

***Rapport d'activités du
Centre de coordination
des services régionaux
2001-2004***

***Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
en Montérégie***

par

**Geneviève Baron
Marie-Sylvie Bisizi
et
Myriam Coulombe-Pontbriand**

Direction de santé publique de la Montérégie

SEPTEMBRE 2006

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie**

Québec 

Auteures

Geneviève Baron
Marie-Sylvie Bisizi
Myriam Coulombe-Pontbriand

Collaboratrices

Joanne Émond
Aline Lachance
José St-Cerny
Isabelle Moreau

Recherche technique

Éveline Savoie
Mélanie Villeneuve

Secrétariat

Thérèse Bérard
Carole Simard
Christine Laprise
Nathalie Senez

Conception et réalisation de la page couverture

Zeste graphique

Responsable de la publication et de la diffusion

Jean-François Lapierre

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.

Pour obtenir une copie de ce document adressez-vous à :
Service ressources documentaires – Vente de publications
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
5245, boul. Cousineau, suite 322
Saint-Hubert (Québec) J3Y 6J8
(450) 928-6777 poste 5400

Ce document est disponible sur le site Internet de l'Agence à l'adresse :
www.rrsss16.gouv.qc.ca

Santécom : (<http://www.santecom.qc.ca>) :
Cote : 16-2006-008

Dépôt légal, 4^e trimestre 2006
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89342-357-4
978-2-89342-357-9

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce document a nécessité la participation de nombreuses personnes. Sans leur précieuse aide, cet ouvrage n'aurait pas vu le jour. Nous tenons à remercier chaleureusement tous nos collaborateurs et désirons mentionner la contribution particulière des personnes suivantes : le personnel des centres de dépistage désignés ainsi que des centres de référence pour investigation désignés qui nous ont fourni l'information nécessaire à l'évaluation du *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN* en Montérégie (PQDCS).

La constance avec laquelle ils nous ont transmis les informations relatives au programme, au cours des dernières années, nous permet aujourd'hui de vous présenter les résultats que vous pourrez apprécier dans ce rapport. La progression du PQDCS en Montérégie ainsi que l'atteinte des objectifs visés par celui-ci ne peuvent se réaliser sans les efforts soutenus de ces collaborateurs.

Il importe également de mentionner la contribution des collaboratrices qui oeuvrent au centre de coordination des services régionaux, docteure Joanne Émond, responsable médicale du programme, docteure José Saint-Cerny, médecin-conseil au programme, et mesdames Isabelle Moreau et Aline Lachance, agentes de planification, pour leur assistance ainsi que leur expertise.

Nous voulons enfin exprimer notre reconnaissance à mesdames Thérèse Bérard, Christine Laprise, Carole Simard et Nathalie Senez, secrétaires, pour leur excellent travail, leur fiabilité ainsi que leur disponibilité.

Un dernier merci à mesdames Évelyne Savoie et Mélanie Villeneuve, techniciennes en recherche, pour leur expertise, leur support, leur patience ainsi que l'excellence de leur travail.

Geneviève Baron, M.D., M.Sc., FRCPC

Marie-Sylvie Bisizi, M.Sc.

Myriam Coulombe-Pontbriand, inf., M.Sc.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	3
LISTE DES TABLEAUX	7
LISTE DES FIGURES	9
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES	11
INTRODUCTION	13
1 BILAN DES ACTIVITÉS DU CENTRE DE COORDINATION DES SERVICES RÉGIONAUX EN MONTÉRÉGIE.....	15
1.1 Programme québécois de dépistage du cancer du sein en Montérégie	15
1.1.1 Objectif	15
1.1.2 Organisation des services régionaux et budgets alloués	15
1.1.3 Cheminement des femmes dans le programme.....	16
1.2 Activités réalisées au Centre de coordination des services régionaux de la Montérégie	18
1.2.1 Services aux femmes.....	18
1.2.2 Promotion.....	21
1.2.3 Services offerts aux CDD et aux CRID	23
1.2.4 Organisation des mécanismes d'assurance de la qualité	24
1.2.5 Les activités de liaison.....	25
1.2.6 Évaluation - recherche	27
2 PERFORMANCE DU PQDCS POUR LES ANNÉES 2001 À 2004	29
2.1 Méthodologie	29
2.2 Présentation des résultats	30
2.2.1 Contexte.....	32
2.2.2 Taux de participation au programme	34
2.2.3 Taux de couverture.....	37
2.2.4 Mammographies de dépistage effectuées en Montérégie.....	38
2.2.5 Nombre de radiologistes ayant lu des mammographies de dépistage dans le cadre du programme.....	40
2.2.6 Nombre de technologues ayant effectué des mammographies de dépistage dans le cadre du PQDCS	42
2.2.7 Taux de rétention.....	43
2.2.8 Caractéristiques des femmes ayant eu une mammographie de dépistage en Montérégie	44
2.2.9 Les délais.....	46
2.2.10 Le taux de référence pour investigation.....	53
2.2.11 Taux de détection	57
2.2.12 Valeur prédictive positive	59

2.2.13	Caractéristiques des cancers détectés	61
3	PRINCIPAUX CONSTATS, DÉFIS ET PISTES D'ACTION DU PQDCS POUR LES ANNÉES À VENIR.....	65
3.1	Le taux de participation	65
3.2	Le taux de rétention	65
3.3	Les délais.....	66
3.4	Le taux de référence.....	66
	ANNEXE A ACTIVITÉS DE LIAISON : PQDCS.....	69
	ANNEXE B.....	73
	PROPORTION DE RAPPORT.....	73
	BIBLIOGRAPHIE.....	79

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Budgets alloués au PQDCS en regard des différents volets du programme, selon l'année, Montérégie.....	16
Tableau 2 : Nombre d'appels téléphoniques reçus aux lignes 1-888 et 5400, selon l'année, CCSR Montérégie	19
Tableau 3 : Taux de participation au PQDCS, selon la région de résidence et selon la période de 24 mois, ensemble du Québec.....	35
Tableau 4 : Taux de participation au PQDCS, selon le territoire des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et selon la période de 24 mois, Montérégie	37
Tableau 5 : Taux de rétention pour la mammographie de dépistage effectuée dans le cadre du PQDCS, selon le territoire de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et selon l'année, Montérégie.....	44
Tableau 6 : Profil clinique des participantes au PQDCS, selon l'année, Montérégie.....	46
Tableau 7 : Délai entre la mammographie de dépistage et le diagnostic, selon les régions, PQDCS, 2002.....	53
Tableau 8 : Taux de détection du cancer* (infiltrant et <i>in situ</i>), selon l'occurrence et selon les années civiles combinées, Montérégie et ensemble du Québec	58
Tableau 9 : Valeur prédictive positive* selon l'occurrence et selon les années civiles combinées, Montérégie et ensemble du Québec.....	60
Tableau 10 : Nombre de cancers diagnostiqués* suite à une mammographie de dépistage anormale, selon l'occurrence et selon les années civiles combinées, Montérégie et ensemble du Québec	61
Tableau 11 : Proportion des cancers infiltrants sans atteinte ganglionnaire et dont la taille est de 10 mm ou moins, selon l'année, Montérégie.....	63
Tableau 12 : Proportion de cancers <i>in situ</i> *, selon l'occurrence et selon les années civiles combinées, Montérégie et ensemble du Québec	64

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Cheminement des femmes dans le programme.....	17
Figure 2 :	Cheminement des femmes à travers le PQDCS et indicateurs de performance.....	31
Figure 3 :	Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie	32
Figure 4 :	Nombre de femmes admissibles au PQDCS, selon les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et selon la période de 24 mois, Montérégie	33
Figure 5 :	Taux de participation au PQDCS, selon le groupe d'âge et selon la période de 24 mois, Montérégi.....	36
Figure 6 :	Taux de couverture à la mammographie (dépistage et diagnostic) chez les femmes de 50 à 69 ans, selon la période de 24 mois, Montérégie.....	38
Figure 7 :	Nombre de mammographies de dépistage effectuées dans le cadre du PQDCS, selon le CDD et selon la période de 24 mois, Montérégie.....	40
Figure 8	Nombre de radiologistes ayant lu des mammographies de dépistage dans le cadre du PQDCS, selon le nombre de mammographies lues et selon l'année, Montérégie	42
Figure 9 :	Nombre de technologues ayant effectué des mammographies de dépistage dans le cadre du PQDCS, selon le nombre de mammographies effectuées et selon l'année, Montérégie	43
Figure 10 :	Délais encourus par les femmes participantes lors de leur cheminement à travers le PQDCS	47
Figure 11 :	Proportion de femmes ayant eu un délai d'attente de douze jours ou moins entre la date de la mammographie de dépistage et la date du premier examen d'investigation, selon l'année, Montérégie.....	51
Figure 12 :	Taux de référence pour investigation diagnostique suite aux mammographies de dépistage initiales et subséquentes effectuées dans le cadre du PQDCS, selon le trimestre, Montérégie.....	55
Figure 13 :	Taux de référence pour investigation diagnostique pour la mammographie de dépistage initiale, par radiologiste , Montérégie, 2004	56

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

ASSSM	Agence de santé et des services sociaux de la Montérégie
CCSR	Centre de coordination des services régionaux
CDD	Centre de dépistage désigné
CLSC	Centre local de services communautaires
CRAQ	Comité régional d'assurance de la qualité
CRID	Centre de référence pour investigation désigné
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSP	Direction de santé publique
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAM	Programme d'agrément en mammographie
PCP	Pratiques cliniques préventives
POUF	Partage d'organismes d'écoute pour les femmes du PQDCS de la Montérégie
PQDCS	<i>Programme québécois</i> DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
PQLC	Programme québécois de lutte contre le cancer
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS	Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
RRSSSM	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
SI-PQDCS	Système d'information du <i>Programme québécois</i> DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
WHI	<i>Women's Health Initiative</i>

INTRODUCTION

Le cancer du sein demeure encore aujourd'hui le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les femmes au Québec. Préoccupé par cette situation, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a fait de la lutte contre le cancer du sein l'une de ses priorités en mettant sur pied en 1998 le *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS)* (MSSS, 1996). Ce programme, qui doit répondre à de très hauts standards de qualité, a comme objectif de réduire de vingt-cinq pour cent (25 %) la mortalité due au cancer du sein. Le Programme québécois de lutte contre le cancer (MSSS, 1998) ainsi que le Programme national de santé publique 2003-2012 (MSSS, 2004), ont souligné l'importance de ce programme en insistant sur la mise en place du PQDCS dans toutes les régions du Québec et sur la nécessité d'un volet portant sur l'assurance de la qualité. En outre, le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 (RRSSSM, 2003) a comme objectif que 70 % des Montérégiennes admissibles participent au PQDCS et que celles-ci obtiennent leur mammographie de dépistage aux deux ans.

Le volet montérégien du PQDCS a été lancé en septembre 1998. Au cours des premières années de fonctionnement, les efforts ont été consacrés à l'implantation du programme. Durant les années 2001-2002, le travail s'est dirigé vers la consolidation de l'implantation, tandis que les années 2003-2004 ont vu l'émergence du volet sur l'assurance de la qualité.

Ce document est le deuxième d'une série qui a pour but d'apprécier l'évolution du programme en région. Dans ce deuxième rapport, la Direction de santé publique de la Montérégie trace un bilan du *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN* au cours des années 2001-2004 en y présentant les activités réalisées par le Centre de coordination des services régionaux (CCSR) ainsi que la performance de la région en regard des normes et des objectifs du programme pour cette même période.

Le lecteur sera à même de constater les progrès effectués ainsi que les efforts déployés quotidiennement par une multitude de professionnels travaillant à offrir des services de dépistage et d'investigation de qualité aux femmes de la Montérégie. Ces informations contribueront à l'adaptation du programme en fonction des résultats observés et à l'amélioration des services offerts aux femmes de la région. L'implantation du PQDCS en Montérégie étant depuis peu complétée, le travail qui reste à faire consiste maintenant à déployer les efforts permettant l'atteinte des normes et des objectifs d'assurance de la qualité du programme.

Bonne lecture !

1 BILAN DES ACTIVITÉS DU CENTRE DE COORDINATION DES SERVICES RÉGIONAUX EN MONTÉRÉGIE

1.1 PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN EN MONTÉRÉGIE

1.1.1 Objectif

Le cancer du sein est le plus fréquent (après celui de la peau) et le deuxième tueur parmi les cancers chez les femmes. En 2004, le taux estimé standardisé d'incidence en Montérégie était inférieur à celui de l'ensemble de la province (113 pour 100 000 femmes versus 122 pour 100 000 femmes), tandis que le taux estimé standardisé de mortalité pour la région était identique à celui de l'ensemble de la province (30 pour 100 000 femmes) (INSPQ, 2005a).

Comme il n'existe pas à ce jour de moyen pour prévenir l'apparition du cancer du sein, l'approche la plus susceptible de diminuer la mortalité et la morbidité liées à ce cancer demeure le dépistage. Le *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS)* fut donc implanté au Québec en 1998. L'objectif principal du PQDCS est de réduire d'au moins 25 %, après dix ans de fonctionnement, le taux de mortalité causé par le cancer du sein chez les Québécoises de 50 à 69 ans invitées au dépistage. Pour réaliser cet objectif, une participation d'au moins 70 % des femmes ciblées doit être atteinte et maintenue.

Le PQDCS est un programme dont les paramètres de base sont définis et évalués au niveau central et dont la gestion et l'adaptation relèvent de chacune des régions.

1.1.2 Organisation des services régionaux et budgets alloués

Le CCSR de la Montérégie oriente l'organisation du programme et gère les diverses activités qui permettent la réalisation de celui-ci dans la région. Il assure ainsi les services auxquels les femmes qui participent au programme sont en droit de s'attendre soit : l'invitation à participer au dépistage, c'est-à-dire l'envoi des lettres d'invitation, des lettres de rappel aux deux ans et des lettres de résultat. De plus, le CCSR doit s'assurer que les femmes, dont le résultat de mammographie est anormal, soient prises en charge par un médecin.

Par ailleurs, le CCSR soutient les CDD ainsi que les CRID dans l'exercice de leurs fonctions. Il offre diverses formations aux partenaires et supporte les mécanismes d'assurance de la qualité du PQDCS afin de garantir aux femmes, qui acceptent de participer au PQDCS, la qualité des services offerts. Enfin, il gère le fonctionnement du système d'information au niveau régional et réalise des activités

de promotion, d'évaluation ainsi que des projets de recherche en lien avec les normes et objectifs du programme.

Considérant l'impact important de la distance géographique sur l'utilisation des services préventifs ainsi que l'importante population à desservir, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (RRSSSM), a décidé, dès le début du programme, de répartir les services sur l'ensemble du territoire afin d'en garantir l'accessibilité. Ceci fut fait en collaboration avec la communauté et les acteurs qui offraient déjà des services de mammographie dans la région avant l'implantation du programme. Ainsi, à la fin de l'année 2004, on comptait quatorze CDD et six CRID répartis sur neuf sites.

Dans ces centres, on comptait 50 radiologistes travaillant pour le PQDCS en 2001 et 56 en 2004¹. Parmi ces experts, 53 % d'entre eux possédaient plus de 25 années de pratique et 34 % plus de 30 années. D'ici les cinq prochaines années, il est donc probable qu'une proportion relativement importante de radiologistes cesse de pratiquer en Montérégie. Considérant à la fois l'augmentation de la population de femmes admissibles au PQDCS ainsi que la retraite imminente de plusieurs radiologistes, le recrutement de nouveaux effectifs est à prévoir.

En ce qui concerne le nombre de technologues travaillant dans le cadre du PQDCS en Montérégie, en 2001, ce nombre s'élevait à 80, tandis qu'en 2004, il était de 79.

Enfin, le budget alloué au PQDCS est réparti en fonction des différents volets du programme en Montérégie, soit le recrutement des femmes (lettres, promotion), le dépistage et l'investigation (montant alloué aux centres publics pour l'augmentation d'activités générées par le PQDCS) et l'administration (CCSR, formation, etc.) (tableau 1).

Tableau 1 : Budgets alloués au PQDCS en regard des différents volets du programme, selon l'année, Montérégie

Volet du programme	2001	2002	2003	2004
Recrutement	385 480 \$	381 952 \$	321 691 \$	332 635 \$
Dépistage et investigation	1 043 254 \$	1 026 360 \$	1 111 671 \$	1 090 079 \$
Administration	533 895 \$	662 399 \$	619 427 \$	542 002 \$
TOTAL	1 962 629 \$	2 070 711 \$	2 052 789 \$	1 964 716 \$

Source : ASSSM

1.1.3 Cheminement des femmes dans le programme

La population visée par le PQDCS représente toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans, exception faite des femmes qui ont été atteintes d'un cancer du sein. Le cheminement des femmes dans le programme est décrit à la figure 1.

¹ Source : SI-PQDCS

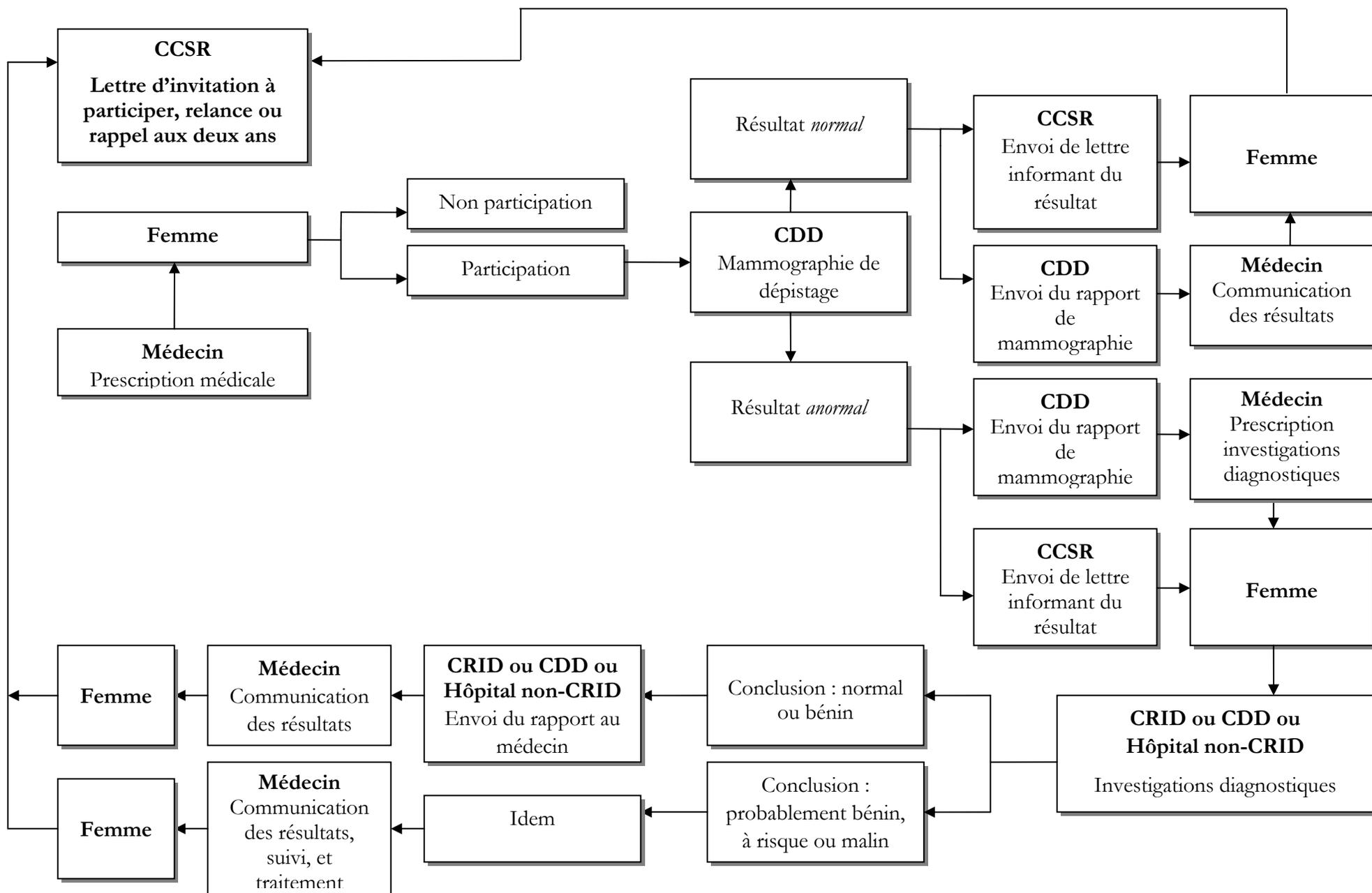


Figure 1 : Cheminement des femmes dans le programme

1.2 ACTIVITÉS RÉALISÉES AU CENTRE DE COORDINATION DES SERVICES RÉGIONAUX DE LA MONTÉRÉGIE

1.2.1 Services aux femmes

■ Lettres d'invitation

L'une des principales activités qui relève du CCSR de la Montérégie consiste à inviter les femmes âgées de 50 à 69 ans à participer au programme. La clientèle visée dans la région est recrutée au moyen d'une lettre d'invitation que les femmes ciblées peuvent utiliser à titre de prescription médicale.

Annuellement, deux mises à jour sont réalisées de la population admissible par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et les nouvelles femmes admissibles, soit celles qui obtiennent leur 50^e anniversaire au cours de l'année, reçoivent, par courrier postal, une première lettre d'invitation personnalisée. Entre le 1^{er} janvier 2001 et le 31 décembre 2002, 36 678 Montérégiennes ont reçu une lettre d'invitation à participer au programme tandis que du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2004, ce sont 21 700 femmes qui ont reçu la leur.

Afin de maintenir un taux élevé de fidélisation des participantes au PQDCS, l'ensemble des femmes qui obtiennent un résultat normal à la mammographie, reçoit, par courrier postal, une lettre de rappel les invitant à poursuivre le dépistage par mammographie. Ces participantes sont ainsi rappelées à tous les deux ans jusqu'à ce qu'elles atteignent leur 69^e année. Du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2002, le CCSR de la Montérégie a fait parvenir 56 748 lettres de rappel aux femmes qui ont accepté de participer au programme, tandis que du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2004, ce sont 68 384 femmes qui ont reçu leur lettre de rappel.

Dans le but de maximiser la participation des femmes ciblées au programme, le CCSR effectue aussi une relance postale auprès des Montérégiennes qui ne se sont pas présentées dans un CDD pour obtenir une mammographie de dépistage trois mois après l'envoi de la lettre d'invitation ou de rappel. Du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2002, 59 237 femmes de la région ont ainsi reçu une lettre de relance et du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2004, 46 626 femmes ont reçu cette relance, suite à la lettre d'invitation ou de rappel.

Ce sont donc au total 289 373 lettres d'invitation, de rappel et de relance qui ont été postées du début de l'année 2001 à la fin de l'année 2004.

■ Ligne téléphonique

Dès le début du programme, le CCSR a pris l'initiative de mettre à la disposition de sa clientèle une ligne téléphonique sans frais au numéro suivant : 1-888-845-SEIN (tableau 2). La réponse téléphonique est accessible du lundi au vendredi entre 8 h 30 et 16 h 30. Ce service est l'un des moyens dont s'est doté le CCSR pour répondre aux besoins d'information et de soutien des

participantes. Ce service permet aussi d'orienter les femmes et de leur fournir de l'information afin de les aider à prendre une décision éclairée quant à leur participation au programme.

Au cours des années 2001 à 2004, les principales raisons pour lesquelles les femmes ont utilisé le service téléphonique du CCSR concernaient l'obtention d'une lettre d'invitation, des précisions à propos de la date de leur dernière mammographie ou des résultats de celle-ci, ou encore divers besoins d'information sur le fonctionnement du PQDCS.

Un service téléphonique permanent grâce à un poste dédié est également offert à tous les intervenants en lien avec le programme (ligne 5400) (tableau 2). Il vise à supporter ces collaborateurs dans la réalisation des activités du programme dont ils ont la responsabilité. Enfin, un médecin est également disponible durant les heures d'appel pour répondre à toute demande additionnelle concernant le contenu médical ou scientifique du PQDCS; ainsi qu'aux besoins de soutien des femmes participantes qui obtiennent un résultat anormal.

Tableau 2 : Nombre d'appels téléphoniques reçus aux lignes 1-888 et 5400, selon l'année, CCSR Montérégie

Année	Ligne 1-888 ²	Ligne 5400 ³	Total
2001	7 698	575	8 273
2002	4 915	535	5 450
2003	5 119	787	5 906
2004	5 921	958	6 879
TOTAL	23 653	2 855	26 508

Source : CCSR Montérégie

Service de transport

Le CCSR de la Montérégie offre gratuitement, depuis septembre 1998, un service de transport aux femmes ciblées par le programme. Ce service est offert par des organismes communautaires et permet à toutes les participantes du programme, désireuses d'utiliser ce service, de se déplacer afin d'obtenir leur mammographie de dépistage ou leurs examens complémentaires en Montérégie.

Durant les années 2001 à 2004, le CCSR de la Montérégie a fait appel à une trentaine d'organismes communautaires répartis sur l'ensemble du territoire de la Montérégie afin de garantir ces transports. Ce service étant moins utilisé que prévu, un comité d'experts a recommandé en février 2002 de diminuer l'allocation financière octroyée à ces organismes et d'élargir les critères d'admissibilité des femmes en incluant, outre les femmes de 50 à 69 ans, celles de moins de 50 ans et celles de plus de 69 ans.

² Service téléphonique offert aux femmes.

³ Service téléphonique offert aux membres du personnel des CDD et des CRID et aux médecins.

■ Suivi des résultats

Les femmes qui obtiennent leur mammographie de dépistage dans un CDD et qui acceptent de participer au PQDCS, reçoivent, par courrier postal, une lettre du CCSR indiquant le résultat de cette mammographie. Le rapport de l'examen radiologique est aussi transmis aux médecins traitants des participantes par le CDD. Lorsque celui-ci indique un résultat anormal à la mammographie, ce sont ces médecins traitants qui assurent la prise en charge des femmes. C'est pourquoi les femmes qui se présentent dans un CDD avec une lettre d'invitation et qui acceptent de participer au programme doivent préciser le nom du médecin à qui les résultats seront envoyés. Toutefois, certaines femmes de la région n'ont pas de médecin traitant. Afin de palier à cette situation, le CCSR recrute des médecins volontaires pour recevoir les résultats des mammographies de ces participantes et ensuite effectuer leur suivi. En décembre 2001, 80 omnipraticiens avaient ainsi accepté de se rendre disponibles, et ce nombre est passé à 72 en décembre 2004. Chaque CDD possède une liste d'omnipraticiens de sa région qui acceptent de faire le suivi des mammographies pour les femmes qui n'ont pas de médecin traitant.

Dans le cadre de ses fonctions, le CCSR de la Montérégie doit aussi s'assurer que les femmes dont le résultat à la mammographie est anormal, soient bel et bien prises en charge par leur médecin traitant. Pour ce faire, le système d'information du PQDCS (SI-PQDCS) permet au CCSR d'identifier les participantes pour qui aucune prise en charge n'est indiquée à leur dossier à la suite d'une mammographie de dépistage anormale. Afin de s'assurer que ces femmes soient prises en charge, le CCSR envoie une lettre à leur médecin traitant pour s'assurer qu'il a bien reçu le rapport de mammographie et qu'il a pu faire le suivi. En 2001 et 2002, c'est un total de 5 285 lettres qui ont ainsi été adressées, tandis que pour les années 2003 et 2004, 5 129 lettres ont été envoyées aux médecins traitants. Si, après ce premier contact postal, un suivi n'est toujours pas indiqué au dossier, un responsable médical du CCSR rejoint alors ces femmes pour clarifier leur situation.

■ Services d'écoute, de soutien et d'entraide

Conformément aux normes et objectifs du PQDCS (MSSS, 1996), le CCSR doit être en mesure de répondre aux besoins de support des femmes qui vivent de l'anxiété générée par le dépistage. Afin de réaliser ces exigences, le CCSR a regroupé vingt organismes communautaires de la Montérégie et leur a attribué le mandat d'offrir des services d'écoute, de soutien et d'entraide auprès des femmes de 50 à 69 ans pour diminuer l'anxiété vécue durant la période d'attente des résultats après une mammographie de dépistage ou à la suite d'examens complémentaires. Ce groupe a été nommé le POUF (Partage d'organismes d'écoute pour les femmes du PQDCS de la Montérégie).

Puisque peu de demandes ont été faites au POUF, le CCSR a fait la promotion des services d'écoute en utilisant différentes stratégies promotionnelles : communiqué de presse, publicité dans les journaux locaux, intégration de la publicité de ce service dans le dépliant joint à la lettre d'invitation à la mammographie, ajout d'une publicité de ce service sur un signet joint à la lettre de résultat anormal et affiches avec des feuilles détachables dans les CDD.

De 2001 à 2004, le CCSR a reçu de 5 000 à 8 000 appels de femmes annuellement et aucun transfert n'a dû être fait au service d'écoute. En ce qui concerne plus spécifiquement les appels relatifs à des

besoins d'écoute et de soutien suite à la réception d'une lettre de résultat anormal, ceux-ci ont été transférés à l'un des médecins du CCSR, souvent en mesure d'atténuer l'anxiété vécue par les femmes. Aussi, depuis novembre 2003, ce sont les infirmières pivots en oncologie des centres hospitaliers (également CRID), travaillant au Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC), qui répondent aux demandes des femmes du PQDCS référées par les intervenants. Elles peuvent ensuite orienter les femmes ayant des besoins à plus long terme aux intervenants psychosociaux du PQLC qui œuvrent à la fois pour le PQDCS et le PQLC.

Ainsi, en mai 2004, comme le service d'écoute, de soutien et d'entraide offert par les organismes communautaires n'était pas utilisé, un deuxième comité d'experts a décidé de mettre fin à ce service.

1.2.2 Promotion

La mise en œuvre de stratégies promotionnelles représente une démarche essentielle à la participation des femmes au programme. Sur le territoire montérégien, le travail des agentes de promotion et de sensibilisation constitue un levier important dans le cadre de cette démarche puisque ces agentes servent de relais entre le CCSR et la population.

Table régionale

Créée en novembre 1998, la Table régionale des agentes de promotion et de sensibilisation du PQDCS se veut un lieu d'échange et d'actualisation des connaissances qui permet le partage de stratégies d'actions promotionnelles sur l'ensemble du territoire. Cette table regroupe différents intervenants, en l'occurrence des partenaires provenant de six organismes ethnoculturels ainsi que plus d'une vingtaine d'infirmières issues des dix-neuf Centres locaux de services communautaires (CLSC) de la Montérégie qui contribuent à la promotion du programme en région.

Au cours des quatre années couvertes par ce rapport, dix-sept rencontres de la Table régionale de promotion et de sensibilisation ont eu lieu durant lesquelles le CCSR a permis aux agentes de partager leur expertise et de mettre à jour leurs connaissances en ce qui a trait aux différents volets du PQDCS et à la santé des seins.

En octobre 2000, le CCSR de la Montérégie lançait, en collaboration avec le théâtre *Parminou*, la pièce de théâtre « *La Mammo...quel scénario!* ». Les objectifs poursuivis par la réalisation de cette activité consistaient à détruire les mythes qui entourent la mammographie de dépistage grâce à l'humour. Cette pièce avait pour autres objectifs de faire la promotion du PQDCS, d'augmenter la participation des femmes au programme ainsi que de sensibiliser celles-ci à l'importance d'obtenir une mammographie de dépistage aux deux ans. Les représentations de « *La Mammo...quel scénario!* » ont remporté un franc succès. La pièce a été jouée onze fois dans la région de la Montérégie et vingt-huit fois ailleurs au Québec.

En 2001, suite au projet pilote *Bingo PQDCS*, réalisé en collaboration avec la réserve de Kanawake, une trousse *Bingo PQDCS* fut remise aux agentes de promotion afin qu'elles puissent poursuivre cette activité sur l'ensemble du territoire. Aussi, suite au travail de deux agentes de la table régionale,

un cartable de formation sur la ménopause visant à accompagner les sessions d'information sur le PQDCS a été produit en 2003.

La compilation des données relatives aux activités de promotion organisées par les agentes de promotion de 2001 à 2004, tels les bingos, les conférences, la tenue d'ateliers et de kiosques d'information, permet d'estimer à plus de 18 000 le nombre de personnes rejointes par ces activités.

Groupes communautaires ethnoculturels

Six groupes ethnoculturels ont été sollicités au début du programme (1998) pour faire partie de la Table des agentes de promotion et de sensibilisation du PQDCS. Il s'agit du : *Centre sino-Québec*, *Vision Inter-Cultures*, *Maison internationale de la Rive-Sud*, *Carrefour le Montier*, *Union des Haïtiens* et *Access*. De 1998 à 2004, les cinq premiers groupes ont régulièrement assisté aux rencontres de la table. Toutefois, les besoins et les moyens financiers des groupes ethnoculturels étaient différents de ceux des agentes de promotion, issues des CLSC. C'est pour ces raisons que les groupes ethnoculturels ont été invités à se joindre au POUF, le groupe d'organismes communautaires offrant du soutien et de l'entraide aux femmes en attente de résultats. Les groupes ethnoculturels ont ainsi assisté aux rencontres du POUF jusqu'en 2004, année où un comité d'experts a mis fin au service d'écoute et de soutien par les organismes communautaires.

Communications

Plusieurs activités de communication ont été réalisées au cours des années 2001 à 2004. Une conférence de presse ainsi que quatre communiqués de presse ont été produits. L'un de ces communiqués consistait à promouvoir le service de transport gratuit pour les femmes ciblées par le programme. Un second communiqué avait pour but d'annoncer l'ouverture du quatorzième CDD de la région. Durant cette même période, le CCSR a diffusé de la publicité dans les médias régionaux et a réalisé trois bulletins d'information « *Seinfo* » sur le PQDCS en Montérégie pour les partenaires du programme. En 2003, une annonce publiée dans les hebdomadaires régionaux pour la journée de la femme (8 mars) a été à l'origine de 30 % des appels dans la semaine suivant sa publication. Cette annonce a été reprise en 2004.

À la demande du CCSR, les services de communication ont réalisé divers outils promotionnels tels que : affiches pour la promotion de la pièce de théâtre « *La mammo...quel scénario!* », affiches et signets visant à promouvoir le service de transport et d'écoute, blocs-notes, trousse de bingo, sacs ainsi que vignettes magnétiques avec le numéro de la ligne d'information (1-888-845-7346).

Médecins de première ligne

Une des responsabilités du CCSR consiste à fournir des informations en lien avec le PQDCS aux médecins de première ligne de la Montérégie. Pour ce faire, divers documents ont été envoyés au cours des années 2001 à 2004, tels que des mises à jour sur les procédures de référence aux CRID, des informations sur les examens complémentaires, sur l'examen clinique des seins, sur le dépistage chez les femmes de 40 à 49 ans et chez les 70 ans et plus, sur les infirmières pivots en oncologie, etc.

1.2.3 Services offerts aux CDD et aux CRID

Formation

Conformément aux responsabilités qui lui sont confiées dans le cadre du programme, le CCSR fournit aux intervenants des CDD et CRID de la région ainsi qu'aux agentes de promotion et de sensibilisation, la formation nécessaire à l'application du programme (MSSS, 1996). Sur une base régulière, diverses activités sont ainsi proposées.

En 2001-2004, il y a donc eu :

- huit formations de base destinées à tous les intervenants, auxquelles 83 personnes ont participé;
- quatre formations sur la qualité de l'approche à l'endroit des femmes destinées aux technologues, auxquelles 41 participants ont pris part;
- une formation sur la qualité de l'accueil pour les réceptionnistes et secrétaires, à laquelle ont participé huit intervenants.

Par ailleurs, au cours de l'année 2002, le CCSR a observé une faiblesse dans la complétion des rapports de confirmation diagnostique (AH-509), de cytopathologie (AH-510), de pathologie (AH-511) et du rapport détaillé du clinicien concernant le cancer du sein (AH-512). Une information de qualité est essentielle au soutien des activités du programme et celle-ci ne peut être accessible sans la collecte et la transmission rigoureuse de l'information recueillie par les CDD et les CRID. Dans un but d'assurance de la qualité, et afin de répondre aux besoins exprimés par les intervenants concernant l'amélioration et la standardisation de la transcription des rapports papier dans le SI-PQDCS, une formation a été organisée par le CCSR. Dix personnes provenant des neuf centres hospitaliers associés au programme en Montérégie y ont participé.

■ Soutien SI-PQDCS

En étroite collaboration avec le niveau central, le CCSR assure le fonctionnement et la bonne utilisation du SI-PQDCS. Celui-ci est essentiel à la gestion des activités réalisées dans le cadre du programme en région, au recrutement des femmes ciblées ainsi qu'au suivi de la prise en charge de celles-ci. Le SI-PQDCS a été conçu de telle sorte qu'il permette aux partenaires du PQDCS de colliger les informations relatives au dépistage ainsi qu'aux examens d'investigation complémentaires qui s'effectuent dans les CDD et CRID de la région. Cette collecte d'information vise également l'évaluation de la performance du programme.

Le CCSR offre un soutien technique aux utilisateurs de ce service. En 2001, pour la région de la Montérégie, 176 demandes de support ont été acheminées au CCSR, 161 en 2002, 140 en 2003, tandis qu'en 2004, on en a comptées 177.

■ Soutien à la certification

L'obtention du statut de centre désigné par les CDD et les CRID est une exigence du PQDCS. L'obtention de cette désignation est conditionnelle à leur certification qui doit être renouvelée à chaque année. La démarche de certification contribue à garantir la qualité des mammographies effectuées dans le cadre du programme.

Ainsi, l'inspection de la qualité en regard des installations mammographiques de chacun des centres de la région est effectuée par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). Si le centre répond aux critères de qualité, celui-ci reçoit une certification l'autorisant à offrir des services pour le PQDCS. Le CCSR offre un service de support aux centres pour qui des ajustements sont nécessaires au renouvellement de leur certification.

Au cours de l'année 2002, le quatorzième CDD a obtenu sa certification. Quant aux CRID, le dernier de ces six centres a été certifié en janvier 2004.

1.2.4 Organisation des mécanismes d'assurance de la qualité

« L'assurance de la qualité suit un processus à caractère formatif par lequel la qualité des interventions est mesurée, comparée à des indicateurs reconnus puis réajustés » (MSSS, 1996).

Le CCSR doit assurer à la population de femmes ciblées par le programme, des services répondant à de très hauts standards de qualité, d'efficacité et d'efficience. Pour y arriver, et ceci dans un but formatif, l'approche retenue par le programme repose sur l'analyse des normes, exigences et objectifs d'assurance de la qualité du PQDCS. Ces derniers concernent : le contrôle et le suivi de la qualité des examens de mammographie, les services de dépistage et d'investigation, le système d'information ainsi que la formation (MSSS, 1996).

■ Mécanismes d'assurance de la qualité au niveau régional

Au niveau régional, d'une part, on distingue les activités qui ont lieu au sein du CCSR soit : une rencontre mensuelle des médecins et des professionnels et une rencontre mensuelle avec les secrétaires permettant d'assurer le partage d'information et la cohérence des interventions. D'autre part, le comité régional d'assurance de la qualité (CRAQ) a été mis sur pied en 2001.

Le CRAQ est formé de radiologistes, de chirurgiens, de pathologistes et de membres du CCSR. Ce comité qui se réunit une à deux fois par année, a pour mandat d'étudier les résultats des données d'évaluation et de faire des recommandations en vue d'améliorer la qualité des services et d'assurer la rétroaction.

Un responsable régional de l'assurance de la qualité, membre du CCSR, a été nommé en 2004 par le Directeur régional de santé publique et ce, dans toutes les régions.

■ Mécanismes d'assurance de la qualité au niveau local

Au niveau local, des activités ont été menées auprès d'intervenants dans les CDD et les CRID. En mai 2001, le CCSR a remis aux CDD ainsi qu'aux radiologistes et aux technologues travaillant pour le PQDCS en Montérégie, des rapports personnalisés couvrant leurs activités de 1998 à juin 2000. D'autres rapports concernant les activités de 1998-2001 ont été envoyés aux CDD, aux radiologistes et aux technologues en juin 2002. Un troisième rapport portant sur les activités 1999-2002 leur a été transmis en janvier 2004. Finalement, un dernier rapport portant sur les activités des CDD de 2003 et 2004 leur a été fourni en décembre 2005.

Des interventions ponctuelles ont aussi été faites auprès de centres en difficulté. De plus, depuis 2004, des rétroactions ont été faites aux CDD et aux CRID par l'envoi périodique de lettres relatives aux commentaires reçus de patientes ou à la nécessité de remplir un formulaire d'investigation pour certaines patientes. Enfin, un suivi des délais de rendez-vous et des certifications des CDD et CRID a été fait régulièrement.

1.2.5 Les activités de liaison

■ PQDCS

Bien qu'une place importante soit accordée aux régions quant à la gestion et l'adaptation du PQDCS en fonction de leurs réalités particulières, le PQDCS est un programme national (MSSS, 1996). Ainsi, le niveau provincial du PQDCS doit s'assurer de la cohérence du programme entre chacune des régions. Pour ce faire, différentes rencontres sont organisées annuellement. En Montérégie, durant les années 2001-2004, les médecins ainsi que les professionnels qui oeuvrent au CCSR ont participé à plusieurs activités de liaison (annexe A).

PQLC

Le ministre de la Santé et des Services sociaux a confié au Comité consultatif sur le cancer le mandat d'élaborer pour le Québec un programme de lutte contre le cancer devant couvrir tous les volets de l'intervention : la prévention et le dépistage, l'investigation, le traitement et l'adaptation, les soins palliatifs, ainsi que la recherche et l'enseignement (MSSS, 1998). Ainsi, ce programme propose l'implantation d'un ensemble de services intégrés englobant à la fois les préoccupations populationnelles et individuelles. Il existe un partage des responsabilités entre le niveau central et le niveau régional.

En Montérégie, le PQDCS a établi des liens avec le PQLC afin de favoriser la continuité des services aux femmes. Ainsi, depuis 2003, les infirmières pivots du PQLC de chacun des CRID offrent le soutien aux participantes du PQDCS en attente de résultats de mammographie ou d'exams complémentaires. Au besoin, elles peuvent les référer à l'intervenant psychosocial d'oncologie, également membre de l'équipe multidisciplinaire.

Continuum d'intervention de l'ASSSM

L'Agence de santé et des services sociaux de la Montérégie (ASSSM) a pour mandat d'accompagner les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) dans la démarche globale du volet organisationnel et du volet clinique. En 2004, la responsable régionale de l'assurance de la qualité du PQDCS en Montérégie a participé aux chantiers régionaux de l'Agence, en travaillant au Continuum d'intervention⁴, volet « *Lutte contre le cancer* ».

Autres

Deux médecins membres du CCSR ont participé à l'offre de services des pratiques cliniques préventives (PCP) pour le volet sur le cancer du sein réalisée par la Direction de santé publique de la Montérégie en 2004. Elles ont aussi contribué aux travaux devant conduire à la réalisation d'une étude sur les services de santé de première ligne au Québec. Cette étude incluait aussi un volet sur la prévalence du dépistage et du *counselling* en regard de la prévention des cancers et des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires réalisé uniquement en Montérégie, auquel quelques membres du CCSR ont travaillé activement. Les résultats de cette étude seront disponibles en 2007.

⁴ Un continuum d'intervention comprend une gamme diversifiée d'interventions reconnues comme pertinentes et efficaces (ASSSM, 2005).

1.2.6 Évaluation - recherche

Impact d'une deuxième lettre de relance sur la participation des femmes

Afin d'atteindre l'objectif de 70 % de participation fixé par le programme, les responsables du CCSR de la Montérégie se sont questionnés sur la pertinence d'envoyer une deuxième lettre de relance aux femmes non participantes. En effet, en 2002, quatre ans après le début du programme, 19 500 femmes n'avaient toujours pas répondu à une première invitation ainsi qu'à une première relance, deux ans après avoir été invitées. Étant donné l'impact financier de cette nouvelle stratégie de recrutement, une étude a été faite afin d'en vérifier l'efficacité.

L'objectif principal de cette étude était de vérifier l'impact d'une deuxième lettre de relance, après deux ans, sur la participation à la mammographie de dépistage. Il s'agissait d'un devis expérimental avec post-test seulement et groupe témoin aléatoire. La population à l'étude était constituée de 2 364 femmes n'ayant pas répondu à une première relance entre le 1^{er} et le 31 juillet 2000. Une sélection aléatoire simple de 1 438 femmes parmi ce groupe fut effectuée, suivie d'une randomisation simple des participantes, soit dans le groupe expérimental (n=719), soit dans le groupe contrôle (n=719). L'intervention étudiée était l'envoi d'une deuxième lettre de relance et l'impact recherché était l'obtention d'une mammographie de dépistage.

Les résultats préliminaires⁵ de l'étude ont révélé une augmentation significative de la participation des femmes ayant reçu une deuxième lettre à la mammographie de dépistage. En effet, après six mois, 9,5 % des femmes du groupe expérimental avaient obtenu une mammographie de dépistage, contre 5,6 % des femmes du groupe contrôle, pour une différence de 3,9 % (IC_{95%} : 1,3 % à 6,8 %).

Le CCSR a donc débuté, en novembre 2004, l'envoi systématique d'une deuxième lettre de relance deux ans après la première.

Projet consentement

Une étude visant à identifier les enjeux entourant la compréhension du processus de consentement, en ce qui a trait à la transmission de données et à la participation au PQDCS a été entreprise en 2005. Elle avait pour but, d'une part, de recueillir une information nécessaire à l'amélioration de la qualité des outils d'information soutenant actuellement le processus de consentement, et d'autre part, de former et de soutenir adéquatement les professionnels des CDD dans leur démarche de divulgation de renseignements menant à la prise d'une décision libre et éclairée par les femmes se présentant pour leur mammographie de dépistage.

Un questionnaire auto-administré, ainsi que des entrevues individuelles ont été conduites auprès de dix-neuf femmes et de dix-neuf membres du personnel dans divers CDD de la Montérégie. Les analyses des verbatims ont débutées au printemps 2006 et le rapport final devrait être disponible en 2007.

⁵ Le rapport final sera disponible en 2007.

Stages d'externat

Le CCSR a collaboré à la réalisation de projets développés par les étudiants en médecine de l'Université de Sherbrooke lors de leur stage d'externat à la Direction de santé publique de la Montérégie. Ainsi, un projet d'évaluation de la satisfaction des femmes de 50 à 69 ans au sujet de la qualité des services reliés à la mammographie de dépistage dans les CDD de la Montérégie a été mené en mars 2001. En 2003, un projet de recherche intitulé « *Pour des seins sains* » dont l'objectif était d'évaluer la satisfaction des technologues vis-à-vis de la forme actuelle du rapport de rétroaction et leur perception face à leur rôle dans le cadre du PQDCS a été réalisé. Enfin, en janvier 2004, une étude portant sur la participation des femmes de 60 à 69 ans au PQDCS a permis d'identifier quelques stratégies susceptibles d'augmenter la participation de cette clientèle, tandis qu'en mars de la même année, c'est une évaluation des besoins des infirmières et intervenantes travaillant à la promotion du PQDCS en Montérégie qui a été réalisée.

2 PERFORMANCE DU PQDCS POUR LES ANNÉES 2001 À 2004

2.1 MÉTHODOLOGIE

L'évaluation qui suit est une évaluation de type normative. Elle consiste à apprécier dans quelle mesure le PQDCS en Montérégie a pu atteindre ou non les normes et objectifs de performance visés par le programme au cours des années 2001 à 2004.

« L'évaluation normative repose sur une appréciation portée sur chaque composante de l'intervention par rapport à des critères et des normes. Elle est définie comme l'activité qui consiste à porter un jugement sur une intervention en comparant les ressources mises en œuvre et leur organisation (structure), les services et les biens produits (processus) et les résultats obtenus, à des critères et des normes. »

(Contandriopoulos, Champagne, Denis & Avargues, 2000)

Les critères et les normes utilisés, à moins d'avis contraire⁶, sont ceux et celles retrouvés dans le cadre de référence du PQDCS (MSSS, 1996).

En outre, cette évaluation a un but essentiellement formatif. Elle a pour objectif de permettre aux différents partenaires du PQDCS en Montérégie d'apprécier les efforts qu'ils ont investis au cours des années 2001 à 2004 et d'identifier les défis à relever pour les années futures. En effet, cette évaluation leur permettra de se situer par rapport aux critères et normes reconnus, mais également par rapport à la performance de leurs collègues en région. Ces données pourront ainsi être utiles à la mise en place de mécanismes permettant l'amélioration de la qualité du programme.

Les données sont tirées, pour la majeure partie, du SI-PQDCS. Celles-ci proviennent de la saisie, par les CDD et les CRID, des formulaires de dépistage et d'investigation par les CDD et les CRID dans le SI-PQDCS de chacune des femmes qui ont accepté de participer au programme. Dans le présent document, il s'agit des femmes ayant obtenu une mammographie de dépistage pour la période allant de janvier 2001 à décembre 2004. Les formulaires saisis dans le SI-PQDCS sont donc les suivants :

- AH 508 rapports de dépistage;
- AH 509 rapports de confirmation diagnostique;
- AH 510 rapports de cytopathologie;

⁶ Lorsqu'une norme n'était pas disponible dans le *Cadre de référence du PQDCS* (MSSS, 1996), la norme retrouvée au niveau fédéral était utilisée (Santé Canada, 2002).

- AH 511 rapports de pathologie;
- AH 512 rapports détaillés du clinicien concernant le cancer du sein.

Les données liées au dépistage (AH-508) sont relativement complètes. Par contre, en ce qui a trait aux activités d'investigation, la saisie des données au cours des années 2001-2004 n'est que partielle si l'on se fie au pourcentage de rapports remplis. En effet, la proportion des rapports saisis au SI-PQDCS varie de 6,1 % à 61,2 % pour l'année 2004. Ainsi, la proportion des rapports saisis était de 61,2 % pour le rapport de confirmation diagnostique avec conclusion (AH-509), de 33,3 % pour le rapport de cytopathologie (AH-510), de 31 % pour le rapport de pathologie (AH-511) et de 6,1 % pour le rapport du clinicien (AH-512) (voir annexe B).

2.2 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Les résultats sont présentés en respectant le cheminement habituel des femmes à travers le programme (figure 2). Les indicateurs de performance liés aux activités ou aux effets (intermédiaires) du programme y sont également décrits (MSSS, 1996).

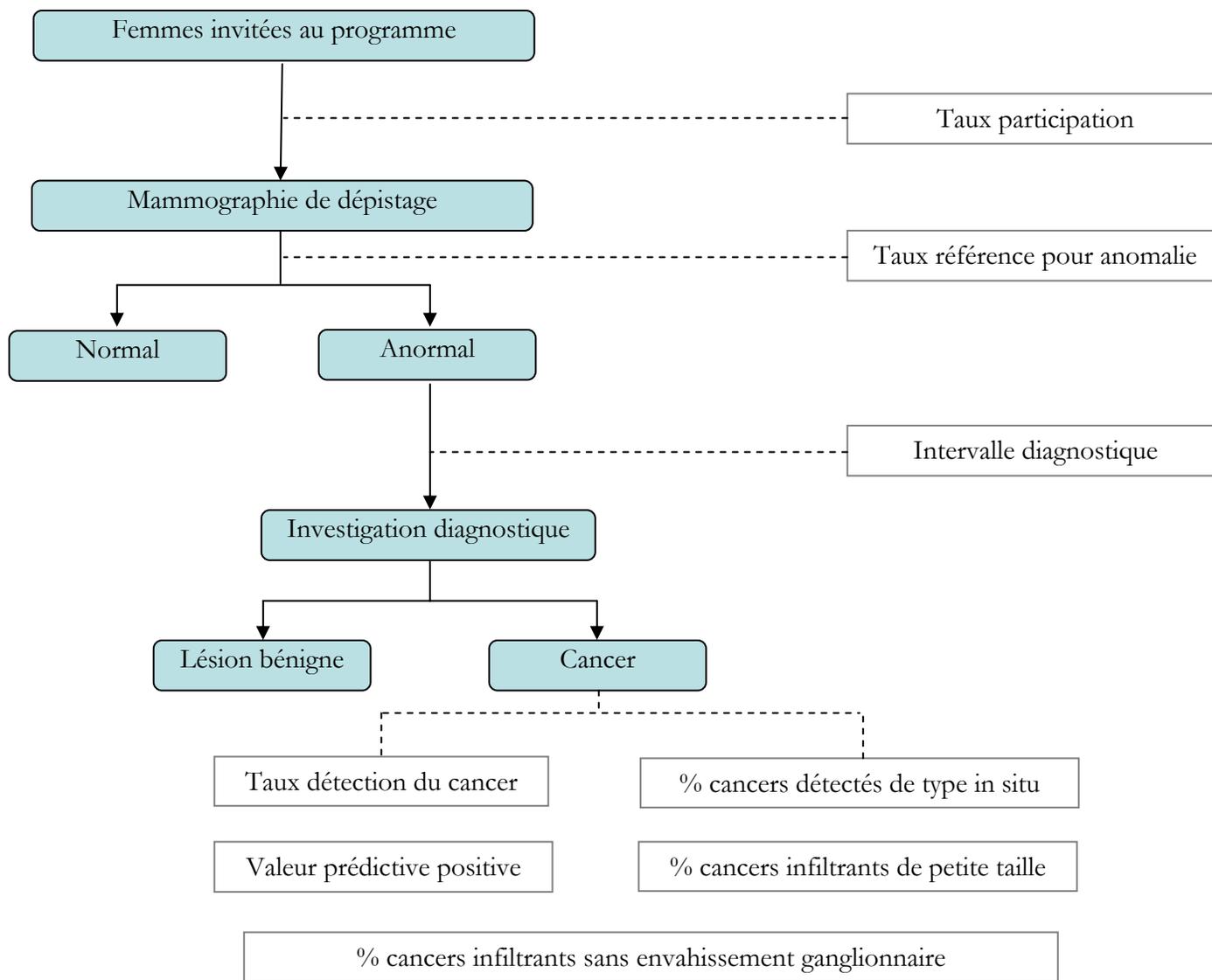


Figure 2 : Cheminement des femmes à travers le PQDCS et indicateurs de performance

2.2.1 Contexte

En 2004, 18 % de la population québécoise, soit 1 346 998 personnes, habitait en Montérégie. Avec ses 11 111 km² de terre ferme, la région se divise en onze territoires de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) (figure 3). La superficie de chacun de ces réseaux locaux varie entre 457 km² et 2 405 km². En 2004, la population desservie par chaque réseau local variait de 25 000 à 237 747 personnes (ISQ, 2005).

Depuis le début du programme, le nombre de femmes admissibles au PQDCS augmente sensiblement d'année en année et ce, dans tous les groupes d'âge (figure 4) et dans tous les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie.

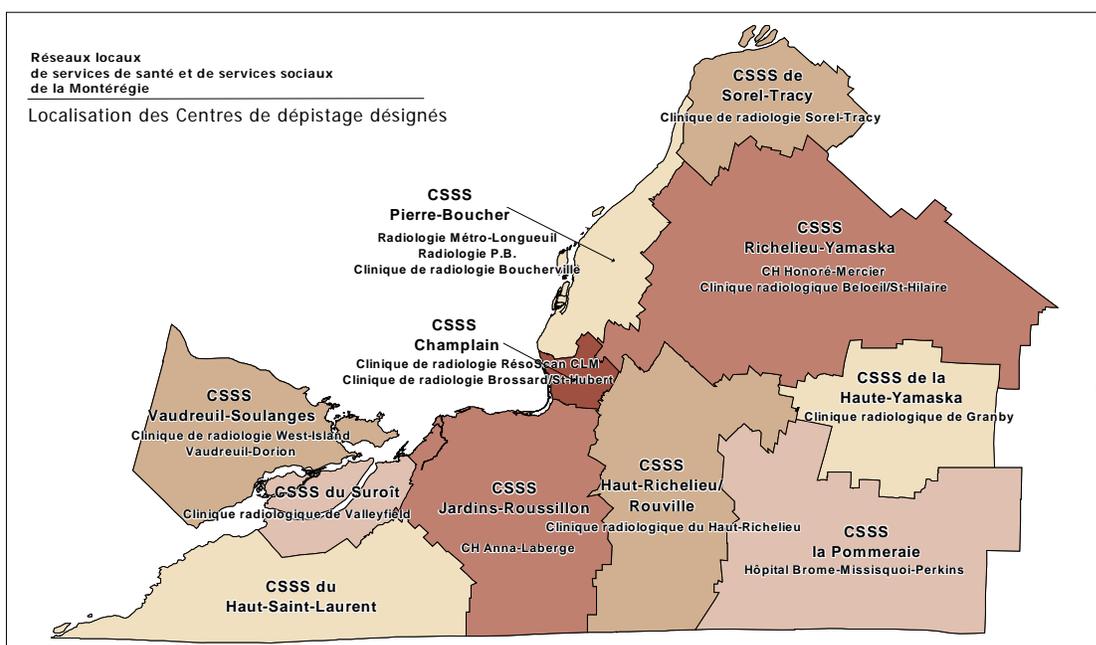
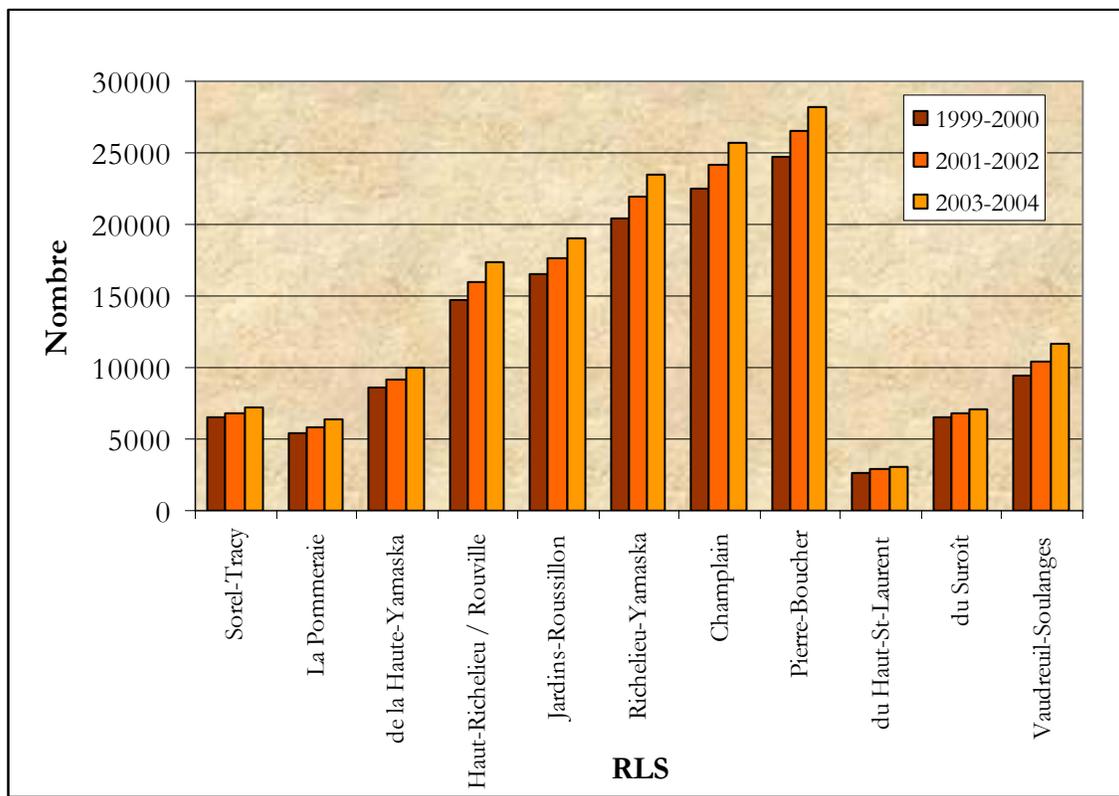


Figure 3 : Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie



Source : RAMQ

Figure 4 : Nombre de femmes admissibles au PQDCS, selon les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et selon la période de 24 mois, Montérégie

En 2004, 158 665 Montérégiennes âgées de 50 à 69 ans étaient admissibles au programme⁷, contre 146 107 en 2001⁸, ce qui représente une augmentation du nombre de femmes admissibles de 9 % pour cette période. En 2004, le territoire de réseau local le plus peuplé comptait 14 210 femmes admissibles au PQDCS tandis que le moins peuplé en comptait 1 514⁹. En outre, les 50-54 ans représentaient le groupe le plus important en terme de nombre de femmes admissibles, suivies par les 55-59 ans, puis les 60-64 ans et enfin les 65-69 ans.

⁷ RAMQ, 26 avril 2004.

⁸ RAMQ, 2 mai 2001 et 25 novembre 2001.

⁹ RAMQ, octobre 2004.

2.2.2 Taux de participation au programme

Le taux de participation correspond à la proportion de femmes admissibles qui ont consenti à participer au programme et qui ont obtenu au moins une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années. Selon la cible fixée par le PQDCS pour cet indicateur, le taux de participation des femmes admissibles au programme doit être d'au moins 70 % afin d'obtenir une réduction importante de la mortalité par cancer du sein (MSSS, 1996).

■ Norme du PQDCS

Atteindre et maintenir une participation d'au moins 70 % des Québécoises de 50 à 69 ans au PQDCS

En Montérégie, le taux de participation augmente progressivement d'année en année et est passé de 44,4 % pour la période 1999-2000 à 51,8 % pour celle de 2003-2004. Ces résultats indiquent une augmentation de plus de 8 % du taux de participation des femmes au programme depuis son implantation. Bien qu'une augmentation soit observée, le taux de participation dans la région demeure sous la norme visée par le PQDCS.

Depuis le début du programme, la participation des femmes montérégiennes se situe au-dessus de la moyenne québécoise. En effet, pour les années 2003-2004, la moyenne provinciale du taux de participation se chiffrait à 47,9 % (tableau 3) (Langlois, Brisson, Hébert-Croteau, Major, Messely, Pelletier, Rochette, Théberge & Beudet, mars 2006, non publié).

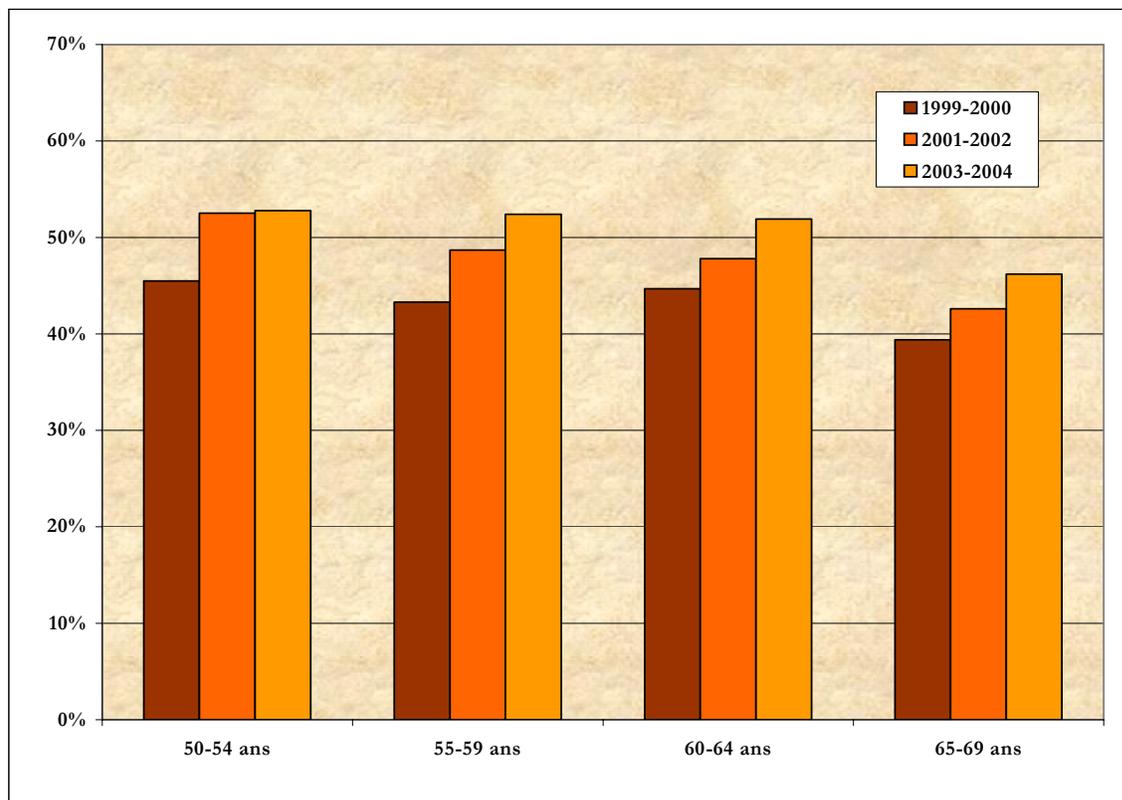
Tableau 3 : Taux de participation au PQDCS, selon la région de résidence et selon la période de 24 mois, ensemble du Québec

Région de résidence	Taux de participation au PQDCS (%)				
	Au 31 déc. 2000	Au 31 déc. 2001	Au 31 déc. 2002	Au 31 déc. 2003	Au 31 déc. 2004
Bas-Saint-Laurent	*	*	*	44,2	54,4
Saguenay-Lac-Saint-Jean	*	*	*	55,2	61,2
Québec	47,8	50,7	52,7	56,1	59,4
Mauricie et Centre-du-Québec	46,8	50,4	51,5	52	53,5
Estric	55,9	55,3	57,5	60,9	64,5
Montréal-Centre	32,9	32,2	33,7	34,1	34,8
Outaouais	35,5	38,8	41,8	44,4	43,6
Abitibi-Témiscamingue	*	65,3	60,0	64,2	62,2
Côte-Nord	*	*	*	*	54,0
Nord-du-Québec	*	60,1	64,5	75,1	70,5
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	*	25,6	41,7	48,7	45,1
Chaudière-Appalaches	54,1	57,1	58,8	60,8	62,7
Laval	41,1	41,7	45,4	42,4	38,3
Lanaudière	47,9	48,9	45,5	45,7	42,1
Laurentides		37,0	36,9	40,9	40,0
Montréal	44,4	47,5	49,7	50,2	51,8
Nunavik	*	*	*	*	69,1
Terres-Cries-de-la-Baie-James	*	*	*	*	*
Le Québec	42,1	43,4	45,1	46,7	47,9

* : Le programme n'était pas offert pendant toute la période correspondante de 24 mois.

Source : SI-PQDCS et RAMQ, tiré de Langlois et coll.(mars 2006, non publié).

Lorsqu'on examine cet indicateur selon l'âge, le taux de participation au PQDCS présente une particularité : les femmes de 65-69 ans représentent le groupe qui participe le moins au programme par rapport aux autres groupes de femmes ciblées. En effet, en 2003-2004 ce groupe présentait la plus faible participation (46 %) comparativement aux femmes âgées de 50 à 54 ans qui présentaient la plus forte participation (53 %). Ce faible taux de participation des femmes âgées de 65 à 69 ans est d'ailleurs observé dans l'ensemble des régions du Québec (Langlois, Brisson, Hébert-Croteau, Major, Messely, Pelletier, Rochette, Thérberge & Beaudet, janvier et novembre 2004, non publiés). Cette situation est préoccupante puisque c'est dans ce groupe d'âge que l'incidence du cancer du sein est la plus élevée, mais que paradoxalement, la participation demeure la plus faible. Par contre, on observe une augmentation de la participation pour tous les groupes d'âge depuis 1999, incluant celui des 65-69 ans (figure 5).



Source : SI-PQDCS et RAMQ

Figure 5 : Taux de participation au PQDCS, selon le groupe d'âge et selon la période de 24 mois, Montérégie

Le tableau 4 présente les taux de participation observés pour les périodes 1999-2000, 2001-2002, et 2003-2004 par territoire de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. En 2003-2004, la participation variait dans ces territoires de 39,4 % à 59,8 %.

De façon générale, on observe une augmentation de la participation au cours de ces années à l'exception du territoire du RLS de la Haute-Yamaska qui a connu une baisse de participation depuis le début du programme.

Les plus fortes augmentations du taux de participation s'observent sur le territoire du RLS Jardins-Roussillon pour les périodes allant de 1999-2000 à 2001-2002, et sur le territoire du RLS Vaudreuil-Soulanges pour celles qui s'étendent de 2001-2002 à 2003-2004. Il s'agit de territoires où les CDD ont reçu une accréditation tardive, ce qui pourrait contribuer à expliquer ces résultats. Par exemple, le centre situé sur le territoire Jardins-Roussillon n'a été désigné qu'en novembre 2000, tandis que celui situé sur le territoire Vaudreuil-Soulanges n'a reçu sa première désignation qu'en juillet 2002.

Enfin, le territoire de la Haute-Yamaska observe une diminution de son taux de participation depuis 1999-2000. Cette baisse s'explique par une particularité de la pratique médicale sur ce

territoire. Cependant, le taux de couverture pour les mammographies de dépistage et de diagnostic dans ce territoire demeure comparable à la moyenne régionale.

Tableau 4 : Taux de participation au PQDCS, selon le territoire des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et selon la période de 24 mois, Montérégie

Territoire de réseaux locaux	Taux de participation (%)		
	1999-2000	2001-2002	2003-2004
RLS de Sorel-Tracy	54,9	57,7	59,8
RLS la Pommeraie	47,6	50,3	54,9
RLS de la Haute-Yamaska	43,6	41,8	39,4
RLS Haut-Richelieu/Rouville	50,2	53,7	51,6
RLS Jardins-Roussillon	20,5	38,1	45,3
RLS Richelieu-Yamaska	44,0	53,7	56,1
RLS Champlain	41,5	46,2	51,5
RLS Pierre-Boucher	46,7	50,2	54,4
RLS du Haut-Saint-Laurent	34,1	37,8	43,4
RLS du Suroît	50,1	54,4	57,6
RLS Vaudreuil-Soulanges	18,9	22,5	45,6

Source : SI-PQDCS et RAMQ

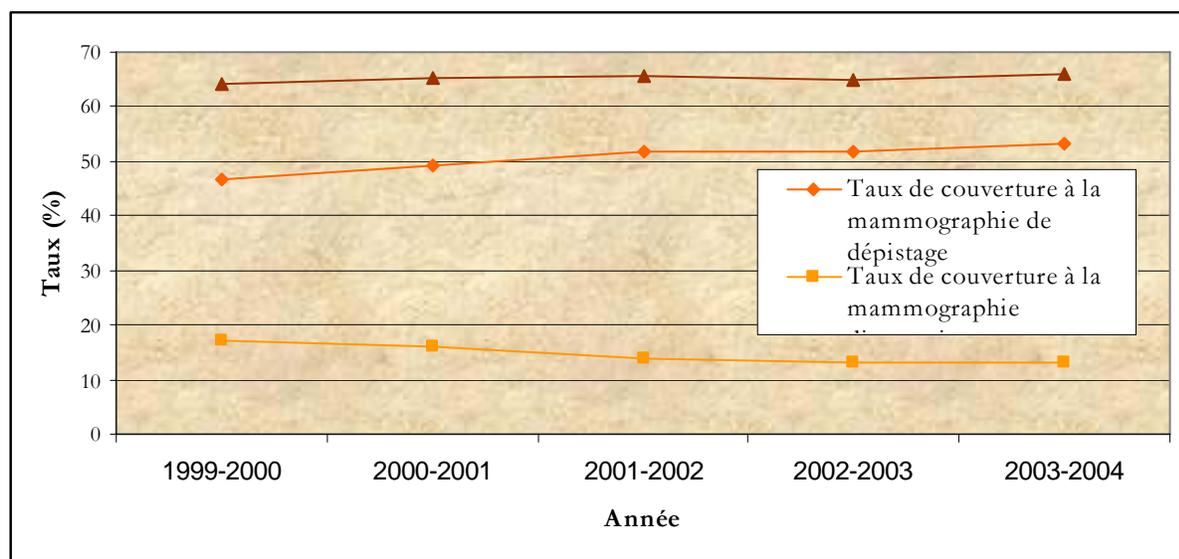
2.2.3 Taux de couverture

Le taux de couverture relatif à la mammographie permet d'apprécier la proportion de femmes qui ont obtenu au moins une mammographie, peu importe qu'elle soit de dépistage ou de diagnostic, au cours des deux dernières années. Il n'existe pas, pour cet indicateur, de cible de résultat fixée par le PQDCS (MSSS, 1996) ou par le Groupe canadien de travail sur les indicateurs d'évaluation (Santé Canada, 2002).

En Montérégie, pour la période 2003-2004, le taux de couverture était de 66,1 %. Aussi, pour ces années, le taux de couverture pour la mammographie de dépistage uniquement était de 53,1%. C'est donc 13,0 % des femmes de 50 à 69 ans qui ont obtenu une mammographie diagnostique au cours de cette période.

La figure 6 présente le taux de couverture à la mammographie de dépistage et de diagnostic pour la période qui s'étend de 1999-2000 à 2003-2004. Comme il est attendu dans les premières années d'un programme, la proportion de mammographies de dépistage augmente, tandis que celle des mammographies de diagnostic diminue chez les femmes de 50 à 69 ans.

Le taux de couverture en Montérégie est supérieur à celui pour l'ensemble de la province, qui se situe à 63,4 % (Langlois et coll., mars 2006, non publié).



Source : RAMQ et ISQ, 2005

Figure 6 : Taux de couverture à la mammographie (dépistage et diagnostic) chez les femmes de 50 à 69 ans, selon la période de 24 mois, Montérégie

2.2.4 Mammographies de dépistage effectuées en Montérégie

Il existe une association entre le volume de mammographies de dépistage effectuées et certaines mesures de performance importantes pour un programme de dépistage. En effet, une étude cas-témoins faite au Québec en 1998-2000 s'est intéressée à la relation entre le volume de mammographies de dépistage et les taux de détection de cancer du sein dans le cadre du PQDCS (Théberge, Hébert-Croteau, Langlois, Major & Brisson, 2005). Cette étude a démontré que le taux de détection du cancer du sein augmente avec le volume de mammographies de dépistage effectuées par un CDD. Ainsi, le ratio ajusté des taux de détection pour les CDD effectuant plus de 4 000 mammographies de dépistage par année, comparé aux centres effectuant moins de 2 000 mammographies de dépistage annuellement, était de 1,28 (CI₉₅ % : 1,07-1,52). De plus, les radiologistes qui travaillaient dans des centres effectuant un grand nombre de mammographies de dépistage (3 000), et qui interprétaient un plus grand nombre de mammographies de dépistage annuellement (≥ 500), avaient de meilleurs taux de détection du cancer du sein que les radiologistes qui lisaient un petit nombre de mammographies (< 500) et qui travaillaient dans des centres qui effectuaient moins de mammographies de dépistage annuellement (< 3000).

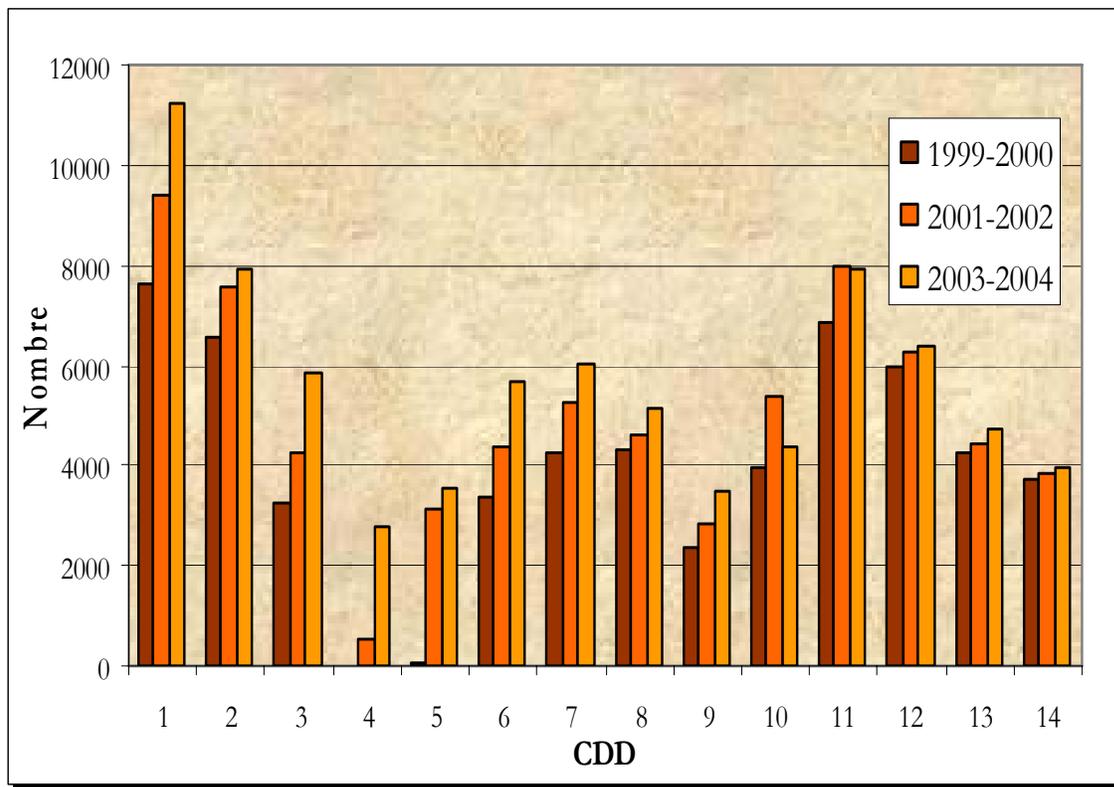
Ainsi, le cadre de référence du programme propose une certaine concentration des activités de dépistage en décrivant « pour les centres de dépistage une capacité d'accueil minimale [...] qui

devrait être d'au moins 4 000 mammographies par année pour un centre en milieu urbain » (MSSS, 1996). Cette proposition s'applique par contre pour les mammographies de dépistage comme pour les mammographies diagnostiques effectuées par les centres, et ce, pour les femmes de tous les groupes d'âge. Comme les données concernant les mammographies diagnostiques ne sont pas disponibles, tout comme le sont celles sur les mammographies (dépistage et diagnostic) effectuées chez les femmes de moins de 50 ans et de plus de 69 ans, il est difficile de vérifier l'atteinte de cette norme à l'aide du SI-PQDCS.

Par contre, il est possible de décrire que depuis le début du programme, le nombre de mammographies de dépistage effectuées annuellement chez les femmes de 50 à 69 ans en Montérégie n'a cessé de croître. La première année complète de services (1999), 27 900 mammographies de dépistage avaient été effectuées dans le cadre du PQDCS en Montérégie tandis qu'en 2004, ce nombre s'élevait à 40 944 (SI-PQDCS). Ceci fait de la Montérégie la deuxième région la plus importante au Québec quant au volume de mammographies de dépistage effectuées dans le cadre du programme pour l'année 2004.

Durant les premières années d'opération du programme, le volume de mammographies de dépistage effectuées par les CDD de la région était composé principalement de mammographies initiales (la première mammographie de dépistage qu'obtiennent les femmes qui acceptent de participer au programme). Moins de 5 % du volume total de mammographies de dépistage était composé de mammographies subséquentes (les mammographies de dépistage qu'obtiennent les femmes au cours de leur participation au programme et qui font suite à la mammographie initiale). Par la suite, cette tendance s'est inversée, la majorité des CDD effectuant alors davantage de mammographies subséquentes. En 2004, sur les 40 944 mammographies de dépistage effectuées en Montérégie, 9 784 étaient des mammographies de dépistage initiales et 31 160 étaient des mammographies de dépistage subséquentes (INSPQ, 2005).

La figure 7 présente le nombre de mammographies de dépistage effectuées dans le cadre du PQDCS, par CDD, pour les périodes 1999–2000 à 2003–2004 en Montérégie. Pour la presque totalité des centres, on peut noter une augmentation du nombre de mammographies au cours de cette période.



Source : SI-PQDCS

Figure 7 : Nombre de mammographies de dépistage effectuées dans le cadre du PQDCS, selon le CDD et selon la période de 24 mois, Montérégie

Au cours de la période 2003-2004, le nombre de mammographies de dépistage effectuées par CDD, se situait entre 2 774 et 11 226. Il est important de souligner que certains CDD ont obtenu leur accréditation tardivement. Ainsi, les centres 4 et 5 sont les derniers à avoir obtenu leur désignation en Montérégie, ce qui peut expliquer la forte croissance observée entre les périodes 1999-2000 et 2001-2002 pour le CDD 5, et entre les périodes 2001-2002 et 2003-2004 pour le CDD 4.

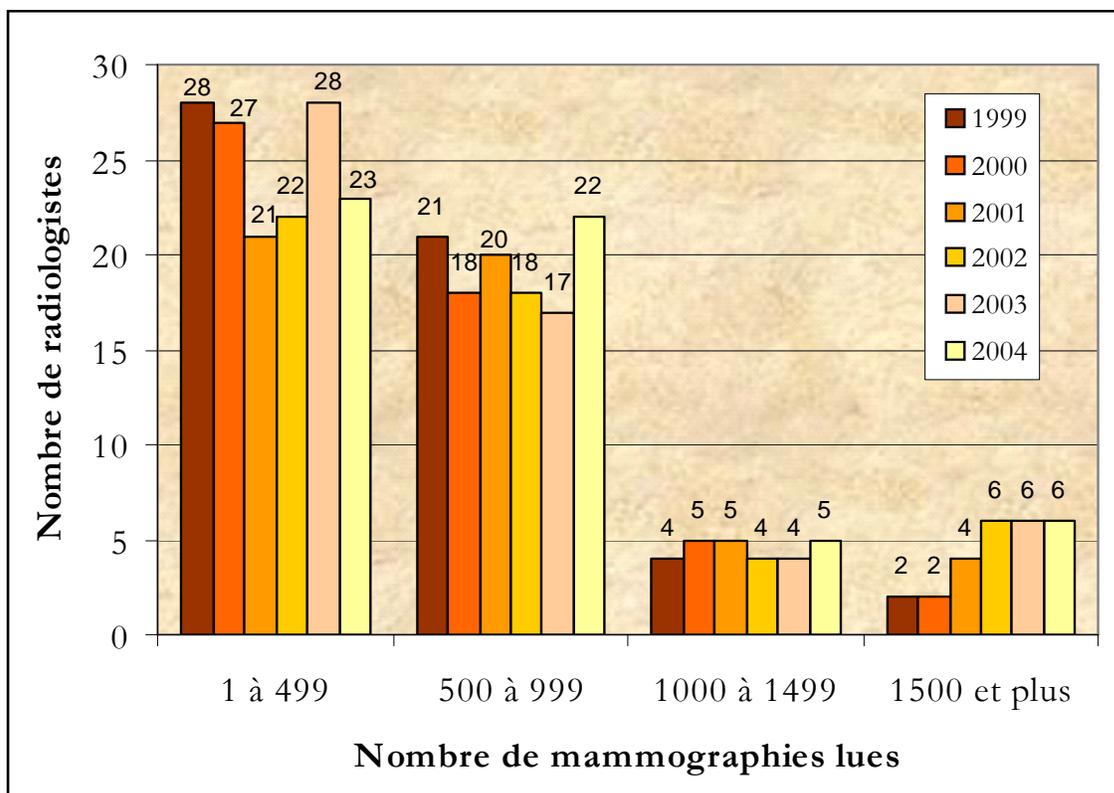
2.2.5 Nombre de radiologistes ayant lu des mammographies de dépistage dans le cadre du programme

Au Québec, selon le Programme d'agrément en mammographie (PAM), chaque radiologiste doit interpréter un minimum de 480 mammographies par année. Ce nombre inclut l'ensemble des mammographies interprétées durant une année donnée, soit les mammographies de dépistage ainsi que les mammographies diagnostiques. L'agrément est conditionnel au respect de cette norme (Collège des médecins du Québec, 1997). À titre de comparaison, en Angleterre le nombre de mammographies (dépistage et/ou diagnostic) qui doivent être interprétées par année par radiologiste est de 5 000 (NHS Breast Screening Programme, 2005).

En Montérégie, le nombre de mammographies de dépistage lues par les radiologistes en 1999 a varié entre 1 et 1 740 avec une moyenne de 507 par radiologiste. Au cours de l'année 2004, le nombre de mammographies de dépistage lues par les radiologistes a varié entre 20 et 2 561 avec une moyenne de 731 mammographies par radiologiste.

La figure 8 présente le nombre de radiologistes ayant lu des mammographies de dépistage pour le PQDCS de la Montérégie selon le nombre de lectures effectuées de 1999 à 2004. Quarante et un pourcent des radiologistes ont lu moins de 499 mammographies de dépistage en 2004. Cette proportion était de 51,0 % en 1999. Il est à noter cependant que ces chiffres ne reflètent pas l'ensemble de la réalité. En effet, ces données ne tiennent pas compte des lectures qui ont été effectuées dans des CDD situés à l'extérieur de la région. Ainsi, certains radiologistes, qui travaillent essentiellement à l'extérieur de la Montérégie, offrent leurs services de façon temporaire au PQDCS de la Montérégie afin de combler certaines demandes de services ou de réduire certains délais. Ceux-ci ont donc de petits volumes de lecture dans notre région. De même, certains radiologistes, qui travaillent pour leur part essentiellement dans la région de la Montérégie, peuvent avoir effectué des lectures de mammographies de dépistage dans d'autres régions que celle de la Montérégie. La pratique de certains radiologistes en ce qui concerne le volume de dépistage peut donc être sous-estimée par ces données.

À titre de comparaison, dans une étude qui portait sur les caractéristiques des femmes et des radiologistes associées aux variations du taux de détection dans le cadre du PQDCS effectuée entre mai 1998 et décembre 2000, le volume annuel des mammographies de dépistage interprétées dans le cadre du PQDCS a été compilé à partir du SI-PQDCS pour 275 radiologistes québécois (Théberge et coll., 2005). Selon cette étude, les radiologistes québécois interprétaient en moyenne 581 mammographies de dépistage annuellement (étendue 16-2 878). La majorité des radiologistes (48,0 %) interprétaient moins de 499 mammographies de dépistage par année. Seulement 2,2 % des radiologistes interprétaient 1 500 mammographies de dépistage ou plus annuellement.



Source : SI-PQDCS

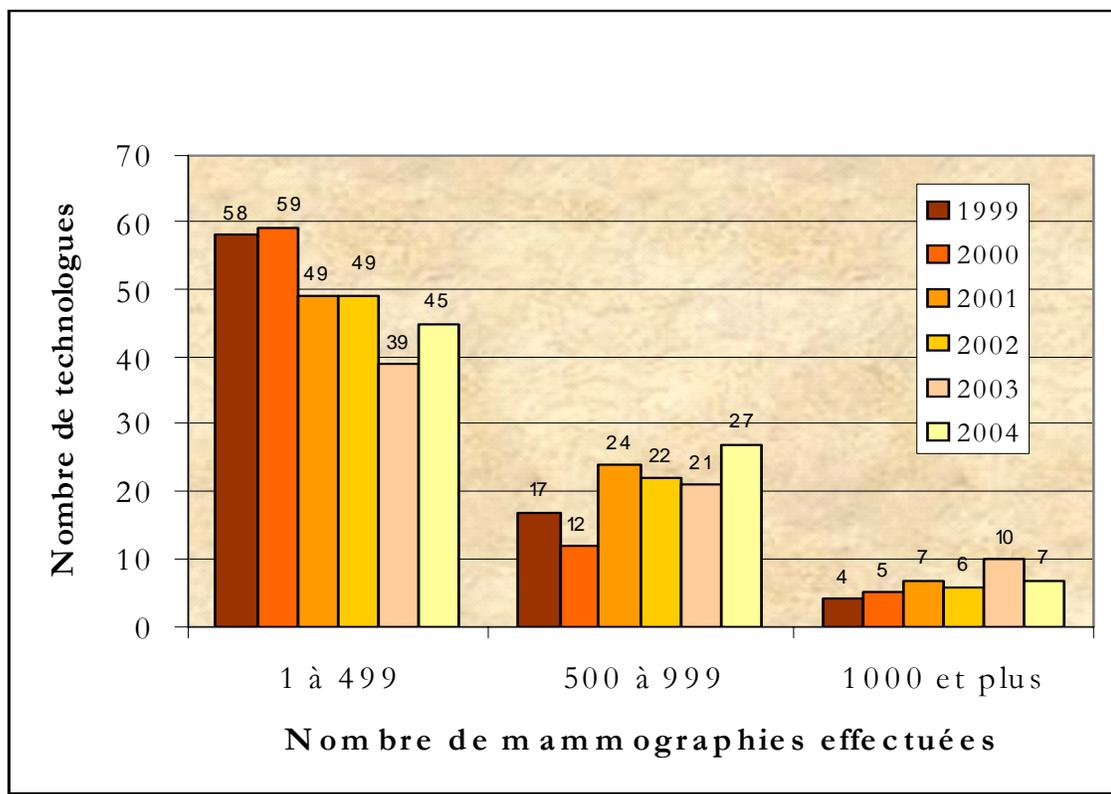
Figure 8 Nombre de radiologues ayant lu des mammographies de dépistage dans le cadre du PQDCS, selon le nombre de mammographies lues et selon l'année, Montérégie

2.2.6 Nombre de technologues ayant effectué des mammographies de dépistage dans le cadre du PQDCS

Il n'existe pas actuellement de norme quant au nombre de mammographies qui doivent être effectuées par année par technologue.

En Montérégie, le nombre de mammographies de dépistage effectuées par les technologues en 1999 a varié entre 1 et 1 328 avec une moyenne de 353 par technologue. Au cours de l'année 2004, le nombre de mammographies de dépistage effectuées par les technologues a varié entre 1 et 2 344 avec une moyenne de 518 mammographies par technologue.

La figure 9 présente le nombre de technologues ayant effectué des mammographies de dépistage pour le PQDCS de la Montérégie, selon le nombre de mammographies effectuées, de 1999 à 2004. Cinquante-sept pourcent des technologues ont effectué moins de 499 mammographies de dépistage en 2004. Cette proportion était de 73,0 % en 1999.



Source : SI-PQDCS, RAMQ

Figure 9 : Nombre de technologistes ayant effectué des mammographies de dépistage dans le cadre du PQDCS, selon le nombre de mammographies effectuées et selon l'année, Montérégie

2.2.7 Taux de rétention

Les femmes invitées à participer au PQDCS peuvent obtenir une mammographie de dépistage dans le CDD de leur choix. Chaque année, un certain nombre de femmes résidant en Montérégie choisissent de recevoir leur examen de dépistage dans un CDD situé à l'extérieur de la région. Le taux de rétention pour mammographie est la proportion de femmes qui obtiennent leur mammographie de dépistage dans un CDD situé dans leur région de résidence au cours d'une certaine période.

Au cours de l'année 1999, 85,2 % des femmes montérégiennes ayant obtenu une mammographie de dépistage, l'ont fait dans un CDD de la région. En 2004, cette proportion s'élevait à 92,0 %. Au cours de cette année, environ une femme sur douze a donc choisi d'utiliser des services de dépistage par mammographie à l'extérieur de la région, notamment dans la région de Montréal.

Le tableau 5 présente les taux de rétention pour la mammographie de dépistage selon les différents territoires de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie. Ceux-ci ont varié entre 40,6 % et 95,4 % en 1999, et entre 77,4 % et 97,7 % pour l'année 2004.

Tableau 5 : Taux de rétention pour la mammographie de dépistage effectuée dans le cadre du PQDCS, selon le territoire de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et selon l'année, Montérégie

Territoire de réseaux locaux	Taux de rétention (%)					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004
RLS de Sorel-Tracy	94,1	95,6	96,4	96,4	96,5	97,7
RLS la Pommeraie	90,7	92,2	93,3	94,5	96,2	96,8
RLS de la Haute-Yamaska	93,6	94,2	95,0	95,0	95,4	96,8
RLS Haut-Richelieu/Rouville	91,4	92,6	94,0	93,6	94,3	94,8
RLS Jardins-Roussillon	67,9	74,7	84,6	83,5	85,0	85,9
RLS Richelieu-Yamaska	88,4	91,8	93,2	93,1	94,1	94,2
RLS Champlain	82,2	85,1	87,7	87,2	88,8	88,9
RLS Pierre-Boucher	86,0	87,7	89,0	90,5	90,7	92,4
RLS du Haut-Saint-Laurent	86,1	89,7	91,0	91,6	92,7	92,7
RLS du Suroît	95,4	96,1	96,0	96,5	96,8	96,6
RLS Vaudreuil-Soulanges	40,6	55,4	49,6	53,2	75,5	77,4
Montérégie	85,2	87,9	89,6	89,0	91,4	92,0

Source : SI-PQDCS

De façon générale, on observe une augmentation des taux de rétention sur l'ensemble des territoires de réseaux locaux. L'augmentation la plus frappante reste celle du territoire de Vaudreuil-Soulanges qui est passée de 40,6 % en 1999 à 77,4 % en 2004. Cette situation peut s'expliquer par l'ouverture tardive du CDD de ce territoire (en 2002) avec pour conséquence un recours moins important aux CDD de Montréal-Centre par les résidentes de ce territoire après cette date.

2.2.8 Caractéristiques des femmes ayant eu une mammographie de dépistage en Montérégie

Lorsque les femmes acceptent de participer au PQDCS, divers renseignements sont recueillis par les membres du personnel des CDD. Ceux-ci permettent de cerner le profil clinique ainsi que la prévalence de certains facteurs de risque chez les Montérégiennes qui acceptent de participer au PQDCS.

Le tableau 6 présente le profil clinique et la prévalence de certains facteurs de risque des femmes qui ont eu leur mammographie de dépistage dans le cadre du programme de 1999 à 2004.

La proportion de femmes qui ont obtenu un examen clinique des seins au cours de la dernière année a baissé depuis 1999 passant de 76,3 % à 64,6 % en 2004. Différentes raisons peuvent expliquer ce phénomène. Avant le début du programme, certaines femmes obtenaient leur examen clinique des seins au moment d'un rendez-vous chez le médecin pour recevoir leur prescription médicale de mammographie de dépistage. Puisque les femmes ciblées peuvent désormais utiliser la lettre d'invitation du PQDCS à titre de prescription, sans devoir pour autant rencontrer leur médecin traitant, un certain nombre d'entre elles n'obtiennent plus d'examen clinique des seins. Le PQDCS souligne l'importance d'obtenir un examen clinique des seins annuellement. Ces informations sont d'ailleurs précisées dans la lettre de résultat (normal) que reçoivent les participantes ainsi que dans les envois qui sont faits aux omnipraticiens de la région.

En Montérégie, la proportion de femmes ayant déclaré être sous hormonothérapie de substitution a diminué de façon importante passant de 53,3 % en 1999, à 32,9 % en 2004. Ce changement pourrait être en partie attribuable à la diffusion des résultats de l'étude Women's Health Initiative (WHI)¹⁰ en 2002 et 2004.

Finalement, il n'y a pas eu de variations importantes en ce qui a trait à la présence de symptômes, au port d'implants mammaires ou à la densité mammaire lors de la mammographie. En outre, la prévalence de certains facteurs de risque chez les participantes est demeurée stable de 1999 à 2004. Ainsi, en 2004, 15,0 % des participantes ont déclaré une histoire familiale de cancer du sein, tandis que 14,2 % ont rapporté être nullipare.

¹⁰ L'étude WHI a comparé les risques et avantages de l'hormonothérapie de remplacement à base d'oestrogènes équinés conjugués (EEC) et d'acétate de médroxyprogestérone (AMP) par rapport à un placebo, ainsi que la prise d'oestrogènes seuls par rapport à un placebo. Cette étude a révélé une augmentation des risques de maladies coronariennes (lors de la 1^e année d'utilisation), d'accidents vasculaires cérébraux et de maladies thromboemboliques chez les femmes sous EEC/AMP. Le risque de cancer du sein invasif chez ces femmes apparaissait après quatre ans d'utilisation. Chez les femmes sous oestrogènes seuls, les risques de maladies coronariennes et de cancer du sein invasif ne différaient pas de celui des femmes sous placebo, contrairement aux risques d'accidents vasculaires cérébraux et de maladies thromboemboliques, qui eux, étaient plus élevés.

Tableau 6 : Profil clinique des participantes au PQDCS, selon l'année, Montérégie

Profil clinique des femmes	1999 (%)	2000 (%)	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)	2004 (%)
Examen clinique des seins au cours de la dernière année	76,3	72	66,7	66,5	64,6	64,6
Symptôme (Au moins un)	13,8	13,2	15,2	14,7	13,8	14,4
Hormonothérapie de substitution (en cours)	53,3	53,1	55,1	52,6	42,1	32,9
Port d'implants mammaires	2,3	2,6	2,4	2,6	2,7	2,6
Densité mammaire						
Moins de 25%	32,6	31,2	28,2	27,5	28,4	27,1
De 25 à 49%	38,2	40,2	41,8	40,9	41,7	41,9
De 50 à 75%	23,4	23,2	24,1	25,9	24,3	25,2
Plus de 75%	5,8	5,4	5,8	5,7	5,5	5,8

Source : SI-PQDCS

2.2.9 Les délais

Les CDD tout comme les CRID doivent être en mesure d'offrir des services de dépistage et de référence pour investigation dans des délais raisonnables. Cette condition est essentielle afin de maintenir la participation, réduire la période pendant laquelle les femmes sont en attente de résultats et détecter les cancers de façon précoce (MSSS, 1996). A cet égard, les CDD ainsi que les CRID sont tenus de respecter diverses normes concernant les délais pour les différentes étapes du cheminement des femmes dans le programme. Celles-ci concernent : le délai d'attente pour obtenir une mammographie de dépistage, le délai d'attente pour la réception du résultat de la mammographie, le délai d'attente pour obtenir le premier rendez-vous au CRID (ou CDD) afin d'avoir les examens complémentaires, et finalement, l'intervalle diagnostique, ou la période qui sépare un résultat anormal et la fin des examens complémentaires (figure 10). Cette section présente les différents délais d'attente afin d'obtenir les services dans le cadre du programme au cours de la période 2001-2004.

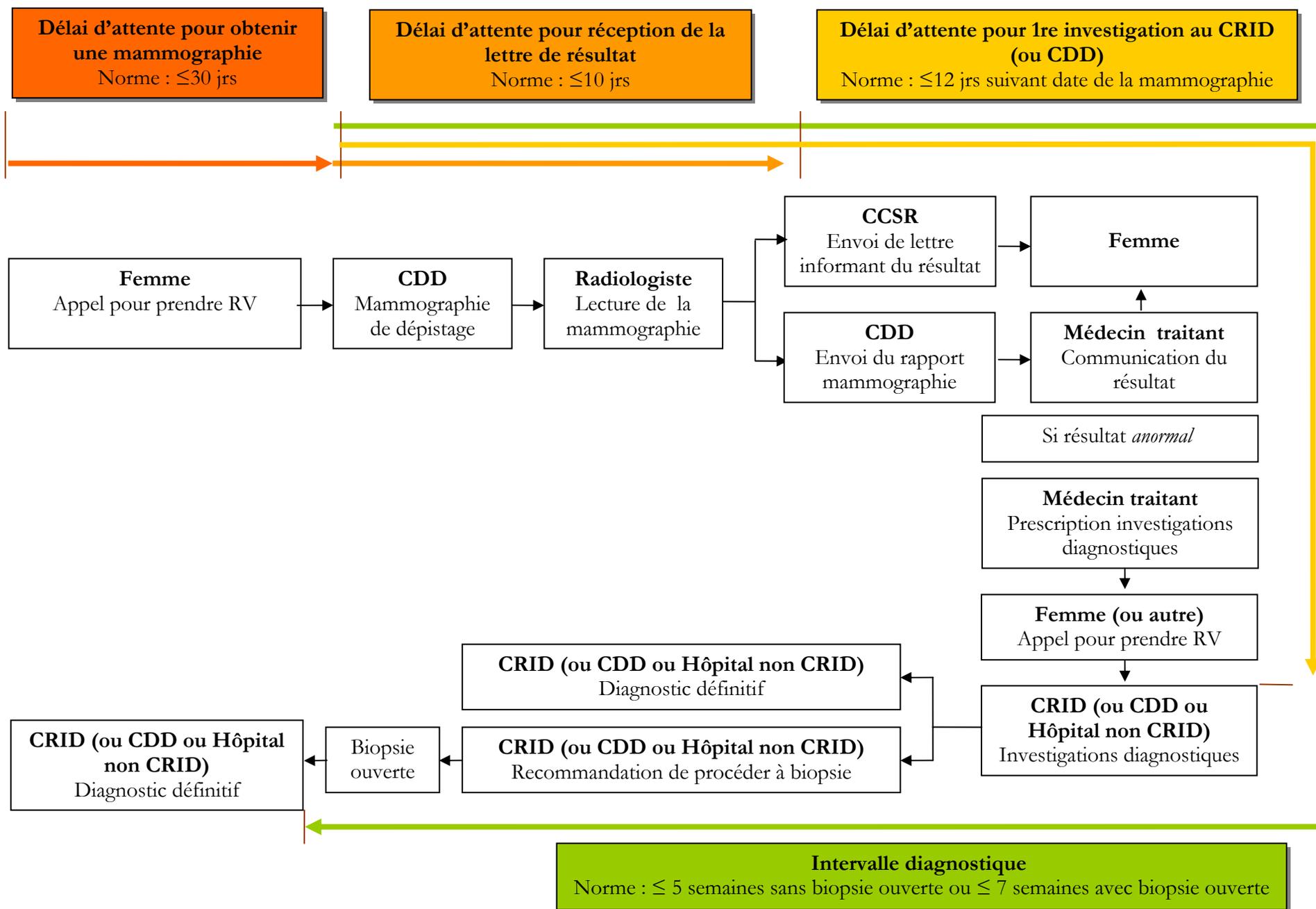


Figure 10 : Délais encourus par les femmes participantes lors de leur cheminement à travers le PQDCS

Délai d'attente pour obtenir une mammographie de dépistage

L'un des objectifs d'assurance de la qualité du PQDCS consiste à *favoriser l'accès et la participation des femmes au programme*. Afin d'atteindre celui-ci, la population de femmes ciblées par le programme doit être en mesure d'obtenir une mammographie de dépistage dans les semaines qui suivent la réception de leur lettre d'invitation ou de rappel.

Norme du PQDCS

85 % des femmes ont un délai d'attente maximal de 30 jours ouvrables entre le moment où elles prennent rendez-vous pour obtenir une mammographie de dépistage et le rendez-vous lui-même.

De 1999 à 2004, 79,9 % des femmes participantes ont eu leur rendez-vous pour une mammographie de dépistage en-dedans de 30 jours en Montérégie. Ainsi, l'objectif du PQDCS n'a pas été atteint pour l'ensemble de la région au cours de cette période. En outre, la proportion des femmes qui ont obtenu une mammographie de dépistage dans un délai de 31 jours et plus est passée de 10 % en 1999 à 27,7 % en 2004. Le délai moyen entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous lui-même est passé de 13 jours en 1999 à 24 jours en 2004.

Cinq CDD n'ont pas atteint l'objectif du PQDCS au cours de la période 1999 à 2004. C'est en 2003 que l'on a noté le nombre le plus élevé de CDD, soit huit CDD sur quatorze, ayant présenté des délais n'atteignant pas la norme. En 2004, la situation a commencé à se normaliser et ainsi ce chiffre est passé à cinq (données non présentées).

Plusieurs interventions ont été conduites par le CCSR afin d'améliorer les délais dans les CDD qui n'arrivaient pas à atteindre la norme prescrite par le PQDCS. Ainsi, des problèmes au niveau de la saisie de la date de prise de rendez-vous dans le SI-PQDCS ont été constatés et discutés avec plusieurs centres. Dans les cas où des délais problématiques étaient bien réels, les professionnels du CCSR, en collaboration avec les professionnels des CDD concernés, ont travaillé afin d'identifier la cause de ces délais et d'y apporter les correctifs nécessaires. Les femmes désirant obtenir leur mammographie dans ces centres étaient alors réorientées vers d'autres CDD de la région en attendant que les délais reviennent à des niveaux acceptables.

Délai d'attente pour la réception de la lettre de résultat

Les femmes qui participent au programme et qui ont obtenu une mammographie de dépistage reçoivent par courrier postal une lettre du CCSR leur indiquant le résultat de leur examen radiologique.

● **Norme du PQDCS**

95 % des femmes doivent recevoir le résultat de leur mammographie de dépistage dans les dix jours ouvrables suivant la date de leur mammographie.

En Montérégie, de 1999 à 2004, 94,5 % des mammographies de dépistage ont été lues dans les sept jours suivant la mammographie. On présume que ces femmes ont donc reçu leurs résultats dans les quatorze jours¹¹ de calendrier suivant la date de leur mammographie. Ainsi, l'objectif du PQDCS a presque été atteint. Le délai moyen entre la mammographie de dépistage et la lecture de celle-ci par le radiologiste pour cette période s'élevait à 2,1 jours.

La presque totalité des CDD de la Montérégie ont atteint l'objectif du PQDCS en ce qui concerne les délais d'attente pour la réception des résultats au cours des années 1999 à 2004. Deux CDD n'ont pas atteint l'objectif à quelques reprises durant cette période, tandis qu'un troisième a éprouvé des difficultés importantes à cet égard et ne l'a jamais atteint (données non présentées).

■ **Délai d'attente pour la première investigation au CRID (ou CDD)**

Lorsque les participantes au programme reçoivent par courrier postal une lettre du CCSR leur indiquant un résultat anormal suite à leur mammographie de dépistage, cette situation cause beaucoup de stress et fait vivre de l'anxiété aux femmes. Par conséquent, le programme doit s'assurer que la référence pour investigation des femmes ayant eu une mammographie anormale a bien été faite et ce, avec diligence. Les examens d'investigation permettront de déceler l'absence ou la présence de cancer du sein (MSSS, 1996).

¹¹ Les dates de réception des lettres par les participantes étant impossibles à retracer, la date de lecture de la mammographie est utilisée pour l'identifier. Un délai de sept jours de calendrier est donc ajouté à la date de lecture de la mammographie pour tenir compte du temps requis par l'envoi postal. En outre, afin de vérifier l'atteinte de la norme du PQDCS, nous considérons dix jours ouvrables comme étant équivalent à quatorze jours de calendrier.

Au cours de l'année 2003, une enquête au moyen d'un questionnaire auto-administré a été menée auprès de 951 participantes au PQDCS ayant obtenu un résultat anormal de mammographie de dépistage dans la région de Montréal. Cette étude visait, entre autres, à évaluer l'anxiété des femmes en attente de diagnostic. Les résultats de cette enquête ont démontré que la moitié des participantes au PQDCS sont « *assez ou très inquiètes* » à tous les stades du dépistage et de l'investigation complémentaire, soit à l'annonce du résultat anormal de la mammographie de dépistage, lors de l'attente pour passer des examens complémentaires et lors de l'attente de résultats de ces examens (Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, 2004).

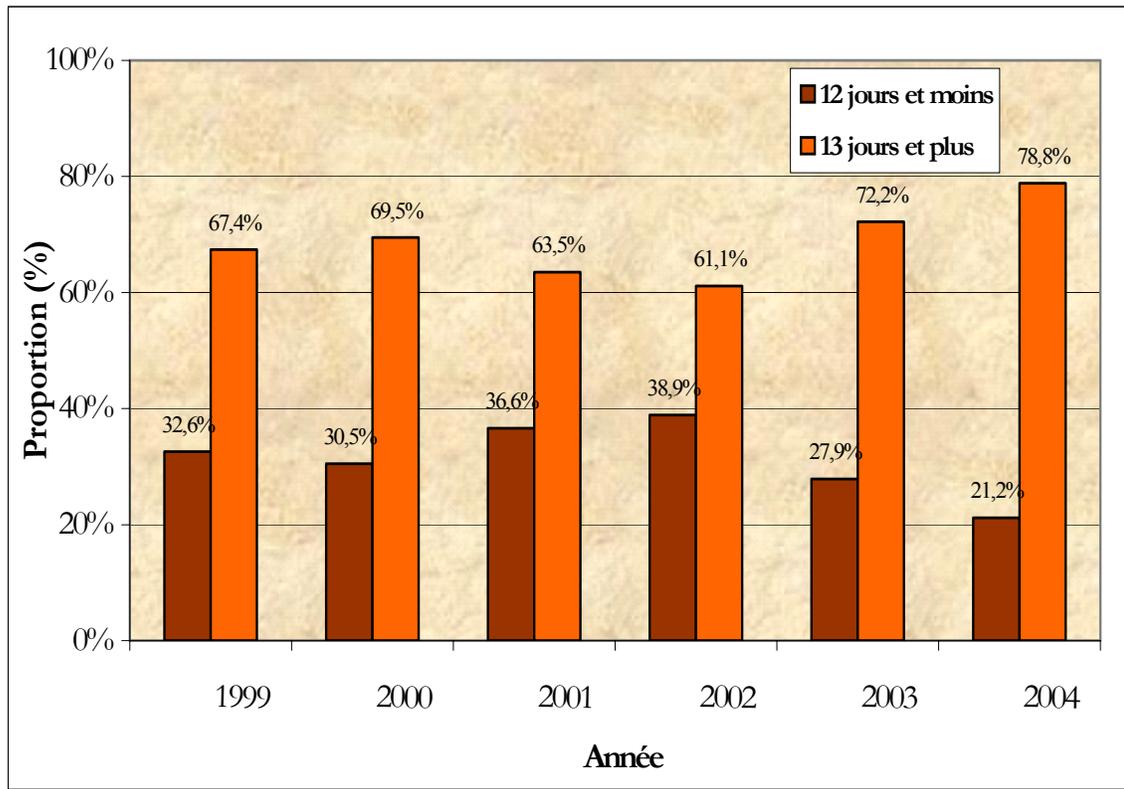
● **Norme du PQDCS**

90 % des femmes obtiennent un premier rendez-vous au centre de référence pour investigation à l'intérieur des douze jours ouvrables suivant la date de la mammographie

La figure 11 présente la proportion de femmes ayant eu un délai d'attente de douze jours ouvrables ou moins entre la date de la mammographie de dépistage et celle du premier rendez-vous pour investigation entre 1999 et 2004 en Montérégie. En 1999, 32,6 % des participantes au programme ont obtenu un premier examen d'investigation dans les douze jours suivant la date de leur mammographie de dépistage. Cette proportion s'élevait à 38,9 % pour l'année 2002 et a baissé par la suite à 21,2 % en 2004. Bien qu'il y ait eu un accroissement de la proportion de femmes obtenant leur premier examen d'investigation dans les douze jours suivant leur mammographie entre 1999 et 2002, il faut noter un important écart de 68,8% qui sépare cette proportion en 2004 (21,2 %) de la norme de 90 % fixé par le PQDCS.

La validité de ces données est présentement remise en question. D'une part, la complétion des questionnaires est partielle (annexe B), et d'autre part, l'exactitude de la date du premier rendez-vous dépend de l'organisation de la saisie des données à l'intérieur du CDD ou du CRID. En outre, jusqu'en septembre 2003, les CDD privés étaient dans l'impossibilité de saisir les données qui avaient trait aux examens complémentaires radiologiques dans le SI-PQDCS (incluant la date du premier rendez-vous pour investigation). Ceci a entraîné la perte de données pour les centres qui n'ont pas pu établir d'entente avec un CRID afin d'effectuer cette saisie.

Une méthode alternative a donc été développée afin de mieux établir les délais pour obtenir un premier rendez-vous pour investigation diagnostique dans les CDD et CRID de la Montérégie. Depuis 2005, une professionnelle du CCSR vérifie ces délais à chaque trois mois en appelant chacun des centres et en demandant la date du premier rendez-vous disponible pour chacun des examens complémentaires offerts par ces centres. Les délais déterminés par cette méthode seront utilisés dans le futur afin de décrire l'attente pour un premier rendez-vous d'investigation en Montérégie.



Source : SI-PQDCS

Figure 11 : Proportion de femmes ayant eu un délai d'attente de douze jours ou moins entre la date de la mammographie de dépistage et la date du premier examen d'investigation, selon l'année, Montérégie

Intervalle diagnostique

Lorsqu'une anomalie est décelée à la mammographie de dépistage, les femmes concernées et leur médecin en sont avisés et on leur recommande de procéder à d'autres examens pour confirmer ou non la présence d'un cancer. Les examens additionnels pour confirmer ou infirmer la présence d'un cancer devraient être effectués le plus rapidement possible, afin de réduire l'anxiété qu'un résultat anormal peut provoquer chez les femmes.

● **Norme canadienne**¹²

90% des femmes ont un délai de cinq semaines (s'il n'y a pas de biopsie ouverte) ou de sept semaines (lorsqu'il y a une biopsie ouverte) entre la date de la mammographie et la conclusion diagnostique.

Comme les données du SI-PQDCS sont incomplètes (annexe B) et parce qu'il existe des problèmes de validité liés à l'identification de la date du diagnostic dans cette banque, il est difficile d'utiliser l'information du SI-PQDCS uniquement pour déterminer les intervalles diagnostiques, du moins, pour l'instant. Ainsi, des algorithmes utilisant les banques de la RAMQ et de MedEcho ont été développés par l'INSPQ afin de pallier aux limites du SI-PQDCS (INSPQ, 2005c).

Les résultats de ces travaux ont permis d'établir les intervalles diagnostiques pour chacune des régions du Québec en 2002 (tableau 7). Le délai médian entre la mammographie de dépistage et le diagnostic, pour l'ensemble des mammographies anormales, a été de 4,0 semaines en Montérégie. Lorsque le diagnostic final en était un de cancer du sein, le délai médian pour la région était de 6,1 semaines. La comparaison avec l'ensemble du Québec indique que ces délais étaient, pour l'année 2002, similaires.

Finalement, en Montérégie, 62,2 % des femmes ont eu un délai de cinq semaines ou moins entre la date de leur mammographie et la date de leur diagnostic, lorsque celles-ci n'avaient pas à subir une biopsie ouverte entre 2001 et 2003. Dans les cas où les femmes devaient subir une biopsie ouverte, 26,0 % d'entre elles ont eu un délai de sept semaines ou moins entre leur mammographie et le diagnostic. Au cours de la même période, ces proportions atteignaient 64,5 % et 25,9 % respectivement pour l'ensemble de la province¹³. Que ce soit au niveau régional ou au niveau provincial, la norme canadienne n'a pas été atteinte.

¹² Santé Canada, 2002

¹³ Données recueillies lors d'une conversation téléphonique avec l'équipe d'évaluation du PQDCS de l'INSPQ en août 2006.

Tableau 7 : Délai entre la mammographie de dépistage et le diagnostic, selon les régions, PQDCS, 2002

Région de production	Ensemble des mammographies anormales		Mammographie avec diagnostic de cancer du sein	
	n	Délai médian (semaines)	n	Délai médian (semaines)
Bas-Saint-Laurent	563	2,0	35	5,9
Saguenay-Lac-Saint-Jean	844	2,1	66	4,9
Québec	2047	3,9	290	5,1
Mauricie et Centre-du-Québec	1375	4,9	163	6,0
Estrie	787	4,0	108	5,3
Montréal-Centre	3863	3,4	529	5,3
Outaouais	634	2,0	75	2,9
Abitibi-Témiscamingue	488	3,7	49	6,0
Côte-Nord	72	5,0	-	-
Nord-du-Québec	41	7,9	-	-
Gaspésie-îles-de-la-Madeleine	387	5,9	35	10,0
Chaudière-Appalches	1088	3,9	110	6,3
Laval	693	4,7	102	7,6
Lanaudière	846	5,3	89	9,1
Laurentides	957	3,9	105	8,1
Montérégie	3052	4,0	390	6,1
TOTAL	17737	3,9	2148	5,9

Source : Équipe d'évaluation du PQDCS, 19 novembre 2004

2.2.10 Le taux de référence pour investigation

Parmi les femmes qui participent au PQDCS, un certain nombre obtiendront un résultat anormal à la mammographie. La proportion de mammographies de dépistage dont le résultat s'avère anormal et pour qui des examens complémentaires sont nécessaires, constitue le taux de référence pour investigation (MSSS, 1996).

« Le taux de référence correspond à la somme du taux de détection et du taux de faux positifs. Dans le cadre du dépistage du cancer du sein, le taux de détection est relativement petit par

rapport au taux de faux positifs. Par conséquent, le taux de référence est presque égal au taux de faux positifs » (INSPQ, 2003a). Comme le taux de référence reflète essentiellement le taux de faux positifs, sa réduction devrait représenter un objectif important pour l'amélioration de la qualité du PQDCS.

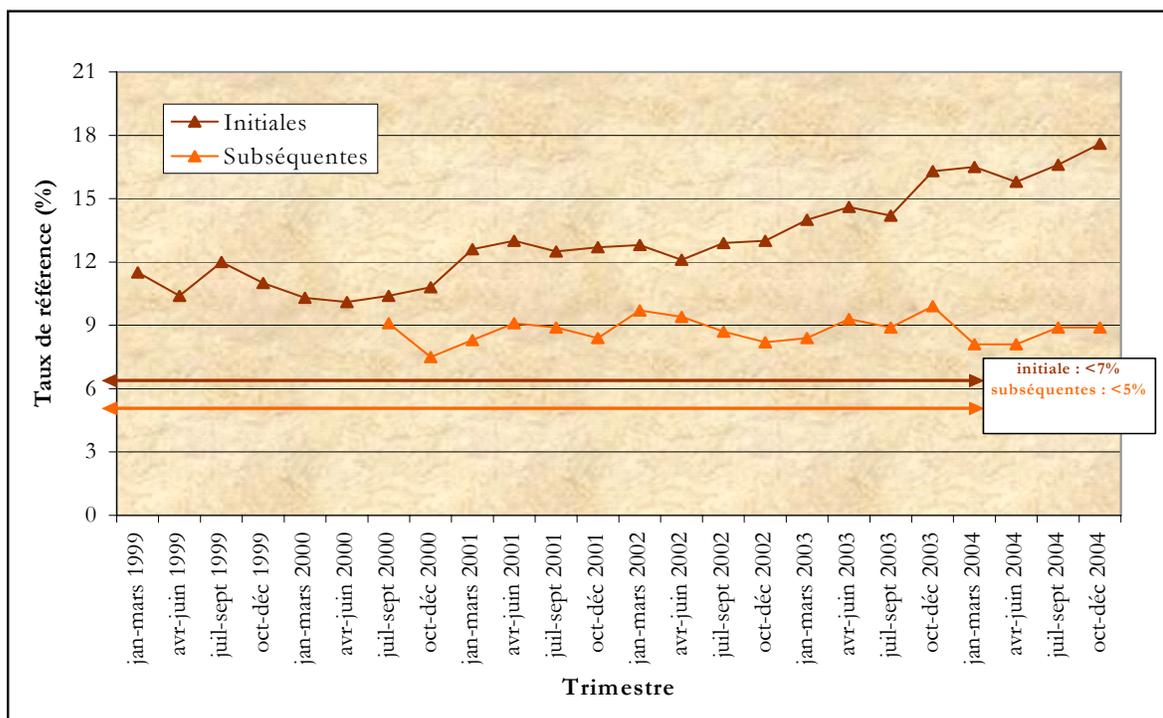
● **Norme du PQDCS**

Le taux de référence pour investigation devrait être de moins de 7 % au dépistage initial, et de moins de 5 % aux dépistages subséquents.

Au Canada, le Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation propose des cibles qui diffèrent de celles choisies par le programme québécois. En effet, le taux de référence acceptable y est plus élevé : le taux de référence pour anomalie doit être inférieur à 10 % au dépistage initial et être inférieur à 5 % lors des dépistages subséquents (Santé Canada, 2002). Aussi, les normes relatives aux taux de référence varient d'un pays à l'autre, plusieurs programmes de dépistage de masse du cancer du sein en Europe possèdent les mêmes normes que celles déterminées par le PQDCS. Au Royaume-Uni toutefois, ces normes se situent à moins de 10 % pour la mammographie initiale et à 7,0 % pour les mammographies subséquentes (NHS Breast Screening Programme, 2005). En Suède, ce taux doit se rapprocher de 9,0 % pour les mammographies initiales et subséquentes confondues (Santé Canada, 2002).

La figure 12 illustre l'évolution par trimestre des taux de référence pour investigation depuis le début du programme pour la Montérégie. Le taux de référence pour les mammographies de dépistage initiales n'a cessé d'augmenter tout en s'éloignant de la norme depuis 1999, pour atteindre un maximum de 17,6 % en octobre-décembre 2004, tandis que celui pour les mammographies de dépistage subséquentes s'est stabilisé dès octobre-décembre 2000 à 7,2 % se rapprochant ainsi davantage de l'objectif du PQDCS. Finalement, pour l'ensemble de l'année 2004, le taux de référence était de 16,7 % pour les mammographies de dépistage initiales et de 8,5 % pour les mammographies subséquentes.

Cette tendance à la hausse des taux de référence s'observe également au niveau provincial, et ce, plus particulièrement pour les mammographies de dépistage initiales. Ainsi, le taux de référence provincial pour les mammographies initiales était de 11,0 % en 1998-99 et a augmenté progressivement pour atteindre 14,5 % en 2004. Le taux de référence provincial pour les mammographies subséquentes était de 6,9 % en 2000, il a atteint 8,4 % en 2001, et a sensiblement diminué par la suite pour atteindre 7,9 % en 2004. (INSPQ, 2005b).



Source : SI-PQDCS

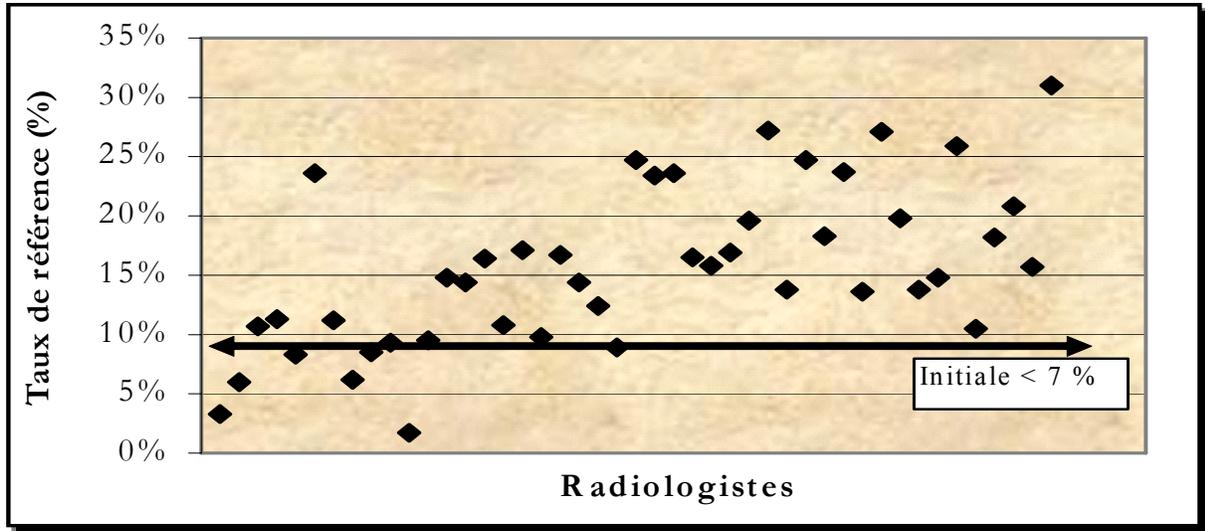
Figure 12 : Taux de référence pour investigation diagnostique suite aux mammographies de dépistage initiales et subséquentes effectuées dans le cadre du PQDCS, selon le trimestre, Montérégie

Les figures 13 et 14 illustrent les taux de référence pour les mammographies de dépistage initiales et subséquentes pour chacun des radiologistes ayant lu des mammographies dans le cadre du PQDCS en Montérégie en 2004. De façon générale, les taux de référence se situent au-dessus de la norme déterminée par le PQDCS. Ainsi, les taux de référence des radiologistes pour la mammographie initiale ont varié entre 1,7 % et 41,4 %, tandis que les taux de référence pour la mammographie subséquente ont varié entre 1,3 % et 23,3 %.

Il est à souligner que les taux de référence présentés n'ont pas été ajustés en fonction de leurs principaux déterminants. La comparaison des taux de référence est donc difficile à faire car une partie des écarts observés peut être due aux caractéristiques des clientèles ou du milieu de pratique des radiologistes.

En effet, un déterminant majeur du taux de référence est lié à la difficulté d'interprétation de certaines images. Ainsi, certaines caractéristiques des femmes rendent la lecture de la mammographie plus ardue et sont associées à des taux de référence plus élevés : l'indice de masse corporelle, la densité du sein à la mammographie et une histoire de biopsie dans le passé. La disponibilité des films antérieurs est par contre associée à des taux de référence plus bas puisqu'elle facilite la lecture de la mammographie. L'environnement de pratique des radiologistes est aussi associé à leurs taux de référence. Ainsi, les radiologistes qui travaillent

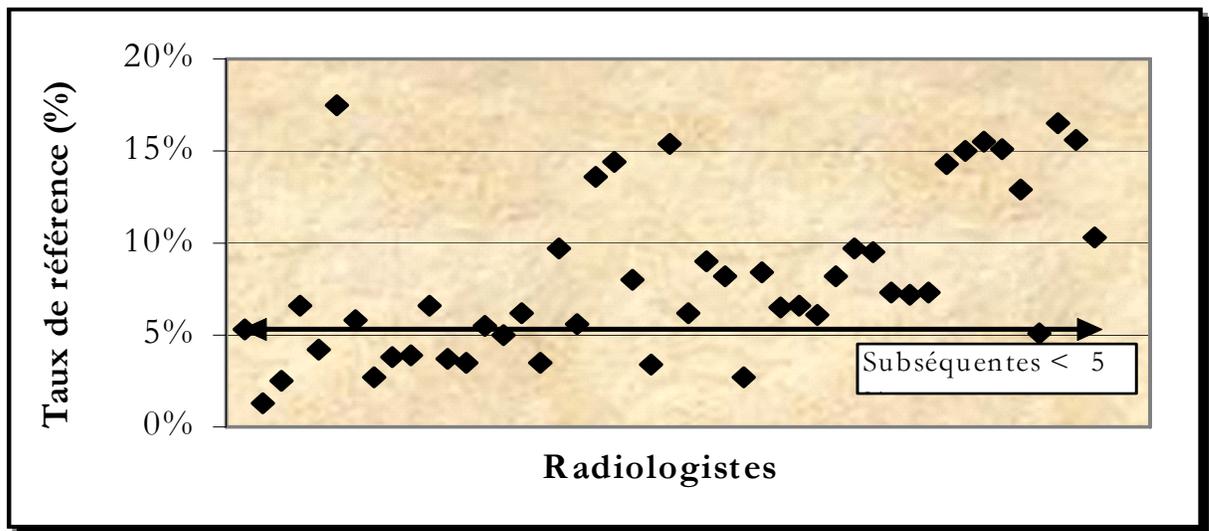
dans des milieux où les collègues ont des taux de référence élevés, ont eux aussi des taux de référence élevés (INSPQ, 2003a).



Source :SI-PQDCS

Chaque \blacklozenge représente un radiologiste ayant interprété plus de 50 mammographies de dépistage dans le cadre du PQDCS

Figure 13 : Taux de référence pour investigation diagnostique pour la mammographie de dépistage initiale, par radiologiste, Montérégie, 2004



Source : SI-PQDCS

Chaque \blacklozenge représente un radiologiste ayant interprété plus de 50 mammographies de dépistage dans le cadre du PQDCS

Figure 14 : Taux de référence pour investigation diagnostique suite aux mammographies de dépistage subséquentes, par radiologiste, Montérégie, 2004

Ainsi, en Montérégie, pour les années 2002 et 2003¹⁴ combinées, environ six cancers du sein ont été détectés pour 1 000 femmes qui ont obtenu une mammographie de dépistage dans le cadre du PQDCS, avec un taux de référence pour investigation suite à une mammographie de dépistage initiale qui se situait à 13,6 % ces années-là, pour 1 000 participantes (Langlois et coll., mars 2006, non publié). Donc, 136 femmes ont été référées pour obtenir des examens d'investigation complémentaires. Sur ces 136 femmes, six ont appris qu'elles avaient un cancer du sein. Concrètement, 130 femmes (sur les 1 000 participantes) auront effectué des examens d'investigation sans être atteintes de cancer, correspondant à un taux de faux positifs de 13,0 %. Ainsi, en Montérégie, 13,0 % des femmes pour qui des examens complémentaires ont été recommandés suite à une première mammographie de dépistage ont eu un diagnostic n'indiquant **pas** un cancer suite aux investigations.

2.2.11 Taux de détection

Le taux de cancers détectés est un indicateur particulièrement important pour évaluer la performance d'un programme de dépistage. Il correspond à la proportion des participantes pour lesquelles un diagnostic de cancer du sein a été établi pendant l'année qui a suivi la réalisation d'une mammographie de dépistage qui s'est avérée anormale.

¹⁴ Années les plus récentes pour lesquelles le taux de détection était disponible.

● **Norme du PQDCS**

Le taux de cancers détectés (tumeurs canalaire *in situ* incluses, lobulaires *in situ* non incluses) devrait être > 5,0 cancers pour 1 000 femmes dépistées lors du dépistage initial et de > 3,5 cancers pour 1 000 femmes dépistées lors de dépistages subséquents.

Le tableau 30 présente les taux de détection et les taux de référence pour les années civiles combinées 1999-2000, 2000-2001, 2001-2002 et 2002-2003, selon le caractère initial ou subséquent de la mammographie, pour la Montérégie et le Québec.

Tableau 8 : Taux de détection du cancer* (infiltrant et *in situ*), selon l'occurrence et selon les années civiles combinées, Montérégie et ensemble du Québec

Années		1999 – 2000		2000 – 2001		2001 – 2002		2002 - 2003	
Région	Occurrence	TR** (%)	TD*** (‰)	TR (%)	TD (‰)	TR (%)	TD (‰)	TR (%)	TD (‰)
Montérégie	Mammographie initiale	10,6	4,9	11,3	5,9	12,7	6,5	13,6	5,9
	Mammographie subséquente	-	-	8,5	5,2	8,8	5,0	9,1	4,8
Ensemble du Québec	Mammographie initiale	11,2	6,0	12,4	6,3	13,2	6,5	13,3	6,5
	Mammographie subséquente	-	-	8,1	5,5	8,3	5,4	8,2	5,4

* : Les cancers considérés pour ces analyses sont ceux diagnostiqués dans l'année suivant la mammographie anormale

** : TR : taux de référence

*** : TD : taux de détection

Source : SI-PQDCS, Med-Echo, RAMQ tiré de Langlois et coll., janvier et novembre 2004 et mars 2006, non publiés.

En 2002-2003, 5,9 cancers pour 1 000 participantes ont été détectés lors d'une première mammographie de dépistage et 4,8 cancers pour 1 000 participantes lors d'examen subséquents. L'évolution des taux de détection permet de constater que ceux-ci dépassent les cibles fixées par le programme depuis 2000-2001. Il en est de même en ce qui concerne les taux

de détection pour l'ensemble du Québec, qui se chiffraient respectivement à 6,5 % à la suite d'un examen initial et à 5,4 % pour les examens subséquents en 2002-2003.

Le taux de détection et le taux de référence sont étroitement liés. L'expérience de plusieurs pays d'Europe et de l'Australie démontre qu'il est possible de réduire le taux de faux positifs, sans affecter le taux de détection (INSPQ, 2003a). La diminution du taux de référence, sans réduction du taux de détection, représente un défi pour le PQDCS.

Ainsi, les taux de détection en Montérégie lors de la mammographie initiale étaient en général plus bas que ceux retrouvés pour l'ensemble du Québec (à l'exception de la période 2001-2002). Par contre, les taux de référence lors de la mammographie initiale pour cette période étaient aussi moins élevés en Montérégie (à l'exception de la période 2002-2003). En outre, antérieurement à 1998, les taux ajustés d'incidence du cancer du sein pour l'ensemble des groupes d'âge en Montérégie ont eu tendance à être moindre par rapport à l'ensemble du Québec¹⁵.

En ce qui concerne les taux de détection lors des mammographies subséquentes, les taux de détection en Montérégie ont toujours été plus bas que dans l'ensemble du Québec. Par contre, les taux de référence lors des mammographies subséquentes ont été plus élevés en Montérégie que dans l'ensemble du Québec au cours de ces périodes.

Finalement, outre les taux d'incidence de base et les taux de référence, le profil de la clientèle influence aussi les taux de détection. Ainsi, plusieurs facteurs de risque du cancer du sein sont associés à des taux de détection plus élevés : l'âge plus avancé de la femme, la parité plus faible, l'histoire familiale positive de cancer du sein, l'indice de masse corporelle élevé, la plus grande densité du parenchyme mammaire, et les antécédents positifs de biopsie au sein. L'année d'obtention du permis de pratique du radiologiste (obtention en 1980-1989 par rapport à 1950-1959) est également associée à des taux de détection plus grands. En outre, les radiologistes qui pratiquent dans des centres où s'effectue un nombre annuel élevé de mammographies de dépistage ont des taux de détection augmentés (INSPQ, 2003b). Il est à souligner que les taux de détection présentés dans cette section n'ont pas été ajustés en fonction de ces déterminants.

2.2.12 Valeur prédictive positive

La valeur prédictive positive représente la proportion de femmes ayant eu un résultat anormal à la mammographie de dépistage et qui se sont révélées être atteintes d'un cancer du sein (infiltrant ou *in situ*) après le bilan diagnostique. Elle est calculée en fonction du rang d'occurrence de la mammographie. Lorsqu'on évalue la valeur prédictive positive d'un programme, il faut aussi prendre en considération les facteurs qui influencent le taux de détection et le taux de référence (Santé Canada, 2002).

¹⁵ Pour la période 1994-1998, le taux ajusté d'incidence pour le cancer du sein pour l'ensemble des groupes d'âge était de 106 cancers pour 100 000 femmes en Montérégie contre 111 cancers pour 100 000 femmes dans l'ensemble du Québec (INSPQ, 2001).

● **Norme canadienne¹⁶**

Obtenir une valeur prédictive positive d'au moins 5 % à la mammographie initiale et d'au moins 6 % aux examens subséquents.

Parmi les Montérégiennes ayant nécessité des examens complémentaires suite à leur première mammographie de dépistage, entre 4,3 % et 5,3 % d'entre elles ont finalement reçu un diagnostic de cancer du sein entre 1999 et 2003. Pour celles qui avaient déjà eu un dépistage, la valeur prédictive positive a varié de 5,3 % à 6,1 % au cours de cette période. Ces résultats ont été légèrement inférieurs à ceux de l'ensemble de la province à plusieurs reprises. En 2002-2003, la valeur prédictive positive pour l'ensemble de la province était de 4,9 % au dépistage initial et de 6,6 % aux dépistages subséquents (Langlois et coll., mars 2006, non publié).

Tableau 9 Valeur prédictive positive* selon l'occurrence et selon les années civiles combinées, Montérégie et ensemble du Québec

Années	Mammographie initiale		Mammographies subséquentes	
	Montérégie	Ensemble du Québec	Montérégie	Ensemble du Québec
1999-2000	4,7%	5,3%	-	-
2000-2001	5,3%	5,1%	6,1%	6,8%
2001-2002	5,1%	4,9%	5,6%	6,6%
2002-2003	4,3%	4,9%	5,3%	6,6%

*Les cancers considérés pour ces analyses sont ceux diagnostiqués dans l'année suivant la mammographie anormale
 Source : SI-PQDCS, Med-Echo, RAMQ tiré de Langlois et coll., janvier et novembre 2004 et mars 2006, non publiés

¹⁶ Santé Canada, 2002

2.2.13 Caractéristiques des cancers détectés

Le nombre de cancers diagnostiqués en Montérégie et dans l'ensemble du Québec suite à une mammographie de dépistage au cours de la période 2000 à 2003 est indiqué dans le tableau suivant.

Tableau 10 : Nombre de cancers diagnostiqués* suite à une mammographie de dépistage anormale, selon l'occurrence et selon les années civiles combinées, Montérégie et ensemble du Québec

Années	Mammographie initiale		Mammographies subséquentes	
	Montérégie	Ensemble du Québec	Montérégie	Ensemble du Québec
2000-2001	251	1348	113	602
2001-2002	181	1019	209	1129
2002-2003	120	917	253	1405

* Les cancers considérés pour ces analyses sont ceux diagnostiqués dans l'année suivant la mammographie anormale.

Source : SI-PQDCS, Med-Echo, RAMQ tiré de Langlois et coll., janvier et novembre 2004 et mars 2006, non publiés

Proportion des cancers sans envahissement ganglionnaire et de petite taille

Le dépistage par la mammographie a pour but de détecter les cancers pré cliniques avant que les symptômes ne soient manifestes. La taille d'une tumeur infiltrante est le meilleur indicateur pronostique connu: la tumeur infiltrante étant une tumeur où les cellules se sont propagées en dehors de la membrane basale du canal galactophore ou du lobule de la glande mammaire. Le dépistage a aussi pour objet de détecter le cancer du sein avant qu'il n'envahisse les ganglions lymphatiques. La proportion des cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire est donc un autre indicateur permettant de vérifier si les cancers détectés le sont plus précocement grâce au dépistage (Santé Canada, 2002).

● **Norme du PQDCS**

La proportion de cancers invasifs diagnostiqués de la taille de 10 mm ou moins doit être supérieure à 30% ou 1,5 pour 1 000 femmes participantes.

La proportion de cancers infiltrants diagnostiqués sans atteinte ganglionnaire doit être supérieure à 70 %.

Le tableau 11 indique la proportion de tumeurs infiltrantes sans atteinte ganglionnaire et la proportion dont la taille est de 10 mm ou moins chez les femmes participantes au PQDCS en Montérégie de 1999 à 2004. Ces données sont tirées du SI-PQDCS et sont donc incomplètes quant au nombre de cancers diagnostiqués en Montérégie, ainsi qu'aux caractéristiques de ceux-ci (annexe B).

La proportion de cancers infiltrants dont la taille était de 10 mm ou moins a varié de 28,6 % à 49,6 % au cours de cette période. Pour l'ensemble de la période 1999 à 2004, elle était de 42,6 % soit un peu moins de la moitié des tumeurs infiltrantes diagnostiquées. Par conséquent, ces résultats ont toujours été conformes à l'objectif visé dans le cadre du programme, à l'exception des résultats obtenus en 2002.

La proportion de cancers infiltrants sans atteinte ganglionnaire a varié de 61,5 % à 86,1 % au cours de la période 1999 à 2004. Pour l'ensemble de la période, elle était de 80,3 %. En observant ces données, on note que l'objectif du PQDCS a été atteint la presque majorité du temps pour cet indicateur, sauf en 2004.

Tableau 11 : Proportion des cancers infiltrants sans atteinte ganglionnaire et dont la taille est de 10 mm ou moins, selon l'année, Montérégie

Années	Proportion des cancers infiltrants sans atteinte ganglionnaire (n=381)	Proportion des cancers infiltrants dont la taille ≤ 10 mm (n=397)
1999	71,1%	30,8%
2000	86,1%	47,7%
2001	83,3%	49,6%
2002	85,0%	28,6%
2003	70,6%	44,0%
2004	61,5%	43,8%
Total	80,3%	42,6%

Source : SI-PQDCS

Proportion des cancers détectés de type *in situ*

Un cancer *in situ* est une tumeur non invasive du sein se développant aux dépens des cellules présentes uniquement sur les parois des canaux galactophores ou dans l'unité lobulaire terminale du sein (canalicules et lobules). Les cellules ne se sont pas propagées à l'extérieur des canaux ou de l'unité lobulaire terminale à d'autres tissus du sein. (Santé Canada, 2002). Il existe deux principaux types de cancer *in situ* : canalaire et lobulaire.

Le carcinome lobulaire *in situ* se développe dans l'unité lobulaire terminale du sein et est associé à une augmentation du risque de cancer du sein. Il n'est pas considéré comme une lésion précurseur de ce cancer pour l'instant. Ces lésions représentent souvent une découverte microscopique fortuite, sont fréquemment multicentriques et bilatérales, surviennent plus particulièrement chez les femmes plus jeunes et progressent généralement lentement (IARC, 2003).

Le carcinome canalaire *in situ* représente une prolifération de cellules épithéliales malignes à l'intérieur des canaux galactophores. Il s'agit d'un précurseur du carcinome envahissant, qui surviendra au site de la tumeur canalaire *in situ*. Le carcinome canalaire *in situ* est le plus souvent unilatéral et a environ 30 % de risque de se développer en un cancer invasif. La détection des carcinomes canaux *in situ* a augmenté depuis l'introduction de la mammographie de dépistage. Certains se questionnent quant à la possibilité de surdiagnostiquer et surtraiter cette condition (IARC, 2003).

■ Norme du PQDCS

La proportion de tumeurs canalaire *in situ* détectées au premier dépistage doit être supérieure à 10 % des cancers détectés.

La proportion de tumeurs *in situ* diagnostiquées au cours de la période 1999 à 2003 en Montérégie a toujours dépassée 10 %. En 2002-2003, elle était de 16,7 % pour le dépistage initial et de 22,4 % pour les dépistages subséquents. Au niveau provincial, on observe des résultats légèrement supérieurs à ceux de la Montérégie à trois reprises pour la même période. En 2002-2003, la proportion de tumeurs *in situ* était de 20,6 % pour l'examen initial et de 21,1 % pour les examens subséquents dans l'ensemble du Québec (Langlois et coll., mars 2006, non publié).

Tableau 12 : Proportion de cancers *in situ, selon l'occurrence et selon les années civiles combinées, Montérégie et ensemble du Québec**

Années	Mammographie initiale		Mammographies subséquentes	
	Montérégie	Ensemble du Québec	Montérégie	Ensemble du Québec
1999-2000	17,4 %	20,1 %	-	-
2000-2001	21,2 %	21,0 %	17,1 %	19,7 %
2001-2002	22,8 %	22,1 %	22,1 %	20,3 %
2002-2003	16,7 %	20,6 %	22,4 %	21,1 %

* Ces données ne comprennent que les carcinomes canalaire *in situ*. En outre, les cancers considérés pour ces analyses sont ceux diagnostiqués dans l'année suivant la mammographie anormale.

Source : SI-PQDCS, Med-Echo, RAMQ tiré de Langlois et coll., janvier et novembre 2004 et mars 2006, non publiés

3 PRINCIPAUX CONSTATS, DÉFIS ET PISTES D’ACTION DU PQDCS POUR LES ANNÉES À VENIR

À la lumière des données présentées, que pouvons-nous retenir de la performance du PQDCS en Montérégie? Quels sont les défis auxquels le programme devra s’attaquer dans les prochaines années? À prime abord, existe-t-il des pistes d’action afin de répondre à ces défis? Voici quelques-uns des constats, des défis, et des pistes de solutions envisagées...

3.1 LE TAUX DE PARTICIPATION

CONSTAT : Le taux de participation augmente d’année en année depuis le début du programme. Même s’il demeure au-dessus de la moyenne provinciale, le taux de participation en Montérégie est en-deçà de celui de plusieurs régions au Québec (ex. : Estrie, Québec, Abitibi-Témiscamingue, Chaudières-Appalaches). Ainsi, il est possible d’atteindre des taux de participation plus élevés dans le contexte québécois. Finalement, le groupe de femmes de 65 à 69 ans demeure toujours celui qui participe le moins.

DÉFI : Augmenter le taux de participation, plus particulièrement celui chez les femmes de 65 à 69 ans.

PISTES D’ACTION :

- Sensibiliser et soutenir les agentes de promotion afin qu’elles puissent mieux identifier la clientèle non participante, mieux la cibler lors de leurs activités de promotion, et mieux la rejoindre grâce à des outils adaptés.
- Sensibiliser les médecins de première ligne à l’impact positif de leur recommandation sur la participation des femmes à la mammographie de dépistage.
- Continuer l’envoi systématique d’une 2^e lettre de relance, deux ans après la première.

3.2 LE TAUX DE RÉTENTION

CONSTAT : Le taux de rétention régional pour la mammographie de dépistage a augmenté depuis le début du programme mais celui-ci pourrait être plus élevé dans certaines sous-régions de la Montérégie.

DÉFI : Tout en reconnaissant que certaines habitudes d’utilisation des services de santé sont très difficiles à changer, augmenter le taux de rétention dans certaines sous-régions de la Montérégie.

PISTES D'ACTION :

- Faire valoir la qualité (incluant l'accessibilité) des services des CDD et CRID de la région:
 - auprès des Montérégiennes;
 - auprès des médecins de première ligne pratiquant en Montérégie.
- Travailler à développer un sentiment d'appartenance régionale en ce qui a trait aux services du programme :
 - auprès des Montérégiennes;
 - auprès des médecins pratiquant en Montérégie.
- S'assurer que les examens complémentaires plus spécialisés sont disponibles et facilement accessibles en Montérégie (par ex. : biopsie sous stéréotaxie).

3.3 LES DÉLAIS

CONSTAT : En 2004, des délais dépassant les normes ont été constatés dans certains CDD pour ce qui est de l'obtention de la mammographie de dépistage et des délais pour la réception de la lettre de résultats. Tout comme pour le reste de la province, de 2001 à 2003, le délai entre la date de la mammographie et le diagnostic est celui qui est demeuré le plus problématique.

DÉFI : Réduire à des niveaux acceptables les délais qui ne répondent pas aux normes.

PISTES D'ACTION :

- Continuer à intervenir et à travailler en collaboration avec les CDD présentant des délais pour l'obtention de la mammographie de dépistage et pour la réception de la lettre de résultats afin d'identifier les causes de ces délais et d'y apporter les correctifs nécessaires.
- Sensibiliser et travailler avec le CRAQ et les responsables d'assurance de la qualité locaux sur la problématique des délais entre la date de la mammographie et le diagnostic.
- Continuer la collecte de données trimestrielles amorcée en 2005 afin de vérifier les délais d'attente pour les rendez-vous d'examens complémentaires.

3.4 LE TAUX DE RÉFÉRENCE

CONSTAT : Le taux de référence pour investigation diagnostique augmente d'année en année en Montérégie. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne la mammographie initiale. Cette tendance à la hausse s'observe également au niveau provincial, mais les taux de référence montérégiens pour les mammographies de dépistage initiales et subséquentes s'établissaient au-dessus de la moyenne provinciale en 2004.

DÉFI : Diminuer le taux de référence, particulièrement lors de la mammographie initiale.

PISTES D’ACTION :

- Améliorer et intensifier la rétroaction aux radiologistes à ce sujet.
- Continuer à sensibiliser et à travailler avec le CRAQ sur cette problématique.
- Des responsables de l’assurance de la qualité locaux ayant été nommés récemment dans chacun des centres, les impliquer dans la recherche de solutions.
- Le taux de référence étant une problématique provinciale, le comité provincial d’assurance de la qualité en a fait l’une de ses deux priorités pour l’année 2006-2007. Le niveau régional devra suivre les recommandations du niveau provincial à ce sujet.

ANNEXE A
ACTIVITÉS DE LIAISON : PQDCS

En Montérégie, durant les années 2001-2004, les médecins ainsi que les professionnels qui oeuvrent au CCSR ont assisté à douze réunions du Comité de coordination nationale MSSS-RÉGIES-CCSR qui regroupe des intervenants du MSSS ainsi que des dix-huit régions du Québec.

Durant cette même période, les médecins du CCSR ont participé aux cinq rencontres du Comité provincial des médecins des régions du PQDCS et la responsable administrative à trois rencontres du Comité provincial des coordonnatrices administratives du PQDCS. Un médecin-conseil ainsi que l'agente de recherche du CCSR ont également participé au Groupe de travail des régions sur l'évaluation sur le PQDCS. Cette agente s'est aussi engagée dans un sous-comité chargé de recenser les activités et les problèmes liés à l'évaluation et à l'assurance de la qualité dans les différentes régions du Québec.

De plus, un médecin de l'équipe ainsi que l'agente de planification du CCSR ont collaboré au Groupe de travail provincial portant sur l'obtention des données d'investigation. L'objectif poursuivi par ce groupe consistait à décrire l'état de la situation portant sur la saisie des données d'investigation dans le système d'information, à recommander des pistes de solutions pour améliorer la saisie de données, ainsi qu'à produire des documents d'information et de formation destinés aux partenaires du PQDCS.

Membre du Groupe des coordonnatrices administratives des régions du PQDCS, la responsable du programme en Montérégie s'est également engagée au sein du Comité de saisie du SI-PQDCS ainsi qu'au sein du Comité sur la révision du formulaire de consentement.

ANNEXE B
PROPORTION DE RAPPORT

Tableau A

Proportion de rapport de confirmation diagnostique (AH-509) saisie au PQDCS avec ou sans conclusion à la suite d'une mammographie anormale, selon l'année, Montérégie

Année	Mammographies anormales (Nbres)	Confirmation diagnostique saisie (Nbres)	Nombre saisi avec ou sans conclusion (%)
1999	3486	1963	56,3
2000	3248	2332	71,8
2001	3994	3192	79,9
2002	3812	3162	82,9
2003	4205	3437	81,7
2004	4519	3229	71,5

Source : SI-PQDCS, extraction de mars 2005

Tableau B

Proportion de rapport de confirmation diagnostique (AH-509) saisie au PQDCS avec conclusion à la suite d'une mammographie anormale, selon l'année, Montérégie

Année	Mammographie anormale (Nbres)	Confirmation diagnostique saisie (Nbres)	Nombre saisi avec conclusion (%)
1999	3486	1786	51,2
2000	3248	2102	64,7
2001	3994	2838	71,1
2002	3812	2820	74,0
2003	4205	3096	73,6
2004	4519	2766	61,2

Source : SI-PQDCS, extraction de mars 2005

Tableau C

Proportion de rapport du clinicien (AH-512) saisie à la suite d'un rapport de confirmation diagnostique malin, selon l'année, Montérégie

Année	Investigation maligne (Nbres)	Rapport de clinicien (Nbres)	Pourcentage rapport clinicien saisi (%)
1999	59	7	11,9
2000	95	16	16,8
2001	107	16	15
2002	117	21	17,9
2003	107	8	7,5
2004	82	5	6,1

Source : SI-PQDCS, extraction de mars 2005

Tableau D

Proportion de rapport de pathologie (AH-511) saisie à la suite d'un rapport de confirmation diagnostique incluant un ou des actes avec prélèvement histologique, selon l'année, Montérégie

Année	Confirmation diagnostique incluant actes pathologiques (Nbres)	Rapport de pathologie (Nbres)	Pourcentage rapport de pathologie saisi (%)
1999	306	88	28,8
2000	345	135	39,1
2001	406	189	46,6
2002	393	153	38,9
2003	387	211	54,5
2004	216	67	31

Source : SI-PQDCS, extraction de mars 2004

Tableau E

Proportion de rapport de cytopathologie (AH-510) saisie à la suite d'un rapport de confirmation diagnostique incluant un acte cytopathologique, selon l'année, Montérégie

Année	Investigation avec acte invasif cyto (Nbres)	Rapport de cytopathologie (Nbres)	Pourcentage rapport cytopathologie saisi (%)
1999	31	15	48,4
2000	30	11	36,7
2001	47	19	40,4
2002	37	19	51,4
2003	37	13	35,1
2004	30	10	33,3

Source : SI-PQDCS, extraction de mars 2004

BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (2005). *Le continuum d'intervention « Lutte contre le cancer »*, [En ligne], 2005. [www.rrsss16.gouv.qc.ca/continuum/continuum7.htm].
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (1997). *Dépistage du cancer du sein*, Québec, Collège des médecins du Québec, 1997, 20 p. Disponible également par internet à l'adresse : www.cmq.org
- CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; AVARGUES, M.C. (2000). « L'évaluation dans la domaine de la santé : Concepts et méthodes », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 48, n°6, décembre, p. 517-539.
- ÉQUIPE D'ÉVALUATION DU PQDCS. *Données sur les nouveaux indicateurs*, [Québec], 2004. [Présentation Powerpoint lors du Comité de coordination nationale MSSS-Régies-CCSR, PQDCS à Québec, le 19 novembre 2004].
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2005). *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoires des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2026*, Québec, ISQ, 2005, 298 p.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2001). *Le portrait de santé – Le Québec et ses régions. Édition 2001*, Québec, INSPQ, 2001, 432 p. Disponible également par internet à l'adresse : www.inspq.qc.ca
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2003a). *Déterminants du taux de référence lors d'une première mammographie de dépistage. Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) 1999*, Québec, INSPQ, 2003, 46 p. Disponible également par internet à l'adresse : www.inspq.qc.ca
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2003b). *Facteurs associés aux variations du taux de détection. Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) 1998-1999*, Québec, INSPQ, 2003, 42 p. Disponible également par internet à l'adresse : www.inspq.qc.ca
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2005a). *Données d'incidence et de mortalité pour les principaux sièges de cancer au Québec -- Projections 2004 – Édition révisée*, Québec, INSPQ, 2005, 55 p. Disponible également par internet à l'adresse : www.inspq.qc.ca
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2005b). *Tableau de bord. Indicateurs de performance du PQDCS en date du 20 juillet 2005*, Québec, INSPQ, juillet, 4 p.

- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2005c). *Développement d'algorithmes permettant d'identifier les interventions et les délais liés à l'investigation diagnostique suite à une mammographie de dépistage anormale- Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*, Québec, INSPQ, 2005, 50 p. Disponible également par internet à l'adresse : www.inspq.qc.ca
- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC) (2003). *World Cancer Report*, Geneva (Switzerland), WHO, 2003, 351 p.
- LANGLOIS, A.; BRISSON, J.; HÉBERT-CROTEAU, N.; MAJOR, D.; MESSELY, M.-C.; PELLETIER, É.; ROCHETTE, L.; THÉBERGE, I. et BEAUDET, C.(janvier 2004, non publié). *Programme québécois de dépistage du cancer du sein, résultats au 30 juin 2003* [Document de travail, 28 janvier 2004], [Québec], INSPQ, 2004, 26 p.
- LANGLOIS, A.; BRISSON, J.; HÉBERT-CROTEAU, N.; MAJOR, D.; MESSELY, M.-C.; PELLETIER, É.; ROCHETTE, L.; THÉBERGE, I. et BEAUDET, C.(novembre 2004, non publié). *Programme québécois de dépistage du cancer du sein, résultats au 30 juin 2004* [Document de travail, 18 novembre 2004], [Québec], INSPQ, 2004, 24 p.
- LANGLOIS, A.; BRISSON, J.; HÉBERT-CROTEAU, N.; MAJOR, D.; MESSELY, M.-C.; PELLETIER, É.; ROCHETTE, L.; THÉBERGE, I. et BEAUDET, C.(mars 2006, non publié). *Programme québécois de dépistage du cancer du sein, résultats au 31 décembre 2005* [Document de travail, 10 mars 2006], [Québec], INSPQ, 2006, 27 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1996). *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN : Cadre de référence*, Québec, MSSS, 1996, 73 p. Disponible également par internet à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer*, Québec, MSSS, 1998, 186 p. Disponible également par internet à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, MSSS, 2004, 133 p. Disponible également par internet à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca
- NHS BREAST SCREENING PROGRAMME (2005). *Quality Assurance Guidelines for Breast Cancer Screening Radiology*, Sheffield (U.K.), NHSBSP, 2005, 32 p. Disponible également par internet à l'adresse: www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 Montérégie : Vers une action renouvelée en santé publique pour la Montérégie*, Longueuil, RRSSM, 2003, 184 p. Disponible également par internet à l'adresse : www.rrsss16.gouv.qc.ca
- RÉSEAU QUÉBÉCOIS POUR LA SANTÉ DES FEMMES (2004). *Dépistage du cancer du sein : ce que vivent les femmes en attente de diagnostic*, Montréal, RQASF, 2004, 127 p.

- SANTÉ CANADA (2002). *Rapport du Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation. Lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein*, Ottawa, Santé Canada, 2002, 30 p. Disponible également par internet à l'adresse: www.hc-sc.gc.ca
- THÉBERGE, I.; HÉBERT-CROTEAU, N.; LANGLOIS, A.; MAJOR, D.; BRISSON, J. (2005). "Volume of Screening Mammography and Performance in the Quebec Population-based Breast Cancer Screening Program", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 172, n°2, p.195-9.
- WOMEN'S HEALTH INITIATIVE (2002). "Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial", *Journal of the American Medical Association*, vol. 288, n° 3, p. 321-33.
- WOMEN'S HEALTH INITIATIVE (2004). "Effects of Conjugated Equine Estrogen in Postmenopausal Women with Hysterectomy: The Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial", *Journal of the American Medical Association*, vol. 291, n° 14, p. 1701-12.