

**Stratégies pour réduire les temps d'attente tout en  
améliorant les résultats : programme de dépistage du  
cancer du sein de la Nouvelle-Écosse**

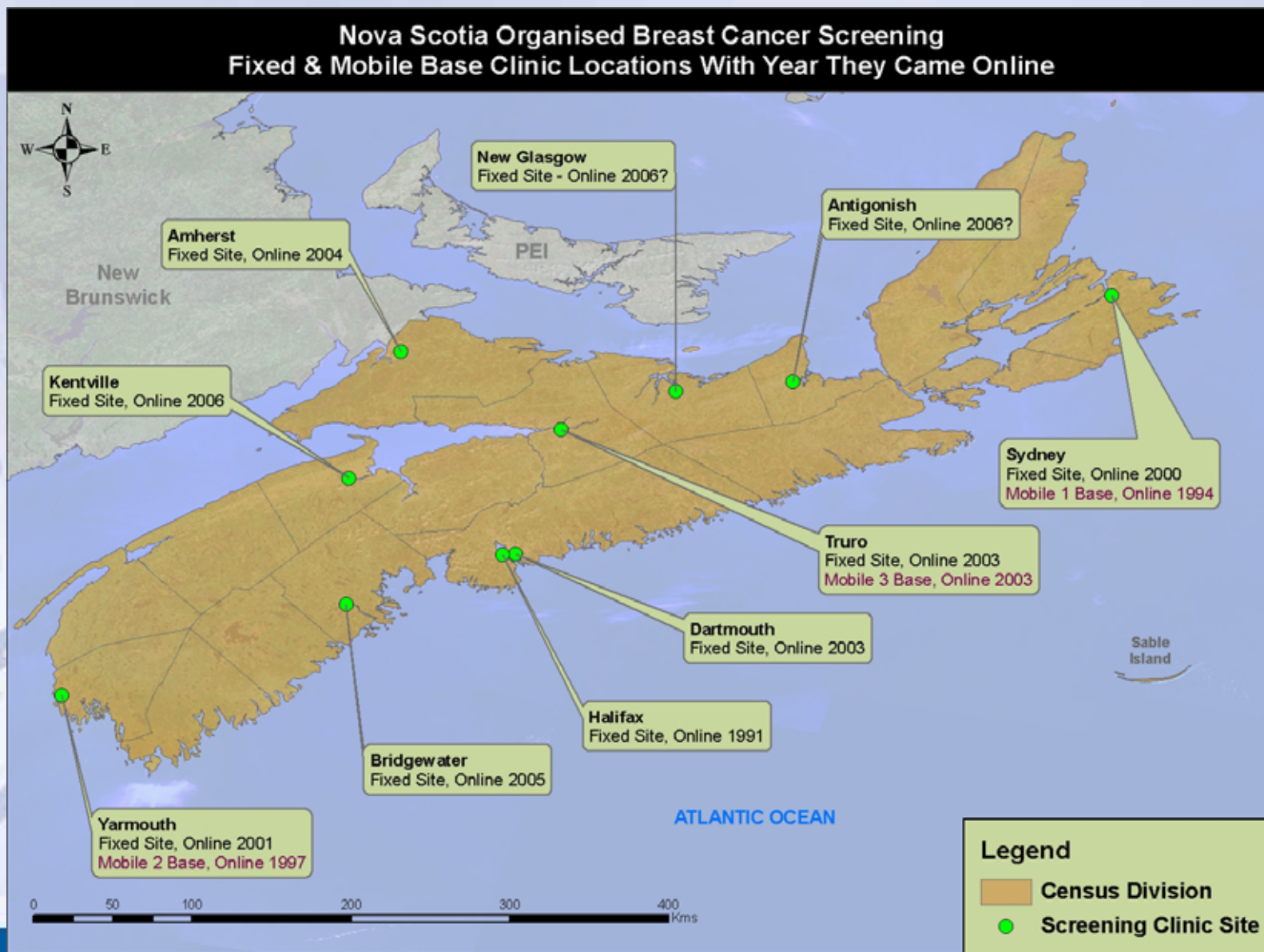
Brenda Payne et D<sup>re</sup> Judy Caines  
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

9 février 2007

# Objectifs

- Décrire les activités entreprises en vue de réduire les temps d'attente pour la mammographie en Nouvelle-Écosse, ainsi que les progrès réalisés en ce sens
- Exposer les éléments clés de la stratégie
- Souligner nos réussites, nos défis et nos possibilités

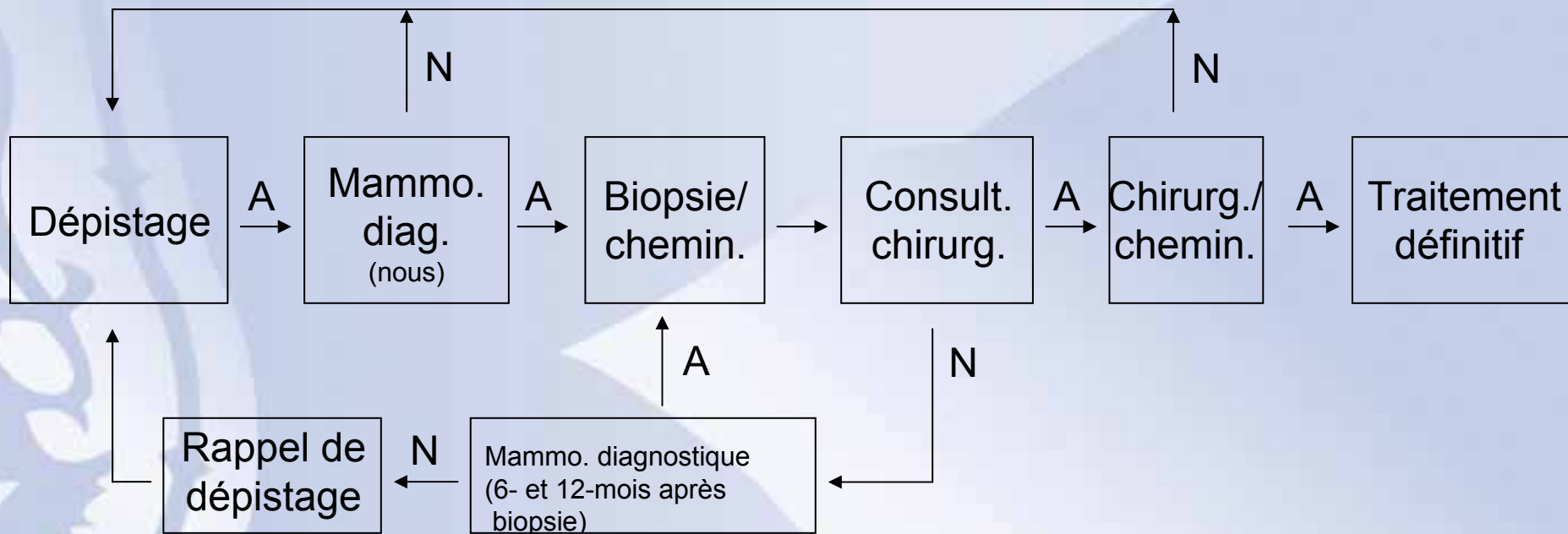
# Cliniques fixes et mobiles du PDCS de la N.-É.



# Éléments de la stratégie

- Collaboration
- Leadership
- Recherche de qualité
- L'accent sur les soins en continue
- Portée provinciale
- L'importance des patientes/clientes
- Renforcement des capacités

# Protocole clinique d'une investigation diagnostique à la suite d'une mammographie de dépistage anormale



A - anormale

N – normale

chemin. - cheminement

# Programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse - I

- Le PDCS de la N.-É. offre des services de dépistage du cancer du sein aux femmes de cette province depuis 1991.
- Le nombre de cliniques de dépistage fixes a augmenté avec le temps.
- Les cliniques mobiles répondent à des besoins changeants.

# Programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse - II

- Depuis 1991, le PDCS de la N.-É. utilise sa base de données comme un « outil en temps réel » pour atteindre les « meilleurs résultats » possibles, compte tenu des ressources disponibles.
- Comment?
  - Mise en œuvre de nouvelles stratégies
  - Interventions au besoin
  - Évaluation des résultats
- Niveaux d'intervention
  - Femme
  - Clinique de dépistage
  - Équipe médicale
  - Programme

# Initiatives stratégiques du PDCS de la N.-É.

- I. Programme de biopsie par forage
- II. Fonction de l'intervenant-pivot
  - appui au cours du cheminement clinique
  - diffusion de LDPC
- III. Base de données du Programme (dépistage et diagnostic)
  - lien vers la base de données sur les diagnostics
  - service central de prise de rendez-vous pour les mammographies
- IV. Application du Système d'information géographique



# Biopsie par forage - I

- Le programme de dépistage de la N.-É. est le seul à incorporer cette intervention dans un protocole normalisé d'investigation clinique à la suite d'une mammographie anormale (1991)
- Création de normes nationales
- Avantages
  - réduction des temps d'attente
  - réduction des chirurgies bénignes du sein

## Référence

Lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein, 2<sup>e</sup> éd., ébauche

# Biopsie par forage - II

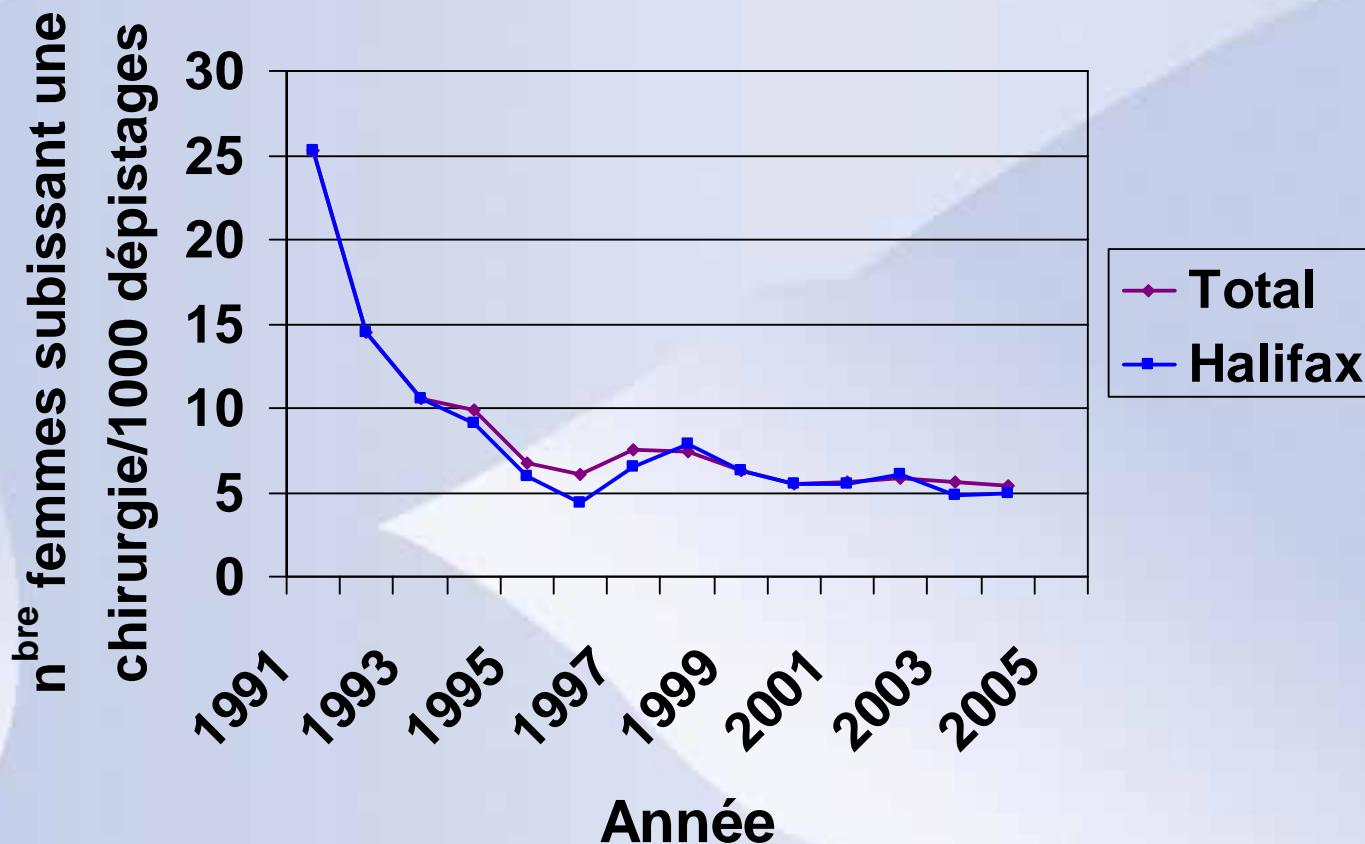
- La biopsie par forage est aussi précise que la chirurgie, moins dispendieuse et entraîne un taux de morbidité moins élevé chez les femmes
- Elle fait appel à des radiologistes, à des chirurgiens et à des pathologistes
- N<sup>bre</sup> de biopsies : 36 (1991) → 794 (2005)
- N<sup>bre</sup> de tests de dépistage : 1896 (1991) → 50 895 (2005)

## Références

1. **NSBSP Experience: use of needle core biopsy in the diagnosis of screening-detected abnormalities.** Caines J Chantziantoniou K, Wright BA, et al. *Radiology* 1996;198:125-30.
2. **Stereotaxic needle core biopsy of breast lesions using a regular mammographic table with an adaptable stereotaxic device.** Caines JS, McPhee MD, Konok GP, Wright BA. *AJR* 1994;163:317-21.
3. **Ten years of breast screening in NSBSP: 1991-2001.** Caines J et al. *CARJ* 2005;56:82-93.

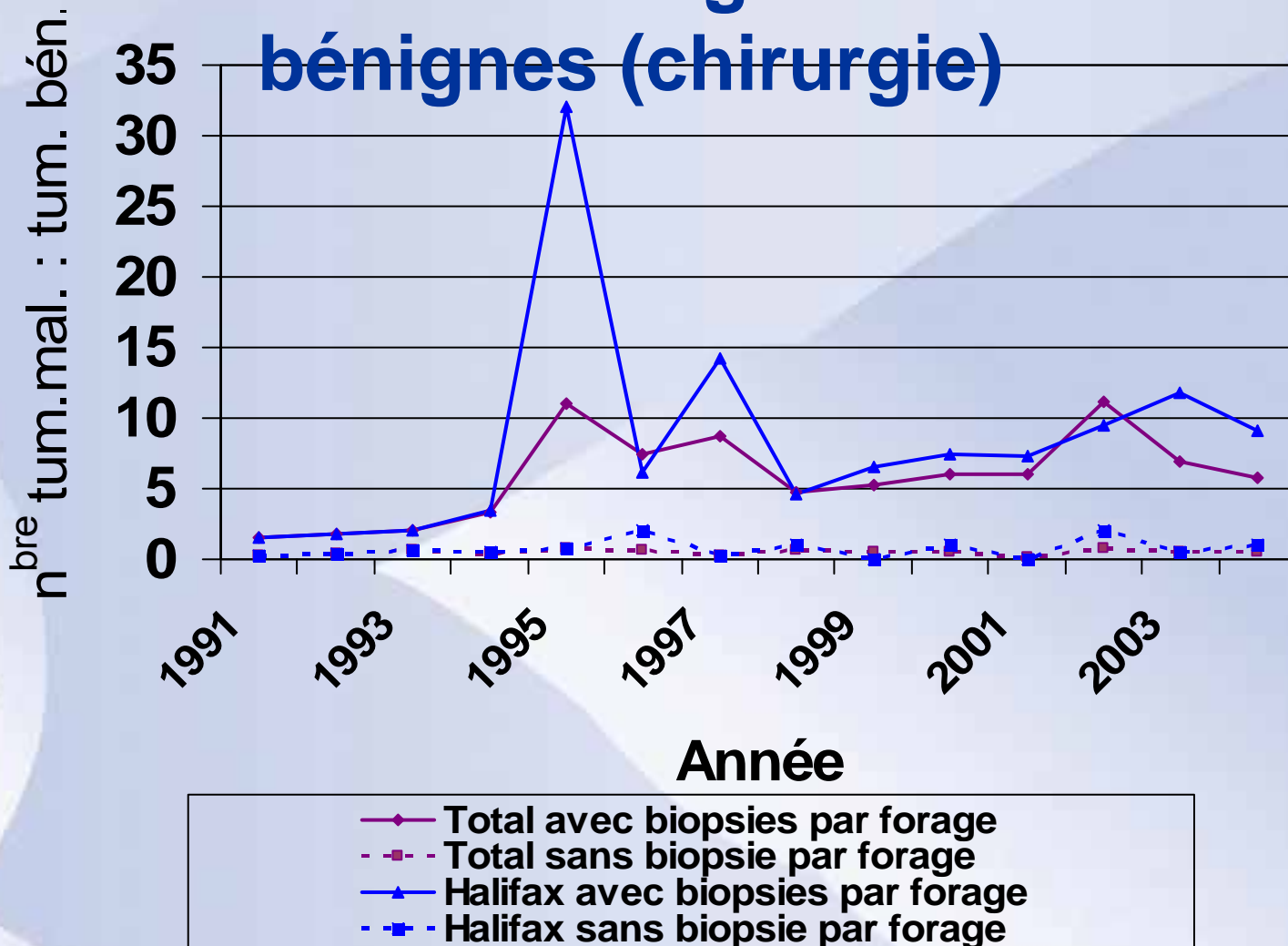
# Biopsie par forage - III

## Évolution des taux de chirurgie ouverte



# Biopsie par forage - IV

## Ratio tumeurs malignes : tumeurs bénignes (chirurgie)



# Biopsie par forage - V

## Indicateur, objectifs et rendement (50-69 ans)

Indicateur	Objectif canadien	Canada	Nouvelle-Écosse
Ratio tum. bén. : tum. mal. (biopsie ouverte) (1999-2000) <sup>1</sup>	< 2 : 1	1,3 : 1	0,5 : 1 0,2 : 1 (2005-2006) <sup>2</sup>
Taux tum. bén. (biopsie ouverte (par 1000 tests de dépistage) (2001-2002) <sup>3</sup>	Aucun objectif établi	2,4	0,6

### Source

<sup>1</sup> Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada (1999-2000) publié en 2003.

<sup>2</sup> Base de données canadienne sur le dépistage du cancer du sein (2001-2002) publié en 2005.

<sup>3</sup> Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada (2001-2002) publié en 2005.

# Fonction de l'intervenant-pivot - I

- Introduction : 1991 (de manière limitée)
  - aide au médecin relativement à l'aiguillage de cas de mammographies de dépistage anormales
  - le chef d'équipe du PDCS de la N.-É. communique avec le médecin et la patiente et leur communique les détails du rendez-vous au centre de diagnostic
  - réduction des temps d'attente pour la première investigation diagnostique
  - acceptation par le milieu médical
  - à ce jour, 375 642 tests de dépistage – 21 284 femmes ont bénéficié des services d'intervenants-pivots

## Référence

**Patient navigation: improving timeliness in the diagnosis of breast abnormalities.**

Psooy B, Scheuer D, Borgaonkar J, Caines J. *CARJ* 2004;55:145-50.

**Influence of direct referrals on time to diagnosis after an abnormal breast screening result**

*Kathleen M. Decker MHS et al: Cancer Detection and Prevention 28 (2004) 361-367*

# Fonction de l'intervenant-pivot - II

- Deux systèmes parallèles
  1. PDCS de la N.-É. – femmes asymptomatiques exige autorisation, volume, collecte de données  
**intervenant-pivot**
  2. Système diagnostique – femmes symptomatiques et **dépistage**  
??? autorisation, volume, aucune collecte de données  
**aucun intervenant-pivot**  
↓  
Manque d'uniformité, confusion, augmentation des temps d'attente, chevauchement  
« **Certaines femmes sont victimes de la défaillance du système.** »

# Fonction de l'intervenant-pivot - III

- Expansion 2000
  - demandes du milieu médical d'étendre le service aux femmes qui reçoivent des rapports diagnostics de mammographie anormale tout au long du processus diagnostic
  - le poste d'intervenant-pivot à temps plein a été créé dans la région du Centre en raison d'une composante diagnostic importante
- Résultats
  - diminution de l'intervalle avant le diagnostic
  - satisfaction accrue des patientes et des médecins
  - promotion du cheminement clinique

## Référence

Attente d'un diagnostic après le dépistage d'une anomalie au sein au Canada, publié en 2000.



# Fonction de l'intervenant-pivot - IV

## Objet et méthodes

Déterminer l'incidence de la fonction de l'intervenant-pivot sur la rapidité d'un diagnostic d'anomalie du sein

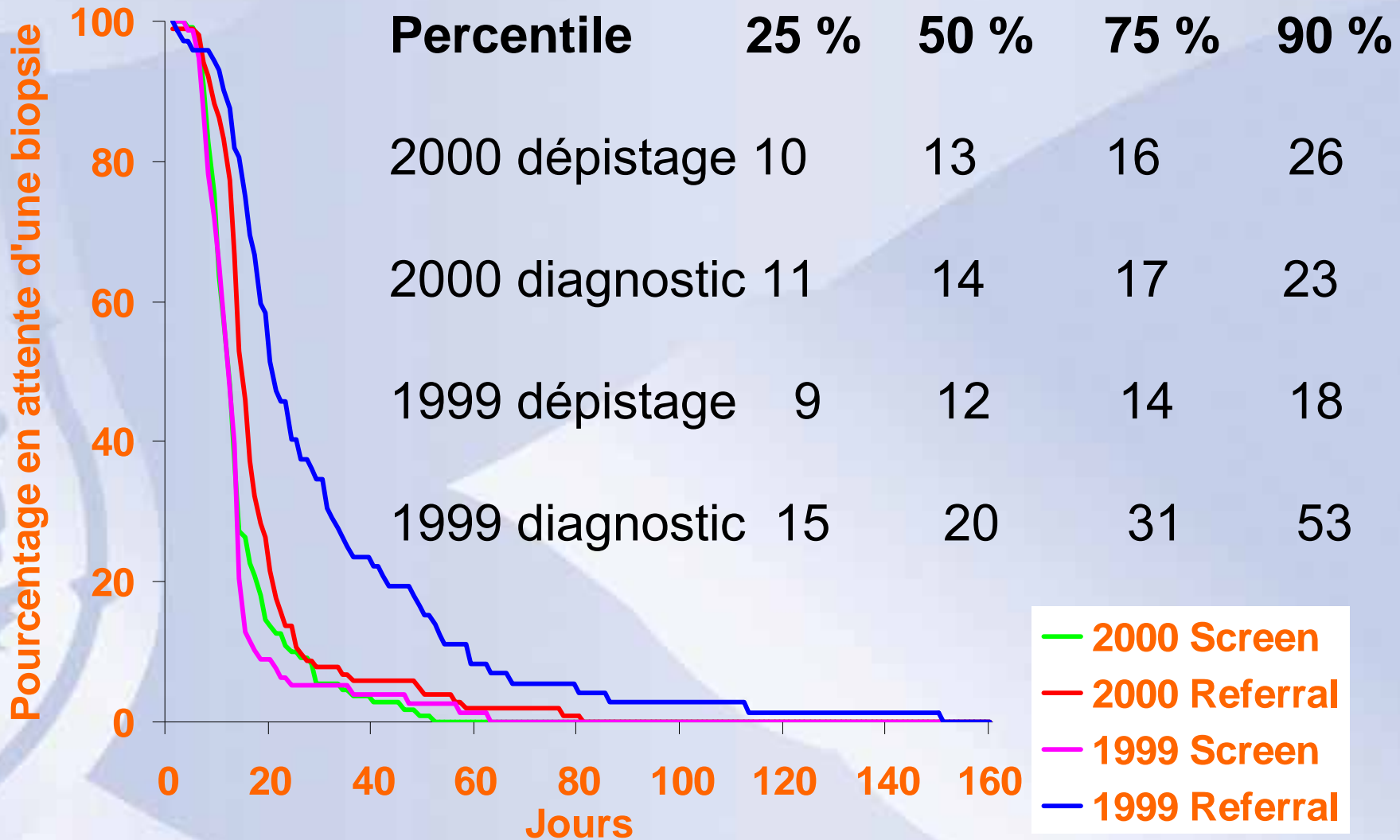
Groupe/année	1999	2000
<b>PDCS de la N.-É.</b>	intervenant-pivot	intervenant-pivot
<b>Diagnostic (aiguillages)</b>	aucun intervenant-pivot	intervenant-pivot

Étape 1 : La rapidité différait-elle entre les groupes?

Étape 2 : Les différences étaient-elles attribuables à la fonction de l'intervenant-pivot?

CARJ 2004:55(3):145-50.

# Fonction de l'intervenant-pivot - V - résultats



# Élaboration de la base de données - I

- Base de données des mammographies diagnostiques du PDCS de la N.-É.
  - base de données des mammographies diagnostiques améliorée, conçue pour intégrer la base de données de dépistage du PDCS de la N.-É. dans une base de données diagnostiques
  - offre un module provincial normalisé de rapports sur les mammographies diagnostiques, assorti de services améliorés
- capture de données plus exhaustives et précises
  - mesure améliorée de l'indicateur de qualité (taux de participation de **46 % à 53 %**)
  - compréhension accrue de l'utilisation des ressources
  - capacité d'évaluer les interventions en « temps réel »

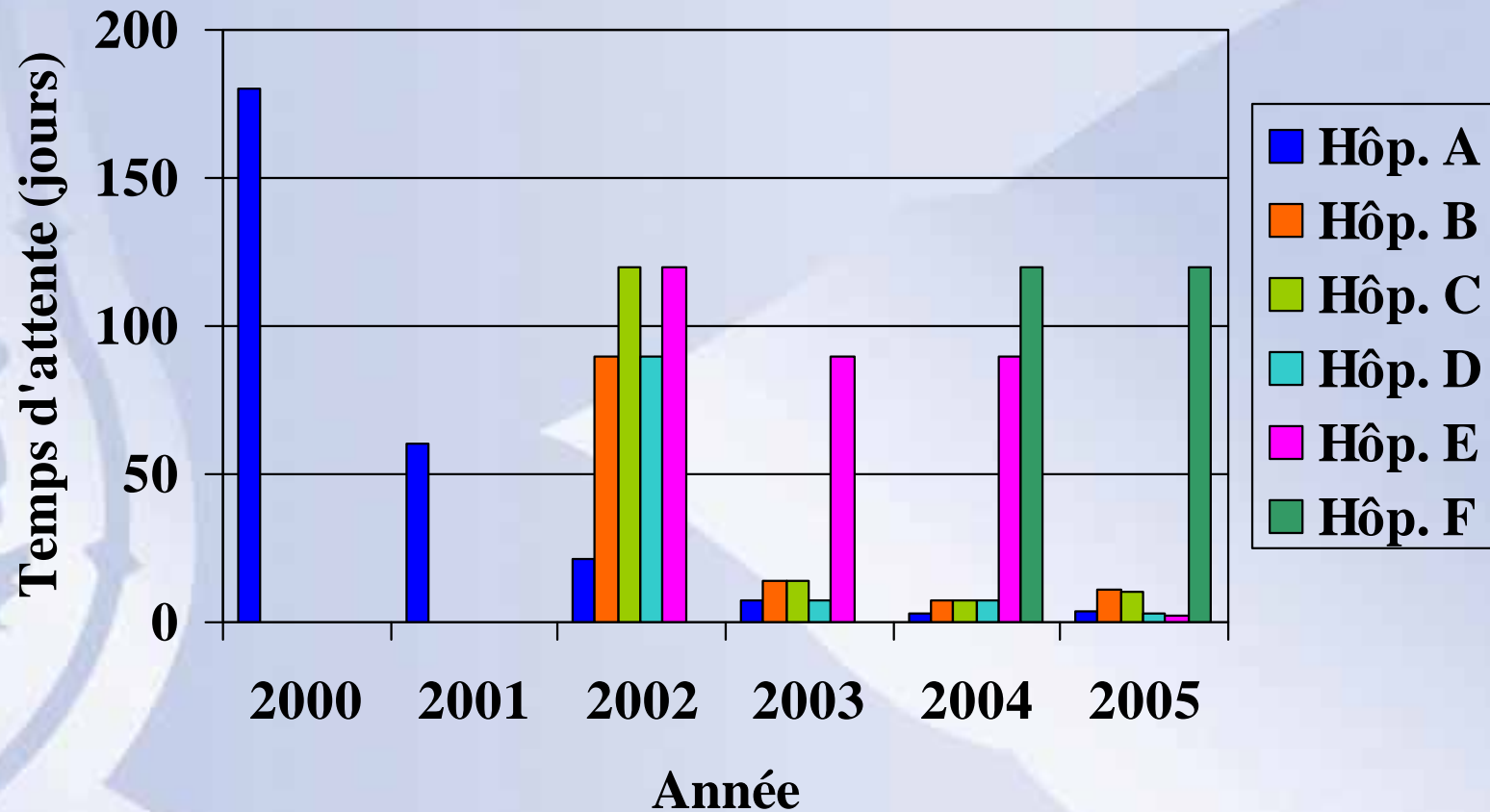
# Élaboration de la base de données – II

## Centralisation de la prise de rendez-vous

- service central de prise de rendez-vous pour tous les examens de dépistage et de diagnostic de la province
- mise en œuvre dans la région centrale en 2000
- processus graduel terminé en 2006
- réduction de l'intervalle d'obtention d'un diagnostic
  - attribuable en partie à l'aiguillage des femmes asymptomatiques vers les centres de dépistage, libérant ainsi les centres de diagnostic

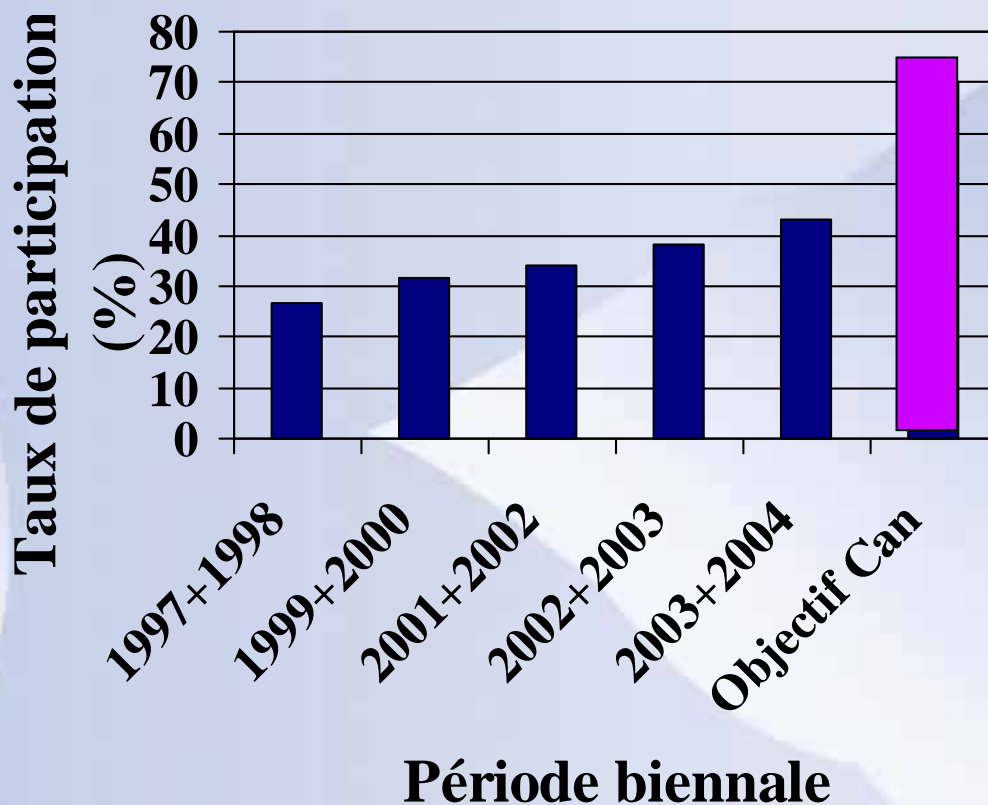
# Élaboration de la base de données - III

## Évolution des temps d'attente d'un diagnostic à l'échelle provinciale



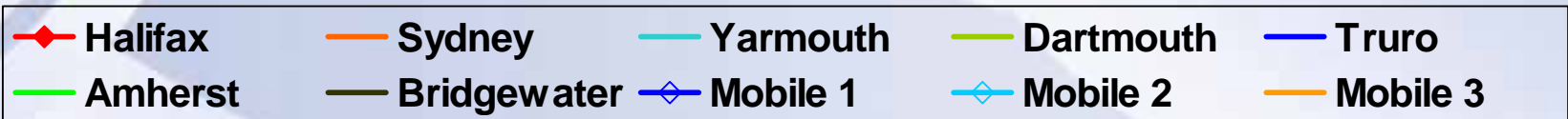
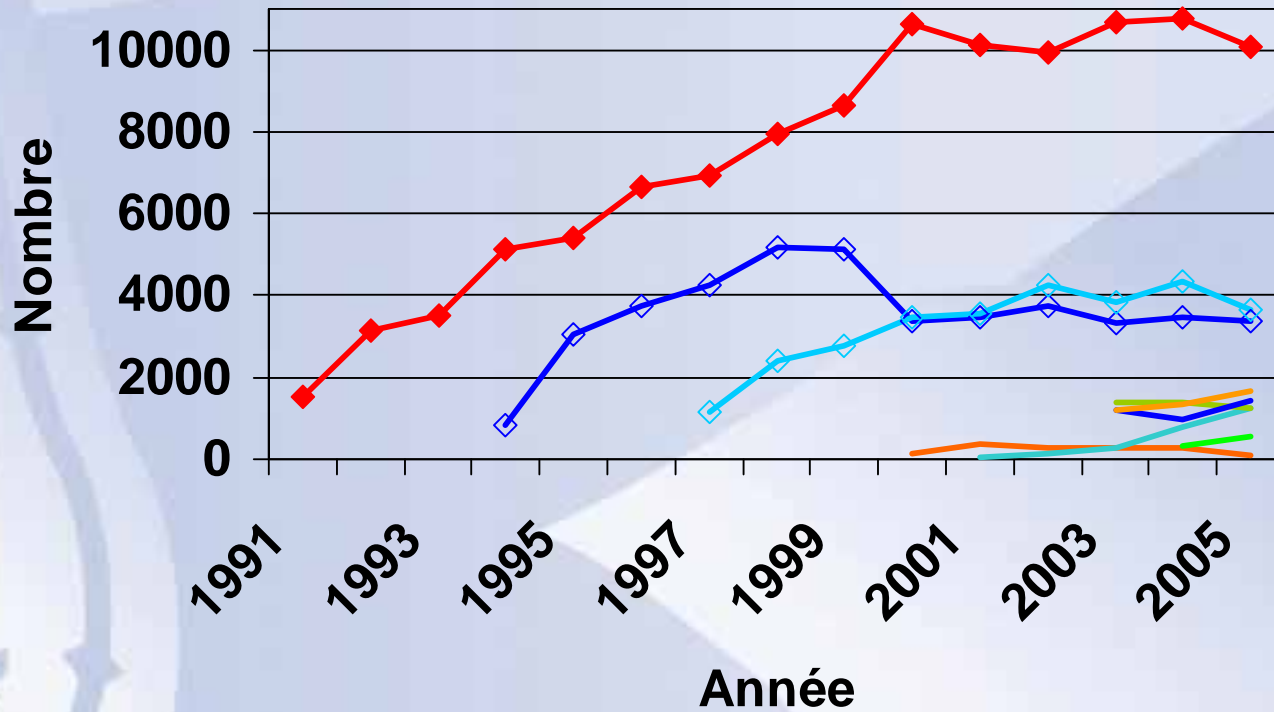
# Élaboration de la base de données - IV

## Tendance temporelle – taux de participation biennal (50-69 ans)



# Élaboration de la base de données - V

## Croissance du nombre de tests de dépistage (1991-2005)

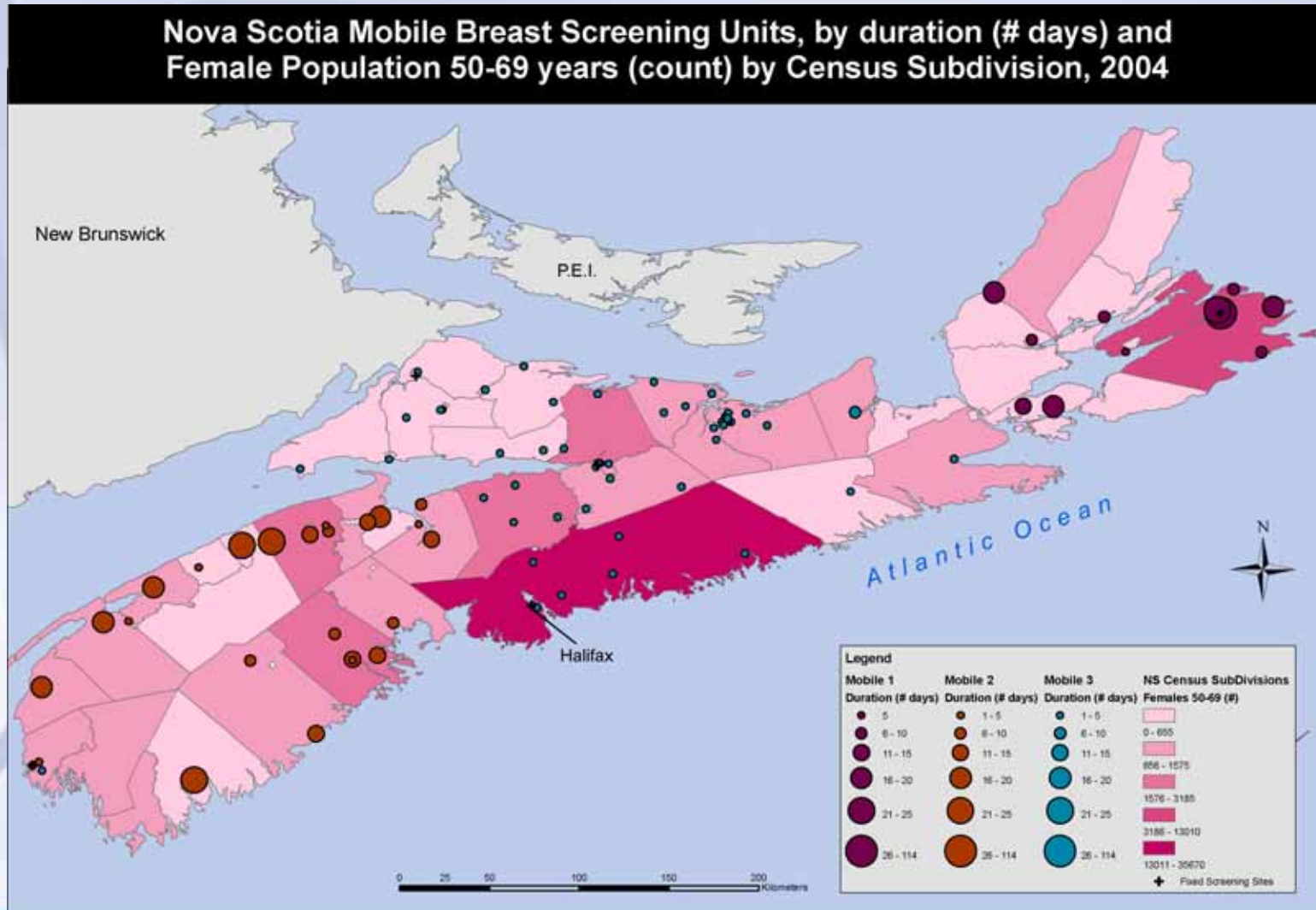


# Systeme d'information géographique (SIG) - I

- Technologie informatique qui utilise un système d'information géographique comme cadre afin de comprendre un problème
- Crée des liens vers une localité, puis superpose différents types de données afin de comprendre comment elles pourraient être interreliées
- Utilisé pour analyser les écarts dans l'utilisation des services de santé
- Première utilisation pour évaluer un programme de dépistage provincial



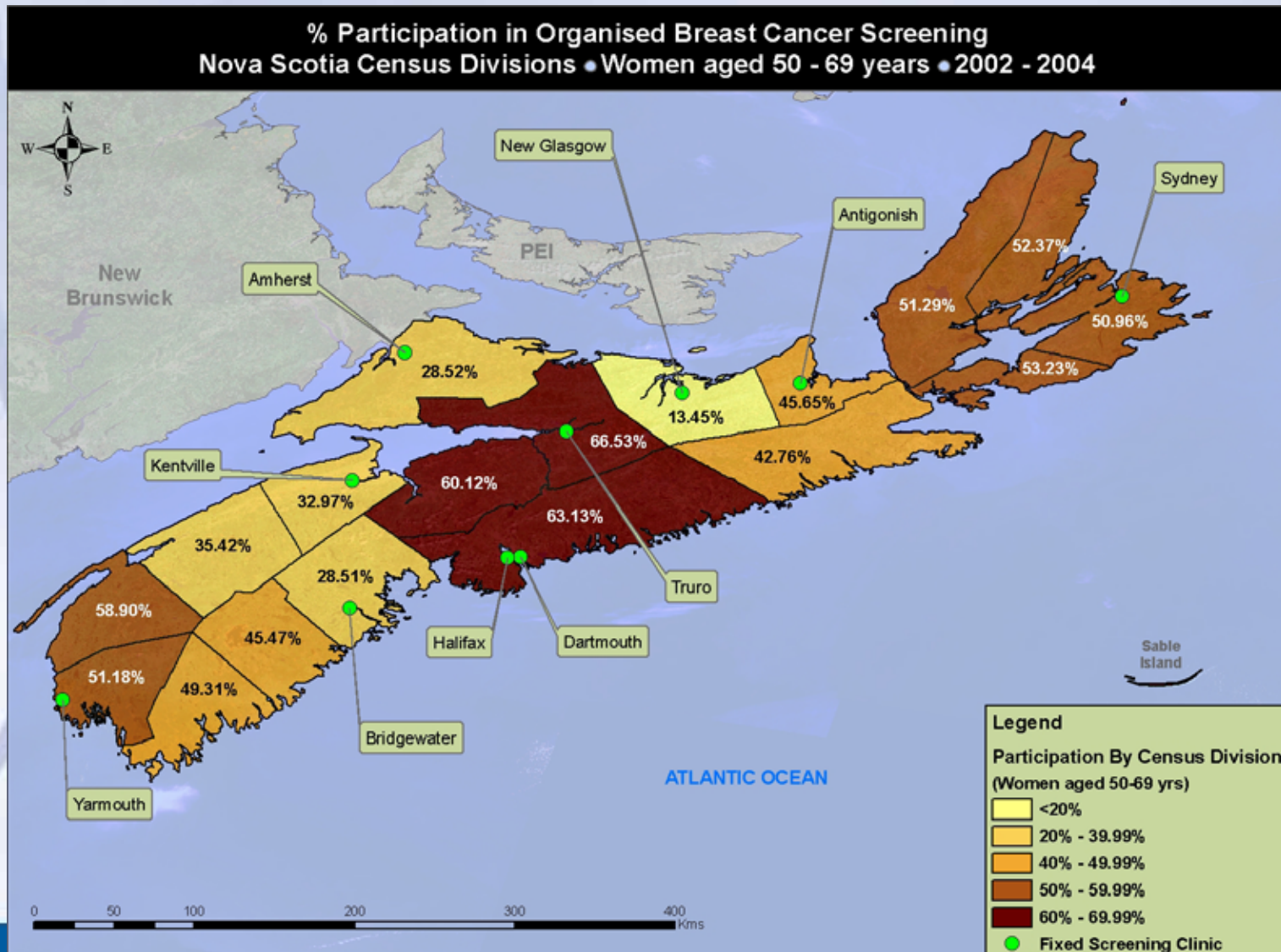
# SIG II – Taille de la population et localités/ durée des visites des unités mobiles



Sources: Nova Scotia Breast Screening Program, Statistics Canada, DMTI

April 5, 2005  
GIS Infrastructure

# SIG III- Taux de participation au dépistage

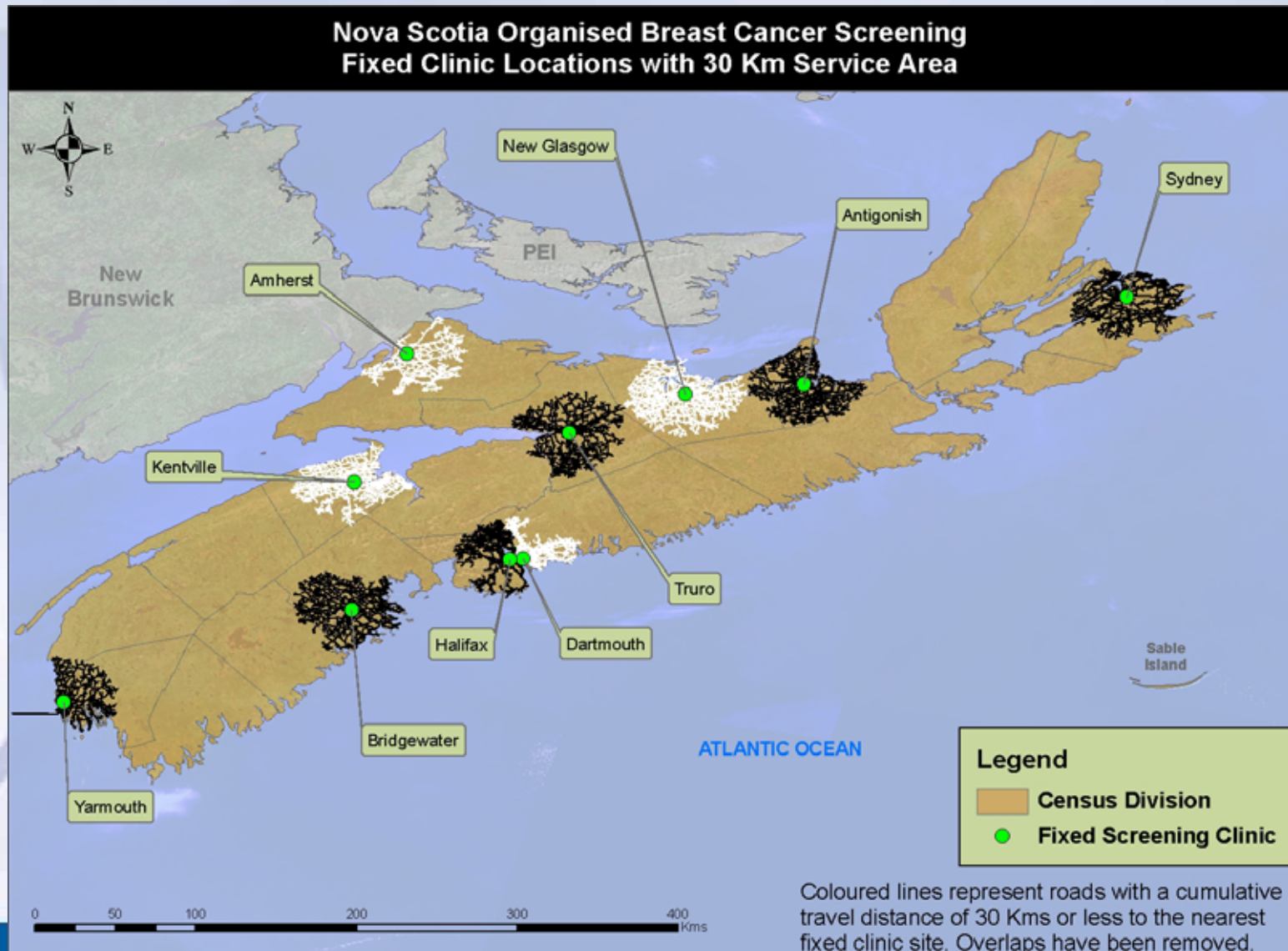


Sources: Statistics Canada, DMTI, NS Organised Breast Cancer Screening Program

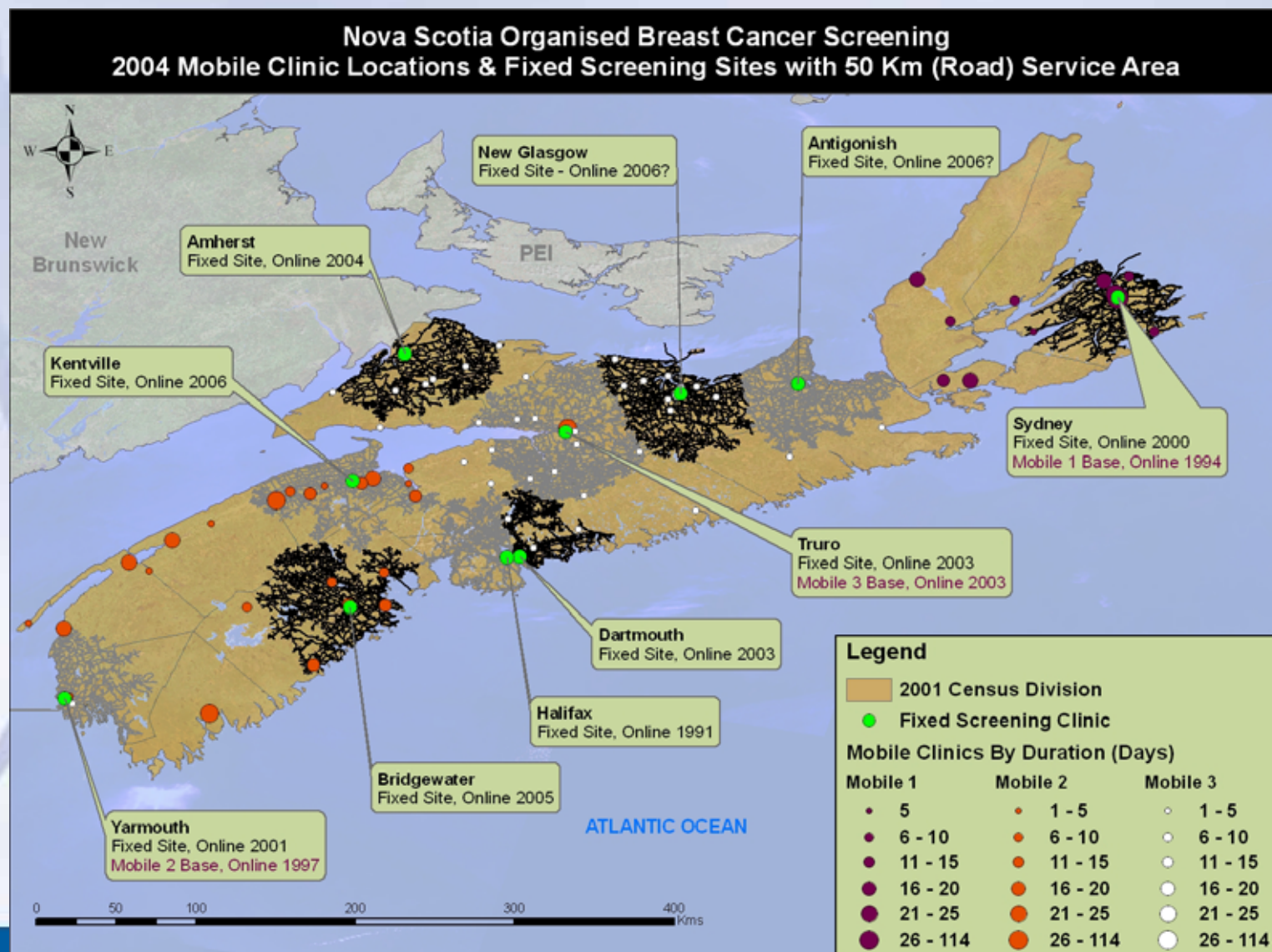
April 4, 2006

# Scenario 1:

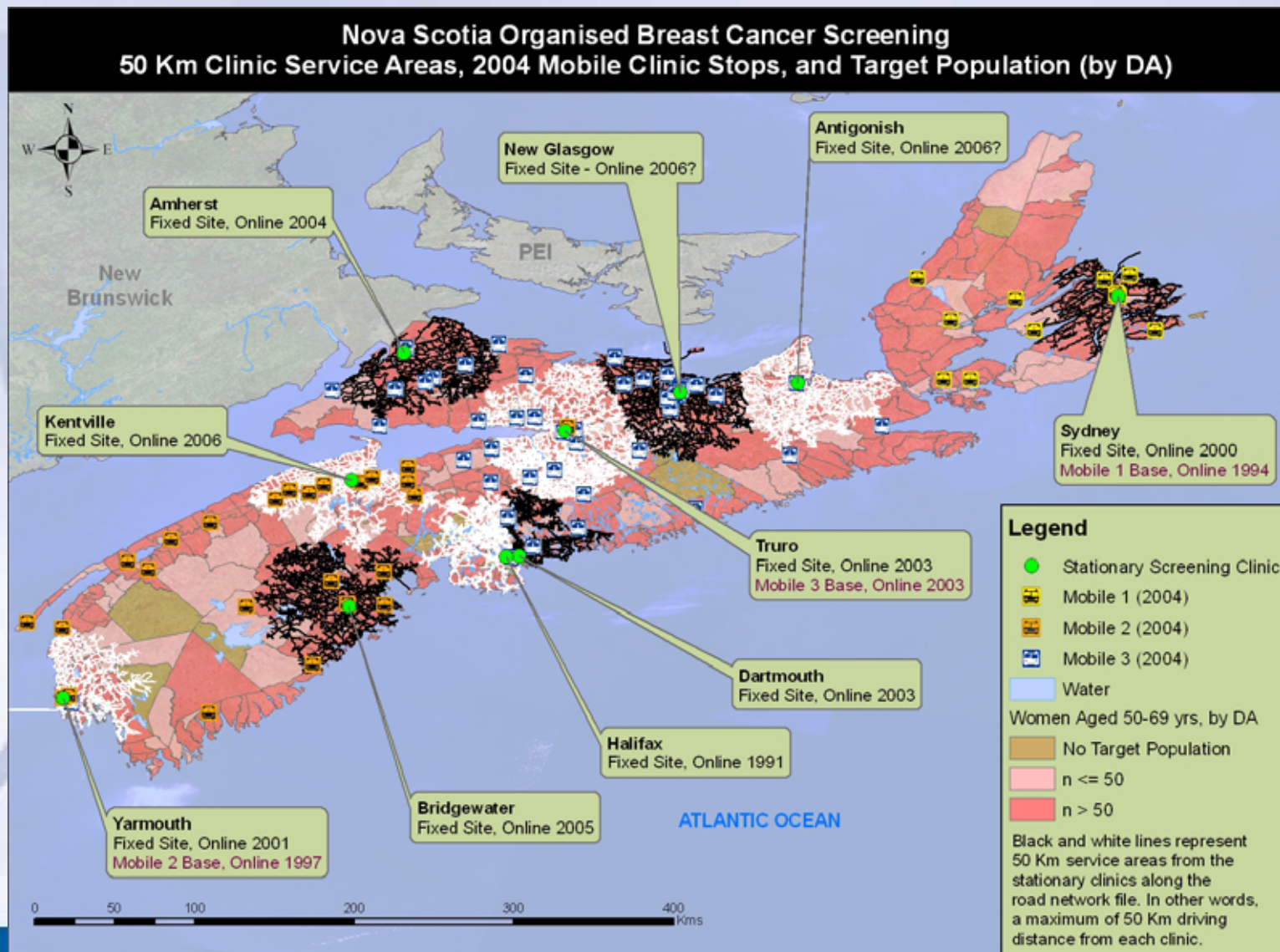
## Distance parcourue vers les cliniques fixes = 30 km



# Distance parcourue = 50 km, et arrêts des cliniques mobiles



# Distance = 50 km, arrêts des cliniques mobiles, population



Sources: Statistics Canada, DMTI, NS Organised Breast Cancer Screening Program

May 24, 2006

# Défis et possibilités

- Prestation active de services de dépistage du cancer du sein
    - les deux dernières cliniques fixes ont été ajoutées au programme en 2006
      - PDCS de la N.-É. : capture de toutes les données sur les mammographies en N.-É.  
c.-à-d. participation = dépistage
  - Augmentation de la capacité d'offrir des services
    - quels sont les écarts actuels par rapport à la participation/fidélisation?
    - quels sont les écarts actuels en terme de temps d'attente pour le dépistage et l'investigation diagnostique?
    - comment affecter des ressources pour éliminer les écarts
      - interventions propres aux régions?
    - comment établir l'horaire des cliniques mobiles afin de constamment compléter les services des cliniques fixes
- **priorités : participation par rapport à la fidélisation par rapport aux temps d'attente**

# Prochaines étapes

- Utiliser le SIG dans la surveillance continue du besoin et de l'utilisation du dépistage
  - aider à cibler les groupes qui reçoivent moins de services
  - évaluer l'incidence de 2 nouveaux sites et de l'introduction de la mammographie numérique plein champ
  - \* participation par rapport à la fidélisation par rapport aux temps d'attente
- But : recourir à une approche axée sur la planification pour élaborer différents scénarios en vue d'établir les horaires des cliniques mobiles
- Obtention, en janvier 2007, d'une bourse de la section Atlantique de la Fondation canadienne du cancer du sein pour un projet complet
  - \* Stephanie Lea, étudiante à la maîtrise  
Recherche sur les services appliqués en santé, U. Dalhousie
  - \* Dre Jennifer Payne, Ph.D., épidémiologie
- Introduction de la mammographie digitale plein champ en 2006