

# PERSPECTIVES

L'EFFICIENCE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SOINS ET DE SANTÉ QUÉBÉCOIS

## Et si l'accès à des données fiables sur le cancer du sein pouvait sauver des vies ?

### TIFFANIE PERRAULT

Professeure adjointe en économie,  
Seidman College of Business, Grand Valley State University

Une femme sur huit recevra un diagnostic de cancer du sein au cours de sa vie. Au Canada, le cancer du sein est la deuxième cause de décès par cancer chez les femmes de tous âges, mais la première cause chez les femmes de 30 à 49 ans. Au Québec, les délais de diagnostic sont nettement plus longs qu'en Ontario ou en Alberta où les délais sont les plus courts du pays. Un registre du cancer désuet et un manque de normalisation des soins contribuent aux retards du Québec. Dans cet article, les auteures explorent les capacités, performances et innovations en matière de diagnostic de cancer du sein au Québec et les comparent à celles d'autres provinces. Selon elles, le Québec peut et doit faire mieux en renforçant son engagement à l'égard de politiques novatrices et en développant des méthodes efficaces pour recueillir des données exhaustives, standardisées, à jour et accessibles. Ces efforts sont essentiels pour la planification des soins et l'avancement de la recherche.

### ERIN STRUMPF

Professeure titulaire, Université McGill,  
Chercheuse et Fellow CIRANO

Le dépistage du cancer du sein sauve des vies. Les retards de diagnostic augmentent le risque de diagnostiquer le cancer à un stade avancé, ce qui entraîne des traitements plus lourds et un pronostic moins favorable. Le taux de survie à cinq ans atteint 99,8 % pour les cancers de stade I, contre 92 % pour le stade II, 74 % pour le stade III et seulement 23,2 % pour les cancers diagnostiqués au stade IV (Société canadienne du cancer, 2023). Et plus les traitements sont intensifs, plus les coûts sont élevés. Le coût de traitements pour un cancer au stade IV peut représenter jusqu'à 11 fois celui d'un cancer de stade I (Wilkinson et al., 2023).

Partout au Canada (à l'exception du Nunavut), les mammographies pour le dépistage du cancer du sein sont offertes dans le cadre de programmes organisés. Les conditions d'admissibilité varient d'une juridiction à l'autre, mais elles sont généralement basées sur l'âge et sur le fait qu'une femme présente ou non un « risque élevé ». La participation aux programmes organisés de dépistage est volontaire, et la décision de se soumettre ou non à une mammographie dépendra de la mesure dans laquelle la personne est bien informée de l'existence du programme et des divers aspects du processus de dépistage. Malgré la couverture universelle des programmes de dépistage, les taux de participation varient selon les régions et selon les groupes de femmes. Les femmes de groupes socioéconomiques moins favorisés, les Autochtones ou les femmes issues de l'immigration ont des taux de participation moindres, ce qui peut exacerber les inégalités (Kumachev et al., 2016 et Raynault et al., 2020).

## Les critères d'admissibilité du programme québécois de dépistage sont désuets

Les femmes couvertes par le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) sont admissibles à une mammographie de dépistage gratuite tous les deux ans dans un Centre de Dépistage Désigné (CCD). À l'âge de 50 ans, elles reçoivent une lettre du gouvernement les informant de leur admissibilité au programme et les invitant à prendre rendez-vous dans un CDD. En cas de résultat anormal à la mammographie, les CDD orientent les patientes vers un Centre de Référence d'Investigation Désigné (CRID), qui se charge des examens complémentaires et du diagnostic.

En 2024, Québec a élargi son programme de dépistage par mammographie aux femmes de 70 à 74 ans. Le programme était jusqu'ici réservé aux Québécoises de 50 à 69 ans. Cette décision était attendue de longue date. Québec rejoint ainsi toutes les autres provinces qui, elles, offrent le dépistage jusqu'à l'âge de 74 ans depuis des décennies. Cette mise à jour des critères reflète mieux les besoins actuels en tenant compte des progrès de la médecine et des changements démographiques.

Dans un avis récent, la Société canadienne du cancer « exhorte les provinces et les territoires à abaisser l'âge d'admissibilité à 40 ans pour les personnes présentant un risque moyen de la maladie dans le cadre de leurs programmes de dépistage du cancer du sein » (Société canadienne du cancer, 2024). Le Nouveau-Brunswick et l'Ontario ont emboîté le pas à la Colombie-Britannique, la Nouvelle-Écosse, et l'Île-du-Prince-Edward qui elles offrent le dépistage à partir de 40 ans depuis plusieurs années. Le Manitoba a annoncé cet automne que d'ici la fin de 2025, l'âge d'admissibilité passera de 50 à 45 ans, avec l'objectif à terme de l'abaisser à 40 ans. Au Québec, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) devrait faire des recommandations à ce sujet d'ici 2025.

Cette orientation s'aligne avec des recherches récentes à partir de données canadiennes selon lesquelles les femmes qui n'ont pas accès au dépistage dans la quarantaine présentent des cancers du sein à des stades plus avancés. Dans les provinces qui n'offrent pas de programme de dépistage pour les femmes de 40 à 49 ans, comme le Québec, les femmes étaient 23 % plus susceptibles d'avoir un cancer du sein de stade IV que celles des juridictions offrant un programme de

dépistage chez les 40 à 49 ans. Dans les provinces qui avaient mis fin à leur programme de dépistage chez les 40 à 49 ans, le nombre de cancers de stade IV chez les femmes dans leur cinquantaine a bondi de 10 % en six ans (Wilkinson et al., 2022).

Inclure les femmes plus jeunes dans les programmes de dépistage implique des coûts importants, notamment pour accroître la capacité des programmes, mais aussi pour gérer les cas de faux positifs, qui eux nécessitent des tests supplémentaires en plus de générer de l'anxiété chez les patientes. Il ne s'agit donc pas simplement d'élargir l'accès au dépistage à la plus grande partie de la population adulte possible, mais plutôt d'affiner les critères de sélection et d'utiliser des techniques d'imagerie plus précises et mieux ciblées. En particulier, il paraît indispensable de définir des directives propres aux personnes présentant un risque accru ou élevé de développer un cancer du sein, notamment de par leurs antécédents personnels et familiaux, leur densité mammaire, ou leur génotype.

L'Ontario et l'Alberta ont mis en place des programmes de diagnostics simplifiés pour les personnes à risque élevé afin d'améliorer leur accès aux soins, optimiser le ciblage et l'imagerie et établir des points d'accès dédiés. L'Ontario par exemple inclut systématiquement les femmes de plus de 30 ans à risque élevé dans un programme de dépistage qui leur est spécifique. En Alberta, les femmes à risque élevé sont invitées à se faire dépister dès l'âge de 25 ans. Dans les deux provinces, elles ont droit à un dépistage annuel plutôt que bisannuel. En plus d'une mammographie, elles passent une imagerie à résonance magnétique ou une échographie. Ces techniques ont été démontrées plus efficaces pour les femmes avec une densité mammaire plus élevée, souvent plus jeunes, ou celles qui présentent certaines prédispositions génétiques au cancer du sein (Heller et Moy, 2019).

Des études récentes portant sur les facteurs génétiques, en particulier la présence de mutations du BRCA1 et du BRCA2, ont souligné l'importance de lignes directrices sur le dépistage qui soient personnalisées. Chez les femmes présentant des mutations des gènes BRCA1 ou BRCA2, la probabilité de développer un cancer du sein au cours de leur vie peut atteindre 85 %, soit bien au-delà du 12,5 % pour l'ensemble des femmes (Kuchenbaecker et al., 2017).

Cette approche est toutefois négligée à l'échelle du Québec. Seule exception : le projet de recherche PERSPECTIVE mené dans les régions de la



Capitale-Nationale et de Lanaudière. Ce projet a fourni aux femmes âgées de 40 à 69 ans des recommandations de dépistage du cancer du sein sur mesure en fonction de leur profil génétique. Le projet a recruté près de 2000 femmes et il sera important de suivre les résultats de l'étude (PERSPECTIVE, 2022).

## Le Québec se classe parmi les derniers au Canada en ce qui concerne les délais de diagnostic

Toutes les femmes qui obtiennent un résultat de dépistage anormal ne reçoivent pas nécessairement un diagnostic de cancer du sein. Le dépistage précoce et un diagnostic rapide à la suite d'un résultat anormal de dépistage du cancer du sein sont essentiels pour améliorer le pronostic et augmenter les chances de survie.

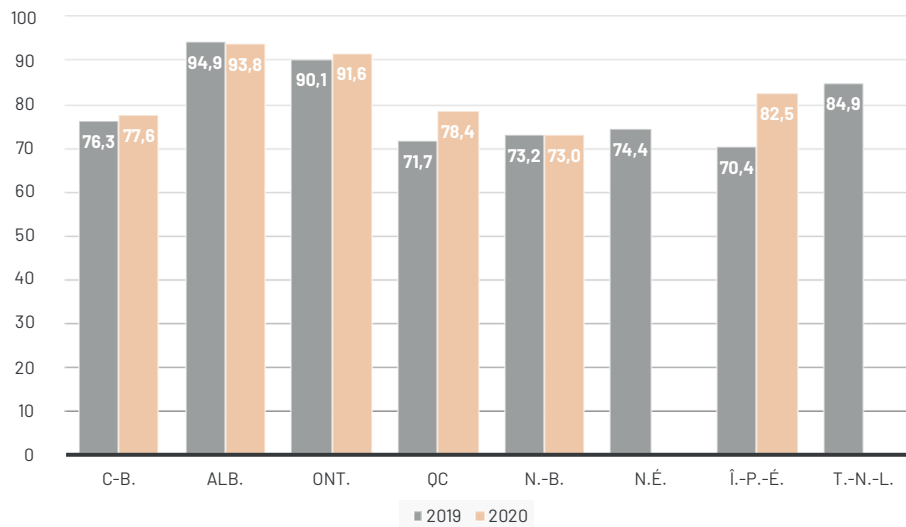
Un diagnostic confirmé nécessite des procédures diagnostiques supplémentaires, comme une biopsie ou un examen d'imagerie. Les délais entre la notification d'un résultat de dépistage anormal et le diagnostic définitif dépendent de plusieurs facteurs. Le Canada s'est fixé une cible nationale de performance concernant les délais en fonction de divers indicateurs. Pour les femmes qui présentent des résultats de dépistage anormaux, l'objectif est qu'au moins 90 % d'entre elles reçoivent un diagnostic dans un délai de 5 semaines lorsque le diagnostic ne requiert pas une biopsie

tissulaire. Dans le cas où une biopsie tissulaire s'est avérée nécessaire, l'objectif est qu'au moins 90 % des femmes reçoivent un diagnostic dans un délai de 7 semaines.

Selon les données du Partenariat canadien contre le cancer, le pourcentage de femmes présentant des résultats de dépistage anormaux qui ont reçu un diagnostic définitif dans les 5 semaines sans biopsie variait de 70,4 % à l'Île-du-Prince-Edward en 2019 à 94,9 % en Alberta la même année. L'Alberta et l'Ontario sont les seules provinces à avoir atteint l'objectif national en 2019 et en 2020. Au Québec, ce pourcentage était de 78,4 % en 2020. Selon des données plus récentes publiées par l'INSPQ, ce pourcentage est passé à 74,5 % en 2022 (INSPQ, 2024).

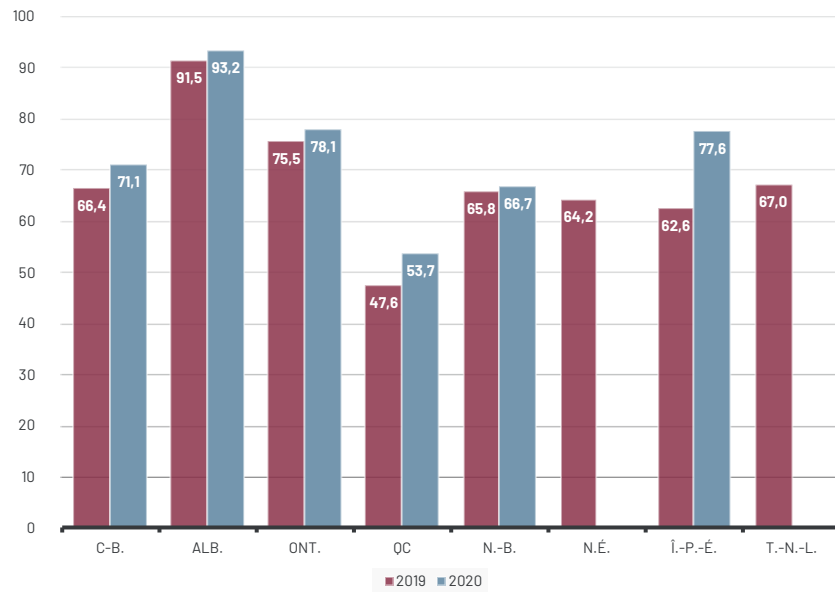
Dans le cas où une biopsie s'est avérée nécessaire, le pourcentage de femmes présentant des résultats de dépistage anormaux et qui ont reçu un diagnostic définitif dans les 7 semaines variait de seulement 47,6 % au Québec en 2019 à 93,2 % en Alberta en 2020. L'Alberta a été la seule province à atteindre la cible nationale en 2019 et en 2020.

Quel impact la pandémie de COVID-19 a-t-elle eu ? Sans surprise, la suspension temporaire des efforts de dépistage et de diagnostic du cancer du sein au début de la pandémie a affecté les procédures diagnostiques. Par rapport à la moyenne sur la période de 2015 à 2019, les nouveaux de cas de cancer du sein enregistrés ont chuté d'environ 30 % en avril et en mai 2020. Or cette



**Pourcentage des femmes ayant reçu un diagnostic définitif sans biopsie tissulaire dans un délai de 5 semaines**

Source : Partenariat canadien contre le cancer, Délai entre le dépistage et le diagnostic



**Pourcentage des femmes ayant reçu un diagnostic définitif avec biopsie tissulaire dans un délai de 7 semaines**

Source : Partenariat canadien contre le cancer, Délai entre le dépistage et le diagnostic

diminution n'est pas nécessairement une bonne nouvelle. Cela témoigne plutôt du fait qu'en interrompant les services de dépistage, de nombreux cancers *dépistables* n'ont malheureusement pas été *dépistés*.

### Les femmes non admissibles au programme de dépistage ne savent pas où obtenir des soins

Les patientes qui reçoivent des résultats de mammographie anormaux dans le cadre d'un programme de dépistage organisé sont prises en charge et le processus suit les lignes directrices provinciales. Par contre, les femmes symptomatiques qui ne sont pas admissibles au programme doivent naviguer dans le système afin d'obtenir des soins auprès de divers prestataires de services. Malgré le fait qu'elles sont plus à risque d'être effectivement atteintes d'un cancer puisqu'elles présentent des symptômes, des visites multiples à divers professionnels de la santé, une densité mammaire élevée et des symptômes atypiques compromettent encore plus les chances d'un dépistage précoce.

Le processus de diagnostic commence généralement avec un médecin de famille, pour celles qui en ont un. Les médecins de famille jouent un rôle crucial dans le processus de diagnostic du cancer du sein, en offrant des conseils à partir du contact initial jusqu'aux soins post-diagnostic, surtout en dehors du dépistage organisé. La pénurie de médecins de famille au Québec constitue sans aucun doute un obstacle sérieux au diagnostic.

Dans certains cas, les femmes présentant des symptômes devront se résigner à consulter des ressources en ligne ou à recourir à des services dans des cliniques privées, souvent très coûteuses. Certaines femmes se rendent même à l'urgence.

### « À l'exclusion du Québec »

Depuis plusieurs années, Statistique Canada développe de nouveaux ensembles de données à partir du couplage de données provenant de divers fichiers administratifs – notamment les fichiers de la Base de données sur les congés des patients (BDCP) et du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) – aux données d'enquêtes, incluant les données du Registre

L'accès aux données est crucial pour évaluer l'efficacité des processus de dépistage et diagnostic du cancer du sein. Trois principales sources de données sont disponibles.

**Registre du cancer :** Le Registre canadien du cancer (RCC) contient des renseignements démographiques de base sur le patient (p. ex. âge, sexe) et des renseignements plus détaillés sur les caractéristiques de la tumeur et le diagnostic. Le RCC met à la disposition du personnel de la santé et de la communauté des données normalisées et comparables sur l'incidence du cancer et la mortalité due au cancer afin de cerner les facteurs de risque, planifier, surveiller et évaluer les programmes de lutte contre le cancer et favoriser la recherche basée sur des données probantes. Chaque province a aussi son registre du cancer.

**Données des programmes de dépistage :** Toutes les provinces canadiennes, le Yukon et 15 collectivités des Territoires du Nord-Ouest administrent un programme

organisé de dépistage du cancer du sein. Chaque programme recueille des données individuelles sur les caractéristiques sociodémographiques, les facteurs de risque, le test de dépistage et ses résultats, les tests de diagnostic et leurs résultats ainsi que le suivi par un prestataire de soins de santé. Ces données cruciales ne sont bien sûr pas recueillies auprès des patientes symptomatiques qui ne sont pas admissibles aux programmes provinciaux de dépistage.

**Données administratives :** Les programmes provinciaux d'assurance-maladie publique, comme la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), l'Assurance-santé de l'Ontario (OHIP en anglais) ou le Régime d'assurance-maladie de l'Alberta (AHCIP en anglais) ont des données exhaustives et à jour sur les soins de santé, y compris la facturation des médecins, les dossiers hospitaliers, les visites à l'urgence, les médicaments prescrits en plus de données démographiques.

canadien du cancer (RCC). Ces ensembles de données couplées offrent un grand potentiel analytique du point de vue de la recherche, de l'avancement des connaissances et de l'élaboration de politiques de santé.

Contrairement aux autres provinces, Québec ne partage pas avec Statistique Canada ses données administratives sur la santé, une décision qui relève du ministère de la Santé et des Services sociaux, dépositaire de ces données. Depuis plusieurs années, le milieu de la recherche déplore cette situation. « Les données "nationales" sont en quelque sorte amputées de riches informations sur les patients québécois, ce qui limite les enseignements qu'on peut en tirer. C'est toute la communauté des chercheurs, des intervenants et des acteurs du milieu qui en paient le prix » (Le Devoir, 2018).

Jusqu'à tout récemment, les données québécoises comprises dans le Registre canadien du cancer dataient de 2010, Québec n'ayant pas fourni ses données. Les analyses menées à l'échelle canadienne n'étaient donc par représentatives de la population canadienne. Dans une étude de 2023 portant sur les taux d'incidence et de mortalité du cancer on lit : « les

estimations annuelles des nombres de cas et des taux ne sont par conséquent pas disponibles pour les géographies suivantes : Canada et Québec. » (Liu et al., 2023).

Les données québécoises sur le cancer pour la période 2011 à 2017 ont été récemment intégrées aux données canadiennes permettant la réalisation d'une étude sur l'évolution de la probabilité à vie d'être atteint d'un cancer et d'y succomber. Toutefois, les données sur les cas de cancer diagnostiqués au Québec après 2017 n'ont toujours pas été transmises au RCC, alors que dans les autres provinces, les données s'étendent jusqu'à 2019 (Brenner et al., 2024).

## **Il est primordial d'améliorer l'accès à des données exhaustives, standardisées et à jour**

Divers freins existent dans l'accès à des données exhaustives et fiables. D'abord, il y a la question du couplage de données ou de l'absence de couplage au Québec. Des données existent qui rendent compte des délais entre le moment de la mammographie et le

diagnostic. Cette mesure de performance permet d'évaluer la rapidité avec laquelle les patientes reçoivent leur diagnostic. Des données sont également disponibles sur le pourcentage de toutes les femmes admissibles au dépistage dont le résultat de mammographie est anormal et qui reçoivent ensuite un diagnostic de cancer du sein. C'est ce qu'on appelle la « valeur prédictive positive ». Cet indicateur est important puisqu'un processus de dépistage ayant une valeur prédictive positive élevée signifie que le programme est plus performant dans la mesure où il limite le recours à des procédures de suivi inutiles et le stress qu'elles engendrent.

Les données du programme de dépistage du Québec offrent un aperçu du cheminement du diagnostic du cancer du sein, mais seules, elles sont incomplètes. C'est le cas aussi des données administratives qui n'incluent souvent pas de données spécifiques comme le stade du cancer au moment du diagnostic. Il est possible de combler ces lacunes en couplant les données du programme de dépistage aux données administratives de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) et à celles du Registre québécois du cancer afin d'en accroître leur utilité. Les couplages permettraient notamment de mesurer et documenter les disparités entre certains groupes de femmes et de promouvoir des politiques équitables en matière de soins de santé. Les lacunes en matière de données couplées au Québec sont un obstacle à l'avancement de la recherche et rendent difficiles les analyses nécessaires pour évaluer et améliorer les politiques actuelles et à venir.

Autre enjeu : En 2019, l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) a été mandaté par le gouvernement du Québec pour rendre les renseignements de la RAMQ disponibles à des fins de recherche. La RAMQ gère des bases de données qui peuvent fournir des renseignements précieux sur les processus de diagnostic du cancer et la prestation des soins. Les données sont accessibles – incluant celles sur le processus de diagnostic et la prestation des soins – en faisant une demande via le Guichet d'accès aux données de recherche de l'ISQ. Cependant, le processus d'accès aux données reste relativement exigeant et onéreux. Pour les chercheurs et chercheuses affiliés à une université, le délai pour la prise en charge d'une demande de microdonnées contenant des renseignements personnels est de 6 à 9 mois.

## Il existe de nombreuses initiatives inspirantes partout au Canada, y compris au Québec

La collecte et l'analyse de données détaillées sont essentielles pour évaluer les programmes et les politiques en santé. La mesure des indicateurs permet d'observer, de comparer et de suivre dans le temps les forces, les faiblesses et les disparités des processus de dépistage et de diagnostic du cancer du sein. Sans ces mesures, il devient difficile d'identifier et d'améliorer les secteurs sous performants. À l'heure où Montréal brille parmi les meilleurs centres mondiaux d'expertise en intelligence artificielle, le Québec dispose de talents et compétences en sciences des données et en technologies de l'information qu'il peut mettre à profit pour améliorer les décisions cliniques.

Les réseaux de télépathologie, par exemple, utilisent la numérisation de spécimens et la transmission d'images sur un réseau sécurisé pour permettre à des spécialistes d'analyser et de diagnostiquer des cas de manière collaborative et à distance. L'objectif est de connecter des communautés éloignées à des pathologistes situés dans les principales zones métropolitaines, possiblement à des centaines de kilomètres – voire dans d'autres provinces –, améliorant ainsi la qualité des soins et réduisant les délais de diagnostic (Têtu et al., 2012).

Le projet de télépathologie multiprovincial (ou Multi-Jurisdictional Telepathology Project en anglais) regroupant des pathologistes au Manitoba, à Terre-Neuve-et-Labrador et en Ontario en est un exemple. Au Québec, le projet OPTILAB regroupe douze grappes de laboratoires et de services qui ont mis en commun leurs ressources pour optimiser les services de biologie médicale. Ces initiatives offrent un potentiel prometteur pour réduire les inégalités territoriales, mais il sera important de les évaluer de façon rigoureuse.

Les pratiques de télépathologie s'inscrivent dans une stratégie plus large visant à améliorer l'accès aux diagnostics et à optimiser les soins. Dans la même lignée, l'approche dite de « soins intégrés » vise à unifier et coordonner les parcours de soins, conformément au consensus établi selon lequel de telles pratiques peuvent améliorer l'efficacité du processus diagnostique (Brouwers et al., 2009). Le MSSS a annoncé en 2022 le lancement d'un projet de 11,2 millions de dollars visant à



coordonner les parcours de diagnostic en cancérologie. Des guichets d'investigation seront créés dans chacun des 28 centres de soins en cancérologie affiliés au gouvernement dans le but de diminuer le délai entre le premier symptôme et l'obtention du diagnostic, pour une prise en charge plus précoce. L'objectif est d'améliorer la qualité des soins oncologiques, de suivre régulièrement les délais de diagnostic dans les centres d'imagerie et d'uniformiser les pratiques. Bien que cette initiative inclue tous les types de cancer, on peut naturellement anticiper ses effets bénéfiques sur les parcours de diagnostic du cancer du sein. Parce qu'il implique aussi la mise en place de réseaux de partage de données grâce à des systèmes d'information, ce projet présente des synergies claires avec le développement de réseaux de télépathologie et la collecte systématique de données cliniques.

Ces initiatives d'uniformisation et d'élargissement des soins, par les économies d'échelle qu'elles présentent, allègent les pressions exercées sur le système de soins et contribuent à une meilleure efficacité des parcours diagnostiques. Pour aller plus loin, elles peuvent être complétées par un modèle de « soins partagés ». Ce modèle implique des professionnels en soins infirmiers, soins cliniques et soins paramédicaux pour fournir des services de cancérologie, avec le soutien d'un spécialiste si nécessaire. En palliant le manque d'accès aux spécialistes, ce modèle utilisé dans les centres de cancérologie tertiaires et communautaires facilite également la prise en charge des patients. En Colombie-Britannique par exemple, les infirmières et infirmiers praticiens reçoivent une formation spéciale en oncologie, ce qui leur permet de demander des examens de diagnostic, de poser un diagnostic de cancer et de dépister les rechutes. Les oncologues demeurent disponibles pour des consultations. Des efforts semblables ont été déployés avec succès en Alberta et en Ontario.

## Références

Brenner D.R., Gillis J.L., Demers A., Ellison L.F., Billette J.M., Zhang S.X., Liu J., Woods, R.R., Finley C., Fitzgerald N., Saint-Jacques N., Shack L., Turner D., pour le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer (2024). Projected estimates of cancer in Canada in 2024. *CMAJ* 2024 May 13;196:E615-23. doi: 10.1503/cma-j.240095

Pour les femmes admissibles au programme québécois de dépistage, mais aussi pour celles « hors programme », Montréal a mis en place des Centres de répartition des demandes de service (CRDS), lesquels fournissent des rendez-vous pour des consultations de spécialistes sur recommandation d'un médecin de famille. Les femmes qui n'ont pas de médecin de famille peuvent prendre rendez-vous avec un médecin de famille pour obtenir une telle recommandation. Ces centres ont pour but d'aider les femmes à s'orienter dans le système de santé et en ce sens, leurs objectifs rejoignent ceux du modèle de soins partagés.

## Le Québec peut et doit faire mieux

Le Québec a la capacité de mettre en œuvre des politiques innovantes à chaque étape du parcours, depuis le recrutement optimal des participantes au programme de dépistage jusqu'à l'amélioration de l'accès aux services de diagnostic et la prise en charge des patientes, en passant par la mise en œuvre de stratégies de communication et de publicité ciblées concernant le dépistage. L'Ontario et l'Alberta ont beaucoup innové dans le domaine du dépistage et du diagnostic du cancer du sein au cours de la dernière décennie. Au Québec, des projets pilotes comme OPTILAB et PERSPECTIVE ou encore les CRDS témoignent du dynamisme de la communauté scientifique en matière de politiques de santé au Québec et de sa capacité d'innovation.

Le Québec peut et doit faire mieux en renforçant son engagement à l'égard de politiques novatrices. Le Québec doit aussi mettre en place des stratégies qui permettent de recueillir des données exhaustives, normalisées, à jour et accessibles. Avoir accès à des données fiables sur le cancer du sein n'est pas qu'une lubie d'universitaires. Cela peut sauver des vies.

Brouwers, M., Oliver, T.K., Crawford, J., Ellison, P., Evan, W.K., Gagliardi, A., Lacourcière, J. Lo, D., Mal, V., McNair, S. et al. (2009). Cancer diagnostic assessment programs: standards for the organization of care in Ontario. *Current Oncology*, 16(6):29-41.

Corkum, E., Perrault, T., & Strumpf, E. C. (2023). Améliorer les parcours de diagnostic du cancer du sein au Québec (2023RP-23, Rapports de projets, CIRANO.) <https://doi.org/10.54932/TLAK9928>

Heller, S.L. et Moy, L. (2019), MRI breast screening revisited. *Journal of Magnetic Resonance Imaging*, 49(5):1212-1221.

Institut national de santé publique du Québec. (2024). Programme Québécois de Dépistage du Cancer du Sein, Tableau de bord, Indicateurs de performance du PQDCS.

Kuchenbaecker, K.B., Hopper, J.L., Barnes, D.R., Phillips, K.-A., Mooij, T.M., Roos-Blom, M.-J., Jervis, S., Van Leeuwen, F.E., Milne, R.L. Andrieu, N. et al. (2017). Risks of breast, ovarian, and contralateral breast cancer for BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Jama*, 317(23):2402-2416.

Kumachev, A., Maureen E., Trudeau, M. E. et Chan, K. (2016). Associations among socioeconomic status, patterns of care, and outcomes in breast cancer patients in a universal health care system: Ontario's experience. *Cancer*, 122(6):893-898.

Le Devoir (2018). À l'exception du Québec., 26 juillet 2018.

Liu, J. L., Zhang, S.X. et Billette, J.-M. (2023). Probabilité à vie d'être atteint d'un cancer et d'en mourir au Canada, 1997 à 2020, No 82-003-X au catalogue ISSN 1209-1375

PERSPECTIVE. (2022). PERSPECTIVE – Faites partie de la solution. Consulté le 13 décembre 2022. <https://etudeperspective.ca/>, 16 octobre 2024

Raynault, M.F., Féthière, C. et Côté, D. (2020). Social inequalities in breast cancer screening: evaluating written communications with immigrant Haitian women in Montreal. *International Journal for Equity in Health*, 19(1):1-10, 2020.

Société canadienne du cancer (2023). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2023*. Toronto (Ontario).

Société canadienne du cancer (2024). L'heure est au changement : les programmes de dépistage du cancer du sein doivent commencer dès l'âge de 40 ans. *Communiqué de presse*, 9 mai 2024.

Têtu, B., Fortin, J.-P., Gagnon, M.-P. et Louahlla, S. (2012). The challenges of implementing a "patient-oriented" telepathology network ; the Eastern Quebec telepathology project experience. *Analytical Cellular Pathology*, 35(1):11-18.

Wilkinson, A.N., Billette, J.M., Ellison, L.F., Killip, M.A. Nayaar Islam et Seely, J.M. (2022). The Impact of Organised Screening Programs on Breast Cancer Stage at Diagnosis for Canadian Women Aged 40-49 and 50-59. *Current Oncology*, 29(8):5627-5643.

Wilkinson A.N., Seely J.M., Rushton M., Williams P., Cordeiro E., Allard-Coutu A., Look Hong N.J., Moideen N., Robinson J., Renaud J., Mainprize J.G. et Yaffe M.J. (2023). Capturing the True Cost of Breast Cancer Treatment: Molecular Subtype and Stage-Specific per-Case Activity-Based Costing. *Curr Oncol*. 2023 Aug 26;30(9):7860-7873. doi : 10.3390/currenocol30090571. PMID : 37754486; PMCID : PMC10527628

## Pour citer cet article:

Strumpf, E. C., & Perrault, T. (2024). Et si l'accès à des données fiables sur le cancer du sein pouvait sauver des vies ? (2024PJ-08, Revue PERSPECTIVES, CIRANO.) <https://doi.org/10.54932/CCJC4217>

PERSPECTIVES est la revue de diffusion et de valorisation de la recherche au CIRANO. Rédigés dans une forme accessible à un auditoire élargi, les articles de la revue PERSPECTIVES assurent une visibilité aux travaux et à l'expertise de la communauté de recherche du CIRANO. Comme toute publication CIRANO, les articles sont fondés sur une analyse rigoureusement documentée, réalisée par des chercheuses, chercheurs et Fellows CIRANO.

Les articles publiés dans PERSPECTIVES n'engagent que la seule responsabilité de leurs auteurs.

ISSN 2563-7258 (version en ligne)

Directrice de la publication :  
Nathalie de Marcellis-Warin, Présidente-directrice générale  
Rédactrice en chef :  
Carole Vincent, Directrice de la mobilisation des connaissances

[www.cirano.qc.ca](http://www.cirano.qc.ca)