

BILAN 2004-2005



Programme québécois
de dépistage
du cancer du sein

Région 05 - Estrie

Novembre 2007

Rédaction

Michel Carbonneau, agent de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie

Ginette Varin, médecin conseil, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie

Louissette Hamon, coordonnatrice administrative du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, Estrie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Traitement de texte et mise en page

Nicole Roy, secrétaire médicale du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, Estrie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Traitement des données

Michel Carbonneau, agent de planification, de programmation et de recherche

Nous désirons remercier toutes les personnes qui ont collaboré de près ou de loin à ce document.

Les commentaires et les demandes de renseignements relativement à la présente publication peuvent être adressés à :

Ginette Varin, médecin conseil
Direction de santé publique et de l'évaluation
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1

Téléphone : 819-829-3400, poste 42512

Télécopieur : 819-569-8894

Courriel : gvarin.agence05@ssss.gouv.qc.ca

Ce document est disponible à la section **publication** du site Web de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie à l'adresse suivante : www.santeestrie.qc.ca/agence/

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2007

Bibliothèque nationale du Canada, 2007

ISBN : Version papier : 978-2-921776-62-2

Version PDF : 978-2-921776-63-9

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	V
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES ACRONYMES	VIII
DÉFINITIONS	IX
INTRODUCTION	1
STRUCTURE ET ORGANISATION DU PROGRAMME	5
FONCTIONNEMENT DU PROGRAMME	9
ATTEINTE DE LA CLIENTÈLE-CIBLE	10
Recrutement – Taux d’invitation et taux de rappel	13
Participation des femmes admissibles	14
Taux de participation au PQDCS	14
<i>Taux de participation par territoire de MRC</i>	15
<i>Taux de participation par groupe d’âge</i>	16
Délai pour obtenir une mammographie	17
Délai entre la mammographie de dépistage et le 1 ^{er} examen d’investigation	18
Intervalle diagnostique	19
Taux de fidélisation	20
RÉSULTATS DU DÉPISTAGE	21
Taux de référence	23
Taux de référence par centre de dépistage désigné	24
Taux de détection du cancer du sein	25
Valeur prédictive positive	26
Cancers détectés de type <i>in situ</i>	27
Cancers infiltrants de petite taille (1 cm ou moins)	28
Cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire	29

TABLE DES MATIÈRES (suite)

EFFET DU PROGRAMME	31
Taux de décès par cancer du sein.....	33
PRINCIPAUX CONSTATS, DÉFIS, PISTES D’ACTION POUR LE FUTUR	35
TAUX DE PARTICIPATION	37
TAUX DE RÉFÉRENCE	37
ASSURANCE DE LA QUALITÉ	37
ANNEXES	39
Annexe 1 : Retours postaux, taux de relance des femmes invitées ou rappelées, résidentes de l’Estrie, 2002-2003 et 2004-2005, Opération spéciale de relance	41
Annexe 2 : Population admissible de 1998 à 2005	42
Annexe 3 : Nombre de femmes ayant eu au moins une mammographie de dépistage	43
Annexe 4 : Nombre de mammographies de dépistage	44
Annexe 5 : Taux de participation au PQDCS selon le groupe d’âge et la MRC, (1999-2000 à 2004-2005)	45
Annexe 6 : Taux de couverture	46
Annexe 7 : Taux de rétention	47
Annexe 8 : Croisement du taux de référence et du taux de détection du cancer du sein	48
Annexe 9 : Évolution du taux de référence et du taux de détection du cancer du sein, mammographies subséquentes	49
Annexe 10 : Mortalité par cancer du sein	50
Annexe 11 : Activités de communication	51
BIBLIOGRAPHIE	59

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Taux d'invitation des nouvelles femmes admissibles et taux de rappel des participantes au programme, résidentes de l'Estrie, 2002-2003 et 2004-2005	13
Figure 2	Taux de participation (en %) au PQDCS par période de 24 mois, résidentes de l'Estrie, 1998-1999 à 2004-2005	14
Figure 3	Taux de participation (en %) au PQDCS par période de 24 mois selon le groupe d'âge, résidentes de l'Estrie, 1999-2000 à 2004-2005	16
Figure 4	Pourcentage de mammographies de dépistage réalisées dans un délai de 45 jours de calendrier ou moins, résidentes de l'Estrie, 1999-2000 à 2004-2005	17
Figure 5	Pourcentage de femmes dépistées anormales ayant obtenu un 1 ^{er} examen d'investigation dans un délai de 21 jours de calendrier ou moins, résidentes de l'Estrie, 2002-2003 et 2004-2005	18
Figure 6	Intervalle diagnostique (%) sans biopsie, 5 semaines ou moins résidentes de l'Estrie, 1998-1999 à 2004.....	19
Figure 7	Intervalle diagnostique (%) avec biopsie, 7 semaines ou moins résidentes de l'Estrie, 1998-1999 à 2004.....	19
Figure 8	Taux de référence pour investigation, mammographie initiale, résidentes de l'Estrie, 1998-1999 à 2004-2005	23
Figure 9	Taux de référence pour investigation, mammographies subséquentes, résidentes de l'Estrie, 1998-1999 à 2004-2005	23
Figure 10	Taux de référence par centre de dépistage désigné, mammographie initiale, résidentes de l'Estrie, 1998-1999 à 2004-2005	24
Figure 11	Taux de référence par centre de dépistage désigné, mammographies subséquentes, résidentes de l'Estrie, 1998-1999 à 2004-2005	24
Figure 12	Taux de détection du cancer (infiltrant et <i>in situ</i>), selon la séquence de la mammographie, mammographies réalisées en Estrie – Région de production 1998-2000 à 2003-2004	25
Figure 13	Valeur prédictive positive du dépistage (VPP %) selon la séquence de la mammographie, Mammographie réalisées en Estrie – Région de production 1998-2000 à 2003-2004	26

LISTE DES FIGURES (suite)

Figure 14	Pourcentage des cancers détectés de type <i>in situ</i> selon la séquence de la mammographie, mammographies réalisées en Estrie – Région de production 1998-2000 à 2003-2004	27
Figure 15	Pourcentage de cancers infiltrants de petite taille (1 cm ou moins) parmi les cancers détectés en Estrie (région de production) 1998/9-2000 à 2003-2004	28
Figure 16	Pourcentage de cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire parmi les cancers détectés en Estrie (région de production) 1998/9-2000 à 2003-2004	29
Figure 17	Taux ajusté de décès par cancer du sein, femmes de l’Estrie et du Québec âgées de 55 à 74 ans, 1996-1998 à 2001-2003	33
Figure 18	Taux de relance des femmes invitées ou rappelées, résidentes de l’Estrie, 2002-2003 et 2004-2005	41
Figure 19	Nombre de résidentes de l’Estrie admissible au PQDCS, 1997-1998 à 2005.....	42
Figure 20	Nombre de résidentes de l’Estrie ayant eu au moins une mammographie de dépistage sur une période de 24 mois, 1999-2000 à 2004-2005	43
Figure 21	Nombre de mammographies de dépistage sur une période de 24 mois, résidentes de l’Estrie admissibles au PQDCS, 1999-2000 à 2004-2005	44
Figure 22	Taux de couverture de la mammographie (dépistage et diagnostique) et taux de participation au PQDCS, résidentes de l’Estrie, 1998-1999 à 2004-2005	46
Figure 23	Pourcentage de mammographies de dépistage par centre de dépistage désigné en région et hors région, résidentes de l’Estrie, 1999-2000 à 2004-2005	47
Figure 24	Taux de référence et taux de détection du cancer du sein, mammographie initiale, région de production : Estrie, 2001-2002 à 2003-2004	48
Figure 25	Taux de référence et taux de détection du cancer du sein, mammographies subséquentes, région de production : Estrie, 2001-2002 à 2003-2004	48
Figure 26	Taux de référence et taux de détection, mammographies subséquentes réalisées en Estrie Région de production, 1998 à 2004	49

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1

Taux de participation (en %) au PQDCS par période de 24 mois selon le territoire de MRC, résidentes de l'Estrie, 1999-2000 à 2004-2005..... 15

Tableau 2

Pourcentage de mammographies subséquentes parmi l'ensemble des mammographies de dépistage par territoire de MRC, résidentes de l'Estrie, 1999-2000 à 2004-2005..... 20

Tableau 3

Nombre de femmes chez qui un cancer du sein a été détecté à l'intérieur du PQDCS
Mammographies réalisées en Estrie – Région de production 2000-2001 à 2003-2004.... 25

Tableau 4

Taux de participation au PQDCS selon le groupe d'âge et la MRC, 1999-2000 à 2004-2005 45

Tableau 5

Nombre annuel moyen et taux ajusté de décès par cancer du sein chez les femmes âgées de 55 à 74 ans, Estrie et Québec, 1996-1998 à 2001-2003 50

LISTE DES ACRONYMES

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

DÉFINITIONS

Cancers détectés de type *in situ*

Correspond au pourcentage de cancers détectés à l'intérieur du programme qui sont canaux *in situ*, c'est-à-dire situés à l'intérieur d'un canal galactophore et n'envahissant pas le tissu mammaire adjacent. Il s'agit d'un stade précoce de cancer du sein.

Cancers infiltrants de petite taille (1 cm ou moins)

Correspond au pourcentage des cancers détectés à l'intérieur du programme dont la tumeur a une taille plus petite ou égale à 10 mm. Cet indicateur permet de juger de la capacité du programme à dépister les cancers de façon précoce.

Cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire

Correspond au pourcentage de cancers détectés à l'intérieur du programme qui n'ont pas encore envahi les ganglions lymphatiques. Cet indicateur permet de juger de la capacité du programme à dépister les cancers de façon précoce.

Intervalle diagnostique

Correspond à la durée totale de la période qui sépare un résultat anormal et la fin des examens complémentaires faisant suite à ce résultat. Cette période de temps doit être minimisée afin d'éviter de générer trop d'anxiété chez les femmes.

Population admissible

Toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans, inscrites à la RAMQ et habitant au Québec, sont visées par le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Taux ajusté de décès par cancer du sein

On utilise un taux «ajusté» de décès par cancer du sein pour comparer la mortalité chez les femmes de 50 à 69 ans par cancer du sein à des époques différentes. Ce taux permet de faire abstraction de l'effet d'âge pour rendre valide la comparaison.

Taux de couverture

Correspond au pourcentage de femmes ayant passé au moins une mammographie de dépistage ou de diagnostic facturée à la RAMQ au cours d'une période de 24 mois.

Taux de détection du cancer du sein

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.

Taux de fidélisation

Correspond au pourcentage estimé de femmes qui passent un nouvel examen de dépistage en dedans de 30 mois de l'examen précédent.

Taux de participation

Correspond au pourcentage de femmes admissibles de 50 à 69 ans ayant passé au moins une mammographie de dépistage au cours d'une période de 24 mois et ayant autorisé la transmission des informations les concernant.

Taux de référence pour investigation

Correspond au pourcentage de mammographies de dépistage obtenues par des participantes durant une période donnée et dont le résultat est interprété comme étant anormal, d'où la nécessité de procéder à des examens complémentaires.

Taux de rétention

Correspond à la proportion des participantes qui utilisent les services offerts dans leur région de résidence.

Valeur prédictive positive

Correspond à la proportion des participantes pour lesquelles un diagnostic de cancer du sein a été établi pendant l'année qui a suivi une mammographie de dépistage anormale parmi toutes celles qui ont eu une mammographie de dépistage anormale.

INTRODUCTION

Le présent bilan évaluatif est le 7^e document à être rédigé depuis l'implantation du programme de dépistage du cancer du sein en Estrie. Il rend compte, à travers les principaux objectifs du programme, de l'atteinte de la clientèle cible et des activités réalisées en ce domaine, du temps d'attente pour obtenir certains services à l'intérieur du programme, des résultats du dépistage et de la tendance de la mortalité par cancer du sein en Estrie.

Le premier chapitre décrit brièvement la structure et l'organisation du programme. Les autres chapitres présentent les résultats du programme sous forme de tableau de bord de gestion. Les indicateurs et cibles de résultats présentés dans ce bilan proviennent majoritairement du Cadre de référence du Programme québécois de dépistage du cancer du sein¹; de plus, quelques indicateurs supplémentaires pertinents sont tirés des Lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein de Santé Canada². Dans chaque section, l'évolution des résultats obtenus depuis le début du PQDCS jusqu'à 2004 – 2005, est présentée et commentée en fonction des principaux objectifs du programme, ou, à défaut, des normes canadiennes. Des actions ou correctifs à entreprendre sont proposés le cas échéant.

Le lecteur trouvera également en annexe, quand jugé pertinent, de l'information complémentaire aux résultats présentés. Finalement, un résumé des constats et des pistes d'action complète ce bilan.

STRUCTURE ET ORGANISATION DU PROGRAMME

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les Québécoises; chaque année, on dénombre environ 5 100 nouveaux cas et quelque 1 300 décès. En Estrie, il s'agit de 180 nouveaux cas et de 50 décès par année.

Dans sa lutte au cancer, le ministère de la Santé et des Services Sociaux a implanté un programme de santé publique visant le dépistage précoce du cancer du sein. En 1998, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) voit le jour en Estrie. Depuis, ce programme comprend une gamme d'activités et de services liés au dépistage, allant de l'invitation personnelle faite aux femmes, à la promotion du programme, aux actes médicaux entourant l'investigation jusqu'à l'établissement du diagnostic final.

L'Agence de la santé et des services sociaux est imputable des résultats du programme. L'Agence désigne les centres de dépistage et de référence pour investigation et s'assure du respect des obligations reliées à ces désignations. L'Estrie compte trois centres de dépistage désignés (CDD) et un centre de référence pour investigation (CRID). Les 3 CDD sont : le Centre radiologique de Sherbrooke inc; le Centre radiologique de l'Estrie inc. et le CHUS – Hôtel-Dieu; le CHUS-Hôtel-Dieu est également le CRID de la région. En 2004-2005, les trois centres de dépistage disposent de six mammographes pour réaliser l'ensemble des mammographies de dépistage en plus de procéder à certains examens complémentaires suite à un résultat de mammographie anormal. Le CRID offre surtout les services d'investigation, soient échographie mammaire et biopsie, aux femmes qui ont une mammographie anormale. Le centre de coordination des services régionaux (CCSR), rattaché au CHUS, est responsable du fonctionnement du programme : envoi des lettres d'invitation et de résultat, liens avec la population admissible, liens avec les différents intervenants des centres désignés, liens avec les médecins omnipraticiens et médecins spécialistes de la région, liens avec les différentes instances du programme. Le CCSR participe aussi à la promotion et au développement du programme.

Les CDD et le CRID doivent s'assurer de maintenir leur certification et désignation à jour, en participant aux différentes activités prévues et reliées à ces processus attestant de la compétence des professionnels et de la qualité des équipements.

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

Par ailleurs, l'Estrie s'est dotée d'un Comité régional d'assurance de la qualité (CRAQ) pour le PQDCS. Ce comité vise à revoir la performance régionale du programme avec les partenaires et à rechercher des solutions quand il y a écart par rapport aux normes. Le CRAQ s'est réuni 3 fois au cours de la période 2004-2005.

Le programme québécois de dépistage du cancer du sein s'adresse à des femmes qui ne présentent aucun symptôme de maladie. Il va sans dire qu'il se doit d'être attirant par un grand respect de sa clientèle, l'impeccabilité de ses services et l'efficacité de ses opérations.

FONCTIONNEMENT DU PROGRAMME

ATTEINTE DE LA CLIENTÈLE-CIBLE

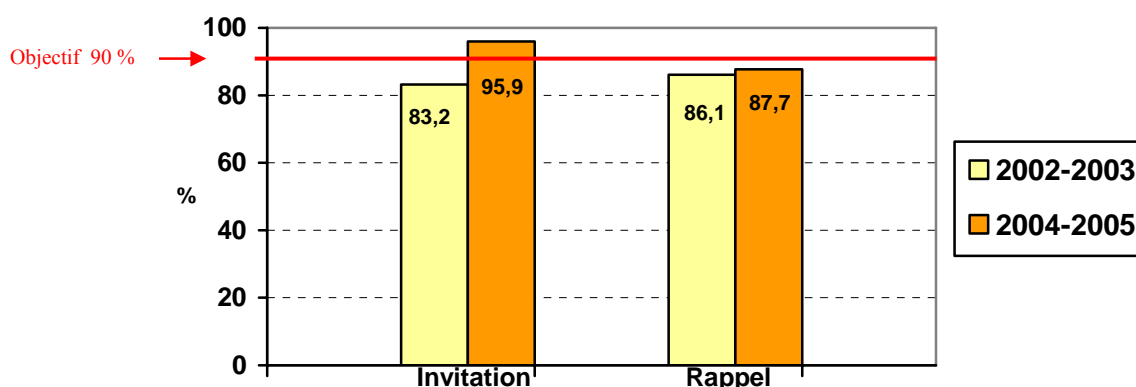
RECRUTEMENT – TAUX D’INVITATION ET TAUX DE RAPPEL

Il est attendu d’envoyer une lettre d’invitation à au moins 90 % des femmes ayant nouvellement atteint l’âge de 50 ans;
et d’envoyer tous les deux ans une lettre de rappel à au moins 90 % des femmes qui ont déjà participé au programme³.

Objectif

Figure 1

Taux d’invitation des nouvelles femmes admissibles et taux de rappel des participantes au programme, résidentes de l’Estrie, 2002-2003 et 2004-2005



Sources : CCSR de l’Estrie, SI-PQDCS, Prévisions démographiques du MSSS

Résultat

- ✓ Entre janvier 2004 et décembre 2005, 4 527 lettres d’invitation ont été postées aux femmes ayant nouvellement atteint l’âge de 50 ans; l’estimation de cette population étant de 4 717 femmes pour cette période, nous avons donc rejoint 96 % de ces femmes. L’objectif est donc dépassé.
- ✓ Pour la même période, 17 797 lettres de rappel ont été postées aux femmes participant déjà au programme; l’estimation de cette population étant de 20 292 femmes, nous avons donc atteint 88 % d’entre elles, ce qui est légèrement inférieur à l’objectif de 90 %. Cependant, l’écart par rapport à la norme s’avère moindre qu’en 2002-2003.
- ✓ En 2004-2005, nous avons procédé à une relance spéciale en invitant à nouveau toutes les femmes admissibles qui n’avaient pas répondu à l’invitation depuis le début du programme ou à notre dernière lettre de relance.

Commentaires

Voir annexe 1 pour information supplémentaire :

- ✓ Retours postaux.
- ✓ Relance régulière.
- ✓ Opération spéciale de relance.

Informations
connexes

PARTICIPATION DES FEMMES ADMISSIBLES

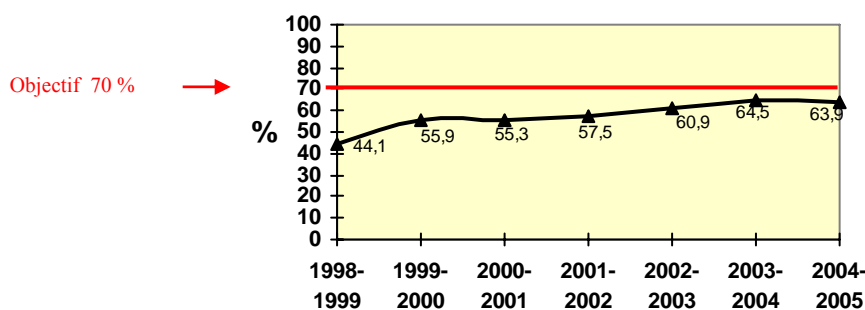
TAUX DE PARTICIPATION AU PQDCS

Objectif

Il est attendu qu'au moins 70 % des femmes admissibles participent au programme. Ce taux est requis pour escompter une réduction significative de la mortalité par cancer du sein chez les femmes admissibles au programme⁴.

Résultat

Figure 2
Taux de participation (en %) au PQDCS par période de 24 mois, résidentes de l'Estrie, 1998-1999 à 2004-2005



Source : SI-PQDCS

Note : Le taux de participation est légèrement sous-estimé. Une partie des femmes participantes refusent de rendre accessible l'information les concernant dans le cadre du PQDCS. En 2004-2005, 0,8 % des femmes de l'Estrie ont refusé.

Commentaires

✓ Depuis le début du programme, en 1998, le taux de participation des Estriennes a augmenté de façon presque continue, s'approchant progressivement de la cible de 70 %. Toutefois, entre 2003-2004 et 2004-2005, le taux a légèrement diminué, passant de 64,5 % à 63,9 %.

Il est difficile de cerner une raison précise pouvant expliquer ce **léger** fléchissement dans la participation des femmes. On devra attendre les données de 2005-2006 pour voir si la tendance se confirme. Cependant, certaines MRC ou encore certains groupes d'âge peuvent être mis en cause dans cette diminution du taux de participation (voir p.15 et 16).

✓ Les activités suivantes ont été réalisées en 2005 et 2006 pour stimuler une plus grande participation des femmes : message télévisé sur le réseau TVA, conférence de presse, avis de santé publique, articles dans La Tribune et les journaux régionaux, entrevue à Radio-Canada et à la télévision communautaire.

✓ Par ailleurs, on prévoit entreprendre les actions suivantes : réalisation de « focus-groups » auprès de femmes n'ayant jamais participé au PQDCS ou ayant cessé de participer, afin d'identifier leurs résistances à passer des mammographies de dépistage.

Informations connexes

Voir en annexe pour information connexe au taux de participation, soit :

- ✓ La population admissible (annexe 2);
- ✓ Le nombre de femmes ayant eu au moins une mammographie (annexe 3);
- ✓ Le nombre de mammographies de dépistage réalisées (annexe 4);
- ✓ Taux de participation par groupe d'âge et par MRC (annexe 5);
- ✓ Taux de couverture (annexe 6);
- ✓ Taux de rétention (annexe 7);
- ✓ Activités de communication (annexe 11).

TAUX DE PARTICIPATION PAR TERRITOIRE DE MRC

Il est attendu qu'au moins 70 % des femmes admissibles participent au programme. Ce taux est requis pour escompter une réduction significative de la mortalité par cancer du sein chez les femmes admissibles au programme.

Objectif

Tableau 1

Taux de participation (en %) au PQDCS par période de 24 mois selon le territoire de MRC, résidentes de l'Estrie, 1999-2000^a à 2004-2005

Territoire	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
Le Granit	52,1	57,3	54,0	55,3	61,6	62,5
Les Sources	53,4	56,5	55,9	58,0	62,9	59,5
Haut-St-François	54,1	55,2	55,4	54,5	61,5	60,2
Val-St-François	59,8	58,3	56,2	57,6	63,5	63,3
Coaticook	58,3	71,8	56,7	58,6	64,1	70,0
Memphrémagog	65,8	67,9	57,8	60,7	62,6	63,0
Sherbrooke	59,2	59,2	59,9	63,2	67,0	66,1

Source : SI-PQDCS

Note : Le taux de participation est légèrement sous-estimé. Une partie des femmes participantes refusent de rendre accessible l'information les concernant dans le cadre du PQDCS. En 2004-2005, 0,8 % des femmes de l'Estrie ont refusé.

Résultat

- ✓ Dans toutes les MRC sauf Memphrémagog, malgré des fluctuations depuis 1999-2000, la tendance générale du taux de participation est à la hausse.
- ✓ Dans Memphrémagog, le taux de participation des dernières périodes est à la hausse, mais ce taux est toujours inférieur à celui des années 1999-2000 et 2000-2001.
- ✓ Entre 2003-2004 et 2004-2005, le taux de participation a diminué dans les MRC des Sources, du Haut-St-François, du Val-St-François et dans la Ville de Sherbrooke. Comme cette diminution survient après quelques années de croissance assez soutenue dans ces territoires, il est difficile de cerner une raison précise pouvant expliquer ce fléchissement dans la participation des femmes. On devra attendre les données de 2005-2006 pour voir si la tendance se confirme.
- ✓ On prévoit entreprendre les actions suivantes : rencontres avec les intervenants des différents CSSS qui interviennent auprès des femmes de 50 à 69 ans.

Commentaires

^a Le taux de participation par MRC pour 1998-1999 n'est pas disponible.

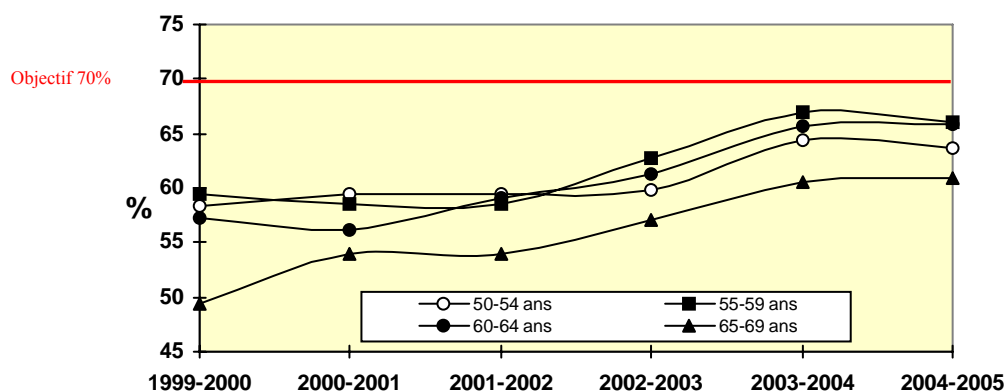
TAUX DE PARTICIPATION PAR GROUPE D'ÂGE

Objectif

Il est attendu qu'au moins 70 % des femmes admissibles participent au programme. Ce taux est requis pour escompter une réduction significative de la mortalité par cancer du sein chez les femmes admissibles au programme.

Résultat

Figure 3
Taux de participation (en %) au PQDCS par période de 24 mois selon le groupe d'âge, résidentes de l'Estrie, 1999-2000^b à 2004-2005



Groupe d'âge	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
50-54 ans	58,4	59,4	59,4	59,9	64,3	63,7
55-59 ans	59,5	58,6	58,5	62,8	66,9	66,1
60-64 ans	57,3	56,1	59,0	61,2	65,7	65,9
65-69 ans	49,4	53,9	54,0	57,0	60,5	61,0

Source : SI-PQDCS

Note : Le taux de participation est légèrement sous-estimé. Une partie des femmes participantes refusent de rendre accessible l'information les concernant dans le cadre du PQDCS. En 2004-2005, 0,8 % des femmes de l'Estrie ont refusé.

Commentaires

- ✓ Depuis les débuts du programme en Estrie, le taux de participation a augmenté dans tous les groupes d'âge. Toutefois, au cours de ces années, le taux de participation des femmes de 65 à 69 ans a toujours été inférieur à celui des autres groupes d'âge.
- ✓ Entre 2003-2004 et 2004-2005, le taux de participation des Estriennes a spécifiquement diminué chez les femmes de 50 à 54 ans et 55 à 59 ans. Dans les autres groupes d'âge, le taux a augmenté.
- ✓ Les activités suivantes ont été réalisées en 2005 et 2006 pour stimuler une plus grande participation des femmes de 65 ans et plus: article dans La Nouvelle et les hebdomadaires régionaux, conférence auprès de femmes anglophones de Lennoxville, conférence au Centre de santé des femmes.

^b Le taux de participation par groupe d'âge pour 1998-1999 n'est pas disponible.

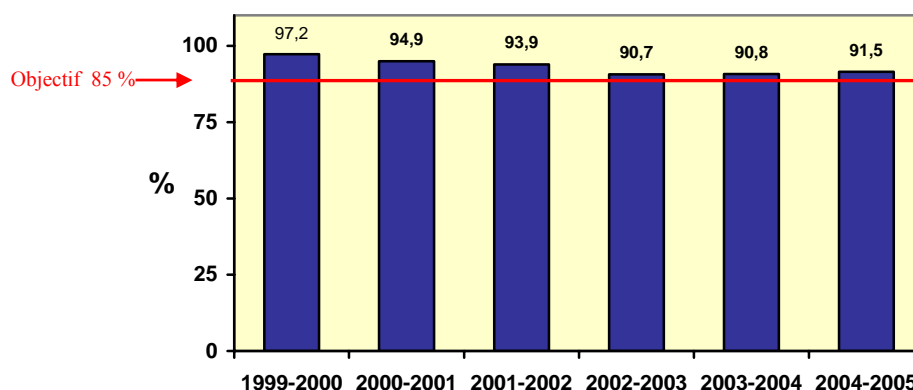
DÉLAI POUR OBTENIR UNE MAMMOGRAPHIE

Il est attendu qu'au moins 85 % des femmes participantes aient un délai d'attente maximal de 30 jours ouvrables (45 jours de calendrier) entre le moment où elles prennent rendez-vous pour la mammographie de dépistage et le rendez-vous lui-même. Ce taux minimal est requis pour maximiser la participation des femmes, c'est-à-dire pour éviter les oublis, la démobilisation ou l'anxiété générés par la mammographie⁵.

Objectif

Figure 4

Pourcentage de mammographies de dépistage réalisées dans un délai de 45 jours de calendrier ou moins, résidentes de l'Estrie, 1999-2000 à 2004-2005



Source : SI-PQDCS.

Note : le pourcentage n'est pas disponible pour la période 1998-1999.

Résultat

- ✓ En 2004-2005, 91,5 % des mammographies de dépistage faites auprès des résidentes de l'Estrie qui participent au programme ont été réalisées dans un délai de 45 jours de calendrier ou moins. Ce pourcentage dépasse depuis plusieurs années l'objectif du programme fixé à 85 %.
- ✓ La médiane pour obtenir une mammographie de dépistage a été de 12 jours de calendrier en 2004-2005. Environ 20 % des mammographies ont été réalisées la journée même de l'appel téléphonique par la femme.
- ✓ Cette performance s'explique par la présence en Estrie de six mammographes dans les trois centres de dépistage désignés, et par une priorisation de la mammographie de dépistage dans ces centres. Environ 95 % des résidentes de l'Estrie passent leur mammographie dans un centre de dépistage de la région.
- ✓ Activités à réaliser pour consolider le délai : feedback régulier auprès des CDD.

Commentaires

- ✓ Voir annexe 7 pour information supplémentaire :
Taux de rétention

Informations
connexes

DÉLAI ENTRE LA MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE ET LE 1^{ER} EXAMEN D'INVESTIGATION

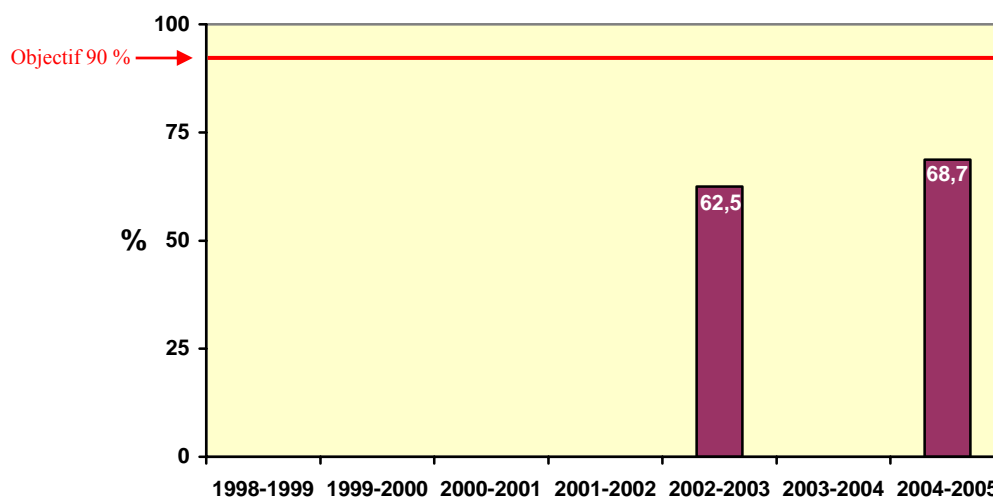
Objectif

Il est attendu que 90 % des femmes dépistées anormales obtiennent un 1^{er} rendez-vous au centre de référence pour investigation à l'intérieur des douze jours ouvrables (21 jours de calendrier) suivant la date de la mammographie. Ce taux est requis pour maximiser la participation des femmes, c'est-à-dire pour éviter la démobilisation ou l'anxiété générée par un résultat anormal de la mammographie^{6 7}.

Résultat

Figure 5

Pourcentage de femmes dépistées anormales ayant obtenu un 1^{er} examen d'investigation dans un délai de 21 jours de calendrier ou moins, résidentes de l'Estrie, 2002-2003 et 2004-2005



Source : SI-PQDCS.

Note : le pourcentage n'est disponible que pour les années 2002-2003 et 2004-2005.

Commentaires

- ✓ En 2004-2005, 68,7 % des femmes dépistées anormales ont eu leur 1^{er} examen d'investigation dans un délai de 21 jours de calendrier ou moins. Par rapport à 2002-2003, ce pourcentage est en augmentation mais il se situe toujours en deçà de l'objectif du programme qui est fixé à 90 %.
- ✓ Mesures prises pour améliorer le délai : en 2005 et 2006, il a été question, au Comité régional d'assurance de la qualité, d'organiser un processus assurant l'accès rapide à l'échographie pour toutes les femmes du programme. Les radiologistes des CDD privés ont refusé cette proposition, alléguant que ce processus favorise les femmes du programme au détriment des autres femmes.
- ✓ Activités à réaliser : feedback auprès du CRID et des CDD, poursuite des discussions au CRAQ.

INTERVALLE DIAGNOSTIQUE

Il est attendu, selon la cible canadienne⁸, que le délai entre un résultat anormal et la fin des examens complémentaires soit de 5 semaines ou moins s'il n'y a pas de biopsie^c, et de 7 semaines ou moins s'il y a biopsie, pour 90 % et plus des femmes nécessitant une investigation.

Objectif

Figure 6

Pourcentage de clientes à l'intérieur de 5 semaines ou moins sans biopsie, mammographies réalisées en Estrie, 1998 à 2004

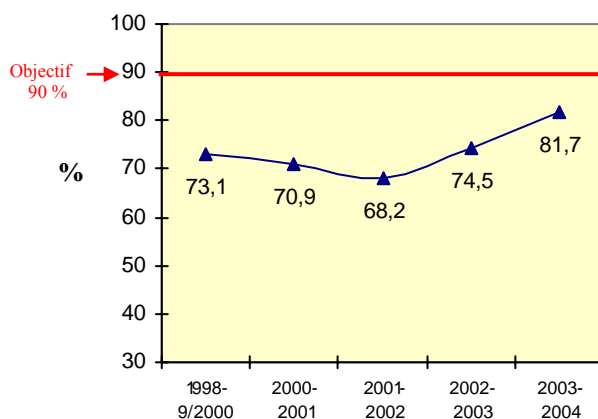
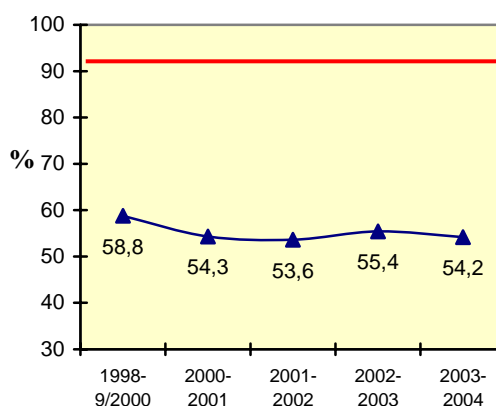


Figure 7

Pourcentage de clientes à l'intérieur de 7 semaines ou moins avec biopsie, mammographies réalisées en Estrie, 1998 à 2004



Source : INSPQ

Note : Le pourcentage pour 2004 – 2005 n'est pas disponible

Résultat

- ✓ Il est important de procéder rapidement aux investigations quand un résultat de mammographie de dépistage est anormal. D'une part, un résultat anormal peut causer des effets psychologiques néfastes sur la clientèle; d'autre part, si l'on tarde trop à poser un diagnostic, le pronostic risque de s'aggraver⁷.
- ✓ En Estrie, le résultat pour l'intervalle diagnostique sans biopsie n'atteint pas la cible canadienne. Toutefois, on note une amélioration au cours des années.
- ✓ Le résultat pour l'intervalle diagnostique avec biopsie n'atteint pas la norme canadienne. Ce résultat demeure très bas depuis 1998-1999.
- ✓ On prévoit entreprendre les actions suivantes : présentation de cette situation au CRAQ.

Commentaires

^c Maintenant, tant au Canada que dans le PQDCS on se réfère à l'intervalle diagnostique avec ou sans biopsie. L'indicateur initial était l'intervalle diagnostique avec ou sans biopsie ouverte. Cet indicateur a été modifié afin de tenir compte de l'utilisation de la biopsie au trocart.

TAUX DE FIDÉLISATION

Objectif

Selon la cible canadienne⁹, il est attendu qu'au moins 75 % des femmes participantes passent un nouvel examen de dépistage en dedans de 30 mois de l'examen précédent.

Résultat

Tableau 2

**Pourcentage de mammographies subséquentes
parmi l'ensemble des mammographies de dépistage par territoire de MRC,
résidentes de l'Estrie, 1999-2000 à 2004-2005**

Territoire	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
Le Granit	17,7	51,3	66,0	75,0	76,1	76,9
Les Sources	14,9	51,8	68,9	75,5	78,1	79,0
Haut-St-François	14,5	47,9	71,5	75,9	77,3	78,8
Val-St-François	13,1	47,5	70,0	75,5	76,0	78,7
Coaticook	26,4	54,0	71,4	76,2	76,3	79,9
Memphrémagog	9,6	43,8	70,8	76,5	79,0	81,2
Sherbrooke	12,3	44,5	69,6	75,1	77,7	79,2

Source : SI-PQDCS

Commentaires

- ✓ Le taux de fidélisation correspond à la cible canadienne dans toutes les MRC de l'Estrie depuis 2002-2003 et continue de s'améliorer avec le temps.

RÉSULTATS DU DÉPISTAGE

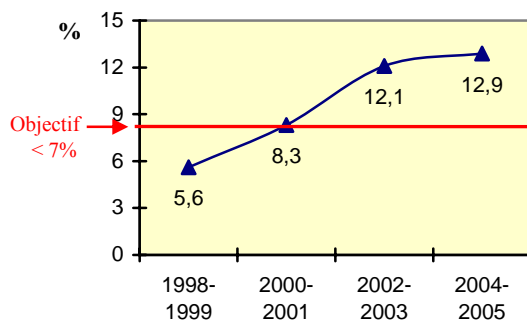
TAUX DE RÉFÉRENCE

Il est attendu que respectivement moins de 7 % et moins de 5 % des femmes participantes seront référées pour investigation lors de la mammographie initiale et des mammographies subséquentes¹⁰.

Objectif

Figure 8

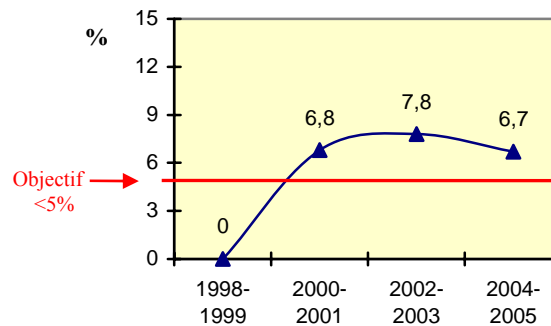
Taux de référence pour investigation
Mammographie initiale,
résidentes de l'Estrie, 1998-1999 à 2004-2005



Source : SI-PQDCS

Figure 9

Taux de référence pour investigation,
Mammographies subséquentes
résidentes de l'Estrie, 1998-1999 à 2004-2005



Résultat

- ✓ Les taux attendus sont requis pour ne pas référer inutilement les participantes, l'investigation étant une source d'anxiété importante pour les femmes.
- ✓ Le taux de référence pour la mammographie initiale doit être inférieur à 7 %; or, depuis 2001; il ne cesse d'augmenter, s'éloignant de plus en plus de la norme. Certains radiologistes tendent à suggérer une investigation pour toute masse, même d'apparence bénigne, détectée à la mammographie de dépistage initiale. Cette pratique expliquerait en partie ce résultat élevé.
- ✓ Le taux de référence pour les mammographies subséquentes doit être inférieur à 5 %. Même si non conforme à la norme, il tend à diminuer en 2004-2005, pour se rapprocher de l'objectif.
- ✓ Au niveau régional, en 2005 et 2006, le taux de référence élevé a été discuté au Comité régional d'assurance de la qualité.
- ✓ Depuis novembre 2005, l'atteinte d'un taux de référence conforme aux cibles du programme est identifiée comme une priorité en assurance de la qualité à l'échelle de la province. Des discussions avec l'Association des radiologistes du Québec et avec le Collège des médecins du Québec sont en cours à ce sujet.

Commentaires

TAUX DE RÉFÉRENCE PAR CENTRE DE DÉPISTAGE DÉSIGNÉ

Résultat

Figure 10

Taux de référence par centre de dépistage désigné, mammographie initiale, résidentes Estrie, 1998-1999 à 2004-2005

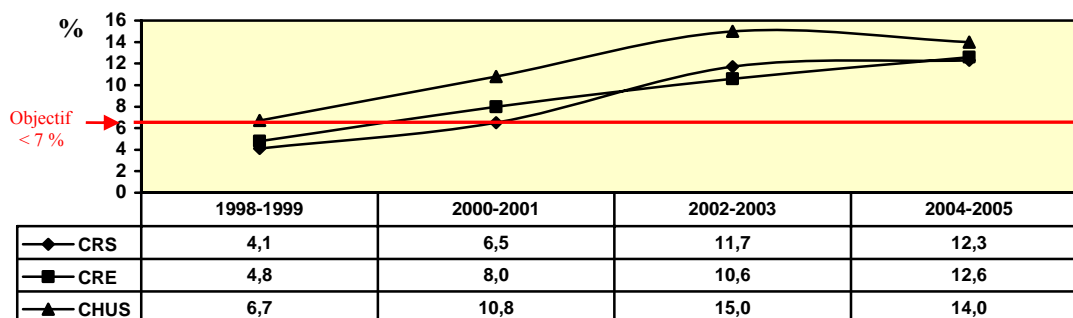
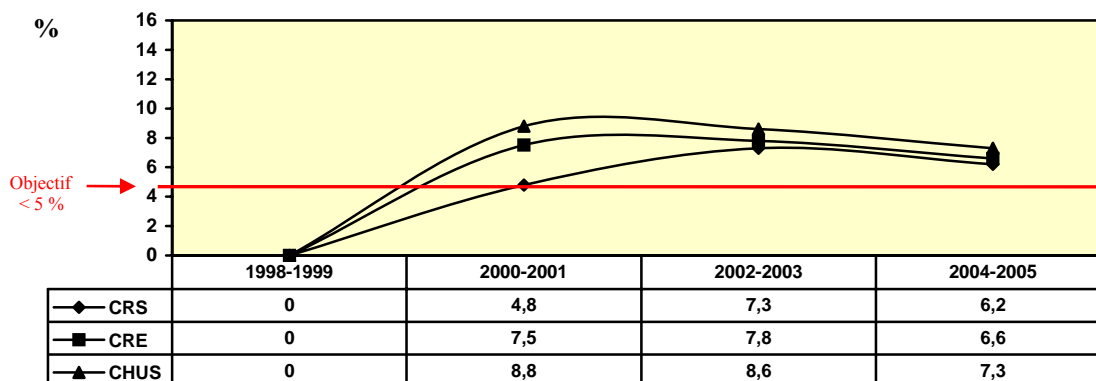


Figure 11

Taux de référence par centre de dépistage désigné, mammographies subséquentes, résidentes Estrie, 1998-1999 à 2004-2005



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

Source : SI-PQDCS

Commentaires

- ✓ En 2004-2005, le taux de référence pour les mammographies initiales a continué d'augmenter au CRS et au CRE. Au CHUS, malgré une légère diminution, il demeure plus élevé que dans les deux autres CDD. Dans tous les cas, l'objectif n'est pas atteint.
- ✓ En 2004-2005, on note une diminution du taux de référence pour les mammographies subséquentes dans les 3 CDD. Il demeure plus élevé au CHUS que dans les deux autres CDD.
- ✓ En 2005, en Estrie, le profil personnel de chaque radiologiste lecteur de mammographies en regard du PQDCS a été produit. Ce profil est un outil d'auto-évaluation de leur pratique professionnelle à l'intérieur du PQDCS. Tous les radiologistes impliqués en ont fait la demande, sur une base volontaire.

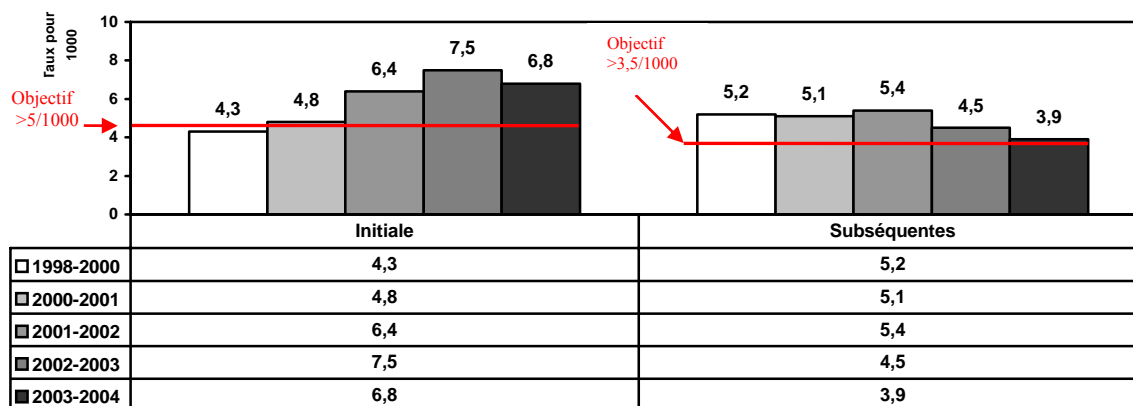
TAUX DE DÉTECTION DU CANCER DU SEIN

Il est attendu de détecter au moins 5 cancers par 1000 participantes pour la mammographie initiale et au moins 3,5 cancers par 1000 participantes pour les mammographies subséquentes¹¹.

Objectif

Figure 12

Taux de détection du cancer (infiltrant et *in situ*) selon la séquence de la mammographie, Mammographies réalisées en Estrie – Région de production 1998-2000 à 2003-2004



Résultat

Tableau 3

Nombre de femmes chez qui un cancer du sein a été détecté à l'intérieur du PQDCS Mammographies réalisées en Estrie – Région de production 1998-2000 à 2003-2004

	Nombre de femmes Mammographie initiale	Nombre de femmes Mammographies subséquentes
1998-2000	81	11
2000-2001	44	41
2001-2002	36	72
2002-2003	37	70
2003-2004	33 (estimé)	68 (estimé)

Source : INSPQ

Note : Le taux pour 2004 – 2005 n'est pas disponible

- ✓ Les taux de détection de cancers, tant pour les mammographies initiales que pour les mammographies subséquentes, sont conformes aux normes.
- ✓ Le taux de détection parmi les mammographies subséquentes est à la baisse depuis 2002, et se rapproche de la norme minimale du programme. Cette baisse est en lien avec le taux de référence qui diminue également depuis 2002. Si la diminution du taux de référence est bienvenue, il serait souhaitable par contre que le taux de détection ne diminue pas sous la barre de 3,5/1000 femmes.

Commentaires

- ✓ Voir annexe 8 : Croisement du taux de référence et du taux de détection du cancer du sein, mammographie initiale et mammographies subséquentes.

Informations connexes

VALEUR PRÉDICTIVE POSITIVE

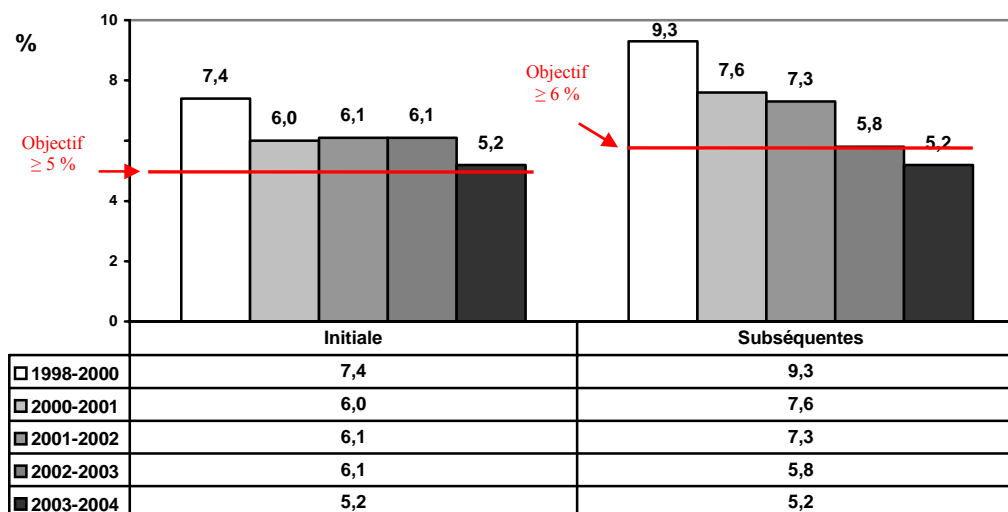
Objetif

Il est attendu que, selon les normes canadiennes¹², la valeur prédictive positive soit égale ou supérieure à 5 % pour la mammographie initiale et égale ou supérieure à 6 % pour les mammographies subséquentes.

Résultat

Figure 13

Valeur prédictive positive du dépistage (VPP en %) selon la séquence de la mammographie Mammographies réalisées en Estrie – Région de production 1998-2000 à 2003-2004



Source : INSPQ.

Note : Le pourcentage pour 2004 – 2005 n'est pas disponible

Rappel : La valeur prédictive positive (VPP) est la probabilité ou capacité d'identifier les femmes réellement atteintes d'un cancer du sein parmi toutes celles qui ont été référées à la suite d'un résultat anormal lors de la mammographie de dépistage.

Commentaires

- ✓ Pour 2003-2004, en Estrie, la valeur prédictive positive pour les mammographies initiales est bonne, dépassant légèrement la norme canadienne. Même si le taux de référence est trop élevé, le bon taux de détection explique ce résultat.
- ✓ Pour les mammographies subséquentes, la valeur prédictive positive accuse une baisse continue depuis 2000 pour se situer sous la norme en 2003 – 2004. Jusqu'en 2001-02, cette situation s'est expliquée par une augmentation du taux de référence et une stagnation du taux de détection. Depuis 2002, la baisse de la valeur prédictive positive est due à une diminution plus marquée du taux de détection que du taux de référence.

Informations connexes

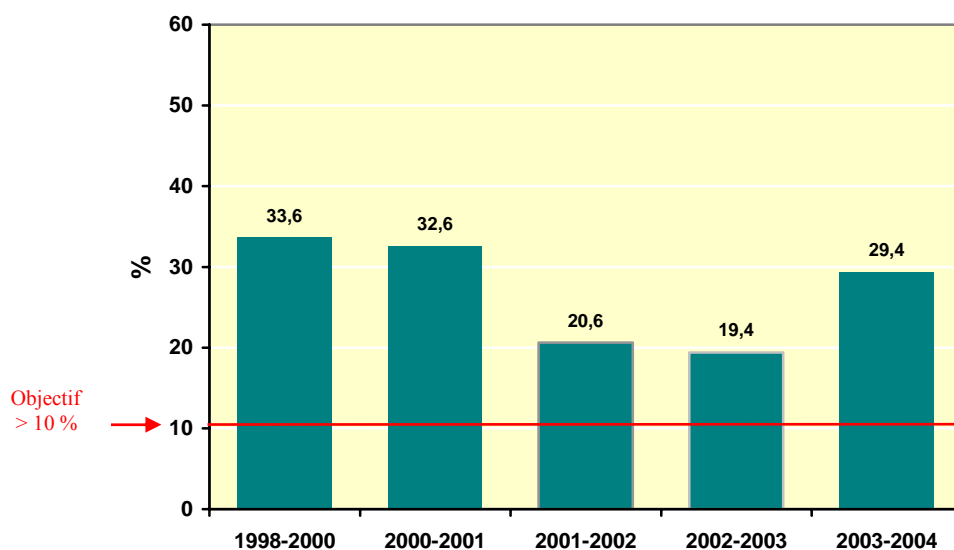
- ✓ Annexe 9 : Évolution du taux de référence et du taux de détection du cancer du sein, mammographies subséquentes.

CANCERS DÉTECTÉS DE TYPE *IN SITU*

Il est attendu que la proportion des tumeurs canalaire *in situ* détectées au premier dépistage doit être plus élevée que 10 % des cancers détectés¹³.

Objectif

Figure 14
Pourcentage des cancers détectés de type *in situ* lors de la mammographie initiale, Mammographies réalisées en Estrie – Région de production 1998-2000 à 2003-2004



Source : INSPQ

Note : Le pourcentage pour 2004 – 2005 n'est pas disponible

Résultat

- ✓ Le pourcentage de cancers *in situ* se situe à 29,4 % pour une mammographie initiale, ce qui est supérieur à la norme de 10 % fixée par le programme.
- ✓ Aucun objectif n'est mentionné dans le Cadre de référence concernant les mammographies subséquentes.

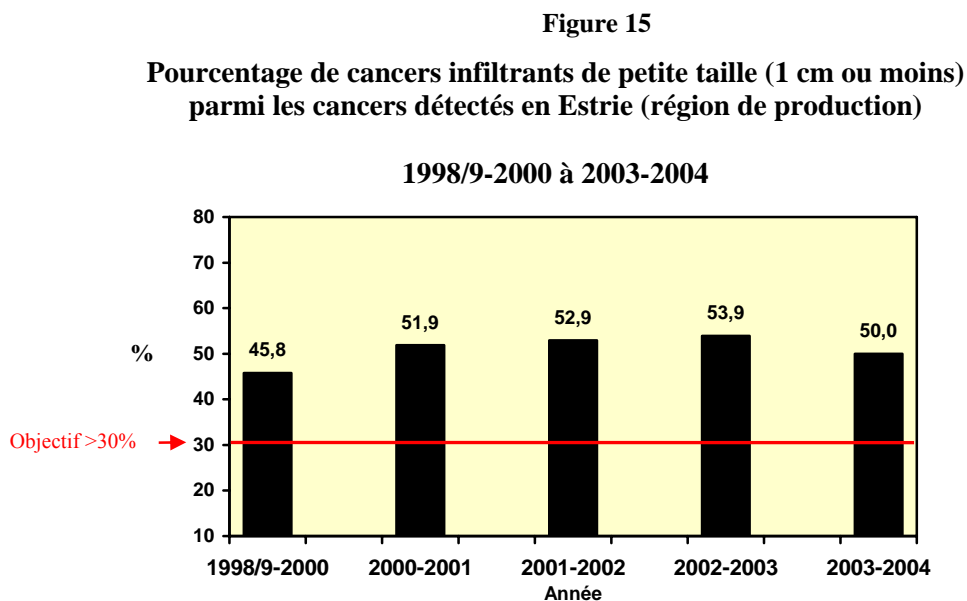
Commentaires

CANCERS INFILTRANTS DE PETITE TAILLE (1 CM OU MOINS)

Objectif

Il est attendu que la proportion de cancers infiltrants de petite taille (1cm ou moins) soit supérieure à 30 %¹⁴.

Résultat



Source : INSPQ.

Note : Le pourcentage pour 2004 – 2005 n'est pas disponible

Commentaires

- ✓ Les cancers infiltrants sont ceux qui ont commencé à envahir les tissus environnants. La taille de ces cancers est un facteur pronostique important. Quand détectés alors qu'ils mesurent moins de 1 cm, les chances de guérison sont meilleures.
- ✓ La proportion de cancers infiltrants de petite taille est un indicateur qui permet de vérifier l'efficacité du dépistage.
- ✓ En Estrie, depuis 1999-2000, les pourcentages de cancers infiltrants dont la taille est de 1 cm ou moins dépassent de loin la norme du programme.

CANCERS INFILTRANTS SANS ENVAHISSEMENT GANGLIONNAIRE

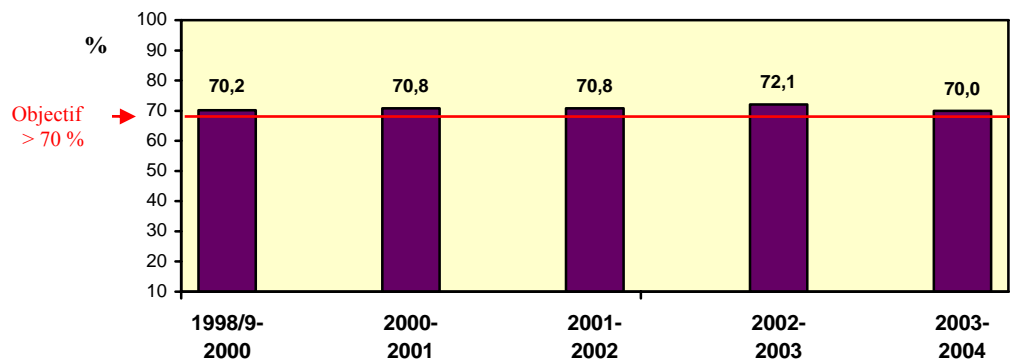
Il est attendu que la proportion de cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire soit supérieure à 70 %¹⁵.

Objectif

Figure 16

Pourcentage de cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire
parmi les cancers détectés en Estrie (région de production)

1998/99-2000 à 2003-2004



Source : INSPQ

Note : Le pourcentage pour 2004 – 2005 n'est pas disponible

Résultat

- ✓ Les cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire sont les cancers qui ont commencé à se propager dans les tissus adjacents mais non encore dans les ganglions lymphatiques.
- ✓ La proportion de ces cancers est un indicateur qui permet de vérifier l'efficacité du dépistage.
- ✓ En Estrie, les pourcentages de cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire sont conformes à la norme du programme.

Commentaires

EFFET DU PROGRAMME

TAUX DE DÉCÈS PAR CANCER DU SEIN

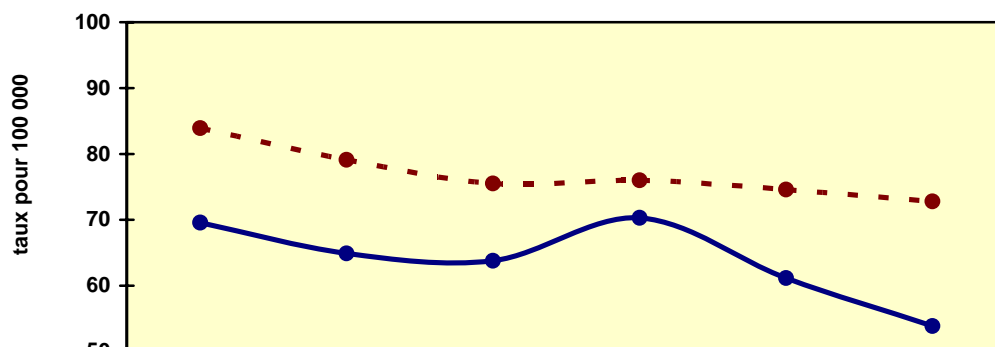
Il est attendu que la mortalité par cancer du sein aura diminué d'au moins 25 % entre 1996 et 2006 chez les femmes visées^d par le dépistage systématique.

Objectif

Figure 17

**Taux ajusté de décès par cancer du sein,
femmes de l'Estrie et du Québec âgées de 55 à 74 ans,
1996-1998 à 2001-2003**

(Taux annuel moyen pour 100 000)



	1996-1998	1997-1999	1998-2000	1999-2001	2000-2002	2001-2003
● - - Québec	83,9	79,1	75,5	76,0	74,6	72,8
● — Estrie	69,6	64,9	63,8	70,3	61,2	53,9

Source : Fichier des décès et projections de population du MSSS, version octobre 2004.

Note : Le taux a été ajusté avec la population du Québec 2001 comme population de référence, sexes réunis.

Depuis 2000, le Québec applique une nouvelle classification des causes de décès. Ce changement de classification peut entraîner une brisure dans la comparaison des causes de décès entre 1999 et 2000. Dans le cas du cancer du sein, nous estimons que le changement de classification a entraîné peu d'effet en ce sens.

Résultat

✓ Entre 1996 et 2003, le Québec a connu une baisse d'environ 13 % du taux de décès par cancer du sein chez les femmes âgées de 55 à 74 ans, le taux ajusté passant de 83,9 à 72,8 pour 100 000 femmes. Au cours de la même période en Estrie, ce taux est passé de 69,6 à 53,9 pour 100 000 femmes, soit une diminution de 23 %.

✓ La baisse observée ne peut être imputée totalement au programme de dépistage, mais les résultats sont encourageants et vont dans la direction attendue. On devra attendre les données de 2006 pour conclure.

Commentaires

✓ Voir annexe 10 pour information supplémentaire sur la mortalité par cancer du sein : Nombre annuel moyen et taux ajusté de décès par cancer du sein chez les femmes âgées de 55 à 74 ans, Estrie et Québec, 1996-1998 à 2001-2003.

Informations
connexes

^d Comme l'effet du programme prend quelques années avant d'agir, le dépistage systématique chez les femmes âgées de 50 à 69 ans aura pour effet de réduire la mortalité chez les femmes âgées de 55 à 74 ans – Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Programme québécois de dépistage du cancer du sein – Cadre de référence, Québec, 1996, p. 53.

**PRINCIPAUX CONSTATS,
DÉFIS,
PISTES D'ACTION POUR LE FUTUR**

TAUX DE PARTICIPATION

Constat : Le taux de participation stagne en Estrie depuis 2 ans, se situant à 64 %. Or, il est important d'augmenter et de maintenir à 70 % le taux de participation des Estriennes de 50 à 69 ans au dépistage du cancer du sein. Ceci est une condition de base pour réduire la mortalité par cancer du sein chez les femmes de ce groupe d'âge.

Défi : Augmenter le taux de participation

Pistes d'action :

- ◆ Collaborer avec les CSSS, les groupes communautaires et les intervenants des CDD.
- ◆ Relancer les femmes qui n'ont pas répondu à l'invitation ou qui ont cessé de participer au programme.
- ◆ Réaliser des «focus-groups» afin d'identifier les résistances des femmes à participer au dépistage et trouver des moyens pour mieux les rejoindre.

TAUX DE RÉFÉRENCE

Constat : En Estrie, en ce qui concerne la mammographie initiale, le taux de référence pour investigation est en progression constante et se situe nettement au-dessus de la norme fixée par le programme.

Défi : Diminuer le taux de référence, surtout pour la mammographie initiale.

Pistes d'action :

- ◆ Assurer un soutien à la compréhension des résultats transmis aux intervenants par le programme, notamment aux radiologistes.
- ◆ Suivre les recommandations du Comité national en assurance de la qualité, qui a fait du taux de référence une priorité pour la période 2006-2007.

ASSURANCE DE LA QUALITÉ

Constat : La participation des membres au Comité régional d'assurance de la qualité est difficile à assurer.

Défi : Trouver une formule permettant la rétroaction avec les partenaires et la recherche de solutions pour diminuer les écarts régionaux par rapport aux normes du programme.

Pistes d'action :

- ◆ Revoir l'organisation du Comité régional d'assurance de la qualité du PQDCS en Estrie. En 2005, ce comité a permis de présenter la performance régionale du programme aux partenaires, et de rétroagir avec eux. Ces échanges ont permis l'identification de problèmes en Estrie et la recherche de solutions régionales pour atteindre les objectifs du programme.
- ◆ Assurer un soutien à la compréhension des résultats transmis aux intervenants par le programme, notamment aux radiologistes.
- ◆ Encourager la mise sur pied d'une activité de discussion de cas.

ANNEXES

Annexe 1

Retours postaux

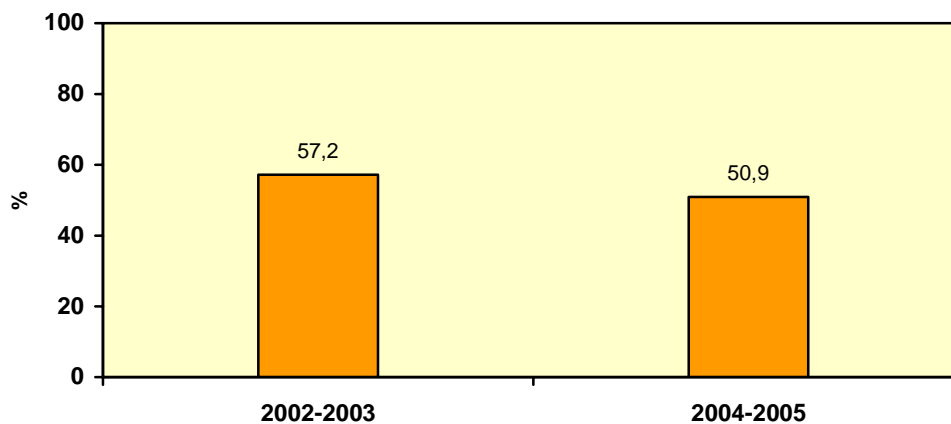
Entre janvier 2004 et décembre 2005, nous avons 231 retours postaux pour 22 324 envois. Le pourcentage de retours postaux est donc de 1,03 %, ce qui représente une baisse par rapport à celui de 2002-2003 qui était de 1,36 %.

Relance régulière

Par ailleurs, nous avons dû relancer 11 522 femmes parmi les femmes ayant déjà reçu une lettre d'invitation ou de rappel, ce qui représente 50,9 % des femmes invitées et rappelées. On note ainsi une amélioration par rapport à 2002-2003 où nous avons dû relancer 57,2 % de ces femmes, ce qui nous laisse croire que les femmes sont plus fidèles au niveau de leur participation.

Figure 18

Taux de relance des femmes invitées ou rappelées, résidentes de l'Estrie, 2002-2003 et 2004-2005



Source : CCSR de l'Estrie

Opération spéciale de relance

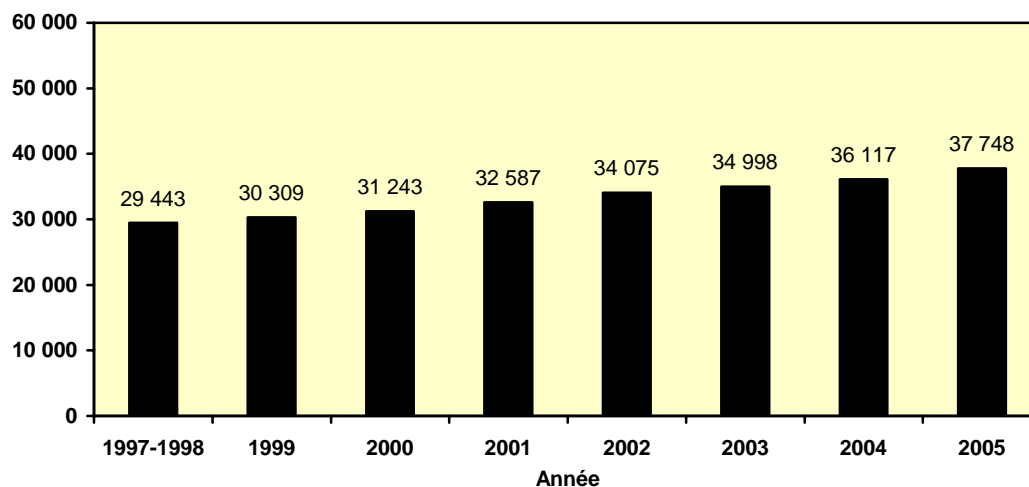
En 2004-2005, nous avons procédé à une opération spéciale de relance : toutes les femmes qui avaient reçu une invitation depuis le début du programme en 1998 et qui n'avaient pas répondu, de même que celles qui n'avaient pas répondu à la dernière lettre de relance ont de nouveau été invitées par lettre. Nous avons expédié 10 222 lettres lors de cette opération spéciale. Pour l'instant, nous ne sommes pas en mesure d'évaluer les résultats de cette opération.

Annexe 2

Population admissible de 1998 à 2005

En raison d'un solde migratoire positif et surtout du vieillissement de sa population, l'Estrie voit le nombre de femmes admissibles au PQDCS augmenter à chaque année. Selon les données fournies par la RAMQ, ce nombre est passé de 29 443 en 1997-1998 à 37 748 en 2005, soit une hausse appréciable de 28,2 % en seulement sept ans.

Figure 19
Nombre de résidentes de l'Estrie admissibles au PQDCS,
1997-1998 à 2005



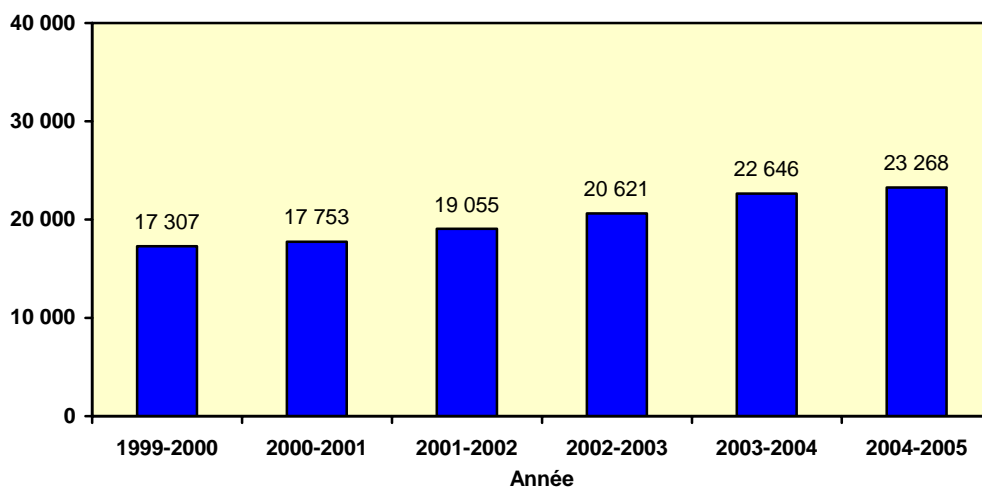
Source : RAMQ

Annexe 3

Nombre de femmes ayant eu au moins une mammographie de dépistage

Entre 1999-2000 et 2004-2005, le nombre de femmes de l'Estrie ayant eu au moins une mammographie de dépistage sur une période de 24 mois dans le cadre du PQDCS est passé de 17 307 à 23 268, soit une augmentation de quelque 34 %⁶.

Figure 20
Nombre de résidentes de l'Estrie ayant eu au moins une mammographie de dépistage sur une période de 24 mois, 1999-2000 à 2004-2005



Source : SI-PQDCS

Note : Le nombre de femmes est légèrement sous-estimé. Une partie des femmes participantes refusent de rendre accessible l'information les concernant dans le cadre du PQDCS. En 2004-2005, 0,8 % des femmes de l'Estrie ont refusé.

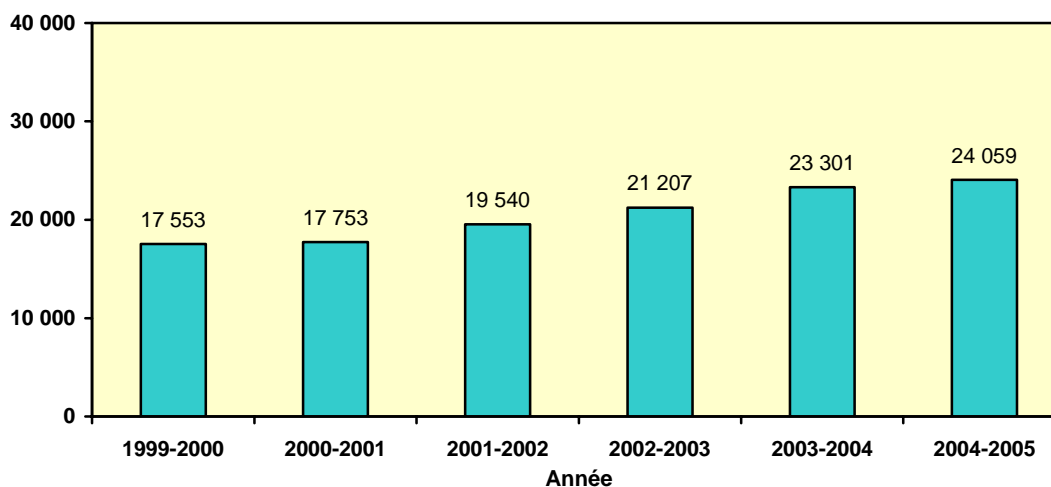
⁶ Le nombre pour 1998-1999 n'est pas publié étant donné qu'il ne couvre pas 24 mois. De fait, le programme a débuté en mai 1998 en Estrie.

Annexe 4

Nombre de mammographies de dépistage

Entre 1999-2000 et 2004-2005, le nombre (sur une période de 24 mois) de mammographies de dépistage réalisées auprès de résidentes de l'Estrie admissibles au PQDCS est passé de 17 553 à 24 059, soit une augmentation de quelque 37 %^f.

Figure 21
Nombre de mammographies de dépistage sur une période de 24 mois,
résidentes de l'Estrie admissibles au PQDCS,
1999-2000 à 2004-2005



Source : SI-PQDCS

Notes : Le nombre de mammographies est légèrement sous-estimé. Une partie des femmes participantes refusent de rendre accessible l'information les concernant dans le cadre du PQDCS. En 2004-2005, 0,8 % des femmes de l'Estrie ont refusé.

Une femme peut avoir eu plus d'une mammographie au cours d'une période de 24 mois. Cette situation est cependant peu fréquente.

^f Le nombre pour 1998-1999 n'est pas publié étant donné qu'il ne couvre pas 24 mois. De fait, le programme a débuté en mai 1998 en Estrie.

Annexe 5

Taux de participation au PQDCS selon le groupe d'âge et la MRC, (1999-2000 à 2004-2005)

Tableau 4

Territoire	Période (24 mois)	50 - 54 ans	55 – 59 ans	60 - 64 ans	65 - 69 ans	Total 50 - 69 ans
Le Granit	1999-2000	55,7	61,0	49,8	39,4	52,1
	2000-2001	62,9	56,2	53,8	53,9	57,3
	2001-2002	58,8	53,3	53,4	48,2	54,0
	2002-2003	53,7	61,8	54,3	49,7	55,3
	2003-2004	61,8	66,2	61,9	54,0	61,6
	2004-2005	63,7	64,2	62,6	57,4	62,5
Les Sources	1999-2000	55,7	59,9	54,3	43,6	53,4
	2000-2001	56,5	57,3	62,2	50,4	56,5
	2001-2002	56,8	57,2	61,5	47,3	55,9
	2002-2003	59,2	53,5	60,3	60,1	58,0
	2003-2004	64,8	62,9	63,3	58,9	62,9
	2004-2005	56,4	61,7	57,9	63,6	59,5
Haut Saint-François	1999-2000	58,4	57,8	53,8	42,3	54,1
	2000-2001	54,0	61,0	51,0	53,6	55,2
	2001-2002	54,6	58,9	56,3	50,2	55,4
	2002-2003	52,9	57,7	54,0	53,1	54,5
	2003-2004	60,0	63,4	66,4	55,0	61,5
	2004-2005	58,4	60,4	62,8	59,5	60,2
Val Saint-François	1999-2000	61,8	60,6	61,2	53,2	59,8
	2000-2001	62,3	60,1	50,4	57,5	58,3
	2001-2002	59,0	57,7	55,3	49,5	56,2
	2002-2003	57,5	62,4	55,5	52,5	57,6
	2003-2004	64,9	66,0	63,6	56,6	63,5
	2004-2005	62,0	68,6	63,5	57,0	63,3
Coaticook	1999-2000	60,5	59,5	61,5	50,5	58,3
	2000-2001	79,4	67,2	75,8	62,9	71,8
	2001-2002	58,6	57,0	57,8	52,0	56,7
	2002-2003	56,9	59,5	66,3	51,4	58,6
	2003-2004	58,9	68,6	70,3	58,9	64,1
	2004-2005	63,9	76,7	76,9	61,6	70,0
Memphrémagog	1999-2000	65,1	74,3	64,2	56,6	65,8
	2000-2001	71,8	70,8	64,7	60,8	67,9
	2001-2002	57,2	56,7	60,3	57,5	57,8
	2002-2003	59,8	65,2	60,7	54,9	60,7
	2003-2004	61,3	64,0	64,4	59,6	62,6
	2004-2005	61,5	64,0	65,5	60,3	63,0
Ville de Sherbrooke	1999-2000	60,6	59,8	61,0	54,0	59,2
	2000-2001	60,4	59,5	59,3	56,4	59,2
	2001-2002	61,4	60,3	60,3	56,2	59,9
	2002-2003	62,7	64,3	64,2	60,9	63,2
	2003-2004	66,7	69,1	67,0	63,9	67,0
	2004-2005	66,2	67,0	67,3	62,6	66,1

Source : SI-PQDCS.

Note : Le taux de participation est légèrement sous-estimé. Une partie des femmes participantes refusent de rendre accessible l'information les concernant dans le cadre du PQDCS. En 2004-2005, 0,8 % des femmes de l'Estrie ont refusé.

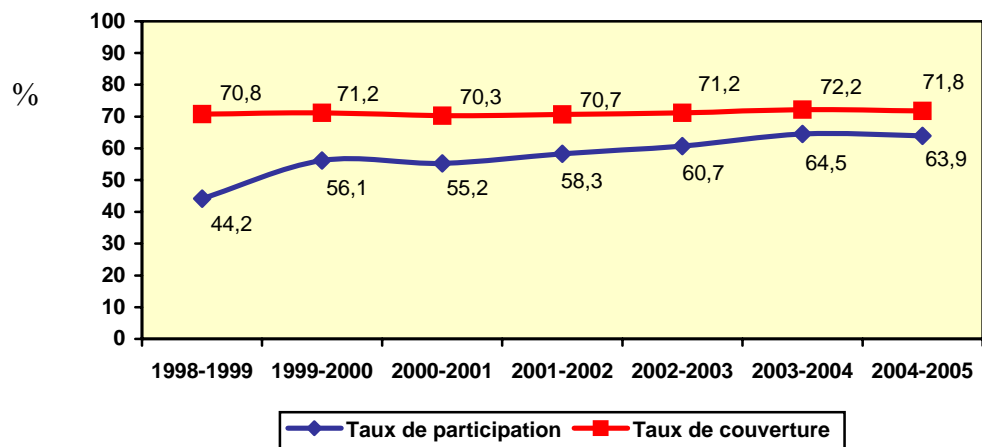
Dans certains cas, le taux est basé sur de petits nombres; conséquemment, la prudence doit être de mise dans l'analyse de ces données.

Annexe 6

Taux de couverture

Figure 22

Taux de couverture de la mammographie (dépistage et diagnostique) et taux de participation au PQDCS, résidentes de l'Estrie, 1998-1999 à 2004-2005



Source : RAMQ via INSPQ

Note : Les taux décrits à la figure 22 ont été calculés avec les fichiers informatiques du PQDCS et de la RAMQ. Pour des raisons méthodologiques, les taux de participation diffèrent légèrement de ceux de la figure 2.

Commentaires :

- ☞ Le taux de couverture vise à établir la proportion d'Estriennes de 50 à 69 ans ayant passé au moins une mammographie bilatérale sur une période de deux ans; qu'elle soit de dépistage ou diagnostique.
- ☞ Le Cadre de référence ne spécifie aucun objectif en ce qui a trait au taux de couverture.
- ☞ Depuis 1998, le taux de couverture est stable et le taux de participation augmente. Donc la proportion de mammographies diagnostiques diminue et la proportion de mammographies de dépistage augmente chez les femmes de 50 à 69 ans.

Annexe 7

Taux de rétention

Les femmes qui participent au programme ont la possibilité de passer leur mammographie dans un centre de dépistage de leur choix au Québec. Toutefois, plus les services de mammographie sont accessibles géographiquement, plus la participation au dépistage en est favorisée.

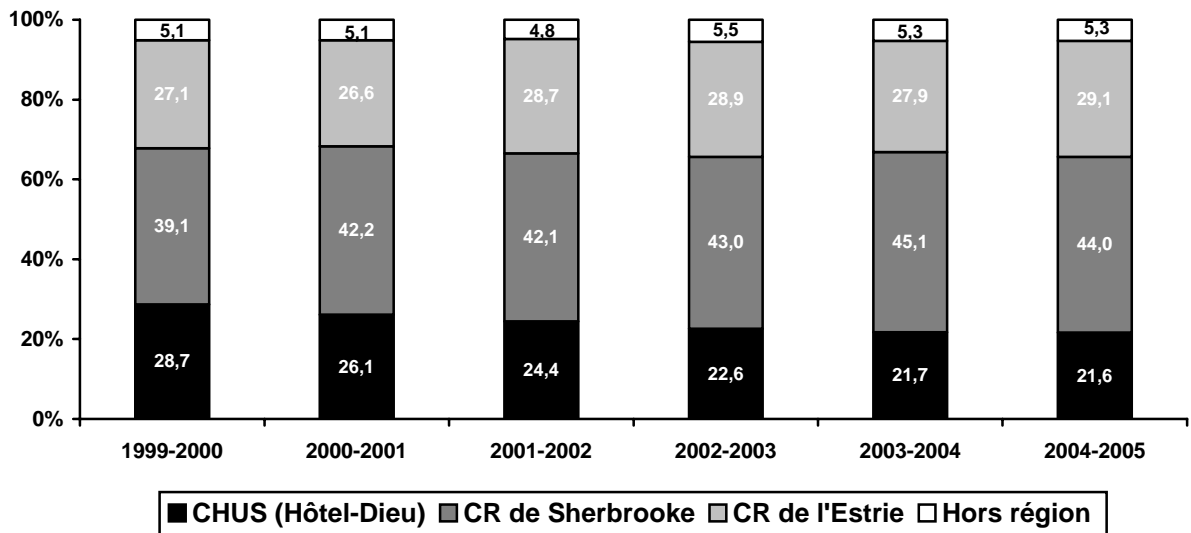
En Estrie, les femmes ont le choix entre trois centres de dépistage désignés tous situés dans la Ville de Sherbrooke. Il s'agit du:

- ☞ Centre radiologique de Sherbrooke
- ☞ Centre radiologique de l'Estrie
- ☞ Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (Hôtel-Dieu)

Depuis 1999, environ 95 % des femmes de l'Estrie passent leur mammographie dans un centre de dépistage de la région, ce qui constitue un excellent taux de rétention.

Figure 23

Pourcentage de mammographies de dépistage par centre de dépistage désigné en région et hors région, résidentes de l'Estrie, 1999-2000 à 2004-2005



Source : SI-PQDCS.

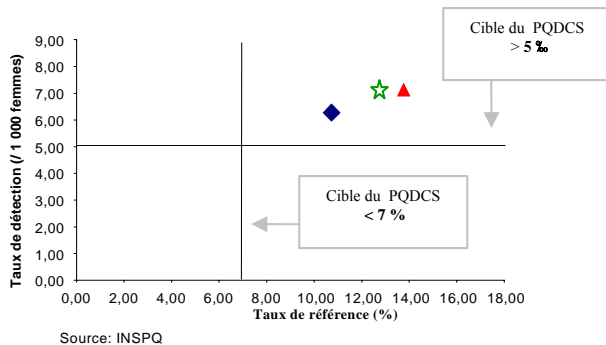
Note : Le pourcentage n'est pas disponible pour la période 1998-1999.

Annexe 8

Croisement du taux de référence et du taux de détection du cancer du sein

Figure 24

Taux de référence et taux de détection du cancer du sein, mammographie initiale, région de production : Estrie, 2001-2002 à 2003-2004

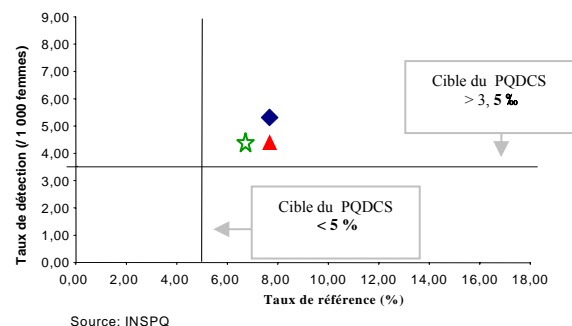


Source: INSPQ

	2001-2002	2002-2003	2003-2004
	◆	☆	▲
Taux de détection	6,4	7,5	7,4
Taux de référence	10,5	12,9	13,2

Figure 25

Taux de référence et taux de détection du cancer du sein, mammographies subséquentes, région de production : Estrie, 2001-2002 à 2003-2004



Source: INSPQ

	2001-2002	2002-2003	2003-2004
	◆	☆	▲
Taux de détection	5,4	4,5	3,9
Taux de référence	7,4	6,7	7,4

Commentaires :

- ☞ Le croisement du taux de référence et du taux de détection relativement aux mammographies de dépistage réalisées en Estrie, montre que l'Estrie se situe en dehors des normes, tant pour la mammographie initiale que pour les subséquentes, l'objectif étant de se situer au centre du croisement.
- ☞ Pour les mammographies initiales, on s'éloigne de plus en plus de normes à cause du taux de référence trop élevé, mais la détection de cancers est bonne.
- ☞ Pour les mammographies subséquentes, on réfère encore un peu trop, mais on détecte bien, ce qui est bon.

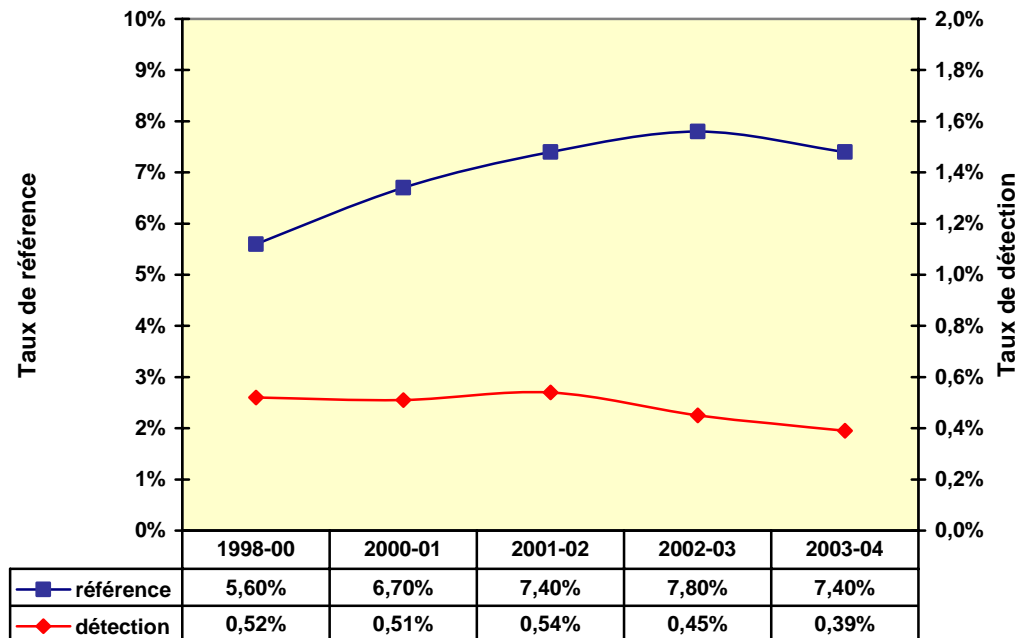
Annexe 9

Évolution du taux de référence et du taux de détection du cancer du sein, mammographies subséquentes

Pour les mammographies subséquentes, la valeur prédictive positive accuse une baisse continue depuis le début du programme en 1998. Jusqu'en 2001-02, cette situation s'est expliquée par une augmentation du taux de référence et une stagnation du taux de détection. Depuis 2002, la baisse de la valeur prédictive positive est due à une diminution plus marquée du taux de détection que du taux de référence.

Figure 26

Taux de référence et taux de détection, mammographies subséquentes réalisées en Estrie - Région de production, 1998 à 2004



Source : INSPQ

Annexe 10

Mortalité par cancer du sein

Le taux ajusté et le nombre de décès par cancer du sein chez les femmes de 55 à 74 ans sont à la baisse en Estrie comme au Québec, comme en fait foi le tableau suivant :

Tableau 5
Nombre annuel moyen et taux ajusté de décès par cancer du sein
chez les femmes âgées de 55 à 74 ans, Estrie et Québec
1996-1998 à 2001-2003

		1996-1998	1997-1999	1998-2000	1999-2001	2000-2002	2001-2003
Estrie	Nombre annuel moyen	18,3	17,0	17,0	19,3	17,3	15,7
	Taux ajusté	69,6	64,9	63,8	70,3	61,2	53,9
Québec	Nombre annuel moyen	547,3	525,3	508,3	521,0	522,0	521,0
	Taux ajusté	83,9	79,1	75,5	76,0	74,6	72,8

Sources : Fichiers des décès 1996 à 2003 du MSSS.
Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents basées sur le recensement de 2001, version octobre 2004. (Découpage en vigueur le 1er janvier 2002) (MSSS).

Note : Le taux a été ajusté avec la population du Québec 2001 comme population de référence, sexes réunis.
Depuis 2000, le Québec applique une nouvelle classification des causes de décès. Ce changement de classification peut entraîner une brisure dans la comparaison des causes de décès entre 1999 et 2000. Dans le cas du cancer du sein, nous estimons que le changement de classification a entraîné peu d'effet en ce sens.

Annexe 11

ACTIVITÉS DE COMMUNICATION

Pour l'année 2004, l'axe de communication s'est articulé autour du renforcement de l'engagement des médecins au dépistage du cancer du sein.

À partir de l'année 2005, dans le plan de communication triennal 2005-2008, l'approche vise à rejoindre les femmes de 50 à 69 ans qui participent moins au dépistage.

Voici le plan de communication 2004-2005, incluant une description des activités de communication pendant cette période, de même que le plan de communication 2005-2008 :

PLAN DE COMMUNICATION 2004-2005

Préambule :

Objectifs fixés par le Ministère :

- Augmenter le taux de participation des femmes au dépistage
- Diminuer le taux de référence en investigation

1. Clientèles ciblées et objectifs

a) Femmes de 50 à 69 ans rappelées pour un 2^e ou 3^e cycle de dépistage, en particulier les femmes de plus de 60 ans

- Renforcer le message de revenir passer une mammographie de dépistage,
- Sensibiliser les femmes à l'importance de passer régulièrement une mammographie de dépistage.

b) Personnel des CDD et du CRID, infirmières de CLSC

- Informer sur la performance et l'évolution du programme,
- Renforcer le rôle des intervenants auprès des femmes,
- Informer les intervenants sur l'importance du dépistage régulier,
- Informer les intervenants sur les suivis mammographiques particuliers,
- Sensibiliser à l'importance du dépistage chez les femmes de plus de 60 ans.

c) Médecins

- Renforcer le rôle du médecin traitant dans la prescription de la mammographies de dépistage subséquente (vs initiale),
- Renforcer le rôle du médecin traitant auprès des femmes qui nécessitent un suivi mammographique particulier,
- Renforcer le rôle du médecin traitant auprès des femmes qui ont eu un résultat normal ou bénin à l'investigation afin de réintégrer celles-ci au dépistage,
- Informer sur la performance du programme,
- Renforcer la participation et l'engagement dans le maintien des mécanismes d'assurance de la qualité en Estrie.

2. Stratégie

L'axe de communication s'articule autour de l'engagement des femmes aux dépistages subséquents.

3. Outils

a) Pour les femmes

- Rédiger et envoyer une nouvelle lettre de rappel, invitante et encourageante,
- Rappeler les femmes qui n'ont pas répondu à la lettre de relance,
- Joindre à la lettre de rappel une lettre écrite par une femme connue en Estrie?
- Réutiliser le poster du point?

b) Pour le personnel

- Organiser des rencontres de formation auprès du personnel des CDD et du CRID,
- Organiser des rencontres de formation auprès des infirmières de CLSC.

c) Pour les médecins

- Avis de santé publique,
- Envoi de «pads» de prescription,
- Calendrier 2005 avec 2 ou 3 messages nouveaux et les plus récents résultats du programme,
- Envoi d'un exemple de lettre aux femmes.

4. Calendrier des activités

- Février 2004 : «5 à 7» avec le personnel des CDD et du CRID
- Mars 2004 : Annonce dans La Tribune
- Mai 2004 : Envoi d'un dépliant aux médecins de la région
- Octobre 2004 : Conférence «The importance of breast cancer screening for women over 70» à un groupe de femmes anglophones de Lennoxville
- Décembre 2004 : Envoi d'un calendrier 2005 aux médecins de la région
- Février 2005 : «5 à 7» avec le personnel des CDD et du CRID
- Mars 2005 : Conférence «Nos seins, on s'en occupe!» dans le cadre d'une soirée organisée par le Centre de santé des femmes
- Automne 2005 : Articles dans La Tribune, La Nouvelle et les hebdomadaires régionaux
- Diffusion d'affiches et signets dans les pharmacies et les cliniques médicales
- Publication de l'affiche du programme dans La Tribune
- Entrevue à l'émission «La Vie en Estrie» au réseau TVA, à laquelle Mme Francine Ruel et Dr Ginette Varin ont participé.

Plan de communication 2005-2008

ETAT DE SITUATION

Dès l'implantation du P.Q.D.C.S. en Estrie en mai 1998, la région a accordé une place prioritaire à la communication auprès des femmes visées par le programme et des professionnels concernés.

Afin de sensibiliser les femmes à l'importance de passer une mammographie de dépistage à tous les 2 ans, l'attention a d'abord porté sur la démonstration de l'efficacité de la mammographie; un poster montrant en son centre un point noir d'une taille de 3 mm (représentant la grosseur d'une tumeur détectable à la mammographie) fut produit et distribué dans les cliniques, pharmacies et salons de coiffure de la région. Par la suite, un deuxième poster, évoquant le thème de la fidélité à la mammographie de dépistage, a été réalisé et distribué aux mêmes endroits. Une carte de fidélisation à la mammographie de dépistage, produite en 2002, demeure toujours en utilisation; celle-ci est remise à la femme lors de sa première mammographie et complétée lors de chaque mammographie subséquente. De 2002 à 2006, un message télévisé fut diffusé périodiquement aux heures de grande écoute; trois Estriennes dont l'âge se situe entre 50 et 69 ans, de même que le médecin responsable du programme en Estrie et la directrice de santé publique et de l'évaluation ont participé à cette campagne publicitaire.

Par ailleurs, les médecins ont été rejoints régulièrement comme intervenants de première importance auprès des femmes. Des ateliers de formation pour les médecins de première ligne furent organisés lors de l'implantation du programme en 1998. En 2002, une étude auprès des médecins, intitulée «Étude de la perception des médecins de l'Estrie en regard du P.Q.D.C.S.» a été réalisée. En 2004 et 2005, deux calendriers, de même qu'un bulletin d'information, contenant des messages-clé sur la prescription de la mammographie, des renseignements sur l'organisation des services en Estrie et la description des résultats du programme ont été produits à leur intention.

Soulignons qu'en 2005, tous les médecins radiologistes de l'Estrie ayant une expertise en mammographie ont demandé et reçu, de façon confidentielle, leur profil individuel de pratique professionnelle.

Au niveau organisationnel, les points suivants sont à souligner. D'une part, le Centre de coordination des services régionaux relève du Regroupement soins en oncologie du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke depuis 2004. D'autre part, les départs à la retraite de Madame Nicole Desrosiers, Madame Diane Bégin, M. Gilles-Yvon Lévesque et Madame Christiane Cantin, et le départ de Dr Robert Pronovost, appelé à œuvrer sur d'autres dossiers de santé publique, ont marqué les deux dernières années. Ces intervenants-clé auront contribué de façon majeure à la notoriété du programme dans la région.

Actuellement, en Estrie, la phase d'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein est parachevée et l'étape de consolidation est bien amorcée. A ce nouveau stade d'évolution, il est important de toujours garder en perspective l'objectif de réduction de la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans. Pour ce faire, l'atteinte des normes fixées par le programme et l'offre de services de grande qualité aux femmes sont prioritaires.

Introduction

Au 31 décembre 2006, le taux de participation des femmes de 50 à 69 ans en Estrie se situait à 63,9 %. L'objectif visé est d'au moins 70 %.

En Estrie, le programme rejoint d'une façon moins efficace certaines femmes, notamment les femmes de plus de 65 ans, les femmes qui se désintéressent du dépistage avec le temps, et les femmes habitant à l'extérieur de la Ville de Sherbrooke. Par ailleurs, certaines femmes, aptes à réintégrer le programme suite à une investigation dont le résultat est bénin, ne sont pas rappelées par le programme actuellement.

Le plan de communication régional pour 2005-2008 vise à rejoindre les Estriennes qui participent moins au programme. Pour ce faire, nous priorisons des actions avec les professionnels intervenant auprès d'elles sur une base individuelle; ces interventions s'étaleront sur une période de 3 ans.

Il est à noter que Madame Francine Ruel, écrivaine et comédienne bien connue, agit à titre de porte-parole du P.Q.D.C.S. au Québec depuis 2005. Son message consiste à encourager les femmes à prendre un rendez-vous pour une mammographie de dépistage et à y retourner aux 2 ans. Sa participation à des interventions de communication régionales est déjà en cours et continuera à l'être dans les prochaines années.

CLIENTÈLES et OBJECTIFS

1. Femmes de 50 à 69 ans

- Sensibiliser les femmes de 50 à 69 ans à l'importance de passer une mammographie de dépistage tous les 2 ans.
- Évaluer la satisfaction des femmes en regard du programme.

2. Sous-groupes de femmes qui participent moins au programme

a) Femmes de 65 à 69 ans

- Sensibiliser les femmes de 65 à 69 ans à l'importance de continuer à passer une mammographie de dépistage tous les 2 ans car le risque d'avoir un cancer du sein augmente avec l'âge.

b) Femmes habitant hors de la Ville de Sherbrooke

c) Femmes qui n'ont jamais répondu à l'invitation

Identifier et réinviter ces femmes.

d) Femmes qui ne reviennent pas après une ou plusieurs mammographies de dépistage

Identifier et réinviter ces femmes.

3. Professionnels intervenant auprès des femmes sur une base individuelle

a) Technologues en mammographie

- Renforcer le rôle de la technologue dans la fidélisation des femmes de 50 à 69 ans et, en particulier, des femmes de plus de 65 ans, au dépistage du cancer du sein.
- Rappeler l'importance d'offrir des services de qualité qui inciteront les femmes à continuer à participer au programme.

b) Réceptionnistes des centres de dépistage désignés

- Sensibiliser les réceptionnistes à l'importance d'offrir des services de qualité qui inciteront les femmes à continuer à participer au programme.
- Sensibiliser les réceptionnistes à l'importance de leur rôle dans la fidélisation des femmes au dépistage du cancer du sein.

c) Médecins traitants

- Rappeler aux médecins de recommander une mammographie de dépistage aux femmes atteignant l'âge de 50 ans.
- Renforcer le rôle du médecin traitant dans la fidélisation des femmes de 50 à 69 ans au dépistage du cancer du sein à l'intérieur du P.Q.D.C.S.
- Rappeler l'importance de recommander en particulier aux femmes de 65 ans à 69 ans, de continuer à passer une mammographie de dépistage tous les 2 ans à l'intérieur du programme.
- Rappeler l'importance de prescrire aux femmes de plus de 70 ans une mammographie de dépistage tous les 2 ans.
- Renforcer le rôle du médecin traitant auprès des femmes qui ont eu un résultat normal ou bénin à l'investigation afin de réintégrer celles-ci au dépistage.

d) Médecins radiologistes

- Sensibiliser les radiologistes à l'importance de leur rôle dans la fidélisation des femmes de 50 à 69 ans au dépistage du cancer du sein.
- Sensibiliser les radiologistes à l'importance d'offrir des services de qualité qui inciteront les femmes à continuer à participer au programme.
- Renforcer la participation et l'engagement des radiologistes dans le maintien des mécanismes d'assurance de la qualité en Estrie

4. Infirmières des CSSS et des GMF

- Sensibiliser les infirmières qui interviennent auprès des femmes vivant à Sherbrooke ou à l'extérieur en Estrie à l'importance de leur rôle dans la fidélisation des femmes de plus de 50 ans au dépistage du cancer du sein.
- Sensibiliser à l'importance de recommander aux femmes de 65 à 69 ans de continuer à passer une mammographie de dépistage tous les 2 ans à l'intérieur du programme.
- Sensibiliser à l'importance de recommander aux femmes de plus de 70 ans de continuer à passer une mammographie de dépistage tous les 2 ans avec une prescription médicale.

5. Organismes communautaires

- Sensibiliser les intervenants communautaires à l'importance de la mammographie de dépistage chez les femmes de 50 ans et plus.

STRATÉGIE

Pour la période 2005-2008, notre approche vise surtout à contacter les professionnels intervenant auprès des femmes qui participent moins au dépistage.

MESSAGE

Le message porte d'abord sur l'importance pour les femmes de 50 à 69 ans de persister à passer régulièrement une mammographie de dépistage aux 2 ans.

Il s'adresse aux femmes de 50 à 69 ans, plus particulièrement aux femmes de 65 à 69 ans.

Nous visons surtout à faire passer ce message par les professionnels qui interviennent auprès des femmes ciblées par le programme.

MOYENS

1. Femmes de 50 à 69 ans

- Distribution d'affiches produites par le MSSS.
- Révision du libellé des lettres d'invitation, de relance et de rappel.
- Participation à des activités organisées par des groupes communautaires œuvrant auprès des femmes de 50 à 69 ans.
- « Focus-groups » de femmes admissibles n'ayant jamais répondu à l'invitation ou ayant abandonné le programme.
- Offre de rencontres de sensibilisation à la mammographie de dépistage et de présentation du programme aux groupes communautaires majoritairement composés de femmes de 50 ans et plus.
- Offre de participation à la journée «santé» de la FADOQ à l'automne 2007.
- Participation à des organisations populaires d'activités autour du thème du cancer du sein telle la soirée mère/fille du Séminaire Salésien (4 avril 2007).

2. Sous-groupes de femmes qui participent moins au Programme

A) FEMMES DE 65 À 69 ANS

- Article dans « La Nouvelle ».
- Article dans « La Tribune » dans les pages réservées au CHUS.
- **Aviser les femmes de 68-69 ans qu'il s'agit du dernier rappel pour elles à l'intérieur du PQDCS et les encourager à poursuivre le dépistage.**

B) FEMMES VIVANT HORS DE LA VILLE DE SHERBROOKE

- Conférences au niveau local avec la collaboration du CSSS et des groupes communautaires de chaque MRC concernée.
- Publicité dans les médias locaux des territoires concernés.

3. Professionnels intervenant auprès des femmes sur une base individuelle

A) TECHNOLOGUES EN MAMMOGRAPHIE

- Rencontres – échanges avec le personnel de chaque CDD et du CRID
- Formation
- « 5 à 7 » annuel

B) RÉCEPTIONNISTES DES CENTRES DE DÉPISTAGE DÉSIGNÉS

- Rencontres – échanges avec le personnel de chaque CDD
- « 5 à 7 »

C) MÉDECINS RADIOLOGISTES EN MAMMOGRAPHIE

- Lettre aux médecins envoyée par le Ministre de la Santé et des Services sociaux (mars 2006)
- Renforcer l'importance de la participation des radiologistes au comité régional de l'assurance de la qualité

D) MÉDECINS TRAITANTS

- Information sur la prescription de la mammographie.
- Carnets de prescriptions de mammographie?
- Lettre aux médecins envoyée par le Collège des médecins du Québec concernant le PQDCS (mars 2006).
- Avis de santé publique à l'automne 2006.
- Lettres aux médecins mentionnant des points à privilégier dans les résultats du PQDCS à l'automne 2007.

4. Intervenants des CSSS et GMF

- **Tournée des CSSS et des GMF sur 3 ans.**
- Formation auprès des infirmières en pratiques cliniques préventives et des services courants pertinents des CSSS.

RESSOURCES FINANCIÈRES

L'Agence de santé et de services sociaux de l'Estrie a en réserve un budget de 10 000\$ par année pour 2 ans (soit jusqu'en 2007) et le CHUS a un budget de communication de 5 000\$ par année.

RESSOURCES HUMAINES

La coordonnatrice administrative du Programme québécois de dépistage du cancer du sein en Estrie, le médecin responsable et la secrétaire du Centre de coordination des services régionaux du PQDCS –Estrie seront impliqués dans le plan de communication 2005-2008. Le personnel des communications de l'Agence et du CHUS se joignent pour certains projets identifiés.

EVALUATION

La satisfaction des femmes à l'égard du programme sera éventuellement évaluée.

BIBLIOGRAPHIE

- ¹ Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Programme québécois de dépistage du cancer du sein – Cadre de référence, Québec, 1996.
- ² Santé Canada. Rapport du groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation. Lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein, 2002.
- ³ Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Programme québécois de dépistage du cancer du sein – Cadre de référence, Québec, 1996, p.18.
- ⁴ Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Programme québécois de dépistage du cancer du sein – Cadre de référence, Québec, 1996, p.16.
- ⁵ Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Programme québécois de dépistage du cancer du sein – Cadre de référence, Québec, 1996, p.22.
- ⁶ Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Programme québécois de dépistage du cancer du sein – Cadre de référence, Québec, 1996, p. 29.
- ⁷ Santé Canada. Rapport du groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic de l'initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein, Ottawa, Ontario, 2000, p. 23.
- ⁸ Santé Canada. Rapport du groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation. Lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein, 2002, p.13.
- ⁹ Santé Canada. Rapport du groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation. Lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein, 2002, p.9.
- ¹⁰ Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Programme québécois de dépistage du cancer du sein – Cadre de référence, Québec, 1996, p.55.
- ¹¹ Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Programme québécois de dépistage du cancer du sein – Cadre de référence, Québec, 1996, p.33.
- ¹² Santé Canada. Rapport du groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation. Lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein, 2002, p.14.
- ¹³ Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Programme québécois de dépistage du cancer du sein – Cadre de référence, Québec, 1996, p.33.
- ¹⁴ Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Programme québécois de dépistage du cancer du sein – Cadre de référence, Québec, 1996, p.33.
- ¹⁵ Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Programme québécois de dépistage du cancer du sein – Cadre de référence, Québec, 1996, p.33.