôpitaux ou cliniques privées de radiologie. On recense ainsi un grand nombre de centres, dont certains ont une très faible productivité²⁵;
- que les mécanismes de contrôle de la qualité technique du mammographe et de ses composantes (procédures de contrôle des examens de mammographie) sont peu développés²⁶;
- qu'il n'y a pas de données permettant de distinguer la nature des mammographies réalisées actuellement au Québec (dépistage versus diagnostic) et de suivre les femmes dépistées au regard de variables telles que le taux de détection des cancers, la proportion des faux positifs, la nature et l'ampleur des actes d'investigation réalisés;
- que les femmes n'ont pas toutes accès à une information suffisante sur le cancer du sein, que la promotion du dépistage n'est pas systématisée et que les services de dépistage ne sont pas également accessibles aux femmes de toutes les régions du Québec²⁷.

QUELLES AMÉLIORATIONS LE PQDCS APPORTE-T-IL ?

Les principales améliorations que le PQDCS apporte sont les suivantes :

- offrir des activités organisées et mobiliser de façon structurée des ressources du système de santé actuel pour favoriser la participation de la population visée, la coordination des services, la standardisation des activités et l'évaluation du programme;

- améliorer la couverture par mammographie de la clientèle ciblée par le programme;
- recueillir et analyser les données cliniques essentielles au suivi et à la mise en place de mesures correctrices permettant d'optimiser la qualité du programme à l'aide d'un système d'information unique;
- utiliser les indicateurs de résultats des programmes existants pour analyser la performance du programme et l'ajuster continuellement en fonction de son objectif ultime, à savoir la réduction de la mortalité;
- mettre en place des services répondant aux besoins de l'ensemble de la population, notamment en ce qui concerne l'accessibilité et l'équité.

En résumé, la mise en place d'un programme de dépistage permet de maximiser les bénéfices et de minimiser les effets négatifs du dépistage grâce à une approche systématique axée principalement sur la recherche de la plus grande qualité possible et en accroissant la participation de la clientèle pour laquelle le dépistage est reconnu efficace²⁸.

6

POURQUOI A-T-ON MIS EN PLACE UN PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN ALORS QUE LES MÉDECINS RÉFÉRAIENT DÉJÀ LEURS PATIENTES POUR DES MAMMOGRAPHIES ET QUE CELLES-CI ALLAIENT PASSER CET EXAMEN ?

Jusqu'à présent, les lignes de la pratique clinique concernant le dépistage du cancer du sein, bien qu'existantes, ont été appliquées de façon très variable d'un médecin à l'autre. En effet, comme elles étaient souvent diffusées de façon passive et qu'elles manquaient de renforcement, elles furent plus ou moins suivies par les médecins.

Même si on présume qu'au moins 50 % des mammographies réalisées avant l'instauration du programme étaient des mammographies de dépistage, il demeure qu'on ne pouvait pas les distinguer des mammographies diagnostiques car il n'y avait pas d'acte défini pour le dépistage.

QUELS SONT LES EFFETS PRÉVISIBLES DU PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN PAR MAMMOGRAPHIE ?

L'effet positif du dépistage :

Une diminution significative de la mortalité des femmes causée par le cancer du sein.

De nombreuses études épidémiologiques ont démontré que le dépistage de masse par mammographie, appliqué à de larges populations, peut réduire la mortalité causée par le cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans. Dans les conditions optimales de réalisation rencontrées dans ces études, incluant des mécanismes de contrôle de la qualité et des taux de participation de près de 70 % des populations visées, une diminution de la mortalité allant jusqu'à 40 % fut observée après une période de sept à dix ans.

Les effets négatifs du dépistage :

Malgré les améliorations considérables apportées à la qualité des appareils ainsi qu'à la formation du personnel, on peut encore s'attendre à ce qu'environ 5 à 15 % des cancers ne soient pas détectés par la mammographie. Les résultats sont alors dits « faux négatifs ». Dans ce cas, les femmes concernées ne savent pas qu'elles ont une tumeur, même si elles ont passé une mammographie.

À l'inverse, chez environ 7 % des participantes, les résultats sont interprétés comme incertains, alors qu'en réalité, il n'y a pas de cancer. Les résultats sont alors dits « faux positifs ». Les femmes vivent alors une période d'incertitude, pendant laquelle elles sont soumises à des examens complémentaires. La majorité d'entre elles seront toutefois rassurées sur leur état de santé.

Éliminer tous les effets négatifs du dépistage est impossible. Le programme de dépistage vise donc à réduire au minimum les effets négatifs potentiels. C'est pourquoi des mécanismes rigoureux d'assurance de la qualité sont mis en place²⁹.

Par ailleurs, il est possible de diminuer le stress des femmes de différentes façons, notamment en valorisant l'importance de la communication entre le médecin et sa patiente, en fournissant une information adé-

quate et en réduisant au maximum les délais entre la mammographie et le résultat du dépistage et de l'investigation, ainsi qu'entre le diagnostic et le traitement, s'il y a lieu³⁰.

8

QU'EST-CE QUE TOUT CELA VA CHANGER POUR LES FEMMES ?

Les femmes bénéficieront d'un suivi diagnostique rapide si elles ont à passer des examens complémentaires après avoir obtenu les résultats de leur mammographie de dépistage. La durée d'attente des résultats des examens subis, souvent source d'anxiété, pourra ainsi être diminuée.

Les participantes s'inscrivent dans un programme qui sera évalué régulièrement sous tous ses aspects, afin d'assurer des soins de grande qualité.

Une invitation sera envoyée à toutes les femmes de 50 à 69 ans, ainsi qu'un rappel pour passer un examen de dépistage aux deux ans.

9

EXISTE-T-IL DES PROGRAMMES DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN DANS D'AUTRES PROVINCES OU PAYS ?

De nombreux programmes de dépistage du cancer du sein ont vu le jour au cours des dernières années. À titre d'exemple, l'Angleterre a instauré un tel programme en 1988, et l'Australie en 1991. Au Canada, les provinces et territoires qui ont implanté leur programme sont les suivantes : la Colombie-Britannique en 1988, le Yukon, l'Alberta, l'Ontario et la Saskatchewan en 1990, la Nouvelle-Écosse en 1991, le Manitoba et le Nouveau-Brunswick en 1995, et Terre-Neuve en 1996.

D'ailleurs, les expériences réalisées à travers le monde ont inspirées l'élaboration du PQDCS, notamment en ce qui concerne les normes et les exigences de qualité.

**DANS QUELLE MESURE LES COÛTS
DE LA MISE EN PLACE DU PQDCS
SONT-ILS JUSTIFIÉS ?**

Le diagnostic du cancer du sein à un stade précoce permet d'en faire une maladie relativement curable. Son diagnostic précoce peut entraîner une augmentation de la durée de vie et une diminution de la mortalité, tout en minimisant les coûts émotifs, sociaux, médicaux et économiques.

Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé a estimé à environ 5 000 \$ par année de vie ajoutée le rapport coût/efficacité d'un programme de dépistage du cancer du sein au Québec. Ce rendement peut avantageusement être comparé à celui de beaucoup d'autres interventions utilisées dans notre système de santé, dont la transplantation cardiaque dont le rapport coût/efficacité est de 15 000 \$ par année de vie ajoutée, et la dialyse rénale, dont le rapport coût/efficacité est de plus de 40 000 \$ par année de vie ajoutée³⁰.

APPLICATION

1 EXISTE-T-IL DE LA DOCUMENTATION ÉCRITE SUR LE PQDCS ?

Il existe trois documents d'information destinés aux femmes. Le premier, *Mieux se connaître pour mieux reconnaître*, est un dépliant qui informe toutes les femmes sur le PQDCS et sur les différentes méthodes de détection précoce du cancer du sein. Il est disponible, entre autres, dans les présentoirs des CLSC et des centres de dépistage désignés.

Le deuxième, *Mieux vaut agir que réagir*, est une brochure qui contient l'ensemble des renseignements relatifs à la participation au programme ainsi que le formulaire d'autorisation. Cette brochure est offerte à toutes les femmes de 50 à 69 ans, dans le même envoi postal que la lettre d'invitation personnalisée.

Le troisième, *Information sur les examens complémentaires à la mammographie de dépistage*, est un dépliant qui est remis aux femmes lorsqu'elles se présenteront au centre de dépistage désigné pour passer leur mammographie de dépistage.

Tous ces documents seront aussi disponibles en anglais.

2 Y A-T-IL DE L'INFORMATION CONÇUE À L'INTENTION DES MÉDECINS ?

Une pochette d'information destinée aux médecins concernés par l'application du programme a été préparée et distribuée lors du lancement du programme. Elle contient :

- un document de référence sur le PQDCS;
- les lignes directrices du Collège des médecins du Québec sur le dépistage du cancer du sein;
- les brochure et dépliants promotionnels du programme.

POURQUOI LES FEMMES REÇOIVENT-ELLES UNE INVITATION POSTALE ?

De nombreuses études, réalisées dans plusieurs pays, ont démontré l'efficacité d'une invitation individuelle postale pour rejoindre le groupe visé, en l'occurrence les femmes de 50 à 69 ans. En effet, cette méthode a toujours suscité un haut taux de réponse. Il s'agit du mode de recrutement qui offre le meilleur rapport coût-bénéfice et permet d'atteindre les taux de participation les plus élevés à un programme. Rappelons que le taux de participation visé par le PQDCS est de 70 % des femmes ciblées (environ 256 000 femmes par année). C'est le taux minimum de participation qui doit être atteint pour réaliser l'objectif du programme : réduire le taux de mortalité due au cancer du sein d'au moins 25 % sur une période de dix ans. Selon le groupe de travail chargé d'évaluer les programmes de dépistage implantés dans diverses provinces canadiennes :

« All Canadian organized screening programs currently use letters of invitation at least to some groups of women. The Working Group unanimously agreed that letters of invitation are a key component of an organized screening program and should be universally adopted by such programs »³³.

Ce groupe de travail mentionne cependant que, chez certains groupes de femmes, il importe d'examiner la nécessité d'entreprendre d'autres démarches ou des démarches supplémentaires. Ainsi, les femmes autochtones et les femmes immigrantes peuvent être plus difficiles à rejoindre que les autres groupes de femmes ciblées.

Les femmes de 50 à 69 ans recevront donc une invitation postale à participer au PQDCS. Cette invitation comprendra une lettre d'invitation et la brochure *Mieux vaut agir que réagir*, qui décrit le programme et répond à diverses questions touchant à la mammographie. Cette brochure comprendra aussi un formulaire intitulé « Autorisation de transmission de renseignements relative à la participation au *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN* ». L'envoi inclura également la liste des centres de dépistage et de leurs coordonnées, ainsi que l'adresse de la coordination des services de la région où habite la femme ainsi rejointe. Les femmes n'ayant pas répondu à l'invitation recevront, quelques semaines plus tard, une lettre de relance.

EST-CE QUE LES FEMMES SONT OBLIGÉES DE PARTICIPER AU PQDCS ?

Les femmes de 50 à 69 ans sont invitées à participer au PQDCS. Elles ne sont évidemment pas obligées d'y participer. L'implantation du PQDCS compte sur la diffusion d'une information complète afin de s'assurer que les femmes puissent exercer librement et de façon informée leur choix de participer ou non à ce programme.

Avec l'invitation qui leur sera personnellement adressée, tous les renseignements nécessaires pour prendre une décision éclairée seront donc remis aux femmes visées à l'intérieur de la brochure *Mieux vaut agir que réagir*, qui leur est destinée. Celles qui décideront de participer au programme de dépistage devront compléter le formulaire intitulé « Autorisation de transmission de renseignements relative à la participation au *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN* ». Dans ce dernier, on leur demande si elles consentent à la transmission des renseignements les concernant aux seules fins du PQDCS. Cette autorisation implique que la femme :

- pourra bénéficier d'un suivi diagnostique rapide si elle a à passer des examens complémentaires après avoir obtenu les résultats de sa mammographie de dépistage. La durée d'attente des résultats des examens, souvent source d'anxiété, pourra ainsi être diminuée.
- participera à un programme qui sera évalué régulièrement sous tous ses aspects, afin d'assurer des soins de grande qualité;
- recevra un rappel tous les deux ans pour passer une nouvelle mammographie de dépistage dans le cadre de ce programme.

En cas de refus de transmettre les renseignements les concernant, les femmes pourront quand même obtenir des services de mammographie dans les centres de dépistage désignés et bénéficier d'un suivi diagnostique si elles ont à passer des examens complémentaires. Ces dernières ne seront cependant pas rappelées aux deux ans. Elles ne participeront pas non plus à l'évaluation du programme. Cependant, si elles le désirent, elles pourront passer les prochaines mammographies de dépistage en obtenant une prescription de leur médecin.

QUELS SONT LES AVANTAGES POUR LES FEMMES DE PARTICIPER AU PQDCS ?

La femme qui autorise la transmission des renseignements la concernant :

- pourra bénéficier d'un suivi diagnostique rapide si elle a à passer des examens complémentaires après avoir obtenu les résultats de sa mammographie de dépistage. La durée d'attente des résultats des examens subis, souvent source d'anxiété, pourra ainsi être diminuée.
- participera à un programme qui sera évalué régulièrement sous tous ses aspects, afin d'assurer des soins de grande qualité;
- recevra un rappel tous les deux ans pour passer une nouvelle mammographie de dépistage dans le cadre de ce programme.

QU'ARRIVE-T-IL SI LA FEMME REFUSE L'INVITATION DE PARTICIPER AU PQDCS ?

En cas de refus de transmettre les renseignements les concernant, les femmes pourront quand même obtenir des services de mammographie dans les centres de dépistage désignés et bénéficier d'un suivi diagnostic si elles ont à passer des examens complémentaires. Ces dernières ne seront cependant pas rappelées aux deux ans. Elles ne participeront pas non plus à l'évaluation qui permettra, entre autres, de mettre en évidence la réduction du taux de mortalité due à ce programme. Cependant, si elles le désirent, elles pourront passer les prochaines mammographies de dépistage en obtenant une prescription de leur médecin.

EST-CE QUE TOUTES LES FEMMES VISÉES PAR LE PQDCS SERONT RAPPÉLÉES AUX DEUX ANS ?

Une invitation postale sera envoyée à toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans pour les informer et les inviter à passer une mammographie de dépistage dans le cadre de ce programme. Par la suite, elles recevront, tous les deux ans, un rappel pour une nouvelle mammographie, et ce, durant toute la période d'admissibilité. Les femmes n'ayant pas répondu à l'invitation de participer au programme ou ayant refusé d'autoriser la transmission des renseignements les concernant ne recevront pas de rappel

Une femme admissible qui n'aurait pas répondu à l'invitation peut obtenir une prescription de son médecin et adhérer au programme en tout temps. Elle recevra par la suite un rappel tous les deux ans.

8

COMBIEN DE TEMPS LA FEMME DOIT-ELLE ATTENDRE AVANT DE RECEVOIR LE RÉSULTAT DE SA MAMMOGRAPHIE ?

Dans le cas où le résultat de la mammographie est normal, la femme recevra une lettre de la coordination des services de sa région dans les dix jours ouvrables suivant l'examen au centre de dépistage.

Dans le cas où le résultat de la mammographie de dépistage est anormal, le médecin de la femme visée recevra le rapport de mammographie dans les 24 à 48 heures suivant la lecture de la mammographie. Le programme souhaite que le médecin contacte dès que possible sa patiente pour fixer un rendez-vous avec elle afin de lui annoncer le résultat.

Par mesure de sécurité, une lettre indiquant à la femme la nécessité de passer des examens complémentaires lui sera acheminée par la coordination des services de sa région dans les dix jours ouvrables suivant l'examen au centre de dépistage.

Les femmes seront informées de cette façon de procéder lorsqu'elles iront passer leur mammographie au centre de dépistage.

9

QU'ARRIVE-T-IL SI LE RÉSULTAT DE LA MAMMOGRAPHIE EST ANORMAL ?

Dans le cas où le résultat de la mammographie de dépistage est anormal, le centre de dépistage transmet rapidement le rapport de mammographie au médecin de la femme.

Lorsque le médecin rencontre la femme ou communique avec elle, il lui explique qu'il est nécessaire de procéder à certains examens complémentaires, répond à ses questions et lui fournit les coordonnées d'un centre de référence pour investigation. Après qu'ils en aient discuté et

convenu ensemble, le médecin ou la femme prend rendez-vous avec le centre de référence pour investigation. Par la suite, une fois les examens d'investigation terminés, le médecin reçoit le rapport d'investigation et peut rencontrer sa patiente afin de lui donner des informations supplémentaires si nécessaire.

Si, après en avoir discuté avec son médecin, la femme choisit de poursuivre ses démarches d'investigation ailleurs que dans un centre de référence pour investigation de sa région, le médecin doit respecter son choix.

Parallèlement, dans les dix jours suivant la date de la mammographie, une lettre suggérant de passer des examens complémentaires est acheminée à la femme par la coordination des services de sa région par mesure de sécurité.

10

QUELS SONT LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES À LA SUITE D'UNE MAMMOGRAPHIE ANORMALE ?

Il existe divers types d'examens correspondant chacun à un besoin précis. Les femmes auront à passer l'examen ou les examens correspondant à leur situation particulière. Ces examens peuvent être :

- l'examen clinique des seins : palpation des seins et examen des aisselles par un médecin;
- la prise de films radiologiques complémentaires : mammographies supplémentaires permettant de mieux préciser la nature de la lésion;
- l'échographie : examen utilisant les ultrasons, principalement pour déterminer s'il y a un ou des kystes dans le sein;
- la cytoponction ou biopsie à l'aiguille fine : prélèvement de cellules au moyen d'une aiguille fine à l'endroit où l'on palpe une lésion dans le sein;
- la biopsie au trocart : prélèvement de tissus au moyen d'une aiguille plus grosse à l'endroit où l'on détecte une lésion dans le sein;
- la biopsie chirurgicale : prélèvement par chirurgie d'une partie de la lésion;
- la localisation stéréotaxique : acte permettant de placer un fil dans une lésion non palpable grâce à l'assistance d'un ordinateur. Ce fil sert de guide pour faire un prélèvement à l'endroit très précis où se situe la lésion.

11

COMBIEN DE CANCERS LA MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE PERMETTRA-T-ELLE DE DÉTECTER CHEZ LES FEMMES PARTICIPANT AU PQDCS ?

La mammographie est avant tout un examen de dépistage. Elle révèle des signes ou des changements qui peuvent être associés à la présence d'un cancer, mais qui ne le sont pas nécessairement. Il faut alors compléter l'investigation par d'autres examens.

On estime que le taux de cancers détectés chez les femmes participant à un programme de dépistage est d'au moins 5 cancers par 1 000 participantes pour les femmes qui en sont à leur premier examen. Ce taux est de l'ordre de 3,5 cancers détectés par 1 000 participantes pour celles qui reviennent aux cycles de dépistage subséquents³⁴.

12

QUEL EST LE PRONOSTIC APRÈS UN DIAGNOSTIC DE CANCER ?

En présence d'un cancer confirmé, le pronostic varie selon plusieurs facteurs, comme la taille de la tumeur et la présence de ganglions affectés dans la région de l'aisselle. Dans le cas des tumeurs de petite taille (moins de 1 cm) et qui n'ont pas encore envahi les ganglions (stade 1), on estime qu'environ 95 % des femmes peuvent espérer vivre au moins cinq ans. Le pronostic à cinq ans des cancers in situ est encore supérieur, certains l'estimant à près de 100 %. Dans les autres conditions, le pronostic est variable. La moyenne canadienne était de 73 % en 1993, pour tous les stades confondus. Il est impossible de donner un pronostic exact pour une personne donnée, l'évolution étant parfois imprévisible. Le cancer du sein est une des formes de cancer qui présente les meilleurs taux de guérison ou de rémission après traitement.³⁵

13

EST-CE QUE LA FEMME PEUT CHOISIR LE LIEU OÙ ELLE RECEVRA SON TRAITEMENT ?

Dans le cadre du programme, la mammographie de dépistage ne peut être effectuée que dans des centres de dépistage désignés, compte tenu que la loi restreint le droit au remboursement de la mammographie de

dépistage par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) aux seuls examens effectués dans les centres de dépistage désignés³⁶.

Lorsqu'une femme obtient un résultat anormal, elle est invitée à se présenter à un centre de référence pour investigation désigné. Elle peut aussi, après en avoir convenu avec son médecin, passer son ou ses examens dans un hôpital autre qu'un centre de référence pour investigation désigné.

Il est à noter que, dans le cadre du programme, les centres de référence pour investigation seront également désignés. Pour obtenir leur désignation, ces centres se seront préalablement engagés auprès de leur régie régionale à respecter les dispositions du programme, de même que les normes et les exigences de qualité de celui-ci³⁷.

14

EST-CE QUE LES MÉDECINS DE FAMILLE ONT UN RÔLE À JOUER DANS LE CADRE DU PQDCS ?

Le PQDCS prend une orientation claire en faveur de la participation des médecins de première ligne à la prestation des services et des soins aux femmes dans le cadre de la lutte au cancer du sein, lutte à l'intérieur de laquelle s'inscrit le programme. Le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, dont les recommandations se fondent sur la qualité de la preuve scientifique, recommande d'ailleurs aux médecins de première ligne de prescrire la mammographie de dépistage aux femmes de 50 à 69 ans.

Lors d'une consultation médicale, le médecin pourra discuter avec la femme des avantages et des inconvénients de la mammographie de dépistage et ainsi faciliter chez elle une prise de décision éclairée. Par la même occasion, il pourra lui rappeler l'importance de l'examen médical annuel et lui remettre une prescription médicale lui permettant de passer une mammographie de dépistage.

15

EST-CE QUE LE MÉDECIN DE LA FEMME RECEVRA LES RÉSULTATS DE LA MAMMOGRAPHIE ?

Au moment de son inscription au centre de dépistage, on demandera à la femme de donner le nom de son médecin pour pouvoir lui envoyer le résultat de la mammographie de dépistage.

Ainsi, quel que soit le résultat obtenu par la femme au dépistage ou à l'évaluation diagnostique réalisé dans le cadre du programme, son médecin en sera informé et en assurera le suivi.

De plus, le médecin sera informé dans le cas où le résultat de la mammographie de dépistage est normal et où la femme présente quand même des signes et des symptômes, ceci afin d'assurer le suivi nécessaire.

16

COMMENT LES COÛTS DU PQDCS SONT-ILS ÉVALUÉS ?

Les coûts de ce programme sont évalués au moyen de deux indicateurs, soit le coût par participante et le coût par cancer détecté.

17

COMMENT LE PROGRAMME EST-IL FINANCÉ ?

Le financement des activités de coordination, de recrutement, de communication et de suivi est pris principalement à même les budgets des régies régionales par la relocalisation des ressources. Les honoraires professionnels dans les centres de dépistage désignés sont couverts par la RAMQ.



POUR EN SAVOIR PLUS

Coût par participante

Il n'y a pas d'indicateur de performance économique universellement reconnu pour les programmes de dépistage du cancer du sein. Des informations sur les programmes de dépistage des autres provinces canadiennes indiquent que le coût des résultats obtenus peut varier de façon considérable. Il est important, pour assurer une gestion responsable, que l'efficacité du programme soit évaluée tant au niveau régional que central.

Le coût par participante est un premier indicateur proposé pour évaluer la performance économique du programme. Si l'on se base sur l'information disponible, il n'existerait pas de méthode standardisée pour le calcul de cet indicateur, qui est cependant utilisé de façon informelle par les responsables des programmes de dépistage des autres provinces. Nous suggérons qu'il soit défini comme le coût des activités de dépistage, de promotion et de coordination du programme par femme ayant subi un examen de dépistage au cours d'une période donnée. Le coût des services d'investigation diagnostique n'est pas inclus dans le calcul de ce coût, du moins dans un premier temps.

Seuls les coûts directs pour le système public de santé (réseau et RAMQ) seraient comptabilisés, selon une approche tenant compte du prix de revient. Pour l'examen de dépistage, ce prix de revient correspondrait aux honoraires totaux versés par la RAMQ lorsque le service est dispensé en clinique privée, et au coût des ressources hospitalières utilisées, plus les honoraires professionnels du radiologiste, lorsqu'il est dispensé par un établissement public. À ce coût, s'ajoutent celui des structures de coordination aux niveaux central et régional, celui des activités visant à favoriser la participation des femmes au programme, et celui des mécanismes visant l'assurance de la qualité.

Récemment, un état de situation indiquait que le coût par participante des programmes en cours dans les autres provinces canadiennes variait de 50 à 140 \$.

Coût par cancer détecté

La performance économique du programme par rapport à l'important objectif qu'est la détection des cancers est une question pertinente. Le coût par cancer détecté est un indicateur qui permet d'apprécier cette performance.

On calculerait donc cet indicateur en divisant le coût des activités de dépistage, de promotion et de coordination du programme par le nombre de cancers diagnostiqués chez les femmes ayant subi un examen de dépistage au cours d'une période donnée.

Récemment, on rapportait que les programmes de dépistage des autres provinces canadiennes entraînaient des coûts par cancer détecté variant de 13 000 à 18 000 \$³².

MYTHES
ET RÉALITÉ

PROBLÉMATIQUE

LE PÔDCS

MAMMOGRAPHIE

TECHNOLOGIES
DIAGNOSTIQUES

TRAITEMENT

HORMONOTHÉRAPIE
DE REMPLACEMENT



MAMMOGRAPHIE

MAMMOGRAPHIE

1 QU'EST-CE QU'UNE MAMMOGRAPHIE ?

La mammographie est une radiographie des seins. Selon l'objectif recherché, on parle de **mammographie de dépistage** ou de **mammographie diagnostique**.

La mammographie de dépistage s'adresse aux femmes ne présentant pas de problèmes aux seins et a pour but de détecter une lésion de petite taille, bénigne ou maligne, et de la localiser. Certaines de ces lésions ne sont même pas palpables.

La mammographie diagnostique peut être réalisée chez les femmes de tous les âges présentant des problèmes aux seins détectés lors de l'auto-examen des seins, de l'examen clinique des seins, ou à la suite d'une mammographie de dépistage.

2 QU'EST-CE QU'UN MAMMOGRAPHE ?

Un mammographe est un appareil de radiologie conçu spécialement pour radiographier les seins.

Le mammographe irradie les seins par rayonnement X. L'information est obtenue sur un film qui constitue le mammogramme ou cliché.

3 Y-A-T-IL BEAUCOUP DE RADIATIONS ÉMISES LORS D'UNE MAMMOGRAPHIE ?

Lors d'une mammographie, on utilise une très faible dose de radiations pour évaluer l'état des tissus du sein.

4

QUEL EST LE RISQUE ASSOCIÉ À L'EXPOSITION AUX RADIATIONS ÉMISES LORS DE LA RADIOGRAPHIE ?

Aucune étude scientifique n'a démontré qu'une femme ait développé un cancer à la suite d'une exposition aux radiations émises lors d'une mammographie. Toutefois, cette affirmation reste encore controversée car il existerait un risque hypothétique non nul voulant que les radiations puissent provoquer un surplus de cancer. Par ailleurs, les doses de radiations émises lors d'une mammographie ont considérablement diminué au cours des dernières années, réduisant ainsi le risque hypothétique de développer un cancer à la suite d'une telle exposition³⁸. **On considère que le risque de développer un cancer à la suite d'un examen par mammographie est pratiquement inexistant.**

5

POURQUOI FAIRE UNE COMPRESSION DU SEIN ?

La compression du sein est nécessaire parce qu'elle permet de diminuer l'épaisseur du sein à radiographier, et cela, de façon uniforme. Ainsi, la quantité de radiation requise est réduite, une pénétration uniforme des radiations est assurée et une meilleure image de l'intérieur du sein est obtenue. De plus, en gardant le sein le plus près possible du film, la précision des détails est augmentée. Enfin, grâce à la compression, les mouvements de la femme durant l'exposition sont limités, ce qui contribue à accroître la qualité de l'image.

6

EST-IL DOULOUREUX DE PASSER UNE MAMMOGRAPHIE ?

Certaines femmes éprouvent de l'inconfort, voire de la douleur à la compression du sein. Ces douleurs sont passagères et brèves. Sans compression suffisante, il n'est pas possible d'obtenir une image radiologique optimale du sein.

7

COMMENT FAIRE POUR DIMINUER LA DOULEUR AU COURS DE LA MAMMOGRAPHIE ?

Si la femme est sujette à avoir des seins sensibles, il est préférable d'éviter la consommation de café, de thé, de chocolat et de colas durant les deux semaines précédant l'examen. Pour la même raison, il est recommandé de passer la mammographie dans les dix jours suivant le début des menstruations ou lorsque les seins sont le moins sensibles.

8

QU'ARRIVE-T-IL AUX FEMMES QUI ONT DES IMPLANTS MAMMAIRES OU DES SEINS VOLUMINEUX AU MOMENT DE PASSER UNE MAMMOGRAPHIE ?

Pour la femme, il n'y a pas de mesure spéciale à prendre. La technologue en radiologie qui réalisera les mammographies au centre de dépistage tiendra compte de la condition physique particulière de la femme au moment de choisir les techniques d'exposition appropriées. Un plus grand nombre de clichés pourra être réalisé, notamment pour les porteuses d'implants mammaires, afin d'assurer une visualisation complète des tissus entourant l'implant.

9

Y-A-T-IL UN MOMENT DANS LE CYCLE MENSTRUEL OÙ LA MAMMOGRAPHIE EST RECOMMANDÉE POUR LES FEMMES AYANT DES SEINS SENSIBLES ?

Oui, dans les dix jours suivant le début des menstruations ou lorsque les seins sont moins sensibles.

MYTHES
ET RÉALITÉ

PROBLÉMATIQUE

LE PŌDCS

MAMMOGRAPHIE

TECHNOLOGIES
DIAGNOSTIQUES

TRAITEMENT

HORMONOTHÉRAPIE
DE REMPLACEMENT



*T*ECHNOLOGIES DIAGNOSTIQUES

1 QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ENTRE LE TYPE DE MAMMOGRAPHIE ACTUELLEMENT UTILISÉ ET LA MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE ?

Actuellement, les mammographes utilisés irradient les seins par rayonnement X et l'information est obtenue sur un film qui constitue le mammogramme. Des recherches sont en cours pour remplacer le film par un capteur numérique relié à un moniteur informatique pour le traitement et l'analyse de l'information.

2 À QUELLES FINS LA RÉSONANCE MAGNÉTIQUE POURRAIT-ELLE ÊTRE UTILISÉE ?

Cette technologie basée sur l'imagerie pourrait être indiquée dans les cas suivants :

- pour l'investigation;
- pour obtenir plus d'information sur l'image d'une mammographie incertaine ou douteuse (seins denses, cicatriciels);
- pour visualiser la masse solide sur laquelle on fera la chirurgie;
- pour vérifier l'état d'implants mammaires.

3 À QUOI SERT L'ÉCHOGRAPHIE ULTRASONIQUE ?

Cette technologie n'est pas utilisée lors du dépistage du cancer du sein. C'est un complément diagnostique pour déceler les masses solides et les masses kystiques (à l'état liquide). De récents développements de cette technologie laissent entrevoir la possibilité qu'elle soit utilisée pour distinguer les masses bénignes des masses malignes.

4

DANS QUEL CAS LA SCINTIMAMMOGRAPHIE EST-ELLE UTILISÉE ?

La médecine nucléaire permet de visualiser à l'aide d'agents isotopiques différentes parties du corps humain. Certains produits, lorsque injectés, sont absorbés préférentiellement par les cellules du cancer du sein. Les études et les travaux sont encore préliminaires dans ce secteur.

La scintimammographie est surtout utilisée pour les femmes dont la mammographie suppose une anomalie ou pour celles chez qui l'on détecte une lésion cliniquement palpable, mais difficilement identifiable à la mammographie. Elle permet de mieux différencier une tumeur maligne d'une lésion bénigne et de détecter si des métastases ont envahi les ganglions des aisselles.

Cette méthode confortable, qui n'exige aucune compression du sein, ne peut toutefois remplacer la mammographie; il s'agit d'un examen complémentaire qui apporte des informations nouvelles et parfois essentielles à un traitement efficace du cancer du sein.

5

EST-CE QUE LA THERMOGRAPHIE EST RECOMMANDÉE ?

La thermographie est un examen qui consiste à mesurer la température du corps. La valeur diagnostique de cet examen n'est pas reconnue par le corps médical. Cet examen n'est donc pas considéré comme un moyen utile dans l'investigation ou le dépistage du cancer du sein.

6

EST-CE QUE LA DIAPHANOSCOPIE EST RECOMMANDÉE ?

La diaphanoscopie évalue la densité du sein en utilisant des rayons infrarouges. La valeur diagnostique de cet examen n'est pas reconnue par le corps médical. Cet examen n'est donc pas considéré comme un moyen utile dans l'investigation ou le dépistage du cancer du sein.

MYTHES
ET RÉALITÉ

PROBLÉMATIQUE

LE PŒDS

MAMMOGRAPHIE

TECHNOLOGIES
DIAGNOSTIQUES

TRAITEMENT

HORMONOTHÉRAPIE
DE REMPLACEMENT



T RAITEMENT

T RAITEMENT

1

QUELS SONT LES TRAITEMENTS ACTUELLEMENT DISPONIBLES POUR LE CANCER DU SEIN ?

La chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie et l'hormonothérapie peuvent être utilisées seules ou en association pour traiter le cancer du sein.



POUR EN SAVOIR PLUS

La chirurgie :

La mastectomie partielle (tumorectomie) ou la mastectomie totale, associées ou non à l'excision de ganglions axillaires, sont les options thérapeutiques les plus souvent utilisées pour traiter le cancer du sein localisé.

La radiothérapie :

Ce traitement utilisant des rayons X est employé soit comme complément de traitement à une mastectomie partielle, soit pour traiter un cancer qui s'est propagé à d'autres parties de l'organisme. Il s'agit d'un traitement qui entraîne peu d'effets secondaires; l'effet le plus fréquemment observé consiste en une irritation cutanée temporaire sur le site du traitement.

La chimiothérapie :

Il s'agit d'une médication qui peut parfois se donner par voie orale, mais qui est le plus souvent injectée par voie intraveineuse, et qui est utilisée pour tenter de contrer la prolifération des cellules malignes. Les effets secondaires dépendent du choix des médicaments et certains de ces effets, comme les nausées et les vomissements, peuvent aujourd'hui être prévenus par une médication efficace.

L'hormonothérapie :

Certains cancers, pour évoluer, ont besoin de se servir des hormones naturelles de l'organisme. En changeant cet environnement hormonal, on peut donc supprimer ou ralentir la croissance tumorale.



***H**ORMONOTHÉRAPIE DE REMPLACEMENT ET CANCER DU SEIN*

MYTHES
ET RÉALITÉ

PROBLÉMATIQUE

LE PÔDCS

MAMMOGRAPHIE

TECHNOLOGIES
DIAGNOSTIQUES

TRAITEMENT

HORMONOTHÉRAPIE
DE REMPLACEMENT

HORMONOTHÉRAPIE DE REMPLACEMENT ET CANCER DU SEIN

1 QU'EST-CE QUE L'HORMONOTHÉRAPIE DE REMPLACEMENT ?

L'hormonothérapie est un traitement qui consiste à prendre des hormones naturelles ou de synthèse à la ménopause pour remplacer les hormones qui étaient produites par les ovaires avant que celle-ci ne survienne (voir tableau³⁹ ci-dessous). Au départ, seul l'œstrogène était utilisé, mais, depuis le début des années 80, le traitement pour les femmes qui ont encore leur utérus comprend également de la progestérone.

	ŒSTROGÈNES	PROGESTÉRONNE
Comprimés	Prémarine	Provera
	Ogen	Prometrium
	Estrace	
Timbres cutanés	Estraderm	
	Vivelle	
	Estracomb	Estracomb
	(combinaison de O + P)	
Crème vaginale	Prémarine	

2 QUELS SONT LES BIENFAITS DE L'HORMONOTHÉRAPIE DE REMPLACEMENT ?

D'abord, l'hormonothérapie procure un soulagement des symptômes désagréables du « retour d'âge », comme les fameuses bouffées de chaleur et l'insomnie, qui en incommode plus d'une. L'amincissement des

parois vaginales peut entraîner des relations sexuelles douloureuses, problème que doivent affronter certaines femmes ménopausées. Les symptômes urinaires (infections, perte d'urine) peuvent aussi être soulagés par les hormones. L'œstrogène peut inverser ces changements. Aujourd'hui, de plus en plus de médecins prescrivent aussi l'œstrogène pour prévenir l'ostéoporose, car cette hormone représente le moyen le plus efficace pour ralentir la perte de la masse osseuse. Plus le traitement débute tôt après la ménopause, plus ses effets sont bénéfiques. On sait aussi que les œstrogènes naturels jouent un rôle important dans la prévention des maladies cardiaques. Bien que l'ajout de progestérone au traitement puisse atténuer en partie l'effet positif des œstrogènes sur le profil des lipides, la protection cardiovasculaire de l'œstrogène demeure importante.

3

QUELS SONT LES LIMITES ET LES RISQUES DE CANCER ASSOCIÉS À L'HORMONOTHÉRAPIE DE REMPLACEMENT ?

L'hormonothérapie ne met pas les femmes à l'abri de tous les maux. Elle entraîne certains désavantages. Parmi les plus importants, il faut mentionner que le traitement à l'œstrogène peut augmenter le risque de la femme d'être atteinte d'un cancer de l'endomètre (utérus) si elle ne prend pas aussi de la progestérone.

Le risque de cancer du sein associé à la prise d'hormones est encore incertain à ce jour. Plusieurs études démontrent qu'un usage à court terme (cinq ans et moins) n'entraîne pas de risque supplémentaire. Toutefois, lorsque les hormones sont prises pour une période excédant plus de cinq à huit ans, une faible augmentation du risque est possible. Ce risque se compare au fait d'avoir eu ses premières menstruations avant l'âge de 12 ans et sa ménopause après 55 ans. Les avantages et les risques doivent être évalués en fonction de chaque cas. De fait, l'hormonothérapie suscite toujours la controverse et, pour les femmes qui, à l'aube de leur ménopause, se demandent si elles doivent oui ou non prendre des hormones de remplacement, il n'y a pas de réponse toute faite. Il faut discuter des avantages et des risques avec son médecin.



*R*ÉFÉRENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 INSTITUT SUR LE CANCER DU CANADA (1996). Statistiques canadiennes sur le cancer 1996, Toronto, Institut national du cancer du Canada, p. 11.
- 2 *Ibid.*, p.18.
- 3 SOUS-COMITÉ SUR LE DÉPISTAGE. COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER. *Les activités de dépistage systématique du cancer. Orientations* (document de travail), Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 1996, p. 2.
- 4 B.J. MORRISON. Dépistage du cancer du sein. Guide canadien de médecine clinique préventive, Ottawa, Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, 1994 : p.73-85.
- 5 *Loc. cit.*
- 6 ONTARIO BREAST CANCER INFORMATION EXCHANGE. Projets Benign Breast Disease : a resource handbook for health care providers. Toronto, Ontario Breast Cancer Information Exchange, 1996, 44p.
- 7 K. MC PHERSON. « Breast cancer - Epidemiology, risk factors, and genetics, *BMJ*, volume 309, no 6960, octobre 1994.
- 8 Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN, Cadre de référence, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 1996, p. 12.
- 9 B.J. MORRISON. *op. cit.*, p. 73-85.
- 10 Conférence de consensus du National Institutes of Health, Bethesda (É.U.), janvier 1997.
- 11 Guide to Clinical Preventive Services, Screening for Breast Cancer. Report of U.S. Preventive Services Task Force, deuxième édition. Williams & Wilkins, 1996, : p. 73-87.
- 12 P. AUTIER ET A.R. GRIVEGNÉE. « Approche économique du dépistage du cancer du sein en Belgique - Economical approach of breast cancer screening in Belgium », *Rev Méd Brux*, vol. 16, septembre 1995, p. 326-329.
- 13 K. KERLIKOWSKE, D. GARDY, S. RUBIN, D.C. DANDROCK, V.L. ERNSTER. « Efficacy of Screening Mammography-A-Meta-Analysis », *JAMA*, janvier 1995, vol. 273, n° 2, p. 149-154.
- 14 DAVID B. THOMAS et al. « Randomized Trial of Breast Self-examination in Shanghai : Methodology and preliminary results », Journal of the National Cancer Institute, vol. 89, n° 5, mars 1997, p. 355-365.

- 15 Inspiré de l'article de Marie-Claude Messely, M.D., « Le point sur l'auto-examen des seins », Revue du REIQCS, vol. 1, n° 1, automne 1995, p. 7.
- 16 Inspiré de l'article de Louise Moreault, M.D., « La place de l'examen clinique des seins comme méthode de dépistage ». Revue du REIQCS, vol. 1, n° 1, automne 1995, p. 8.
- 17 *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN. Op. cit.*, p. 14.
- 18 SOUS-COMITÉ SUR LE DÉPISTAGE, COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER. Op. cit., p. 6-7.
- 19 *Ibid.*, p. 7.
- 20 *Loc. cit.*
- 21 CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ (CETS). *Dépistage du cancer du sein au Québec : estimations des coûts et des effets sur la santé*, Montréal, CETS, 1990, 78 p.
- 22 CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ (CETS). *Le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans*. Montréal, CETS, 1993, 93 p.
- 23 SOUS-COMITÉ SUR LE DÉPISTAGE, COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER. Op. cit., p. 7.
- 24 Données provenant de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, année 1995.
- 25 *Programme québécois de DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN. Op. cit.*, p. 7.
- 26 *Programme québécois de DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN, Op. cit.*, p. 7.
- 27 Cette réponse est inspirée d'un article portant sur le *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN* et qui paraîtra sous peu dans la revue Le Médecin du Québec. Les auteurs de cet article sont la D^{re} Marie-Claude Messely et M^{me} Nicole Lefebvre.
- 28 Voir note 27.
- 29 Plan de communication provincial du *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique et Service des communications, Québec, avril 1996, p. 8.
- 30 *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN. Op. cit.*, p. 6 et 7.

- 31 SOUS-COMITÉ SUR LE DÉPISTAGE, COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER. *Op. cit.*, p. 7.
- 32 *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN*. *Op. cit.*, p. 50-51.
- 33 WORKING GROUP ON THE QUALITY DETERMINANTS OF ORGANIZED SREENING PROGRAMS. *Breast Cancer Sreening Initiative* , octobre 1995, p. 1.
- 34 *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN*. *Op. cit.*, p. 34.
- 35 AMERICAN CANCER SOCIETY. Facts on Breast Cancer. [http : // muddcs.cs.hmc.edu/~kka1afu s/bse.html](http://muddcs.cs.hmc.edu/~kka1afu/s/bse.html)
- 36 *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN*. *Op. cit.* ,p. 13-14.
- 37 *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN*. *Op. cit.*, p. 14-15.
- 38 Syllabus : A Categorical Cours in Physics. Technical Aspects of Breast Imaging. RSNA Publications, Troisième édition , novembre-décembre 2, 1994.
- 39 Extrait d'un tableau produit par le Conseil consultatif de pharmacologie, dans L'Hormonothérapie de remplacement à la ménopause, juin 1996, p. 30.

