

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein en Estrie

Le **Programme québécois de dépistage du cancer du sein** (PQDCS) invite personnellement les femmes de 50 à 69 ans à passer une mammographie de dépistage aux deux ans. En Estrie, près de 7 femmes sur 10 disent « oui » à la mammographie de dépistage! En moyenne, chaque semaine, plus de 440 mammographies de dépistage sont réalisées dans l'un des 6 centres de dépistage désignés de la région.

Mais, qu'en est-il au juste? Tout en rappelant certains principes de base du PQDCS, ce bulletin vise à présenter la performance du Programme au 31 décembre 2015 concernant principalement la capacité de joindre la population féminine. Un portrait sommaire du cancer du sein en Estrie ainsi qu'une brève description du Programme et des principaux facteurs de risque du cancer du sein sont présentés au préalable.

1. Le cancer du sein en Estrie

En Estrie, l'ensemble des cancers cause à lui seul près d'un tiers (30,2 %) des décès, toutes causes confondues. À chaque année, le nombre de nouveaux cas et de décès ne cesse de croître, entre autres, parce que la population augmente et vieillit¹.

Selon la Société canadienne du cancer, une femme sur 9 sera atteinte d'un cancer du sein au cours de sa vie et 1 sur 30 en décèdera². Au Québec, le cancer du sein est le type de cancer le plus souvent diagnostiqué chez les femmes et le second plus meurtrier. En 2016, il est estimé que 6 300 Québécoises auraient reçu un diagnostic de cancer du sein et 1 300 en seraient décédées³.

En Estrie, le portrait du cancer du sein est comparable à celui du Québec. En bref⁴ :

- Le cancer du sein représente 25 % des nouveaux cas de cancer. Il se manifeste majoritairement chez les femmes âgées de 50 ans ou plus avec 54 % des cas diagnostiqués chez les femmes de 50 à 69 ans et 30 % chez celles âgées de 70 ans et plus. En moyenne chaque année, plus de 320 Estriennes sont nouvellement diagnostiquées, dont 172, âgées de 50 à 69 ans (période 2006-2010).



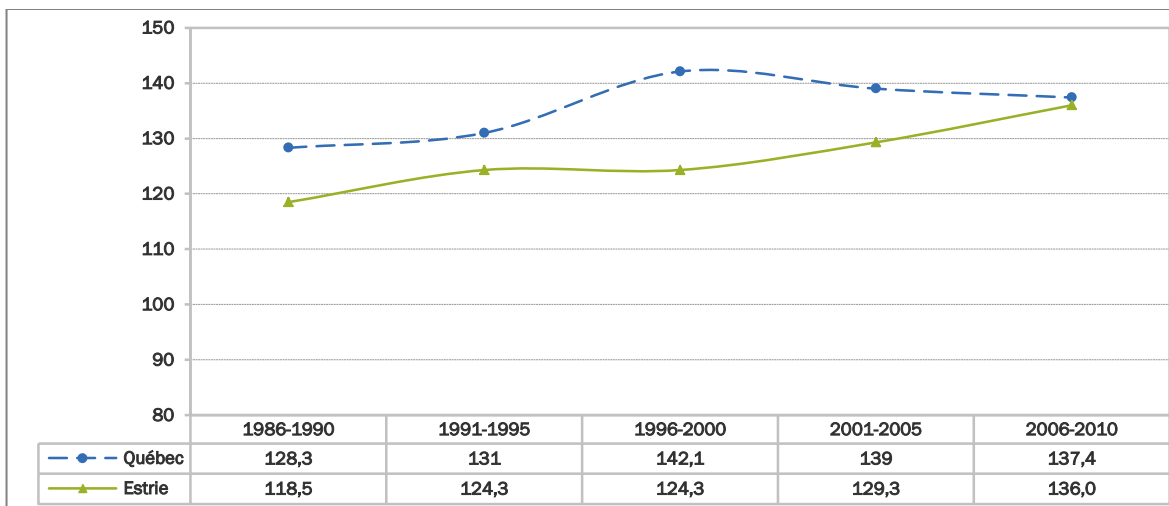
- Ce cancer est à l'origine de 13,2 % des décès par cancer et de 4 % de tous les décès chez la femme (toutes causes confondues). En moyenne, chaque année, 73 Estriennes en décèdent dont 30, âgées de 50 à 69 ans (période 2008-2012).

Nouveaux cas

Pour l'ensemble des femmes (tous âges), malgré généralement un taux de nouveaux cas moins élevé en Estrie que pour le reste du Québec, l'incidence a connu une hausse significative de 1986 à 2010. Au Québec, l'augmentation du taux constatée jusqu'à la fin des années 90 fut suivie d'une diminution au cours de la dernière décennie. Le taux d'incidence estrien a rejoint celui du Québec en 2006-2010 (Figure 1).

Pour les femmes âgées de 50 à 69 ans, le taux d'incidence du cancer du sein a connu, de 1986 à 2010, une hausse importante tant en Estrie qu'au Québec (non illustré). Dans la région, l'incidence passa de 235,1 à 282,5 nouveaux cas pour 100 000 personnes (résultats comparables à ceux du Québec).

Figure 1
Taux ajusté (pour 100 000) de nouveaux cas de cancer du sein chez la femme, Estrie et Québec, 1986-1990 à 2006-2010



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2016 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015.

Note : Cancer selon la CIM-O-3 : sein (C50 et histologie = toutes sauf 9050-9055, 9140, 9590-9992).

Selon la Société canadienne du cancer, les fluctuations de l'incidence résultent de la combinaison de divers facteurs dont la participation continue au dépistage par mammographie. La diminution du recours au traitement hormonal substitutif chez les femmes ménopausées aurait pour sa part favorisé une baisse du taux des nouveaux cas au début des années 2000⁵.

Prévalence

En janvier 2011, 2 341 Estriennes vivaient avec un diagnostic de cancer du sein reçu au cours des 10 dernières années, soit environ 1 % de la population féminine de la région. De 1994 à 2011, la prévalence a bondi de 1,2 % à 2 %⁶ chez les Estriennes âgées de 50 à 69 ans. L'augmentation du nombre de nouveaux cas combinée à l'amélioration du taux de survie au fil des ans explique en grande partie la hausse du nombre de femmes vivant avec un cancer du sein.

Mortalité

Le taux de décès attribuable au cancer du sein pour l'ensemble des femmes (tous âges) a progressivement diminué au Québec et en Estrie, notamment depuis le sommet observé en 1988-1990

(Figure 2). En 2010-2012, le taux de mortalité estrien a rejoint celui du Québec avec 27,7 décès pour 100 000 personnes, et ce, suite à des résultats statistiquement inférieurs (ex. : 2004-2009). Tant en Estrie qu'au Québec, une diminution de plus de 40 % du taux de mortalité est constatée chez les femmes de 50 à 69 ans atteignant respectivement 44,8 et 44,5 décès pour 100 000 personnes (période 1986-2012, non illustrée).

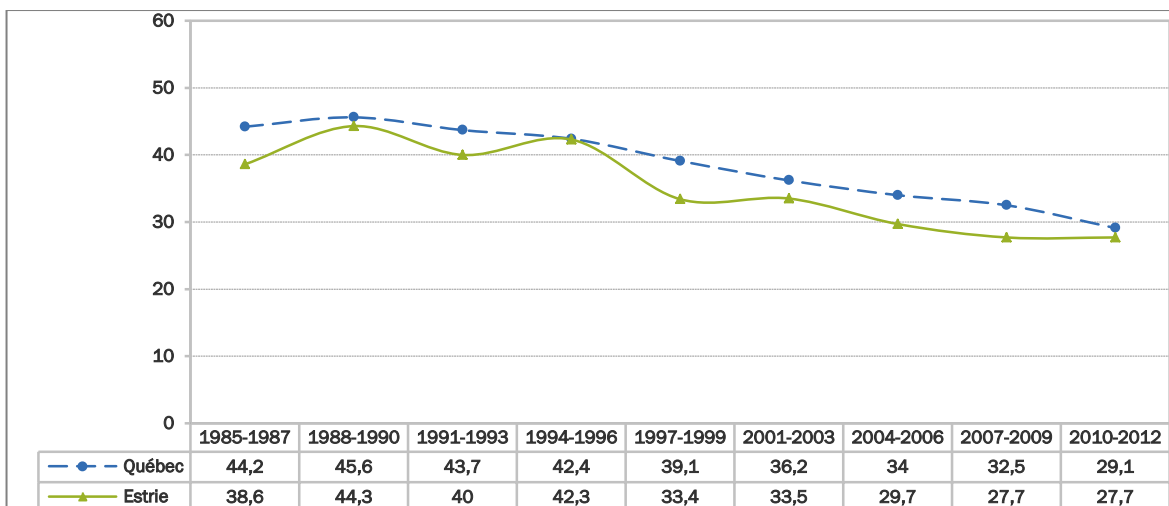
Selon la Société canadienne du cancer, la diminution de la mortalité est probablement secondaire au dépistage accru par mammographie et à l'utilisation de traitements plus efficaces⁷.

Saviez-vous que...

La survie nette, 5 ans après le diagnostic, est globalement de 87 % pour les cancers du sein au Canada.

En général, plus le cancer du sein est diagnostiqué et traité tôt, meilleur est le pronostic. La survie, 5 ans après le diagnostic, passe de 100 % à un stade très précoce (stade 0) à 22 % à un stade plus avancé (stade IV).⁸

Figure 2
Taux ajusté (pour 100 000) de mortalité par cancer du sein chez la femme, Estrie et Québec, 1985-1987 à 2010-2012



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2016 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015.

Note : Cancer selon la CIM-9 et CIM-10 : sein (CIM-9 = 140-208; CIM-10 = C00-C97).

2. Facteurs de risque, en un coup d'œil

On ne peut parler du cancer du sein et de son dépistage sans souligner l'importance d'intervenir sur les facteurs de risque modifiables en adoptant, entre autres, de saines habitudes de vie, en maintenant un poids santé et en intervenant sur les facteurs hormonaux tels que l'utilisation de contraceptifs oraux et de l'hormonothérapie substitutive chez les femmes ménopausées. L'allaitement et avoir au moins une grossesse à terme, en particulier avant l'âge de 30 ans, réduisent également le risque de cancer du sein.

Saviez-vous que...

Parmi les principaux facteurs de risque, nous retrouvons¹⁰ :

- Sexe (femme)
- Âge
- Gènes ayant subi des mutations (ex. : BRCA 1 et 2)
- Antécédent de cancer du sein
- Histoire familiale de cancer du sein ou de l'ovaire
- Densité mammaire élevée
- Antécédents de cancer du sein ou de lésions mammaires à risque
- Radiothérapie au sein ou au thorax
- Facteurs hormonaux :
 - Menstruations précoces ≤ 11 ans et ménopause tardive > 55 ans
 - Contraceptifs oraux ≥ 10 ans
 - Hormonothérapie substitutive ≥ 5 ans
 - 1^{re} grossesse tardive (30 ans) ou aucune grossesse à terme
 - Ne pas avoir allaité (allaiber diminue le risque)
- Consommation d'alcool
- Obésité chez les femmes postménopausées
- Sédentarité (être actif diminue le risque)
- Tabagisme et fumée secondaire

Par ailleurs, pour les femmes à haut ou très haut risque de développer un cancer du sein, une stratégie *personnalisée* de réduction des risques peut être établie. Les femmes à haut risque pourraient bénéficier de pharmacoprévention dans certains cas. La mastectomie et l'ovariectomie prophylactiques ne sont à considérer que pour un nombre limité de femmes à très haut risque de cancer du sein⁹.

3. Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

Le PQDCS est un programme de dépistage populationnel visant à réduire d'au moins 25 %, sur une période de 10 ans, le taux de mortalité causée par le cancer du sein chez les femmes invitées, soit celles âgées de 50 à 69 ans. A cette fin, la participation de 70 % et plus des femmes et la recherche constante de la plus grande qualité des services sont considérées comme les conditions essentielles à la réussite du Programme.

Les femmes sont conviées à passer une mammographie de dépistage au moyen d'une lettre d'invitation personnalisée acheminée par courrier aux deux ans. Elles peuvent également se prévaloir du service par une ordonnance médicale de leur médecin traitant ou d'une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL).

Sans pouvoir adhérer au programme, les femmes de 70 ans ou plus ainsi que les femmes de 35 à 49 ans chez qui le médecin ou l'IPS-SPL reconnaît la pertinence d'un tel examen, peuvent passer une mammographie de dépistage *uniquement au moyen d'une prescription d'une mammographie de dépistage*.

Services offerts

Le PQDCS offre l'ensemble des services liés au dépistage, allant de l'invitation à participer au programme jusqu'à l'établissement du diagnostic histologique, s'il y a lieu.

Les services aux femmes comprennent notamment :

- l'information sur le programme;
- l'invitation au dépistage par courrier aux deux ans;
- le dépistage par mammographie;
- la lettre de résultat de la mammographie par courrier;
- l'investigation, lorsque nécessaire;
- le suivi psychosocial, au besoin, pour les femmes en attente de diagnostic.

La garantie d'un suivi médical suite au dépistage constitue un des avantages les plus importants. Lors de l'utilisation de la lettre d'invitation comme ordonnance médicale, le Programme s'assure que le professionnel de la santé désigné par la femme a bien reçu les résultats et qu'il prend en charge le suivi médical nécessaire. Le PQDCS offre aux femmes sans médecin de famille ou IPSPL l'accès à un tel professionnel (dit médecin ou IPSPL *volontaire*) pour l'épisode de services en cours.

Il est à noter que la mammographie de dépistage constitue toujours *le seul examen de dépistage* reconnu comme pouvant réduire la mortalité par cancer du sein à l'intérieur d'un programme populationnel. De nouvelles technologies sont actuellement à l'étude dont principalement la *tomosynthèse mammaire numérique* qui permet la prise de plusieurs clichés sous différents angles. Une image tridimensionnelle (3D) de la glande mammaire est alors générée à partir des différents plans obtenus. Quoique prometteuse, cette technologie nécessite d'autres études quant à son utilisation à grande échelle comme outil de dépistage dans le cadre d'un programme organisé. À cet effet, des recommandations de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux sont attendues au cours de 2017.

Saviez-vous que...

L'organisation estrienne des services repose sur :

- Quatre centres de dépistage désignés :
 - le Centre Radiologique de Sherbrooke et le Centre Radiologique de l'Estrie (dont les services seront fusionnés sous une même adresse dès l'automne 2017)
 - le Centre Imagix-radiologie Granby
 - le Centre de santé et de services sociaux du Granit
- Deux centres publics, à la fois centre de dépistage désigné et centre de référence pour investigation désigné : l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke et l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins du CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- Un centre de référence pour investigation désigné : l'Hôpital de Granby du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Avantages du Programme

La réduction de la mortalité est la raison d'être du Programme. Selon une étude de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)¹¹, cinq ans après l'instauration du Programme (1998-2003), la mise en place de celui-ci serait associée à une réduction de la mortalité par cancer du sein :

- de 35 à 41 % parmi les participantes
- de 7 à 11 % parmi les femmes admissibles (participantes et non participantes).

L'INSPQ souligne également dans un avis scientifique sur la pertinence d'offrir le PQDCS aux femmes âgées de 70 à 74 ans (2016)¹² : « *qu'il est plausible que la réduction de la mortalité chez les femmes qui participent régulièrement au dépistage, après un certain laps de temps, passe de 25 % chez les femmes de 40-49 ans, à 40 % chez les femmes de 50-59 ans, et à plus de 50 % chez les femmes de 60 ans ou plus* ».

Par ailleurs, les avantages suivants viennent appuyer l'importance du dépistage tous les 2 ans pendant 20 ans¹³ :

- **le dépistage précoce d'un cancer du sein.** À un stade peu avancé, le cancer du sein est souvent plus facile à soigner et un meilleur pronostic est favorisé.
- **un traitement plus conservateur.** Le dépistage précoce peut permettre d'avoir une chirurgie moins étendue et réduire le risque d'avoir de la chimiothérapie.
- **la connaissance de l'état de santé des seins.** La grande majorité des femmes (près de 98 %) n'auront pas de cancer du sein si leurs mammographies ou leurs examens complémentaires n'en ont pas révélé.

Inconvénients et limites

Aucun test de dépistage du cancer, y compris la mammographie, n'est infaillible. Les mammographies demandant une investigation supplémentaire qui ne révélera pas de cancer sont considérées comme ayant un **résultat faussement positif**. En plus d'augmenter le nombre d'examen additionnels requis, ces résultats sont source de stress et d'anxiété. À l'inverse, une mammographie pourrait ne pas détecter de réelles cellules cancéreuses (**résultat faussement négatif**). En effet, certains cancers peuvent passer inaperçus. Les femmes doivent donc rester attentives à l'apparition récente de signes et de symptômes et consulter un professionnel de la santé au moindre doute.

Il arrive qu'une femme reçoive un diagnostic pour un cancer qui n'aurait jamais eu d'effets sur sa santé ou de conséquences sur sa vie, il s'agit d'un cas de **surdiagnostic**. Il est toutefois encore impossible de différencier les cancers inoffensifs des cancers mortels, tous les cancers étant alors traités.

Parmi les limites du PQDCS, il est possible qu'un cancer du sein commence à se développer dans une période de deux ans, entre deux mammographies. De plus, le Programme ne peut garantir que toutes les participantes qui auront un cancer du sein y survivront. Finalement, la mammographie est une radiographie, des radiations sont émises. Selon plusieurs études, le risque de cancer du sein dû aux radiations reçues lors des mammographies est très faible chez les femmes de 50 à 69 ans qui participent au dépistage.

4. La performance du PQDCS au 31 décembre 2015

Les résultats qui suivent visent à fournir une synthèse des informations au regard de l'atteinte de la clientèle cible. Il est à souligner que l'analyse des indicateurs est réalisée en fonction du nouveau découpage territorial entré en vigueur le 1^{er} avril 2015 (incluant les RLS de la Haute-Yamaska et de la Pommeraie).

Population admissible

En Estrie, la population des femmes âgées de 50 à 69 ans admissibles au Programme ne cesse d'augmenter. De 2011 à 2015, elle est passée de 65 163 à 70 568 femmes, soit une hausse de 8 %.

Taux de participation

Pour des raisons de comparabilité avec les autres provinces canadiennes et puisque les femmes qui participent régulièrement au Programme peuvent passer leurs mammographies dans un délai un peu plus long que 24 mois, les taux de participation sont maintenant calculés sur une période de 30 mois (et non de 24 mois comme auparavant).

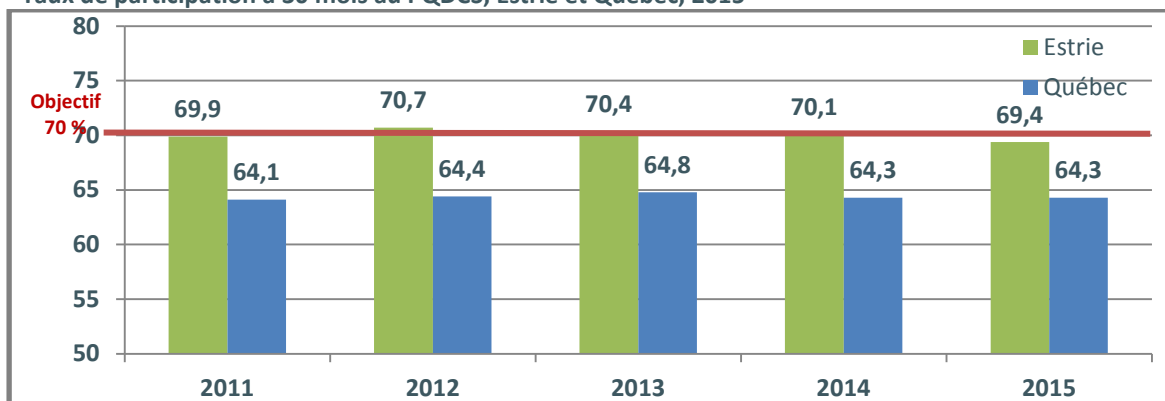
En Estrie, le taux de participation à 30 mois était de 69,4 % en 2015 après un sommet de 70,7 % en 2012 (Figure 3). À la lumière de ces résultats, la cible de 70 % fixée par le PQDCS est globalement atteinte, mais l'évolution de la participation demeure à surveiller.

Saviez-vous que...

En comparant 1 000 femmes de 50 à 69 ans qui participent au dépistage par mammographie tous les 2 ans, pendant 20 ans, à 1 000 autres femmes qui n'y participent pas, **on remarque parmi celles qui participent au dépistage**¹³ :

- 7 décès de moins
- 23 cancers diagnostiqués de plus
- 10 cas de surdiagnostic probable
- 156 femmes de plus passant des examens complémentaires d'investigation

Figure 3
Taux de participation à 30 mois au PQDCS, Estrie et Québec, 2015

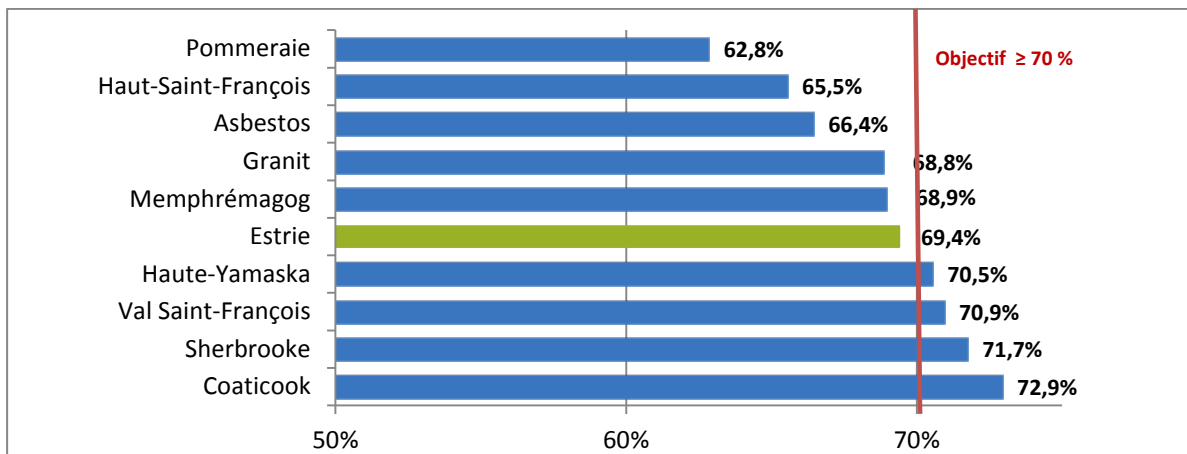


Source : SI-PQDCS, INSPQ, extraction du 19 avril 2016 (dépistage) et du 1^{er} juin 2016 (investigation).

La tendance à la baisse du taux de participation est également confirmée par celle observée pour le taux de couverture (mammographies de dépistage et diagnostiques combinées). De 2010 à 2013, les taux ont passé de 79,2 % à 77,4 % (période de 30 mois) tout en demeurant supérieurs à ceux du reste du Québec (de 75,1 % à 74,6 %).

Nous remarquons une grande disparité du taux de participation selon le réseau local des services (RLS) de santé et des services sociaux (Figure 4). En effet, en 2015, le taux de participation à 30 mois passait de 62,8 % pour le RLS de la Pommeraiie à 72,9 % pour celui de Coaticook, donnant un écart de 10,1 points de pourcentage. Il est à noter que les RLS de la Pommeraiie, du Haut-Saint-François et d'Asbestos étaient en 2015 statistiquement inférieurs à la cible de 70 % (au seuil de 1 %).

Figure 4
Taux de participation à 30 mois au PQDCS par territoire de RLS et pour l'Estrie, 2015

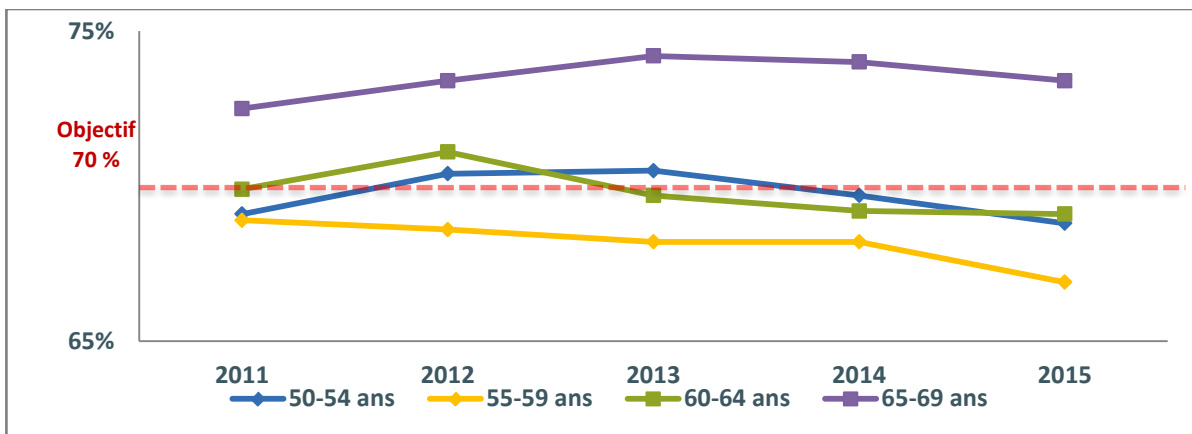


Source : SI-PQDCS, INSPQ, extraction du 19 avril 2016 (dépistage) et du 1^{er} juin 2016 (investigation), actualisation découpage territorial version M34-2016 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015.

Des disparités existent également entre différentes clientèles en Estrie, les taux de participation variant selon les groupes d'âge, la langue de correspondance ainsi que la défavorisation sociale et matérielle.

En ce qui concerne le taux de participation selon les groupes d'âge (Figure 5), une tendance à la baisse est notée pour l'ensemble des femmes notamment depuis 2013 (Figure 5). En 2015, les Estriennes de 65 à 69 ans étaient les seules à atteindre l'objectif de 70 % (au seuil de 1 %). De 2011 à 2015, les femmes de 55 à 59 ans présentaient, année après année, le taux le plus faible s'éloignant même de la cible au fil du temps.

Figure 5
Taux de participation à 30 mois au PQDCS selon l'âge, Estrie, 2015

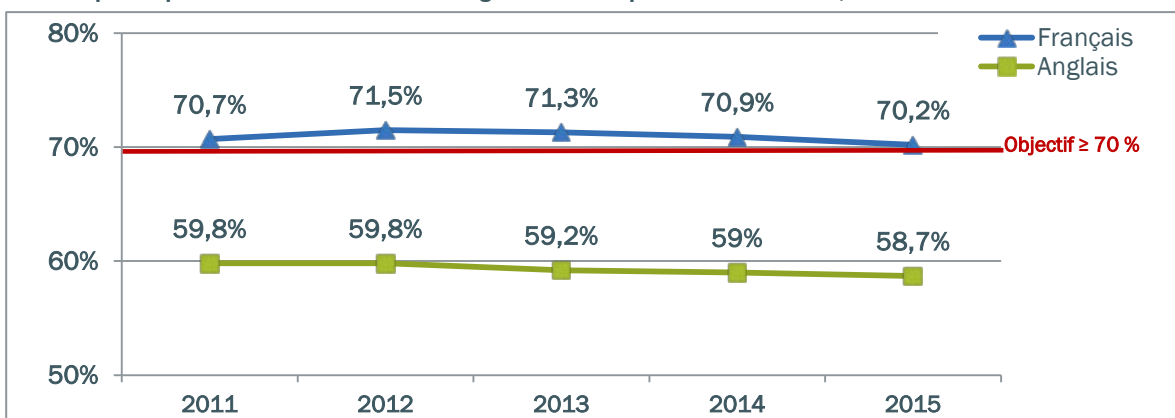


Source : SI-PQDCS, INSPQ, extraction du 19 avril 2016 (dépistage) et du 1^{er} juin 2016 (investigation), actualisation découpage territorial version M34-2016 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015.

De 2011 à 2015, seules les femmes de correspondance en français atteignaient la cible (Figure 6). Au cours des années, les femmes de correspondance en anglais ont maintenu un écart négatif de plus de 10 points de pourcentage. En 2015, plus de 4 800 Estriennes de correspondance en anglais ont été invitées à passer une mammographie de dépistage, 2 000 d’entre elles l’ont toutefois refusée (taux de participation de 58,7 %).

Quel que soit la langue de correspondance et l’année, les taux de participation obtenus en Estrie dépassent ceux du reste du Québec (non illustré).

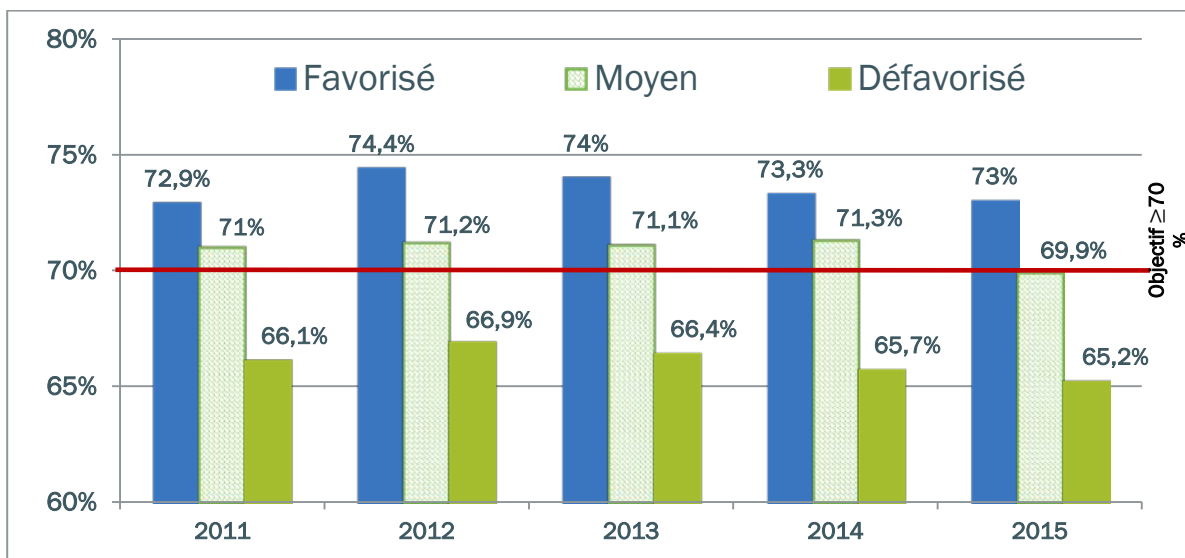
Figure 6
Taux de participation à 30 mois selon la langue de correspondance en Estrie, 2011 à 2015



Source : SI-PQDCS, INSPQ, extraction du 19 avril 2016 (dépistage) et du 1er juin 2016 (investigation), actualisation découpage territorial version M34-2016 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015.

Finalement, les inégalités sociales et matérielles ont un impact majeur sur le taux de participation des femmes (Figure 7). En 2015, 73 % des femmes des milieux favorisés participaient au Programme contre 65,2 %, des milieux défavorisés. De 2011 à 2015, seules les femmes des milieux défavorisés n’atteignaient pas la cible. Toutefois, même au sein des milieux défavorisés, il existait des disparités importantes : en 2015, le RLS de la Pommeraie présentait un taux de participation inférieur (59,9 %) à celui du reste de la région alors que celui du Val-St-François (71 %) était supérieur. De 2012 à 2015, une tendance à la baisse de l’ensemble des taux est constatée indépendamment des milieux. Au cours des années, les taux régionaux sont demeurés supérieurs à ceux du Québec.

Figure 7
Taux de participation à 30 mois selon l’indice de défavorisation matérielle et sociale en Estrie, 2011 à 2015



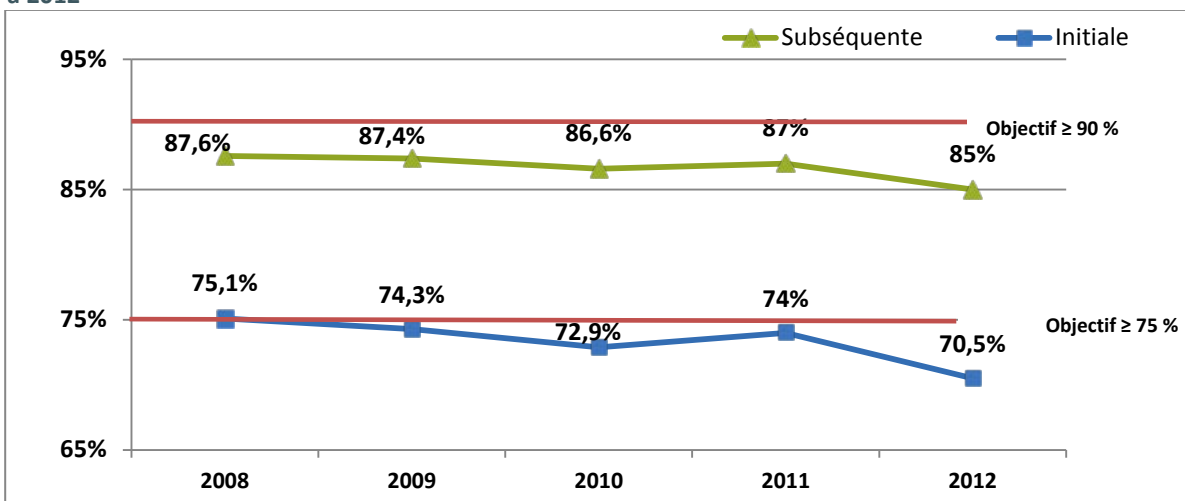
Source : SI-PQDCS, INSPQ, extraction du 19 avril 2016 (dépistage) et du 1^{er} juin 2016 (investigation), actualisation découpage territorial version M34-2016 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015.

Taux de fidélisation

C'est la participation régulière aux deux ans qui permet d'optimiser les avantages du PQDCS. En la matière, il est visé que : $\geq 75\%$ des femmes passent un nouvel examen de dépistage dans un délai de 30 mois suite à une mammographie initiale et $\geq 90\%$ le font suite à une mammographie subséquente.

En Estrie, le taux de fidélisation à 30 mois a diminué significativement depuis 2008 pour atteindre en 2012, 70,5 % pour la mammographie initiale et 85 % pour la mammographie subséquente (Figure 8). Toutefois, ces résultats, à l'instar des autres années, étaient significativement supérieurs à ceux du Québec (63,5 % et 80,7 % respectivement). Il est à constater que malgré le non-respect des cibles, particulièrement suite à une mammographie subséquente, des proportions élevées de femmes revenaient au Programme. L'évolution de la fidélisation demeure à surveiller contribuant à la baisse observée du taux de participation.

Figure 8
Taux de fidélisation à 30 mois suite à une mammographie initiale et subséquente, Estrie, 2008 à 2012



Source : SI-PQDCS, INSPQ, extraction du 19 avril 2016 (dépistage) et du 1^{er} juin 2016 (investigation), actualisation découpage territorial version M34-2016 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015.

Il est constaté qu'un résultat de mammographie de dépistage *anormal* (nécessitant des examens complémentaires) a un fort impact négatif sur le taux de fidélisation, celui-ci passant globalement de 84 % à 66,5 % en 2012 (Tableau 1). Parmi les facteurs explicatifs : une prise en charge médicale personnalisée (par un médecin de famille ou IPSPL), et ce, malgré le fait que certaines femmes pourraient poursuivre dans le Programme suite à un résultat d'investigation *normal* ou *bénin*.

Tableau 1
Taux de fidélisation à 30 mois¹, mammographies initiale et subséquente, selon le résultat de cette mammographie, Estrie, PQDCS, 2012

Résultat	Taux de fidélisation (%)		
	Initiale	Subséquente	TOTALE
Estrie			
<i>Normal</i>	73,1	86,1	84
<i>Anormal</i>	59,4	70,5	66,5
TOTAL	70,5	85	82,4

Source : INSPQ, Infocentre, Analyse statutaire, extraction 20 octobre 2016

¹ Proportion de femmes ayant une mammographie subséquente dans les 30 mois (inclusivement) suivant celle de 2012.

Taux de rétention régionale

De 2011 à 2015, la grande majorité des Estriennes, soit environ 95 %, passaient leur mammographie de dépistage dans leur région de résidence, soit à l'un des 6 centres de dépistage désignés de l'Estrie. Au fil des ans, le taux de rétention estrien est demeuré stable avec des résultats supérieurs à ceux du reste du Québec (en 2015, 95,5 % contre 90,8 % respectivement).

Pour cette même période, la majorité des RLS présentaient également des taux supérieurs à ceux du reste du Québec, à l'exception de ceux d'Asbestos (64,7 %) et de la Pommerai (88,9 %). Il est à noter que, pour le RLS du Granit, la venue d'un centre de dépistage désigné sur le territoire a fait passer le taux de rétention de 76,3 % en 2011 à 89,3 % en 2015 (comparable à celui du Québec, mais inférieur au taux estrien).

Performance organisationnelle en quelques données

L'évaluation de la performance technique et organisationnelle ne faisant pas partie de ce bulletin, il s'avère toutefois intéressant de constater sommairement la performance régionale en ce qui concerne les taux de mammographie avec un résultat *anormal* (taux de référence) et le taux de détection des cancers.

Un des objectifs du Programme est de réduire au minimum les inconvénients pour les participantes. L'un de ceux-ci est la présence de faux positifs impliquant des examens complémentaires. Le défi pour le Programme est d'optimiser la détection des cancers du sein tout en obtenant des taux de référence respectant les valeurs souhaitées.

En 2015, avec un taux de référence globale de 9,5 % (Québec : 11,3 %), 2 229 femmes ont reçu un résultat *anormal* à leur mammographie de dépistage dans l'un des CDD estriens. Malgré une hausse des taux de référence constatée de 2011 à 2015, tant les mammographies initiales que subséquentes ont présenté des résultats inférieurs à ceux du reste du Québec.

En 2015, le taux de référence pour la mammographie de dépistage initiale était de 17,5 % (Québec 21,3 %) et de 8,3 % (Québec 9,4 %), pour la mammographie subséquente.

En ce qui concerne la détection des cancers, 298 cancers du sein (in situ et infiltrants) ont été diagnostiqués en Estrie au cours de la période 2013-2014 (24 mois), et ce, avec des taux respectant les normes, soit : 8,4 cancers diagnostiqués pour 1 000 mammographies initiales (norme : > 5/1000) et 6 cas pour 1 000 mammographies subséquentes (norme : > 3,5/1000). Les taux obtenus pour le reste du Québec pour cette période sont de 7,9 et 6,3 pour 1 000 mammographies respectivement.

Il est à souligner que l'analyse de l'atteinte des normes techniques et organisationnelles pour les centres désignés de l'Estrie ont fait l'objet de rapports individuels transmis en avril 2017. La venue d'importants indicateurs au cours de 2017 pour la région et pour chacun des centres tels que les valeurs prédictives positives des mammographies de dépistage, les taux détaillés de détection et les types de cancer dépistés complèteront l'évaluation de la performance du Programme en Estrie.

EN CONCLUSION

Tant pour le MSSS que pour la Direction de santé publique de l'Estrie, le PQDCS constitue un programme populationnel efficace dans la lutte contre le cancer du sein. Les analyses de l'INSPQ touchant ce Programme ainsi que les recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif et du groupe « US Preventive services task force » au regard du dépistage du cancer du sein appuient cette position.

En Estrie, les femmes âgées de 50 à 69 ans répondent favorablement à l'invitation du Programme. Plus de 44 100 Estriennes de 50 à 69 ans ont participé au Programme en 2014-2015 (24 mois). Au cours des dernières années, la participation attendue de 70 % et plus de la population admissible est globalement atteinte. De plus, l'ensemble des indicateurs populationnels (étudiés dans ce bulletin) démontrent des résultats supérieurs à ceux du reste du Québec.

Il n'en demeure pas moins que la tendance à la baisse de la participation à passer une mammographie de dépistage est à surveiller. Plus spécifiquement, des taux plus faibles de participation ont été constatés parmi les groupes de femmes possédant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :

- âgées de 55 à 59 ans;
- résidentes du RLS de la Pommerai, du Haut-Saint-François ou d'Asbestos;
- correspondance en anglais;
- résidentes de milieux défavorisés.

La fidélisation des femmes au Programme mérite également une attention particulière afin de permettre l'atteinte des cibles fixées et de contrer la baisse constatée suite à une mammographie de dépistage initiale ou subséquente. **C'est le recours continu à la mammographie de dépistage qui optimise l'efficacité du PQDCS.**

Par ailleurs, comme tout programme populationnel de dépistage, le PQDCS présente des effets non désirés tels que les résultats faussement positifs ou faussement négatifs et le surdiagnostic. Le Programme prend ces éléments au sérieux d'où l'application de mécanismes rigoureux d'assurance de la qualité reposant sur de

nombreuses normes et exigences techniques, organisationnelles et professionnelles.

Les femmes qui accordent moins d'importance à la diminution obtenue du risque de mortalité par cancer du sein et qui sont préoccupées par ces effets non désirés pourraient refuser le dépistage. Il est ainsi impératif que toute femme conviée à participer au Programme soit en mesure de prendre une décision éclairée notamment dans le contexte actuel où des informations contradictoires sont lancées dans les médias et par le milieu scientifique. À cet effet, les femmes sont conviées à consulter l'outil d'information joint à leur lettre d'invitation et le Portail santé mieux-être (<http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/programme-quebecois-de-depistage-du-cancer-du-sein-pqdcsc>).

Les professionnels de la santé sont invités à encourager les femmes admissibles à participer au Programme aux deux ans et à les assister dans une prise de décision éclairée. Suite à un résultat anormal de la mammographie, les médecins et IPSPL sont également invités à favoriser le maintien ou le retour au Programme des femmes dont le résultat d'investigation le permet. Des stratégies de soutien aux professionnels de la santé sont présentement à l'étude par la Direction générale de cancérologie dont une nouvelle formation bientôt disponible par Internet.

Les centres de dépistage et de référence pour investigation désignés de la région reconnaissent l'impact important qu'ils exercent sur la participation et la fidélisation des femmes au Programme. Ils sont globalement garants de la haute qualité des services à assurer aux femmes. Ils sont également des acteurs clés dans la prise de décision éclairée. La qualité des services, l'information et le renforcement reçus lors de l'accueil ainsi qu'au moment des examens constituent des éléments importants qui influencent l'expérience de la femme au sein du Programme et son intérêt à participer à long terme.

Finalement, des stratégies de communication sont actuellement étudiées par la Direction de santé publique de l'Estrie afin de joindre encore plus efficacement l'ensemble des invitées au Programme.

Devant l'importance de ce programme populationnel et la mobilisation obtenue de l'ensemble des partenaires concernés de la région, c'est sans hésitation que l'invitation est lancée aux Estriennes de 50 à 69 ans à participer et à le faire aux deux ans.

La mammographie, j'y gagne!

SOURCES DE DONNÉES

- 1) DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ESTRIE. Outil de données de population de l'Estrie, mise à jour en juin 2016.
- 2) COMITÉ CONSULTATIF DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER : Statistiques canadiennes sur le cancer 2016. Toronto (Ontario). Société canadienne du cancer, 2016, p. 20 et 44. [En ligne] : www.cancer.ca/statistiques
- 3) COMITÉ CONSULTATIF DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER : Statistiques canadiennes sur le cancer 2016. Toronto (Ontario). Société canadienne du cancer, 2016, p. 42 et 65. [En ligne] : www.cancer.ca/statistiques
- 4) INFOCENTRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2006). Portail de l'infocentre, [En ligne] : www.infocentre.inspg.rtss.qc.ca/
- 5) COMITÉ CONSULTATIF DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER : Statistiques canadiennes sur le cancer 2016. Toronto (Ontario). Société canadienne du cancer, 2016, p. 25. [En ligne] : www.cancer.ca/statistiques
- 6) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Fichier des tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2016 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015.
- 7) COMITÉ CONSULTATIF DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER : Statistiques canadiennes sur le cancer 2016. Toronto (Ontario). Société canadienne du cancer, 2016, p. 48. [En ligne] : www.cancer.ca/statistiques
- 8) SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, Information sur le cancer, statistiques de survie pour le cancer du sein, [En ligne] : <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/prognosis-and-survival/survival-statistics/?region=qc#ixzz4euSff9GS> (consulté le 25 avril 2017).
- 9) SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, Information sur le cancer, facteurs de risque, [En ligne] : <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/risks/reducing-your-risk/?region=qc/> (consulté le 25 avril 2017).
- 10) SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, Information sur le cancer, réduire le risque de cancer du sein, [En ligne] : <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/risks/?region=qc> (consulté le 25 avril 2017).
- 11) INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, Évolution de la mortalité par cancer du sein depuis l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, Direction des systèmes de soins et politiques publiques Programmes de dépistage, génétique et lutte au cancer, 2009 p. 11.
- 12) INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, Avis scientifique sur la pertinence d'offrir le Programme québécois de dépistage du cancer du sein aux femmes âgées de 70 à 74 ans, Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et de services, 2015, p. 59.
- 13) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Portail santé mieux-être : Chronique/Avantages, inconvénients et limites du dépistage par mammographie [En ligne], <http://www.sante.gouv.qc.ca/chroniques/avantages-inconvenients-et-limites-du-depistage-par-mammographie/> (consulté le 25 avril 2017).

Rédaction

Robert Pronovost, Gino Perreault et Geneviève Tremblay
Direction de santé publique de l'Estrie

ISSN 2369-5625