
Bilan de la
performance
du
Programme
québécois
de
dépistage
du cancer
du sein

Région de Lanaudière

De 1998 à 2018

Conception, analyse et rédaction

Dre Laurence Eloy

Julie Gagnon

En collaboration avec Marjolaine Lamoureux Théorêt

Conception des figures et des tableaux

Dre Laurence Eloy

Julie Gagnon

Christine Garand

Sous la coordination

Marc-André Girard

Comité de lecture

Claude Bégin

Élizabeth Cadieux

Marc-André Girard

Nadia Perreault

Mise en page

Karine Ducharme

Pour toute information supplémentaire relative à ce document, veuillez communiquer avec :

Laurence Eloy, médecin-conseil au Programme québécois de dépistage du cancer du sein, par téléphone au 450 759-6660 ou sans frais au 1 855 759-6660, poste 4357 ou par courriel à laurence.elay@ssss.gouv.qc.ca.

La version électronique de ce document est disponible sur le site Web du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, au www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca sous *Documentation/Santé publique/cancer*.

À la condition d'en mentionner la source, sa reproduction à des fins non commerciales est autorisée. Toute information extraite de ce document devra porter la source suivante :

ELOY, Laurence, Julie GAGNON et Marjolaine LAMOUREUX THÉORÊT (coll.). « *Bilan de la performance du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, Région de Lanaudière, De 1998 à 2018* ». Service de promotion, prévention et organisation communautaire, Direction de santé publique. Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, 54 pages.

Source des images : Pixabay

© Direction de santé publique, CISSS de Lanaudière, 2019

Dépôt légal

Quatrième trimestre 2019

ISBN : 978-2-550-85210-0 (imprimé)

978-550-85211-7 (en ligne)

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

TABLE DES MATIÈRES

FIGURES ET TABLEAUX	V
ACRONYMES ET SIGLES	VII
FAITS SAILLANTS	IX
INTRODUCTION	1
SECTION 1	3
Quelques éléments du portrait du cancer du sein chez les femmes lanadoises	3
Facteurs de risque associés au cancer du sein	7
Portrait du Programme de dépistage du cancer du sein dans la région	8
HISTORIQUE	8
TRAJECTOIRE DE LA PARTICIPANTE DANS LE CADRE DU PQDCS	8
ORGANIGRAMME	10
Rôle des instances	10
FONCTIONNEMENT DU CCSR	11
TAUX DE PARTICIPATION	12
CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTES	13
TAUX DE FIDÉLISATION	15
TAUX DE RÉTENTION	15
PORTRAIT DES CENTRES DE DÉPISTAGE DE LA RÉGION	16
PRISE EN CHARGE CLINIQUE	17
Rôles et recrutement des praticiens volontaires	18
SECTION 2	19
Portrait et performance pour la période 2012-2013 à 2017-2018	19
POPULATION ADMISSIBLE AU PQDCS	19
TAUX DE PARTICIPATION AU PQDCS	19
CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTES LANAUDOISES	22
PARTICIPATION SELON LA DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE	23
PORTRAIT DES MAMMOGRAPHIES DE DÉPISTAGE DANS LA RÉGION	23
INDICATEURS DE PERFORMANCE	24
Qualité	24
DÉLAIS	27
SECTION 3	31
Perspectives	31
PROJECTION DE LA POPULATION	31
ORGANISATION DES SERVICES	32
ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE	32
CONCLUSION	35
RÉFÉRENCES	37
ANNEXE 1	39
ANNEXE 2	41

FIGURES ET TABLEAUX

FIGURES

Figure 1 – Hospitalisations en soins physiques de courte durée pour cancer du sein chez la femme, Lanaudière-Nord, Lanaudière-Sud, Lanaudière et le Québec, 2009-2011, 2012-2014 et 2015-2017 (taux brut pour 10 000)	4
Figure 2 – Schéma de la trajectoire de la femme admissible au PQDCS	9
Figure 3 – Organigramme représentant la structure actuelle dont relève le PQDCS et ses collaborateurs	10
Figure 4 – Taux de participation au PQDCS à 30 mois, Lanaudière-Nord, Lanaudière-Sud et Lanaudière, femmes de 50 à 69 ans, 2002, 2007, 2012 et 2017 (%)	13
Figure 5 – Taux de fidélisation à 30 mois au PQDCS, Lanaudière-Nord, Lanaudière-Sud et Lanaudière, femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie durant la période, 1999, 2004, 2009 et 2014 (%)	15
Figure 6 – Taux de rétention régionale au PQDCS, Lanaudière-Nord, Lanaudière-Sud et Lanaudière, femmes de 50 à 69 ans, 2002, 2007, 2012 et 2017 (%)	16
Figure 7 – Mammographies de dépistage au PQDCS selon le type, Lanaudière, 1998 à 2017 (N)	17
Figure 8 – Population féminine de 50 à 69 ans admissibles au PQDCS, période de 30 mois, MRC, Lanaudière-Nord et Lanaudière-Sud, 2012-2013 à 2016-2017 (N moyen sur 5 ans)	19
Figure 9 – Mammographies de dépistage selon le résultat par centre de dépistage désigné, Lanaudière, 2013 à 2017 (N)	24
Figure 10 – Indicateurs de suivi de la performance du Programme québécois de dépistage du cancer du sein et rencontre des cibles, Lanaudière, 2012-2017, synthèse	25
Figure 11 – Délai pour l'obtention d'un rendez-vous pour une mammographie de dépistage selon le centre de dépistage désigné, août 2014 à novembre 2018 (nombre de jours approximatifs)	28
Figure 12 – Délai pour l'obtention d'un rendez-vous pour clichés mammaires complémentaires selon le centre de dépistage désigné, août 2015 à novembre 2018 (nombre de jours approximatifs)	28
Figure 13 – Délai pour l'obtention d'un rendez-vous pour échographie mammaire complémentaire selon le centre de dépistage désigné, août 2015 à novembre 2018 (nombre de jours approximatifs)	29
Figure 14 – Projections de la population féminine de 50 à 69 ans, MRC, Lanaudière-Nord, Lanaudière-Sud, Lanaudière et le Québec, 2019 et 2029 (N et variation en %)	31

TABLEAUX

Tableau 1 – Hospitalisations en soins physiques de courte durée pour cancer du sein chez la femme selon le groupe d'âge, Lanaudière-Nord, Lanaudière-Sud, Lanaudière et le Québec, 2009-2011, 2012-2014 et 2015-2017(N moyen et taux brut pour 10 000)	5
Tableau 2 – Mortalité par cancer du sein chez la femme selon le groupe d'âge, Lanaudière-Nord, Lanaudière-Sud, Lanaudière et le Québec, 2002-2006, 2007-2011 et 2012-2016 (N moyen et taux brut pour 10 000)	6
Tableau 3 – Lettres imprimées dans le cadre du PQDCS selon le type, femmes de 50 à 69 ans, MRC, Lanaudière-Nord, Lanaudière-Sud, Lanaudière, 2007, 2012 et 2017 (N) ...	12
Tableau 4 – Évolution des caractéristiques des participantes au PQDCS selon certains facteurs de risque, Lanaudière, 2003, 2007 et 2017 (%)	13
Tableau 5 – Population féminine ayant participé au PQDCS et taux de participation à 30 mois, MRC, Lanaudière-Nord, Lanaudière-Sud, Lanaudière et le Québec, 2017 (N et %)	20
Tableau 6 – Taux de participation ¹ au PQDCS à 30 mois selon le groupe d'âge, Lanaudière-Nord, Lanaudière-Sud, Lanaudière, femmes de 50 à 69 ans, 2013 à 2017 (%)	21
Tableau 7 – Caractéristiques des participantes au PQDCS selon certains facteurs de risque, Lanaudière et le Québec, 2018 (%)	22
Tableau 8 – Taux de participation ¹ à 30 mois au PQDCS selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale, Lanaudière-Nord, Lanaudière-Sud, Lanaudière et le Québec, femmes de 50 à 69 ans, 2013 à 2017 (%)	23
Tableau 9 – Indicateurs de performance pour 2012-2017, Lanaudière et le Québec	26
Tableau 10 – Mammographies de dépistage anormales selon le délai diagnostique et l'intervalle médian (en semaines), 2013 à 2017 (%)	29

ACRONYMES ET SIGLES

ACR	Association canadienne de radiologie
CCSR	Centre de coordination des services régionaux
CDD	Centre de dépistage désigné
CHDL	Centre hospitalier De Lanaudière
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLARA	Clinique mobile accréditée de radiologie
CMDP	Conseil de médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
CRID	Centre de référence pour investigation désigné
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSP	Direction des services professionnels
DSPublique	Direction de santé publique
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
HPLG	Hôpital Pierre-Le Gardeur
IMC	Indice de masse corporelle
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IT	Imagerie Terrebonne
LIM	Laboratoire d'imagerie médicale
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
RAMQ	Régime d'assurance maladie du Québec
RLS	Réseau local de services
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
SI-PQDCS	Système d'information du Programme québécois de dépistage du cancer du sein
SRJ	Services Radiologiques de Joliette

FAITS SAILLANTS



Début du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) en 1998 dans la région de Lanaudière

SURVIE

Comparativement à d'autres types de cancer, la **probabilité de survie à un cancer du sein à cinq ans reste l'une des plus élevées.**



Parmi les Lanaudoises de 50 à 69 ans qui participent au PQDCS en 2017 :

- ✓ Plus de 1 sur 5 a une histoire familiale de cancer du sein chez un(e) apparenté(e) au 1^{er} degré
- ✓ Plus de 1 sur 4 est obèse
- ✓ Moins de 1 sur 6 prend de l'hormonothérapie
- ✓ Moins de 1 sur 13 a une densité mammaire très élevée



En 2016-2017, le nombre de femmes admissibles était de 73 372 comparativement à 37 770 au début du PQDCS en 1998.



Le PQDCS permet de détecter des **cancers de petite taille et sans envahissement ganglionnaire**. Une proportion importante de **carcinomes in situ** y est également trouvés.



En 2017

- ◆ 3 participantes sur 4 ont fait leur mammographie dans la région.
- ◆ Plus d'une femme sur 8 doit passer des examens complémentaires à la suite de sa mammographie de dépistage.



- ✓ Le délai médian entre la mammographie de dépistage anormale et l'échographie est de 26 jours.
- ✓ 1 participante sur 2 obtient, lorsque nécessaire, une biopsie au cours des 7 semaines suivant la mammographie anormale.

FAITS SAILLANTS (suite)



Il y a **4 centres de dépistage** dans la région de Lanaudière. En 2017 :

- ✓ L'**Hôpital Pierre-Le Gardeur** procède à 23 % des mammographies du PQDCS et dispose d'une **clinique de santé du sein**.
- ✓ L'**Imagerie Terrebonne** réalise 31 % des mammographies du PQDCS.
- ✓ Les **Services Radiologiques de Joliette** exécute 46 % des mammographies de dépistage du PQDCS.
- ✓ Le **Centre hospitalier De Lanaudière** effectue uniquement les examens complémentaires pour le Programme.



Le taux de participation au PQDCS est passé de 53,8 % en 2002 à 66,4 % en 2017.



Le Centre de coordination des services régionaux (CCSR) a envoyé plus de 52 000 lettres en 2017.



En 2018, 36 médecins et 2 infirmières praticiennes spécialisées (IPS) volontaires ont assuré le suivi des participantes qui n'ont pas de praticien traitant.



En 2025...

482 Lanaudoises, tout âge confondu, pourraient être nouvellement diagnostiquées du cancer du sein. Parmi celles-ci :

- ✓ La moitié serait âgée de 50 à 69 ans;
- ✓ Près de 4 sur 10 devraient avoir 70 ans et plus;
- ✓ Et un peu plus de 1 sur 10 auraient moins de 50 ans;

Projection pour cette même année : 104 décès par cancer du sein

INTRODUCTION

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein, ci-après nommé le « Programme » ou le « PQDCS », a été mis en place dans la région de Lanaudière en 1998. Il est sous la responsabilité du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière depuis avril 2015. Le PQDCS a pour objectif de réduire d'au moins 25 % le taux de mortalité par cancer du sein chez les femmes admissibles au Programme (MSSS, 1996). Les résultats obtenus depuis les débuts du PQDCS vont en ce sens, ce qui appuie la poursuite des activités du Programme (MSSS, 2009). Le PQDCS est maintenant bien établi et présente un des taux de participation les plus élevés au Canada (Partenariat canadien de lutte contre le cancer, 2015). Néanmoins, il rencontre des défis auxquels se heurtent également les autres provinces canadiennes, comme des taux de référence élevés et des délais à l'investigation, pour n'en nommer que quelques-uns.

Le présent bilan de l'évolution du Programme dans la région permet de souligner les vingt ans d'implantation. En témoignant du chemin parcouru et des enjeux actuels, ce travail pourra être utile à toutes les personnes qui contribuent à améliorer les services pour la population lanaudoise.

Le bilan régional est présenté en trois sections. La première décrit la situation du cancer du sein chez les femmes lanaudoises ainsi que l'historique du Programme dans la région depuis le tout début. À la section deux, un portrait des éléments de performance du PQDCS des cinq dernières années est décrit. La dernière section présente une perspective pour les années à venir.

SECTION 1

QUELQUES ÉLÉMENTS DU PORTRAIT DU CANCER DU SEIN CHEZ LES FEMMES LANAUDOISES

Le cancer du sein est parmi les tumeurs malignes les plus couramment diagnostiquées chez les femmes. Les progrès scientifiques et médicaux dans le traitement et le dépistage ont notamment permis d'améliorer la survie de celles-ci. Malgré tout, il est estimé que plus de 420 femmes recevront un diagnostic de cancer du sein cette année dans Lanaudière et que plus de 90 Lanaudoises pourraient mourir de cette maladie. Sous l'influence de la croissance démographique et du vieillissement de la population, une hausse du nombre de cas dans les années à venir est anticipée. Comparativement à d'autres types de cancer, la survie nette à cinq ans du cancer du sein reste l'une des plus élevées. Elle est de 88 % au Canada (Société canadienne du cancer, 2019).

Morbidité hospitalière par cancer du sein

Dans la région, entre 2009 et 2017, il y a eu en moyenne par année, 489 hospitalisations en soins physiques de courte durée dues au cancer du sein¹ chez la femme. À l'instar du Québec, les taux d'hospitalisation ont diminué dans Lanaudière. L'absence d'un registre des tumeurs nous empêche d'avoir un tableau précis de la situation, mais les données disponibles (MED-ECHO) ne montrent pas de réduction importante du nombre de cas dans la région pouvant expliquer cette tendance. Comme la grande majorité des hospitalisations sont liées au traitement chirurgical, cette diminution pourrait être attribuée au développement de la chirurgie d'un jour, utilisée surtout pour les chirurgies moins invasives (chirurgie conservatrice du sein ou mastectomie partielle). Le Québec est la province canadienne où le taux de chirurgie conservatrice serait le plus élevé et le taux de mastectomie le plus faible. (Porter et al., 2014) La plupart des chirurgies conservatrices peuvent être effectuées en chirurgie d'un jour, qui est aussi utilisée pour la mastectomie à l'occasion.

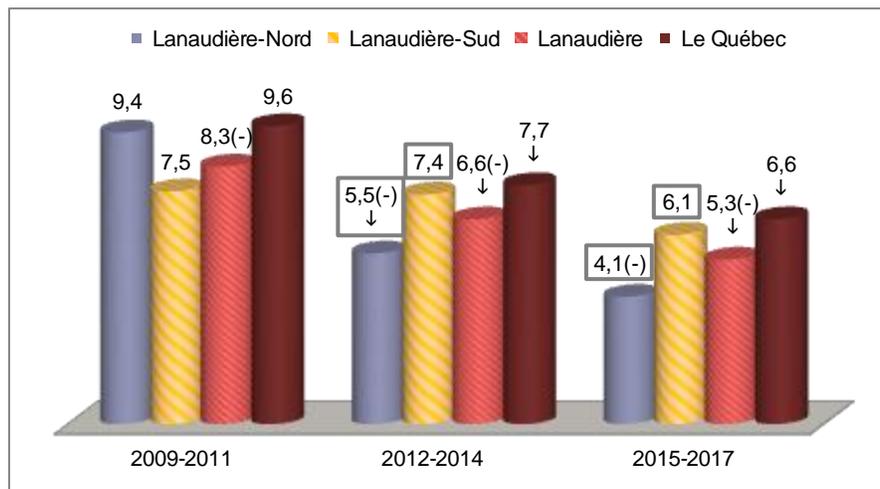
Au cours de la période 2015-2017, la région a enregistré son taux d'hospitalisation le plus faible, soit 5,3 hospitalisations² pour 10 000 personnes. C'est une valeur inférieure à celle du reste de la province, constat également observé pour les périodes 2009-2011 et 2012-2014 (Figure 1).

¹ Ceci correspond au code CIM-10 CA : C50

² Occupation d'au moins 24 heures d'un lit pour un séjour de courte durée.

Des disparités ressortent toutefois entre les territoires de réseaux locaux de services (RLS)³. Un taux d'hospitalisation moins élevé est observé dans Lanaudière-Nord comparativement à Lanaudière-Sud en 2012-2014 et en 2015-2017. D'ailleurs, Lanaudière-Nord enregistre un taux inférieur à celui du reste du Québec pour ces deux mêmes périodes. L'évolution des taux d'hospitalisation diffère également. Alors qu'ils tendent à demeurer stables dans Lanaudière-Sud, ils ont connu une baisse importante dans Lanaudière-Nord entre 2009-2011 et 2012-2014.

Figure 1 – Hospitalisations en soins physiques de courte durée pour cancer du sein chez la femme, Lanaudière-Nord, Lanaudière-Sud, Lanaudière et le Québec, 2009-2011, 2012-2014 et 2015-2017 (taux brut pour 10 000)



☐ Différence significative entre Lanaudière-Nord et Lanaudière-Sud, pour une même période, au seuil de 5 %.

Notes : Les tests statistiques ont été effectués sur tous les taux ajustés selon la structure par âge, sexes réunis, de la population de l'ensemble du Québec en 2011.

Les taux marqués par un " + " ou un " - " sont significativement différents de ceux du reste du Québec, au seuil de 5 %.

Les flèches indiquent que les taux ont diminué ↓ ou augmenté ↑ depuis la période précédente, au seuil de 5 %.

Source : MSSS, Fichier Med-Echo, 2009 à 2017.

Rapport de l'Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour le 14 janvier 2019.

Morbidité hospitalière selon le groupe d'âge

Pour l'ensemble des périodes, la morbidité hospitalière par cancer du sein dans Lanaudière représente, en moyenne, 12 % de la totalité des hospitalisations pour cause de tumeur maligne chez la femme. Une fois les groupes d'âge fractionnés, il est observé qu'en vieillissant, les Lanaudoises sont proportionnellement plus nombreuses à avoir été hospitalisées pour un cancer du sein, et ce, peu importe la période observée. Par ailleurs, la région enregistre, depuis 2009-2011, des taux inférieurs à ceux du reste du Québec chez les 50 à 69 ans, et aussi chez les 70 ans et plus depuis 2012-2014 (Tableau 1).

³ Lanaudière est composée de deux RLS, soit celui de Lanaudière-Nord, qui inclut les MRC de D'autray, de Joliette, de Matawinie et de Montcalm ainsi que celui de Lanaudière-Sud, qui comprend les MRC de L'Assomption et Les Moulins.

Les taux d'hospitalisation les plus élevés de la région sont observés dans Lanaudière-Sud, et ce, pour tous les groupes d'âge en 2012-2014 ainsi que chez les 70 ans et plus en 2015-2017.

Tableau 1 – Hospitalisations en soins physiques de courte durée pour cancer du sein chez la femme selon le groupe d'âge, Lanaudière-Nord, Lanaudière-Sud, Lanaudière et le Québec, 2009-2011, 2012-2014 et 2015-2017 (N moyen et taux brut pour 10 000)

	2009-2011		2012-2014		2015-2017	
	N moyen	Taux	N moyen	Taux	N moyen	Taux
Lanaudière-Nord	94	9,4	57	5,5 - ↓	44	4,1 -
0-49 ans	15	2,6	10	1,7 *	9	1,6 *
50-69 ans	51	17,1	30	9,3 - ↓	22	6,4 -
70 ans et +	27	22,2	17	12,3 - ↓	13	8,4 -
Lanaudière-Sud	100	7,5	104	7,4	90	6,1
0-49 ans	26	2,8	28	3,0 +	26	2,8 +
50-69 ans	48	14,6 -	51	13,9	38	9,6 ↓
70 ans et +	26	25,7	26	21,5	26	18,0
Lanaudière	194	8,3 -	161	6,6 - ↓	134	5,3 - ↓
0-49 ans	41	2,8	37	2,5	36	2,4 +
50-69 ans	99	15,8 -	81	11,8 - ↓	59	8,1 - ↓
70 ans et +	53	23,8	43	16,6 - ↓	39	13,1 -
Le Québec	3 849	9,6	3 164	7,7 ↓	2 768	6,6 ↓
0-49 ans	666	2,7	555	2,3 ↓	479	1,9 ↓
50-69 ans	1 939	18,5	1 485	13,4 ↓	1 259	10,9 ↓
70 ans et +	1 244	25,6	1 123	21,3 ↓	1 030	17,8 ↓

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

☐ Différence significative entre Lanaudière-Nord et Lanaudière-Sud pour un même groupe d'âge, au seuil de 5 %.

Notes : Le total peut ne pas correspondre à la somme des éléments compte tenu des arrondis.

Les taux marqués par un " + " ou un " - " sont significativement différents de ceux du reste du Québec, au seuil de 5 %.

Les flèches indiquent que les taux ont diminué ↓ ou augmenté ↑ depuis la période précédente, au seuil de 5 %.

Source : MSSS, Fichier Med-Echo, 2009 à 2017.

Rapport de l'Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour le 14 janvier 2019.

Mortalité par cancer du sein

Pour la période 2002-2016, la mortalité par cancer du sein chez la femme dans Lanaudière est associée, en moyenne, à 14 % de l'ensemble des décès causés par une tumeur maligne chez celles-ci. Pour cette même période, il est dénombré chaque année, en moyenne, 69 décès par cancer du sein⁴ dans la région. Le nombre de décès a augmenté entre les périodes 2002-2006 et 2012-2016, passant de 268 à 385.

⁴ Ceci correspond au code CIM-10 – C50.

Le taux de mortalité en 2002-2006 est plus faible dans Lanaudière que dans le reste du Québec. Il a par la suite augmenté et semble s'être stabilisé. En 2012-2016, le taux de mortalité par cancer du sein dans Lanaudière est similaire à celui du reste du Québec.

Mortalité par cancer du sein selon le groupe d'âge

La mortalité augmente avec l'avancée en âge. Près de la moitié des décès liés au cancer du sein entre 2002 et 2016 surviennent chez les Lanaudoises de 70 ans et plus. Néanmoins, environ 1 décès sur 8 survient avant l'âge de 50 ans.

Globalement, la région et les territoires des RLS présentent une mortalité similaire à celle du reste du Québec. Par contre, dans Lanaudière, un taux plus faible en 2002-2006 chez les 70 ans et plus, de même qu'un taux plus élevé chez les 0 à 49 ans en 2007-2011 (Tableau 2).

Tableau 2 – Mortalité par cancer du sein chez la femme selon le groupe d'âge, Lanaudière-Nord, Lanaudière-Sud, Lanaudière et le Québec, 2002-2006, 2007-2011 et 2012-2016 (N moyen et taux brut pour 10 000)

	2002-2006		2007-2011		2012-2016	
	N moyen	Taux	N moyen	Taux	N moyen	Taux
Lanaudière-Nord	27	28,8	39	38,9 +	33	31,1
0-49 ans	3	4,9 *	5	9,3 * +	2	4,2 *
50-69 ans	12	50,4	15	53,0	12	36,6
70 ans et +	12	109,9 -	18	149,1	18	127,1
Lanaudière-Sud	27	23,5 -	38	29,2	44	31,1
0-49 ans	4	4,3 *	6	6,9 *	5	5,8 *
50-69 ans	12	51,7	15	49,2	19	50,2
70 ans et +	11	151,8	17	172,8	20	157,3
Lanaudière	54	25,9 -	77	33,4 ↑	77	31,1
0-49 ans	6	4,5 *	12	7,8 +	8	5,2
50-69 ans	25	51,1	31	51,0	31	43,9
70 ans et +	23	127,0 -	34	159,7	38	141,4
Le Québec	1 294	34,0	1 309	33,1	1 327	32,1
0-49 ans	153	6,2	141	5,7	115	4,7 ↓
50-69 ans	480	54,1	493	48,3 ↓	492	43,7 ↓
70 ans et +	661	153,6	674	141,9 ↓	720	132,3 ↓

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Différence significative entre Lanaudière-Nord et Lanaudière-Sud pour un même groupe d'âge, au seuil de 5 %.

Notes : Le total peut ne pas correspondre à la somme des éléments compte tenu des arrondis.
 Les tests statistiques ont été effectués sur tous les taux ajustés selon la structure par âge, sexes réunis, de la population de l'ensemble du Québec en 2011.
 Les données des décès 2013 à 2016 excluent les événements de résidents québécois survenus en Ontario. En 2015 et 2016, sont également exclus les événements survenus au Manitoba. Ces décès représentent moins de 1 % de l'ensemble des décès survenus au Québec et dans Lanaudière.
 Les taux marqués par un " + " ou un " - " sont significativement différents de ceux du reste du Québec, au seuil de 5 %.
 Les flèches indiquent que les taux ont diminué ↓ ou augmenté ↑ depuis la période précédente, au seuil de 5 %.

Source : MSSS, Fichier des décès, 2002 à 2016.
 Rapport de l'Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour le 29 mars 2019.

FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS AU CANCER DU SEIN

Les causes précises de cancer du sein ne sont pas connues. Plusieurs facteurs semblent influencer sur la probabilité de développer un cancer du sein. Cependant, pour une majorité de femmes atteintes, aucun autre facteur que le fait d'être une femme et d'avancer en âge n'est identifié.

Certains facteurs de risque sont connus :

- ✓ Les prédispositions génétiques;
- ✓ Une histoire familiale de cancer du sein ou de l'ovaire;
- ✓ Une histoire personnelle de cancer du sein, de l'ovaire, de carcinome canalaire in situ ou de certaines maladies bénignes à risque (carcinome lobulaire in situ, hyperplasie épithéliale atypique canalaire ou lobulaire);
- ✓ Le fait d'avoir subi une radiothérapie thoracique antérieure significative avant l'âge de 30 ans.

Parmi les Lanaudoises de 50 à 69 ans qui participent au PQDCS en 2017 :

- ✓ Plus de 1 sur 5 a une histoire familiale de cancer du sein chez un(e) apparenté(e) au 1^{er} degré
- ✓ Plus de 1 sur 4 est obèse
- ✓ Moins de 1 sur 6 prend de l'hormonothérapie
- ✓ Moins de 1 sur 13 a une densité mammaire très élevée

(INSPQ, 2018)

D'autres facteurs augmentent également le risque, de façon moindre :

- ✓ Une densité du tissu mammaire élevée;
- ✓ Une exposition hormonale endogène ou exogène (prise d'hormonothérapie, utilisation de contraceptifs oraux, première grossesse tardive ou aucune grossesse, menstruation précoce, ménopause tardive, etc.);
- ✓ Le surpoids et l'obésité;
- ✓ La consommation d'alcool (plus la consommation est élevée, plus le risque augmente);
- ✓ La pratique insuffisante d'activité physique.

Si certains facteurs de risque sont non modifiables, d'autres le sont par des actions préventives puisqu'ils sont liés à nos habitudes et modes de vie.

Dans Lanaudière, parmi les femmes âgées de 18 ans et plus, environ :

- ✓ 4 sur 5 boivent de l'alcool
- ✓ 1 sur 4 est considérée obèse
- ✓ 2 sur 5 sont sédentaires
- ✓ 1 sur 2 a un surplus de poids

(ESCC, 2015-2016)

PORTRAIT DU PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN DANS LA RÉGION

HISTORIQUE

Lanaudière a été une des premières régions à implanter le PQDCS. Elle a débuté ses opérations en octobre 1998 avec deux centres de dépistage désignés (CDD) : Services Radiologiques de Joliette (SRJ) et Imagerie Terrebonne (IT). Quant à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur (HPLG), il a débuté ses activités de dépistage en mai 1999.

À l'époque, la Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) de Lanaudière avait identifié comme étant des centres de référence pour investigation désignés (CRID) : le Centre hospitalier De Lanaudière (CHDL) en complémentarité avec les SRJ pour desservir les femmes de Lanaudière-Nord et l'HPLG pour celles de Lanaudière-Sud. Ces centres ont reçu leur désignation par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), ont été accrédités par l'Association canadienne de radiologie (ACR) puis certifiés par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). Ces quatre centres sont encore aujourd'hui les seuls centres désignés par le MSSS dans la région.

Un centre de coordination des services régionaux (CCSR) a été mis sur pied par la RRSSS en 1998 dans Lanaudière. Ce centre, toujours en place, a pour but d'assurer la coordination, l'organisation et le support aux activités administratives et cliniques du PQDCS de la région.

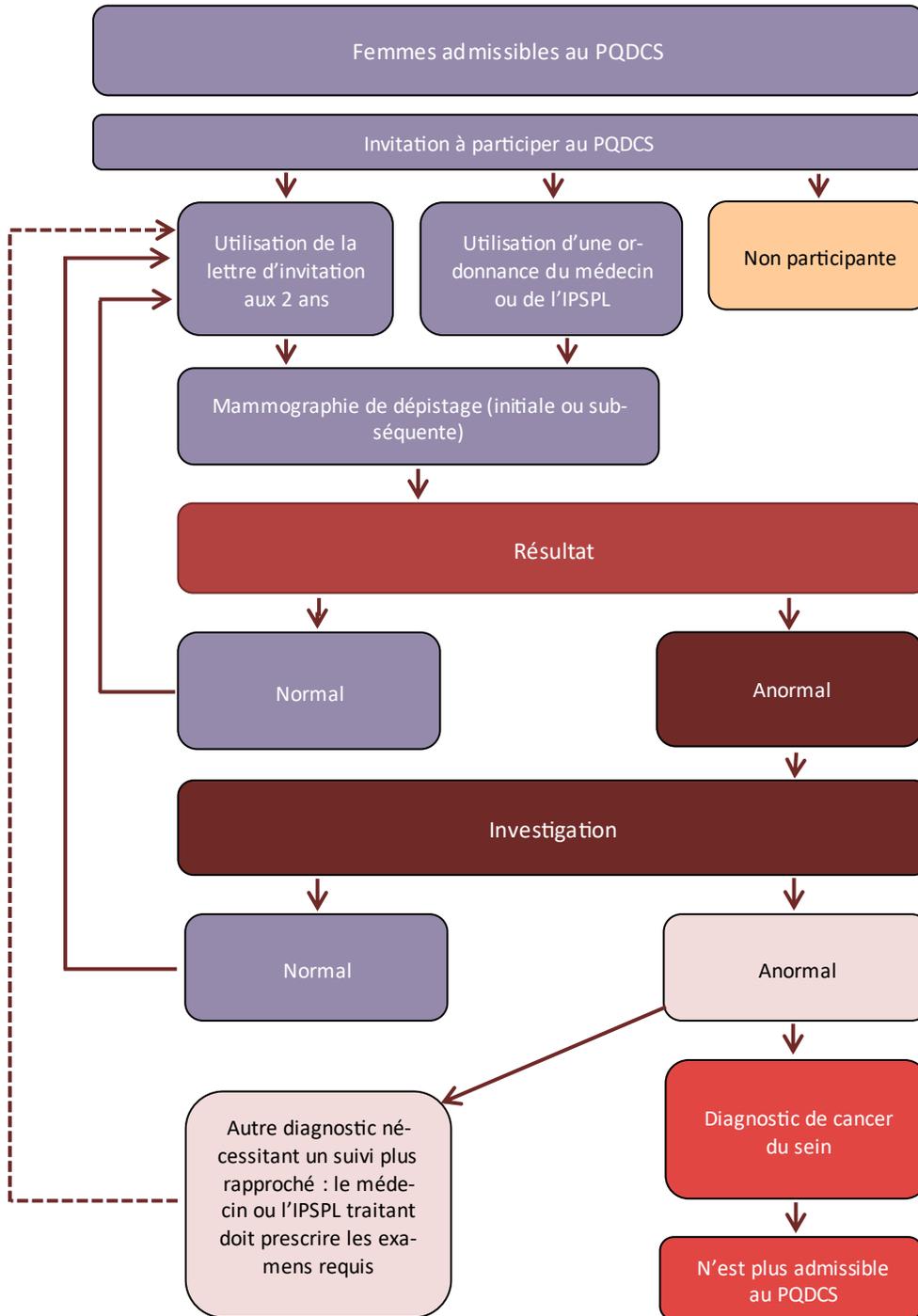
TRAJECTOIRE DE LA PARTICIPANTE DANS LE CADRE DU PQDCS

Le Programme est un service gratuit offert à toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans n'ayant jamais eu de cancer du sein (Figure 2). Il consiste à les inviter à passer une mammographie de dépistage tous les deux ans, par l'entremise d'une lettre d'invitation transmise par le CCSR de Lanaudière. La femme peut également participer au Programme en se procurant une prescription de son médecin ou de son infirmière praticienne spécialisée (IPS).

Afin de participer au Programme, les femmes admissibles reçoivent une première lettre d'invitation à 50 ans et une lettre de rappel aux deux ans. Si la mammographie n'a pas été réalisée dans un délai de six mois suivant l'envoi de la lettre d'invitation ou de rappel, une lettre de relance est envoyée. Lorsque la participante a passé la mammographie de dépistage, elle reçoit une lettre l'informant du résultat de sa mammographie. La femme a toujours la possibilité de se retirer du Programme.

Le Programme offre du soutien par l'entremise d'une ligne téléphonique, assurée par l'agente administrative et l'infirmière clinicienne du CCSR. Les CRID de la région offrent un soutien psychosocial aux femmes, si requis, à la suite d'une mammographie de dépistage anormale réalisée dans le cadre du PQDCS. Par le biais d'archivistes, les CRID s'assurent aussi, en collaboration avec le CCSR, de la complétion des dossiers pour les femmes dont la mammographie est anormale.

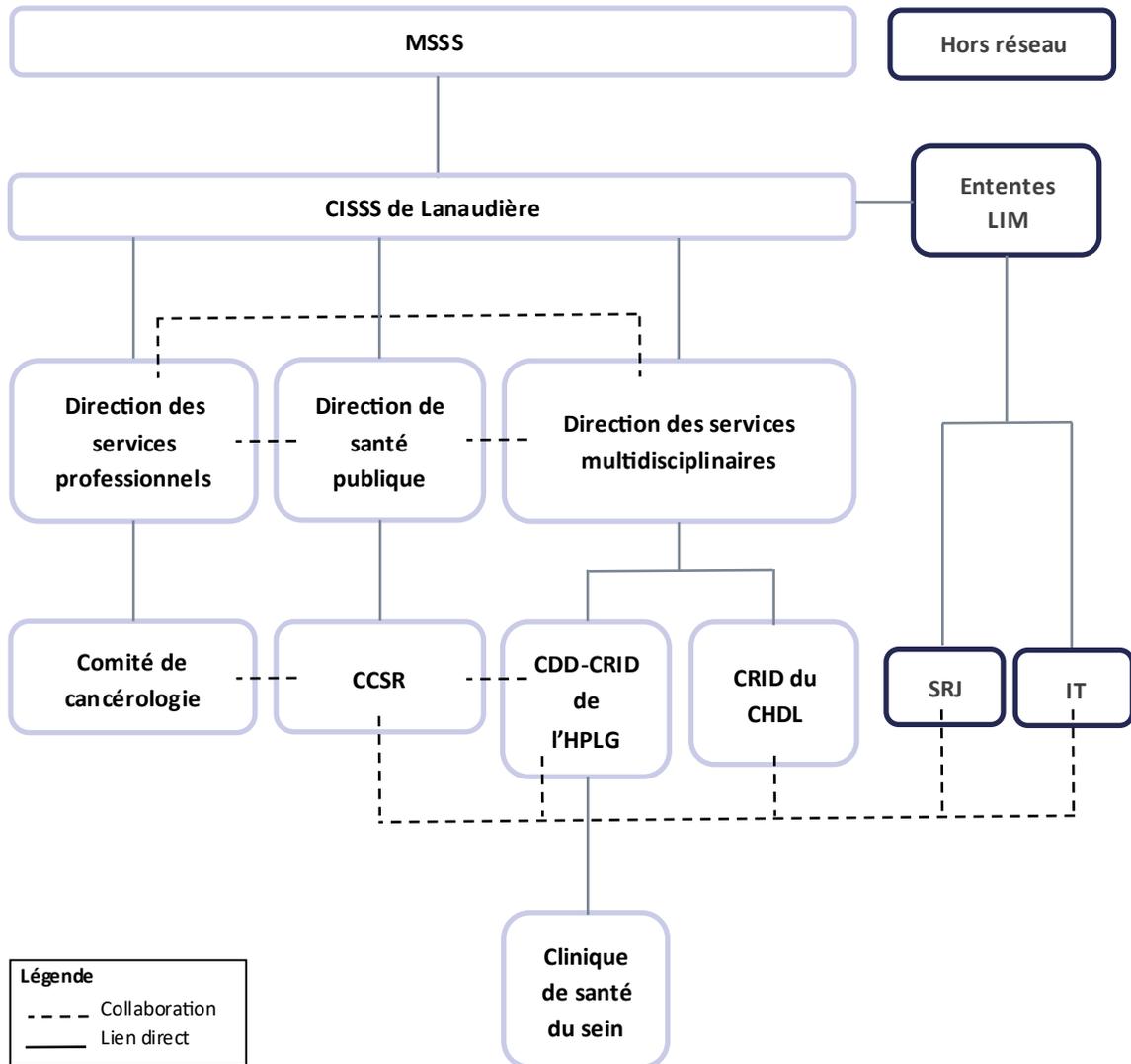
Figure 2 – Schéma de la trajectoire de la femme admissible au PQDCS



ORGANIGRAMME

Depuis la mise en place du Programme en 1998, plusieurs réformes dans le réseau de la santé et des services sociaux ont eu lieu. La figure 3 représente l'organigramme actuel.

Figure 3 – Organigramme représentant la structure actuelle dont relève le PQDCS et ses collaborateurs



Rôle des instances

Le **MSSS** assure une vigie et anime les différents comités provinciaux en lien avec les dépistages du cancer et la cancérologie mammaire. Il s'assure que les régions appliquent le cadre de référence du PQDCS et les normes de qualité.

La **Direction de santé publique** (DSPublique) du **CISSS de Lanaudière**, duquel relève le CCSR, a pour but :

- ✓ D'assurer la coordination du Programme dans la région;
- ✓ D'évaluer le PQDCS à partir d'indicateurs de performance;
- ✓ D'implanter les mécanismes d'assurance-qualité;
- ✓ D'assurer la planification d'actions de promotion et de prévention de la santé;
- ✓ D'intégrer les interventions en matière de dépistage populationnel et opportuniste au plan d'action de prévention et de promotion qui vise à contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitables (MSSS, 2017).

Le **CCSR** travaille conjointement avec la **Direction des services professionnels** (DSP). Le comité de cancérologie relève de cette direction et le CCSR est invité à faire le lien auprès de ce dernier.

La **Direction des services multidisciplinaires** (DSM) est responsable de l'imagerie médicale de l'**HPLG** et du **CHDL**. Elle est également responsable de la clinique de santé du sein à l'**HPLG**. Elle doit s'assurer que les examens pour le dépistage et l'investigation sont offerts selon les délais établis par le MSSS.

Les deux **laboratoires d'imagerie médicale** (LIM) de la région de Lanaudière accrédités comme CDD (**SRJ** et **IT**) offrent la mammographie de dépistage ainsi que les examens complémentaires.

FONCTIONNEMENT DU CCSR

Il y a un CCSR dans chacune des régions du Québec. Cette structure clinico-administrative s'assure de l'accessibilité aux examens de dépistage, de l'assurance-qualité du PQDCS ainsi que de la participation des femmes admissibles à ce programme. Actuellement sous la DSPublique au sein du service de promotion, prévention et organisation communautaire du CISSS de Lanaudière, l'équipe lanaudoise est constituée d'un médecin-conseil, d'une conseillère en soins infirmiers, d'une infirmière clinicienne et d'une agente administrative.

La gestion des envois de lettres est réalisée par le secrétariat du CCSR. L'agente administrative effectue les envois des lettres d'invitation, de rappel, de relance et de relance non répondante, ainsi que des résultats à la suite de la mammographie de dépistage.

Au total, le nombre de lettres que le CCSR a envoyées aux femmes admissibles de Lanaudière est passé de 36 064 en 2007 à 52 014 en 2017. Cela représente une augmentation de 44 % en 10 ans. L'augmentation de la population admissible au PQDCS dans la région a eu un impact majeur sur le nombre de lettres envoyées. Cependant, l'augmentation la plus importante du volume d'envoi est au niveau des lettres de relance. Elles ont plus que doublé pendant cette période. Cette hausse peut notamment être expliquée par les délais d'accès à la mammographie de dépistage (Tableau 3).

Tableau 3 – Lettres imprimées dans le cadre du PQDCS selon le type, femmes de 50 à 69 ans, MRC, Lanaudière-Nord, Lanaudière-Sud, Lanaudière, 2007, 2012 et 2017 (N)

	Invitation ou rappel	Relance	Résultat du dépistage	Total
2007				
D'Autray	1 787	17	1 254	3 058
Joliette	2 753	9	2 348	5 110
Matawinie	2 209	13	1 831	4 053
Montcalm	1 548	11	1 365	2 924
Lanaudière-Nord	8 297	50	6 798	15 145
L'Assomption	4 471	1 945	4 185	10 601
Les Moulins	3 923	1 772	4 575	10 270
Lanaudière-Sud	8 394	3 717	8 760	20 871
Lanaudière	16 692	3 767	15 605	36 064
2012				
D'Autray	1 649	6	1 755	3 410
Joliette	2 551	10	3 081	5 642
Matawinie	1 975	8	2 275	4 258
Montcalm	1 499	2	1 721	3 222
Lanaudière-Nord	7 674	26	8 832	16 532
L'Assomption	4 767	2 469	5 578	12 814
Les Moulins	4 919	1 167	6 305	12 391
Lanaudière-Sud	9 686	3 636	11 883	25 205
Lanaudière	17 360	3 662	20 730	41 752
2017				
D'Autray	1 980	638	2 176	4 794
Joliette	3 168	904	3 931	8 003
Matawinie	2 667	883	2 989	6 539
Montcalm	1 944	716	2 109	4 769
Lanaudière-Nord	9 759	3 141	11 205	24 105
L'Assomption	5 605	1 957	5 382	12 944
Les Moulins	6 208	2 506	6 244	14 958
Lanaudière-Sud	11 813	4 463	11 626	27 902
Lanaudière	21 572	7 604	22 838	52 014

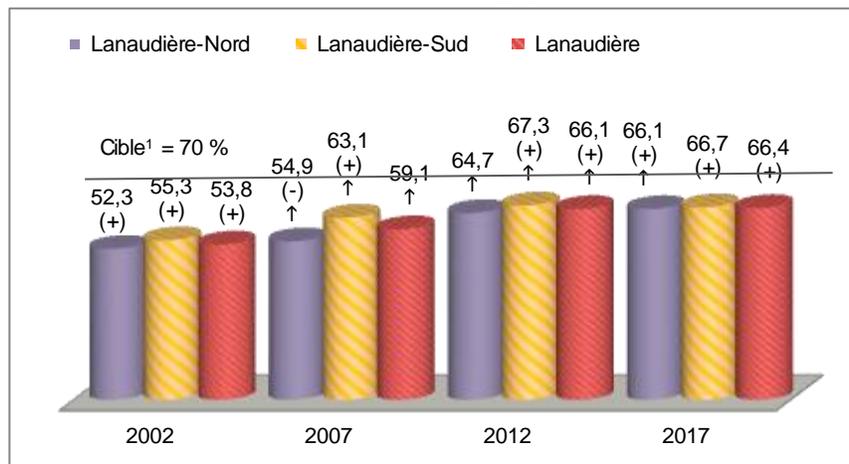
Notes : Lorsqu'une lettre d'invitation, de rappel ou de relance a été réimprimée dans un intervalle de 6 mois ou moins, elle n'a été comptabilisée qu'une seule fois dans le tableau.
Les lettres de résultat de dépistage pour les femmes de 70 ans ont été comptabilisées.
Le total peut ne pas correspondre à la somme des éléments compte tenu des inconnus.

Source : INSPO, Système d'information du PQDCS, extraction du 3 avril 2018.
Rapport de l'Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour le 9 juillet 2018.

TAUX DE PARTICIPATION

Depuis son implantation, le taux de participation des femmes admissibles au PQDCS a augmenté graduellement, passant de 53,8 % en 2002 à 66,4 % en 2017. Depuis 2008, le taux de la région est supérieur à celui du reste du Québec. Par ailleurs, comme pour la majorité des régions du Québec, Lanaudière demeure sous la cible de 70 % fixée par le MSSS (Figure 4).

Figure 4 – Taux de participation au PQDCS à 30 mois, Lanaudière-Nord, Lanaudière-Sud et Lanaudière, femmes de 50 à 69 ans, 2002, 2007, 2012 et 2017 (%)



¹ La cible du cadre de référence est fixée à 70 %.

Notes : Les femmes ayant eu un diagnostic de cancer ne sont plus admissibles au PQDCS. Toutefois, elles ne sont pas exclues du dénominateur car cette information n'est pas transmise par la RAMQ. Les taux marqués par un " + " ou un " - " sont significativement différents de ceux du reste du Québec, au seuil de 5 %. Les flèches indiquent que les pourcentages ont diminué ↓ ou augmenté ↑ par rapport à la période précédente, au seuil de 5 %.

Sources : INSPQ, Système d'information du PQDCS, extraction du 15 mars 2018.
RAMQ, Fichier des inscriptions des personnes assurées (FIPA), 2018.
Rapport de l'Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour le 9 juillet 2018.

CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTES

Un questionnaire partiellement autoadministré est rempli au CDD, par les participantes, lors du dépistage. Cela permet d'avoir un portrait de la clientèle et de l'évolution de certaines caractéristiques pouvant avoir un impact sur le dépistage (Tableau 4).

Tableau 4 – Évolution des caractéristiques des participantes au PQDCS selon certains facteurs de risque, Lanaudière, 2003, 2007 et 2017 (%)

	2003	2007	2017	Variation 2003-2017
Éléments pouvant augmenter le risque de cancer du sein				
Moyenne d'âge (en années)	nd	57,9	59,0	nd
Antécédents familiaux de cancer du sein (1 ^{er} degré)	15,7	18,3	20,2	28,7
Première grossesse à 30 ans ou plus	8,3	8,9	12,3	48,2
Hormonothérapie en cours	44,8	27,6	16,0	-64,3
Densité mammaire > 75 %	8,0	8,0	7,0	-12,5
Obésité (IMC ≥ 30)	22,5	22,5	28,3	25,8
Élément pouvant diminuer le risque de cancer du sein				
Grossesse à terme	86,5	86,2	83,4	-3,6
Facteurs pouvant avoir un impact sur la mammographie ou son interprétation				
Port d'implants mammaires	2,7	3,3	4,5	66,7
Examen clinique des seins dans la dernière année	61,4	61,3	34,8	-43,3
Mammographie initiale avec antécédents	75,7	70,7	59,9	-20,9
Au moins un symptôme	4,3	5,8	2,0	-53,5
Ponctions ou biopsies antérieures	9,0	10,2	13,2	46,7

nd : donnée non disponible

Source : INSPQ, Système d'information du PQDCS, extraction du 19 juillet 2018.
Rapport de l'Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour le 18 juin 2018.

Depuis 2007, la moyenne d'âge des participantes semble légèrement augmenter (Annexe 1), ce qui pourrait refléter une participation plus importante des femmes plus âgées (60 à 69 ans). Cette tendance est observée ailleurs qu'au Québec et décrite dans la littérature récente (Santé publique France, 2019; National cancer control indicators, 2019; Volesky et Villeneuve, 2017).

De plus, si certains facteurs de risque sont plus présents d'autres le sont moins. Les œstrogènes jouent un rôle prédominant dans le développement et la croissance du cancer du sein. Ils sont principalement sécrétés par les ovaires, de la puberté à la ménopause. Après la ménopause, les cellules adipeuses peuvent devenir une source importante de production d'œstrogènes. Une exposition à un taux sérique d'œstrogènes plus élevés ou sur une plus longue période est associée au risque de cancer du sein (Harris et al., 2014). Plus de participantes déclarent, en proportion, une première grossesse tardive ou une absence de grossesse à terme, ce qui entraîne une exposition plus importante à l'œstrogène et un risque légèrement augmenté de cancer du sein. Le taux d'obésité chez les participantes lanaudoises est plus élevé en 2017 que dans les premières années du Programme. Ce facteur peut également avoir un impact sur la réalisation de la mammographie qui peut être plus difficile à effectuer (Guertin et al., 2017; Ekpo et al., 2018; Destounis et al., 2011).

L'histoire familiale de cancer du sein, si elle est significative (plusieurs membres atteints, famille proche, cancer en bas âge, cancer ovarien associé, etc.), peut également être un facteur de risque important. La proportion de femmes ayant déclaré avoir une histoire de cancer du sein dans leur famille au premier degré a graduellement augmenté entre 2003 et 2017. Elle est passée de 15,7 % à 20,2 %.

Parmi les caractéristiques plus favorables en 2017, il y a une baisse importante de la proportion de femmes prenant de l'hormonothérapie, probablement à la suite de la publication d'études qui l'ont liée au risque de cancer du sein (Rossouw et coll., 2002; Million Woman Study Collaborators, 2003).

Le port d'implant mammaire n'a pas d'impact sur le risque de cancer du sein, mais des incidences (ou des prises d'images) supplémentaires peuvent être nécessaires à la mammographie. Il y a plus de Lanaudoises en proportion qui sont porteuses d'implants en 2017.

Certains facteurs peuvent influencer l'interprétation de la mammographie par le radiologiste. Le fait, par exemple, d'avoir une mammographie antérieure pour comparer les images diminue le taux de référence⁵. En 2017, moins de femmes avaient déjà eu une mammographie à leur entrée dans le PQDCS. De plus, beaucoup moins de femmes (près de la moitié moins) ont déclaré avoir eu un examen clinique des seins dans la dernière année.

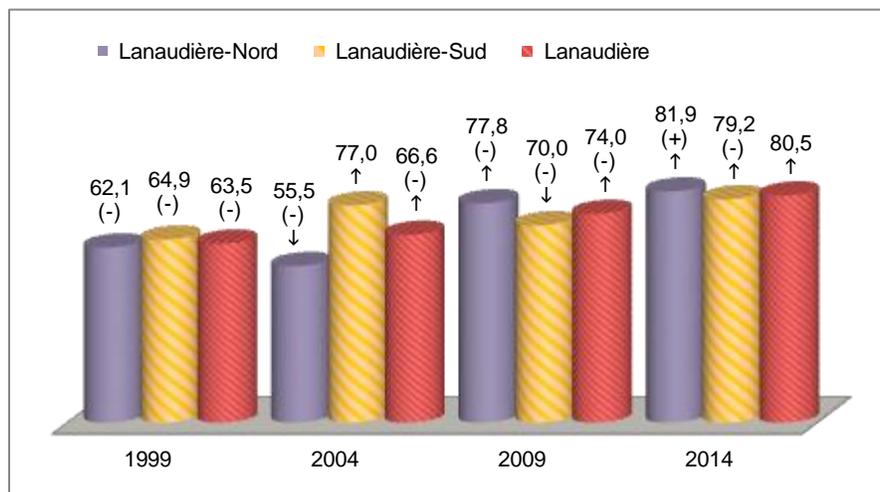
⁵ Le taux de référence en investigation désigne le pourcentage de mammographies de dépistage dont le résultat est interprété comme étant anormal parmi les participantes du PQDCS.

TAUX DE FIDÉLISATION

Le taux de fidélisation est la probabilité cumulative estimée de participantes qui passent une nouvelle mammographie de dépistage à 30 mois après la mammographie antérieure la plus récente. Il mesure donc l'observance de l'intervalle recommandé pour le dépistage. Il peut être affecté par l'accessibilité à la mammographie de dépistage. La crainte d'avoir un résultat positif à la mammographie peut retarder ou empêcher la prise de rendez-vous. L'expérience antérieure de la participante peut donc avoir un impact sur la fidélisation. En effet, le taux de fidélisation peut être diminué par un taux de référence élevé associé à un nombre important de faux positifs (SHEN et al., 2018).

Cependant, malgré un taux de référence élevé dans la région, le taux de fidélisation a progressivement augmenté depuis le début du Programme (Figure 5). Le taux de référence sera traité dans la section sur les indicateurs de performance (p. 24).

Figure 5 – Taux de fidélisation à 30 mois au PQDCS, Lanaudière-Nord, Lanaudière-Sud et Lanaudière, femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie durant la période, 1999, 2004, 2009 et 2014 (%)



Notes : Pour cet indicateur, les données de l'année 2014 sont les plus récentes.
Les taux marqués par un " + " ou un " - " sont significativement différents de ceux du Québec, au seuil de 5 %.
Les flèches indiquent que les pourcentages ont diminué ↓ ou augmenté ↑ par rapport à la période précédente, au seuil de 5 %.

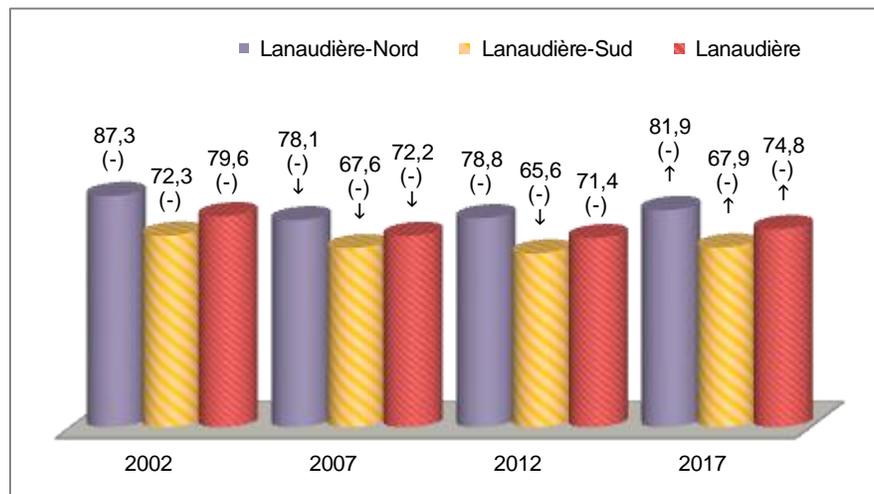
Sources : INSPQ, Système d'information du PQDCS, extraction du 15 mars 2018.
RAMQ, Fichier des inscriptions des personnes assurées (FIPA), 2018.
Rapport de l'Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour le 9 juillet 2018.

TAUX DE RÉTENTION

Le taux de rétention régional représente la proportion de mammographies de dépistage ayant eu lieu dans la région sociosanitaire de résidence des participantes.

Le taux de rétention a diminué entre 2002 et 2007 dans la région puis augmenté entre 2012 et 2017 (Figure 6). Il demeure cependant inférieur à ceux du reste du Québec (74,8 % c 91,6 % en 2017) (INSPQ, 2019). Les mammographies de dépistage effectuées à l'extérieur de la région pour les participantes lanaudoises sont faites principalement dans les régions de Montréal et de Laval.

Figure 6 – Taux de rétention régionale au PQDCS, Lanaudière-Nord, Lanaudière-Sud et Lanaudière, femmes de 50 à 69 ans, 2002, 2007, 2012 et 2017 (%)



Notes : Les taux marqués par un " + " ou un " - " sont significativement différents de ceux du reste du Québec, au seuil de 5 %.
Les flèches indiquent que les pourcentages ont diminué ↓ ou augmenté ↑ par rapport à la période précédente, au seuil de 5 %.

Source : INSPQ, Système d'information du PQDCS, extraction du 15 mars 2018.
Rapport de l'Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour le 9 juillet 2018.

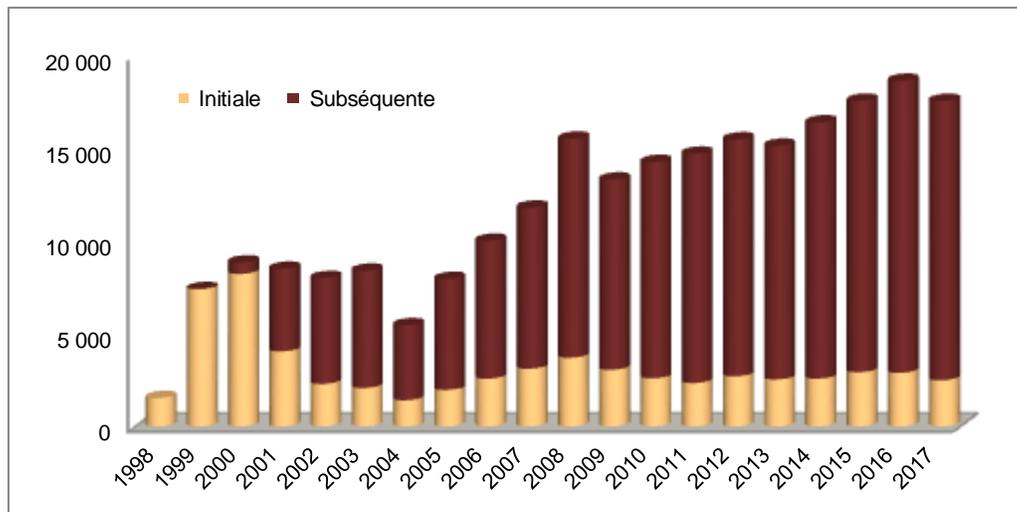
PORTRAIT DES CENTRES DE DÉPISTAGE DE LA RÉGION

La mammographie de dépistage est réalisée dans l'un ou l'autre des 3 CDD de la région. L'investigation est débutée dans les CDD et est complétée dans un des CRID dont l'HPLG qui dispose d'une clinique du sein. Le CHDL ne fait pas de mammographie pour le PQDCS, mais seulement le dépistage pour les femmes hors programme.

La mammographie initiale est la première mammographie effectuée dans le cadre du Programme. De façon attendue, la proportion de mammographies initiales par rapport aux mammographies subséquentes a diminué à partir de l'implantation du Programme dans Lanaudière jusqu'en 2004, pour ensuite augmenter jusqu'en 2008. Par la suite, le nombre de mammographies initiales s'est stabilisé. L'augmentation des mammographies subséquentes au cours des années permet de faire le lien avec la fidélisation des femmes admissibles.

Mentionnons également que la région a fait appel quelques fois à la clinique mobile accréditée de radiologie (CLARA) du MSSS pour diminuer les délais de mammographie de dépistage dans la région. Entre 2003 et 2008, CLARA est venue faire de la mammographie de dépistage dans Lanaudière-Nord. En 2008, près de 1 000 mammographies ont été réalisées avec le support de CLARA, ce qui pourrait expliquer en partie l'augmentation observée dans la figure 7.

Figure 7 – Mammographies de dépistage au PQDCS selon le type, Lanaudière, 1998 à 2017 (N)



Source : INSPQ, Système d'information du PQDCS, extraction du 15 mars 2018.
Rapport de l'Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour le 9 juillet 2018.

PRISE EN CHARGE CLINIQUE

Dans Lanaudière, les examens complémentaires recommandés par les radiologistes à la suite d'une mammographie de dépistage anormale sont planifiés par ceux-ci sans nécessiter de prescription médicale. Depuis plusieurs années, la trajectoire clinique est organisée entre les SRJ et le CHDL et, plus récemment entre l'IT et l'HPLG.

Le protocole d'investigation permet aux médecins et aux IPS de la région de bien diriger la clientèle qui nécessite une mammographie et de clarifier leurs rôles pour le suivi des mammographies anormales (Annexe 1).

La clinique de santé du sein de l'HPLG a vu le jour en octobre 2011. Cette clinique assure notamment le suivi des femmes qui ont un résultat anormal et qui nécessite une biopsie mammaire. Elle accueille aussi les patient(e)s atteint(e)s de problématiques de santé du sein ou présentant des symptômes de cancer du sein. L'ensemble de la trajectoire est coordonnée par l'infirmière de la clinique. Deux omnipraticiennes ont pour rôle d'évaluer et de conseiller les patient(e)s face à des pathologies mammaires bénignes ou malignes (à l'exception des abcès), de rencontrer les patient(e)s post-biopsie afin de leur donner les résultats et de poursuivre l'investigation si nécessaire (examens complémentaires, consultation en chirurgie, etc.). Les patient(e)s peuvent être rencontré(e)s au besoin par un chirurgien ou un intervenant psychosocial.

Le médecin ou l'IPS traitant reste un intervenant important pour les femmes en investigation. Le CCSR s'assure de mettre à leur disposition des formations et des outils pertinents sur le dépistage du cancer du sein, la sénologie en général et l'organisation de services, par exemple en publiant le *Lanaudière Seinforme*, bulletin d'information semestriel.

Rôles et recrutement des praticiens volontaires

Le Programme offre aux participantes qui utilisent la lettre d'invitation et qui n'ont pas de médecin de famille de bénéficier d'un suivi par un praticien volontaire. Ces praticiens reçoivent le résultat des mammographies de dépistage. Lors d'un résultat anormal, ils assurent le suivi pour la suite de l'investigation. Ces praticiens sont recrutés par le CCSR en passant par le *Lanaudière Seinforme* et le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

Entre 2001 et 2017, il y a eu une évolution dans le nombre et le type de praticiens volontaires pour assurer le suivi des femmes sans médecin traitant. En 2001, 35 médecins étaient volontaires, puis, en 2013, 11 IPS s'ajoutaient à ce nombre. En 2018, un total de 36 médecins et 2 IPS assurent le suivi des femmes admissibles sans médecin ou IPS traitant.

En 2018, un projet de collaboration a été développé avec le Groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) de Saint-Charles-Borromée. Les médecins superviseurs ont tous accepté de devenir des praticiens volontaires faisant profiter les médecins résidents de ce GMF-U à l'exposition de ce type de clientèle et de problématique clinique. Nous pouvons conclure que ce projet a été un succès, puisqu'il a permis de diminuer le nombre de références par praticien volontaire dans Lanaudière-Nord et de sensibiliser les nouveaux médecins au dépistage du cancer du sein.

Les données disponibles à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) permettent de remonter jusqu'en 2012 pour avoir la proportion de l'utilisation de praticiens volontaires par les participantes de la région. En 2013, 2,6 % des participantes (542 femmes) au PQDCS ont bénéficié du suivi d'un praticien volontaire comparativement à 2,4 % (552 femmes) en 2017.

SECTION 2

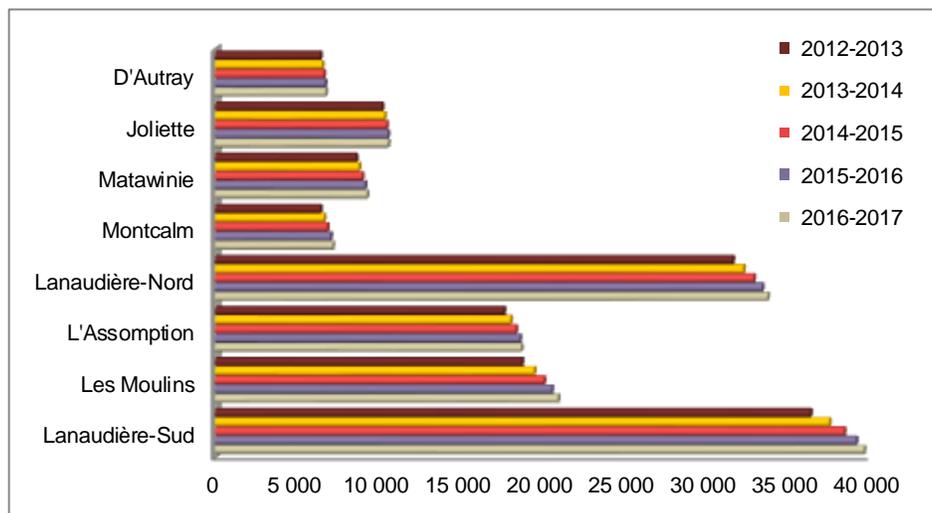
PORTRAIT ET PERFORMANCE POUR LA PÉRIODE 2012-2013 À 2017-2018

La prochaine section fait état du portrait des cinq dernières années de la performance du PQDCS dans la région.

POPULATION ADMISSIBLE AU PQDCS

La population admissible pour la région de Lanaudière est passée de 67 950 femmes en 2012-2013 à 73 372 en 2016-2017. L'augmentation de la population a été plus importante dans Lanaudière-Sud (9,0 %) que dans Lanaudière-Nord (6,8 %). En 2016-2017, la population admissible dans Lanaudière-Sud était de 39 632 femmes comparativement à 33 740 pour le RLS de Lanaudière-Nord (Figure 8).

Figure 8 – Population féminine de 50 à 69 ans admissibles au PQDCS, période de 30 mois, MRC, Lanaudière-Nord et Lanaudière-Sud, 2012-2013 à 2016-2017 (N moyen sur 5 ans)



Source : INSPQ, Estimation faite à partir du fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) de la RAMQ, 2018.

TAUX DE PARTICIPATION AU PQDCS

Le taux de participation est resté relativement stable dans Lanaudière au cours des cinq dernières années et il est supérieur à celui du Québec. En 2017, ce sont 48 727 Lanaudoises qui ont participé au Programme. Des disparités sont observées entre les territoires de MRC (Tableau 5).

En 2018-2019, un travail d'analyse régional a été conduit pour explorer les déterminants de la participation en vue d'optimiser les activités de promotion du PQDCS (Varin, 2019). L'offre de service, le niveau de défavorisation matérielle et sociale ainsi que la distance routière parcourue pour accéder aux services sont des déterminants qui ont possiblement une incidence sur le taux de participation des Lanaudoises au PQDCS.

La MRC de Joliette se démarque par une participation au-dessus du taux régional et de celui du Québec. Pour ce territoire, la proximité géographique du CDD et les bons délais d'accès peuvent être des facteurs contributifs à ce résultat.

Tableau 5 – Population féminine ayant participé au PQDCS et taux de participation¹ à 30 mois, MRC, Lanaudière-Nord, Lanaudière-Sud, Lanaudière et le Québec, 2017 (N et %)

	Nombre de participantes	Population admissible	Taux de participation (%)
D'Autray	4 457	6 735	66,2
Joliette	7 527	10 563	71,3 +
Matawinie	5 981	9 271	64,5
Montcalm	4 326	7 172	60,3 -
Lanaudière-Nord	22 291	33 740	66,1 +
L'Assomption	12 688	18 687	67,9 +
Les Moulins	13 748	20 945	65,6
Lanaudière-Sud	26 436	39 632	66,7 +
Lanaudière	48 727	73 372	66,4 +
Le Québec	753 379	1 157 694	65,1

¹ La cible du cadre de référence est de 70 %

Notes : Les femmes ayant eu un diagnostic de cancer ne sont plus admissibles au PQDCS. Toutefois, elles ne sont pas exclues du dénominateur car cette information n'est pas transmise par la RAMQ.

Les taux marqués par un " + " ou un " - " sont significativement différents de ceux du reste du Québec, au seuil de 5 %.
Le total peut ne pas correspondre à la somme des éléments compte tenu des arrondis.

Sources : INSPQ, Système d'information du PQDCS, extraction du 18 mars 2018.

RAMQ, Fichier des inscriptions des personnes assurées (FIPA), 2018.

Rapport de l'Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour le 9 juillet 2018.

À contrario, la MRC de Montcalm enregistre un taux de participation plus faible que celui de la province. Elle est l'une des MRC de la région qui présente les conditions les moins avantageuses lorsque les dimensions de la défavorisation matérielle et sociale sont combinées⁶ (Payette et Bellehumeur, 2018A). En 2016, cette MRC comptait également la proportion la plus élevée de femmes âgées de 25 à 64 ans n'ayant obtenu aucun certificat, diplôme ou grade (Payette et Bellehumeur, 2018B; Bellehumeur, 2019). Ce contexte pourrait expliquer une littératie plus faible et une moins grande adhésion au PQDCS.

⁶ Selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale de Pampalon.

Les délais d'accès à la mammographie de dépistage sont également associés à une diminution du taux de participation, puisqu'ils sont mesurés aux 30 mois.

Dans la région, depuis 2013, le taux de participation est plus élevé chez les femmes âgées de 65 à 69 ans que chez celles de 50 à 54 ans (Tableau 6). Cela peut s'expliquer par le fait que les femmes sont fidélisées depuis le début du Programme. Entre 2013 et 2017, le taux de participation des 50 à 54 ans a légèrement chuté au Québec. Bien que cette baisse ne soit pas statistiquement significative dans Lanaudière, la région semble suivre la même tendance que la province. Cette diminution sera à surveiller au cours des prochaines années.

Tableau 6 – Taux de participation¹ au PQDCS à 30 mois selon le groupe d'âge, Lanaudière-Nord, Lanaudière-Sud, Lanaudière, femmes de 50 à 69 ans, 2013 à 2017 (%)

	2013	2014	2015	2016	2017
Lanaudière-Nord					
50-54 ans	61,3 -	62,2	64,6 + ↑	64,5 +	62,9
55-59 ans	64,3	65,5 +	66,5 +	66,2 +	65,3 +
60-64 ans	65,7 +	65,5 +	66,7 +	67,5 +	67,4 +
65-69 ans	65,1 -	66,4	69,5 + ↑	69,7 +	69,0
50-69 ans	64,0 -	64,8	66,7 + ↑	66,9 +	66,1 +
Lanaudière-Sud					
50-54 ans	69,1 +	64,2 ↓	65,2 +	66,2 +	66,2 +
55-59 ans	66,6 +	64,0 ↓	65,2 +	66,0 +	66,7 +
60-64 ans	66,7 +	65,1	65,8 +	67,0 +	66,5
65-69 ans	67,9 +	65,6 ↓	66,5	67,3	67,8
50-69 ans	67,7 +	64,6 ↓	65,6 +	66,5 + ↑	66,7 +
Lanaudière					
50-54 ans	65,8 +	63,3 ↓	64,9 + ↑	65,5 +	64,8 +
55-59 ans	65,5 +	64,7 +	65,8 +	66,1 +	66,0 +
60-64 ans	66,2 +	65,3 +	66,3 +	67,3 +	66,9 +
65-69 ans	66,5	66,0	68,0 + ↑	68,5 +	68,4 ↑
50-69 ans	65,9 +	64,7 + ↓	66,1 + ↑	66,7 +	66,4 +

¹ La cible du cadre de référence est fixée à 70 %.

Notes : Les femmes ayant eu un diagnostic de cancer ne sont plus admissibles au PQDCS. Toutefois, elles ne sont pas exclues du dénominateur car cette information n'est pas transmise par la RAMQ.

Les taux marqués par un " + " ou un " - " sont significativement différents de ceux du reste du Québec, au seuil de 5 %.

Les flèches indiquent que les pourcentages ont diminué ↓ ou augmenté ↑ par rapport à la période précédente, au seuil de 5 %.

Sources : INSPQ, Système d'information du PQDCS, extraction du 18 mars 2018.

RAMQ, Fichier des inscriptions des personnes assurées (FIPA), 2018.

Rapport de l'Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour le 9 juillet 2018.

CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTES LANAUDOISES

Tableau 7 – Caractéristiques des participantes au PQDCS selon certains facteurs de risque, Lanaudière et le Québec, 2018 (%)

	Lanaudière	Le Québec
Éléments pouvant augmenter le risque de cancer du sein		
Moyenne d'âge (en années)	59,2	59,3
Antécédents familiaux de cancer du sein (1 ^{er} degré)	20,5	19,8
Première grossesse à 30 ans ou plus	12,5 -	15,0
Hormonothérapie en cours	15,4	16,3
Densité mammaire ¹		
50-75 %	36,0 +	32,0
>75 %	7,3 -	8,5
Indice de masse corporelle (IMC)		
Embonpoint (IMC de 25 à 29,9)	33,7	32,9
Obésité (IMC ≥ 30)	29,5 +	26,8
Éléments pouvant diminuer le risque de cancer du sein		
Grossesse à terme	83,0 +	80,4
Densité mammaire < 25 %	17,0 -	20,4
Facteurs pouvant avoir un impact sur la mammographie ou son interprétation		
Port d'implants mammaires	4,8 +	3,7
Examen clinique des seins dans la dernière année	32,3 -	39,6
Mammographie initiale avec antécédents	59,9	59,7
Au moins un symptôme	2,1 +	1,8
Ponctions ou biopsies antérieures	14,1 +	11,8

¹ Risque par rapport à une densité mammaire de 25 à 49,9 %.

Note : Les taux marqués par un " + " ou un " - " sont significativement différents de ceux du reste du Québec, au seuil de 5 %.

Source : INSPQ, Système d'information du PQDCS, extraction du 19 juillet 2018.
Rapport de l'Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour le 18 juin 2018.

Le tableau 7 présente certaines caractéristiques des participantes lanaudoises comparativement à celles du Québec. Selon un rapport de l'INSPQ (2019), la sensibilité et la spécificité du dépistage sont affectées négativement par : des antécédents de ponction ou de biopsie, l'utilisation de l'hormonothérapie de remplacement, une densité mammaire élevée chez les participantes ainsi que l'absence de mammographie de comparaison pour l'interprétation. Dans Lanaudière, ces caractéristiques se rapprochent du portrait de l'ensemble des Québécoises, sauf pour des antécédents plus élevés de ponction ou de biopsie du sein.

Il en va de même pour la présence de facteurs de risque. La population lanaudoise est assez similaire à celle du Québec en général, si ce n'est un IMC plus élevé et un calendrier de grossesse plus favorable.

PARTICIPATION SELON LA DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE

Il a été démontré que la clientèle défavorisée au niveau matériel et social est moins sensible aux services préventifs et a donc moins recours aux dépistages, y compris celui du cancer du sein (Lepage et coll, 2005). Dans Lanaudière, les femmes provenant d'un milieu plus favorisé⁷ (Payette et Bellehumeur, 2018A) participent davantage au PQDCS que les femmes en milieu défavorisé (Tableau 8). Depuis 2013, ces taux demeurent stables dans les deux groupes. Le taux de participation des Lanaudoises est supérieur à celui du reste du Québec, et ce, peu importe le niveau de défavorisation qui caractérise leur milieu.

Tableau 8 – Taux de participation¹ à 30 mois au PQDCS selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale, Lanaudière-Nord, Lanaudière-Sud, Lanaudière et le Québec, femmes de 50 à 69 ans, 2013 à 2017 (%)

	2013		2014		2015		2016		2017	
	Favorisé	Défavorisé								
Lanaudière-Nord	67,9	60,7	68,8 +	61,6	70,5 +	63,0 +	71,0 +	63,2 +	70,7 +	62,8 +
Lanaudière-Sud	69,9 +	65,3 +	67,2	61,9 +	68,1 +	63,0 +	69,0 +	63,7 +	69,4 +	63,7 +
Lanaudière	68,9 +	63,1 +	68,0 +	61,7 +	69,3 +	63,0 +	70,0 +	63,4 +	70,1 +	63,3 +
Le Québec	67,5	61,5	67,0	60,8	67,0	60,8	67,6	61,1	68,0	61,4

¹ La cible du cadre de référence est fixée à 70 %.

Différence significative entre les catégories, pour un même territoire et une même année, au seuil de 5 %.

Notes : Les femmes ayant eu un diagnostic de cancer ne sont plus admissibles au PQDCS. Toutefois, elles ne sont pas exclues du dénominateur car cette information n'est pas transmise par la RAMQ.

Les taux marqués par un "+" ou un "-" sont significativement différents de ceux du reste du Québec, au seuil de 5 %.
Aucun test statistique n'a été effectué sur les données annuelles pour établir une tendance chronologique.

Sources : INSPQ, Système d'information du PQDCS, extraction du 15 mars 2018.

RAMQ, Fichier des inscriptions des personnes assurées (FIPA), 2018.

Rapport de l'Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour le 9 juillet 2018.

PORTRAIT DES MAMMOGRAPHIES DE DÉPISTAGE DANS LA RÉGION

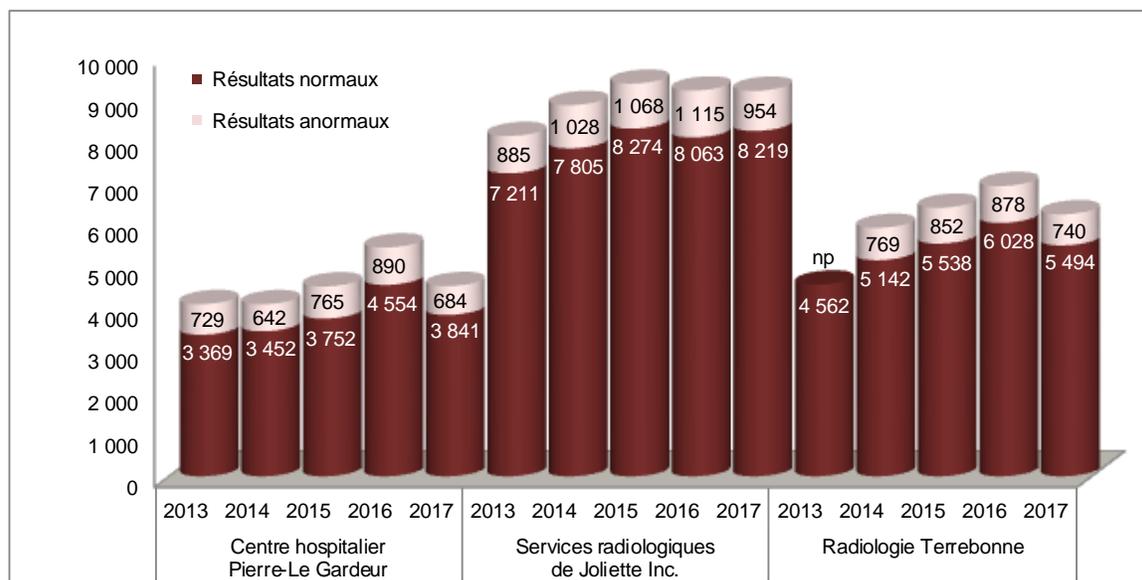
Dans le cadre du PQDCS, 19 932 mammographies de dépistage ont été réalisées en 2017 dans les CDD de Lanaudière, peu importe la région de résidence des participantes. Cela représente 3 176 de plus qu'en 2013. De l'ensemble de ces mammographies initiales et subséquentes, 88 % ont obtenu un résultat normal.

SRJ est le CDD qui effectue le plus de mammographies de dépistage dans le cadre du PQDCS dans Lanaudière (Figure 9). En 2017, il y a eu 9 173 mammographies de dépistage sur les deux mammographes de ce centre, soit 46 % des mammographies de dépistage du PQDCS effectuées dans la région. Pour leur part, l'IT et l'HPLG ont effectué respectivement 31 % et 23 % des mammographies sur leur mammographe pour la même année.

⁷ Selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale de Pampalon.

Il est à noter que le taux de référence a un impact important sur le volume d'examens complémentaires. Par exemple, les SRJ ont généré moins de demandes d'examens complémentaires pour les patientes du PQDCS en 2017 par rapport à 2014 (examens complémentaires pour 954 vs 1 028 femmes), malgré un nombre de mammographies de dépistage plus élevé.

Figure 9 – Mammographies de dépistage selon le résultat par centre de dépistage désigné, Lanaudière, 2013 à 2017¹ (N)



¹ Données disponibles jusqu'au 30 septembre 2017.

np : donnée non présentée pour préserver la confidentialité.

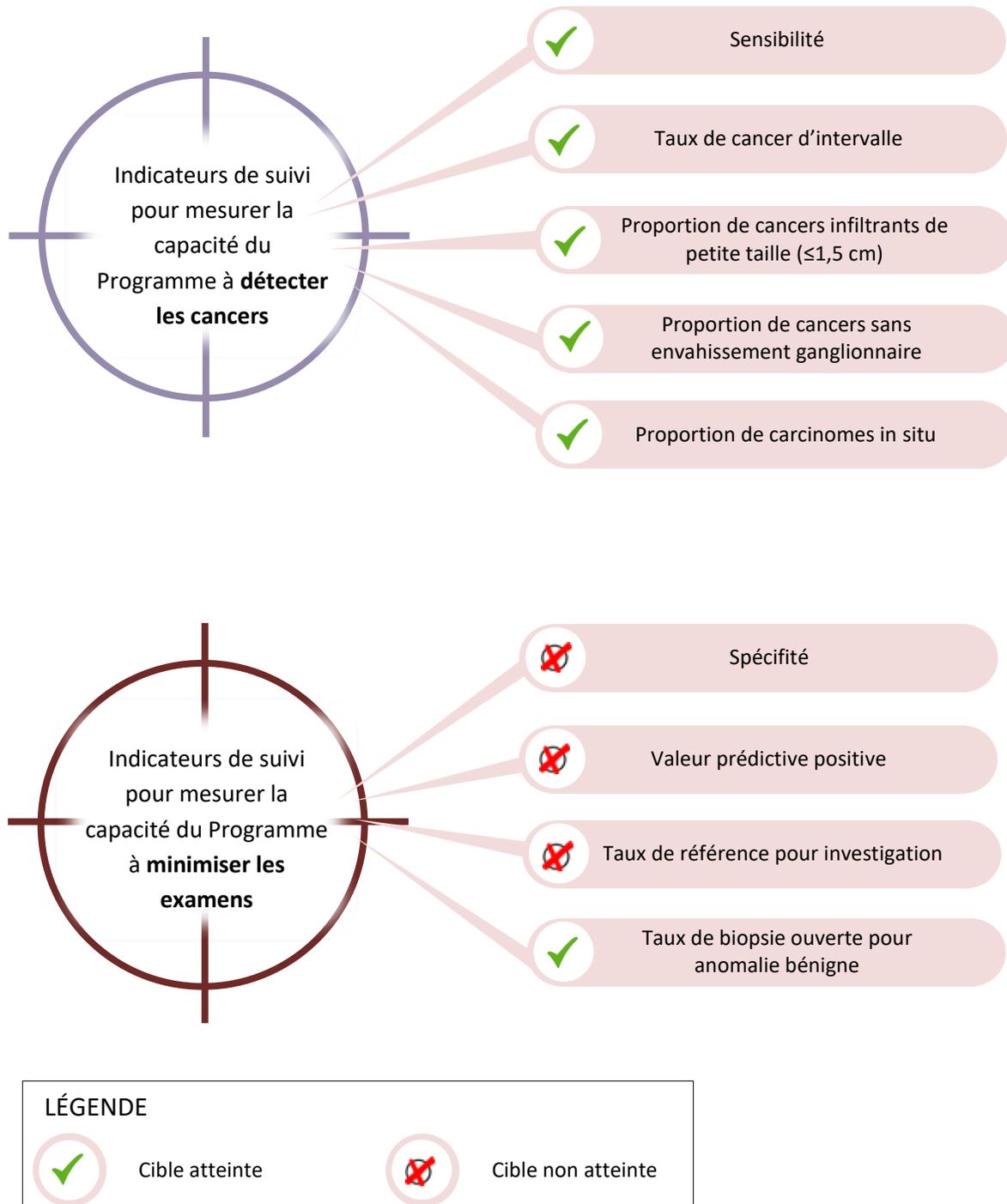
Source : INSPQ, Système d'information du PQDCS, extraction du 15 mars 2018.
Rapport de l'Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour le 19 février 2019.

INDICATEURS DE PERFORMANCE

Qualité

L'objectif du PQDCS est de réduire la mortalité par cancer du sein. Pour atteindre cet objectif, le dépistage doit être efficace. Il doit permettre la détection des cancers présents en minimisant le plus possible les faux positifs. Plusieurs indicateurs sont produits par l'INSPQ poursuivre la capacité du Programme d'une part, à trouver les cancers le plus précocement possible et d'autre part, à minimiser les examens demandés en l'absence de cancer (Figure 10).

Figure 10 – Indicateurs de suivi de la performance du Programme québécois de dépistage du cancer du sein et rencontre des cibles, Lanaudière, 2012-2017, synthèse



La **sensibilité** mesure la capacité de la mammographie à donner un résultat positif lorsqu'un cancer est présent. Dans la région, la sensibilité de la mammographie de dépistage se compare avantageusement à celle du Québec. Les **taux de détection** sont au-dessus de la cible, largement pour les mammographies subséquentes, et se comparent à la moyenne québécoise. Les **taux de cancer d'intervalle** infiltrant pour la région sont également près des cibles. Le taux de cancer d'intervalle est le taux de participantes du PQDCS pour lesquelles un diagnostic de cancer du sein infiltrant a été établi après un épisode de dépistage négatif. Un épisode négatif est défini par une mammographie de dépistage normale ou une mammographie de dépistage anormale si un diagnostic de cancer n'est pas posé dans les six mois. La majorité des cancers trouvés au dépistage sont des **cancers de petite taille et sans envahissement ganglionnaire**. Il y a également une proportion importante de **carcinomes in situ**. Cela démontre une capacité à trouver les cancers rapidement par le dépistage dans la région (Tableau 9).

Tableau 9 – Indicateurs de performance pour 2012-2017, Lanaudière et le Québec

	Cible	LANAUDIÈRE	QUÉBEC
Sensibilité	-	89,90%	86,90%
Taux de cancer d'intervalle	Personnes-années 1-12 mois après dépistage négatif		
	< 6,0/10 000	6,2/10 000	8,1/10 000
	Personnes-années 13-24 mois après dépistage négatif		
	< 12,0/10 000	11,1/10 000	12,0/10 000
Taux de détection de cancer	Cancers invasifs détectés à la mammographie initiale		
	> 5,0/1 000	5,5/1 000	5,7/1 000
	Cancers invasifs détectés à la mammographie subséquente		
	> 3,5/1 000	5,1/1 000	4,9/1 000
Proportion de cancers infiltrants de petite taille ($\leq 1,5$ cm)	> 50 %	69,30%	64,20%
Proportion de cancers sans envahissement ganglionnaire	> 70 %	77,50%	74,20%
Proportion de carcinomes in situ	> 10 %	22,10%	20,60%

Source : Tableau de bord du PQDCS, INSPQ 2019

En contrepartie, beaucoup d'examens sont faits pour atteindre ces résultats. La **spécificité** mesure la capacité du dépistage par mammographie à donner un résultat négatif lorsqu'il n'y a pas de cancer. Dans Lanaudière, la spécificité du dépistage est inférieure au taux québécois (85 % vs 89 % pour 2012-2017). Il en va de même de la **valeur prédictive positive**. Le **taux de biopsie ouverte pour anomalie bénigne** atteint toutefois la cible, mais il s'agit d'une procédure peu utilisée depuis l'introduction des diverses techniques de biopsies radiologiques.

L'expérience du radiologiste et le volume de lectures affectent la performance globale du dépistage. Bien qu'elle permette des gains d'efficacité à d'autres égards, la nouvelle technologie numérique utilisée pour effectuer des mammographies de dépistage semble associée à une diminution de la performance globale du dépistage au Québec.

Le taux de référence en investigation désigne le pourcentage de mammographies de dépistage dont le résultat est interprété comme étant anormal parmi les participantes du PQDCS. Le taux de référence dans la région a toujours été plus élevé que celui du Québec. Il a culminé en 2012, période où le taux de référence était à la hausse partout dans la province, possiblement en partie à la suite de la numérisation des installations de mammographie (Théberge et al., 2014). Il est en diminution depuis les dernières années. En 2017, il se situait à 13,5 % alors qu'au Québec il était de 10,8%. (Annexe 2)

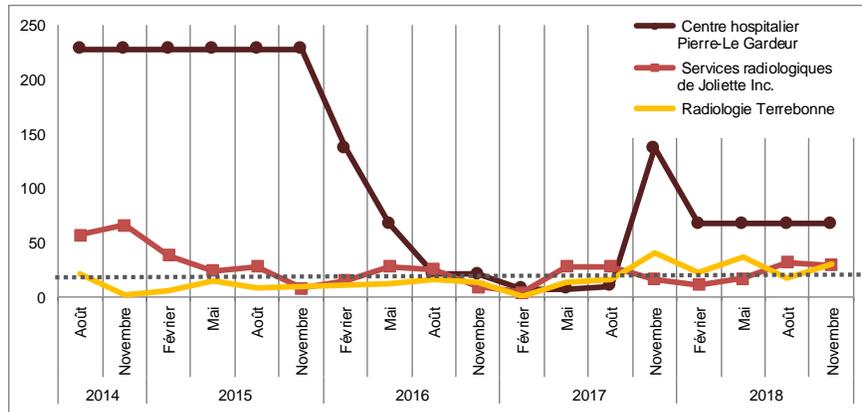
DÉLAIS

Concernant les délais d'accès aux examens, l'HPLG est le centre qui a présenté davantage de difficultés à respecter les cibles ministérielles relativement aux mammographies de dépistage (Figure 11), aux clichés complémentaires (Figure 12) ainsi qu'aux échographies (Figure 13) pour les années 2014, 2015 et 2016. La hausse du délai d'accès à la mammographie de dépistage en novembre 2017 peut être attribuée en partie à l'effet rebond de l'utilisation de l'unité CLARA, qui a effectué rapidement un grand nombre de mammographies en septembre 2011.

Depuis 2015, les autres centres de la région sont relativement stables au niveau des délais de mammographies de dépistage et d'examen complémentaires.

En 2017, le MSSS a adopté un décret offrant la gratuité des échographies dans les cliniques privées. Un suivi serré et une réorganisation des services ont permis un retour à la cible ministérielle pour tous les centres en 2018. Il faudra pérenniser les efforts consentis dans les prochaines années pour répondre à la demande croissante en restant dans les normes établies pour l'accès à la mammographie et aux examens complémentaires.

Figure 11 – Délai pour l'obtention d'un rendez-vous pour une mammographie de dépistage selon le centre de dépistage désigné, août 2014 à novembre 2018 (nombre de jours approximatifs)

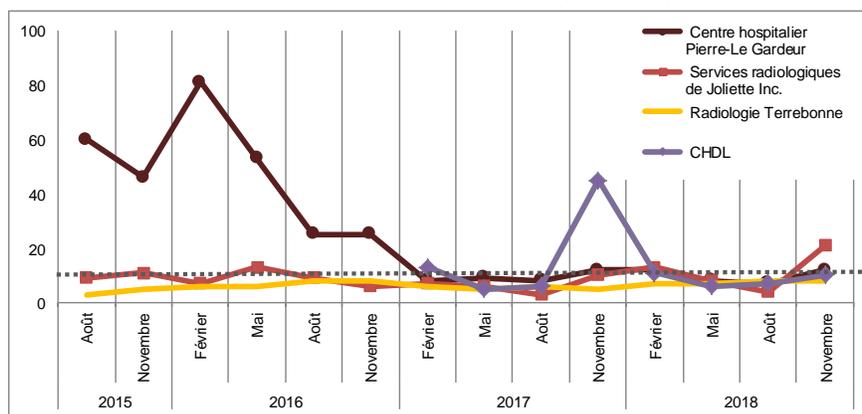


..... Délai de la cible du PQDCS

Notes : La cible du PQDCS est que $\geq 85\%$ des femmes devraient avoir un délai d'attente maximal de 30 jours ouvrables (≤ 42 jours de calendrier) entre le moment où elles prennent rendez-vous pour la mammographie de dépistage et le rendez-vous lui-même.
 À noter que les résultats du sondage ne permettent pas de savoir si la cible est atteinte puisque nous ne connaissons pas le délai pour chaque femme, ce qui nous empêche de calculer la proportion de femmes qui répondent à la cible.

Source : INSPQ, Système d'information du PQDCS, Délais de sondage d'août 2014 à novembre 2018.
 Rapport de l'Infocentre de santé publique du Québec, le 22 juillet 2019.

Figure 12 – Délai pour l'obtention d'un rendez-vous pour clichés mammaires complémentaires selon le centre de dépistage désigné, août 2015 à novembre 2018 (nombre de jours approximatifs)

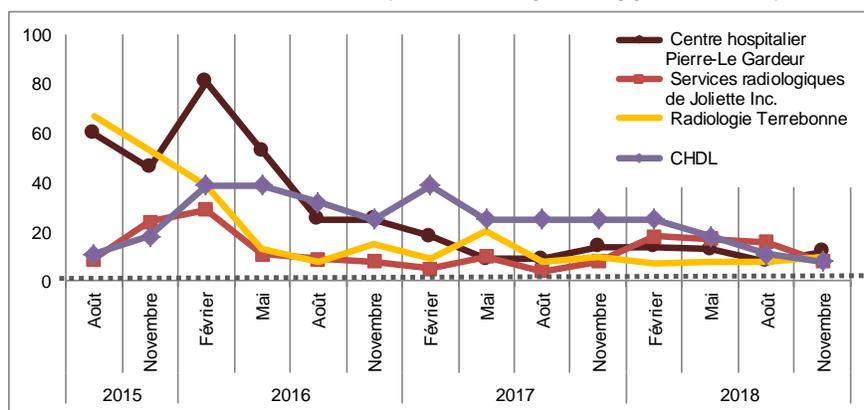


..... Délai de la cible du PQDCS

Notes : La cible du PQDCS est que $\geq 90\%$ des femmes devraient obtenir un premier rendez-vous au centre de référence pour investigation à l'intérieur des 12 jours ouvrables (≤ 17 jours de calendrier) suivant la date de la mammographie.
 À noter que les résultats du sondage ne permettent pas de savoir si la cible est atteinte puisque nous ne connaissons pas le délai pour chaque femme, ce qui nous empêche de calculer la proportion de femmes qui répondent à la cible.

Source : INSPQ, Système d'information du PQDCS, Délais de sondage d'août 2015 à novembre 2018.
 Rapport de l'Infocentre de santé publique du Québec, le 22 juillet 2019.

Figure 13 – Délai pour l'obtention d'un rendez-vous pour échographie mammaire complémentaire selon le centre de dépistage désigné, août 2015 à novembre 2018 (nombre de jours approximatifs)



..... Délai de la cible du PQDCS

Notes : La cible du PQDCS est que ≥ 90 % des femmes devraient obtenir un premier rendez-vous au centre de référence pour investigation à l'intérieur des 12 jours ouvrables (≤ 17 jours de calendrier) suivant la date de la mammographie.

À noter que les résultats du sondage ne permettent pas de savoir si la cible est atteinte puisque nous ne connaissons pas le délai pour chaque femme, ce qui nous empêche de calculer la proportion de femmes qui répondent à la cible.

Source : INSPQ, Système d'information du PQDCS, Délais de sondage d'août 2015 à novembre 2018. Rapport de l'Infocentre de santé publique du Québec, le 22 juillet 2019.

Les délais médians d'investigation entre la mammographie anormale et l'acte diagnostique ne rencontrent pas encore la cible, mais la région a connu une amélioration considérable dans les cinq dernières années (2013 à 2017). En effet en 2017 la région obtient de meilleurs résultats que le Québec pour le délai médian et la proportion d'intervalles diagnostique qui respectent la cible sans biopsie, alors qu'elle était très en dessous de la moyenne québécoise en 2013 (Tableau 10).

Tableau 10 – Mammographies de dépistage anormales selon le délai diagnostique et l'intervalle médian (en semaines), 2013 à 2017¹ (%)

	2013	2014	2015	2016	2017 ¹
Lanaudière					
<u>Sans biopsie</u> , respecte la cible canadienne à ≥ 90 % en 5 semaines ou moins	30,9	35,7	46,0	60,8	72,2
<u>Avec biopsie</u> , respecte la cible canadienne à ≥ 90 % en 7 semaines ou moins	13,5	11,0	20,2	33,5	50,5
Intervalle diagnostique médian (semaine) entre la mammographie de dépistage anormale et l'acte diagnostique	8,3	7,7	6,3	4,9	4,1
Le Québec					
<u>Sans biopsie</u> , respecte la cible canadienne à ≥ 90 % en 5 semaines ou moins	67,7	68,4	71,2	68,7	68,3
<u>Avec biopsie</u> , respecte la cible canadienne à ≥ 90 % en 7 semaines ou moins	39,5	41,8	43,6	45,7	47,7
Intervalle diagnostique médian (semaine) entre la mammographie de dépistage anormale et l'acte diagnostique	4,0	4,0	3,9	4,0	4,0

¹ Données disponibles jusqu'au 30 septembre 2017.

Source : INSPQ, Système d'information du PQDCS, Analyses statistiques, 21 mars 2019. Rapport de l'Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour le 18 février 2019.

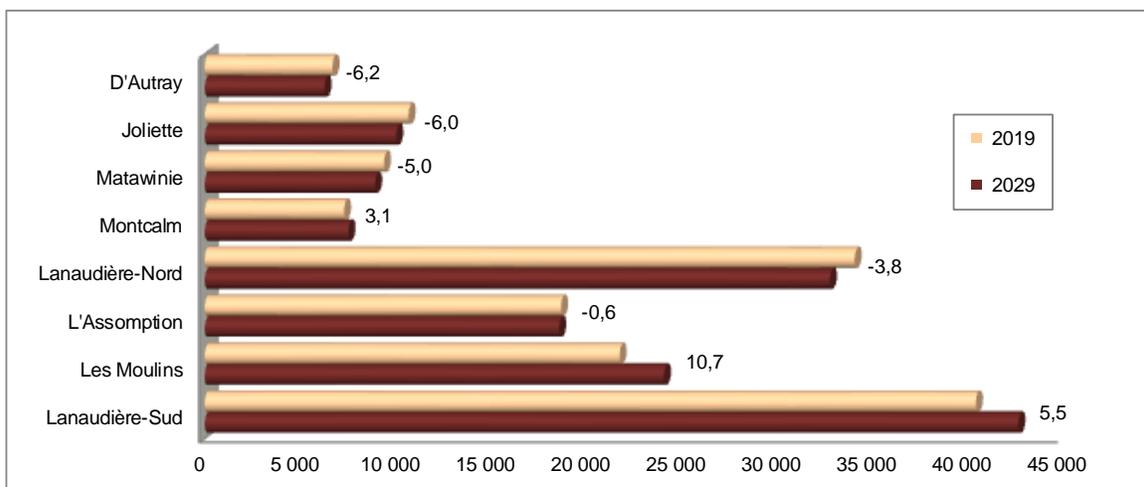
SECTION 3

PERSPECTIVES

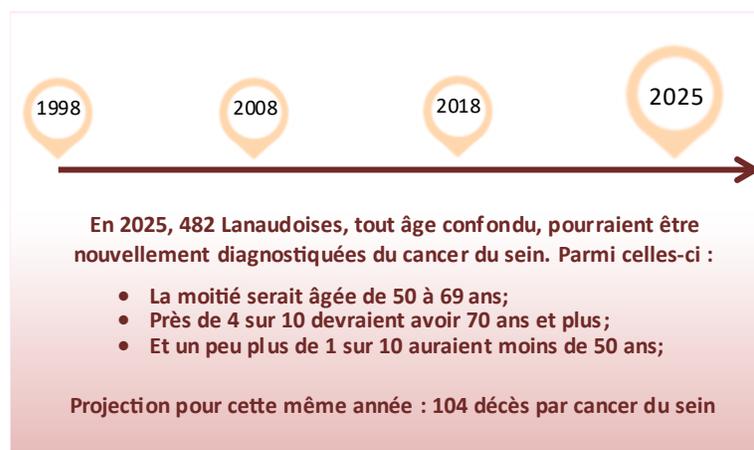
PROJECTION DE LA POPULATION

La projection des Lanaudoises de 50 à 69 ans nous permet d'anticiper une croissance de la population pour la région de 1,3 % de 2019 à 2029. À contrario, l'ensemble du Québec pourrait voir sa population admissible diminuer de 4,0 % pendant la même période. Lanaudière-Sud pourrait avoir un accroissement marqué de sa population soit 5,5 % d'ici 2029, passant de 40 443 femmes en 2019 à 42 673 en 2029 (Figure 14). Le territoire de MRC qui aura la croissance la plus importante est celui de la MRC Les Moulins avec une augmentation probable de 11 % d'ici 2029. L'augmentation de la population résidant dans Lanaudière-Sud aura certainement un impact sur l'organisation de services à l'HPLG et à l'IT.

Figure 14 – Projections de la population féminine de 50 à 69 ans, MRC, Lanaudière-Nord, Lanaudière-Sud, Lanaudière et le Québec, 2019 et 2029 (N et variation en %)



Sources : ISQ, Perspectives démographiques des MRC du Québec, 2011-2036, octobre 2014.
ISQ, Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061, septembre 2014.



ORGANISATION DES SERVICES

L'offre de service actuelle du PQDCS permet difficilement de faire face au moindre imprévu en respectant les délais d'accès à la mammographie de dépistage. Afin de répondre à l'augmentation de la population admissible dans les années à venir, l'offre de service devra être revue et plus particulièrement pour Lanaudière-Sud.

Concernant la trajectoire clinique de l'investigation mammaire, actuellement au CHDL, plusieurs examens d'investigation se font directement sans intervention du médecin traitant, ce qui est dans le respect de la trajectoire préconisée par le MSSS. Cependant, il faudra optimiser la trajectoire afin de s'assurer que chaque personne en investigation mammaire ait accès à de l'information et à un soutien adéquat pour une prise de décision éclairée.

De plus, d'ici 2020, le changement de gouverne des dépistages populationnels de cancer vers une coresponsabilité entre la DSPublique et la DSP responsable de la cancérologie permettra de consolider le travail de collaboration déjà amorcé.

ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE

Le professionnel de première ligne joue un rôle important dans le dépistage (Poole et al., 2010). Les preuves scientifiques démontrent que son intervention peut être associée à l'augmentation de la participation (Lofters et al., 2010) et de la fidélisation (Soler-Michel et al., 2005) au dépistage du cancer du sein (Ferrat et al., 2013). À l'ère de la décision partagée, il est un interlocuteur privilégié pour les discussions sur les avantages et les inconvénients du dépistage du cancer du sein. En 2018, il y avait dans Lanaudière 486 médecins de famille inscrits au Collège des médecins du Québec (<http://www.cmq.org/>) en pratique active et 35 IPS (OIIQ, 2018), la majorité œuvrant en première ligne. Lanaudière est un milieu d'enseignement dynamique pour la première ligne avec ses deux GMF-U, l'un dans Lanaudière-Nord (Université Laval) et l'autre dans Lanaudière-Sud (Université de Montréal). Le CCSR a développé des liens avec ces groupes. Il offre une formation sur le dépistage du cancer du sein et sur le PQDCS à tous les résidents en médecine familiale formés dans la région. L'engagement de l'ensemble des médecins enseignants du GMF-U de Lanaudière-Nord, à titre de médecins volontaires, permet aussi une bonne exposition aux résidents pour le dépistage et le fonctionnement du PQDCS avant leur début de pratique. Par ailleurs, des liens sont aussi maintenus avec les comités de formation continue du CISSS et le regroupement des IPS de la région pour répondre aux besoins de formation.

La région de Lanaudière prend part au projet de recherche *PERSPECTIVE Intégration et Implantation*. Ce projet international a pour but d'évaluer l'acceptabilité et la faisabilité d'une approche d'évaluation personnalisée du risque de cancer du sein afin d'améliorer l'efficacité du dépistage. Grâce à un outil novateur, des informations génétiques seront combinées à plusieurs autres facteurs de risque individuels, permettant ainsi de fournir un plan d'action de dépistage sur mesure, en fonction de la catégorie de risque de chaque femme. La participation à ce projet de recherche permet à la région de montrer son dynamisme et d'être aux premières loges des avancées scientifiques dans le domaine du dépistage du cancer du sein.



CONCLUSION

Ce bilan porte sur les 20 années du PQDCS soit depuis son implantation dans la région en 1998 jusqu'à 2018. Un portrait des Lanaudoises admissibles au Programme au cours de ces vingt dernières années a permis de constater l'accroissement important de volume auquel a dû répondre le réseau de la santé et des services sociaux de la région.

De plus, le portrait des cinq dernières années (2012 à 2018) permet de soulever des constats en lien avec l'accessibilité à la mammographie de dépistage et la performance du PQDCS dans son ensemble.

Certains défis restent à relever pour les prochaines années, notamment :

- ✓ Atteindre la cible ministérielle de 70 % pour le taux de participation;
- ✓ Prévoir une offre de service régionale plus solide pour augmenter l'accessibilité à la mammographie de dépistage, considérant l'augmentation de la population et les efforts de rétention régionale de la clientèle;
- ✓ Maintenir un intérêt pour les femmes qui sont fidélisées au Programme et tenter de fidéliser de nouvelles participantes;
- ✓ Diminuer le taux de référence pour les investigations qui demeurent élevées depuis quelques années (cible : mammographies initiales < 7 % et mammographies subséquentes < 5 %);
- ✓ Harmoniser l'offre de service dans la région en lien avec la mise en place de la trajectoire clinique pour l'investigation mammaire;
- ✓ Maintenir une étroite collaboration avec les diverses directions du CISSS et du MSSS concernées par le dépistage du cancer du sein, dans le contexte de la nouvelle gouverne des dépistages.

Il est important de maintenir les acquis du Programme et de mettre en place des stratégies efficaces pour relever ces défis. Au regard de l'amélioration des dernières années, notamment pour l'accessibilité, il est permis d'espérer que le contexte actuel de collaboration soutienne la réussite.

Nous tenons à remercier tous les intervenants et professionnels qui participent activement au dépistage du cancer du sein ainsi qu'à la diminution des impacts de celui-ci chez les Lanaudoises.

RÉFÉRENCES

BELLEHUMEUR, Patrick. *Scolarité, revenu et indicateurs du marché de l'emploi dans la MRC de Montcalm, Joliette*, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2019, 12 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. (Site Web consulté le 8 août 2019 au www.cmq.org)

DESTOUNIS, S, M NEWELL & R PINSKY. *Breast Imaging and Intervention in the Overweight and Obese Patient*, AJR Am J Roentgenol, 2011, 196(2), 296-302.

EKPO, Ernest Usang, Maram ALAKHRAS and Patrick BRENNAN. *Errors in mammography cannot be solved through technology alone*, 2018, Asian Pacific Journal of Cancer prevention, 19(2), 291-301

FERRAT, E, J LE BRETON, F DJASSIBEL, K VEERABUDUN, Z XRIXI, C ATTALI, V RENARD. *Understanding barriers to organized breast cancer screening in France : women's perceptions, attitudes, and knowledge*, Fam Pract. 2013 Aug; 30(4):445-51

GUERTIN, MH, I THÉBERGE, HT ZOMAHOUN, MP DUFRESNE, É PELLETIER and J BRISSON. *Technologists' Characteristics and Quality of Positioning in Daily Practice in a Canadian Breast Cancer Screening Program*, Acad Radiol, 2016, 23(11):1359-1366.

HARRIS, Jay R., Marc E. LIPPMAN, Monica MORROW, C Kent OSBORNE. *Diseases of the breast* (fifth edition), Wolters Kluwer Health, 2014, 1 224 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Infocentre de santé publique du Québec*, 2019. (Site Web consulté en août 2019 au www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/portail/sante/public/infocentre/accueil)

LOFTERS, Aisha K, Ryan NG, and Rebecca LOBB. *Primary care physician characteristics associated with cancer screening: a retrospective cohort study in Ontario, Canada*, Cancer Med, 2015; 4(2): 212–223.

MARLEAU, Daniel. *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2017-2018, Le Québec et ses régions*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2018, 64 p. (récupéré de https://www.oiiq.org/documents/20147/3410233/Rapport_statistique_2017-2018.pdf)

MILLION WOMAN STUDY COLLABORATORS. *Breast cancer and hormone-replacement in the MWS*. The Lancet, 2003; 362:419-427.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence Programme québécois de dépistage de cancer du sein*, 1996, 67 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Bilan 10 ans 1998-2008 Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, 2009, 51 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Gouvernance des dépistages de cancer, Présentation aux représentants de la TCNSP et du CNSRQC, 1^{er} novembre 2017*, QC : Direction générale de la santé publique et direction générale de cancérologie, 2017.

NATIONAL CANCER CONTROL INDICATORS, *Breast screening rates*, Cancer Australia, mars 2019.

PARTENARIAT CANADIEN DE LUTTE CONTRE LE CANCER. *Dépistage du cancer au Canada : aperçu de la participation au dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et colorectal*, Toronto, Partenariat canadien de lutte contre le cancer, 2015.

PAYETTE, Josée et Patrick BELLEHUMEUR. *Coup d'œil sur les MRC de Lanaudière – Recensement 2016*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2018.

PAYETTE, Josée et Patrick BELLEHUMEUR. *Localiser la défavorisation. Mieux connaître son milieu. Indice de défavorisation matérielle et sociale de 2016. Territoire de référence - Région de Lanaudière*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2018, 20 p.

POOLE, B, C BLACK, K GELMON & L KAN. *Is Canadian women's breast cancer screening behaviour associated with having a family doctor?*, Can Fam Physician. 2010, 56(4):e150-7.

PORTER, Geoff & al. *Rates of breast cancer surgery in Canada from 2007/08 to 2009/10 : retrospective cohort study*, CMAJ Open, 2014, 2(2):E102-E108.

RENAUD, Mélanie, Élizabeth CADIEUX, Marie MÉNARD (coll.) et Ginette HÉTU (coll.). *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN. Rapport d'activités dans la région de Lanaudière, pour la période du 21 octobre 1998 au 31 décembre 2002*, Saint-Charles-Borromée, ADRLSSSS de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, CHRDL, Centre de coordination des services régionaux du PQDCS de Lanaudière, 28 p.

ROSSOUW, JE et coll. *Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women : principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial*, JAMA, 2002;288(3):321-333.

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE. *Taux de participation au programme national de dépistage organisé du cancer du sein, par âge et par région*, Mai 2019.

SHEN, Y, M WINGET, Y YUAN. *The impact of false positive breast cancer screening mammograms on screening retention: A retrospective population cohort study in Alberta, Canada*, Can J Public Health, 2018, 108(5-6):e539-e545.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. *Statistiques sur le cancer du sein*, 2019. (site Web consulté en mai 2019 au www.cancer.ca)

SOLER-MICHEL, P, I COURTIAL & A BREMOND. *Reattendance of women for breast cancer screening programs. A review*, Rev Epidemiol Sante Publique. 2005, 53(5):549-67.

STATISTIQUE CANADA, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2015-2016*, FMGD. Rapport de l'Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour le 18 juin 2019.

THÉBERGE, Isabelle, Vanina Sandy TCHUENTE NGUEDEM, Nathalie VANDAL et Caroline DIORIO. *Facteurs associés à la sensibilité et la spécificité du dépistage dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, Institut national de santé publique du Québec, 2019, 8p. (Récupéré de https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2531_facteurs_sensibilite_depistage_cancer_sein.pdf)

THÉBERGE, Isabelle, Nathalie VANDAL, André LANGLOIS, Éric PELLETIER et Jacques BRISSON. *Mammographie numérique et indicateurs de performance dans le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), 2007-2012*, Institut national de santé publique du Québec, 2014, 65 p.

VARIN, Dominique. *Évaluation et optimisation des activités de promotion du PQDCS, Région de Lanaudière*, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de promotion, prévention et organisation communautaire, 2019, 20 p.

Volesky, KD & PJ Villeneuve. *Examining screening mammography participation among women aged 40 to 74*, Can Fam Physician. 2017, 63(6):e300-e309.

ANNEXE 1

Protocole d'investigation en imagerie du sein au Sud de Lanaudière

<p>Mammographie de dépistage PQDCS (50 à 69 ans) Et Hors PQDCS</p> <p>Critères d'inclusion pour la mammographie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asymptomatique ou • Symptôme/lésion bénigne connue (ex. douleur, kyste, hyperplasie canalaire) ou • Patiente à risque élevé (Antécédent familial au 1er degré, BRCA+, etc) 	<p>Mammographie diagnostique</p> <p>Critères d'inclusion pour la mammographie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Nouveau symptôme suspect</u> (masse palpée, rétraction mamelonnaire/cutanée, écoulement uniorifical sérosanguinolent, autre); si < 30 ans, débiter par une échographie ou • <u>Contrôle de mammographie</u> (6 ou 12 mois) recommandé suite à une mammographie de dépistage anormale ou • <u>Antécédent de cancer du sein</u> <p>La douleur seule n'est pas une indication de mammographie</p>
<p>Où diriger la patiente</p> <p>Imagerie Terrebonne Hôpital Pierre-Le Gardeur</p>	<p>Imagerie Terrebonne Hôpital Pierre-Le Gardeur</p> <p>Clinique de la santé du sein de l'HPLG (Sauf exception tel que spécifié sur le formulaire de consultation)</p>

Un rapport pour chaque examen est envoyé au médecin référant au fur et à mesure de l'investigation

Résultat de mammographie normale ou inchangée

<p>La femme sera réinvitée à passer une mammographie dans 2 ans (50-69 ans). Il est de la responsabilité du médecin traitant de prescrire les examens de dépistage qui seraient indiqués dans un délai plus rapproché (1 an minimum) ou pour les plus de 69 ans</p>	<p>La prescription de la prochaine mammographie hors PQDCS est sous la responsabilité du médecin traitant</p>	<p>L'échographie complémentaire si requise est demandée au nom du médecin référant et faite automatiquement</p>	<p>La prescription de la prochaine mammographie est sous la responsabilité du médecin traitant sauf si retour au PQDCS (dépistage dans 2 ans)</p>
---	---	---	---

Résultat de mammographie anormale

Les examens complémentaires suivants si requis sont demandés à votre nom et sont faits automatiquement :

- 1) Clichés complémentaires : localisés ou agrandissements;
- 2) Échographie;
- 3) Biopsie sous échographie et sous stéréotaxie (les biopsies sont automatiquement transférées à la Clinique de santé du sein (CSS) à l'HPLG);
- 4) Consultation en chirurgie, référée par la CSS.

Le médecin référant doit prescrire les examens/consultations suivantes si requis :

- 1) Lorsque la mammographie a été réalisée dans un autre centre que l'Imagerie Terrebonne et l'HPLG et que la femme souhaite poursuivre l'évaluation au Sud de Lanaudière;
- 2) Lorsque la mammographie a été réalisée il y a plus de 3 mois à l'imagerie Terrebonne et que la femme n'a pas donnée suite;
- 3) Contrôles de mammographie et/ou échographie (6 mois/1 an). Toutefois, si votre patiente est déjà suivie à la CSS ou si elle bénéficie d'une biopsie dans le cadre de cette investigation, le suivi ultérieur sera assuré par le médecin de la CSS.

Point de service	Transmission de la demande	Contact
Imagerie Terrebonne	Par téléphone ou sur place	450-471-1477
HPLG	En personne ou requête par télécopieur : 450-585-2298	450-654-7525 poste 31191
Clinique de santé du sein (HPLG)	Demande de consultation par télécopieur : 450-654-3188	450-654-7525 poste 31111

Protocole d'investigation en imagerie du sein dans le Nord de Lanaudière

Mammographie de dépistage Critères d'inclusion pour la mammographie : Asymptomatique ou Symptôme/lésion bénigne connue (ex. douleur, kyste, hyperplasie canalaire) ou Patiente à risque élevé (Antécédent familial au 1 ^{er} degré, BRCA+, etc)		Mammographie diagnostique Critères d'inclusion pour la mammographie : Nouveau symptôme suspect (masse palpée, rétraction mamelonnaire/cutanée, écoulement uniorificiel sérosanguinolent, autre*); si < 35 ans, débiter par une échographie. ou Contrôle de mammographie (6 ou 12 mois) recommandé pour une lésion ou Antécédent de cancer du sein opéré asymptomatique *La douleur seule n'est pas une indication de mammographie				
Où diriger la patiente	PQDCS (50 à 69 ans) Hors PQDCS ≥ 70 ans	Hors PQDCS ≤ 49 ans et ≥ 70 ans	Nouveau symptôme suspect		Contrôle de mammographie	ATCD cancer du sein
	SRJ	CHDL	Masse palpée SRJ ou Accueil clinique	Autre symptôme SRJ	Idem à l'examen initial	CHDL
Un rapport pour chaque examen est envoyé au médecin référant au fur et à mesure de l'investigation						
Résultat de mammographie normale ou inchangée						
La femme sera réinvitée à passer une mammographie dans 2 ans (50-69 ans). Il est de la responsabilité du médecin traitant de prescrire les examens de dépistage qui seraient indiqués dans un délai plus rapproché (1 an minimum) ou pour les plus de 69 ans	La prescription de la prochaine mammographie est sous la responsabilité du médecin traitant	L'échographie complémentaire si requise est demandée au nom du médecin référant et faite automatiquement	Il est de la responsabilité du médecin de demander d'autres investigations selon les données cliniques (ex. galactographie)	La prescription de la prochaine mammographie est sous la responsabilité du médecin traitant sauf si retour au PQDCS (dépistage dans 2 ans)	La prescription de la prochaine mammographie est sous la responsabilité du médecin traitant	
Résultat de mammographie anormale						
Les examens complémentaires suivants si requis sont demandés à votre nom et sont faits automatiquement :						
1) Clichés complémentaires : localisés ou agrandissements; 2) Échographie; 3) Biopsie sous échographie (est automatiquement transférées au CHDL);						
Le médecin référant doit prescrire les examens/consultations suivantes si requis :						
1) Biopsie sous stéréotaxie 2) Lorsque la mammographie a été réalisée dans un autre centre que les Services Radiologiques Joliette et que la femme souhaite poursuivre l'évaluation au Nord de Lanaudière; 3) Lorsque la mammographie a été réalisée il y a plus de 3 mois et que la femme n'a pas donnée suite; 4) Contrôles de mammographie et/ou échographie (6 mois/1 an). 5) Consultation en chirurgie ** Si la patiente a passé via l'accueil clinique, la consultation en chirurgie sera demandée, si requis, après l'annonce du diagnostic par le médecin référant à la clinique de chirurgie. Le médecin référant doit transmettre le dossier complet à la clinique de chirurgie et préciser s'il s'agit d'un cas de néoplasie.						

Point de service	Transmission de la demande	Contact
SRJ – Services radiologiques de Joliette	Requête (SRJ) téléphone ou sur place	450-759-6668 poste 2
Centre Hospitalier De Lanaudière (CHDL)	Par téléphone (mammo)* ou sur place (écho)	450-759-7430
Accueil clinique (CHDL)	Inscription par fax : 450-756-4758	450-759-8222 poste 2626
Clinique de chirurgie de Joliette	Par télécopieur au 450 756-6144	450 753-7588

*Les requêtes de mammographies pour le suivi des femmes après un traitement pour un cancer du sein doivent être acheminées par fax: 450-759-2133



Programme Québécois de Dépistage du Cancer du Sein

TABLEAU DE BORD
Indicateurs de performance du PQDCS
En date du 17 juin 2019

Tableau de bord - Indicateurs de performance du PQDCS (17 juin 2019)

Indicateur	Cible ¹	Année du dépistage											Résumé	
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	5 ans	10 ans
Nombre de mammographies		15 521	13 316	14 285	14 708	15 482	15 142	16 399	17 564	18 645	17 555	18 702	88 865	161 778
- mammographies initiales		3 707	3 057	2 593	2 340	2 699	2 533	2 578	2 927	2 892	2 491	2 464	13 352	26 574
- mammographies subséquentes		11 814	10 259	11 672	12 368	12 783	12 609	13 821	14 637	15 753	15 064	16 238	75 513	135 204
Taux de couverture (%)		74,0	75,9	75,4	74,5	75,9	75,7	74,6	75,6	75,7	75,0	73,4		
Taux de participation (%)	≥ 70 %	64,2	66,6	66,1	65,1	66,1	65,9	64,7	66,1	66,7	66,4	65,3		
Taux de fidélisation (%)		69,1	74,0	78,2	77,9	72,0	77,3	80,5	78,5				77,3	76,1
- mammographies initiales	≥ 75 %	60,6	62,3	66,4	63,6	55,6	59,8	66,4	61,9				61,4	63,2
- mammographies subséquentes	≥ 90 %	71,9	77,5	81,2	81,1	75,8	81,1	83,4	82,0				80,7	79,4
Taux de référence (%)		14,3	13,4	12,5	13,4	17,0	15,8	14,9	15,3	15,5	13,6	13,7	14,6	14,5
- mammographies initiales	< 7 %	22,7	22,5	22,9	24,7	30,0	28,6	27,0	28,4	29,3	27,9	29,0	28,3	27,0
- mammographies subséquentes	< 5 %	11,7	10,6	10,2	11,3	14,3	13,2	12,6	12,7	12,9	11,2	11,4	12,1	12,1
Taux de détection des cancers infiltrants (%)		4,8	5,6	6,4	5,6	4,3	5,1	5,0	5,2	5,4	5,2*		5,2*	5,3*
- mammographies initiales	> 5,0 %	2,7	5,6	6,9	5,1	3,3	6,3	4,7	5,5	4,8	6,6*		5,5*	5,0*
- mammographies subséquentes	> 3,0 %	5,5	5,7	6,3	5,7	4,5	4,8	5,1	5,2	5,5	4,9*		5,1*	5,3*
Taux de détection des cancers infiltrants et in situ (%)		6,1	7,1	7,9	7,3	5,9	6,4	6,6	6,7	7,3	6,1*		6,7*	6,8*
- mammographies initiales	> 5,0 %	5,1	8,5	8,5	6,4	6,7	7,5	7,4	8,5	7,3	8,6*		7,8*	7,4*
- mammographies subséquentes	> 3,5 %	6,4	6,7	7,8	7,4	5,7	6,2	6,5	6,3	7,4	5,7*		6,5*	6,6*
Valeur prédictive positive (%)		4,3	5,3	6,3	5,4	3,5	4,1	4,5	4,4	4,8	4,6*		4,5*	4,6*
- mammographies initiales	≥ 5,0 %	2,3	3,8	3,7	2,6	2,2	2,6	2,7	3,0	2,5	3,2*		2,8*	2,8*
- mammographies subséquentes	≥ 6,0 %	5,5	6,3	7,6	6,6	4,0	4,7	5,2	5,0	5,7	5,2*		5,2*	5,5*
Taux de biopsies chirurgicales bénignes (%)		2,0	1,5	2,0	1,8	1,9	0,9	1,0	1,3	1,7	2,1*		1,4*	1,6*
- mammographies initiales	< 5,0 %	3,2	2,3	3,5	2,1	3,3	1,6	0,8	3,8	3,1	2,0*		2,3*	2,6*
- mammographies subséquentes	< 3,5 %	1,6	1,3	1,7	1,8	1,6	0,8	1,1	0,8	1,5	2,1*		1,2*	1,4*
Cancers détectés de type in situ (%)		21,1	21,1	18,6	22,4	26,4	18,9	24,8	21,4	26,3	16,0*		22,1*	21,9*
- mammographies initiales	> 10 %	47,4	34,6	18,2	20,0	50,0	15,8	36,8	36,0	33,3	23,5*		29,7*	31,8*
- mammographies subséquentes		14,5	15,9	18,7	22,8	20,5	19,7	22,2	17,4	25,0	14,1*		20,3*	19,5*
Cancers détectés infiltrants de petites tailles (≤1,5 cm) (%)	> 50 %	71,2	59,7	74,7	71,1								69,3	69,8
Cancers détectés infiltrants sans envahissement ganglionnaire (%)	> 70 %	84,7	77,6	72,5	76,5								77,5	76,1
Taux de cancers d'intervalle infiltrants (‰)														
- dans les 1 à 12 mois suivant un épisode de dépistage négatif	< 6,0 ‰	9,8	5,7	4,5	4,4	6,4	6,5	5,3	5,0	7,6			6,2	6,0
- dans les 13 à 24 mois suivant un épisode de dépistage négatif	< 12,0 ‰	12,2	10,3	16,6	13,8	7,9	9,0	11,8	13,0				11,1	11,9
Sensibilité à 1 an (infiltrant)(%)		84,3	91,5	93,9	93,3	88,2	89,5	91,1	92,0	88,6			89,9	90,4
Spécificité à 1 an (%)		86,2	87,3	88,2	87,2	83,5	84,8	85,7	85,3	85,2			84,9	85,8
Délai diagnostique respectant la cible (%)														
- sans biopsie, 5 semaines ou moins	≥ 90 %	32,8	20,7	43,6	44,3	20,9	30,9	35,7	46,0	60,8	72,2*		48,3*	40,7*
- avec biopsie, 7 semaines ou moins	≥ 90 %	22,0	14,7	25,3	29,6	11,0	13,5	11,0	20,2	33,5	50,5*		24,6*	22,4*
Intervalle diagnostique médian (semaines)		7,6	8,4	6,0	5,9	8,4	8,3	7,7	6,3	4,9	4,1*		6,0*	6,7*
- bénin		7,6	8,3	6,0	5,7	8,4	8,1	7,6	6,1	4,6	4,0*		5,9*	6,6*
- cancer		8,1	9,1	8,3	7,1	9,0	10,6	10,3	8,0	6,4	5,9*		7,9*	8,1*

¹ Cibles du cadre de référence, sinon (en italique) cibles canadiennes.

* Les données utilisées pour le calcul de cet indicateur étaient disponibles jusqu'au 30 septembre 2017.

: La variabilité associée à la mesure de cet indicateur est importante ou très importante. Vous pouvez consulter les Analyses Statutaires pour obtenir son intervalle de confiance.

Nouveaux résultats en violet.

Tableau de bord - Indicateurs de performance du PQDCS (17 juin 2019)

Indicateur	Cible ¹	Année du dépistage											Résumé	
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	5 ans	10 ans
Nombre de mammographies		285 481	302 580	315 608	324 050	334 572	340 104	340 702	349 576	362 852	347 403	363 744	1 764 277	3 381 171
- mammographies initiales		61 229	59 974	59 455	58 232	57 183	59 371	54 990	54 589	56 849	50 607	51 445	268 480	562 695
- mammographies subséquentes		224 232	242 586	256 153	265 818	277 389	280 733	285 712	294 987	306 003	296 796	312 299	1 495 797	2 818 476
Taux de couverture (%)		74,1	74,6	75,1	75,0	75,5	75,4	74,4	74,0	74,0	73,7	73,1		
Taux de participation (%)	≥ 70 %	61,2	62,6	63,5	64,1	64,4	64,8	64,2	64,3	64,7	65,1	65,1		
Taux de fidélisation (%)		79,1	79,2	78,9	79,9	77,9	79,5	81,0	80,4				79,7	79,1
- mammographies initiales	≥ 75 %	67,2	66,8	65,9	67,0	63,7	65,3	65,7	64,8				65,3	65,8
- mammographies subséquentes	≥ 90 %	82,6	82,5	82,1	82,9	81,0	82,7	84,2	83,5				82,9	82,5
Taux de référence (%)		8,9	8,8	9,3	10,3	11,6	11,9	11,6	11,3	11,6	10,8	10,7	11,2	10,8
- mammographies initiales	< 7 %	15,3	15,5	16,9	18,2	20,4	21,1	21,2	21,3	22,8	22,0	22,5	22,0	20,1
- mammographies subséquentes	< 5 %	7,2	7,1	7,5	8,6	9,7	9,9	9,7	9,4	9,5	8,9	8,8	9,3	9,0
Taux de détection des cancers infiltrants (%)		4,1	4,3	4,4	4,6	4,6	5,1	5,1	5,1	5,1	4,9*		5,1*	4,8*
- mammographies initiales	> 5,0 %	4,8	4,5	4,4	4,9	5,6	5,4	5,7	5,6	6,1	6,1*		5,7*	5,3*
- mammographies subséquentes	> 3,0 %	3,9	4,3	4,4	4,5	4,4	5,0	5,0	5,0	5,0	4,7*		4,9*	4,6*
Taux de détection des cancers infiltrants et <i>in situ</i> (%)		5,2	5,4	5,4	5,5	5,9	6,5	6,5	6,5	6,5	6,4*		6,5*	6,0*
- mammographies initiales	> 5,0 %	6,4	5,9	5,7	5,8	7,3	7,0	7,7	7,5	8,0	8,1*		7,8*	6,9*
- mammographies subséquentes	> 3,5 %	4,9	5,3	5,4	5,4	5,6	6,4	6,2	6,3	6,2	6,0*		6,2*	5,8*
Valeur prédictive positive (%)		5,8	6,2	5,8	5,3	5,1	5,4	5,6	5,8	5,6	5,8*		5,6*	5,6*
- mammographies initiales	≥ 5,0 %	4,2	3,8	3,4	3,2	3,6	3,3	3,6	3,5	3,5	3,7*		3,5*	3,6*
- mammographies subséquentes	≥ 6,0 %	6,8	7,5	7,1	6,3	5,8	6,4	6,4	6,7	6,5	6,8*		6,5*	6,6*
Taux de biopsies chirurgicales bénignes (%)		1,2	1,0	1,2	1,3	1,3	1,2	1,2	1,4	1,3	1,2*		1,3*	1,2*
- mammographies initiales	< 5,0 %	2,3	1,9	2,1	2,2	2,6	2,2	2,3	2,7	2,7	2,4*		2,5*	2,3*
- mammographies subséquentes	< 3,5 %	0,9	0,8	1,0	1,0	1,1	1,0	1,0	1,2	1,0	1,0*		1,1*	1,0*
Cancers détectés de type <i>in situ</i> (%)		20,4	19,7	19,5	17,0	21,0	20,5	20,6	20,4	19,9	21,7*		20,6*	20,1*
- mammographies initiales	> 10 %	24,9	23,4	22,0	15,0	23,0	22,4	24,1	22,7	22,1	24,2*		23,0*	22,4*
- mammographies subséquentes		18,8	18,7	18,9	17,5	20,5	20,1	19,8	19,9	19,4	21,1*		20,0*	19,5*
Cancers détectés infiltrants de petites tailles (≤1,5 cm)(%)	> 50 %	66,7	62,4	64,5	62,9								64,2	65,5
Cancers détectés infiltrants sans envahissement ganglionnaire (%)	> 70 %	75,4	72,6	74,2	75,8								74,2	73,6
Taux de cancers d'intervalle infiltrants (% ₁₀₀)														
- dans les 1 à 12 mois suivant un épisode de dépistage négatif	< 6,0 % ₁₀₀	7,5	7,6	8,5	8,0	8,8	8,2	8,6	7,5	7,4			8,1	8,1
- dans les 13 à 24 mois suivant un épisode de dépistage négatif	< 12,0 % ₁₀₀	12,1	14,4	15,0	12,5	12,2	11,8	12,6	11,0				12,0	12,7
Sensibilité à 1 an (infiltrant)(%)		85,2	85,7	84,4	85,8	84,9	86,9	86,3	87,8	88,1			86,9	86,1
Spécificité à 1 an (%)		91,6	91,7	91,2	90,2	89,0	88,7	89,0	89,3	89,0			89,0	90,1
Délai diagnostique respectant la cible (%)														
- sans biopsie, 5 semaines ou moins	≥ 90 %	65,1	59,5	63,3	64,0	64,0	67,7	68,4	71,2	68,7	68,3*		68,9*	66,4*
- avec biopsie, 7 semaines ou moins	≥ 90 %	41,3	39,1	39,9	39,6	36,9	39,5	41,8	43,6	45,7	47,7*		43,4*	41,5*
Intervalle diagnostique médian (semaines)		4,3	4,9	4,4	4,4	4,3	4,0	4,0	3,9	4,0	4,0*		4,0*	4,1*
- bénin		4,1	4,7	4,3	4,3	4,1	4,0	3,9	3,7	3,9	4,0*		3,9*	4,0*
- cancer		6,1	6,4	6,1	6,1	6,7	6,1	6,0	5,9	5,7	5,7*		5,9*	6,0*

¹ Cibles du cadre de référence, sinon (en italique) cibles canadiennes.

* Les données utilisées pour le calcul de cet indicateur étaient disponibles jusqu'au 30 septembre 2017.

: La variabilité associée à la mesure de cet indicateur est importante ou très importante. Vous pouvez consulter les Analyses Statutaires pour obtenir son intervalle de confiance.

Nouveaux résultats en violet.

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière**

Québec 